

نقش معنا، صلح و ایمان در ابعاد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان

The Role of Meaning, Peace and Faith in Quality of Life Dimensions of Women with Cancer

Mehrnoush Hamzehlouiyani Mohammad Ali Besharat, PhD
PhD Candidate in Health Psychology
University of Tehran

محمدعلی بشارت
استاد گروه روان‌شناسی
دانشگاه تهران

مهرنوش حمزه‌لوئیانی
دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت
دانشگاه تهران

Abbas Rahiminezhad, PhD Hadi Zamanian, MD, PhD
University of Tehran Qom University of Medical Sciences

هادی زمانیان
استادیار گروه آموزش و ارتقای سلامت
دانشگاه علوم پزشکی قم

عباس رحیمی‌نژاد
استادیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه تهران

Hojatollah Farahani, PhD
Tarbiat Modares University

حجت‌اله فراهانی
استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین سهم معنا، صلح و ایمان به‌عنوان مؤلفه‌های سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نمونه‌برداری به روش غیرتصادفی هدفمند از میان بیماران در دسترس صورت گرفت و تعداد ۱۲۵ بیمار از ۳ بیمارستان شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند. پس از حذف داده‌های ناقص، در نهایت تعداد ۱۱۷ آزمودنی در تحلیل نهایی وارد شدند و به پرسشنامه اختصاصی کیفیت زندگی وابسته به سرطان پستان (بردی و دیگران، ۱۹۹۷) و مقیاس بهزیستی معنوی-ارزیابی عملکرد در درمان بیماری‌های مزمن (پترمن و دیگران، ۲۰۰۲) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه تحلیل شد. نتایج نشان داد که تمامی جنبه‌های معنویت با ابعاد کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار دارند، به‌جز ایمان که با ابعاد اجتماعی، زیرمقیاس بازو و کیفیت زندگی اختصاصی سرطان پستان رابطه معنادار نشان نداد. از میان این سه جنبه، صلح بالاترین میزان همبستگی را با پیامدها داشت، اگرچه معنا رابطه بیشتری را فقط با کیفیت زندگی اجتماعی نشان داد. در نهایت، صلح به‌تنهایی در پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی نقش داشت و دو بعد دیگر قادر به پیش‌بینی معنادار کیفیت زندگی کلی نبودند. بر اساس یافته‌های این پژوهش، معنویت می‌تواند بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اثر بگذارد. بنابراین، توجه به معنویت در مراقبت از این افراد، اهمیت بسیاری دارد؛ به‌ویژه توجه به بعد هیجانی آن یعنی صلح که می‌تواند هسته مداخله‌های روان‌شناختی با جهت‌گیری معنوی باشد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، کیفیت زندگی، معنویت

Abstract

The aim of this study was to examine the contribution of meaning, peace and faith as spiritual health components in explaining the quality of life (QoL) of patients with breast cancer. One hundred and twenty five patients from 3 hospitals in Tehran participated in this study. After deletion of incomplete data, the data of 117 participants entered in the final analysis. The participants completed the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B; Brady et al., 1997) and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (FACIT-sp; Peterman et al., 2002). The data were analyzed using Pearson correlation test and multiple linear regression. The results indicated that all aspects of spirituality had positive and significant relationship with quality of life, except for faith which did not have relationship with social, arm and breast cancer-specific domains. Among three aspects of spirituality, peace had the highest association with the outcomes, although meaning had the highest relationship with patients' social quality of life. Finally, peace had the most prominent contribution in predicting the overall quality of life. The findings suggest that spirituality may affect patients' quality of life. Therefore, spirituality is very important in the care of patients with breast cancer, particularly the affective aspect of spirituality (peace) can be the focus of spiritually oriented psychological interventions.

Keywords: breast cancer, quality of life, spirituality

received: 27 July 2018

accepted: 07 April 2019

Contact information: besharat@ut.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۰۵

پذیرش: ۱۳۹۸/۰۱/۱۸

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران است.

بیشتری پیش‌بینی می‌کنند (منتظری، ۲۰۰۸). در بررسی مفهوم کیفیت زندگی دو نکته اساسی یعنی بعد فرهنگی-اجتماعی و بعد فردی را باید در نظر داشت. بنابراین، کیفیت زندگی مفهومی چندوجهی، نسبی، متأثر از زمان، مکان و ارزش‌های فردی و اجتماعی است که در هر فرد، تحت تأثیر خصوصیات زمینه‌ای، وضعیت اجتماعی، فرهنگی و محیطی او قرار دارد (کینگ و هاینز، ۲۰۰۳). در ایران، بافت مذهبی و ایمانی به‌عنوان مهم‌ترین عامل فرهنگی-اجتماعی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد که این لزوماً همسو با یافته‌های غربی نیست. برای مثال، هرنیدی و دیگران (۲۰۱۰) نشان دادند که معنویت، اولین منبع حمایت روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان است. آن‌ها دریافتند که اگرچه تقریباً تمامی شرکت‌کنندگان، علت سرطان‌شان را خواست خداوند می‌دانند، با وجود این، فعالانه درمان‌های پزشکی را ادامه می‌دهند. این مسئله به‌طور شگفت‌آوری مخالف با یافته‌های فرهنگ غربی است که در آن اعتقاد به مسند مهارگری بیرونی سلامت^۴، شرکت در فعالیت‌های غربالگری، تشخیص و درمان را کاهش می‌دهد (گولیت، ۲۰۰۶). بنابراین، نظریه‌های جوامع غربی لزوماً قادر به تبیین کیفیت زندگی بیماران سرطانی در ایران نیستند. مهم‌تر آنکه نشانه‌های پریشانی روان‌شناختی^۵ و دغدغه‌های هستی‌نگر^۶ در این بیماران، از درد و نشانه‌های جسمانی دیگر شایع‌تر است (پورتنوی و کن، ۲۰۰۳). به نظر می‌رسد ماهیت تهدیدکننده سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد (دکا، مامدی، مانا، ترویدی و آکایل، ۲۰۱۶). از سوی دیگر، بیماری که احساس می‌کنند نیازهای مذهبی، هیجانی و هستی‌نگر آن‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرد، بیشتر احتمال دارد که به درمان‌های تأیید نشده مکمل یا جایگزین روی آورند (لیسی و ساندرسون، ۲۰۱۰؛ هسیانو و دیگران، ۲۰۰۸).

معنویت همچون آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است و احساس عمیقی از وحدت یا پیوند با کائنات را به‌وجود می‌آورد (الکینز، ۱۹۹۸). بیماری‌های ناتوان‌کننده و مزمن مانند سرطان، فرد را با چالش‌هایی درباره معنا و هدف زندگی مواجه می‌کنند (ماوک و اشمیت، ۲۰۰۴) و از آنجا که معنویت و مذهب

بیماری سرطان یکی از جدی‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت طی دهه‌های اخیر است که ۱۲ درصد از نرخ مرگ و میر جهان را به خود اختصاص می‌دهد (سازمان جهانی سلامت، ۲۰۱۲). یکی از انواع سرطان‌ها، سرطان پستان است که با تغییرات رشد خارج از کنترل سلول‌ها در بافت پستان تعریف می‌شود. این رشد غیرطبیعی، در غدد تولیدکننده شیر یا در مجاری مرتبط‌کننده لوبول‌ها^۱ به نوک پستان ایجاد می‌شود (آلرد، ۲۰۱۰). بیماران مبتلا به سرطان پستان، در صورت درمان مناسب، طول عمر طبیعی خواهند داشت (فرج‌اللهی، حیدری، محمدیان، شیرازی و سنجر، ۱۳۸۹).

پراسرتسری، هولدن، کیف و ویلکی (۲۰۱۱) معتقدند بیماری سرطان زندگی فرد مبتلا را در چهار بعد روان‌شناختی، اجتماعی، جسمانی و معنوی تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو، کیفیت زندگی^۳ مبتلایان به سرطان به‌شدت تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد. از آنجا که توسعه و پیشرفت فناوری‌های تشخیص و درمان سرطان موجب افزایش طول عمر این گروه از بیماران شده، یکی از مهم‌ترین جنبه‌ها در مراقبت از بیماران سرطانی، بالا بردن کیفیت زندگی آن‌ها است. سازمان جهانی سلامت (۲۰۰۴) نقل از پست، (۲۰۱۴) کیفیت زندگی را برداشت شخصی یک فرد از موقعیت زندگی‌اش، با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کند و نیز رابطه آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و احتیاجاتش تعریف کرده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بالاتر، موجب کاهش تنیدگی و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری‌های جسمانی می‌شود (اکبری، اسدی‌لاری، اکبری، موسوی و موسوی، ۲۰۱۰). همچنین امید به بهبود و ادامه زندگی در بیمارانی که کیفیت زندگی خوبی دارند، بالاتر است (حجتی و دیگران، ۲۰۱۰).

بر اساس پژوهش‌ها، کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌تواند تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی گوناگون قرار بگیرد. در مجموع این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که متغیرهای روان‌شناختی در مقایسه با متغیرهای جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی را با قدرت

1. World Health Organization (WHO)
2. lobules

3. quality of life
4. external health locus of control

5. psychological distress
6. existential concerns

گنزالس و دیگران، ۲۰۱۴؛ لازنبی و خطیب، ۲۰۱۲؛ ولوروپالی و دیگران، ۲۰۱۲) و سایر بیماری‌های مزمن (جعفری، فرج‌زادگان، لقمانی، مجلسی و جعفری، ۲۰۱۴) نشان داده‌اند. پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که در برخی فرهنگ‌ها، ابعادی از معنویت با ابعادی از کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان رابطه منفی دارد (چنگ و دیگران، ۲۰۱۹). همچنین بر اساس پژوهش شین و دیگران (۲۰۱۸)، معنویت در پیش‌بینی پیامدهای سلامت مانند افزایش طول عمر بیماران سرطانی نقشی ندارد. افزون بر آن، وابستگی دینی (مانند کاتولیک بودن) می‌تواند در تأثیر معنویت بر پیامدهای سلامت نقش اساسی ایفا کند (یون و دیگران، ۲۰۱۸). از آنجا که معنویت می‌تواند در مقابله با چالش‌های هستی‌نگر برآمده از تجربه سرطان نقشی اساسی داشته باشد، بررسی میزان این نقش یک ضرورت پژوهشی مهم به حساب می‌آید. در نتیجه، هدف از این پژوهش، تعیین سهم ابعاد سلامت معنوی در پیش‌بینی ابعاد متفاوت کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان با در نظر گرفتن معنویت در سه بعد معنا، صلح و ایمان (پترمن، فیشت، بردی، هرماندز و سلا، ۲۰۰۲؛ جعفری و دیگران، ۲۰۱۰) بود. بنابراین، این پژوهش درصدد پاسخگویی به این پرسش است که معنویت تا چه اندازه می‌تواند ابعاد کیفیت زندگی زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان را تبیین کند و کدامیک از ابعاد آن نقش مؤثرتری در پیش‌بینی کیفیت زندگی آن‌ها دارد؟ تعیین سهم هر یک از ابعاد معنویت در پیش‌بینی اجزای کیفیت زندگی منجر به درک بیشتر روان‌شناسان از تعامل بین نیازهای هستی‌نگر معنوی این بیماران با ابعاد مختلف زندگی‌شان می‌شود. همچنین با توجه به نیاز این بیماران برای استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی، پاسخ به این پرسش‌ها می‌تواند نقش مهمی در تدوین مداخله‌های مؤثر برای این بیماران داشته باشد.

روش

این پژوهش یک بررسی توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران تشکیل می‌دادند. نمونه‌برداری به روش غیرتصادفی هدفمند از میان

از منابع مهم معنا در زندگی هستند (ونگ، ۲۰۰۹، ۲۰۱۱)، دور از انتظار نیست که ۵۰ تا ۹۵ درصد بیماران سرطانی، دینداری/معنویت را از نظر شخصی با اهمیت بدانند (ترو و دیگران، ۲۰۰۵). بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته اغلب گزارش می‌کنند که دین یا معنویت از طریق تأمین امید (فانوس، گلیناس، فاستر، پاستون و میلر، ۲۰۰۸) و معنا (لین‌گال و کرنبلت، ۲۰۰۲) نقشی کلیدی در تجربه آن‌ها از بیماری ایفا می‌کند. به همین دلیل امروزه بسیاری از پزشکان معتقدند که ایمان و معنویت، منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود افراد است و توجه به مسائل معنوی بیماران در فرایند درمان را ضروری می‌دانند (ریچارد، هاردمن و برت، ۲۰۰۷). مقابله مذهبی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان، در حفظ اعتماد به خود، احساس معنا و هدف بخشیدن، آرامش روانی و ایجاد حس امید در آن‌ها مؤثر بوده است که این عوامل از مؤلفه‌های سلامت روانی به‌شمار می‌روند (العطی و ناگا، ۲۰۱۴). مداخله‌های روان‌شناختی که این دسته از نیازهای بیماران مبتلا به سرطان را مورد توجه قرار می‌دهند می‌توانند باعث بالا رفتن کیفیت زندگی آن‌ها شوند (بهمنی، اعتمادی، شفیع‌آبادی، دلاور و قبری‌مطلق، ۱۳۸۹). همچنین معنویت اثری قوی بر کاهش ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (مک‌کلین، روزنفیلد و بریتبارت، ۲۰۰۳) و درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که تحت مراقبت تسکینی^۱ قرار دارند از باورهای مذهبی/معنوی برای مقابله با سرطان استفاده می‌کنند (ولوروپالی و دیگران، ۲۰۱۲). باورهای مذهبی همچنین با رشد پس‌ضربه‌ای^۲ در بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد (شامکوئیان، لطفی‌کاشانی، وزیری و اکبری، ۱۳۹۳).

بسیاری از پژوهش‌ها، رابطه میان ابعاد گوناگون معنویت با کیفیت زندگی و سلامت روانی را در بیماران مبتلا به سرطان (بالجانی، خشابی، امانپور و عظیمی، ۱۳۹۰؛ بای، لازنبی، جئون، دیکسن و مک‌کارکل، ۲۰۱۵؛ تاراکشوار و دیگران، ۲۰۰۶؛ تینگ، لوست، کارور، کانادی و کیم، ۲۰۱۹؛ جیمز-فونسکا و دیگران، ۲۰۱۷؛ سالزمن و دیگران، ۲۰۱۵؛ طالقانی، یکتا و نصرآبادی، ۲۰۰۶؛ کانادا، مورفی، استاین، الکازار و فیشت، ۲۰۱۹؛ کانادا، مورفی، فیشت و استاین، ۲۰۱۶؛ کانتد، پوسامی و مید، ۲۰۱۸؛

پاسخ‌گویی شرکت‌کنندگان، یک پرسشگر آموزش‌دیده در دسترس بیماران بود تا به ابهامات احتمالی آن‌ها در مورد نحوه پاسخ‌گویی به پرسش‌ها پاسخ دهد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد:

ارزیابی عملکردی درمان سرطان-پستان^۲ (بردی و

دیگران، ۱۹۹۷). این پرسشنامه که خودگزارش‌دهی و برای مصاحبه طراحی شده است، ۴۳ ماده (۴۱ ماده نمره‌دار) دارد و دارای شش بعد جسمانی^۳ (۷ ماده)، اجتماعی-خانوادگی^۴ (۷ ماده) و یک ماده اضافی^۵ (۶ ماده)، عملکردی^۶ (۷ ماده) زیرمقیاس سرطان پستان (۱۰ ماده) و زیرمقیاس بازو^۷ (۴ ماده) و یک ماده اضافی^۸ است. چهار زیرمقیاس اول، مقیاس ارزیابی عملکردی درمان سرطان-عمومی^۸ نام دارند. این پرسشنامه به راحتی قابل درک است و در زمان کوتاهی (۱۰-۱۵ دقیقه) تکمیل می‌شود. در این پرسشنامه به گزینه‌های به هیچ وجه، خیلی کم، کمی، زیاد و خیلی زیاد، به ترتیب صفر، ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره تعلق می‌گیرد. حداقل نمره برای همه زیرمقیاس‌ها صفر است. در زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی-خانوادگی و سلامت عملکردی حداکثر نمره ۲۸، در زیرمقیاس‌های سلامت هیجانی، سرطان پستان و بازو حداکثر نمره به ترتیب برابر ۲۴، ۴۰ و ۱۶ و در مورد کیفیت کلی زندگی، حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۱۶۴ است. بردی و دیگران (۱۹۹۷)، همسانی درونی کل را ۰/۹۰، و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۳ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین روایی همگرا و واگرایی آن را با استفاده از پرسشنامه شاخص عملکرد زندگی-سرطان (شپیرو و دیگران، ۱۹۸۴) مورد تأیید قرار دادند. کاستر، پول و فالفیلد (۲۰۰۱) در ارزیابی مجدد این ابزار، همسانی درونی را به روش آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۲ تا ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی کل را برابر با ۰/۹۷ گزارش کردند. آن‌ها نشان دادند که این ابزار می‌تواند در بیماران دارای وضعیت‌های متفاوت و نیز در قبل و بعد از اخذ درمان‌های مرتبط با بازو، به میزان مطلوبی تفاوت کیفیت زندگی را در ابعاد مختلف نشان دهد. در ایران نیز پاتو،

بیماران در دسترس انجام شد. از میان افرادی که با نتایج نمونه‌برداری، تصویربرداری‌ها و با تأیید پزشک، تشخیص قطعی سرطان پستان را دریافت کرده و علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند، ۱۲۵ بیمار زن از سه بیمارستان شهر تهران انتخاب و در این پژوهش شرکت کردند. پس از حذف داده‌های ناقص، در نهایت تعداد ۱۱۷ آزمودنی در تحلیل نهایی وارد شدند. از دیگر ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: داشتن توانایی خواندن و نوشتن، صحبت به زبان فارسی و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل درجه بیماری سه به بالا، دریافت همزمان مداخله‌های روان‌شناختی، بلا تکلیفی در تشخیص سرطان، ناتوانی ذهنی یا جسمانی آشکار، ابتلا به اختلال‌های روان‌گسسته‌وار^۱، تحت مراقبت‌های تسکینی قرار داشتن، انجام جراحی در کمتر از یک ماه گذشته، ناتوانی در جلب رضایت آگاهانه به مشارکت در پژوهش و ناتوانی جسمانی در زمان پر کردن پرسشنامه‌ها بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۶/۷ با انحراف استاندارد ۹/۱ و دامنه سنی ۱۹ تا ۷۶ سال بود. همچنین بیشتر شرکت‌کنندگان تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم داشته (۸۲٪)، متأهل (۸۱/۲٪) و ساکن مناطق شهری (۸۴/۶٪) بودند. از نظر بالینی نیز بیشتر افراد گروه نمونه در مرحله سرطان دو، سه یا چهار قرار داشتند (۳۵/۹٪)، بین یک تا شش ماه از تشخیص سرطان آن‌ها می‌گذشت (۵۹/۸٪)، دارای متاستاز نبودند (۳۸/۵٪) و شیمی‌درمانی آن‌ها به پایان رسیده بود (۴۲/۷٪).

در تمامی مراحل اجرا و جمع‌آوری داده‌های پژوهش، اصل محرمانه بودن همه اطلاعات آزمودنی رعایت شد و این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که اطلاعات آن‌ها بدون ذکر نام مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین پیش از ارائه پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها، فرم رضایت‌نامه برای شرکت در پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در از پژوهش، می‌توانند هر زمان که خواستند از مشارکت در این طرح انصراف دهند. در تمام مدت

1. psychotic

2. Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast (FACT-B)

3. physical

4. social-family

5. emotional

6. functional

7. arm

8. Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)

یافته‌ها

جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. میانگین کیفیت زندگی عمومی نمونه برابر با ۶۶/۱۷±۲۵/۶۷ بود. این میزان برای زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی جسمانی، اجتماعی، هیجانی و عملکردی به ترتیب برابر با ۱۶/۶۳±۶/۷۸، ۱۸/۵۰±۳/۳۵، ۱۴/۴۹±۵/۳۸ و ۱۷/۱۵±۲۷/۲ بود. همچنین، میانگین زیرمقیاس بازو، کیفیت زندگی اختصاصی سرطان پستان و کیفیت زندگی کل سرطان پستان به ترتیب برابر با ۸۷/۲۱±۷۲/۴۷، ۱۳/۵۰±۳/۳۵ و ۲۱/۴۷±۵/۳۹ و نیز برابر با ۳۱/۰۵±۷/۵۸ بود. همچنین، میانگین زیرمقیاس‌های معنا، صلح و ایمان به ترتیب برابر با ۱۰/۳±۹۶/۲۹، ۸/۳±۸۱/۳۶ و ۱۱/۲۸±۳/۳۳ بود. قدرمطلق کجی و کشیدگی تمامی متغیرهای پژوهش نیز به ترتیب کمتر از ۳ و کمتر از ۷ بود که شرط نرمال بودن داده‌ها را برآورده کرد (بایرن، ۲۰۱۰).

جدول ۱

آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SEM	SD	کجی کشیدگی
کیفیت زندگی جسمانی	۱۶/۶۳	۳/۶	۶/۷۸	-۰/۷۹۲
کیفیت زندگی اجتماعی	۱۸/۵۰	۵۰	۳/۳۵	-۰/۸۵۱
کیفیت زندگی هیجانی	۱۴/۴۹	۵۰	۵/۳۸	-۰/۳۵۵
کیفیت زندگی عملکردی	۱۷/۲۷	۰/۴۸	۱۵/۲	-۰/۲۰۲
کیفیت زندگی عمومی	۶۶/۲۵	۱/۶۳	۱۷/۶۷	-۰/۴۸۶
کیفیت زندگی زیرمقیاس بازو	۱۳/۵۰	۰/۴۹	۳/۳۵	-۰/۷۸۰
کیفیت زندگی اختصاصی سرطان پستان	۲۱/۴۷	۵۰	۵/۳۹	-۰/۴۴۳
کیفیت زندگی کل سرطان پستان	۸۷/۷۲	۱/۹۸	۲۱/۴۷	-۰/۵۳۵
معنا	۱۰/۹۶	۰/۳۰۴	۳/۲۹	-۰/۸۳۱
صلح	۸/۸۱	۰/۳۱	۳/۳۶	-۰/۲۵۱
ایمان	۱۱/۲۸	۱/۳	۳/۳۳	-۰/۶۰۷
سلامت معنوی	۳۱/۰۵	۱/۷	۷/۵۸	-۰/۵۶۰

اللهمیاری، مرادی و پایند (۲۰۱۵)، روایی همگرا و افتراقی این ابزار را با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان اروپایی پژوهش و درمان سرطان^۱ (ارونسون و دیگران، ۱۹۹۳) و مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۲ (زیگموند و اسنیت، ۱۹۸۳) مورد تأیید قرار دادند. همچنین همسانی درونی آن را به روش آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۳ و همسانی درونی کل را ۰/۹۲ گزارش کردند. در این پژوهش همسانی درونی بعد جسمانی ۰/۶۵، هیجانی ۰/۸۷، عملکردی ۰/۷۳، زیرمقیاس سرطان پستان ۰/۷۴، زیرمقیاس بازو ۰/۶۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس ارزیابی عملکردی درمان بیماری‌های

مزمن-بهبزبستی معنوی^۳ (پترمن و دیگران، ۲۰۰۲). این ابزار دارای ۱۲ ماده و سه زیرمقیاس معنا^۴ (۴ ماده)، صلح^۵ (۴ ماده) و ایمان^۶ (۴ ماده) جهت اندازه‌گیری سلامت معنوی است. ماده‌های این ابزار روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌های هر یک از زیرمقیاس‌ها بین صفر تا ۱۶ و کل مقیاس بین صفر تا ۴۸ متغیر است و نمره بالاتر بر سلامت معنوی بهتر دلالت دارد. پترمن و دیگران (۲۰۰۲)، همسانی درونی پرسشنامه را بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. همچنین تحلیل عاملی تأییدی و روایی همگرا با ماده‌های برگزیده از پرسشنامه‌های متعدد معنویت/دینداری در پژوهش آن‌ها نشان داد که این ابزار دارای روایی سازه و روایی همگرایی مطلوبی است.

ناگوچی و دیگران (۲۰۰۴)، در پژوهشی بر روی بیماران مبتلا به سرطان همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش و روایی سازه آن را از طریق تحلیل عاملی، و روایی افتراقی آن را با استفاده از آزمون اضطراب و افسردگی بیمارستانی تأیید کردند. جعفری و دیگران (۲۰۱۳)، روایی سازه این پرسشنامه شامل سه زیرمقیاس صلح، معنا و ایمان را با استفاده از تحلیل عاملی مورد تأیید قرار دادند و همسانی درونی آن‌ها را از ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. در این پژوهش همسانی درونی زیرمقیاس صلح ۰/۸۵، ایمان ۰/۷۱، معنا ۰/۷۸ و کل ۰/۸۸ به دست آمد.

1. The European Organization For Research And Treatment Of Cancer Quality Of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)

2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
3. Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp)

3. meaning
4. peace
5. faith

نیز مثبت معنادار است ($r=0/58, P<0/01$). سلامت معنوی نیز با تمامی زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار دارد که کمترین آن با زیرمقیاس بازو ($r=0/25, P<0/01$) و بیشترین آن با کیفیت زندگی عملکردی ($r=0/56, P<0/01$) است.

روابط بین معنویت و ابعاد کیفیت زندگی در جدول ۲ نشان داده شده است. بر مبنای این جدول، سلامت معنوی با کیفیت زندگی عمومی بیماران همبستگی مثبت معناداری دارد ($P<0/01$)، این میزان برای کیفیت زندگی کلی بیماران سرطانی ($r=0/60$) است.

جدول ۲

ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

کیفیت زندگی							
متغیر	جسمانی	اجتماعی	هیجانی	عملکردی	عمومی	زیرمقیاس بازو اختصاصی سرطان	کل سرطان پستان
معنا	0/28**	0/49**	0/37**	0/43**	0/49**	0/18*	0/48**
صلح	0/38**	0/40**	0/52**	0/55**	0/59**	0/22*	0/59**
ایمان	0/23*	0/13	0/22*	0/30**	0/29**	0/17	0/25**
سلامت معنوی	0/39**	0/44**	0/49**	0/56**	0/60**	0/25**	0/58**

** $P < 0/01$ * $P < 0/05$

جدول ۳ پارامترهای برآوردشده آزمون رگرسیون خطی چندگانه به روش استاندارد را با ورود متغیرهای معنا، صلح و ایمان برای پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی نشان می‌دهد. پیش از اجرای آزمون رگرسیون، پیش‌فرض‌های رگرسیونی تأیید شد. همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد، با وجود همبستگی بین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت معنوی، شاخص‌های تعیین هم‌خطی بین متغیرهای مستقل نشانگر عدم وجود هم‌خطی در مدل رگرسیونی است. بر اساس نتایج، معنا، صلح و ایمان به‌عنوان منابع هستی‌نگر حدود ۳۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی کلی را تبیین کردند. از میان سه متغیر مستقل، فقط صلح تأثیر مستقیم و مثبت بر کیفیت زندگی کلی داشت ($P < 0/001$)، اما تأثیر ایمان و معنا بر کیفیت زندگی کلی معنادار نبود.

بر اساس جدول ۲، معنا در زندگی با کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی کلی و نیز زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی جسمانی، اجتماعی، هیجانی، عملکردی و زیرمقیاس بازو رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین، بین صلح و کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی کلی و زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی جسمانی، اجتماعی، هیجانی، عملکردی و زیرمقیاس بازو رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین بین ایمان و کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی کلی و زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی جسمانی، هیجانی و عملکردی رابطه مثبت معناداری وجود دارد اما بین ایمان و کیفیت زندگی اجتماعی، زیرمقیاس بازو و کیفیت زندگی اختصاصی سرطان پستان همبستگی معناداری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۳

رگرسیون خطی چندگانه در پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی بر مبنای معنا، صلح و ایمان

متغیرهای مستقل	β	t	Sig	\underline{T}	\underline{VIF}	R	R^2_{adj}	F	p
عدد ثابت		6/067	0/001			0/62	0/37	23/401	0/001
معنا	0/18	1/957	0/053	0/624	1/601				
صلح	0/46	5/034	0/001	0/650	1/527				
ایمان	-0/09	1/222	0/224	0/913	1/095				

متغیر وابسته: کیفیت زندگی کل دوربین-واتسون=2/180 ضریب وضعیت=1/0543

بحث

این پژوهش با هدف تعیین سهم معنا، صلح و ایمان به عنوان مؤلفه‌های سلامت معنوی در تبیین کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که بین تمامی جنبه‌های معنویت با کیفیت زندگی و ابعاد آن در این دسته از بیماران رابطه مثبت وجود دارد، به جز ایمان که با ابعاد کیفیت زندگی اجتماعی، مقیاس بازو و کیفیت زندگی اختصاصی سرطان پستان رابطه نداشت. در ادامه، یافته‌های همبستگی و رگرسیونی نشان داد که از میان جنبه‌های مختلف معنویت، صلح بیشترین میزان همبستگی را با ابعاد گوناگون کیفیت زندگی به خصوص کیفیت زندگی جسمی دارا بود و به‌تنهایی در پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی سرطان پستان نقش داشت. با وجود این، معنا رابطه بیشتری با کیفیت زندگی اجتماعی نشان داد.

یافته‌های این پژوهش همسو با یافته‌های بای و دیگران (۲۰۱۵) است که دریافتند زیرمقیاس‌های معنا و صلح تبیین‌کننده کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان هستند، اما ایمان تنها در زمان ابتدایی پس از تشخیص و نه در چهار و شش ماه بعد، با کیفیت زندگی رابطه نشان می‌دهد. در پژوهش‌های انجام شده روی بیماران دیابتی (جعفری و دیگران، ۲۰۱۴) و سرطانی (لازنبی و خطیب، ۲۰۱۲) نیز تنها دو زیرمقیاس صلح و معنا با کیفیت زندگی بیماران رابطه معنادار داشتند. همچنین یافته‌های این پژوهش با بررسی بالجانی و دیگران (۱۳۹۰) و کانتد و دیگران (۲۰۱۸) که وجود رابطه مثبت میان معنویت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را گزارش کرده بودند، همخوانی دارد.

از سوی دیگر پژوهش کانادا و دیگران (۲۰۱۶) نشان داد که ایمان می‌تواند با واسطه‌گری معنا، عملکرد ذهنی بیماران نجات‌یافته از سرطان را تبیین کند. همچنین، ایمان از طریق معنا و صلح، عملکرد جسمانی بیماران را نیز تبیین می‌کند. در این پژوهش نیز ایمان رابطه مثبت معناداری با کیفیت زندگی جسمانی نشان داد، اما در تحلیل رگرسیونی نتوانست در تبیین کیفیت زندگی کل تأثیر معناداری از خود نشان دهد. بررسی‌های تحلیل عاملی روی مؤلفه‌های ایمان، صلح و معنا در بیماران

سرطانی نشان داده‌اند که ابعاد معنا و صلح یک مؤلفه‌ی مشترک را تشکیل می‌دهند (جیمز-فونسکا و دیگران، ۲۰۱۷). افزون بر آن، مؤلفه ترکیبی معنا/ صلح بالاتر و بهتر از ایمان می‌تواند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را تبیین کند به طوری که این رابطه پس از کنترل ایمان برقرار می‌ماند (گنزالس و دیگران، ۲۰۱۴). همخوان با یافته‌های این پژوهش، نتایج پژوهش چنگ و دیگران (۲۰۱۹) نیز نشان داده است که دو بعد صلح و معنا بیشترین تأثیر را در پیش‌بینی کیفیت زندگی مطلوب در بیماران سرطانی چینی دارند، اگرچه ایمان با برخی ابعاد کیفیت زندگی این بیماران رابطه منفی دارد. بر اساس این نتایج، اثر معنویت در کیفیت زندگی، بیشتر مبتنی بر دو جنبه معنا و صلح است.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌هایی که به بررسی اثر معنویت در پیامدهای روان‌شناختی بیماران سرطانی پرداخته‌اند نیز همسو بود (برای مثال مک‌کلین و دیگران، ۲۰۰۳). همچنین، تأمین امید (فانوس و دیگران، ۲۰۰۸) و معنا (لین‌گال و کرنلنت، ۲۰۰۲) از جمله کاردهای دین و/ یا معنویت است که بنابر گزارش بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، اغلب نقش کلیدی در تجربه آن‌ها از بیماری ایفا می‌کند و می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی آن‌ها شود. درصد قابل توجهی از بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که تحت مراقبت تسکینی قرار دارند نیز از بیماران از باورهای مذهبی/ معنوی برای مقابله با سرطان استفاده می‌کنند؛ بنابراین سبک مقابله مذهبی/ معنوی با کیفیت زندگی بهتر در این بیماران رابطه دارد (ولوروپالی و دیگران، ۲۰۱۲). با توجه به این نتایج، معنویت در تجربه زندگی با بیماری‌های مزمن به خصوص سرطان از اهمیت بسیاری برخوردار است.

این پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان، بیشترین رابطه را با ابعاد معنا و صلح دارد و صلح به‌تنهایی مهم‌ترین جنبه معنوی در تبیین کیفیت زندگی کلی بالای آن‌ها است. معنا نیز با هدف زندگی مرتبط است و خلأ هستی‌نگر را در زندگی فرد پر می‌کند، به‌ویژه وقتی رویدادی مثل بیماری تهدیدکننده زندگی، دنیای فرد را در هم بریزد چارچوبی برای درک وقایع پیرامون در اختیارش قرار می‌دهد (ونگ، ۲۰۰۹). صلح جنبه عاطفی-هیجانی معنویت است که فرد را در حالت‌های راحتی و آرامش قرار می‌دهد (پترمن و دیگران، ۲۰۰۲). سالزمن

و دیگران (۲۰۱۵) نیز نشان دادند که جنبه‌های هیجانی معنویت و دین‌داری با ایجاد حالات آرامش، صلح و راحتی، بیشترین سهم را در پیش‌بینی وضعیت مطلوب سلامت دارند.

معنویت به‌عنوان منبع روان‌شناختی از پیش موجود در بیماران سرطانی، در گذر از سیر بیماری به چهار دسته طبقه‌بندی می‌شود که عبارت‌اند از: بالا-پایدار تا ۶۰ درصد، متوسط-پایدار تا ۳۳ درصد، پایین-پایدار تا ۱۶ درصد و رو به زوال تا ۱۰ درصد بیماران (کانادا و دیگران، ۲۰۱۹). این یافته نشان داد که میزان اولیه منبع روان‌شناختی معنویت در سیر بیماری تاحدی پایدار باقی می‌ماند و به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک می‌کند (کانادا و دیگران، ۲۰۱۹). حتی زمانی که مراقبین فرد دارای سرطان، به‌خصوص همسر، نمره بالاتری در صلح داشته باشند، به دنبال فوت فرد بیمار تحت مراقبت، پریشانی کمتری را تجربه می‌کنند (تینگ و دیگران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، تعداد اندکی از بیماران مبتلا به سرطان، در جریان سیر بیماری دچار زوال معنوی می‌شوند که احتمالاً به‌علت ابعاد مرتبط بیماری مانند عود، متاستاز و ابتلای همزمان به چند سرطان است. (کانادا و دیگران، ۲۰۱۹). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که رسیدگی و توجه مستمر به نیازها و دغدغه‌های معنوی بیماران و مراقبین آن‌ها، از ابتدای تشخیص سرطان و در سیر درمان گامی مهم در افزایش کیفیت زندگی، ابعاد روانی-اجتماعی و حتی سلامت جسمانی آن‌ها است.

به دلیل روش‌شناسی مقطعی، نتایج این پژوهش باید با احتیاط تفسیر شود. از این‌رو در پژوهش‌های آتی می‌توان با استفاده از بررسی‌های طولی به درک عمیق‌تر و دقیق‌تری از چگونگی تأثیرگذاری ابعاد معنویت روی کیفیت زندگی بیماران سرطانی در طول سیر بیماری‌شان رسید. همچنین، از آنجا که در این پژوهش تنها به سه مؤلفه ایمان، صلح و معنا پرداخته شده است، به‌کارگیری ابزارهای معنویت متفاوت و پرداختن به سایر ابعاد معنویت می‌تواند مفهوم‌پردازی‌ها و چارچوب‌های نظری متفاوت در این حیطة را به‌خدمت بگیرد تا سهم ابعاد و مؤلفه‌های معنویت در کیفیت زندگی بیماران سرطانی بیشتر مشخص شود.

جامعه آماری این پژوهش، متشکل از زنان بود و نتایج آن

قابل تعمیم به جمعیت مردان مبتلا به سرطان نیست. پژوهش‌های آتی می‌توانند با تمرکز بر مؤلفه ایمان، به تأثیر و نقش آن در بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی به‌ویژه زنان مبتلا به سرطان پستان پردازند. یک احتمال این است که ایمان می‌تواند با واسطه‌گری معنا و صلح، بر پیامدهای کیفیت زندگی اثر بگذارد (کانادا و دیگران، ۲۰۱۶). در این پژوهش رابطه بین مؤلفه‌های معنویت بررسی نشد، بنابراین پژوهش‌های آتی می‌توانند روی رابطه علی ابعاد معنویت با یکدیگر تمرکز کنند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که جمعیت زنان مسلمان ایرانی مبتلا به سرطان پستان از معنویت در بهبود وضعیت کیفیت زندگی نفع می‌برند، اما از آنجا که میان رابطه معنویت با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در فرهنگ‌های گوناگون تفاوت‌هایی دیده می‌شود (برای مثال، چنگ و دیگران، ۲۰۱۹؛ شین و دیگران، ۲۰۱۸)، پژوهش‌های آتی در جمعیت بیماران ایرانی می‌توانند به آزمون نقش جنبه‌های گوناگون معنویت و پیامدهای متفاوت سلامت در جمعیت بیماران سرطانی وابسته به ادیان متفاوت پردازند و نقش فرهنگ وابسته به معنویت را بیشتر مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- بالجانی، ا.، خشابی، ج.، امانپور، ا. و عظیمی، ن. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۷، ۳۷-۲۷.
- بهمی، ب.، اعتمادی، الف.، شفیع‌آبادی، ع.، دلاور، ع. و قنبری‌مطلق، ع. (۱۳۸۹). گروه درمانی شناختی-هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش‌محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۶ (۲۳)، ۳۷۱-۳۵۱.
- شامکوئیان، ل.، لطفی‌کاشانی، ف.، وزیر، ش. و اکبری، م. ا. (۱۳۹۳). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و باورهای مذهبی با تغییرات مثبت پس‌ضربه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۰ (۳۹)، ۲۹۵-۲۸۵.
- فرج‌اللهی، م.، حیدری، ش.، محمدیان، ز.، شیرازی، ف. و سنجر، م. (۱۳۸۹). *سرطان پستان*. تهران: نشر سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران.

- being among cancer patients: implications for clinical care. *Supportive Care in Cancer*. Advance online publication. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-019-4636-4>
- Coster, S., Poole, K., & Fallowfield, L. J. (2001). The validation of a quality of life scale to assess the impact of arm morbidity in breast cancer patients post-operatively. *Breast Cancer Research and Treatment*, 68, 273-82.
- Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: An integrative research review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16 (1), 75 Retrieved from <https://doi.org/15.1186/s12955-018-0895-x>
- Deka, S. J., Mamdi, N., Manna, D., Trivedi, V., & Alkyl, C. (2016). Cinnamates induce protein kinase translocation and anticancer activity against breast cancer cells through induction of the mitochondrial pathway of apoptosis. *Journal of Breast Cancer*, 19, 358-71.
- Elkins, D. N. (1998). *Beyond religion: A personal program for building a spiritual life outside the walls of traditional religion*. Washington: Theosophical Publishing House.
- Fanos, J. H., Gelinas, D. F., Foster, R. S., Postone, N., & Miller, R. G. (2008). Hope in palliative care, from narcissism to self-transcendence in amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 470-475.
- Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., Nuñez, A., Espinoza, R., & Talavera, G. A. (2014). Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2393-2400.
- Gullate, M. (2006). The influence of spirituality and religiosity on breast cancer screening delay in African American women: Application of the theory of reasoned action and planned behavior (TRA/TPB). *ABNF Journal*, 17(2), 89-94.
- Harandy, T. F., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Bullinger, M., Cull, A., & Duez, N. J., et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Akbari, M. E., Asadi Lari, M., Akbari, A., Mousavi, R., & Mousavi, M. (2010). *Spiritual care, neglected aspects of health in cancer management*. Palliative medicine in the 21st century Congress.
- Al-Atiyyat, N. M., & Naga, B. S. (2014). Effects of spirituality in breast cancer survivors, critique of quantitative research. *World Family Medicine Journal/Middle East Journal of Family Medicine*, 12, 25-32.
- Allred, D. C. (2010). Ductal carcinoma in situ, terminology, classification and natural history. *Journal of the National Cancer Institute*, 41, 134-138.
- Bai, M., Lazenby, M., Jeon, S., Dixon, J., & McCorkle, R. (2015). Exploring the relationship between spiritual well-being and quality of life among patients newly diagnosed with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 13, 927-935.
- Brady, M., Cella, D., Mo, F., Bonomi, A., Tulskey, D., & Lloyd, S. et al. (1997). Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy-Breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology*, 15(3), 974-986.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS*. New York: Routledge.
- Canada, A., Murphy, P., Stein, K., Alcaraz, K., & Fitchett, G. (2019). Trajectories of spiritual well-being in long-term survivors of cancer: A report from the American Cancer Society's studies of Cancer Survivors-I. *Cancer*, 125(1), 35-44.
- Canada, A., Murphy, P., Fitchett, G. & Stein, K. (2016). Re-examining the Contributions of Faith, Meaning, and Peace to Quality of Life: a Report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors-II (SCS-II). *Annals of Behavioral Medicine*, 50(1), 79-86.
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Mao, T., & Chen, Y. (2019). Improving spiritual well-

- Lacey, J., & Sanderson, C. (2010). The oncologist's role in care of the dying cancer patient. *The Cancer Journal*, 16, 532-541.
- Lazenby, M., & Khatib, J. (2012). Associations among patient characteristics, health-related quality of life, and spiritual well-being among Arab Muslim cancer patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(12), 1321-1324.
- LynnGall, T., & Cornblat, M. W. (2002). Breast cancer survivors give voice, a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 524-535.
- Mauk, K. L., & Schmidt, N. A. (2004). *Spiritual care in nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 361, 1603-1607.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research*, 29, 27-32.
- Noguchi, W., Ohno, T., Morita, S., Aihara, O., Tsujii, H., Shimozuma K., & Matsushima, E. (2004). Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 12(4):240-245.
- Patoo, M., Allahyari, A. A., Moradi, A. R., & Payandeh, M. (2015). Persian Version of Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast (FACT-B) Scale: Confirmatory factor analysis and Psychometric Properties. *Asian Pac J Cancer Prev*, 16(9), 3799-3803.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring Spiritual Well-Being in People with Cancer, the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58.
- Portenoy, R. K., & Conn, M. (2003). Cancer Pain
- Anoosheh, M., Bazargan, M., Mohammadi, E., Ahmadi, F., & Niknami, S. (2010). Muslim breast cancer survivor spirituality: coping strategy or health seeking behavior hindrance? *Health Care for Women International*, 31, 88-98.
- Hojjati, H., Motlagh, M., Nuri, F., Sharifnia, H., Mohammadnejad, E., & Heydari, B. (2010). Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2, 149-52.
- Hsiao, A., Wong, M. D., Miller, M. F., Ambs, A. H., Goldstein, M. S., Smith, A., Wenger, N. S. (2008). Role of Religiosity and Spirituality in Complementary and Alternative Medicine Use Among Cancer Survivors in California. *Integrative Cancer Therapies*, 7(3), 139-146.
- Jafari, E., Najafi, M., Sohrabi, F., Dehdhiri, G. R., Soleymani, E., & Heshmati, R. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1362-1366.
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1(1), 1-8.
- Jafari, N., Zamani, A., Lazenby, M., Farajzadegan, Z., Emami, H., & Loghmani, A. (2012). Translation and validation of the Persian version of the functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual well-being scale (FACIT-Sp) among Muslim Iranians in treatment for cancer. *Palliative and Supportive Care*, 11(1), 29-35.
- Jimenez-Fonseca, P., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P., Carmona-Bayonas, A., Beato, C., & García, T. et al. (2017). The mediating role of spirituality (meaning, peace, faith) between psychological distress and mental adjustment in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1411-1418.
- King, C. R., & Hinds, P. S., (2003). *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives*. Boston: Jones and Bartlett.

- quality of life of patients with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 9, 646-657.
- Ting, A., Lucette, A., Carver, C. S., Cannady, R. S., & Kim, Y. (2019). Pre loss spirituality predicts post loss distress of bereaved cancer caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(2), 150-157.
- True, G., Phipps, E. J., Braitman, L. E., Harralson, T., Harris, D., & Tester, W. (2005). Treatment preferences and advance care planning at end of life: The role of ethnicity and spiritual coping in cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 30, 174-179.
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M., Phelps, A., Block, S., Ng, A., Kachnic, L., VanderWeele, T., & Balboni, T. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10 (2), 290-297.
- Wong, P. T. P. (2009). Existential positive psychology. In Lopez, S. J. (Ed.), *Encyclopedia of positive psychology*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology*, 52(2), 69-81.
- World Health Organization. (2012). GLOBOCAN2012: Estimate cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.[Report]. Geneva, Switzerland.
- Yoon, S. J., Suh, S. Y., Kim, S. H., Park, J., Kim, Y. J., Kang, B., & Hui, D. (2018). Spiritual Well-being Among Palliative Care Patients With Different Religious Affiliations: A Multicenter Korean Study. *Journal of Pain Symptom Manage*, 56(6), 893-901.
- Zigmond, A. S., & Snaith, P. R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Syndromes. In Bruera, E. D., & Portenoy, R. K., (Eds.) *Cancer Pain: Assessment and Management*. (pp 89-108). Cambridge: Cambridge University Press.
- Post, M. W. (2014). Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(3), 80-167.
- Prasertsri, N., Holden, J., Keefe, F. J., & Wilkie, D. J. (2011). Repressive coping style: relationships with depression, pain, and pain coping strategies in lung cancer outpatient. *Lung Cancer*, 71(2), 235-240.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Salsman, J., Pustejovsky, J., Jim, H., Munoz, A., Merluzzi, T., & George, L. et al. (2015). A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*, 121(21), 3769-3778.
- Schipper, H., Clinch J., McMurray, A. & Levitt, M. (1984). Measuring the quality of life of cancer patients: the functional living index-cancer: development and validation. *Journal of Clinical Oncology*, 2(5), 472-483.
- Shin, D. W., Suh, S. Y., Kim, S. H., Park, J., Yoon, S. J., Kim, Y. J., & Ahn, H. Y. (2018). Is spirituality related to survival in advanced cancer inpatients in Korea? *Palliative and Supportive Care*, 16(6), 669-676.
- Taleghani, F., Yekta, Z., & Nasrabadi, A. (2006). Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 265-272.
- Tarakeshwar, N., Vanderwerker, L. C., Paulk, E., Pearce, M. J., Kasl, S. V., & Prigerson, H. G. (2006). Religious coping is associated with the

