مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره بیست و هفتم، شماره دهم، دی ۱۳۹۸
تاریخ دریافت:۱۳۹۷/۹/۱۷
تاریخ پذیرش:۱۳۹۷/۱۲/۰۴

سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش و ارتباط آن با سلامت عمومی

یوسف خیری[۱]، حسین حسینی‌فرد[۲]، فریده نصیری*[۳]

مقاله پژوهشی

مقدمه: امروزه، مسایل مربوط به‌معنا و معنویت به‌عنوان مولفه‌هایی ضروری در تجربه بیماری‌های مزمن به گونه‌ای که می‌تواند به‌طور جدی نگاه افراد را نسبت به خود، بیماری و آینده تحت تاثیر قرار دهد مورد پذیرش قرار گرفته است. پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش و ارتباط آن با سلامت عمومی انجام گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه به‌صورت مقطعی از نوع همبستگی بر روی ۱۲۸ بیمار مبتلا به سرطان دستگاه گوارش با حداقل ۵۴ سال سن که با آگاهی از نوع بیماری خود، به مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) و شهید مدنی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۸ مراجعه داشتند انجام گردید. نمونه‌ها با روش در دسترس انتخاب شدند. سلامت معنوی بیماران با استفاده از پرسش‌نامه Paloutzian & Ellison (سال ۱۹۸۲) و پرسش‌نامه سلامت عمومی(GHQ-28) و مشخصات دموگرافیک آن‌ها بررسی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، آزمون t مستقل و ضریب همبستگی و پیرسون و مدل رگرسیونی توسط نرم افزار SPSS 19. استفاده شد.

نتایج: ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت عمومی و سلامت معنوی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد که از نظر آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۳، r=۰/۷۱). هم‌چنین بین سلامت معنوی در بخش مذهبی (p=۰/۰۱، r=۰/۵۴) و سلامت معنوی در بخش وجودی (p=۰/۰۰۱، r=۰/۶۸) با سلامت عمومی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند که این امر باعث سازگاری بیشتر بیمار با بیماری خود می‌شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان، دستگاه گوارش، سلامت معنوی، سلامت عمومی

ارجاع: خیری یوسف، حسینی فرد حسین، نصیری فریده. **سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش و ارتباط آن با سلامت عمومی.** مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۱۰): ۳۵-۲۰۲۷

۱- مرکز توسعه پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
۳و۲- مرکز تحقیقات پزشکی مبتنی بر شواهد، پژوهشکده مدیریت سلامت و ارتقای ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
***(نویسنده مسئول)؛ تلفن:۳۳۳۷۳۷۴۱-۰۴۱، پست الکترونیکی:** fnasiri20000@gmail.com، **صندوق پستی : ۱۴۷۶۶-۵۱۶۶۶**

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

مقدمه

تعریف سازمان بهداشت جهانی بیانگر این مسئله است که سلامت، یک مسئله چند بعدی است و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت و یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌کنند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامت باید به تمام جوانب سلامت فردی (جسمی، روانی و اجتماعی) توجه داشته باشد. معمول‌ترین بعد سلامت، سلامت جسمی است که در مقایسه با دیگر ابعاد، می‌توان آن را به‌سادگی ارزیابی کرد. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول‌ها و اعضای بدن، و هماهنگی آن‌ها با یکدیگر نشانه سلامت جسمی است.(۱). سلامت معنوی نیروی یگان‌های است که ابعاد جسمی- روانی و اجتماعی انسان را تشکیل می دهد (۲). فرد دارای سلامت معنوی در زندگی هدفمند بوده و سرشار از انرژی است (۳). سلامت معنوی به سبب این‌که با سوالات هستی و تعالی در ارتباط است، می‌تواند به‌عنوان یک منبع مهم در تصمیمات شخص، میزان رضایتمندی فرد و ... مورد استفاده قرار گیرد. هم‌چنین می‌تواند نقش تهدیدها و استرس‌های زندگی را کم اهمیت جلوه داده و موجب بالا رفتن کیفیت زندگی در ابعاد جسمی و روانی گردد (۴). از طرفی، فردی که دارای سلامت معنوی است، نیروهای خود را یکپارچه و منسجم نموده و آن را در جهت حل مسائل روانی و اجتماعی خویش متمرکز می‌کند. بنابراین کم تر از افراد دیگر دچار اختلالات روانی می‌شود (۵).

معنویت و نیازهای معنوی با اعمال و باورهای پذیرفته شده یک فرهنگ خاص بیان شده و شکل می‌گیرد. برای مثال در جامعه ما معنویت اغلب توسط یک چارچوب مذهب، برانگیخته شده یا توسعه یافته است که بالطبع به‌دنبال آن نیازهای معنوی ما نیز تحت تاثیر این آموزه‌ها و ایدئولوژی‌ها قرار می‌گیرد. با وجود جایگاه معنویت و مذهب به خصوص در زمان بحران مانند تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن یا کنارآمدن با مشکلات در فرهنگ ایرانی اغلب به طبقه بندی‌هایی از نیازهای معنوی استناد می‌کنیم که بر اساس پژوهش‌هایی با محوریت رویکردهای یهودی– مسیحی به معنویت بنا نهاده شده‌اند. این مطلب به معنای نادیده گرفتن اهمیت این طبقه‌بندی‌ها نیست بلکه مقصود آن است که پذیرش این طبقه‌بندی‌ها به‌عنوان نیازهایی فطری و جهان شمول نباید باعث نادیده انگاشتن آثار ناشی از خلأ شناسایی این نیازها در زمینه فرهنگ بومی ما شود. سلامت عمومی هم چنان که از نام آن پیداست یک مفهوم کلی است که جنبه‌های جسمانی و روانی را در بر می-گیرد. سلامتی عمومی مفهومی است که دور بودن و عاری بودن از بیماری را در ذهن تداعی می‌کند و کلیه تلاش‌های پزشکان و روان شناسان در جهت حفظ این سلامتی و جلوگیری از بروز اختلال در جسم و روان بوده است. سلامتی در تحقیق حاضر مولفه‌ای جسمانی، روابط اجتماعی، اضطراب و افسردگی را شامل می‌شود. به این معنی که فرد در این مولفه‌ها، آیا در حد بهنجار قرار دارد یا این که به ناهنجاری متمایل است.

رویکردهای معنوی را می‌توان تحت سبک‌های مقابله مذهبی مثبت و منفی عنوان نمود. مقابله مذهبی مثبت سبک‌هایی از مواجهه با رویدادهای منفی زندگی است که در آن‌ها، فرد با بهره گیری از ارزیابی‌ها و تغییرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت اما در شکل دیگری از مقابله که با نام مقابله مذهبی منفی نام‌گذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید. برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت وی را تنها نخواهد گذاشت. سرطان در هر فرهنگی یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مانند سایر بیماری‌ها از تاثیر عوامل فرهنگی مبرا نیست، جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی، تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آن‌ها بوده و در چگونگی مقابله با بیماری تاثیرگذار است (۶). آگاهی از تشخیص سرطان باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد (۷). وقتی سلامت معنوی به خطر بیفتد ممکن است فرد دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، انزوا و افسردگی در زندگی شود (۸). یکی از

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

مشکلات اساسی در سلامت جوامع، سرطان‌ها به ویژه انواع بدخیم آن هستند که در بین آن‌ها سرطان‌های گوارشی از مهم‌ترین و شایع‌ترین علل مرگ و میر و ناتوانی در اثر سرطان‌ها می‌باشند. دستگاه گوارش که یکی از دستگاه‌های فعال در بدن انسان است. و از دهان تا مقعد امتداد دارد، از لوله گوارشی و غده‌های گوارشی تشکیل شده‌است و حدود هفت متر طول دارد. غدد گوارشی شامل غده‌های بزاقی، غده‌های دیواره معده و روده، پانکرآس و کبد است. لوله گوارشی نیز شامل دهان، حلق، نای(Trachea)، مِری، معده، روده باریک، روده بزرگ و راست‌روده می‌شود. همان گونه که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات انجام شده در ایران در زمینه بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان اندک بوده و نمی‌توان با توجه به آن‌ها در مورد سلامت معنوی این بیماران نتیجه‌گیری نهایی را به دست آورد. لذا با توجه به شیوع زیاد سرطان و تأثیر مخرب آن بر سلامت معنوی بیماران مبتلا و وابسته بودن مفهوم سلامت معنوی به عوامل فرهنگی، مذهبی و از طرفی کم بـ ودن متون پژوهشی داخلی در زمینه سطح سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان، این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت. این مطالعه با هدف ارتقاء سلامت بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش در بخش داخلی مرکز آموزشی درمانی امام رضا (ع) و شهیدمدنی دانشگاه علوم پزشکی تبریز(به‌عنوان بزرگترین دانشگاه شمال الغرب کشور) در سال ۱۳۹۸ صورت گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به‌صورت مقطعی و از نوع همبستگی بود. این مطالعه در سال ۱۳۹۸ بر روی ۱۲۸ بیمار مبتلا به سرطان دستگاه گوارش انجام گرفت. افراد مورد مطالعه از بیماری خود اطلاع داشتند و جهت درمان به بخش آندوسکوپی مراکز آموزشی- درمانی تحقیقاتی امام رضا (ع) و شهید مدنی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه کرده بودند. بیماران به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. محقق به‌منظور جمع آوری داده‌ها روزانه به مراکز درمانی مراجعه می‌کرد و بیماران واجد شرایط پس از ارائه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی (GHQ-28) و سلامت معنوی (Paloutzian & Ellison(1982) را تکمیل می‌نمودند. پرسش‌نامه‌ها دارای دوبخش که بخش اول مربوط به برخی مشخصات دموگرافیک شامل سن، جنس، قومیت، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کار، شغل، وضعیت درآمد و بخش دوم مربوط به سوالات سلامت عمومی/ معنوی بیمار بود. پرسش‌نامه سلامت معنوی شامل ۲۰ سوال شش گزینه‌ای از گزینه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم بود و دارای دو خرده مقیاس سلامت مذهبی و سلامت وجودی بود. هر یک از خرده مقیاس‌ها دارای ۱۰ سوال بود برای نمره‌گذاری سوالات از طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای با نمرات ۱ تا ۶ استفاده شد. کمترین و بیشترین نمره سلامت معنوی به ترتیب ۲۰ و ۱۲۰ بود که این نمرات در خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۱۰ و ۶۰ محاسبه شد. هر چه نمره به‌دست آمده در خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان دهنده سلامت مذهبی و سلامت وجودی بالاتری است. در کل پرسش‌نامه، سلامت معنوی به سه سطح، پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی می‌شود. در مطالعه سید فاطمی و همکاران، روایی پرسش‌نامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی Reliability آن از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ ۰.۸۲ تعیین گردید(۹). پرسش‌نامه سلامت عمومی (G.H.Q) اولین بار در سال ۱۹۷۲ به‌وسیله گلدبرگ منتشر شده است (۱۰) و هدف آن، تمایز قائل شدن بین افراد سالم و افراد بیمار است. این پرسش‌نامه تاکنون به‌طور وسیع در موقعیت‌های مختلف و در کشورهای متفاوت به کار برده شده است (۱۱). گلدبرگ و ویلیامز(۱۲) نتیجه بیش از ۷۰ تحقیق را دراین خصوص ارائه داده و بر این اساس اعتبار متوسط ۰/۸۳ و پایایی متوسط ۰/۸۷ را گزارش کرده‌اند و پرسش‌نامه سلامت عمومی دارای ۲۸ سوال ۴ گزینه‌ای بود که به‌صورت طیف لیکرت با اندازه‌های ۰ تا ۳ شماره‌گذاری شد. سلامت عمومی دارای چهار خرده مقیاس نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی بود. حداقل و حداکثر نمره برای هر خرده مقیاس به ترتیب ۰ و ۲۱

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

و برای کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰ و ۸۴ بود. در پرسش‌نامه سلامت عمومی هر چه نمره فرد کمتر باشد نشان دهنده سلامت عمومی بهتر برای فرد بیمار بود. پایایی و روایی پرسش‌نامه عمومی در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته بود. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ به‌منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه سلامت معنوی و عمومی به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۱ به‌دست آمد.

تجزیه و تحلیل آماری

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش برای متغیرهای کمی و کیفی به ترتیب از آزمون‌های تی مستقل، کای دو و آزمون ضریب همبستگی یا پیرسون و مدل رگرسیون برای بررسی اثر مشخصات دموگرافیک بر سلامت عمومی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS 19 استفاده شد. مقدار احتمال کمتر از ۵ صدم به‌عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها برای استفاده از آزمون کلموگروف-اسپرنوف مورد ارزیابی قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تایید شده است (کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1398.754). تکمیل این پرسشنامه به صورت داوطلبانه و با ارائه توضیحات لازم درخصوص پرسشنامه و رعایت اصول اخلاق در پژوهش انجام شد.

نتایج

در این پژوهش تعداد ۱۲۸ بیمار مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی بیماران ۸/۵±۵۹/۴۱ سال بود. از کل بیماران مورد مطالعه ۷۴(۶۲ درصد) نفر مرد و۵۴(۳۸ درصد) نفر زن بودند. در جدول(۱) برخی مشخصات دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه همراه با نمره سلامت معنوی و سلامت عمومی در هر یک از سطوح مشخصات دموگرافیک نشان داده شده است.

میانگین (انحراف معیار) نمره سلامت عمومی و معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش در این مطالعه به ترتیب برابر با (۱۱/۰۸) ۳۶/۱۹ و (۱۷/۳۴)۹۶/۰۱ بود. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت عمومی و سلامت معنوی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد که از نظر لحاظ آماری معنی‌دار بود (p=۰/۰۰۳، r=۰/۷۱). هم‌چنین ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سلامت معنوی در بخش مذهبی (p=۰/۰۱، r=۰/۵۴) و سلامت معنوی در بخش وجودی (p=۰/۰۰۱، r=۰/۶۸) با سلامت عمومی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. به‌طوری‌که با افزایش سلامت عمومی افراد مبتلا به سرطان دستگاه گوارش، سلامت معنوی در بخش مذهبی و بخش وجودی بهتر می‌شد.

مدل رگرسیونی خطی به‌منظور مدل‌سازی بین متغیرهای وضعیت درآمد، سطح تحصیلات، شغل، سلامت معنوی در بخش وجودی با سلامت عمومی انجام گرفت. نتایج این مدل‌سازی در جدول (۲) آورده شده است. نتایج مدل رگرسیونی نشان داد که بین سلامت عمومی و سطح تحصیلات، شغل، سلامت معنوی در بخش وجودی رابطه معنی‌داری وجود دارد به‌طوری که با افزایش یک واحد در نمره سلامت معنوی در بخش وجودی بیماران مبتلا به سرطان گوارش نمره سلامت عمومی آن‌ها به اندازه ۰/۵۶ واحد افزایش می‌یابد (P<۰/۰۰۱).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و نمرات سلامت معنوی و سلامت عمومی بیماران شرکت کننده در مطالعه×

متغیر		تعداد	سلامت عمومی	p-value	سلامت معنوی	p-value××
جنسیت	مرد	۷۴	۳۸/۳۱±۱۴/۰۱	۰/۰۷	۹۵/۵±۱۵/۷۸	۰/۱۱
	زن	۵۴	۳۷/۷۱±۱۱/۴۶		۹۶/۱۸±۱۶/۹۲	
محل سکونت	شهری	۹۴	۳۷/۹۱±۱۱/۱۸	۰/۴۴	۹۲/۰۸±۱۴/۹۹	۰/۱۵
	روستایی	۳۴	۳۸/۱۶±۱۲/۱۳		۹۲/۵۶±۱۵/۳۲	
سطح تحصیلات	بی سواد و کم سواد	۳۱	۳۷/۳۳±۱۱/۹۱	۰/۰۱	۹۷/۲۴±۱۷/۱۸	<۰/۰۰۱
	زیر دیپلم	۴۸	۳۷-۶۲±۱۰/۵۶		۹۴/۳۲±۱۵/۲۳	
	دیپلم و فوق	۲۴	۳۸/۲۵±۱۲/۲۱		۹۵/۳۸±۱۷/۷۱	
	کارشناسی و بالاتر	۲۵	۳۹/۱۷±۱۱/۸۵		۹۶/۴۲±۱۷/۵۶	
وضعیت تاهل	متاهل	۱۰۸	۳۹/۳۴±۱۰/۱۹	۰/۰۳۸	۹۷/۷۸±۱۴/۲۳	۰/۰۴۵
	مجرد	۱۸	۳۷/۱۸±۱۲/۷۹		۹۵/۱۹±۱۳/۷۸	
سابقه کار	۱-۵	۱۴	۳۴/۰۱±۷/۵۰	۰/۱۹	۹۴/۲۱±۱۸/۲۹	۰/۳۱
	۵-۲۰	۴۳	۳۷/۵۶±۱۱/۱۸		۹۴/۳۶±۱۶/۱۲	
	۲۰<	۷۱	۳۵/۱۸±۱۰/۵۶		۹۴/۲۸±۱۷/۵۵	
شغل	شاغل در منزل	۸۳	۳۶/۲۱±۱۱/۵۸	۰/۰۳۸	۹۶/۲۸±۱۶/۱۵	
	شاغل در بیرون	۴۵	۳۵/۵۶±۱۲/۰۱		۹۴/۳۳±۱۵/۲۴	
وضعیت درآمد	دخل کمتر از خرج	۳۱	۳۴/۷۵±۱۰/۳۱	<۰/۰۰۱	۹۵/۳۵±۱۷/۲۲	<۰/۰۰۱
	دخل برابر خرج	۷۸	۳۳/۱۸±۱۱/۰۹		۹۴/۱۸±۱۵/۲۹	
	دخل بیشتر از خرج	۱۹	۳۷/۵۶±۱۲/۶۴		۹۴/۳۳±۱۶/۵۵	

× اعداد به‌صورت Mean+SD گزارش شده‌اند. ×× p-valye براساس آزمون t مستقل و یا آنالیز واریانس یک طرفه

جدول ۲: نتایج مدل‌سازی رگرسیونی برای سطح تحصیلات، شغل، وضعیت درآمد و سلامت معنوی

		ضریب رگرسیونی(SE)	p-value
سطح تحصیلات	بی سواد و زیر دیپلم	مرجع	
	دیپلم و بالاتر	۲/۱۸(۰/۹۵)	۰/۰۲۱
شغل	شاغل	مرجع	
	بیکار	۳/۰۱(۱/۱۸)	<۰/۰۰۱
وضعیت درآمد	دخل کمتر از خرج	مرجع	
	دخل برابر خرج	۱/۱۵(۰/۳۱)	۰/۰۴۳
	دخل بیشتر از خرج	۲/۳۴(۱/۰۸)	<۰/۰۰۱
سلامت معنوی در بخش وجودی		۰/۵۶(۰/۰۳)	<۰/۰۰۱

× براساس نتایج مدل رگرسیونی خطی

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

بحث

مطالعه حاضر به‌منظور بررسی سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش و ارتباط آن با سلامت عمومی انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که بین سلامت عمومی و سلامت معنوی رابطه معنی‌داری وجود دارد هم‌چنین براساس نتایج مدل‌سازی رگرسیونی مشخص که عوامل تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد و سلامت معنوی در بخش وجودی رابطه معنی‌داری با سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش دارد. تامین و حفظ سلامتی یکی از اهداف عالی انسان است که برای تحقق این هدف تمام کشورها بخش قابل توجهی از سرمایه‌های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می دهند. از آن جا که کشور ما ایران بر پایه حکومت اسلامی اداره می شود. علاوه بر قوانین مدون ملی، در دین مقدس اسلام نیز برای این هدف، دستورات صریحی بیان شده است.

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان معتقدند اعتقادات مذهبی و برخورداری از سلامت معنوی یک منبع مهم از تطابق بیماری و درمان برای آنان ایجاد می‌کند. در مطالعات زیادی مشخص شده است که یکی از مهم‌ترین پاسخ‌های سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان، بازگشت آنان به معنویت است و این بازگشت نقش بسیار مهمی در بهبود تطابق و زندگی آنان دارد (۱۴, ۱۳) درطول دهه‌ها، سلامتی براساس ابعاد خاصی (سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی) تحلیل شده بود. پیشنهاد گنجاندن بعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت از سوی Osman و Russell یک بعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فرا روی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرارداد (۱۰). درحقیقت سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت می‌باشد که درکنار ابعاد دیگر سلامتی هم‌چون سلامت جسمی، روانی و سلامت اجتماعی قرارگرفته است (۱۱). حتی برخی عقیده دارند که بدون سلامت معنوی، ابعاد دیگر سلامتی نمی‌توانند حداکثر عملکرد مورد نظر را داشته باشند و رسیدن به سطح بالای کیفیت زندگی امکان‌پذیر نیست (۱۲). تعریف سلامت معنوی بسیار دشوار است. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی در بهبودی بیماریها و جانشین شدن آن برای درمآن‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست (۱۰). اما در یک تعریف جامع می‌توان گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرآیند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. این تعریف بیش از همه، توامان تعریفی ذاتی (جوهری) کارکردی از سلامت معنوی است (۱۵).

درحقیقت 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 معنوی وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می‌کند. و سلامت مذهبی نیز به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود (۱). این نوع سلامت نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تاثیر مثبتی در ارتقا سلامت ذهنی شخص و کاهش اختلالات ذهنی دارد; زیرا اعتقادات معنوی و مذهبی ارتباط قابل توجهی با نشانه‌های سلامت ذهنی مانند کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس و کنترل خود دارد (۶). به‌طور کلی می‌توان گفت معنویت نقش زیادی بر سلامت روانی و جسمی افراد دارد و به‌عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آید (۲). در ارتباط با نقش سلامت معنوی در زندگی روزمره می توان به دو مطالعه عصاررودی و همکاران در سالهای ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ اشاره کرد که سلامت معنوی با ابعاد مختلف کیفیت زندگی و رضایت از زندگی کارکنان پرستاری ارتباط مثبتی دارد (۱۶). چنان‌که مشاهده می‌شود بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

وجود داشتن امید به بهبود سریع بیماری میزان بخشش زیادی در مواجهه با افراد دارند عمل شخص خطاکار را از یاد می‌برند و زندگی خود را با تنفر از دیگران و محیط از اینکه باعث ایجاد بیماری در او شده اند طی نمی‌کند. به راه‌های بخشیدن و بخشوده شدن فکر می‌کند. برخی مطالعات نشان می‌دهندکه تقویت بعد معنوی بر سازگاری، ارتقای سلامت روانی، کاهش علائم بیماری اثر مثبت دارد (۱۷). بعد معنوی از ابعاد مهم سلامت در انسان و نیرویی است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ نموده و به سازگاری با بیماری کمک می‌کند؛ به‌طوری که بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثرتری با بیماری خود سازگار می‌شوند و حتی مراحل نهایی بیماری خود را به خوبی می گذرانند (۱۸). از مقیاس‌های سلامت عمومی نشانه‌های جسمانی می‌باشد که وضعیت عمومی و علائم جسمانی که فرد در یک ماه گذشته تجربه کرده است که مورد بررسی قرار می‌دهد، اضطراب دومین مقیاس که علائم و نشانه‌های اضطراب شدید، بی‌خوابی، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره داشتن را مورد بررسی قرار می‌دهد. سومین مقیاس کارکرد اجتماعی می‌باشد که توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت بردن از فعالیت‌های روزمره زندگی را مورد بررسی و آخرین مقیاس، افسردگی که علائم احساس بی ارزشی، ناامیدی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۹). در مطالعه حاضر بیمارانی که عقاید مذهبی بالاتری دارند سلامت عمومی و خودکارآمدی بالاتری از خود نشان می‌دهند و در نهایت استنباط نمود که مذهبی بودن و عقاید دینی داشتن با هدف سلامتی بالا، خودکارآمدی بالا، عزت نفس بالا، روابط اجتماعی مفید و موثر، اضطراب و افسردگی کمتر و ده‌ها پیامد مثبت دیگر در انسان می‌شود و با داشتن چنین ویژگی‌هایی است که باعث پیشرفت جامعه بشری می شود. دور ماندن از باورهای اصیل مذهبی راه را برای ابتلای فرد به کشمکش‌های درونی و روانی، احساس پوچی و یأس و ناامیدی در برابر محرومیت ها، ناملایمات و فشارهای روانی هموار می‌کند. در جهان بینی توحیدی توکل به خداوند و اعتقاد به معاد انسان را از ناامیدی که یکی از علائم محوری افسردگی می‌باشد، مصون می‌دارد. عده‌ای از روانشناسان بر این باورند که نیمی از متغیرهای مربوط به سلامت روانی افراد بالغ به‌وسیله باورهای مذهبی تبیین می‌شود؛ آن‌ها می‌گویند: مذهب به انسان کمک می‌کند تا معنای حوادث زندگی به‌خصوص حوادثی که دردناک و اضطراب انگیزند را بفهمد و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه او بشود به نظر می‌رسد آموزش و مشاوره و توجه پیرامون مسائل معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان ضروری می باشد.

در مطالعه Prince-Paul مبتلایان به سرطان مشخص شد که بعد عملکرد اجتماعی در بیماران با سلامت معنوی آنان ارتباط دارد (۲۰). و در نتایج پژوهش بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۲) که نشان می‌دهند افراد با سبک‌های مقابله‌ای انطباقی قادرند از فشارهای روانی بکاهند خودکارآمدی را در خود افزایش دهند و تجارب هیجانی خوشایند و مثبتی را تجربه کنند که یکی از مهم‌ترین پیامد آن عاطفه مثبت است. نتایج ارزیابی نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی در بخش مذهبی و سلامت معنوی در بخش وجودی با سلامت عمومی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. بطوریکه با افزایش سلامت عمومی افراد مبتلا به سرطان دستگاه گوارش، سلامت معنوی در بخش مذهبی و بخش وجودی بهتر می‌شد. راهبردهای مقابله‌ای مذهبی منجر به تجارب هیجانی خوشایندی می‌گردد و عواطف مثبت نیز در افراد باعث احساس رضایت از زندگی و شکرگزاری و بخشش خواهد بود.

محدودیت

بیماران با شرایط اقتصادی خاصی مراجعه نمودند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه اخیر نشان داد که بین سلامت عمومی و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان‌های دستگاه گوارش مورد بررسی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

سپاس‌گزاری

بدینوسیله از مرکز توسعه پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز بابت تصویب طرح تحقیقاتی مذکور و حمایت مالی انجام گرفته سپاس‌گزاری و قدردانی میگردد.

تعارض در منافع: وجود ندارد.

References:

1-F SHEF. ***Principles of Health Care***. 6th ed. Tehran: Samat; 2008: 242-50.

2- Fernsler JI, Klemm P, Miller MA. ***Spiritual Well-Being and Demands of Illness in People with Colorectal Cancer.*** Cancer Nursing 1999; 22(2):134-40.

3-Chung MY, Cha KS, Cho OH. ***Correlation Between Self-Esteem, Death Anxiety, and Spiritual Wellbeing in Korean University Students***. Korean J Adult Nurs 2015; 27(3): 367-74.

4-Shahbazirad A, Ghazanfari F, Abbasi M, Mohammadi F. ***The Role of Psychological Hardiness and Spiritual Health in Predict of Quality of Life in Students of Kermanshah University of Medical Sciences***. J Educ Community Health 2015; 2(2): 20-7.

5-Nikjou R, Mohammadi R, Asl FE, Farzipour S, Asl ZE. ***Relationship between Spiritual Health and Happiness of Students***. Medical Ethics J 2019; 12(43): e12.

6-Juarez G, Ferrell B, Borneman T. ***Cultural Considerations in Education for Cancer Pain Management***. 1999.

7-Roll IJ, Simms V, Harding R. ***Multidimensional Problems among Advanced Cancer Patients in Cuba: Awareness of Diagnosis is Associated with Better Patient Status***. Journal of pain and symptom management 2009; 37(3): 325-30.

8-Livneh H, Lott S, Antonak R. ***Patterns of Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Cluster Analytic Approach.*** Psychology, Health & Medicine 2004; 9(4): 411-30.

9-Seyed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. ***Prayer and Spiritual Well-Being in Cancer Patients,*** Payesh 2006; 5(4): 295-303.[Persian]

10- Goldberg DP. ***The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire***. Maudsley Monograph 1972; 21.

11- Goldberg DP, Gater R, Sartorius N, Ustun TB, Piccinelli M, Gureje O, et al. ***The Validity of Two Versions of The GHQ in the WHO Study of Mental Illness in General Health Care***. Psychological Medicine 1997; 27(1):191-7.

12- Goldberg DP, Williams P. ***Validation of the General Health Questionnaire (GHQ-12) Adapted to a Work-Related Context.*** Open Journal of Preventive Medicine, 2011.1(2).

13- Sherman AC, Simonton S, Adams DC, Latif U, Plante TG, Burns SK, et al. ***Measuring Religious Faith in Cancer Patients: Reliability and Construct Validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire.*** Psycho-Oncology 2001;10(5): 436-43.

14- Taylor EJ. ***Spiritual Needs of Patients with Cancer and Family Caregivers***. Cancer Nursing 2003; 26(4): 260-6.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

15- Zare S, Shabani N, Babaei Ha, Asghari M, Aminizadeh R, Nazemorroaya V, Et Al. ***Investigation Of The Relationship Between General Health and Workers'sleep Quality and Work Incidence in Gole Gohar Mineral Industries Co.*** Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2013, 21(2): 112-19.

16- Assarroudi A, Jalilvand M, Oudi D, Akaberi A. ***The Relationship between Spiritual Well-Being and Life Satisfaction in the Nursing Staff of Mashhad Hasheminezhad Hospital (2011).*** Modern Care J 2012; 9(2):156-62.

17- Aghayani Ca, Talebian D, Tarkhourani H, Sedghi Jh, Azarmi S, Fathi Aa. ***The Relationship Between Prayers And Religious Orientation With Mental Health*** 2008.

18- Hojati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. ***Relationship Frequently Pray with Spiritual Health in Patients Treated With Hemodialysis*** 2010.

19- lotfizadeh A. m bm. ***A Survey of General Health And Self-Efficacy in Students with Different Religious Beliefs***. tabriz :tabriz university; 2015.

20- Prince-Paul M. ***Relationships among Communicative Acts, Social Well-Being, and Spiritual Well-Being on the Quality of Life at the End of Life in Patients with Cancer Enrolled in Hospice***. J Palliat Med 2008; 11(1): 20-5.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol 27| NO 10 | Jan 2020

Received: 8 Dec 2018
Accepted: 23 Feb 2019

Spiritual Health in the Patients with Gastrointestinal Cancers and Its Relation with General Health

Yousof Khairy[1], Hosein Hoseiniefard[2], Farideh Nasiri[†3]

Original Article

Introduction: Today, issues related to meaning and spirituality are accepted as essential parts of chronic diseases' experience as they may seriously affect people's attitude towards their ego, illness and future. The present study was conducted to investigate the spiritual health of the patients with gastrointestinal cancers and its association with general health.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 128 patients with gastrointestinal cancer ≤54 years with knowledge of their disease type at Imam Reza Hospital and Shahid Madani Hospital in Tabriz, Iran. Samples were selected using the simple sampling method. The spiritual status of the patients was evaluated using the Paloutzian & Ellison (1982) questionnaire & General Health Questionnaire (GHQ-28) and the checklist designed by the researchers, containing demographic characteristics. Data analysis, including the descriptive analytic statistics, independent t-test, correlation coefficient and Pearson correlation coefficient and regression model were done using SPSS V16 software.

Results: Regarding Pearson correlation coefficient, there was a significant association between general health and spiritual well-being (p=0.003, r=0.71). Also, there was a direct and significant association between spiritual health in the religious section (p=0.01, r=0.51) and spiritual well-being in the existential (p=0.001, r=0.68) with general health.

Conclusion: Based on the results of this study, it could be concluded that most cancer patients have high spiritual health, this makes the patient more adaptable to their illness.

Keywords: Cancer, Gastrointestinal Tract, Spiritual Health, General Health.

Citation: khairy Y, Hoseinie fard H, Nasiri F. **Spiritual health in the patients with gastrointestinal cancers and its relation with general health.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 27(1): 2027-35

[1]Development Center of Interdisciplinary Studies of Islamic and Health Sciences Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

[2,3]Research Center for Evidence-Based Medicine, Health Management and Safety Promotion Research Institute,Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

***Corresponding author: Tel:** 0413373741۰, **email:** Fnasiri20000@gmail.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

[DOI: 10.18502/ssu.v27i10.2408]