



Original Paper

Relationship between Gerotranscendence and Quality of Life in the Elderly with Cancer

Razie Sadat Hosseiny (Ph.D)¹ , Ameneh Mollaei *² , Masoumeh Alijanpour Aghamaleki (Ph.D)³ 

¹ Assistant Professor of Gerontology, Department of Community Health, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ² M.Sc Student in Geriatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ³ Ph.D in Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran.

Abstract

Background and Objective: Gerotranscendence, as a component of spiritual health, influences their quality of life and adaptation to chronic diseases by creating meaning in life. It is an important approach to enhancing the dimensions of aging health. This study was conducted to determine the relationship between gerotranscendence and quality of life in the elderly with cancer.

Methods: This descriptive-analytical study was performed on 200 older adults with cancer who were selected from Firouzgar and Rasool Akram medical centers in Tehran, Iran, during 2021. The checklist of demographic characteristics, the Gerotranscendence Scale (GTS), and the quality of life questionnaire (LEIPAD) were used.

Results: Gerotranscendence had a statistically significant relationship with marital status, level of education, employment status, housing status, type of cancer, and type of treatment ($P < 0.05$). Age had a statistically significant negative correlation with the quality of life ($r = -0.206$). Gerotranscendence also had a statistically significant positive correlation with the dimensions of quality of life ($r = 0.221$, $P = 0.002$), including depression and anxiety ($r = 0.146$, $P = 0.04$), mental performance ($r = 0.167$, $P = 0.018$), social performance ($r = 0.266$, $P < 0.001$), and satisfaction with life ($r = 0.256$, $P < 0.001$).

Conclusion: Increasing gerotranscendence increases the quality of life of the elderly.

Keywords: Aging, Neoplasms, Gerotranscendence, Quality of Life, Spirituality

*Corresponding Author: Ameneh Mollaei, E-mail: amenehmollaei164@gmail.com

Received 10 Aug 2022

Final Revised 24 Jul 2023

Accepted 21 Aug 2023

Published Online 7 Nov 2023

Cite this article as: Hosseiny RS, Mollaei A, Alijanpour Aghamaleki M. [Relationship between Gerotranscendence and Quality of Life in the Elderly with Cancer]. J Gorgan Univ Med Sci. 2023; 25(3): 79-88. [Article in Persian]





تحقیقی

ارتباط تعالی سالمندی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان

دکتر راضیه السادات حسینی^۱   آمنة ملایی^۲   دکتر معصومه علیجانپور آقاملکی^۳  

^۱ استادیار سالمندشناسی، گروه بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. ^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: تعالی سالمندی در دوران سالمندی به عنوان یکی از اجزای سلامت معنوی بر کیفیت زندگی و سازگاری فرد مبتلا به بیماری‌های مزمن از طریق ایجاد معنا و مفهوم در زندگی اثر داشته و رویکرد مهمی در ارتقاء ابعاد سلامت سالمندی به‌شمار می‌رود. این مطالعه به منظور ارزیابی ارتباط تعالی سالمندی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۲۰۰ سالمند مبتلا به سرطان در دو مرکز آموزشی پژوهشی درمانی فیروزگر و رسول اکرم (ص) تهران طی سال ۱۴۰۰ انجام شد. از فرم مشخصات فردی، پرسشنامه تعالی سالمند (GTS) و پرسشنامه کیفیت زندگی (LEIPAD) استفاده گردید. ابعاد تعالی سالمندی شامل ماورای مادی، مربوط به خود و شخصیتی اجتماعی بودند. ابعاد کیفیت زندگی شامل جسمی، مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی، عملکرد جنسی و رضایت از زندگی بودند.

یافته‌ها: تعالی سالمندی با وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، نوع سرطان و نوع درمان ارتباط آماری معنی‌داری نشان داد ($P < 0/05$). سن با کیفیت زندگی همبستگی منفی معنی‌دار داشت ($r = -0/206$). تعالی سالمندی با نمره کلی کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت ($r = 0/221$, $P = 0/002$). همچنین تعالی سالمندی با ابعاد کیفیت زندگی شامل افسردگی و اضطراب ($r = 0/146$, $P = 0/04$)، عملکرد ذهنی ($r = 0/167$, $P = 0/018$)، عملکرد اجتماعی ($r = 0/226$, $P < 0/001$) و رضایت از زندگی ($r = 0/256$, $P < 0/001$) همبستگی مثبت معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری: افزایش تعالی سالمندی سبب افزایش کیفیت زندگی در سالمندان می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: سالمندی، سرطان، تعالی سالمندی، کیفیت زندگی، سلامت معنوی

* نویسنده مسؤول: آمنة ملایی، پست الکترونیکی amenehmollaie164@gmail.com

نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، بالاتر از میدان ونک، خیابان شهید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تلفن ۰۲۱-۴۳۴۵۱۰۰۰

وصول ۱۴۰۱/۵/۱۹ اصلاح نهایی ۱۴۰۲/۵/۲ پذیرش ۱۴۰۲/۵/۳۰ انتشار ۱۴۰۲/۸/۱۶

مقدمه

با افزایش امید به زندگی، به علت پیشرفت در شناخت و درمان بیماری‌ها، علاوه بر پدیده سالمندی، ظهور بیماری‌های مزمن نیز در این گروه سنی حائز اهمیت است. یکی از این بیماری‌ها در سالمندان، بیماری سرطان است که شیوع آن با افزایش سن شدت می‌یابد. به‌طوری که به عنوان یکی از نگرانی‌های سازمان بهداشت جهانی و از علل عمده مرگ و میر در سراسر جهان است. در تحقیقات اولیه سالمندشناسی، تلاش‌های چشمگیری برای درک طبیعت سالمندی و تغییرات سنی، از نظر روانشناسی انجام گرفته است. این موارد، شامل عناوینی است که بیان می‌کند چگونه درک از خود، متعاقب سالمند شدن در طول زمان، تغییر کرده و ارتباط فرد با خودش و جامعه چه تفاوتی می‌یابد. مقابله با بیماری سرطان یکی

از بحران‌های مرتبط با سلامت بوده و یکی از عوامل مهم و موثر در رابطه با مواجه با بیماری سرطان، سلامت معنوی و مفاهیم مربوط به آن است. توجه به تعالی سالمندی به عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت معنوی در دوران سالمندی که بر کیفیت زندگی و سازگاری فرد مبتلا به بیماری‌های مزمن از طریق ایجاد معنا و مفهوم در زندگی تاثیر داشته و به عنوان رویکرد مهم در ارتقاء ابعاد سلامت سالمندی و کیفیت زندگی می‌تواند نقش مهمی داشته باشد؛ توصیه شده است.^۱

مفهوم تعالی سالمندی اولین بار توسط Tornstam برای برطرف نمودن محدودیت‌های سایر تئوری‌های سالمندی بیان شد. به‌طور خلاصه Tornstam با توصیف تعالی سالمندی بیان می‌کند که سالمندی یک بلوغ رو به پیشرفت انسانی است. تئوری تعالی

سالمندان با کسب نمره بالاتر از ۷ که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند؛ انتخاب شدند. سپس فرم مشخصات فردی ارایه گردید. لازم به ذکر است که در بیان نوع درمان، شروع درمان، دوره‌های شیمی‌درمانی و بیماری‌های مزمن اغلب بیماران آگاهی داشتند و بیمارانی که مطلع نبودند؛ از کاردکس یا پرونده ثبت شد.

پرسشنامه تعالی سالمند (Gerotranscendence: GTS)^۷ و پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد (LEIPAD)^۸ مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه تعالی سالمند شامل سه سطح از تعالی سالمندی مشتمل بر سطح ماورای مادی با دامنه نمرات ۱۰ تا ۴۰، سطح مربوط به خود با دامنه نمرات ۶ تا ۲۴ و سطح شخصیتی اجتماعی با دامنه نمرات ۹ تا ۳۶ را مورد بررسی قرار می‌دهد. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۰۰ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح تعالی بالاتر است. این پرسشنامه به صورت لیکرت طراحی شده و هر پرسش دارای چهار گزینه از یک (بدترین حالت) تا چهار (بهترین حالت) امتیازبندی شده است و شامل ۱ (کاملاً مخالف)، ۲ (مخالف)، ۳ (موافق) و ۴ (کاملاً موافق) است. این مقیاس توسط کوزورت در سال ۲۰۰۸ طراحی شد و با روایی و پایایی قابل قبول برای استفاده در جمعیت سالمندان با آلفای کرونباخ ۰/۶۱ درصد مورد توصیه قرار گرفت.^۷ ابعاد این پرسشنامه در ایران توسط حسینی و همکاران در سال ۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت و برای تعیین روایی ابزار با روایی پیش‌بینی، همزمان و سازه ($r=0/07$)، پایایی آن با آلفای کرونباخ ۰/۸۴ درصد و آزمون بازآزمون ($P=0/001$) برآورد و مورد تایید قرار گرفت.^۹

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد مشتمل بر ۳۱ پرسش در ۷ بعد شامل ابعاد فیزیکی (۵ پرسش)، خودمراقبتی (۶ پرسش)، اضطراب و افسردگی (۴ پرسش)، شناختی (۵ پرسش)، اجتماعی (۳ پرسش)، رضایت از زندگی (۶ پرسش) و مسایل جنسی (۱ پرسش) است. نمره‌دهی پرسشنامه به صورت لیکرت بود. هر پرسش دارای ۴ گزینه بود که از صفر (بدترین حالت) تا ۳ (بهترین حالت) امتیازبندی گردید. حداقل نمره صفر و حداکثر ۱۰۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. لازم به ذکر است نمره بالاتر در بعد افسردگی و اضطراب، نشان‌دهنده وضعیت بهتر فرد است. این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۸۸ طراحی شد و مورد پژوهش با روایی و پایایی قابل قبول برای استفاده در جمعیت سالمندان با آلفای کرونباخ ۰/۵۵ تا ۰/۷۷ مورد توصیه قرار گرفت.^۸ ابعاد این پرسشنامه در ایران توسط حسام‌زاده و همکاران در سال ۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت و با فرهنگ ایران تطبیق داده شد و روایی و پایایی آن سنجیده شد. برای تعیین روایی ابزار از روایی صوری و محتوایی استفاده شد و برای پایایی ابزار آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد و سنجیده شد.^{۱۰}

لازم به ذکر است پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر گردآوری

سالمندی، فرایند پیری را صرفاً به عنوان یک تجربه مثبت در مقابل مرحله هشتم اریکسون ترسیم می‌کند که دو احتمال متضاد یکپارچگی نفس و ناامیدی را برای یک فرد سالخورده تأیید می‌کند. در نتیجه مطالعات متمرکز بر ابعاد تعالی سالمندی، این پتانسیل را دارند که عملکرد روانشناسی را غنی کنند.^۲

تعالی سالمندی به عنوان یک مکانسیم مقابله قدرتمند می‌تواند منجر به تحول شخصی شود و حتی ممکن است بر کیفیت زندگی شامل دو بعد عینی و ذهنی که یکی از شاخص‌های اثرگذار در تعیین نیازها و شرایط سلامتی سالمندان و همچنین بهبود زندگی افراد است؛ موثر باشد. کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که شامل حوزه‌های مربوط به کارکردهای جسمی، ذهنی، هیجانی و اجتماعی است.^۳ علیرغم این که ممکن است مدارک و اطلاعاتی در این زمینه موجود باشد؛ اما به نظر می‌رسد انجام مطالعه‌ای در این رابطه با تعالی سالمندی با توجه به نوآوری و ارایه اطلاعات مبتنی بر این موضوع مخصوصاً در سالمندان ایرانی مبتلا به سرطان مفید باشد. لذا این مطالعه به منظور ارزیابی ارتباط تعالی سالمندی با کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به سرطان انجام گردید.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی تحلیلی روی ۲۰۰ سالمند (۱۰۰ مرد و ۱۰۰ زن) با میانگین سنی $69/36 \pm 8/88$ سال مبتلا به سرطان بستری و تحت درمان در دو مرکز آموزشی پژوهشی درمانی در تهران شامل فیروزگر (۱۳۰ بیمار بخش‌های خون و مهر) و رسول اکرم (ص) (۷۰ بیمار بخش انکولوژی) به روش نمونه‌گیری آسان و در دسترس طی سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1400.661) قرار گرفت. از بیماران رضایت‌نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه اخذ گردید.

حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض این که ضریب همبستگی تعالی سالمندی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری سرطان حداقل ۰/۲ باشد؛ تا این همبستگی از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد؛^۴ تعداد ۱۹۴ نفر برآورد شد و برای افزایش اطمینان و جلوگیری از ریزش نمونه تعداد ۲۰۰ نمونه وارد مطالعه گردید.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۶۰ سال و بیشتر،^۵ توان برقراری ارتباط و حداقل سواد خواندن و نوشتن بودند. معیار عدم ورود به مطالعه شامل داشتن اختلال شناختی (کسب نمره حداقل ۷ از ۱۰) بود. معیار خروج از مطالعه شامل سالمندانی بود که حداقل به ۳ پرسش از دو پرسشنامه ارائه شده، پاسخ ندادند.

ابتدا آزمون شناختی کوتاه شده (Abbreviate Mental Test: AMT) که در ایران روایی و پایایی آن سنجیده شده؛^۶ به بیماران داده شد.

شد و مدت زمان تکمیل پرسشنامه‌ها در حدود ۲۰ دقیقه بود. با توجه به سالمند بودن و در عین حال ابتلا به بیماری سرطان که ممکن بود؛ آنها را خسته‌تر از سایر سالمندان نماید؛ لذا برای پیشگیری از کسل شدن سالمند در فواصل تکمیل دو پرسشنامه اصلی، حدود ۱۰ دقیقه فرصت اضافی به منظور استراحت در نظر گرفته شد تا تکمیل ابزار گردآوری داده‌ها با دقت بیشتری انجام گیرد. لذا سالمندی که سواد خواندن و نوشتن داشت؛ اما به دلیل حال عمومی نامساعد، درخواست همکاری برای ثبت پاسخها را داشت؛ با رعایت حفظ اصول امانتداری پاسخها توسط پژوهشگر درج شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20 و به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی (جدول و شاخص‌های عددی) و استنباطی (آزمون تی مستقل، آزمون توکی، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون) تجزیه و تحلیل شدند. مقادیر کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار تلقی شدند.

یافته‌ها

سرطان معده (۳۲ درصد) بیشترین فراوانی را در بین سایر سرطان‌ها داشت. در ۶۴ درصد از سالمندان کمتر از یکسال از زمان ابتلا به سرطان گذشته بود. ۹۲ درصد سالمندان متأهل بوده و ۷۴ درصد تحصیلات در سطح ابتدایی داشتند. ۷۴ درصد سالمندان با همسر خود زندگی می‌کردند. ۷۳/۵ درصد میزان درآمد خود را در سطح نسبتاً ناکافی دانستند و ۴۳ درصد خانه‌دار بودند. ۷۷ درصد منزل شخصی داشتند و ۹۹ درصد اعلام کردند که دارای بیمه هستند و بیمه تامین اجتماعی با ۶۴/۱ درصد بیشترین فراوانی را در انواع بیمه‌ها داشت.

تعالی سالمندی با وضعیت تاهل ($P < 0/032$)، میزان تحصیلات ($P < 0/007$)، وضعیت اشتغال ($P < 0/001$)، وضعیت مسکن ($P < 0/003$)، نوع سرطان ($P < 0/001$) و نوع درمان ($P < 0/001$) ارتباط آماری معنی‌داری داشت. میانگین نمره تعالی سالمندی در سالمندان متأهل و سالمندان تحت شیمی‌درمانی بالاتر از سایرین بود. میانگین نمره تعالی سالمندی در سالمندان با تحصیلات در سطح ابتدایی به‌طور معنی‌داری بالاتر از تحصیلات دانشگاهی بود ($P < 0/048$) و در سایر سطوح تحصیلی این اختلاف معنی‌دار نبود. میانگین نمره تعالی سالمندی در افراد شاغل به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از بیکار ($P < 0/034$) و خانه‌دار ($P < 0/004$) بود. میانگین نمره کسب شده در سالمندان با منزل استیجاری ($P < 0/002$) به‌طور معنی‌داری پایین‌تر از سالمندان با منزل شخصی ($P < 0/011$) بود.

میانگین نمره کسب شده در سالمندان مبتلا به سرطان ریه به‌طور معنی‌داری کمتر از سالمندان مبتلا به سرطان کولورکتال ($P < 0/004$) و مغزاستخوان ($P < 0/001$) بود و در سایر سطوح این اختلاف معنی‌دار نبود. لازم به ذکر است وضعیت تاهل به دلیل کم بودن

فراوانی‌ها در سطوح مجرد، بیوه و مطلقه تحت عنوان سایر و در متغیر وضعیت مسکن وضعیت متعلق به اقوام با وضعیت سایر ادغام شدند (جدول یک).

در ارتباط بین کیفیت زندگی و مشخصات فردی، نتایج نشان داد که کیفیت زندگی با وضعیت تاهل ($P < 0/004$)، نوع درمان ($P < 0/004$)، دوره شیمی‌درمانی ($P < 0/008$) و استعمال دخانیات ($P < 0/013$) ارتباط آماری معنی‌دار داشت. میانگین نمره کیفیت زندگی در سالمندان متأهل و سالمندان تحت شیمی‌درمانی و همچنین در سالمندان با استعمال دخانیات به‌طور معنی‌داری بالاتر از سایرین بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در سالمندانی که دوره اول شیمی‌درمانی را می‌گذرانند؛ به‌طور معنی‌داری بالاتر از دوره چهارم شیمی‌درمانی بود ($P < 0/007$) و در سایر سطوح این اختلاف معنی‌دار نبود (جدول یک).

تعالی سالمندی در بعد مربوط به خود ($61/8 \pm 17/18$) بالاترین و در بعد ماورای مادی ($56/28 \pm 12/79$) پایین‌ترین میانگین نمره را کسب کرد (جدول ۲). میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در سالمندان $48/42 \pm 11/41$ تعیین شد. میانگین نمره بعد عملکرد جنسی ($39/75 \pm 23/19$) و بعد مراقبت از خود ($66/88 \pm 22/84$) به ترتیب پایین‌ترین و بالاترین میانگین نمره ابعاد کیفیت زندگی تعیین شدند (جدول ۲).

تعالی سالمندی در بعد ماورای مادی تنها با رضایت از زندگی همبستگی آماری معنی‌دار داشت ($P < 0/013$) که این همبستگی اگرچه در سطح ضعیفی بود؛ اما مثبت بود و با افزایش ماورای مادی، رضایت از زندگی نیز افزایش داشت. در بعد مربوط به خود با مراقبت از خود ($P < 0/027$)، افسردگی و اضطراب ($P < 0/002$)، عملکرد ذهنی ($P < 0/033$)، عملکرد اجتماعی ($P < 0/001$) و رضایت از زندگی ($P < 0/001$) همبستگی آماری مثبت معنی‌داری یافت شد و با افزایش تعالی مربوط به خود، کیفیت زندگی نیز در این ابعاد افزایش داشت. تعالی مربوط به خود با کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت ($P < 0/001$). تعادلی شخصیتی اجتماعی با مراقبت از خود ($P < 0/001$)، افسردگی و اضطراب ($P < 0/001$)، عملکرد ذهنی ($P < 0/007$)، عملکرد اجتماعی ($P < 0/001$) و رضایت از زندگی ($P < 0/005$) همبستگی مثبت معنی‌دار داشت. تعالی شخصیتی اجتماعی با کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌دار داشت ($P < 0/001$). تعالی سالمندی کل، با افسردگی و اضطراب ($P < 0/004$)، عملکرد ذهنی ($P < 0/018$)، عملکرد اجتماعی ($P < 0/001$) و رضایت از زندگی ($P < 0/001$) همبستگی مثبت معنی‌دار داشت. تعالی سالمندانی و کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌دار داشتند ($P < 0/002$) (جدول ۳).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تعالی سالمندی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان در مراکز منتخب آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بر حسب مشخصات فردی در سال ۱۴۰۰					
متغیرها	فراوانی	تعالی سالمندی میانگین و انحراف معیار	P-value	کیفیت زندگی میانگین و انحراف معیار	P-value
جنسیت	مرد	۶۸/۱۸±۸/۷۲	a ۰/۰۶	۴۷/۶۸±۱۱/۹۱	a ۰/۳۵۷
	زن	۷۰/۵۴±۸/۹۳		۴۹/۱۷±۱۰/۸۸	
وضعیت تاهل	متاهل	۶۹/۷۵±۸/۸۱	a ۰/۰۳۲	۴۹/۱۱±۱۱/۲۸	a ۰/۰۰۴
	سایر	۶۴/۸۱±۸/۶۵		۴۰/۵۶±۱۰/۰۳	
میزان تحصیلات	ابتدایی	۷۰/۴۳±۸/۸۳	b ۰/۰۰۷	۴۹/۴۶±۱۱/۱۱	b ۰/۱۳۱
	متوسطه	۶۸/۵±۸/۸۴		۴۴/۳۱±۱۱/۸۸	
	دیپلم	۶۵/۶۲±۶/۴۳		۴۷/۰۴±۱۲/۳۹	
	دانشگاهی	۶۱±۱۰/۸۹		۴۳/۲۳±۱۰/۲۸	
میزان درآمد	ناکافی	۷۰/۷±۷/۷۴	b ۰/۱۱۸	۵۱/۱۲±۱۰/۲۳	b ۰/۱۱۵
	نسبتاً کافی	۶۹/۳۹±۹/۰۲		۴۸/۰۸±۱۱/۷۱	
وضعیت اشتغال	شاغل	۶۱/۶۳±۶/۶۳	b ۰/۰۰۱	۴۷/۲۷±۷/۵۶	b ۰/۶۲۸
	بازنشسته	۶۷/۹۸±۹/۳۵		۴۶/۹۸±۱۰/۹۹	
	بیکار	۷۰/۰۵±۷/۶۲		۴۷/۷۷±۱۲/۵۴	
	شاغل بعد از بازنشستگی	۷۱/۵±۸/۷۵		۴۹/۸۹±۱۱/۰۲	
وضعیت مسکن	شخصی	۶۹/۴۹±۸/۹	b ۰/۰۰۳	۴۸/۱۶±۱۲/۰۳	b ۰/۱۶
	استیجاری	۷۱/۹۳±۷/۸۶		۵۱/۴۱±۸/۵۳	
	سایر	۶۲/۶۶±۷/۷۹		۴۴/۸۶±۸/۸۵	
نوع بیمه	خدمات درمانی	۶۷/۴۲±۷/۷۹	b ۰/۰۰۴	۴۸/۶۵±۱۲/۲۵	b ۰/۷۳۶
	تامین اجتماعی	۶۹/۶۲±۸/۳۶		۴۸/۴۴±۱۱/۱۵	
	نیروهای مسلح	۷۱/۰۸±۱۲/۲۶		۵۰/۵۸±۱۶/۷۲	
با چه کسانی زندگی می‌کند؟	همسر	۶۸/۹۷±۹/۱۳	b ۰/۰۸۸	۴۸/۱۸±۱۱/۳۳	b ۰/۴۳۷
	فرزندان	۷۲/۴۷±۷/۷۶		۵۰/۴±۱۰/۴۹	
	تنها	۶۷/۳۶±۷/۸		۴۶±۱۱/۶۸	
مدت زمان ابتلا به بیماری سرطان	کمتر از یکسال	۶۸/۶۳±۸/۸۵	b ۰/۰۷۹	۴۸/۶۹±۱۱/۷۶	b ۰/۱۷۷
	۵-۱ سال	۷۱/۴۵±۸/۴۳		۴۹/۰۸±۱۰/۷۱	
	بالاتر از ۵ سال	۶۷±۱۰/۰۵		۴۲/۷۶±۱۰/۱۱	
نوع سرطان	ریه	۶۴/۴±۷/۹۸	b ۰/۰۰۱	۴۷/۳۴±۱۳/۱۱	b ۰/۲۷۸
	پستان	۶۷/۴±۱۰/۴۳		۴۵/۲±۱۱/۲۲	
	سرطان کولورکتال	۷۱/۷۵±۹/۱۲		۴۷/۰۲±۱۲/۳۱	
	پروستات	۷۰/۶۲±۶/۲۷		۵۴/۶۲±۶/۵۸	
نوع درمان	معده	۶۸/۷۸±۸/۳۱	a ۰/۰۰۱	۴۸/۳۹±۹/۷۶	a ۰/۰۰۴
	مغزاستخوان	۷۳/۰۲±۷/۷۳		۵۰/۹۲±۱۱/۹۲	
	شیمی درمانی	۷۰/۰۵±۸/۷۶		۴۹/۰۹±۱۱/۳۷	
	ترکیبی	۶۱/۳۱±۵/۹۲		۴۰/۶۸±۸/۸۳	
مدت زمان شروع شیمی‌درمانی	کمتر از یکسال	۶۸/۹±۹/۲	b ۰/۴۶۲	۴۸/۹۲±۱۱/۸۸	b ۰/۱۹
	۵-۱	۷۰/۰۵±۷/۹۲		۴۸/۲۵±۱۰/۰۷	
دوره شیمی‌درمانی	بالاتر از ۵ سال	۷۲/۱۱±۹/۶۶	b ۰/۲۴۹	۴۱/۷۷±۱۰/۵۵	b ۰/۰۰۸
	دوره اول	۶۷/۰۷±۷/۷۹		۵۳/۵۲±۹/۶۶	
	دوره دوم	۷۰/۸۵±۸/۵۲		۴۹/۶۳±۱۲/۴۱	
	دوره سوم	۶۹/۲۴±۹/۷۸		۴۷/۲۶±۱۰/۵۸	
بیماری های همراه	دوره چهارم	۶۸/۳±۸/۲	a ۰/۷۸۱	۴۶/۵۷±۱۲/۵۱	a ۰/۳۸۱
	سایر	۷۰/۸۹±۹/۶۱		۴۴/۷±۱۰/۱۲	
	بله	۶۹/۱۴±۹/۲		۴۷/۵۳±۱۱/۵۶	
استعمال دخانیات	خیر	۶۹/۵±۸/۷۱	a ۰/۸۶	۴۸/۹۹±۱۱/۳۱	a ۰/۰۱۳
	دارد	۶۹/۱۲±۵/۰۵		۵۵/۱۸±۱۰/۴۸	
سن	ندارد	۶۹/۳۸±۹/۱۵	c ۰/۱۹۹	۴۷/۸۳±۱۱/۳۲	c ۰/۰۰۳

a آزمون تی مستقل ، b آنالیز واریانس ، c آنالیز آماری یک طرفه

جدول ۲: شاخص‌های عددی تعالی سالمندی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان در مراکز منتخب آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران طی سال ۱۴۰۰

متغیرها	کمینه	بیشینه	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
				کمینه	بیشینه
تعالی سالمندی و ابعاد آن	۱۹	۳۸	۲۶/۸۸±۳/۸۳	۳۰	۹۳
	۱۱	۲۴	۱۷/۱۲±۳/۰۹	۲۷	۱۰۰
تعالی سالمندی کل (نمره ۱۰۰-۲۵)	۵۲	۹۴	۶۹/۳۶±۸/۸۸	۳۶	۹۲
	۰	۱۵	۷/۵۶±۲/۱۲	۰	۱۰۰
کیفیت زندگی و ابعاد آن	۰	۱۸	۱۲/۰۴±۴/۱۱	۰	۱۰۰
	۰	۱۲	۵/۴۴±۲/۰۳	۰	۱۰۰
کیفیت زندگی و ابعاد آن	۰	۱۵	۷/۴۲±۲/۲۷	۰	۱۰۰
	۰	۹	۵/۱۱±۱/۸۳	۰	۱۰۰
کیفیت زندگی و ابعاد آن	۰	۶	۲/۳۸±۱/۳۹	۰	۱۰۰
	۰	۱۸	۸/۴۶±۲/۸۵	۰	۱۰۰
کیفیت زندگی کل (نمره ۱۰۰-۹۳)	۶	۹۳	۴۸/۴۲±۱۱/۴۱	۶/۴۵	۱۰۰

جدول ۳: همبستگی کیفیت زندگی و تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان در مراکز منتخب آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران طی سال ۱۴۰۰

کیفیت زندگی و ابعاد آن	تعالی سالمندی و ابعاد آن		
	مادری	مربوط به خود	شخصیتی اجتماعی
جسمی	r=۰/۰۲۸ P=۰/۶۹۸	r=۰/۰۷۴ P=۰/۲۹۷	r=۰/۰۷۹ P=۰/۲۶۶
مراقبت از خود	r=۰/۱۱۱ P=۰/۱۱۸	r=۰/۱۵۷ P=۰/۰۲۷	r=۰/۲۲۸ P=۰/۰۰۱
افسردگی و اضطراب	r=۰/۰۹۲ P=۰/۱۹۷	r=۰/۲۲۳ P=۰/۰۰۲	r=۰/۲۲۶ P=۰/۰۰۱
عملکرد ذهنی	r=۰/۰۵۶ P=۰/۴۲۹	r=۰/۱۵۱ P=۰/۰۳۳	r=۰/۱۸۹ P=۰/۰۰۷
عملکرد اجتماعی	r=۰/۱۲۵ P=۰/۰۷۷	r=۰/۲۵۶ P<۰/۰۰۱	r=۰/۲۵۹ P<۰/۰۰۱
عملکرد جنسی	r=۰/۰۶۲ P=۰/۳۸۳	r=۰/۰۵۶ P=۰/۴۳۴	r=۰/۰۲۵ P=۰/۷۲۹
رضایت از زندگی	r=۰/۱۷۶ P=۰/۰۱۳	r=۰/۲۴۷ P<۰/۰۰۱	r=۰/۱۹۸ P=۰/۰۰۵
کیفیت زندگی	r=۰/۰۳۲ P=۰/۶۵۴	r=۰/۲۳۷ P=۰/۰۰۱	r=۰/۲۶۳ P<۰/۰۰۱

بحث

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تعالی سالمندی با نمره کلی کیفیت زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. سرطان ۴۸ درصد از سالمندان از نوع گوارشی بود که نسبت به سایر سرطان‌ها فراوانی بیشتری داشت. همچنین سرطان معده (۳۲ درصد) بیشترین فراوانی را در بین سایر سرطان‌ها داشت.

همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه مسعودی و همکاران نیز سرطان دستگاه گوارش بیشترین درصد ابتلا را نشان داد.^{۱۱} در حالی که در سال ۲۰۲۰، شایع‌ترین علت مرگ و میر و فراوانی بیماری سرطان در جهان به ترتیب شامل سرطان ریه، سرطان روده بزرگ و راست روده، سرطان کبد، سرطان معده و پستان بودند.^{۱۲} تفاوت بین آمار جهانی با مطالعه حاضر، می‌تواند ناشی از تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه، شرایط محیطی، سبک زندگی و تغذیه باشد. احتمالاً انتخاب مراکز فیروزگر و رسول اکرم (ص) نیز در ایجاد این نتایج بی‌تاثیر

نیوده است. به نظر می‌رسد بیشترین بیماران مراجعه کننده به این دو بیمارستان، بیمارانی باشند که از شهرهای شمالی کشور مراجعه نموده و در شهرهای شمالی بیماری سرطان معده شیوع بیشتری دارد. در مطالعه حاضر تعالی سالمندی در بعد مربوط به خود، بالاترین و در بعد ماورای مادی پایین‌ترین میانگین نمره را کسب کرد که این نتایج با برخی مطالعات همسو بود.^{۱۳} و^{۱۴} در یک مطالعه کیفی، مشارکت کنندگان در بعد مربوط به خود، به این نکته تاکید داشتند که امروزه به عنوان یک سالمند، نگاهی جامع نسبت به زندگی دارند و زندگی دارای یک معنا و هدفی است و زندگی فقط به عنوان بخش‌هایی از لحظات شیرین و لذت‌بخش و موفقیت‌آمیز نیست. آنها معتقد بودند زندگی مجموعه‌ای از جریانات و حوادث و فرازو نشیب‌هاست و گاهی خوش‌آیند و گاهی ناخوشایند است که با پژوهش حاضر متفاوت بود.^{۱۵} نتایج مطالعه ما با توجه به این که سالمندان در جریان بحران تکاملی سالمندی با بحران ابتلا به سرطان

سرطان و نوع درمان ارتباط آماری معنی دار داشت. به طوری که میانگین نمره تعالی سالمندی در سالمندان متأهل و آتھایی که شیمی درمانی می شدند؛ بالاتر از سایرین بود. میانگین نمره تعالی سالمندی در سالمندان با تحصیلات در سطح ابتدایی به طور معنی داری بالاتر از دانشگاهی بود و در سایر سطوح این اختلاف معنی دار نبود. همچنین میانگین نمره تعالی سالمندی در افراد شاغل به طور معنی داری پایین تر از بیکار و خانه دار بود. همسو با مطالعه حاضر، Jeon و همکاران نشان دادند شادی و معنویت در ارتباط با سطح سلامت، در کنار خانواده بودن، تعالی معنویت و سطح اقتصادی را ارتقا می دهد.^{۲۳} در مطالعه لاله کانی و همکاران با افزایش تحصیلات احساس شادکامی و تعالی در افراد سالمند افزایش یافت^{۲۳} که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو است.

نتایج این مطالعه با Wang و همکاران،^{۲۴} در برخی موارد همسو و در برخی موارد ناهمسو است که تعالی سالمندی با برخی متغیرهای دموگرافیک مانند جنس، نوع زندگی، داشتن فعالیت منظم و داشتن عقاید مذهبی ارتباط مثبت معنی دار داشت. در مطالعه Wang و همکاران^{۲۴} سالمندانی که تنها زندگی می کردند از تعالی کمتری برخوردار بودند که با نتایج مطالعه ما که نشان می دهد افراد متأهل تعالی سالمندی بیشتری دارند؛ مطابقت دارد. همچنین در مطالعه Wang و همکاران^{۲۴} تحصیلات و درآمد در سطح آماری معنی دار نبودند. با توجه به عدم وجود بیماری مزمن و استرس آوری مانند سرطان^{۲۴} می تواند در این تفاوت این نتایج موثر باشد. بیماران مبتلا به سرطان و به خصوص سالمندان مبتلا به سرطان با مشکلات جسمی و روانی متعددی مواجه شده و فعالیت های روزمره و کیفیت زندگی آنان مختل می شود.^{۲۵} گرچه در پژوهش حاضر، وضعیت اقتصادی در سطح متوسط بود و بیشتر سالمندان تحصیلات در حد ابتدایی داشتند؛ ولی سطح تعالی سالمندان متوسط به بالا بود که این امر را می توان در وجود ارتباطات اجتماعی در سطح خانواده و جامعه سنتی و احترام به سالمندان دانست که در ایجاد رضایت فردی و حمایت سالمند اثر به سزایی دارد و سطح اقتصادی و تحصیلات را پوشش می دهد.

در مطالعه حاضر میانگین نمره کیفیت زندگی در سالمندان متأهل و سالمندان تحت شیمی درمانی و همچنین در سالمندان با استعمال دخانیات به طور معنی داری بالاتر از سایرین بود. میانگین نمره کیفیت زندگی در سالمندان تحت دوره اول شیمی درمانی به طور معنی داری بالاتر از دوره چهارم شیمی درمانی بود. با افزایش سن کیفیت زندگی کاهش نشان داد. نتایج مطالعه Shim و همکاران^{۲۶} همسو با مطالعه حاضر و نتایج مطالعه غفاری و همکاران^{۲۷} ناهمسو با مطالعه حاضر بودند. به نظر می رسد تأهل، حمایت عاطفی خانواده و سکونت در خانه از عوامل اثر گذار بر این بعد هستند. حمایت عاطفی

نیز مواجه شده بودند؛ ممکن است در تفسیر نتایج و حتی نتایج استخراج شده تفاوت هایی ایجاد نماید که بایستید با دقت بیشتری مورد بررسی قرار گیرند.

میانگین کیفیت زندگی در سالمندان مطالعه ما پایین بود؛ اما نتایج مطالعه حسینی^{۱۶} و همکاران و مطالعه Mols و همکاران^{۱۷} مخالف با مطالعه حاضر بود. به طوری که نمره میانگین کیفیت زندگی آنان بالاتر از سطح میانگین گزارش شده است. یک دلیل برای گزارش کم کیفیت زندگی در سالمندان مورد مطالعه ممکن است ناشی از کمبود شبکه و حمایت اجتماعی در بین این سالمندان به علت همزمانی مطالعه با دوران همه گیری COVID-19 باشد که منجر به کاهش رفت و آمد و کاهش حمایت اجتماعی در این دوران برای سالمندان شد.

در مطالعه حاضر کیفیت زندگی در بعد عملکرد جنسی و در بعد مراقبت از خود به ترتیب پایین ترین و بالاترین میانگین نمره را کسب کرد. در مطالعه Kueh و همکاران رفتارهای خود مراقبتی مهم ترین عامل پیش بینی کننده کیفیت زندگی گزارش شد.^{۱۸} به نظر می رسد بالا بودن کیفیت زندگی در این بعد مراقبت از خود با تأهل نمونه های مورد پژوهش مرتبط است. در مطالعه حاضر، اکثریت نمونه های پژوهش متأهل و در گروه سالمندان جوان بودند که هنوز توانایی مراقبت از خود را داشتند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه ایران دوست و همکاران نمره عملکرد جنسی در زنان مبتلا به بیماری سرطان از حداقل هم کمتر بود.^{۱۹} در میان مطالعات مربوط به کیفیت زندگی، مطالعات کمی به طور خاص بر عملکرد جنسی متمرکز بوده اند و یافته ها مشخص کرده عدم رضایت از زندگی جنسی با کیفیت زندگی ضعیف تری مرتبط است.^{۲۰} در مطالعه دیگری نشان داده شد که اختلال در عملکرد جنسی در ۷۱/۳ درصد از شرکت کنندگان تعیین شد و بیشترین اختلال مربوط به بعد تمایلات جنسی بود.^{۲۱} در رابطه با بعد جنسی، نتایج نشان داد کیفیت زندگی سالمندان در این بعد نامطلوب است. ممکن است این مسأله با بیماری و داروهای شیمی درمانی مرتبط باشد. هر داروی شیمی درمانی می تواند باعث حالت تهوع، اسهال، خستگی یا ضعف شود که همگی می توانند به عدم علاقه و از بین رفتن میل جنسی منجر شوند.^{۲۲} بر اساس این یافته ها و کاهش تمایل جنسی در بیماران سالمند مبتلا به بیماری در این مطالعه و مطالعات دیگر توصیه می شود وضعیت جنسی بیماران قبل و حین درمان بررسی شود و آموزش های لازم برای اطلاع از این اختلال و راهکارهای لازم نیز برای بهبود عملکرد جنسی به بیماران ارائه شود.

در مطالعه حاضر در راستای ارتباط تعالی سالمندی در سالمندان مبتلا به سرطان با متغیرهای دموگرافیک، تعالی سالمندی با وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، نوع

بیشترین اثر را بر کیفیت زندگی دارد و زندگی مشترک در کنار همسر اثر به‌سزایی در کیفیت زندگی سالمندان دارد. تغییر وضعیت تاهل می‌تواند موجب کاهش کیفیت زندگی در این افراد شود به ویژه اگر این تغییر در نتیجه جداشدن همسر باشد.^{۲۸} از عوامل موثر بر کیفیت زندگی افراد، نقش حمایت‌ها و شبکه روابط اجتماعی است که مهم‌ترین آن خانواده است و افراد در آن به تعامل می‌پردازند. لذا نقش همسر و خانواده بایستی بیشتر مورد تاکید در سالمندان به‌خصوص افراد مبتلا به بیماری سرطان قرار گیرد.

مصرف زیاد سیگار با سالمندی بیولوژیکی تسریع شده، با اثرات شدید حتی در مواجهه با سطوح پایین‌تر، در ارتباط است. همچنین مصرف کم و زیاد الکل نیز باعث تسریع سالمندی بیولوژیکی می‌شود.^{۲۹} این در حالی است که یک مرور سیستماتیک از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که سیگار کشیدن و مصرف الکل از جمله شایع‌ترین عوامل خطر قابل اصلاح در میان عوامل تعیین‌کننده رفتاری سالمندی موفق است.^{۳۰} همچنین افراد سیگاری وابسته به نیکوتین نسبت به افراد بدون وابستگی کیفیت زندگی پایین‌تر و ناتوانی بیشتری دارند که با نتایج مطالعه حاضر ناهمسو بود.^{۳۱} در مطالعه حاضر کیفیت زندگی در افراد با استعمال دخانیات نسبت به افراد بدون استعمال دخانیات، بالاتر بود که می‌توان آن را به دلیل شرایط بیماری صعب‌العلاج افراد سالمند مبتلا به سرطان دانست که استعمال دخانیات باعث تسکین کمی از درد آنها شده است. با این حال با توجه به اهمیت جمعیت سالمند و روند رو به رشد جمعیت آنها، مسؤولان و سیاست‌گذاران سلامت بایستی به برنامه‌ریزی برای مداخلات آموزشی وسیع و گسترده شیوه زندگی سالم، برای مصرف نکردن دخانیات، ایجاد تنوع و تعادل غذایی، انجام ورزش‌های مناسب با سن و تغییر در شیوه زندگی با هدف پیشگیری از این بیماری‌ها، زندگی سالم‌تر، طولانی‌تر و با کیفیت‌تر در سالمندی موفق، توجه کنند.

همچنین نتایج مطالعه ما در زمینه ارتباط طول مدت بیماری با کیفیت زندگی با مطالعه Holzner و همکاران^{۳۲} همخوانی داشت. اگرچه شیمی‌درمانی یکی از درمان‌های مهم بیماران سرطانی است و بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به سرطان، شیمی‌درمانی را در یک مرحله از درمان خود به عنوان درمان اصلی دریافت می‌کنند و بسیاری از تحقیقات نقش مثبت شیمی‌درمانی را بر روی ارتقاء کیفیت زندگی نشان داده‌اند؛^{۳۳} اما نتایج برخی از تحقیقات موید تاثیر شیمی‌درمانی بر کاهش کیفیت زندگی بوده است.^{۳۴} به هر حال، مراقبان بهداشتی به‌خصوص پرستاران بایستی آگاهی لازم را از اهمیت شیمی‌درمانی، عوارض آن، مراقبت‌های مربوط و تاثیرات مختلف آن بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های مختلف کسب کنند و حمایت لازم را از آنان مبذول نمایند.

در مطالعه حاضر تعالی سالمندی در بعد ماورای مادی با رضایت از زندگی همبستگی مثبت و معنی‌دار داشت. به‌طوری که با افزایش ماورای مادی، رضایت از زندگی نیز افزایش می‌یابد. همچنین در بعد مربوط به خود، با مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت و معنی‌دار آماری نشان داد. بعد شخصیتی اجتماعی تعالی سالمندی، با مراقبت از خود، افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت.

همسو با مطالعه حاضر، Ahmadi Lewin و Thomas نشان دادند که در هر دو گروه ایرانی و ترک مقیم سوئد، ارتباط مستقیمی بین رضایت از زندگی و تعالی سالمندی وجود دارد. به صورتی که افراد دارای تعالی سالمندی، رضایت بیشتری از زندگی داشتند و به دنبال آن کیفیت زندگی بهتری را نیز گزارش نمودند.^{۳۵} Tornstam یکی از ابعاد تعالی سالمندی را ارتباطات شخصی و اجتماعی عنوان کرد که از این نظر با ابعاد تعالی سالمندی همسو است.^{۳۶}

یافته‌های مطالعه حاضر پیرامون ابعاد تعالی، بعد مربوط به خود، ماورای مادی و اجتماعی با برخی مطالعات همسو بود.^{۳۷ و ۳۸} همچنین با مطالعه Sorajjakool و Ramirez-Johnson^{۳۹} مبنی بر این که معنویت نقش عمده در افسردگی دارد و سطح افسردگی افراد معنوی پایین‌تر است؛ همخوان است. افراد معنوی ممکن است علائم افسردگی خود را به روش‌های مختلف ارزیابی کنند. برای مثال، افراد بسیار معنوی ممکن است افسردگی را بیشتر به عنوان یک چالش در نظر بگیرند و کمتر به عنوان یک حالت درمانده و غیرقابل کنترل ببینند.

مطالعات نشان داده تعالی معنوی با رضایت از زندگی و به دنبال آن کیفیت زندگی و متغیرهای مرتبط با آن، از جمله بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت دارد. رابطه مثبت تعالی معنوی با رضایت زندگی می‌تواند تأییدی بر این نتیجه این مطالعه باشد که بین معنویت و سازگاری روان‌شناختی، رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد.^{۴۰}

همچنین در راستای نتایج مطالعه حاضر که رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی، خوشبینی و معنویت گرایی فرد متاثر است؛ با نتایج مطالعه Lee و Kim^{۴۱} همسو است. به طوری که همبستگی معنی‌داری بین تعالی و معنویت و متغیرهایی از قبیل افسردگی، عزت نفس، رضایت از زندگی، آشتی‌خیز خلق و اضطراب گزارش شد.^{۴۱} همچنین ناهمسو با نتایج مطالعه ما، مطالعه Desrosiers و Miller^{۴۲} و مطالعه Bamonti و همکاران^{۴۳} نشان دادند که رابطه معکوس و معنی‌داری بین تجربیات معنوی و افسردگی وجود دارد.

تعالی سالمندی با افسردگی و اضطراب، عملکرد ذهنی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی همبستگی مثبت معنی‌داری داشت. به طوری که با افزایش تعالی سالمندی، رضایت زندگی در این ابعاد

شود. لذا به نظر می‌رسد برنامه‌ریزی و مطالعه در زمینه تعالی سالمندی و ارتباط آن در بهبود شرایط و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلا به بیماری سرطان در جامعه ضروری است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به مقطعی بودن و حجم کم جامعه آماری اشاره نمود. تحقیقات آینده با حجم نمونه بیشتر برای روشن کردن عوامل موثر بر تعالی سالمندی و اثر آن بر کیفیت زندگی در نمونه‌های متنوع‌تر از سالمندان مورد نیاز است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده همبستگی مثبت آماری بین تعالی سالمندی و کیفیت زندگی در سالمندان مبتلایان به سرطان بود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم آمنه ملایی برای اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته پرستاری سالمندی از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. بدین وسیله از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران و مراکز بهداشتی دانشگاه تشکر می‌نماییم. همچنین از سالمندان محترم شرکت‌کننده در مطالعه صمیمانه تشکر می‌گردد. بین نویسندگان تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Payson M, Aitken MJ. Biological and Social Theories of Aging. Occupational Therapy with Elders. 4th ed. New York: Mosby. 2019; pp: 20-29. doi: 10.1016/B978-0-323-49846-3.00002-0.
- Kim HK. Effects of Perceived Health Condition, Gerotranscendence, and Wisdom on Successful Aging of Elders. Medico-legal Update. 2020; 20(3): 681-87. doi: 10.37506/mlu.v20i3.1479.
- Yarahmadi M, Dehdari T, Borhaninejad V, Abolghasemi J. [The relationship between gerotranscendence and existential anxiety in the elderly in Kerman city in 2020]. Journal of Gerontology. 2022; 7(3): 37-44. [Article in Persian]
- Bujang MA, Baharum N. Sample size guideline for correlation analysis. World Journal of Social Science Research. 2016; 3(1): 37-46. doi: 10.22158/wjssr.v3n1p37.
- Tayeri S, Jafari M, Alimohammadzadeh K, Hosseini SM, Shahanaghi K. [A Conceptual Model for Iranian Older Women's Health: A Review Study]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2021; 16(3): 304-29. doi: 10.32598/sija.2021.16.3.3090.1 [Article in Persian]
- Bakhtiyari F, Foroughan M, Fakhrzadeh H, Nazari N, Najafi B, Alizadeh M, et al. [Validation of the Persian version of abbreviated mental test (AMT) in elderly residents of Kahrizak charity foundation]. IJDM. 2014; 13(6): 487-94. [Article in Persian]
- Cozort RW. Revising the Gerotranscendence Scale for use with older adults in the southern United States and establishing properties of the Reised Gerotranscendence Scale. Dissertation. The University of North Carolina at Greensboro (UNCG). 2008.
- De Leo D, Diekstra RF, Lonngqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. Behav Med. 1998; 24(1): 17-27. doi: 10.1080/08964289809596377.
- Hosseini RS, Abolfathi Momtaz M, Mohammadi Shahbolaghi F. [Developing and Evaluating Life Satisfaction Structural Model of Mertyer's Elderly Parents, 2017]. Ph.D Dissertation. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2019. [Persian]
- Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. [Comparison of Elderly's "Quality of Life" Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes]. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2010; 4(4): 66-74. [Article in Persian]
- Masoudi A, Jouybari L, Roshandel G, Behnampour N, Khandoozi R, Hazini A et al. [The supportive care needs of elderly patients with cancer in northern Iran (2018)]. J Gorgan Univ Med Sci. 2020; 21(4): 93-99. [Article in Persian]
- Lunghar J, Banu T. Dietary approaches in management of noncommunicable diseases: A review. Int J Non-Commun Dis. 2021; 6(4): 159-65.
- Lalehkani M, Davati A, Isanejad A, Jadid-Milani M. [The Correlation between Happiness and Self-transcendence in the Elderly of Khoshkrud, Zaranjeh City]. IJN. 2020; 33(123): 6-21. doi: 10.29252/ijn.33.123.6 [Article in Persian]
- Thomas NF, Dunn KS. Self-transcendence and medication adherence in older adults with hypertension. J Holist Nurs. 2014 Dec; 32(4): 316-26. doi: 10.1177/0898010114528379.
- Wortman ES, Lewis JP. Gerotranscendence and Alaska Native Successful Aging in the Aleutian Pribilof Islands, Alaska. J Cross Cult Gerontol. 2021 Mar; 36(1): 43-67. doi: 10.1007/s10823-020-09421-9.
- Hasani MM, Bastani F, Azizi A. [Evaluation of Quality of Life in the Elderly With Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy in Selected Educational Centers of Iran University of Medical Sciences in 2020]. IJN. 2022; 34(134): 32-45. doi: 10.32598/ijn.34.6.3 [Article in Persian]

17. Mols F, Vingerhoets AJ, Coebergh JW, van de Poll-Franse LV. Quality of life among long-term breast cancer survivors: a systematic review. *Eur J Cancer*. 2005 Nov; 41(17): 2613-19. doi: 10.1016/j.ejca.2005.05.017.
18. Kueh YC, Morris T, Ismail AA. The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychol Health Med*. 2017 Feb; 22(2): 138-44. doi: 10.1080/13548506.2016.1147055.
19. Irandoost S, Nasiri A, Izadpanahi P. [Evaluation of sexual function and its related factors in women with breast cancer undergoing chemotherapy referred to Iran-Mehr Medical Center in Birjand, 2018]. *J Birjand Univ Med Sci* 2020; 27(4): 366-75. doi: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2020.27.4.105. [Article in Persian]
20. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*. 2008 Aug; 27(1): 32. doi: 10.1186/1756-9966-27-32.
21. Shandiz FH, Karimi FZ, Rahimi N, Abdolahi M, Anbaran ZK, Ghasemi M, et al. Investigating Sexual Function and Affecting Factors in Women with Breast Cancer in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(7): 3583-86.
22. Falk SJ, Dizon DS. Sexual Health Issues in Cancer Survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2020 Feb; 36(1): 150981. doi: 10.1016/j.soncn.2019.150981.
23. Jeon SW, Han C, Lee J, Lim J, Jeong HG, Park MH, et al. Perspectives on the Happiness of Community-Dwelling Elderly in Korea. *Psychiatry Investig*. 2016 Jan; 13(1): 50-57. doi: 10.4306/pi.2016.13.1.50.
24. Wang K, Duan GX, Jia HL, Xu ES, Chen XM, Xie HH. The level and influencing factors of gerotranscendence in community-dwelling older adults. *International Journal of Nursing Sciences*. 2015 Jun; 2(2): 123-27. doi: 10.1016/j.ijnss.2015.04.001.
25. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2018; pp: 152-55.
26. Shim EJ, Mehnert A, Koyama A, Cho SJ, Inui H, Paik NS, et al. Health-related quality of life in breast cancer: A cross-cultural survey of German, Japanese, and South Korean patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2006 Oct; 99(3): 341-50. doi: 10.1007/s10549-006-9216-x.
27. Ghafari R, Rafiei M, Taheri Nejad MR. [Assessment of Health Related Quality of Life by SF-36 Version 2 in General Population of Qom City]. *J Arak Uni Med Sci*. 2014; 16(11): 63-72. [Article in Persian]
28. Alipoor F, Sajadi H, Forozan A, Biglarian A. [The role of social support in elderly quality of life]. *Social Welfare Quarterly*. 2009; 8(33): 149-67. [Article in Persian]
29. Beach SR, Dogan MV, Lei MK, Cutrona CE, Gerrard M, Gibbons FX, et al. Methyloomic Aging as a Window onto the Influence of Lifestyle: Tobacco and Alcohol Use Alter the Rate of Biological Aging. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Dec; 63(12): 2519-25. doi: 10.1111/jgs.13830.
30. Alruba AA, Hyassat D, Khader YS, Bani-Mustafa R, Younes N, Ajlouni K. Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Jordanian Patients with Diabetic Foot Ulcer. *J Diabetes Res*. 2019 Jan; 2019: 4706720. doi: 10.1155/2019/4706720.
31. Wu FL, Tai HC, Sun JC. Self-management Experience of Middle-aged and Older Adults With Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2019 Aug; 13(3): 209-15. doi: 10.1016/j.anr.2019.06.002.
32. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Moschen R, Schweigkofler H, Dünser M, et al. Quality of life in breast cancer patients--not enough attention for long-term survivors? *Psychosomatics*. 2001 Mar-Apr; 42(2): 117-23. doi: 10.1176/appi.psy.42.2.117.
33. Bahrami M, Parnian R, Samimi MA. The effect of nursing consultation involving cancer survivors on newly diagnosed cancer patients' quality of life. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2012 Jul; 17(5): 338-42.
34. Sharifi M, Mikaili P, Baghaei R, Hajilou M, Mohammadpour Y. [Evaluation of the effect of chemotherapy on functional scales of quality of life of patient with breast cancer]. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2014; 6(4): 26-34. [Article in Persian]
35. Ahmadi Lewin F, Thomas LE. Gerotranscendence and Life Satisfaction: Studies of Religious and Secular Iranians and Turks. *Journal of Religious Gerontology*. 2001; 12(1): 17-41. doi: 10.1300/J078v12n01_04
36. Tornstam L. Maturing into gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology*. 2011; 43(2): 166-79.
37. Tornstam L. Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging. 1st ed. New York: Springer Publishing Company. 2005; p: 213.
38. Jewell AJ. Tornstam's notion of gerotranscendence: re-examining and questioning the theory. *J Aging Stud*. 2014 Aug; 30: 112-20. doi: 10.1016/j.jaging.2014.04.003.
39. Sorajjakool S, Ramirez-Johnson J. Disconnection, Depression, and Spirituality: A Study of the Role of Spirituality and Meaning in the Lives of Individuals with Severe Depression. *Pastoral Psychology*. 2008; 56(5):521-32.
40. Kao ET, Lyon ME, Garvie PA, He J, D'Angelo LJ. Spirituality, Clinical Outcomes, and Psychological Adjustment in Inner-City Adolescents With HIV Infection. *Journal of Adolescent Health*. 2009; 44(2): S15-S16. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.10.065.
41. Kim S, Lee JI. Self-transcendence, Spiritual well-being, and Death Anxiety of the Elderly. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2013; 27: 480-89. doi: 10.5932/JKPHN.2013.27.3.480.
42. Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. *J Clin Psychol*. 2007 Oct; 63(10): 1021-37. doi: 10.1002/jclp.20409.
43. Bamonti P, Lombardi S, Duberstein PR, King DA, Van Orden KA. Spirituality attenuates the association between depression symptom severity and meaning in life. *Aging Ment Health*. 2016; 20(5): 494-99. doi: 10.1080/13607863.2015.1021752.