



Original Paper

Evaluation of Spiritual Health and Social Support in Family Caregivers of Cancer Patients in North of Iran

Seyedeh Masoumeh Abasnejad Mousavi¹ , Afsaneh Arzani (Ph.D)² , Mina Galeshi³ , Atousa Afsari (M.Sc)⁴ 

¹ Ph.D Candidate in Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. ² Assistant Professor, Non-Communicable Pediatric Disease Research Center, Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran. ³ Ph.D Candidate in Reproductive Health, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahrood University of Medical Sciences, Shahrood, Iran. ⁴ Academic Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Takestan Branch, Islamic Azad University, Gazvin, Iran.

Abstract

Background and Objective: Today, the role of family members in caring for cancer patients is becoming more important. Numerous cancer-associated problems affect both the patients and their caregivers. Little information is available about the social support and spiritual health of caregivers of cancer patients; therefore, this study was conducted to investigate the spiritual health and social support status of family caregivers of cancer patients in northeastern Iran.

Methods: This descriptive-analytical study was performed on 265 family caregivers of cancer patients. The subjects were selected by convenience sampling from inpatient wards and outpatient clinics of Babol University of Medical Sciences in 2019. Data were collected using the Social Support Questionnaire (by Vaux), the Spiritual Well-Being Scale (by Paloutzian and Ellison), and a socio-demographic questionnaire.

Results: The mean scores of social support and spiritual health of family caregivers of cancer patients were 98.86 ± 14.58 and 91.32 ± 11.97 , respectively, which are at a desirable level. The age of caregivers and the duration of cancer had no significant relationship with the score of spiritual health and social support.

Conclusion: According to our findings, family caregivers of cancer patients have a desirable level of social support and spiritual health.

Keywords: Neoplasms, Social Support, Health, Caregivers, Patients

*Corresponding Author: Afsaneh Arzani (Ph.D), E-mail: arzaniaf@gmail.com

Received 22 Aug 2021

Final Revised 28 May 2022

Accepted 31 May 2022

Published Online 17 Oct 2022

Cite this article as: Abasnejad Mousavi SM, Arzani A, Galeshi M, Afsari A. [Evaluation of Spiritual Health and Social Support in Family Caregivers of Cancer Patients in North of Iran]. J Gorgan Univ Med Sci. 2022; 24(2): 75-81. [Article in Persian]





تحقیقی

وضعیت سلامت معنوی و حمایت اجتماعی

مراقبت خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان

سیده معصومه عباس نژاد موسوی^۱ ID، دکتر افسانه ارزانی^{۲*} ID، مینا گالشی^۳ ID، آتوسا افسری^۴ ID

^۱ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ^۲ استادیار گروه پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات بیماریهای غیرواگیر کودکان امیرکلا، پژوهشکده سلامت، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران. ^۳ دانشجوی دکتری بهداشت باروری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران. ^۴ مربی گروه پرستاری، واحد تاکستان، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: نقش اعضای خانواده در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان رو به افزایش است. مشکلات متعدد این بیماری نه تنها بیماران بلکه مراقبین آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از میزان برخورداری حمایت اجتماعی و سلامت معنوی مراقبین این بیماران اطلاعات اندکی در دسترس است. این مطالعه به منظور تعیین وضعیت سلامت معنوی و حمایت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران بستری مبتلا به سرطان انجام شد. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۲۶۵ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان با نمونه گیری در دسترس در بخش‌های بستری و درمانگاه‌های سرپایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل طی سال ۱۳۹۸ انجام شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه حمایت اجتماعی Vaux و پرسشنامه سلامت معنوی ثبت و ارزیابی گردید.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار حمایت اجتماعی (۹۸/۸۶±۱۴/۵۸) و سلامت معنوی (۹۱/۳۲±۱۱/۹۷) مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در سطح مطلوبی ارزیابی شد. بین میانگین حمایت اجتماعی و سلامت معنوی با مشخصات فردی اجتماعی مراقبین خانوادگی و وابسته به بیماری به جز در شغل مراقب اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (P < ۰/۰۵). بین مدت زمان تشخیص بیماری و سن مراقبین با نمره حمایت معنوی و اجتماعی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان از حمایت اجتماعی و سلامت معنوی مطلوبی برخوردار بودند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، حمایت اجتماعی، سلامت، مراقبین، بیماران

* نویسنده مسؤول: دکتر افسانه ارزانی، پست الکترونیکی arzaniaf@gmail.com

نشانی: بابل، خیابان گنج افروز، دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پرستاری، تلفن ۰۱۱-۳۲۱۹۰۵۹۷

وصول ۱۴۰۰/۵/۳۱ اصلاح نهایی ۱۴۰۱/۳/۲۷ پذیرش ۱۴۰۱/۳/۱۰ انتشار ۱۴۰۱/۷/۲۵

مقدمه

سرطان نه تنها منجر به ایجاد یک زنجیره تنش‌زا و اختلال در زندگی بیماران مبتلا می‌شود؛ بلکه می‌تواند بر کیفیت زندگی نزدیک‌ترین مراقبان آنها نیز اثر گذارد.^۱

با توجه به پیشرفت‌های اخیر در سیر درمان سرطان از جمله طولانی‌تر شدن دوره‌های مراقبت از این بیماران، افزایش تماس خانواده‌ها با آنها، همچنین تمایل بسیاری از بیماران مبنی بر دریافت مراقبت‌های پزشکی به صورت سرپایی یا در خانه^۲ و از آنجایی که تمرکز سیاست‌های بهداشتی بر ترخیص زودهنگام این بیماران است؛ لذا نقش اعضای خانواده که در واقع رنجبران همراه در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان هستند؛ گسترش یافته است.^۳ تعداد مراقبین از فرد مبتلا به سرطان بیش از ۲۵ میلیون نفر گزارش شده است که ۲/۳

آنها علاوه بر مراقبت از بیمار عهده‌دار انجام کلیه مسؤولیت‌ها و امور منزل هم هستند.^۴

اثرات بیماری سرطان بر خانواده بیماران، تا حدی است که گروهی از محققان در پژوهش خود اظهار داشتند که تاثیر تشخیص سرطان بر اعضای خانواده بیشتر از تاثیر آن بر خود بیماران بوده است.^۵ آنها ممکن است تغییراتی را در تمامی ابعاد زندگی خود از جمله ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و معنوی تجربه نمایند.^۶

یکی از ابعاد زندگی خانواده بیماران مبتلا به سرطان که در اثر تجربه سرطان به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌گیرد؛ بعد معنوی است.^۷ سلامت معنوی یک استراتژی مهم برای تطابق با شرایط استرس‌زا است که بخش جدایی‌ناپذیر زندگی مراقبین از بیماران

تقریبی ۸۵۰ نفر به تعداد ۲۶۵ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلاء یکی از اعضای خانواده درجه یک به سرطان، داشتن مسؤولیت اصلی در مراقبت از فرد بیمار، سپری شدن حداقل سه ماه از تشخیص بیماری و توانایی روانی و فیزیکی برای مشارکت در مطالعه بودند. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل عدم همکاری و حضور فرد دیگری با بیماری مزمن در خانواده بودند. در مورد هر بیمار از وی سوال شد که مراقب اصلی او چه کسی است؟ لازم به ذکر است که اگر بیماری بیش از یک مراقب اصلی داشت؛ یکی از آنها به روش تصادفی با قید قرعه برای شرکت در مطالعه دعوت شدند.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از توزیع پرسشنامه، کسب رضایت آگاهانه از واحدهای پژوهشی صورت گرفت. به نمونه‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه و نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه نیست. همچنین به تمامی نمونه‌ها توضیح مختصری در مورد هدف مطالعه، تعداد و نحوه پاسخ‌دهی به پرسش‌ها داده شد. محقق در زمان تکمیل پرسشنامه توسط آزمودنی‌ها در مرکز درمانی حاضر بود و به ابهامات احتمالی مراقبین در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها پاسخ داد. زمان نمونه‌گیری در شیفتهای صبح و عصر بود و مراقبین در یک اتاق خارج از اتاق بیمار به تکمیل پرسشنامه پرداختند که حدود نیم ساعت به طول انجامید. لازم به ذکر است در مورد مراقبین بی‌سواد یا کم‌سواد داده‌ها با روش مصاحبه تکمیل شد و پس از اتمام پاسخ‌دهی پرسشنامه‌ها جمع‌آوری گردید.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، حمایت اجتماعی Vaux و سلامت معنوی استفاده شد. ابتدا پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک مرتبط با بیمار و مراقب خانوادگی او با پرسش از مراقب اصلی و در مواردی نیز از پرونده بهداشتی بیمار استخراج شد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس (Vaux Social Support Questionnaire) که توسط Vaux و همکاران در سال ۱۹۸۶ ابداع شده است^{۲۲} که مشتمل بر ۲۳ گویه شامل سه زیرمقیاس حمایت خانوادگی، حمایت دوستان و حمایت سایر افراد است. این پرسشنامه بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت ساخته شده است. به طوری که به گزینه بسیار موافق نمره ۵، موافق نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، مخالف نمره ۲ و بسیار مخالف نمره یک تعلق می‌گیرد. کل نمره این پرسشنامه از ۲۳ تا ۱۱۵ متغیر بوده و هر چه نمره فرد در آن بیشتر باشد؛ نشان‌دهنده سطح حمایت اجتماعی بالاتر است. تقسیم‌بندی نمرات به صورت قراردادی در سه سطح شامل سطح حمایت اجتماعی پایین (۵۳-۲۳)، سطح حمایت اجتماعی متوسط (۸۴-۵۴) و سطح حمایت اجتماعی بالا (۱۱۵-۸۵) بودند. این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در

سرطانی را تشکیل می‌دهد و دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود.^{۹،۸} اگر سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد؛ فرد ممکن است دچار اختلالات روانی مانند احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود.^{۱۰} پرستاران در خصوص بیماران و مراقبت‌کنندگان بایستی به فراهم کردن پرورش معنوی در راه‌هایی که برای آنها خوشایند است؛ توجه داشته باشند.^{۱۱} سلامت معنوی از عوامل معنی‌دار در زندگی افراد بوده و علاوه بر سازگاری در شرایط سخت سبب ارتقای سلامت روانی، معنوی و جسمانی آنها می‌شود.^{۱۲-۱۱} مطالعه Selman و همکاران نشان داد که حفظ ایمان و یافتن معنا در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان به عنوان خنثی‌کننده استرس در سلامت روانی است.^{۱۴} در این راستا حمایت اجتماعی نیز متاثر از این بیماری است. حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران و خانواده هموار می‌کند.^{۱۵} سلامت روانی و نگرانی‌های اجتماعی مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از سلامت معنوی و جسمی دچار اختلال می‌شود.^{۱۶} این در حالی است که حمایت اجتماعی یک مؤلفه اصلی در حفظ بهزیستی مراقبان سرطان است و منابع زیادی برای تسهیل استفاده مراقبان از حمایت اجتماعی از منابع رسمی یا غیررسمی وجود دارد.^{۱۷} Litzelman و همکاران دریافتند که متاسفانه بسیاری از مراقبان سرطان از منابع و حمایت اجتماعی بهره‌مند نیستند.^{۱۸} فتوکیان و همکاران در مطالعه خود با هدف بررسی کیفیت زندگی مراقبان در ایران نیز اذعان داشتند که تنها ۳/۵ درصد از مراقبت‌کنندگان بیماران مبتلا به سرطان وضعیت اجتماعی خود را مطلوب و بقیه آنها وضعیت اجتماعی خود را تا حدودی مطلوب یا نامطلوب ارزیابی کردند.^{۱۹} اغلب مطالعات انجام شده به بررسی کیفیت زندگی خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند.^{۲۰، ۲۱} این مطالعه به منظور تعیین وضعیت سلامت معنوی و حمایت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا بستری به سرطان انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - تحلیلی روی ۲۶۵ مراقب خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان با نمونه گیری در دسترس در بخش‌های بستری و درمانگاه‌های سرپایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل طی سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق علوم پزشکی بابل (MUBABOL.REC.1395.126) قرار گرفت.

حجم نمونه بر اساس جدول کرجسی و مورگان و با حجم جامعه

نظر گرفته شد. همچنین قبل از استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنوا و همبستگی پیرسون از نرمال بودن توزیع داده‌ها اطمینان حاصل شد.

یافته‌ها

میانگین مدت زمان تشخیص بیماری ۱۳/۶ ماه تعیین شد. ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول یک آمده است. بیشتر مشارکت کنندگان مرد (۵۲/۱ درصد) و سطح تحصیلات مراقبان اکثریت زیردیپلم (۴۱/۵ درصد) بود. بیشتر افراد دارای شغل آزاد (۷۰/۹ درصد) و دارای وضعیت اقتصادی درآمد کمتر از هزینه (۴۸/۳ درصد) بودند. اکثریت مراقبین، از فرزندان بیماران (۴۴/۹ درصد) بودند. در خصوص بیماران اکثریت زیر دیپلم (۹۱/۷ درصد) و بیشتر خانه‌دار (۳۳/۶ درصد) و بیکار (۲۶/۸ درصد) بودند.

میانگین و انحراف معیار کلی حمایت اجتماعی مراقبین خانوادگی ۹۱/۳۲±۱۱/۹۷ (محدوده نمره ۱۲۰-۲۰) تعیین شد. میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس حمایت خانوادگی، حمایت دوستان و حمایت سایر افراد به ترتیب ۲۹/۴۱±۳/۱۶، ۲۵/۲۲±۴/۲۷ و ۲۸/۱۱±۳/۳۸ تعیین شد. داده‌های مطالعه از توزیع نرمال برخوردار بودند. اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین حمایت اجتماعی و مشخصات فردی اجتماعی مراقبین خانوادگی و وابسته به بیماری به جز در شغل مراقب (P<۰/۰۲۸) وجود نداشت (جدول یک).

بین مدت زمان تشخیص بیماری (r=۰/۰۲، P=۰/۶۵) و سن مراقبین (r=-۰/۰۵، P=۰/۳۶) با نمره حمایت اجتماعی مراقبین خانوادگی ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد.

میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی مراقبین خانوادگی

ایران استفاده شده است. Yala^{۲۴،۲۵} و همکاران همسانی درونی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۲ گزارش کردند.^{۲۵} ملکی پیربازاری و همکاران در ایران همسانی درونی این ابزار را در ۳۳۳ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران و امیرکبیر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند.^{۲۶}

در خصوص سلامت معنوی مراقبین از پرسشنامه سلامت معنوی Spiritual Well-being Scale استفاده شد که توسط Ellison و Paloutzian در سال ۱۹۸۲ ابداع شده است.^{۲۷} این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه سلامت مذهبی و ۱۰ گویه سلامت وجودی را مورد بررسی قرار می‌دهد. پاسخ به هر گویه بر روی طیف لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم قرار دارد که نمره ۱ تا ۶ به ترتیب به آنها تعلق می‌گیرد. نمره نهایی جمع دوزیرگروه است که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ متغیر است. نمره بالاتر نشان‌دهنده سلامت معنوی بالاتر است. پس از نمره‌گذاری امتیاز نهایی هر مراقب محاسبه می‌گردد. پرسشنامه سلامت معنوی نیز در مطالعه فراهانی‌نیاو همکاران،^{۲۸} مصطفی زاده و اسدزاده^{۲۹} و عصاررودی و همکاران^{۳۰} مورد استفاده قرار گرفته است. در مطالعه حاضر برای تعیین اعتبار پرسشنامه‌ها، از روش اعتبار محتوا و برای تعیین اعتماد از روش آزمون-بازآزمون استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-16 و آمار توصیفی (فراوانی نسبی و مطلق، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (برای بررسی ارتباط بین متغیرها از آزمون تی مستقل، آنوا و همبستگی پیرسون) استفاده شد و سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در

جدول ۱: مقایسه میانگین حمایت اجتماعی و حمایت معنوی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در مراقبین خانوادگی

متغیرها	تعداد (درصد)	حمایت اجتماعی		حمایت معنوی	
		میانگین و انحراف معیار	شاخص‌های آماری	میانگین و انحراف معیار	شاخص‌های آماری
جنس	مرد (۵۲/۱)	۹۲/۳۱±۱۲/۲۱	t ۰/۱۵	۹۸/۸۹±۱۶/۰۹	t ۰/۹۶
	زن (۴۷/۹)	۹۰/۲۳±۱۱/۶۵		۹۸/۸۱±۱۲/۸۰	
تحصیلات	زیر دیپلم (۴۱/۵)	۹۱/۷۴±۱۲/۲۰	a ۰/۳۲	۱۰۰/۴۴±۱۱/۱۷	a ۰/۳۶
	دیپلم (۳۴)	۸۶/۲۵±۱۲/۶۲		۹۷/۸۶±۱۵/۴۰	
	دانشگاهی (۲۴/۵)	۹۲/۶۳±۱۰/۵۲		۹۷/۵۵±۱۸/۰۸	
شغل	بیکار (۱۰/۲)	۸۶/۲۵±۱۵/۰۵	a ۰/۲۸	۹۲/۴۴±۱۷/۸۶	a ۰/۲۹
	کارگر (۱۰/۲)	۹۶/۳۴±۷/۴۸		۱۰۲/۸۶±۱۱/۹۹	
	کارمند (۸/۷)	۹۲/۲۲±۱۴		۱۰۲/۸۱±۱۱/۱۵	
آزاد و سایر موارد	(۷۰/۹)	۹۱/۳۰±۱۱/۴۰		۹۸/۷۲±۱۴/۵۳	
	متاهل (۸۴/۵)	۹۱/۶۵±۱۲/۰۷	t ۰/۲	۹۹/۹۸±۱۴/۱۷	t ۰/۲۸
وضعیت تاهل	متاهل (۸۴/۵)	۸۹/۴۸±۱۱/۳۶		۹۲/۷۰±۱۵/۴۱	
	مجرد (۱۵/۵)				
وضعیت اقتصادی	درآمد < هزینه (۶/۸)	۹۴/۸۳±۱۰/۳۱	a ۰/۲۸	۱۰۳/۷۷±۱۲/۰۴	a ۰/۲۸
	درآمد = هزینه (۴۴/۹)	۹۲/۱۴±۱۰/۴۹		۹۹/۰۲±۱۵/۷۵	
	درآمد > هزینه (۴۸/۳)	۹۰/۰۶±۱۳/۳۱		۹۸/۰۱±۱۳/۷۰	
نسبت مراقب با بیمار	همسر (۲۲/۴)	۹۱/۵۱±۱۳/۸۳	a ۰/۴۱	۹۸/۷۹±۱۳/۷۰	a ۰/۴۶
	والدین (۱۶/۶)	۹۳/۸۶±۱۰		۹۷/۹۷±۱۲/۸۲	
	برادر و خواهر (۱۵/۱)	۸۹/۸۰±۱۳/۹۱		۱۰۲/۲۰±۱۲/۴۲	
	فرزندان (۴۴/۹)	۹۰/۷۸±۱۰/۸۴		۹۸/۱۰±۱۶/۲۰	

t: T-Test, a: ANOVA

نتایج مطالعه فتوکیان و همکاران با هدف بررسی کیفیت زندگی مراقبان در ایران نشان داد که تنها ۳/۵ درصد از مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان وضعیت اجتماعی خود را مطلوب و بقیه آنها وضعیت اجتماعی خود را تا حدودی مطلوب یا نامطلوب ارزیابی کردند.^{۱۹} از آنجایی که مراقبین عناصر کلیدی در مراقبت‌های خانگی هستند؛ برای ارایه مراقبت با کیفیت بهتر به بیمار بایستی توجه کافی به مراقب بیماران داشت. لذا چنانچه سیستم‌های بهداشتی به رفع مشکلات اطلاعاتی، جسمانی، فردی - اجتماعی و روحی - روانی مراقبین بپردازند؛ موجب حمایت روانی اجتماعی و معنوی مراقبین شده که نه تنها مراقبین بلکه بیماران هم از مزایای آن برخوردار می‌گردند. در رابطه با بعد معنوی نتایج مطالعه ما نشان داد که مراقبین از سطح مطلوب سلامت معنوی برخوردارند. در همین راستا Kim و همکاران دریافتند که بیماران مبتلا به سرطان و اعضای خانواده آنان تلاش زیادی در راستای کسب معنی طی دوره بیماری دارند. همچنین در مطالعه آنها مشخص شد که سلامت معنوی رابطه محکمی با سلامت روانی و حتی سلامت جسمی در بیماران و مراقبین اولیه آنان دارد.^{۲۶} نتایج مطالعه دیگری در آمریکا نشان داد که اگرچه اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان دارای سطح مناسبی از سلامت معنوی هستند؛ لیکن نیازهای معنوی متعددی نیز دارند.^{۲۷} که نتایج مطالعه حاضر را حمایت می‌کند. مطالعاتی در ایران نشان داد که سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان در سطح نسبتاً بالایی قرار دارد.^{۲۸،۶} در مطالعه ما، مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان حمایت اجتماعی و سلامت معنوی مطلوبی را گزارش کردند. بنابراین می‌توان از این نقاط قوت برای تدوین برنامه مراقبتی برای اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان استفاده نمود و در راستای ارتقا زندگی این بیماران و مراقبین آنها در سایر جنبه‌ها تلاش کرد. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر ارتباط معنی داری بین حمایت اجتماعی و سلامت معنوی و مشخصات فردی اجتماعی به جز در نوع شغل را نشان نداد. مراقبین شاغل هم حمایت اجتماعی و هم سلامت معنوی بیشتری را نسبت به افراد بیکار گزارش نمودند. محققین در این راستا در مروری بر متون به مطالعه ای دست نیافتند. لیکن در ارتباط با نژاد و ارتباط با حمایت اجتماعی Lee و همکاران اذعان داشتند که مراقبین اسپانیایی نسبت به سایر مراقبین بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (با نژاد سیاه و سفید) حمایت اجتماعی پایین‌تری را دریافت کرده‌اند.^{۲۹}

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان اجرای مطالعه تنها در یک شهر را نام برد. هرچند این شهر محل ارجاع بیماران از سایر استان‌های مجاور نیز بود؛ ولی نمی‌تواند پوشش دهنده کامل تنوع فرهنگی در ایران باشد. همچنین استفاده از مراقبین بیمارانی که بیماران آنها در بیمارستان بستری هستند؛ امکان تعمیم نتایج را با

۹۸/۸۶±۱۴/۵۸ (محدوده نمره ۱۱۵-۲۳) تعیین شد. اختلاف آماری معنی داری بین میانگین سلامت معنوی و مشخصات فردی اجتماعی مراقبین خانوادگی و وابسته به بیماری به جز در شغل مراقب ($P < 0.029$) یافت نشد (جدول یک). رابطه آماری معنی داری بین مدت زمان تشخیص بیماری ($r = 0.08$, $P = 0.15$) و سن مراقبین ($r = 0.09$, $P = 0.13$) با نمره حمایت معنوی وجود نداشت.

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه سلامت معنوی و حمایت اجتماعی در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان در سطح مطلوبی بود.

در همین راستا نتایج مطالعه Ownsworth و همکاران در استرالیا نشان داد که اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان سطح مناسبی از حمایت اجتماعی را دریافت کردند.^{۳۱} یافته‌های مطالعه Shieh و همکاران در تایوان نیز نشان‌دهنده برخورداری سطح بالای حمایت اجتماعی برای اعضای خانواده بیماران مبتلا به سرطان بود^{۳۲} که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد. در مقابل Grover و همکاران در مطالعه خود اذعان داشتند که مراقبین بیماران مبتلا به سرطان خون بار مراقبتی بالایی را تحمل می‌کنند که این وضعیت با دریافت حمایت اجتماعی پایین و استفاده از استراتژی‌های مقابله‌ای نامناسبی همراه است. این در حالی است که حمایت اجتماعی می‌تواند مراقبین را به سمت عادی سازی زندگی هدایت نماید.^{۳۳}

طبق جستجوی ما، مطالعه‌ای در ایران که سطح حمایت اجتماعی را در مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان نشان دهد، یافت نشد. لیکن نتایج مطالعه فغانی و همکاران بیانگر دریافت سطح بالای حمایت اجتماعی در بین نجات یافتگان از سرطان بود که اعضای خانواده مهم‌ترین منبع این حمایت بودند.^{۳۴}

نتایج مطالعه Ong و همکاران در سنگاپور نشان داد حمایت اجتماعی درک شده توسط مراقبین می‌تواند به‌عنوان میانجی در تحمل بار مراقبتی و تاب آوری باشد. لذا برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه افرادی با هدف تعامل و ارایه خدمات برای کمک به مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان؛ بسیار مهم است که شبکه حمایت از خانواده و دوستان که برطرف کننده بار مراقبتی است را برقرار نمایند.^{۳۵}

حمایت اجتماعی یک مؤلفه اصلی در حفظ بهزیستی مراقبین مبتلا به سرطان است و منابع زیادی برای تسهیل استفاده مراقبان از حمایت اجتماعی بایستی فراهم گردد. در این خصوص، مطالعه Litzelman و همکاران نشان داد که بسیاری از مراقبان سرطان از منابع اجتماعی موجود استفاده نمی‌کنند. اگرچه با گذشت زمان و پس از تشخیص نهایی سرطان، استفاده از منابع اجتماعی افزایش می‌یابد.^{۱۸} سلامت روانی و نگرانی‌های اجتماعی مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از سلامت معنوی و جسمی دچار اختلال می‌شود.^{۱۶}

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی (شماره ۹۵۴۲۷۱۷) مصوب واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان روحانی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی بابل بود. بدین وسیله از تمام کارکنان محترم بخش‌های بستری و درمانگاه‌های سرپایی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بابل که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند و نیز از حمایت مالی و معنوی دانشگاه علوم پزشکی بابل تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. بین نویسندگان مقاله هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

محدودیت مواجه می‌سازد. یکی دیگر از محدودیت‌های این مطالعه سوگیری ناشی از تنوع در جمع آوری داده‌ها بود. همچنین در زمان تکمیل پرسشنامه برای تعدادی از مراقبین پرسش‌ها خوانده شد و برای تعدادی خوانده نشد. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و آسان و استفاده از نمونه‌های بیمارستان‌های یک دانشگاه از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی و حمایت اجتماعی مراقبین خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان از سطح مطلوبی برخوردار است.

References

- Kazdaglis GA, Arnaoutoglou C, Karypidis D, Memekidou G, Spanos G, Papadopoulos O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues. *East Mediterr Health J*. 2010 Apr; 16(4): 442-47.
- Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *J Oncol Pract*. 2013 Jul; 9(4): 197-202. DOI: 10.1200/JOP.2012.000690
- Schulz R, Eden J. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Families caring for an aging America. Washington, DC: The National Academies Press. 2016. DOI: 10.17226/23606
- Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016 Jul; 66(4): 271-89. DOI: 10.3322/caac.21349
- Palos GR, Mendoza TR, Liao KP, Anderson KO, Garcia-Gonzalez A, Hahn K, et al. Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*. 2011 Mar; 117(5): 1070-9. DOI: 10.1002/cncr.25695
- Sadat Aghahosseini S, Rahmani A, Abdollahzadeh F, Asvadi Kermani I. The Relation between Awareness of Cancer Diagnosis and Spiritual Health among Cancer Patients. *J Caring Sci*. 2012 May 27; 1(2): 67-72. DOI: 10.5681/jcs.2012.010
- Rezaei H, Fathi M, Roshani D, Kalhor M M. [Correlation Between Spiritual Well-Being and Family Caregiver Burden in Patients with Cancer]. *IJRN*. 2019; 6(2): 115-24. [Article in Persian]
- Lim HA, Tan JY, Chua J, Yoong RK, Lim SE, Kua EH, et al. Quality of life of family caregivers of cancer patients in Singapore and globally. *Singapore Med J*. 2017 May; 58(5): 258-61. DOI: 10.11622/smedj.2016083
- Zendehdel K. Cancer Statistics in I.R. Iran in 2018. *Basic Clin Cancer Res*. 2019; 11(1): 1-4. DOI: 10.18502/bccr.v11i1.1645
- Sharma RK, Astrow AB, Texeira K, Sulmasy DP. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Jul; 44(1): 44-51. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.07.008
- Sun V, Kim JY, Irish TL, Borneman T, Sidhu RK, Klein L, et al. Palliative care and spiritual well-being in lung cancer patients and family caregivers. *Psychooncology*. 2016 Dec; 25(12): 1448-55. DOI: 10.1002/pon.3987
- Lai C, Luciani M, Di Mario C, Galli F, Morelli E, Ginobbi P, et al. Psychological impairments burden and spirituality in caregivers of terminally ill cancer patients. *Eur J Cancer Care* (Engl). 2018 Jan; 27(1). DOI: 10.1111/ecc.12674
- Torabi Chafjiri R, Navabi N, Shamsalinia A, Ghaffari F. The relationship between the spiritual attitude of the family caregivers of older patients with stroke and their burden. *Clin Interv Aging*. 2017 Mar; 12: 453-58. DOI: 10.2147/CIA.S121285
- Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvonen I, Egan R, Speck P, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliat Med*. 2018 Jan; 32(1): 216-30. DOI: 10.1177/0269216317734954
- Kahriman F, Zaybak A. Caregiver Burden and Perceived Social Support among Caregivers of Patients with Cancer. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(8): 3313-17. DOI: 10.7314/apjcp.2015.16.8.3313
- Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol*. 2012 Mar-Apr; 10(2): 81-87. DOI: 10.1016/j.suponc.2011.09.003
- Wong AG, Ki P, Maharaj A, Brown E, Davis C, Apolinsky F. Social support sources, types, and generativity: a focus group study of cancer survivors and their caregivers. *Soc Work Health Care*. 2014; 53(3): 214-32. DOI: 10.1080/00981389.2013.873515
- Litzelman K, Reblin M, McDowell HE, DuBenske LL. Trajectories of social resource use among informal lung cancer caregivers. *Cancer*. 2020 Jan; 126(2): 425-31. DOI: 10.1002/cncr.32545
- Fotokian Z, Alikhani M, Salman Yazdi N, Jamshidi R. [Quality of lives of primary relatives providing care for their cancer patients]. *IJN*. 2004; 17 (38): 42-50. [Article in Persian]
- Sajjadi H, Vameghi M, Ghazinour M, Khodaeiardekani M. Caregivers' quality of life and quality of services for children with cancer: a review from Iran. *Glob J Health Sci*. 2013 Mar; 5(3): 173-82. DOI: 10.5539/gjhs.v5n3p173
- Soleimani MA, Lehto RH, Negarandeh R, Bahrami N, Chan YH. Death Anxiety and Quality of Life in Iranian Caregivers of Patients With Cancer. *Cancer Nurs*. 2017 Jan/Feb; 40(1): E1-E10. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000355
- Alipour A. [The Relationship of Social Support with Immune Parameters in Healthy Individuals: Assessment of the Main Effect Model]. *IJPCP*. 2006; 12(2): 134-39. [Article in Persian]
- Fakhri A, Pakseresht S, Haghdoost M, Talaiezhadeh A, Rashidzad D. [Evaluation of the Relationship between Social Support and Depression in the Patients with Breast Cancer in Ahvaz Educational Hospitals]. *Jundishapur Scientific Medical*

- Journal. 2012; 11(2): 223-28. [Article in Persian]
24. Abbasnezhad M, Rahmani A, Ghahramanian A, Roshangar F, Eivazi J, Azadi A, et al. Cancer Care Burden among Primary Family Caregivers of Iranian Hematologic Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015; 16(13): 5499-505. DOI: 10.7314/apjcp.2015.16.13.5499
 25. Yalla M, Abedini M, Hassanzadeh R. Comparison of social support in brain tumor patients and healthy subjects. *Intl Res J Appl Basic Sci*. 2013; 5(3): 282-86.
 26. Maleki Pirbazari M, Nouri R, Sarami G. [Social support and depression symptoms: The mediating role of self-efficacy]. *Contemporary Psychology*. 2012; 6(2): 26-34. [Article in Persian]
 27. Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. *Ann Neurol*. 2011 Feb; 69(2): 292-302. DOI: 10.1002/ana.22366
 28. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. [Nursing Students' Spiritual Well-Being and Their Perspectives Towards Spirituality and Spiritual Care Perspectives]. *IJN*. 2006; 18(44): 7-14. [Article in Persian]
 29. Mostafazadeh F, Asadzadeh F. [Spiritual Health of Midwifery Students]. *Journal of Health and Care*. 2012; 14(1-2): 55-60. [Article in Persian]
 30. Osarodi A, Golareshani A, Akaberi S. [Relationship between spiritual well-being and quality of life in nurses]. *Journal of North khorasan University of Medical Sciences*. 2012; 3(4): 79-88. [Article in Persian]
 31. Ownsworth T, Henderson L, Chambers SK. Social support buffers the impact of functional impairments on caregiver psychological well-being in the context of brain tumor and other cancers. *Psychooncology*. 2010 Oct; 19(10): 1116-22. DOI: 10.1002/pon.1663
 32. Shieh SC, Tung HS, Liang SY. Social support as influencing primary family caregiver burden in Taiwanese patients with colorectal cancer. *J Nurs Scholarsh*. 2012 Sep; 44(3): 223-31. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2012.01453.x
 33. Grover S, Rina K, Malhotra P, Khadwal A. Caregiver Burden in the Patients of Acute Myeloblastic Leukemia. *Indian J Hematol Blood Transfus*. 2019 Jul; 35(3): 437-45. DOI: 10.1007/s12288-018-1048-4
 34. Faghani S, Rahmani A, Parizad N, Mohajjel-Aghdam AR, Hassankhani H, Mohammadpoorasl A. Social support and its predictors among Iranian cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014; 15(22): 9767-71. DOI: 10.7314/apjcp.2014.15.22.9767
 35. Ong HL, Vaingankar JA, Abdin E, Sambasivam R, Fauziana R, Tan ME, et al. Resilience and burden in caregivers of older adults: moderating and mediating effects of perceived social support. *BMC Psychiatry*. 2018 Jan; 18(1): 27. DOI: 10.1186/s12888-018-1616-z
 36. Kim Y, Carver CS, Spillers RL, Crammer C, Zhou ES. Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psychooncology*. 2011 Jul; 20(7): 762-70. DOI: 10.1002/pon.1778
 37. Taylor EJ. Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncol Nurs Forum*. 2006 Jul; 33(4): 729-35. DOI: 10.1188/06.ONF.729-735
 38. Seyedrasooly A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Aliashrafi Z, Nikanfar AR, Jasemi M. Association between Perception of Prognosis and Spiritual Well-being among Cancer Patients. *J Caring Sci*. 2014 Feb; 3(1): 47-55. DOI: 10.5681/jcs.2014.006
 39. Lee CC, Czaja SJ, Schulz R. The moderating influence of demographic characteristics, social support, and religious coping on the effectiveness of a multicomponent psychosocial caregiver intervention in three racial ethnic groups. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Mar; 65B(2): 185-94. DOI: 10.1093/geronb/gbp131