

نقش مذهب در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

محسن صفاری^۱، عیسی محمدی زیدی^۲، امیر پاکپور حاجی آقا^{۲*}

۱- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) ۲- گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین
* نویسنده مسؤل: قزوین، بلوار شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی. کدپستی: ۳۴۱۹۷-۵۹۸۱۱. تلفن: ۳۳۳۸۱۲۷-۰۲۸۱-۰۲۸۱
نمابر: ۳۳۳۶۰۰۷-۰۲۸۱

پست الکترونیک: Pakpour_Amir@yahoo.com

دریافت: ۹۰/۱۲/۲ پذیرش: ۹۱/۶/۱۲

چکیده

مقدمه: نقش باورهای مذهبی و دینی در درمان و مقابله با بیماری‌ها یک مسأله مهم است که به ویژه در بیماری‌هایی نظیر سرطان که تهدید کننده حیات فرد هستند مورد توجه می‌باشد. هدف از این مطالعه بررسی رابطه بین مذهب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که بر روی ۱۸۹ بیمار مبتلا به انواع مختلف سرطان بستری در بیمارستان کوثر قزوین صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا، وضعیت عملکرد کارنوفسکی و شاخص مذهبی دانشگاه داک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از بسته نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۰ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: صد و هفت نفر از بیماران مرد بودند. بیشتر بیماران، مبتلا به سرطان‌های گوارشی (معهده: ۳۶/۵٪، مری: ۲۸/۵٪) بودند. میانگین نمره عملکردی بیماران $15/61 \pm 89/87$ بود. میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این بیماران $28/30 \pm 51/80$ به دست آمد. این میانگین برای مردان و زنان به ترتیب $28/92 \pm 53/17$ و $28/26 \pm 50/93$ بود. بیشترین نمره در حیطه عملکردی به عملکرد جسمانی بیماران و کمترین نمره به کیفیت زندگی کل تعلق داشت. در حیطه علایم و نشانه‌ها، بزرگ‌ترین مشکل ناشی از اثرات اقتصادی عنوان گردید. نمره کلی مقیاس مذهب $4/69 \pm 21/08$ بود. این نمره برای مردان و زنان به ترتیب $4/77 \pm 20/81$ و $3/76 \pm 21/38$ بود. نتایج رگرسیون چندگانه نشان داد که مذهب در حضور عوامل دموگرافیک و نمره عملکردی بیمار به طور معناداری کیفیت زندگی بیماران را پیش‌بینی می‌کند. مدل رگرسیون قادر به تبیین ۵۸٪ واریانس کیفیت زندگی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مذهب می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تلقی گردد و با تقویت باورهای مذهبی در این بیماران شاید بتوان کیفیت زندگی آن‌ها را تا حد قابل توجهی بهبود بخشید.

کلواژگان: مذهب، کیفیت زندگی، سرطان

مقدمه

دادند که از این تعداد، بیش از ۷۰٪ آن‌ها در کشورهای در حال توسعه و کم درآمد زندگی می‌کردند (۱). در همین سال، بیش از ۱۲ میلیون نفر مبتلا به سرطان تشخیص داده شدند (۲) و طبق برآوردهای انجام شده تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۰ پاییز ۹۱، دوره پانزدهم، شماره سوم

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد. به گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ حدود ۷/۶ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری سرطان جان خود را از دست

ممکن است معنویت با باورهای مذهبی، اعمال مذهبی یا جوامعی که حامی آن اعمال و باورها هستند مرتبط باشد یا نباشد، ولی در بین گروه‌های مختلف تفاوت دارد (۹)؛ مثلاً بیماران دچار بیماری‌های وخیم نظیر سرطان، رویکرد معنوی بیشتری نسبت به سایر بیماران حتی افراد سالم از خود نشان می‌دهند (۱۲). اگرچه تعابیر متعددی از معنویت در محیط‌های درمانی و مراقبتی وجود دارد، ساختارهای مربوط به معنویت یا احساس هدفمندی زندگی به عنوان اجزای اصلی در وضعیت سلامتی فرد مطرح هستند (۱۰)؛ مثلاً در خانم‌هایی که مبتلا به سرطان پیشرفته پستان بودند، حفظ هدف یا معنای زندگی به عنوان جنبه مهمی از تعالی نفس و سلامت معنوی شناخته شده است (۱۳).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مشارکت منظم در فعالیت‌های مذهبی سازمان یافته نظیر نماز خواندن یا دعا کردن، رابطه مثبتی با بسیاری از پیامدهای مثبت نظیر سلامت جسمانی (۱۴)، امید به زندگی (۱۵) و احساس خوشحالی و نشاط (۱۶) دارند. پژوهش‌های زیادی در زمینه رابطه مذهب با سلامت انجام شده‌اند که حاکی از رابطه مثبت مذهبی بودن با سلامت انتزاعی هستند (۱۷ و ۱۸). سلامت انتزاعی به وسیله ارزیابی شناختی رضایت از زندگی، خلق و خو و عواطف فرد و بیان شادی سنجیده می‌شود و بخش مهمی از پژوهش‌های روان‌شناختی را به خود اختصاص داده است (۱۸). مذهب و معنویت به طور بالقوه می‌توانند به وسیله بهبود سلامت انتزاعی از طریق حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با تنیدگی و چالش، کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهند (۱۷). به لحاظ نظری، باورهای مذهبی و معنوی می‌توانند سلامت انتزاعی را به چهار طریق ارتقا بخشند: ایجاد یک سبک زندگی سالم شخصی که مطابق با اعتقادات مذهبی، فردی و سنت‌ها باشد؛ تأمین سیستم‌های منسجم معنا بخش و آرامش دهنده روحی؛ برقراری روابط فردی با خداوند؛ و تضمین حمایت و ادغام اجتماعی در داخل جامعه (۱۰).

چندین نفر از صاحب نظران، مذهب را به عنوان متغیر استاندارد معرفتی کرده‌اند که می‌بایست در پژوهش‌های کیفیت زندگی مورد توجه قرار گیرد (۷، ۸ و ۱۹)؛ چرا که هر چقدر فرد مذهبی‌تر باشد انتظار می‌رود در صحنه اجتماعی حضور بیشتری داشته باشد و با تمسک به باورهای مذهبی، شادتر زندگی کند و از زندگی رضایت بیشتری داشته باشد. از طرفی پژوهش‌ها نه تنها مؤید نقش مثبت مذهب و سلامت معنوی در کیفیت زندگی هستند بلکه معتقدند این مفاهیم می‌توانند در تقدیرگرایی،

بیش از ۱۵ میلیون مورد جدید ابتلا به سرطان در سطح جهان شناخته شوند (۳). این روند رو به رشد شیوع سرطان را می‌توان به دلایلی همچون سالمندی جمعیت در جوامع توسعه یافته یا در حال توسعه، و روندهای موجود در زمینه شیوع رفتارهای ناسالم نظیر استعمال دخانیات و اتخاذ شیوه‌های نادرست زندگی نسبت داد (۱ و ۳). علی‌رغم رشد روزافزون آمارهای مربوط به وقوع سرطان، پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه اقدامات پیشگیرانه و درمانی برای مبتلایان و نجات یافتگان از این بیماری صورت گرفته است که موجب بهبود هرچه بهتر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شده است (۴).

کیفیت زندگی، ساختاری چند بعدی است که عموماً ادراکات انتزاعی از ابعاد مثبت و منفی زندگی بیمار شامل عملکردهای جسمانی، عاطفی، اجتماعی و شناختی و از همه مهم‌تر نشانه‌های بیماری و درمان را در برمی‌گیرد (۵). در حقیقت کیفیت زندگی عبارتست از درک فرد از موقعیتش در زندگی در قالب فرهنگ و سیستم‌های ارزشی که با آن‌ها زندگی می‌کند و در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌هایی که فرد دارد (۶). این مفهوم چنان گسترده است که رضایت از سلامت جسمی، روان‌شناختی، سطح استقلال فرد، روابط اجتماعی وی، باورهای شخصی و رابطه‌اش با ویژگی‌های خاص محیطی را هم در نظر می‌گیرد (۴ و ۵).

بنابراین کیفیت زندگی شامل دیدگاهی انتزاعی در مورد درجات متفاوت رضایت از زندگی در ارتباط با سلامتی است. این نوع رضایت مرتبط با سلامتی رابطه نزدیکی با سلامت معنوی دارد (۷). سلامت معنوی جزء مهمی از سلامت عمومی و کیفیت زندگی به ویژه در افراد دچار بیماری‌های مزمن و تهدید کننده حیات است و رابطه نزدیکی با مذهب فرد دارد (۸). اگرچه مفاهیم معنویت و مذهب رابطه نزدیکی با هم دارند، الزاماً یکسان نیستند (۹). بنا به تعریف، معنویت عبارتست از حالت، کیفیت، رفتار یا واقعیتی الهی (۱۰). معنویت یک مفهوم، یک احساس و حالتی از وجود است که که مربوط به ایده‌ها، باورها و مفاهیمی است که به زندگی فرد معنا و جهت می‌بخشد و به او کمک می‌کند تا با چالش‌های زندگی مقابله کند و رویدادهای زندگی را درک نماید (۹). از سوی دیگر، مذهب به صورت یک نظام فردی یا نهادینه شده در زمینه باورها و عبودیت تعریف شده است (۱۰). به عبارت دیگر مذاهب، نسخه‌های اختصاصی‌تری از بیان معنوی هستند. مذاهب، نظام‌های اعتقادی (و نه فقط اعتقادات) می‌باشند که رسوم، نمادها و جوامع خاص خودشان را دارند (۱۱).

علایم، شامل تهوع و استفراغ، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و اثرات اقتصادی بیماری بود و در آخر یک حیطه کلی که کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند داشت (۲۰). هر یک از حیطه‌های فوق مجموعه‌ای از سؤالات را در بر می‌گیرد و امتیازات توسط تبدیل خطی، به نمرات استاندارد شده ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شوند که نمره بیشتر در حیطه عملکردی نشان دهنده وضع بهتر و نمره بیشتر در حیطه علایم و نشانگان نشان دهنده وضع بدتر است (۲۲).

بخش سوم مربوط به مذهب بود که توسط پرسشنامه شاخص مذهبی دانشگاه داک^۳ سنجیده شد. این پرسشنامه، پنج آیم دارد که توسط کوئینگ^۴ و همکاران طراحی شده است. پاسخ‌های این سؤالات بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از بیش از یک بار "نمره ۱" تا هرگز "نمره ۶" متغیر می‌باشند. بنابراین نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت ضعیف‌تر اعتقادات و فعالیت‌های مذهبی است. این پرسشنامه دارای سه بعد شامل اعمال مذهبی ساختار یافته (یک سؤال: دفعات شرکت در مراسم مذهبی و مسجد)، اعمال مذهبی غیر ساختاریافته (یک سؤال: مانند تعداد دفعات خواندن نماز) و مذهب درونی (سه سؤال: حضور خداوند متعال در زندگی فرد، زندگی کردن مطابق با سفارش‌های مذهبی و قرار دادن مذهب فراتر از سایر امور زندگی) می‌باشد (۲۳). این پرسشنامه در مطالعات متعدد، فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف از جمله ایران مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعه بالجانی و همکاران، این پرسشنامه ترجمه شد و روایی پایایی آن مورد تأیید واقع شد (۲۴).

پس از جمع‌آوری اطلاعات و ورود آن به نرم‌افزار SPSS-20 از آمارهای توصیفی برای تعیین میانگین و انحراف معیار و تنظیم جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و همچنین از آمارهای استنباطی برای یافتن ارتباط متغیرها از طریق آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. با توجه به این که داده‌های مربوط به متغیر تحصیلات به صورت تعداد سال‌های تحصیل جمع‌آوری شد، در مدل رگرسیون به عنوان یک متغیر کمی در نظر گرفته شد. داده‌های مربوط به متغیر تأهل و جنسیت نیز پس از کدگذاری صوری^۵ به صورت مجرد (۰) و متأهل (۱)، و همچنین زن (۰) مرد (۱) وارد مدل رگرسیون شدند.

اضطراب، اجتناب شناختی و مفاهیم انتزاعی دیگر نیز نقش بالقوه‌ای داشته باشند (۱۹). در واقع شواهدی وجود دارد که حاکی از نقش پر اهمیت معنویت و مذهب در مقابله با بیماری است زیرا سلامت معنوی حفاظت بیشتری را در مقابل نامیدی و یاس به خصوص در بیماران دچار بیماری‌های مهلک نظیر سرطان پدید می‌آورد (۱۳).

با توجه به مطالب مذکور و نظر به اهمیت موضوع، مطالعه حاضر قصد داشت به بررسی نقش مذهب در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پیردازد و با شناخت عوامل مؤثر در این زمینه، گام مفیدی را در جهت بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران بردارد.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی و به منظور ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در سال ۱۳۹۰ صورت گرفت. بیماران مبتلا به انواع مختلف سرطان طبق معیارهای پذیرش زیر از بخش‌های درمانی بیمارستان کوثر قزوین انتخاب شدند. این معیارها عبارت بودند از: سن بالای ۱۸ سال، نداشتن نقص عضو فیزیکی، تأیید تشخیص بیماری برای حداقل دو ماه و درک و فهم زبان فارسی. بیمارانی که دارای اختلال ذهنی بودند از مطالعه حذف شدند. هدف از انجام مطالعه، برای بیماران به طور کامل و شفاف بیان گردید و پس از اخذ رضایت کتبی آنان پرسشنامه‌ها برای تکمیل شدن به آن‌ها داده شد.

پرسشنامه‌ها شامل سه بخش بودند: بخش اول مربوط به اطلاعات بالینی شامل نوع سرطان، نمره عملکردی بیمار (وضعیت عملکردی کارنوفسکی^۱)، و زمان تشخیص به ماه بود. همچنین اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل بود.

بخش دوم، مربوط به ابزار عمومی کیفیت زندگی سرطان بود که توسط پرسشنامه "ای-او-آر-تی-سی"^۲ سنجیده شد. این پرسشنامه توسط سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا تدوین شده است و در مطالعات مختلف بر روی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۰). این پرسشنامه به زبان فارسی موجود می‌باشد و روایی و پایایی آن توسط منتظری و همکاران مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱). این پرسشنامه دارای پنج حیطه عملکردی شامل عملکرد جسمانی، نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی بود. همچنین، نه حیطه

³ Duke University Religion index

⁴ Koeing

⁵ Dummy Coding

پاییز ۹۱، دوره پانزدهم، شماره سوم

¹ Karnofsky Performance Status

² EORTC QLQ-C30

نتایج

در این پژوهش ۱۸۹ بیمار مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گرفتند. ۵۶٪ بیماران مذکر و ۷۵٪ آن‌ها متأهل بودند. بیشتر بیماران، دارای سرطان‌های گوارشی مانند مری و معده بودند. مشخصات بالینی و دموگرافیک بیماران در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک بیماران مورد بررسی

تعداد (درصد)	سن (میانگین و انحراف معیار)
۴۲/۱۱ (۱۶/۰۷)	جنس
۱۰۷ (۵۶/۶۱٪)	مرد
۸۲ (۴۳/۳۹٪)	زن
۳/۵۳ (۳/۲۲)	تحصیلات به سال (میانگین و انحراف معیار)
۸۹/۸۷ (۱۵/۶۱)	نمره عملکرد بیمار (میانگین و انحراف معیار)
۳/۶۲ (۲/۰۳)	مدت زمان تشخیص به سال (میانگین و انحراف معیار)
	وضعیت تأهل
۳۳ (۱۷/۴۶٪)	مجرد
۱۴۲ (۷۵/۱۳٪)	متأهل
۱۴ (۷/۴۰٪)	بیوه
	نوع سرطان
۶۹ (۳۶/۵۰٪)	مری
۵۴ (۲۸/۵۸٪)	معده
۲۶ (۱۳/۷۵٪)	کولون
۲۳ (۱۲/۱۶٪)	سینه
۱۰ (۵/۳۰٪)	مغز
۷ (۳/۷۰٪)	سایر

میانگین نمره کلی مذهب $4/69 \pm 21/08$ به دست آمد. این میانگین در مردان و زنان به ترتیب عبارت بود از: $4/77 \pm 20/81$ و $3/76 \pm 21/38$. مشخصه‌های توصیفی متغیر مذهب در جدول ۳ آمده است. نتایج حاصل از آزمون رگرسیون خطی چندگانه حاکی از آن بود که مذهب و زیر سازه‌های آن یعنی مذهب درونی، اعمال مذهبی سازمان یافته و اعمال مذهبی غیر سازمان یافته در حضور سایر متغیرهای مستقل مانند سن، جنس، سطح تحصیلات، مدت بیماری، نمره عملکرد بیمار و تأهل به طور معناداری کیفیت زندگی بیماران را پیشگویی می‌کنند ($p < 0/01$). به بیان دیگر، افراد با درجه بالای مذهب از کیفیت زندگی بالاتری هم برخوردار بودند. این در حالی بود که تنها متغیر مستقل نمره عملکرد بیمار می‌توانست اثر هم افزاینده‌ای را همراه با مذهب بر کیفیت زندگی بیماران اعمال نماید (جدول ۴). متغیرهای مستقل دیگر همراه با مذهب می‌توانستند ۵۸٪ از واریانس تغییرات کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پیشگویی نمایند.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف مذهب در بیماران مبتلا به سرطان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
اعمال مذهبی سازمان یافته	۳/۸۹	۱/۶۳
اعمال مذهبی غیر سازمان یافته	۴/۰۲	۱/۶۹
مذهب درونی	۱۴/۲۴	۲/۸۹
نمره کلی	۲۱/۰۸	۴/۶۹

جدول ۴- مدل رگرسیونی چند متغیره برای کیفیت زندگی کلی به عنوان متغیر وابسته و عوامل دموگرافیک، بالینی و مذهب به عنوان متغیر مستقل

فاصله اطمینان	ضریب B غیراستاندارد ضریب B استاندارد	پایین	بالا
مقدار ثابت	۳۷/۳۰	-	۵۶/۷۷
سن	-۰/۲۰۰	-۰/۱۰۱	-۰/۴۸۰
جنس	-۵/۴۱۱	-۰/۰۹۵	۳/۴۸
تحصیلات	۰/۱۳۵	۰/۰۸۳	۴/۴۸
نمره عملکرد بیمار	۰/۱۷۶	۰/۱۸۶*	۰/۰۱۰
تأهل	۴/۹۷	۰/۰۴۸	۲۰/۷۲
مدت زمان تشخیص	-۰/۰۷۵	-۰/۱۰۲	-۰/۱۹۱
اعمال مذهبی سازمان یافته	-۰/۷۳۴	-۰/۶۷۴**	-۰/۹۰۹
اعمال مذهبی غیرسازمان یافته	-۱۷/۶۱	-۰/۲۳۶**	-۲۸/۵۰
مذهب درونی	-۰/۵۹۹	-۰/۳۸۳**	-۴/۴۸۲

* $p < 0/05$, ** $p < 0/01$ $R^2 = 0/638$ Adjusted $R^2 = 0/587$

بحث

پژوهش حاضر که به منظور بررسی روابط مذهب و عوامل دموگرافیک با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان طراحی شده بود نشان داد که مذهب می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار در کیفیت زندگی این بیماران باشد و در کنار عوامل دموگرافیک

میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در این بیماران ۵۱/۸۰ با انحراف معیار ۲۸/۳۰ به دست آمد. این میانگین به تفکیک جنسیت برای مردان و زنان به ترتیب عبارت بود از $53/17 \pm 28/92$ و $28/26 \pm 50/93$. بیشترین نمره در حیطه عملکردی، به عملکرد جسمانی بیماران و کمترین نمره، به کیفیت زندگی کل تعلق داشت. در حیطه علایم، بیشترین مشکل ذکر شده توسط بیماران، اثرات اقتصادی بیماری بود؛ در حالی که کمترین معضل برای بیماران اسهال بود (جدول ۲).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران در مقیاس EORTC QLQ-C30

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
وضعیت عملکردی*	۷۱/۷۱	۲۷/۸۰
عملکرد جسمانی	۶۴/۵۰	۳۲/۶۳
عملکرد نقش	۵۴/۶۹	۲۷/۷۸
عملکرد هیجانی	۶۴/۷۵	۳۲/۳۷
عملکرد شناختی	۶۳/۷۱	۳۴/۳۷
عملکرد اجتماعی	۵۱/۸۰	۲۸/۳۰
کیفیت زندگی کلی		
علایم و نشانه‌ها**		
خستگی	۳۹/۸۱	۲۷/۶۴
تهوع و استفراغ	۲۱/۲۲	۲۶/۹۹
درد	۴۱/۷۷	۲۹/۶۰
تنگی نفس	۳۹/۰۶	۶۷/۵۵
اختلال خواب	۳۴/۹۹	۳۵/۵۶
کاهش اشتها	۳۷/۸۵	۷۴/۳۹
یبوست	۱۵/۹۹	۲۴/۶۷
اسهال	۱۲/۰۱	۲۲/۴۲
اثرات اقتصادی بیماری	۵۵/۱۱	۳۵/۳۷

* نمره بیشتر نشان دهنده وضعیت بهتر است.

** نمره بیشتر نشان دهنده وضعیت بدتر است.

دارند، اعتقادات مذهبی موجب امنیت خاطر و ایجاد حس کنترل بر موقعیت در آن‌ها می‌گردد و بنابراین می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی‌شان گردد (۱۲). احتمال دیگر می‌تواند وجود رابطه بین اعتقادات مذهبی با متغیرهای دیگری باشد که ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهند. مثلاً در مطالعه‌ای که بر روی مراقبت‌کنندگان از بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت نشان داده شد که تأثیر مذهب بر سلامت افراد، تحت میانجی‌گری عواملی همچون حمایت اجتماعی و حس خوش‌بینی قرار دارد (۳۱). بنابراین چینی مکانیسم‌هایی ممکن است در میان بیماران مبتلا به سرطان نیز وجود داشته باشند و مطالعات بیشتری می‌بایست در این زمینه صورت گیرد. احتمال دیگر می‌تواند این باشد که متغیرهای مرتبط عاطفی و شخصیتی، با مذهب فرد دارای نوعی همبستگی هستند و به طور غیرمستقیم بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. بنابراین با توجه به این که مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی می‌باشد، طراحی مطالعات طولی برای بررسی تأثیر مذهب بر کیفیت زندگی و سایر مؤلفه‌های سلامت با در نظر گرفتن عوامل احساسی، شخصیتی و روانی اجتماعی به عنوان میانجی‌ها یا عوامل تعدیل‌گر احتمالی روابط مشاهده شده، می‌تواند راه‌گشا باشد.

در مورد رابطه مثبت معنادار بین نمره عملکرد و کیفیت زندگی بیماران، همان‌طور که در دیگر مطالعات به آن اشاره شده است هر چه قدر کیفیت زندگی بیمار بهتر باشد انتظار می‌رود عملکرد وی به خصوص در حوزه فیزیکی نیز در سطح قابل قبول‌تری ارزیابی گردد (۳۲ و ۳۳). این نکته در زیر مقیاس عملکرد جسمانی بیمار که حائز بیشترین نمره در بین سایر حیطه‌های عملکردی می‌باشد نیز قابل توجه بوده و در مطالعات دیگری که از مقیاس مشابه مطالعه حاضر استفاده کرده‌اند نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۲۰، ۲۱ و ۳۰).

نکته‌ای که در پایان بحث شایان ذکر است تفاوت‌هایی است که می‌بایست هنگام بررسی نقش مذهب در ابعاد مختلف زندگی بیماران در بین ادیان مختلف، مورد توجه قرار گیرد. اگر چه همه ادیان آسمانی دارای فصل مشترک‌های زیادی در زمینه ارتباط با خدا و عقاید و باورهای مذهبی و دینی هستند، لیکن در نگاهی عمیق‌تر، هر یک از مذاهب دینی دارای ویژگی‌های خاص خود می‌باشند که شاید با استفاده ابزارهای موجود قابل سنجش نباشند. مثلاً در رابطه با دین اسلام، یکی از شاخص‌های مهم مذهبی، بحث توسل به ائمه معصومین و باورهایی است که با تمسک به آن‌ها، دیدگاه‌های مذهبی بیشتر جوامع شیعه شکل

بخش بزرگی از تغییرات کیفیت زندگی را پیش‌بینی نماید. در زمینه شناخت تأثیرات مذهبی و معنوی بر بیماری‌های مزمن، مطالعات چندی در سراسر جهان صورت گرفته است که بیشتر آن‌ها مؤید نقش مذهب در کیفیت زندگی این نوع بیماری‌ها می‌باشد. مثلاً در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۶ توسط کانادا^۶ و همکاران با هدف بررسی تأثیر میانجی‌گری روش‌های مقابله فعال بر ارتباط بین مذهب/معنویت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان صورت گرفت، نتایج حاکی از ارتباط معنادار بین مذهب/معنویت با کیفیت زندگی (t=۰/۲۵، p=۰/۰۱۲) در این بیماران بود (۲۵). مطالعه مشابهی توسط عاطف وحید و همکاران در ایران صورت گرفته است. در این مطالعه که بیماران آن از سه بیمارستان در تهران و اصفهان انتخاب شده‌اند، کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه مطالعه حاضر و مذهب با استفاده از پرسشنامه دیگری با عنوان پرسشنامه نگرش مذهبی مورد سنجش قرار گرفته است. در این مطالعه نیز اگرچه رابطه‌ای بین مقابله با سرطان و نگرش مذهبی یافت نگردید، رابطه بین نگرش مذهبی و کیفیت زندگی در سطح معنادار گزارش شد (۲۶).

بیماران مبتلا به سرطان دایماً در حال استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای معنوی و مذهبی در مواجهه با بیماری‌شان هستند (۱۲). این نوع فعالیت مذهبی با متغیرهای دیگری همچون خوش‌بینی، سازگاری روان‌شناختی، آسایش عاطفی، و احساس هدفمندی علاوه بر کیفیت زندگی در ارتباط است (۲۵، ۲۷ و ۲۸). با این وجود در برخی از مطالعات نیز رابطه معناداری بین عملکرد مذهبی و سرطان یافت نشده است. مثلاً در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۹ بر روی نجات‌یافتگان از سرطان پستان صورت گرفت نتایج حاکی از عدم وجود رابطه معنادار بین این دو بود (۲۹). توضیح احتمالی در این زمینه می‌تواند شامل حالت رفع موقت بیماری و احساس عدم عود آن از سوی بیماران باشد؛ اما مشاهده رابطه منفی بین این دو شاید غیرمنتظره باشد. در مطالعه‌ای که اخیراً توسط پایوا و همکاران صورت گرفته است، رابطه‌ای منفی بین عملکرد مذهبی و کیفیت زندگی قبل از شروع شیمی‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان یافت شده است که نیازمند ارزیابی‌های بیشتری است (۳۰). در زمینه رابطه مذهب و عملکردهای مذهبی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، دلیل چنین رابطه‌ای می‌تواند این باشد که برای بیمارانی که دارای تعهد درونی در مورد مذهب خود هستند یعنی مذهبشان را به خاطر ایمان و اعتقادشان قبول

⁶ Canada

محدودیت‌ها، مطالعه حاضر در مقایسه با مطالعات مشابهی که بیشتر از سؤالات غیر اختصاصی مرتبط با معنویت یا سلامت معنوی برای سنجش باورهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان در رابطه با کیفیت زندگی استفاده کرده اند (۲۵، ۲۸ و ۲۹) حائز اهمیت می‌باشد.

نتیجه گیری

به طور خلاصه مطالعه حاضر نشان داد که مذهب و سازه‌های تشکیل دهنده آن در حضور سایر عوامل دموگرافیک می‌توانند نقش قابل توجهی در پیش‌بینی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان ایفا نمایند و از آنجایی که جستجوی چنین روابطی در قالب مطالعات آینده‌نگر و طولی می‌تواند مهر تأییدی بر وجود این روابط می‌باشد، می‌توان با طراحی و اجرای مطالعات بیشتر در این زمینه و شناخت عوامل مؤثر و میانجی در کیفیت زندگی این بیماران، مداخلاتی را در زمینه بهبود کیفیت زندگی در این قشر آسیب‌پذیر جامعه تنظیم نمود و موفقیت‌های درمانی بیشتری را نصیب این دسته از بیماران ساخت. لیکن آنچه از نتایج این مطالعه قابل استنباط است نشان می‌دهد که باورها و تجارب مذهبی می‌توانند نقش تأثیرگذاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران ایفا نمایند و بنابراین شاید بتوان با تقویت این باورها و تجارب از طریق برگزاری برنامه‌ها و جلسات مذهبی برای بیماران مبتلا به سرطان و شناخت هر چه بیشتر روحیه و دیدگاه‌های مذهبی ایشان، گام‌های مؤثری در زمینه ارتقای کیفیت زندگی و حتی استفاده از این عقاید و تجارب به عنوان نوعی راهبرد درمانی برداشت.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری پرسنل زحمتکش بیمارستان کوثر قزوین و سایر همکارانی که امکان انجام این پژوهش را برای ما فراهم ساختند قدردانی می‌گردد.

References

- 1- World health organization online. Media center, Cancer key facts. Geneva. (Cited 2012 Jan. 9). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- 2- Boyle P, Levin B. World Cancer Report 2008. Geneva: WHO Press, IARC Publication; 2008.
- 3- Wiseman MJ. The World Cancer Research Fund Expert Report: the next steps. IARC Sci Publ 2002;156:523-4.
- 4- Bisht M, Bist SS, Dhasmana DC, Saini S. Quality of life as an outcome variable in the management of advanced cancer. Indian J Med Paediatr Oncol 2010; 31(4):121-5.
- 5- Bottomley A, Vachalec S, Bjordal K, Blazeby J, Flechtner H, Ruyskart P. The development and utilization of the European Organization for research and treatment of cancer quality of life group item bank. Eur J Cancer 2002; 38(12):1611-4.
- 6- Wedding U, Pientka L, Hoffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer: a short review. Eur J Cancer 2007; 43(15):2203-10.
- 7- Rajinikanth AM. Spiritual quality of life. Nurs J India 2006; 97(3):57-8.

گرفته است و این موضوع حتی در بین مسلمانان سنی بسیار کم‌رنگ‌تر به نظر می‌رسد. بنابراین به نظر می‌رسد برای اندازه‌گیری این ویژگی‌های خاص باید قدری اختصاصی‌تر عمل کرد و با تهیه ابزارهای مناسب که قابلیت سنجش چنین خصوصیتی را نیز داشته باشند، مؤلفه‌های بیشتری را در حوزه مذاهب مختلف و به طور اختصاصی مورد اندازه‌گیری قرار داد. همچنین استفاده از آنالیزهای پیشرفته‌تر و تحلیل روند برای تبیین روابط علت معلولی در مطالعات آتی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

مطالعه حاضر علاوه بر این که یک مطالعه مقطعی بود و امکان استنباط روابط علی از نتایج مطالعه میسر نیست، محدودیت‌های دیگری نیز داشت که در تفسیر نتایج می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. در این مطالعه داده‌ها فقط از یک بیمارستان در شهر قزوین جمع‌آوری شدند که با توجه به شیوه نمونه‌گیری آسان مورد استفاده در مطالعه، امکان تعمیم‌پذیری نتایج تا حد قابل توجهی کاهش می‌یابد. با این حال سعی شد با گرفتن نمونه از بیماران دچار سرطان‌های مختلف، قابلیت استفاده از نتایج برای کلیه بیماران مبتلا به سرطان بهبود یابد. محدودیت دیگر، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای بررسی کیفیت زندگی و باورهای مذهبی افراد است. اگرچه کاربرد چنین ابزارهایی برای سنجش چنین ویژگی‌هایی که حالت ذهنی بیشتری دارند ناگزیر به نظر می‌رسد، شاید بتوان با استفاده از ابزارهایی همچون مشاهده کیفیت عملی باورهای مذهبی بیمار و یا بررسی عملکرد روزمره بیمار از طریق خانواده یا پرسنل درمانی، شواهد قوی‌تری از وجود چنین روابطی را جستجو کرد. آخرین محدودیتی که در رابطه با این مطالعه شایان ذکر است، نقش متغیرهای دیگری همچون وضعیت سکونت افراد، وضعیت اجتماعی اقتصادی، حمایت اجتماعی و سایر متغیرهایی است که می‌توانند در تبیین نقش سایر متغیرها در کیفیت زندگی نقش بسزایی داشته باشند ولی در مطالعه ما مورد سنجش قرار نگرفتند و شاید بستر مناسبی برای پژوهش‌های آتی باشند. علی‌رغم وجود این

- 8- Delgado C. Sense of coherence, spirituality, stress and quality of life in chronic illness. *J Nurs Scholarsh* 2007;39(3):229-34.
- 9- Sartori P. Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care? *Nurs Times* 2010; 106(28):14-7.
- 10- Daaleman TP, VandeCreek L. Placing religion and spirituality in end-of-life care. *JAMA* 2000; 284(19):2514-7.
- 11- Hamrick N, Diefenbach MA. Religion and spirituality among patients with localized prostate cancer. *Palliat Support Care* 2006;4(4):345-55.
- 12- Mousavi SR, Akdari ME. Spirituality and religion in cancer. *Ann Oncol* 2010; 21(4):907-8.
- 13- Ahmad F, Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. *J Relig Health* 2011; 50(1):36-45.
- 14- Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain* 2005; 116(3):311-21.
- 15- Mann JR, Larimore W. Impact of religious attendance on life expectancy. *J Am Board Fam Med* 2006; 19(4):429-30; author reply 31-3.
- 16- Francis LJ, Robbins M, White A. Correlation between religion and happiness: a replication. *Psychol Rep* 2003; 92(1):51-2.
- 17- Dezutter J, Luyckx K, Bussing A, Hutsebaut D. Exploring the link between religious attitudes and subjective well-being in chronic pain patients. *Int J Psychiatry Med* 2009;39(4):393-404.
- 18- Krause N. Religious meaning and subjective well-being in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2003; 58(3):S160-70.
- 19- Bosworth HB. The importance of spirituality/religion and health-related quality of life among individuals with HIV/AIDS. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 5:S3-4.
- 20- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 3;85(5):365-76.
- 21- Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. 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* 1999; 7(6):400-6.
- 22- King MT. The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Qual Life Res* 1996; 5(6):555-67.
- 23- Koenig H, Parkerson GR, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry* 1997; 154(6):885-6.
- 24- Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. *Hayat* 2011;17(3):27-37. (in Persian)
- 25- Canada AL, Parker PA, de Moor JS, Basen-Engquist K, Ramondetta LM, Cohen L. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006; 101(1):102-7.
- 26- Atef-Vahid MK, Nasr-Esfahani M, Esfeedvajani MS, Naji-Isfahani H, Shojaei MR, Masoumeh YM, et al. Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *J Res Med Sci* 2011; 16(7):928-37.
- 27- Pearce MJ, Coan AD, Herndon JE, Koenig HG, Abernethy AP. Unmet spiritual care needs impact emotional and spiritual well-being in advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2011; 29.
- 28- Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology* 1999; 8(5):429-38.
- 29- Assimakopoulos K, Karaivazoglou K, Ifanti AA, Gerolymos MK, Kalofonos HP, Iconomou G. Religiosity and its relation to quality of life in Christian Orthodox cancer patients undergoing chemotherapy. *Psychooncology* 2009; 18(3):284-9.
- 30- Paiva CE, Paiva BS, de Castro RA, Souza CD, de Paiva Maia YC, Ayres JA, et al. A Pilot Study Addressing the Impact of Religious Practice on Quality of Life of Breast Cancer Patients during Chemotherapy. *J Relig Health* 2011; 20.
- 31- Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. *J Health Psychol* 2006; 11(5):743-59.
- 32- Penttinen HM, Saarto T, Kellokumpu-Lehtinen P, Blomqvist C, Huovinen R, Kautiainen H, et al. Quality of life and physical performance and activity of breast cancer patients after adjuvant treatments. *Psychooncology* 2011; 20(11):1211-20.
- 33- Keogh JW, Macleod RD. Body composition, physical fitness, functional performance, quality of life, and fatigue benefits of exercise for prostate cancer patients: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2012; 43(1):96-110.

Role of Religious Beliefs in Quality of Life of Patients with Cancer

Saffari M¹ (PhD), Zeidi IM² (PhD), Pakpour AH^{2*} (PhD)

¹ Department of Health Education, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Department of Public Health, Faculty of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Received: 21 Feb 2012, Accepted: 3 Sep 2012

Abstract

Introduction: The role of religious beliefs in treatment and coping with diseases, especially life-threatening diseases such as cancer, is an important issue. The aim of this study was to assess the relationship between religious beliefs with the quality of life in patients with cancer.

Methods: This descriptive analytical study was conducted on 189 patients with different types of cancer hospitalized in the Kosar hospital, Qazvin. Data were collected using the quality of life questionnaire (derived from the European organization for research and treatment of cancer), Karnofsky performance status, and the Duke University's religion index. The data were analyzed using the descriptive statistical tests and multiple regressions in the SPSS-20.

Results: One hundred and seven patients were male. Most of the patients suffered from gastrointestinal cancers (stomach cancer: 36.5% and esophagus cancer: 28.5%). The mean score for the patients' performance was 89.87 ± 15.61 . The mean score for the total quality of life among the patients was 5180 ± 28.30 (males: 53.17 ± 28.92 ; females: 50.93 ± 28.26). The highest score in the performance domain belonged to the patients' physical performance and the lowest score belonged to the total quality of life. In the signs and syndromes domain, the severe problem was for the economic impacts. The mean score for the religion index was 21.08 ± 4.69 (males: 20.81 ± 4.77 ; females: 21.38 ± 3.76). The multiple regression analysis revealed that the in presence of demographic characteristics and patients' performance score, religious beliefs significantly predicted quality of life. The regression model explained about 58% of variance in quality of life.

Conclusion: The results indicated that the religious beliefs could be related to the quality of life among patients with cancer. Reinforcing religious beliefs among patients with cancer may improve their quality of life.

Key words: religion, quality of life, cancer

Please cite this article as follows:

Saffari M, Zeidi IM, Pakpour AH. Role of Religious Beliefs in Quality of Life of Patients with Cancer. Hakim Research Journal 2012; 15(3): 243- 250.

*Corresponding Author: Department of Public Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. Tel: +98-281- 3338127, Fax: +98- 281- 3345862. E-mails: Pakpour_Amir@yahoo.com, apakpour@qums.ac.ir