ارتباط نگرش معنوی و امیدواری با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن

مریم حیدری سنگلجی[۱]

مریم رسولی[۲]

اعظم شیرین‌آبادی فراهانی[۳]

نزهت شاکری[٤]

مهناز ایلخانی[٥]

چکیده

زمینه و هدف: میزان بقای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن، در سال‌های اخیر افزایش یافته و تمرکز بر ارتقای کیفیت زندگی آنان به جای مداخلات فوری، توصیه می‌شود. این مطالعه ـ همبستگی با هدف تعیین ارتباط بین نگرش معنوی و امیدواری با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن انجام شده است.

روش: جامعه پژوهش، نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن بودند که در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مرکز طبی کودکان، مفید، انستیتو کانسر و مسیح دانشوری

---

۱. کارشناس ارشد پرستاری کودکان، بیمارستان میلاد، تهران، ایران.

۲. دانشیار گروه کودکان و مراقبت ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: Rassouli.m@gmail.com

۳. دکترای پرستاری؛ مربی گروه کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. استادیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. استادیار گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی **تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۴/۷/۱۸ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۴/۸/۲۳

بستری شده یا به درمانگاه‌های مذکور مراجعه نمودند. ۱۳۴ نوجوان به روش نمونه‌گیری آسان و براساس معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، شامل «پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی»، «مقیاس نگرش معنوی نوجوانان»، «مقیاس امیدواری نوجوانان» و «سیاهه کیفیت زندگی کودکان» بود که روایی و پایایی آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون در نرم‌افزار SPSS 19 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در این پژوهش، ۱۳۴ نوجوان ۱۸-۱۳ ساله مبتلا به بیماری‌های مزمن مورد مطالعه قرار گرفتند که میانگین و انحراف معیار سن آن‌ها ۲/۰۳۳±۱۵/۰۳ بود. نگرش معنوی ($p<۰/۰۵$ و $r=۰/۱۸۴$) و امیدواری نوجوانان ($p<۰/۰۵$ و $r=۰/۱۷۶$) با کیفیت زندگی آن‌ها ارتباط مثبت معنی‌دار داشت. همچنین بین نگرش معنوی و امیدواری ($p<۰/۰۵$ و $r=۰/۴۰۶$) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. نتایج آزمون رگرسیون نشان داد که نگرش معنوی، نوع پذیرش در بیمارستان و تحصیلات پدر، ۱۴/۶ درصد از تغییرات کیفیت زندگی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که عواملی مانند هدفمندبودن در زندگی، اعتقاد به خدا و خوش‌بینی به عنوان اجزای تشکیل‌دهنده نگرش معنوی و امیدواری، سبب ارتقای کیفیت زندگی در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌گردد.

واژگان کلیدی

کیفیت زندگی، امیدواری، نگرش معنوی، نوجوان، بیماری مزمن

مقدمه

بروز و شیوع بیماری‌های مزمن در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه رو به افزایش است و به نظر می‌رسد تا سال ۲۰۲۰ علت اصلی مرگ را در این کشورها تشکیل دهد (۱). با توسعه علم پزشکی و تکنولوژی مربوط به آن، به تدریج میزان بقای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش یافته است. این روند رو به رشد موجب شده است تا به جای مداخلات فوری در رابطه با مرگ کودکان، بیشتر بر مشکلات روانی ناشی از درمان طولانی‌مدت، مقابله و سازگاری با این بیماری توجه شود (۲).

دوره نوجوانی به عنوان حساس‌ترین دوران زندگی، با تغییر و تحولات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی همراه بوده و در واقع دوره‌ای است که فرد در آن تغییرات گسترده‌ای را در زمینه‌های شناختی، عصبی ـ زیستی و اجتماعی تجربه می‌کند (۳). ابتلا به بیماری یا ناتوانی در طی دوره نوجوانی، می‌تواند تأثیرات بسیاری بر سلامت نوجوان به جا گذارد (۲). ابتلا به بیماری‌های مزمن ممکن است کیفیت زندگی و روند تکامل طبیعی نوجوان، مانند قرارگرفتن در گروه، شرکت در فعالیت‌های فوق برنامه و پذیرفتن مسؤولیت در خانواده یا اجتماع را به چالش بکشد (۴).

طی چند دهه اخیر، کیفیت زندگی به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده و این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود، بلکه باید کیفیت زندگی را نیز ارتقا دهد (۵).

کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن با تغییرات نامناسب همراه است، به طوری که اکثر بیماران به دلیل شرایط خاص بیماری خود در پاره‌ای از ابعاد کیفیت زندگی دچار اختلال و کاستی می‌شوند (۶). اختلال در کیفیت زندگی نه

تنها اثر منفی بر زندگی اجتماعی، خانوادگی، کار و فعالیت تفریحی دارد، بلکه خطر بستری‌شدن و مرگ ناشی از بیماری را افزایش می‌دهد. بنابراین کیفیت زندگی عامل پیش‌بینی‌کننده بیماری مزمن به حساب می‌آید (۷).

در چند دهه اخیر، معنویت به عنوان متغیری مهم در بررسی کیفیت زندگی مورد تأکید قرار گرفته و برخی از پژوهشگران، معنویت را همراه با سایر ابعاد کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌دهند (۸). بر اساس مدل کل‌نگر، انسان دارای ابعاد زیستی، روانشناختی، اجتماعی و معنوی است که در یک مراقبت جامع، بایستی تمامی این ابعاد در نظر گرفته شود (۹). معنویت از عوامل مهم مقابله با موقعیت‌های تنش‌زای زندگی محسوب می‌شود و در موقعیت‌هایی که خارج از کنترل فرد است، راهبردی مفید به نظر می‌رسد (۱۰).

معنویت و نگرش معنوی، سبب حفظ و ارتقای عزت نفس بیمار، ایجاد حس هدفمندی و معناداری زندگی، افزایش آسودگی روانی و امیدواری می‌شود (۹). بیماران مزمن در مواجهه با بیماری خود، نیازهای متفاوتی را تجربه می‌کنند که از مهم‌ترین آن‌ها نیازهای معنوی است؛ این بیماران بر جنبه‌های معنوی خود تکیه کرده و مقابله معنوی، نیرومندترین راهبردی است که آن‌ها برای سازگاری با بیماری، از آن استفاده می‌کنند (۱۱).

امیدواری نیز می‌تواند نقش مهمی در زندگی نوجوانان، به ویژه در مواجه با شرایط بحرانی و یا زمانی که نوجوان به یک بیماری مزمن مبتلا می‌شود، ایفا کند (۱۲). انسان‌ها همیشه ظرفیت رشد حتی در مواجهه با درد و رنج را دارند (۱۳) و مطالعات متعدد نشان داده است که امیدواری می‌تواند یک عامل مؤثر در کاهش تنش زندگی نوجوان مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌های مزمن باشد (۱۴ و ۱۵). به نظر می‌رسد امیدواری، ارتباط بسیار نزدیکی با تندرستی، سلامت و کیفیت زندگی

داشته باشد، اگرچه این فرضیه در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن تهدیدکننده زندگی، آزمون نشده است. برخی مطالعات قبلی در این زمینه، امیدواری را یک عامل محافظتی به حساب آورده و اذعان می‌دارند که ناامیدی به خصوص ناامیدی‌های طولانی‌مدت ممکن است سلامتی و تندرستی فرد را تهدید کند (۱۲ و ۱۶).

کیفیت زندگی تحت تأثیر مداخلات ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت به ویژه پرستاران قرار دارد، لذا یکی از مهم‌ترین اهداف پرستاران در مراقبت از نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن، ارتقای کیفیت زندگی این بیماران است (۶ و ۱۷). در این راستا، شناسایی عوامل مرتبط یا تأثیرگذار بر کیفیت زندگی اهمیت بسیار دارد، زیرا می‌توان با اتخاذ تدابیری برای تقویت این عوامل، موجبات ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن را فراهم نمود (۱۷). با عنایت به این‌که پژوهش‌های معدودی در زمینه ارتباط معنویت و امیدواری با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن صورت گرفته است، این پژوهش با هدف تعیین ارتباط نگرش معنوی و امیدواری با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن، انجام گرفته است.

روش

این مطالعه از نوع مطالعات توصیفی ـ همبستگی است. جامعه پژوهش، نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن شامل نوجوانان مبتلا به سرطان، بیماری‌های تنفسی پیشرفته (برونشکتازی، سیستیک فیبروزیس، سل، آسم پیشرفته و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه) و بیماری‌های خودایمنی (مانند لوپوس و آرتریت روماتوئید) مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بودند

که در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های مرکز طبی کودکان، مفید و مسیح دانشوری بستری بوده و یا به درمانگاه‌های انکولوژی، تنفس و روماتولوژی مراجعه نمودند. از میان آن‌ها ۱۳۴ نوجوان به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود به مطالعه، انتخاب شدند. اندازه نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵٪ و با توان آزمون ۸۰٪ و با فرض این‌که بین هر دو متغیر شدت همبستگی حداقل برابر (r=۰/۲۵) باشد، محاسبه گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۱۸-۱۳ سال، ابتلا به یکی از بیماری‌های مزمن، تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک متخصص (انکولوژی، تنفس، روماتولوژی و عفونی)، گذشت حداقل شش‌ماه از تشخیص بیماری و قرارنداشتن در مراحل انتهایی بیماری بود. در این مطالعه، تشخیص بیماری برای کم‌تر از ش‌ماه، قرارداشتن بیمار در مراحل انتهایی بیماری، ابتلا به یک بیماری زمینه‌ای یا روحی دیگر از جمله معیارهای خروج از مطالعه محسوب می‌شود.

ابزارهای گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر، شامل پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، «مقیاس نگرش معنوی نوجوانان»، «مقیاس امیدواری نوجوانان» و «سیاهه کیفیت زندگی کودکان» بود که روایی محتوای آن‌ها، توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت‌علمی دانشکده‌های پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و دانشگاه آزاد مورد بررسی قرار گرفت و پایایی آن‌ها با استفاده از محاسبه آلفای کرونباخ تعیین گردید. پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، شامل سؤالاتی در زمینه سن، جنس، تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، سن، تحصیلات و شغل والدین بود. نگرش معنوی، با استفاده از «مقیاس نگرش معنوی نوجوانان» مورد بررسی قرار گرفت. این مقیاس توسط رسولی و همکاران در سال ۱۳۸۷ شمسی طراحی و روان‌سنجی شده و دارای ۳۹ عبارت است که بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای

لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، نمره‌دهی شده است. شرکت‌کنندگان می‌توانند نمره‌ای بین ۱۹۵-۳۹ کسب کنند که کسب نمره بیشتر توسط نمونه‌ها به معنی بالاتربودن نگرش معنوی آن‌ها است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر، ۰/۹۳ محاسبه گردید. امیدواری، با استفاده از «مقیاس امیدواری نوجوانان» مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه توسط پاملا هیندز در سال ۱۹۸۵ میلادی طراحی گردید و در سال ۱۳۸۸ شمسی توسط رسولی و همکاران برای استفاده در نوجوانان ایرانی، ترجمه و روان‌سنجی شد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت بوده که نمره‌دهی آن بر اساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد، یعنی افراد نمره‌ای در بازه ۱۲۰-۲۴ خواهند گرفت. اعداد بالاتر نشان‌دهنده میزان امیدواری بیشتر می‌باشد. آلفای کرونباخ مقیاس در مطالعه حاضر، ۰/۸۷ محاسبه گردید.

برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی، «سیاهه کیفیت زندگی کودکان» مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار توسط وارنی و همکاران در سال ۱۹۹۸ میلادی طراحی شده و دارای دو نسخه اصلی گزارش کودک و گزارش والدین می‌باشد که هریک از دو نسخه کودک و والدین، دارای ۲۳ عبارت با چهار زیرمقیاس در زمینه فعالیت‌های جسمی، عاطفی، اجتماعی و مشکلات مربوط به مدرسه به ترتیب با تعداد ۸، ۵، ۵ و ۵ عبارت می‌باشد. این ابزار در ایران، توسط جعفری و همکاران در سال ۱۳۹۰ شمسی ترجمه و اعتباریابی شده است. نحوه نمره‌دهی این ابزار، مطابق با مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت به صورت «هیچ وقت مشکلی نبوده=۰»، «به ندرت مشکل است=۱»، «بعضی وقت‌ها مشکل است=۲»، «بیشتر وقت‌ها مشکل است=۳»، «همیشه مشکل است=۴» می‌باشد. در واقع شرکت‌کنندگان می‌توانند نمره‌ای از صفر تا ۹۲ را به خود اختصاص دهند. همسانی درونی این مقیاس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ

محاسبه گردید (α=۰/۷۰). در این پژوهش از نسخه گزارش کودک استفاده شد که کیفیت زندگی نوجوانان ۱۸-۱۳ ساله را می‌سنجد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 19 استفاده شد. برای تعیین همبستگی میان متغیرهای نگرش معنوی و امیدواری با کیفیت زندگی، از ضریب همبستگی اسپیرمن و برای تعیین متغیرهای پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی، از آنالیز رگرسیون چندگانه استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی شامل اخذ مجوز از مراجع ذی‌صلاح، کسب رضایت آگاهانه از نمونه‌ها و اطمینان‌دادن به آن‌ها در این زمینه که اطلاعات پژوهش کاملاً محرمانه باقی می‌ماند، رعایت گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۵۶/۷ درصد از بیماران، پسر و ۵۰٪ آن‌ها در محدوده سنی ۱۴-۱۳ سال بودند. ۶۴/۹ درصد از شرکت‌کنندگان بستری در بخش بوده و ۴۱٪ آن‌ها بیماری‌های تنفسی داشتند و ۵۰/۵ درصد از بیماران بیش از ۱۰ سال مبتلا به بیماری بودند (جدول ۱).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نگرش معنوی و کیفیت زندگی (r=۰/۱۸۴ و p<۰/۰۵) و همچنین، بین امیدواری و کیفیت زندگی نوجوانان (r=۰/۱۷۶ و p≤۰/۰۵) مبتلا به بیماری مزمن، ارتباط مثبت معنی‌داری برقرار بود. از سوی دیگر، میان دو متغیر مستقل مطالعه، یعنی نگرش معنوی و امیدواری هم ارتباط مثبت معنی‌داری دیده شد (r=۰/۴۰۶ و p≤۰/۰۵)؛ (جدول ۲).

برای پیشگویی کیفیت زندگی، از آنالیز رگرسیون خطی چندگانه گام‌به‌گام استفاده شد. نتایج نشان داد که نگرش معنوی، نوع پذیرش در بیمارستان و تحصیلات پدر ۱۴/۶ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند (جدول ۳).

به این ترتیب معادله رگرسیون به صورت زیر خواهد بود:

Quality of Life=۰/۱۵۱(Sprituality) + ۶/۶۸(Admition) + ۴/۱۴

(Father Education) + ۱۸/۳۶

بحث

در این پژوهش که با هدف تعیین ارتباط میان دو متغیر مستقل امیدواری و نگرش معنوی، با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن انجام شد، ارتباط مثبت بین نگرش معنوی و کیفیت زندگی این گروه از نوجوانان مشاهده شد. این نتایج با نتایج مطالعه الهبخشیان و همکاران (۸) در سال ۱۳۸۷ که با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است، هم‌خوانی دارد؛ در مطالعه مذکور نیز پژوهشگران ارتباط معنی‌داری بین معنویت و کیفیت زندگی گزارش کرده‌اند. در مطالعه مروری که هبرت و همکاران در سال ۲۰۰۶ میلادی (۱۸) از طریق بررسی ۸۳ مقاله چاپ‌شده در زمینه معنویت و مذهب و ارتباط آن‌ها با احساس تندرستی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که به طور کلی معنویت و مذهب ارتباطی با احساس تندرستی در افراد نداشته و در نتیجه، کیفیت زندگی آن‌ها را دستخوش تغییر مثبت نمی‌کند که نتیجه مطالعه حاضر، هم‌خوانی ندارد (۱۸) در توجیه این یافته می‌توان گفت که مردم ایران بر حسب شرایط فرهنگی و اعتقادی، مردمی هستند که نسبت به دشواری‌های زندگی، رویکردی مذهبی داشته و ابتلا به بیماری را نوعی امتحان خداوند یا حکمت

او تلقی می‌کنند (۱۹). ارتباط میان معنویت و کیفیت زندگی در بیماران مزمن نشان می‌دهد ایمان به خدا و حس هدفمندی در زندگی، با کیفیت زندگی این گروه از بیماران ارتباط دارد (۲۰).

در این پژوهش، میان امیدواری و کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌دار وجود داشت. این یافته بیانگر آن است که باورداشتن به رسیدن روزها و لحظات خوب در آینده و امکان رهایی از مشکلات، با کیفیت زندگی بیماران ارتباط دارد. امیدواری، راهبرد سازگاری قوی در بیماران مزمن است و افراد امیدوار، راحت‌تر می‌توانند بحران ناشی از بیماری را تحمل کنند. این نتایج با نتیجه مطالعه مانیکس و همکاران (۱۴) که نشان داد امیدواری با کیفیت زندگی، سلامت روان و درد کم‌تر نوجوانان مبتلا به سرطان، ارتباط دارد، مطابقت دارد.

از طرفی مطالعه حاضر نشان داد که امیدواری، تغییرات واریانس کیفیت زندگی کلی را تبیین می‌کند و بیانگر این است که شرکت‌کنندگانی که امیدواری بیشتری در زندگی داشته‌اند، از کیفیت زندگی بالاتری نیز برخوردار بوده‌اند. این نتیجه با یافته‌های مطالعه روستون و همکاران (۲۰۱۰ م.) که امیدواری و وضعیت سلامت، متغیرهای پیشگویی‌کننده کیفیت زندگی بوده‌اند، همخوانی دارد (۲۱). می‌توان گفت یک ارتباط پویا بین امیدواری و استرس و هیجان وجود دارد به طوری که در افراد با امیدواری بالا، استرس‌ها تقلیل می‌یابد، آن‌ها به گونه مؤثرتری از مشکلات هیجانی بهبود می‌یابند و در نتیجه رضایت آن‌ها از زندگی افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر، ارتقای امیدواری یک راهبرد مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن محسوب می‌شود.

در مطالعه حاضر، بین نگرش معنوی و امیدواری در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. ایجاد ارتباط معنوی با قدرت بیکران، به فرد

این اطمینان را می‌دهد که نیرویی قوی همیشه او را حمایت می‌کند، لذا چنین افرادی، حوادث را با تکیه بر ایمان و اعتقاد خود راحت‌تر گذرانده و کم‌تر دستخوش استرس و اضطراب می‌شوند، در نتیجه انتظار این افراد از آینده امیدوارانه‌تر و خوش‌بینانه‌تر است (۲۲).

محدودیت پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری آن است. از آنجا که در مطالعه حاضر نمونه‌گیری به روش غیر تصادفی و از نوع در دسترس بوده است، ممکن است نمونه پژوهش به خوبی بیانگر جامعه نبوده، لذا تعمیم‌یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. با این وجود، محدودیت زمان و امکانات لازم برای نمونه‌گیری به روش‌های دیگر، ایجاب می‌کرد که نمونه‌گیری مطالعه به روش غیر تصادفی انجام شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، ارتباط بین معنویت، امیدواری و کیفیت زندگی مشخص شد. بر این اساس تأکید می‌شود که پرستاران به مفهوم مراقبت، نگاه جامع و در مراقبت از مددجو به تمامیت انسان توجه داشته باشند. همچنین نتایج این مطالعه به پرستاران و متخصصین بالینی کمک می‌کند تا در ارزیابی کیفیت زندگی بیماران به هدفمندی زندگی، اعتقاد به خدا و خوش‌بینی به آینده، توجه داشته و خدمات مناسب‌تری در این زمینه در جهت بهبود کیفیت زندگی به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ارائه نمایند.

به طور کلی نتایج به دست‌آمده مبین این است که معنویت با فراهم‌کردن نیرویی که باعث یکپارچگی ابعاد مختلف جسمی و روانی بیماران می‌شود، به آن‌ها کمک می‌کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی، احساس زنده‌بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند؛ به ویژه، زمانی که افراد با یک بیماری مزمن مواجه می‌شوند، معنویت می‌تواند با فراهم‌کردن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر همچون یک سپر دفاعی، به بیماران و مراقبان آن‌ها کمک کند تا به شیوه‌ای مثبت، مؤثر و هدفمند با بیماری برخورد کنند که خود تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی آنان دارد.

علیرغم این واقعیت که نیازهای معنوی که بخشی از تعریف سازمان جهانی بهداشت از مراقبت تسکینی نیز می‌باشد، توجه به موضوعات معنوی هنوز هم ضعیف است (۲۳). از سوی دیگر باید در نظر داشت که هدف غایی ارائه مراقبت‌های تسکینی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن، ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها خواهد بود. سازمان جهانی بهداشت، مراقبت تسکینی را به عنوان رویکردی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌های آن‌ها در مواجهه با مشکلات، مانند بیماری‌های

مزمن و تهدیدکننده زندگی تعریف می‌کند. این تعریف مشخص می‌کند که اعضای تیم مراقبت تسکینی، برای دستیابی به این هدف از طریق شناسایی زود هنگام و ارزیابی و درمان درد و مشکلات جسمی، روانی و معنوی، تلاش می‌کنند (۲۴). بنابراین می‌توان با آموزش پرستاران متخصص در مراقبت تسکینی، در زمینه ارائه مراقبت معنوی و ارتقای امیدواری، در راستای بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن عمل نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری کودکان به شماره (پ ۸۷۳) و طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. مؤلفین از مسؤولین محترم بیمارستان‌های مورد مطالعه، نوجوانان شرکت کننده در پژوهش و والدین صبور آن‌ها و از تمامی عزیزانی که در انجام این پژوهش همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن

نام متغیر	طبقات	فراوانی	درصد
سن (سال)	۱۳-۱۴	۶۷	۵۰
	۱۵-۱۶	۲۷	۲۰/۲
	۱۷-۱۸	۴۰	۲۹/۸
جنس	دختر	۵۸	۴۳/۳
	پسر	۷۶	۵۶/۷
نوع پذیرش	بستری در بخش	۸۷	۶۴/۹
	مراجعه به درمانگاه	۴۷	۳۵/۱
سطح تحصیلات	ابتدایی	۷۷	۵۷/۵
	دبیرستان	۵۷	۴۲/۵
نوع بیماری	سرطان	۵۰	۳۷/۳
	تنفسی	۵۵	۴۱
	آرتریت	۱۸	۱۳/۴
	خودایمنی	۱۱	۸/۳
مدت زمان بیماری (سال)	کم‌تر از ۱۰	۷۷	۵۰/۵
	بیشتر از ۱۰	۵۷	۴۹/۵
سن مادر (سال)	کم‌تر از ۳۰	۶	۴/۴
	۳۰-۴۰	۶۸	۵۰/۶
	بیشتر از ۴۰	۶۰	۴۵
تحصیلات مادر	بی‌سواد	۱۲	۹
	زیر دیپلم	۵۱	۳۸
	دیپلم	۴۷	۳۵/۱
	دانشگاهی	۲۴	۱۷/۹
شغل مادر	خانه‌دار	۱۱۵	۸۵/۸
	آزاد	۳	۲/۲
	کارمند	۱۵	۱۱/۲
	سایر	۱	۰/۸

سن پدر	کم‌تر از ۳۰	۱	۰/۸
	۳۰-۴۰	۲۷	۲۰
	بیشتر از ۴۰	۱۰۶	۷۹/۲
تحصیلات پدر	بی‌سواد	۱۳	۹/۶
	زیر دیپلم	۳۸	۲۸/۴
	دیپلم	۴۵	۳۳/۶
	دانشگاهی	۳۸	۲۸/۴
شغل پدر	کارمند	۴۶	۳۴/۲
	آزاد	۵۱	۳۸/۲
	کارگر	۲۵	۱۸/۶
	سایر	۱۲	۹

جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی نگرش معنوی، کیفیت زندگی و امیدواری در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن

متغیر	نگرش معنوی	امیدواری	کیفیت زندگی
نگرش معنوی	r=۱	r=۰/۴۰۶ p≤۰/۰۰۵	r=۰/۱۸۴ p=۰/۰۳۴
امیدواری	—	r=۱	r=۰/۱۷۶ p=۰/۰۴۲
کیفیت زندگی	—	—	r=۱

جدول ۳: آنالیز رگرسیون و ضرایب رگرسیون استانداردشده و استانداردنشده برای بررسی ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناسی، نگرش معنوی و امیدواری با کیفیت زندگی در نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن

متغیر مستقل	B	β	سطح معنی‌داری
نگرش معنوی	۰/۱۵۱	۰/۱۸۹	۰/۰۲۳
نوع پذیرش	۶/۶۸	۰/۲۰۸	۰/۰۱۴
تحصیلات پدر	۴/۱۴	۰/۲۵۲	۰/۰۰۳
متغیر وابسته: کیفیت زندگی $p\leq$۰/۰۵ ضریب تعیین: ۰/۱۴۶			

فهرست منابع

1. Michaud PA, Surs JC, Viner R. The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues. *Journal of Arch Dis Child.* 2004; 89: 938-42.

2. Sanjari M, Jafarppour M, Safarabadi T, Hosseini H. Coping with cancer in teenagers and their parents. *Iran Journal of Nursing*. 2005; 18(41): 111-22.

3. Rassouli M, Yaghmaie F, Alav Majd H. Psychometric properties of "Hopefulness Scale for Adolescents" in Iranian institutionalized adolescents. *Payesh.* 2010; 9(2): 197-204.

4. Barakat LP, Marmer PL, Schwartz LA. Quality of life of adolescents with cancer: family risks and resources. *Journal of Health and Quality of Life Outcomes*. 2010; 8(63suppl): 2-8.

5. Hosseini E. *A survey on the relationship between quality of life and religious coping in family caregivers of children with physical disabilities under covering of welfare organization in Ilam [Master`s thesis]*. Tehran University of Medical Science; 2013.

6. Rahnavard Z, Nodeh ZH, Hatamipour KH. Congestive heart failure: Predictors of health related quality of life in Iranian women. *Hayat.* 2014; 12(1): 77-86.

7. Abedi HA, Yasaman Alipour M, Abdeyazdan GH. Quality of life in heart failure patients referred to the Kerman outpatient centers. *Journal of Shahrekord University of Medical Science*. 2011; 13(5): 55-63**.**

8. Allahbakhshian M, Jafarpour M, Parvizi S. Spiritual well-being of patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2011; 16(3): 202-6.

9. Taheri kharameh Z, Asayesh H, Zamanian H, Shoouri bidgoli AR, Mirgheisari A, Sharififard F. Spiritual Well-being and religious coping strategies among hemodialysis patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 1(1): 48-54.

10. Rassouli M, Yaghmaie F, Saeedolzakerin M. Spirituality and spiritual coping strategies in Iranian institutionalized adolescent girls: A qualitative study. *Middle East Journal of Nursing.* 2008; 2(2): 20-3.

11. Hatamipour KH, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Alavi Maj H. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*. 2015; 21(1): 61-7.

12. Juvakka T, Kylma J. Hope in adolescents with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13: 193-9.

13. Heidarzadeh M, Rassouli M, Mohammadi Shahbolaghi F, Alavi Maj H, Karam AM, Mirzaee, HR. Posttraumatic growth and its dimensions in patients with cancer. *Middle East Journal of Cancer*. 2014; 5(1): 23-9.

14. Mannix M, Feldman FM, Moody K. Optimism and health-related quality of life in adolescents with cancer. *Journal of Child Care, Health and Development.* 2009; 35(4suppl): 482-8.

15. Zeighami SH, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with frustration and social skills of children with thalassemia major. *Journal of Birjand University of Medical Sciences.* 2011; 8(3): 116-24.

16. Karekla M, Constantinou M. Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17: 371-81.

17. Jaarsma T. *Heart failure: Nurses care. Netherland: Data type Maastricht.* 1999; 133-68.

18. Hebert RS, Weinstein E, Martive Lmand Schuch, R. Religion, spirituality and well-being of informal caregivers: A review, critique and research prospectus. *Aging and Mental Health.* 2006; 10: 496-520.

19. Rassouli M, Sajjadi M. Palliative care in Iran: Moving toward the palliative care for cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. DOI: 10.1177/1049909114561856 (in press).

20. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahmi T. A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in patient with cancer. *Evidence Based Care Journal*. 2012; 1(1): 51-62.

21. Rostoen T, Cooper BA, Miaskowski CH. The importance of hope as a mediator of psychological distress and life satisfaction in a community sample of cancer patients. *Cancer Nursing*. 2010; 33(4): 258-67.

22. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An Introduction. *Am Psychol*. 2000; 55(1): 5-14.

23. Nolan S, Saltmarsh P, Leget C. Spiritual care in palliative care: Working towards an EAPC task force. *European Journal of Palliative Care*. 2011; 18(2): 86-9.

24. Broeckaert B. Spirituality and Palliative Care. *Indian Journal of Palliative Care*. 2011; 17(Suppl): 39-41.

Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease

Maryam Heidari Sangelaji[1]
Maryam Rassouli[2]
Azam Shirinabadi Farahani[3]
Nezhat Shakeri[4]
Mahnaz Ilkhani[5]

Abstract

Background and aim: The survival of children with chronic disease has increased in recent years, and focusing on their quality of life, instead of immediate interventions is recommended. This cross - correlation study was conducted to determine the relationship between spiritual attitude and hope with the quality of life of adolescents with chronic disease and special needs.

Methods: The research population consisted of 134 adolescents with chronic disease and special needs, who were hospitalized in different wards of or visited in clinics of the Children's Medical Center, the Cancer Institute, the Mofid and the Masih Daneshvari hospitals. 134 adolescents were selected using the convenience sampling method and based on the inclusion criteria of the study. The data collection tools included "the Demographic Characteristics

1. MSc in pediatric nursing, Milad Hospital, Tehran, Iran.

2. PhD, Associate professor, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding author)
Email: Rassouli.m@gmail.com

3. PhD, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. PhD, School of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. PhD, Assistant professor, School of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Questionnaire", "Adolescents' Spiritual Attitude Scale", "Adolescents' Hope Scale" and "Children's Quality of life Checklist". The reliability and validity of these scales were examined. The data were analyzed with the SPSS19 software using descriptive tests, the Spearman correlation coefficient and regression analysis.

Findings: In this study, 134, 13-18 years old adolescents with chronic disease were studied with a mean±SD age of 15/03±2/03. The majority of the research samples (56/7%) were male. The majority of the samples (41%) were adolescents with chronic respiratory disorders, who were hospitalized in the wards. Aaverage spiritual attitude was 163/8±45/21 for boys and 166/52±27/17 for girls. The mean of hope was 83/61±17/8 in boys and 83/83±18/8 in girls, and the average quality of life was 62/05±16/16 in boys and 67±15/02 in girls. There was not significant relationship between the study variables and sex, but there was negative significant relationship between age and spiritual attitude (r=-0/245, p<0/05). Spiritual attitude (p<0/05, r=0/184), and hope (p<0/05, r=0/176) had a significant positive relationship with the quality of life. There was also a significant positive relationship between spiritual attitude and hope (p<0/05, r=0/406). The regression analysis showed spirituality, kind of admission and father education, can explain 14/6% of the changes in the quality of life.

Conclusion: The findings indicates that issues such as purposefulness in life, belief in God, and optimism, as constituents of spiritual attitude and hope, can improve the quality of life of adolescents with chronic disease.

Keywords

Quality of Life, Hope, Spiritual Attitude, Adolescent, Chronic Disease

Please cite this article as:

Heidari Sangelaji M, Rassouli M, Shirinabadi Farahani A, Shakeri N, Ilkhani M. Correlation between spiritual attitude and hope with quality of life in adolescents with chronic disease. *Med Ethics J* 2016; 10(34): 143-163.