Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction among elderly with cancer in Kashan, 2013

Rezaei Shahsavarloo Z[1], Lotfi MS[*2], Taghadosi M[3], Mousavi MS[4], Yousefi Z[5],

Amirkhosravi N[6]

Abstract

Introduction and purpose: Having cancer is an unpleasant experience which can upset several aspects of patients' life, such as decreasing level of hope and life satisfaction. It seems that spiritual well-being can positively affect patients' life by increasing their level of hope and life satisfaction. Thereby, this study aimed to determine the relationship between spiritual well-being components and religious attitude with life satisfaction in patients with cancer.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 100 patients with cancer were selected using the sequential convenience sampling method .Data was collected using a four-part questionnaire (demographic, Ellison and pollution Spiritual well-being, Herth hope index and life satisfaction Inventory-Z). Data were analyzed with SPSS version 16.0.

Findings: Mean age of patients in this study was 62.59±10.77 years. Mean scores of life satisfaction and hope were 16.03±5.58 and 40.21±5.32, respectively that showed significant relationships with gender. The mean of total Spiritual well-being was 87.48±12.11 while, the mean of its component was 44.70±6.20 for religious well-being and 42.78±7.57 for existential well-being. There were significant and positive correlations between the Spiritual well-being with hope and life satisfaction.

Conclusion: The results of this study emphasized on the importance of the both religious and existential well-being in increasing level of hope and life satisfaction among cancer patients. It is suggested to empower patients with such abilities during hospitalization, treatment and rehabilitation. In addition, nurses and clinical specialist are recommended to get familiar with cares that enhance spiritual well-being of patients with cancer.

Keywords: Cancer**,** Spiritual Well-Being**,** Hope**,** Life Satisfaction, Elderly

Received: 2014/05/5 Accepted: 2014/11/18

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1 .Lecturer, Department of Nursing , School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

2 .MSc. in Gerontological nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (**Corresponding Author). E-mail:** Sajjad.lotfi@yahoo.com

3 .Ph.D. Candidate in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan. Iran

4 .Lecturer, Department of Nursing , School of Nursing and Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

5 .Lecturer, Department of Nursing , School of Nursing and Midwifery, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

6 .Lecturer, Department of Nursing , School of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

ارتباط بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلابه سرطان در شهر کاشان ۱۳۹۲

زهرا رضایی شهسوارلو[۱]، محمدسجاد لطفی*[۲]، محسن تقدسی[۳]، معصومه سادات موسوی[۴]، زهرا یوسفی[۵]، ندا امیرخسروی[۶]

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۸/۲۷

چکیده

مقدمه و هدف: اطلاع از ابتلا به سرطان می‌تواند برای افراد ناخوشایند باشد و باشد و جنبه‌های مختلفی از زندگی آن‌ها را مورد تأثیر و کاهش دهد از این جمله می‌توان به حیطه‌های مثل امید و رضایت از زندگی اشاره کرد. به نظر می‌رسد عامل سلامت معنوی بتواند بر امید و رضایت از زندگی این بیماران تأثیر مثبت گذاشته و باعث افزایش آن شود. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلابه سرطان در شهر کاشان ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی، بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان در فاصله زمانی بین مهرماه تا دی‌ماه سال ۱۳۹۲ انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های مشخصات فردی (سن، جنس، وضعیت تأهل)، سلامت معنوی الیسون-پالوتزین، پرسشنامه امید هرث و رضایت از زندگی (LSI-Z) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۱۰/۷۷±۶۲/۵۹ سال بوده و ۵۶٪ آنان مرد بودند. میانگین نمره امید و رضایت از زندگی به ترتیب ۵/۳۲±۴۰/۲۱ و ۵/۵۸±۱۶/۰۳ بود. بین میانگین نمره امید و رضایت از زندگی در مردان و زنان ازلحاظ آماری اختلاف معناداری دیده شد به‌طوری‌که این میانگین در مردان بیش از زنان بود. میانگین نمره کل سلامت معنوی ۱۲/۱۱±۸۷/۴۸ و میانگین مؤلفه‌های سلامت معنوی مذهبی و وجودی به ترتیب ۶/۲۰±۴۴/۷۰ و ۷/۵۷±۴۲/۷۸ بود. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین متغیر سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه سلامت معنوی تأثیر بسزایی در تأمین امید و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلابه سرطان دارد، لازم است اقدامات مراقبت معنوی در راستای استفاده از این توانایی در دوره درمان، بستری و بهبود بیماران انجام شود، لذا توصیه می‌شود تا کارکنان تیم درمان با مراقبت‌های معنوی آشنا شوند و از این توانمندی در راستای حل مشکلات این بیماران استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: سرطان، سلامت معنوی، رضایت از زندگی، امید، سالمند

۱. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۲. کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:** Sajjad.lotfi@yahoo.com
۳. دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری، گروه پرستاری داخلی- جراحی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۴. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۵. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران
۶. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

سرطان را می‌توان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان امروز دانست که شیوع و بروز آن با افزایش سن افزایش می‌یابد (۱). آمارهای سازمان بهداشت جهانی حکایت از آن دارند که هرساله ۱۰ میلیون بیمار جدید مبتلابه سرطان شناسایی می‌شود (۲) و برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این میزان به بیش از ۱۵ میلیون نفر در هرسال برسد (۳). اطلاع از ابتلا به سرطان امری بسیار ناخوشایند تلقی می‌گردد که می‌تواند یک تجربه غافلگیرکننده (۴) و نگران‌کننده برای فرد باشد (۵). این بیماری مشکلات فراوانی درروند طبیعی زندگی و همچنین در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی بیمار ایجاد می‌کند (۶, ۷).

اطلاع از ابتلا به سرطان می‌تواند روی جنبه‌های متعددی از زندگی سالمندان تأثیر داشته باشد که بدون شک از مهم‌ترین این حوزه‌ها، امید و رضایت از زندگی است. رضایت از زندگی، بیانگر نگرش مثبت فرد نسبت به جهانی است که در آن زندگی می‌کند. رضایت از زندگی با نیازهای فرد ارتباطی فراگیر دارد که بااطلاع از ابتلا به سرطان بین تمایلات و نیازهای فرد یک عدم همخوانی ایجاد می‌شود که این عدم همخوانی موجب نارضایتی از زندگی را در این بیماران ایجاد می‌کند(۸). امید را می‌توان معرف تصورات و توجه افراد به آینده دانست که سبب می‌شود فرد در راستای تحقق این اهداف تلاش کند. امید به زندگی به‌عنوان یک فاکتور مهم در سازگاری با بحران‌ها تلقی می‌شود که در بیماران سرطانی به دلیل صعب‌العلاج بودن بیماری و شرایط سخت دوران درمان تا حد چشمگیری کاهش می‌یابد (۲۲).

عوامل مختلفی ازجمله میزان حمایت، وضعیت اقتصادی و شادکامی می‌تواند بر میزان رضایت از زندگی بیماران سرطانی تأثیر بگذارد(۹-۱۱)؛ اما هنوز در ارتباط با نقش مذهب در بهبود امید و رضایت از زندگی این گروه از بیماران اختلاف‌نظرهایی وجود دارد هرچند که به نظر می‌رسد عاملی مثل سلامت معنوی می‌تواند بر میزان رضایت از زندگی سالمندان سرطانی تأثیر مثبت داشته باشد. معنویت را می‌توان به‌مثابه آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جسم‌های مادی زندگی دانست که سبب می‌شود در فرد احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات ایجاد گردد(۱۲)؛ اما سلامت معنوی حالتی فراتر از احساسات مذهبی بوده و می‌تواند به‌صورت ارزش‌گذاری و احترام به موسیقی، اخلاق و هنر ظاهر گشته و اغلب به‌صورت رابطه باخدا آشکار می‌شود. از طرفی رفتارها و باورهای مذهبی نیز می‌تواند تأثیر مشخصی در معنادار کردن زندگی افراد داشته باشد، رفتارهایی مانند عبادت، زیارت و توکل به خداوند می‌توانند از طریق ایجاد امید و تشویق به نگرش‌های مثبت، موجب آرامش درونی افراد می‌گردد (۱۰). به نظر می‌رسد افراد مذهبی به دلیل داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط بحرانی، بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی و احساس تعلق داشتن به منبعی والا در مواجهه با حوادث آسیب‌رسان مثل ابتلا به سرطان، فشار کمتری را متحمل می‌شوند(۱۱).

پژوهش‌های متعددی درزمینه بررسی سلامت معنوی با رضایت از زندگی بیماران انجام‌شده است، در مطالعه‌ای جعفری و همکاران(۲۰۱۰) گزارش کردند که سلامت معنوی عاملی مهم در افزایش رضایت از زندگی بیماران سرطانی است(۷). رضایی و همکاران(۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که در بیماران مبتلا به

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

سرطان سینه، با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان اضطراب و استرس کمتری وجود دارد(۱۳). تحقیق پیراسته و همکاران(۱۳۹۱) در بیماران مبتلابه ایدز بیانگر این بود که تقویت معنوی، بهترین عامل پیش‌بینی در بهبود کیفیت زندگی است (۱۴). این در حالی است که نتایج مطالعه Manning-Walsh (۲۰۰۵) نشان داد که افراد با کشمکش معنوی بالاتر، رضایت از زندگی کمتری دارند(۱۵). همچنین Rippentrop و همکاران(۲۰۰۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی، مذهب و رضایت از زندگی وجود دارد و گزارش کردند که سلامت معنوی ارتباط قوی‌تری نسبت به مذهب در افزایش رضایت از زندگی دارد(۱۶).

در دو مطالعه جداگانه توسط بالجانی (۲۰۱۱) که در ایران با هدف بررسی تأثیر سلامت معنوی بر امید در بیماران سرطانی انجام‌شده است گزارش‌شده که سلامت معنوی با امید همبستگی معناداری داشته است(۱۱).

با توجه به کمبود مطالعه در زمینه بررسی همزمان نقش مؤلفه‌های سلامت معنوی بر امید و رضایت از زندگی بیماران سالمندان سرطانی و عدم انجام مطالعه مشابه در ایران و تفاوت در مذهب و فرهنگ افراد ایرانی با سایر کشورها و اهمیت این مسئله در مراقبت و ارتقای سطح رضایت از زندگی سالمندان مبتلابه سرطان، این پژوهش باهدف بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلابه سرطان در شهر کاشان ۱۳۹۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که در فاصله مهر تا دی‌ماه سال ۱۳۹۲ در بیمارستان شهید بهشتی کاشان انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس بوده و تمامی سالمندان مبتلابه سرطان که در بازه زمانی مهر تا دی سال ۱۳۹۲ به این مرکز مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت آگاهانه، سن ۶۰ سال به بالا، تشخیص قطعی سرطان، اطلاع از ابتلا به سرطان، نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و شناختی و تمایل به شرکت در مطالعه و معیارهای خروج شامل اولویت داشتن کارهای مراقبتی از بیمار بود. حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه، ۱۲۰ نفر تعیین شد(۷).

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه چهاربخشی بود. بخش اول شامل مشخصات فردی (سن، جنس و وضعیت تأهل)، بخش دوم، پرسشنامه سلامت معنوی الیسون و پالوتزین بود که شامل ۲۰ گویه در دو مؤلفه سلامت معنوی مذهبی (۱۰ گویه) و وجودی (۱۰ گویه) است. نحوه نمره دهی این پرسشنامه در یک طیف لیکرت ۶ گزینه (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۶= کاملاً موافقم) است که ازاین‌بین سوالات ۱۸، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۹، ۶، ۵، ۲، ۱ به‌صورت منفی نمره دهی می‌شود که دامنه نمره کسب‌شده از ۱۰ تا ۱۲۰ متغیر بوده و کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه به‌منزله سلامت معنوی بالاتر است. اعتبار و پایایی این پرسشنامه توسط رضایی و همکاران در سال ۱۳۸۷ با استفاده از روش روایی محتوایی و صوری مورد بررسی قرارگرفته که روایی محتوایی و صوری آن تائید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ گزارش‌شده است(۱۳).

بخش سوم، پرسشنامه امید هرث بود. این ابزار دارای ۱۲ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (از ۱= کاملاً مخالفم تا ۴= کاملاً موافقم) نمره دهی می‌شود. نمره‌گذاری سؤالات ۳ و ۶ معکوس است. این ابزار وضعیت امید فرد را به‌صورت نمره‌ای در طیف ۱۲ تا ۴۸ نشان می‌دهد که نمره بالاتر نشان‌دهنده

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

وضعیت بهتر فرد است. این ابزار در سال ۹۰ توسط بالجانی و همکاران با استفاده از شیوه روایی محتوی و ضریب آلفای کرونباخ مورد بررسی قرارگرفته است که ضریب آلفای آن در مطالعه بالجانی ۰/۸۲ بوده است (۲۲).

بخش چهارم پرسشنامه رضایت از زندگی سالمندان (LSI-Z[1]) بوده که دارای ۱۳ گویه است. در نمره دهی به سؤالات، به هر یک از سؤالات مثبت گزینه‌های نمی‌دانم (۰ نمره) موافق (۲ نمره) و مخالف (۱ نمره) داده شد و در ارتباط با سؤالات منفی برای گزینه مخالف نمره دو و برای گزینه موافق نمره یک لحاظ می‌گردد. تقربی و همکاران در سال ۱۳۸۹ روایی این ابزار را به شیوه‌های روایی صوری، محتوایی و سازه مورد بررسی و تائید قرار داده‌اند. همچنین پایایی ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۷۹) و ثبات آن را با روش آزمون مجدد و از طریق ضریب همبستگی درون خوشه‌ای (۰/۹۳) مورد تائید قرار داده‌اند(۱۸).

نمونه‌گیری بر اساس مفاد معاهده هلسینکی و پس از کسب مجوز, بعد از تصویب در شورای پژوهشی کمیته تحقیقات دانشجویی و کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. به شرکت‌کنندگان در زمینه اهداف تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات توضیح داده شد و تمامی آنان فرم رضایت جهت مشارکت در تحقیق را به صورت آگاهانه امضا نمودند. داده ها از طریق مصاحبه توسط یک نفر کارشناس ارشد رشته پرستاری سالمندی جمع‌آوری شد. مصاحبه‌کننده متعهد به رعایت اصول اخلاقی و عدم اعمال نظرات شخصی در تکمیل پرسشنامه‌ها بود. مصاحبه‌ها در زمان ۱۵ دقیقه‌ای و در اتاق بیمار انجام می‌شد، در زمان مصاحبه تنها بیمار و مصاحبه‌کننده حضور داشته و برای بیمار محیط خصوصی ایجاد می‌شد.

داده‌ها با نرم‌افزار spss نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد و سطح معنی‌داری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون چند گانه استفاده شد.

یافته‌ها

از ۱۲۰ پرسشنامه کامل شده، ۱۰۰ پرسشنامه قابلت تجزیه و تحلیل داشت. ۵۶٪ افراد موردمطالعه مرد بودند. میانگین سنی جامعه موردپژوهش ۱۰/۷۷±۶۲/۵۹ سال بود؛ که بین میانگین سنی زنان ۱۰/۳۹±۶۳/۱۵ و میانگین سنی مردان ۱۱/۱۳±۶۲/۱۴ ازلحاظ آماری تفاوت معناداری مشاهده نشد (P=۰/۱۴۲). شغل افراد موردمطالعه به ترتیب خانه‌دار ۴۲٪، آزاد ۳۳٪، بازنشسته ۱۴٪، ازکارافتاده ۶٪ و سایر ۵٪ بود. میانگین امید و رضایت از زندگی در افراد موردپژوهش به ترتیب ۵/۳۲±۴۰/۲۱/ و ۵/۵۸±۱۶/۰۳ بود. آزمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری را بین میانگین نمره امید و رضایت از زندگی مردان با زنان نشان داد به‌نحوی‌که میانگین هر دو متغیر در مردان بالاتر از زنان بود (P<۰/۰۱) (جدول ۱).

میانگین کلی سلامت معنوی ۱۲/۱۱±۸۷/۴۸ بود .اگرچه میانگین سلامت معنوی در مردان بیشتر از زنان بود اما آزمون آماری تی مستقل این اختلاف از معنادار نشان نداد (P=۰/۵۵۱). (جدول ۱).

1 - Life Satisfaction Index-Z

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱. میانگین نمرات سلامت معنوی، امید و رضایت از زندگی برحسب جنس در واحدهای موردپژوهش

متغیر		کل Mean±SD	مرد Mean±SD	زن Mean±SD	CL%۹۵		t	P value
					بالا	پایین		
سلامت معنوی	وجودی	۴۲/۷۸±۷/۵۷	۴۳/۷۶±۷/۲۴	۴۱/۵۲±۷/۸۶	۰/۷۶	-۵/۲۵	-۱/۴۸۱	۰/۱۴۲
	مذهبی	۴۴/۷۰±۶/۲۰	۴۴/۳۵±۷/۰۰	۴۵/۱۳±۵/۰۴	۳/۲۶	-۱/۷۰	۰/۶۶۲	۰/۵۳۶
	کل	۸۷/۴۸±۱۲/۱۱	۸۸/۱۲±۱۲/۶۶	۸۶/۶۵±۱۱/۴۵	۳/۳۹	-۶/۳۲	-۰/۵۹۹	۰/۵۵۱
رضایت از زندگی		۱۶/۰۳±۵/۵۸	۱۷/۲۱±۵/۹۱	۱۴/۵۲±۴/۷۷	-۰/۵۱	-۴/۸۶	-۲/۴۵۴	۰/۰۱۶
امید		۴۰/۲۱±۵/۳۲	۴۱/۱۷±۵/۰۳	۳۹/۰۵±۵/۶۱	۲/۵۹	-۱/۶۷	-۲/۱۲	۰/۰۰۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی رابطه ابعاد سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی بیماران سرطانی

	سلامت معنوی		
	وجودی	مذهبی	کل
امید	۰/۴۵۲*	۰/۴۷۱*	۰/۴۷۳*
رضایت از زندگی	۰/۲۷۶*	۰/۴۴۸*	۰/۴۲۲*
*معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۵			

جدول ۳. نتایج رگرسیون جهت پیشگویی رضایت از زندگی بر اساس مؤلفه‌های سلامت معنوی در سالمندان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۲

مرحله	نام متغیرها	B	β	R	R2	P value
۱	سلامت معنوی مذهبی	۰/۱۹۴	۰/۴۴۸	۰/۴۴۸	۰/۲۰۱	۰/۰۰۱
۲	سلامت معنوی مذهبی	۰/۲۰۲	۰/۴۵۷	۰/۴۷۲	۰/۲۲۳	۰/۰۰۱
	سلامت معنوی وجودی	۰/۰۷۷	۰/۱۴۵			

جدول ۴. نتایج رگرسیون جهت پیشگویی امید بر اساس مؤلفه‌های سلامت معنوی در سالمندان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۲

مرحله	نام متغیرها	B	β	R	R2	P value
۱	سلامت معنوی مذهبی	۰/۲۰۱	۰/۴۷۱	۰/۴۷۱	۰/۲۲۱	**۰/۰۰۱**
۲	سلامت معنوی مذهبی	۰/۲۰۸	۰/۴۸۳	۰/۴۹۱	۰/۲۴۱	**۰/۰۰۱**
	سلامت معنوی وجودی	۰/۱۸۵	۰/۳۱۷			

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد بین میانگین نمره سلامت معنوی با میانگین نمرات امید (r=۰/۴۷۳ p=۰/۰۰۰) و رضایت از زندگی (r=۰/۴۲۲ p=۰/۰۰۰) در بیماران سرطانی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. این ارتباط بین خرده مقیاس‌های سلامت معنوی با امید به زندگی و رضایت از زندگی نیز مشاهده شد (جدول ۲).

پس از به دست آوردن ارتباط بین متغیرهای سلامت معنوی با رضایت از زندگی به‌منظور بررسی عمیق‌تر این رابطه و تعیین سهم واریانس مؤلفه سلامت معنوی در میزان امید و رضایت از زندگی از تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش مرحله‌به‌مرحله استفاده شد (جدول ۳ و ۴).

مطابق نتایج جدول شماره ۳ و با توجه به مقدار ۲۱/۱۹=(۱ و ۹۸)F و معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ می‌توان چنین نتیجه گرفت که مؤلفه‌های سلامت معنوی باعث تغییرات قابل پیش‌بینی در میزان رضایت از زندگی شده‌اند. به گونه ای که این مؤلفه‌ها با توجه به مقدار R^2 حدود ۲۲٪ از تغییرات رضایت از زندگی را در افراد موردپژوهش تبیین می‌کنند(جدول ۳).

جدول شماره ۴ نشان می‌دهد مؤلفه‌های سلامت معنوی با توجه به مقدار ۲۳/۲۱=(۱ و ۹۸)F و معناداری در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ و با توجه به مقدار R^2 حدود ۲۴٪ از تغییرات امید زندگی را در افراد مورد پژوهش تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه باهدف بررسی ارتباط بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی ر سالمندان مبتلابه سرطان انجام‌شده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی وجود دارد و با توجه به اینکه ۱۹٪ از تغییرات رضایت از زندگی و ۲۴٪ از تغییرات امید توسط مؤلفه‌های سلامت معنوی تعیین می‌شود. این یافته با مطالعات مشابه انجام‌شده توسط جعفری، منینگ والش، ریپن تروپ و بالجانی هم‌خوانی دارد(۱۱,۷, ۱۵, ۱۶,۲۲). با توجه به اینکه سلامت معنوی از ۲ بعد عمودی (ارتباط متافیزیکی) و افقی (ارتباط با محیط) تشکیل‌شده است به نظر می‌رسد فرد با سلامت معنوی بالاتر می‌تواند به نحو بهتری از این منابع در راستای سازگاری و بهبود شرایط زندگی استفاده کند و در نتیجه میزان امید و رضایت او از زندگی افزایش خواهد یافت به گونه ای که در بعد افقی سلامت معنوی، سالمند دارای سلامت معنوی بالاتر می‌کوشد ارتباط بهتری با محیط برقرار کرده و از تمام منابع موجود برای کسب رضایت استفاده کند برای همین دست به تلاش زده و امیدوارانه‌تر سعی می‌کند افراد دیگری را که می‌تواند به او کمک کند شناسایی کند که این اصل خود یکی از اصول درمانی مراقبتی در سالمندان مبتلابه سرطان است. در این رابطه، تلاش می‌شود برای اینکه فرد پذیرش و درک بهتری از بیماری خود داشته باشد و این بیماری را منحصر به خود نداد او را با افرادی که دارای بیماری مشابه هستند آشنا کنند تا فرد علاوه بر کسب تجربه برای حل مسائل خود، سازگاری بیشتری با بیماری و مراحل درمانی آن داشته باشد که این موضوع جوانه‌های امید را در وجود وی زنده نگاه داشته و فرد امیدوارانه‌تر به مبارزه با بیماری می‌پردازد. از طرفی با توجه به اینکه خانواده و اطرافیان بخشی مهمی از محیط اطراف فرد را تشکیل می‌دهد سلامت معنوی وجودی می‌تواند با افزایش امید و دل‌بستگی‌های سالمند به خانواده و اطرافیانش و همچنین درخواست کمک و پشتیبانی از آن‌ها در مراحل سخت بیماری باعث افزایش رضایت از زندگی

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

گردد. یکی دیگر از ابعاد سلامت معنوی که بر رضایت از زندگی تأثیر می‌گذارد بعد عمودی یا ارتباط با متافیزیک است. برای درک بهتر این ارتباط می‌توان به این آیه ۳ سوره طلاق که خداوند در آن می‌فرماید « و من یتوکل علی الله فهو حسبه» « و هر کس که بر خدا توکل کند، خدا او را کفایت می‌کند » اشاره نمود. یک ارتباط قوی با متافیزیک یا ماورا می‌تواند فرد را از هرگونه احساس اضطراب، استرس و ناامیدی دور کرده و به زندگی او معنا و مفهوم تازه ببخشد و این احساس را در فرد پدیدار کند که بر قدرت بی‌پایانی تکیه دارد که همواره او را در برابر تمامی مشکلات حفظ خواهد کرد و جز خوبی برای او نخواهد خواست. افراد داری سلامت معنوی بالا بیماری را جزئی از چرخه زندگی دانسته و با توجه به اینکه مطیع پروردگار خود هستند آن را از طرف خداوند می‌دانند و در نتیجه به نسبت دیگران این بیماری را بهتر پذیرفته و با آن کنار می‌آیند و به‌جای ستیز و مقابله با آن سعی می‌کنند از آن لذت ببرند زیرا مکتب اسلام معتقد است که بیماری می‌تواند جسم و روح مؤمنین را از بیماری و پلیدی پاک کند؛ بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت که بیماران دارای سلامت معنوی بالاتر به سبب وجود ارتباط قوی با دیگران و خداوند رضایت بالاتری از زندگی خواهند داشت و با توجه به قدرت لایزال الهی به آینده زندگی امیدوار خواهند بود.

به نظر می‌رسد سلامت معنوی تابلویی از وضعیت دین‌داری فرد باشد به‌گونه‌ای که افرادی که معمولاً دارای معنویت بیشتری هستند بالاتری دارند، دین‌دارترند. دین در واقع هدیه الهی است که سبب می‌شود فلسفه حیات و وجود انسان رنگ معنا بگیرد(۱۹).

زندگی انسان‌ها با باورهای دینی تنیده شده به‌گونه‌ای که دور ماندن از این باورها و عقاید سبب خواهد شد فرد بیش از پیش دچار کشمکش‌های درونی شود، احساس پوچی، بی‌هدفی، یاس، نارضایتی و ناامید در برابر بحران‌ها داشته باشد و نتواند محرومیت‌ها و ناملایمات را تحمل کند و در نتیجه میزان امید و رضایت او از زندگی‌اش کاهش یابد. درحالی‌که یک باور و نگرش دینی مناسب می‌تواند تمام این مشکلات را حل نماید و نیز زمینه‌های رضایت از زندگی و امید به آینده را نیز برای فرد تأمین کند. علاوه براین به نظر می رسد معنویت با تأثیری که بر سلامت روان افراد می‌گذارد زمینه‌های سازگاری با مشکلات را فراهم می‌آورد و فرد از این پدیده به‌عنوان ابزار کارآمد در برابر بحران‌های پیش‌آمده استفاده می‌کند(۲۰, ۲۱).

می‌توان آیه ۲۸ سوره رعد را که می‌فرماید «اَلَّذِینَ آمَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِکْرِ اللّهِ أَلاَ بِذِکْرِ اللّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ آنان که ایمان آوردند و دل‌هایشان به یاد خدا آرام یابد. آگاه باشید که دل‌ها تنها به یاد خدا آرام گیرد» به‌عنوان دلیلی معتبر در ارتباط با این موضوع دانست که ارتباط با ماورا و خداوند تا چه حد می‌تواند بر سلامت روانی افراد تأثیرگذار باشد. از طرفی احتمالاً انگیزه‌های دینی، تمام مشکلات بیماران را در خود جای می‌دهد به رنج و شادی و مرگ و زندگی، معنایی جدید می‌بخشد و فرد را وادار به تلاش مستمری می‌کند که موجب انسجام شخصیت او می‌شود و امید را در وجود او زنده نگه می‌دارد. از دیگر علل احتمالی در این زمینه می‌توان به انجام مناسک و فرایض مذهبی مثل نیایش، خواندن کتاب دینی و حضور در مراسم مذهبی اشاره کرد که این عوامل ازجمله منابعی هستند که افراد با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند(۲۲).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

میزان تأثیر دین و معنویت آن‌چنان است که Koeing معتقد است معنویت نه‌تنها می‌تواند باعث سازگاری هر چه بیشتر بیمار با بیماری‌اش شود بلکه می‌تواند سرعت بهبود او را نیز افزایش دهد و او را نسبت به آینده امیدوارتر نگه می‌دارد(۲۳). یکی دیگر از جنبه‌هایی که می‌توان برای تأثیر دین متصور شد احتمالاً موضوع افزایش امیدواری است. به نظر می‌رسد افراد مذهبی برخلاف دیگران از پایان یافتن زندگی رنج نمی‌برند، زیرا انتظار می‌رود این افراد بر اساس تعالیم دینی خود مرگ را پایان‌بخش زندگی ندانند؛ پس این احتمال وجود دارد که برخلاف افرادی که مرگ را پایان زندگی می‌پندارند و با ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج دچار یاس و ناامیدی می‌گردند این افراد با تکیه بر عقاید خود این دوران را به‌راحتی پذیرفته و نه‌تنها از روبه‌رو شدن با آن هراس ندارند بلکه می‌کوشند از باقی‌مانده عمر خود نیز به‌خوبی استفاده کنند درنتیجه میزان رضایت از زندگی آن‌ها افزایش‌یافته و راضی‌تر خواهند بود().

در این مطالعه میانگین رضایت از زندگی و امید در مردان بالاتر از زنان است اما نتایج مطالعه پورسردار نشان داد که در افراد سالم میانگین رضایت از زندگی با جنسیت معنی‌دار بوده، بطوریکه زنان میانگین رضایت از زندگی بالاتری داشتند؛ علت احتمالی این تفاوت می‌تواند مربوط به واحدهای موردپژوهش باشد زیرا در مطالعه پورسردار افراد میانسال سالم موردبررسی قرارگرفته‌اند درحالی‌که مطالعه حاضر بر روی سالمندان مبتلا به سرطان انجام‌شده است(۲۴).

به نظر می‌رسد که مردان مبتلا به سرطان نسبت به زنان از حمایت خانوادگی مناسب‌تری برخوردار بوده و همسرشان به‌خوبی از آن‌ها حمایت‌های لازم را به عمل‌آورده‌اند اما پایین‌تر بودن میزان رضایت از زندگی و امید در زنان سالمند علاوه بر عدم حمایت لازم از طرف شوهر، باشد می‌تواند ناشی از عدم توانایی در انجام کارهای منزل و ایفای نقش مادری باشد به‌گونه‌ای که سبب شده فرد بیش از اینکه از شرایط بیماری ناراضی باشد از شرایط خانوادگی پیش‌آمده ناراحت باشد زیرا بدون شک مادر، محوری‌ترین نقش را در خانه دارد که به دلیل بیماری از انجام آن ناتوان مانده است.

نظر به اینکه مؤلفه‌های سلامت معنوی تأثیر بسزایی در تأمین امید و رضایت از زندگی بیماران مورد پژوهش داشتند، لذا لازم است تا اقداماتی در راستای استفاده از این توانمندی، در طول دوره درمان این بیماران انجام گیرد، بنابراین توصیه می‌شود تا پرسنل تیم درمان به‌ویژه پرستاران که از اصلی‌ترین اعضای تیم درمان و رهبر خط مراقبتی هستند با مراقبت‌های معنوی آشنا شوند و از این ظرفیت بالقوه در راستای حل مشکلات این بیماران استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود برای این بیماران مشاوره‌های مذهبی معنوی به‌عنوان بخشی از پروسه درمانی انجام شود تا نیازهای دینی این بیماران شناسایی و در راستای حل آن‌ها اقدام شود.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش که سبب می‌شود یافته‌های این مطالعه تعمیم‌پذیری کمتری داشته باشند می‌توان به کوچک بودن جامعه آماری، انجام مطالعه در یک شهر و همچنین اختصاص آن به گروه سنی سالمندان اشاره کرد؛ لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با حجم نمونه بیشتر، در شهرهای مختلف بافرهنگ‌های متفاوت و در گروه‌های مختلف سنی انجام گیرد. عدم همکاری نمونه‌ها در طول مدت مصاحبه از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود؛ که با وجود توضیحات لازم و کسب رضایت واحدهای موردپژوهش برای همکاری، ۲۰ نفر از مشارکت‌کنندگان از ادامه مصاحبه خودداری کردند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

تقدیر و تشکر: محققین بر خود لازم می‌دانند که از کلیه سالمندان و پرستارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند و همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، به خاطر حمایت‌های انجام‌گرفته، کمال تشکر و قدردانی را به عمل‌آورند.

▪ *References*

1.Bowles C, Leicester R, Romaya C, Swarbrick E, Williams C, Epstein O. A prospective study of colonoscopy practice in the UK today: are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow?. Gut 2004; 53(2): 277-83.

2.Ghaleghasemi TM, rezaie AM, Karimian J, Ebrahimi A. The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients. Health Information Management 2011; 8(8): 1007-16. (Persian).

3.Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences 2009; 16(2): 33-8. (Persian).

4.Akyuz A, Guvenc G, Ustunsoz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. Journal of Nursing Scholarship 2008; 40(3): 241-7.

5.Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening experiences of healthy women with pathological cervical smears. European Journal of Oncology Nursing 2007; 11(5): 417-23.

6.Smeltze R, Bir B. Brunner & Suddarths textbook of medical surgical pain, electrolit, shock, cancer and end of life care. Tehran: Salemi Publication; 2003.

7.Jafari E, Najafi M, Sohrabi F, Dehshiri GR, Soleymani E, Heshmati R. Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2010; 5: 1362-6. (Persian).

8.Gholi Zade A, Ezat s. The Relation between Personal, Family, Social and Economic Factors With the life satisfaction. Journal of Applied Sociology 2010; 21(1): 69-82. (Persian).

9.Shahini N, Asayesh H, Ghobadi M, Sadeghi J. Correlation between perceived social support and loneliness with life satisfaction Among Students of Golestan University of Medical Sciences. Journal of Shahid Beheshti University of Medical Sciences 2013; 17(6): 302-6. (Persian).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

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

11.Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. Hayat 2011; 17(3): 28-37.

12.Mueller P, Plevak D, Rummans T. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. Mayo Clinic proceedings 2001; 76(12): 1225-35.

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

14.Pirasteh Motlagh A, Nikmanesh Z. The Role of Spirituality in Quality of Life Patients with AIDS/HIV. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services 2013; 20(5): 571-81. (Persian).

15.Manning-Walsh J. Spiritual struggle: effect on quality of life and life satisfaction in women with breast cancer. Journal of Holistic Nursing 2005; 23(2): 120-40.

16.Rippentrop EA, Altmaier EM, Burns PC. The Relationship of Religiosity and Spirituality to Quality of Life Among Cancer Patients. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2006; 13(1): 29-35.

17.Sharifi T, Mehrabizadeh Honarmand M, Shokrkon H. Religious Attitude and General Health and Patience in Students of Ahvaz Islamic Azad University. Iranian Journal of Psychiatry 2005; 11(1): 89-99. (Persian).

18.Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooky Z, Tagharrobi L. Psychometric evaluation of the Iranian version of Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short Form. Payesh Health Monitor 2012; 10(1): 5-13.

19.Rejali M, Mostaejeran M. Religious Attitudes of Freshmen at School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Journal of Health System Research 2012; 8(2): 314-9.

20.Tajeri B, Bohayraei AR. The Association of Parenting Stress, Religious Attitude, and Knowledge with Maternal Acceptance for Sons with Mental Retardation. Research on Exceptional Children 2008; 8(2): 205-24.

21.Sadeghi M, Ladari RB, Haghshenas M. study of religious attitude and mental health in students of Mazandaran University of Medical Sciences. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences 2010: 2(8): 205-224. (Persian).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]

22.Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in cancer patients. Journal of Evidence-based Care 2012; 17(1): 27-37.

23.Koeing HG. Spirituality and Depression: A Look at the Evidence. Southern Medical Journal 2007; 100(7): 737-9.

24.Poursardar N, Poursardar F, Panahandeh A, Sangari A, Abdi Zarrin S. Effect of Optimism on Mental Health and Life Satisfaction: A Psychological Model of Well-being. Hakim Research Journal 2013; 16(1): 42-9. (Persian).

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-19]