

سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی

نویسندگان:

عقیل حبیبی^۱ - محمد تقی سوادپور^۲

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی ابعاد مختلف زندگی انسان را هماهنگ می کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است. مواجهه با سرطان موجب ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی و معنوی می شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی انجام گرفته است.

روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود که در مورد ۱۳۰ بیمار مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره) اردبیل در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت. روش نمونه گیری از نوع مستمر بود. در این مطالعه از پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین^۳ استفاده شد. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای با نرم افزار SPSS v.13 تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین کل نمره سلامت معنوی بیماران $15/02 \pm 88/42$ و میانگین نمره سلامت مذهبی و وجودی آنها به ترتیب $7/77 \pm 44/28$ و $8/44 \pm 44/14$ بود. بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بیماران با سلامت معنوی آنها ارتباط معنادار وجود نداشت ($p > 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد بیشتر بیماران مبتلا به سرطان از سطح سلامت معنوی متوسطی برخوردار بوده و سطح سلامت مذهبی و وجودی آنها تقریباً یکسان بود.

واژه های کلیدی: سرطان، شیمی درمانی، سلامت معنوی

مقدمه

سرطان یک اصطلاح عمومی برای توصیف تعداد زیادی از بیماریهای مختلف است (۱). بدلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیر افزایش یابد (۲). تمام اشکال سرطان علت ۹ درصد از مرگ و میرها را در سراسر جهان تشکیل می دهند. ولی در صورت تفکیک ارقام جهانی، رتبه سرطان در کشورهای پیشرفته و رو به پیشرفت در حال تغییر است. در کشورهای پیشرفته جهان، سرطان پس از بیماری های قلبی- عروقی دومین (۱۹ درصد) علت مرگ و میرها و در کشورهای رو به پیشرفت چهارمین (۶ درصد) علت می باشد (۳).

مواجهه با بیماری می تواند باعث بحران های حاد و شدید در سلامت فرد شود، از طرفی او را آسیب پذیرتر ساخته و از سوی دیگر باعث رشد فردی و معنوی او می شود (۴). تشخیص بیماری سرطان بحرانهای معنایی زیادی را در فرد ایجاد می کند و در یک کلام، بحران معنوی در فرد پدیدار می شود (۵). از طرفی بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای سمی را بپذیرد (۶). درمان این بیماران بویژه موقعی سخت می شود که باعث نشانه ها و علائمی در بیمار شده و احساس بدی را به فرد القا کند. قبل و بعد از شیمی درمانی احساس ترس و اضطراب در بیمار به وجود می آید که این امر به دلایل مختلفی از قبیل عوارض ناشی از شیمی درمانی، سوراخ کردن ورید جهت تزریق، احساس انزوا و گوشه گیری و از دست دادن حس استقلال در زندگی می تواند باشد. به علاوه عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی درمانی، توانایی لذت بردن از جنبه های مختلف زندگی را از بیمار سلب می کند. احساس تعارض زمانی پدید می آید که بیماری عود کرده و مقدار بیشتری از داروی شیمی درمانی جهت درمان مورد نیاز باشد (۷). بدلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشمگیر افزایش یابد (۲). سلامت معنوی هسته مرکزی سلامتی در انسان است (۸) و یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود (۹). 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 معنوی

شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است، ب- چشم انداز سلامت معنوی وجودی که بر نگرانی های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می شوند، بحث می کند (۱۰). سلامت معنوی نیروی یگانه ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است (۱۱). تجربه زندگی با سرطان نشان می دهد که سلامت معنوی بُعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است (۱۲).

معنویت و عقاید مذهبی نقش مرکزی و مهمی در سازگاری با بیماری سرطان داشته و به افراد کمک می کند تا معنا و هدف را در زمان بیماری پیدا کنند (۱۳). منابع مذهبی و معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان، منابع سازگاری مهمی هستند که در طول فرایند بیماری مورد استفاده قرار می گیرند. این منابع باعث سازگاری با اثرات گوناگون تشخیص و درمان بویژه شیمی درمانی می شوند (۱۴). بیمارانی که سلامت معنوی آن ها تقویت می شود به طور مؤثر می توانند با بیماری خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند (۱۵).
راو و آلن^۱ (۲۰۰۴) اشاره دارند به اینکه بین مذهب و سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان بویژه در تدبیر نشانه های ناشی از بیماری ارتباط وجود دارد. وجود عقاید مذهبی قوی با کاهش سطح درد و انزوای اجتماعی و همچنین سطح بالای رضایتمندی از زندگی ارتباط دارد (۱۶).

در مطالعه ای که فرنسلر، کلم و میلر^۲ (۱۹۹۹) روی بیماران مبتلا به سرطان روده انجام دادند، دریافتند که عوارض ناشی از سرطان در بیمارانی که از سلامت معنوی بالاتری بر خوردارند کمتر می باشد (۱۱). مک کلاین، روزن فلد و بریت بارت^۳ (۲۰۰۳) نشان دادند زیر مجموعه "وجودی" سلامت معنوی با ناامیدی در مراحل پایانی زندگی، میل به مرگ و خودکشی ارتباط دارد و زیر مجموعه "مذهبی" سلامت معنوی فقط با ناامیدی ارتباط داشته و ممکن است او را از ارتکاب به خود کشی منع

¹ Rowe & Allen

² Fernsler & Klemm & Miller

³ Mc Clain & Rosenfeld & Breit bart

معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ این سؤالات به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. به گزینه "کاملاً موافقم" نمره ۶ و گزینه "کاملاً مخالفم" نمره ۱ داده شد. در سؤالات منفی نمره گذاری به شکل معکوس انجام گرفته است. در پایان سلامت معنوی افراد به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم بندی شد. روایی پرسشنامه سلامت معنوی پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین شد. همچنین پایایی پرسشنامه نیز از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ $\alpha = 0.82$ تعیین گردید. در ابتدا فرم رضایت نامه توسط بیماران تکمیل شد. پرسشنامه به روش خود گزارش دهی توسط بیماران تکمیل گردید. پرسشنامه بیماران بدحال و یا بیمارانی که خودشان درخواست می کردند، توسط خود پژوهشگر به روش مصاحبه تکمیل گردید. نرم افزار SPSS v.13 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آمار توصیفی و آزمون آماری مجذور کای استفاده گردید.

یافته ها

از کل ۱۳۰ بیمار مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی، ۵۲/۳ درصد مرد و ۴۷/۷ درصد زن بودند. ۴۰/۷ درصد از آنها زیر ۴۰ سال، ۴۸/۵ درصد در فاصله سنی ۴۰-۶۹ سال و ۱۰/۸ درصد ۷۰ سال به بالا بودند. میانگین سنی این بیماران $43/95 \pm 19/29$ سال و دامنه سنی ۱۶-۸۳ سال بود. میزان تحصیلات ۴۷/۷ درصد از بیماران در سطح ابتدایی، ۱۸/۵ درصد راهنمایی، ۲۳/۸ درصد متوسطه و ۱۰ درصد تحصیلات دانشگاهی بود. از نظر تأهل ۲۷/۷ درصد از بیماران مجرد، ۶۴/۶ درصد متأهل و ۷/۷ درصد بیوه بودند. مدت ابتلا به بیماری در ۳۴/۶ درصد از بیماران ۱-۶ ماه، ۱۹/۲ درصد ۷-۱۲ ماه، ۱۹/۲ درصد ۱۳-۲۴ ماه، ۱۴/۶ درصد ۲۵-۳۵ ماه و ۱۲/۳ درصد ۳۶ ماه به بالا بود. میانگین مدت ابتلا به بیماری در این بیماران $31/21 \pm 19/18$ ماه بود. از نظر محل سکونت ۵۳/۱ درصد در شهر اردبیل (مرکز استان) و ۴۶/۹ درصد در سایر شهرستانهای استان سکونت داشتند. شایعترین محل ابتلا به سرطان، خون و لنف (۴۱/۵٪) بود، پس از آن به ترتیب گوارش با (۱۲/۳٪)، ادراری و تناسلی (۱۰/۸ درصد)، تنفس

کند (۸٪). در بیماران مبتلا به سرطان، معنا در زندگی با سلامت جسمی و معنوی ارتباط مستقیم دارد. برای بیماران مبتلا به سرطان که در مرحله انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی هم مهمتر باشد (۱۷). با توجه به اهمیت سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان و نبود سابقه پژوهشی کافی در کشورمان، این مطالعه با هدف بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره) اردبیل در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت.

روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مسلمان مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی امام خمینی(ره) اردبیل که بالای ۱۶ سال سن داشته، از توانایی خواندن و نوشتن برخوردار بوده، از نوع بیماری خود آگاه بوده و تمایل به همکاری داشتند، تشکیل می دادند. همچنین ابتلا به بیماریهای مزمن قلبی، ریوی، کبدی و کلیوی، سابقه بیماری روانی و استفاده از داروهای روانگردان و اقلیت های مذهبی از معیارهای حذف نمونه های پژوهش بود. حجم نمونه این مطالعه با در نظر گرفتن میزان همبستگی ۰/۶۱ و همچنین در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۱ و توان ۹۰ درصد برابر ۱۲۸ مورد برآورد شد که برای افزایش دقت ۱۳۰ مورد در نظر گرفته شد.

روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع مستمر و مدت زمان نمونه گیری ۲/۵ ماه بود. نمونه های مورد نظر که معیارهای لازم برای شرکت در تحقیق را داشته و تمایل به همکاری داشتند، در پژوهش شرکت داده شدند. ابزار پژوهش این مطالعه پرسشنامه دو قسمتی شامل ۲۰ سؤال بود. در بخش اول پرسشنامه سؤالاتی در زمینه مشخصات فردی و وضعیت بیماری و بخش دوم شامل پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین^۱ (۱۹۸۲) بود که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را بررسی می کرد. نمره سلامت

¹ Ellison & Paloutzian

معنوی و متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات ارتباط معنادار آماری وجود نداشت ($p > 0.001$).

یافته های پژوهش نشان داد نمره سلامت مذهبی و سلامت وجودی بیماران مبتلا به سرطان تقریباً یکسان بود (جدول شماره ۱).

(۱۰٪)، کبد (۶/۲ درصد)، عضلانی اسکلتی (۵/۴٪)، پوست (۵/۴٪)، سینه (۳/۸ درصد)، اعصاب (۲/۳٪) بود.

نتایج نشان داد سطح سلامت معنوی هیچ یک از بیماران در محدوده ضعیف قرار نداشت و اکثر بیماران در محدوده متوسط (۷۶/۹٪) و بقیه در محدوده بالا بودند (۲۳/۱٪). نتایج آزمون مجذور کای نشان داد بین سلامت

جدول شماره ۱. دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی مورد مطالعه، سال ۸۹-۱۳۸۸

محدوده نمرات قابل کسب	محدوده نمرات کسب شده	انحراف معیار $\pm$ میانگین
سلامت مذهبی	۱۰ - ۶۰	$44/28 \pm 7/77$
سلامت وجودی	۱۰ - ۶۰	$44/14 \pm 8/44$
نمره کل (سلامت معنوی)	۱۰ - ۱۲۰	$88/42 \pm 15/02$

بحث

نتایج بدست آمده نشان داد که اکثر بیماران مبتلا به سرطان از نظر سلامت معنوی در سطح متوسط بوده (۷۶/۹ درصد) و هیچ یک از آنها در سطح ضعیف نبودند. اما مطالعه رضایی و همکاران نشان داد که بیش از نیمی از این بیماران، از نظر سلامت معنوی در سطح بالا قرار داشتند (۵۴/۴ درصد) و هیچ یک از آنها در سطح ضعیف قرار نداشتند. البته در مطالعه آنها نیز هیچ یک از بیماران در سطح ضعیف قرار نداشتند (۱۸). لیونه^۱ نشان داد که معنویت نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس زای ناشی از بیماریهای مزمن دارد (۱۹). همچنین پژوهش حاضر نشان داد که نمره سلامت مذهبی ($44/28 \pm 7/77$) و سلامت وجودی ($44/14 \pm 8/44$) بیماران تقریباً یکسان بود. در حالیکه رضایی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که نمره سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت وجودی آنان است و معتقدند که این امر می تواند ناشی از این باشد که مردم ایران برحسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سازگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می آورند (۱۸). البته یافته های پژوهش حاضر این امر را تأیید نکرد و دلیل آن می تواند به فاصله زمانی مطالعه فوق و تفاوت فرهنگی افراد مورد مطالعه در آن پژوهش با مطالعه حاضر باشد.

یافته های این پژوهش نشان داد بین سلامت معنوی و سن بیماران ارتباط معناداری وجود نداشت که با نتایج مطالعه فرنسلر^۲ هم خوانی دارد (۱۱). در حالیکه مطالعه راو و آلن^۳ نشان داد که اکثر بیماران بالای ۷۰ سال از سطح سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند. آنها اشاره کردند که کشش به سوی معنویت به عنوان عملکرد افزایش سن محسوب می شود زیرا راهی است که توسط آن فرد با واقعیت مرگ روبرو شده و با آن سازگار می شود (۱۶). همچنین نتایج نشان داد میانگین سلامت معنوی در زنان به طور خفیف از مردان بالاتر بود، اما ارتباط معناداری بین سلامت معنوی و جنسیت بیماران مشاهده نگردید. بررسی هایفیلد نیز بین سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ریه و جنسیت آنها ارتباط معناداری را نشان نداد (۲). کارن^۴ و همکاران معتقدند گرایش به معنویت و تجربه آن می تواند در تطابق فرد مؤثر باشد، اما این امر بستگی به سن و جنسیت افراد دارد. البته وجود برخی بیماریها مثل سرطان می تواند آن قدر استرس زا باشد که پیش بینی را بسیار سخت کند (۲۰).

نتایج مطالعه نشان داد سلامت معنوی بیماران متأهل بالاتر از بیماران مجرد و بیوه بود، اما آزمون کای اسکور

² Fernslere

³ Rowe & Allen

⁴ Karren

¹ Livneh

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از زحمات اعضای محترم مرکز بهداشتی درمانی امام خمینی (ره) اردبیل و نیز همکاری بیماران سرطانی آن مرکز که با صبر و حوصله علیرغم شرایط سخت بیماری، در این پژوهش شرکت کردند، تشکر نمایند. ضمناً از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که حمایت مالی این پژوهش را فراهم نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

ارتباط معناداری بین آنها نشان نداد. لونگ، چو و چن⁵ نشان دادند که بُعد وجودی سلامت معنوی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد است. آنها معتقدند تنهایی و انزوا موجب بی‌علاقگی می‌شود بخصوص اگر با بیماریها همراه باشد که در اینصورت می‌تواند سلامت معنوی افراد را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۲۱).

بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات بیماران مبتلا به سرطان نیز ارتباط معناداری مشاهده نشد. نتایج هایفیلد⁶ نیز هیچ ارتباطی بین سطح تحصیلات بیماران و سلامت معنوی آنها نشان نداد (۲). که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد. در حالیکه مطالعه رضایی و همکاران نشان داد بیمارانی که سطح تحصیلات پایین‌تری داشتند، از سطح سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند (۱۸). در شرایطی که افراد با بیماریهای شدید درگیر هستند یا مرگ قریب الوقوع را احساس می‌کنند، ابعاد معنوی آنها خیلی تحت تأثیر سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی قرار نمی‌گیرد (۲۱).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد بیشتر بیماران مبتلا به سرطان از سطح سلامت معنوی متوسطی برخوردار بودند و بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی آنها ارتباط معناداری مشاهده نشد. با توجه به نتایج حاصل و محدودیت‌های پژوهش حاضر مبنی بر اینکه فقط بر روی بیماران مسلمان انجام گرفته و نتایج آن قابل تعمیم به ادیان دیگر نمی‌باشد و از طرفی یافته‌های آن قابل تعمیم به مراجعین مراکز خصوصی نیز نمی‌باشد، توصیه می‌شود مطالعاتی بیشتر و با گستردگی وسیع‌تر در زمینه سلامت معنوی در این بیماران انجام شود. همچنین جهت درک بهتر مفهوم سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان، پژوهشی کیفی در این رابطه انجام گیرد.

⁵ Leung, Chiu & Chen

⁶ Highfield

References:

- 1- Farzanpei R. Cognition about cancer: prevention and treatment. Tehran: KetabeMad Publications; 1994. P.20 (Persian).
- 2- O'Brien ME. Spirituality in Nursing: standing on holy ground. Massachusetts: Jones and Bartlett Publications; 1998. P. 182,183, 176.
- 3- Shojaei-Tehrani H.[Medical, preventive and social teaching book: prevalent chronic disease]. Tehran: Samat publications; 2004. P. 3- 5 (Persian).
- 4- Mauk KL, Schmidt NK. Spiritual care in nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p: 3- 5.
- 5- Kociszewski C. Spiritual care: a phenomentologic study of critical care nurses. Heart and Lung 2004; 33 (6):401- 411.
- 6- Highfield MF. Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. Cancer Nurs. 1992 Feb; 15 (1): 1-8.
- 7- Corner J, Baily C. Cancer nursing care in context. Malden: Blackwell Publications; 2001. P. 3-5.
- 8- McClain C, Rosenfeld B, Breitbart W. The influence of spiritual well-being on end-of-life despair in a group of terminally ill cancer patients. Lancet. 2003; 361: 1603-1607.
- 9- Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: human health and function. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003. P. 1383-1392.
- 10-Boivin MJ, Kirby AL, Underwood LK, Silva H. Spiritual well-being Scale. Measures of religiosity. Birmingham: AL: Religious Education Press; 1999. P. 382-385.
- 11-Fernseler JI, Klemm P, Miller MA. Spiritual well-being and demands of illness in people with colorectal cancer. Cancer Nurs. 1999 Apr; 22 (2): 134- 40.
- 12-Chuengsatiansup K. Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. Environmental Impact Assessment Review. 2003 Jan; 23 (1): 3- 15.
- 13-Young C, Koopsen C. Spirituality, health and healing. 1st Edition, Slack Incorporated: California, 2005.
- 14-Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kakai H. Religious and spiritual resources. Alternative Therapies in Health and Medicine 2003; 9: 64- 71.
- 15-Lin HR, Bauer-Wu SM, Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. J Adv Nurs. 2003 Oct; 44 (1): 69-80.
- 16-Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. American Journal of Health Studies. 2004 Jan; 19 (1): 62-67.
- 17-Meraviglia MG. Prayer in People with Cancer. Cancer Nursing. 2002; 25(4): 326- 331.
- 18-Rezaei M, Seyed fatemi N, Hoseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2008-2009; 14 (3): 33- 39. (Persian).
- 19-Livneh H, Lott Sh, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. Psychology, Health & Medicine. 2004 Nov; 9 (4): 411- 430.
- 20-Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. Mind-body health: the effects of attitudes, emotions and relationship. Bebnjamin-cummings publishing; 2006.
- 21-Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. J pain symptoms manage. 2006 May; 31 (5): 449- 56.