Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2016, Vol: 4, No: 2, Pages: 20-28.

The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis

Atefeh Mohammadizadeh[1*], Ghasem Askarizadeh[2], Masoud Bagheri[3]

1- MSc of Psychology, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran
3- Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

***Corresponding Author:**
Atefeh Mohammadizadeh
Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

Email:
Amz4418@gmail.com

Received: 12 Dec 2015
Revised: 9 Jul 2106
Accepted: 26 Sep 2016

Abstract

Background and Purpose: Death anxiety is a common problem in patients with chronic and hard-to-treat diseases, which can affect mental health of these patients. Spiritual health is an important aspect of human health. Thus, we aimed to investigate the relationship between death anxiety with spiritual health in female patients suffering from multiple sclerosis (MS).

Materials and Methods: This study was performed in all female MS patients who referred to the Special Diseases Department in Rafsanjan, Iran, in 2015 (n=116). The study instrument consisted of spiritual health questionnaire (20 items) designed by Palutzian and Ellison and death anxiety questionnaire (15 items) developed by Templer. The data was analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis simultaneously.

Results: The total mean scores of spiritual, religious, and existential health were 98.10 ±14.87, 49.26±8.08, and 48.83±7.72, respectively. The results showed a significant relationship between spiritual health and its dimensions (religious and existential health) with death anxiety (P<0.05).

Conclusion: The results of the present study demonstarted that most of the MS patients had moderate spiritual health and that their religious health level was slightly higher than their existential health, which seems normal in our culture.

Keywords: Death anxiety, Existential health, MS patients, Spiritual health, Religious health

▶ **Citation:** Mohammadizadeh A, Askarizadeh Gh, Bagheri M. The Relationship between Spiritual Health and Death Anxiety in Patients with Multiple Sclerosis. Religion and Health, Autumn & Winter 2016; 4(2): 20-28 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی

دوره ۴، شماره ۲، سال ۱۳۹۵ صفحه: ۲۸-۲۰.

رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

عاطفه محمدی‌زاده[۱*]، قاسم عسکری‌زاده[۲]، مسعود باقری[۳]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران

* **مؤلف مسئول:**
عاطفه محمدی‌زاده
گروه روانشناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، ایران

Email:
Amz4418@gmail.com

دریافت: ۲۱ آذر ۱۳۹۴
اصلاحات: ۱۹ تیر ۱۳۹۵
پذیرش: ۵ مهر ۱۳۹۵

چکیده

سابقه و هدف: اضطراب مرگ یکی از مشکلات شایع در بیماران مزمن و صعب‌العلاج است که می‌تواند سلامت روانی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم در سلامت انسان محسوب می‌شود؛ بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس یا ام. اس (Multiple Sclerosis: MS) می‌باشد.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به ام. اس شهرستان رفسنجان تشکیل دادند. برای انجام این پژوهش، ۱۱۶ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه ۲۰ سؤالی سلامت معنوی Palutzianan و Ellison (Spiritual Well-Being Scale: SWB) و پرسشنامه ۱۵ سؤالی اضطراب مرگ Templer (Death Anxiety Scale : DAS) بود. لازم به ذکر است که داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به‌روش همزمان تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین کل و انحراف معیار نمره سلامت معنوی بیماران معادل ۱۴/۸۷±۹۸/۱۰ بود و میانگین و انحراف معیار نمره سلامت مذهبی و سلامت وجودی آن‌ها به‌ترتیب برابر با (۸/۰۸±۴۹/۲۶) و (۷/۷۲±۴۸/۸۳) به‌دست آمد. یافته‌ها نشان داد که بین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با اضطراب مرگ، رابطه منفی و معناداری وجود دارد ($P<0/05$).

استنتاج: نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که بیشتر بیماران مبتلا به ام. اس از سلامت معنوی متوسطی برخوردار هستند و با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ بیماران کاهش می‌یابد. همچنین، سطح سلامت مذهبی کمی بیشتر از سلامت وجودی بود که با توجه به فرهنگ جامعه ما طبیعی به‌نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب مرگ، بیماران ام. اس، سلامت مذهبی، سلامت معنوی، سلامت وجودی

◀ **استناد:** محمدی‌زاده، عاطفه؛ عسکری‌زاده، قاسم؛ باقری، مسعود. رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. دین و سلامت، پاییز و زمستان ۱۳۹۵؛۴(۲): ۲۸-۲۰ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مقدمه

یکی از مسائلی که ذهن انسان‌ها را از آغاز آفرینش به خود مشغول نموده و همواره ترس را در آن‌ها برانگیخته است، مرگ و مسائل مربوط به آن می‌باشد. مرگ همیشه همراه انسان بوده و خواهد بود و از آنجا که بخشی از زندگی او بوده و به شکل پیوسته او را به خود مشغول می‌دارد، انسان همواره به‌دنبال پاسخی برای پرسش‌های مربوط به آن بوده است. اسلام به معرفی مرگ با تعبیرهای وجودی متفاوت پرداخته و خداوند در آیه ۲ سوره ملک می‌فرماید: "خداوند مرگ و زندگی را آفرید تا شما را بیازماید که کدام‌یک بهتر عمل می‌کنید". در ارتباط با اینکه چرا خداوند در این آیه از مرگ تعبیر به خلق و آفرینش نموده است، مفسران بر این باور هستند که "مرگ" اگر به معنای فنا و نیستی باشد، مخلوق نیست؛ زیرا، خلقت به امور وجودی تعلق می‌گیرد، اما می‌دانیم که حقیقت مرگ، انتقال از جهانی به جهان دیگر است که بی‌شک، امری وجودی بوده و می‌تواند مخلوق باشد (۱).

تعالیم اسلامی با تحلیل معقول پدیده مرگ، نه‌تنها اثر منفی آن را از بین می‌برد، بلکه می‌کوشد در آن جذابیت نیز ایجاد کند؛ اما با این وجود، واکنش بیشتر افراد به آن مثبت نمی‌باشد (۲). خداوند در آیه ۴۲ سوره زمر می‌فرماید: "خدا است که هنگام مرگ، ارواح خلق را می‌گیرد و روح آن را نیز که هنوز مرگ وی فرا نرسیده است، در حال خواب قبض می‌کند. سپس، جان آن را که حکم به مرگ وی کرده است، نگاه می‌دارد و آن را که حکم به مرگ وی ننموده است، به بدن وی باز می‌گرداند تا وقت معین مرگ" (۳). مرگ واقعیتی حتمی و اجتناب‌ناپذیر برای تمام انسان‌ها است و این اندیشه می‌تواند اضطراب جان‌فرسایی را در دل هر انسانی پدید آورد (۴). اصولاً، انسان از عدم و نیستی می‌هراسد و از بیماری می‌ترسد؛ زیرا، به معنای نیستی سلامتی می‌باشد؛ بنابراین، اگر انسان از مرگ می‌ترسد، ناشی از آن است که از نظر او، مرگ معادل با فنای مطلق و نیستی همه چیز می‌باشد (۵). یکی از متغیرهایی که در به‌کارگیری افراطی و بیمارگونه رفتارهای ارتقابخش سلامتی و یا عدم به‌کارگیری این رفتارها تأثیر به‌سزایی دارد، اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ به‌طور عمومی به‌عنوان احساس ناراحتی همراه با ترسی که معطوف به مرگ خود یا دیگران است و نیز با درنظرگرفتن مرگ به‌عنوان پایان حیات، تعریف می‌شود (۶). تجربه اضطراب مرگ، تجربه‌ای طبیعی و نرمال است و حتی داشتن این اضطراب در حد متعادل در زندگی برای فرد لازم بوده و باعث به فعالیت واداشتن وی در برخی مسیرهای مثبت می‌گردد؛ اما اگر این اضطراب از حد متعارف فراتر رود، برای سازگاری فرد مفید نمی‌باشد؛ این گونه اضطراب‌ها سبب حادشدن شرایط استرس‌زا و احساس پوچی و ناامیدی در زندگی می‌گردد (۷). افراد بیمار با توجه به ویژگی‌های مرتبط با بیماری، از وضعیت جسمی و روانی خاصی برخوردار هستند که ممکن است موانع و محدودیت‌هایی را در زندگی برای آن‌ها ایجاد کند که این موانع منجر به سرخوردگی و انزوا از فعالیت‌های اجتماعی می‌گردد. از جمله این بیماری‌ها که منجر به مشکلات جسمی و روانی متعددی می‌شود، بیماری مالتیپل اسکلروزیس یا ام. اس (Multiple Sclerosis: MS) است (۸). بیماری ام. اس، یک بیماری مزمن پیش‌رونده و تخریب‌کننده میلین سیستم عصبی مرکزی است که عملکرد حسی و حرکتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. رایج‌ترین دوره شروع این بیماری، جوانی بوده و شیوع آن در زنان، دو برابر مردان می‌باشد (ابتلا به ام. اس بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی رخ می‌دهد) (۹). علائم و نشانه‌های این بیماری عبارت هستند از: علائم چشمی- تاری دید، ضعف عضلانی، اختلال در تعادل و هماهنگی، اختلال در درک حس‌های مختلف، مشکلات در خوردن، خستگی زودرس، لرزش، سرگیجه، افسردگی، مشکلات جنسی، اختلال شناختی، مشکلات در تکلم و حس شنوایی (۱۰). بیماری ام. اس به‌دلیل عدم درمان قطعی و نیز به‌وجودآمدن محدودیت‌های حرکتی برای بیمار و ازدست‌دادن فعالیت‌های عادی و روزمره که از ویژگی‌های

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

این بیماری است، می‌تواند اثرات روحی و روانی منفی زیادی را در فرد ایجاد کرده و تنیدگی و اضطراب وی را افزایش دهد که این امر به نوبه خود سبب تشدید بیماری می‌شود. در این زمینه، Janses و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که مبتلایان به ام. اس، سطح بالایی از تنش و احساس شدید افسردگی را تجربه می‌کنند، از سلامت روانی پایینی برخوردار هستند و اضطراب بالایی نسبت به مرگ دارند (۱۱). براساس مطالعات، عاملی که می‌تواند در کاهش اضطراب مرگ تأثیرگذار باشد، سلامت معنوی است. هنگام بروز بحران‌ها، معنویت منبع قدرتمندی است که مانعی جدی در مقابله با فشارهای روانی و اضطراب محسوب می‌شود. بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت شود، به‌طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند (۱۲). اصطلاح سلامت معنوی که بیش از همه بر بهزیستی شخصی فرد و ارتباط با خدای او تأکید دارد، نخستین‌بار در سال ۱۹۷۱ میلادی توسط Moberg و با عنوان "بهزیستی معنوی" ایجاد گردید. طبق نظر Moberg و Brusk، سلامت معنوی متشکل از سازه‌ای چندبعدی است و یک بعد عمودی و یک بعد افقی را شامل می‌شود که بعد عمودی آن به ارتباط با خدا و بعد افقی آن به احساس هدفمندی و رضایتمندی در زندگی بدون درنظرگرفتن مذهبی خاص اشاره دارد (۱۳). سلامت معنوی در اصطلاح پزشکی با رویکرد مادی‌گرا، فرآیندی است که با بهره‌گیری از آن می‌توان به درمان بیماران جسمی کمک کرد؛ اما در اصطلاح غیرپزشکی و یا پزشکی معناگرا، سلامت معنوی فرآیندی است که علاوه بر بهره‌گیری از آن در درمان جسمی بیماران، می‌تواند در درمان روحی و روانی بیماران نیز مفید باشد و از آن بالاتر می‌تواند شرایطی را در جامعه پدید آورد که سلامت اجتماعی افزایش پیدا کند و درنهایت، به کمال و تعالی همه‌جانبه انسان و انسانیت منجر شود (۱۴). از نظر Ellison (۱۹۸۳)، مفهوم سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است: سلامت مذهبی که نشانه ارتباط با یک قدرت برتر؛ یعنی خدا است و سلامت وجودی که یک عنصر روانی- اجتماعی بوده و نشانه احساس فرد از اینکه کیست، چه کاری را و برای چه انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد، می‌باشد. این دو بعد در عین جدابودن از یکدیگر، با هم تعامل و همپوشی دارند. بعد سلامت مذهبی، ما را برای رسیدن به خدا هدایت می‌کند؛ درحالی که بعد سلامت وجودی، انسان را فراتر از خود برده و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد (۱۵). در این ارتباط، خضری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود با عنوان "ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر" به این نتیجه رسیدند که بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و بعد مذهبی با افسردگی، ارتباطی وجود ندارد؛ اما بین بعد وجودی سلامت معنوی با افسردگی، ارتباط آماری معناداری مشاهده می‌شود. همچنین، ارتباط معنادار و معکوسی بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی و اضطراب مرگ و ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با اضطراب مرگ به‌دست آمد (۱۶). رمضان‌خانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی رابطه سلامت معنوی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲" به این نتیجه دست یافتند که بین سلامت معنوی و ابعاد آن با کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (۱۷). علاوه‌براین، فولادوندی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خود با عنوان "ارتباط سلامت معنوی با نگرش به معنویت و مراقبت معنوی در بیماران همودیالیزی" گزارش نمودند که ارتباط معناداری بین نگرش معنوی، مراقبت معنوی و سلامت معنوی وجود دارد (۱۸). O'Brien (۱۹۹۸) نیز در پژوهشی که بر روی ۱۷۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه انجام داد، بیان کرد که سطح سلامت معنوی در زنانی که مذهبی هستند، بیشتر است (۱۹).

اضطراب مرگ، یک اضطراب واقعی و یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در سلامت روانی افراد است که در بیماری‌های مزمن مانند سرطان، بیماری‌های قلبی، ایدز و ام. اس بیشتر مشاهده می‌شود. از آنجا که لازم است با فراهم‌کردن بستر حمایتی در جامعه و شناسایی مشکلات و موانعی که در زندگی بیماران وجود دارد، در جهت رفع

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مشکلات، ارتقای روحیه و افزایش امیدواری و کاهش حالات افسردگی و اضطرابی بیماران تلاش شود، انجام این پژوهش ضروری به‌نظر می‌رسد. با توجه به مطالب ذکرشده، هدف کلی از انجام پژوهش حاضر، بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ام. اس در شهرستان رفسنجان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

با توجه به نوع متغیرها و اهداف پژوهش، پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی و همبستگی است. همچنین، از آنجا که پژوهشگر درصدد بررسی اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ام. اس بود، این پژوهش، توصیفی بوده و با توجه به اینکه در پی کشف رابطه بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ می‌باشد، از نوع مطالعات همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به بیماری مالتیپل اسکلروزیس در شهرستان رفسنجان تشکیل دادند. به‌منظور انجام این پژوهش، ۱۱۶ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بخش بیماری‌های خاص شهرستان رفسنجان در سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. لازم به ذکر است که برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه استفاده شد که در ادامه به معرفی آن‌ها پرداخته می‌شود.

پرسشنامه اضطراب مرگ (Death Anxiety Scale: DAS): جهت سنجش اضطراب مرگ از مقیاس اضطراب مرگ Templer (۱۹۷۰) استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۷۰ توسط Templer ساخته شده است و شامل ۱۵ ماده می‌باشد که نگرش آزمودنی‌ها را نسبت به مرگ می‌سنجد. در این پرسشنامه، آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال با گزینه‌های بله یا خیر مشخص می‌کنند که بر حسب آن، نمره صفر یا یک به آن تعلق می‌گیرد (نمره یک در صورتی که پاسخ فرد نشان‌دهنده وجود اضطراب باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب باشد)؛ بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس می‌تواند بین ۰ تا ۱۵ متغیر باشد که در این ارتباط، نمره بالا معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است؛ بدین معنا که نمرات بالاتر از ۷ نشان‌دهنده اضطراب مرگ بالا بوده و نمرات پایین‌تر از ۶ نشانگر اضطراب مرگ پایین می‌باشد. شایان ذکر است که در فرهنگ اصلی، ضریب پایایی با بازآزمایی مقیاس معادل ۰/۸۳ است. Thomas و همکاران (۲۰۰۲) نیز اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش بازآزمون معادل ۰/۷۶ و ثبات درونی آن را برابر با ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. همچنین، Templer (۱۹۷۰) ضریب بازآزمایی این مقیاس را معادل ۰/۸۳ گزارش نموده است. در کشور ایران نیز رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) اعتبار این مقیاس را مورد بررسی قرار داده و ضریب اعتبار تصنیفی را معادل ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ (همسانی درونی) را برابر با ۰/۷۳ ثبت نموده‌اند. براساس مطالعات صورت‌گرفته در فرهنگ اصلی، روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب مرگ آشکار معادل ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی معادل ۰/۴۰ می‌باشد. در کشور ایران برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو ابزار مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده است که نتیجه آن برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ معادل ۰/۴۰ و برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با اضطراب آشکار برابر با ۰/۴۳ می‌باشد (۲۰).

پرسشنامه سلامت معنوی (Spiritual Well-Being Scale: SWB): جهت سنجش سلامت معنوی از مقیاس سلامت معنوی Palutzianan و Ellison (۱۹۸۲) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۰ سؤال است که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجد. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۱۲۰ـ۲۰ می‌باشد. همچنین، پاسخ به این سؤالات به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است؛ بدین صورت که در سؤالات ۳، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۹ و ۲۰ گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ و در سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸ گزینه کاملاً مخالفم نمره ۶ را به خود اختصاص داده است و درپایان، سلامت معنوی افراد

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

به سه دسته پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم می‌شود. در این ارتباط، الهبخشیان و همکاران روایی این پرسشنامه را پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا مورد تأیید قرار داده و ضریب آلفای کرونباخ را معادل ۰/۸۲ محاسبه نموده‌اند. جعفری و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ را برای سلامت مذهبی معادل ۰/۹۱، سلامت وجودی برابر با ۰/۹۱ و برای سلامت معنوی معادل ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. شایان ذکر است که نتایج آزمون- بازآزمون برای سلامت معنوی برابر با ۰/۹۳، سلامت مذهبی معادل ۰/۹۶ و برای سلامت وجودی برابر با ۰/۸۶ به‌دست آمد. روایی این پرسشنامه نیز در پژوهش رضایی و همکاران پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا مورد تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ آن معادل ۰/۸۲ تعیین شد (۲۱).

یافته‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها، به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش و رسیدن به اهداف آن، کلیه داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 و روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج توصیفی در جدول ۱ بیانگر آن است که میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب مرگ در نمونه مورد مطالعه معادل ۳/۸۲±۵/۱۵، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی برابر با ۱۴/۸۷±۹۸/۱۰، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت مذهبی معادل ۸/۰۸±۴۹/۲۶ و میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت وجودی برابر با ۷/۷۲±۴۸/۸۳ به‌دست آمده است و میانگین نمرات سلامت مذهبی، کمی بیشتر از سلامت وجودی می‌باشد.

جدول ۱: یافته‌های توصیفی اضطراب مرگ، سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و وجودی)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر نمره	حداقل نمره
اضطراب مرگ	۵/۱۵	۳/۸۲	۱۴	۰
سلامت معنوی	۹۸/۱۰	۱۴/۸۷	۱۲۰	۵۵
سلامت مذهبی	۴۹/۲۶	۸/۰۸	۶۰	۲۰
سلامت وجودی	۴۸/۸۳	۷/۷۲	۶۰	۳۱

جدول ۲: همبستگی پیرسون و ضریب تعیین بین سلامت معنوی و ابعاد آن با اضطراب مرگ

اضطراب مرگ	R	R^2	سطح معناداری
سلامت معنوی	-۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۰۱
سلامت مذهبی	-۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۰۱
سلامت وجودی	-۰/۳۸	۰/۱۴	۰/۰۱

نتایج استنباطی در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ به میزان R=-۰/۴۲، سلامت مذهبی و اضطراب مرگ به میزان R=-۰/۴۱ و سلامت وجودی و اضطراب مرگ به میزان R=-۰/۳۸ همبستگی وجود دارد. با توجه به سطح معناداری (P<۰/۰۵) می‌توان گفت همبستگی بین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با اضطراب مرگ معنادار می‌باشد.

نتایج استنباطی در جدول ۳ نشان می‌دهد که مقدار به‌دست آمده (F=۲۲/۶۶) برای سلامت معنوی در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد؛ درنتیجه، می‌توان گفت که سلامت معنوی، پیش‌بینی‌کننده اضطراب مرگ است.

جدول ۳: تحلیل رگرسیون سلامت معنوی در پیش‌بینی اضطراب مرگ

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	R^2
رگرسیون	۴۳۶/۲۷۴	۱	۴۳۶/۲۷۴	۲۲/۶۶	۰/۰۱	۰/۱۸
باقی‌مانده	۱۲۴۷/۱۲۶	۱۰۳	۱۲/۱۰۸			
کل	۱۵۲۱/۵۶۲	۱۰۴				

بحث

در پژوهش حاضر رابطه بین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) با اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ام. اس شهرستان رفسنجان بررسی شد و نتایج زیر به‌دست آمد.

این پژوهش نشان داد که بین سلامت معنوی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ام. اس رابطه منفی و معناداری (R=-۰/۴۲) وجود دارد (P<۰/۰۵) که این یافته با نتایج پژوهش خضری و همکاران (۱۳۹۳)، رمضان‌خانی و همکاران (۱۳۹۳) و Obrien (۱۹۹۸)

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

همخوانی دارد (۱۶،۱۷،۱۹). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب گردیده و به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، منجر به یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود. هنگامی که سلامت معنوی افرد پایین باشد، این احتمال وجود دارد که فرد دچار اختلالات روحی مانند احساس تنهایی، اضطراب و ازدست‌دادن معنا در زندگی شود. بیمارانی که سلامت معنوی آن‌ها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند (۲۲). در این ارتباط، Koenig و همکاران (۱۹۸۸) عقیده دارند که در موقعیت‌های تنش‌زا، معنویت، منبع مهم سازگاری به‌شمار می‌آید که با رضایتمندی فرد از زندگی خود، سازگاری بهتر، کاهش درد و کاهش اضطراب از مرگ در ارتباط می‌باشد (۲۳).

همچنین، نتایج حاکی از آن بودند که رابطه منفی و معناداری (R=-۰/۴۱) بین سلامت مذهبی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ام. اس وجود دارد (P<۰/۰۵) که این یافته با نتایج پژوهش خضری و همکاران (۱۳۹۴) و رمضان‌خانی و همکاران (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که میانگین بعد سلامت مذهبی، بالاتر از میانگین بعد وجودی بوده است که این موضوع با توجه به فرهنگ کشور تاحدودی طبیعی به‌نظر می‌رسد؛ زیرا، مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی، افرادی مذهبی بوده و به خدا و قدرت برتر او اعتقاد دارند. ذکر این نکته ضرورت دارد که سلامت مذهبی بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامت در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز می‌باشد.

یافته دیگر پژوهش این بود که بین سلامت وجودی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ام. اس رابطه منفی و معناداری (R=-۰/۳۸) وجود دارد (P<۰/۰۵) که این یافته با نتایج پژوهش خضری و همکاران (۱۳۹۴) همخوان می‌باشد؛ اما با یافته‌های پژوهش رمضان‌خانی و همکاران (۱۳۹۳) مطابقت ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که یکی از ابعاد رشد ما به‌عنوان انسان، رشد در قلمرو معنوی است. نیروی فوق‌العاده‌ای در ایمان به خدا وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان دین‌دار می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی به او کمک می‌کند. لازم به ذکر است که بعد وجوی سلامت معنوی با ابعاد جسمی و روانی فرد بیمار ارتباط معناداری دارد که براساس آن می‌توان به تأثیر سلامت معنوی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات پی برد (۲۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیشتر بیماران مبتلا به ام. اس از سلامت معنوی متوسطی برخوردار هستند و با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ در آن‌ها کاهش می‌یابد. در این راستا، سطح سلامت مذهبی، کمی بیشتر از سلامت وجودی بود که این امر با توجه به فرهنگ جامعه ما طبیعی به‌نظر می‌رسد. شایان ذکر است در مواردی که دشواری‌های طاقت‌فرسا، شخصیت انسان را در هم می‌کوبد و اراده را از وی می‌گیرد، اتکا به خداوند، اثری عمیق و انکارناپذیر در روح آدمی دارد. همان‌گونه که خداوند در آیه ۱۳۸ سوره آل عمران می‌فرماید: "اگر ایمان داشته باشید، نباید ترس و اندوه به خود راه دهید؛ زیرا، شما با سرمایه ایمان بر دیگران برتری دارید". در این آیه خاطرنشان شده است که ایمان در برابر عوامل ناراحتی روانی، زره محکمی را برای روح ساخته و مصونیت خاصی را در انسان به‌وجود می‌آورد؛ ازاین‌رو، با تکیه به ایمان می‌توان ذهن و روح را از غم آزاد ساخت و نقش رنج‌ها را از لوح دل زدود (۲۵).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، دسترسی به بیماران بود؛ زیرا، بیماران یک‌بار در هفته در بخش بیماری‌های خاص توسط پزشک متخصص ویزیت می‌شدند و به‌دلیل همین محدودیت، کار پژوهشی حاضر به‌مدت ۴ ماه به طول انجامید. از دیگر محدودیت‌ها این بود که برخی از بیماران در رابطه با پرسشنامه اضطراب مرگ و سؤالات مربوط به آن واکنش نشان می‌دادند و پژوهشگر پس از توضیحات فراوان، به‌سختی آن‌ها را در رابطه با تکمیل‌کردن پرسشنامه اضطراب مرگ قانع می‌نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که بیشتر بیماران

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

مبتلا به ام. اس از سلامت معنوی متوسطی برخوردار هستند و با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ بیماران کاهش می‌یابد. همچنین، سطح سلامت مذهبی کمی بیشتر از سلامت وجودی بود که با توجه به فرهنگ جامعه ما طبیعی به‌نظر می‌رسد.

پیشنهادات

به مسئولان بخش بیماری‌های خاص بیمارستان‌ها پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزشی حضوری و غیرحضوری را جهت آشنایی بیشتر بیماران با سلامت معنوی تدارک ببینند تا بدین ترتیب، درد و رنج بیماری و اضطراب مرگ در آن‌ها کاهش یابد.

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ‌گونه حامی مالی نداشته و کلیه هزینه‌های صرف‌شده در آن بر عهده نویسنده مسئول بوده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی از جمله رازداری و رضایت آگاهانه بیماران رعایت شده و آن‌ها رضایت‌نامه کتبی جهت حضور در پژوهش را تکمیل نموده‌اند.

تضاد منافع

این پژوهش با منافع هیچ شخص حقیقی یا حقوقی تضاد منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه کارکنان بخش بیماری‌های خاص و بیماران ام. اس شهرستان رفسنجان که ما را در اجرای این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Tabatabaei MH. Al-Mizan Fi tafsir Al-Quran. Qom: Islamic Publication Office; 1997. P. 19, 349 (Persian).
2. Alyansb H. The relationship between religion and death anxiety among students and clerics in Qom. Journal of Psychology and Religion. 2010; 3(1):55-68 (Persian).
3. Holly Quran, Trans by: Naser Makarem Shirazi. Qom: Osveh Publication; 2010 (Persian).
4. Naderi F, Roushani KH. The relations between spiritual intelligence, social intelligence and death anxiety in Ahwaz woman seniles. Women and Culture. 2010; 2(6):55-67 (Persian).
5. Makarem-Shirazi N. Resurrection and the after life. Qom: Hadaf Publication; 1977 (Persian).
6. Fireston R, Catlett J. Beyond death anxiety: Achieving life-affirming death awareness. New York: Springer Publishing Company; 2009.
7. Ghorbanalipoor M, Borjali A, Sohrabi F, Falsafinejad MR. The effects of death anxiety and age on health promoting behaviors. Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2010; 21(2):286-92 (Persian).
8. Hamidi O, Seifi Ghozlu J, Sharifi G, Gholamali Lavasani M. The relationship between personal values and death anxiety among MS patient. Journal of Psychology. 2014; 16(4):365-80 (Persian).
9. Dehgani A, Kajbaf MB. The relationship between coping styles and hardiness among students. Journal of Knowledge & Health. 2014; 8(3):113-8 (Persian).
10. Payamani F, Nazari AA, Noktedan H, Ghadiriyan F, Karami K. Complementary therapy in patients with multiple sclerosis. Iran Journal of Nursing. 2010; 25(77):12-20 (Persian).
11. Janssens AC, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meché FG, Passchier J, Hintzen RQ. Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: the relationship with anxiety, depression, and disease-related distress. Journal of Clinical Epidemiology. 2004; 57(2):180-6.
12. Janbabaei G, Esmaeili R, Mosavinasab N, Rajbar M. A survey of the role of spiritual health and its related factors in the patients with metastatic digestive cancer. Journal of Religion and Health. 2014; 2(1):9-14 (Persian).
13. Dehshiri GR, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. A survey of psychometric properties of spiritual well-being scale among university students. Psychological Studies. 2008; 4(3):129-144 (Persian).
14. Abolqasemi MJ. The concept of spiritual health and a range of religious views. Journal of Medical Ethics. 2012; 6(20):84 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]

15. Ellison CW. Spiritual well-being: concept-ttualization and measurement. Journal of Psychology and Theology. 1983; 11(4):330-40.
16. Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. The relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. Nursing of the Vulnerables. 2015; 2(2):15-28 (Persian).
17. Ramezankhani A, Ghaedi M, Hatami H, Taghdisi MH, Golmirzai J, Behzad A. Association between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes in Bandar Abbas, Iran. Hormozgan Medical Journal. 2014; 18(3):229-37 (Persian).
18. Foladvandi M, Azizzade Forouzi M, Foladvandi G, Sadeghi H, Melikian L. Relationship of spiritual health with attitude to spirituality and spiritual care in hemodialysis patients the city of Bam. Complementary Medicine Journal of Faculty of Nursing & Midwifery. 2015; 5(2):1133-45 (Persian).
19. O'brien ME. Spirituality in nursing: standing on holy ground. 1st ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishing; 1998 (Persian).
20. Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. The Journal of General Psychology. 1970; 82(2):165-77.
21. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and spiritual care in nursing and midwifery students. Iran Journal of Nursing. 2013; 26(85):55-65 (Persian).
22. Ghasemi T, Karimian J, Rezaei A, Ebrahimi A. Examine the relationship between spiritual health and stress, anxiety and demographic factors in women with breast cancer who were referred to specialized cancer treatment center in Isfahan. Journal of Sciense Health Research. 2012; 8(1):104-13 (Persian).
23. Koenig H. Spirituality, wellness and quality of life: sexuality, reproductive and menopause. Fertil Steril. 2004; 4(4):76-82.
24. Markos J, Marita M. The relationship between religion, spirituality, psychological adjustment and quality of life among people with multiple sclerosis. Journal of Religion and Health. 2003; 42(2):143-59.
25. Holly Quran, Ale Omran: 138.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-10-31]