

ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان

زهرا رضایی شهسوارلو^۱، محسن تقدسی^۲، معصومه سادات موسوی^۳، *محمد سجاد لطفی^۴، خدیجه هراتی^۵

- ۱- کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.
- ۲- استادیار، عضو هیئت علمی گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.
- ۳- کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران.
- ۴- دانشجوی دکتری سالمندشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: sajjad.lotfi@yahoo.com
- ۵- کارشناسی ارشد پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

نشریه روان پرستاری، دوره ۴، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، ۴۷-۵۵

چکیده

مقدمه: اطلاع یافتن از تشخیص سرطان، رضایت از زندگی در افراد مبتلا به این بیماری را به شدت تحت تأثیر قرار داد و می‌کاهد. به نظر می‌رسد عوامل مذهبی و معنوی با توجه به مولفه‌های خود بر رضایت از زندگی این بیماران تأثیر مثبت داشته و آن را افزایش دهند. لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی در افراد مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

روش‌ها: این پژوهش مقطعی، بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان به روش مستمر در فاصله‌ی زمانی بین مهر تا دی سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. یافته‌ها با استفاده از پرسشنامه چهار بخشی اطلاعات دموگرافیک، ابزارهای سلامت معنوی الیسون-پالوتزین، نگرش مذهبی گلاک و استارک و رضایت از زندگی فرم Z، جمع‌آوری شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶/۰ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره رضایت از زندگی برای کل واحدهای مورد پژوهش $16/03 \pm 5/58$ بود. تفاوت معناداری بین نمره رضایت از زندگی مردان ($17/21 \pm 5/91$) و زنان ($14/52 \pm 4/77$) دیده شد ($p=0/001$). میانگین کلی سلامت معنوی و نگرش مذهبی به ترتیب $87/48 \pm 12/11$ و $91/24 \pm 6/52$ بود که بین میانگین نمره سلامت معنوی و نگرش مذهبی در دو جنس تفاوت معناداری وجود نداشت. ارتباط معناداری بین رضایت از زندگی با سلامت معنوی ($P<0/001$, $r=0/422$) و نگرش مذهبی عاطفی ($p=0/006$, $r=0/275$) با رضایت از زندگی مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که سلامت معنوی و نگرش مذهبی تأثیر بسزایی در تأمین رضایت از زندگی بیماران سرطانی دارد، لذا توصیه می‌شود که پرستاران و کارکنان تیم درمان جهت افزایش رضایت از زندگی بیماران سرطانی بر سلامت معنوی و مذهب توجه داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: سرطان، سلامت معنوی، نگرش مذهبی، رضایت از زندگی.

پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۵/۲۷

مقدمه

سرطان از شایعترین بیماری‌های مزمن عصر حاضر است (۱). مطابق آمار سازمان بهداشت جهانی، هرساله ۱۰ میلیون بیمار مبتلا به سرطان شناسایی می‌شود (۲) پیش‌بینی می‌شود این میزان تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۱۵ میلیون نفر در هر سال برسد (۳). اطلاع از ابتلا به سرطان امری بسیار ناخوشایند تلقی می‌گردد که می‌تواند یک تجربه غافلگیرکننده و نگران‌کننده برای فرد باشد (۴، ۵). این بیماری مشکلات فراوانی در روند طبیعی زندگی و همچنین در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی آن ایجاد می‌کند (۶). از مهم‌ترین ابعاد زندگی که تحت تأثیر ابتلا و اطلاع از سرطان قرار می‌گیرد، رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند. رضایت از زندگی با نیازهای فرد ارتباطی فراگیر دارد که با اطلاع از ابتلا به سرطان بین تمایلات و نیازهای فرد یک عدم همخوانی ایجاد می‌شود که این عدم همخوانی موجب نارضایتی از زندگی را در این بیماران ایجاد می‌کند (۷، ۸).

عوامل مختلفی از جمله میزان حمایت، امید و شادکامی می‌تواند بر میزان رضایت از زندگی بیماران سرطانی تأثیرگذار باشد (۹-۱۲). علاوه بر عوامل فوق به نظر می‌رسد عواملی نظیر نگرش مذهبی و سلامت معنوی نیز دارای پتانسیل بالایی در افزایش رضایت از زندگی این بیماران باشند. معنویت را می‌توان به مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جسم‌های مادی زندگی دانست که سبب می‌شود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد (۱۳)؛ سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی است و اغلب به صورت رابطه با خدا آشکار می‌شود. از طرفی رفتارها و باورهای مذهبی نیز می‌تواند تأثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی افراد داشته باشد، رفتارهایی مانند عبادت، زیارت و توکل به خداوند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی افراد می‌گردد (۱۰). در تفاوت مذهب و معنویت می‌توان گفت مذهب به انجام مناسک روزمره مثل نماز و روزه تمایل دارد، اما معنویت سطوح بالاتری را جستجو می‌کند که شامل نگرش درونی افراد به یک نیروی والا است. به نظر می‌رسد افراد مذهبی به دلیل داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط بحرانی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان مثل ابتلا به سرطان، فشار کمتری را متحمل می‌شوند (۱۱، ۱۴).

پژوهش‌های متعددی در زمینه بررسی رابطه نگرش مذهبی و سلامت معنوی با رضایت از زندگی بیماران انجام شده است، مطالعه‌ای جعفری و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که سلامت معنوی

عاملی مهم در افزایش رضایت از زندگی بیماران سرطانی است (۶)، رضایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهش خود بر روی بیماران سرطانی گزارش کردند که نمرات بالاتر سلامت معنوی میزان اضطراب و استرس کمتری وجود دارد (۱۵). مطالعه پیراسته و همکاران (۱۳۹۱) بر روی بیماران مبتلا به ایدز بیانگر این بود که تقویت معنوی، بهترین عامل پیش‌بینی در بهبود کیفیت زندگی است (۱۶)، نتایج مطالعه Manning-walch (۲۰۰۵) و همکاران نشان داد که افراد با کشمکش معنوی بالاتر، رضایت از زندگی کمتری دارند (۱۷)، همچنین Rippentrop و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی، مذهب و رضایت از زندگی وجود دارد به گونه‌ای که، سلامت معنوی ارتباط قوی‌تری نسبت به مذهب در افزایش رضایت از زندگی دارد (۱۸). با این حال، نتایج مطالعه Lanfredi و همکاران نشان داد که در بیماران اسکیزوفرنی بین مذهب و سلامت معنوی با کیفیت از زندگی رابطه ضعیفی وجود دارد (۱۹).

با توجه به کمبود مطالعه در زمینه بررسی همزمان نقش مؤلفه‌های سلامت معنوی و نگرش مذهبی بر رضایت از زندگی بیماران سرطانی و عدم انجام مطالعه مشابه در ایران و تفاوت در مذهب و فرهنگ ایرانی با سایر کشورها و اهمیت این مسئله در مراقبت و ارتقای سطح رضایت از زندگی بیماران سرطانی، مستلزم شناسایی عوامل مؤثر بر رضایت از زندگی است، از طرفی با توجه به زمینه‌های فرهنگی و مذهبی شهر کاشان لازم است تا نقش مؤلفه‌های مذکور در رضایت از زندگی سالمندان مبتلا به سرطان در این شهر بررسی شود. بدین منظور این پژوهش با هدف بررسی ارتباط سلامت معنوی و نگرش مذهبی بر رضایت از زندگی بیماران سرطانی شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۲ مورد بررسی قرار گرفت.

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در فاصله مهر تا دی‌ماه سال ۱۳۹۲ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش مستمر بود و شامل تمام بیمارانی بود که در فاصله ۴ ماهه بین مهر تا دی‌ماه ۱۳۹۲ به بیمارستان شهید بهشتی کاشان مراجعه کرده بودند. برای اثبات اشباع داده‌ها برای آنالیز، حجم نمونه مطابق مقالات مشابه ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد (۶). معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، سن ۱۸ سال به بالا، تشخیص قطعی سرطان، اطلاع از ابتلا به سرطان، نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و شناختی و تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه و بروز مشکل خاصی در طی انجام پژوهش بود.

یافته‌ها

از ۱۲۰ پرسشنامه توزیع شد، ۱۰۰ پرسشنامه به محقق بازگرداندند (درصد پاسخگویی ۸۳/۳۳). از تعداد کل نمونه‌های مورد بررسی ۵۶ درصد (۵۶ نفر) را بیماران مرد و مابقی را بیماران زن تشکیل می‌دادند. میانگین سنی جامعه مورد پژوهش $10/77 \pm 62/59$ سال بود؛ که بین میانگین سنی زنان $10/39 \pm 63/15$ و میانگین سنی مردان $11/13 \pm 62/14$ از لحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P=0/142$). سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره ۱ آمده است.

میانگین رضایت از زندگی در افراد مورد پژوهش $16/03 \pm 5/58$ بود که بین میانگین رضایت از زندگی با جنس ارتباط مثبت و معنی‌داری یافت شد، بطوریکه میانگین رضایت از زندگی در مردان $(17/21 \pm 5/91)$ بیشتر از میانگین نمره زنان $(14/52 \pm 4/77)$ بود ($P=0/016$). میانگین کلی سلامت معنوی $12/11 \pm 87/48$ بود که بین سلامت معنوی مردان و زنان از لحاظ آماری اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P=0/551$). میانگین نگرش مذهبی کل $91/24 \pm 6/52$ بود. بین میانگین نگرش مذهبی و مؤلفه‌های آن با جنس اختلاف معناداری مشاهده نشد (جدول ۲).

ضریب همبستگی پیرسون بین رضایت از زندگی با سلامت معنوی کل ($p < 0/001$ و $r=0/422$)، مؤلفه‌های سلامت معنوی وجودی ($p < 0/001$ و $r=0/276$)، سلامت معنوی مذهبی ($p=0/005$ ، $r=0/448$) و مؤلفه نگرش مذهبی-عاطفی ($p=0/006$ ، $r=0/275$) ارتباط مثبت و معناداری را نشان دادند اما بین سایر خرده مقیاس‌های نگرش مذهبی با رضایت از زندگی ارتباطی یافت نشد (جدول ۳).

پس از به دست آوردن ارتباط بین متغیرهای سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی به منظور بررسی عمیق‌تر این رابطه و تعیین سهم واریانس مؤلفه سلامت معنوی و نگرش مذهبی در میزان رضایت از زندگی از تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش بکوارد استفاده شد (جدول ۴).

مطابق نتایج جدول شماره ۳ و با توجه به مقدار $F(9,8) = 24/66$ و معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ می‌توان چنین نتیجه گرفت که از بین مؤلفه‌های نگرش مذهبی و سلامت معنوی و زیر مقیاس‌های آن‌ها، تنها سلامت معنوی وجودی است که با رضایت از زندگی دارای ارتباط معنادار است. به گونه‌ای که این مؤلفه با توجه به مقدار R^2 حدود ۱۹٪ از تغییرات رضایت از زندگی را در افراد مورد پژوهش تبیین می‌کنند.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه چهاربخشی بود. بخش اول شامل مشخصات فردی (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال فعلی و وضعیت تأهل)، بخش دوم، پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین بود که شامل ۲۰ گویه در دو مؤلفه سلامت معنوی مذهبی (۱۰ گویه) و وجودی (۱۰ گویه) است. نحوه نمره د هی این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ گزینه (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۶ = کاملاً موافقم) است که از این بین سوالات ۱۸، ۱، ۵، ۲، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ به صورت منفی نمره د هی می‌شود که دامنه نمره کسب شده از ۱۰ تا ۱۲۰ متغیر بود و کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه به منزله سلامت معنوی بالاتر است. این پرسشنامه توسط رضایی و همکاران در سال ۱۳۸۷ با ضریب آلفای ۰/۸۲، در ایران روا و پایا شده است (۲۰، ۲۱).

بخش سوم پرسشنامه نگرش مذهبی گلاک و استارک بود. این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه در چهار حیطه اعتقادی (۷ گویه)، مناسکی (۷ گویه)، عاطفی یا تجربی (۶ گویه) و پیامدی (۶ گویه) است. سوالات این پرسشنامه در یک طیف لیکرت پنج قسمتی (از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۵) نمره د هی می‌شود به این ترتیب نمره هر آزمودنی در این پرسشنامه از ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر بوده و نمره بالاتر نمایانگر دین‌داری بیشتر است. این پرسشنامه توسط سراج زاده و همکاران در سال ۱۳۷۷ در ایران روا و پایا و ضریب آلفای ۰/۸۳ است که در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۲۲، ۲۳).

بخش چهارم پرسشنامه رضایت از زندگی (LSI-Z) بود که دارای ۱۳ گویه است. در نمره د هی به سوالات، به هر یک از سوالات مثبت گزینه‌های نمی‌دانم (۰ نمره) موافق (۲ نمره) و مخالف (۱ نمره) داده شد و در ارتباط با سوالات منفی برای گزینه مخالف نمره دو و برای گزینه موافق نمره یک لحاظ می‌گردد. این پرسشنامه نیز توسط تقریبی و همکاران در سال ۱۳۸۹ با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ در ایران روا و پایا شده است (۲۴، ۲۵).

محقق بعد از تصویب پژوهش در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و تأیید از نظر اخلاقی در کمیته اخلاق در پژوهش‌های انسانی، تحقیق را شروع کرد. به شرکت‌کنندگان در زمینه اهداف تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و تمامی آنان فرم رضایت جهت مشارکت در تحقیق را به صورت آگاهانه امضا نمودند.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶،۰ تجزیه و تحلیل شد و سطح معنی‌داری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری اتی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون به روش بکوارد انجام شده است.

جدول ۱: مشخصات زمینه ای واحد های مورد پژوهش

متغیر	کل سالمندان (n=100) تعداد (درصد)
جنس	مرد ۵۶ (۵۶) زن ۴۴ (۴۴) متاهل ۷۸ (۷۸) مطلقه ۲ (۲) بیوه ۲۰ (۲۰)
میزان تحصیلات	بی سواد ۳۵ (۳۵) خواندن و نوشتن ابتدایی ۱۸ (۱۸) ۶-۱۲ سال ۲۵ (۲۵) ۱۲ سال و بالاتر ۲ (۲)
وضعیت اشتغال فعلی	شاغل ۸ (۸) بیکار ۱۲ (۱۲) بازنشسته ۳۲ (۳۲) سایر ۴۸ (۴۸)
متغیر سن (سال)	mean±SD ۶۲/۵۹±۱۰/۷۷

جدول ۲: میانگین نمرات سلامت معنوی، نگرش مذهبی و رضایت از زندگی بر حسب جنس در واحد های مورد پژوهش

P value	t	%۹۵ CL		کل Mean±SD	زن Mean±SD	مرد Mean±SD	متغیر	
		پایین	بالا					
۰/۱۴۲	-۱/۴۸۱	-۵/۲۵۳۹۴	۰/۷۶۳۶۸	۴۲/۷۸±۷/۵۷	۴۱/۵۲±۷/۸۶	۴۳/۷۶±۷/۲۴	وجودی	سلامت معنوی
۰/۵۳۶	-۰/۶۶۲	-۱/۷۰۸۲۷	۳/۲۶۶۷۱	۴۴/۷۰±۶/۲۰	۴۵/۱۳±۵/۰۴	۴۴/۳۵±۷/۰۰	مذهبی	
۰/۵۵۱	-۰/۵۹۹	-۶/۳۲۳۷۷	۳/۳۹۱۹۵	۸۷/۴۸±۱۲/۱۱	۸۶/۶۵±۱۱/۴۵	۸۸/۱۲±۱۲/۶۶	کل	
۰/۵۹۰	-۰/۵۴۱	-۱/۳۴۰۷۹	۰/۷۶	۲۹/۵۷±۲/۶۲	۲۹/۴۰±۲/۹۸	۲۹/۶۹±۲/۳۲	اعتقادی	نگرش مذهبی
۰/۰۷۱	-۱/۸۲۷	-۲/۵۱۲۶۲	۰/۱۰۳۵۳	۳۷/۴۷±۳/۳۱	۲۶/۷۹±۳/۴۲	۲۸/۰۰±۳/۱۵	عاطفی	
۰/۴۰۹	-۰/۸۳۰	-۱/۹۳۸۳۷	۰/۷۹۵۵۱	۱۷/۳۳±۳/۴۱	۱۷/۰۰±۳/۲۷	۱۷/۵۷±۳/۵۲	پيامدی	
۰/۲۹۷	-۱/۰۴۹	-۰/۸۷۸۶۹	۲/۸۴۹۴۷	۱۶/۸۸±۴/۶۶	۱۷/۴۳±۴/۳۳	۱۶/۴۴±۴/۹۰	مناسکی	
۰/۴۱۵	-۰/۸۱۸	-۳/۶۹۴۵۰	۱/۵۳۶۶۵	۹۱/۲۴±۶/۵۲	۹۰/۶۳±۶/۴۴	۹۱/۷۱±۶/۶۱	کل	
۰/۰۱۶	-۲/۴۵۴	-۴/۸۶۷۹۶	-۰/۵۱۵۱۶	۱۶/۰۳±۵/۵۸	۱۴/۵۲±۴/۷۷	۱۷/۲۱±۵/۹۱	رضایت از زندگی	

جدول ۳: ماتریس همبستگی رابطه ابعاد سلامت معنوی، نگرش مذهبی با رضایت از زندگی بیماران سرطانی

متغیرها	سلامت معنوی			نگرش مذهبی		
	وجودی	مذهبی	کل	اعتقادی	عاطفی	پيامدی
رضایت از زندگی	۰/۲۷۶**	۰/۴۴۸*	۰/۴۲۲**	۰/۱۵۴	۰/۲۷۵*	-۰/۱۴۳

*معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۵

**معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱

جدول ۴: آنالیز رگرسیون به روش بکوارد

متغیر	B	Unstandardized Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients β	t	Sig
نگرش مذهبی کل	۰/۱۷۳	۳/۵۹	۰/۴۰۷	۴/۱۹	۰/۰۰۱
R ^۲ = ۰/۱۷۸			R = ۰/۴۲۲		

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و نگرش مذهبی با رضایت از زندگی انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین سلامت معنوی با رضایت از زندگی وجود دارد و حدود ۱۹ درصد از تغییرات رضایت از زندگی توسط سلامت معنوی تبیین می‌گردد.

این یافته با مطالعات مشابه انجام شده توسط جعفری و همکاران، Manning-Walsh و همکاران و Rippentrop و همکاران هم‌خوانی دارد (۶، ۱۷، ۱۸). سلامت معنوی از ۲ بعد عمودی (ارتباط با ماورا) و افقی (ارتباط با محیط) تشکیل شده است، فرد با سلامت معنوی بالاتر می‌تواند به نحوه بهتری از این منابع در راستای سازگاری و بهبود شرایط زندگی استفاده کند و در نتیجه میزان رضایت او از زندگی افزایش خواهد یافت. در بعد افقی سلامت معنوی، فرد دارای سلامت معنوی بالاتر می‌کوشد ارتباط بهتری با محیط برقرار کرده و از تمام منابع موجود برای کسب رضایت استفاده کند. بدین منظور، دست به تلاش زد و سعی می‌کند افراد دیگری را که می‌تواند به او کمک کند شناسایی کند که این اصل خود یکی از اصول درمانی مراقبتی در بیماران سرطانی است که در آن تلاش می‌شود برای اینکه فرد پذیرش و درک بهتری از بیماری خود داشته باشد و این بیماری را منحصر به خود نداند، او را با افرادی که دارای بیماری مشابه هستند، آشنا می‌کند؛ تا فرد علاوه بر کسب تجربه برای حل مسائل خود، سازگاری بیشتری با بیماری و مراحل درمانی آن داشته باشد. از طرفی با توجه به اینکه خانواده و اطرافیان بخشی مهمی از محیط اطراف فرد را تشکیل می‌دهد، سلامت معنوی وجودی می‌تواند با افزایش امید و دل بستگی‌های فرد به خانواده و اطرافیانش و همچنین درخواست کمک و پشتیبانی از آن‌ها در مراحل سخت بیماری باعث افزایش رضایت از زندگی گردد. یکی دیگر از ابعاد سلامت معنوی که بر رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد، بعد عمودی یا ارتباط با ماورا است. برای درک بهتر این ارتباط می‌توان به این آیه ۳ سوره طلاق که خداوند در آن می‌فرماید «و من یتوکل علی الله فهو حسبه» «و هر کس که بر خدا توکل کند، خدا امر او را کفایت می‌کند» اشاره نمود. یک ارتباط قوی با ماورا می‌تواند فرد را از هرگونه احساس اضطراب و استرس دوره کرده و به زندگی او معنا و مفهوم ببخشد و این احساس را در فرد پدیدار کند که بر قدرت بی‌پایانی تکیه دارد که همواره او را در برابر تمامی مشکلات حفظ خواهد کرد و جز خوبی، برای او نخواهد خواست. افراد دارای سلامت معنوی بالا بیماری را جزئی از چرخه زندگی دانسته و با توجه

به اینکه مطیع پروردگار خود هستند، آن را از طرف خداوند می‌دانند و در نتیجه به نسبت دیگران این بیماری را راحت‌تر پذیرفته و با آن کنار می‌آیند و به‌جای ستیز و مقابله با آن، سعی می‌کنند آن را عاملی برای رشد و شکوفایی خود بدانند؛ زیرا مکتب اسلام معتقد است که بیماری می‌تواند جسم و روح مؤمنین را از و پلیدی پاک می‌دارد. به طور کلی، می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیماران دارای سلامت معنوی بالاتر به سبب وجود ارتباط قوی با دیگران و خداوند، رضایت بالاتری از زندگی خواهند داشت.

نتایج این پژوهش نشان داد که از دیگر عوامل مؤثر بربر میزان رضایت از زندگی، نگرش مذهبی است. به نظر می‌رسد نگرش مذهبی تابلویی از وضعیت دین‌داری فرد باشد به گونه‌ای که افرادی که معمولاً نگرش مذهبی بالاتری دارند، دین‌دارترند. دین در واقع هدیه الهی است که سبب می‌شود فلسفه حیات و وجود انسان، رنگ معنا بگیرد (۲۶). زندگی انسان‌ها با باورهای دینی تنیده شده به گونه‌ای که دور ماندن از این باورها و عقاید سبب خواهد شد فرد بیش از پیش دچار کشمکش‌های درونی و احساس ناامیدی در برابر بحران‌ها داشته باشد و نتواند محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل کند و در نتیجه میزان رضایت از زندگی‌اش کاهش یابد. درحالی‌که یک باور و نگرش مذهبی مناسب می‌تواند زمینه‌های رضایت از زندگی را برای فرد تأمین کرده و با تأثیری که بر سلامت روان افراد می‌گذارد زمینه‌های سازگاری با مشکلات را فراهم می‌آورد و فرد از نگرش مذهبی به‌عنوان ابزار کارآمد در برابر بحران‌های پیش‌آمده استفاده می‌کند (۲۷، ۲۸). شاهد این مدعا را می‌توان آیه ۲۸ سوره رعد دانست که می‌فرماید «الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ!» آنان که ایمان آوردند و دل‌هایشان به یاد خدا آرام یابد. آگاه باشید که دل‌ها تنها به یاد خدا آرام گیرد» آیه ذکرشده گویای آن است که اعمال مذهبی تا چه حد می‌تواند بر سلامت روانی افراد تأثیرگذار باشد. از طرفی انگیزه‌های دینی، تمام مشکلات بیماران را در خود جای می‌دهد، به رنج و شادی و مرگ و زندگی، معنایی جدید می‌بخشد و فرد را وادار به تلاش مستمری می‌کند که موجب انسجام شخصیت او می‌شود. انجام مناسک و فرایض مذهبی مثل نیایش، خواندن کتاب‌های الهی و حضور در مراسم مذهبی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی، آسیب کمتری متحمل شوند (۲۹). میزان تأثیر مذهب آن‌چنان است که Koeing معتقد است نگرش مذهبی مناسب نه تنها می‌تواند باعث سازگاری هر چه بیشتر بیمار با بیماری‌اش شود، بلکه می‌تواند سرعت بهبود او را نیز افزایش دهد (۳۰). یکی دیگر از جنبه‌های که می‌توان

احتمالاً می‌تواند ناشی از عدم توانایی در انجام کارهای منزل و ایفای نقش مادری باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی و نگرش مذهبی می‌توانند نقش به‌سزایی در بهبود و افزایش رضایت از زندگی بیماران سرطانی داشته باشند. لذا لازم است تا اقدامات کمی و کیفی در این زمینه صورت گیرد تا بتوان از پتانسیل موجود در مولفه‌های سلامت معنوی و نگرش مذهبی در راستای مراقبت معنوی از این بیماران در دوره درمان، بستری و بهبود استفاده نمود. در راستای استفاده از این توانایی پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی، عوامل مؤثر بر سلامت معنوی و نگرش مذهبی در بیماران سرطانی، مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر حاصل نتایج طرح پژوهشی مصوب در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، شماره ۹۲۱۸۲ بود. محققین بر خود لازم می‌دانند که از کلیه بیماران و پرستارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و همچنین از دانشگاه علوم پزشکی کاشان، به خاطر حمایت‌های انجام‌گرفته، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

References

1. Linkov F, Shubnikov E, Padilla N, McCallum A, LaPorte R. Chronic disease epidemiology, cancer and mobile global approaches to disease prevention. *Public health*. 2012;126(3):206-9.
2. Ghaleghasemi TM, Rezaie AM, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. *Health Inf Manage*. 2011; 8(8): 1007-16. (Persian)
3. Ali I, Wani WA, Saleem K. Cancer scenario in India with future perspectives. *Cancer Therapy*. 2011;8(1):56-70.
4. Zahlis EH, Lewis FM. Coming to grips with breast cancer: the spouse's experience with his wife's first six months. *Journal of psychosocial oncology*. 2010;28(1):79-97.
5. Tobin GA. Breaking bad news: a phenomenological exploration of Irish nurses' experiences of caring for patients when a cancer diagnosis is given in an acute care facility (part 1). *Cancer nursing*. 2012;35(6):E21-9.
6. 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*.

برای تأثیر مذهب متصور شد، افزایش امیدواری است. افراد مذهبی بر خلاف دیگران از پایان یافتن زندگی رنج نمی‌برند، این افراد معتقدند که مرگ پایان بخشی از زندگی نیست، بنابراین برخلاف افرادی که مرگ را پایان زندگی پنداشته و با ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج دچار یاس و ناامیدی می‌گردند، این افراد با تکیه بر عقاید خود این دوران را به راحتی پذیرفته و نه تنها از روبه‌رو شدن با آن هراس ندارند بلکه می‌کوشند از باقی‌مانده عمر خود نیز به خوبی استفاده کنند در نتیجه میزان رضایت از زندگی آن‌ها افزایش یافته و راضی‌تر خواهند بود.

در این مطالعه میانگین رضایت از زندگی در مردان بالاتر از زنان است، مطالعات مختلف در این زمینه، نتایج متفاوتی را گزارش نموده‌اند؛ Balachandran و همکاران در مطالعه‌ای گزارش نمود که میانگین نمره رضایت از زندگی در زنان سالمند سالم بالاتر از مردان است (۳۱) همچنین Minsoo Jung و همکاران در مطالعه‌ای نشان داد که نمره رضایت از زندگی در سالمندان مرد بالاتر است (۳۲). با این حال مطالعه‌ای که به بررسی میزان رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان را بررسی کرده باشد، یافت نشد. به نظر می‌رسد، از بین عوامل مختلفی که بر رضایت از زندگی افراد مؤثر است، علت این اختلاف مربوط به فاکتورهای خانوادگی است. با توجه به اینکه نقش زن و مرد در خانواده متفاوت است و زنان اکثراً به امور خانه‌داری و مراقبت از سایر افراد خانواده مشغول هستند، بدین جهت، پایین‌تر بودن میزان رضایت از زندگی در زنان

2010; 5: 1362-6.

7. Gholi Zade A, Ezat S. The Relation Between Personal, Family, Social and Economic Factors with The Life Satisfaction. *JAS*. 2010; 21(1): 69-82. (Persian)

8. Matud MP, Bethencourt JM, Ibanz I. Relevance of Gender Roles in Life Satisfaction in Adult People. *Personality and Individual Differences*. 2014; 70: 206-11.

9. Shahini N, Asayesh H, Ghobadi M, Sadeghi J. Correlation Between Perceived Social Support and Loneliness with Life Satisfaction Among Students of Golestan University of Medical Sciences. *J Med Sch Shahid Beheshti Univ Med Sci*. 2013; 17(6): 302-6. (Persian)

10. Sahraian A, Gholami A, Omidvar B. The Relationship between Religious Attitude and Happiness in Medical Students in Shiraz University of Medical Sciences. *Ofoogh-E-Danesh*; 2011; 17(2): 69-75. (Persian)

11. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship Between Spiritual Well-Being, Religion, and Hope Among Patients with Cancer. *Hayat*. 2011; 17(3): 28-37. (Persian)

12. Ross L, Van Leeuwen R, Baldacchino D, Giske T, Mesherry W, Narayanasamy A, Et Al. Student Nurses Perceptions of Spirituality and Competence in Delivering Spiritual Care: A European Pilot Study. *Nurse Education Today*. 2014; 34(5): 697-702.

13. Mueller P, Plevak D, Rummans T. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clin Proc*. 2001; 76(12): 1225-35.

14. Asghari F, Kurdmirza N, Ahmadi L. The Relationship between Religious Attitudes, Locus of Control and Tendency to Substance Abuse in University Students. *Res Addicti*. 2013; 7(25): 103-12. (Persian)

15. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-Being in Cancer Patients Who Undergo Chemotherapy. *Hayat*. 2008; 3-4(39): 33-9. (Persian)

16. Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The Role of Spirituality in Quality of Life Patients with AIDS/HIV. *J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci*. 2013; 20(5): 571-81. (Persian)

17. Manning-Walsh J. Spiritual Struggle: Effect on Quality of Life and Life Satisfaction in Women with Breast Cancer. *J Holist Nurs*. 2005; 23(2): 120-40.

18. Rippentrop EA, Altmaier EM, Burns PC. The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality Of Life among Cancer Patients. *J Clin Psychol Med Settings*. 2006; 13(1): 29-35.

19. Lanfredi M, Candini V, Buizza C, Ferrari C, Boero ME, Giobbio GM, Et Al. The Effect of Service Satisfaction and Spiritual Well-Being on The Quality of Life of Patients with Schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2014; 216(2): 185-91.

20. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy (Text in Persian). *Hayat*. 2008;3-4(39):33-9

21. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, And Therapy. New York: Wiley; 1982.

22. Sharify T, Mehrabizadeh Honarmand M, Shokrkon H. Religious Attitude and General Health and Patience in Students of Ahvaz Islamic Azad University. *Iran J Psychiatry*. 2005;

11(1): 89-99.

23. Glock CY, Stark R. Christian Beliefs and Anti-Semitism. New York: Harper and Row 1966.

24. Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooky Z, Tagharrobi L. Psychometric Evaluation of the Iranian Version of Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form. Payesh Health Monit. 2012; 10(1): 5-13. (Persian)

25. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The Measurement of Life Satisfaction. J Gerontol. 1961; 16: 134-43.

26. Rejali M, Mostaejeran M. Religious Attitudes of Freshmen at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. J Health Syst Res. 2012; 8(2): 314-9. (Persian)

27. Tajeri B, Bohayraei AR. The Association of Parenting Stress, Religious Attitude, and Knowledge with Maternal Acceptance for Sons with Mental Retardation. Re Excepti Chil. 2008; 8(2): 205-24. (Persian)

28. Sadeghi M, Ladari RB, Haghshenas M. Study of Religious Attitude and Mental Health in Students of Mazandaran University of Medical Sciences. J Mazandaran Univ Med Sci . 2010 20(75): 71-75. (Persian)

29. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A Survey on Relationship between Religion, Spiritual Wellbeing, Hope and Quality of Life in Cancer Patients. Evidence Based Care. 2012; 17(1): 27-37. (Persian)

30. Koeing HG. Spirituality and Depression: A Look at The Evidence. SMJ. 2007; 100(7): 737-9.

31. Balachandran M, Raakhee A, Sam Sananda Raj H. Life Satisfaction and Alienation of Elderly Males and Females. J Indian Academy Applied Psychology. 2007; 33(2): 157-60.

32. Jung M, Muntaner C, Choi M. Factors Related to Perceived Life Satisfaction Among the Elderly in South Korea. J Prev Med Public Health. 2010; 43(4): 292-300.

The Relationship between Spiritual Well-being & Religious Attitudes with Life Satisfaction in Elderly Cancer Patients

RezaieShahsavarloo Z¹ (MSc), Taghadosi M² (Ph.D), Mousavi MS³ (MSc), *Lotfi MS⁴ (MSc), Harati KH⁵ (MSc).

1- MSc of Nursing Education, Department of Medical-Surgical Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh. Iran.

2- Ph.D. Student in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran.

3 -MSc of Nursing Education, Department of Medical-Surgical Nursing, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

4-Ph.D Student in Gerontology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

(Corresponding author)

Email: sajjad.lotfi@yahoo.com

5-MSc of Nursing Education, Department of Medical-Surgical Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh. Iran.

Abstract

Introduction: Informed of the cancer diagnosis significantly impressed and reduced life satisfaction in the patients with cancer. It seems that religious and spiritual elements according to their components effects life satisfaction positively and increases it. This study aimed to determine the relationship between spiritual well-being and religious attitudes with life satisfaction in cancer patients.

Methods: This cross-sectional study was performed on 100 cancer patients through the sequential convenience sampling method in the period of time from October to December in 2013. Data were collected by using four-part questionnaire demographic, Ellison and pollution Spiritual well-being, Glock and stark and life satisfaction Inventory-Z. Data were analyzed via SPSS version 16.0.

Result: The mean score of life satisfaction was 16.03 ± 5.58 . The significant difference was seen between men (17.21 ± 5.91) and women (14.52 ± 4.77) with life satisfaction score ($p=0.001$). The overall mean of spiritual well-being and religious attitude were 78.48 ± 12.11 and 91.24 ± 6.52 respectively, that shows there were no substantial difference between spiritual well-being and religious attitude in both gender. The significant correlations between the Spiritual well-being with life satisfaction ($p<0.001$, $r=0.422$) and the religious attitude with life satisfaction ($p=0.006$, $r=0.275$) were been found.

Conclusion: The results of this study indicated that the spiritual well-being and religious attitude have an importance effect on life satisfaction; Therefore, It is recommended that nurses and health clinical staff increase life satisfaction by consideration to spiritual well-being and religious attitude in the cancer patients.

Keywords: Cancer, spiritual well-being, religious attitude, life satisfaction.

Received: 18 August 2014

Accepted: 5 March 2016