

The Relationship between Contextual Factors and Spiritual Needs with Spiritual Well-being in Patients with Cancer Diseases

Ahangarkani M¹*, Rahimian Boogar I^{2*}, Makvand Hosseini Sh³

¹Ph.D. Student in psychology, Department of clinical of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

²Ph.D. in Health Psychology, Associate Professor, Department of clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

³Ph.D. in Psychology, Associate Professor, Department of clinical of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

Abstract

Aim and Background: Exposure to cancer causes physical, psychological, and spiritual crisis. Spiritual health coordinates different aspects of human life to one another, and it is the vital aspect of human life for the adaptation to the disease. This study aimed at investigating the relationship between spiritual needs and contextual factors regarding spiritual well-being in cancer patients.

Methods and Materials: This is a descriptive correlational study. The participants were 141 patients with cancer diseases (female 76, male 65) from Sari city selected through convenience sampling. The data were collected using the spiritual well-being scale, spiritual needs scale, and contextual dimension scale.

Results: For data analysis, stepwise regression analysis was used. Results of statistical analyses showed that there was a significant and positive correlation between scores on the components of spiritual needs and spiritual well-being. Therefore, the subscales of the spiritual needs, such as "religious needs" ($P < 0.001$), "existentialistic needs" ($P < 0.001$), "needs for inner peace" ($P < 0.001$), and "actively giving needs" ($P < 0.001$) had positive correlation with spiritual well-being. Furthermore, among all components of spiritual needs, religious needs, existentialistic needs, and actively giving needs had a stronger predictive power in family flexibility. There were also significant correlations between "behavioral" ($P < 0.001$), "political" ($P < 0.001$), "governmental" ($P < 0.001$), "public health" ($P < 0.001$), "medical" ($P < 0.001$), and "employment" ($P < 0.001$) dimensions of and spiritual well-being, and all these factors had the highest degree of variance in spiritual well-being.

Conclusion: It is concluded that religious needs and contextual dimension, as two psychological constructs, can play a significant role in creating spiritual well-being.

Keyword: Spiritual Need, Contextual Factors, Spiritual Well-being, Cancer patients

Sadra Med Sci J 2019; 7(4): 335-356.

Received: Sep. 6th, 2019

Accepted: Oct. 12th, 2019

*Corresponding Author: **Rahimian Boogar I.** Ph.D. in Health psychology, Associate Professor, Department of clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran, i_rahimian@semnan.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۷، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۸، صفحات ۳۳۵ تا ۳۵۶

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۷/۲۰ تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۱۵

ارتباط عوامل بافتاری و نیازهای معنوی با بهزیستی معنوی در بیماران مبتلا به سرطان

محمد آهنگرگانی^{۱*}، اسحق رحیمیان بوگر^{۲*}، شاهرخ مکوند حسینی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
^۲ دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
^۳ دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: مواجهه با سرطان موجب ایجاد بحران در ابعاد جسمی، روانی و معنوی می‌شود. بهزیستی معنوی ابعاد مختلف زندگی انسان را هماهنگ می‌کند و جهت‌سازگاری با بیماری لازم است. پژوهش حاضر باهدف بررسی ارتباط بین عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی با بهزیستی معنوی در بیماران سرطانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این کلیه بیماران سرطانی شهرستان ساری بودند که ۱۴۱ نفر (۷۷ زن، ۶۴ مرد) از بیماران سرطانی شهرستان ساری که به صورت هدفمند و در دسترس انتخاب گردیده شدند بود. جهت ارزیابی از ابزار بهزیستی معنوی پیترمن، مقیاس نیازهای مذهبی بسینگ و مقیاس عوامل بافتاری ماریان استفاده شد.

یافته‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج بررسی‌های آماری نشان داد که نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش ($P < 0/001$) به صورت مثبت و معنی‌دار بیشترین سهم ($R^2 = 0/41$) را در پیش‌بینی بهزیستی معنوی داشت. هم‌چنین نتایج نشان داد که ابعاد رفتاری، سیاست، دولت، بهداشت، پزشکی و اشتغال ($P < 0/001$) به صورت معنی‌دار بیشترین سهم ($R^2 = 0/51$) را در پیش‌بینی بهزیستی معنوی داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت که مؤلفه‌های نیازهای معنوی و عوامل بافتاری به عنوان دو سازه روان‌شناختی می‌توانند در بهزیستی معنوی بیماران نقش داشته باشند.

واژگان کلیدی: نیازهای مذهبی، عوامل بافتاری، بهزیستی معنوی، بیماران سرطانی

* نویسنده مسئول: اسحق رحیمیان بوگر، دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران،
i_rahimian@semnan.ac.ir

مقدمه

بیماری‌های مزمن و تهدید کننده حیات زندگی، بیماران را با سوالاتی در مورد معنا و هدف در زندگی مواجهه می‌سازد. در این شرایط برخی از بیماران به منابع حمایتی نظیر پزشکان، منابع اطلاعاتی و منابع الهی متوسل می‌شوند (۱). امروزه سرطان (Cancer) به عنوان یکی از معضلات سلامتی در سراسر جهان مطرح می‌باشد (۲). بنابر آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۴/۱ میلیون مورد جدید بیماری سرطان گزارش شد (۳). با توجه به اینکه سرطان یک بیماری تهدید کننده حیات است، می‌تواند جنبه‌های گوناگونی بر زندگی فرد تاثیر گذارد و دامنه وسیعی از مسائل و مشکلات را در نتیجه روند بیماری وی ایجاد کند (۴). در دهه اخیر توجه به نیازهای معنوی بیماران و آگاهی از منابع معنوی به طور روزافزونی در ادبیات پزشکی هم در پایان زندگی و هم در ارتباط با بیماری‌های مزمن مورد توجه قرار گرفته است (۱). معنویت و مذهب دو منبع حمایتی هستند که منجر به افزایش بهزیستی و مقابله با مشکلات روزمره زندگی می‌شوند (۵، ۶ و ۷). اکثر مطالعات به تاثیر مثبت معنویت و بهزیستی معنوی بر ادراک بیمار از سلامتی‌شان و بر روی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن و تهدید کننده زندگی اذعان دارند. وقتی افراد با بیماری‌های مزمن یا کشنده مواجهه می‌شوند، بسیاری از آنها به موضوعات معنوی و مذهبی متکی می‌شوند. در واقع این مسائل می‌تواند یک منبع مهمی برای مقابله یا سازگاری (cope) بیماران، خصوصا در ارتباط با بیماری سرطان در نظر گرفته می‌شود (۸).

در سال‌های اخیر از میان سازه‌های مرتبط با سلامتی، بهزیستی معنوی (spirituality well being) (در کنار بهزیستی اجتماعی، بهزیستی عاطفی / هیجانی و بهزیستی شناختی و رفتاری) به دلیل توجه و نیاز بیشتر به معنویت و معنویت‌گرایی در بین ملل و اقوام بشری در اقلیم‌های مختلف به صورت فزاینده‌ای محور نظریه پردازی و پژوهش در ادبیات پزشکی قرار گرفته است (۹). با این حال، تعریف

جامع از بهزیستی معنوی، به دلیل اینکه بین ملل مختلف تفاوت‌های مذهبی و عقیدتی وجود دارد، دشوار است. با این حال با مطالعه به متون علمی در دسترس می‌توان ۲ رویکرد کل نگر و جزءنگر را در تعریف بهزیستی از یکدیگر بازشناسی کرد. در هر دو رویکرد، بهزیستی معنوی مبتنی بر ارتباط با نیروی مافوق بشری و روابط با خود، دنیای اطراف (به خصوص روابط با دیگر انسان‌ها و موجودات و محیط یا طبیعت پیرامون) مورد توجه قرار گرفته است (۱۰). در نگاهی جامع گل پرور و عابدینی (۲۰۱۴) بهزیستی را به عنوان مجموعه‌ای از احساسات و حالات عاطفی و شناختی مثبت نسبت به خود و دنیای اطراف تعریف کردند (۱۱). تحقیقات مختلف با تاکید بر مفاهیم و چارچوب‌های نظری متفاوتی به بررسی تعیین کننده‌های بهزیستی معنوی پرداختند. پژوهش حاضر به بررسی رابطه نیازهای مذهبی- معنوی و عوامل بافتاری بر بهزیستی بیماران مزمن بر اساس نظریه وجودگرایی، انسان‌گرایی می‌پردازد. از میان متغیرهای متعددی که به صورت بالقوه ممکن است با بهزیستی معنوی بیماران رابطه داشته باشند، نیازهای مذهبی / معنوی آنها می‌باشد. نیازهای معنوی (Spiritual needs) به عنوان نیاز و انتظارات همگانی در نظر گرفته می‌شود که خاستگاه آن در نهاد همه انسان‌هاست و هدف آن معنی دادن و ارزش دادن به زندگی می‌باشد. این نیاز هم در انسان‌های مذهبی و هم افراد غیر مذهبی وجود دارد. تأمین نیازهای معنوی می‌تواند به افزایش کیفیت زندگی، رضایتمندی از زندگی و در نهایت به افزایش بهزیستی معنوی منجر می‌شود (۱۲). درک بیشتر پزشکان و درمانگران از انواع نیازها و مقابله مذهبی و نقش هر کدام در فرایند مراقبتی، به محققان کمک می‌کند تا روش‌های بهتر یاری رساندن به مراقبین، در مقابله با مشکلات و فشارهای مراقبتی را شناسایی نمایند. از طرف دیگر راهبردهای مقابله مذهبی، وابسته به فرهنگ و مذهب بوده و ممکن است برای گروه‌های متفاوت فرهنگی و مذهبی نیز، معانی متفاوتی داشته باشد. در نتیجه تیم درمانی باید از اهمیت نیازهای معنوی و

تحت تاثیر عوامل محیطی و بافتاری از جمله الگوی ناسالم غذایی، سیگار کشیدن، کاهش فعالیت های فیزیکی (ورزش کردن) و غیره قرار دارد (۱۷، ۱۸).

تحقیقات متعدد بر ارتباط بین نیازهای معنوی و عوامل بافتاری به عنوان عوامل پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران تاکید دارند. در این راستا در زمینه ارتباط بین عوامل بافتاری بر بهزیستی معنوی نتایج مطالعات نشان داد که بین وضعیت اقتصادی-سیاسی-اجتماعی، سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل، مسئولیت و پذیرش نقش، محیط سالم و رشد دهنده سلامت، وضعیت بیمه بیماران و دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی با بهزیستی معنوی ارتباط معناداری وجود دارد. بوراس، موهر، برانت، جیلریون، یتان و هوگولت (۲۰۰۹) در مطالعه خود در ارتباط با بیماران اسکیزوفرن اذعان دارند که بین کاهش مصرف سیگار و مواد با بهزیستی معنوی ارتباط مثبت وجود دارد (۱۹). حسن و همکاران (۲۰۱۴) نیز نتایج مطالعات بوراس و همکاران (۲۰۰۹) را تایید کردند و در مطالعه خود نشان دادند که تدخین سیگار با بهزیستی معنوی رابطه منفی دارد و پیش بینی کننده بهزیستی معنوی می باشد (۲۰). یوسفی (۲۰۰۹) در تحقیق خود به بررسی نقش حیطة سلامت محیط با معنویت را مورد مطالعه قرار داد. وی سلامت محیط را که از ابعاد کیفیت زندگی می داند که موضوعاتی از نظر امنیت، محیط خانوادگی و اجتماعی، پشتیبانی بیمه، دسترسی به اطلاعات (مراکز بهداشتی) را در بر می گیرد. وی در مطالعه خود نشان دارد که حیطة های از سلامت محیط با معنویت ارتباط متقابل دارد (۲۱). رسولی نژاد، شیبانی و محرمی (۲۰۱۴) نیز به ارتباط بین احساس مسئولیت و تعهد را در دانشجویان پرداخته است. آنها در مطالعه خود یافتند که احساس مسئولیت و پذیرش نقش با معنویت ارتباط دارد (۲۲). در ادبیات پژوهش در زمینه ارتباط بین نیازهای مذهبی- معنوی با بهزیستی معنوی نیز تحقیقات متعدد به ارتباط بین نیازهای معنوی (نیازهای مذهبی، وجوی، آرامش درونی و بخشیدن فعال) با بهزیستی معنوی

مذهبی در فرهنگ های مختلف اطلاع داشته باشد و برآورده کردن نیازهای بیماران را از حقوق آنان بدانند (۱۳). تحقیقات متعدد نشان دادند که بیماران با بیماری های مزمن، نیاز های معنوی برآورد نشده را گزارش کردند (۸). به طوریکه توجه و حمایت این نیازها با کیفیت زندگی که یکی از مولفه های بهزیستی معنوی است در ارتباط است (۱۴). مطالعات در مورد نیازهای معنوی بیماران اشاره به اهمیت مراقبت بیماران و توجه به نیازهای معنوی / مذهبی آنان در پایان زندگی شان دارد (۱۵).

اخیرا چارچوب مفهومی از نیازهای معنوی برای تحقیقات و عملکرد بالینی توسط بسینگ و کوئینگ (Bussing & Koenig) طراحی شد که این چارچوب شامل ۴ بعد اصلی به هم پیوسته است که شامل: ارتباط (connection)، آرامش (peace)، معنا / هدف (meaning / purpose) و تعالی (transcendence) است که در ۴ طبقه اجتماعی، هیجانی، وجودی و مذهبی قرار می گیرند. آنها نیازهای مذهبی را شامل عبادت کردن فردی و جمعی؛ نیاز به آرامش درونی را شامل میل به زندگی در مکان آرام، قرار گرفتن در محیط و طبیعت زیبا، دستیابی به آرامش درونی، گفتگو با دیگران در مورد ترس-ها و نگرانی ها، از خودگذشتگی توسط دیگران؛ نیازهای وجودی را شامل تفسیر مثبت از بیماری و معنایابی در زندگی، صحبت کردن درباره معنی زندگی و درد و رنج های آن، صحبت در مورد امکان زندگی پس از مرگ و نیاز بخشیدن فعال را نیز شامل تمایل به قصد و تمایل ارادی و فعال به آرام کردن دیگران و از خودگذشتن به نفع دیگران در نظر می گیرند که در تحقیق حاضر نیز ملاک از نیازهای مذهبی/ معنوی چهار نیاز مذهبی، وجودی، آرامش درونی، بخشیدن فعال می باشد (۸). در سال های اخیر تحقیقات در مورد ارتباط بین عوامل بافتاری و طیف وسیعی از پیامدهای سلامتی از جمله مرگ و میر و بیماری های مزمن دیگر افزایش یافته است (۱۶). مطالعات تجربی نشان داد که آگاهی فزاینده ای نسبت به خطرات ناشی از انتخاب شیوه زندگی ایجاد شده است که به طور معناداری

شهرستان ساری است. با توجه به جدول مورگان از بین بیماران مبتلا به سرطان تعداد ۱۴۱ نفر به روش نمونه گیری در دسترس از جامعه آماری مورد نظر انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. به علت انتخاب روش نمونه گیری در دسترس و آزادی عمل پژوهشگران در انتخاب تعداد افراد نمونه، ریزی در تعداد افراد مشاهده نشد دامنه سنی بیماران بین ۱۸ تا ۶۰ سال با میانگین ۴۵ سال بود.

معیارهای ورود در پژوهش حاضر عبارتند از: سنین ۱۸ تا ۶۰ سال، تشخیص بیماری حداقل ۱ سال قبل از پژوهش، مراجعه به یکی از بیمارستان و ارتباط داشتن با پزشکان مربوطه و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج، مبتلا بودن به یکی از انواع بیماری های سرطان عدم وجود سابقه بیماری جسمی دیگر به جز بیماری های مربوط به عوارض خود بیماری، عدم وجود عقب ماندگی و یا تشخیص اختلالات روانشناختی دیگر قبل از تشخیص بیماری و توانایی فهم محتوای پرسشنامه توسط آزمودنی و ملاک خروج نیز حال بد جسمی و روانی که شرکت در مطالعه را با محدودیت مواجه سازد و همچنین عدم رضایت کتبی و شفاهی برای شرکت در مطالعه بوده است. در این پژوهش به منظور بررسی فرضیه های تحقیق از دو پرسشنامه بهزیستی معنوی و پرسشنامه نیازهای معنوی و عوامل بافتاری استفاده شده است.

۱- مقیاس بهزیستی معنوی

مقیاس سنجش بهزیستی معنوی توسط پیترمن و همکاران (Peterman) به منظور سنجش بهزیستی معنوی طراحی شده است که شامل ۱۲ گویه است که برای بیماران مبتلا به سرطان بیماری های نقص اکتسابی سیستم دفاعی (ایدز) و بیماری های مزمن مورد استفاده قرار می گیرد (۲۴). این پرسشنامه به صورت کلی کیفیت زندگی و به طور خاص کیفیت زندگی مرتبط با بیماری و سلامت را می سنجد. این پرسشنامه از یک مصاحبه نیمه ساختاری استفاده شده است بدین صورت که از شرکت کنندگان خواسته شده است اطلاعاتی را در مورد جنبه ای

بیماران سرطانی اشاره دارد. نتیجه مطالعه در ارتباط با بیماران درد مزمن نشان داد نیازهای وجودی، نیازهای مذهبی، نیاز به بخشیدن فعال و نیاز به آرامش درونی با مولفه بهزیستی معنوی ارتباط مثبت دارد (۱۵). با توجه به نقش معنویت در سازگاری افراد با بیماری مزمن، لازم است هر چه بیشتر به بهزیستی معنوی بیماران و ارتقاء آن از سوی تیم مراقبت سلامت توجه شود. درک نیازهای مذهبی بیماران می تواند مستقیماً بر چگونگی ارتباط و ارائه مراقبت مذهبی به بیماران و در نهایت بر بهزیستی معنوی آن ها تاثیر گذار باشد. با توجه به اینکه از یکسو عوامل بافتاری و تجارب بیماران و مراقبان آن ها می تواند نقش مهم و ارزشمندی در شناسایی نیازهای مذهبی / معنوی آن ها داشته باشد و از آنجایی که شناسایی نیازهای مذهبی و معنوی به عنوان یک عنصر حیاتی در ارائه مراقبت فرهنگی مطرح است (۲۳) لازم است نیازهای مذهبی بیماران شناسایی گردد. با توجه به مذهبی بودن مردم کشور ایران، رعایت اصول مذهبی و ایجاد امکانات لازم جهت اعمال مذهبی و برطرف ساختن این نیاز در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، امری لازم و ضروری است و از آنجا که در مراکز درمانی نیز توجه به نیازهای مذهبی بیمار مورد غفلت قرار گرفته است. با توجه به مطالب مذکور، بنابراین در این تحقیق درصدد بررسی عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی و تاثیر آن بر بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به سرطان هستیم. در این پژوهش متغیرهای عوامل بافتاری و نیازهای معنوی به عنوان متغیر پیش بین در نظر گرفته شد.

مواد و روش

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که با هدف بررسی ارتباط بین نیازهای معنوی و عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی بیماران مبتلا به سرطان انجام شده است.

جامعه آماری شامل کلیه بیماران مزمن دارای بیماری سرطان مراجعه کننده به بخش آنکولوژی مرکز درمانی

۰/۹۳۳ و ۰/۹۰۶ به دست آمد که حاکی از روایی مناسب ابزار پژوهش دارد.

۲- پرسشنامه نیازهای معنوی (SPNQ)

پرسشنامه نیازهای معنوی توسط بسینگ و همکاران (Bussing) به منظور سنجش نیازهای معنوی بیماران طراحی شده است (۸). این پرسشنامه دارای ۱۹ آیتم است که ۴ نوع عامل نیازهای مذهبی (عبادت کردن فردی و جمعی)، نیاز به آرامش درونی (میل به زندگی در مکان آرام، قرار گرفتن در محیط و طبیعت زیبا، دستیابی به آرامش درونی، گفتگو با دیگران در مورد ترس ها و نگرانی ها، از خودگذشتگی توسط دیگران)، نیازهای وجودی (تفسیر مثبت از بیماری و معنایابی در زندگی، صحبت کردن درباره معنی زندگی و درد و رنج های آن، صحبت در مورد امکان زندگی پس از مرگ) و نیاز بخشیدن فعال (تمایل به قصد و تمایل ارادی و فعال به آرام کردن دیگران و از خودگذشتن به نفع دیگران) را می سنجد. پاسخ ها بر اساس مقیاس ۴ درجه ای لیکرت از اصلا تا خیلی زیاد ارزیابی می شود. از لحاظ نمره گذاری نیز گویه ها به صورت اصلا (۱)، تا حدودی (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) نمره گذاری می شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این آزمون نیز از ۱۹ تا ۷۶ می باشد. این پرسشنامه به علت اینکه بیشتر روانشناسان و روانپزشکان از این پرسشنامه جهت سنجش نیازهای معنوی- مذهبی استفاده می کنند و اینکه ویژگی های روانسنجی قوی دارد، کاربرد پژوهشی محسوب می شود. بسینگ و همکاران (۲۰۱۰) از روش برآورد همسانی درونی (آلفای کرونباخ) به منظور بررسی اعتبار پرسشنامه استفاده کرده است. وی آلفای کرونباخ عامل های نیازهای مذهبی، نیاز آرامش درونی، نیازهای وجودی و نیاز به بخشیدن فعال را به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ گزارش داده است. همچنین چهار عامل اولیه در ساختار عاملی تاییدی مقیاس در گروه های نمونه مبتلا به بیماری های درد مزمن و سرطان نیز حفظ شد که نشانگر روایی سازه

معنویت که در ارتباط با خودشان و یا کسی که با بیماران مزمن زندگی می کردند ارائه دهد. این پرسشنامه به علت اینکه صرفا در ارتباط با بیماران مزمن طراحی شده و همچنین به علت داشتن ویژگی روانسنجی معتبر و قوی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۳ خرده مقیاس می باشد که عبارتند از معنایابی، آرامش و ایمان و نمره بهزیستی معنوی کل نیز از مجموع این ۳ زیر مقیاس به دست می آید. پاسخ به پرسش ها در مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (از ۱ تا ۵) تنظیم شده است بدین صورت که اصلا، (۱)؛ کم، (۲) تا حدودی (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) می باشد. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱ تا ۶۰ می باشد. به منظور بررسی روایی و پایایی ابزار اندازه گیری از ضریب پایایی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و روایی همگرا استفاده کرده است. پیترمن (۲۰۰۲) ضریب پایایی همسانی درونی را بین خرده مقیاس را ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کرده و همچنین روایی همگرا را نیز در ارتباط ابزار اندازه گیری مذهب و معنویت، همبستگی متوسط و رو به بالا برآورد کرده است (۲۴). در این پژوهش ابتدا نسخه اصلی انگلیسی پرسشنامه بهزیستی معنوی تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روانشناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس با استفاده از فرایند ترجمه معکوس، نسخه فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی دربارهی ترجمه های برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه فارسی این پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونهی مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن ها دربارهی محتوا و قابلیت فهم سوالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی نمره کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ و در مولفه های ایمان، معنایابی و آرامش به ترتیب ۰/۹۴۳،

ترجمه شد، سپس با استفاده از فرایند ترجمه‌ی معکوس، نسخه‌ی فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت‌ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره‌ی ترجمه‌ی برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونه‌ی مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن‌ها درباره‌ی محتوا و قابلیت فهم سوالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی بعد اقتصادی (۰/۸۰۱)، بعد اشتغال (۰/۸۲۷)، بعد تحصیلی (۰/۸۳۱)، بعد سیاست (۰/۷۴)، بعد محیطی (۰/۷۰۵)، بعد مسکن (۰/۸۳۲)، بعد پزشکی (۰/۸۰۸)، بعد دولتی (۰/۷۸۱)، بعد سلامت عمومی (۰/۷۵)، بعد روانی-اجتماعی (۰/۸۵۷)، بعد رفتاری (۰/۸۳۷) و بعد حمل و نقل (۰/۷۰) به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب ابزار پژوهش دارد. این پرسشنامه به علت اینکه به طور اختصاصی در زمینه عوامل بافتاری بر سلامت جسمانی استفاده می‌شود مورد استفاده قرار گرفته است.

روش اجرا در این پژوهش به صورت فردی بوده، در این پژوهش پس از دریافت رضایت از بیماران در مدت زمانی تعیین شده، خود آزمودنی‌ها، اطلاعات مورد نظر را در قالب پرسشنامه در اختیار بیماران قرار دادند و توضیحاتی نیز درباره تکمیل پرسشنامه به افراد داده شد و پس از مدت زمانی که خود افراد و همراهانشان موافق آن بودند، پرسشنامه‌های پاسخ داده شده از آنان دریافت شد. در طول مدت انجام مطالعه، محققان تلاش کردند تمام ملاحظات اخلاقی مربوط به آزمودنی‌ها از جمله آزادی انتخاب در مشارکت یا مشارکت نکردن در پژوهش را رعایت کنند. همچنین به آزمودنی‌ها تضمین داده شد که اطلاعات شخصی آنان به صورت محرمانه باقی بماند. طی اجرای پژوهش سعی شد اقدام یا فعالیتی که سلامت

مناسب مقیاس می‌باشد (۱۳). در این پژوهش ابتدا نسخه‌ی اصلی انگلیسی پرسشنامه نیازهای معنوی-مذهبی تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روانشناسی و زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شد، سپس استفاده از فرایند ترجمه‌ی معکوس، نسخه‌ی فارسی در اختیار دو متخصص دیگر قرار گرفت تا مجدد به انگلیسی ترجمه شود. برای رفع برخی از تفاوت‌ها در فرایند ترجمه، در یک جلسه با بحث گروهی درباره‌ی ترجمه‌ی برخی از اصطلاحات، توافق صورت گرفت و نسخه‌ی فارسی این پرسشنامه تهیه شد. به منظور اطمینان از قابلیت درک محتوای سوالات در یک نمونه‌ی مقدماتی ۵۰ نفری از بیماران اجرا شد و نظرات آن‌ها درباره‌ی محتوا و قابلیت فهم سوالات بررسی شد. به منظور بررسی پایایی و بررسی همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر همسانی درونی مولفه‌های نیاز به آرامش، نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به ترتیب ۰/۷۰۱، ۰/۷۶۹، ۰/۹۱۴، ۰/۷۷۷ به دست آمد که نشان دهنده روایی مناسب ابزار پژوهش دارد.

۳- عوامل بافتاری

این پرسشنامه توسط هیلیمیر و همکاران (Hillemeier) به منظور شناسایی جنبه‌های مرتبط با سلامت در زمینه محیطی، اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی که مردم در آن زندگی می‌کنند طراحی شده است (۲۵). این پرسشنامه دارای ۶۷ آیتم است که ۱۲ نوع بعد اقتصادی، بعد اشتغال، بعد تحصیلی، بعد سیاست، بعد محیطی، بعد مسکن، بعد پزشکی، بعد دولتی، بعد سلامت عمومی، بعد روانی-اجتماعی، بعد رفتاری و بعد حمل و نقل را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۱۱ درجه‌ای لیکرت از هرگز تا ۱۰۰ درصد ارزیابی می‌شود. از لحاظ نمره گذاری نیز گویه‌ها به صورت هرگز (۰) و ۱۰۰ درصد (۱۰۰) نمره گذاری می‌شوند. در این پژوهش ابتدا نسخه‌ی اصلی انگلیسی پرسشنامه عوامل بافتاری تهیه و توسط دو متخصص آشنا به روانشناسی و زبان انگلیسی به فارسی

تعداد ۶۴ نفر (معادل ۴۵ درصد) و شرکت کنندگان زن ۷۷ نفر (معادل ۵۵ درصد) بود. از این تعداد، ۵ نفر مجرد (معادل ۳/۵ درصد) و ۱۲۲ نفر متأهل (معادل ۸۶ درصد)، ۱۰ نفر مطلقه (معادل ۷ درصد) و ۴ نفر بیوه (معادل ۳ درصد) بودند. فراوانی مربوط به شرکت کنندگان از نظر سن نیز ۸ نفر بین سنین ۱۸-۳۰ سالگی (معادل ۶ درصد) و ۱۸ نفر بین سنین ۳۱-۴۰ سالگی (معادل ۱۳ درصد)، ۴۵ نفر بین سنین ۴۱-۵۰ سالگی (معادل ۳۲ درصد) و ۷۰ نفر بین بیش از ۵۱ سال (معادل ۴۹ درصد) بودند، ۳۲ درصد افراد نمونه در سنین ۴۱-۵۰ سالگی و ۴۹ درصد افراد بیش از ۵۱ سال قرار دارند.

شرکت کنندگان در پژوهش یا افراد دیگر را در معرض خطر قرار دهد، انجام نگیرد. در پایان تحلیل ها بر روی ۱۴۱ پرسشنامه کامل انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل پرسش نامه و آزمون فرضیه ها، از آماره های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آماره استنباطی (همبستگی و رگرسیون گام به گام) به کمک نرم افزار آماری SPSS انجام شد.

یافته ها

یافته های توصیفی: در این پژوهش تعداد افراد نمونه ۱۴۱ نفر بودند. توزیع فراوانی شرکت کنندگان مرد با

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مولفه های نیازهای مذهبی با بهزیستی معنوی

| متغیر | میانگین و انحراف معیار | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
|---------------|------------------------|---------|---------|---------|---------|---|
| نیاز به آرامش | ۱۰/۳۰ ± ۱/۴۷ | ۱ | | | | |
| نیاز وجودی | ۶/۰۵ ± ۰/۸۶ | ۰/۵۹۲** | ۱ | | | |
| نیاز به بخشش | ۱۰ ± ۱/۱۰ | ۰/۳۵۴** | ۰/۵۰۰** | ۱ | | |
| نیاز مذهبی | ۱۴/۱۶ ± ۲/۷۰ | ۰/۵۳۴** | ۰/۴۸۷** | ۰/۴۷۷** | ۱ | |
| بهزیستی معنوی | ۴۲/۱۴ ± ۶/۱۶ | ۰/۴۸۶** | ۰/۵۲۷** | ۰/۵۰۱** | ۰/۵۳۵** | ۱ |

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است (دو دامنه)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار و ضریب همبستگی پیرسون مولفه های عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی

| متغیر | میانگین و انحراف معیار | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ | ۹ | ۱۰ | ۱۱ | ۱۲ | ۱۳ |
|-----------------|------------------------|---------|--------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|-------|--------|-------|----|
| اقتصاد | ۳۶/۶۹ ± ۵/۶۵ | ۱ | | | | | | | | | | | | |
| اشتغال | ۲۷/۲۵ ± ۴/۹۴ | ۰/۲۴** | ۱ | | | | | | | | | | | |
| تحصیلی | ۱۸/۶۸ ± ۲/۷۱ | ۰/۱۹* | -۰/۰۸ | ۱ | | | | | | | | | | |
| سیاست | ۱۱/۷۷ ± ۱/۹۶ | ۰/۲۷** | ۰/۰۱ | ۰/۱۹* | ۱ | | | | | | | | | |
| محیطی | ۱۳/۴۶ ± ۳/۲۷ | ۰/۳۸** | ۰/۲۰* | ۰/۱۹* | -۰/۲۸** | ۱ | | | | | | | | |
| مسکونی | ۱۳/۱۵ ± ۲/۵۶ | ۰/۱۰ | ۰/۰۸ | ۰/۰۸ | ۰/۰۵ | ۰/۰۶ | ۱ | | | | | | | |
| پزشکی | ۳۷/۷۵ ± ۶/۱۲ | -۰/۱۱ | -۰/۰۲ | -۰/۱۳ | ۰/۳۱** | -۰/۳۰** | -۰/۰۳ | ۱ | | | | | | |
| دولت | ۱۴/۵۸ ± ۱/۹۲ | ۰/۳۳** | ۰/۲۴** | ۰/۲۱** | -۰/۰۹ | ۰/۲۹** | ۰/۰۶ | -۰/۱۰ | ۱ | | | | | |
| بهداشت | ۱۷/۵۸ ± ۲/۲۸ | ۰/۱۶ | ۰/۰۱ | -۰/۲۶** | ۰/۱۶* | -۰/۲۰ | -۰/۱۸* | -۰/۰۷ | ۰/۱۰ | ۱ | | | | |
| روانی - اجتماعی | ۱۶/۷۳ ± ۲/۹۵ | ۰/۲۳** | ۰/۱۷* | ۰/۰۱ | ۰/۳۸** | ۰/۱۸* | ۰/۱۱ | ۰/۰۶ | ۰/۱۴ | -۰/۰۶ | ۱ | | | |
| رفتاری | ۲۰/۵۱ ± ۳/۹۹ | ۰/۲۲** | ۰/۰۵ | ۰/۳۱** | -۰/۲۶** | ۰/۱۲ | ۰/۱۰ | -۰/۲۴** | ۰/۳۵** | -۰/۲۱** | ۰/۰۵ | ۱ | | |
| حمل و نقل | ۲۱/۴۱ ± ۳/۷۵ | ۰/۱۵ | ۰/۱۳ | ۰/۱۸* | -۰/۰۲ | ۰/۲۳** | -۰/۰۱ | -۰/۲۲** | ۰/۳۴** | -۰/۰۲ | ۰/۰۱ | ۰/۰۳ | ۱ | |
| بهزیستی معنوی | ۶/۱۶ ± ۴۲/۱۴ | -۰/۳۸** | -۰/۲۱ | -۰/۲۸** | ۰/۴۳** | -۰/۳۳** | -۰/۱۸ | ۰/۳۷** | -۰/۴۱** | ۰/۳۴** | -۰/۱۴ | ۰/۴۹** | -۰/۱۴ | ۱ |

**ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی دار است (دو دامنه)

*ضرایب همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار است (دو دامنه)

برخوردار باشند و همچنین هرچه از ارزش‌های استقلال عاطفی و سلسله‌مراتبی کمتری برخوردار باشند خانواده از انسجام بیشتری برخوردار است و همچنین بین مؤلفه نیاز به آرامش درونی (با مقدار $r = -0/275$)، نیاز وجودی (با مقدار $r = -0/275$)، نیاز به بخشش (با مقدار $r = -0/275$) و نیاز مذهبی (با مقدار $r = -0/275$) با بهزیستی معنوی بیماران سرطانی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر هر چه خانواده از ارزش‌های برابرنگری بیشتر و استقلال عاطفی و عقلانی کمتری برخوردار باشند از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار هستند.

مطابق جدول ۱ و ۲ بین ابعاد اقتصادی (با مقدار $r = 0/504$)، اشتغال (با مقدار $r = 0/106$)، تحصیلی (با مقدار $r = 0/504$)، محیطی (با مقدار $r = 0/106$)، مسکن (با مقدار $r = 0/504$)، دولت (با مقدار $r = 0/106$)، روانی-اجتماعی (با مقدار $r = 0/504$)، رفتاری (با مقدار $r = 0/106$) از مؤلفه های عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی در بیماران سرطانی رابطه منفی معنی‌دار و نیز با بعد سیاست (با مقدار $r = -0/275$)، بعد پزشکی (با مقدار $r = -0/275$) و با بعد بهداشت (با مقدار $r = -0/108$) رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر هرچه خانواده از ارزش‌های برابرنگری و جمع‌گرایی بیشتری

جدول ۳. پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران از روی مؤلفه‌های نیاز مذهبی- معنوی

| مدل | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | R ² | Beta | T | P | ضریب تحمل | VIF |
|-----|------------|---------------|------------|-----------------|---------|----------------|-------|------|-------|-----------|------|
| ۱ | رگرسیون | ۱۵۲۵/۹۶۰ | ۱ | ۱۵۲۵/۹۶۰ | ۵۵/۸۷ | ۰/۲۲۸ | ۰/۵۳۵ | ۷/۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۱/۰۰ | ۱/۰۰ |
| | باقی مانده | ۳۷۹۵/۹۱۲ | ۱۳۹ | ۲۷/۳۰۹ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۲ | رگرسیون | ۲۰۱۹/۷۶۱ | ۲ | ۱۰۰۹/۹۸۱ | ۴۴/۲۰ | ۰/۳۸ | ۰/۳۶۶ | ۴/۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۳ | ۱/۳۱ |
| | باقی مانده | ۳۳۰۲/۱۱۱ | ۱۳۸ | ۲۳/۹۲ | | | ۰/۳۴۹ | ۴/۵۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۳ | ۱/۳۱ |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۳ | رگرسیون | ۲۲۰۲/۴۸۳ | ۳ | ۷۳۴/۱۶۱ | ۳۲/۲۴ | ۰/۴۱ | ۰/۲۹۷ | ۳/۷۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۹۰ | ۱/۴۴ |
| | باقی مانده | ۳۱۱۹/۳۸۹ | ۱۳۷ | ۲۲/۷۶۹ | | | ۰/۲۷ | ۳/۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷۰ | ۱/۴۹ |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | ۰/۲۲۵ | ۲/۸۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۶۷۸ | ۱/۴۷ |

توجه به میزان R² موجود در جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که مؤلفه‌های نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش از مؤلفه های نیاز مذهبی- معنوی در حدود ۴۱ درصد از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را تبیین می‌کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش به ترتیب به اندازه ۰/۲۹۷، ۰/۲۷۰ و ۰/۲۲۵ در واریانس بهزیستی معنوی بیماران سرطانی تغییر ایجاد می‌گردد.

مدل ۱. پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز مذهبی مدل ۲: پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز مذهبی و نیاز وجودی مدل ۲: پیش‌بینی‌کننده‌ها: نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش. متغیر ملاک: بهزیستی معنوی
نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش بین نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش از مؤلفه های نیاز مذهبی- معنوی، از لحاظ آماری معنی‌دار است ($F = 32/24$ و 3 و 137) با

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس، رگرسیون چندگانه و ضریب تعیین پیش‌بینی بهزیستی معنوی از روی عوامل بافتاری

| مدل | منبع تغییر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | مقدار F | R ² | Beta | T | P | ضریب تحمل | VIF |
|-----|------------|---------------|------------|-----------------|---------|----------------|--------|-------|-------|-----------|------|
| ۱ | رگرسیون | ۱۲۷۹/۰۹ | ۱ | ۱۲۷۹/۰۹ | ۴۳/۹۷ | ۰/۲۴ | -۰/۴۹ | -۶/۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۱/۰۰ | ۱/۰۰ |
| | باقی مانده | ۴۰۴۲/۷۷ | ۱۳۹ | ۲۹/۰۸ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۲ | رگرسیون | ۱۷۷۸/۲۲ | ۲ | ۸۸۹/۱۱ | ۳۴/۶۲ | ۰/۳۳۴ | -۰/۴۰۶ | -۵/۶۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۳ | ۱/۰۷ |
| | باقی مانده | ۳۵۴۳/۶۰ | ۱۳۸ | ۲۵/۶۷ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۳ | رگرسیون | ۲۲۲۰/۳۴ | ۳ | ۷۴۰/۱۱ | ۳۲/۶۹ | ۰/۴۱۷ | -۰/۳۳ | -۴/۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۷۷ | ۱/۱۴ |
| | باقی مانده | ۳۱۰۱/۵۲ | ۱۳۷ | ۲۲/۶۳ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۴ | رگرسیون | ۶۱۲/۹۵ | ۴ | ۱۵۳/۲۳ | ۲۹/۰۴ | ۰/۴۶۱ | -۰/۲۹۵ | -۴/۳۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۵۲ | ۱/۱۷ |
| | باقی مانده | ۲۱/۱۰ | ۱۳۶ | ۲۱/۱۰ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۵ | رگرسیون | ۲۶۱۲/۶۴ | ۵ | ۵۲۲/۵۲ | ۲۶/۰۳ | ۰/۴۹۱ | -۰/۲۶۵ | -۳/۹۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۲ | ۱/۲۰ |
| | باقی مانده | ۲۷۰۹/۲۲ | ۱۳۵ | ۲۰/۰۶ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |
| ۶ | رگرسیون | ۲۷۱۵/۴۹ | ۶ | ۴۵۲/۵۸ | ۲۲/۲۶ | ۰/۵۱۰ | -۰/۲۸۵ | -۳/۹۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۳۲ | ۱/۲۰ |
| | باقی مانده | ۲۶۰۶/۳۷ | ۱۳۴ | ۱۹/۴۵ | | | | | | | |
| | کل | ۵۳۲۱/۸۷۲ | ۱۴۰ | | | | | | | | |

از روی عوامل بافتاری، از لحاظ آماری معنی‌دار است (F = ۲۲/۲۶ و ۶ و ۱۳۴). با توجه به میزان R² موجود در جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که بعد رفتاری، بعد سیاست، بعد دولت، بعد بهداشت، بعد پزشکی و بعد اشتغال در حدود ۵۱ درصد از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را تبیین می‌کند. بر اساس ضرایب بتا با هر واحد تغییر در واریانس بعد رفتاری، بعد سیاست، بعد دولت، بعد بهداشت، بعد پزشکی و بعد اشتغال به اندازه ۰/۲۸۵، ۰/۲۳۸، ۰/۲۵۱، ۰/۲۱۳، ۰/۱۸۷ و ۰/۱۴۳ در واریانس نسبت بهزیستی معنوی تغییر ایجاد می‌گردد.

مدل ۱. پیش‌بینی‌کننده‌ها: رفتاری مدل ۲: پیش‌بینی‌کننده‌ها: رفتاری و سیاست مدل ۳. پیش‌بینی‌کننده‌ها: رفتاری، سیاست و دولت مدل ۴: پیش‌بینی‌کننده‌ها: رفتاری، سیاست، دولت و بهداشت مدل ۵. پیش‌بینی‌کننده‌ها: رفتاری، سیاست، دولت، بهداشت و پزشکی مدل ۶: پیش‌بینی‌کننده‌ها: رفتاری، سیاست، دولت، بهداشت، پزشکی و اشتغال. متغیر ملاک: بهزیستی معنوی
نتایج حاصل از تحلیل واریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد که رگرسیون چندگانه پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران

جدول ۵. نتایج ضریب رگرسیون چندگانه بهزیستی معنوی از روی نیازهای مذهبی- معنوی با توجه به جنسیت

| متغیر ملاک | متغیر پیش بین | R | R2 | مقدار F | Beta | t | P |
|--------------------------------------|---------------|-------|-------|---------|-------|------|-------|
| بهزیستی معنوی با توجه به جنسیت زنان | نیاز وجودی | ۰/۶۷۷ | ۰/۴۵۹ | ۲۰/۶۳ | ۰/۵۷۱ | ۶/۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| | نیاز وجودی | | | | ۰/۳۹۷ | ۳/۹۵ | ۰/۰۰۱ |
| | نیاز مذهبی | | | | ۰/۳۶۲ | ۳/۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | نیاز وجودی | | | | ۰/۳۱۳ | ۲/۹۶ | ۰/۰۰۴ |
| | نیاز مذهبی | | | | ۰/۲۸۰ | ۲/۶۴ | ۰/۰۱۰ |
| بهزیستی معنوی با توجه به جنسیت مردان | نیاز به بخشش | ۰/۵۷۴ | ۰/۳۳ | ۱۴/۹۹ | ۰/۲۳۰ | ۲/۰۹ | ۰/۰۳۹ |
| | نیاز مذهبی | | | | ۰/۵۱۶ | ۴/۷۴ | ۰/۰۰۱ |
| | نیاز به بخشش | | | | ۰/۳۹۹ | ۳/۴۴ | ۰/۰۰۱ |
| | | | | | | | ۰/۲۰ |

تبیین می‌کند. و همچنین با هر واحد تغییر در واریانس باعدا پزشکی، بهداشت، محیطی و تحصیلی به اندازه ۰/۳۷، ۰/۲۷، ۰/۲۵- و ۰/۲۰۸ در واریانس نمره بهزیستی معنوی مردان تغییر ایجاد می‌گردد. همچنین R2 موجود در جنسیت زنان نیز نشان می‌دهد که باعدا سیاست، رفتاری، دولتی و بهداشت در حدود ۰/۵۱ از واریانس متغیر بهزیستی معنوی در زنان را در مدل ارائه شده تبیین می‌کند. و همچنین براساس ضریب بتا با هر واحد تغییر در واریانس نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به اندازه ۰/۳۴، ۰/۲۸-، ۰/۲۶ و ۰/۱۸ در واریانس نمره بهزیستی معنوی زنان تغییر ایجاد می‌گردد. بنابراین با توجه به این که رگرسیون چندگانه به تفکیک دو گروه ارائه شد و پیش‌بین هر دو گروه میزان تأثیر گذاری شان متفاوت می‌باشد. لذا می‌توان این چنین استنباط کرد تفاوت معنی‌داری بر مبنای جنسیت در پیش‌بینی مدل، ارائه شده است. همچنین در یافته‌های جانبی پژوهش متغیرهای عوامل بافتاری، نیازهای مذهبی- معنوی و بهزیستی معنویه عنوان متغیرهای وابسته به تفکیک سن، جنس، وضعیت تاهل با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بر حسب متغیرهای سن ($p > 0.05$) ($df = 2$)

R2 موجود در جدول ۵ نشان داد که در مردان مؤلفه نیاز مذهبی به همراه مؤلفه نیاز به بخشش در حدود ۰/۳۳ از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را در مدل ارائه شده تبیین می‌کند. و همچنین با هر واحد تغییر در واریانس نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به اندازه ۰/۳۹ و ۰/۲۷ در واریانس نمره بهزیستی معنوی مردان تغییر ایجاد می‌گردد. همچنین R2 موجود در جنسیت زنان نیز نشان می‌دهد که مؤلفه نیاز وجودی به همراه مؤلفه های نیاز مذهبی و نیاز به بخشش در حدود ۰/۴۶ از واریانس متغیر بهزیستی معنوی در زنان را در مدل ارائه شده تبیین می‌کند. و همچنین براساس ضریب بتا با هر واحد تغییر در واریانس نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش به اندازه ۰/۳۱، ۰/۲۸، ۰/۰ و ۰/۲۳ در واریانس نمره بهزیستی معنوی زنان تغییر ایجاد می‌گردد. بنابراین با توجه به این که رگرسیون چندگانه به تفکیک دو گروه ارائه شد و پیش‌بین هر دو گروه میزان تأثیر گذاری شان تقریباً مشابه می‌باشد. لذا می‌توان این چنین استنباط کرد تفاوت معنی‌داری بر مبنای جنسیت در پیش‌بینی مدل، ارائه نشده است.

R2 موجود در جدول ۶ نشان می‌دهد که در مردان ابعاد پزشکی، بهداشت، محیطی و تحصیلی در حدود ۰/۵۰ از واریانس متغیر بهزیستی معنوی را در مدل ارائه شده

جنس ($p > 0.05$ ، $df = 1$) و وضعیت تاهل ($p > 0.05$)، $df = 3$) وجود نداشت.

جدول ۶. نتایج رگرسیون چندگانه بهزیستی معنوی از روی عوامل بافتاری با توجه به جنسیت

| متغیر ملاک | متغیر پیش بین | R | R2 | مقدار F | Beta | T | P |
|--------------------------------------|---------------|-------|-------|---------|--------|--------|-------|
| بهزیستی معنوی با توجه به جنسیت زنان | بعد سیاسی | ۰/۷۱۸ | ۰/۵۱۶ | ۱۹/۲۰ | ۰/۵۲۹ | ۵/۹۹ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد سیاسی | | | | ۰/۴۰۶ | ۰/۴۲۲ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد رفتاری | | | | -۰/۳۸۸ | -۰/۴۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد سیاسی | | | | ۰/۳۶ | ۴/۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد رفتاری | | | | -۰/۳۱۴ | -۳/۴۱ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد دولتی | | | | -۰/۲۸۱ | -۳/۱۲ | ۰/۰۰۳ |
| | بعد سیاسی | | | | ۰/۳۴۷ | ۳/۹۴ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد رفتاری | | | | -۰/۲۸۶ | -۳/۱۶ | ۰/۰۰۲ |
| بهزیستی معنوی با توجه به جنسیت مردان | بعد دولتی | ۰/۷۰۶ | ۰/۴۹۹ | ۱۴/۶۷ | -۰/۲۶۷ | -۳/۰۳ | ۰/۰۰۳ |
| | بعد بهداشت | | | | ۰/۱۸۴ | ۲/۱۸ | ۰/۰۳۲ |
| | بعد پزشکی | | | | ۰/۵۰۵ | ۴/۶۱ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد پزشکی | | | | ۰/۴۹۷ | ۵/۰۱ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد بهداشت | | | | ۰/۳۷۹ | ۳/۸۲ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد پزشکی | | | | ۰/۳۸۰ | ۳/۷۸ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد بهداشت | | | | ۰/۳۴۴ | ۳/۵۹ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد محیطی | | | | -۰/۲۷۳ | -۲/۶۲ | ۰/۰۱۱ |
| | بعد پزشکی | ۰/۳۷۸ | ۰/۳۷۸ | ۰/۳۷۸ | ۰/۳۷۸ | ۳/۷۵ | ۰/۰۰۱ |
| | بعد بهداشت | | | | ۰/۲۷۷ | ۲/۸۱ | ۰/۰۰۷ |
| | بعد محیطی | | | | -۱/۲۵۳ | -۲/۴۹ | ۰/۰۱۶ |
| | بعد تحصیلی | | | | ۰/۲۰۸ | -۲/۱۰ | ۰/۰۴۰ |
| | | | | | | | |

بحث

در بهزیستی معنوی بیماران داشتند. لازم است ذکر شود که این مساله دال بر این نیست که نیاز به آرامش درونی سهمی در تبیین بهزیستی معنوی ندارد، بلکه می توان می گفت به علت همپوشی با ۳ مولفه قبل، سهم اضافی در پیش بینی ندارد. مطالعاتی که به طور مستقیم تاثیر نیازهای مذهبی را بر بهزیستی معنوی بسنجد یافت نشده است اما نتایج مطالعه حاضر مشابه با نتایج مطالعه (۱۵) همسو می باشد که در مطالعه خود نشان دادند که بین نیازهای مذهبی، وجودی، نیاز به آرامش و نیاز به بخشش فعال با ایمان، آرامش، معنایابی و کیفیت زندگی که می تواند از مولفه های بهزیستی معنوی باشد، رابطه وجود

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش پیش بینی بهزیستی معنوی بر اساس نیازهای مذهبی - معنوی و عوامل بافتاری در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، یافته های پژوهش درخصوص ارتباط بین نیازهای مذهبی - معنوی با بهزیستی معنوی حاکی از همبستگی معنی دار مثبت بین مؤلفه نیاز به آرامش درونی، نیاز وجودی، نیاز به بخشش فعال و نیاز مذهبی با بهزیستی معنوی بیماران می باشد به طوری که از بین خرده مقیاس های نیازهای مذهبی - معنوی خرده مقیاس نیاز مذهبی، نیاز وجودی و نیاز به بخشش فعال به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را

بیماران از دیگران نیز تقاضا می کنند که برای آن ها دعا کنند و این امر برای آن ها نیروبخش است (۳۱) و احساس رضایت زیادی به انسان می دهد، فرد بیمار عقیده که خداوند مرا دوست دارد و مراقب من خواهد بود و این ارتباط با خداوند به من کمک می کند تا احساس تنهایی نکنم. مسلما بیماری که در این مسیر قدم بر می دارد، احساس می کند که زندگی پر از ناملایمات و ناخوشی ها است و اگر به این باور اعتقاد داشته باشد که زندگی معنای زیادی دارد و ارتباط با خداوند در احساس سلامتی او نقش خواهد داشت. بنابراین نیازهای مذهبی که بیماران ادراک می کنند، به آنها کمک می کند تا معنای حوادث زندگی به خصوص حوادثی که دردناک و اضطراب انگیزند را بفهمد و باعث دلگرمی و خرسندی مطبوعی در روان و روحیه او بشود و در نهایت منجر به بهزیستی معنوی شان می شود. همچنین در تبیین نقش نیاز وجودی بیماران با بهزیستی معنوی بیماران نیز می توان چنین استنباط کرد که زمینه های وجودی نظیر نگرانی در مورد مرگ، از دست دادن معنا، ناراحتی و غمگینی، تنهایی، از دست دادن آزادی عمل و از دست دادن ارزش زندگی به عنوان نیازهای وجودی مهم برای بیماران با مریضی های غیر قبال علاج، کسانی که به زودی منتظر مرگ هستند می باشد (۳۲) در واقع اشخاصی که به بیماری مزمن مثل سرطان مبتلا می شوند، در ارتباط با زندگی که، همواره ممکن است تحت تاثیر بیماری سرطان دچار زوال و نابودی شد دچار بدبینی و نگرانی می شوند و نیازهای وجودی بیشتری رو ادراک کنند. وقتی فردی به بیماری دچار می شود (۳۳). پس از تشخیص بیماری سرطان نخستین سوالی که از خود می پرسد این است که چرا من؟ ممکن است برای بهبودی اش شروع و به دعا و نیایش بکند چرا که همچنان در مرحله انکار بیماری و موقعیتش به سر می برد (۳۳). از آنجایی که به دعا و درخواستش برای شفا یافتن پاسخی داده نمی شود، سوالات دیگری پرسیده می شود: آیا خدا اصلا نگران من هست؟ آیا خدا قدرت دارد که تغییری تو وضعیت من به

دارد. در تبیین پیش بینی نیاز مذهبی بر بهزیستی معنوی بیماران می توان به این نکته اشاره کرد که، بیماران مهمترین نیاز خود را نیاز مذهبی دانسته و بر لزوم توجه به آن تاکید نمودند که احتمالا این می تواند مربوط به این مساله باشد که مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی و عقیدتی مردم دارای اعتقادات مذهبی هستند و به پشتوانه این باور و اعتقاد برای سازگاری با شرایط بحرانی، نیاز مذهبی بیشتری را ادراک می کنند و بیشتر به مذهب روی می آورند. اعمال مذهبی ممکن است موجب معالجه یک بیمار نشود، اما می تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، از برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری و مرگ به راحتی کنار آید (۲۶). منابع مذهبی می توانند موجب ایجاد یه حس کلی امید و دیدگاه مثبت به زندگی کردند. عامل مهمی که در استعانت مذهبی در بیماران سرطانی قابل تامل است، توسل بیماران به نذر، زیارت، دعا و توسل به ائمه اطهار بود که نقش مهمی در آرامش و کاهش ترس از بیماری داشته است و در نهایت بهزیستی معنوی آنها دارد (۲۷). یکی از ابعاد نیازهای مذهبی در بیماران، نیاز به عبادت است که در قالب دعا / نیایش و انجام مناسک مذهبی بیان شده است. عبادت باعث افزایش سازگاری با بیماری در مبتلایان به سرطان می شود (۲۸). حجتی و همکاران (۱۳۸۹) نیز در مطالعه خود نشان داد تناوب دعا با بهزیستی معنوی در ارتباط است (۲۹). دعا و نذر کردن، تحمل انسان را در برابر بیماری ها و مشکلات زیاد می کند و دعا کردن در زمان بیماری، عامل مواجهه با مشکلات خاص بوده که موجب آرامش روحی - روانی در بیماران می شود و این احساس کنترل در اعمال مذهبی به واسطه دعا کردن ایجاد می گردد؛ زیرا دعا کردن موجب کنترل شرایط به ظاهر غیر قابل کنترل شده و منجر به سلامت معنوی بیماران می شود و این مساله در موارد جدی مانند بیماری های صعبالعلاج از اهمیت خاصی برخوردار است (۳۰). از طرف دیگر می توان گفت که دعاهای فردی و دعاهای دیگران برای بیمار، به او قدرت می بخشد. همچنین این

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که بین عوامل بافتاری با بهزیستی معنوی بیماران نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری با ابعاد سیاست، پزشکی، بهداشت و همبستگی منفی و معنی‌داری با ابعاد اقتصادی، اشتغال، تحصیلی، محیطی، مسکن، دولت، روانی - اجتماعی و رفتاری وجود داشتند. به طوری که از بین این مؤلفه‌ها شش بعد رفتاری، سیاست، دولت، بهداشت، پزشکی و اشتغال به ترتیب به ترتیب بیشترین قدرت تبیین را در بهزیستی معنوی بیماران داشتند. این یافته‌ها با نتایج بعضی از مطالعات قبلی همسو است که نشان دادند که کاهش تدخین سیگار و مواد، افزایش سلامت محیط، امنیت، پشتیبانی بیمه، دسترسی به مراکز بهداشتی با افزایش بهزیستی معنوی بیماران مزمن ارتباط دارد (۱۹، ۲۰ و ۲۱). بهزیستی معنوی به عنوان رضایت شخصی، در ارتباط با شخص با وجودی برتر و حسی از هدفمندی در زندگی می‌باشد که این رضایت شخصی و احساس هدفمندی در زندگی موجب افزایش کیفیت زندگی فرد و کاهش احساس تنهایی می‌شود (۳۷). بهزیستی معنوی در شناخت و ارتباط دوستانه با خدا و بندگان و تحقق فضایل در خویشتن مفهوم می‌یابد (۳۸) به طور کلی بهزیستی معنوی بر منبع درونی متمرکز بوده و آن شامل، آگاهی فردی از درون خویش و احساس عمیق معنویت است. چنین منبعی به فرد حس معناداری و قدرت در برابر مشکلات را می‌دهد و اعتماد را در وی دو چندان می‌کند. بنابراین در تبیین نقش بعد رفتاری در پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران نیز می‌توان این‌گونه استنباط کرد که جنبه‌های اجتماعی، فیزیکی و بافت فرهنگی می‌تواند بر وضعیت سلامتی در یک جامعه از طریق تسهیل یا مهار رفتارهایی که بر سلامت تاثیر می‌گذارد، اثر گذار باشد (۳۹). بعد رفتاری شامل رفتارهایی است که در میان شاخص‌های سلامت به عنوان عوامل تعیین‌کننده عمده مرگ و میر زودرس می‌باشد. که شامل مصرف دخانیات (شامل میزان مصرف سیگار و قلیان در حال حاضر، وجود برنامه‌های آموزشی برای پیشگیری، محدودیت سیگار کشیدن در محل کار،

وجود بیاورد؟ (۳۳). در واقع پس از ابتلا به بیماری مزمن مثل سرطان شخص متوجه شود برای نجات زندگی خویش کاری از دستش بر نیامد و از طرفی ممکن است احساس کند خداوند او را به خاطر گناهی که قبلاً انجام داده است توسط این بیماری تنبیه می‌کند. همه این عوامل می‌تواند در تشدید این امر که شخص نسبت به زندگی حال خود و همچنین آنچه که در آینده اتفاق خواهد افتاد، نوعی حالتی بدبینی و احساس عدم امنیت داشته باشد، نقش دارند که همه این‌ها در نیاز وجودی بیماران نقش موثری دارد. بنابراین نیاز وجودی در بیماران فرصت‌هایی را در اختیار آنها برای جستجوی هدف یا معنا در زندگی شان قرار می‌دهد. بیماران سعی می‌کنند عقاید و تجربیات وجودی را به عنوان منبعی برای معنا در زندگی در نظر گیرند. علاوه بر این، آن‌ها از طریق تدارک چهارچوبی برای تفسیر و توصیف تجارب زندگی و به دنبال آن، فراهم کردن نوعی انسجام و به هم پیوستگی وجودی در ارتقای معنای زندگی مشارکت می‌کنند. به عبارت دیگر، نیاز وجودی یک سامانه باور منسجم ایجاد می‌کند که باعث می‌شود افراد برای زندگی معنا پیدا کنند و به آینده امیدوار باشند که در نتیجه منجر به افزایش بهزیستی معنوی می‌شود (۳۴)

در ارتباط با نقش نیاز به بخشش بر بهزیستی معنوی نیز می‌توان چنین تبیین کرد، بیماران با وجود بیماری، میزان بخشش زیادی در مواجهه با افراد دارند، عمل شخص خطارکار را از یاد می‌برند و زندگی خود را را تنفر از دیگران و محیط از اینکه باعث ایجاد بیماری در او شده اند، طی نمی‌کند، به راه‌های بخشیدن و بخشوده شدن فکر می‌کند (۳۵). در واقع بخشش، آمادگی برای رهایی از رنج‌های گذشته و تصمیمی است برای پایان دادن به مشکلاتی که از گذشته با خود داریم. افزایش توان کنترل احساسات و هیجانات درونی خود و دیگران و به عبارتی بهبود سطح بخشش خود و دیگران منجر رشد و تقویت اعتقادات و باورهای معنوی می‌گردد (۳۶)

هزینه و دسترسی سیگار، و تبلیغات هدفمند)، فعالیت های ورزشی و بدنی (سطح فعالیت های بدنی گزارش شده، الزامات تربیت بدنی در مدارس، مشارکت در فعالیت های ورزشی و تفریحی محلی و همچنین در دسترس بودن امکانات ورزشی در محل کار و در کل منطقه، همچنین شاخص هایی از فعالیت های نامتناسب مانند الگوهای تماشای تلویزیون و فروش و استفاده از بازی های ویدیویی)، رژیم غذایی/ چاقی (میزان رعایت رژیم غذایی و چاقی، توجه به الگوهای مصرف غذاهای سالم مانند میوه و سبزیجات و نیز غذاهای با چربی بالا و قند بالا، کیفیت مواد غذایی، در دسترس بودن و هزینه های طیف وسیعی از غذا ها، همچنین در دسترس بودن غذاهای فستفود و همچنین جنبه هایی از تغذیه در مدارس را شامل می شود) در زمینه مصرف الکل و مواد مخدر، در دسترس بودن خدمات درمانی مواد مخدر و الکل. همچنین میزان خشونت در سطح جامعه نیز (دسترسی به اسلحه و سطح آگاهی مواجهه با خشونت) نشان دهنده میزان سلامت بیماران می باشد. بنابراین با توجه یافته های پژوهش هر چه بیماران سلامت رفتاری بیشتری در زمینه کاهش مصرف دخانیات، الکل، مواد مخدر و خشونت و افزایش فعالیت های بدنی و حفظ رژیم غذایی سالم داشته باشند.

احساس هدفمندی و معنای زندگی بیشتری دارند در تبیین نقش بعد سیاسی در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران می توان این گونه استنباط کرد که در بعد بافتاری سیاسی، جنبه های مشارکت سیاسی همچون عضویت در حزب سیاسی، عملکردهای احزاب ها و کاندیداها بر وضعیت معیشتی و بهداشتی اشاره شده است. امروزه احزاب یکی از ضروریات زندگی جوامع بشری در دوره مدرن محسوب می شود به طوریکه یکی از موثرترین نهادهای تاثیرگذار بر روند های تصمیم گیری و اجرائی کشور و به عنوان حلقه رابط بین مردم و حاکمیت سیاسی عمل می کند. درجه ای که مقامات با نفوذ سیاسی (نمایندگان مردم) می توانند به عنوان عامل مهم در پاسخگویی به نیاز های بیماران باشند، بر سلامت آنان تاثیر

بسازی دارند (۴۰، ۴۱). میزان برنامه های مرتبط با حوزه سلامت و اتخاذ سیاست های بهداشتی از جمله درصد بودجه محلی اختصاص یافته به سرمایه گذاری های بهداشت عمومی، تلاش برای کاهش لایه های اجتماعی (کاهش نابرابری در قدرت، درآمد و ثروت که با موقعیت های اقتصادی - اجتماعی مرتبط هستند)، کاهش مواجهه با عوامل آسیب رسان به سلامت، مداخله با استفاده از مراقبت بهداشتی برای کاهش پیامدهای نابرابر بیماری و پیشگیری ناشی از تنزل اقتصادی و اجتماعی می تواند نشان دهنده اولویت قراردادن سلامت توسط جامعه باشد. بنابراین تعداد و نفوذ گروه های سیاسی فعال از طریق اتخاذ سیاست ها و راهکارهای مرتبط می توانند به عنوان تعیین کننده های کلان سلامت بر کیفیت زندگی و هدفمند کردن زندگی بیماران و در نهایت بهزیستی معنوی آنها نقش موثری داشته باشد.

همچنین در تبیین نقش بعد دولتی در پیش بینی بهزیستی معنوی بیماران می توان این گونه استنباط کرد که این بعد به ویژگی ها و عملکرد های دولت و سطوح بودجه اشاره دارد. توزیع نسبی منابع مختلف درآمد، سیاست ها و مقرراتی که دارای اثرات بالقوه بهداشتی و سلامتی هستند که شامل موانع تشکیل اتحادیه، دستمزد زندگی یا مقررات حداقل دستمزد و الزامات کارفرما برای تامین مزایای بهداشتی و کیفیت خدمات دولتی محلی، می شود. یکی دیگر از جنبه های حکومت محلی که بالقوه با سلامت افراد در ارتباط است، نگرانی در مورد میزان تقسیم بندی شهری است این اصطلاح به وضعیتی اطلاق می شود که تعداد زیادی از نهاد های دولتی کوچک در یک منطقه شهری وجود دارد. که به عدم توازن منابع و خدمات عمومی در منطقه و حفاظت از امتیاز آنها، اشاره دارد. بنابراین برنامه های دولت در بهبود وضعیت بهداشت و سلامت جامعه و کاهش هزینه های بیماران در بخش درمان و تحول نظام سلامت در اصلاح سبک زندگی درحوزه درمان و سلامت و ضرورت نظارت بر عملکردهای سازمان ها و کارفرمایان در حوزه بهداشت و درمان و

بیشتری دارند. همچنین در تبیین نقش بعد پزشکی در پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران می‌توان این‌گونه استنباط کرد که خدمات پزشکی به طور کلی به عنوان تعیین‌کننده مهم وضعیت سلامتی در نظر گرفته می‌شود (۴۳). ابعاد پزشکی شامل طیف وسیعی از خدمات درمانی از جمله مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های ویژه، خدمات اضطراری، مراقبت‌های بهداشتی در خانه، خدمات اورژانس، خدمات بهداشت روان، مراقبت‌های بلند مدت، مراقبت‌های بهداشت دهان و دندان و مراقبت‌های جایگزین اشاره دارد. همچنین جنبه‌های دسترسی به خدمات درمانی سلامت نیز با وضعیت سلامتی بیماران مرتبط هستند (۴۴). برخی از این عوامل شامل پوشش بیمه، در دسترس بودن مراقبت‌کنندگان، ترکیب‌های نژادی/ قومی کارکنان پزشکی در رابطه به بیماران و صلاحیت و شایستگی فرهنگی ارائه‌دهندگان و موسسات می‌باشد (۴۵). بنابراین میزان دسترسی به مراقبت‌های اولیه با کیفیت و خدمات پزشکی مناسب به عنوان شاخصی در سلامت بیماران نقش موثری دارد. بنابراین بیماران که میزان خدمات پزشکی با کیفیت بیشتری رو دریافت می‌کنند به همان میزان بهزیستی معنوی بیشتری را تجربه می‌کنند.

همچنین در تبیین نقش بعد اشتغال در پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران می‌توان این‌گونه استنباط کرد بعد اشتغال به میزان نرخ بیکاری و وضعیت شغلی و سایر شاخص‌هایی شامل میزان درآمد، مالکیت خودرو، میزان کیفیت شغلی و تناسب با سطح تحصیلات، ظرفیت شغلی منطقه، جغرافیای رشد شغلی، تسهیل بخشی ارزیابی دسترسی به شغل، تبعیض نژادی، جنسی و ضد انسانی دسترسی به اشتغال، اشاره دارد. همچنین درجه‌ای که مقررات و سیاست‌های ایمنی شغلی که در آن اجرا می‌شود، بر میزان و شدت آسیب‌های مرتبط با کار تاثیر می‌گذارد. جنبه‌های کیفیت شغل (کار)، شامل حقوق و دستمزد، سیاست‌های خانواده‌دوستانه سازمان‌ها می‌تواند استرس مرتبط با شغل را کاهش یا تشدید کند. حتی

همچنین نقش دولت در کاهش مشکلات بیماران در بخش درمان و سلامت شامل ایجاد فضای اعتماد، روحیه و نشاط و متمرکز شدن ارائه خدمات پزشکی و درمانی به بیماران می‌تواند در بهبود وضعیت بیماران و در نتیجه بهزیستی معنوی بیماران نقش موثری داشته باشد

همچنین در تبیین نقش بعد بهداشت در پیش‌بینی بهزیستی معنوی بیماران نیز می‌توان گفت که این بعد شامل ارزیابی اجرای عملکرد سلامت عمومی می‌باشد. در این بعد ۳ زمینه اصلی مورد توجه و تمرکز قرار می‌گیرد. اول: وجود برنامه متنوع جهت کمک به پیشگیری، تشخیص زودهنگام و مدیریت بهینه از طیف وسیعی از مشکلات سلامتی است. این خدمات به طور مستقیم یا توسط ادارات بهداشت عمومی ارائه می‌شود یا نظارت بر اجرای آن توسط سازمان‌های دیگر هم‌بخش خصوصی و هم‌بخش دولتی صورت می‌گیرد. زمینه دوم طبقه‌بندی، توسعه و تنظیم و اجرای استاندارد‌هایی که به عنوان ارائه خدمات سنتی بهداشت عمومی در نظر گرفته می‌شود (۴۲). زمینه سوم نیز مربوط به مسائل مرتبط با بودجه؛ از جمله تخصیص بودجه و تدارکات مالی برای ارائه خدمات به منظور ارزیابی اولویت دادن به مسائل بهداشت عمومی در سطح جامعه است. بنابراین بیمارانی که میزان خدمات بهداشت بیشتری رو به عنوان برنامه‌های پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان بیماری و ارائه خدمات و همچنین تخصیص بودجه کافی جهت ارائه خدمات دریافت می‌کنند. بنابراین بیمارانی که خدمات بهداشتی بیشتری رو دریافت می‌کنند این توانایی را به آنها می‌دهد که با مشکلات زندگی، فشارهای روانی، ناتوانی‌های جسمی و آسیب‌پذیری روانشناختی معنا بدهند و از طریق مقابله با این مشکلات، از بار فشار روانی بکاهند. از سوی دیگر وجود خدمات بهداشتی برای افراد، حمایت اجتماعی فراهم می‌آورد و این حس را در بیماران ایجاد می‌کند که تنها نیستند که در مواقع سختی و مشکلات از او حمایت می‌کند، بنابراین بیمارانی که خدمات بهداشتی بیشتری را دریافت می‌کنند، احساس هدفمندی و معنای زندگی

موضوع کمک نماید.

نتیجه گیری

بررسی رابطه میان نیازهای معنوی- مذهبی و عوامل بافتاری و بهزیستی معنوی در این پژوهش، روشن ساخت که می توان با توجه به نیازهای معنوی- مذهبی بیماران و نقش عوامل بافتاری بهزیستی معنوی بیماران را پیش بینی کرد. این یافته ها، راهنمایی است برای انجام پژوهش بعدی در رابطه با آموزش های معنوی و استفاده کاربردی از نتایج این پژوهش ها در بیماران. همچنین یافته های جانبی پژوهش نشان داد که از بین مولفه های نیازهای مذهبی- معنوی، در زنان نیاز وجودی، نیاز مذهبی و نیاز به بخشش و در مردان نیاز مذهبی و نیاز به بخشش بیشترین پیش بینی را در بهزیستی معنوی شان دارد. و از بین ابعاد عوامل بافتاری، در زنان ابعاد پزشکی، بهداشت، محیطی و تحصیلی و در مردان ابعاد سیاسی، رفتاری، دولتی و بهداشت بیشترین پیش بینی را در بهزیستی معنوی شان دارد. اما نتایج پژوهش حاضر تفاوت معناداری را بین میانگین های ابعاد مختلف عوامل بافتاری و نیازهای مذهبی- معنوی به تفکیک سن، جنس، وضعیت تاهل نشان نمی دهد. بنابراین اولویت های این نیاز ها و عوامل بافتاری در سطوح مختلف سن، تاهل و جنسیت مشابه است.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر که اجرای آن در بیمارستان های وابسته به علوم پزشکی مازندران به کد IR.MAZUMS.REC.1396D105 تایید شده است، هیچ گونه حامی مالی نداشته و کلیه هزینه های صرف شده در آن بر عهده نویسنده دوم بوده است. محققان بر خود لازم می دانند از تمامی بیماران و خانواده های محترمشان به دلیل سعه صدرشان در پاسخ به پرسشنامه ها و همکاری در این پژوهش سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

حضور اتحادیه های کارگری نیز شرایط کاری مطلوب و جبران خسارت کارگری نیز با این عامل مرتبط است. بنابراین عواقب ناشی از استرس شغلی بر سلامتی بیماران تاثیر گذار می باشد به طوریکه هر چقدر میزان استرس های شغلی و عوامل مرتبط با شغل در سطح پایین تری باشد میزان بهزیستی معنوی در بیماران نیز بیشتر می شود.

از جمله محدودیت های این تحقیق اجرای آن در بیماران بستری در بیمارستان بود از این رو تعمیم دادن نتایج این تحقیق در بیمارانی که در خانه بستری هستند یا اینکه به انواع سرطان های دیگر مبتلا باشند باید به احتیاط صورت پذیرد. از دیگر محدودیت های این پژوهش نیز می توان گفت با توجه به اینکه این مطالعه در مقطعی از زمان انجام گرفته است و پژوهشگران کنترلی بر وقایع اخیر زندگی بیماران نداشته اند، پیشنهاد می شود مطالعات بعدی به صورت طولی و با حجم نمونه بالاتر انجام شود. با توجه به اینکه در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است، تعمیم پذیری نتایج آن باید با احتیاط انجام گیرد. بنابراین پیشنهاد می شود برای تعمیم پذیری بیشتر یافته های پژوهشی با بیماران سرطانی از روش نمونه گیری تصادفی در پژوهش های دیگر استفاده شود. علاوه بر این، داده های پژوهش حاضر با استفاده از پرسشنامه جمع آوری شده است؛ پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش اندازه گیری دیگر همانند مصاحبه های نیمه ساختار یافته، مشاهدات مستمر و دیگر روش های کیفی استفاده شود. در نهایت پیشنهاد میشود مطالعه تجربی با عنوان اثربخشی درمان های معنوی- مذهبی بر حیطة های روانشناختی بیماران انجام گیرد. پیشنهاد می شود مطالعاتی در رابطه با ادراک از معنویت در مراقبت سرطان در بیماران با سرطان های مختلف و در مراحل خاص بیماری به خصوص مراحل ابتدایی و انتهایی زندگی و نیز در بیماران متعلق به اقلیت های مذهبی در ایران نیز انجام شود تا به توسعه دانش بیشتر در رابطه با

Correlation with the Mental Health Status and Cognitive Perception for Their Illness. Study Protocol. Open Access Library Journal. 2015: 2: e1783.

7. Davison SN, Jhangri GS. Existential and supportive care needs among patients with chronic kidney disease. *Journal of Pain Symptom Management* 2013; 40(6): 838-43.
8. Büssing A, Balzat HJ, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer Validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medicine Research* 2010; 15:266-73.
9. Vahedi S, Nazari M. A. The relationship between self-alienation, spiritual well-being, economic situation and satisfaction of life: A structural equation modeling approach. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2011; 5(1): 64-73. (In Persian)
10. Kittiprapas S. Subjective-well-being: New paradigm for measuring progress and public policies. Retrieved in www.happysociety.org; 2014.
11. Golparvar M, Abedini H. The relationship between spirituality and meaning at work and the job happiness

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Büssing A, Ostermann T, Matthiessen PF. Distinct expressions of vital spirituality. The ASP questionnaire as an explorative research tool. *Journal of Religious Health* 2007; 46:267-86.
2. Baykal U, Seren S, Sokmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2009; 13 (5): 368-75.
3. World Health Organization. Latest world cancer statistics; 2013.
4. Cebeci F, Yangın HB, Tekeli, A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing* 2012;16 (4): 406-12.
5. Puchalski C.M. Addressing the Spiritual Needs of Patients. In *Ethical Issues in Cancer Patient Care*; Angelos, P., Ed., Springer, and New York, NY, USA 2009: 79-91.
6. Fradelos E, Tzavella F, Koukia E, & Zyga S. The Effect of Spirituality on Quality of Life of Patients with Chronic Kidney Disease and Its

16. Pickett KE, Pearl M. "Multilevel Analyses of Neighbourhood Socioeconomic Context and Health Outcomes: A Critical Review." *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2001;55 (2):111-22.
17. Ellaway A, Macintyre S. "Mums on Prozac, Kids on Inhalers: The Need for Research on the Potential for Improving Health through Housing Interventions." *Health Bulletin*. 2000; 58(4): 336-9.
18. Barr RG, Diez-Roux AV, Knirsch CA, Pablos-Mendez A. Neighborhood Poverty and the Resurgence of Tuberculosis in New York City, 1984-1992. *American Journal of Public Health*. 2001;91 (9):1487-93.
19. Borrás L, Mohr S, Brandt P.y, Gillieron C, Eytan A, Huguelet P. Influence of spirituality and religiosity on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorders in Switzerland. *Internal Journal of Society Psychiatry* 2008; 54(6): 539-49.
20. Hassan J, Sheikhan R, Mahmoudzadeh A, Nikro M. The role of spiritual well-being and coping strategies in teenage High-risk behaviors. *Thought and Behavior* 2014; 9 (33): 17-27.
- and psychological well-being: A spiritual-affective approach to the psychological well-being. *International Journal of Management and Sustainability* 2014; 3(3): 160-175. (In Persian)
12. Hodge D.R, Bonifas R. P, Chou R.JA. Spirituality and older adults: Ethical guidelines to enhance service provision. *Advances in Social Work* 2010; 11(1): 1-16.
13. Seddigh R, Keshavarz-Akhlaghi A.A, Azarnik S. Questionnaires Measuring Patients' Spiritual Needs: A Narrative Literature Review. *Iran Journal of Psychiatry Behavioral Science* 2016; 10(1): 232-244.
14. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of Clinical Oncology Nursing* 2007; 25: 555-60.
15. Bussing A, Janko A, Baumann K, Christian N, Kopf A. Spiritual Needs among Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer Living in a Secular Society. *Pain Medicine* 2013; 14: 1362-1373.

- Measuring Contextual Characteristics for Community Health. *Health Services Research* 2003; 38 (2): 1645- 1718.
26. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21 (5): 1-2.
27. Taleghani F, Parsaecta z, Nikbakht Nasrabadi A. Adaptation Process in Women with Breast Cancer. Final Thesis for Ph.D. Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran 2006. (In Persian)
28. Levin EG, Aviv G, Yoo G, Ewing C, Au A. The benefits of prayer on mood and wellbeing on breast cancer survivors. *Support Care Cancer* 2009; 17 (3): 170-5.
29. Hojati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia S, Mohammadnezhad E, Heydari B. Relationship frequently pray with spiritual health in patients treated with hemodialysis. Tehran: Kowsar Medical Publishing Company; 2010. (In Persian)
30. Sharif Nia H, Hojjat H, Naari R, Ghorbani M, Akhondzadeh G. The Effect of Prayer on the Spiritual Health of Hemodialysis Mothers. *Journal of Nursing* 2012; 5 (1): 29-34. (In Persian)
21. Usefi A.R, Ghassemi G.H, Sarrafzadegan N, Malek S, Baghaei A, Rabiei, K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian Adult sample- community. *Mental Health Journal* 2009; 46 (2): 139-147. (In Persian)
22. RasouliNejad M, Shibani, H, Muharrami J. Relationship of Spirituality with Commitment and Responsibility in Students (Case Study of Payame Noor University of Damghan). *Culture at Islamic University* 2014; 4 (1):119-139. (In Persian)
23. Mahmoodishan G, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Iranian nurses' perception of spirituality spiritual care: A qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2010; 3 (6): 1-8. (In Persian)
24. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med.* 2002; 24: 49–58.
25. Hillemeier M. M, Lynch John, Harper Sam, Casper, Michele.

37. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being, and quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982.
38. Rajabi S, Ali Mardani Kh, Moradi N. The structural relationship between spiritual well-being and marital satisfaction with the mediating role of emotional intelligence and self-differentiation. *Methods and models of psychology* 2017; 8 (2): 19-48. (In Persian)
39. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. "Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?" *Social Science and Medicine* 2002;55 (1):125-39.
40. Whitby KJ. *The Color of Representation: Congressional Behavior and Black Interests*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 1997.
41. Bratton KA, Haynie KL. Agenda Setting and Legislative Success in State Legislatures: The Effects of Gender and Race. *Journal of Politics* 1999; 61(3):658-79.
42. Beauchamp D. "Public Health, Privatization, and Market Populism: A
31. Walton J, Craig C, Robinson B, Weinert C. I am not alone: Spirituality of chronically ill rural dwellers. *Rehabilitation Nursing* 2004; 29 (5): 164-68.
32. Eskandari M, Bahmani B, Hassani F, Shafiabadi A. Cognitive-Existential Group Therapy for Parents of Children with Cancer. *Iranian Rehabil J* 2013;11(2):51-5. (In Persian)
33. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J*. 2004; 97(12):1194-200.
34. Seligman ME. *Authentic happiness: using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Simon and Schuster; 2004.
35. Khairi Y, Safa M, Nasiri F. Spiritual health, forgiveness and coping strategies in patients with gastrointestinal cancers. *Journal of Medical Ethics* 2018; 12 (43): 1-9.
36. Worthington E L, Jr, Scherer M. Forgiveness is an emotion-focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: Theory, review, and hypotheses. *Psychology & Health* 2004; 19(3): 385-405.

- Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2000.
45. Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kustner B. "Access Barriers to Health Care for Latino Children." *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 1998;152(1):1119-25.
43. Frenk J. "Medical Care and Health Improvement: The Critical Link." *Annals of Internal Medicine* 1998;129(5):419-20.
44. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. Time for Reflection." *Quality Managment in Health Care* 1997; 5(2):73-9.

Cite this article as:

Ahangarkani M, Rahimian Boogar I, Makvand Hosseini Sh. The Relationship between Contextual Factors and Spiritual Needs with Spiritual Well-being in Patients with Cancer Diseases. *Sadra Med Sci J* 2019; 7(4): 335-356.