

ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس

مقاله پژوهشی

مریم اله‌بخشیان^۱، مهشید جعفرپورعلوی^۲، سرور پرویزی^۳، حمید حقانی^۴

۱. مربی پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فلاورجان، دانشکده پرستاری و مامایی

۲. مربی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی

۳. دانشیار پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی

۴. مربی آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۳/۱۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۵/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی یکی از مفاهیم بنیادین در بیماری‌های مزمن است، که با ایجاد معنا و هدف در زندگی به عنوان رویکردی مهم در ارتقا سلامت عمومی و کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس مراجعه کننده به انجمن MS ایران طرح ریزی شد.

مواد و روش کار: این مطالعه همبستگی توصیفی بر روی ۲۳۶ بیمار ۵۷-۲۰ ساله عضو انجمن MS ایران که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند در سال ۱۳۸۷ انجام شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های سلامت معنوی و کیفیت زندگی جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط آزمون t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون انجام و $P \leq 0/05$ معنی دار تلقی گردید.

یافته‌ها: سلامت معنوی در اکثر این بیماران در حد متوسط (۹/۹۷٪) بود. بین سلامت معنوی در بُعد مذهبی و کیفیت زندگی در بُعد روانی ارتباط معنی داری وجود داشت. در بُعد وجودی نیز با کیفیت زندگی در هر دو بُعد جسمی ($p=0/04$) و روانی ($p \leq 0/0001$) ارتباط معنی داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج می‌توان به ضرورت تقویت بُعد معنوی سلامت به‌عنوان عاملی تاثیرگذار بر کیفیت زندگی در این بیماران پی برد. این نکته‌ی کلیدی در کشوری با باورهای فکری، فرهنگی و مذهبی مانند ایران می‌تواند در طراحی برنامه‌های مراقبتی-درمانی برای این‌گونه بیماران مفید و ضروری باشد. [م ت ع پ ز، ۱۲(۳): ۳۳-۲۹]

کلیدواژه‌ها: مولتیپل اسکلروزیس، کیفیت زندگی، معنویت، مذهب، سلامت

مقدمه

درباره معنا و هدف در زندگی مواجه می‌کنند. بسیاری از بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجاد کننده معنا و هدف در زندگی و ارتقا دهنده‌ی کیفیت زندگی می‌شناسند.^۸ هم‌چنین در طی بیست سال اخیر، معنویت در ارتباط با فرآیند بررسی کیفیت زندگی مورد تاکید قرار گرفته است.^۹ مطالعات بسیاری بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقای سازگاری با بیماری دلالت دارند.^{۱۰} نتایج مطالعه Beak و همکارانش بر روی مبتلایان به ایدز نشان داد کسانی که بر پایه معنویت، معنای زندگی را در بیماری یافته بودند، کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با زمان تشخیص بیماری داشته‌اند.^{۱۱} هم‌چنین، در مطالعه Brook و همکارانش در مبتلایان به MS، عقاید معنوی و ایمان در سازگاری با بیماری سودمند شناخته شد.^{۱۲} O'conner نیز در بررسی‌های خود به تاثیر مثبت سلامت معنوی بر کیفیت زندگی در مبتلایان به لوسمی پی برد.^{۱۳}

با توجه به مطالب مذکور، تمرکز بر مفهوم معنویت و سلامت معنوی به عنوان جنبه‌ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته و بررسی تاثیر آن بر جنبه‌های متفاوت زندگی در بیماری‌های مزمن، لازم به نظر می‌رسد. از این‌رو این مطالعه با هدف بررسی میزان سلامت معنوی و ارتباط آن با کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس عضو انجمن MS ایران انجام شد.

مولتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis) از شایع‌ترین بیماری‌های ناتوان کننده و اختلال میلین زدای سلسله اعصاب مرکزی است.^۱ دو میلیون نفر در سراسر دنیا^۲ و چهارصد هزار نفر در ایالات متحده آمریکا^۳ به این بیماری مبتلا می‌باشند. در ایران نیز از هر ۱۰۰ هزار نفر ۳۰-۱۵ نفر به این بیماری مبتلا می‌باشند.^۴ دوره پیدایش بیماری معمولاً هم‌زمان با رویارویی با موقعیت‌هایی مانند تشکیل خانواده، انتخاب شغل و تامین امنیت مالی است. این بیماری از یک طرف استقلال و توانایی فرد برای شرکت موثر در اجتماع را تهدید می‌کند^۵ و از سوی دیگر پیش‌آگهی و دوره‌های غیرقابل پیش‌بینی آن، تاثیر بارزی بر کیفیت زندگی و سلامت دارد.^۶ این بیماران در یافتن راهی حل مشکلات و دست‌یابی به رویکردی جهت بهبود کیفیت زندگی و سلامت خود ناتوان هستند.

درباره‌ی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری چندین مفهوم وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است که به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود.^۷ بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن، فرد را با سوالاتی

روش کار

این مطالعه همبستگی توصیفی بر روی ۲۳۶ بیمار ۵۷-۲۰ ساله عضو انجمن MS ایران که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند در سال ۱۳۸۷ انجام شد. حجم نمونه با توجه به برآورد ضریب همبستگی ۰/۲ و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۵ درصد، ۲۳۶ نفر انتخاب گردید. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: سن بالای ۱۸ سال، توانایی خواندن و نوشتن یا انجام مصاحبه، آگاهی از نوع بیماری و تمایل به همکاری. مدت ابتلا کمتر از یک سال و ابتلا به اختلالات شناختی یا بیماری مزمن دیگر معیارهای خروج از مطالعه را تشکیل می دادند. پژوهشگر پس از کسب تاییده از کمیته اخلاق و معاونت آموزشی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران و هماهنگی با انجمن MS ایران، در روزهای مختلف هفته و در نوبت کاری صبح به صورت مستمر در انجمن MS ایران حضور پیدا کرد و نمونه های واجد شرایط را انتخاب نمود. وی با بیان اهداف پژوهش، پس از اخذ رضایت نامه کتبی و دادن اطمینان مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات، پرسشنامه های اطلاعات فردی و سلامت معنوی و کیفیت زندگی را در اختیار بیماران قرار داد. در صورتی که افراد قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند پژوهشگر سوالات را برای آن ها می خواند و نظرات آن ها را به طور کامل در پرسشنامه ثبت می نمود.

جهت تعیین میزان سلامت معنوی از پرسشنامه ۲۰ عبارتی سلامت معنوی Paloutzian^{۱۱} استفاده شد که ده عبارت با شماره زوج، سلامت وجودی و ده عبارت با شماره فرد، سلامت مذهبی را اندازه گیری می کردند. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه بود و دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شد. پاسخ عبارات بر طبق مقیاس لیکرت در شش قسمت (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) دسته بندی گردید. در عباراتی که فعل مثبت داشتند پاسخ "کاملاً مخالفم" نمره یک و "کاملاً موافقم" نمره شش و عباراتی که فعل منفی داشتند، پاسخ "کاملاً مخالفم" نمره شش و "کاملاً موافقم" نمره یک گرفتند. در پایان سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد.^{۱۴} در این پرسشنامه متغیر سلامت معنوی به عنوان فلسفه مرکزی زندگی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته شده و سلامت وجودی به حس هدف مندی و رضایت از زندگی و سلامت مذهبی به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق شده است.^۷ روایی این پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوی و پایایی آن از طریق ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین شد.

پرسشنامه استاندارد Msis_۲۹ با ۲۹ سوال جهت تعیین میزان کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گرفت که ۲۰ سوال تاثیر جسمی و نه سوال آخر تاثیر روانی MS بر روی بیمار را می سنجد. هر یک از سوالات، پنج گزینه (با نمره یک تا پنج) دارد. مجموع نمرات حاصل از پاسخ بیمار به این دو گروه سوال، بین اعداد صفر و صد قرار می گیرد و در نهایت مقیاس سنجش ابعاد جسمی و روانی، کیفیت زندگی به دست می آید و نمره های بالاتر نشان دهنده

کیفیت پایین تر زندگی بیماران است. روایی این پرسشنامه در ایران توسط آیت الهی و همکاران در سال ۱۳۸۵ به روش اعتبار محتوی و پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ بیش از ۷۰ درصد، متناسب ارزیابی شده است.^{۱۶} پرسش های مربوط به مشخصات فردی به ابتدای این پرسشنامه ضمیمه شد. داده های این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-16 و با کمک آزمون های آماری t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

۶۵ درصد از نمونه ها را زنان و ۳۵ درصد را مردان تشکیل می دادند. محدوده سنی بیماران ۲۰ تا ۵۷ سال (۳۵/۹±۹/۱) و مدت ابتلا به بیماری یک تا ۳۰ سال بود. ۵۷ درصد از نمونه ها متأهل، ۳۹/۹ درصد مجرد، ۷/۷ درصد مطلقه و ۱/۳ درصد بیوه بودند. ۷۳ درصد از نمونه ها غیر شاغل و ۲۶/۸ درصد شاغل بودند. ۵۵ درصد بیماران وضعیت اقتصادی خود را "تا حدی مطلوب"، ۲۶/۴ درصد "نامطلوب" و ۱۷/۹ درصد "مطلوب" گزارش نمودند. ۴۶ درصد تحصیلات متوسطه، ۳۹/۷ تحصیلات دانشگاهی، ۳۶ درصد تحصیلات ابتدایی و ۱۰/۷ درصد تحصیلات راهنمایی داشتند. از میان عبارات سلامت مذهبی گویند "در دعا و خلوت با خداوند احساس رضایت زیادی نمی کنم" با آینده نامعلومی دارم" با ۵/۴۹±۰/۶۱، بیشترین میانگین را کسب کردند. بیشترین میانگین در میان عبارات کیفیت زندگی در بُعد جسمی مربوط به عبارت "نیاز به صرف زمان بیشتر برای انجام کارها" با میانگین ۲/۷۹±۱/۴۴ و در بُعد روانی مربوط به عبارت "اشکال در تمرکز" بود. میانگین نمره سلامت معنوی از مجموع میانگین های کسب شده از سلامت وجودی و مذهبی ۷۴/۳±۸/۹۰ بود. لذا در گروه بندی سلامت معنوی به سه گروه پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰)، ۹۷/۹ درصد در گروه سلامت معنوی متوسط قرار داشتند. هم چنین میانگین نمره سلامت وجودی (۴۰/۳±۵/۵۱) از میانگین نمره سلامت مذهبی (۳۳/۹±۴/۸۸) بالاتر بود ($p \leq 0/001$). اگرچه با استفاده از آزمون آماری t مستقل بین جنس و سلامت معنوی و ابعاد آن تفاوت معنی داری مشاهده نشد ولی نمرات زنان بالاتر از مردان بود به طوری که نمره سلامت معنوی زنان ۷۴/۵ و مردان ۷۳/۸ ($p = 0/51$) بود. در بعد مذهبی نمره زنان ۳۳/۸ و مردان ۳۴/۱ شد ($p = 0/15$). در بعد وجودی نیز نمره زنان ۴۰/۷ و مردان ۳۹/۷ بود ($p = 0/62$). میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی در زنان (۴۴/۵±۲۶/۹) و در بُعد جسمی در مردان (۳۷/۳±۲۴/۴) بالاتر بود؛ در حالی که بررسی ارتباط کیفیت زندگی در هر دو بُعد جسمی ($p = 0/51$) و روانی ($p = 0/54$) با جنس ارتباط معنی داری را نشان نداد. میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی (۴۱/۷±۴/۲۸) از میانگین نمره در بُعد جسمی (۳۷/۳±۴/۲۴) بالاتر بود ($p = 0/59$).

آزمون های آماری t مستقل و ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی داری میان سلامت معنوی ($p \leq 0/001$) و سلامت مذهبی ($p \leq 0/001$) با کیفیت زندگی در بُعد روانی نشان دادند. سلامت وجودی با هر دو بُعد جسمی ($p = 0/04$) و بُعد روانی ($p \leq 0/001$) کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشت.

بر ارتباط مثبت سلامت معنوی با کیفیت زندگی و تطبیق با بیماری دست یافتند.^{۱۸} در حالی که مطالعه Bussing در بیماران مبتلا به سرطان، ارتباط متوسط میان کیفیت زندگی و سلامت معنوی را نشان داد.^{۲۲}

بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان به تاثیر عقاید معنوی در زندگی به‌عنوان عاملی برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی ناشی از بیماری‌های سخت پی برد. در جامعه‌ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه‌ای دارند، توجه به معناگرایی به نظر راه آسان‌تر و مطلوب‌تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بُعدی است. هم‌چنین مراقبت‌های مبتنی بر فرهنگ، معناگرایی و داشتن دیدگاه جامع نسبت به ابعاد مختلف بیماران می‌تواند به کادر بهداشتی و درمانی کمک کند تا خدمات مناسب‌تری به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله مولتیپل اسکلروزیس ارائه دهند. از آنجایی که نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع مستمر بوده و جامعه آماری تنها از میان اعضای انجمن MS در تهران انتخاب شده بودند و از کیفیت زندگی و سلامت معنوی سایر مبتلایان در دیگر شهرهای کشور اطلاعی در دست نبود، انجام پژوهش‌هایی مشابه با نمونه‌گیری تصادفی و در دیگر شهرستان‌ها توصیه می‌شود. انجام تحقیقات کیفی در راستای درک بهتر چگونگی اثر معنویت بر سلامت و تاثیر آن در بهبود کیفیت زندگی توصیه می‌شود. به ویژه طراحی و اجرای مدل با استفاده از Grounded Theory Approach برای نظریه‌پردازی و یافتن راهکارهای مناسب و مطلوب (مبتنی بر فرهنگ) در ارتقای کیفیت زندگی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به MS می‌تواند راه ارتباط و حتی میانبری بین سلامت و معنویت باشد. به‌علاوه پیشنهاد می‌شود در آموزش بالینی و نظری، دانشجویان علوم پزشکی به‌ویژه دانشجویان پزشکی و پرستاری با مقوله سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم سلامت و رضایت از زندگی آشنایی بیشتری پیدا کنند تا نگاه جامع‌تری نسبت به مددجو داشته باشند و بتوانند در سایه حفظ کرامت‌های انسانی و اخلاقی، خدمات و مراقبت‌های کامل‌تر و مناسب‌تری را به آنان ارائه دهند. از آنجا که نمره کیفیت زندگی در این تحقیق در بعد روانی بالاتر از جسمی بود و مبین تاثیرات وسیع بیماری در بعد روانی است، ضرورت توجه به بعد روحی و روانی و در نظر گرفتن برنامه‌های مشاوره و روان‌درمانی برای این بیماران احساس می‌شود. از سوی دیگر با توجه به نتایج مطالعه و ارتباط معنی‌دار میان کیفیت زندگی و سلامت معنوی در بعد وجودی، در نظر گرفتن برنامه‌ها و رویکردهایی در جهت ارتقاء سلامت معنوی با تکیه بر مفاهیم معنا و هدف در این بیماران در جهت ارتقای سازگاری و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

در پایان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران به خاطر تامین اعتبار انجام این پژوهش قدردانی می‌کنیم. این مقاله حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره پ/۵۴۶ می‌باشد.

در حالی که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بعد جسمی ($p=0/06$) و سلامت مذهبی و بعد جسمی کیفیت زندگی ($p=0/19$) ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید.

بحث

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر سلامت معنوی در بیماران مورد بررسی در حد متوسط و نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی بیشتر از بُعد جسمی بود. بین سلامت معنوی در بُعد مذهبی و کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد و تنها سلامت وجودی با هر دو بُعد جسمی و روانی کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری نشان داد.

در جهت توجه این یافته که نمره سلامت وجودی مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس از سلامت مذهبی آنان بالاتر بود، می‌توان بیان داشت که احتمالاً مبتلایان به بیماری‌های مزمن تغییرات اجتماعی و روانی تنش‌زایی هم‌چون کشمکش‌های وجودی مرتبط با معنا و هدف را متحمل می‌شوند^{۱۷} و رنج و درد ناشی از بیماری غالباً معنای زندگی و هدف از زیستن را در آن‌ها مورد چالش قرار می‌دهد.^{۱۸} این نتایج با یافته‌های رضایی و همکاران که موبد بالاتر بودن نمره سلامت مذهبی از سلامت وجودی در مبتلایان به سرطان بود متفاوت است.^{۱۹} هم‌چنین نتایج تحقیق وی نشان داد که بین جنس و سلامت معنوی تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد که این یافته با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. در مطالعه Bussing نیز گرچه بین جنسیت و سلامت معنوی ارتباطی وجود نداشت سلامت وجودی در زنان بالاتر از مردان بود.^{۱۱} برطبق نتایج مطالعه حاضر، میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی بالاتر از بُعد جسمی بود. در این میان میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد روانی در زنان بالاتر از مردان و میانگین نمره کیفیت زندگی در بُعد جسمی در مردان بیشتر بود. در بررسی‌های Clever و Hemmet پایین‌ترین نمره مربوط به کیفیت زندگی در بُعد جسمی بود.^{۲۰} گرچه یافته‌های این مطالعه نشان داد، کیفیت زندگی تنها در بُعد روانی با سلامت مذهبی ارتباط معنی‌داری دارد، میان سلامت وجودی و کیفیت زندگی در هر دو بُعد جسمی و روانی ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. این نتیجه با گرایش این بیماران به دلایل وجودی و هستی‌شناسانه به‌عنوان رویکردی برای حل مشکلات ناشی از ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده بیماری MS از یک سو و محرومیت این بیماران از حمایت‌های اجتماعی مطلوب از سوی دیگر قابل توجه است. مطالعه Berry بر روی بیماران قلبی نشان داد سلامت وجودی در مقایسه با سلامت مذهبی ارتباط قوی‌تری با کیفیت زندگی دارد.^{۱۵} هم‌چنین Tock در مطالعاتش بر روی مبتلایان به ایدز دریافت که سلامت وجودی ارتباط مثبت معنی‌داری با کیفیت زندگی دارد.^{۱۱}

Finkelestine در مبتلایان به نارسایی کلیوی، وجود ارتباط مستقیم بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی را به اثبات رساند.^{۲۰} Sawatzki و Ficsh نیز در مطالعات متعدد از ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی حمایت نمودند. Burkhardt و همکارانش در بررسی‌های خود در بیماری‌های مزمن

References

1. Andreoli A, Thomas E, Russell L. Inflammatory and demyelinating disease. In: Andreoli A, Thomas E, Russell L. Cecil essentials of medicine. 5th ed. England: MacGraw Hill; 2001: 1179-1186.
2. Stuijbergen AK, Blozis SA, Harrison TC and Becker HA. Exercise functional limitation and quality of life: A Longitudinal study of person with multiple sclerosis. Arch Phys Med Rehabil 2006; 87(7): 935-43.
3. Masoudi R, Mohamady E, Nabavi M. [Effect of self-care program on Ourem method on physical dimension of quality of life of Ms patient] Persian. J Shahrekord Med Univ 1387; 10(2): 21-29.
4. Taraghi Z, Eleiae M. [Quality of life of patient member of MS society of mazandaran] Persian. Iran J Neurology 2007; 20(55): 51-60.
5. Bishop M, Shepared L, Stenhoff DM. Psychological adaptation and quality of life in multiple sclerosis: Assessment of the disability centrality model. J Rehabil 2007; 10: 3-12.
6. Russel C, White MB, White P. Why me? Why now? Why multiple sclerosis? Making meaning and perceived quality of life in a midwestern sample of patients with multiple sclerosis. Fam Syst Health 2006; 24(1): 65-69.
7. Reily BB, Perna R, Tate DG. Type of spiritual well-being among person with chronic illness: Their relationship to various forms of quality of life. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79(3): 258-264.
8. Mauk K, Scnemid N. Spirituality in nursing. In: Mauk K, Scnemid N. Spirituality care in nursing practice. 2th ed. Philadelphia: Lippincott company; 2004: 60-199.
9. Johonson CP. Assessment tools: Are they an affective approach to implementing spiritual health care within the NHS? Accid Emerg Nurs 2001; 9(3): 177-186.
10. Bussing A, Mattheiessen F, Ostermann T. Engagement of patient in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SPREUK-PS I.I questionnaire as a tool of quality of life research. Health Qual Life Outcomes 2005; 3(53): 1-11.
11. Litwinczuk KM, Groh CJ. The relationship between spirituality purpose in life and well-being in HIV positive persons. J Assoc Nurses AIDS Care 2007; 18(3): 13-22.
12. McNulty K, Liveneh H, Wilson LM. Perceived uncertainty spiritual well-being and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. Rehabil Psycho 2004; 49(2): 91-99.
13. Paloutzian RE, Park CL. Psychology of Religion and Applied Areas. In: Paloutzian R E, Park C L.. Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. 1th ed. uk. Guilford Press; 2005:562-580.
14. O'Connor M, Andrew G, Lauren B, et al. Relationships between quality of life, spiritual well-being and psychological adjustment styles for people living with leukemia: an exploratory study. Ment Health Relig Cult 2007; 10(6): 631-647.
15. Robin D, Dodd M, Desai N. Spirituality in well and ill adolescents and their parents: the use of two assessment scales. Pediatr Nurs 2009; 35(1): 37-42.
16. Ayatollahi P, Nafisi S, Eshraghian H. [Cultural adjustment of Msis-29 in Iranian patient: Surveying reliability & validity] Persian. J Tehran Univ 1385; 1: 62-68.
17. Worth H. Transcultural and spiritual issues. In: Worth H. Psychiatric nursing care plan. 4th ed. London: Mosby; 2004: 358-329.
18. Burkhardt A, Nathaniel M, Alvita K. Ethic in chronic pain. In: Burkhardt A, Nathaniel M, Alvita K. Ethic and issue in contemporary nursing. 1st ed. London: Mosby; 1998: 417-445.
19. Rezaee M. [Surveying the effect of pray on spiritual well-being in cancer patient.] Persian. [dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1385.
20. Hemmet L, Holmes J, Barones M. What drives quality of life in multiple sclerosis? Q J Med 2004; 180(3): 671-676.
21. Finkelstein F, West W, Gobin J. Spirituality, quality of life and the dialysis patient. Nephrol Dial Transplant 2007; 22(1): 2432-2434.
22. Bussing A, Ostermann T, Mattheiessen P. Adaptive coping and spirituality as a resource in cancer patients. Brest Care 2007; 2: 5-7.

A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients

Marvam Allahbakhshian¹, Mahshid Jaffarpour², Sarvar Parvizy³, Hamid Haghani⁴

Received: 9/Jun/2009

Accepted: 5/Aug/2010

Background: Spiritual wellbeing is one of the fundamental concepts in chronic disease in which creating meaning and purpose in life is considered as an important approach in promoting general health and quality of life. This study was aimed to explore the relationship between spiritual wellbeing and the quality of life among the patients of Iranian society of MS.

Materials and Method: This descriptive study on 236 patients between 20-57 years, member of the Iran's MS Society. Samples were selected in year 2008. Information through spiritual health and quality of life questionnaires were collected. Data analysis by independent *t*-test and Pearson correlation was performed. P-value less than 0.05 were considered significant.

Result: Spiritual wellbeing score was average among selected patients (97.9%). There was a significant relationship between religious aspect of spiritual wellbeing and psychological aspect of quality of life and there was a significant relationship between spiritual existential aspect of well-being and the both physical and moral aspects of quality of life ($p=0.04$ and $p\leq 0.0001$ respectively).

Conclusion: The results may intensify the necessity of strengthening of the spiritual health as a factor affecting quality of life in those patients. The key point in a country like Iran with intellectual, cultural and religious beliefs could be useful and necessary in designing care-therapies programs for such patients. [ZJRMS, 12(3):23-33]

Keywords: Multiple sclerosis, Quality of life, spirituality, religious, wellbeing

1. Instructor of Nursing and Midwifery, Isfahan Azad University, Falaverjan Branch, Falaverjan, Iran.
2. Instructor of Nursing and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
3. Associate Professor of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.
4. Instructor of Health Statistic, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.