

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان

اسفندیار بالجانی* جواد خشابی** الهام امانپور*** ندا عظیمی***

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی، مذهب و امید در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان دارای اهمیت زیادی هستند و لازم است پرستاران بسته به فرهنگ خود با این متغیرها و ارتباط بین آنها آشنا شوند. این تحقیق با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران سرطانی انجام گرفته است. **روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی توصیفی-تحلیلی، ۱۶۴ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید ارومیه از خرداد تا آذر ماه ۱۳۸۹، به روش نمونه‌گیری آسان تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون چند گانه در سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** بین سلامت وجودی و سلامت مذهبی (زیر گروه‌های سلامت معنوی) و همچنین بین مذهب درونی و اعمال مذهبی (از زیر گروه‌های مذهب) با امید ارتباط معناداری وجود داشت. سلامت وجودی، اعمال مذهبی سازمان یافته و مذهب درونی (از زیر گروه‌های مذهب) عوامل پیش‌گویی‌کننده معنادار برای امید بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه اهمیت سلامت معنوی و مذهب را به عنوان متغیرهای تأثیرگذار بر امید بیماران سرطانی مورد تأیید قرار می‌دهد. بنابراین به پرستاران و متخصصان بالینی توصیه می‌شود که بر مذهب و سلامت معنوی به منظور حفظ امید بیماران تأکید داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، مذهب، امید، بیمار مبتلا به سرطان

نویسنده مسئول:
اسفندیار بالجانی؛
دانشکده پرستاری و
مامایی دانشگاه آزاد
اسلامی واحد ارومیه
e-mail:
baljani1@yahoo.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۳۸۹ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۳۹۰

مقدمه

اطلاع یافتن از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه غافل‌گیرکننده (۱) و نگران‌کننده (۲) است. در واقع با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند و تلاش می‌شود بیمار با این وضعیت سازگار گردد (۳). در بیماران مبتلا به سرطان، دسترسی به منابع مناسب حمایتی در سازگاری مؤثر با بیماری تأثیرگذار است (۴). یافته‌های مطالعات زیادی

نشان داده که امید (۷-۵) و سلامت معنوی (۹،۸) عوامل معنادار در زندگی است که به افراد کمک می‌کند تا با بیماری سرطان سازگار شوند، زجر روانی خود را کاهش دهند و کیفیت زندگی و سلامت روانی اجتماعی خود را افزایش دهند. همچنین تحقیقات نشان داده است که احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد. اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه یک بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، از

* مربی گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه
** استاد گروه آموزشی کودکان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
*** کارشناس پرستاری

برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری و مرگ به راحتی کنار آید (۱۰).

امید سازوکار سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان است و به عنوان یک عامل پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می‌شود (۷). از نظر Benzein و Berg، امید از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۱۱). در منابع دیگر امید به عنوان یک عامل در پیش‌بینی سیر بیماری و خیم ذکر می‌شود (۱۲). بر عکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فایق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست و با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (۱۳). از تعریف‌ها چنان بر می‌آید که امید دربردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش بیمار می‌شود. هر نوع مفهوم‌سازی از امید، ویژگی‌های چند بعدی، پویایی، آینده‌نگری و فرایند نگری آن را منعکس می‌کند (۱۴).

معنویت و مذهب که گاهی افراد آن‌ها را با عنوان سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می‌کنند (۱۵) با هم همپوشانی دارند، به این ترتیب که هر دو چارچوب‌هایی را ارائه می‌دهند که از طریق آن‌ها، انسان می‌تواند معنی، هدف و ارزش‌های متعالی زندگی خود را درک کند (۱۶). معنویت به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد (۱۷). مذهب به تشویق

مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی و رای تمام عملکردها را جستجو می‌کند. اکثر افراد معنوی مذهبی هستند، ولی عکس آن صادق نیست (۱۸). بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می‌یابند. با توجه به متفاوت بودن افراد، آن چه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. بنابراین، نیایش، خواندن کتاب‌های وحی، یا حضور در مراسم مذهبی از جمله منابعی هستند که بعضی افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کم‌تری متحمل شوند (۱۹). نتایج پژوهش McClain و همکاران نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۲۰). مطالعه الله‌بخشیان و همکاران نشان داد که سلامت معنوی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ارتباط دارد (۲۱). 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 مهم‌تر باشد (۲۲).

در مطالعات قبلی ارتباط بین افراد مهم زندگی مثل پدر، مادر و همسر، منابع حمایتی، راهکارهایی مثل تمرکز فکر روی چیزهای دیگر به جای سرطان، فعالیت‌های فیزیکی یا ورزشی، بازی و سرگرمی به عنوان عوامل مهم در امید بیماران سرطانی مشخص شده‌اند (۲۳). در مطالعه Hsu و همکاران، امتیازات بالای امید با علایم درد (۲۴) و در مطالعه Vellone و

بین آنها بسته به فرهنگ خود بیشتر آشنا شوند (۳۳). با توجه به اهمیت امید در ارتقای سازگاری با بیماری‌های مزمن و محدود بودن این گونه مطالعات در ایران، انجام مطالعه در این زمینه می‌تواند به درک بیشتر متغیرهای تأثیرگذار بر امید کمک‌کننده باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان انجام یافته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی توصیفی-تحلیلی است که ۱۶۴ بیمار سرپایی مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در طول مدت ۶ ماه از خرداد تا آذر ۱۳۸۹ به روش نمونه‌گیری آسان تداومی در آن شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، تشخیص قطعی سرطان، آگاهی از بیماری خود، نداشتن بیماری روانی و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای است که قسمت اول آن شامل مشخصات بیمار: جنس، سن، سطح تحصیلات، نوع سرطان، مدت زمان بیماری است. در قسمت دوم، امید با استفاده از شاخص امید Herth (Herth Hope Index) مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار استاندارد از ۱۲ آیتم ساخته شده و بر مبنای مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. برای گزینه کاملاً مخالف امتیاز ۱، مخالف امتیاز ۲، موافق امتیاز ۳ و کاملاً موافق امتیاز ۴ در نظر گرفته شد. در مورد سؤال ۳ و ۶ نمره‌گذاری به صورت

همکاران با اضطراب و افسردگی و کسالت دوره بستری ارتباط معکوس داشت. در مطالعه یاد شده آگاهی داشتن یا نداشتن از تشخیص سرطان، مدت زمان بیماری و مرحله سرطان با امید ارتباط نداشت (۲۵). مطالعات متعدد وجود دارند که نشان می‌دهند، بین امید و سلامت معنوی ارتباط وجود دارد (۲۸-۲۶) در عین حال نتایج مطالعه Soeken و Mickley نشان داد که تفاوت‌های فرهنگی در نتایج ارتباط بین سلامت معنوی و امید تأثیرگذار است (۲۹). مطالعه Vellone و همکاران ارتباط معناداری بین امید و انجام اعمال مذهبی مانند نماز خواندن نشان نداد (۲۵)، اما در مطالعه Penrod و Morse (۳۰) و Li و Chang (۳۱) آن‌هایی که خودشان را مذهبی می‌دانستند در مقایسه با آن‌هایی که خودشان را مذهبی نمی‌دانستند، امتیازات امید بالاتری داشتند.

از آن جایی که مداخلات تکنیکی مرتبط با عوامل تهدیدکننده حیات تا به حال به طور کامل نتوانسته‌اند جواب‌گوی مشکلات پیش روی بیماران صعب‌العلاج باشند، توجه به پارامترهای قوی مثل معنویت، مذهب و امید در جوامع مختلف رو به گسترش است (۱۵). در مطالعه Rippentrop و همکاران، بیش از ۹۰٪ افراد به یک «وجود برتر» اعتقاد داشتند (۱۶). در مطالعه Strawbridge و همکاران افرادی که بیش از یک بار در هفته در مراکز مذهبی حضور می‌یافتند، ۲۴٪ کمتر از گروه شاهد احتمال مرگ داشتند (۳۲).

فرهنگ بر سلامت معنوی، مذهبی بودن و امید تأثیرگذار است و لازم است که پرستاران و سایر کارکنان درمانی با این عوامل و ارتباط

معکوس می‌باشد. پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی Benzein و Berg (۱۱) و Herth (۷) به تأیید رسیده است. در این مطالعه پس از ترجمه ابزار، محتوای آن توسط اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مورد بررسی قرار گرفت و روایی آن تأیید گردید. همچنین پایایی آن با استفاده از آزمون آلفا-کرانباخ ۰/۸۲ تعیین گردید. امتیازات قابل اکتساب شاخص امید Herth بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است و امتیاز بالاتر بیانگر وضعیت امید بهتر است (۷).

در قسمت سوم معنویت با استفاده از پرسشنامه استاندارد ۲۰ آیتمی سلامت معنوی Ellison و Paloutzain مورد ارزیابی قرار گرفت. ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. ۲۰ گویه بر مبنای مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. امتیازات از ۱ تا ۶ به ترتیب به گزینه‌های «کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، کاملاً موافقم» داده می‌شود. (۹ آیتم نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری شده است) ۲۰ گویه پرسشنامه به طور کلی فلسفه اصلی زندگی، برآیند داشتن هدف و معنی در زندگی، عشق و بخشش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سلامت وجودی به حس هدفمندی و رضایت از زندگی و سلامت مذهبی به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق شده است (۳۴). روایی پرسشنامه سلامت معنوی پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا تأیید شد. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ تعیین گردید.

در قسمت چهارم، مذهب با استفاده از ابزار Duke University Religion (DUREL) (Index) مورد بررسی قرار گرفت. این شاخص استاندارد ۵ آیتم دارد و توسط Koenig و همکاران طراحی شده است که آیتم نخست آن اعمال مذهبی سازمان یافته مثل تعداد دفعات شرکت در مسجد و مراسم مذهبی را بر مبنای مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از «بیش از یک بار در هفته» تا «هرگز» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آیتم دوم اعمال مذهبی غیرسازمان یافته مثل تعداد دفعات نماز خواندن را بر مبنای مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از «بیش از یک بار در روز» تا «هرگز» مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ۳ آیتم بعدی شکل عمیق انگیزش درونی، تعهد و تسلیم در برابر مذهب را به شکل حضور خدا در زندگی، زندگی کردن مطابق با سفارش‌های مذهبی و قراردادن مذهب فراتر از بقیه امور زندگی، با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از «قطعاً در مورد من صدق می‌کند» تا «قطعاً در مورد من صدق نمی‌کند» مورد بررسی قرار می‌دهد. جمع ۳ آیتم بیانگر امتیازات مذهب درونی است. در تمام ۵ آیتم مربوط به مذهب امتیازات به صورت معکوس محاسبه می‌شوند (۳۵). این پرسشنامه در مطالعات قبلی نیز مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶-۳۶). روایی پرسشنامه بعد از ترجمه از نظر روایی محتوا و صوری بررسی و تأیید شد و پایایی آن با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۹۳ تعیین گردید.

برای توصیف امتیازات شاخص امید Herth، امتیازات کلی سلامت معنوی و خرده سنجش‌های آن (۱۰ گویه سلامت مذهبی و ۱۰ گویه سلامت وجودی) و مذهب (اعمال مذهبی

پستان (۱۵/۹٪)، ریه (۱۲/۸٪) معده (۱۱٪)، خون (۱۱/۶٪) و کولون (۹/۱٪) بود. مدت زمان ابتلا به بیماری به طور متوسط $5/03 \pm 7/07$ ماه بود. مشخصه‌های توصیفی متغیرهای امید، معنویت و مذهب در جدول شماره ۱ آورده شده است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی سلامت معنوی ($p < 0/01$)، $r = 0/70$ و همچنین زیرمجموعه‌های آن، یعنی سلامت وجودی ($r = 0/73$ ، $p < 0/01$) و سلامت مذهبی ($r = 0/49$ ، $p < 0/01$) و امید ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط مثبت و معناداری بین امید و اعمال مذهبی سازمان یافته ($r = 0/32$ ، $p < 0/01$)، اعمال مذهبی غیرسازمان یافته ($r = 0/20$ ، $p < 0/01$) و مذهب درونی ($r = 0/44$ ، $p < 0/01$) وجود دارد (جدول شماره ۲).

در مدل نهایی رگرسیون از بین متغیرهای اعمال مذهبی سازمان یافته، مذهب درونی، سلامت وجودی و سلامت معنوی وارد شده، سه متغیر یعنی اعمال مذهبی سازمان یافته، مذهب درونی و سلامت وجودی، میزان F در مدل نهایی، $62/30$ در سطح $p < 0/01$ معنادار بوده است (جدول شماره ۳).

سازمان یافته، اعمال مذهبی غیرسازمان یافته و مذهب درونی) از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای تعیین ارتباط بین امتیازات کلی سلامت معنوی، امتیازات سلامت مذهبی، سلامت وجودی، اعمال مذهبی و مذهب درونی با امتیازات شاخص امید Herth، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین متغیرهای پیش‌گویی‌کننده امید، از آنالیز رگرسیون چند گانه به روش گام به گام استفاده شد. امتیازات کلی شاخص امید Herth به عنوان متغیر وابسته و امتیازات مربوط به سلامت معنوی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی، اعمال مذهبی سازمان یافته، اعمال مذهبی غیرسازمان یافته و مذهب درونی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. سطح معناداری $0/05$ در نظر گرفته شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ۷.14 انجام گرفت. ملاحظات اخلاقی از طریق پرس کردن فرم رضایت‌نامه توسط بیماران و اخذ مجوز جهت نمونه‌گیری از ریاست بیمارستان رعایت شد.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران $46/62 \pm 14/54$ بود. $52/4\%$ بیماران مرد، $44/5\%$ بی‌سواد، $17/1\%$ زیر دیپلم و بقیه دیپلم و بالاتر بودند. در مورد نوع سرطان، بیشترین موارد مربوط به سرطان

جدول ۱- ویژگی‌های توصیفی متغیرهای امید، معنویت و مذهب در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان

امید شهر ارومیه، ۱۳۸۹

متغیر		میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	دامنه تغییرات
مذهب	اعمال مذهبی سازمان یافته	۲/۹۶	۱/۵۵	۱	۶	۶-۱
	اعمال مذهبی غیرسازمان یافته	۲/۳۶	۲/۲۲	۱	۶	۶-۱
	مذهب درونی	۱۴/۱۳	۱/۹۵	۳	۱۵	۳-۱۵
معنویت	سلامت وجودی	۴۱/۱۴	۸/۸۴	۱۳	۵۶	۱۰-۶۰
	سلامت مذهبی	۵۲/۶۷	۸/۲۳	۱۰	۶۰	۱۰-۶۰
	امتیاز کلی سلامت معنوی	۹۳/۸۱	۱۴/۹۷	۳۰	۱۱۶	۲۰-۱۲۰
امید	شاخص امید هرث	۳۹/۱۱	۶/۳۷	۱۴	۴۸	۱۲-۴۸

جدول ۲- همبستگی بین امید، سلامت وجودی، سلامت مذهبی، عقاید مذهبی و اعمال مذهبی در بیماران

مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه، ۱۳۸۹

امتیازات متغیرها		امید	مذهب			معنویت	
			اعمال مذهبی سازمان یافته	اعمال مذهبی غیرسازمان یافته	مذهب درونی	سلامت وجودی	سلامت مذهبی
امید		۱					
مذهب	اعمال مذهبی سازمان یافته	**۰/۳۲	۱				
	اعمال مذهبی غیرسازمان یافته	**۰/۲۰	**۰/۴۴	۱			
	مذهب درونی	**۰/۴۴	**۰/۳۸	**۰/۲۹	۱		
معنویت	سلامت وجودی	**۰/۷۳	**۰/۷۳	۰/۱۰	۰/۱۲	**۰/۳۰	۱
	سلامت مذهبی	**۰/۴۹	**۰/۴۹	**۰/۱۸	**۰/۱۷	**۰/۶۹	۱
	امتیاز کلی سلامت معنوی	**۰/۷۰	**۰/۷۰	**۰/۱۶	**۰/۱۷	**۰/۵۶	**۰/۸۸

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

جدول ۳- رگرسیون گام به گام امید از روی متغیرهای مستقل در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه، ۱۳۸۹

مرحله	متغیر مستقل	B	SE	β	R^2	Adjusted R^2	p
۱	مقدار ثابت	۳۵/۲۰	۱/۰۲	-	۰/۱۰۳	۰/۰۹۸	۰/۰۰۱
	اعمال مذهبی سازمان یافته	۱/۲۲	۰/۳۰	۰/۲۲			۰/۰۰۱
۲	مقدار ثابت	۱۹/۹۸	۲/۲۶	-	۰/۲۲۱	۰/۲۱۲	۰/۰۰۱
	اعمال مذهبی سازمان یافته	۰/۷۴	۰/۳۱	۰/۱۸			۰/۰۰۱
۳	مذهب درونی	۱/۲۰	۰/۲۴	۰/۳۷			۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۹/۷۸	۲/۴۴	-	۰/۶۱۲	۰/۶۰۴	۰/۰۰۱
	اعمال مذهبی سازمان یافته	۰/۷۶	۰/۲۲	۰/۲۷			۰/۰۰۱
۴	مذهب درونی	۰/۵۳	۰/۱۸	۰/۱۶۶			۰/۰۰۴
	سلامت وجودی	۰/۴۷	۰/۰۳	۰/۶۵			۰/۰۰۱
	مقدار ثابت	۹/۸۶	۲/۴۶	-	۰/۶۱۲	۰/۶۰۲	۰/۰۰۱
	اعمال مذهبی سازمان یافته	۰/۷۵	۰/۲۲	۰/۱۸۲			۰/۰۰۱
	مذهب درونی	۰/۵۹	۰/۲۴	۰/۱۸۴			۰/۰۱۵
	سلامت وجودی	۰/۵۰	۰/۰۹	۰/۶۹			۰/۰۰۱
	امتیاز کلی سلامت معنوی	-۰/۰۲	۰/۰۶	-۰/۰۵			۰/۷۱۴

شاخص امید هرث = متغیر وابسته

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که بین سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) و امید در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعه Fehring و همکاران و جعفری و همکاران همخوانی دارد (۲۷ و ۳۷). Fehring و همکاران ارتباط مثبت سلامت معنوی و امید را نشانه سلامت روان معرفی کرده‌اند به این دلیل که در آن مطالعه بین سلامت معنوی و امید ارتباط مثبت، ولی بین سلامت معنوی و افسردگی ارتباط منفی وجود داشته است (۳۷). جعفری و همکاران وجود ارتباط مثبت سلامت معنوی و امید را نشانه اتخاذ سازوکارهای سازگاری مناسب بیماران در رویارویی با وقایع تهدیدکننده حیات دانسته‌اند (۲۷). اما به نظر می‌رسد در جامعه‌ای با باورهای غنی فکری، فرهنگی و مذهبی، وجود ارتباط مثبت بین سلامت معنوی و امید این طور تفسیر شود که این بیماران می‌توانند حضور خداوند در زندگی خود را حس کنند که آن‌ها را هدایت می‌کند، سبب شادی آن‌ها می‌شود و هر وقت که نیاز داشته باشند از آن‌ها حمایت خواهد کرد.

همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بین مذهب (مذهب درونی و اعمال مذهبی سازمان یافته و غیرسازمان یافته) با امید ارتباط وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعات Hong و همکاران (۳۸) و Mickley و Soeken (۲۹) همخوانی دارد. در حالی که با مطالعه Vellone و همکاران که در ایتالیا انجام شده، همخوانی ندارد. در آن مطالعه ارتباط معناداری بین امید و انجام اعمال مذهبی مانند

نماز خواندن و اعتقادات مذهبی مشاهده نشد، در حالی که بین امید و حمایت از سوی خانواده، میزان اطلاعات ارائه شده در مورد سرطان و درمان‌های موجود از طرف پزشکان و پرستاران، حفظ ارتباط با دوستان و احساس راحتی در بیمارستان ارتباط معنادار وجود داشت (۲۵). منابع متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد استعانت و سازگاری مذهبی در جوامع مختلف به طور یکسان مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و ارزش‌های فردی و فرهنگی در آن دخالت دارد. از جمله در مطالعه Mickley و همکاران (۳۹) اهمیت مذهب در جنبه‌های مختلف زندگی برای تمامی بیماران یکسان نبوده و آنان نتیجه‌گیری کرده‌اند که پرستاران باید در مورد نقش مذهب و خدا در زندگی به طور مستقیم از بیمار سؤال کنند. Karren و همکاران می‌گویند در جوامع غربی اکثریت افراد برای سازگاری با تنش‌های زندگی در سنین سالمندی بیش از هر زمان دیگر به مذهب متوسل می‌شوند (۴۰). همچنین یافته‌های مطالعه سیدفاطمی و همکاران نشان داد که استعانت مذهبی، یک سازوکار سازگاری است که در گروه‌های مختلف سنی، جنسی و سطح تحصیلات به یک شکل استفاده نمی‌شود. نتایج دیگر مطالعه یاد شده این بود که استعانت مذهبی با تجربه قبلی اعمال مذهبی ارتباط معنادار دارد (۴۱).

نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که اعمال مذهبی سازمان یافته، مذهب درونی و سلامت وجودی (جزیی از سلامت معنوی) با ۶۱/۲٪، تغییرات امید را تبیین می‌کند. هر چند که در مطالعات قبلی به طور مستقیم به ارتباط اعمال مذهبی سازمان یافته و امید اشاره نشده ولی با

اطرافیان، پذیرش بیماری و آگاهی کامل در مورد خود و شناخت وضعیت خود چهار عامل در ارتقای امید بیماران بوده است (۱۸).

امید به عنوان یک منبع درونی تجربه شده به بیمار کمک می‌کند که بتواند مشکلات، درمان‌های لازم و تغییرات بیماری را کنترل نماید و در شرایطی که امید بیماران حفظ شود، به رشد بیمار، یادگیری و توسعه خودآگاهی او کمک می‌شود (۴). از سوی دیگر اهمیت مذهب و معنویت و گستردگی آن‌ها در مطالعاتی که در جمعیت‌های عمومی و بیماران انجام یافته به طور پیوسته نشان داده شده است. همچنین چنان که قبلاً آمد، اهمیت امید در سازگاری با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مثل سرطان و نقش امید در ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطانی مشخص شده است (۷).

در این مطالعه سلامت معنوی و مذهب با امید بیماران سرطانی ارتباط داشت. بنابراین مطابق نتایج این تحقیق می‌توان گفت که طراحی مداخلات مراقبتی و پرستاری با توجه به اعتقادات و باورهای دینی مددجو، منجر به حفظ امید خواهد شد. یادگیری زندگی با یک بیماری مزمن یک فرایند است که مراقبان حرفه‌ای می‌توانند در آموزش برای سازگاری با آن از معنویت با تأکید به معنا و هدف در زندگی و مذهب با تأکید بر اعمال مذهبی در مشارکت با دیگران (غیر انفرادی) و ایمان درونی بهره‌جسته و نقش به‌سزایی داشته باشند. در کشور ما مردم به باورهای دینی اعتقاد دارند، پس طراحی مداخلاتی در این زمینه می‌تواند شانس موفقیت بالایی داشته باشد.

توجه به این که در آن مطالعات وجود شبکه حمایت اجتماعی (۱۳) و اعمال مذهبی (۲۹) به عنوان دو راهکار مهم در ارتقای امید بیماران نشان داده شده، در نتیجه می‌توان گفت که اعمال مذهبی سازمان یافته علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین فردی را نیز تأمین می‌کند. در واقع شرکت در اعمال مذهبی سازمان یافته به نوعی هر دو راهبرد حفظ امید را می‌تواند پوشش دهد. الله‌بخشیان و همکاران اهمیت سلامت وجودی در مقایسه با کل سلامت معنوی را این طور تفسیر کرده‌اند که در بیماران مزمن، رنج و درد ناشی از بیماری غالباً معنای زندگی و هدف از زیستن را مورد چالش قرار می‌دهد (۲۱). در مطالعه Mickley و Soeken که در مورد بیماران سرطانی انجام یافته، نتایج بیانگر همبستگی قوی‌تر عقاید مذهبی با امید در بیماران آنگولایی تبار نسبت به اسپانیایی تبار بود و عقاید مذهبی نسبت به سلامت معنوی، قدرت پیش‌گویی قوی‌تری در امید بیماران سرطانی داشته که البته در آن مطالعه تأثیر تفاوت‌های فرهنگی در سلامت معنوی و مذهب مورد تأکید قرار گرفته است (۲۹). Fehring و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که آن‌هایی که مذهب درونی قوی‌تری داشتند، سریع‌تر از افسردگی رها شده‌اند (۳۷). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مذهب درونی دیدگاه وسیعی را برای درک و قبول رنج کشیدن و زندگی بعد از مرگ فراهم می‌کند. در مطالعات دیگر داشتن هدف در زندگی نقش معنادار در ارتقای امید بیماران مزمن داشته است (۷). در مطالعه Hawks و همکاران، مذهب، حمایت

پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی به صورت طولی انجام شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان کمال تشکر را از تمام بیماران شرکت‌کننده در تحقیق و همچنین از همکاران بیمارستان امید شهرستان ارومیه ابراز می‌دارند.

نمونه‌گیری در این تحقیق غیر تصادفی بود که از این نظر محدودیت به حساب می‌آید. علاوه بر این هر چند که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده اما ممکن است شرکت‌کنندگان در جواب دادن به پرسشنامه سنجش عقاید مذهبی و سلامت معنوی جواب‌های غیر واقعی بدهند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است. این مطالعه مقطعی است و

منابع

- 1 - Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *J Nurs Scholarsh*. 2008; 40(3): 241-7.
- 2 - Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening experiences of healthy women with pathological cervical smears. *Eur J Oncol Nurs*. 2007 Dec; 11(5): 417-23.
- 3 - Reb AM. Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007 Nov; 34(6): 70-81.
- 4 - Willener R, Hantikainen V. Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urol Nurs*. 2005 Apr; 25(2): 88-90, 95-100.
- 5 - 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 Jul-Aug; 33(4): 258-67.
- 6 - Lee EH. Fatigue and hope: relationships to psychosocial adjustment in Korean women with breast cancer. *Appl Nurs Res*. 2001 May; 14(2): 87-93.
- 7 - Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *J Adv Nurs*. 2000 Dec; 32(6): 1431-41.
- 8 - Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2006 Jun; 9(3): 646-57.
- 9 - Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galiotta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002 May-Jun; 43(3): 213-20.
- 10 - Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med*. 2006 Dec; 21(S5): S1-S2.
- 11 - Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliat Med*. 2005 Apr; 19(3): 234-40.
- 12 - Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *Br J Nurs*. 2002 Jul 25-Aug 7; 11(14): 977-83.
- 13 - Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: critical clinical constructs. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 1995.
- 14 - McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. *Eur J Cancer*. 2008 May; 44(8): 1169-74.
- 15 - Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson HG. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007 Feb 10; 25(5): 555-60.
- 16 - Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2006 Mar; 13(1): 31-37.
- 17 - Mueller PS, Plevak DJ, Rumman TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 2001 Dec; 76(12): 1225-35.

- 18 - Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*. 1995 May-Jun; 9(5): 371-8.
- 19 - Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life. *J Holist Nurs*. 1999 Mar; 17(1): 18-33.
- 20 - McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*. 2003 May 10; 361(9369): 1603-7.
- 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 Journal of Research in Medical Sciences, Journal of Zahedan University of Medical Sciences (Tabib-e-shargh)* 2010; 12(3): 29-33. (Persian)
- 22 - Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2006 May; 31(5): 449-56.
- 23 - Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002 Apr; 29(3): 561-8.
- 24 - Hsu TH, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2003 Sep; 26(3): 835-42.
- 25 - Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nurs*. 2006 Sep-Oct; 29(5): 356-66.
- 26 - Lark RE. The relation of mood and spirituality to status hope and dispositional forgiveness. Dissertation, University of Southern Mississippi. May 2007, Available from: <http://gradworks.umi.com/32/75/3275014.html>
- 27 - Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehdhiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 1362-1366.
- 28 - Mascaro N, Rosen D, Morey L. The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences*. 2004 Sep; 37(4): 845-860.
- 29 - Mickley J, Soeken K. Religiousness and hope in Hispanic- and Anglo-American women with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1993 Sep; 20(8): 1171-7.
- 30 - Penrod J, Morse JM. Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide. *Oncol Nurs Forum*. 1997 Jul; 24(6): 1055-63.
- 31 - Chang LC, Li IC. The correlation between perceptions of control and hope status in home-based cancer patients. *J Nurs Res*. 2002 Mar; 10(1): 73-82.
- 32 - Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J Public Health*. 1997 Jun; 87(6): 957-61.
- 33 - Beres L. Negotiating Images: Popular Culture, Imagination, and Hope in Clinical Social Work Practice. *AFFILIA: Journal of Women and Social Work*. 2002; 17(4): 429-447.
- 34 - Paloutzian RF, Park CL. *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2005.
- 35 - Koenig H, Parkerson GR Jr, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997 Jun; 154(6): 885-6.
- 36 - Kim Y, Seidlitz L, Ro Y, Evinger JS, Duberstein PR. Spirituality and affect: a function of changes in religious affiliation. *Personality and Individual Differences*. 2004 Sep; 37(4): 861-870.
- 37 - Fehring RJ, Miller JF, Shaw C. Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 1997 May; 24(4): 663-71.
- 38 - Hong IW, Ow R. Hope among terminally ill patients in Singapore: an exploratory study. *Soc Work Health Care*. 2007; 45(3): 85-106.
- 39 - Mickley JR, Soeken K, Belcher A. Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Image J Nurs Sch*. 1992 Winter; 24(4): 267-72.
- 40 - Karren KJ, Hafen BQ, Smith L, Frandsen KJ. *Mind/body health: The effects of attitudes, emotions and relationships*. 3rd ed. San Francisco: Pearson/Benjamin Cummings; 2006.
- 41 - Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients]. *Payesh, Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2006; 5(4): 295-303. (Persian)

Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer

Esfandiyar Baljani* (MSc.) - Javad Khashabi** (MD) - Elham Amanpour*** (B.Sc) - Neda Azimi*** (B.Sc).

Abstract

Received: Mar. 2011
Accepted: Aug. 2011

Background & Aim: Spiritual well-being, religion, and hope are important factors in coping with cancer among patients. Nurses need to understand these concepts within a cultural context. This study aimed to determine the relationship between spiritual well-being, religion, and hope in patients with cancer.

Methods & Materials: In this cross-sectional study, 164 patients with cancer were selected using sequential convenience sampling method. Data were collected using a four-part questionnaire. Descriptive analysis, Pearson correlation and multivariate regression analysis were used to analyses the data.

Results: There were significant correlations between the existential well-being, religious well-being, and the hope. There were also significant correlations between the intrinsic religious, religious practices, and the hope. Existential well-being, organizational religiousness and intrinsic religious beliefs predicted hope.

Conclusion: The results of this study emphasized on the importance of the spiritual well-being and religion as variables affecting on hope in patients with cancer. This would help nurses and clinical specialists to focus on religion and spirituality well-being in order to increase hope in the patients.

Corresponding author:
Esfandiyar Baljani
e-mail:
baljani1@yahoo.com

Key words: spiritual well-being, religion, hope, patients with cancer

* MSc., School of Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

** Professor, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

*** MSc. in Nursing, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran