

The Relationship between Spiritual Health with Social Adjustment and Quality of Life in Cancer Patients

Nazoktabar H*¹, Shetaban N²

1. Department of Sociology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

*Corresponding author. Tel: +989122393356, E-mail: hntabar@pnu.ac.ir

Received: Aug 13, 2019 Accepted: Feb 6, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Spiritual health can play an important role in lives of cancer patients because of its impact on quality of life and patient's adjustment to illness. This study has been performed to determine the relationship between spiritual health with social adjustment and quality of life in cancer patients of comprehensive center of cancer in Mazandaran.

Methods: This was a descriptive-correlational study. The statistical population of the study consisted of all cancer patients of comprehensive center of cancer in Mazandaran, affiliated to Imam Khomeini Hospital in Sari city in 2018, which among them 360 patients were selected by stratified random sampling. Research tools were included the Spiritual health Scale of Pulootzin and Ellison (1982), Social adjustment of Bell *et al*, (1961) and quality of life of Weir and Sherborne (1992). Data were analyzed using Pearson correlation coefficient and multiple regression tests in SPSS-21 software.

Results: The results showed that there was no significant relationship between spiritual health and social adjustment ($r=0.011$, $p>0.83$), while there was a significant relationship between spiritual health and quality of life ($r=0.277$, $p<0.001$). In the predictive model, the components of spiritual health were able to predict 77% of changes in quality of life in cancer patients ($R^2=0.077$).

Conclusion: According to the findings, spiritual health and its components are important variables in quality of life of cancer patients, thus it is recommended to provide the cancer patients with necessary training in spiritual health excellence and attitude and understanding of God as well as moral development.

Keywords: Spiritual Health, Social Adjustment, Quality of Life, Cancer

بررسی رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان

حسین نازک تبار^{۱*}، نیلوفر شتابان^۲

۱. گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد آیت‌الله‌آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۲۳۹۳۳۵۶ ایمیل: hntabar@pnu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سلامت معنوی به دلیل تاثیر بر کیفیت زندگی و سازگاری فرد با بیماری در زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند نقش مهمی داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مرکز جامع سرطان مازندران انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان مرکز جامع سرطان مازندران وابسته بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنها تعداد ۳۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس‌های سلامت معنوی پولوتزین و ایلسون، سازگاری اجتماعی بل و همکاران و کیفیت زندگی ویر و شربورن بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به کمک نرم افزار SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($r=0/011, p>0/05$) در حالی که بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($r=0/277, p<0/001$). در مدل پیش‌بینی، مولفه‌های سلامت معنوی توانستند ۷۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پیش‌بینی کنند ($R^2=0/077$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، سلامت معنوی و مولفه‌های آن از متغیرهای مهم در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان است، بنابراین پیشنهاد می‌شود آموزش‌های لازم در زمینه تعالی سلامت معنوی و نگرش و درک خداوند و نیز رشد اخلاقیات به بیماران مبتلا به سرطان فراهم شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت معنوی، سازگاری اجتماعی، کیفیت زندگی، سرطان

پذیرش: ۹۸/۱۱/۱۷

دریافت: ۹۸/۵/۲۲

مقدمه

سرطان نوعی بیماری است که با رشد غیرقابل کنترل سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی سیستماتیک مشخص می‌شود. تشخیص این بیماری باعث ایجاد فشار زیادی بر مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها می‌شود (۱). سرطان یکی از مشکلات مهم بهداشتی و درمانی قرن حاضر می‌باشد که سالانه میلیون‌ها بیمار مبتلا به

انواع مختلف آن در سراسر جهان تشخیص داده می‌شوند (۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱ میزان مرگ و میر ناشی از سرطان در ۱۵ سال آینده از ۸۰ تا ۱۰۰ درصد در خاورمیانه افزایش می‌یابد (۳). سرطان مهمترین عامل مرگ در کشورهای توسعه یافته و دومین عامل مرگ در

¹ World Health Organization

بیماری می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شود، از طرفی او را آسیب پذیرتر ساخته و از سوی دیگر باعث رشد فردی و معنوی او می‌شود (۱۱).

عامل اجتماعی دیگری که می‌تواند در بیماران مبتلا به سرطان تاثیرگذار باشد، سازگاری اجتماعی^۲ باشد. سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌ها است که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ، و انتظارات خانواده قرار دارد (۱۲). مطالعات مختلف نشان داده اند بیماران مبتلا به سرطان سازگاری اجتماعی پایین‌تری دارند که آن‌ها را در معرض مشکلات روان‌شناختی بسیاری قرار می‌دهد (۱۳). همچنین شواهد نشان می‌دهد که حمایت‌های اجتماعی، نوع درمان و سن بر میزان سازگاری اجتماعی این بیماران تاثیرگذار است (۱۴). بیماری‌هایی نظیر سرطان ممکن است افراد را منزوی کرده و بر سازگاری اجتماعی آن‌ها اثر گذاشته و فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها را محدود سازد و حتی برخی از بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی‌هایشان اجتناب می‌ورزند (۱۵).

کیفیت زندگی^۳ نیز به عنوان یکی دیگر از مسائل مراقبت بهداشتی دربرگیرنده جنبه‌های مهمی از زندگی بیماران مبتلا به سرطان است. کیفیت زندگی بیماران سرطانی حاصل اثر متقابل سلامت و متغیرهای روانی- اجتماعی است. نگرانی در مورد کیفیت زندگی و نیازهای روانی- اجتماعی این بیماران از دهه گذشته به شدت افزایش یافته چرا که تاکنون توجه کمی به سازگاری عاطفی، اجتماعی این افراد شده است (۱۶). در واقع کیفیت زندگی مرتبط با ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی‌اش، مراقبت‌های بهداشتی و فعالیت‌های ارتقادهنده سلامتی را موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود که به فرد اجازه می‌دهد اهداف

کشورهای در حال توسعه است (۴). بر اساس تخمین آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان، حدود ۱۴/۱ میلیون مورد سرطان و ۸/۲ میلیون مرگ در اثر سرطان گزارش شده است (۳). در ایران سرطان دومین گروه از بیماری‌های مزمن غیرواگیر و سومین علت پس از بیماری‌های قلبی و تصادفات می‌باشد (۵). بر اساس گزارش مرکز ثبت سرطان در ایران، ۱۰ سرطان کشنده به ترتیب عبارتند از: پوست، معده، پستان، کلورکتال، مثانه، مری، غدد بزاقی، پروستات، گره‌های لنفاوی و ریه (۶). در ایران نرخ شیوع استانداردشده جنسی برای ابتلاء به سرطان در هر ۱۰۰ هزار نفر حدود ۱۱۰ نفر مرد و ۹۸ نفر زن می‌باشد که نسبت استانداردشده مردان به زنان ۱/۱۲ است. همچنین تخمین نرخ مرگ و میر بر اثر سرطان در هر ۱۰۰ هزار نفر، ۶۵ مورد برای مردان و ۴۱/۱ مورد برای زنان بوده است (۷). بیشترین نوع سرطان بدخیم، سرطان معده در مردان و سرطان پستان در زنان است (۸).

مقابله با سرطان یکی از مسائل مهم سلامت و مراقبت است. یکی از عوامل اجتماعی مهم و مؤثر در رابطه با بیماران مبتلا به سرطان، سلامت معنوی است. سلامت معنوی^۱ دو عنصر وجودی و مذهبی را در بر می‌گیرد؛ سلامت مذهبی شامل ارتباط با یک قدرت متعالی است و سلامت وجودی که عنصری روانی- اجتماعی به شمار می‌رود، بیانگر احساس فرد از این که چه کسی است، چه کاری و چرا انجام می‌دهد و به کجا تعلق دارد. این دو بُعد در عین جدا بودن، با هم تعامل دارند و احساس سلامت معنوی، رضایت و هدفمندی را به وجود می‌آورند (۹). وقتی سلامت معنوی فرد به طور جدی به خطر بیافتد فرد ممکن است دچار اختلالاتی چون احساس تنهایی، افسردگی و احساس نداشتن معنا در زندگی شود. همچنین سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد (۱۰). مواجهه با

² Social Adjustment

³ Quality of Life

¹ Spiritual Health

ارزشمند زندگی‌اش را بیان کند (۱۷). آنچه ذهن بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، توانایی بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با محیط اجتماعی اطراف می‌باشد. زیرا محیط اجتماعی قادر است سلامت آن‌ها را ارتقاء بخشد و شخص را از تاثیرات منفی و استرس‌های ناشی از بیماری مصون بدارد (۱۶).

امروزه، تجربه زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است و کمک به برآورده شدن نیازهای معنوی بیماران و خانواده آن‌ها به عنوان عنصر اساسی کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود (۱۸). پژوهشگران معتقدند در سلامت معنوی نیروی خارق العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان می‌بخشد و در عمق سختی‌های زندگی روزمره به او کمک می‌کند و وی را از نگرانی و اضطراب دور می‌کند. لذا معنویت به برخورداری از یک زندگی هدفمند و معنادار کمک می‌کند (۱۹). نتایج مطالعه سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۶) نیز نشان داد که معنویت و مذهب با تمام ابعاد کیفیت زندگی همانند بعد فیزیکی، اجتماعی، روان شناسی و محیطی پیوستگی بالایی دارد (۲۰). همچنین مطالعات مشابه در بسیاری از نقاط جهان مشخص کرده است که معنویت می‌تواند توان مقابله با مشکلات را بالا ببرد و سلامت جسمی و روحی بیشتری را به ارمغان آورد (۲۱). از سوی دیگر، مطالعات بسیاری بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی، روانی و ارتقای سازگاری با بیماری دلالت دارد. معنویت و عقاید مذهبی نقش مهمی در سازگاری با بیماری سرطان داشته و به افراد کمک می‌کند تا معنا و هدف را در زمان بیماری پیدا کنند (۲۲).

با توجه به تحقیقات انجام شده، مشخص شده است که افزایش سطح معنا و معنویت زندگی نه تنها در غلبه بر ناسازگاری‌ها به فرد کمک می‌کند بلکه باعث افزایش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود و با

توجه به این که بیماران مبتلا به سرطان دچار مشکلات روانی- اجتماعی متعددی هستند، بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با سازگاری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در مرکز جامع سرطان مازندران انجام گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان مرکز جامع سرطان مازندران وابسته بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری بودند که از میان آن‌ها ۳۶۰ نفر بیمار واجد شرایط شرکت در مطالعه بر اساس جدول کرجسی و مورگان به شیوه روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. به این منظور، فهرستی از بیماران بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان ساری تهیه شد و از بین آن‌ها برحسب انواع سرطان در بخش‌های مختلف بیمارستان دسته‌بندی و سپس لیست بیماران در بخش‌های مختلف از واحدهای درمان به روش تصادفی ساده تهیه و از میان آن لیست بیماران به صورت قرعه‌کشی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه افراد ۲۰ سال به بالا مبتلا به سرطان که یک بار در ماه تحت شیمی درمانی بوده و توانایی برقراری ارتباط در پژوهش را داشتند. قبل از انجام پژوهش رضایت آنان کسب و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید گردید. معیارهای خروج از مطالعه عبارت از عدم پاسخ‌دهی بیماران به بیش از ۲۰ درصد سؤالات پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به ادامه همکاری بودند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای مقیاس سلامت معنوی، سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی استفاده شد. مقیاس سلامت معنوی توسط پولوتزین و ایلسون^۱ (۱۹۸۲) ساخته شده و دارای ۲۰ سوال می‌باشد که هر سوال در یک پیوستار ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) درجه‌بندی

^۱ Palutzian & Alison

می‌شود. این مقیاس، دو خرده مقیاس دارد که شامل سلامت مذهبی (۱۰ سوال) و سلامت وجودی (۱۰ سوال) می‌باشد. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۱۰۰-۲۰ است که نمره زیاد بیانگر میزان بالای سلامت معنوی بیماران است (۲۳). عباسی و شمسی (۱۳۹۱) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آورده‌اند (۲۴). در پژوهش حاضر، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس سازگاری اجتماعی توسط بل^۱ (۱۹۶۱) تدوین شده که شامل ۱۶۰ سوال می‌باشد که به صورت بلی و خیر (یک و صفر) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس شامل پنج خرده مقیاس سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی می‌باشد. دامنه نمرات بین ۱۶۰-۰ می‌باشد که نمره بالاتر نشان‌دهنده سازگاری کمتر و نمره پایین‌تر مبین سازگاری بیشتر است. بل (۱۹۶۱) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری تندرستی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱ و ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش داد (۲۵). در مطالعه دیگر، میکائیلی و امام‌زاده (۱۳۸۷) نیز پایایی کل این مقیاس را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند (۲۶). در پژوهش حاضر، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

برای بررسی کیفیت زندگی از مقیاس کیفیت زندگی توسط ویر و شربون^۲ (۱۹۹۲) استفاده گردید که دارای ۳۶ گویه است و شیوه پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی از حالت دوتایی بلی-خیر (بسته پاسخ) تا طیف ۶ درجه‌بندی متغیر است. این مقیاس شامل هشت بعد جسمانی (۱۰ گویه)، ایفای

نقش جسمانی (۴ گویه)، دردهای بدنی (۲ گویه)، سلامت عمومی (۵ گویه)، خستگی یا نشاط (۴ گویه)، عملکرد اجتماعی (۲ گویه)، ایفای نقش عاطفی (۳ گویه)، و سلامت روانی (۵ گویه) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره بین ۱۰۰-۰ متغیر است که نمره زیاد بیانگر بهترین وضعیت کیفیت زندگی بیماران است (۲۷). منتظری و همکاران (۱۳۸۴)، آزمون پایایی بین هر بعد با نمره کل پرسشنامه را مورد بررسی قرار دادند که به جز مقیاس نشاط (۰/۶۵ =)، سایر مقیاس‌ها ضرایب به دست آمده از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ متغیر بود (۲۸). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه) استفاده شد و داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سن بیماران ۵۸/۲۸±۱۶/۴۰ سال بود. ۶۲/۲ درصد از شرکت‌کنندگان مرد بودند. همچنین اکثر شرکت‌کنندگان (۶۸/۶٪) زیر یک سال دارای این بیماری بودند. بر اساس روش‌های درمان نیز اکثر بیماران مبتلا به سرطان (۶۸/۹٪) از شیمی درمانی استفاده کردند (جدول ۱). در رابطه با انواع سرطان‌ها، بیشترین میزان سرطان مربوط به روده با ۲۴/۲ درصد و کمترین میزان سرطان هم مربوط به استخوان، لوسمی میلوئیدی مزمن و رحم با ۳/۳ درصد بوده است (جدول ۲).

به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد و نتایج نشان داد که توزیع داده‌های حاصل از متغیرهای سلامت معنوی، سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی نرمال است؛ چرا که سطح معناداری متغیرها در

¹ Bell

² Ware & Sherbourne

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	مرد ۲۲۴ (۶۲/۲)
	زن ۱۳۶ (۳۷/۸)
گروه سنی	۳۰ سال و کمتر ۲۶ (۷/۲)
	۳۱ - ۴۰ ۱۳ (۳/۶)
	۴۱ - ۵۰ ۴۸ (۱۳/۳)
	۵۱ - ۶۰ ۷۵ (۲۰/۸)
	۶۱ - ۷۰ ۱۰۰ (۲۷/۸)
	۷۱ - ۸۰ ۹۸ (۲۷/۳)
مدت ابتلا به بیماری (سال)	کمتر از ۱ ۲۴۷ (۶۸/۶)
	۱ ۲۶ (۷/۲)
	۲ ۵۰ (۱۳/۹)
	۳ ۳۷ (۱۰/۳)
روش‌های درمان	جراحی و شیمی درمانی ۶۳ (۱۷/۵)
	شیمی درمانی ۲۴۸ (۶۸/۹)
	رادیو تراپی و شیمی درمانی ۴۹ (۱۳/۶)
میانگین	۵۸/۲۸ ± ۱۶/۴۰ سال

جدول ۲. توزیع فراوانی انواع سرطان شرکت کننده در مطالعه

انواع سرطان	فراوانی	درصد
معده	۸۵	۲۳/۶
پستان	۳۸	۱۰/۶
روده	۸۷	۲۴/۲
لوسمی حاد لنفاوی	۱۳	۳/۶
مری	۲۵	۶/۹
لنفوم	۶۳	۱۷/۵
ریه	۱۳	۳/۶
استخوان	۱۲	۳/۳
لوسمی میلوئیدی مزمن	۱۲	۳/۳
رحم	۱۲	۳/۳
کل	۳۶۰	۱۰۰

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرهای پژوهش با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	میانگین	۱	۲	۳
سلامت معنوی	۷۱/۲۶ ± ۶/۴۸	۱		
سازگاری اجتماعی	۳۸/۶۱ ± ۵/۲۱	۰/۱۱	۱	
کیفیت زندگی	۵۶/۱۸ ± ۶/۳۵	۰/۲۷۷	۰/۲۳۶	۱

$p < 0.001$

گروه‌های مورد مطالعه بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین این مفروضه رعایت شده است.

در رابطه با متغیرهای مورد مطالعه، میانگین نمرات شرکت کنندگان در متغیر سلامت معنوی و سازگاری اجتماعی $71/26 \pm 6/48$ و $38/61 \pm 5/21$ و کیفیت زندگی $56/18 \pm 6/35$ بود. بین متغیر سلامت معنوی و سازگاری اجتماعی در بیماران رابطه معنادار وجود نداشت ($p > 0/83$)، اما بین متغیر سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معناداری دیده شد ($p < 0/001$) (جدول ۳).

پیش فرض تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد بین متغیرهای سلامت معنوی و سازگاری اجتماعی پدیده هم‌خطی چندگانه وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون به روش همزمان نشان داد که مولفه‌های سلامت معنوی (سلامت مذهبی و سلامت وجودی) به طور معناداری پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی بیماران بودند. میزان R^2 یا ضریب تعیین رگرسیون برابر با $0/077$ به دست آمد. این مقدار بیانگر آن است که ۷۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ناشی از متغیرهای پیش‌بین می‌باشد (جدول ۴).

جهت تعیین معناداری رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که طبق جدول ۵ مقدار آماره F برابر با $6/47$ و $p < 0/000$ به دست آمد. بنابراین می‌توان گفت مدل رگرسیون انتخاب شده معنادار است (جدول ۵).

جدول ۴. نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

مدل	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تعیین	ضریب تعیین اصلاح شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۲۷۷	۰/۰۷۷	۰/۰۷۰	۴/۳۶۲

جدول ۵. معناداری مدل رگرسیون بر اساس آزمون تحلیل واریانس

مدل	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مجموع مربعات	مقدار F	سطح معناداری
رگرسیون	۵۱/۱۷	۲	۲۴/۳۶	۶/۴۷	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۰۰۵/۳۲	۲۶۰	۴/۸۲		
کل	۱۰۵۶/۴۹	۲۶۲			

کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به سرطان بود (جدول ۶).

همچنین، نتایج ضریب بتای متغیرهای پژوهش نشان داد که از بین متغیرهای واردشده به معادله، عامل سلامت مذهبی، قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده

جدول ۶. تحلیل رگرسیون هم زمان برای پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	B	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	مقدار T	سطح معناداری
(عدد ثابت)	۴/۲۸۱	۰/۰۸	-	-	۳/۶۴۸	۰/۰۰۱
سلامت معنوی	۰/۱۵۲	۰/۰۷۷	۰/۲۷۷	۰/۲۷۷	۵/۴۵۴	۰/۰۰۱
سلامت مذهبی	۰/۱۲۷	۰/۰۶۴	۰/۲۳۴	۰/۲۳۴	۴/۳۲۱	۰/۰۰۱
سلامت وجودی	۰/۱۳۶	۰/۵۳	۰/۲۱۶	۰/۲۱۶	۴/۶۵۱	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مرکز جامع سرطان مازندران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. نتایج نشان داد که بین سلامت معنوی با سازگاری اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعات زمستانی و همکاران، سیدرسولی و همکاران و وسپا^۱ و همکاران همسو می‌باشد (۲۹-۳۱). در این رابطه می‌توان گفت از آن جا که بیماران مبتلا به سرطان برای حل مشکلات مرتبط با بیماری خود با چالش‌های زیادی روبه‌رو می‌شوند، آستانه تحمل و شکیبایی آن‌ها پایین آمده و در نهایت سبب کاهش توانایی سازگاری با اطرافیان شده و اغلب واکنش‌های نامناسب بروز داده و بی‌حوصله می‌شوند، گاهی حتی

از صحبت کردن درباره بیماری‌شان با دیگران اجتناب ورزیده و سعی در پنهان ساختن بیماری‌شان از دیگران دارند (۲۹-۳۱). همچنین کارن^۲ و همکاران معتقدند وجود برخی بیماری‌ها مثل سرطان می‌تواند آن قدر استرس‌زا باشد که گرایش به معنویت و تجربه آن می‌تواند پیش‌بینی سازگاری را بسیار سخت کند (۳۲). از سوی دیگر، در شرایطی که افراد با بیماری‌های شدید درگیر هستند، سازگاری آن‌ها خیلی تحت تأثیر ابعاد معنوی قرار نمی‌گیرد (۳۳). از این رو، سازگاری با تغییراتی در روش زندگی فرد همراه است که نیازمند به برنامه‌ریزی بوده و این برنامه‌ریزی باید با توجه به موقعیت‌های جدید پیش آمده در زندگی باشد و در استفاده از مولفه‌های مناسب سلامت معنوی، سازگاری هدایت‌گر بیمار باشد. از آن جا که سازگاری با سرطان در طول زمان انجام می‌شود، لذا

^۱ Vespa

^۲ Karren

۱. چند بعدی بودن شامل ابعاد جسمی، روانی-عاطفی، اجتماعی، معنوی، علائم بیماری؛ ۲. ذهنی بودن؛ و ۳. پویا بودن. بنابراین عدم ارتباط می‌تواند بیانگر تاثیر عوامل دیگر در کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه باشد (۳۸). لذا سلامت معنوی با خلق معنا در زندگی، علاوه بر این که موجب ایجاد هدفمندی در زندگی می‌شود، هیجانات مثبتی را نیز در بیماران مبتلا به سرطان به وجود می‌آورد که این امر موجب ارتقای کیفیت زندگی در آنان می‌شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که تقویت سلامت معنوی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مراکز درمانی در کنار رفتارهای مراقبت جسمانی به وضعیت مذهبی بیماران نیز توجه بیشتری گردد. همچنین مشاوران و درمانگران با برگزاری دوره‌های آموزش مهارت معنوی شرایط را برای افزایش سازگاری بیماران فراهم نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد آیت الله آملی با کد اخلاق ۲۰۶۲۰۵۹۶۲۰۷۰۳۹۲ می‌باشد. نویسندگان لازم می‌دانند از مسئولان و کارکنان مرکز جامع سرطان مازندران و نیز تمام بیماران شرکت کننده در این مطالعه تشکر نمایند.

در این مطالعه بیماران مبتلا به سرطان استفاده کمتری از مولفه‌های سلامت معنوی داشتند. بر اساس نتایج مطالعه، بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنی‌داری وجود داشت. این یافته با یافته‌های جانی و همکاران، چاوشیان و همکاران و ورعی و همکاران همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت سلامت معنوی با امید و معنادادن به زندگی افراد و تشویق آنان به تحمل مشکلات باعث به‌وجود آمدن نگرش مثبتی به زندگی می‌شود و مسلماً چنین نگرشی نیز موجب افزایش کیفیت زندگی در افراد می‌شود. سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدف در زندگی بیماران به آن‌ها انگیزه و نیرو داده و کمک می‌کند علی‌رغم وجود بیماری، توانایی و انرژی خود را برای انجام فعالیت‌های خود مناسب ارزیابی و ادراک نمایند و به علت آرامش ناشی از ارتباط با خداوند، استرس‌های ناشی از بیماری را کمتر درک کنند و کمتر دچار اختلالات خواب شوند. (۳۴-۳۶). وجود ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مطالعات متعددی به اثبات رسیده است. در مطالعه مورگان^۱ و همکاران که بر روی بیماران آفریقایی-آمریکایی تحت درمان سرطان سینه انجام شد، رابطه معنی‌داری بین سلامت معنوی و بعد فیزیکی، روانی و عملکردی کیفیت زندگی مشاهده شد (۳۷). در توضیح این رابطه می‌توان گفت که بر سه ویژگی کیفیت زندگی اتفاق نظر وجود دارد که این ویژگی‌ها عبارتند از:

¹ Morgan

References

- 1- Mystakidou K, Parpa E, Tsilila E, Katsouda E, Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*. 2004; 12(3): 147-154.
- 2- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J.-W. W., Comber H, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. *European journal of cancer*. 2013; 49(6), 1374-1403

- 3- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Bray, F. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. *International journal of cancer*. 2015; 136(5).
- 4- Center M, Siegel R, Jemal A. *Global cancer facts & figures*. 2nd ed, Atlanta, American Cancer Society, 2011; pp.: 1-52.
- 5- Dolatkah R, Somi MH, Kermani IA, et al. Increased colorectal cancer incidence in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15:p.997.
- 6- Goya M. *Iranian Annual Cancer Registration Report 2005/2006*. Ministry of Health and Medical Education, Health Deputy. Center for Disease Control and Prevention, 2007.
- 7- Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, et al. Cancer incidence and mortality in Iran. *Ann Oncol*, 2009; 20(3):556-63.
- 8- Farhood B, Geraily G, Alizadeh A. Incidence and Mortality of Various Cancers in Iran and Compare to Other Countries: A Review Article, *Iran J Public Health*, Vol. 47, No.3, Mar 2018, pp.309-316.
- 9- Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2012; 5, pp.1362-1366 [Persian].
- 10- Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, Prigerson H. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2007; 25(5),pp.555-560.
- 11- Mauk KL, Schmidt NK. *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P. 3- 5.
- 12- Weissman MM. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry*. 1975; 32(3), 357-365.
- 13- Monteiro S, Torres A, Morgadinho R, Pereira A. Psychosocial outcomes in young adults with cancer: emotional distress, quality of life and personal growth. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013; 27(6), 299-305.
- 14- Mosher CE, Danoff-Burg S. A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *J Psychosoc Oncol*. 2005; 23(2-3), 101-114.
- 15- J LS, A RT. Social Constraints on Disclosure and Adjustment to Cancer. *Social and Personality Psychology Compass*. 2007;1(1): 313-333.
- 16- Cohen L, Warneke C, Fouladi RT, Rodriguez MA, Chaoul-Reich A. Psychological adjustment and sleep quality in a randomized trial of the effects of a Tibetan yoga intervention in patients with lymphoma. *Cancer*. 2004; 100(10), 2253-2260.
- 17- Nejat S. Quality of Life and its Measurement. *Irania Journal of Epidemiology*. 2008; 4(2), 57-62 .
- 18- McShery W. *Making sense of spring in nursing practice: An interactive approach*. UK: Churchill Livingstone; 2000.
- 19- Rafiei, G. R. The Role of Prayer on Physical and Mental Health. *Qom Univ Med Sci J*. 2011; 5(3), 66-73. [Persian].
- 20- Tate DG, Forchheimer M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2002; 81(6), 400-410.
- 21- Lehto, U.-S., Ojanen, M., & Kellokumpu-Lehtinen, P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology*. 2005;16(5): 805-816.
- 22- Lin HR, Bauer-Wu SM, Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003; 44 (1): 69-80.
- 23- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. Spiritual well-being scale. In P. C. Hill & R. W. Hood (Eds.), *Measures of religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press. 1982; p. 382-385.
- 24- Abbasi, M. Shamsi GE. *Introduction to spritual health*. First edition, Hoghooghi Pub. Tehran. 2013.
- 25- Karimidermani HR. [Rehabilitation of specific groups with an emphasis on social work services. Tehran: Roshd; 2012. [Persian].

- 26- Mikaili Mani F, Madadi Emamzadeh Z. Investigation of relationship between socioemotional intelligence and social adjustment in students with disciplinarian rule and comparison with students without disciplinarian rule in Urmia University. *J psychology* 2008; 11(3): 99-121. [Persian]
- 27- Watt T, Cramon P, Frenzl DM, Ware JE, Group T. Assessing health-related quality of life in patients with benign non-toxic goitre. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2014; 28(4): 559-75.
- 28- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-882.
- 29- Zemestani, Hasannejad, Nejadian. Comparison of quality of life, sleep quality and social adjustment of cancer patients and normal people in Ahvaz. *Urmia Medical Journal*. 2013; 24(7): 471-482 [Persian].
- 30- Seyedrasooly A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Aliashrafi Z, Nikanfar AR, Jasemi M. Association between perception of prognosis and spiritual well-being among cancer patients. *Journal of caring sciences*. 2014; 3(1), 47 [Persian].
- 31- Vespa A, Spatuzzi R, Merico F, Ottaviani M, Fabbietti P, Meloni C, Pelliccioni G. Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Supportive care in cancer*. 2018; 1-8.
- 32- Karren KJ, Hafen BQ, Smith NL, Frandsen KJ. *Mind-body health: the effects of attitudes, emotions and relationship*. Bebnjamin-cummings publishing; 2006.
- 33- Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual wellbeing in terminal cancer patients. *J pain symptoms manage*. 2006 May; 31 (5): 449- 56.
- 34- Jani s, Molaee M, Biglow J, Poresmaili v. The Effectiveness of Religious Based Cognitive Therapy on Anxiety. 2014. [Persian].
- 35- Chavoshian A, Moeini B, Bashirian S, Fardmal J. The Role of Spiritual Health and Social Support in Forecasting Nurses' Quality of Life. *Journal of Education and Community Health*. 2015; 2(1): 19-28. [Persian].
- 36- Varee H, Askarizadeh GH, Bagheri M. Comparison of Spiritual Well-being Components with Happiness and General Health among Students of Shahid Bahonar University and Kerman Theological Seminars. *Research in Religion and Health*. 2017; 11(3): 59-67. [Persian].
- 37- Salsman JM, Yost KJ, West DW, Cella D, Spiritual well-being and health-related quality of life in colorectal cancer: a multi-site examination of the role of personal meaning, *Support Care Cancer*; 2011;19(6):757-64.
- 38- Esfandiyar B, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. *Hayat, Journal of Faculty of Nursing and Midwifery*. 2011;17(3):27-37.