

The Relationship between Spirituality and Physical Health: A Cross-Sectional Study on the Patients Referring to East Tehran Health Centers in 2019

Kobra Khajavi-Shojaie^{ID}, Ashraf Pirasteh^{ID}, Zahra Jouhari^{*ID}

Department of Health and Social Medicine, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Ms. Zahra Jouhari; Email: jouhari@shahed.ac.ir

Article Info

Received: Jul 29, 2019

Received in revised form:

Sep 7, 2019

Accepted: Oct 2, 2019

Available Online: Mar 21, 2021

Keywords:

Chronic diseases

Common cold

Health status

Religion and psychology

Spiritual herapies

Abstract

Background and Objective: Spirituality is a factor that can be the basis for a person's beliefs and mentality, and can affect one's health or illness by affecting the brain and nervous system, endocrine and immune systems. The present study was designed to investigate the spiritual health status and its relationship with physical health status of patients referring to comprehensive health centers in Tehran.

Methods: The research method was descriptive-analytical. The statistical population of the study consisted of the patients referring to health centers in East Tehran in 2019. 522 people filled in the Paloutzian Ellison Spiritual Health Questionnaire (20), which was used to collect data. Data were analyzed by Spearman correlation coefficient, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and chi-square test. $P < 0.05$ was considered statistically significant. In this study, all ethical considerations have been observed and no conflict of interest was reported by the authors.

Results: Spiritual health showed a significant difference with the number of common cold per year ($P = 0.019$). There was a significant difference between religious health score and chronic illness of participants ($P = 0.028$). Follow-up testing revealed a difference in scores between the cardiovascular disease and hyperlipidemia groups and other groups.

Conclusion: Spiritual health can lead to physical health, and people who are evaluated to be at a high spiritual level are less likely to develop diseases. It is also caused by the brain's endocrine and nervous system affecting the body's immune system. The basis of the human mind and thought is its belief system, beliefs and culture.



<https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26890>

Please cite this article as: Khajavi-Shojaie K, Pirasteh A, Jouhari Z. The Relationship between Spirituality and Physical Health: A Cross-Sectional Study on the Patients Referring to East Tehran Health Centers in 2019. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):63-80. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26890>

Summary

Background and Objective

Spirituality means living by moral standards. Spirituality is the belief in a superior power (1). It has been an integral part of medicine and health since ancient times. It is a universal concept and there is no consensus on its definition (2, 3). A model of health and disease, called the biopsychosocial model, which is being currently developed, provides concepts and components to change the way we view the world. The

components are neurotransmitters, hormones and cytokines, which act as messenger molecules and transmit information between the nervous system, the endocrine system and the immune system. These concepts include two very basic principles: a) The mental processes are the function of the brain, and b) as we change our minds, we change the brain and, thus, our body. This new approach to health shouts: The causes, progress, and consequences of a disease are the result of the interaction of psychological, social, and cultural factors with biochemistry and physiology. Our physiology and biochemistry are not separate

from the rest of our lives and experiences. The mind -an obvious function of the brain- and other systems of the body interact fundamentally for health, illness, and well-being (4).

Research has shown that the brain is the body's first line of defense against diseases, and the mind is a reflection of the brain's function. Belief systems provide the basis for brain function. Recent research provides compelling evidence of mind-body interaction at the organismic, cellular, and molecular levels that can affect one's health and quality of life (5). Spirituality is a factor that enhances one's ability to cope with the serious consequences of illnesses (6).

The concept of spirituality is found in all cultures and societies. The ultimate meaning of this concept is expressed by individuals through religion or belief in God, family, naturalism, rationalism, humanism, and the arts (1).

Although religion and spirituality are not synonymous, they overlap widely (3). Spirituality in spiritual health is not limited to prayer or thought and does not suggest that traditional medical treatments be replaced by religious practices. Rather, spiritual health includes spiritual perspective, values, beliefs, and behaviors (2, 6, 7). Despite significant advances in science and technology and an in-depth understanding of molecular biology, current treatment strategies for disease control, especially non-communicable diseases, have not been successful (2, 8). Research has shown that effective control of a number of chronic and untreatable diseases, such as diabetes (9), hypertension (10), ischemic heart disease (11), depression and malignancy (12), the prevalence of which is increasing, using existing treatments seems difficult (8). The studies in this regard have focused on the association of a particular disease with the level of spirituality of patients, and it has been reported that the disease can increase the level of spirituality in individuals (9-19). Therefore, the present study attempts to investigate the status of spiritual health and its relationship with physical health status of patients referring to comprehensive health centers in Tehran.

Methods

Compliance with ethical guidelines: All ethical considerations, including confidentiality of the questionnaires, informed consent of the research participants, and confidentiality of their identities were observed in the present study.

The method used in the present study was descriptive-analytical. The statistical population

of the study consisted of those referring to health centers in East Tehran in 2019. 522 participants filled in the administered questionnaires. The Paloutzian Ellison Spiritual Health Questionnaire (20) was used to collect data. Demographic data related to the participants and their health status were obtained through a research form and were collected from the patient's records if necessary. Data were analyzed by Spearman correlation coefficient, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test, and chi-square test. $P < 0.05$ was considered as statistically significant.

Results

The mean age of participants was 37.72 ± 12.3 . The participants included 192 (36, 8) males with a mean age of 36.43 ± 10 and 330 females (63, 2) with a mean age of 38.47 ± 12 . Most of the participants (76.4%) had a high school diploma or higher degree. Healthy participants were 36, 8% and the rest had a chronic disease. The majority of participants (49.8%) had common colds 1 to 3 times a year. Mean spiritual health was 71.61 ± 9.08 and mean religious and existential health were 51.21 ± 7.63 and 45.94 ± 9.37 , respectively. The mean scores related to spiritual and religious health of the female participants were significantly higher than those of men ($P = 0.028$ and $P = 0.016$, respectively). The mean score of spiritual health and religious health was significantly different according to marital status ($P = 0.001$ and $P = 0.007$, respectively). Spiritual health showed a significant difference with the number of common cold per year ($P = 0.019$). There was a significant difference between participants' spiritual health score and the number of colds per year ($P = 0.019$). Religious and existential health scores showed a significant difference with the number of participants with colds (Religious health, $P = 0.002$, Existential health $P = 0.031$, respectively). There was a significant difference between religious health score and chronic illness of participants ($P = 0.028$). Follow-up testing revealed a difference in scores between the groups with cardiovascular disease and hyperlipidemia and other groups.

Conclusion

The participants' scores related to spiritual well-being and its dimensions were high and moderate. But Ghareboghlu, Kavousian, and Dehbashi reported moderate levels of spiritual well-being in their research community (22-24). The data in this study showed a significant positive relationship between increasing religious health score and existential health and increasing age in the

participating women. In many studies, the relationship of spiritual health and its dimensions with gender has been established, but this relationship is more evident in the case of women, which may indicate a greater tendency of women to spiritual and religious affairs (25, 26-28). The results showed a significant difference between the mean scores related to spiritual health and religious health and marital status of the participants. The average spiritual health score for widows and the divorced was higher than that of the married and singles. The mean score of spiritual health for widows and divorced persons was higher than others, respectively, perhaps due to the influence of loneliness and subsequent problems associated with being alone due to death of spouse or separation, which has had a positive effect on their spiritual attitudes. After becoming disappointed about the world and its manifestations, human usually remembers the hereafter and spiritual issues and this can have a positive effect on one's spiritual views. Perhaps seeking refuge in the spiritual and religious affairs is inherently a way to escape depression because of loneliness or the death of a spouse. Spirituality and religion, as coping strategies, can have an effective role in increasing the power of human to adapt to his problems. Many studies have shown this association in patients who are in the late stages of their lives (5, 29, 30). Research data showed that people who had no common cold during the year or had less common cold had a higher mean score in spiritual health. Many studies have reported a positive relationship between or a positive effect for spirituality and religiosity interventions with/on immune performance (4, 5, 17, 21, 22, 31-33). This study showed a difference in religious health score between the group with cardiovascular disease and hyperlipidemia and other groups. Diabetes came in second. These two diseases, which are chronic and closely related to stress, can be controlled by interventions such as meditation and other spiritual training. The high score related to spiritual health group under study may also be the reason. Many studies have reported a relationship between spirituality and religiosity and physical health. Severe negative emotions resulting from the weakness of one's spiritual dimension can cause diseases, even infectious diseases, and may impair the immune system over time (5, 31, 32). Finally, the results of studies indicate that spiritual health of individuals can initially prevent the disease. If the disease appears, the person turns to spirituality because of the severity of the disease

and despair. This can sometimes alleviate the symptoms of the disease or make them disappear. In any case, spiritual teachings and spiritual health are beneficial to human, either before the onset of a disease as a preventive agent or as a coping or even curing method after being inflicted.

Acknowledgements

The authors are grateful to all those who contributed to this study.

Ethical considerations

According to the authors, this study was approved by the Ethics Committee of Shahed University: Code: IR.SHAHED.REC.1398.055.

Funding

According to the authors, this research was conducted with the financial support of Shahed University.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authors' contribution

Introduction to problem statement, research method, and participation in statistical analysis and writing the article: First author; Participation in research methodology and data collection: Second author; Participation in statistical analysis and article submission: Third author.

References

1. Bharti D, Jain R. A study to compare health status of two groups of individuals between 40-60 yrs of age-one practicing any spiritual activity for at least 10 years and other not practicing any such activity. *International Journal of Medical and Health Research*. 2018;4(3): 130-3.
2. Bhat KK, Yadavannavar M. Role of spirituality in health care: knowledge, attitude and practices amongst medical professionals in a tertiary care hospital. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2016;3(11):3212-5.
3. D'Souza R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Medical Journal of Australia*. 2007;186(10):57-9.
4. Ray O. How the mind hurts and heals the body. *American Psychologist*. 2004;59(1):29-40.
5. Koenig HG. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2001;31(3):321-36.
6. Yaghoobzadeh A, Soleimani MA, Allen KA, Chan

YH, Herth KA. Relationship between spiritual well-being and hope in patients with cardiovascular disease. *Journal of religion and health*. 2018;57(3):938-50.

7. Sen S, Pal D, Hazra S, Pandey GK. Spiritual health of students in government medical colleges of Kolkata and their coping skills in a crisis situation. *Indian journal of public health*. 2015;59(3):196-203.

8. Jain M, Joshi A, Tayade NG, Jaiswar S, Thakkar KB. Knowledge, attitude and practices regarding "the role of spirituality in current medical practice amongst medical professionals" in a tertiary care Hospital. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2013;2(3):204-26.

9. Chan JC, Malik V, Jia W, Kadowaki T, Yajnik CS, Yoon K-H, et al. Diabetes in Asia: epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *Jama*. 2009; 301(20): 2129-40.

10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*. 2005; 365(9455):217-23.

11. Ounpuu S, Anand S, Yusuf S. The impending global epidemic of cardiovascular diseases. Oxford University Press; 2000;880-3.

12. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current directions in psychological science*. 2001;10(1):21-4.

13. Elsheshtawy EA, Abo-Elez WF, Ashour HS, Farouk O, zaafarany MIEE. Coping strategies in egyptian ladies with breast cancer. *Breast cancer: basic and clinical research*. 2014;8:BCBCR. S14755;97-102

14. Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*. 1993;82(2-3):100-21.

15. Hajian S, Mehrabi E, Simbar M, Houshyari M. Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(1):215-24

16. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M. Religion, Spirituality and Coping with Breast Cancer: A Phenomenological Study. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2016;2(2):12-23. (Full Text in Persian)

17. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic medicine*. 1995;57(1):5-15.

18. Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997;176(1):166-72.

19. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of

coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2003;19(1):62-6.

20. Mohammadizadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The relationship between spiritual health and death anxiety in patients with multiple sclerosis. *Journal of religion and health*. 2017;4(2):20-8. (Full Text in Persian)

21. Allan GM, Arroll B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. *Cmaj*. 2014;186(3):190-9.

22. Norbäck D, Lu C, Zhang Y, Li B, Zhao Z, Huang C, et al. Common cold among pre-school children in China-associations with ambient PM10 and dampness, mould, cats, dogs, rats and cockroaches in the home environment. *Environment international*. 2017;103:13-22.

23. Kavosian N, Hosseinzadeh K, Jaliseh HK, Karboro A. The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016. *J Res Relig and Health*. 2018;4(2):7-15. (Full Text in Persian)

24. Dehbashi F, Sabzevari S, Targari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Medical Ethics Journal*. 2015;9(30):77-97. (Full Text in Persian)

25. 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. (Full Text in Persian)

26. Musa AS. Correlates and Predictors of Spiritual, Existential, and Religious Well-being among Malaysian Muslim College Students. *Research on Humanities and Social Sciences*. 2016;6(16):82-91.

27. Hutson SP, Darlington CK, Hall JM, Heidel RE, Gaskins S. Stigma and Spiritual Well-being among People Living with HIV/AIDS in Southern Appalachia. *Issues in mental health nursing*. 2018;39(6):482-9.

28. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*. 2006;62(11):2848-60.

29. Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease. *J Educ Community Health*. 2017;4(2):28-34. (Full Text in Persian)

30. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(5):449-56.

31. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012; 278730-33.

32. Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997;27(3):233-50.

33. Koenig HG. Religion and medicine III: Developing a theoretical model. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2001;31(2):199-216.

العلاقة بين الحالة الروحية والصحة البدنية: دراسة مقطعية على المراجعين إلى المراكز الصحية المركزية في شرق مدينة طهران خلال عام ٢٠١٩

كبرى خاجوي شجاعى^{id}، أشرف بيراسته^{id}، زهراء جوهري^{id}*

قسم الصحة والطب الاجتماعي، كلية الطب، جامعة شاهد، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة زهراء جوهري؛ البريد الإلكتروني: jouhari@shahed.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٦ ذى القعدة ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ٧ محرم ١٤٤١

القبول: ٢ صفر ١٤٤١

النشر الإلكتروني: ٧ شعبان ١٤٤٢

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن الحالة الروحية عنصر يمكن أن يكون أساساً لمعتقدات وأفكار الشخص، كما أنها تؤدي إلى صحة الشخص أو مرضه من خلال تأثيرها على الدماغ والجهاز العصبي والغدد الصماء والجهاز المناعي. وقد تم تخطيط هذا التحقيق وتنفيذه بغرض دراسة الحالة الروحية وعلاقتها بالسلامة البدنية لدى المراجعين للمراكز الصحية المركزية في شرق مدينة طهران خلال العام ٢٠١٩.

منهجية البحث: تعتبر هذه الدراسة المقطعية من النوع الوصفي التحليلي. وقد شملت المجموعة الخاضعة للدراسة جميع المراجعين للمراكز الصحية-العلاجية في شرق مدينة طهران خلال العام ٢٠١٩. وقد تم أخذ العينات في ثلاثة مراكز صحية مركزية خلال فترة زمنية تمتد لمدة شهر واحد بصورة (بواسون) وبطريقة الموجود المتوفر برضا المراجعين. وفي النهاية فإن ٥٢٢ شخصاً قاموا بملء الاستبيانات بحضور المحقق. وقد تمت الاستفادة من استمارات تحتوي على ٢٠ سؤال لاختبارات معايير السلامة الروحية لـ Paloutzian و Ellison وذلك بغرض جمع البيانات. ومن ثم تم تفكيك وتحليل البيانات بالاستعانة بمعامل علاقة إسبيرمن، واختبار مان ويتني، واختبار كروسكال وأليس، واختبار كاي اسكوئر، وفي النهاية فقد تم اعتبار قيمة $P < 0.05$ ذات معنى. وقد تمت مراعاة جميع الجوانب الأخلاقية في هذه الدراسة، ولم يلحظ مؤلفو المقالة أي تعارض للمصالح.

الكشوفات: تشير النتائج المستخرجة إلى وجود اختلاف ذي معنى بين الصحة الروحية وعدد مرات الإصابة بالأنفلونزا خلال العام عند المراجعين ($P = 0.019$)، مضافاً إلى ذلك فقد كان هناك اختلاف ذو معنى أيضاً بين درجة الصحة الدينية والأمراض المزمنة للمشاركين ($P = 0.028$). وقد أظهر اختبار المتابعة هذا الاختلاف بالدرجات بين مجموعة أمراض القلب-الأوعية الدموية وزيادة الدهون في الدم مع سائر المجموعات الأخرى.

الاستنتاج: تشير النتائج إلى إمكانية وجود علاقة بين الصحة البدنية والصحة الروحية، وأن إمكانية الإصابة بالأمراض عند الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من الصحة الروحية يكون أقل. وسبب ذلك يرجع إلى تأثير الدماغ والجهاز العصبي والغدد الصماء والجهاز المناعي للبدن بالذهن. كما أن الركن الذي يقوم عليه ذهن الإنسان وأفكاره أيضاً إنما هو نظامه الاعتقادي ومعتقداته وثقافته.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Khajavi-Shojaie K, Pirasteh A, Jouhari Z. The Relationship between Spirituality and Physical Health: A Cross-Sectional Study on the Patients Referring to East Tehran Health Centers in 2019. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):63-80. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26890>

ارتباط معنویت با سلامت جسمانی: مطالعه مقطعی در مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت شرق شهر تهران در سال ۱۳۹۸

کبری خاجوی شجاعی^{id}، اشرف پیراسته^{id}، زهرا جوهری^{id}*

گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم زهرا جوهری؛ رایانامه: jouhari@shahed.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۷ مرداد ۱۳۹۸

دریافت متن نهایی: ۱۶ شهریور ۱۳۹۸

پذیرش: ۱۰ مهر ۱۳۹۸

نشر الکترونیکی: ۱ فروردین ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: معنویت عاملی است که می‌تواند مبنایی برای اعتقادات و ذهنیت فرد باشد و از طریق تأثیر بر مغز و سیستم عصبی، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی موجب سلامت و یا بیماری فرد شود. مطالعه حاضر به منظور بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با وضعیت سلامت جسمانی مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت شرق شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۹۸ طراحی و اجرا شده است.

روش کار: این پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش تمامی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی شرق شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه‌گیری در سه مرکز جامع سلامت در بازه زمانی یک ماهه به صورت پواسون و به شیوه در دسترس با رضایت مراجعان انجام شد. در پایان، ۵۲۲ نفر در حضور محقق پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه ۲۰ سؤالی استاندارد سلامت معنوی پالوتزین و الیسون استفاده شد و داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون من‌ویتنی، آزمون کروسکال-والیس و آزمون کای‌اسکوئر تجزیه و تحلیل شد. در نهایت، مقدار $P < 0.05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد. در این پژوهش همه موارد اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به دست آمده، سلامت معنوی با تعداد دفعات سرماخوردگی افراد شرکت‌کننده در سال تفاوت معنی‌دار نشان داد ($P = 0.019$). علاوه بر این، بین امتیاز سلامت مذهبی با بیماری‌های مزمن شرکت‌کنندگان نیز تفاوت معنی‌دار بود ($P = 0.028$). آزمون تعقیبی این تفاوت امتیاز را بین گروه بیماری قلبی-عروقی و هیپرلیپیدمی با گروه‌های دیگر نشان داد. به این صورت که میانگین امتیاز سلامت معنوی و سلامت مذهبی و وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و هیپرلیپیدمی کمتر از گروه‌های دیگر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد سلامت جسمی می‌تواند با سلامت معنوی در ارتباط باشد و امکان ابتلا به بیماری در افرادی که از نظر سلامت معنوی در سطح بالایی ارزیابی شوند کمتر است. علت آن نیز تأثیرپذیری مغز و سیستم عصبی و اندوکراین و ایمنی بدن از ذهن است؛ مبنای ذهن و افکار انسان نیز نظام اعتقادی، باورها و فرهنگ او است.

واژگان کلیدی:

بیماری‌های مزمن
درمان‌های معنوی
دین و روان‌شناسی
سرماخوردگی
وضعیت سلامتی

استناد مقاله به این صورت است:

Khajavi-Shojaie K, Pirasteh A, Jouhari Z. The Relationship between Spirituality and Physical Health: A Cross-Sectional Study on the Patients Referring to East Tehran Health Centers in 2019. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2021;7(1):63-80. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v7i1.26890>

مقدمه

معنویت به معنای زندگی با استانداردهای اخلاقی و اعتقاد به نیرویی برتر است (۱). معرفت به زندگی و معنای آن با هدف بازتاب شخصیت فرد در ارتباط با خود و جهان به منظور ارتباط برتر در زندگی نیز معنویت خوانده می‌شود. معنویت مفهومی جهانی است و هیچ اجماعی دربارهٔ چگونگی تعریف آن وجود ندارد (۲، ۳).

الگوی درحال توسعه از سلامتی و بیماری، که الگوی زیستی-روانی-اجتماعی (بیوسایکوسوشال^۱) نامیده می‌شود، مفاهیم و مؤلفه‌هایی را فراهم می‌کند تا نوع نگرش فرد را به جهان تغییر دهد. اجزای سازنده پیام‌رسان‌های عصبی (نوروترنسمیترها^۲)، هورمون‌ها و سیتوکین‌هایی هستند که به عنوان مولکول‌های پیام‌رسان عمل می‌کنند و اطلاعات را بین سیستم عصبی، غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی انتقال می‌دهند. این مفاهیم شامل دو اصل بسیار اساسی است: الف) فرایندهای ذهنی کارکردی از مغز است و ب) همان‌طور که ذهن (افکار) تغییر می‌کند، مغز و در نتیجه بدن نیز تغییر می‌کند. این رویکرد جدید دربارهٔ سلامتی با صدای بلند و واضح می‌گوید: علل، پیشرفت و پیامدهای یک بیماری در نتیجهٔ تعامل عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی با بیوشیمی و فیزیولوژی است. فیزیولوژی و بیوشیمی فرد از بقیهٔ زندگی و تجربیاتش جدا و مجزا نیست. ذهن (عملکردی آشکار از مغز) و سیستم‌های دیگر بدن به طرق اساسی برای سلامتی، بیماری و رفاه در تعامل هستند (۴). تحقیقات نشان می‌دهد که مغز اولین خط دفاع بدن در برابر بیماری است و ذهن ظهور عملکرد مغز است. نظام‌های اعتقادی مبنایی را برای عملکرد مغز فراهم می‌کند. رویکرد ذهن-بدن شامل ایده‌ها، نظام‌های اعتقادی و امیدها و همچنین بیوشیمی، فیزیولوژی و آناتومی است. بنابراین، تحقیقات اخیر شواهد قانع‌کننده‌ای از تعامل ذهن-مغز-بدن در سطح ارگانیسم، سلولی و مولکولی ارائه می‌دهد که می‌تواند بر سلامتی و کیفیت زندگی افراد تأثیر بگذارد (۵).

معنویت عاملی است که توانایی فرد را برای مقابله با پیامدهای جدی بیماری افزایش می‌دهد (۶). مفهوم معنویت در همهٔ فرهنگ‌ها و جوامع یافت می‌شود. مفهوم غایی این

مفهوم در طلب افراد از طریق مذهب و یا اعتقاد به خدا، خانواده، طبیعت‌گرایی، عقل‌گرایی، انسان‌گرایی و هنر بیان شده است. همهٔ این عوامل می‌تواند بر چگونگی درک سلامت و بیماری بیماران و مراقبان سلامت حرفه‌ای و نحوهٔ ارتباط آنان با یکدیگر مؤثر باشد (۱). در جایی دیگر معنویت «وضعیتی از بودن که در آن فرد قادر به مقابله با زندگی روزمره به شیوه‌ای است که منجر به تحقق کامل پتانسیل، معنی و هدف از زندگی و خوشحالی درونی است» تعریف شده است (۲، ۷).

گرچه مذهب و معنویت مترادف نیستند ولی هم‌پوشانی گسترده‌ای دارند (۳). معنویت در چهارچوب سلامت معنوی، به نماز یا طرز فکر محدود نیست و پیشنهاد نمی‌کند که درمان‌های معمول پزشکی با شیوه‌های مذهبی جایگزین شود؛ بلکه سلامت معنوی شامل چشم‌انداز معنوی، ارزش‌ها، باورها و رفتارها می‌شود (۲، ۶، ۷). ویکتور فرانکل^۴ از تجربیاتش در اردوگاه کار اجباری نازی نوشته است: «انسان از طریق رنج نابود نشده است؛ او از طریق درد و رنج بدون معنی ویران شده است. بنابراین، کمک به فرد در میان رنج و بیماری مزمن که معنی را پیدا کند و بپذیرد، یکی از چالش‌هایی است که پزشک و دیگر مراقبان سلامت باید با آن مواجه شوند» (۲). پاسخ‌دادن به ابعاد معنوی بیمار می‌تواند به پزشک کمک کند تا درک کامل‌تری از بیمار و نیازهایش داشته باشد. همهٔ پزشکان به واسطهٔ روابط مراقبتی با بیماران خود، شفا‌دهندگان هستند که به منابع معنوی‌ای که ادغام و یا تمامیت جسم، ذهن و روح و روان را پشتیبانی کند، نیاز دارند. مذهب یا تمرین‌های معنوی پزشک می‌تواند بر توانایی وی در این زمینه از کار بالینی مؤثر باشد (۳).

با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در علم و فناوری و درک عمیق از زیست‌شناسی مولکولی، راهبرد درمان‌های حاضر در کنترل بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های غیرواگیر موفق و مؤثر نبوده است (۲، ۸). اثر معنویت بر سلامت در حال حاضر، در محدودهٔ تحقیقات فعال است و علاوه بر پزشکان، روان‌شناسان و دیگر متخصصان نیز در سراسر جهان دربارهٔ آن به مطالعه می‌پردازند. معنویت و سلامت حوزه‌ای است که بسیاری از پزشکان را به چالش کشانده است زیرا آموزش در این زمینه در دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های آموزش مداوم پزشکی محدود است. آموزش نحوهٔ برخورد با جنبه‌های معنوی مراقبت‌های پزشکی جزو برنامه‌های درسی پزشکی نیست، اما

^۱) Biopsychosocial model^۲) Neurotransmitter^۳) Cytokine^۴) Viktor Frankl

شواهدی وجود دارد که بیماران انتظار دارند مراقبت‌های معنوی به‌عنوان بخشی از مراقبت‌ها به آنان داده شود (۲). تحقیقات نشان می‌دهد که کنترل مؤثر تعدادی از بیماری‌های مزمن و درمان‌ناپذیر مثل دیابت (۹)، فشار خون بالا (۱۰)، بیماری‌های ایسکمیک قلبی^۱ (۱۱)، افسردگی و بدخیمی‌ها (۱۲) که شیوع آنها رو به افزایش است، با استفاده از درمان‌های موجود سخت به نظر می‌آید (۸).

بر اساس پژوهشی در آمریکا درباره زنان با مراحل مختلف سرطان، نشان داده شده که مذهب در زندگی ۷۶ درصد جایگاه جدی داشته است و ۴۹ درصد آنان پس از تشخیص سرطان مذهبی‌تر شده‌اند. عقاید مذهبی هیچ یک از آنان کمتر نشده بود و ۹۳ درصد معتقد بودند که تعهد مذهبی به حفظ امید آنان کمک کرده است (۱۸). مطالعات دیگری نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان پستان از مذهب و معنویت که منابعی برای ارتقای روحی و سازگاری بهتر با بیماری است، بهره برده‌اند (۱۳، ۱۵، ۱۶). روو^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۴ به این نتیجه رسیده‌اند که معنویت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد بررسی، با توانایی مقابله با بیماری‌ها همبستگی مثبت دارد. این همبستگی نشان می‌دهد که معنویت ابزاری مهم برای مقابله است زیرا چند شیوه مختلف مقابله در آن درگیر می‌شود (۱۹).

مطالعات موجود بر ارتباط وجود یک بیماری خاص با سطح معنویت بیماران تمرکز داشته و گزارش شده است که بیماری می‌تواند سبب افزایش سطح معنویت افراد شود (۹-۱۹). از این رو، به نظر آمد رابطه وضعیت معنویت افراد با بیماری‌های آنان نیز بررسی شود. با این هدف مراکز جامع سلامت که به‌عنوان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نقش مهمی در ارتقای کیفیت سلامت جامعه تحت پوشش دارند و برای انجام هرگونه بررسی وضعیت موجود مکان مناسبی هستند؛ مکان تحقیق انتخاب شد. بنابراین، مطالعه حاضر به‌منظور بررسی وضعیت سلامت معنوی و ارتباط آن با وضعیت سلامت جسمانی مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت شرق شهر تهران طراحی و اجرا شده است.

روش کار

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: برای انجام پژوهش در ابتدا هماهنگی لازم با مسئولان مراکز انجام گرفت. سپس در شروع مطالعه به افراد واجد شرایط توضیحات لازم درباره طرح و محرمانه‌ماندن اطلاعاتشان و آزادبودن شرکت در مطالعه داده شد.

این مطالعه مقطعی به‌صورت توصیفی-تحلیلی انجام شد. جامعه آماری پژوهش تمامی مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی-درمانی شرق شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. نمونه‌گیری در سه مرکز جامع سلامت در بازه زمانی یک ماهه به‌صورت پواسون^۳ با تخمین شرکت ۵۰۰ تا ۶۰۰ نفر با توجه به مراجعان روزانه مراکز منتخب در بررسی اولیه؛ انجام شد. در پایان، تعداد ۵۲۲ نفر در حضور محقق پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در مرحله اول برای انتخاب مراکز سلامت از روش تصادفی ساده استفاده شد. در مرحله دوم برای انتخاب نمونه‌ها در هر مرکز نمونه‌گیری دردسترس به کار گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بالای ۱۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه. افراد مبتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی (سایکوتیک^۴) وارد مطالعه نشدند.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه سلامت معنوی: برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه^۵ ۲۰ سؤالی استاندارد سلامت معنوی پالوتزین و الیسون^۵ استفاده شد (۲۰). اطلاعات جمعیت‌شناختی و وضعیت سلامت افراد از طریق فرم اطلاعاتی محقق‌ساخته و در صورت لزوم از پرونده بیمار جمع‌آوری شد. وضعیت سلامت شامل سابقه بیماری‌های مزمن و تعداد دفعات ابتلا به بیماری‌های عفونی در یک سال بود. پرسش‌نامه استاندارد سلامت معنوی دو زیرمقیاس دارد: اول زیرمقیاس سلامت مذهبی شامل ۱۰ سؤال با شماره‌های فرد و دوم زیرمقیاس سلامت وجودی شامل ۱۰ سؤال با شماره‌های زوج. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم) است که به‌گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به‌گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده می‌شود. در سؤالات منفی نمره‌گذاری به‌صورت معکوس انجام می‌شود. دو زیرمقیاس بُعد مذهبی و بُعد وجودی هر کدام ۶۰-۱۰ نمره دارند و نمره کل سلامت معنوی بین ۱۲۰-

^۳) Poisson distribution

^۴) Psychotic

^۵) Palutzian & Ellison

^۱) ischemic heart disease (IHD)

^۲) Rowe

جدول ۲) توزیع فراوانی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران در سال ۱۳۹۸ برحسب متغیر ابتلای سالانه به سرماخوردگی

دفعات	تعداد	درصد
هیچ دفعه	۴۰	۷/۷
۱-۳ دفعه	۲۶۰	۴۹/۸
۴ دفعه و بیشتر	۲۰۵	۳۹/۲
نمی‌دانم	۱۷	۳/۳
جمع	۵۲۲	۱۰۰

یافته‌ها نشان می‌دهد امتیازهای سلامت معنوی به‌طور کلی ۱۲۰ و سلامت مذهبی و سلامت وجودی هر کدام ۶۰ بود که میانگین و انحراف معیار هر یک در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار امتیاز سلامت معنوی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران و ابعاد آن در سال

۱۳۹۸

ابعاد سلامت معنوی	امتیاز کل پرسش‌نامه	میانگین و انحراف معیار	طیف امتیاز
سلامت معنوی کلی	۱۲۰	۷۱/۶۱±۹/۰۸	۲۴-۱۰۰
بعد سلامت مذهبی	۶۰	۵۱/۲۱±۷/۶۳	۲۵-۶۰
بعد سلامت وجودی	۶۰	۴۵/۹۴±۹/۳۷	۱۸-۶۰

توزیع فراوانی سطوح سلامت معنوی و اجزای آن در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴) توزیع فراوانی و سطح‌بندی امتیازات سلامت معنوی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران و ابعاد آن در سال

۱۳۹۸

سطوح	سطوح	تعداد	درصد
سلامت معنوی	بالا (۱۲۰-۱۰۰)	۳۰۷	۵۸/۸
	متوسط (۹۹-۴۱)	۲۱۵	۴۱/۲
	پایین (۴۰-۲۰)	-	-
جمع		۵۲۲	۱۰۰
بعد سلامت مذهبی	بالا (۶۰-۵۰)	۳۶۵	۶۸/۲
	متوسط (۴۹-۲۱)	۱۶۶	۳۱/۸
	پایین (۱۰-۲۰)	-	-
جمع		۵۲۲	۱۰۰
بعد سلامت وجودی	بالا (۶۰-۵۰)	۲۴۱	۴۶/۲
	متوسط (۴۹-۲۱)	۲۶۵	۵۰/۸
	پایین (۱۰-۲۰)	۱۶	۳/۱
جمع		۵۲۲	۱۰۰

۲۰ است. درنهایت، سلامت معنوی به سه سطح طبقه‌بندی می‌شود. سطح اول نمره ۲۰-۴۰ سلامت معنوی در حد پایین، سطح دوم نمره ۴۱-۹۹ سلامت معنوی در حد متوسط و سطح سوم نمره ۱۰۰-۱۲۰ سلامت معنوی در حد بالا را نشان می‌دهد (۲۱-۲۳). روایی پرسش‌نامه سلامت معنوی پس از ترجمه اله‌بخشیان و همکاران به فارسی از طریق روایی محتوا و به‌روش نظر متخصصان تعیین شد (۲۰، ۲۴). ضریب پایایی این پرسش‌نامه در مطالعات پیشین بین ۰/۸۷-۰/۷۶ (۲۱-۲۵) و در مطالعه حاضر به‌روش همسانی درونی و با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن^۱، آزمون من‌ویتنی^۲، کروسکال-والیس^۳ و کای‌دو^۴ استفاده شد و مقدار $P < 0.05$ معنی‌دار قلمداد شد.

یافته‌ها

با تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش این نتایج به دست آمد: میانگین سن شرکت‌کنندگان پژوهش 37.72 ± 12.3 بود. کوچک‌ترین و بزرگ‌ترین شرکت‌کننده به‌ترتیب ۱۷ و ۷۱ سال داشتند. تعداد شرکت‌کنندگان ۱۹۲ نفر (۳۶/۸ درصد) مرد، با میانگین سنی 36.43 ± 10 و ۳۳۰ زن (۶۳/۲ درصد) با میانگین سنی 38.47 ± 12 بود. بیشتر شرکت‌کنندگان (۳۷۹ نفر؛ ۷۲/۶ درصد) متأهل بودند. از نظر تحصیلات نیز بیشتر شرکت‌کنندگان (۴۰۰ نفر؛ ۷۶/۴ درصد) دیپلمه و بالاتر بودند. توزیع فراوانی بیماری‌های مزمن شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۱ و تعداد دفعات ابتلای سالانه به سرماخوردگی در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول ۱) توزیع فراوانی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران در سال ۱۳۹۸ برحسب متغیر ابتلا به بیماری‌های مزمن

بیماری‌های مزمن	تعداد	درصد
سالم	۱۹۲	۳۶/۸
دیابت	۱۲۰	۲۳
فشارخون	۱۵۳	۲۹/۳
چربی‌خون/بیماری‌های قلبی-عروقی	۲۲	۴/۲
بیماری‌های روماتولوژی	۲۰	۳/۸
آلرژی	۱۵	۲/۹
جمع	۵۲۲	۱۰۰

^۱) Spearman correlation coefficient

^۲) Mann-Whitney Test

^۳) Kruskal-Wallis Test

^۴) Chi square Test

با توجه به اینکه آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داده است که امتیاز سلامت معنوی کلی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی توزیع طبیعی نداشته؛ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های بدون پیش‌فرض (غیرپارامتری) استفاده شده است. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، ضریب همبستگی اسپیرمن بین

افزایش سن و افزایش امتیاز کل سلامت معنوی در شرکت‌کنندگان زن و همچنین بین افزایش سن و افزایش امتیاز سلامت مذهبی و سلامت وجودی ارتباط مثبت معنی‌دار نشان داده است (جدول شماره ۵).

جدول ۵) همبستگی بین سن و امتیاز کل سلامت معنوی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران و ابعاد آن به تفکیک جنس در سال ۱۳۹۸

ابعاد سلامت معنوی متغیر جمعیت‌شناختی	فراوانی تعداد درصد	P-value با امتیاز کل سلامت معنوی	P-value با امتیاز بُعد سلامت مذهبی	P-value با امتیاز بُعد سلامت وجودی	نوع آزمون
زن	۳۳۰ ۶۳/۲	$r=0/168$ $P=0/002$	$r=0/140$ $P=0/011$	$r=0/141$ $P=0/011$	همبستگی اسپیرمن
سن	۱۹۲ ۳۶/۸	$r=0/038$ $P=0/6$	$r=0/069$ $P=0/343$	$r=0/057$ $P=0/436$	همبستگی اسپیرمن
مرد	۵۲۲ ۱۰۰				
جمع					

آزمون من‌ویتنی بین امتیاز سلامت معنوی و امتیاز بُعد سلامت مذهبی مردان و زنان شرکت‌کننده تفاوت معنی‌داری نشان داد. میانگین امتیاز سلامت معنوی و ابعاد آن در زنان بیشتر از مردان بود (جدول شماره ۶).

جدول ۶) ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و امتیاز کل سلامت معنوی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران و ابعاد آن در سال ۱۳۹۸

ابعاد سلامت معنوی متغیر جمعیت‌شناختی	فراوانی تعداد درصد	میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی	میانگین و انحراف معیار سلامت وجودی	P-value با امتیاز بُعد سلامت معنوی	P-value با امتیاز بُعد سلامت مذهبی	P-value با امتیاز بُعد سلامت وجودی	آزمون آماری
زن	۳۳۰ ۶۳/۲	97 ± 15	$51/70 \pm 7$	$46/23 \pm 9$			
جنس	۱۹۲ ۳۶/۸	$95/83 \pm 15$	$50/37 \pm 7$	$45/46 \pm 8$	$P=0/028$	$P=0/016$	من ویتنی
مرد	۵۲۲ ۱۰۰						
جمع							
مجرد	۱۰۸ ۲۰/۷	$93/74 \pm 17$	$49/12 \pm 9$	$44/66 \pm 8$			
متاهل	۳۷۹ ۷۲/۶	$97/83 \pm 15$	$51/46 \pm 6$	$46/19 \pm 9$			
وضعیت تاهل	۲۳ ۴/۴	$98/91 \pm 14$	$50/87 \pm 6$	$48/04 \pm 8$	$P=0/001$	$P=0/007$	کروسکال والیس
بیوه	۱۲ ۲/۳	$102/12 \pm 83$	57 ± 3	$45/83 \pm 10$			
جمع	۵۲۲ ۱۰۰						
زیر دیپلم	۱۲۲ ۲۳/۴	$93/20 \pm 17$	$48/31 \pm 9$	$44/89 \pm 9$			
وضعیت تحصیلی	۱۷۵ ۳۳/۵	$98/44 \pm 14$	$52/15 \pm 6$	$46/29 \pm 10$	$P=0/005$		کروسکال والیس

ابعاد سلامت معنوی متغیر جمعیت‌شناختی	فراوانی تعداد درصد	میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی	میانگین و انحراف معیار سلامت وجودی	P-value با امتیاز کل سلامت معنوی	P-value با امتیاز بُعد سلامت مذهبی	P-value با امتیاز بُعد سلامت وجودی	آزمون آماري
لیسانس	۱۶۰ ۳۰/۷	۹۸/۲۹±۱۴	۵۲/۰۷±۷	۴۶/۲۲±۸			
بالتر از لیسانس	۶۵ ۱۲/۵	۹۸/۳۴±۱۵	۵۲/۰۲±۶	۴۶/۳۲±۹			
جمع	۵۲۲ ۱۰۰						

لیسانس ($P=0/001$). میانگین امتیاز سلامت مذهبی شرکت‌کنندگان زیر دیپلم از گروه‌های دیگر کمتر بود (جدول شماره ۶).

آزمون کروسکال-والیس بین امتیاز سلامت معنوی، سلامت مذهبی و سلامت وجودی شرکت‌کنندگان بر حسب تعداد دفعات سرماخوردگی آنان در سال تفاوت معنی‌دار نشان داد (به ترتیب: سلامت معنوی $P=0/019$ ، سلامت مذهبی $P=0/002$ و سلامت وجودی $P=0/031$). میانگین امتیازات به‌دست‌آمده نشان می‌دهد افرادی که امتیاز بیشتری از پرسش‌نامه سلامت معنوی کسب کرده‌اند کمتر دچار سرماخوردگی شده‌اند (جدول شماره ۷).

اگرچه آزمون کروسکال-والیس بین امتیاز سلامت معنوی شرکت‌کنندگان بر حسب بیماری‌های مزمن آنان تفاوت معنی‌دار نشان نداده است، بین امتیاز سلامت مذهبی با بیماری‌های مزمن شرکت‌کنندگان تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($P=0/028$). آزمون تعقیبی این تفاوت امتیاز را بین گروه بیماری قلبی-عروقی و هیپرلیپیدمی با گروه‌های دیگر نشان داده است. میانگین امتیاز سلامت مذهبی افرادی که بیماری قلبی-عروقی و هیپرلیپیدمی داشتند از گروه‌های دیگر بیشتر گزارش شده است (جدول شماره ۷).

آزمون کروسکال-والیس تفاوت معنی‌داری بین امتیاز سلامت معنوی و سلامت مذهبی در گروه‌های متأهل نشان داده است. برای تعیین تفاوت بین وضعیت تأهل از آزمون من‌ویتنی پیاپی استفاده شد. در نهایت میانگین امتیاز سلامت معنوی مطلقه‌ها با مجردها و متأهل‌ها اختلاف معنی‌داری نشان داد (به ترتیب $P=0/000$ و $P=0/002$)؛ اما با افراد بیوه تفاوت معنی‌داری نداشت. همچنین آزمون من‌ویتنی پیاپی تفاوت معنی‌داری بین میانگین امتیاز سلامت مذهبی افراد بیوه با وضعیت تأهل نشان داد (به ترتیب: مجردها $P=0/001$ ؛ متأهل‌ها $P=0/005$ و مطلقه‌ها $P=0/003$)؛ ولی بین امتیاز سلامت مذهبی افراد مطلقه با مجردها و متأهل‌ها اختلافی دیده نشد. این یافته‌ها از ارتباط سلامت معنوی با حس هویت فردی که ممکن است بعد از مرگ همسر و یا متارکه بیشتر شود؛ پشتیبانی می‌کند (جدول شماره ۶).

امتیاز بُعد سلامت مذهبی افراد بر اساس وضعیت تحصیل آنان اختلاف معنی‌داری داشت. برای تعیین تفاوت بین گروه‌های تحصیلی با استفاده از آزمون من‌ویتنی پیاپی نشان داده شد که امتیاز سلامت مذهبی شرکت‌کنندگان زیر دیپلم با دیگر زیرگروه‌های تحصیلات اختلاف معنی‌داری داشت (به ترتیب لیسانس $P=0/027$ ، دیپلم $P=0/003$ و بالاتر از

جدول ۷) ارتباط بین ابتلا به بیماری و امتیاز کل سلامت معنوی مراجعه‌کنندگان به مراکز سلامت شرق تهران و ابعاد آن در سال ۱۳۹۸

ابعاد سلامت معنوی ابتلا به بیماری	فراوانی تعداد درصد	میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی	میانگین و انحراف معیار سلامت وجودی	P-value با امتیاز کل سلامت معنوی	P-value با امتیاز بُعد سلامت مذهبی	P-value با امتیاز بُعد سلامت وجودی	آزمون آماري
دفعات سرماخوردگی در سال	هیچ وقت	۴۰ ۷/۷	۱۰۳/۵±۱۲	۵۴/۲۸±۵	۴۹/۲۸±۷		
				$P=0/019$	$P=0/002$	$P=0/031$	کروسکال- والیس

ابعد سلامت معنوی ابتلا به بیماری	میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی	میانگین و انحراف معیار سلامت مذهبی	میانگین و انحراف معیار سلامت وجودی	P-value با امتیاز کل سلامت معنوی	P-value با امتیاز بُعد سلامت مذهبی	P-value با امتیاز بُعد سلامت وجودی	آزمون آماری
(۲۶/۲۷)	۲۶۰ ۴۹/۸	۹۹/۲۲±۱۳	۵۲/۴۴±۶	۴۶/۷۷±۸			
۳-۱ دفعه	۲۰۵ ۳۹/۳	۹۳/۷۸±۱۷	۴۹/۳۹±۹	۴۴/۳۹±۱۰			
۴ دفعه و بیشتر	۱۷ ۳/۳	۹۱/۳۵±۱۴	۴۷/۱۸±۷	۴۹/۲۸±۷			
نمی‌داند	۵۲۲ ۱۰۰						
جمع	۱۹۲ ۳۶/۸	۹۷/۵۷±۱۵	۵۱/۵۳±۷	۴۶/۰۴±۹			
سالم	۳۳۰ ۶۳/۲	۹۶/۹۱±۱۵	۵۱/۰۲±۷	۴۵/۸۹±۹			
بیمار	۵۲۲ ۱۰۰						
جمع	۱۹۲ ۳۶/۸	۹۷/۵۷±۱۵	۵۱/۳۳±۵	۴۳/۱۲±۲۷			
سالم	۱۲۰ ۲۳	۹۷/۴۱±۱۳	۴۹/۲۴±۷	۴۸/۱۷±۷			
دیابت	۱۵۵ ۲۹/۷	۹۵/۹۵±۱۷	۴۸/۰۹±۹	۴۷/۸۶±۸			
فشار خون	۲۰ ۳/۸	۱۰۴/۳۵±۹	۵۳/۴۵±۵	۵۰/۹۰±۶			
قلبی-عروقی و چربی خون	۳۵ ۶/۷	۹۵/۲۰±۱۷	۴۷/۷۷±۸	۴۷/۴۳±۱۰			
آلرژی	۵۲۲ ۱۰۰						
جمع							

من‌ویتنی

P=۰/۸۳

P=۰/۵۵

P=۰/۷

ابتلا به بیماری مزمن

کروسکال-والیس

P=۰/۷۱۷

P=۰/۰۲۸

P=۰/۱۸۱

انواع بیماری مزمن

یافته‌های مطالعه حاضر بین افزایش سن و افزایش امتیاز کل سلامت معنوی در شرکت‌کنندگان زن ارتباط مثبت معنی‌دار نشان داده است. اگر چه این ارتباط ضعیف بود ولی نشان می‌دهد با افزایش سن، میانگین امتیاز سلامت معنوی نیز افزایش یافت و این اتفاق در زنان با شیب بیشتری بوده است. شاید اگر میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه بیشتر می‌بود این ارتباط نیز قوی‌تر نشان داده می‌شد. در مطالعه نجارکلایی نیز بین سن و سلامت معنوی ارتباط معنادار گزارش شده است (۳۰). ارتباط مثبت سن با نمره

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت شرکت‌کنندگان در این پژوهش همگی از سطح بالا و متوسط سلامت معنوی و ابعاد آن برخوردار بودند؛ این درحالی است که قره‌بوقلو، کاوسی‌ان و دهباشی سلامت معنوی جامعه پژوهش خود را در حد متوسط گزارش نموده‌اند (۲۶، ۲۸، ۲۹).

به دلیل تنهایی ناشی از متارکه یا مرگ همسر باشد. قرآن کریم در آیه ۸ سوره زمر می‌فرماید: «وَ إِذَا مَسَّ الْإِنْسَانَ ضُرٌّ دَعَا رَبَّهُ مُبِیَّاً إِلَیْهِ»؛ «هنگامی که به انسان زبانی برسد، پروردگار خود را می‌خواند و به سوی او باز می‌گردد» (۳۵). معنویت و مذهب راهکارهای مقابله‌ای است که می‌تواند نقش مؤثری در افزایش قدرت تطابق انسان با مشکلات خود داشته باشد. مطالعات زیادی این ارتباط را در بیمارانی که در مرحله پایانی زندگی خود هستند نشان داده است (۵، ۳۶).

نتایج این پژوهش نشان داده است که امتیاز سلامت مذهبی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار داشت؛ به‌طوری که میانگین امتیاز سلامت مذهبی دیپلمه‌ها از گروه‌های دیگر بیشتر بود. اما روند افزایشی در میانگین امتیازات سلامت معنوی و سلامت وجودی دیده می‌شود؛ اگرچه این روند معنی‌دار نیست ولی شاید با نمونه‌گیری از مراکز بیشتر این ارتباط بهتر بیان شود. در برخی از پژوهش‌ها این یافته تأیید شده است (۲۸، ۲۹، ۳۷)، اما رحیمی و نجارکلاهی نتایج مغایر گزارش نموده‌اند (۲۲، ۳۰).

داده‌های پژوهش حاضر بین امتیاز سلامت معنوی و ابعاد آن با تعداد دفعات سرماخوردگی شرکت‌کنندگان در سال، تفاوت معنی‌دار نشان داده است. افرادی که اصلاً سرما نخوردند یا کمتر دچار سرماخوردگی شدند میانگین امتیازات بیشتری در سلامت معنوی و ابعاد آن کسب کرده بودند. سرماخوردگی عفونت دستگاه تنفسی فوقانی است که با کروناویروس‌ها ایجاد می‌شود اما عملکرد ضعیف دستگاه ایمنی نیز عاملی خطرزا برای بیماری است. عملکرد سالم ایمنی برای حفظ سلامتی و پیشگیری از بیماری بسیار مهم است و توسط شاخص‌های ایمنی سلولی، ایمنی مزاجی یا هومورال^۳ و سطح سیتوکین‌های التهابی^۴ و ضدالتهابی ارزیابی می‌شود (۳۸). در مطالعات بسیاری ارتباط مثبت یا اثر مثبت مداخلات معنوی و دین‌داری با عملکرد ایمنی گزارش شده است (۴، ۵، ۱۷، ۲۶، ۲۷، ۳۸-۴۰). با استناد به مطالعات مروری وسیع، فقط یک مطالعه تأثیر منفی مداخلات معنوی و دین‌داری را با عملکرد ایمنی گزارش نموده است (۴۱)؛ درحالی‌که ۱۵ مطالعه با کیفیت بالا ارتباط یا تأثیرپذیری مثبت عملکرد ایمنی را در پاسخ به مداخلات دین‌داری و معنویت گزارش کرده است (۳۸).

سلامت معنوی می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که افراد با افزایش سن توجه بیشتری به مسائل معنوی پیدا می‌کنند. البته شرایط فرهنگی جامعه نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد.

یافته‌های این مطالعه ارتباط مثبت معنی‌دار بین افزایش امتیاز سلامت مذهبی و سلامت وجودی و افزایش سن در زنان شرکت‌کننده نشان داده است. در مطالعه هوستون^۱، رحیمی و موسی بین سلامت معنوی و جنس رابطه معنی‌دار گزارش شده است و میانگین امتیاز سلامت معنوی زنان بیشتر از مردان بوده است (۲۲، ۳۱-۳۳). دهباشی در مطالعه خود این ارتباط را به نفع مردان گزارش نموده است (۲۹)؛ ولی نجارکلاهی، کاووسیان و قره‌بوقلو در این باره ارتباط معنی‌داری گزارش نکرده‌اند (۲۶، ۲۸، ۳۰). در مطالعه مورالی^۲ و همکاران میانگین نمره سلامت معنوی زنان کمتر از مردان است (۳۴). در مطالعات بسیاری ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با جنسیت به اثبات رسیده است ولی این ارتباط بیشتر به نفع زنان است که می‌تواند نشان‌دهنده تمایل بیشتر زنان به امور معنوی و مذهبی باشد (۳۳).

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد بین امتیاز سلامت معنوی و سلامت مذهبی با وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری وجود داشته است. میانگین امتیاز سلامت معنوی بیوه‌ها و مطلقه‌ها از متأهل‌ها و مجردها بیشتر بود. رحیمی، نجارکلاهی و کاووسیان در مطالعات خود ارتباط معنی‌داری در این زمینه گزارش نکرده‌اند (۲۲، ۲۸، ۳۰)؛ اما دهباشی در مطالعه خود امتیاز سلامت معنوی مجردها را بیش از متأهل‌ها گزارش نموده است (۲۹). کاووسیان میانگین سلامت معنوی بیوه‌ها را کمتر از مجردها و متأهل‌ها گزارش نموده است (۲۸). در این مطالعه همچنین بین امتیاز سلامت مذهبی بیوه‌ها با دیگر گروه‌های متأهل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ولی بین امتیاز سلامت مذهبی افراد مطلقه با مجرد و متأهل اختلافی دیده نشد. میانگین امتیاز سلامت معنوی بیوه‌ها و مطلقه‌ها به‌ترتیب از دیگران بیشتر بود. این نتیجه شاید به‌علت تأثیر تنهایی و مشکلات بعد از تنهاشدن به‌علت مرگ یا متارکه باشد که بر دیدگاه‌های معنوی افراد تأثیر مثبت گذاشته است. انسان پس از ناامیدی از دنیا و مظاهر آن معمولاً به یاد آخرت و مسائل معنوی می‌افتد و این می‌تواند سبب تأثیر مثبت بر دیدگاه‌های معنوی فرد شود. شاید پناه‌بردن به امور معنوی و مذهبی به‌طور فطری راهی برای نجات از افسردگی

^۳) Humoral immunity

^۴) Inflammatory cytokine

^۱) Hutson

^۲) Murali

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین امتیاز سلامت مذهبی با بیماری‌های مزمن شرکت‌کنندگان تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ این تفاوت امتیاز بین گروه بیماری قلبی-عروقی و هیپرلیپیدمی با گروه‌های دیگر بود. بیماری دیابت نیز در رده دوم قرار داشت. این‌ها دو بیماری مزمن هستند و با استرس ارتباط نزدیک دارند و می‌توانند با مداخلاتی مانند مراقبه و آموزش‌های معنوی دیگر کنترل شوند. بالابودن امتیاز سلامت معنوی در گروه مورد بررسی در این مطالعه نیز می‌تواند به همین دلیل باشد. مطالعات زیادی ارتباط معنویت و دین‌داری را با سلامت جسمی گزارش نموده؛ اما تقریباً تمامی مطالعات ارتباط دین‌داری و معنویت را با یک بیماری (فشار خون، سکت، سل، بیماری‌های قابل انتقال جنسی و سرطان) بررسی نموده است. کوئینگ^۱ در مطالعه خود گزارش کرده است که در تمامی مطالعاتی که فشار خون اندازه‌گیری شده را با دین‌داری بررسی نموده‌اند از جمله دو مطالعه هم‌گروهی (کوهورت)^۲ آینده‌نگر (۱۴، ۱۷)، نتایج نشان داده است افرادی که مذهبی‌تر هستند، فشار خون پایین‌تری دارند (۵). از ۱۳ کارآزمایی بالینی که وی بررسی نموده است در ۹ مطالعه گزارش شده است که مداخلات معنوی (هفت مطالعه با مراقبه) توانسته است فشارخون را کاهش دهد (۵). کولانتونیو^۳ و همکارانش نیز در مطالعه وسیع خود درباره افراد سالخورده دریافته‌اند افرادی که دست‌کم یک بار در هفته در مراسم مذهبی شرکت می‌کردند کمتر از افراد دیگر به سکت مغزی در طی شش سال پیگیری مبتلا شدند (۴۲). کوئینگ ۱۹ مطالعه را بررسی کرده است که ارتباطات بین دین‌داری و معنویت را با بیماری‌های عروق کرونر قلب بررسی کرده بودند. از این تعداد، ۱۲ مطالعه رابطه معکوس معنی‌دار و یک مطالعه رابطه مثبت معنی‌دار را نشان داده است. از این ۱۳ مطالعه، ۹ مطالعه با دقیق‌ترین روش رابطه معکوس با بیماری‌های عروق کرونر قلب و یک نمونه رابطه مثبت را نشان می‌دهد (۵). به‌علاوه، دست‌کم ۱۶ مطالعه وجود داشته است که به بررسی روابط بین دین‌داری و معنویت و واکنش قلبی-عروقی، تغییر ضربان قلب، نتایج حاصل از جراحی قلب و دیگر کارکردهای قلبی-عروقی پرداخته بودند. از این تعداد، در ۱۱ مطالعه گزارش شده است که دین‌داری و معنویت با عملکردهای قلبی-عروقی مثبت یا برون‌ده قلبی ارتباط معنی‌دار دارد یا

با سطح پایین‌تری از نشانگرهای^۴ التهابی مانند پروتئین واکنش C^۵ و فیبرینوژن^۶، که افراد را در معرض خطر بالای بیماری قلبی-عروقی قرار می‌دهد، مرتبط است (۳۸). با توجه به ارتباطات محکم بین عوامل استرس‌زا، رفتارهای بهداشتی و بیماری‌های قلبی-عروقی، تعجب‌آور نیست که دین‌داری و معنویت که می‌تواند سبب آرامش و کنترل استرس شود با بیماری‌های قلبی-عروقی ارتباط داشته باشد (۴۳). یکی از دلایلی که احساسات منفی شدید که ناشی از ضعف بُعد معنوی فرد است می‌تواند موجب بیماری، حتی بیماری عفونی شود و ممکن است با گذشت زمان سیستم ایمنی بدن را مختل کنند. فعالیت غدد؛ هورمون‌هایی را در جریان خون قرار می‌دهد که خود پیام‌هایی را به سیستم عصبی منتقل می‌کند. این پیام‌ها گاهی اوقات بدون فاصله اما به تدریج، سیستم ایمنی بدن را کاهش می‌دهد. به تعبیری مصونیت افراد در برابر بیماری تحت تأثیر احساساتی است که آنان دارند (۳۹). درنهایت، نتایج مطالعات بیانگر این است که سلامت معنوی افراد در ابتدای امر می‌تواند مانع بروز بیماری شود اما در صورتی که بیماری ظاهر شد به علت سختی بیماری و ناامیدی، فرد به‌طور فطری به مسائل معنوی روی می‌آورد که همین امر گاهی سبب بهبودی یا تخفیف علائم بیماری می‌شود. به هر صورت آموزه‌های معنوی و سلامت معنوی فی‌نفسه برای انسان مفید است چه قبل از شروع بیماری به‌عنوان عامل پیشگیری‌کننده چه بعد از بروز بیماری به‌عنوان یکی از مهارت‌های مقابله‌ای^۷ و یا حتی درمانی.

از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که افزایش سن به‌تنهایی می‌تواند با سلامت معنوی مرتبط باشد؛ به‌دلیل تجارب زندگی، نزدیک‌شدن به سال‌های پایانی عمر و مرگ و به تعبیری آخرت. از سویی جنس مؤنث نیز گرایش بیشتری به سلامت معنوی دارد که می‌تواند ناشی از شرایط اجتماعی و شاید فیزیولوژیکی این جنس باشد که نیاز به بررسی‌های دقیق زیست‌مولوکولی و فیزیولوژیک دارد. وضعیت تأهل نیز نشان‌دهنده گرایش افراد بعد از تنهایی و مشکلات ناشی از آن به مسائل معنوی است؛ چون طبیعت انسان طوری است که در تنهایی بیشتر به مسائل معنوی به‌ویژه خدا می‌اندیشد و به همین دلیل بیشتر مکاتب عرفانی فرد را به دوری از جماعت

^۴ markers

^۵ C-Reactive Protein

^۶ Fibrinogen

^۷ Coping

^۱) Koenig

^۲) Cohort Study

^۳) Colantonio

با عنوان «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با وضعیت سلامت جسمانی مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت شرق تهران» است که با کد اخلاق IR.shahed.REC.1395.58 در دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد به تصویب رسیده است.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه شاهد و از محل پژوهانه مسئول طرح انجام شده است.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

مشارکت مؤلفان

ایده و طرح اولیه، نگارش مقاله و بررسی متون: مؤلف اول و سوم؛ جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها: مؤلفان اول، دوم و سوم و بازنگری متن: مؤلف دوم.

References

1. Bharti D, Jain R. A study to compare health status of two groups of individuals between 40-60 yrs of age-one practicing any spiritual activity for at least 10 years and other not practicing any such activity. International Journal of Medical and Health Research. 2018; 4(3): 130-3.
2. Bhat KK, Yadavannavar M. Role of spirituality in health care: knowledge, attitude and practices amongst medical professionals in a tertiary care hospital. International Journal Of Community Medicine And Public Health. 2016;3(11):3212-5.
3. D'Souza R. The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. Medical Journal of Australia. 2007;186(10):57-9.
4. Ray O. How the mind hurts and heals the body. American Psychologist. 2004;59(1):29-40.
5. Koenig HG. Religion and medicine IV: religion, physical health, and clinical implications. The International Journal of Psychiatry in Medicine. 2001;31(3):321-36.
6. Yaghoobzadeh A, Soleimani MA, Allen KA, Chan YH, Herth KA. Relationship between spiritual well-being and hope in patients with cardiovascular disease. Journal of religion and health. 2018;57(3):938-50.

و پناه‌بردن به خلوت دعوت می‌کنند. همچنین نتایج نشان می‌دهد افرادی که میانگین سلامت معنوی‌شان بیشتر بود در طول سال به عفونت‌های دستگاه تنفسی مبتلا نشدند یا در حد طبیعی دچار این عارضه شدند. در زمینه بیماری‌های مزمن نیز نشان داده شده که افراد سالم از میانگین امتیاز بیشتری برخوردار بودند. به عبارتی افزایش میانگین سلامت معنوی می‌تواند با پیشگیری از بروز بیماری ارتباط داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است از جمله: نمونه‌گیری دردسترس و بررسی بر اساس پرسش‌نامه و پرونده بیماران، محدودیت طبقه اجتماعی افراد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی که معمولاً از یک طبقه اجتماعی خاصی هستند و تمام طبقات اجتماعی جامعه را پوشش نمی‌دهد. این امر می‌تواند بر نتایج تحقیق اثرگذار باشد. دیگر اینکه به علت نوع مطالعه، تعداد نمونه‌ها در برخی از بیماری‌های مزمن به قدری کم بود که امکان تجزیه و تحلیل داده‌ها میسر نبود و به‌ناچار داده‌های بیماری‌های نزدیک به هم ادغام شد.

پیشنهادهای پژوهش

توصیه می‌شود در مطالعات بعدی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود و نقش متغیرهایی مانند جنسیت در ارتباط با سلامت معنوی و جسمی بررسی شود. علاوه‌براین، پیشنهاد می‌شود که این مطالعه برای گروه‌های جمعیتی دیگر از قبیل کارکنان ادارات و بیمارستان‌ها نیز صورت گیرد. همچنین مطالعه آینده‌نگر وسیع با هدف تعیین رابطه علی بین اعتقادات معنوی و حفظ سلامتی و ایجادنشدن بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج صورت گیرد.

قدردانی

از تمامی کارکنان حوزه پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد و همچنین کارکنان مراکز بهداشتی شرق شهر تهران که با مجری طرح همکاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی

7. Sen S, Pal D, Hazra S, Pandey GK. Spiritual health of students in government medical colleges of Kolkata and their coping skills in a crisis situation. *Indian journal of public health*. 2015;59(3):196-203.
8. Jain M, Joshi A, Tayade NG, Jaiswar S, Thakkar KB. Knowledge, attitude and practices regarding "the role of spirituality in current medical practice amongst medical professionals" in a tertiary care Hospital. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2013;2(3):204-26.
9. Chan JC, Malik V, Jia W, Kadowaki T, Yajnik CS, Yoon K-H, et al. Diabetes in Asia: epidemiology, risk factors, and pathophysiology. *Jama*. 2009;301(20):2129-40.
10. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*. 2005;365(9455):217-23.
11. Ounpuu S, Anand S, Yusuf S. The impending global epidemic of cardiovascular diseases. Oxford University Press; 2000;880-3.
12. Seybold KS, Hill PC. The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current directions in psychological science*. 2001;10(1):21-4.
13. Elsheshtawy EA, Abo-Elez WF, Ashour HS, Farouk O, zaafarany MIEE. Coping strategies in egyptian ladies with breast cancer. *Breast cancer: basic and clinical research*. 2014;8:BCBCR. S14755;97-102
14. Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology*. 1993;82(2-3):100-21.
15. Hajian S, Mehrabi E, Simbar M, Houshyari M. Coping strategies and experiences in women with a primary breast cancer diagnosis. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*. 2017;18(1):215-24
16. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M. Religion, Spirituality and Coping with Breast Cancer: A Phenomenological Study. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2016;2(2):12-23. (Full Text in Persian)
17. Oxman TE, Freeman DH, Manheimer ED. Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly. *Psychosomatic medicine*. 1995;57(1):5-15.
18. Roberts JA, Brown D, Elkins T, Larson DB. Factors influencing views of patients with gynecologic cancer about end-of-life decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1997;176(1):166-72.
19. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies*. 2003;19(1):62-6.
20. Mohammadizadeh A, Askarizadeh G, Bagheri M. The relationship between spiritual health and death anxiety in patients with multiple sclerosis. *Journal of religion and health*. 2017;4(2):20-8. (Full Text in Persian)
21. Atashzadeh-Shoorideh F, Abdoljabbar M, Karamkhani M, Shokri Khubestani M, Pishgooie SA. The relationship between Nurses' spiritual health and their caring behaviors. *J Res Relig & Health*. 2017;3(1):5-17. (Full Text in Persian)
22. 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. (Full Text in Persian)
23. Zareipour M, Narmayuon N, Sadeghi R, Jadgal K, Zare F. Comparative Study of Spiritual Health between Female Prisoners and Nonprisoners in Urmia County. *Health, Spirituality and Medical Ethics*. 2017;4(4):18-23.
24. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2010;12(3):29-33. (Full Text in Persian)
25. Riazi H, Alaei S, Emamhadi M, Nazparvar B, Salmani F. The comparison of spiritual health and self-esteem in women with and without sexual violence. *Electronic physician*. 2017;9(11):5705-11.
26. Allan GM, Arroll B. Prevention and treatment of the common cold: making sense of the evidence. *Cmaj*. 2014;186(3):190-9.
27. Norbäck D, Lu C, Zhang Y, Li B, Zhao Z, Huang C, et al. Common cold among pre-school children in China-associations with ambient PM10 and dampness, mould, cats, dogs, rats and cockroaches in the home environment. *Environment international*. 2017;103:13-22.
28. Kavosian N, Hosseinzadeh K, Jaliseh HK, Karboro A. The relationship between spiritual health and loneliness among the elderly in Karaj-2016. *Journal of Research on Religion and Health*. 2018;4(2):7-15. (Full Text in Persian)
29. Dehbashi F, Sabzevari S, Targari B. The relationship between spiritual well-being and hope in Hemodialysis patients referring to the Khatam Anbiya hospital in Zahedan 2013-2014. *Medical Ethics Journal*. 2015;9(30):77-97. (Full Text in Persian)
30. Najarkolaei FR, Haghighi M, Heydarabadi AB, Ansarian A, Mesri M. Investigation of spiritual health in staff of one Medical Sciences University in Tehran. *Journal of Research on Religion & Health*. 2015;1(1).13-20. (Full Text in Persian)
31. Musa AS. Correlates and Predictors of Spiritual, Existential, and Religious Well-being among Malaysian Muslim College Students. *Research on Humanities and Social Sciences*. 2016 ;6(16):82-91.

32. Hutson SP, Darlington CK, Hall JM, Heidel RE, Gaskins S. Stigma and Spiritual Well-being among People Living with HIV/AIDS in Southern Appalachia. *Issues in mental health nursing*. 2018;39(6):482-9.
33. Maselko J, Kubzansky LD. Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: Results from the US General Social Survey. *Social Science & Medicine*. 2006;62(11):2848-60.
34. Murali AJ, Varghese RG, Madhavikutty GD, Sobha A. Spiritual health and coping skills among first year medical students. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 2016;5(82):6088-93.
35. The holy Qur'ān. al-zomar. Verse 70. Translated by: Mohammad Mehdi Foladvand. Qom: Nashta (Ya); 2011. (Full Text in Arabic)
36. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(5):449-56.
37. Rabiepoor S, Sadeghi E, Sayyadi H. Spiritual Health and Physical Activity Among Iranian Pregnant Women. *Journal of religion and health*. 2017;1-10. (Full Text in Persian)
38. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012; 278730-33.
39. Koenig HG, Cohen HJ, George LK, Hays JC, Larson DB, Blazer DG. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1997;27(3):233-50.
40. Koenig HG. Religion and medicine III: Developing a theoretical model. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2001;31(2):199-216.
41. Jones BM. Changes in cytokine production in healthy subjects practicing Guolin Qigong: a pilot study. *BMC complementary and alternative medicine*. 2001;1(1):1-8
42. Colantonio A, Kasl S, Ostfeld A. Depressive symptoms and other psychosocial factors as predictors of stroke in the elderly. *American Journal of Epidemiology*. 1992;136(7):884-94.
43. Ghanbari Afra L, Zaheri A. Relationship of Anxiety, Stress, and Depression with Spiritual Health in Patients with Acute Coronary Artery Disease. *J Educ Community Health*. 2017;4(2):28-34. (Full Text in Persian)