



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

اثر بخشی معنویت درمانی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه

نسرین حسینی

کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد ساوه

Nassrin hosseiny @gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثر بخشی معنویت درمانی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شده است. تحقیق از نوع کاربردی می باشد یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع طرح آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون به همراه گروه کنترل می باشد جامعه آماری ، شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه با دامنه سنی 55-35 سال که در سال 1394 برای اولین بار این بیماری در آنها تشخیص داده شده است. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، 30 نفر از بیماران به عنوان نمونه مورد مطالعه در این پژوهش انتخاب شدند و 15 نفر از آنها بصورت تصادفی در گروه آزمایش و 15 نفر بصورت تصادفی در گروه کنترل جایگزین شدند. مداخلات مربوط به معنویت درمانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا در سرطان هر کدام جداگانه در 8 جلسه یک و نیم ساعته، هفته ای یک بار، به صورت گروهی انجام شد، که با توجه به پروتکل درمانی تدوین شد؛ پرسشنامه کیفیت زندگی روی افراد اجرا شد، همچنین برای تحلیل یافته ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. آموزش معنویت درمانی و مولفه های عملکرد جسمانی مولفه های محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، ناشی از مشکلات هیجانی مولفه های خستگی مولفه های سلامت عاطفی مولفه های عملکرد اجتماعی مولفه های سلامت عمومی مولفه های درد، از عوامل پرسشنامه ی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد.

واژه های کلیدی معنویت درمانی، کیفیت زندگی، سرطان سینه

دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

مقدمه

تجربه بشری در تمام فرهنگ‌ها نشان داده است که انسان همواره در شرایط بحرانی از یک منبع مقدس و الهی کمک طلبیده است. بیشتر انسانها به خدا اعتقاد دارند، اما مشکل اساسی انسان امروز نداشتن یک برنامه معنوی در زندگی است. به عنوان مثال طبق بررسی‌های به عمل آمده از هر 10 امریکایی 7 نفر خود را مذهبی می دانند و به باورهای دینی و معنویت ایمان دارند و اما تنها نیمی از آنها برنامه مشخصی برای حضور در کلیسا و مراسم مذهبی دارند و نیمی دیگر تنها یک بار در ماه و یا کمتر در کلیسا حضور پیدا می کنند. به احتمال، چنانچه باورهای دینی درست و منطقی و متاثر از واقعیت‌ها باشد روشهای مقابله شناختی و عاطفی موثری در ارتباط با استرس و هیجانهای تنش زا در دسترس فرد قرار می دهند و در نتیجه زمینه ی مساعدی برای تأمین بهداشت و سلامت روانی فرد فراهم خواهند کرد (پور افکاری، 1385).

باورهای دینی مجموعه اقدامات رفتارها، باورها و نگرش‌هایی است که در ارتباط با اصول دین، فروع دین، و دیگر حیطه‌های مرتبط با مذهب عنوان می شود. مذهب به مجموعه ای از جهان بینی وایدئولوژی اطلاق می شود. که تلفیق آنها می تواند شیوه زندگی فرد را تعیین کند. باورهای دینی به معنای خاص که همیشه باورهای مشترک جماعت معینی هستند. که از گروه خویش به آن باورها و عمل کردن به مناسک همراه با آنها به خود می بالد. این باورها نه اینکه به عنوان امری فردی توسط همه اعضای جماعت پذیرفته شده باشند، بلکه در حکم امری متعلق به تمامیت گروه تلقی می شوند و جزئی از وحدت گروه را تشکیل می دهند (دورکیم، 1383) معنویت عبارت است از: ارتباط با وجود متعالی، باور به غیب، باور به رشد و بالندگی انسان در راستای گذشتن از پیچ وخم‌های زندگی و تنظیم زندگی شخصی بر مبنای ارتباط با وجود متعالی و درک حضور دائمی وجود متعالی در هستی معنا دار، سازمان یافته و جهت دارالوهی. این بعد وجودی انسان فطری و ذاتی است و با توجه به رشد وبالندگی انسان و در نتیجه انجام تمرینات و مناسک دینی متحول شده و ارتقا می یابد (غباری بناب، 1384).

فرانکل (2000) معنویت را به عنوان معنایابی در زندگی در نظر گرفت. او بیان کرد که جستجوی معنی در زندگی مرکز و محور تجارب بشری است. وی مشکل اصلی جامعه قرن بیست و یکم را فقدان معنا در زندگی می داند و از آن به عنوان خلاء وجودی یاد کرده است. اظهار داشته است که ناهشیاری معنوی چیزی است که ما را به تعالی مرتبط می سازد و در شور و بحبوحه معنوی انتخاب‌های بزرگ وجودی صورت می گیرد. او یک ناهشیار مذهبی را درون یک ناهشیار معنوی شناسایی کرد که به ارتباط پنهان درون زاد تعالی در بشر اشاره دارد و این مفهوم را به عنوان معنایی که بشر پیوسته در یک رابطه خودخواسته با تعالی قرا می گیرد، توصیف کرده است.

جهان در طی قرن گذشته شاهد تغییرات جدی در رخداد بیماری‌ها بوده است. کاهش بار بیماریهای واگیر و افزایش میزان بروز، شیوع و مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیر واگیر و مزمن نظیر، بیماریهای قلبی و عروقی، سرطان، دیابت و ... شاخص ترین وجه این تغییرات بوده است. (لوپز و همکاران، 1998).

امروزه سرطان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می شود و آمار مبتلایان به این بیماری در اکثر کشورها رو به فزونی است. این افزایش معلول عوامل متعددی است که مهم ترین آنها را استرس های ناشی از زندگی شهرنشینی، عادات تغذیه ای، مصرف دخانیات و وجود مواد سرطان زا در محیط کار و زندگی، تشکیل می دهد. اگر شیوع این بیماری به همین نحو افزایش یابد بنا به تخمین سازمان بهداشت جهانی (WHO) از هر 5 نفر، یک نفر حتما به یکی از اشکال سرطان مبتلا می گردد (ایلخانی، 1380).

طبق آمار همین سازمان سرطان پس از بیماریهای قلبی - عروقی، دومین عامل مرگ و میر در جهان است و در هر دقیقه، در جهان یک نفر در اثر سرطان جان خود را از دست می دهد و بر همین اساس سازمان بهداشت جهانی، سرطان را یک بیماری اپیدمی می نامد. طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا و موسسه بین المللی سرطان، تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان در



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

ایالات متحده در سال 2006، 1,399,790 مورد و در سال 2008، 1,437,180 مورد بود که این تعداد در سال 2009، 1,479,350 مورد تخمین در سال 2006، 830 و 564 نفر در سال 2008، 650، 565 نفر و در سال 2009، 340، 562 نفر می باشد. (جمال و همکاران، 2009).

ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه در سالهای اخیر شاهد رشد و پیشرفت شاخص های اقتصادی و اجتماعی در سایه افزایش پوشش آرایه خدمات بهداشتی، درمانی بوده است که نتیجه آن افزایش امید به زندگی تا 10 سال می باشد و این تغییرات بر الگوی رخداد بیماری ها تأثیر جدی داشته است. (محبی، و همکاران، 2008).

طبق گزارش مرکز آمار سرطان ایران سالانه بالغ بر 51000 مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی می شود و حدود 35000 مرگ ناشی از سرطان در کشور رخ می دهد. طبق گزارش همین مرکز شایعترین سرطان های مردان عبارتند از: سرطان معده (26/1 درصد، ازوناگوس (17/6 درصد) کولول، رکتوم (8/3 درصد) مثانه (8 درصد) ولوسمی (4/8 درصد) و شایعترین سرطان های زنان عبارتند از: سرطان پستان (17/1 درصد)، مری (14/4)، معده (11/1) کولورکتال (6/7) و رحم (4/5) بود (محققی و همکاران، 2002)

سرطان پستان مهمترین عامل نگران کننده سلامتی در زنان است. زیرا شایعترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان می باشد. (کروک و آبول، 2004) بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، در جهان سالانه بیش از 1/1 میلیون مورد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می شود. که این رقم معادل 10 درصد از کل جدید سرطان و 23 درصد از کل سرطان های زنان می باشد. میزان بروز سرطان پستان، در 100,000 جمعیت زنان در کشورهای پیشرفته 67/8، در کشورهای کمتر توسعه یافته 23/8 و در جهان 37/5 مورد می باشد. در ایران سرطان پستان 22/26 درصد از موارد سرطان های زنان را تشکیل می دهد. (مرکز ثبت آماری سرطان، 1383)

طبق آمار ارائه شده در سال 2003 نرخ شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی سالانه 20 مورد ابتلا جدید در هر 100,000 نفر زن است و با فرض اینکه جمعیت زنان در ایران 30 میلیون نفر باشد. تعداد موارد جدید بروز سرطان پستان در هر سال برابر با 6000 نفر خواهد بود (منتظری و همکاران، 2003)

بیماری سرطان عملکردهای روزانه، فعالیتهای اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می کند و در عوض نقش های جدیدی را مطرح می سازد و باعث می شود بیماران به دیگران وابسته و کمتر قادر به حمایت کردن از سایرین باشند و نتوانند در فعالیت های اجتماعی معمول شرکت کنند. تمامی این مشکلات بعلاوه بستری شدن های طولانی، مراجعات مکرر به پزشک، درمانهای مختلف، عوارض آنها و هزینه های بالا درمان باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران می شود. (شل و کیرس، 2007)

کیفیت زندگی به عنوان معیاری برای بررسی نتایج درمان و وضعیت بیماران با اختلالات جسمی و روانی استفاده می شود (کوهنر، 2005).

تستا و همکاران (2005) ابعاد متأثر و سازنده کیفیت زندگی را چنین تعریف می کنند: حیطة های جسمی، اجتماعی و روانی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، انتظارات و ادراکات فرد می باشند.

با این وصف کیفیت زندگی باید از زوایا و ابعاد مختلف جسمی، روانی و اجتماعی سنجیده شود. بیماران مبتلا به سرطان سینه با مشکلات متعدد جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می شوند که این امر منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می شود. شواهدی که از مطالعات مختلف به دست آمده نشان می دهند که سرطان سینه نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می کند، همچنین سرطان سینه باعث کاهش آثار منفی استرس های فراوانی که از محیط و جامعه کسب می شود، می گردد و به تبع آن بر کیفیت زندگی اثر مستقیم و مثبت خواهد داشت (کالاگان، 1993) این پژوهش درصدد آن است که آیا معنویت درمانی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد؟

دوین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

جامعه آماری، شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه با دامنه سنی ۵۵-۳۵ سال که در سال ۱۳۹۴ برای اولین بار این بیماری در آنها تشخیص داده شده است. نمونه مورد مطالعه برای پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و بر اساس تشخیص پزشک معالج و مطالعه پرونده بیماران انتخاب شد و برای محاسبه حجم نمونه در این پژوهش از جدول های تعیین شده به وسیله کوهن در سال ۱۹۸۶ استفاده شد. این جدول ها برای تعیین حجم نمونه در پژوهش های آزمایشی تدوین گردیده است. در این جدول ها توان آزمون برای سطح معنی داری ۰/۰۱ و ۰/۰۵ به تفکیک مقادیر مختلف حجم اثر (از ۰/۵ تا ۰/۸ بر حسب تعداد نمونه لازم محاسبه شده است) (سرید بازرگان، و حجازی، ۱۳۸۸) به این ترتیب با بهره گیری از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر از بیماران به عنوان نمونه مورد مطالعه در این پژوهش انتخاب شدند و ۱۵ نفر از آنها بصورت تصادفی در گروه آزمایش و ۱۵ نفر بصورت تصادفی در گروه کنترل جایگزین شدند. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه و آزمایش است، مداخلات مربوط به معنویت درمانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا در سرطان هر کدام جداگانه در ۸ جلسه یک و نیم ساعته، هفته ای یک بار، به صورت گروهی انجام شد، که با توجه به پروتکل درمانی تدوین شد؛

معنویت درمانی	
جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> - دعوت شرکت کنندگان - تشکیل گروه - معرفی به گروه - اهداف جلسات - ارائه توضیحات در مورد ساعات و مکان برگزاری - موضوع جلسه تحت عنوان معنویت درملی و اجرای برگزاری پیش آزمون - ارائه تکلیف: توضیح مختصر نظریه خود تنظیمی رفتار
جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی - صحبت درباره احساسات و افکار اعضا راجع به تکلیف جلسه قبل - آموزش احساس امنیت و اعتماد به نفس فرد - مقاومت سازی فرد در مقابل بحران های عاطفی و آموزش توجه عاطفی - ارائه تکلیف
جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی - اهداف و انواع آن - متعهد شدن به انتخاب هدف - راههای رسیدن به هدف - ارائه تکلیف ارزیابی و ارائه دلایل نرسیدن به اهدافی انتخابی
- جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی - آموزش گزینش اهداف سلامت محور - ارائه تکلیف طرح ریزی و نوشتن برنامه های هدف با شرایط و ویژگی های هدف
جلسه پنجم	<ul style="list-style-type: none"> - بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

	<ul style="list-style-type: none"> - خود تقویتی - تنبیه - بازبینی رفتار خویش - کنترل شرایط محرک - تغییر رفتار مربوطه هدف - پرورش پاسخ های ناهم ساز ارائه تکلیف 	
	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی - توضیح مفهوم ذهن آگاهی - فواید ذهن آگاهی ارائه تمرین برای کنترل لحظه به لحظه آگاهی ارائه تکلیف 	جلسه ششم
	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی - توضیح در مورد آرمیدگی - فواید آرمیدگی - دست یابی به اطلاعات ثبت در حافظه ارائه تکلیف 	جلسه هفتم
	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکلیف و رفع اشکالات احتمالی - صحبت درباره لغزش - ارائه گزارش تهیه شده از سوی اعضا - اجرای پس آزمون تعیین وقت برای جلسه پیگیری (اجرای پس آزمون 2مه پس از آخرین جلسه گروهی) - تشکر از اعضای شرکت فعل و ملوم در گروه و لجم تکلیف 	جلسه هشتم

5

روش گردآوری داده ها

پرسشنامه کیفیت زندگی

برای اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی افراد از پرسشنامه 36 سوالی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت SF-36 که توسط دکتر علی منتظری به فارسی ترجمه شده است و با اعتبار 0/7 تا 0/9 وضعیت کیفیت زندگی را در چهار مولفه مرتبط با سلامت جسمی شامل: عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، و چهار مولفه سلامت روانی شامل: نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، در مجموع هشت مولفه جسمی و روانی را اندازه گیری می نماید، استفاده می گردید. نمره حاصل از این پرسشنامه از صفر تا 100 متغیر است. نمره صفر نشان دهنده بدترین وضعیت کیفیت زندگی در آن مولفه و نمره 100 نمایانگر بهترین وضعیت کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی می باشد.



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

این پرسشنامه شامل دو مقیاس کلی سلامت جسمانی و سلامت روانی است که این دو حالت شامل هشت خرده مقیاس است که شامل 1- عملکرد جسمانی 2- محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات جسمانی 3- درد جسمانی 4- سلامت عمومی 5- شادابی و نشاط 6- عملکرد اجتماعی 7- محدودیت انجام وظیفه متأثر از مشکلات عاطفی 8- سلامت روانی است. پرسشنامه SF36 هم توسط فرد می تواند کامل شود و هم به کمک مصاحبه محقق با افراد. اعتبار این پرسشنامه مکرراً در میان مردم عمومی و هم در بیماران با بیمارهای مختلف مورد سنجش قرار گرفته است. روایی محتوی و ساختار این پرسشنامه قابل اطمینان است.

این پرسشنامه در بیش از چهل کشور جهان ترجمه و مورد اعتبارسنجی قرار گرفته است (نجات، منتظری، هلاکویی، محمد، مجدزاده)، پایایی این پرسشنامه در ایران توسط نجات و همکاران در تمامی حیظه ها، بالای 0/7 و در حیظه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ آن معادل 0/55 گزارش شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری به شرح زیر استفاده شده است: برای توصیف داده ها، از آمار توصیفی به این صورت استفاده شد. که ابتدا میانگین و انحراف استاندارد داده ها بدست می آید و بعد با بهره گیری از جداول به توضیح بیشتر داده ها پرداخته خواهد شد. سپس به منظور تایید یا رد فرضیه های تحقیق از آمار استنباطی استفاده شد. برای تحلیل داده های حاصل از طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل روش مناسب آماری استفاده از تحلیل کوواریانس است (گال، 1383) لذا در این پژوهش نیز از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

بحث و نتیجه گیری:

فرضیه اول: آموزش معنویت درمانی بر عملکرد جسمانی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. در جدول 1-1 میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های عملکرد جسمانی در پیش آزمون و پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش نشان داده شده است.

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جسمانی	آزمایش	15	62	12/507	88/67	15/407
	کنترل	15	74	13/256	70/33	19/223

همان طور که ملاحظه می شود میانگین مؤلفه های عملکرد جسمانی گروه آزمایش در پس آزمون افزایش چشمگیری داشته است ولی در گروه کنترل نه تنها افزایش نداشته بلکه کاهش داشته است که باید مورد بررسی قرار گیرد.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پیش آزمون
0/437	0/000	20/926	3332/922	1	3332/922	پیش آزمون
0/345	0/001	14/250	2269/695	1	2269/695	گروه
			159/274	27	4300/411	خطا
				30	163975/000	کل



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

در جدول 1-1 میزان F مشاهده شده برای گروه های کنترل- آزمایش و برای همچنین برای پیش آزمون- پس آزمون محاسبه شده است. همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 20/926 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که مؤلفه ی عملکرد جسمانی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 14/25 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/001$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه ی عملکرد جسمانی در گروه های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) حاکی از آن است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون با اندازه اثر 0/437 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/345 سبب جسمانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($p<0/05$) و ($F=20/926$) و ($F=14/25$, $p<0/05$).

فرضیه دوم: آموزش معنویت درمانی بر محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
0/641	0/000	48/148	12226/890	1	12226/890	پیش آزمون
0/349	0/001	14/487	3678/856	1	3678/856	گروه
			253/942	27	6856/443	خطا
				30	97500/000	کل

در جدول 1-2 میزان F مشاهده شده برای گروه های کنترل- آزمایش و برای همچنین برای پیش آزمون- پس آزمون محاسبه شده است. همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 48/15 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که مؤلفه ی محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 14/487 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/001$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه ی محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی در گروه های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) حاکی از آن است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون با اندازه اثر 0/641 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/349 سبب افزایش مؤلفه ی محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($F=48/148$, $p<0/05$) و ($F=14/487$, $p<0/05$).

فرضیه سوم: آموزش معنویت درمانی بر محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی از عوامل پرسشنامه ی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد.

آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای مؤلفه ی محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی در جدول 1-3 و نمودار 1-3 را نشان داده شده است.



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
0/294	0/002	11/257	3435/314	1	3435/314	پیش آزمون
0/377	0/000	16/355	4991/323	1	4991/323	گروه
			305/185	27	8239/990	خطا
				30	148478/333	کل

همانطور که مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 11/257 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/002$)، نشان داده شد که مؤلفه‌ی محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 16/355 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه‌ی محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی در گروه‌های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس‌آزمون با اندازه اثر 0/294 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/377 سبب افزایش مؤلفه‌ی محدودیت‌های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($F=11/257, p<0/05$) و ($F=16/355, p<0/05$).

8

فرضیه چهارم: آموزش معنویت درمانی بر خستگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد.

به منظور اثبات فرضیه تحقیق (بین آموزش معنویت درمانی و مؤلفه‌ی خستگی از عوامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) برای مؤلفه‌ی خستگی در جدول 1-3 و نمودار 1-4 را نشان داده شده است.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
0/370	0/000	15/849	1564/578	1	1564/578	پیش آزمون
0/208	0/013	7/096	700/529	1	700/529	گروه
			98/719	27	2665/422	خطا
				30	89250/000	کل

همانطور که مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 15/849 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که مؤلفه‌ی خستگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 7/096 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/013$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه‌ی خستگی در گروه‌های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن است که آموزش معنویت‌درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس‌آزمون با اندازه اثر 0/370 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/208 سبب کاهش مؤلفه‌ی خستگی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($p<0/05$) و ($F=7/096, p<0/05$).



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

فرضیه پنجم: آموزش معنویت درمانی بر سلامت عاطفی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. به منظور اثبات فرضیه تحقیق (بین آموزش معنویت درمانی و مولفه های سلامت عاطفی از عوامل پرسشنامه های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) برای مؤلفه های سلامت عاطفی در جدول 5-1 را نشان داده شده است.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پیش آزمون
0/705	0/000	64/508	4451/965	1	4451/965	پیش آزمون
0/458	0/000	22/811	1574/302	1	1574/302	گروه
			69/014	27	1863/368	خطا
				30	105325/000	کل

همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 64/508 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که مؤلفه های سلامت عاطفی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 22/811 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه های سلامت عاطفی در گروه های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون با اندازه اثر 0/705 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/458 سبب افزایش مؤلفه های سلامت عاطفی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($F=64/508, p<0/05$) و ($F=22/811, p<0/05$).

فرضیه ششم: آموزش معنویت درمانی بر عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. به منظور اثبات فرضیه تحقیق (بین آموزش معنویت درمانی و مولفه های عملکرد اجتماعی از عوامل پرسشنامه های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) برای مؤلفه های عملکرد اجتماعی در جدول 6-1 را نشان داده شده است.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پیش آزمون
0/462	0/000	23/170	2790/627	1	2790/627	پیش آزمون
0/256	0/005	9/326	1123/185	1	1123/185	گروه
			12/442	27	3251/939	خطا
				30	148395/250	کل

همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 23/170 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که مؤلفه های عملکرد اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 9/326 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه های عملکرد اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون با اندازه اثر 0/462 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/256 سبب افزایش مؤلفه‌ی عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($F=23/170, p<0/05$) و ($F=9/326, p<0/05$).

فرضیه هفتم: آموزش معنویت درمانی بر درد بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد

به منظور اثبات فرضیه تحقیق (بین آموزش معنویت درمانی و مؤلفه‌ی درد از عوامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد). آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای مؤلفه‌ی درد در جدول 7-1 را نشان داده شده است.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
0/519	0/000	29/188	3617/709	1	3617/709	پیش آزمون
0/200	0/015	6/758	837/615	1	837/615	گروه
			123/947	27	3346/557	خطا
				30	108600/750	کل

10

همانطور که مشاهده می‌شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 29/188 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/000$)، نشان داده شد که مؤلفه‌ی درد در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 6/758 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/015$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه‌ی درد در گروه‌های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) حاکی از آن است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون با اندازه اثر 0/519 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/200 سبب کاهش مؤلفه‌ی درد بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($F=29/188, p<0/05$) و ($F=6/758, p<0/05$).

فرضیه هشتم: آموزش معنویت درمانی بر سلامت عمومی از عوامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد.

به منظور اثبات فرضیه تحقیق (بین آموزش معنویت درمانی و مؤلفه‌ی سلامت عمومی از عوامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد). آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد که نتایج تحلیل کوواریانس (آنکوا) برای مؤلفه‌ی سلامت عمومی در جدول 8-1 را نشان داده شده است.

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
0/355	0/001	14/850	962/799	1	962/799	پیش آزمون
0/236	0/008	8/337	540/521	1	540/521	گروه
			64/835	27	1750/534	خطا
				30	103075/00	کل



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

همانطور که مشاهده می شود F محاسبه شده برای پیش آزمون برابر با 14/850 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/001$)، نشان داده شد که مؤلفه ی سلامت عمومی در پیش آزمون و پس آزمون متفاوت است. همچنین F محاسبه شده بین گروهی (آزمایش - کنترل) برابر با 8/337 است و با توجه به مقدار معناداری آن ($P=0/008$)، نشان داده شد که اختلاف میانگین مؤلفه ی سلامت عمومی در گروه های آزمایش و کنترل نیز متفاوت است. نتایج تحلیل کوواریانس (آنکووا) حاکی از آن است که آموزش معنویت درمانی به کار رفته در مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان سینه در پیش آزمون و پس آزمون با اندازه اثر 0/355 و در دو گروه آزمایش کنترل با اندازه اثر 0/236 سبب افزایش مؤلفه ی سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است ($F=14/85, p<0/05$) و ($F=8/337, p<0/05$).

بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: آموزش معنویت درمانی بر عملکرد جسمانی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. حیدرزاده و همکاران (1383) در تحقیقی با هدف تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت های مزمن B و C مراجعه کننده به بیمارستان رازی رشت پرداختند در این مطالعه 74 بیمار مبتلا شرکت کردند که افراد مورد بررسی 20/27 درصد مبتلا به هیپاتیت مزمن B و 79/72 مبتلا به هیپاتیت مزمن C بودند. اختلاف معناداری بین دو جنس از نظر نمره کل کیفیت زندگی مشاهده نشد. همچنین در حیطه های مختلف کیفیت زندگی به جز علائم نظامدار که میانگین نمره زنان کمتر از مردان بود در سایر زمینه ها تفاوت معناداری بین دو جنس مشاهده نشد. بیشترین میانگین نمره مشاهده شده در حیطه علایم شکمی و کم ترین امتیاز مربوط به حیطه عاطفی بود. میانگین نمره کل و میانگین نمره سایر حیطه های مورد بررسی در افراد با سواد به طور معناداری بیشتر از افراد بی سواد و کم سواد بود. و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به بیماری مزمن، پایین تر از افراد فاقد بیماری مزمن بود.

فرضیه دوم: آموزش معنویت درمانی بر محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی، بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. مارک م. لچ¹ و راسل لارک² تحقیقی درباره رابطه ی بین معنویت و بخشش انجام داده اند و به این نتایج دست یافتند که شخصیت نقش مهمی در بررسی بخشش بازی می کند (حسن عبدالله زاده و همکاران، 1388).

فرضیه سوم: آموزش معنویت درمانی برای ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. منتظری، گشتاسبی، وحدانی نیا (1384) در پژوهشی ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد بین المللی SF-36 به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را بررسی کردند. این مطالعه در شهر تهران در سنین 15 سال به بالا صورت گرفت میانگین سنی پاسخ دهندگان 35/1 با انحراف معیار ± 16 بوده و بیشترین حجم نمونه مورد مطالعه متاهل بودند (58 درصد). پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ از 0/77 تا 0/9 بدست آمد. روایی همگرایی به منظور بررسی فرضیات اندازه گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داد روایی واگرا (مقایسه گروه های شناخته شده) نشان داد که گونه فارسی SF-36 قادر به افتراق زیر گروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این نحو که افراد مسن تر و زنان در تمامی مقیاس ها امتیازهای پایین تری را به دست آوردند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو عامل اصلی را به دست داد که 65/9 درصد واریانس را تبیین می کند. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36 به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است.

فرضیه چهارم: آموزش معنویت درمانی بر خستگی زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. کرمی، فلاحی پیشه، جهانی هاشمی و بیرقدار (1386) در تحقیقی به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در شهر قزوین پرداختند

¹ Mark m. Leach

² Russell Lark

دومین همایش بین‌المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

در این مطالعه 63 بیمار با تشخیص قطعی سرطان شرکت کردند، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی 60/4 درصد از بیماران در خرده مقیاس جسمی، 55/5 درصد در خرده مقیاس روانی و 66/7 درصد در خرده مقیاس سلامت محیط ضعیف یا متوسط بودند. کیفیت زندگی 71/5 درصد از بیماران در خرده مقیاس روابط اجتماعی خوب و عالی بود. کیفیت زندگی روانی، اجتماعی و محیطی بیماران با مدت زمان ابتلا به سرطان ارتباط معناداری داشت. اکثر افراد مورد مطالعه میانسال با درآمد پایین، بدون آگاهی لازم و دارای کیفیت زندگی ضعیف و متوسط در زمینه‌های جسمی، روانی و سلامت محیط بودند.

فرضیه پنجم: آموزش معنویت درمانی و مولفه‌های سلامت عاطفی از عوامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. هادی، منتظری و بهبودی (1389) در پژوهشی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی را بررسی کردند. در این مطالعه مقطعی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی با پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 مورد مطالعه قرار گرفت و سؤالات جمعیتی (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات) شدت و مدت هیپاتیت مزمن نیز در ابتدای پرسشنامه گنجانیده شد. نمرات کیفیت زندگی 140 بیمار با نمرات کیفیت زندگی 100 فرد مقایسه شد نتایج نشان دادند به طور کلی کیفیت زندگی بیماران مزمن کبدی در تمامی ابعاد هشت گانه (عملکرد جسمی، محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمانی، شادابی و نشاط، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات احساسی و سلامت روان) و دو مؤلفه کلی سلامت پایین تر از جمعیت سالم بود. از سوی بین سن، جنسیت، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط خطی معناداری وجود داشت. به طور کلی بیماری مزمن کبدی، از کیفیت زندگی بیماران به خصوص در بعد مشکلات جسمی می‌کاهد، ولی شدت و مدت هیپاتیت مزمن، تاثیر چندانی بر روی کیفیت زندگی ندارد. افراد مسن، مردان بدون تحصیلات دانشگاهی و مجردان، به صورت معناداری از کیفیت زندگی پایین تری برخوردار بودند.

فرضیه ششم: آموزش معنویت درمانی بر عملکرد اجتماعی از عوامل پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. عباس زاده، جوانبختیان، صالحی و متوسلیان (1389) در پژوهش خود به بررسی کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و دریافت کنندگان پیوند کلیه در شهر کرمان و مقایسه آن بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی پرداختند. بدین منظور 120 بیمار کلیوی (60 همودیالیزی و 60 پیوند کلیه) مورد مقایسه قرار گرفت نتایج نشان داد که اگر چه کیفیت زندگی هر دو گروه بیماران پایین تر از جمعیت عمومی است اما پیوند کلیه باعث بهبود معنی دار کیفیت زندگی بیماران کلیوی به ویژه در حیطه محدودیت نقش به علت مشکل فیزیکی می‌شود.

فرضیه هفتم: آموزش معنویت درمانی بر درد بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. یونوسی و همکاران (1999) در آمریکا پرسشنامه ویژه بیماری جهت بررسی کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری مزمن کبدی CLDQ را تدوین و هنجاریابی کردند. ابتدا ماده‌های پرسشنامه بر اساس پاسخ‌های 60 بیمار مبتلا به بیماری مزمن کبدی در سنین بالای 18 سال، تجربیات 20 متخصص کبد و استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 مشخص شد. سپس با اجرای فرم به دست آمده بر روی 75 بیمار سوالات اضافی حذف شد و پرسشنامه CLDQ با 6 بعد و 29 سؤال تدوین شد. پس از 6 ماه پرسشنامه CLDQ نهایی و SF-36 بر روی 133 بیمار دیگر مورد بررسی قرار گرفت و با نتایج به دست آمده قبلی مقایسه شد. نتایج نشان داد پرسشنامه دارای اعتبار متوسط و با افزایش شدت بیماری میزان کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. البته در SF-36 نیز بدین گونه است ولی SF-36 کاهش در دو بعد سلامت جسمانی و روانی را به خوبی نشان نمی‌دهد در نتیجه پرسشنامه نهایی CLDQ کوتاه، ساده و قابل اجراست و با شدت بیماری کبد مرتبط است.



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

فرضیه هشتم: آموزش معنویت درمانی بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. مارچزینی^۱ و همکاران (2001) عامل های مرتبط با کیفیت زندگی را در بیماران سیروز (تنبلی کبد) را بررسی کردند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه کیفیت زندگی SF-36 و پرسشنامه سلامت ناتینگهام بود. نتایج این پژوهش که بر روی 544 بیمار مبتلا به سیروز انجام شد نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران سیروتیک به طور متغیری آسیب می بیند. همه ابعاد کیفیت زندگی به جز درد در سیروز به ویژه در بیماران جوان تغییر پیدا کرده بود. شدت بیماری و مهم تر از همه کرامپهای عضلانی (علائم بدون درمان) عامل هایی بودند که با کاهش سلامتی مرتبط بودند. محدودیت هادر این پژوهش عبارتند از انتخاب نمونه به شیوه در دسترس مهم ترین محدودیت پژوهش حاضر است. امکان دارد یافته ها تحت تاثیر بیماری های همراه آزمودنی ها قرار گرفته باشد. به دلیل اینکه آزمون بر روی بیماران سرطان سینه اجرا شده تعمیم نتایج آن به انواع بیماریهای مزمن دیگر امکان پذیر نیست. در پژوهش سیر بیماری و روند درمان در افراد گوناگون متفاوت است بنابراین ممکن است نتایج پژوهش تحت تاثیر قرار گرفته باشد. پیشنهاد می شود که پرسشنامه کیفیت زندگی می تواند به عنوان ابزاری برای ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سایر سرطانها اطلاعات با ارزشی را در اختیار درمانگران قرار دهد تا منجر به اتخاذ روشهای جدید درمانی و بهبود کیفیت زندگی بیمار شود. - پژوهش حاضر فقط بر روی دامنه سنی 35 تا 55 سال صورت گرفته است بنابراین پیشنهاد می شود در گروه های سنی پایین تر و بالاتر نیز بررسی شود.

13

منابع

- احمدی، خ. ب.، نجاتی، و. (1389)، بررسی کیفیت زندگی جانبازان اعصاب و روان در استان اصفهان، طب جانباز، 8، ص 13.
- ارونسون، الیوت (1387)، روانشناسی اجتماعی، ترجمه حسن شکر کن، تهران: رشد.
- ایلخانی، مهناز (1380) روش های مراقبتی در سرطان، تهران: انتشارات قاضی جهانی.
- بسطامی، ف.، (1387)، بررسی روایی و اعتبار مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) و ارزیابی روایی افزایش آن پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی دانشگاه تهران.
- پور افکاری، نصرت الله (1380)، فرهنگ روانشناسی و روانپزشکی. تهران: انتشارات فرهنگ معاصر.
- ثرندایک، ر. آ. (1375) **روان سنجی کاربردی**، ترجمه حیدر علی هوس چاپ سوم تهران: دانشگاه تهران
- حسنی خیابانی، ناهیده (1389) تأثیر شناخت، رفتار درمانی بر هیجانات منفی (افسردگی، اضطراب و خشم) در زنان مبتلا به سرطان پستان، پایان نامه ارشد، روان شناسی عمومی دانشگاه پیام، دانشکده علوم انسانی گروه روان شناسی.
- حیدرزاده، آ.، یوسفی مشهور، م.، منصور قناعی، ف.، مسعود نیان،، جوکار، ف.، بخشنده، م. (1383) کیفیت زندگی بیماران مبتلا به هیپاتیت های مزمن B و C مراجعه کننده به بیمارستان رازی رشت فصل نامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تابستان 1387، 12، 202 - 214
- دلاور، علی (1389). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- زمان زاده، و.، حیدرزاده، م.، عشوندی، خ.، ملک دیزجی، س.، (1386)، ارتباط بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی در بیماران همودیالیزی مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز 72، ص 49

¹- Marchesini



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

- سجادی، س.، (1377)، بررسی عوامل موثر در بهره وری کیفیت زندگی و کیفیت محیط کاری پرستاران شهرستان سمنان.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس، حجازی، الهه (1388) روشهای تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات آگاه.
- شریفی، حسن پاشا، 1387، اصول روان سنجی و روان آزمایی، تهران، رشد.
- عباس زاده، ع.، جوانبختیان، ر.، صالحی، ش.، و متوسلیان، م.، (1389) بررسی مقیاسه ای کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی و دریافت کنندگان پیوند کلیه، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، 76، ص 461.
- عرفانی جورابچی، ا.، (1383)، بررسی کیفیت زندگی و ارتباط آن با شدت تنیدگی در بیماران دیالیز در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مشهد، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- عزیزی ابرقویی، 1389، بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر میزان امید و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه اصفهان، پایان نامه ارشد رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه اصفهان.
- غباری بناب، باقر، لواسانی، غلامعلی و محمدی، محمدرضا (1384) ساخت مقیاس تجربه معنوی دانشجویان، مجله روانشناسی، 35، سال نهم، صص 261-278.
- منتظری، علی، گشتاسبی، آزیتا، وحدانی، مریم سادات، ترجمه تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره اول، زمستان 84: 49-56.
- هادی، ن.، منتظری، ع.، بهبودی، ا.، (1389)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مزمن کبدی، پایش، 2، 172-165.

منابع انگلیسی

- Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (sf36): Translation and validation study of Iranian version. *Qual Life Res.* 2005;14:875-882.
- Ferrel B.etal (1992). The Mwaning of quality of life for bone marrow transplant survivors: Z improving quality of life for bone marrow survivors cancer nursing.
- Ferrer, M., Cordoba, J., Garin, O., Montserrat, F., Vargas, R.E., & Alonso, J., (2006) validity of the Spanish version of the chronic liver disease Questionnaire (CLDQ) as a standard out come for Quality of life Assessment journal of liver Transol, 12, 95-104 .
- Gralnek, I.M., et al. (2000), Development and evaluation of the Liver Disease Quality of Life instrument in persons with advaced, chronic liver disease – the LDQOL 1.0. *AM J Gastroenterol.*, 95(12): p.3552-65.
- Guggenmoos, L : olzmznn, H; Bloom fied ; Brenner, H: flick, u(1995). Quality of life from nursing. Berlin.
- Guggenmoos-Holzmanni, I.(1999). quality of life and health(concept-methods and application). Vienna: Black well Wissenschafts, ,p.93.
- Guttling, J.J., Deman, R.A., Vanderplas, s.M., schalm, S.W., Busschbach, J.J.V., Darlington, S.E.(2006). Determinants of quality of life in chronic liver patients. *Journal of Aliment pharmacol therapeutics*, 23, 1626-1635.
- Harirchi, I. Ebrahimi, M. zamani N, Jarvandi, s. Montazeri A(2004) Breast cancer in Iran: Results of multi-center study, *Asian pacj can cer prev*, 5(1): 24-7.



دومین همایش بین المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش های مدیریت و علوم انسانی

دانشگاه تهران - ۳۰ آذر ۹۶

- Hauser, W., Holtmann, G., Gpandt, D., (2004) Determinants of health-related Quality of life in patients with chronic liver diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2, 157-163.
 - Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, L., Xu, J., Murray, T., et al., (2009) Cancer statistics, *CA Cancer J Clin*, 58:71-96.
 - King, R.C., Hinds, P., (1998), Quality of life Nursing and Patient Perspectives. *Caado: Jones and Bartlett*,
 - Kruk, J., Aboul Enein, H. J. (2004) Psychological activity in adolescence and young adulthood and breast cancer risk: A quantitative review, *Eur J Cancer Prev*, 13: 5-12
 - Kuehner C. (2005), Determining of subjective quality of life in depressed patients the role of self-esteem, response styles and social support. *J Affect Disord*, 86: 205-21.
 - Leininger, M. (1994), Quality of life from a transcultural nursing perspective. *Nurse Sci Q*, 22-
 - Lopez AD, Murray CC (1998). The global burden of disease. *Nat Med*, 4:1241-3.
 - Mohagheghi, M.A., Mosavi-Jarrahi, A. (2002). The 3rd annual report of Tehran Metropolitan Area cancer Registry. Tehran, Cancer Institute Research Center. The Cancer Institute Research Center publication.
 - Mohebbi, M., Mahmodi, M., Wolfe, R., Nourijelyani, K., Mohammad, K., Zerrati, H., and Fotouhi, A. (2008). Geographical spread of cancer in Iran. *BMC*, 8: 137.
 - Montazeri, A., Goshtasbi, A., Vahdaninia, M., Gandek, B., (2004), The short form health survey (SF-36) translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research* in press New York: John Wiley & Sons, Inc.
 - Montazeri, A., Ebrahimi, M., Mehrdad, N., Ansari, M., Sajadian, A. (2008). Delayed presentation in breast cancer. A study in Iranian women. *BMC Women's Health*, 3:40.
 - Oliver J. (1991). *Quality of life and mental health services* London: Routledge: 1-31.
 - Shell, G.A., Kirs, (2007) Psychosocial issues, outcomes and quality of life, *Oncology Nursing*, 948-970.
 - Sobhnooslid Suk, A., Silpakit, C., Kongsakon, R., Satipornkul, P., Sriphet, C., Khanthavit, A. (2006). Factors influencing health-related quality of life in chronic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, 12(48), 1186-1191.
 - Spiegel, B.M., et al. (2007). Development and validation of a disease-targeted quality of life instrument in chronic hepatitis B: the hepatitis B quality of life instrument, version 1.0. *Hepatology*, 46(1): p.113-21.
 - Testa, M.A., Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*: 334 (13): 835-40.
- www.daneshnameh.roshd.ir
- Younossi, Z.M. (2001), Chronic liver disease and health-related quality of life. *Gastroenterology*, 120(1): p.305-7.
 - Younossi, Z.M., et al., (1999). Development of a disease-specific questionnaire to measure health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut*, 45(2): p.295-300.
 - Zhou, Y.G., Chen, S.Y., Jiang, L.D., Guo, C.Y., Shen, Z.Y., Huang, P.X., & Wang, J.Y. (2008) Development and evaluation of the quality of life instrument in chronic liver disease patients with minimal hepatic encephalopathy. *Journal of Gastroenterology*, 24, 408-415.