

## بررسی ارتباط بین مذهب، سلامت معنوی، امید و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان

\* اسفندیار بالجانی<sup>۱</sup>، مهدی کاظمی<sup>۲</sup>، الهام امان پور<sup>۳</sup>، توران تیزفهم<sup>۴</sup>

۱. مربی، عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران
۲. دانشجوی کارشناس ارشد جامعه شناسی دانشگاه پیام نور مرکز تهران، تهران، ایران
۳. مربی پرستاری، بیمارستان سیدالشهدا، ارومیه، ایران
۴. مربی، عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، ارومیه، ایران

\* نویسنده مسئول، آدرس مکاتبه: ارومیه، جاده فرودگاه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه، گروه پرستاری  
پست الکترونیکی: Baljani1@yahoo.com

### چکیده

**مقدمه:** بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌تواند یک نقطه مهم در ارزیابی اثربخشی درمان و روند بیماری در این بیماران باشد. مفاهیم امید، سلامت معنوی، مذهب و کیفیت زندگی حوزه‌های معنی‌دار و مرتبط برای بیماران و پرستاران هستند، اما مطالعات کمی ارتباط بین این مفاهیم را در بیماران مبتلا به سرطان معلوم ساخته است.

**هدف:** تعیین ارتباط بین مذهب، معنویت و امید با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۸

**روش:** در این مطالعه توصیفی همبستگی، ۱۶۴ بیمار مبتلا به سرطان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه کیفیت زندگی EORTC QOL-C30، پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین (Ellison & Paloutzain)، ایندکس مذهب دانشگاه دوک (Duke University Religion Index)، و شاخص امید هرث (Herth Hope Index) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون چند متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** سلامت معنوی ( $r=0/23, p=0/01$ ) و امید ( $r=0/23, p=0/01$ ) با مقیاس عملکردی کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی‌دار داشتند. سلامت معنوی ( $r=0/34, p<0/01$ ) و امید ( $r=0/46, p<0/01$ ) با کیفیت زندگی کلی نیز ارتباط مثبت معنی‌داری داشتند. بین اعمال مذهبی و کیفیت زندگی کلی ( $r=0/18, p<0/05$ ) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. همچنین امید و عقاید مذهبی ۲۵/۸ درصد تغییرات کیفیت زندگی کلی را تبیین کردند.

**نتیجه‌گیری:** توجه به عواملی مانند هدف‌مند بودن در زندگی، اعتقاد به خدا، اعمال مذهبی و خوش بینی به آینده در برنامه ریزی مراقبتی از بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند موجب ارتقاء کیفیت زندگی آنان گردد.

**کلیدواژه‌ها:** کیفیت زندگی، امید، سلامت معنوی، مذهب، بیمار مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۱/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۰۸/۰۴

## مقدمه

و پرستاران هستند. اما مطالعات کمی ارتباط بین این مفاهیم را در بیماران بستری معلوم ساخته است (۱۶).

امید مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله سرطان است و به عنوان یک فاکتور پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می‌شود (۱۰). از نظر بنزئین و برج (Berg و Benzein)، امید از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۱۷). در منابع دیگر امید به عنوان یک فاکتور در پیش بینی سیر بیماری وخیم ذکر می‌شود (۱۸). برعکس ناامیدی به عنوان تحمل وضعیت فائق نیامدنی تعریف می‌شود که در آن دستیابی به هیچ هدفی مورد انتظار نیست، با افسردگی، آرزوی مرگ و خودکشی ارتباط دارد (۱۹). از تعریف‌ها چنان بر می‌آید که امید در بر دارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و باعث تلاش با این تصور است که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل شود. هر نوع مفهوم سازی از امید، چند بعدی، پویایی، آینده نگر و فرآیند نگری آن را منعکس می‌کند (۲۰).

معنویت و مذهب که گاهاً افراد آن‌ها را با عنوان سلامت معنوی و اعمال مذهبی تعبیر می‌کنند (۲۱) با هم هم‌پوشانی دارند که هر دو جستجوی معنی و هدف، اتصال و ارزش‌ها را ممکن است شامل شوند (۲۲). معنویت از واژه اسپیریتوس (Spiritous) به معنای نقش زندگی یا «روشی برای بودن» و «تجربه کردن» است که با آگاهی یافتن از یک بعد غیر مادی به وجود می‌آید و ارزش‌های قابل تشخیص مانند عشق، دلسوزی و عدالت، از اجزای آن شمرده شده‌اند. سلامت معنوی به عنوان فلسفه مرکزی زندگی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف، معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته شده است (۲۳). مذهب به تشویق مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح جدید معنی و برای تمام عملکردها را

اطلاع از داشتن سرطان برای هر فردی یک تجربه غافل‌گیرکننده (۱) و نگران‌کننده بوده (۲) و در واقع با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند و تلاش می‌شود با این وضعیت سازگار شود (۳). اثرات روانی ناشی از تشخیص سرطان و اثرات جسمانی مربوط به درمان و عوارض جانبی همراه با آن، بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تأثیر منفی می‌گذارد (۴). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به عنوان درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد (۵). بررسی کیفیت زندگی در تحقیقات مربوط به سرطان یک متغیر مهم مرتبط با مراقبت بالینی درآمده است (۶) و از آن به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش بینی عواقب بیماری و ارزش‌یابی مداخلات درمانی استفاده می‌شود (۷).

یافته‌های مطالعات زیاد نشان داده که امید (۱۰-۸) و سلامت معنوی (۱۱،۱۲) فاکتورهای معنی‌دار در زندگی است که با کیفیت زندگی و سلامت روانی اجتماعی بیماران ارتباط دارند. همچنین تحقیقات نشان داده است که احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (۱۳).

پرستاران به دلیل برخورد‌های مستقیم و طولانی مدت با بیماران، می‌توانند نقش مهم و مؤثری در بررسی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سرطانی داشته باشند (۱۴). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌تواند یک نقطه مهم در ارزیابی اثربخشی درمان و روند بیماری در این بیماران باشد (۱۵). مفاهیم امید، سلامت معنوی و کیفیت زندگی حوزه‌های معنی‌دار و مرتبط برای بیماران

جستجو می‌کند. اکثر افراد معنوی مذهبی هستند، ولی برعکس آن صحیح نیست (۲۴). بسیاری از مردم به معنویت از طریق مذهب دست می‌یابند. با توجه به متفاوت بودن افراد، آنچه ممکن است برای فردی احساس راحتی و آرامش ایجاد کند، ممکن است برای دیگری کارایی نداشته باشد. پس نیایش، خواندن کتاب‌های وحی، یا حضور در خدمات مذهبی از جمله منابعی هستند که بعضی افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند (۲۴). نتایج پژوهش مک‌لین، روسن فلد، بریت بارد (Mcclain, Rosenfeld, Breitbard)، نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۲۵). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد (۲۶).

از آنجایی که مداخلات تکنیکی در ارتباط با تهدیدکنندگان حیات تا به حال به طور کامل نتوانسته‌اند جوابگوی مشکلات پیش روی بیماران صعب‌العلاج باشند، توجه به پارامترهای قوی مثل معنویت، مذهب و امید در جوامع مختلف رو به گسترش است (۲۱). نتایج مطالعه brady و همکاران نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان، معنویت به اندازه سلامت جسمانی و سلامت عاطفی با کیفیت زندگی ارتباط داشت (۲۷). امروزه پیشنهاد می‌شود که لازم است مذهب، معنویت و نگرانی‌های وجودی در بررسی کیفیت زندگی بیماران گنجانده شود (۲۸). روستون (Rustoen) و همکاران به این نتیجه رسید که امید بین دیسترس روانی و کیفیت زندگی نقش میانجی دارد و بیمارانی که سطح امید بالاتری داشتند دیسترس کمتر و کیفیت زندگی بهتری داشتند (۶). با وجود این که در کشورهای غربی مطالعات زیادی در مورد کیفیت زندگی بیماران صورت گرفته است

اما مؤسسه ملی سرطان تأکید کرده که بررسی تفاوت نتایج مطالعات در مورد کیفیت زندگی ضرورت به حساب می‌آید تا تأثیر سرطان و درمان آن از دیدگاه بیماران بهتر درک شود (۶) که این مورد شاید در کشور ما نیز مصداق داشته باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین مذهب، معنویت و امید با کیفیت زندگی بیماران سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه انجام شد.

### روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی است که ۱۶۴ بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در طول مدت ۶ ماه از مرداد ۱۳۸۹ تا دی ماه همان سال به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف در آن شرکت کردند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، تشخیص قطعی سرطان، آگاهی از بیماری خود، نداشتن بیماری روانی و تمایل داوطلبانه به شرکت در مطالعه بودند. ابزار گردآوری نمونه شامل پرسشنامه‌هایی است که در قسمت اول آن، مشخصات دموگرافیک جنس، سن، سطح تحصیلات، نوع سرطان، مدت زمان بیماری، مورد بررسی قرار گرفت. در قسمت دوم، کیفیت زندگی با استفاده از EORTC QOL-C30 مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار ۳۰ آیتم دارد و شامل سه زیر گروه (کیفیت زندگی کلی، مقیاس عملکردی و مقیاس نشانه‌ها) است. امتیازبندی ۲ آیتم مربوط به کیفیت زندگی کلی بر مبنای درجه بندی لیکرت از ۱ تا ۷ است ولی بقیه سؤال‌های مربوط به زیرگروه‌ها از ۱ تا ۴ متغیر است. مقیاس عملکردی از ۵ زیر گروه (جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی) و مقیاس نشانه‌ها شامل ۳ آیتم مربوط به خستگی، ۲ آیتم مربوط به تهوع و استفراغ، ۲ آیتم مربوط به درد و پنج تک آیتم (تنگی نفس، بی‌خوابی، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) تشکیل شده است. امتیازات زیر گروه‌ها از ۰-۱۰۰ متغیر

مورد عقاید و تجارب مذهبی را به صورت درجه‌بندی ۵ لیکرتی از «قطعا در مورد من صدق می‌کند» تا «قطعا در مورد من صدق نمی‌کند» مورد بررسی قرار می‌دهد. جمع ۳ آیتم بیانگر امتیازات عقاید مذهبی شد. در تمام ۵ آیتم مربوط به مذهب، امتیازات به صورت معکوس محاسبه می‌شوند و دامنه امتیازات کلی اعمال مذهبی ۲ تا ۱۲ و عقاید مذهبی از ۱۵ تا ۴۵ متغیر است (۳۲). پایایی پرسشنامه بعد از ترجمه با استفاده از آلفای کرانباخ  $0/93$  تعیین شد. در قسمت پنجم، امید با استفاده از شاخص امید هرث یا (Herth HHI Hope Index) مورد بررسی قرار گرفت. این ابزار از ۱۲ بیانیه ساخته شده است که بر مبنای ۴ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۱، مخالفم امتیاز ۲، موافقم امتیاز ۳ و کاملاً موافقم امتیاز ۴ در نظر گرفته شد. در مورد سؤال ۳ و ۶ نمره گذاری به صورت معکوس می‌باشد. پایایی پرسشنامه در مطالعات قبلی بنزئین و برج (۱۷) و هرث (۱۰) به تأیید رسیده است. با این وجود در این مطالعه پس از ترجمه‌ی ابزار، محتوای آن توسط اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری مورد بررسی قرار گرفت و روایی لازم کسب نمود و پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرانباخ  $0/82$  تعیین گردید. امتیازات کلی شاخص امید هرث بین ۱۲ تا ۴۸ متغیر است و امتیاز بالاتر بیانگر وضعیت امید بهتر است.

برای وارد کردن و تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای بدست آوردن جمع امتیازات کیفیت زندگی و سه زیر گروه کیفیت زندگی کلی، مقیاس عملکردی و مقیاس نشانه‌ها مربوط به آن، امتیازات شاخص امید هرث، امتیازات کلی سلامت معنوی و خرده سنجش‌های آن (۱۰ بیانیه سلامت مذهبی و ۱۰ بیانیه سلامت وجودی) و مذهب (اعمال مذهبی و عقاید مذهبی) از آمار توصیفی استفاده شد. برای تعیین ارتباط بین امتیازات شاخص

است. در مورد مقیاس عملکردی و کیفیت زندگی کلی امتیازات بالاتر بیانگر عملکرد بهتر و در مورد مقیاس نشانه‌ها امتیازات بالاتر بیانگر عملکرد ضعیف تر است (۲۹). این مقیاس به فارسی ترجمه گشته و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته (۳۰). در قسمت سوم، معنویت با استفاده از پرسشنامه ۲۰ بیانیه‌ای سلامت معنوی الیسون و پالوتزین (Ellison و Paloutzain) مورد ارزیابی قرار گرفت. ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه گیری می‌کند. نمره‌ی سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۲۰-۱۲۰ در نظر گرفته شده است. ۲۰ بیانیه بر مبنای ۶ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. امتیازات از ۱ تا ۶ به صورت کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملاً موافقم متغیر است. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۶ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. ۹ آیتم نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری شده است (۳۱). روایی پرسشنامه سلامت معنوی پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوا تعیین شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرانباخ ( $r=0/88$ ) تعیین گردید. در قسمت چهارم، مذهب با استفاده از ابزار ایندکس مذهبی دانشگاه دوک (DUREL) Duke University Religion Index مورد بررسی قرار گرفت. این شاخص ۵ آیتم دارد که در آیتم نخست آن تعداد دفعات شرکت در مسجد و مراسمات مذهبی به صورت درجه بندی ۶ لیکرتی از «بیش از یک بار در هفته» تا «هرگز» مورد ارزیابی قرار گرفت و در آیتم دوم تعداد دفعات انجام فعالیت‌های مذهبی مثل نماز خواندن به صورت درجه بندی ۶ لیکرتی از «بیش از یک بار در روز» تا «هرگز» مورد ارزیابی قرار گرفت. جمع دو آیتم بیانگر امتیازات اعمال مذهبی شد. ۳ آیتم بعدی از ابزار ۱۰ آیتمی مذهب درونی هوگ (Hoge) استخراج شده که اظهارات افراد در

جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای امید، کیفیت زندگی و عقاید و اعمال مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۹

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اعمال مذهبی	۶.۳۲	۳.۲۳
عقاید مذهبی	۱۴.۱۳	۱.۹۵
سلامت معنوی	۹۳.۸۱	۱۴.۹۷
شاخص امید هرث	۳۹.۱۱	۶.۳۷
مقیاس عملکردی/QOL	۶۱.۳۱	۲۰.۵۷
مقیاس نشانه‌ها/QOL	۳۶.۱۱	۱۸.۹۸
کیفیت زندگی کلی	۶۴.۳۲	۲۰.۲۹

امید هرث، امتیازات کلی سلامت معنوی، امتیازات سلامت مذهبی، سلامت وجودی، اعمال مذهبی و عقاید مذهبی با کیفیت زندگی،

از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین متغیرهای پیشگویی کننده کیفیت زندگی، از آنالیز رگرسیون چند گانه استفاده شد. امتیازات کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته و امتیازات مربوط به شاخص امید هرث، سلامت معنوی، سلامت مذهبی، سلامت وجودی، اعمال مذهبی و عقاید مذهبی به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شدند. سطح معنی داری ۰/۰۵ می باشد.

#### یافته ها

میانگین سن بیماران شرکت کننده ۶۲/۴۶ با انحراف معیار ۵۴/۱۴ بود. ۴/۵۲ درصد بیماران مرد و ۶/۴۷ درصد زن بودند. ۵/۴۴ درصد بیماران بی سواد، ۱/۱۷ درصد زیر دیپلم و بقیه دیپلم و بالاتر بودند. در مورد نوع سرطان، بیشترین مورد مربوط به سرطان پستان (۹/۱۵ درصد)، ریه (۸/۱۲ درصد) معده (۱۱ درصد)، خون (۶/۱۱ درصد) و کولون (۱/۹ درصد) بودند/ مدت زمان بیماری در بیماران شرکت کننده به طور متوسط ۵/۰۳ (ماه) با انحراف معیار ۷/۰۷ بود.

مشخصه های توصیفی سه زیر گروه های مربوط به کیفیت زندگی (کیفیت زندگی کلی، مقیاس عملکردی و مقیاس نشانه ها)، سلامت معنوی، عقاید مذهبی، اعمال مذهبی و شاخص امید هرث بیماران

مبتلا به سرطان مربوط به این مطالعه در جدول شماره (۱) آورده شده است.

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین سلامت معنوی و مقیاس عملکردی کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۰۱). بین شاخص امید هرث و مقیاس عملکردی کیفیت زندگی ارتباط مثبت معنی دار وجود داشت (p=۰/۰۰۰۱). اما بین عقاید مذهبی و مقیاس عملکردی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت (p>۰/۰۵). بین اعمال مذهبی و مقیاس عملکردی کیفیت زندگی ارتباط معنی دار وجود نداشت (p>۰/۰۵).

بین سلامت معنوی و مقیاس نشانه‌ها، عقاید مذهبی و مقیاس نشانه‌ها، شاخص امید هرث و مقیاس نشانه‌ها، اعمال مذهبی و مقیاس نشانه‌ها ارتباط معنی دار وجود نداشت. بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی کلی ارتباط مثبت معنی داری وجود داشت (p=۰/۰۰۰۱). بین عقاید مذهبی و کیفیت زندگی کلی ارتباط معنی دار وجود نداشت، بین شاخص امید هرث و کیفیت زندگی کلی (p=۰/۰۰۰۱) ارتباط معنی دار وجود داشت، بین اعمال مذهبی و کیفیت زندگی کلی ارتباط معنی دار وجود داشت. (جدول شماره ۲).

برای پیشگویی کیفیت زندگی کلی از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که در مرحله اول سلامت

جدول شماره ۲: ارتباط بین کیفیت زندگی با سلامت معنوی، عقاید مذهبی، امید، و اعمال مذهبی در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۹

مقیاس عملکردی	مقیاس نشانه‌ها	کیفیت زندگی کلی
ضریب همبستگی	ضریب همبستگی	ضریب همبستگی
پیرسون	پیرسون	پیرسون
۰/۲۳	-۰/۱۳	۰/۳۴
عقاید مذهبی	۰/۰۸	۰/۰۷
شاخص امید هرث	-۰/۰۶	۰/۴۶
اعمال مذهبی	-۰/۰۲	۰/۱۸
**=P<0.01		
*=p<0.05		

روزها یا لحظات خوب در آینده و امکان رهایی از مشکلات با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد. در توجیه این نتیجه می‌توان گفت که امید مکانیسم سازگاری قوی در بیماران مزمن از جمله سرطان است و افراد امیدوار راحت تر می‌توانند بحران بیماری را تحمل کنند. این نتایج با نتایج مطالعه اسبن سن (esbensen) و همکاران (۳۴) و هرث (۱۰) و پایپ (pipe) و همکاران (۱۶) همخوانی دارد. همچنین بین اعمال مذهبی و کیفیت زندگی کلی ارتباط وجود داشت که بیانگر این است که انجام اعمال مذهبی مثل نماز خواندن و حضور در مسجد و غیره با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد. این نتایج با نتایج مطالعه رپین تروپ (rippentrop) همخوانی دارد (۲۳) اما باننایچ مطالعه بالبونی و همکاران (۲۱) همخوانی ندارد. در این مطالعه هم سلامت معنوی و هم اعمال مذهبی با کیفیت زندگی ارتباط داشت در توجیه این نتیجه می‌توان گفت که به رغم برخی جوامع که در آن‌ها مردم به معنویت از طریق هنر یا ارتباط با طبیعت دست می‌یابند (۳۵)، در جامعه ما مردم به سلامت معنوی از طریق اعمال مذهبی دست می‌یابند به عبارت دیگر نماز خواندن و حضور در مسجد و غیره در راستای اعتقاد به خداوند به عنوان قدرت بی‌نهایت است که یاد آن

وجودی با ضریب همبستگی ۰/۴۰ به تنهایی ۱۶/۷ درصد واریانس کیفیت زندگی کلی را تبیین می‌کند. در مرحله دوم دو متغیر عقاید مذهبی و اعمال مذهبی اضافه شدند و با ضریب همبستگی ۰/۴۳ سه متغیر، ۱۹/۲ درصد واریانس کیفیت زندگی کلی را تبیین کرده و در نهایت در مرحله سوم شاخص امید هرث به رگرسیون وارد شده میزان همبستگی به ۰/۵۰ افزایش یافته و ۲۵/۸ درصد واریانس را تبیین کرده است. از این چهار متغیر نهایی، دو متغیر عقاید مذهبی و شاخص امید هرث ( $p=۰/۰۰۰۱$ ) به طور معنی‌دار در واریانس کیفیت زندگی کلی شرکت داشتند (جدول شماره ۳).

## بحث

نتایج مطالعه نشان داد که بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی (مقیاس عملکردی و کیفیت زندگی کلی) ارتباط وجود داشت که بیانگر این است که ایمان به خدا یا یک قدرت بی‌نهایت و حس هدفمندی از زندگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد. این نتایج با نتایج مطالعه اله‌بخشیان و همکاران (۳۳) و نتایج مطالعه بالبونی (balboni) و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. همچنین بین امید و کیفیت زندگی (مقیاس عملکردی و کیفیت زندگی کلی) ارتباط وجود داشت و بیانگر این است که عقیده به وجود

جدول شماره ۳: رگرسیون گام به گام جهت پیشگویی کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای سلامت معنوی، عقاید مذهبی، اعمال مذهبی، و امید در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امید شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۹

مرحله	متغیرهای مستقل	B	$\beta$	S.E	R	$R^2$	F	df	P
۱	سلامت وجودی	۰/۹۳	۰/۴۱	۰/۱۶	۰/۴۰	۰/۱۶۷	*۳۲/۱۳	۱/۱۶۱	۰/۰۰۰
	سلامت وجودی	۰/۹۶	۰/۳۷	۰/۱۷					۰/۰۰۰
۲	عقاید مذهبی	-۱/۲۹	-۰/۱۲	۰/۸۳	۰/۴۳	۰/۱۹۲	*۱۲/۵۸	۳/۱۵۹	۰/۱۲
	اعمال مذهبی	۰/۹۸	۰/۱۵	۰/۴۸					۰/۰۴
	سلامت وجودی	۰/۳۶	۰/۱۶	۰/۲۲					۰/۱۱
	عقاید مذهبی	-۲/۰۹	-۰/۲۰	۰/۸۲					۰/۰۱
۳	اعمال مذهبی	۰/۶۵	۰/۱۰	۰/۴۷	۰/۵۰	۰/۲۵۸	*۱۳/۷	۴/۱۵۸	۰/۱۶
	شاخص امید هرث	۱/۲۷	۰/۴۰	۰/۳۴					۰/۰۰۰

متغیر وابسته = مقیاس کلی کیفیت زندگی  
\*P<0.01

مطالعه کاملا داوطلبانه بوده اما ممکن است شرکت کنندگان در جواب دادن به پرسشنامه سنجش عقاید مذهبی و سلامت معنوی جواب های غیر واقعی بدهند که خارج از کنترل پژوهشگر بوده است.

### نتیجه گیری

این مطالعه مقطعی بوده و پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی به صورت طولی انجام شود. در این مطالعه ارتباط متغیرهای سلامت معنوی مذهب و امید با کیفیت زندگی مشخص شد پیشنهاد می شود مطالعه ای با هدف تأثیر مداخلات سلامت معنوی و مذهب بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام شود. در این مطالعه ارتباط بین کیفیت زندگی، سلامت معنوی، مذهب و امید مشخص شد. بر این اساس تأکید می شود که پرستاران به مفهوم مراقبت نگاه جامع و در مراقبت از مددجو به تمامیت انسان توجه داشته باشند. همچنین به پرستاران و متخصصین بالینی کمک می کند تا در ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به هدف مندی زندگی، اعتقاد به خدا و اعمال مذهبی و خوش بینی به آینده توجه داشته و خدمات مناسب تری در این زمینه در جهت بهبود کیفیت زندگی به بیماران مبتلا به بیماری های سرطانی طراحی و ارائه نمایند. از سوی دیگر با توجه به این نکته که در کشور ما مردم

باعث آرامش دل ها شده و کتاب مقدس وجود زندگی جاویدان بعد از مرگ را بشارت داده است و این آرامش درونی ممکن است با کیفیت زندگی مرتبط باشد.

نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که شاخص امید هرث و عقاید مذهبی تغییرات واریانس کیفیت زندگی کلی را تبیین می کند و بیانگر این است که بیمارانی که امید بهتری در زندگی داشتند و مطابق با دستورات مذهبی زندگی می کردند، کیفیت زندگی بهتری داشتند و می تواند از یک سو مفهوم چند بعدی و قدرتمند امید در بهبودی و سازگاری و از سوی دیگر نقش عمیق اعتقادات مذهبی در سازگاری با شرایط استرس های شدید زندگی را مورد تأکید قرار دهد. در مطالعه روستون و همکاران امید و وضعیت سلامتی، متغیرهای پیشگویی کننده کیفیت زندگی بود (۶). هر چند که در مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر سلامت معنوی در مقایسه با مذهب ارتباط قوی تری با کیفیت زندگی داشت (۳۶) نتایج مطالعه ما در این مورد به نقش مذهب بیشتر تأکید داشته است و این با گستردگی بیشتر معنویت در مقایسه با وابستگی مذهبی مغایر است.

نمونه گیری در این تحقیق غیر تصادفی بود که پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی به صورت تصادفی انجام شود. هر چند که شرکت در

به باورهای دینی اعتقاد دارند پس طراحی مداخلاتی در این زمینه با

### تشکر و قدردانی

نویسندگان کمال تشکر را از تمام بیماران شرکت کننده در تحقیق و همچنین از مدیریت پرستاری و سایر همکاران بیمارستان امید شهرستان ارومیه ابراز می‌دارند.

### Reference:

1. Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008; 40 (3) :241-7.
2. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening. Experiences of healthy women with pathological smears. *European Journal Oncology Nursing*. 2007;11:417-23.
3. Reb AM. Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007; 34 (6) : E70-81.
4. Michael M, Tannok L. Measuring health related quality of life in clinical trial evaluated the role of chemotherapy in cancer treatment. *Canadian Medical Association Journal* 1998: 1727-34.
5. Lehto US, Ojanen M, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. *Annals of Oncology* 2005;16:805-16.
6. Rustøen T, Cooper BA, Miaskowski Ch. The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfaction in a Community Sample of Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 2010;33 (4) :258-67
7. Fuller J, Schaller-Ayers J. *Health assessment*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Co; 1999. P. 1006
8. Wonghongkul T. Uncertainty Appraisal, Hope, and Coping in Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. 1999;23 (4) :663-71.
9. Lee E. Fatigue and hope: relationships to psychological adjustment in Korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research*. 2001; 14 (2) :87-93.
10. Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32 (6) : 1431-41.
11. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 2006; 9: 646-57.
12. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. *Journal of Palliative Medicine* 2002; 43:213-20.
13. Borman PD, Nicholas DR. Spirituality, religiosity, and the quality of life of oncology patients. *Journal of Clinical Oncology*. 1999;12 (6) :453-60.



14. Lamp J. Nurses at the bed side influencing outcome. *Nurs Clin North Am* 1997;33 (3) :583-7.
15. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater J, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal Cancer* 1988;57: 109-12.
16. Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Atherton P, Robinson C. A Prospective Descriptive Study Exploring Hope, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Hospitalized Patients. *Medical Surgical Nursing* 2008; 17 (4) : 247-53
17. Benzein E, Berg A. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*. 2005; 19 (3) :234-40
18. Herth K, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: Hope and palliative care nursing. *British Journal of nursing*. 2002; 11 (14) : 977-982.
19. Faran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: critical clinical constructs. *Journal of Advance Nursing*. 1995;15:1250-9.
20. McClementa SE, Chochinovb HM. Hope in advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*. 2008; 44: 1169 –1174.
21. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan C, Peteet J, et al. 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) :555-60.
22. Hawks SR, Hull ML, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention. *Strategies in health promotion*. *American Journal of Health Promotion* 1995; 9:371-8.
23. Rippentrop AE, Altmaier EM, Burns CP. The relationship of religiosity and spirituality to quality of life among cancer patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*. 2006;13 (1) :31-7.
24. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*. 2001; 7 (6) :1225-35.
25. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. The influence of spiritual well-being on end-of-life despair in a group of terminally ill cancer patients. *Lancet*. 2003; 361:1603-7.
26. Meraviglia MG. Critical analysis of spirituality and its empirical indicators: Prayer and meaning in life. *Journal of Holistic Nursing*. 1999; 17:18-33.
27. Brady M J, Peterman AH, Fitchett G, Mo Mo & Cella D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychology-Oncology*. 8 (12) : 417-28.
28. Bufford RK, Paloutzian RF, & Ellison CW. Norms for the spiritual well-being scale. *Journal of Psychology and Theology*. 1991; 19 (23) : 56-70.
29. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D & Bottomley A. EORTC QLQ-C30. Scoring Manual. EORTC Quality of Life Group, EORTC Data Centre, Brussels, Belgium. 2001
30. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-C30) :

- translation and validation study of the Iranian version. *Support Care Cancer*. 1999; 7: 400-6
31. Paloutzian RE, Park CL. Psychology of religion and applied areas. In: Paloutzian RE, Park CL. *Handbook of the Psychology of religion and spirituality*. 1th ed. Uk. Guilford press; 2005.
32. Koenig H, Parkerson GR, Meador K G. Religion index for psychiatric research. *American Journal of Psychiatry*. 1997;153: 885. 6
33. 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 Medical Sciences* 2010; 12 (3) : 29-32 (Persian)
34. Esbensen BA, Østerlind K, Roer O, Hallberg IR. Quality of life of elderly persons with newly diagnosed cancer *European Journal of Cancer Care*. 2004; 13:443-53
35. John-Paul Vader. Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*. 2006; 2 (12) ;541-7.
36. Livneh H, Lott Sh, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*. 2004; 9 (4) : 411-30

## A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in patients with cancer

\* Baljani E<sup>1</sup>, Kazemi M<sup>2</sup>, Amanpour E<sup>1</sup>, Tizfahm T<sup>1</sup>

1. Faculty of Nursing, Islamic Azad university, Uremia Branch, Uremia Iran

2. Student in Sociology, Payam Noor University of Tehran Center, Tehran, Iran

\* Corresponding Author, Email: Baljani1@yahoo.com.

### Abstract

**Background:** Religion, spiritual well-being and hope are concepts that are frequently used as a source of coping in patients with cancer. However, few studies have examined these factors with independent measurement devices.

**Aim:** To determine the relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in cancer patients admitted to Omid's Hospital in Urmia city from August to January 2010.

**Method:** In this cross sectional descriptive-analytical research, 164 patients with cancer were selected using sequential convenience sampling. Data were collected using demographic characteristics form, quality of life questionnaire EORTC QOL-C30, Ellison and Paloutzain spiritual well-being questionnaire, Duke University Religion Index, and the Herth Hope Index. Data was analyzed using SPSS Software (v.11.5), statistical test Pearson correlation coefficient and multiple regressions were done and  $P < 0.05$  considered statistically significant.

**Results:** Spiritual well-being ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.01$ ) and hope ( $r = 0.23$ ,  $p < 0.01$ ) had a significant positive relationship with the functional quality of life scale. Spiritual well-being ( $r = 0.34$ ,  $p < 0.01$ ) and hope ( $r = 0.46$ ,  $p < 0.01$ ) had a significant positive correlation with the overall quality of life. Between religious practices and the overall quality of life was significant correlation ( $r = 0.18$ ,  $p < 0.05$ ). Also hope and religious beliefs explained 25.8 percent of changes in overall quality of life.

**Conclusion:** There was a significant relationship between spiritual health, religious practices, hope and quality of life. Considering some factors such as being purposeful in the life, believing in God, doing religious practices and being optimistic about the future, while providing the health cares for patients with cancer might increase their quality of life.

**Keywords:** Quality of life, hope, spiritual wellbeing, religion, patients with cancer

Received: 10.04.2011

Accepted: 26.10.2011

