JORH
Journal of Religions & Health
J Religions & Health, 2024; 4(2): 1-7. Doi: 10.32592/jorh.4.2.1
https://aijrh.umsha.ac.ir/

Original Article

Spiritual Health of Caregivers of Cancer Patients

Mehdi Mirzaei-Alavijeh[1], Narges Shekarbeygi[2], Farzad Jalilian [3*]

1. Social Development and Health Promotion Research Center, Health Policy and Promotion Research Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
2. Islamic Studies and Health Sciences Interdisciplinary Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran
3. Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Article history:
Received: 21 October 2024
Revised: 09 November 2024
Accepted: 24 November 2024
ePublished: 25 Novmber 2024

***Corresponding author:** Farzad Jalilian, Clinical Research Development Center, Motazedi Hospital, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran.

Email: f_jalilian@yahoo.com

Abstract

Background and Objectives: Cancer requires significant informal caregiving, which is often overwhelming for the caregivers of cancer patients. While caregiving negatively impacts these caregivers, spirituality plays a prominent role in coping with the challenges of caregiving. The present study aimed to determine the status of spiritual well-being among caregivers of cancer patients.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted among 100 caregivers of cancer patients in Kermanshah, Iran. Participants were selected through convenience sampling from caregivers of cancer patients referred to the Cancer Patients Support Association. Data were collected using a standard questionnaire by Palutzian and Ellison and analyzed in SPSS software (version 16).

Results: In total, 87.1% and 12.9% of participants had moderate and high spiritual health, respectively. Spiritual health had a positive and significant correlation with caregivers' age (r=0.231, P=0.026). However, it shows a negative and significant correlation with patients' age (r=-0.205, P=0.049) and duration of cancer diagnosis (r=-0.217, P=0.037).

Conclusion: There is a need to develop and implement interventions to promote spiritual health for caregivers of cancer patients, especially for caregivers of patients who have been diagnosed for a more extended period.

Keywords: Cancer, Caregivers, Spiritual health, Religion

Please cite this article as follows: Mirzaei-Alavijeh, Mehdi. Shekarbeygi, Narges. Jalilian, Farzad. Spiritual Health of Caregivers of Cancer Patients. J Religions & Health. 2024; 4(2): 1-7. DOI: 10.32592/jorh.4.2.1

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

Copyright © 2023 Journal of Religions and Health. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

JOHE
مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا
دوره ۴، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۴۰۳، صفحات: ۷-۱
https://aijrh.umsha.ac.ir/
UMSHA Press

مقاله پژوهشی

سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان

مهدی میرزایی علویجه [۱]، نرگس شکربیگی [۲]، فرزاد جلیلیان [۳*]

۱- مرکز تحقیقات توسعه‌ی اجتماعی و ارتقای سلامت، پژوهشکده‌ی سیاست‌گذاری و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۲- مرکز تحقیقات پژوهش‌های بین‌رشته‌ای معارف اسلامی و علوم سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
۳- واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰/۰۹/۰۴
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۰۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** فرزاد جلیلیان، واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

ایمیل: f_jalilian@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: سرطان نیاز به مراقبت‌های غیررسمی قابل‌توجهی دارد که اغلب برای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بسیار سنگین است. درحالی‌که مراقبت، بر این مراقبان تأثیر منفی می‌گذارد، معنویت نقش برجسته‌ای در مقابله با چالش‌های مراقبت ایفا می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی میان ۱۰۰ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان شهر کرمانشاه انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس از میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان انتخاب شدند. داده‌ها با پرسش‌نامه‌ی استاندارد پولوتزین و الیسون جمع‌آوری و در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: ۸۷/۱ درصد از شرکت‌کنندگان سلامت معنوی متوسط و ۱۲/۹ درصد سلامت معنوی بالا داشته‌اند. سلامت معنوی همبستگی مثبت و معنادار با سن مراقبان ($r = ۰/۲۳۱$ و $P = ۰/۰۲۶$) و همبستگی منفی و معنادار با سن بیماران ($r = -۰/۲۰۵$ و $P = ۰/۰۴۹$) و مدت‌زمان تشخیص سرطان ($r = -۰/۲۱۷$ و $P = ۰/۰۳۷$) داشت.

نتیجه‌گیری: توسعه و اجرای مداخلات ارتقای سلامت معنوی برای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به‌ویژه برای مراقبان بیمارانی که زمان بیشتری از تشخیص بیماری بیمار آنان گذشته است، ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، دین، سرطان، مراقبان

استناد: میرزایی علویجه، مهدی؛ شکربیگی، نرگس؛ جلیلیان، فرزاد. سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان. مجله بین رشته ای دین و سلامت ابن سینا، پاییز و زمستان ۱۴۰۳؛۴(۲): ۷-۱

مقدمه

سرطان یک چالش مهم سلامت جهانی است که میلیون‌ها نفر را تحت‌تأثیر قرار داده و شیوع آن در دهه‌های اخیر سیر صعودی را نشان داده است [۱]. افراد مبتلا به سرطان و خانواده‌هایشان مسئولیت مدیریت سرطان را به‌مثابه‌ی یک بیماری حاد و مزمن بر عهده می‌گیرند و از بیماران مبتلا به سرطان و مراقبان آن‌ها انتظار می‌رود که اثرات حاد درمان را مدیریت کنند، سبک زندگی سالم را برای کاهش خطرات دیرهنگام اتخاذ کنند، شرایط همبودی و استفاده‌ی همزمان از چندین دارو (Polypharmacy) توسط بیمار را مدیریت کنند و در کنار سایر مسئولیت‌های روزمره با پیامدهای روانی‌اجتماعی بیماری کنار بیایند [۲]. ازاین‌رو، مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، امروزه از شریکان مهم در مراقبت‌های سلامت به شمار می‌روند [۳]. مراقبان بیماران، بخشی حیاتی در مراقبت از بیماران سرطانی هستند و این وظیفه انتظاراتی را از آن‌ها ایجاد می‌کند [۴]. فراتر از ارائه‌ی حمایت جسمی و عاطفی، مراقبان اساساً در مدیریت انتقال

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

مراقبت‌های سلامت (مانند انتقال از بیمارستان به خانه) و تسهیل فرایندهای ارتباطی نقش دارند. مراقبان وظایف کلیدی ارتباطی مانند پایبندی به ترجیحات بیمار را برای به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات و مدیریت مؤثر، پویا و پیچیده‌ی خانواده طی مشاوره‌ی پزشکی بر عهده می‌گیرند [۵]. مراقبان باید مراقبت را بین بیمار و متخصصان مراقبت‌های سلامت هماهنگ کنند، همچنین رژیم غذایی، علائم مرتبط با درمان، عوارض جانبی و سایر مسائل مانند استرس و اضطراب را مدیریت کنند [۶]. تقریباً ۷۲ درصد از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به‌طور متوسط ۳۳ ساعت در هفته را با بیماران می‌گذرانند و مراقبت ممکن است شامل مراقبت‌های پزشکی پیچیده باشد [۷]. مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با موقعیت‌های مراقبتی پیچیده و استرس‌زا مواجه می‌شوند و ماهیت چندوجهی بار ناشی از مواجهه با مجموعه‌ای از استرس‌های جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و مالی ممکن است بر سلامت مراقب تأثیر بگذارد [۸]. این افراد با چالش‌های سلامت روان قابل‌توجهی مواجه هستند؛ برای مثال، آشکار شده است در برابر ابتلا به افسردگی آسیب‌پذیر هستند، بیشتر از بیماران مضطرب می‌شوند و سطوح مشابه یا حتی بالاتر افسردگی را نسبت به بیماران گزارش کرده‌اند؛ درنتیجه بار مراقبت از بیماری ممکن است یکی از عوامل اصلی افزایش خطر علائم افسردگی میان آنان باشد [۹]. ازسوی‌دیگر، شواهد نشان داده است که پریشانی میان بازماندگان سرطان به پریشانی مراقبان آنان وابسته است [۱۰و۱۱]؛ بنابراین، مراقبان «بیماران درجه دوم» به شمار می‌آیند که نیازهای مراقبتی خاص خود را دارند و تحت‌تأثیر رنج بیمار هستند [۱۲].

درحالی‌که مراقبت، بر مراقبان بیماران مبتلا به سرطان تأثیر منفی می‌گذارد، معنویت نقش برجسته‌ای در مقابله با چالش‌های مراقبت ایفا می‌کند [۱۳]. معنویت جزء اصلی مراقبت تسکینی برای بهبود کیفیت زندگی اعضای خانواده‌ی بیماران مبتلا به بیماری جدی است و چارچوبی تفسیری برای یافتن معنا فراهم می‌کند که دسترسی به منابع حمایت اجتماعی را ازطریق مشارکت در فعالیت‌های مذهبی / معنوی تسهیل می‌کند و به روابط مثبت با دیگران، بهزیستی و سلامتی کمک می‌کند [۱۴]. معنویت عاملی درونی در نظر گرفته می‌شود که بر دیدگاه مثبت مراقبان تأثیر می‌گذارد و به‌نوبه‌ی خود، آن‌ها را انعطاف‌پذیر می‌کند و با کاهش حس اطمینان نداشتن، بر تعادل عاطفی تأثیر می‌گذارد [۱۵]. ازسوی‌دیگر، مراقبانی که سطح معنویت پایینی دارند، بیشتر در معرض خطر بار مراقبتی، اضطراب و استرس هستند [۱۶]. دراین‌باره، بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند معنویت، استرس ناشی از رویدادهای منفی زندگی را مهار می‌کند، منبع ارزشمندی برای نقش‌های استرس‌زا است و ممکن است عملکرد بهتر سیستم ایمنی را تقویت کند [۱۷-۲۰]. با توجه به محدودیت داده‌های شواهدمحور مرتبط با وضعیت سلامت معنوی میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در غرب ایران، پژوهش حاضر با هدف تعیین وضعیت سلامت معنوی، میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در شهر کرمانشاه انجام شد.

روش کار

محیط پژوهش و شرکت‌کنندگان

این پژوهش توصیفی درباره‌ی ۱۰۰ نفر از مراقبان بیماران مبتلا به سرطان شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ انجام شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس از میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان انتخاب شدند. شاخص‌های ورود به پژوهش شامل داشتن نقش مراقب بیمار مبتلا به سرطان، تشخیص حداقل یک سال از بیماری سرطان، توانایی پاسخ به گویه‌های پرسش‌نامه، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بوده است. ضمن دریافت رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان از محرمانه بودن اطلاعات و هدف پروژه مطلع شدند و با تمایل وارد مطالعه شدند. مطالعه به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی کرمانشاه (شناسه‌ی اخلاق:IR.KUMS.REC. ۱۴۰۰ , ۴۴۱) رسید. پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص ۹۳ پرسش‌نامه تجزیه‌وتحلیل شد (نرخ پاسخ‌دهی ۹۳ درصد بود).

ابزار سنجش

ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌ی کتبی شامل دو بخش بود و داده‌ها به‌صورت خودگزارش‌دهی از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. بخش اول، اطلاعات جمعیت‌شناختی را که سؤالاتی ازجمله سن (سال)، جنس (زن، مرد)، میزان تحصیلات (ابتدایی، راهنمایی، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی)، وضعیت اقتصادی (ضعیف، متوسط، خوب)، بعد خانوار (تعداد)، وضعیت تأهل (مجرد، متأهل)، سن بیمار (سال)، جنس بیمار (زن، مرد) و مدت‌زمان تشخیص بیماری (سال) بودند، می‌سنجید.

بخش دوم شامل گویه‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی بیست‌گویه‌ای پولوتزین و الیسون (Palutzian and Ellison)

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

بود.۱۰ گویه از پرسش‌نامه‌ی سلامت مذهبی و ۱۰ گویه سلامت وجودی را می‌سنجند. پاسخ به گویه‌ها به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) است و درنهایت نمره‌ای بین ۲۰ تا ۱۲۰ به دست می‌آید. براساس نمره‌ی به‌دست‌آمده، سلامت معنوی به سه سطح پایین (نمره ۲۰ تا ۴۰)، متوسط (نمره ۴۱ تا ۹۹) و بالا (نمره ۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. به‌طورکلی هرچه نمره بیشتر باشد، نشان‌دهنده‌ی سلامت معنوی بیشتر است [۲۱]. پایایی این پرسش‌نامه میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در ایران در مطالعه‌ی فاطمی و همکاران برابر با ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۲]. در مطالعه‌ی حاضر پایایی با بهره‌گیری از آزمون آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به دست آمده است.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها

داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه‌وتحلیل شده‌اند. داده‌های توصیفی با میانگین (انحراف معیار) و تعداد (درصد) گزارش شده است. به‌منظور سنجش وضعیت سلامت معنوی با متغیرهای زمینه‌ای از آزمون‌های آنوا، تی مستقل دوگروهی و همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها

میانگین سن مراقبان ۴۱/۹۸ سال (فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد = ۳۹/۶۷ تا ۴۴/۳۰) بوده است. میانگین سن بیماران مبتلا به سرطان ۴۶/۸۸ سال (فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد = ۴۵/۳۴ تا ۴۸/۴۱) بوده است. میانگین مدت‌زمان تشخیص بیماری سرطان نیز ۲/۵۸ سال (فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد=۲/۱۹ تا ۲/۹۶) بود. وضعیت پاسخ به متغیرهای زمینه‌ای و همچنین سنجش وضعیت سلامت معنوی در متغیرهای مذکور در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین نمره‌ی سلامت معنوی در متغیرهای مورد مطالعه

		تعداد	درصد	میانگین (انحراف معیار) سلامت معنوی	معناداری
جنسیت بیماران	زن	۷۱	۷۶/۳	۸۶/۹۱ (۱۱/۹۸)	۰/۳۴۰
	مرد	۲۲	۲۳/۷	۸۹/۵۹ (۹/۴۲)	
جنسیت مراقبان	زن	۵۵	۵۹/۱	۸۸/۶۵ (۱۱/۱۶)	۰/۲۶۴
	مرد	۳۸	۴۰/۹	۸۵/۹۴ (۱۱/۷۷)	
تحصیلات مراقبان	ابتدایی	۹	۹/۷	۸۹/۳۳ (۱۲/۵۹)	۰/۴۶۹
	راهنمایی	۳۲	۳۴/۴	۸۹/۷۸ (۱۰/۸۵)	
	دیپلم	۴۱	۴۴/۱	۸۵/۹۲ (۱۱/۹۰)	
	دانشگاهی	۱۱	۱۱/۸	۸۵/۶۳ (۱۰/۵۲)	
وضعیت تأهل مراقبان	متأهل	۵۹	۶۳/۴	۸۶/۴۷ (۱۱/۷۳)	۰/۲۳۵
	مجرد	۳۴	۳۶/۶	۸۹/۴۱ (۱۰/۸۱)	
وضعیت اقتصادی مراقبان	ضعیف	۳۷	۳۹/۸	۸۸/۹۷ (۱۲/۱۰)	۰/۵۹۵
	متوسط	۴۱	۴۴/۱	۸۶/۹۰ (۱۱/۸۸)	
	خوب	۱۵	۱۶/۱	۸۵/۸۰ (۸/۳۴)	
بعد خانوار مراقبان	۲ نفر	۲۳	۲۴/۷	۸۹/۴۷ (۱۱/۷۳)	۰/۶۴۸
	۳ - ۴ نفر	۳۶	۳۸/۷	۸۷/۰۵ (۱۲/۱۷)	
	بیشتر از ۴ نفر	۳۴	۳۶/۶	۸۶/۷۶ (۱۰/۵۸)	

یافته‌ها نشان داده است سلامت معنوی همبستگی مثبت و معنادار با سن مراقبان (r = ۰/۲۳۱ و P =۰/۰۲۶) و همبستگی منفی و معنادار با سن بیماران (r = - ۰/۲۰۵ و P = ۰/۰۴۹) و مدت‌زمان تشخیص بیماری (r = -۰/۲۱۷ و P = ۰/۰۳۷) داشته است. میانگین نمره‌ی سلامت معنوی میان شرکت‌کنندگان ۸۷/۵۴ با انحراف معیار ۱۱/۴۳ بوده است. این یافته نشان می‌دهد بیماران ۷۲/۹ درصد از حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب برای سلامت معنوی را کسب کرده‌اند. دامنه، میانگین، انحراف معیار و حداکثر درصد قابل اکتساب نمرات سلامت معنوی در جدول (۲) آورده شد. با توجه به یافته‌ها، ۸۷/۱ درصد از شرکت‌کنندگان سلامت معنوی متوسط و ۱۲/۹ درصد سلامت معنوی بالا داشته‌اند.

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

جدول ۲. شاخصه‌های دامنه، میانگین، انحراف معیار و حداکثر درصد قابل اکتساب نمرات سلامت معنوی

	دامنه	میانگین	انحراف معیار	درصد قابل اکتساب
سلامت مذهبی	۱۰ تا ۶۰	۴۸/۶۴	۶/۰۶	۸۱/۰۶
سلامت وجودی	۱۰ تا ۶۰	۳۸/۹۰	۷/۵۱	۶۴/۸۳
سلامت معنوی (نمره‌ی کل)	۲۰ تا ۱۲۰	۸۷/۵۴	۱۱/۴۳	۷۲/۹

بحث

یافته‌های پژوهش پیش رو نشان داد اکثریت مراقبان در سطح متوسط ازنظر سلامت معنوی بوده‌اند. دراین‌باره Türkben Polat و Kiyak در مطالعه‌ی خود سطح بهزیستی معنوی را میان مراقبان سرطان پستان در ترکیه، بسیار بالا گزارش کرده‌اند [۱۶]. البته Roen و همکاران در پژوهش خود کیفیت زندگی معنوی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را پایین گزارش کرده‌اند [۲۳]. مراقبت معنوی (Spiritual care) به‌مثابه‌ی مراقبت حرفه‌ای، جامع، مشارکتی و هنری باید در یک تیم مراقبت‌های سلامت چندرشته‌ای برای بیماران سرطانی ارائه شود. درغیراین‌صورت، بیماران ممکن است محرومیت از خدمات معنوی و درنتیجه ناراحتی معنوی را تجربه کنند [۲۴]. آموزش سلامت معنوی و پرداختن به آن به قدری حائز اهمیت است که برخی پژوهش‌ها بیان کرده‌اند که روحانیون یا سایر کارشناسان معنوی باید در تیم مراقبت‌های بهداشتی ادغام شوند و کارشناسان معنوی شناخته شوند [۲۵]. اگرچه گفته شده است که همه‌ی حرفه‌ها باید مسئولیت درمان رنج معنوی را به اشتراک بگذارند، تنها ۴۵ درصد از انکولوژیست‌ها و کارآموزان انکولوژی استرالیایی گزارش داده‌اند که می‌توانند نیازهای معنوی را برآورده کنند؛ دراین‌باره کمبود وقت، آموزش و درک معنویت و مراقبت معنوی، موانعی برای ارائه‌ی مراقبت معنوی تلقی شده است [۲۶]؛ بنابراین، کمک گرفتن از افراد متخصص سلامت معنوی در آموزش‌ها ضروری است. پیشنهاد می‌شود که متخصصان مراقبت‌های سلامت، مراقبت معنوی از مراقبان را در مراقبت‌های تسکینی بیماران مبتلا به سرطان ادغام کنند. هنگام ارائه‌ی مراقبت معنوی، متخصصان باید نیازهای معنوی، ترجیحات و زمینه‌ی فرهنگی جامعه را در نظر بگیرند.

یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی وجود همبستگی مثبت و معنادار بین سن مراقبان و سلامت معنوی آنان بوده است. بدین‌ترتیب می‌توان گفت سلامت معنوی در افراد مسن‌تر بیشتر است. دراین‌باره، داده‌های یک نظرسنجی نشان می‌دهد که بزرگسالان جوان‌تر گزارش داده‌اند که نسبت به افراد میانسال یا مسن‌تر با کشمکش معنوی (spiritual struggles) بیشتری مواجه می‌شوند و رابطه‌ی منفی بین کشمکش معنوی و سلامتی وجود دارد [۲۷]. با توجه به این شواهد، به نظر می‌رسد برای توسعه‌ی مداخلات آموزش سلامت معنوی به مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، سیاست‌گذاران سلامت به سن مراقبان باید توجه کنند و مراقبان جوان‌تر در مرکز مداخلات قرار گیرند.

همبستگی منفی و معنادار بین مدت‌زمان تشخیص بیماری سرطان و سلامت معنوی مشاهده شد. دراین‌باره، یافته‌های مطالعه‌ی صورت‌گرفته در ترکیه نشان داد بهزیستی معنوی (Spiritual well-being) مراقبانی که ۳ ساعت و ۴ تا ۶ ساعت در روز مراقبت می‌کنند، به‌طور قابل‌توجهی بیشتر از کسانی بود که مراقبت ۲۴ ساعته ارائه می‌دهند [۱۶]. افرون‌براین، Riklikienė و همکاران در پژوهش خود میان بیماران مبتلا به سرطان در لیتوانی (Lithuania) نشان دادند طول مدت بستری در بیمارستان بر بهزیستی معنوی اثر منفی دارد [۲۸]. به نظر می‌رسد، دلایل متعددی مانند سخت بودن روند درمان بیماری در طول زمان و خستگی ناشی از آن یا احساس ناامیدی از نتیجه‌ی درمان می‌تواند منجر به کاهش سلامت معنوی بیماران و مراقبان آنان شود. البته این دلایل در پژوهش حاضر بررسی نشده‌اند و باید بادقت درباره‌ی آن نظر داد و نیاز به بررسی‌های گسترده‌تر دراین‌باره وجود دارد. بااین‌حال، به نظر می‌رسد توجه به مدت‌زمان تشخیص بیماری در توسعه‌ی مداخلات ضروری باشد و مراقبانی که مدت‌زمان بیشتری از تشخیص بیماری سرطان برای بیمار آنان گذشته است، باید مورد توجه بیشتری در مداخلات ارتقای سلامت معنوی باشند.

در پژوهش حاضر همبستگی منفی و معنادار بین سلامت معنوی مراقبان و سن بیمار به دست آمده است. همسو با این یافته، Røen و همکاران نیز گزارش کرده‌اند سن بیشتر بیمار ارتباط معناداری با کیفیت معنوی بالاتر مراقبان نشان داده است [۲۳]. افراد مسن در حال مرگ ممکن است قابل‌قبول‌تر دیده شوند، زیرا آن‌ها عمر طولانی داشته‌اند. مراقبان، معمولاً هنگام مرگ افراد مسن آمادگی بیشتری دارند و ممکن است راحت‌تر با آن برخورد کنند [۲۳]. به نظر می‌رسد سن کمتر

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

بیمارانی که به مرگ نزدیک می‌شوند، اغلب برای مراقبان ناراحت‌کننده‌تر از مرگ قریب‌الوقوع بیماران مسن‌تر باشد و ممکن است بی‌معناتر، ناعادلانه‌تر و برخلاف مسیر طبیعی زندگی تجربه شوند.

یافته‌های ما بین جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی و سلامت معنوی ارتباط نشان نداد. این یافته‌ها با نتایج گزارش‌شده در مطالعه‌ی Türkben و Polat و Kiyak میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان سینه در ترکیه همخوانی دارد [۱۶]. البته برعکس یافته‌های ما، Røen و همکاران گزارش کردند مراقبان بیماران مبتلا به سرطان که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردار بوده‌اند، به‌تبع کیفیت زندگی معنوی بالاتری نیز داشته‌اند [۲۳]. انجام پژوهش‌های بیشتر با هدف شناسایی تعیین‌کننده‌های مؤثر بر سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به‌منظور توسعه، اجرا و ارزشیابی مداخلات ارتقای سلامت معنوی میان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان توصیه می‌شود.

با وجود ارائه‌ی یافته‌های شواهدمحور درباره‌ی وضعیت سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در یکی از شهرهای غرب ایران، مطالعه‌ی حاضر محدودیت‌های متعددی دارد. اولین محدودیت مطالعه این است که داده‌ها تنها از یک انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان و به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس جمع‌آوری شده است؛ بنابراین، نتایج این مطالعه باید بااحتیاط به سایر مراقبان بیماران مبتلا به سرطان تعمیم داده شود. بسیاری از عوامل مؤثر بر مفهوم سلامت معنوی، مانند ویژگی‌های روانی‌اجتماعی مراقبان، الگوهای دلبستگی، نسبت مراقب با بیمار، نوع سرطان و درمان‌هایی که بیمار دریافت می‌کند، در نظر گرفته نشدند. یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، بررسی نکردن مدت‌زمانی که مراقب برای وظایف مراقبتی از بیمار مبتلا به سرطان صرف می‌کند، است؛ همچنین در پژوهش حاضر بار مراقبتی نیز سنجیده نشده است. افزون‌برآن، جمع‌آوری داده‌ها ازطریق پرسش‌نامه‌ی کتبی به‌صورت حضوری نیز ممکن است یک محدودیت باشد؛ زیرا پاسخ‌دهندگان ممکن است صادقانه درباره‌ی سلامت معنوی به چنین سؤالات حساس اجتماعی و بسیار شخصی [۲۸] پاسخ نداده باشند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن توجه به این محدودیت‌ها به تعیین نیازهای مراقبت معنوی مراقبان مبتلا به سرطان و نیز تأثیر معنویت بر مدیریت این بیماری در ایران پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌ها، توسعه و اجرای مداخلات ارتقای سلامت معنوی برای مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به‌ویژه برای مراقبانی که زمان بیشتری از تشخیص بیماری بیمار آنان گذشته است، ضروری است.

تشکر و قدردانی

از همه‌ی افراد شرکت‌کننده در مطالعه و مشاوره‌ی واحد توسعه‌ی تحقیقات بالینی بیمارستان معتضدی کرمانشاه کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی را گزارش نکرده‌اند.

سهم نویسندگان

دکتر مهدی میرزایی علویجه (نویسنده اوّل)، ایده پردازی، طراحی مطالعه، و مشاوره علمی (45 درصد)؛ نگار کریمی (نویسنده دوم)، ویرایش مقاله (5 درصد)؛ صفورا مقصودیان (نویسنده سوم)، مشاوره (5 درصد)؛ دکتر فرزاد جلیلیان (نویسنده مسئول)، پژوهشگر اصلی (45 درصد).

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه به تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه (شناسه‌ی اخلاق: IR.KUMS.REC.۱۴۰۰,۴۴۱) رسیده است.

حمایت مالی

این دست‌نوشته حاصل یک طرح پژوهشی است که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی کرمانشاه (طرح شماره‌ی ۴۰۰۰۴۸۸) انجام شده است.

REFERENCES

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021; 71(3):209-49. DOI: 10.3322/caac.21660
2. Howell D, Mayer DK, Fielding R, Eicher M, Verdonck-de Leeuw IM, Johansen C, Soto-Perez-de-Celis E, Foster C, Chan R, Alfano CM, Hudson SV. Management of cancer and health after the clinic visit: a call to action for self-management in cancer care. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2021; 113(5):523-31. DOI: 10.1093/jnci/djaa083
3. Bedaso A, Dejenu G, Duko B. Depression among caregivers of cancer patients: Updated systematic review and meta-analysis. Psycho-Oncology. 2022; 31(11):1809-20. DOI: 10.1002/pon.6045
4. Adashek JJ, Subbiah IM. Caring for the caregiver: a systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. ESMO open. 2020; 5(5):e000862 DOI: 10.1136/esmoopen-2020-000862

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]

5. Filipponi C, Masiero M, Chichua M, Traversoni S, Pravettoni G. Navigating the emotional landscape: exploring caregivers' journey alongside breast cancer survivors with chronic pain. Supportive Care in Cancer. 2025; 33(1):32. Link
6. Akkuş Y, Karacan Y, Ünlü K, Deniz M, Parlak A. The effect of anxiety and spiritual well-being on the care burden of caregivers of cancer patients during the COVID-19 pandemic. Supportive Care in Cancer. 2022:1-0. Link
7. King JJ, Segrin C, Badger TA, Thomson CA. Exploring the relationship between loneliness, spirituality, and health-related quality of life in Hispanic cancer caregivers. Supportive Care in Cancer. 2022; 30(6):4781-8. Link
8. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Rudzki S. The problems and needs of patients diagnosed with cancer and their caregivers. International journal of environmental research and public health. 2021; 18(1):87. DOI: 10.3390/ijerph18010087
9. La IS, Johantgen M, Storr CL, Zhu S, Cagle JG, Ross A. Spirituality moderates the relationship between cancer caregiver burden and depression. Palliative & Supportive Care. 2024; 22(3):470-81. Link
10. Jansen L, Dauphin S, De Burghgraeve T, Schoenmakers B, Buntinx F, van den Akker M. Caregiver burden: An increasing problem related to an aging cancer population. Journal of health psychology. 2021; 26(11):1833-49. DOI: 10.1177/1359105319893019
11. Yu W, Chen J, Sun S, Liu P, Ouyang L, Hu J. The reciprocal associations between caregiver burden, and mental health in primary caregivers of cancer patients: A longitudinal study: Family functioning, caregiver burden, and mental health Wenjun Yu et al. Psycho-Oncology. 2021; 30(6):892-900. DOI: 10.1002/pon.5667
12. Bachner YG, Carmel S. Open communication between caregivers and terminally ill cancer patients: the role of caregivers' characteristics and situational variables. Health communication. 2009; 24(6):524-31. DOI: 10.1080/10410230903104913
13. Triana L, Sudjatmiko IG. The role of religious coping in caregiving stress. Religions. 2021; 12(6):440. DOI:10.3390/rel12060440
14. La IS, Johantgen M, Storr CL, Cagle JG, Zhu S, Ross A. Spirituality among family caregivers of cancer patients: the spiritual perspective scale. Research in nursing & health. 2020; 43(4):407-18. DOI: 10.1002/nur.22044
15. La IS, Johantgen M, Storr CL, Zhu S, Cagle JG, Ross A. Spirituality moderates the relationship between cancer caregiver burden and depression. Palliative & Supportive Care. 2024; 22(3):470-81. Link
16. Türkben Polat H, Kiyak S. Spiritual well-being and care burden in caregivers of patients with breast cancer in Turkey. Journal of religion and health. 2023; 62(3):1950-63. Link
17. Vespa A, Spatuzzi R, Merico F, Ottaviani M, Fabbietti P, Meloni C, Raucci L, Ricciuti M, Bilancia D, Pelliccioni G, Giulietti MV. Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. Supportive care in cancer. 2018; 26:2633-40. Link
18. Damianakis T, Wilson K, Marziali E. Family caregiver support groups: spiritual reflections' impact on stress management. Aging & mental health. 2018; 22(1):70-6. Doi: 10.1080/13607863.2016.1231169
19. Kidwai R, Mancha BE, Brown QL, Eaton WW. The effect of spirituality and religious attendance on the relationship between psychological distress and negative life events. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2014 ; 49:487-97. Link
20. Hulett JM, Armer JM. A systematic review of spiritually based interventions and psychoneuroimmunological outcomes in breast cancer survivorship. Integrative cancer therapies. 2016; 15(4):405-23. DOI: 10.1177/1534735416636222
21. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982; 1(1):224-37. Link
22. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh (Health Monitor). 2006; 5 (4): 295-304. Link
23. Røen I, Brenne AT, Brunelli C, Stifoss-Hanssen H, Grande G, Solheim TS, Kaasa S, Knudsen AK. Spiritual quality of life in family carers of patients with advanced cancer—a cross-sectional study. Supportive Care in Cancer. 2021; 29:5329-39. Link
24. Moosavi S, Rohani C, Borhani F, Akbari ME. Spiritual care experiences by cancer patients, their family caregivers and healthcare team members in oncology practice settings: A qualitative study. Explore. 2021 17(5):430-7. DOI: 10.1016/j.explore.2020.08.015
25. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. Annals of oncology. 2012; 23:iii49-55. DOI: 10.1093/annonc/mds088
26. Kichenadasse G, Sweet L, Harrington A, Ullah S. The current practice, preparedness and educational preparation of oncology professionals to provide spiritual care. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology. 2017; 13(5):e506-14. DOI: 10.1111/ajco.12654
27. Krause N, Pargament KI, Hill PC, Wong S, Ironson G. Exploring the relationships among age, spiritual struggles, and health. Journal of religion, spirituality & aging. 2017; 29(4):266-85. DOI: 10.1080/15528030.2017.1285844
28. Riklikienė O, Kaselienė S, Spirgienė L, Karosas L, Fisher JW. Spiritual wellbeing of cancer patients: what health-related factors matter?. Journal of religion and health. 2020; 59(6):2882-98. Link

[Downloaded from aijrh.umsha.ac.ir on 2026-11-24]