

Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences -2012

Hossein Ebrahimipour¹, Marjan Vejdani^{2*}, Ali Taghipour³, Akbar Babaei Heidarabadi⁴, Yasamin Molavi Taleghani¹, Arash Shirdel¹, Mohammad Hosseinzadeh-Hesari⁵

1- Department of Health and Management, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Iranian Research Center on Healthy Aging, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

3- Department of Biostatistics and Epidemiology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Health department, Nursing and Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Public Health, School of Health, Student's Research Committee, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5- School of Paramedical, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Abstract

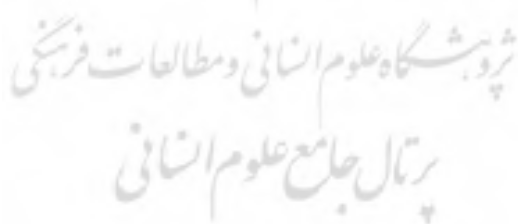
Background and Objectives: Due to high prevalence of cancer and its destructive impact on spiritual health of patients, this study aim to investigate Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences, 2012.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, the study population was 106 cancer patients referred to hospital. Paloutzian-Ellison questionnaire (1982) and convenience sampling were used to collect data which were analyzed using SPSS 16.

Results: The mean scores of spiritual health, religious health and existential health were 97 ± 1.2 , 52.1 ± 6.4 and 44.8 ± 8.4 respectively. There was not statistical significant relationship between Spiritual health and demographic factors.

Conclusion: Spiritual health in cancer patients was intermediate. Promotion of spiritual health in diseases such as cancer that it is effective on the body, mind and spirit be taken into consideration specifically, because the Promotion of spiritual health leads to physical and mental health promotion.

Keywords: Cancer, Spiritual health, Hospital



سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امید مشهد -

۱۳۹۱

حسین ابراهیمی پور^۱، مرجان وجدانی^{۲*}، علی تقی پور^۳، اکبر بابایی حیدرآبادی^۴، یاسمین مولوی طالقانی^۱، آرش شیردل^۱، محمد حسین زاده حصار^۵

- ۱- گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
 ۲- مرکز تحقیقات سلامت سالمندان، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.
 ۳- گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
 ۴- کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۵- دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران.

چکیده

سابقه و اهداف: به علت طبیعت تهدید کننده‌ی سرطان، تشخیص این بیماری سبب می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد. این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امید مشهد انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۱ در بیمارستان امید مشهد انجام گرفته است. جامعه‌ی پژوهش، شامل ۱۰۶ نفر از بیماران سرطانی بستری در بیمارستان امید است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی پالوتزین- الیسون (سال ۱۹۸۲) بوده است و داده‌ها به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) و به صورت میدانی گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون همبستگی (سطح معنی‌داری ۰/۰۵) و نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین کل نمره‌ی سلامت معنوی بیماران $1/2 \pm 97$ و میانگین نمره‌ی سلامت مذهبی و وجودی آن‌ها به ترتیب $6/4 \pm 52/1$ و $4/4 \pm 44/8$ بود. بین سلامت معنوی بیماران با سن، مدت ابتلا به سرطان، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتیجه‌ی این مطالعه نشان داد، بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان سلامت معنوی متوسطی داشتند. توصیه می‌شود ارتقای سلامت معنوی در بیماری‌هایی همچون سرطان که بر جسم، روان و روح افراد تأثیرگذار است، به صورت خاص مورد توجه قرار گیرد، چرا که ارتقای سلامت معنوی بهبود سلامت جسمی و روحی بیمار را در پی خواهد داشت.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، سرطان، بیمارستان

مقدمه

سرطان‌ها علت ۹ درصد از مرگ‌ومیرها در سراسر جهان تشکیل

به شمار می‌روند. سرطان در کشورهای پیشرفته‌ی جهان،

سرطان، یکی از بیماری‌های شایع مزمن و غیرواگیر است (۱).

* نویسنده‌ی مسئول مکاتبات: مرجان وجدانی؛ پست الکترونیک: marjan_vejdani@yahoo.com

بداند، می‌تواند با هرگونه «چه و چگونه» که در ذهنش ایجاد می‌شود، کنار بیاید. چراهای زندگی فرد، قسمتی از هدف وجودی‌اش است که از زندگی خود کسب می‌کند و این بخش، خود تشکیل‌دهنده‌ی بُعد معنوی زندگی فرد است. 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 (۱).

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 (۱). آگاهی از تشخیص سرطان باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد (۳). تجربه‌ی زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی بُعد مهم و برجسته‌ی یک زندگی سالم است و در بیماران مبتلا به سرطان موجب زندگی هدف‌دار و معنادار می‌گردد (۳). فقدان سلامت معنوی به خصوص در بیماری‌های مزمن، زمینه‌ساز بسیاری از مشکل‌های روانی-اجتماعی و عوارض جسمی است (۴). تحقیق‌ها مشخص کرده است که معنویت نه تنها بر حالت‌های خلقی و سلامت روانی افراد مؤثر است، بلکه شرایط جسمانی آن‌ها را نیز بهبود می‌بخشد (۵). پژوهشگران در تحقیق‌های خود بر روی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان دریافتند بین سن بیماران و سلامت معنوی آنان ارتباط مستقیم وجود دارد (۶). معنویت یکی از بُعدهای وجود انسان است که در هنگام بروز بحران و استرس به شکل بارزی نمود پیدا کرده، سبب خلق معنا در زندگی و الهام‌بخش فرد در رویارویی با مشکلات می‌شود. افرادی که از سلامت معنوی برخوردارند افرادی توانمند، قوی، دارای قدرت کنترل و حمایت اجتماعی بیش‌تر هستند (۷). سلامت معنوی با ایجاد انگیزه و انرژی در فرد، امید به زندگی را افزایش می‌دهد و عملکرد اجتماعی فرد را بهبود می‌بخشد (۸). وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد دچار اختلال‌های روحی، مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی می‌شود (۵). بنابراین با توجه به شیوع زیاد سرطان و تأثیر مخرب آن بر سلامت معنوی بیماران مبتلا و نبود سابقه‌ی پژوهشی کافی در کشورمان، این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امید مشهد در سال ۱۳۹۱ انجام شد.

پس از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین علت مرگ و علت ۱۹ درصد از مرگ و میر مردم است و در کشورهای درحال توسعه، چهارمین علت مرگ و علت شش درصد از مرگ‌ومیرها به شمار می‌آید (۲). سرطان در هر فرهنگی، یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مانند دیگر بیماری‌ها از تأثیر عوامل فرهنگی مبرا نیست؛ جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی، تعیین‌کننده‌ی معنای سرطان برای بیماران و خانواده‌ی آنان بوده، بر چگونگی مقابله با بیماری تأثیرگذار است (۳).

بستری شدن‌های متعدد برای درمان، می‌تواند مانع از ادامه‌ی یک زندگی طبیعی شود. قبل و بعد از شیمی‌درمانی، احساس ترس و اضطراب در بیمار به وجود می‌آید که این امر می‌تواند علت‌های مختلفی داشته باشد، از جمله: 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. به سبب طبیعت تهدیدکننده‌ی سرطان، تشخیص این بیماری موجب می‌شود که نیازهای معنوی (Spiritual needs) بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد (۲).

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 (۴). سلامت معنوی، نیروی یگانه‌ی است که بُعدهای جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و برای سازگاری با بیماری لازم است (۱). سلامت معنوی، تجربه‌ی معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است: الف) چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنویشان، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است (۱)؛ ب) چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی درباره‌ی اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند. وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلال‌های روحی، مثلاً احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. تجربه‌ی زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی بُعد مهم و برجسته‌ی یک زندگی سالم است و در بیماران سرطانی موجب زندگی هدف‌دار و معنادار می‌شود. اگر بیمار چراهای زندگی خود را

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است و جامعه‌ی پژوهش آن را کلیه‌ی بیماران بستری در بیمارستان امید مشهد تشکیل داده‌اند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت است از: مسلمان بودن بیمار، برخورداری از توانایی خواندن و نوشتن، آگاهی از نوع بیماری خود، مراجعه به بیمارستان امید، تمایل به همکاری و بستری بودن بیمار در بخش بستری یا جراحی بیمارستان امید. حجم نمونه با فرض σ برابر با $14/36$ (طبق مطالعه‌های انجام شده‌ی قبلی) و با در نظر گرفتن α برابر با $0/05$ و با میزان دقت $d=3$ ، برابر با 88 شد که با در نظر گرفتن 20 درصد ریزش، برابر 106 برآورد شد. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس (آسان) بود و در مدت یک ماه، داده‌های بیماران جمع‌آوری شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سئوالی سلامت معنوی پالوتزین-الیسون (سال ۱۹۸۲) (۳) بود که ۱۰ سئوال با شماره‌ی فرد، سلامت مذهبی؛ و ۱۰ سئوال با شماره‌ی زوج، سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد. در بخش سئوال‌ات سنجش سلامت مذهبی و وجودی، از سئوال‌های شش‌گزینه‌ی (کاملاً موافق، موافق، نسبتاً موافق، نه موافق نه مخالف، نسبتاً مخالف، کاملاً مخالف، به ترتیب کد ۱ تا ۶) استفاده شد. در سئوال‌های منفی نمره‌گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی 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 (۱ و ۳). پرسش‌نامه دارای دو بخش اصلی است. بخش اول شامل متغیرهای دموگرافیک 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 (سال 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. در مورد بیمارانی که توانایی خواندن و نوشتن نداشتند یا به علت وضعیت جسمی، توانایی خواندن و جوابگویی نداشتند، پرسشگر شخصاً سئوال‌ها را برای افراد می‌خوانده و از آن‌ها می‌خواست که جواب خود را تعیین نمایند. برای توصیف

متغیرهای دموگرافیک و اطلاعات وابسته به بیماری 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 معنی‌داری آزمون $0/05$ در نظر گرفته شده و داده‌های گردآوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ تحلیل شده است.

یافته‌ها

از کل ۱۰۶ بیمار مبتلا به سرطان، $45/3\%$ مرد؛ و $54/7\%$ زن بودند و محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه، از ۱۶-۹۰ سال بود. $21/7\%$ از بیماران زیر ۴۰ سال داشتند، $57/5\%$ از بیماران در فاصله‌ی سنی ۴۰ تا ۶۹ سال بودند و $20/8\%$ بیش‌تر از ۷۰ سال داشتند. میانگین سنی افراد تحت پژوهش $52/48$ بود. میزان تحصیلات $17/9\%$ از بیماران، ابتدایی؛ $14/2\%$ ، راهنمایی؛ $11/3\%$ ، دبیرستان؛ و $7/5\%$ ، دانشگاهی بود. بیش‌ترین درصد مربوط به بی‌سوادان ($49/1$) بود. 83% افراد، متأهل و $8/5\%$ مجرد بودند؛ $8/5\%$ نیز مطلقه بودند یا همسرشان فوت شده بود. از نظر شغل، $31/1\%$ آزاد؛ $4/7\%$ ، کارمند؛ $10/4\%$ ، بازنشسته؛ $40/6\%$ ، خانه‌دار؛ و $13/2\%$ ، دیگر شغل‌ها را تشکیل می‌دادند. از نظر نوع سرطان، $50/9\%$ از بیماران، سرطان دستگاه گوارش؛ $12/3\%$ ، دستگاه ادراری-تناسلی؛ $12/3\%$ ، دستگاه تنفس؛ $9/4\%$ ، سرطان سینه؛ $6/6\%$ ، عضلانی-اسکلتی؛ $5/7\%$ ، سرطان خون و دستگاه لنفاوی؛ $1/9\%$ ، دستگاه عصب مرکزی؛ و $0/9\%$ مبتلا به دیگر انواع سرطان‌ها بودند. مدت ابتلا به بیماری در $6/6\%$ از بیماران زیر ۱ ماه؛ $28/3\%$ ، ۱-۶ ماه؛ $11/3\%$ ، ۶ ماه تا ۱ سال، $21/7\%$ ، ۱-۲ سال؛ $17/9\%$ ، ۲-۵ سال؛ $14/2\%$ ، بیش‌تر از ۵ سال بود.

نتایج پژوهش درباره‌ی «تعیین سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان» نشان داد که سطح سلامت معنوی $66/03\%$ از بیماران در محدوده‌ی متوسط و $33/97\%$ در محدوده‌ی بالا قرار داشته است، نمره‌ی سلامت مذهبی و سلامت وجودی نیز در جدول شماره‌ی ۱ آمده است. توزیع فراوانی و درصد سلامت مذهبی و وجودی سئوال‌های پرسش‌نامه نیز در جدول‌های شماره‌ی ۲ و ۳ آورده شده است.

بین سلامت معنوی و سن ($P= 0.98$)، مدت ابتلا به سرطان ($P= 0.35$) و سطح تحصیلات ($P= 0.77$) ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. همچنین آزمون independent T

test اختلاف معنی‌داری بین سلامت معنوی افراد متاهل و غیرمتاهل نشان نداد ($P=0.42$).

جدول ۱. دامنه، میانگین و انحراف معیار نمره‌های سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان

محدوده‌ی بالقوه نمره‌ها	محدوده‌ی محاسبه شده	انحراف معیار \pm میانگین
سلامت مذهبی	۱۰-۶۰	$۵۲/۱ \pm ۶/۴$
سلامت وجودی	۱۰-۶۰	$۴۴/۸ \pm ۸/۴$
نمره کل (سلامت معنوی)	۲۰-۱۲۰	$۹۷ \pm ۱/۲$

جدول ۲. میانگین سلامت مذهبی در پاسخ به سئوال‌های مربوط

سئوال‌های مذهبی	میانگین \pm انحراف معیار
نداشتن احساس رضایت از دعا و خلوت با خداوند.	$۵/۲ \pm ۱/۱$
اعتقاد به اینکه خداوند مرا دوست دارد و مراقب من است.	$۵/۶ \pm ۰/۰۶$
اعتقاد به اینکه خداوند غیرقابل تجسم است و به من و زندگی روزانه‌ی من توجه ندارد.	$۵/۲ \pm ۱/۱$
برقراری ارتباط معنادار با خداوند.	$۵/۴ \pm ۰/۷$
دریافت نکردن نیرو و حمایت زیاد از خداوند.	$۵/۰ \pm ۱/۲$
باور به اینکه خداوند به فکر مشکل‌های من است.	$۵/۳ \pm ۰/۷$
نداشتن ارتباط فردی رضایت‌بخش با خداوند.	$۴/۹ \pm ۱/۳$
اعتقاد به ارتباط با خداوند، به من کمک می‌کند تا احساس تنهایی نکنم.	$۴/۶ \pm ۱/۶$
احساس کمال هنگام رابطه‌ی صمیمی و نزدیک با خداوند.	$۵/۲ \pm ۱/۰۵$
نقش ارتباط با خداوند در احساس سلامتی.	$۵/۳ \pm ۰/۸$

جدول ۳. میانگین سلامت وجودی در پاسخ به سئوال‌های مربوط

سئوال‌های وجودی	میانگین \pm انحراف معیار
نمی‌دانم که هستم، از کجا آمده‌ام و به کجا خواهم رفت.	$۴/۴ \pm ۱/۷$
اعتقاد به اینکه زندگی یک تجربه‌ی مثبت است.	$۵/۰ \pm ۱/۰۵$
احساس می‌کنم آینده‌ی نامعلومی دارم.	$۳/۷ \pm ۱/۸$
رسیدن به کمال در زندگی و رضایت از زندگی.	$۴/۶ \pm ۱/۳$
احساس خوب نسبت به مسیر زندگی که در پیش رو دارم.	$۴/۷ \pm ۱/۱$
لذت نبردن از زندگی.	$۴/۲ \pm ۱/۵$
احساس خوب نسبت به آینده.	$۴/۷ \pm ۱/۳$
احساس می‌کنم زندگی پر از ناملایمات و ناخوشی‌ها است.	$۳/۵ \pm ۱/۷$
بی‌معنایی زندگی.	$۴/۵ \pm ۱/۴$
اعتقاد به وجود هدفی خاص برای زنده بودن.	$۴/۶ \pm ۱/۳$

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان امید مشهد، به روش توصیفی - مقطعی انجام شده است.

نتیجه‌های این پژوهش نشان داد، اکثر بیماران مبتلا به سرطان سلامت معنوی در سطح متوسط ($۶۶/۰۳$) دارند که

با توجه به شرایط فرهنگی و نیز مذهبی بودن مردم جامعه‌ی ایران، این امری طبیعی تلقی می‌شود، زیرا بیماران برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیش‌تر به مذهب روی می‌آورند (۳). در این پژوهش نمره‌ی سلامت مذهبی بیماران، بالاتر از نمره‌ی سلامت وجودی آنان به دست آمد که نتیجه‌های سایر مطالعات انجام شده در ایران هم این یافته را تأیید می‌کند

بیماران، گرایش به سوی معنویت در آن‌ها بیشتر می‌شود. آن‌ها به این نکته اشاره کرده‌اند که کشش به سوی معنویت، عملکرد افزایش سن محسوب می‌شود؛ زیرا راهی است که با آن فرد با واقعیت مرگ روبه‌رو می‌گردد و با آن سازگار می‌شود. در مقابل، در مطالعه‌ی Fernsler و همکاران (۱۹۹۹)، بین سلامت معنوی و سن بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال، ارتباطی به دست نیامد اما دریافتند که نمره‌ی سلامت معنوی در زنان بالاتر از مردان است (۱۶).

نتیجه‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد بین سلامت معنوی و وضعیت تأهل بیماران ارتباط معنی‌دار وجود ندارد، در حالی‌که نتیجه‌های مطالعه‌ی رضایی و همکاران نشان داد سطح سلامت معنوی بیماران بیوه و مطلقه از بیماران متأهل و مجرد بالاتر است. اما Anderson و Luera (۱۹۹۸) در مطالعه‌ی خود نشان دادند که بُعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد است (۱۷).

نتیجه‌گیری

نتیجه‌های این مطالعه نشان داد، در سطح‌بندی سلامت معنوی، بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، سلامت معنوی در سطح متوسطی داشته‌اند. همچنین سطح سلامت مذهبی بالاتر از سلامت وجودی بود. که با در نظر گرفتن غلبه‌ی فرهنگ مذهبی در جامعه‌ی ایرانی، این امر طبیعی به نظر می‌رسد. بنابراین توصیه می‌شود ارتقای سلامت معنوی در بیماری‌هایی همچون سرطان که بر جسم، روان و روح افراد تأثیرگذار است، به صورت خاص مورد توجه قرار گیرد، چرا که ارتقای سلامت معنوی بهبود سلامت جسمی و روحی بیمار را در پی خواهد داشت.

محدودیت‌های تحقیق

با توجه به غیرتصادفی بودن نمونه‌گیری و همچنین این موضوع که جامعه‌ی آماری را تنها بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد تشکیل می‌دادند، باید در تعمیم نتیجه‌های به دست آمده از پژوهش، این موضوع مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، نتیجه‌ی طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد به شماره‌ی ۹۱۰۴۲۶ است؛ بدین وسیله نویسندگان این مقاله، کمال

در مطالعه‌ی عبدالقادر عصارودی و همکاران، میانگین نمره‌ی سلامت مذهبی، $49/9 \pm 7/6$ ؛ سلامت وجودی، $44/3 \pm 9/6$ ؛ و سلامت معنوی، $94/3 \pm 16$ بود و سلامت معنوی هیچ یک از پرستاران مورد بررسی در محدوده‌ی ضعیف نبود. همچنین میانگین نمره‌های سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی به‌طور کلی در دو جنس تفاوت معناداری نداشت که به شکل کلی با مطالعه‌ی حال حاضر هم‌خوانی دارد (۱۰). در مطالعه‌ی الله‌بخشیان و همکاران نیز، جنس تأثیری بر سلامت معنوی نداشت و ۹۷/۷٪ افراد سلامت معنوی در سطح متوسط داشتند. اما نمره‌ی سلامت وجودی از سلامت مذهبی بالاتر بود که با مطالعه‌ی ما متفاوت است. اعتقادهای مذهبی، عامل مهمی در حمایت روحی بیماران است 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 (۱۱). لین در مطالعه‌ی خود بیان می‌کند بیمارانی 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 (۱۲).

در مطالعه‌ی حال حاضر بین سلامت معنوی بیماران با متغیرهای مورد بررسی (سن، مدت ابتلا به سرطان، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتیجه‌های یافته‌های Highfield نیز هیچ ارتباطی را بین سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان و سلامت معنوی آنان نشان نداد (۱۳). در مطالعه‌ی Nelson و همکارانش نیز ارتباط معنی‌داری بین متغیر میزان تحصیلات با سلامت معنوی یافت نشد (۱۴). Livneh و همکارانش نیز بین متغیرهای جنس و سطح تحصیلات با سلامت معنوی، رابطه‌ی معنی‌داری را گزارش نکردند (۱۵). در حالی‌که یافته‌های مطالعه‌ی انجام شده با هدف بررسی ارتباط تداوم دعا با سلامت معنوی در بیماران تحت همودیالیز، نشان داده که زنان خانه‌دار و افراد فاقد شغل سلامت معنوی بالاتری داشته‌اند (۴). این اختلاف ممکن است تحت تأثیر ماهیت بیماری به وجود آمده باشد. نتیجه‌ی مطالعه‌ی رضایی و همکاران در مقاله‌ی با عنوان «ارتباط تناوب دعا کردن و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی»، نشان داد سطح سلامت معنوی بیماران ۷۰ سال به بالا از سایر بیماران بالاتر است (۱۳). همچنین نتیجه‌های مطالعه‌ی Hungelman و همکاران (۱۹۹۶) و Reed (۱۹۹۱) نشان داد با افزایش سن

social skills in Beta-thalassemia major adolescents Modern care, scientific quality of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2010;8(3):116-24. (Persian)

9. momeni T, Rezaei A. Spiritual well-being of breast cancer patients in Seyedolshohada hospital. *Shahed Journal*. 2011. (Persian)

10. Asarodi A, Golafshani A, Akaberi S. Relationship between spiritual health and quality of life in nurses. *Journal of North Khorasan University of Medical* 2011;3(4):79-88. (Persian)

11. Alahbakhshian M. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan journal of research in medical sciences*. 2010;12(3):29-33. (Persian)

12. 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(1):69-80. Epub 2003/09/06.

13. Rezaie M. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran Journal of Nursing*. 2008;20(52). (Persian)

14. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002;43(3):213-20. Epub 2002/06/21.

15. Livneh H. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*. 2004;9(4):411-30.

16. Rowe MM. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2004;19(1):62-7.

17. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1998;79(3):258-64. Epub 1998/04/02.

تشکر خویش را خدمت معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و نیز مدیریت و دفتر پرستاری بیمارستان امید مشهد و بیماران عزیزی که بی کمک آنان این تحقیق ممکن نبود، ابراز می‌دارند.

References

1. rezaie M, Seidfatemini N, Hoseini F. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy *Hayat*. 2008;14(3,4):33-9. (Persian).

2. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hoseini F. Effects of prayer on spiritual well-being in cancer patients. *Payesh Journal*. 2006;5(4):295-304. (Persian)

3. Aghahoseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Kermani IA. Spiritual health of cancer patients and its related factors. *Ghom journal of research in medical sciences*. 2009;5(3):7-12. (Persian)

4. Hojjati H, Ghorbani M, Nazari R, Sharifnia S, Akhondzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis-therapy. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2010;12(2):514-21. (Persian)

5. Hojjati H, Ghorbani M, Nazari R, Sharifnia S, Akhondzadeh G. Relationship continuity between prayer and spiritual health in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2009;2(4):149-52. (Persian)

6. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohamadi S, Haghani H. The Relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people residing in Kahrizak Senior House. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(72):48-56. (Persian)

7. Mohamadi F, Babaei M. Effects of participation in supportive groups on Spiritual health and Pressure care in elderly patients with Alzheimer's "family caregivers". *Iranian Journal of Ageing*. 2010;6(19). (Persian)

8. ZeighamiMohamadi S, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hoplessness and