

بررسی رابطه اضطراب مرگ و سلامت عمومی با سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در شهر شیراز ۱۳۹۴

حسین مددی اردکانی^۱، علی کامکار^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، یاسوج، ایران.
۲. عضو هیات علمی گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: سرطان یک بیماری فلج کننده و سخت درمان در جامعه تلقی می شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیر واقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می گردد، بطوریکه ضرورت بستری مکرر و نگرانی های مداوم برای بیماران و خانواده های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می کشاند.

روش: این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است و با هدف تعیین ارتباط بین اضطراب مرگ، سلامت عمومی با سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان شهر شیراز در سال ۱۳۹۴ انجام شد. در این پژوهش ۱۵۰ بیمار مبتلا به انواع سرطان بصورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه مقیاس اضطراب مرگ تمپلر، پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه مقیاس سلامت معنوی پولوتزین و الیسون استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری توسط نرم افزار آماری «اس. پی. اس. اس.» انجام گرفت.

نتایج: پژوهش نشان داد که بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی، ارتباط معکوس و معنی دار وجود دارد. همچنین بین اضطراب مرگ و سلامت عمومی، ارتباط مستقیم و معنی دار وجود دارد. بین سلامت عمومی و سلامت معنوی نیز، ارتباط معکوس و معنی دار وجود دارد و در خصوص ماتریس های همبستگی پیرسون، بین تمامی خرده مقیاس های سلامت معنوی، سلامت عمومی و اضطراب مرگ رابطه معکوس و معنی دار وجود دارد. نتایج دیگر نیز نشان داد که هرچه سلامت معنوی افزایش یابد اضطراب مرگ و ابعاد منفی سلامت عمومی کاهش می یابد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد سلامت معنوی، می تواند اضطراب مرگ را پیش بینی کند. سلامت معنوی بر اضطراب مرگ تاثیر مثبت دارد و باعث کاهش اضطراب مرگ می شود. ابعاد منفی سلامت عمومی، می تواند اضطراب مرگ را پیش بینی کند. افزایش ابعاد منفی سلامت عمومی بر اضطراب مرگ تاثیر منفی دارد و باعث افزایش اضطراب مرگ می شود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، طراحی و تدوین یک برنامه جامع آموزشی و حمایتی با رویکرد معنوی در کنار بقیه ابعاد حمایتی و مراقبتی (جسمی، روانی و اجتماعی) برای بیماران مبتلا به سرطان ضروری می باشد.

کلیدواژه ها: اضطراب مرگ، سلامت عمومی، سلامت معنوی، سرطان

*Email: kamkarali@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

نشریه علمی

روانشناسی
بالینی
و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۲، پیاپی ۳۳
پاییز و زمستان ۱۳۹۸
صص: ۱۹-۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۲۵

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical
Psychology
& Personality

Vol. 17, No. 2, Serial 33

Autumn & Winter
2019 - 2020
pp.: 19-30

مقدمه

سرطان یکی از قدیمی‌ترین بیماری‌های شناخته شده توسط انسانها بوده است، این بیماری که یک مشکل جهانی می‌باشد در کشورهای توسعه یافته دومین، در کشورهای در حال توسعه چهارمین و در ایران سومین علت مرگ و میر محسوب می‌گردد به طوری که از هر ۴ نفر، یک نفر در طول زندگی خود دچار سرطان خواهند شد [۱]. از طرفی با افزایش امید زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، پیشرفت تکنولوژی و دور شدن سبک زندگی از محیط پاک و سالم، انتظار می‌رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر افزایش یابد [۲]. عواملی بیشماری چون نژاد، فرهنگ، دسترسی به خدمات، ارتباط بین پزشک و پرستار، سن، دانش و اعتقادات همگی بر درجه دانش و آگاهی افراد از عوامل خطر زای سرطان تاثیر دارد. سرطان به عنوان یک بیماری فلج کننده و سخت درمان در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب در تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، بطوریکه ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آنها، فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند و ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آنها نیز می‌شود که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده می‌شود. در همین راستا، اشاره می‌شود به سرطان پستان که شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته می‌باشد [۳]. سرطان پستان بیماری است که بیمار، خانواده و جامعه را درگیر می‌کند و بسیاری از منابع مادی و معنوی را هدر می‌دهد. پژوهش‌های پیشین نشان داده است که بیماران مبتلا به سرطان از اضطراب مرگ بالایی برخوردار هستند بطوریکه میزان شیوع اضطراب مرگ در گروه مبتلا به سرطان ۱۷/۹٪ در مقایسه با گروه سالم ۱۳/۸٪ بوده است [۴ و ۵]. اضطراب از مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا حوادثی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود و از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به وضوح لمس نکرده، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند [۶].

سلامت معنوی، یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان است و به طور کلی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه‌ای را بین نیروهای درونی انسان فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند [۷]. نتایج مطالعات فراوانی نشان داده که معنویت و سلامت معنوی عوامل مؤثر و مهمی در زندگی است که به افراد کمک می‌کند تا با بیماری سرطان سازگار شوند، فشار روانی خود را کاهش دهند و کیفیت زندگی و سلامت روانی اجتماعی خود را افزایش دهند [۸]. علیرغم اینکه کشور عزیزمان ایران، داری غنای فرهنگی و معنویت کاربردی توانمندی است، مطالعات محدودی در این زمینه نسبت به کشوره‌های دیگر صورت گرفته است. با توجه به کارآمدی شگفت‌انگیز معنویت و خلاء محسوس و مشهودی که در سیستم درمانی کشور در این زمینه وجود دارد و با توجه به آمار رو به افزایش بیماری‌های خاص و انواع سرطان‌ها، و اینکه این افراد نقش حساس و مهمی را در خانواده و اجتماع بر عهده دارند، باید تحقیقات گسترده‌ای در تمام ابعاد در رابطه با سرطان صورت گیرد تا از برآیند نتایج این تحقیقات بتوان با تدوین روشهای کاربردی تری برای حمایت معنوی و روانی از بیماران مبتلا به سرطان همت گماشت، خصوصاً در زمینه معنویت، چرا که بر اساس تحقیقات می‌توان گفت یکی از کارآمدترین روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان است. در تبیین اثربخشی آموزش مهارتهای معنوی بر سلامت روان نیز باید اشاره نمود که از دهه ی ۱۹۶۰ مطالعات شیوع شناسی اقدام به بررسی تأثیر معنویت و مذهب بر سلامت افراد نمودند و دریافتند که معنویت و مذهب بر سلامت جسمانی و روانی تأثیرگذار است و معنویت با سلامت روانی بالاتر، با بستری شدن کمتر و استراتژی‌های مقابله‌ای بهتر همراه است. بخشی از تحقیقات در مورد سلامت جسمانی دریافتند که فعالیت‌ها و مهارت‌های معنوی با عملکرد ایمنی بهتر، میزان کمتر مرگ ناشی از سرطان، بیماری قلبی کمتر، فشار خون و کلسترول پایین‌تر و رفتارهای سالم بیشتری همراه است [۹]. با توجه به محدود بودن پژوهش‌ها در حوزه مذکور و نیاز به راهکارهای درمانی کم هزینه تر ضرورت انجام چنین پژوهش‌هایی احساس

¹ Craven & Hirmler

² Nelson, Rosenfeld, Breitbart & Galiotta

استرس و عملکرد پرستاران بخش مراقبت های ویژه"، به این نتایج دست یافتند که تفاوت معنی داری در سطح اضطراب مرگ و استرس علاوه بر عملکرد در بخش مراقبت های ویژه در پرستاران وجود دارد [۱۳]. طی پژوهشی با موضوع بررسی رابطه بین اضطراب مرگ و عوامل مرتبط و مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت ۷۰ بیمار مبتلا به سرطان با مقیاس اضطراب مرگ و اضطراب بیمارستان و مقیاس افسردگی مورد بررسی قرار گرفتند، همچنین پس از تعیین میزان اضطراب مرگ، دو گروه بیماران دارای اضطراب مرگ بالا و اضطراب مرگ پائین با مقیاس بصری شدت درد و مقیاس تعهد مذهبی نیز مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه پس از تجزیه و تحلیل ارتباط بین اضطراب مرگ و متغیرهای اجتماعی جمعیتی و بالینی انجام شد و نتایج حاکی از آن بود که، بین نمره شدت درد و اعتقادات منفی درباره اتفاقات پس از مرگ در بیماران دارای اضطراب مرگ و بیماران بدون اضطراب مرگ رابطه معناداری وجود دارد، به این شکل که بیماران که اعتقادات منفی درباره عالم پس از مرگ داشتند درد بیشتری احساس می کردند. همچنین در بیماران با اضطراب مرگ بالا، امید به زندگی کمتر و امید به طول عمر کوتاه تر است. بین اضطراب مرگ و اضطراب، افسردگی و اعتقادات در مورد آنچه پس از مرگ رخ می دهد ارتباط وجود دارد. به این ترتیب می توان گفت که اضطراب مرگ نه فقط با ابتلا به بیماری سرطان مرتبط است بلکه بیشتر به عقاید و دیدگاه های فرد نسبت به مرگ و دنیای پس از مرگ مربوط می باشد. به این معنی که هر حادثه ای می تواند در کسانی که اعتقادات منفی نسبت به جهان پس از مرگ دارند ایجاد اضطراب مرگ نماید و این مسئله دقیقاً به آموزه ها و اعتقادات دینی و معنوی هر فردی ارتباط دارد^۱ [۱۴].

طی پژوهشی با موضوع تعیین ارتباط اضطراب مرگ با شدت بیماری، افسردگی و باورهای مذهبی در ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری شدید طبیبی به این نتایج دست یافتند که، باورهای مذهبی ارتباط منفی با اضطراب مرگ داشته و این عامل قویترین عامل حفاظتی اضطراب مرگ در بیماران بود [۱۵]. طی پژوهشی با موضوع ارتباط بین سلامت روانی و معنوی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته در بوپال هند انجام گرفت بهبود پیش آگهی و کیفیت زندگی و همچنین کاهش درد و رنج بیماران مورد مطالعه قرار گرفت.

می شود. در ادامه با نظر به آنچه بیان شد هدف از اجرای این پژوهش آن است که تحقیقاً دریابیم که آیا معنویت و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان می تواند در کنترل اضطراب مرگ و سلامت عمومی آنها دخالت داشته باشد؟ و در صورت دخالت داشتن، میزان تأثیرات آن به چه اندازه است؟

طی پژوهشی با موضوع تعیین اثر بخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی، بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان انجام گرفت، بیماران طی ۸ جلسه دو ساعته تحت شناخت درمانی مذهب محور قرار گرفتند نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به دلیل اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور در بیماران مبتلا به سرطان می توان از این روش به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی سود جست و متعاقباً می توان در راستای بهبود مشکلات روان شناختی مذکور در این بیماران استفاده کرد [۱۰].

طی پژوهشی که با موضوع تعیین ارتباط اضطراب مرگ با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان در بیمارستان کوثر قزوین انجام گرفت، نتایج نشان داد که بین اضطراب مرگ با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد، همچنین بین اضطراب مرگ با بعد روانی کیفیت زندگی و سن و دفعات نماز خواندن همبستگی وجود دارد. مدل رگرسیون خطی چندگانه نیز نشان داد اضطراب مرگ، میزان حمایت اجتماعی و سطح تحصیلات از پیش گوئی کننده های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بوده اند. با توجه به این نتایج می توان گفت تدوین یک برنامه جامع مراقبتی از بیماران مبتلا به سرطان با توجه به عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی آنها امکان پذیر خواهد بود. همچنین کاهش اضطراب مرگ، افزایش حمایت اجتماعی و ارتقاء سطح تحصیلات از جمله مواردی است که می تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان را بهبود بخشد [۱۱]. طی پژوهشی که با موضوع " ادراک مرگ، اضطراب مرگ و نگرش نسبت به مرگ در میان پرستاران تومورشناسی"، به این نتایج دست یافتند که مراقبت از بیماران در حال مرگ و یا مشاهده مرگ و یا تجربه مرگ اعضای خانواده، رابطه معنی دار مثبتی با اضطراب مرگ دارد [۱۲]. طی پژوهشی با موضوع "اضطراب مرگ و

¹ Gonen, Kaymak, Cankurtaran, Karlioglu, Ozalp & Soygur

مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. این ارزیابی برای گروه آزمایش در فاصله ۶ ماهه درمان نیز مجدداً اجرا گردید. نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار در میزان سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا در دو گروه به نفع گروه آزمایش ($P < 0/05$) بود. این نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد گروه آزمایش برای هر دو متغیر، همچنان تداوم داشت و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در افزایش سلامت معنوی و ایجاد تصور مثبت از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان اثر گذار باشد [۱۸]. طی پژوهشی با موضوع اثر بخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان، از شیوه نیمه آزمایشی بصورت طرح پیش آزمون-پس آزمون و به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا در افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان استفاده گردید. برای این منظور ۳۰ والد (۲۴ تا ۵۴ ساله) دارای فرزند مبتلا به سرطان از بین والدین داوطلب مراجعه کننده به بیمارستان محک انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و شاهد گمارده شدند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با آزمون افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شناختی وجودگرا شرکت نمودند، ولی در گروه شاهد هیچ گونه مداخله رسمی روانشناختی انجام نگرفت. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار در میزان افسردگی دو گروه به نفع گروه آزمایش ($P < 0/01$) بود که نشان می‌دهد گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در کاهش افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان موثر باشد [۱۹].

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد، از روش‌های همبستگی زمانی، نیز برای تحلیل داده‌ها استفاده می‌شود که بتوان اندازه‌ای را با اندازه دیگر بر اساس قاعده معینی جفت نمود. پژوهش حاضر در پی بررسی وجود یا عدم وجود رابطه بین متغیرهای اضطراب مرگ و سلامت عمومی با سلامت معنوی می‌باشد.

داده‌ها از ۸۰ بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته در شش بیمارستان اختصاصی بیماران سرطانی از مناطق غربی و مرکزی هند گرفته شد. بیماران مبتلا به مراحل پیشرفته سرطان بر اساس جزئیات بالینی (تاریخ درمان، مشخصات شخصی و سوابق) شناسائی شده و معاینات تشخیصی توسط پزشکان بر روی آنها انجام گرفت. نتایج نشان داد که رابطه بین متغیرهای بکار گرفته شده در این پژوهش معنا دار است، بدین شرح که بین سلامت روانی و اضطراب مرگ و بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ همبستگی معکوس (منفی) وجود دارد. این موضوع، نشان می‌دهد که افزایش سلامت روانی و معنوی می‌تواند اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته را کاهش دهد و از طرفی باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی آنها شود. در نهایت اینکه مراقبت‌های تسکینی روانی-معنوی و درمان شناختی-رفتاری می‌تواند نقش بسیار مهمی در زمینه کنترل اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بازی کنند [۱۶]. طی پژوهشی با موضوع "تاثیر معنویت بر افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و خودکشی"، به این نتایج دست یافتند که معنویت بالا اثر محافظت کننده در برابر نشانه‌های افسردگی دارد و سطوح متوسط و کم معنویت پیش بینی کننده‌ی علائم افسردگی می‌باشد. همچنین سطوح متوسط معنویت پیش بینی کننده‌ی اختلال پس از سانحه است. این نتایج نشان داد که رابطه‌ی پیچیده‌ای بین معنویت و سلامت روان وجود دارد [۱۷]. طی پژوهش دیگری با موضوع اثر بخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان، با استفاده از شیوه نیمه آزمایشی با پیش آزمون-پس آزمون، گروه گواه با گمارش تصادفی و با پیگیری شش ماهه انجام گردید. برای این منظور ۳۰ والد (۲۴ تا ۵۴ ساله) که فرزندشان به دلیل ابتلا به بیماری سرطان در بیمارستان محک تحت درمان پزشکی قرار داشته و داوطلب شرکت در برنامه مشاوره بودند به تصادف در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با پرسشنامه سلامت معنوی و پرسشنامه وضعیت مذهبی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شناختی وجودگرا شرکت نمودند، در حالیکه گروه گواه در این مدت از هیچ گونه مداخله رسمی روانشناختی استفاده نکردند. در پایان

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان، مراجعه کننده به درمانگاه ها و بیمارستان های شیراز از تاریخ اسفند ماه ۹۳ تا تیر ماه ۹۴ می باشد.

ب) نمونه پژوهش: تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران مبتلا به انواع سرطان به روش نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که با بیماران مبتلا به سرطانی که جهت درمان به درمانگاه ها و بیمارستان های شیراز مراجعه می کردند صحبت های لازم انجام می گرفت و پس از تشریح اهداف پژوهش و جلب نظر و مشارکت آزمودنی ها، جهت اجرای آزمون پرسشنامه های اضطراب مرگ، سلامت معنوی و سلامت عمومی به آنان ارائه می شد. حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران محاسبه گردید. آمار دقیقی از تعداد بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده و بستری در درمانگاه ها و بیمارستانهای شیراز در مدت زمان نمونه گیری (۴ ماه) در دست نمی باشد. بر اساس محاسبه میانگین مراجعه روزانه کل بیماران استان فارس و استان ها و مناطق جنوب کشور به تمام مراکز مربوطه در شیراز که حدود ۴۵ نفر می باشد، می توان بطور تخمینی جامعه آماری را در مقطع زمان نمونه گیری (بدون محاسبه ۲۰ روز تعطیلی) حدود ۴۵۰۰ نفر برآورد نمود و آمار بیماران مربوط به شهر شیراز را حدوداً ۳۰۰ نفر تخمین زد. سن مراجعه کنندگان از ۱۶ سال به بالا و درصد جنسیت مراجعه کنندگان حدود ۲۵٪ مرد و ۷۵٪ زن بوده است. همچنین درصد تحصیلات مراجعه کنندگان حدوداً ۶۵٪ زیر دیپلم و ۳۵٪ بالای دیپلم بوده است.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات سه پرسشنامه، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و پرسشنامه سلامت عمومی (۱۹۷۲) و مقیاس سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۳)، به کار گرفته شده است.

(۱) مقیاس اضطراب مرگ تمپلر^۱: این پرسشنامه را تمپلر در سال ۱۹۷۰، ساخته است که شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی ها را به مرگ می سنجد. آزمودنی ها پاسخ های خود را به هر سؤال با گزینه های بلی یا خیر مشخص

می کنند. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب در فرد است. در این پرسشنامه برای نمره گذاری از مقیاس پاسخ دو گانه (۱۰) استفاده می شود، به این ترتیب نمره های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا (نمره بالاتر از متوسط «نمره ۸») معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. بررسی های به عمل آمده درباره اعتبار مقیاس اضطراب مرگ، نشان می دهد که این مقیاس از اعتبار قابل قبولی بهره مند است. تمپلر در سال ۱۹۷۰، ضریب بازنمایی مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۸۳ به دست آورده است. کلی و کوریویو^۲ [۲۰]، اعتبار بازنمایی مقیاس اضطراب مرگ را ۰/۸۵ و ضریب همسانی درونی آن را ۰/۷۳ گزارش کردند. در فرهنگ اصلی ضریب پایایی بازنمایی ۰/۸۵ و روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است. در ایران رجیبی و بحرانی در سال ۱۳۸۰، این پرسشنامه را به فارسی برگردانده و پایایی و روایی این پرسشنامه را بررسی کردند و بر این اساس ضریب پایایی تنصیفی را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ۰/۳۴ همبستگی بین این دو مقیاس بود [۲۱].

(۲) پرسشنامه سلامت عمومی^۳: برای سنجش سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده گردید. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ (۱۹۷۲)، تنظیم شد. فرم اصلی آن ۶۰ سؤالی و فرم های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤالی نیز تهیه و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روانسنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است^۴ [۲۲].

مطالعات روان سنجی نسخه های مختلف آزمون سلامت عمومی نشان می دهد که نسخه ۲۸ سؤالی آن نسبت به سایر نسخه ها دارای بیشترین میزان اعتبار، حساسیت و ویژگی است^۵ [۲۳]. گلدبرگ در سال ۱۹۸۹، ویژگی های روان سنجی نسخه های مختلف را در ۴۳ مطالعه در کشورهای مختلف جهان بررسی نمود و دریافت که نسخه ۲۸ سؤالی دارای میزان اعتبار بیشتر و حساسیت و ویژگی مناسبتری است. این نسخه مطابق با تحلیل عوامل که توسط گلدبرگ و

¹ Templer Death Anxiety Scale (TDAS)

² Kelly & Corriveau

³ General Health Questionnaire (GHQ_28)

⁴ Goldberg, Gater & Saratorius

⁵ Banks

برای زیر گروه های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به دست آمده صورت می گیرد). هر چه نمره بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. مطالعات اولیه پایایی درونی آزمون مجدد را (۰/۹۹ تا ۰/۷۳) و اعتبار آن را (۰/۹۴ تا ۰/۷۸) گزارش دادند^۵ [۲۶].

عسگری و همکاران [۲۷]، به منظور تعیین اعتبار و پایایی مقیاس سلامت معنوی، مقیاس مذکور به طور همزمان با مقیاس سلامت روان «اس سی ال ۲۵»^۶ را اجرا کردند که ضریب اعتبار همزمان آن با مقیاس سلامت روان «اس سی ال ۲۵»، ۰/۳۱- و ۰/۰۴ < P و ضریب پایایی آن با روش آلفای کرباخ ۰/۸۹ بدست آمد که نشاندهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این مقیاس است.

شیوه انجام پژوهش

پس از کسب مجوز و هماهنگی های لازم با مراکز درمانی و درمانگاه ها مورد نظر، پرسشنامه ها به تعداد مورد نیاز تکثیر شدند و محقق به اتاق های بیماران در بخش انکولوژی مراجعه کرده و پس از توضیحات لازم در زمینه موضوع و ضرورت و اهمیت مسئله و بیان اهداف مورد نظر و اظهار امیدواری نسبت به اینکه یافته های این پژوهش بتواند در زمینه کاهش مشکلات این بیماران و خانواده های آنها کمک موثری داشته باشد پرسشنامه ها بین بیماران توزیع شد و در مورد شیوه پاسخ دهی توضیحاتی ارائه کرد. رعایت اصول اخلاقی و اطمینان دادن به داوطلبان در مورد راز داری در مورد نتایج آزمون انجام شد. تکمیل پرسشنامه ها با حضور مستقیم محقق انجام و در مواردی که آزمودنی ها مشکلاتی در زمینه تکمیل پرسشنامه ها داشتند محقق راهنمایی های لازم را به عمل می آورد و در نهایت پس از تکمیل، پرسشنامه ها جمع آوری گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، پرسشنامه های ناقص جهت انجام آنالیز های آماری کنار گذاشته شدند و مابقی اطلاعات مستخرج شده از پرسشنامه برای تجزیه و تحلیل آماده شد.

هیلیرا^۱ در سال ۱۹۷۹ انجام شد، ۴ عامل اساسی شامل مقیاس های علائم جسمانی، علائم اضطراب و اختلال خواب، اختلال کارکرد اجتماعی و مقیاس افسردگی استخراج گردید. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده گردید و برای نمره گذاری از سیستم لیکرت (نمره گذاری چهارگانه) استفاده شد که به هر کدام از گزینه های چهارگانه، نمره ای اختصاص داده شد (۳، ۲، ۱، ۰). کسب نمره بالاتر در این آزمون نشانه وجود اختلال شدیدتر در سلامت عمومی است [۲۴]. در خصوص اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی مطالعات متعددی صورت گرفته است. گلدبرگ در سال ۱۹۷۲، اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را از طریق همبسته کردن نمره های آن با پرسشنامه چک لیست نشانه های اختلالات روانی^۲ برابر ۰/۷۸ به دست آورده است. تقوی در سال ۱۳۸۰، برای اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش اعتبار یابی سازه، تحلیل عوامل و همبستگی بین خرده مقیاس های آزمون با یکدیگر و با کل آزمون استفاده نمود. در روش اعتباریابی سازه از اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه بیمارستان میدلسکس^۳ استفاده کرده است که ضریب همبستگی بین نمره های ۷۵ آزمودنی مورد مطالعه در دو پرسشنامه سلامت عمومی و پرسشنامه بیمارستان میدلسکس برابر با ۰/۵۵ بود و در سطح (P < ۰/۰۰۱) معنا دار شد. تقوی، همچنین پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را نیز محاسبه کرد، که نتایج باز آزمایی پرسشنامه سلامت عمومی بر روی ۷۵ آزمودنی با فاصله ۳ تا ۴ هفته برابر با ۰/۷۲ بود و پایایی به روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۹۰ گزارش کرده است [۲۵].

۳) مقیاس سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۴: مقیاس سلامت معنوی توسط پولوتزین و الیسون در سال در سال ۱۹۸۳، طراحی شده است. این مقیاس یک پرسشنامه حاوی ۲۰ عبارت است که پاسخ های آن ۶ قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است و نمره گذاری آن طبق مقیاس لیکرت ۶ گانه انجام می گیرد. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می شود که هر کدام شامل ۱۰ عبارت است و نمره ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می دهد

^۶ Goldberg & Hillier

^۷ SCL-90

^۱ Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)

^۱ Spiritual well-being Scale Palutzian & Ellison (SWBS)

^۲ Ellison & Smith

^۶ SCL25

شیوه تحلیل داده‌ها

تجزیه تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار «اس. پی. اس. اس»^۱ انجام شد و از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است که در سطح توصیفی از آماره‌های (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و ...) استفاده شده و در سطح استنباطی از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری استفاده شد.

نتایج

یافته‌های توصیفی: در این قسمت به بررسی و تحلیل یافته‌های توصیفی نمونه بر اساس میانگین و انحراف استاندارد پرداخته شده و برای هر متغیر بصورت جداگانه جداول شماره (۱ الی ۳)، ارائه می‌شود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مقیاس سلامت معنوی

متغیر	خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
مقیاس سلامت معنوی	سلامت مذهبی	۵۲/۱۷	۷/۵۹
	سلامت وجودی	۴۵/۳۲	۱۰/۱۷
پولوتین و بیسون	سلامت معنوی (مقیاس کل)	۹۶/۶۹	۱۴/۹۷

در جدول (۱)، شاخص‌های توصیفی شامل (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به دو خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی و مقیاس کل سلامت معنوی ارائه شده است و همانطور که مشاهده می‌شود خرده مقیاس سلامت مذهبی، نسبت به خرده مقیاس سلامت وجودی دارد.

در جدول (۲)، شاخص‌های توصیفی شامل (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به چهار خرده مقیاس سلامت عمومی و مقیاس کل سلامت عمومی ارائه شده است و همانطور که مشاهده می‌شود خرده مقیاس اختلال در کارکردهای اجتماعی، میانگین بالاتری نسبت به خرده مقیاس‌های دیگر دارد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مقیاس سلامت عمومی

متغیر	خرده مقیاس‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
پرسشنامه سلامت عمومی	نشانه‌های جسمانی	۶/۹۴	۴/۶۵
	اضطراب و اختلال خواب	۷/۱۶	۵/۱۹
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۷/۴۴	۳/۹۴
	افسردگی	۱/۹۰	۳/۰۴
سلامت عمومی (مقیاس کل)		۲۳/۴۴	۱۴/۳۳

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مقیاس اضطراب مرگ

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
مقیاس اضطراب مرگ	۷/۴۴	۱/۸۲

در جدول (۳)، شاخص‌های توصیفی شامل (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به مقیاس اضطراب مرگ ارائه شده است و همانطور که مشاهده می‌شود میانگین این خرده مقیاس ۷/۴۴ می‌باشد.

جدول ۴. فراوانی سرطان بر اساس نوع، تعداد و میانگین طول مدت ابتلا

ردیف	نوع سرطان	تعداد	میانگین طول مدت ابتلا
۱	سرطان پستان	۶۹	۲۶ ماه
۲	سرطان پوست	۲۴	۲۱ ماه
۳	سرطان ریه	۸	۳ ماه
۴	سرطان پروستات	۱۰	۱۲ ماه
۵	سرطان گوارش	۲۱	۷ ماه
۶	سرطان رحم و تخمدان	۱۴	۱۴ ماه
۷	سرطان گردن رحم	۴	۶ ماه

در جدول (۴)، شاخص‌های توصیفی سرطان شامل (نوع، تعداد و میانگین طول مدت ابتلا) ارائه شده است. یافته‌های استنباطی: در این بخش به منظور بررسی یافته‌های پژوهش از روش ضریب همبستگی پیرسون جهت بررسی و تحلیل ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه استفاده شده است که این بررسی‌ها در جداول زیر ارائه می‌گردد.

فرضیه اصلی اول: بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی در افراد مبتلا به سرطان رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵. ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای اضطراب مرگ و سلامت معنوی

متغیر	شاخص	اضطراب مرگ
سلامت معنوی	ضریب همبستگی	-۰/۲۳۶
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۴
سلامت مذهبی	ضریب همبستگی	-۰/۰۳۹
	سطح معنی‌داری	۰/۶۲۷
سلامت وجودی	ضریب همبستگی	-۰/۳۸۱
	سطح معنی‌داری	۰/۰۰۰۱

همانطور که در جدول (۵)، مشاهده می‌شود با توجه به ماتریس همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی بین دو متغیر اضطراب مرگ و سلامت معنوی در سطح آلفای ۰/۰۵ رابطه

^۱ SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

رابطه معنی داری وجود دارد " با ۹۵ درصد اطمینان تأیید و پذیرفته می شود.

فرضیه اصلی دوم: بین سلامت عمومی و سلامت معنوی در افراد مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد.

منفی (معکوس) وجود دارد: به این معنی که در افراد مبتلا به سرطان هر چه مقدار سلامت معنوی بیشتر باشد میزان اضطراب مرگ کاهش می یابد. با توجه به مقدار $r = -0/236$ و سطح معنی داری کوچکتر از $P < 0/05$ فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهشی که عبارت بود از " بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی در افراد مبتلا به سرطان

جدول ۶. نشانگر ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت عمومی و سلامت معنوی

متغیر	شاخص	سلامت عمومی	نشانه جسمانی	اضطراب	اختلال اجتماعی	افسردگی
سلامت معنوی	همبستگی معنی داری	-0/450	-0/335	-0/352	-0/318	-0/385
سلامت مذهبی	همبستگی معنی داری	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001
سلامت وجودی	همبستگی معنی داری	-0/286	-0/313	-0/306	-0/168	-0/297
	همبستگی معنی داری	0/001	0/001	0/012	0/039	0/001
	همبستگی معنی داری	-0/303	-0/241	-0/260	-0/351	-0/160
	معنی داری	0/001	0/003	0/001	0/001	0/050

فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهشی که عبارت بود از " بین سلامت عمومی و سلامت معنوی در افراد مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد " با ۹۵ درصد اطمینان تأیید و پذیرفته می شود.

فرضیه اصلی سوم: بین سلامت عمومی و اضطراب مرگ در افراد مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد.

همانطور که در جدول (۶)، مشاهده می شود با توجه به ماتریس همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی بین دو متغیر سلامت عمومی و سلامت معنوی در سطح آلفای ۰/۰۵ رابطه منفی (معکوس) وجود دارد: به این معنی که در افراد مبتلا به سرطان هر چه مقدار سلامت معنوی بیشتر باشد میزان ابعاد منفی سلامت عمومی کاهش می یابد. با توجه به مقدار $r = -0/450$ و سطح معنی داری کوچکتر از $P < 0/05$

جدول ۷. نشانگر ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت عمومی و اضطراب مرگ

متغیر	شاخص	سلامت عمومی	نشانه جسمی	اضطراب	اختلال اجتماعی	افسردگی
اضطراب مرگ	همبستگی معنی داری	0/444	0/346	0/510	0/307	0/292
	معنی داری	0/001	0/001	0/001	0/001	0/001

تأیید و پذیرفته می شود.

فرضیه فرعی اول: سلامت معنوی قادر به پیش بینی اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

همانطور که در جدول (۸)، مشاهده می شود، آماره F در سطح آلفای ۰/۰۱ و میزان $R^2 = 0/056$ ، معنا دار شده است، به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی قادر است واریانس اضطراب مرگ را به میزان ۵/۵ درصد پیش بینی کند.

همانطور که در جدول (۷)، مشاهده می شود با توجه به ماتریس همبستگی پیرسون، بین دو متغیر سلامت عمومی و اضطراب مرگ در سطح آلفای ۰/۰۵ رابطه مثبت (مستقیم) وجود دارد: به این معنی که هر چه اضطراب مرگ افزایش یابد ابعاد منفی سلامت عمومی نیز افزایش می یابد. با توجه به مقدار $r = 0/444$ و سطح معنی داری کوچکتر از $P < 0/05$ فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهشی که عبارت بود از " بین سلامت عمومی و اضطراب مرگ در افراد مبتلا به سرطان رابطه معنی داری وجود دارد " با ۹۵ درصد اطمینان

جدول ۸. نتایج تحلیل رگرسیون پیش بینی اضطراب مرگ بر اساس سلامت معنوی

Sig	df	f	R ²	p	t	Beta	متغیرها
۰/۰۰۴	۱۴۹-۱	۸/۷۶	۰/۰۵۶	۰/۰۰۴	-۲/۹۶	-۰/۲۳۶	اضطراب مرگ سلامت معنوی

فرضیه فرعی دوم: سلامت معنوی قادر به پیش بینی سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

جدول ۹. نتایج تحلیل رگرسیون پیش سلامت عمومی بر اساس سلامت معنوی

Sig	df	f	R ²	p	t	Beta	متغیرها
۰/۰۰۱	۱۴۹-۱	۲۹/۱۱	۰/۱۶۴	۰/۰۰۱	۵/۳۹	۰/۴۰۵	سلامت عمومی سلامت معنوی

های السبوح و عبدالخالق و سهیل و اکرم ، همسو است [۲۸] و [۲۹]. این پژوهش ها نشان دادند که ممکن است بین سلامت مذهبی با اضطراب مرگ در ارتباط معنی داری وجود نداشته باشد. شاید این به دلیل اعتقاد به جهنم و ترس از عذاب الهی در جهان پس از مرگ باشد که اضطراب مرگ را افزایش داده است. از طرفی سطح پائین تحصیلات نیز می تواند باعث افزایش اضطراب مرگ شود. در برخی از مطالعات به بررسی ارتباط سطح تحصیلات و اضطراب مرگ پرداخته شده است. به طور مثال آریزا و همکاران نشان دادند که بین سطح تحصیلات و اضطراب مرگ ارتباط وجود دارد، به طوریکه افراد بی سواد و کم سواد در مقایسه با افراد تحصیل کرده اضطراب مرگ بیشتری را تجربه میکنند [۳۰]. در این پژوهش سطح تحصیلات ۴۱/۴ درصد از آزمودنی ها کمتر از دیپلم ، ۳۸/۲ درصد دیپلم ، ۷/۹ درصد فوق دیپلم و ۱۲/۵ درصد لیسانس هستند. همانطور که مشاهده می کنید سطح تحصیلات در آزمودنی های این پژوهش پائین است، ممکن است این عامل هم بتواند دلیلی باشد بر معنادار نبودن ارتباط سلامت مذهبی و اضطراب مرگ. ضرب همبستگی بین متغیر اضطراب مرگ و مؤلفه سلامت وجودی با توجه به مقدار $r = ۰/۳۸۱$ و سطح معنی داری کوچکتر از $P < ۰/۰۵$ رابطه منفی (معکوس) وجود دارد. به این معنی که در افراد مبتلا به سرطان هر چه مقدار سلامت وجودی بیشتر باشد میزان اضطراب مرگ آنها کاهش می یابد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها در ارتباط با فرضیه اصلی دوم (جدول ۶) نشان داد که با توجه به ماتریس همبستگی پیرسون در سطح آلفای ۰/۰۵ ، بین سلامت عمومی و سلامت معنوی رابطه مستقیم (مثبت) وجود دارد و فرضیه دوم تأیید می شود. به این معنی که با افزایش سلامت معنوی، سلامت عمومی (که شامل ابعاد منفی سلامت می باشد) کاهش می یابد. به عبارت دیگر هرچه بیماران مبتلا

همانطور که در جدول (۹)، مشاهده می شود ، آماره F در سطح آلفای ۰/۰۰۱ و میزان $R^2 = ۰/۱۴۵$ ، معنا دار شده است، به این ترتیب می توان نتیجه گرفت که سلامت معنوی قادر است واریانس سلامت عمومی را به میزان ۱۶/۴ درصد پیش بینی کند.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش به بررسی رابطه اضطراب مرگ و سلامت عمومی با سلامت معنوی در بیماران مبتلا به انواع سرطان پرداخته شده است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها در ارتباط با فرضیه اصلی اول (جدول ۵) نشان داد که با توجه به ماتریس همبستگی پیرسون در سطح آلفای ۰/۰۵ ، بین اضطراب مرگ و سلامت معنوی رابطه معکوس (منفی) وجود دارد و فرضیه اول تأیید می شود، به این معنی که با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ کاهش می یابد. به عبارت دیگر هرچه بیماران مبتلا به سرطان از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشند اضطراب مرگ کمتری را تجربه می کنند. همچنین بین متغیر اضطراب مرگ با ابعاد سلامت معنوی شامل سلامت مذهبی و سلامت وجودی نیز رابطه معکوس و معنی دار وجود دارد. ضریب همبستگی بین متغیر اضطراب مرگ و مؤلفه سلامت مذهبی با توجه به مقدار $r = ۰/۰۳۹$ و سطح معنی داری کوچکتر از $P < ۰/۰۵$ رابطه منفی (معکوس) وجود دارد اما به دلیل ناچیز بودن رابطه این مقدار نادیده گرفته می شود. این نتیجه نشان می دهد که سلامت مذهبی در سطح آلفای ۰/۰۵ ، با اضطراب مرگ چندان رابطه معنادار قابل توجهی ندارد. در تبیین نتایج فوق نیز می توان گفت که بنابر آنچه که در بالا به اختصار به آن اشاره شد، سلامت مذهبی مؤلفه ای است که بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر قابل توجهی نمی گذارد و تأثیر مثبت بسیار ناچیزی بر اضطراب مرگ دارد، در حدی که می توان آن را نادیده گرفت. این فرضیه با پژوهش

گذار است. نتایج اثبات نمود سلامت معنوی بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر مثبت دارد. در واقع سلامت معنوی عاملی مهم در زمینه کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان به حساب می‌آید.

همانگونه که در (جدول ۹)، مشاهده کردید. تحلیل رگرسیون چندگانه، فرضیه فرعی دوم را تأیید نمود، نتایج نشان داد که سلامت معنوی در سطح آلفای ۰/۰۱، با سلامت عمومی رابطه معنادار دارد و قادر به پیش بینی سلامت عمومی می‌باشد. به عبارت دیگر می‌توان میزان سلامت عمومی را بر اساس مقدار سلامت معنوی پیش بینی نمود. در تبیین نتایج فوق نیز می‌توان گفت که بنابر آنچه که در بالا به اختصار به آن اشاره شد، سلامت معنوی متغیری است که بر سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر گذار است. نتایج اثبات نمود سلامت معنوی بر سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر مثبت دارد. در واقع سلامت معنوی عاملی مهم در زمینه کاهش ابعاد منفی سلامت عمومی شامل (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) و در نهایت افزایش سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان به حساب می‌آید.

ما در انجام این پژوهش به این نتایج دست یافتیم که بین معنویت و اضطراب مرگ و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان رابطه وجود دارد. به شکلی که سلامت معنوی می‌تواند اضطراب مرگ را در این بیماران کاهش دهد و کاهش اضطراب و اضطراب مرگ در این بیماران باعث می‌شود سلامت عمومی افزایش یابد و در نهایت افزایش سلامت عمومی باعث افزایش کیفیت زندگی و سرعت بهبودی در این بیماران می‌شود. بنظر میرسد با توجه به تاثیر مثبت سلامت معنوی بر ابعاد دیگر سلامت در بیماران مبتلا به سرطان لازم است در جهت ارتقاء سطح سلامت معنوی این بیماران برنامه ریزی‌های مدوتی انجام گیرد. اگرچه تحقیقات زیادی درباره ابعاد مختلف اضطراب مرگ و فاکتورهای تأثیرگذار بر سطح تجربه آن توسط افراد انجام شده است، با این وجود تعداد مطالعاتی که به بررسی ارتباط اضطراب مرگ و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته شده بسیار محدود است. به طور کلی آنچه از متون تحقیقی برمی‌آید این است که سلامت معنوی تأثیر مؤثری بر کاهش اضطراب مرگ و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان و همینطور در افراد دیگر دارد. در واقع معنویت در پرورش سازگاری با تجارب و حوادث استرس‌زا، پیش‌بینی اهداف مطلوب در آینده و نیز سازگاری با استرس‌های مزمن نقشی اساسی دارد.

به سرطان از سلامت معنوی بیشتری برخوردار باشند ابعاد منفی سلامت عمومی کمتری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بیشتری برخوردار هستند. همچنین متغیر سلامت عمومی با ابعاد سلامت معنوی شامل (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) رابطه معکوس و معنی‌دار دارد و سلامت معنوی و ابعاد آن با ابعاد منفی سلامت عمومی شامل (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) نیز رابطه معکوس و معنی‌دار دارد. به عبارت دیگر هر چه سلامت وجودی و سلامت مذهبی در افراد مبتلا به سرطان بیشتر باشد ابعاد منفی سلامت عمومی شامل نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی کاهش می‌یابد.

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در ارتباط با فرضیه اصلی سوم (جدول ۷) نشان داد که با توجه به ماتریس همبستگی پیرسون در سطح آلفای ۰/۰۵، بین سلامت عمومی و اضطراب مرگ رابطه مستقیم (مثبت) وجود دارد و فرضیه دوم تأیید می‌شود. به این معنی که با افزایش (ابعاد منفی) سلامت عمومی، اضطراب مرگ افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر هرچه ابعاد منفی سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان بیشتر باشند (یعنی از سلامت کمتری برخوردار باشند) اضطراب مرگ بیشتری را تجربه می‌کنند. یا بر عکس هر چه اضطراب مرگ افزایش یابد ابعاد منفی سلامت عمومی افزایش می‌یابد. همچنین متغیر اضطراب مرگ با تک تک ابعاد منفی سلامت عمومی شامل (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی) نیز رابطه مستقیم و معنی‌دار دارد. به این شکل که افزایش نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، اختلال در کارکردهای اجتماعی و افسردگی باعث افزایش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های [۱۱ و ۲۶ و ۲۷ و ۱۶ و ۱۴ و ۲۸]، همسو می‌باشد.

همانگونه که در (جدول ۸)، مشاهده کردید. تحلیل رگرسیون چندگانه، فرضیه فرعی اول را تأیید نمود، نتایج نشان داد که سلامت معنوی در سطح آلفای ۰/۰۱، با اضطراب مرگ رابطه معنادار دارد و قادر به پیش بینی اضطراب مرگ می‌باشد. به عبارت دیگر می‌توان میزان اضطراب مرگ را بر اساس مقدار سلامت معنوی پیش بینی نمود. در تبیین نتایج فوق نیز می‌توان گفت که بنابر آنچه که در بالا به اختصار به آن اشاره شد، سلامت معنوی متغیری است که بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر

- 3- World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Retrieved May 7, 2013, from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
- 4- Shain MT, Kevin RB, Huihua I, Eng Choon LL, Krishna LK. (2014). Depression and Anxiety in cancer patients in a Tertiary general hospital in Singapore. *Asia J Psychiatr* 8, pp. 33-37.
- 5- Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. (2013). Depression and anxiety in Long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review And meta-analysis. *Lancet Oncol.* 14, pp. 721-32.
- 6- Naderi F, Roushani Kh. (2012). Relationship of spiritual intelligence and social intelligence with death anxiety in old women. *J Women and Culture.* 2(6), pp. 55-67.
- 7- Craven, RF., & Hirnle, CJ. (2003). *Fundamental of nursing: human health and Function.* 4th Edition, Lippincott & Williams & Wilkins Company: Philadelphia.
- 8- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., Galietta, M. (2002). Spirituality, Religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*, 43(3), pp. 213-20.
- 9- Lucchetti, G; Lucchetti, A. L. G; Bassi, R. M.; Vera, A. V. D. & Peres, M. F. P. (2012). *Integrating Spirituality into Primary Care, Primary Care at a Glance - Hot Topics and New Insights.* Publisher: InTech, Chapters published April 27, 2012 under CC BY 3.0 license.

۱۰- جانی، ستاره.؛ مولایی، مهری؛ جنگی قوجه بیگلو، شهلا؛ پوراسماعیلی، اصغر (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره ۲۲، شماره ۵. صص. ۹۴-۱۰۳.

۱۱- بهرامی، نسیم؛ مرادی، محمد؛ سلیمانی، محمد علی؛ کلانتری، زهرا؛ حسینی، فاطمه (۱۳۹۱). اضطراب مرگ و ارتباط آن با کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان. *نشریه پرستاری ایران*، دوره ۲۶، شماره ۸۲. صص. ۵۱-۶۱.

12- Woo YW, Kim KH, Kim KS. (2013) Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care.* 16(1), pp. 33-41.

افرادی که سلامت معنوی بیشتری دارند، توانائی های بیشتری در صبر و تحمل و مدیریت مشکلات دارند و در مقایسه با افرادی که سلامت معنوی کمتری دارند، بیشتر احساس سلامت جسمانی و روانی می کنند. با توجه به نتایج اکثر قریب به اتفاق پژوهش های داخلی و خارجی و همچنین تأکید متخصصین در خصوص ضرورت آغاز فعالیت در زمینه سلامت معنوی، و خلاء نسبتاً محسوسی که در سیستم درمانی کشور در زمینه تقویت قوای اعتقادی و ارتقاء سلامت معنوی وجود دارد، همچنین با توجه به افزایش آمار سرطان و افزایش و تحمیل هزینه های سنگین درمانی به اقدامات عملی در این زمینه نیاز است، این اقدامات می تواند در قالب کارگاه های آموزشی و حمایتی توسط سازمان های مربوطه صورت پذیرد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت های نظری و روش شناختی از جمله محدود بودن منبع و مطلب در منابع روانشناسی در مورد معنویت و بخصوص مرگ. این پژوهش فقط بر روی بیماران مبتلا به سرطان در شهر شیراز انجام شده است و در تعمیم نتایج آن به افراد عادی و بیماران مبتلا به سرطان در سایر شهرها و استانهای کشور باید احتیاط نمود و نیاز به پژوهش های بیشتری می باشد. نتایج چنین پژوهش هایی می تواند به خاطر تاثیر متغیرهای مداخله گر از جمله نوع بیماری، میزان وخامت بیماری، میزان حمایت های دریافتی از خانواده و اطرافیان، درآمد، طول مدت بیماری، سن و ... تحت تاثیر قرار گیرد. مشکل همکاری، جلب نظر بیماران و اطمینان از پاسخ های داده شده توسط آزمودنی ها با توجه به تعداد زیاد سوالات پرسشنامه ها و مسائلی از قبیل بیسوادی، بی خبر بودن از بیماری، شیمی درمانی و پرتودرمانی، کسالت، خستگی و ضعف شدید بدن، درماندگی و عدم توان تکمیل کردن پرسشنامه، از دیگر محدودیت های این پژوهش می باشد.

منابع

- ۱- فتوکیان، زهرا؛ غفاری، فاطمه؛ کیهانیان، شهربانو (۱۳۸۷). ارتباط عوامل استرس زای زندگی با بروز سرطان در مراجعه کنندگان به بیمارستان امام سجاد(ع)رامسر. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا*، دوره ۱۶، شماره ۱. صص. ۱۱-۲۱.
- 2- Ministry of Health and Medical Education. (2012). Center for disease control & prevention, Noncommunicable disease unit, Cancer office. Iranian annual of national cancer registration report 2008-2009. Tehran: Tandis.

- 23- Banks, MH. (1983). Validation of General Health Questionnaire in a young Sample. *Psychological Medicine*, 13, pp. 349-353.
- ۲۴- کاویانی، حسین؛ موسوی، اشرف السادات؛ محیط، احمد (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون های روانی. تهران: انتشارات سنا.
- ۲۵- تقوی، سید محمد رضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. فصلنامه روانشناسی، دوره ۵، شماره ۴. صص. ۳۸۱-۳۹۸.
- 26- Ellison, C.W., & Smith, J. (1991). Toward an integrative measure of health and Well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), pp. 35-48.
- ۲۷- عسگری، پرویز؛ روشنی، خدیجه؛ مهري، آدریانی مریم (۱۳۸۸). رابطه اعتقادات مذهبی و خوش بینی با سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه آزاد اهواز. فصلنامه (روانشناسی اجتماعی) یافته های نو در روانشناسی، دوره ۴، شماره ۱۰. صص. ۲۷-۳۹.
- 28- Al-Sabwah, MN. & Abdel-Khalek, AM. (2006). Religiosity and death distress in Arabic college students. *Death Stud.* 30(4), pp. 365-375.
- 29- Suhail, K. & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Stud.* 26(1), pp: 39-50.
- 30- Azaiza F, Ron P, Shoham M, Gigini I. Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death Stud.* 2010; 34(4), pp. 351-364.
- 13- Hong E, Jun M, Park ES, Ryu E. (2013) Death perceptions, death anxiety, and attitudes to death in oncology nurses. *Asian Oncology Nursing*. 13(4), pp. 265-72.
- 14- Gonen, G. Kaymak, S. Cankurtaran, E. Karslioglu, E. Ozalp, E. & Soygur, H. (2012). The Factors Contributing to Death Anxiety in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), pp. 347-358.
- 15- Anvari M, Javadpour A, Mohammad Zadeh S. (2012). Assessing Death Anxiety and its Correlates among Severe Medically Ill in-Patients. *Shiraz E-Med J.* 13 (3). pp. 122-127.
- 16- Shukla, P. & Rishi, P. (2014). A Correlational Study of Psychosocial & Spiritual Well Being and Death Anxiety among Advanced Stage Cancer Patients. *American Journal of Applied Psychology*, 2(3), pp. 59-65.
- 17- Laurel L. Hourani, Jason Williams, Valerie Forman-Hoffman, Marian E. Lane, Belinda Weimer, and Robert M. Bray. (2012). Influence of Spirituality on Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Suicidality in Active Duty Military Personnel. *Depression Research and Treatment*, (10), pp. 1-9.
- ۱۸- اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا؛ عسگری، علی (۱۳۹۴). اثر بخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲ شماره ۱۲. صص ۱۴-۳.
- ۱۹- اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا؛ دادخواه، علی اصغر؛ نقیبیایی، مائده (۱۳۹۳). اثر بخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲ شماره ۱۰. صص ۴۱-۵۰.
- 20- Kelly, M.N., & Corriveau, D. (1995). The Corriveau-Kelly Death Anxiety Scale. *Journal of Death and Dying*, 31(4), pp. 311-315.
- ۲۱- رجبی، غلامرضا؛ بحرانی، محمود (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال های مقیاس اضطراب مرگ. فصلنامه روانشناسی، دوره ۵، شماره ۴. صص. ۳۳۱-۳۴۴.
- 22- Goldberg, DP. Gater, R. Saratorius, N. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of Mental illness in general health care.