

بررسی ارتباط کیفیت زندگی و نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان

محمد حسین صفری زاده^۱، منصوره عزیز زاده فروزی^{۲*}، بتول تیرگری^۳، یونس جهانی^{۴،۵}

چکیده

زمینه و هدف: بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی و نیازهای معنوی آنان نقش مهمی در ارزیابی اثر بخشی درمان و روند بیماری دارد، به طوری که در سال‌های اخیر شناسایی و رفع نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان به عنوان هدفی مطلوب و حیثی مهمی از مراقبت پرستاری مورد توجه قرار گرفته است. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و نیازهای معنوی بیماران بستری در بخش انکولوژی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی همبستگی، ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) و پرسشنامه‌ی نیازهای معنوی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار)، اسپیرمن، کروسکال والیس و من ویتنی تجزیه و تحلیل شد ($\alpha=0/05$).

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد سن بیشتر شرکت کنندگان در این پژوهش بین ۱۸ تا ۳۳ سال با فراوانی ۵۹ درصد بود، علاوه بر این میانگین (انحراف معیار) سن افراد شرکت کننده $44/88 \pm 19/5$ سال گزارش شده است. بیشتر این افراد جامعه‌ی آماری با $57/3$ را مردان تشکیل می‌دادند و $66/7$ درصد افراد متأهل بودند. میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی $79/28$ با انحراف معیار $19/2$ بود و میانگین کل نیازهای معنوی $64/36$ با انحراف معیار $22/22$ می‌باشد. همچنین بین نیازهای معنوی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد ($P=0/0001$) به طوری که بین معنویت و نیازهای آن شامل نیاز به معنا و هدف در زندگی، نیاز به دریافت عشق و مهرورزی، نیاز به امیدواری و خلاقیت، نیاز به بخشش، روابط صادقانه با خود، دیگران و خدا با کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد.

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط نزدیک کیفیت زندگی و نیازهای معنوی، با بهبود و ارتقاء عوامل مرتبط با آن‌ها در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند باعث سازگاری بیماران با بیماری و بهبود روند درمان در این بیماران شد.

کلید واژه‌ها: انکولوژی، سرطان، کیفیت زندگی، نیازهای معنوی

- ۱- کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گرایش داخلی و جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- ۲* مربی، کارشناس ارشد آموزش پرستاری، گرایش داخلی و جراحی مرکز تحقیقات علوم اعصاب و فیزیولوژی، معاونت پژوهی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- ۳- دانشیار، دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
- ۴- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده‌ی آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- ۵- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

*نویسنده‌ی مسؤؤل: Email: forozy@gmail.com

مقدمه

بررسی ارتباط کیفیت زندگی و نیازهای معنوی بیماران...

سرطان از جمله شایع‌ترین بیماری‌های مزمن به‌شمار می‌آید، به‌طوری که تمامی انواع سرطان‌ها علت ۹۰ درصد از مرگ و میرها را در سراسر جهان تشکیل می‌دهند (۱). بر خلاف توسعه و پیشرفت‌های شایان ذکر در علم پزشکی، سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی و عروقی مطرح می‌باشد (۲). سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (۳). اطلاع از ابتلا به سرطان برای هر فرد تجربه‌ای غافلگیرانه و نگران‌کننده است. در واقع آگاهی از ابتلا به بیماری‌های بدخیم تهدیدکننده‌ی حیات، درک افراد را از زندگی تغییر می‌دهد (۴).

معالجه‌ی بیماران سرطانی هفته‌ها یا ماه‌ها به‌طول می‌انجامد و عوارض جانبی آن می‌تواند به‌صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی‌های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید. بستری شدن‌های متعدد به‌منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه‌ی یک زندگی طبیعی شود. قبل و بعد از شیمی‌درمانی احساس ترس و اضطراب در بیمار به‌وجود می‌آید که این امر به دلایل مختلفی از قبیل عوارض ناشی از شیمی‌درمانی، سوراخ کردن ورید جهت تزریق، احساس انزوا و گوشه‌گیری و از دست دادن حس استقلال در زندگی می‌باشد. به‌علاوه عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی‌درمانی توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از فرد بیمار سلب می‌کند (۱).

ارزیابی کیفیت زندگی موجب غنای مداخلات بهداشتی درمانی و بهبود کیفیت خدمات خواهد بود.

علاوه بر این بهبود کیفیت خدمات براساس نظر و درخواست بیماران باعث ایجاد نگرش و رویکرد مثبت و مشارکت مؤثر آنان در انجام مداخلات بهداشتی-درمانی می‌گردد. این موضوع به‌صورت چرخه‌ای موجب افزایش کیفیت زندگی بیمار می‌گردد (۵). بنابراین توجه به کیفیت زندگی بیماران سرطانی همواره یکی از اهداف اساسی مراقبت و درمان مبتلایان به سرطان محسوب می‌شود. شیوع بالای بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، لزوم توجه روز افزون به اندازه‌گیری کیفیت زندگی را در پی دارد. بررسی کیفیت زندگی این بیماران برای ارزیابی شرایط مزمن ناشی از بیماری، بهبود ارتباط بیمار و پزشک، ارزیابی اثربخشی درمان‌های مختلف، سیاست‌گذاری‌های بهداشتی-درمانی، پژوهش، ارزیابی اقتصادی و توزیع منابع کاربرد دارد (۴).

کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده‌ی عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به‌عنوان درک شخص از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی فرد می‌باشد (۶). بر خلاف گذشته که ارزیابی تأثیر درمان براساس بهبودی، ناتوانی و مرگ بوده است، امروزه کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از پیامدهای مهم و یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده تأثیر درمان در بیماران ارزیابی می‌شود. بررسی عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی می‌تواند به بهبود و حفظ کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن کمک کند (۷-۱۰). یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان توجه به معنویت در این بیماران است، به‌طوری که نتایج مطالعه‌ی Jahani و همکاران (۱۳۹۲) در خصوص همبستگی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های عروق کرونر نشان داده است بیمارانی که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار بودند کیفیت زندگی بهتری داشته‌اند

خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت، رفع نیازهای معنوی و بهبود کیفیت زندگی سازمان‌دهی نمایند. با توجه به اینکه مطالعه‌ای پیرامون بررسی ارتباط نیازهای معنوی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی انجام نشده است، پژوهشگران تصمیم به بررسی ارتباط این دو مفهوم نموده تا با توجه به نتایج آن بتوان اقدامات یا مداخلاتی جهت بهبود یا تعدیل آن انجام داد.

مواد و روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی از نوع توصیفی همبستگی می‌باشد، جمعیت مورد مطالعه‌ی این پژوهش را کلیه‌ی بیماران بستری در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل داده‌اند، نمونه این پژوهش با استفاده از فرمول حجم نمونه ۱۵۳ برآورد گردید که ۱۵۰ بیمار مبتلا به سرطان در طول ۹۱ روز، از ابتدای اسفندماه ۱۳۹۳ تا انتهای اردیبهشت ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با توجه به مطالعات مشابه و با در نظر گرفتن انحراف معیار کیفیت زندگی ۲۵/۲ در بیماران سرطانی و $d=4$ و $\alpha=0/05$ حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر ۱۵۳ برآورد شد (۴).

$$n = \frac{z^2 \cdot \alpha \cdot d^2}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (25.2)^2}{16} = 153$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۱۸ سال، تشخیص قطعی سرطان، بستری در بخش انکولوژی به مدت حداقل دو هفته؛ و معیارهای خروج از مطالعه شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، تنفسی، کبدی و کلیوی، سابقه‌ی بیماری روانی، استفاده از داروهای روان‌گردان بود.

(۱۱) از طرف دیگر 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 (۶).

معنویت و فعالیت‌های مذهبی به‌عنوان یک منبع مهم در مقابله با بیماری‌های مزمن محسوب می‌شوند، به‌طوری که سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شود، علاوه بر این امروزه بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به‌عنوان منبعی مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند، به گونه‌ای که اغلب آن‌ها توجه به مسایل معنوی در فرآیند درمان را ضروری می‌دانند. Rezaei و همکاران (۱۳۸۷) در این خصوص می‌نویسند: ماهیت تهدید کننده‌ی سرطان باعث افزایش نیازهای معنوی افراد می‌شوند، به‌طوری که تشخیص بیماری سرطان بحران‌های معنوی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند. این بیماران پس از اطلاع از بیماری خود اعتماد به نفس و ایمان مذهبی‌شان به‌خطر می‌افتد؛ ارتباطات بین فردی به‌دلیل عدم اطمینان به آینده مختل، سازوکارهای سازگاری قبلی ناکافی به‌نظر می‌رسد؛ از طرفی بستری شدن در بیمارستان ممکن است احساس تنهایی را به فرد القاء نموده و در مجموع بحران معنوی را در فرد به‌وجود آورد (۱).

با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیتی که تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی فرد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی دچار مشکلات متعددی هستند، همچنین نظر به اینکه در جامعه‌ی ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط به آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است، شناخت نیازهایی که بیماران در حیطه‌ی معنویت که جزء نیازهای ذاتی انسان می‌باشد به کادر بهداشتی و درمانی کمک می‌کند تا فعالیت‌های

قبل از اجرای این مطالعه کد اخلاق از کمیته‌ی اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان (ک/۴۶۳/۹۳) اخذ شد و کسب اجازه از مسؤولین بیمارستان شهید باهنر و ارائه‌ی معرفی‌نامه از دانشکده‌ی پرستاری مبنی بر اجرای پژوهش انجام شد. تمامی شرکت‌کنندگان به‌صورت داوطلبانه در این مطالعه شرکت کردند و به آنان آگاهی در مورد اختیاری بودن حضور و خروج آن‌ها در مطالعه داده شد. پژوهش‌گر خود را به بیمار معرفی کرده و اهداف مطالعه را با آن‌ها در میان گذاشته و توضیح در مورد عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی بر روی پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات کسب شده، به افراد مورد مطالعه داده شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه پرسشنامه بود که عبارت‌اند از:

۱- پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک که ویژگی‌های فردی واحدهای مورد پژوهش (شامل سن، جنس، تأهل، شغل، میزان درآمد، تحصیلات و خصوصیات بالینی مانند نوع سرطان، مدت ابتلا ... مورد سؤال قرار گرفت.

۲- پرسشنامه‌ی استاندارد کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-C30) که این ابزار شامل ۳۰ گویه در سه مقیاس فرعی (کیفیت زندگی کلی، مقیاس عملکردی و مقیاس نشانه‌ها) بود. مقیاس فرعی کیفیت زندگی کلی از ۲ گویه تشکیل شده است، مقیاس عملکردی شامل ۵ زیر گروه: (جسمی ۵ گویه، ایفای نقش ۲ گویه، احساسی ۲ گویه، شناختی ۴ گویه و اجتماعی ۳ گویه) و مقیاس نشانه‌ها از ۳ گویه مربوط به خستگی، ۲ گویه مربوط به تهوع و استفراغ، ۲ گویه مربوط به درد و پنج تک گویه (شامل: تنگی نفس، بی‌خوابی، یبوست، اسهال و مشکلات مالی) تشکیل شده است. امتیازبندی ۲ گویه مقیاس کیفیت زندگی بر مبنای درجه‌بندی لیکرت از ۱ تا ۷؛ و امتیازبندی دیگر مقیاس‌های فرعی از ۱ تا ۴ متغیر است. امتیازدهی به هر یک از سه مقیاس فرعی از ۱۰۰-۰

متغیر است که به‌طوری که در مورد مقیاس عملکردی و کیفیت زندگی کلی امتیاز بالاتر بیانگر عملکرد بهتر و در مورد مقیاس نشانه‌ها امتیاز بالاتر بیانگر عملکرد ضعیف‌تر می‌باشد. این ابزار به فارسی ترجمه گشته و پایایی و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است که پایایی ۰/۷۰ و روایی مناسبی برای استفاده در ایران داشت (۱۲).

۳- پرسشنامه نیازهای معنوی: این پرسشنامه از ۲۹ گویه تشکیل شده است، برای پاسخ‌دهی به هر گویه ابتدا فرد باید به آن گویه پاسخ مثبت و یا منفی بدهد، در صورت پاسخ مثبت از وی خواسته می‌شود تا به یکی از ۴ گزینه دیگر (شامل: کم، متوسط، بسیار و بسیار زیاد) پاسخ دهد. این پرسشنامه از ۷ زیر گروه تشکیل شده است که زیرگروه عشق، تعلق خاطر و احترام شامل ۶، زیرگروه عبادی شامل ۵، زیرگروه امید، آرامش، سپاسگزاری و مثبت اندیشی شامل ۶، زیرگروه معنا و هدف شامل ۳، زیرگروه اخلاق شامل ۱، زیرگروه زیبایی شناختی شامل ۳ و مرگ و رهایی شامل ۵ نیاز بود. جهت امتیازدهی از مجموع میانگین‌های هر زیرگروه استفاده می‌شود. در این مطالعه جهت برآورد روایی، ۱۰ پرسشنامه در اختیار اعضاء هیات علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی رازی کرمان قرار گرفت و ضریب روایی آن بین ۰/۸ تا ۰/۹ برآورد شد، و جهت برآورد پایایی پس از جمع آوری داده‌ها از ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد، که ۰/۹۸ برآورد گردید.

داده‌ها پس از جمع آوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ شد. ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای نیازهای معنوی و کیفیت زندگی به‌ترتیب براساس تست کولموگرو اسمیرنو ($P=0/007$) و ($P=0/04$) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج این تست‌ها نشان دهنده‌ی عدم نرمال بودن داده‌ها بود، سپس با استفاده از آزمون‌های اسپیرمن، من ویتنی و کروسکال والیس به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. در این مطالعه سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش نشان داد، سن بیشتر شرکت کنندگان در این پژوهش بین ۱۸ تا ۳۳ سال با فراوانی ۵۹ نفر بود. ۵۷/۳ درصد شرکت کنندگان را مردان تشکیل داده و ۶۶/۷ درصد افراد متأهل بودند. بیشتر شرکت کنندگان با ۸۹/۳ درصد تحت پوشش بیمه‌ی بودند. غالب بیماران با ۹۱/۳ درصد در منزل مراقبت کننده داشتند. مدت زمان ابتلاء به بیماری و زمان درمان بیشتر بیماران با ۴۹/۳ درصد، حدود یک سال بود و تنها ۱۰ درصد این افراد سال مبتلا به بیماری یا تحت درمان بودند. بیشتر این افراد با فراوانی ۴۲ درصد، شدت درد زیاد و ۱۹ درصد شدت درد بسیار زیادی را تجربه کرده بودند. میزان سازگاری ۵۰ درصد بیماران متوسط به بالا بود و بیشتر این افراد با ۸۶/۷ درصد، مذهب شیعه داشتند. سایر اطلاعات دموگرافیک در جدول ۱ آمده است.

در بررسی ابعاد کیفیت زندگی، بیشترین نمره با میانگین (انحراف معیار) (۱۰/۲۸) ۳۶/۵۷ به بعد عملکردی کیفیت زندگی و کمترین نمره با میانگین ۸/۴۴ و انحراف معیار ۳/۶۴ مربوط به بعد کیفیت زندگی کلی تعلق داشته است. میانگین نمره‌ی کل کیفیت زندگی ۵۵/۳۳ با انحراف معیار ۲۰ بود. همچنین در بررسی ابعاد نیازهای معنوی در بیماران سرطانی، بعد "امید، آرامش، سپاسگزاری و مثبت اندیشی" بیشترین نمره را با میانگین ۱۵/۹۵ و انحراف معیار ۵/۴۷ به خود اختصاص داده است. کمترین میانگین نمره مربوط به بعد اخلاق با میانگین ۲/۱۸ و انحراف معیار ۱/۶۴ بود. میانگین کل نیازهای معنوی ۵۵/۴۸ با انحراف معیار ۱۹/۱۵ می‌باشد، که نشان دهنده‌ی سطح مطلوبی از نیازهای معنوی در این افراد است (جدول ۲).

در ارتباط بین نمره‌ی نیازهای معنوی و ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان، ارتباط آماری معنی‌دار مثبتی مشاهده شد. به این صورت که با افزایش نمره‌ی ابعاد کیفیت زندگی، نمره‌ی نیازهای معنوی نیز افزایش می‌یابد.

همچنین ارتباط معنی‌دار مثبتی بین کیفیت زندگی و ابعاد نیازهای معنوی بیماران وجود دارد، به این صورت که با افزایش نمره‌ی ابعاد نیازهای معنوی، نمره‌ی کیفیت زندگی نیز افزایش می‌یابد. یافته‌ها همچنین نشان داد که ارتباط معنی‌دار مثبتی بین نیازهای معنوی و کیفیت زندگی بیماران وجود دارد، به طوری که با افزایش نمره‌ی یکی از این دو متغیر باعث افزایش نمره‌ی متغیر دیگر می‌شود (جدول ۳).

بر حسب نتایج آزمون من ویت نی و کروسکال والیس، در بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر، حیطه‌ی کیفیت زندگی با متغیرهای سن ($P < 0/0001$)، تأهل ($P = 0/02$)، تحت تکفل چه کسی بودن ($P = 0/002$)، تحصیلات ($P < 0/0001$)، شغل ($P = 0/002$)، وضعیت بیمه ($P = 0/036$)، وضعیت درآمد و تأمین مخارج خانواده ($P < 0/0001$)، افراد مراقبت کننده در منزل ($P = 0/001$) و تحت حمایت سازمان‌های مختلف ($P = 0/001$) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به طوری که میانگین کیفیت زندگی در افراد جوان‌تر بیشتر از افراد مسن بود و در افراد متأهل بیشتر از سایرین و در افرادی که تحت تکفل پدرشان بودند بیشتر از سایرین و در افراد با تحصیلات بالا بیشتر از افراد با تحصیلات پایین و بی‌سواد و در افراد بیکار بیشتر از سایر مشاغل و در افراد دارای بیمه بیشتر از افراد فاقد بیمه و در افراد با وضعیت اقتصادی مناسب بیشتر از سایر گروه‌ها و در افرادی که نگهدارنده آن‌ها خواهر و برادر یا والدین بود بیشتر از افرادی که دیگر اشخاص از آن‌ها نگهداری می‌کردند و در افرادی که تحت پوشش هیچ سازمان حمایتی نبودند بیشتر از افراد تحت پوشش بود (جدول ۴).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های فردی بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر شهر کرمان

متغیرها	شاخص	فراوانی	درصد	متغیر	شاخص	فراوانی	درصد	
سن	۱۸-۳۳	۵۹	۳۹/۳	شغل	کارمند	۱۹	۱۲/۲	
	۳۳-۴۸	۲۷	۱۸		خانه دار	۵۰	۳۳/۳	
	۴۸-۶۳	۲۹	۱۹/۳		کشاورز و کارگر	۲۷	۱۸	
	۶۳-۷۸	۲۹	۱۹/۳		بیکار	۲۹	۱۹/۳	
<۷۸	۶	۴	سایر موارد	۲۵	۱۶/۷			
جنس	مرد	۸۶	۵۷/۳	وجود مراقبت کننده	بله	۱۳۷	۹۱/۳	
	زن	۶۴	۴۲/۷		در منزل	۱۳	۸/۷	
تأهل	متاهل	۱۰۰	۶۶/۷	تحصیلات	بی سواد	۳۶	۲۴	
	مجرد	۲۵	۱۶/۷		زیر دیپلم	۴۵	۳۰	
	مطلقه	۵	۳/۳		دیپلم	۴۵	۳۰	
	فوت همسر	۲۰	۱۳/۳		دانشگاهی	۲۴	۱۶	
تحت تکفل بودن	بله	۶۷	۴۴/۷	وضعیت بیمه	دارای بیمه	۱۳۴	۸۹/۳	
	خیر	۸۳	۵۵/۳		بدون بیمه	۱۶	۱۰/۷	
تحت تکفل چه کسی بودن	هیچ کس	۸۳	۵۵/۳	میزان اعتقاد به احساس وجود کم	خیلی کم	۰	۰	
	همسر	۱۸	۱۲		احساس وجود کم	۰	۰	
وضعیت مالی	فرزندان	۲۲	۱۴/۷	خداوند در زندگی زیاد	زیاد	۲۶	۱۸	
	پدر	۲۴	۱۸		بسیار زیاد	۱۲۴	۸۲	
	مناسب	۳۶	۲۴		تحت حمایت	۲۷	۱۸	
مدت زمان ابتلاء	تا حدودی نامناسب	۶۶	۴۴	سازمان‌های مختلف سایر	سازمان‌های مختلف	۱۶	۱۰/۷	
	نامناسب	۴۸	۳۲		هیچ کدام	۱۰۷	۷۱/۳	
	۱ سال	۷۴	۴۹/۳		افراد مراقبت کننده در منزل	والدین	۲۲	۲۸
	۲ سال	۲۸	۱۸/۷			همسر	۴۷	۳۱/۳
	۳ سال	۱۶	۱۰/۷			برادر و خواهر	۱۲	۸
۴ سال	۱۷	۱۱/۳	فرزندان	۳۶		۲۴		
۵ سال و بیشتر	۱۵	۱۰	هیچ کس	۱۳		۸/۷		
شدت درد	خیلی کم	۳۰	۲۰	سازگاری با بیماری	خیلی کم	۱۱	۷/۳	
	کم	۲۸	۱۸/۷		کم	۱۶	۱۰/۷	
	متوسط	۳۱	۲۰/۷		متوسط	۳۱	۲۰/۷	
	زیاد	۴۲	۲۸		زیاد	۴۲	۲۸	
نوع درد	بسیار زیاد	۱۹	۱۲/۷	انجام اعمال مذهبی به صورت گروهی	بسیار زیاد	۵۰	۳۳/۳	
	سوزاننده	۲۱	۱۴		خیلی کم	۷۴	۴۹/۳	
	میهم	۷۳	۴۸/۷		کم	۳۳	۲۲	
	ترسناک	۷	۴/۷		زیاد	۲۳	۱۵/۳	
	تیز فشارنده	۱۴	۹/۳		بسیار زیاد	۲۰	۱۳/۳	
خواندن قرآن و ادعیه	خیلی کم	۳	۲۸/۷	مذهب	شیعه	۱۳۰	۸۶/۷	
	کم	۳۴	۲۲/۲		سنی	۲۰	۱۳/۳	
	زیاد	۴۰	۲۶/۷					
	بسیار زیاد	۳۳	۲۲					

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار، ابعاد کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر شهر کرمان

ابعاد	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	۳۶/۵۷	۱۰/۴۸
بیماران سرطانی	۳۴/۲۸	۷/۶۶
عملکردی	۸/۴۴	۳/۶۴
نشانه‌ها	۵۵/۳۳	۲۰
کیفیت زندگی کلی	۱۴/۷۹	۵/۳۳
کل	۱۱/۸۶	۵/۱۸
نیازهای معنوی	۱۵/۹۵	۵/۴۷
عشق، تعلق خاطر و احترام	۷/۸۴	۳/۳۱
عبادی	۲/۱۸	۱/۶۴
امید، آرامش، سپاسگزاری و مثبت اندیشی	۶/۳۱	۳/۳۱
زیرگروه معنا و هدف	۵/۵۲	۴/۳۷
زیرگروه اخلاق	۵۵/۴۸	۱۹/۱۵
زیبایی شناختی		
مرگ و رهایی		
کل		

جدول ۳- ارتباط بین نمره‌ی نیازهای معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر شهر کرمان

متغیر	کیفیت زندگی	نیاز معنوی	نوع آزمون
کیفیت زندگی	---	$r=0.32$ $P=0.001$	ضریب همبستگی اسپیرمن
عملکردی	---	$r=0.29$ $P>0.0001$	ضریب همبستگی اسپیرمن
نشانه‌ها	---	$r=0.21$ $P=0.008$	ضریب همبستگی اسپیرمن
کیفیت زندگی کلی	---	$r=0.41$ $P>0.0001$	ضریب همبستگی اسپیرمن
عشق، تعلق خاطر و احترام	$r=0.20$ $P=0.001$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
عبادی	$r=0.23$ $P=0.004$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
امید، آرامش، سپاسگزاری و مثبت اندیشی	$r=0.28$ $P=0.001$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
زیرگروه معنا و هدف	$r=0.27$ $P=0.001$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
زیرگروه اخلاق	$r=0.24$ $P=0.003$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
زیبایی شناختی	$r=0.30$ $P>0.001$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
مرگ و رهایی	$r=0.22$ $P=0.006$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن
نیاز معنوی	$r=0.32$ $P=0.001$	---	ضریب همبستگی اسپیرمن

بررسی ارتباط کیفیت زندگی و نیازهای معنوی بیماران...

جدول ۴- ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر شهر کرمان

کیفیت زندگی	کیفیت زندگی			ویژگی‌های فردی	کیفیت زندگی			ویژگی‌های فردی	
	سطح معنی داری	انحراف معیار	میانگین		سطح معنی داری	انحراف معیار	میانگین		
P = ۰/۰۰۲ chi=۱۷/۳	۱۳/۴۴	۸۵/۲۶	کارمند	شغل	۱۶/۴۵	۸۶	۱۸-۳۳	سن	
	۲۰/۴۵	۷۴/۳۴	خانه دار		P < ۰/۰۰۰۱	۱۷/۴۷	۷۹/۵۱		۳۳-۴۸
	۱۸/۱	۷۱/۱۱	کشاورز و کارگر		۱۶/۶۸	۸۱	۴۸-۶۳		۴۸-۶۳
	۱۸/۸۱	۸۹/۳۶	بیکار		chi=۲۳/۲۵	۲۲	۶۸/۸۶		۶۳-۷۸
	۱۵/۰۴	۸۲/۷۹	سایر موارد		۷/۶۷	۵۴/۱۶	< ۷۸		
P = ۰/۰۳ Z = -۲/۰۹	۱۸/۹۹	۸۰/۴۶	دارای بیمه	وضعیت بیمه	P = ۰/۳۲۷	۱۹/۹۷	۸۰/۶	مرد زن	
	۱۸/۶۵	۶۹/۳۷	بیمه نبودن		Z = -۰/۳۹	۱۸/۱۳	۷۷/۵		
P > ۰/۰۰۰۱ chi=۲۶/۶۹	۲۰/۱۲	۹۱/۳۶	مناسب	وضعیت درآمد و تأمین مخارج خانواده	P = ۰/۰۲۳	۱۲/۲۱	۸۸/۳۶	متاهل مجرد مطلقه فوت همسر	
	۱۶/۹۸	۷۱/۰۳	تا حدودی نامناسب		۱۸/۹۶	۷۸/۶۳	۴۸-۶۳		
	۱۶/۰۱	۸۱/۵۶			۹/۸۱	۷۷/۶	۶۳-۷۸		
					۲۵/۲۳	۷۱/۶۰	< ۷۸		
P = ۰/۱۸۴ Z = -۱/۳۳	۱۹/۲۲	۷۹/۹۳	بله	وجود مراقبت کننده در منزل	P = ۰/۶۲	۲۰/۵۶	۷۷/۸	بله خیر	
	۱۸/۳۹	۷۲/۳۸	خیر		Z = -۰/۴۹	۱۸/۰۷	۸۰/۴۶		
P = ۰/۰۰۱ chi=۱۷/۶۴	۱۳/۲۸	۸۶/۶۹	والدین	افراد مراقبت کننده در منزل	P = ۰/۰۰۲	۱۸/۰۷	۸۰/۴۶	هیچ کس همسر فرزندان پدر	
	۱۹/۴۴	۷۹/۸۳	همسر		۲۲/۹۲	۷۹/۱۱	۳۳-۴۸		
	۲۱/۵۶	۸۶/۷۵	برادر و خواهر		۲۱/۲۸	۶۵/۱۸	۴۸-۶۳		
	۱۹/۲	۶۸/۸۶	فرزندان		۱۱/۶۷	۸۷/۲۲	۶۳-۷۸		
	۱۶/۶۷	هیچکس							
P = ۰/۰۰۱ chi=۱۳/۷۹	۱۷/۷۴	۶۶/۲۲	کمیتة امداد	تحت حمایت سازمان‌های مختلف	P > ۰/۰۰۰۱	۱۷/۹۱	۶۶/۷۲	بی سواد زیر دبلیوم دبلیوم دانشگاهی	
	۱۲/۲۵	۸۰/۳۱	سایر		۱۸/۶۱	۷۶/۹۱	۴۸-۶۳		
	۱۹/۱۴	۸۲/۴۲	هیچ کدام		۱۵/۴۷	۸۷/۳۷	۶۳-۷۸		
				۱۸/۰۷	۸۷/۳۷	< ۷۸			

جدول ۵- ارتباط نیازهای معنوی با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر شهر کرمان

نیازهای معنوی	نیازهای معنوی			ویژگی‌های فردی	نیازهای معنوی			ویژگی‌های فردی
	معنی داری	انحراف معیار	میانگین		معنی داری	انحراف معیار	میانگین	
P = ۰/۰۲۲ chi=۵/۶۶	۲۰/۳۱	۶۸/۸۳	کارمند	شغل	P < ۰/۰۰۰۱	۲۱/۲۶	۷۵/۳۷	سن
	۱۹/۴	۶۴/۷۹	خانه دار		۱۶/۴۴	۵۱/۷۶	۳۳-۴۸	
	۲۶/۴۹	۵۷/۷۷	کشاورز و کارگر		۲۳/۸۷	۶۲/۵۳	۴۸-۶۳	
	۱۹/۹۴	۶۹/۵۲	بیکار		۱۹/۰۷	۵۴	۶۳-۷۸	
	۲۴/۸۳	۶۲/۵۵	سایر موارد		۸/۸۷	۴۵	< ۷۸	
P = ۰/۰۳۴ Z = -۰/۹۳	۲۲/۰۱	۶۴/۹۸	دارای بیمه	وضعیت بیمه	P = ۰/۴۲۷	۲۴/۳۵	۶۳/۴	مرد زن
	۲۴/۰۱	۵۹/۲۵	بیمه نبودن		Z = -۰/۳۵	۱۹/۰۳	۶۵/۶۷	
P = ۰/۰۵۳ chi=۵/۸۶	۲۵/۸۷	۷۰/۴	مناسب	وضعیت درآمد و تأمین مخارج خانواده	P = ۰/۱۶	۲۳/۸۹	۶۷/۴۸	متاهل مجرد مطلقه فوت همسر
	۲۱/۱۶	۶۶/۴۳	تا حدودی نامناسب		۲۱/۵۵	۶۴/۷۱	۴۸-۶۳	
	۱۹/۶۲	۵۹/۷۱			۱۷/۲۶	۷۷	۶۳-۷۸	
					۲۳/۲	۵۶/۲	< ۷۸	
P = ۰/۱۲۸ Z = -۱/۵۲	۲۲/۱۹	۶۵/۲۱	بله	وجود مراقبت کننده در منزل	P = ۰/۳۷	۲۱/۴۴	۶۲/۵۲	بله خیر
	۲۰/۷۷	۵۳/۸۱	خیر		Z = -۰/۰۸۷	۲۲/۸۷	۶۵/۹	
P = ۰/۰۰۹ chi=۱۳/۶۲	۲۰/۳۱	۷۲/۸	والدین	افراد مراقبت کننده در منزل	P = ۰/۰۶۲	۲۲/۸۷	۶۵/۹	هیچ کس همسر فرزندان پدر
	۲۴/۶۶	۶۲/۹۷	همسر		۱۷/۷۵	۷۰/۷۷	۳۳-۴۸	
	۲۱/۱۷	۷۲/۳۳	برادر و خواهر		۲۰/۴	۵۴/۰۴	۴۸-۶۳	
	۱۷/۷۱	۵۶/۳	فرزندان		۲۲/۶۹	۶۳/۹۲	۶۳-۷۸	
	۲۱/۶۳	هیچکس						
P = ۰/۰۱۱ chi=۹/۰۰۶	۲۱/۲۴	۵۴/۹۲	کمیتة امداد	تحت حمایت سازمان‌های مختلف	P < ۰/۰۰۰۱	۱۸/۲۱	۴۹/۵۸	بی سواد زیر دبلیوم دبلیوم دانشگاهی
	۲۶/۶۴	۶۰/۱۲	سایر		۲۳/۴۸	۶۸/۲۲	۴۸-۶۳	
	۲۱/۱۲	۶۷/۴۶	هیچ کدام		۲۰/۴۰	۶۸/۹۷	۶۳-۷۸	
				۱۹/۴۷	۷۱/۲۶	< ۷۸		

جدول ۶- ارتباط کیفیت زندگی با ویژگی های مربوط به اعتقادات بیماران مبتلا به سرطان بستری در بخش انکولوژی بیمارستان باهنر در سال ۱۳۹۴

معنی داری	کیفیت زندگی		ویژگی های فردی	
	انحراف معیار	میانگین		
P= ۰/۵۲	۱۹/۲۱	۷۹/۷۶	شیعه	مذهب
Z= -۰/۶۳	۱۹/۳۶	۷۶/۱	سنی	
			خیلی کم	میزان اعتقاد به احساس وجود خداوند در زندگی
P= ۰/۱۹			کم	
chi= ۱/۶۷	۱۷/۱۵	۷۵/۲۳	زیاد	
	۱۹/۵۶	۸۰/۱۲	بسیار زیاد	انجام اعمال مذهبی به صورت گروهی
P> ۰/۰۰۰۱	۱۸/۷۸	۷۶/۸۹	خیلی کم	
chi= ۲۹/۲۳	۱۵/۰۷	۸۹/۵۲	زیاد	
	۱۷/۹۴	۹۳/۷۵	بسیار زیاد	میزان خواندن قرآن و ادعیه
P= ۰/۱۵۵	۲۰/۱۶	۷۴/۵۵	خیلی کم	
chi= ۵/۲۳	۲۰/۱۱	۷۹/۹۴	کم	
	۱۹/۷۶	۷۸/۶۵	زیاد	
	۱۴/۸۳	۸۵/۵۱	بسیار زیاد	

بحث

انکار بیماری اختلال در تصویر ذهنی به دلیل تغییر در عملکرد اعضای بدن و طول مدت بیماری نیز بر روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی اثر گذار می باشد (۱۵). علاوه بر این در توجیه این نتایج نیز می توان به این مطلب اشاره کرد که عموماً پیامدهای درمان در سرطان با عوامل بالینی نظیر پاسخ به درمان، بقاء و بقای بدون نشانه های بیماری مورد ارزیابی قرار می گیرد. با در نظر داشتن عوارض جانبی درمان های متداول پزشکی در سرطان ها، به نظر می رسد که روش های معمول عمدتاً بر کیفیت زندگی بیماران متمرکز بوده و توجه به آثار ناشی از عوارض درمان ها بر ابعاد زندگی بیماران مبتلا به سرطان کم رنگ بوده است. در حقیقت کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، به بررسی اثرات متعددی که بیماری و درمان آن بر زندگی روزمره و رضایت از زندگی در بیماران دارد پرداخته و همچنین نتایج آن می تواند بر تصمیم گیری در مورد به کار گیری درمان های جدید یا ترکیبی به کادر پزشکی کمک کند (۱۶).

همچنین نتایج مطالعه Ghavamnasiri و همکاران در سال ۱۳۹۰ (۱۷) که بر روی بیماران مبتلا به سرطان مری،

نتایج مربوط به تعیین کیفیت زندگی بیماران بستری نشان داد که میانگین نمره ی کل کیفیت زندگی ۵۵/۳۳ با انحراف معیار ۲۰ می باشد و اکثر این بیماران از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار بودند. این نتایج با Baljany و همکاران در سال ۱۳۹۰ که بر روی بیماران مبتلا به سرطان بود و میانگین کیفیت زندگی ۶۴/۳۲ گزارش شد (۴)، همچنین در مطالعه ی Babazadeh و Yazdani (۱۳۹۲) که بر روی زنان مبتلا به سرطان انجام شد، میانگین کیفیت زندگی ۸۱/۷ بوده است (۱۳). یافته های مطالعه ی دیگر که بر روی بیماران سرطان تحت شیمی درمانی در شیراز انجام شد میانگین کیفیت زندگی ۶۴/۹۲ بوده است (۱۴). تمامی مطالعات مطرح شده از پژوهش حاضر حمایت می کنند؛ در این مطالعه و مطالعات هم خوان جمع آوری اطلاعات در زمان درمان این بیماران با روش های درمانی موجود مانند شیمی درمانی بود. از آن جایی که کیفیت زندگی فرد با همه ی عوامل سرطان از جمله نوع درمان ارتباط دارد. از طرفی ویژگی های سرطان شامل خستگی، مشکلات روحی، روانی،

معده و پستان انجام شد و میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی ۳۷/۴۹ گزارش شده، با نتایج مطالعه‌ی حاضر مغایرت دارد، احتمالاً یکی از دلایل این تفاوت مربوط به نوع نمونه‌های شرکت کننده در مطالعه باشد به طوری که در مطالعه‌ی یاد شده نمونه‌گیری بر روی مبتلایان به سه نوع سرطان مری، معده و پستان انجام شده است. در حالی که در مطالعه‌ی حاضر و مطالعات دیگر از تمامی بیماران مبتلا به سرطان نمونه‌گیری انجام گرفته است و تقسیم‌بندی خاصی از نظر نوع سرطان انجام نشده است، با توجه به این که سرطان‌های مری و معده باعث اختلال زیادی در تغذیه و پیامدهای بعدی آن می‌شود.

نتایج مربوط به بررسی نیازهای معنوی بیماران بستری، نشان داد که میانگین نیازهای معنوی ۵۵/۴۸ با انحراف معیار ۱۹/۱۵ بوده است که بیماران شرکت کننده در این مطالعه از وضعیت مطلوبی از نظر نیازهای معنوی برخوردار بوده‌اند. این مطالعه با مطالعه‌ی Saeedi Taheri و همکاران در سال ۱۳۹۲ بر روی بیمار مبتلا به عروق کرونر در بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی قلبی بیمارستان بقیه‌الاعظم تهران انجام گرفت نمره‌ی نیازهای معنوی در گروه شاهد و مورد به ترتیب ۷۶/۸ و ۸۵/۷۱ بود (۱۸). در مورد اینکه معنویت چگونه در تأمین سلامت کمک کننده است نظریات زیادی مطرح شده است. در مهم‌ترین نظریه‌ها بیان شده است که معنویت به عنوان یک هدایت‌گر در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها عمل می‌کند، به داشتن پاسخ برای پرسش‌های بزرگ و فلسفه‌ی غایت جهان کمک می‌کند، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی در جنبه‌های انسانی و الهی تأمین می‌کند، مثبت‌نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده، معنا و هدف‌داری در زندگی ایجاد می‌کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می‌کند، توانمندی فردی را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید. همه این‌ها که از پیامد دینداری و گرایش به زندگی معنوی است در بهبودی، به زیستی و ارتقای سلامت در ابعاد بیوفیزیولوژیک،

ایمونولوژیک و روانی اجتماعی مؤثر است (۷). از این رو رفع نیازهای معنوی در تمامی بیمای‌های تحدید کننده حیات مود توجه می‌باشد.

نتایج مطالعه‌ی Jafari و همکاران در سال ۱۳۹۱ که در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی نداشت که در گروه شاهد و مورد به ترتیب ۲۸/۵۵ و ۲۸/۷ بوده است (۱۹) همچنین Pirasteh Motlagh و Nikmanesh در سال ۱۳۹۱ که به بررسی نقش معنویت در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز پرداخت، میانگین نیازهای معنوی را ۲۶/۰۶ گزارش کرده‌اند (۲۰). احتمالاً این مغایرت به علت تفاوت در نوع نمونه‌گیری و تفاوت در نوع جامعه‌ی پژوهش می‌باشد که تفاوت در نوع نیازهای معنوی در بیماری‌های بیماری‌های مختلف است. چرا که در این پژوهش تمامی سرطان‌ها مورد مطالعه بود که دو جنس را شامل می‌شد ولی در مطالعه‌ی Jafari و همکاران تنها زنان در مطالعه شرکت کرده بودند که مبتلا به سرطان سینه بودند. احتمالاً دلیل مغایرت با مطالعه‌ی Pirasteh Motlagh و Nikmanesh (۱۹) را می‌توان این‌گونه بیان کرد که در بیماری سرطان درمان وجود دارند و بیماران امید زیادی به بهبود دارند اما درمان قطعی برای بیماری ایدز وجود ندارد. نتایج مربوط به تعیین ارتباط بین کیفیت زندگی و نیازهای معنوی بیماران بستری در بخش انکولوژی نشان داد که بین نیازهای معنوی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد این بیان‌گر این است که بین معنویت و رفع نیازهای آن شامل نیاز به معنا و هدف در زندگی، نیاز به دریافت عشق و مهرورزی، نیاز به امیدواری و خلاقیت، نیاز به بخشش، روابط صادقانه با خود، دیگران و خدا با بهبود کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد. این نتایج با نتایج مطالعه‌ی Baljany و همکاران (۴) و نتایج Allahbakhshian و همکاران (۲۱) و نتایج Balboni و همکاران در سال ۲۰۰۷ (۲۲) همخوانی دارد. همچنین در این مطالعه بین اعمال مذهبی و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود داشت به طوری که انجام اعمال مذهبی مانند نمازخواندن، خواندن قران و دعا و به خصوص

در این بیماران شود. با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیتی که تأثیر این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی فرد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی دچار مشکلات متعددی هستند همچنین نظر به اینکه در جامعه‌ی ما به مفهوم کیفیت زندگی و عوامل مرتبط به آن در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است، شناخت نیاز هایی که بیماران در حیطه‌ی معنویت که جزء نیازهای ذاتی انسان می‌باشد به کادر بهداشتی و درمانی کمک می‌نماید تا فعالیت‌های خود را در جهت ارتقاء سطح سلامت، رفع نیازهای معنوی و بهبود کیفیت زندگی سازماندهی نماید، مخصوصاً پرستاران که در ارتباط نزدیکی با این بیماران دارند می‌توانند تأثیر سرطان و ویژگی‌های آن را بر کیفیت زندگی بررسی نمایند. همچنین پرستاران آگاهی محدودی از نیازهای معنوی بیماران دارند و بعضی از آن‌ها هیچ آگاهی از رفع این نیاز در بیماران ندارند. پرستاران کمتر به نیازهای معنوی بیماران پاسخ می‌دهند یا به هیچ وجه پاسخ نمی‌دهند یا به صورت موردی و بدون برنامه‌ریزی و به صورت نامناسب به آن پاسخ می‌دهند. از این رو پیشنهاد می‌شود که در کنار برنامه‌ی مراقبت‌های جسمی از بیماران مبتلا به سرطان، برنامه‌ای نیز مراقبت‌های معنوی و رفع نیازهای معنوی این بیماران، در برنامه‌ی مراقبتی این افراد گنجانده شود. از جمله این اقدامات می‌توان به برگزاری جلساتی با حضور بیماران و پرستاران جهت بحث درباره‌ی این نیازهای و شناسایی نیازهای معنوی آن‌ها که اولین قدم در رفع نیاز معنوی در این افراد است اشاره کرد.

سپاسگزاری

پژوهشگران کمال تشکر را از تمامی بیماران شرکت کننده در تحقیق و مسؤولان و همکاران بیمارستان شهید باهنر شهر کرمان و تمامی افرادی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند ابراز می‌دارد.

انجام اعمال مذهبی به صورت گروهی با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد، همچنین در ارتباط بین نیازهای معنوی و اعمالی مانند قرآن خواندن از تباط معنی‌داری وجود داشت به عبارت دیگر میانگین نمره‌ی نیازهای معنوی در افرادی که بیشتر قرآن و ادعیه می‌خواندند نسبت به سایر افراد، بیشتر بوده که با نتایج مطالعه‌ی Baljany و همکاران (۴) و نتایج مطالعه‌ی Rippentrop (۲۳) همخوانی دارد اما با نتایج مطالعه‌ی Balboni و همکاران (۲۰۰۷) مغایرت دارد. با توجه به این که در این مطالعه نیازهای معنوی، کیفیت زندگی و اعمال مذهبی با یکدیگر ارتباط داشت، در توجیه این نتیجه می‌توان گفت در برخی از جوامع مردم جهت دستیابی به معنویت و رفع نیازهای معنوی از راه‌هایی مانند هنر و ارتباط با طبیعت و موارد مشابه آن استفاده می‌کنند (۲۲). این در حالی است که در جوامعی به خصوص جوامع مسلمان معنویت تعریفی دیگر دارد؛ معنویت در اسلام حاصل معرفت، اخلاص در عمل، ارتباط و انس پایدار و عمیق با پروردگار عالم، اجرای احکام الهی و فداکاری و مسؤولیت پذیری است (۲۴) از طرف دیگر یکی از راهکارهای بهبود کیفیت زندگی در این بیماران حمایت از این افراد می‌باشد و یکی از این راهکارها حمایت‌های عاطفی است که مانند: نیاز به دریافت عشق و مهرورزی، نیاز به امیدواری و خلاقیت، نیاز به بخشش، روابط صادقانه و مواد مشابه اینها، همگی جزای از نیازهای معنوی می‌باشد و رفع این موارد می‌تواند باعث حمایت از بیماران سرطانی و بهبود در وضعیت کیفیت زندگی در این افراد شود. با توجه به این موارد ارتباط بین نیازهای معنوی و اعمال مذهبی با کیفیت زندگی قابل توجیه می‌باشد.

نتیجه گیری

در این پژوهش ارتباط بین کیفیت زندگی و نیازهای معنوی بررسی شد و نشان داد که توجه به عوامل ارتقاء کیفیت زندگی و نیازهای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند باعث سازگاری بیماران با بیماری و بهبود روند درمان

References

1. Rezaei MN and Hosseini Seyed Fatemi. Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat). 2008, 14 (3 and 4), 39-33. (Persian)
2. Jemal A. Cancer statistics. CA. cancer J. clin. 2010; 60:277-300.
3. Dehkordi A. Factors Affecting Quality of Life in Cancer Patients under Chemotherapy in Tehran Behbood. 2002;10:110-119.
4. Baljany A Cylinder C, Amanpour A and the great. The relationship between spiritual health, faith and hope in cancer patients. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences (Hayat): 2011;17(3):37-27. (Persian)
5. Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin-Ledet L. Spiritual development of nursing students: Developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. Journal of Physical Therapy Education. 2006;45:365_370.
6. Lehto US, Kellokumpu-Lehtinen P. Predictors of quality of life in newly diagnosed melanoma and breast cancer patients. Annals of Oncology. 2005;16:805-816.
7. Laurant MR Hermens. Substitution of doctors by nurses in primary care. Co chraue database systemic review. 2005,18.
8. Mazaheri M, Falahi Khoshknab M, Sadat Madah S, Rahgozar M. Nursing attitude to spirituality and spiritual care. Payesh. 2009; 8(1):31-7. (Persian)
9. Ross L. Spiritual care in nursing: an aver view of the research to date. Journal of clinical nursing. 2006;15:852-862.
10. Marashian F, Esmaili E. Explore the relationship between spiritual coping and mental health and life satisfaction of students of Islamic Azad University of Ahvaz. New findings in psychology. 2012;7(24):98-85. (Persian)
11. Jahani A, Raghah N, Heravi Karemay M, Hadavi A, Zayry F, Khatun AS. Its spiritual well-being and quality of life in patients with coronary disease exhibit. Islamic life style with a focus on health. 2013; (1)2:24-19. (Persian)
12. Montazeri A, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M. 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. 1997;7:400-406.
13. Yazdani F, Babazadeh T. The impact of yoga on the functional areas of quality of life in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Journal of Complementary Medicine. 2013;3(4):638-624.
14. Safai A, Zeighami B, Tabatabai H, Moghimi B. Quality of life and its effective factors in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Journal of Epidemiology Iran. 2007;3(3):66-61. (Persian)
15. John-Paul Vader. Spiritual health: the next frontier. The European Journal of Public Health. 2006;2(12):541-7.
16. Unruh ML, WS, Kimmel PL. Health-related quality of life in nephrology research and clinical practice. Semin Dial. 2005;18: 82-90.
17. Ghavamnasiri M, Hashmati F, Anory K, Moradi M, Naghbi GH, Omidwar M, Rzyy H. The impact of individual and collective self-care education to the quality of life in patients undergoing chemotherapy. Iranian Journal of Medical Education. 2011;11(8):884-874. (Persian)
18. Saeedi Taheri M. Asad Z, Ali E. The effect of a pure heart the spiritual experience-based care in patients with coronary artery disease. Psychiatric Nursing. 2011;(3):53-45. (Persian)
19. Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. Psychol Health Med. 2013;18(1):56-69.
20. Pirasteh Motlagh AA, Nikmanesh Z. The role of spirituality in quality of life patients

- with AIDS/HIV. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci. 2012; 20(5): 571-80.
21. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. Zahedan Journal of Research Medical Sci-ences. 2010;12(3):29-32.
 22. 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.
 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. Marzband R, Zakavi A. From the perspective of the teachings of the divine spiritual health indicators. Journal of Medical Ethics. 2012;6(20):99-69. (Persian)

Relationship between quality of life and spiritual needs of cancer patients

Mohammad Safari¹, Mansooreh Azizi zadeh Forozy^{1,*}, Batool Tirgari¹, Younis Jahanim¹

Abstract

Background: factors associated with quality of life in cancer patients and their spiritual needs an important role in evaluating the effectiveness of treatment and the disease process so that in recent years to identify and meet the spiritual needs of cancer patients as a desirable goal and Nursing care is an important safety consideration. This study aimed to determine the relationship between quality of life and spiritual needs of patients in oncology hospitals in Kerman University of Medical Sciences in 2015.

Methods: This descriptive correlational study, 150 patients with cancer were selected based on sampling. Collection tool questionnaire data quality of life of patients with cancer (QLQ-C30), a questionnaire was spiritual needs. Data using descriptive test, Spearman, Mann-Whitney and Kruskal-Varlyls and Whitney using SPSS software version 19 was analyzed at the significant level of 0.05.

Results: The results showed that there is a need for spiritual and quality of life (P-value= 0.0001) this indicates is that the spiritual needs include the need for meaning and purpose in life, the need to receive love and affection, the need for hope and creativity, the need for forgiveness, honest relationships with self, others and God by improving the quality of life there.

Conclusion: The role of quality of life and spiritual needs of patients with cancer can cause patients cope with the disease and improve the treatment of these patients.

Keywords: Quality of life, Spiritual needs, Cancer, Oncology.

1. School of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

*Corresponding Author: Email: forozy@gmail.com