

Research Paper

The Relationship Between Spiritual Health With Existential Anxiety and Morbid Anxiety in Female Patients With Breast Cancer



Fatemeh Sadat Hosseini Poor Abardeh¹ , *Mandana Niknam² 

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology and Humanities, Faculty of Human Sciences, Khatam University, Tehran, Iran.



Citation: Hosseini Poor Abardeh FS, Niknam M. [The Relationship Between Spiritual Health With Existential Anxiety and Morbid Anxiety in Female Patients With Breast Cancer (Persian)]. Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS). 2021; 24(3):360-371. <https://doi.org/10.32598/JAMS.24.3.5952.2>

 <https://doi.org/10.32598/JAMS.24.3.5952.2>



Article Info:

Received: 30 Dec 2019

Accepted: 12 Jun 2021

Available Online: 01 Aug 2021

Key words:

Spiritual health,
Existential anxiety,
Morbid anxiety,
Breast cancer

ABSTRACT

Background and Aim Anxiety is one of the common disorders affecting the treatment process in patients with breast cancer. Regarding the importance of spiritual health on anxiety in cancer patients, the purpose of this study was to investigate the relationship between spiritual health with existential anxiety and morbid anxiety in the female with breast cancer.

Methods & Materials The research method was descriptive-correlational. The statistical population included all female patients with breast cancer referred to Imam Reza Oncology and Radiotherapy Center in Mashhad in 2017. A total of 195 patients with breast cancer were selected through random sampling. Data collection tools included Beck Anxiety Inventory (1990), Lawrence & Good Existential Anxiety Inventory (1974), and Paulotzin & Ellison Spiritual Health Inventory (1982). Data were analyzed using Pearson correlation and multivariate regression.

Ethical Considerations This study was registered by the Ethics Committee of Islamic Azad University E-Campu (Code: 950261902191).

Results The results showed a significant positive relationship between spiritual and existential dimensions of spiritual health with existential anxiety ($P > 0.01$). But the relationship between two dimensions of spiritual health and patients' anxiety was not significant ($P > 0.01$).

Conclusion Considering the importance of spiritual health in existential anxiety and morbid anxiety, strengthening spiritual health can influence cancer patients' anxiety.

Extended Abstract

1. Introduction

Anxiety is one of cancer's most common psychological complications that causes a severe crisis [4]. Anxiety is the inevitable result of encountering ideas of existence such as death, freedom, choice, isolation, and meaninglessness [5]. Another psychological conse-

quence of cancer patients is morbid anxiety. The morbid anxiety goes out of its normal range and becomes so severe that it interferes with the ability to function in daily life [10].

One of the components with an essential role in dealing with problems and stress caused by cancer is spiritual health [12]. Spiritual health is considered as one of the crucial dimensions of health in human beings, which provides a harmonious and integrated connection between the internal forces and some characteristics of stability in life, such

* Corresponding Author:

Mandana Niknam

Address: Department of Psychology and Humanities, Faculty of Human Sciences, Khatam University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 89170000

E-mail: m.niknam@khatam.ac.ir

Table 1. Descriptive statistics \pm SD of the variables

Variables	No.	Mean \pm SD	Min.	Max.
Spiritual health	195	37.96 \pm 4.054	25	50
Existential health	195	36.14 \pm 4.965	22	56
Total score of spiritual health	195	74.11 \pm 7.523	53	101
Existential anxiety	195	52.67 \pm 5.086	40	64
Morbid anxiety	195	32.23 \pm 9.540	21	67

as peace, a sense of close connection with oneself, God, society, and the environment [13]. Considering the importance of spirituality in reducing the psychological problems of cancer patients, this study aimed to investigate the relationship between spiritual health, existential anxiety, and morbid anxiety in patients with breast cancer.

2. Materials and Methods

The research method was descriptive-correlation. The statistical population included all patients with breast cancer referred to Imam Reza Oncology and Radiotherapy Center of Mashhad in 2018. According to the statistical population of 400 people, using the Morgan table, the estimated sample size was 195 people selected by purposive sampling from patients referred to Imam Reza Oncology Radiotherapy Center. Data collection tools included Beck Anxiety Inventory, Lawrence & Good Existential Anxiety Inventory, and Paulotzin & Ellison Spiritual Health Inventory. The Beck Anxiety Inventory consists of 21 questions that describe common symptoms of anxiety. The Existence Anxiety Questionnaire has 32 questions based on the existential components of despair and feelings of emptiness. The Spiritual Health Questionnaire consists of 20 questions and has two components: spiritual health and existential health. The eligible patients were provided with the questionnaires for completion. After completion, the questionnaires were collected, and the data were analyzed using Pearson correlation and multivariate regression.

3. Results

Of the total statistical samples, 95.38% were married, 4.61% were single; 19.8% were 30-40 years old, and 32.82% were 40-50 years old, 31.79% were 50-60 years old, and 15.89% were over 60 years old. Also, 9.23% were undergraduate, 62.05% were diploma and postgraduate, 4% were bachelor, and 4.10% were master and doctorate.

Table 1 shows the dimension of spiritual health, the score of 37.96, and the dimension of existential health, 36.14, was obtained. In total, the average total score of spiritual health is 74.11, which indicates the average level of the spiritual health of patients with breast cancer. Also, among the dimensions of spiritual health, the average scores of both dimensions are at a relative level. With a slight difference, the average spiritual health is higher than existential health. Comparing the mean scores of existential anxiety in breast cancer patients shows that the level of existential anxiety in breast cancer patients is high. Also, the mean scores related to the morbid anxiety of patients with breast cancer show that the morbid anxiety of these patients is moderate.

Table 2 shows a significant correlation between existential anxiety and spiritual health and existential health, while there is no significant relationship between morbid anxiety and spiritual and existential health. According to t-values and significance level (**Table 3**), it can be concluded that both spiritual health (Sig.=0.024) and existential health (sig.=0.002) negatively predict existential anxiety.

Table 2. Correlation between existential anxiety and morbid anxiety with existential health and spiritual health

Variables	Spiritual Health	Existential Health
Existential anxiety	-0.175*	-0.080*
Morbid anxiety	0.110	0.090

*Significance at the level of 0.05.

Table 3. Regression of existential anxiety based on spiritual health and existential health

Variables	Non-std. Coefficients		Std. Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Errors	β		
Constant	53.379	3.646		14.640	0.00
Spiritual health	-0.217	0.095	-0.173	-2.277	0.024
Existential health	-0.248	0.078	-0.242	-3.181	0.002

4. Discussion and Conclusion

This study aimed to investigate the relationship between spiritual health and existential anxiety and morbid anxiety. The results showed that from the dimensions of spiritual health, both spiritual health and existential health have a significant relationship with the existential anxiety of patients with breast cancer. In explaining this finding, it can be said that spirituality affects the way people deal with difficulties and meaning creation and creates a sense of purpose and self-efficacy for people by creating a positive mental atmosphere that causes feelings such as happiness. Moreover, it is hopeful and, as a result, can reduce the anxiety of existence in cancer patients.

In this study, no significant relationship was observed between morbid anxiety and dimensions of spiritual health. Explaining the possible non-confirmation of the finding, it can be stated that severe physical complications due to cancer and high severity of patients' anxiety may have played a role in this regard. Also, being religious and spiritual can oppositely affect the person. For example, some religious beliefs may negatively affect a person's health by encouraging them to avoid or discontinue formal treatment, not seeking timely medical care, avoiding effective preventive health measures, and religious misconduct. This result can also be attributed to the influence of intervention factors such as age, level of education, or economic status of breast cancer patients. Research has shown that older people are more anxious than younger people [37]. The results indicate the importance of addressing spirituality among patients with breast cancer and the need to make the necessary plans to improve their level of spirituality.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This article has been registered with the code 950261902191 in the research committee of the Azad University, Electronic Branch. All ethical principles are considered in this article.

The participants were informed about the purpose of the research and its implementation stages. They were also assured about the confidentiality of their information and were free to leave the study whenever they wished, and if desired, the research results would be available to them.

Funding

The study was extracted from the MA thesis of the second author at the Department of Psychology and Humanities, Faculty of Human Sciences, Khatam University, Tehran.

Authors' contributions

Conceptualization, writing - review, editing, and writing - original draft: Mandana Niknam; Methodology, sampling, data collection, and data analysis: Fatemeh Sadat Hosseini Poorabardeh.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interests.

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان

فاطمه سادات حسینی پور ابرده^۱، *ماندانا نیکنام^۲

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد الکترونیک، تهران، ایران.
۲. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب از جمله اختلالات شایع و تأثیرگذار بر فرایند درمان در مبتلایان به سرطان سینه است. با توجه به اهمیت نقش سلامت معنوی بر اضطراب در مبتلایان به سرطان، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری شامل همه بیماران زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مرکز آنکولوژی و رادیوتراپی امام رضا شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی ۱۹۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه اضطراب بک (۱۹۹۰)، پرسش‌نامه اضطراب هستی لارنس و گود (۱۹۷۴) و پرسش‌نامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) بود. داده‌ها با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه با کد ۹۵۰۲۶۱۹۰۲۱۹۱ در کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه آزاد واحد الکترونیک به ثبت رسیده است.
یافته‌ها: نتایج نشان دادند که بین هر دو بعد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با اضطراب هستی رابطه مثبت معناداری وجود داشت ($P < 0/01$)؛ ولی این رابطه بین دو بعد سلامت معنوی و اضطراب مرضی بیماران معنی‌دار نبود ($P > 0/01$).
نتیجه‌گیری: با توجه به نقش سلامت معنوی در اضطراب هستی و اضطراب مرضی، تقویت سلامت معنوی می‌تواند بر بهبود اضطراب بیماران سرطانی نقش مؤثری داشته باشد.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۰۹ دی ۱۳۹۸

تاریخ پذیرش: ۲۲ خرداد ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ مرداد ۱۴۰۰

کلیدواژه‌ها:

سلامت معنوی،
اضطراب هستی،
اضطراب مرضی، سرطان
سینه

مقدمه

یکی از عوارض شایع روانی سرطان که باعث ایجاد یک بحران شدید در فرد می‌شود، اضطراب و به ویژه اضطراب هستی است. این نوع اضطراب می‌تواند یکی از تشخیص‌های مهم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان باشد [۴]. اضطراب هستی خاستگاه بسیاری از بیماری‌های روانی است. تیلیش درباره این نوع اضطراب می‌گوید: اضطراب آگاهی وجودی از نیستی است. اضطراب هستی، نتیجه اجتناب‌ناپذیر روبه‌رو شدن با تصورات وجود یعنی مرگ، آزادی، انتخاب، انزوا و بی‌معنایی است و زمانی ایجاد می‌شود که واقعیت‌های فناپذیر بودن خودمان، رویارویی با رنج و عذاب، نیازمان به تقلا کردن برای بقا و خطاپذیری خویش را بپذیریم [۵]. هنگامی که یک بحران شدید، ساختار معنی در زندگی فرد را بر هم بریزد و در نتیجه آن، فرد بار اضطراب تحمل‌ناپذیری را به

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق است. در این میان سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته است [۱]. در طول چهار دهه اخیر، افزایش میزان بروز سرطان پستان، آن را در زمره بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و بر زنان ایرانی یک دهه زودتر از هم‌تایان‌شان در کشورهای پیشرفته تأثیر می‌گذارد [۲]. بسته به میزان پیشرفتگی سرطان، درجاتی از اختلال در عملکرد طبیعی مبتلایان ایجاد می‌شود. مبتلایان به سرطان، معمولاً فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند و از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند [۳].

* نویسنده مسئول:

ماندانا نیکنام

نشانی: تهران، دانشگاه خاتم، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی.

تلفن: ۰۰۰ ۸۹۱۷۰۰۰ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: m.niknam@khatam.ac.ir



دوش بکشد و نتواند به گونه مؤثر با واقعیات اجتناب‌ناپذیر هستی کنار بیاید، دچار پدیده آزدگی وجودی شده است [۶].

در دیدگاه وجودی انسان‌ها با اضطراب اساسی به دنیا می‌آیند. اضطراب‌هایی که حاصل از رویارویی انسان با بدیهیات هستی است. انسان در یک موقعیت اگزیزتانس قرار دارد، موقعیتی که در آن همواره با محدودیت‌هایی دست و پنجه نرم می‌کند، محدودیت‌هایی همچون محدودیت زمان، محدودیت معنا و مسئولیت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران سرطانی اضطراب هستی زیادی را تجربه می‌کنند، به طوری که میزان شیوع این نوع اضطراب در گروه مبتلا به سرطان (۱۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه سالم (۱۳/۹ درصد) بیشتر بوده است. در نتیجه، تلاش برای تدابیر درمانی باید در راستای بازسازی و درمان اضطراب باشد [۸، ۷]. در برخی از مطالعات بیان شده است که حتی در انواعی از سرطان‌ها که درمان مؤثری برای آن‌ها وجود دارد بیماران به واسطه آگاهی‌های غلط، تشخیص سرطان را معادل مرگ می‌دانند و مرگ یکی از مفاهیم مهم وجود است [۹].

یکی دیگر از عوارض شایع روانی بیماران سرطانی اضطراب مرضی است؛ وقتی اضطراب، از حد طبیعی خود خارج شود و چنان شدید شود که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، آن را اضطراب مرضی می‌نامیم. مشخصه اضطراب مرضی، واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است؛ به گونه‌ای که افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی در اثر احساس‌های مزمن و شدید اضطراب درمانده می‌شوند [۱۰]. استرس، اضطراب و افسردگی عوامل مهم در کاهش میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان و همچنین مؤلفه‌هایی تأثیرگذار در قبول نکردن درمان از سوی این بیماران است [۱۱]. یکی از مؤلفه‌هایی که می‌تواند در چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری سرطان نقش مهمی داشته باشد، سلامت معنوی است. سلامت معنوی از دو مؤلفه تشکیل شده است؛ سلامت مذهبی که نشانه ارتباط با یک قدرت برتر یعنی خداست و سلامت وجودی که یک عنصر روانی اجتماعی است و نشانه احساس فرد است از اینکه کیست، چه کاری انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. بعد سلامت مذهبی ما را در رسیدن به خدا هدایت می‌کند، در حالی که بعد سلامت وجودی ما را فراتر از خود و به سوی دیگران و محیط سوق می‌دهد [۱۲]. سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت در انسان محسوب می‌شود که ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود [۱۳]. یافته‌های چندین مطالعه بیانگر وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین سطوح بالای سلامت معنوی و متغیرهای سلامت روان است. تقی‌آبادی و همکاران [۱۴] در پژوهشی به بررسی ارتباط بین اضطراب مرگ با تجربیات مذهبی و رضایت از زندگی در افراد مسن‌تر پرداختند. یافته‌ها نشان‌دهنده ارتباط مثبت و معنی‌داری بین تجربیات مذهبی و رضایت از

زندگی، ارتباط منفی و معنی‌دار بین تجربیات مذهبی و اضطراب مرگ و ارتباط منفی و معنی‌دار بین رضایت از زندگی و اضطراب مرگ بود. نتایج پژوهش تقی‌پور و همکاران [۱۵] نشان داد که سلامت معنوی با اضطراب مرگ در بیماران همودیالیزی در ارتباط بود. هالیچی کورتولان و کارایرماک [۱۶] دریافتند که اضطراب هستی و تمایلات معنوی به طور منفی با هم همبستگی داشتند و اضطراب مرگ، تمایلات معنوی و تمایلات مذهبی پیشگوی اضطراب هستی هستند. یافته‌های خضری و همکاران [۱۷] نشان داد که بین میانگین نمره کلی سلامت معنوی و اضطراب مرگ، همچنین، ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با اضطراب مرگ ارتباط معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. همچنین یافته‌های آنان نشان داد که با افزایش سلامت معنوی، اضطراب مرگ در بیماران سرطانی کاهش می‌یابد. میراندا و همکاران [۱۸] نشان داد که مقابله معنوی تأثیر زیادی بر کاهش اضطراب در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان دارد. بورآنی و همکاران [۱۹] نشان دادند که استراتژی‌های مقابله‌ای معنوی می‌تواند بر شدت اضطراب بیماران سرطانی تأثیر داشته باشد. همچنین نظری، خشنود و شاه‌بابکی [۲۰] دریافتند که بین سلامت معنوی و میزان اضطراب رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد.

نتایج برخی مطالعات بیان‌کننده آن است که بدون سلامت معنوی دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی نمی‌تواند عملکرد درست داشته باشد و یا به حداکثر ظرفیت خود برسد و بالاترین سطح کیفیت زندگی به دست نخواهد آمد. بنابراین، منابع معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان منابع سازگاری مهمی هستند که در طول فرآیند بیماری استفاده می‌شوند. این منابع باعث سازگاری با اثرات گوناگون تشخیص و درمان به‌ویژه شیمی‌درمانی می‌شوند [۱۷]. بنابراین با توجه به اهمیت نقش معنویت در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود و دو فرضیه به شرح زیر آزمایش شد:

۱. بین سلامت معنوی با اضطراب هستی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد.

۲. بین سلامت معنوی با اضطراب مرضی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد.

مواد و روش‌ها

روش اجرای این پژوهش توصیفی و طرح آن از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش را همه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان (چهارصد نفر) تشکیل می‌دهند که برای انجام شیمی‌درمانی در سال ۱۳۹۷ به مرکز تخصصی رادیوتراپی انکولوژی امام رضا مشهد (ع) مراجعه کرده‌اند. با توجه به حجم جامعه آماری که چهارصد نفر بود، با استفاده از جدول مورگان

می‌کند. شایان توجه است که نمره کل در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. نمره بین صفر تا هفت نشان‌دهنده این است که فرد هیچ‌گونه اضطرابی ندارد. اگر این نمره بین ۸ تا ۱۵ باشد، اضطراب خفیف است، اگر بین ۱۶ تا ۲۵ باشد، متوسط و اگر بین ۲۶ تا ۶۳ قرار داشته باشد، اضطراب شدید خواهد بود. نتایج آزمون کویانی و موسوی [۲۱] نشان داد که آزمون مورد نظر دارای روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ است. در تحقیق کوئینتائو و همکاران [۲۲] پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. در تحقیق حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۵۰ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است.

پرسش‌نامه اضطراب هستی‌گود: این مقیاس را لورنس و گود در سال ۱۹۷۴ در ۳۲ ماده ساختند، گنجی [۲۳] آن را به فارسی ترجمه کرده و با هدف ارزیابی وجودی در افراد و بر اساس مؤلفه‌های ناامیدی، خودبیبیگانی و احساس پوچی معنایی تنظیم شده است. این ابزار دارای ۳۲ ماده است که به صورت صحیح و غلط علامت‌گذاری و از صفر تا ۳۲ نمره‌گذاری می‌شود. نقطه برش آن ۱۶ است. این آزمون در پژوهش نورعلیزاده، میانجی و جان بزرگی [۲۴] به روش آلفای کرونباخ اعتباریابی شد که ضریب آلفای خوبی برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. پایایی این پرسش‌نامه به روش دوتیمه‌سازی نیز محاسبه شد که ۰/۸۶ به دست آمد. حالت [۲۵] برای مطالعه روایی مقیاس اضطراب هستی‌گود اقدام به پژوهشی با نمونه آماری ۴۴۷ نفر کرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که این پرسش‌نامه با آزمون‌های هدفمندی در زندگی و پیگردی اهداف معرفتی و افسردگی، روایی هم‌گرا و واگرایی مطلوبی دارد. همبستگی کل ۰/۶۶ بود که نشان از قدرت روایی بالای این آزمون دارد. پایایی پرسش‌نامه در این تحقیق با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۱۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسش‌نامه است.

پرسش‌نامه سلامت معنوی پلاتزین و الیسون: این پرسش‌نامه را پلاتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲ برای سنجش سلامت معنوی ساختند که شامل بیست سؤال است. ده سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کنند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هرکدام به تفکیک ۱۰ تا ۶۰ است. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود نداشته و قضاوت بر اساس نمره به‌دست‌آمده صورت می‌گیرد؛ بنابراین، هرچه نمره به‌دست‌آمده بیشتر باشد، سلامت مذهبی و وجودی نیز در وضعیت بهتری است. علاوه بر این، نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ سؤالات به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح کم (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و زیاد (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم می‌شود. در پژوهش سیدفاطمی و همکاران [۲۶]، روایی پرسش‌نامه سلامت

حجم نمونه ۱۹۵ نفر برآورد شد و ۱۹۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بین بیماران مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی رادیوتراپی انکولوژی امام رضا انتخاب شدند. برای انتخاب اعضای نمونه ابتدا با همکاری مسئولین مرکز تخصصی رادیوتراپی و انکولوژی امام رضا، اطلاعات جمعیت‌شناختی و همچنین مشکلات جسمی و روان‌شناختی اولیه همه بیماران که در پرونده گزارش شده بود، بررسی شد. با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، شرایط بیماران و نیز در نظر گرفتن افرادی که مشکلات روان‌شناختی در پرونده آن‌ها گزارش شده بود، ۱۹۵ نفر به صورت هدفمند، انتخاب و ابزار پژوهشی روی آن‌ها اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: پزشک سرطان را برای آن‌ها مسجل تشخیص داده باشد، سواد خواندن و نوشتن داشته باشند، نمونه‌ها در زمان تکمیل پرسش‌نامه در وضعیت هوشیاری کامل و دارای تعادل روانی باشند و حداقل سن بیماران ۳۰ و حداکثر ۶۵ سال باشد. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: تمایل نداشتن به شرکت در پژوهش و وجود معلولیت جسمانی شدید.

برای اجرای پژوهش، مجوزهای ضروری از مراجع زیربیط گرفته شد. پس از کسب موافقت کمیته اخلاقی با مراجعه به مرکز درمانی مربوطه، نمونه آماری مورد نظر به شیوه هدفمند بر اساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسش‌نامه استفاده شد و قبل از پر کردن پرسش‌نامه‌ها اطلاعات کافی درباره اهداف پژوهشی و اهمیت آن، حفظ بی‌نامی و داوطلبانه بودن مشارکت و محرمانه ماندن اطلاعات کسب‌شده در اختیار شرکت‌کننده‌ها قرار گرفت. سپس پرسش‌نامه به صورت خودگزارش‌دهی در اختیار بیماران واجد شرایط قرار گرفت. پس از اینکه بیمار یا سرپرست بیمار پرسش‌نامه را پر کرد، آن‌ها را جمع‌آوری کردیم. لازم به ذکر است که ۲۳۷ پرسش‌نامه بین شرکت‌کننده‌ها توزیع شد و از ۲۳۷ پرسش‌نامه، ۱۹۵ پرسش‌نامه به طور کامل و بدون نقص پاسخ داده شد و از اطلاعات آن‌ها در تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه) و همچنین نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

ابزار

پرسش‌نامه اضطراب بک: پرسش‌نامه اضطراب بک، یک پرسش‌نامه خودگزارشی است که آبرون بک و همکارانش در ۱۹۹۰ طراحی کردند و به طور اختصاصی شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجید. این ابزار یک پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی است که برای سنجش اضطراب طراحی شده است. در این پرسش‌نامه، چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود و هر یک از ماده‌های آزمون، یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف



نتیجه تحلیل رگرسیون چندگانه اضطراب هستی بر اساس متغیرهای پیش‌بین سلامت مذهبی و سلامت وجودی در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۴، ۲۳/۷ درصد از واریانس اضطراب هستی بر اساس سلامت مذهبی و سلامت وجودی، تبیین‌شدنی است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس ($F=5/709$ و $P=0/004$) (جدول شماره ۵) نشان می‌دهد بین ترکیب خطی سلامت مذهبی و سلامت وجودی با اضطراب هستی، رابطه معناداری وجود دارد. با استفاده از جدول شماره ۶ بر اساس مقادیر β سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده در تبیین متغیر ملاک بررسی قرار شده است.

با توجه به مقادیر t و سطح معناداری (جدول شماره ۶) می‌توان نتیجه گرفت که هر دو متغیر سلامت مذهبی ($Sig=0/024$) و سلامت وجودی ($Sig=0/002$) به طور منفی اضطراب هستی را پیش‌بینی می‌کند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین سلامت معنوی با اضطراب هستی و اضطراب مرضی بود، در این رابطه دو فرضیه مطرح شد. فرضیه اول پژوهش بیان می‌کند که بین سلامت معنوی با اضطراب آگزستانسیال و اضطراب مرضی در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه معنی‌داری وجود دارد. تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری نشان داد که بین سلامت معنوی و ابعاد آن (سلامت وجودی و سلامت مذهبی) با اضطراب هستی در بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. این یافته با پژوهش‌های تقی‌آبادی و همکاران [۱۴]، تقی‌پور و همکاران [۱۵]، هالیچی کورتولان و کارالماک [۱۶]، خضری و همکاران [۱۷] و بورآنی و همکاران [۱۹] همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد، افرادی که حدی از اضطراب هستی را تجربه می‌کنند، در پی کاهش اضطراب و به عنوان یک پاسخ، احتمالاً به جست‌وجوی کشف یا جعل معنا و تجربه‌های معنوی می‌روند. چراکه اساساً تجربه‌های معنوی و معنویت اصیل، پاسخی است به اضطراب بنیادین در مواجهه با نیستی و مرگ. همچنین پاسخی است به اضطراب ناشی از تنهایی و مسئولیت در دنیایی که به خودی خود معنایی در دسترس قرار نمی‌دهد؛ باید معنای آن را کشف کرد و یا باید معنایی برایش آفرید [۲۸]. سلامت معنوی بر کیفیت و چگونگی درک فرد از سلامت در زندگی معنوی، هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است [۲۹]. 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. سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر

معنوی به وسیله اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن را در سال ۱۳۸۵ رضایی در تهران، با ضریب آلفای کرونباخ $0/82$ و برای دو بعد مذهبی و وجودی به ترتیب برابر $0/93$ و $0/96$ به دست آورد [۲۷]. پایایی پرسش‌نامه نیز در این تحقیق با استفاده از آلفای کرونباخ برای بعد سلامت مذهبی $0/659$ ، برای بعد سلامت وجودی $0/832$ و برای کل پرسش‌نامه $0/728$ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این پرسش‌نامه است.

یافته‌ها

در این بخش نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها در قالب شاخص‌های توصیفی و آزمون‌های استنباطی گزارش شده است. شرکت‌کنندگان این پژوهش ۱۹۵ زن مبتلا به سرطان پستان بودند که ۱۸۶ نفر از ایشان متأهل و ۹ نفر مجرد بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن و سطح تحصیلات در جدول شماره ۱ آمده است.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

در بررسی میانگین نمرات سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه مشاهده شد که در بعد سلامت مذهبی، نمره $37/96$ و در بعد سلامت وجودی نمره $36/14$ حاصل شد. در مجموع میانگین نمره کل سلامت معنوی، $74/11$ است که بیانگر سطح متوسط سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. همچنین در بین ابعاد سلامت معنوی نیز میانگین نمرات هر دو بعد در سطحی نزدیک به هم قرار دارد و با تفاوت اندکی، میانگین سلامت مذهبی بیشتر از سلامت وجودی است. مقایسه میانگین نمرات مربوط اضطراب هستی مبتلایان به سرطان سینه نشان می‌دهد که سطح اضطراب هستی مبتلایان به سرطان سینه در سطح بالایی قرار دارد. همچنین میانگین نمرات مربوط اضطراب مرضی مبتلایان به سرطان سینه نشان می‌دهد که اضطراب مرضی این بیماران در سطح متوسطی قرار دارد.

تحلیل داده‌ها

برای بررسی رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک از آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان و برای بررسی رابطه بین پیش‌بین‌ها از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شده است. نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای تمام متغیرها بیشتر از $0/05$ بوده است که نرمال بودن داده‌ها را نشان می‌دهد.

آزمون همبستگی میان اضطراب هستی با سلامت معنوی و سلامت وجودی، همبستگی معناداری را نشان می‌دهد، در حالی که میان اضطراب مرضی با سلامت معنوی و وجودی رابطه معنی‌داری مشاهده نشده است (جدول شماره ۳).

جدول ۱. تفکیک مراجعین مبتلا به سرطان سینه بر اساس سن و تحصیلات

سن	تعداد (درصد)	سطح تحصیلات	تعداد (درصد)
۳۰ تا ۴۰ سال	۳۸(۱۹/۴۸)	زیر دیپلم	۱۸(۹/۲۳)
۴۰ تا ۵۰ سال	۶۴(۳۲/۸۲)	دیپلم و فوق دیپلم	۱۲۱(۶۲/۰۵)
۵۰ تا ۶۰ سال	۶۲(۳۱/۷۹)	لیسانس	۴۸(۲۴/۶۱)
بیشتر از ۶۰ سال	۳۱(۱۵/۸۹)	فوق لیسانس و دکتری	۸(۴/۱۰)



جدول ۲. آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سلامت مذهبی	۱۹۵	۳۷/۹۶ \pm ۴/۰۵۴	۲۵	۵۰
سلامت وجودی	۱۹۵	۳۶/۱۴ \pm ۴/۹۶۵	۲۲	۵۶
نمره کل سلامت معنوی	۱۹۵	۷۴/۱۱ \pm ۷/۵۲۳	۵۳	۱۰۱
اضطراب هستی	۱۹۵	۵۲/۶۷ \pm ۵/۰۸۶	۴۰	۶۴
اضطراب مرضی	۱۹۵	۳۲/۲۳ \pm ۹/۵۴۰	۲۱	۶۷



جدول ۳. همبستگی بین اضطراب هستی و اضطراب معنوی با سلامت وجودی و سلامت معنوی

متغیر	سلامت مذهبی	سلامت وجودی
اضطراب هستی	-۰/۱۷۵*	-۰/۰۸۰*
اضطراب مرضی	-۰/۰۹۰	۰/۱۱۰

* معنی داری در سطح ۰/۰۵



می‌کند. سلامت معنوی با هدف قرار دادن باورهای فرد، به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی کرده و حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه داشته باشد، آستانه توانایی و شکیبایی آن‌ها افزایش یافته و به لحاظ شناختی سبب افزایش انطباق و قابلیت سازگاری در این افراد می‌شود [۳۳]. سلامت معنوی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر ازدست‌رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جست‌وجوی معنا باشند. معنویت در نحوه برخورد افراد با سختی‌ها و دشواری‌ها تأثیر داشته و با معناآفرینی، علاوه بر این که برای افراد احساس هدفمندی و خودکارآمدی را به وجود می‌آورد، با ایجاد فضای ذهنی مثبت، موجب خلق هیجان‌اتی هم چون شادی و امیدواری شده و در نتیجه می‌تواند موجب کاهش اضطراب هستی در بیماران مبتلا به سرطان شود. در این ارتباط، کوئینگ [۳۴] عقیده دارند که در موقعیت‌های تنش‌زا، معنویت منبع مهم سازگاری به شمار می‌آید که با رضایتمندی فرد از زندگی خود،

مثبتی در ارتقای سلامت ذهنی و بر کاهش اضطراب فرد می‌گارد [۳۰]. سلامت معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان، معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی از جمله اضطراب، موجب بهبود و ارتقای سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده و سطح سازگاری آنان را در رویدادهای جدید زندگی افزایش می‌دهد [۳۱]. افرادی که از سلامت معنوی بیشتری برخوردارند و ایمانی راسخ به نیرو یا موجودی عالی دارند، با آگاهی از این موضوع که زندگی در آینده نزدیک به پایان می‌رسد، فعالانه معنی عالی‌تری را در آن می‌جویند و اضطراب هستی کمتری را تجربه می‌کنند [۳۲].

مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر سلامت معنوی در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری قرار دارد. بُعد مذهبی سلامت معنوی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و اضطراب وجودی به افراد کمک

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش هم‌زمان

روش	R	مجذور R	مجذور R اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد
هم‌زمان	۰/۲۳۷	۰/۰۵۶	۰/۰۴۶	۴/۹۶۷



جدول ۵. تحلیل واریانس

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
۲۸۱/۷۱۳	۲	۱۴۰/۸۵۶	۵/۷۰۹	۰/۰۰۴
۴۷۳۷/۲۸۲	۱۹۲	۲۴/۶۷۳		
کل	۱۹۴			



جدول ۶. رگرسیون اضطراب هستی بر اساس سلامت مذهبی و سلامت وجودی

سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد نشده	
		خطای استاندارد	B
مقدار ثابت	۱۴/۶۴۰	۲/۶۴۶	۵۲/۳۷۹
سلامت مذهبی	-۲/۲۷۷	۰/۰۹۵	-۰/۲۱۷
سلامت وجودی	-۳/۱۸۱	۰/۰۷۸	-۰/۲۴۸



سازگاری بهتر، کاهش درد و کاهش اضطراب وجودی در ارتباط است.

فرضیه دوم پژوهش بیان می‌کند بین سلامت معنوی و اضطراب مرضی رابطه معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج پژوهش این فرضیه تأیید نشد و اضطراب مرضی با هیچ‌یک از ابعاد سلامت معنوی رابطه معناداری نداشت. نتایج این تحقیق با یافته‌های میراندا و همکاران [۱۸] نظری، خشنود و شاه‌بابکی [۲۰]، کامیاب منصور و همکاران [۱۱] و خضری و همکاران [۱۷] هم‌خوانی ندارد، ولی با پژوهش‌های مک کوبری و دیویس [۳۵] و دلانی و همکاران [۳۶] هم‌خوانی دارد. دلانی و همکاران [۳۶] دریافتند بیماران قلبی که در یک ماه مداخله معنوی شرکت کردند، افزایش میانگین چشمگیری در نمره کلی کیفیت زندگی داشتند اما تغییرات چشمگیری در نمره اضطراب و افسردگی دیده نشد. منطبق با نتایج این تحقیق مک کوبری و دیویس [۳۵] نشان دادند که بین سلامت معنوی و اضطراب مرضی، همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. در تبیین تأیید نشدن احتمالی این یافته می‌توان بیان کرد که شاید عوارض جسمانی شدید ناشی از بیماری سرطان و شدت زیاد اضطراب بیماران در این زمینه

نقش داشته است. همچنین مذهبی بودن و معنویت ممکن است به صورت معکوس بر فرد تأثیر بگذارد. برای مثال برخی باورهای مذهبی ممکن است با تشویق فرد به اجتناب از درمان یا قطع درمان‌های رسمی، جست‌وجوی نکردن به موقع مراقبت پزشکی، اجتناب از اقدامات بهداشتی پیشگیرانه مؤثر و سوء رفتار مذهبی بر سلامت فرد تأثیر منفی گذارد. ممکن است افراد برخی گروه‌های مذهبی به صورت غیرواقعی بینانه انتظارات زیادی از خود داشته باشند که منجر به انزوا، استرس و اضطراب شود و یا ممکن است خود را با آنان که اعتقادات آن‌ها را ندارند، بیگانه احساس کنند. سرانجام به‌خوبی دانسته شده است که سیستم‌های اعتقادی غیرسالم می‌توانند به صورت منفی بر سلامت اثر بگذارند [۳۷].

همچنین می‌توان این نتیجه را به تأثیر عوامل مداخله‌گری از جمله سن، سطح تحصیلات و یا وضعیت اقتصادی بیماران مبتلا به سرطان سینه نسبت داد به طوری که پژوهش‌ها نشان داده‌اند افراد پیرتر نسبت به افراد جوان‌تر اضطراب بیشتری دارند [۳۷]. به نظر می‌رسد تجربه و گزارش اضطراب در معرض تأثیر متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌های فرهنگی و باورهای مذهبی در مبتلایان به بیماری سرطان در جوامع گوناگون متفاوت است [۱۷].

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که از ابعاد سلامت معنوی، هر دو بعد سلامت مذهبی و سلامت وجودی رابطه معناداری با اضطراب وجودی بیماران مبتلا به سرطان سینه دارند، ولی رابطه معناداری بین اضطراب مرضی و ابعاد سلامت معنوی مشاهده نشد. این نتایج نشان‌دهنده اهمیت پرداختن به موضوع معنویت در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه و ضرورت انجام برنامه‌ریزی‌های لازم برای ارتقای سطح معنویت آنان است.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود. محدود کردن جامعه آماری به بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر مشهد که تعمیم نتایج به سایر جوامع آماری را با احتیاط همراه می‌سازد. همچنین در این پژوهش به منظور زمینه‌یابی از پرسش‌نامه استفاده شد، در نتیجه ممکن است برخی از افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و پاسخ غیرواقعی داده باشند. در نهایت اینکه این پژوهش از نوع پژوهش‌های همبستگی بود و به همین دلیل نمی‌توان از آن استنباط علی کرد. بر اساس نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این پژوهش درباره سایر بیماری‌های مزمن نیز انجام شود و نتایج آن با این پژوهش مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود متغیرهای پژوهش در گروه دیگری که بیماری مزمن ندارند، نیز سنجیده شوند و با بیماران سرطانی مقایسه شوند تا نتیجه‌گیری دقیق‌تری به دست آید. می‌توان با تقویت باورها و تجارب مذهبی از طریق برگزاری برنامه‌ها و جلسات مذهبی برای بیماران مبتلا به سرطان و شناخت هرچه بیشتر روحیه و دیدگاه‌های مذهبی ایشان، گام‌های مؤثری در زمینه کاهش اضطراب و حتی استفاده از این عقاید و تجارب به‌منزله نوعی راهبرد درمانی برداشت. توصیه می‌شود محققان چارچوبی را برای توسعه مداخلات معنوی اثربخش و در عین حال حساس به تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی ارائه دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مقاله با کد ۹۵۰۲۶۱۹۰۲۱۹۱ در کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد واحد الکترونیک به ثبت رسیده است. اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش بودند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شد.

حامی مالی

مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران استخراج شده است.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، ویرایش و نگارش - پیش‌نویس اصلی: ماندانا نیک‌نام؛ روش‌شناسی، نمونه‌گیری، گردآوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها: فاطمه سادات حسینی پورابره.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی در این پژوهش نداشتند.

References

- [1] World Health Organization. Breast cancer now most common form of cancer: WHO taking action [Internet]. 2021 [Updated 2021 February 03]. Available from: <https://www.who.int/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>
- [2] Salehi F, Mohsenzade F, Arefi M. [Prevalence of death anxiety in patients with breast cancer in Kermanshah, 2015 (Persian)]. Iran Q J Breast Dis. 2016; 8(4):34-40. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=503383>
- [3] Kiani, J, Jahanpour F, Abasi F, Darvishi SH, Gholizadeh B. [Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients (Persian)]. Nurs J Vulnerable. 2016; 2(5):40-51. <http://njv.bpums.ac.ir/article-1-675-en.html>
- [4] Migdal L. The structure of existential well-being and its relation to other well-being constructs [PhD. dissertation]. Michigan: University of Detroit; 1995.
- [5] Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy [Yahya SA, Persian trans.]. 9th ed. Tehran: Arasbaran; 2013.
- [6] Lehto RH. The challenge of Existential issues in Accute nursing consideration with the patients with diagnosis of Lung Cancer. Clin J Oncol Nurs. 2012; 16(1):E4-11. [DOI:10.1188/12.CJON.E1-E8]
- [7] Tan SM, Beck KR, Li H, Lim EC, Krishna LK. Depression and anxiety in cancer patients in a Tertiary General Hospital in Singapore. Asian J Psychiatr. 2014; 8:33-7. [DOI:10.1016/j.ajp.2013.10.002] [PMID]
- [8] Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol. 2013; 14(8):721-32. [DOI:10.1016/S1470-2045(13)70244-4]
- [9] Farsi Z, Dehghan Nayeri N, Negarandeh R. Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: A qualitative study. Nurs Health Sci. 2010; 12(4):485-92. [DOI:10.1111/j.1442-2018.2010.00563.x] [PMID]
- [10] Nooralizadeh Iyanji M, Janbozorgi M. [The relationship between existential anxiety and illness anxiety and their comparison in three groups of offenders, normal and religious (Persian)]. Psychology and Religion. 2010; 3(2):29-44. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?ID=231838>
- [11] Kamyab Mansori Y, Dolatian M, Shams J, Nasiri M. Relationship between death anxiety and spiritual well-being in patients with gynecologic cancer. Adv Nurs Midwifery. 2018; 27(3):28-34. <https://journals.sbm.u.ac.ir/en-jnm/article/view/18155>
- [12] Dehshir GH, Sohrabi F, Najafi I. [Characterization: Psychometric measure of spiritual well-being among students (Persian)]. Psychological Studies. 2008; 4(3):129-44. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_1637_0d9ad179a0a93acbd85d73cf6b716af5.pdf?lang=en
- [13] Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S. Fundamental of nursing: Human health and function. 7th ed. Philadelphia: Lippincott & Williams & Wilkins Company; 2013. <https://www.worldcat.org/title/fundamentals-of-nursing-human-health-and-function/oclc/744299551>
- [14] Taghiabadi M, Kavosi A, Mirhafez SR, Keshvari M, Mehrabi T. The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. Electron Physician. 2017; 9(3):3980-5. [DOI:10.19082/3980] [PMID] [PMCID]
- [15] Taghipour B, Mehravar F, Sharif Nia H, Shahidifar S, Hasani A, Alahyari Z. Association between death anxiety and spiritual intelligence with the spiritual health and quality of life in hemodialysis patients. J Nurs Midwif Sci. 2017; 4(2):26-32 [DOI:10.4103/2345-5756.231742]
- [16] Halıcı Kurtulan M, Karairmak O. Examination of the relationship among death anxiety, spirituality, religious orientation and existential anxiety. Spiritual Psychol Couns. 2016; 1(2):176-217. [DOI:10.12738/spc.2016.2.0007]
- [17] Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. [The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015 (Persian)]. Nurs J Vulnerables. 2015; 2(2):15-28. <http://njv.bpums.ac.ir/article-1-620-en.html>
- [18] Miranda TPS, Caldeira S, de Oliveira HF, Lunes DH, Nogueira DA, Chaves ECL, et al. Intercessory prayer on spiritual distress, spiritual coping, anxiety, depression and salivary amylase in breast cancer patients during radiotherapy: Randomized clinical trial. J Relig Health. 2020; 59(1):365-80. [DOI:10.1007/s10943-019-00827-5] [PMID]
- [19] Borreani C, Alfieri S, Farina L, Bianchi E, Corradini P. Fear of cancer recurrence in haematological cancer patients: exploring socio-demographic, psychological, existential and disease-related factors. Support Care Cancer. 2020; 28(12):5973-82. [DOI:10.1007/s00520-020-05434-9] [PMID]
- [20] Nazari F, Khoshnood Z, Shahrabaki PM. The relationship between authenticity and death anxiety in cancer patients. Omega (Westport). 2021:30222821997603. [DOI:10.1177/0030222821997603] [PMID]
- [21] Kaviani H, Mousavi AS. [Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI) (Persian)]. Tehran Univ Med J. 2008; 66(2):136-40. <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>
- [22] Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the beck anxiety inventory (portuguese version) by the rasch rating scale model. Psicol: Reflex Crit. 2013; 26(2): 305-10. [DOI:10.1590/S0102-79722013000200010]
- [23] Ganji M. [Psychopathology based on DSM-5 (Persian)]. Tehran: Savalan Publication; 2014.
- [24] Noor Alizadeh Mianji M, Janbozorgi M. [Relationship between existential anxiety and morbid anxiety and their comparison in three groups of normal and religious offenders (Persian)]. Psychology and Religion. 2010; 2(3):29-44. <http://ravanshenasi.nashriyat.ir/node/91>
- [25] Hullett MA. A Validation study of the existential anxiety scale. Tennessee: Middle Tennessee Psychological Association Nashville; 1994. <https://eric.ed.gov/?id=ED377430>
- [26] Seyedfatemi N, Rezaei M, Givari, A, Hoseini F. [Prayer and spiritual well-being in cancer patients (Persian)]. Payesh. 2006; 5(4):295-304. <http://payeshjournal.ir/article-1-732-en.html>
- [27] Etemad J, Dehghan Manshadi Z, Mozafari N. [Investigation on psychometric properties of existential anxiety questionnaire in elderly (Persian)]. J Gerontol. 2017; 1(3):39-48 [DOI:10.18869/acadpub.joge.1.3.39]
- [28] 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 (Persian)]. 2013; 18(3):210-8. <http://eprints.hums.ac.ir/476/1/hmj-v18n3p210-en.pdf>
- [29] Mohammadzadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. [The relationship between spiritual health and death anxiety in patients with multiple sclerosis (Persian)]. J Res Health. 2017; 4(2):20-8. <http://jr.h.mazums.ac.ir/article-1-335-en.pdf>

- [30] Hatamipour K, Rahimaghaee F, Delfan V. [The relationship between spiritual health and anxiety in nursing student in training at the time of entry into the school (Persian)]. *Iran J Nurs Res*. 2016; 11(2):68-77. http://ijnr.ir/browse.php?a_id=1718&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
- [31] Lou VW. Conceptualizing spiritual well-being: A qualitative inquiry. *Spiritual well-being of chinese older adults*. Berlin: Heidelberg; 2015. [DOI:10.1007/978-3-662-46303-1_2] [PMID] [PMCID]
- [32] Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *J Couns Psychol*. 2002; 49(2):139-47. [DOI:10.1037/0022-0167.49.2.139]
- [33] Moetamedi A, Pajouhinia S, Fatemi Ardestani MH. [The impact of spiritual wellbeing and resiliency in predicting death anxiety among elderly people in Tehran (Persian)]. *Shefaye Khatam*. 2015; 3(2):19-26. [DOI:10.18869/acadpub.shefa.3.2.19]
- [34] Koenig H. Spirituality, wellness and quality of life: Sexuality, reproductive and menopause. *Fertil Steril*. 2004; 4(4):76-82 [DOI:10.1016/j.sram.2004.04.004]
- [35] 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):379-85. [DOI:10.1007/s00520-005-0892-6] [PMID]
- [36] Delaney C, Barrere C, Helming M. The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease: A pilot study. *J Holist Nurs*. 2011; 29(1):21-32. [DOI:10.1177/0898010110378356] [PMID]
- [37] Otoom S, Al-Jishi A, Montgomery A, Ghwanmeh M, Atoum A. Death anxiety in patients with epilepsy. *Seizure*. 2007; 16(2):142-6. [DOI:10.1016/j.seizure.2006.10.014] [PMID]