



ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۳

لیلا خضری^۱، مسعود بحرینی^{۲*}، مریم روانی پور^۳، کامران میرزایی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، عضو کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^{۲*} استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳ دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۴ دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۱۳۹۴/۰۱/۲۶ - پذیرش: ۱۳۹۴/۰۳/۱۰)

چکیده

مقدمه: افسردگی و اضطراب مرگ از مشکلات شایع در بیماران سرطانی است که می تواند سلامت روانی این بیماران را تحت تاثیر قرار دهد. از سوی دیگر، سلامت معنوی از جمله عوامل موثر بر سایر جنبه های سلامت است؛ که اخیرا از سوی محققین مورد توجه قرار گرفته است.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی، با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی بوشهر در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر از نوع توصیفی همبستگی است که به شکل مقطعی اجرا شده است. در این مطالعه مقطعی، ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مراکز درمانی بوشهر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه های روا و پایای سلامت معنوی پالوتزین الیسون، افسردگی بک و اضطراب مرگ تمپلر انجام شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS v.18، آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون، کروسکال والیس و من ویتنی) در سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی و بعد مذهبی با افسردگی ارتباطی وجود نداشت؛ لیکن بین بعد وجودی سلامت معنوی با افسردگی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p=0.024$ و $r=0.160$). بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی و اضطراب مرگ ($p=0.001$ و $r=-0.229$)، همچنین ابعاد مذهبی ($p<0.001$ و $r=-0.272$) و وجودی ($p=0.046$ و $r=-0.142$) سلامت معنوی با اضطراب مرگ ارتباط معنی دار و معکوس وجود داشت.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد، با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ در بیماران سرطانی کاهش می یابد. به نظر می رسد یک برنامه جامع مراقبتی که در برگیرنده سلامت معنوی باشد، اثر بخشی بیشتری در کاهش مشکلات روانی این بیماران دارد.

کلید واژه ها: سلامت معنوی، افسردگی، اضطراب مرگ، سرطان

مقدمه:

سرطان به عنوان یک بیماری فلج کننده و صعب العلاج در جامعه تلقی می شود به گونه ای که فرد مبتلا پس از آگاهی از آن معمولا دچار افسردگی، اضطراب و کاهش انرژی اجتماعی می شود؛ علاوه بر این بستری شدن های مکرر و نگرانی های مداوم برای بیماران و خانواده های آنها، فرد را مستعد ابتلا به اختلالات روانی می کند (۱). هر سال بیش از ۱۱ میلیون مورد مرگ سرطان و ۲۲ میلیون نجات یافته از سرطان در کل دنیا شناسایی می شود (۲). در ایران نیز سالانه بیش از ۵۰۰۰۰ مورد سرطان جدید بروز می نماید (۳). علاوه بر این، پیشرفت های اخیر در رژیم های شیمی درمانی، مراقبت های بعد از عمل و تکنیک های بیشتر جراحی باعث افزایش طول عمر مبتلایان به سرطان شده است. عوارض شایع بعد از درمان اولیه که باعث اختلال در جنبه های روانی اجتماعی زندگی نجات یافتگان از سرطان می شود، شامل: خستگی، تغییرات شناختی، تصویر ذهنی از بدن خود، بهداشت جنسی، ترس از عود، مشکلات اجتماعی، اقتصادی، مراقبتی، درد، افسردگی و اضطراب مرگ است (۴، ۵). این احساسات ممکن است مرتبط با از دست دادن قسمت هایی از بدن مانند سینه یا مو، نقش بیمار در خانواده یا جامعه و یا از دست دادن قریب الوقوع زندگی باشد (۶). شواهد نشان می دهد بیماران سرطانی از نظر شاخص کلی سلامت روانی نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین تری هستند و از نظر شاخص های افسردگی، اضطراب، حساسیت بین فردی و روان پریشی دارای مشکل جدی هستند (۱). نتایج برخی مطالعات نشان داده است که اختلال افسردگی شدید و مداوم در بیماران مبتلا به سرطان نسبت به جمعیت عمومی چهار برابر شایع تر است و ۱۰ تا ۲۰ درصد در طول بیماری آن را تجربه می کنند (۶). همچنین نتایج برخی مطالعات نشان دهنده آمار

بالای (۷۱ درصدی) اضطراب مرگ در مبتلایان به سرطان (۸)، (۷) و همراهی اضطراب مرگ و افسردگی در ۵۵/۳ درصد از بیماران است. (۹)

در این میان، سلامت معنوی به عنوان یکی از پیش گویی کننده های مهم پیامدهای سلامتی انسان شناخته شده است، که اطلاعات مهمی درباره نیازهای مراقبت بهداشتی و توانایی افراد جهت تطابق با تنش و مداخلات لازم جهت سازگاری و مقابله با بحران ناشی از بیماری های شدید مانند سرطان را فراهم می کند (۱۰). سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی های ثابت در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می شود (۱۱). سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است، که سلامت مذهبی نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست؛ همچنین سلامت وجودی، یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است؛ از این که کیست، چه کاری و چرا انجام می دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می کند در حالی که بعد سلامت وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می دهد (۱۲). نتایج برخی مطالعات بیانگر آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روان شناختی و اجتماعی نمی تواند عملکرد درست داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و به بالاترین سطح کیفیت زندگی، قابل دستیابی نخواهد بود (۱۳). لذا منابع 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، به ویژه شیمی درمانی می شوند (۱۴).

در تحقیقات بین‌المللی که در جوامع غیر مسلمان صورت گرفته است در رابطه با این موضوع اطلاعات جامعی دیده می‌شود. نتایج برخی از این مطالعات نشان می‌دهد؛ در مبتلایان به سرطان، معنویت ضامن سلامت ذهنی بیشتر، سلامت عمومی و کیفیت زندگی بالاتر است. در زنان مبتلا به سرطان سینه و دستگاه تناسلی، نشانه‌های افسردگی کمتر و در مبتلایان به ایدز، مقاومت در برابر تنش، از تاثیرات مثبت معنویت می‌باشد (۱۵). یافته‌های مطالعه‌ای که توسط نلسون و همکاران با هدف بررسی ارتباط معنویت، مذهب و افسردگی در مراحل پایانی بیماران سرطانی صورت پذیرفت، نشان داد سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (۱۶). علاوه بر مطالعات انجام شده در کشورهای خارجی، در ایران نیز می‌توان به مطالعه انجام شده توسط انوری در شیراز تحت عنوان تعیین ارتباط اضطراب مرگ با متغیرهایی مانند شدت بیماری، افسردگی و باورهای مذهبی در ۱۰۰ بیمار مبتلا به بیماری‌های طی‌شدید اشاره کرد که نتایج آن نشان داد باورهای مذهبی ارتباط منفی با اضطراب مرگ داشته و این عامل قوی‌ترین عامل حفاظتی اضطراب مرگ در بیماران بود (۱۷). اگر چه غالب نتایج تحقیقاتی که در مبتلایان به بیماری‌های مزمن صورت گرفته نشان دهنده تاثیر مثبت معنویت بر سلامت روان و کیفیت زندگی است (۱۸)؛ لیکن نتایج برخی مطالعات جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب یا قطع درمان، عدم جستجوی به موقع مراقبت پزشکی و اجتناب از اقدامات پیشگیرانه موثر بر سلامت فرد تاثیر منفی بگذارد (۱۹). همچنین نتایج مطالعه Mc Clain و همکاران در

نیویورک تحت عنوان تعیین ارتباط اعتقاد به زندگی پس از مرگ و سلامت معنوی روی ۲۷۶ بیمار مبتلا به مرحله نهایی سرطان نشان داد اعتقاد به زندگی پس از مرگ ارتباط معنی‌داری با سطح افسردگی و اضطراب مرگ نداشت (۲۰). Engle C نیز با بررسی هفده مقاله بیان کرد هیچ‌گونه نتایج قطعی مفید یا مضر درباره مقابله مذهبی و معنوی با بیماری سرطان وجود ندارد (۲۱).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، کمبود مطالعات مرتبط در محیط پژوهش، تناقض در نتایج مطالعات پیشین و تاثیر عقاید معنوی و باورهای مذهبی بر سطح سلامتی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۳ طراحی و انجام شد. امید است یافته‌های حاصل از این مطالعه به عنوان پایه‌ای برای دیگر مطالعات و کارآزمایی‌های بالینی باشد و کادر درمان با در نظر گرفتن ابعاد مذهبی و باورهای معنوی در جامعه ایرانی که مذهب و معنویت از جایگاهی ویژه‌ای برخوردار است، مراقبت‌های موثرتری را به بیماران ارائه کنند.

روش مطالعه:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی همبستگی بود که به شکل مقطعی اجرا گردید. نمونه‌های مورد پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان بودند که جهت انجام شیمی‌درمانی به بخش خون و انکولوژی بیمارستان شهدای خلیج فارس و مطب متخصصین انکولوژی شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳) مراجعه می‌کردند. تعداد نمونه، ۲۰۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون

۹۹. و حدود اطمینان ۰/۹۵ تعیین گردید که در مدت چهار ماه وارد مطالعه شدند.

(حجم نمونه، با در نظر گرفتن $\alpha=0.05$ و $\beta=0.1$ و با فرض $r=0.23$ و با استفاده از فرمول

$$N = \left[\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{c} \right]^2 + 3 \quad (c = 0.5 \times \ln [1+r/1-r])$$

محاسبه گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل بیماران مسلمان با مذهب شیعه، حداقل ۱۸ سال سن، توانایی خواندن و نوشتن، آگاهی از نوع بیماری و تمایل به همکاری بود. معیار خروج از مطالعه نیز شامل بیمارانی بود که سابقه ای از اختلالات روانپزشکی شناخته شده داشتند.

به منظور اجرای مطالعه مجوزهای ضروری از مراجع ذیربط گرفته شد. پژوهشگر بعد از کسب موافقت کمیته اخلاق با مراجعه به مراکز درمانی مربوطه ابتدا در مورد اهداف پژوهشی و اهمیت آن، حفظ بی نامی و داوطلبانه بودن مشارکت و محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده اطلاعات کافی به شرکت کنندگان می داد، سپس پرسشنامه جهت تکمیل در اختیار بیماران واجد شرایط قرار داده می شد.

بخش اول پرسش نامه، مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی بیماران (سن، جنس، شغل، سطح در آمد، نوع سرطان، و...) و بخش دوم در بر گیرنده پرسشنامه های سلامت معنوی پالوتزین و الیسون، افسردگی بک و اضطراب مرگ تمپلر بود.

پرسشنامه سلامت معنوی دارای ۲۰ عبارت است که پاسخ های آن به صورت ۶ گزینه ای لیکرت (از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) طراحی شده است. در این مقیاس، سلامت معنوی شامل دو حیطة سلامت مذهبی و سلامت وجودی است. هر حیطة شامل ۱۰ عبارت است که دامنه نمره ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می دهد. عبارت های با شماره فرد سلامت مذهبی و

عبارت های با شماره زوج سلامت وجودی را ارزیابی می کنند. نمره کل سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه می باشد که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ می باشد. مجموع نمرات به دست آمده به صورت سلامت معنوی در حد پایین (۲۰-۴۰)، سلامت معنوی در حد متوسط (۴۱-۹۹)، سلامت معنوی در حد بالا (۱۰۰-۱۲۰) دسته بندی می شود. این پرسش نامه در پژوهش های مختلف از نظر روایی و پایایی مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهشی توسط بالجانی (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ $r=0.88$ به دست آمد (۲۲).

پرسشنامه افسردگی بک از شناخته شده ترین آزمون های سنجش افسردگی در ایران و جهان است که توسط بک در سال ۱۹۶۱ تدوین شده است. این ابزار حاوی ۲۱ پرسش خود سنجی است که هر یک شامل چهار جمله توصیف کننده سطوح شدت افسردگی می باشد. نمره کلی آزمون بین صفر تا ۶۳ است و افسردگی بر اساس نمره آزمون به درجات ناچیز (بدون افسردگی)، خفیف، متوسط و شدید تقسیم بندی می شود. این ابزار به دلیل خود گزارش بودن برای غربال گری افسردگی اساسی در بیماران طبی مناسب و از حساسیت و اعتبار بالایی برخوردار است (۲۳).

پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر دارای ۱۵ سوال با دو گزینه صحیح و غلط است که در مورد ۹ آیت (۱، ۴، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، (سوالات معکوس ۲، ۳، ۵، ۷، ۶) به انتخاب گزینه نادرست امتیاز یک تعلق می گیرد. امتیازات پرسشنامه در دامنه بین ۱ تا ۱۵ می باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب بیشتر است. میزان اضطراب مرگ در سه سطح خفیف (۶-۰)، متوسط (۹-۷) و شدید (۱۵-۱۰) طبقه بندی می شود. مقیاس سنجش اضطراب مرگ تمپلر یک پرسشنامه استاندارد است که بارها در پژوهش های مختلف در سطح جهان جهت سنجش اضطراب

یافته ها:

در این مطالعه ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان در گروه سنی ۸۰-۲۰ سال با میانگین و انحراف معیار $۱۶/۰۸ \pm ۴۶/۴۲$ شرکت کردند. از نظر جنسیت ۶۴/۵ درصد (نفر ۱۲۹) بیماران زن و میانگین و انحراف معیار مدت زمان ابتلا به بیماری $۱۷/۷۹ \pm ۱۶/۲$ ماه با دامنه ۳-۹۶ ماه بود. ۷۰/۵ درصد (نفر ۱۴۱) شهری و ۲۹/۵ درصد (نفر ۵۹) روستایی بودند. شایعترین محل ابتلا به سرطان، پستان بود. سایر اطلاعات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش در جدول (۱) ارائه گردیده است. در پاسخ به برخی سوالات، بیماران نظر قطعی خود را اعلام نمی کردند؛ به همین دلیل در برخی از جداول جمع پاسخ ها کمتر از ۲۰۰ شده است.

مرگ مورد استفاده قرار گرفته و در کشور ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتبار یابی شده است. رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) آن را بر روی ۱۳۸ دانشجوی در شهر اهواز بررسی کرده، ضریب پایایی آن را $۰/۶۰$ و ضریب همسانی درونی آن را $۰/۷۳$ گزارش کردند (۲۴).

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار آمار spss v.18 استفاده گردید. با به کار گیری روش های آمار توصیفی (توزیع درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی پیرسون) داده ها در سطح معنی داری $۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی بیماران سرطانی مشارکت کننده در مطالعه در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

متغیر	تعداد	فراوانی (درصد)
سطح تحصیلات	ابتدایی	۱۰۷
	دیپلم	۴۳
	دانشگاهی	۵۰
	کارمند	۴۰
وضعیت اشتغال	کارگر	۱۱
	آزاد	۲۸
	بیکار	۱۲۱
وضعیت درآمد	کمتر از ۶۰۰ هزار تومان	۶۶
	۶۰۰-۱۲۰۰۰۰۰	۱۰۸
	۱۲۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰	۱۶
	بیش از ۲۰۰۰۰۰۰	۹
نوع سرطان	پستان	۸۰
	خون و لنفوما	۵۲
	دستگاه گوارش	۳۴
	دستگاه تنفس	۲۲
	دستگاه ادراری تناسلی	۱۲

معنوی بیماران نیز $۷۳/۶۲ \pm ۹/۶۴$ بود. توزیع فراوانی و درصد نمرات سلامت معنوی به تفکیک سطوح در جدول (۲) ارائه شده است.

بر اساس یافته های پژوهش، میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران $۵/۳۶ \pm ۳۷/۵$ ، میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی $۵/۳۲ \pm ۳۶/۱$ و میانگین نمره کلی سلامت

جدول (۲): توزیع فراوانی و درصد نمرات سلامت معنوی به تفکیک سطوح در بیماران سرطانی مشارکت کننده در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

سلامت معنوی	فراوانی	درصد
پایین (۲۰-۴۰)	۶	۳/۰۱
متوسط (۴۱-۹۹)	۱۹۳	۹۶/۹۸
بالا (۱۰۰-۱۲۰)	۰	۰
جمع	۱۹۹	۱۰۰

میانگین نمره افسردگی واحدهای مورد پژوهش $9/96 \pm 14/88$ و درصد نمرات افسردگی و اضطراب مرگ بر حسب سطوح در جدول (۳) و (۴) ارایه شده است. و میانگین نمره اضطراب مرگ $3/67 \pm 8/07$ بود. توزیع فراوانی

جدول (۳): توزیع فراوانی و درصد نمرات افسردگی در بیماران سرطانی مشارکت کننده در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

افسردگی	فراوانی	درصد
بدون افسردگی	۷۹	۴۰/۷۰
خفیف	۵۶	۲۸/۹۰
متوسط	۴۳	۲۲/۲۰
شدید	۱۶	۸/۲۰
جمع	۱۹۴	۱۰۰/۰۰

جدول (۴): توزیع فراوانی و درصد نمرات اضطراب مرگ به تفکیک سطوح در بیماران سرطانی مشارکت کننده در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

اضطراب مرگ	فراوانی	درصد
خفیف	۷۰	۳۵/۰۰
متوسط	۴۸	۲۴/۰۰
شدید	۸۲	۴۱/۰۰
جمع کل	۲۰۰	۱۰۰/۰۰

وجود داشت ($p=0/024$ و $r=0/160$). بین نمره کلی سلامت معنوی با اضطراب مرگ ($p<0/001$ و $r=-0/229$) همچنین ابعاد مذهبی ($p<0/001$ و $r=-0/272$) و وجودی آن با اضطراب مرگ ($p<0/046$ و $r=-0/142$) ارتباط آماری معنی دار و معکوس وجود داشت (جدول ۵).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین نمره کلی سلامت معنوی ($p=0/227$ و $r=0/086$) و بعد مذهبی آن با افسردگی ($p=0/918$ و $r=-0/007$) ارتباط آماری معنی داری وجود ندارد. لیکن بین بعد وجودی سلامت معنوی با افسردگی شرکت کنندگان در مطالعه ارتباط آماری معنی داری

جدول (۵): رابطه نمرات سلامت معنوی و ابعاد مذهبی و وجودی آن با افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی مشارکت کننده در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

سلامت معنوی		بعد وجودی		بعد مذهبی		-
<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	
۰/۲۲۷	۰/۰۸۶	۰/۰۲۴	۰/۱۶۰	۰/۹۱۸	-۰/۰۰۷	افسردگی
۰/۰۰۰	-۰/۲۲۹	۰/۰۴۶	-۰/۱۴۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۷۲	اضطراب مرگ

آزمون های من ویتنی و کروسکال والیس ارتباط آماری معنی داری بین میانگین نمره سلامت معنوی بر حسب تفاوت در زیر گروه های متغیرهای جمعیت شناختی با نوع سرطان ($p = ۰/۰۱۱$) و وضعیت درآمد ($p = ۰/۰۴۸$) همچنین بین میانگین نمره افسردگی با وضعیت تاهل ($p = ۰/۰۰۴$)، شغل ($p = ۰/۰۳۵$)، سطح تحصیلات ($p < ۰/۰۰۱$) و میزان درآمد ($p = ۰/۰۴۷$) در نمونه های مورد پژوهش نشان داد. (جدول ۶).

جدول (۶): نمرات سلامت معنوی و افسردگی بر حسب تفاوت زیر گروه های متغیرهای جمعیت شناختی در بیماران سرطانی مشارکت کننده در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

Pvalue	میانگین (انحراف معیار)	متغیرهای جمعیت شناختی
۰/۰۱۱	اداراری تناسلی: ۷۷/۰۸ (۲/۲۷) تنفسی: ۷۲/۵۴ (۱۱/۰۹) دستگاه گوارش: ۷۶/۳۹ (۸/۷۳) خون و لنفوما: ۷۱/۹۴ (۶/۹۹) پستان: ۷۳/۳۷ (۱۱/۴۷)	نوع سرطان
۰/۰۴۸	کمتر از ۶۰۰۰۰۰ تومان: ۳۸/۹۸ (۳/۸۸) ۶۰۰۰۰۰-۱۲۰۰۰۰۰ ت: ۳۶/۷۴ (۶/۱۷) ۱۲۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰ ت: ۳۷/۰۰ (۴/۱۱) بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ ت: ۳۷/۱۱ (۴/۷۵)	وضعیت درآمد
۰/۰۰۴	مجرد: ۱۸/۵۵ (۱۱/۳۲) متاهل: ۱۳/۱۷ (۸/۷۹) بیوه: ۲۳/۵۰ (۱۲/۱۱) مطلقه: -	وضعیت تاهل
۰/۰۴۷	کمتر از ۶۰۰۰۰۰ تومان: ۱۷/۸۳ (۱۱/۳۱) ۶۰۰۰۰۰-۱۲۰۰۰۰۰ ت: ۱۳/۳۷ (۹/۰۰) ۱۲۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰ ت: ۱۳/۲۱ (۹/۵۰) بیش از ۲۰۰۰۰۰۰ ت: ۱۴/۲۲ (۵/۷۳)	درآمد خانواده
۰/۰۳۵	کارمند: ۱۱/۳۰ (۸/۳۷) کارگر: ۱۸/۱۸ (۱۲/۳۳) آزاد: ۱۷/۰۰ (۹/۱۶) خانه دار: ۱۵/۲۷ (۱۰/۱۸)	شغل
۰/۰۰۰	ابتدایی: ۱۷/۴۲ (۱۰/۴۲) دیپلم: ۱۳/۲۳ (۸/۵۶) دانشگاهی: ۱۰/۸۶ (۸/۵۰)	سطح تحصیلات

اضطراب مرگ تنها با سن بیماران ارتباط آماری معنی دار و معکوس داشت ($r = -0.163$ و $p = 0.021$). (جدول ۷).

جدول (۷): رابطه سلامت معنوی، افسردگی و اضطراب مرگ با سن و مدت زمان ابتلا در بیماران سرطانی مشارکت کننده در شهر بوشهر (سال ۱۳۹۳)

مدت زمان ابتلا		سن		متغیر
p	r	P	r	
0/171	0/098	0/064	0/131	سلامت معنوی
0/812	-0/170	0/919	0/007	افسردگی
0/110	-0/113	0/021	-0/163	اضطراب مرگ

بحث:

وجودی سلامت معنوی در بیماران همودیالیزی بالاتر از میانگین نمره بعد مذهبی بوده است (۲۸)؛ که این می تواند ناشی از فرهنگ غالب مذهبی در جامعه ایرانی باشد و اینکه انسان ها برای سازگاری با شرایط بحرانی بیشتر به مذهب روی می آورند. یافته های مطالعه حاضر نشان داد بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی و بعد مذهبی آن با افسردگی ارتباطی وجود ندارد. لیکن بین میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی با افسردگی یک ارتباط معنی دار مستقیم و مثبت وجود داشت. یافته های مطالعه صورت پذیرفته توسط Mc Clain و همکاران نیز حاکی از عدم ارتباط اعتقاد به زندگی پس از مرگ با افسردگی در بیماران سرطانی بود (۲۰). همچنین نتایج مطالعه Beery و همکاران نشان داد بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی تری داشتند، در مدت ۹ ماه پی گیری مداوم، پس از ترخیص آنها از بخش های بستری، پیش آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۲۹). نتایج برخی مطالعات نشان داد که مذهبی بودن و معنویت با پیامدهای منفی سلامت جسمی و روانی ارتباط دارد؛ همچون هر عاملی که بر سلامت اثر می گذارد، مذهبی بودن و معنویت ممکن است به طور معکوس بر فرد تاثیر بگذارد (۳۰). این در حالی است که نتایج مطالعه Mc Coubric و Davies (۲۵) و Martensson و همکاران (۳۱) نشان داد بین

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای مورد پژوهش در محدوده متوسط قرار داشت. نتایج مطالعه Mc Coubric و Davies (۲۵) و Nelson و همکاران (۱۶) و رضایی و همکاران (۲۶) از یافته های مطالعه حاضر حمایت می کند؛ به گونه ای که میانگین نمره کلی سلامت معنوی اکثریت بیماران مبتلا به سرطان در آن مطالعه نیز در محدوده متوسط گزارش شده بود. این در حالی است که نتایج مطالعه ای که توسط رضایی و همکاران (۲۷) و حجتی و همکاران (۲۸) انجام گرفته بود، نشان داد اکثریت مبتلایان به سرطان از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند. تفاوت موجود در نتایج مطالعات فوق می تواند ناشی از این باشد که در این مطالعات، نمونه های پژوهش نیز از نظر نوع درمان، مرحله درمان، نوع سرطان و زمان سپری شده از تشخیص و محیط مورد پژوهش یکسان نبوده اند و احتمالاً این عوامل نقش مهمی در نتایج متفاوت و بعضاً متناقض مطالعات فوق داشته اند. در مطالعه حاضر، میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران بالاتر از میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی بود. این یافته با نتایج برخی مطالعات انجام گرفته بر روی بیماران سرطانی همخوانی دارد (۲۷ و ۲۶)؛ در حالی که نتایج برخی مطالعات از جمله مطالعه حجتی نشان داد میانگین نمره بعد

نتایج پژوهش نشان داد، بین میانگین نمره افسردگی و اضطراب مرگ ارتباط معنی دار و مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعه انوری و همکاران (۱۷) و Almostadi Doaa (۳۷) همراستا بود.

یافته ها نشان داد، افراد مبتلا به سرطان دستگاه ادراری تناسلی و افراد با درآمد کمتر از ۶۰۰ هزار تومان، بیشترین نمره سلامت معنوی را داشتند. بین سلامت معنوی با متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تاهل، شغل، مدت زمان ابتلا، محل سکونت و سطح تحصیلات ارتباطی وجود نداشت. در مطالعه رضایی و همکاران (۲۶)، حتی (۲۸) نیز بین متغیرهای جمعیت شناختی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط معنی داری مشاهده نشده است، ولی در مطالعه رضایی بین سلامت معنوی و سن بیماران (۲۷) و در مطالعه Martensson (۳۱) نیز بین سلامت معنوی و سطح تحصیلات ارتباط مستقیم وجود داشته است که جدا از احتمالاتی همچون تاثیر عوامل فرهنگی و مذهبی، تعداد نمونه ها و نحوه نمونه گیری و بسیاری عوامل تاثیر گذار دیگر بر این موضوع، به نظر می رسد در این زمینه نیاز به طراحی مطالعات دقیق تر می باشد.

در این مطالعه افسردگی در افراد متاهل، کارمند، سطح تحصیلات بالاتر و میزان درآمد ۱۲۰۰۰۰۰-۶۰۰ هزار تومان کمتر بود. نتایج مطالعه Martensson نیز نشان داد بیماران شاغل با تحصیلات دانشگاهی، علایم استرس و افسردگی کمتری داشتند (۳۱). علت کم بودن افسردگی در افراد متاهل، کارمند و تحصیلات بالاتر شاید به دلیل تعاملات بیشتر اجتماعی و برخورداری از حمایت اجتماعی و خانوادگی بیشتر و رعایت یا آگاهی از اصول خود مراقبتی در این بیماران باشد. نتایج مطالعه Shinn و همکاران (۸) نشان داد در بیماران با وضعیت رفاهی

سلامت معنوی با افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی ارتباط معنا دار و معکوس وجود دارد. ضریب همبستگی پیرسون گویای وجود ارتباط آماری معنی دار و معکوس بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی و ابعاد مذهبی و وجودی آن با اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان بود. این یافته با نتایج مطالعه Otoom و همکاران (۳۲) و انوری و همکاران (۱۷) همخوانی داشت. این بخش از نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های Deborah که هدفش شناسایی عوامل مؤثر بر احتمال مرگ خوب در میان کسانی بود که همسرشان را از دست داده بودند، حمایت شد. Deborah ثابت کرد مذهب، افراد داغدیده را از سطوح بالای عصبانیت محافظت می کند و ارزیابی افراد درباره فرایند مرگ را تحت تأثیر قرار می دهد. افراد همسر از دست داده که میزان بالایی از مشارکت‌های مذهبی را داشتند، سطح عصبانیت کمتری گزارش دادند؛ و نیز افراد مذهبی کمتر گزارش دادند که همسرشان در روزهای واپسین درد می کشیدند؛ همچنین آنها مرگ را خیلی شاق و سنگین نمی دانستند (۳۳). این در حالی است که، Spilman مذهبی بودن را با افزایش اضطراب مربوط می داند (۳۴). نتایج مطالعه Mc Clain و همکاران نیز نشان داد اعتقاد به زندگی پس از مرگ ارتباط معنی داری با سطح اضطراب مرگ ندارد (۲۰). با این که اشتغال ذهنی با مرگ در همه ادیان و افراد مذهبی روشی برای تدارک زندگی معنا دار تلقی می شود، ولی پژوهش‌ها نشان داده که اشتغال ذهنی با مرگ می تواند در برخی افراد مذهبی تولید اضطراب و افسردگی کند (۳۵). در تبیین این یافته‌ها می توان به تفاوت های فردی و فرهنگی زیادی که در جنبه های گوناگون مرگ وجود دارد و موجب اضطراب می شود اشاره کرد (۳۶).

بیشتر میزان افسردگی کمتر بود که با نتایج مطالعه حاضر تناقض داشت. لازم به ذکر است در این مطالعه فراوانی افراد با وضعیت درآمد بالا با توجه به ارقام ذکر شده بسیار ناچیز بود که احتمالاً بر نتایج مطالعه تاثیر گذار بوده است. بین متغیرهای جنسیت، سن، نوع سرطان، مدت زمان ابتلا و محل سکونت با افسردگی ارتباطی وجود نداشت. نتایج پژوهش رجبی زاده و همکاران در کرمان نیز نشان داد تحصیلات کم و بی سواد، مجرد یا تنها بودن از عوامل خطر افسردگی بودند؛ همچنین بین میزان افسردگی با متغیرهای جنسیت، سن، تعداد جلسات شیمی درمانی و محل سکونت ارتباطی وجود نداشت که با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد (۳۸). در مطالعه ملکیان نیز، بین متغیرهای سن و جنس با افسردگی ارتباطی مشاهده نگردید (۳۹).

یافته ها نشان داد با افزایش سن میزان اضطراب مرگ بیماران کمتر می شد. این یافته با نتایج پژوهش سهیل و اکرم (۴۰) و MaxField (۴۱) همخوانی داشت. پژوهش ها نشان داده اند که جوانان در مقایسه با بزرگسالان با توجه به پیش بینی های مبهمی که در خصوص مرگ دارند، واکنش های شدیدتری در مقایسه با بزرگسالان نشان می دهند. Deborah معتقد است مذهب با ارائه معنا برای افراد مسن، آنها را برای فقدان و جدایی و همچنین احتمال مرگ خودشان آماده تر می کند (۳۳). این در حالی است که نتایج برخی مطالعات نشان می دهد افراد پیرتر نسبت به افراد جوان تر اضطراب مرگ بالاتری دارند (۳۲). در برخی مطالعات نیز بین اضطراب مرگ با سن ارتباطی وجود نداشت (۴۲). اضطراب مرگ با متغیرهای جنسیت، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، میزان درآمد، نوع سرطان، مدت زمان ابتلا و محل سکونت ارتباطی نداشت. نتایج مطالعه آقاجانی نیز نشان داد اضطراب مرگ با جنسیت ارتباط ندارد (۴۲). در حالی که نتایج برخی مطالعات نشان می دهد اضطراب مرگ با

سطح تحصیلات (۳۲) و طول مدت ابتلا (۴۳ و ۳۲) ارتباط دارد. به نظر می رسد تجربه و گزارش اضطراب مرگ تحت تاثیر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه های فرهنگی و باورهای مذهبی در مبتلایان به بیماری های مزمنی چون سرطان در جوامع مختلف، متفاوت است.

نتیجه گیری نهایی:

با توجه به یافته های پژوهش و فرهنگ غالب مذهبی مردم ایران، به نظر می رسد با تدوین یک برنامه جامع مراقبتی که در بر گیرنده سلامت معنوی نیز باشد مداخلات پرستاری در مورد افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی از اثر بخشی بالاتری برخوردار خواهد شد. پیشنهاد می شود مطالعه ای با هدف تاثیر مداخلات سلامت معنوی بر میزان افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی انجام شود. همچنین پیشنهاد می شود در آموزش نظری و بالینی دانشجویان پرستاری در مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد، دانشجویان با مقوله سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت در بیماران آشنایی بیشتری پیدا کنند. همچنین نظر به اینکه این مطالعه مقطعی بوده و پژوهشگر کنترلی بر روی وقایع اخیر زندگی بیماران نداشته است؛ لذا پیشنهاد می شود مطالعات بعدی به صورت طولی و با حجم نمونه بالاتر انجام شود. هر چند که شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بوده و در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان خاطر به بیماران داده شد، اما ممکن است شرکت کنندگان در جواب دادن به پرسشنامه سنجش سلامت معنوی و عقاید مذهبی جواب های غیر واقعی داده باشند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است.

تشکر و قدر دانی:

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره ۹۷۶۲ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی بوشهر اجرا شده است. بدین وسیله از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه و ریاست محترم دانشکده پرستاری مامایی بوشهر همچنین کادر درمان و کلیه بیمارانی که جهت اجرای این پژوهش همکاری لازم را با پژوهشگران داشتند، کمال تشکر و سپاس را دارد.

References:

1. Bamshad Z, Safikhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz Univ Med Sci 2006; 56. [in persian]
2. Principles of internal medicine sisei.Olomeyazde Z. hematology and oncology. Andesh Rafe 2010.
3. World Health Organization. The cancer burden in low and middle-income countries and how it is measured. Washington, DC: The Nati Academics press. 2007; 69-70.
4. President's cancer panel 2003–2004 annual report. Living beyond cancer: Finding a new balance. Bethesda, MD: U.S. Department of Health & Human Services, J Nati Cancer Inst. 2009.
5. Hewitt M, Ganz PA, Eds. From cancer patient to cancer survivors. Lost in translation: An American society of clinical oncology and institute of medicine symposium. Washington, DC: The Nati Academies Press. 2006.
6. White CA, Macleod U. Cancer. In: Mayou R, Sharpe M, Carson A, editors. *ABC of psychological medicine*. London: BMJ Books. 2003; 25-8.
7. Vilhauer R. A qualitative study of the experiences of women with metastatic breast cancer. Palliate and Support Care. 2008; 6: 249-58.
8. Shinn E, Taylor C, Kilgore K, Valentine A, Bodurka, D, Kavanagh J, et al. Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. Pallit Support Care. 2009; 7(3): 299-306.
9. PokedaMonqe F, RovoGarrido A, Aldemunde Perez C, et al. Anxiety about death in primary care: relationship with frequency of consultation and psycho morbidity of patients. Aten prim aria. 2000; 26 (7): 44 – 52.
10. Burkhardt MA, Nagai- Jacobson MG. Spirituality: living our connectedness. New York: Delmar Thomson Learning; 2002.
11. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamental of nursing: human health and function. 4th Edition: Philadelphia; Lippincott & Williams & Wilkins Company; 2003.
12. Dehshir, Gh. S, F., Parsley, Isa., Najafi, Mahmud. Characterization: Psychometric measure of spiritual well-being among students, Psychological Studies. 2008; 16:129-145. [in persian]
13. Rossln W. The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. Inst J Nurs Studies.1995; 32: 457-468.

14. Tatsumura Y, Maskarinec G, Shumay DM, Kakai H. Religious and spiritual resources .Alten ther Health and Med. 2003; 9: 64-71.
15. ACPE research network. Monthly Article available at <http://www.acperesearch.net/mar04.html> Accessed 2008.
16. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics. 2002; 43(3): 213-20.
17. Anvari M, Javadpour A, Mohammad Zadeh S. Assessing Death Anxiety and its Correlates among Severe Medically Ill in- Patients. Shiraz E-Med J. 2012; 13 (3). [in persian]
18. Winset RP, Hathaway DK. Predictors of QOL in renal transplant recipients: bridging the gap between research and clinical practice. ANNA J. 1999; 26(2): 233-39.
19. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. Oxford Univ Press: NewYork; 2001.
20. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. Gen HospPsychiat. 2004; 26(6): 484-6.
21. Ingle C. Thuné-Boyle, Jan A. Stygall, Mohammed R. Keshtgar, Stanton P. Newman. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment inpatients with cancer? A systematic review of the literature Social Science & Medicine. 2006; 63(1): 151-164.
22. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. J Hayat, School Nurs Mid. 2011; 17(3): 27-37. [in persian]
23. Beck AT, Stear RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty five years of evaluation. Clinical Psychol Rev1988; 8(1):77-100.
24. Rajabi G, Bohrani M. Factor analysis of death anxiety scale. J Psychol. 2001; 20: 331-45. [in persian]
25. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? Support Care Cancer. 2006; 14(4): 379.
26. Musarezaie M, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The Relationship between Spiritual Wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan. J Res Sys Health. 2012; 8(1): 104-113. [in Persian]
27. Rezaei M, Adib M, Seyedfatemi N, Hoseini F. Prayer in Iran cancer patients undergoing Chemotherapy. J Complement Ther Clin Prac. 2008; 14(2): 90-7. [in persian]
28. Hojjati H, Motlagh M, Nuri F, Sharifnia S.H, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health of patients treated with hemodialysis. J Critical Care Nurs. 2010; 2(4): 149-52. [in persian]
29. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. J Holist Nurse. 2002; 20(1): 5-25.
30. Watson, M. Psychosocial issues in cancer. Psychol Med. 2001; 81(15): 566-70.
31. Martensson G, Carlsson M, Lampic C. Do nurses and cancer patients agree on cancer patients 'coping resources, emotional distress and quality of life? Euro J Cancer Care. 2008; 17: 350-60.

32. Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure* 2006; 16(2): 142-6.
33. Deborah C. A "good death" for whom? Quality of Spouses death and psychological distress among older widowed persons. *J Health Social Behavior*. 2003; 44 : 215 -23.
34. Poor syedaghahi Z. Studing the Effectiveness of religious concepts such as trust to God and satisfaction in groups on the reduction of anxiety of female students in the first year of high school in the 9th region of Tehran. *J Islamic Education*. 2010; 10. [in persian]
35. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh*. 2006; 5(4): 295-303. [in persian]
36. Ellis, A. Religiosity and rational emotive Psychotherapy. *Theory, Res and Prac*. 1981; 18:155-9.
37. AlmostadiDoaa A. The Relationship between Death Depression and Death Anxiety among Cancer Patients in Saudi Arabia. 2012.
38. Rajabizadeh GH, Mansoori S.M, Shakibi M.R, Ramazani M.R. Determination of Factors Related to Depression in Cancer Patients of the Oncology Ward in Kerman. *J of Kerman Univ Med Sci*. 2005; 12(2): 142-147. [in persian]
39. Malekian A, Alizadeh A, Ahmadzadeh GH. Anxiety and Depression in Cancer Patients. *J Res Behav Sci*. 2007; 5(2): 115-118. [in persian]
40. Suhail, K, Akram, S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*. 2002; 26(1): 39-50.
41. Maxfield M, Pyszczynski T, Kluck B, Cox CR, Greenberg J, Solomon S. Age-related differences in responses to thoughts of one's own death: mrtality salience and judgments of moral transgressions. *Psychol Aging*. 2007; 22: 341-53.
42. Aghajani M, Valiee S, Tol A. Death anxiety Amongst Nurses in Critical Care and General Wards. *Iran J Nurs*. 2010; 23(67):59-63. [in persian]
43. Hui VK-Y, Fung HH. Mortality anxiety as a function of intrinsic religiosity and perceived purpose in life. *Death Stud*. 2008; 33(1):30-50.

Original Article**The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015****L. Khezri¹, M. Bahreyni^{*2}, M. Ravanipour³, K. Mirzaee⁴**¹ Master nursing Student, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran^{*2} Assistant Professor, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran³ Associate Professor of Nursing Department, The Persian Gulf tropical medicine research center, Bushehr, Iran⁴ Associate Professor of Social Medicine Department, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran**(Received: 15 Apr, 2015– Accepted: 30 May, 2015)****Abstract**

Introduction: Depression and death anxiety are common problems in patients with cancer that can affect mental health of these patients. On the other hand, spiritual wellbeing recently has been considered by researchers as a factor that has influence on other aspects of health.

Objective: The aim of this study was to investigate the relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients (2015).

Method: In this cross-sectional study, a total of 200 cancer patients who referred to medical centers of Bushehr, were selected by convenience sampling. Data were collected using valid and reliable questionnaires, Paloutzian Ellison spiritual Wellbeing, Beck depression and Templer death anxiety. Data were analyzed using SPSS_{v.18}, descriptive statistical methods (frequency, mean, standard deviation) and analytic methods (Pearson correlation coefficient and Manwhitney).

Results: The results showed no significant relationship between total score of spiritual wellbeing or its religious dimension and depression, while there was a significant relationship between mean score of existential dimension of spiritual wellbeing with depression ($r=0.160$, $p=0.024$). Results showed that there was a significant negative relationship between spiritual wellbeing and the death anxiety ($r=-0.229$, $p<0.001$), religious dimension of spiritual wellbeing and death anxiety ($r=-0.272$, $p<0.001$) and the mean score existential dimension of spiritual wellbeing and death anxiety ($r=-0.142$, $p=0.046$).

Conclusion: Findings indicated that by increasing spiritual wellbeing, death anxiety reduced in patient with cancer. It seems that a comprehensive care program encompasses spiritual wellbeing, is more effective in reducing psychological problems in these patients.

Keywords: spiritual wellbeing, depression, death anxiety, cancer