

The Correlation Between Spiritual Health and Quality of Life Among Caregivers of Patients with Cancer

Romina Seydi¹, Sharareh Zeighami Mohammadi^{2*}, Batool Mohammadi³

1. M.Sc. Student Nursing, Department of Nursing, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. 0009-0005-0224-4820

2. Ph.D., Assistant Professor, Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. 0000-0002-8738-9551

3. M.Sc. Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. 0000-0003-3363-2541

*Corresponding Author: Sharareh Zeighami Mohammadi, Clinical Cares and Health Promotion Research Center, Ka.C., Islamic Azad University, Karaj, Iran. Email: zeighamimohammadi@iau.ac.ir

Received: 30 Des 2025

Revised: 17 Feb 2026

Accepted: 18 Feb 2026

Abstract

Introduction: Cancer, as one of the most common chronic and life-threatening diseases, presents not only patients but also their caregivers with extensive physical, psychological, and social challenges. Therefore, this study aimed to examine the correlation between spiritual health and quality of life among caregivers of patients with cancer.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted with 125 caregivers of patients with cancer who attended the outpatient departments of Rasoul Akram Hospital in Tehran in 2025. Purposive sampling was used. Data were collected using the Paloutzian and Ellison Spiritual Well-Being Questionnaire and the Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) through a self-administered method. Data analysis was performed using SPSS version 26, applying descriptive statistics, the Shapiro–Wilk test, and canonical regression analysis. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean total score of spiritual health was 78.28 ± 19.77 , and quality of life was 79.10 ± 16.74 . Focal regression analysis showed that only the first focal function was significant (Wilks' Lambda = 0.537, Rc = 0.68, Rc² = 0.46, P < 0.001), indicating a significant multivariate pattern between the spiritual health complex and the caregivers' quality-of-life complex. In the spiritual health complex, both existential and religious dimensions had high structural loadings and were co-directional ($r_s = 0.93$). In the quality of life component, increased spiritual health was associated with a decrease in psycho-physical suffering ($r_s = -0.67$) and lifestyle disruption ($r_s = -0.50$) and simultaneously with an increase in positive adjustment ($r_s = 0.76$), and 21% of the variance in caregivers of patients with cancer' quality of life was explained by the linear combination of spiritual health dimensions.

Conclusion: Spiritual health is associated with the quality of life among caregivers of patients with cancer. Assessing caregivers' spiritual health and designing and implementing spirituality-based integrated support interventions can be considered an effective component of care programs in oncology and palliative care.

Keywords: Cancer, Caregivers, Quality of Life, Spiritual Health.

How to cite this article:

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

How to cite this article: Seydi R, Zeighami Mohammadi Sh, Mohammadi B. The Correlation Between Spiritual Health and Quality of Life Among Caregivers of Patients with Cancer. Journal of Nursing Education (JNE). Oct - Nov 2025.p 47- 58 (in Persian)

ISSN/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



بررسی همبستگی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان

رومینا صیدی^۱، شراره ضیغمی محمدی^{۲*}، بتول محمدی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. 0009-0005-0224-4820
 ۲- دکترای پرستاری، استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. 0000-0002-8738-9551
 ۳- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. 0000-0003-3363-2541
 *نویسنده مسئول: شراره ضیغمی محمدی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی و ارتقاء سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: zeighamimohammadi@iauo.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۲۹

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۴/۱۱/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۹

چکیده

مقدمه: سرطان به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات، افزون بر بیماران، مراقبان آنان را نیز با چالش‌های گسترده جسمی، روانی و اجتماعی مواجه می‌سازد. از این رو، هدف این مطالعه تعیین همبستگی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش کار: این مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی با مشارکت ۱۲۵ مراقب بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش‌های سرپایی بیمارستان رسول اکرم شهر تهران در سال ۱۴۰۴ انجام شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند صورت گرفت. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سلامت معنوی پالوتزین-الیسون و پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبان و به‌صورت خودایفا گردآوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون شاپیرو-ویلک و رگرسیون کانونی انجام شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره کل سلامت معنوی $19/77 \pm 7/28$ و کیفیت زندگی $16/74 \pm 9/10$ بود. تحلیل رگرسیون کانونی نشان داد تنها تابع کانونی اول معنادار بود ($P < 0/001$ ، $R_c = 0/68$ ، $R_c^2 = 0/46$ ، $Wilks' \Lambda = 0/537$) و بیانگر یک الگوی چند متغیره معنادار بین مجموعه سلامت معنوی و مجموعه کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بود. در مجموعه سلامت معنوی، هر دو بعد سلامت معنوی وجودی و سلامت معنوی مذهبی بار ساختاری بالا و هم جهت داشتند ($r_s = 0/93$). در مجموعه کیفیت زندگی، افزایش سلامت معنوی با کاهش رنج روانی-جسمی ($r_s = -0/67$) و گسیختگی سبک زندگی ($r_s = -0/50$) و همزمان با افزایش سازگاری مثبت ($r_s = 0/76$) همراه بود و ۲۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان توسط ترکیب خطی ابعاد سلامت معنوی تبیین شد.

نتیجه‌گیری: سلامت معنوی با کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان ارتباط دارد. ارزیابی سلامت معنوی مراقبان، طراحی و اجرای مداخلات حمایتی تلفیقی مبتنی بر معنویت، میتواند به عنوان بخشی مؤثر از برنامه‌های مراقبتی در حوزه انکولوژی و مراقبت‌های تسکینی مدنظر قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سرطان، سلامت معنوی، کیفیت زندگی، مراقبان.

مقدمه

مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به افرادی اطلاق می‌شود که مسئولیت اصلی حمایت و مراقبت از بیمار را بر عهده دارند، این افراد معمولاً همسر، فرزندان، والدین یا دوستان نزدیک‌اند که در سراسر دوره بیماری به‌طور فعال در مراقبت‌های روزمره، مدیریت علائم و دارو، هماهنگی مراجعات و ارائه حمایت عاطفی مشارکت می‌کنند. سرطان، با برآورد ۱۹/۳ میلیون مورد جدید و نزدیک به ۱۰ میلیون مرگ در سال ۲۰۲۰، یکی از بارزترین چالش‌های سلامت جهانی در قرن بیستویکم می‌باشد [۱]. طبق برآورد سال ۲۰۱۷ تعداد موارد جدید سرطان در ایران حدود ۱۳۴۷۰۴ مورد و میزان بروز سرطان به ترتیب ۱۶۶/۵۴ و ۱۶۸/۵۶ در هر صد هزار نفر برآورد شد [۲]. سرطان به‌عنوان یک اختلال مزمن پیشرونده، پیامدهای گسترده‌ای در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی به‌جا می‌گذارد و به‌طور معناداری خودکفایی و استقلال عملکردی فرد را محدود می‌کند [۳]. این بیماری صرفاً به خود بیمار محدود نمی‌ماند و خانواده، به‌ویژه مراقبان بیمار نیز به‌شدت متأثر می‌شوند [۴]. مراقبان به‌عنوان رکن پنهان اما حیاتی مسیر درمان شناخته می‌شوند، نقشی که بدون پشتیبانی نظام‌مند می‌تواند به فرسودگی، افت کیفیت زندگی و برهم‌خوردن تعادل کار-زندگی آنان منجر شود [۱، ۴]. مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان شامل وظایف متنوعی مانند کمک به انجام فعالیت‌های روزانه، مدیریت داروها، همراهی بیمار در جلسات درمانی و ارائه حمایت عاطفی است که همگی می‌توانند بار سنگینی بر دوش مراقبان قرار دهند [۶]. مراقبان نه‌تنها با پیامدهای جسمی و روانی ناشی از بیماری عزیزان خود مواجه هستند، بلکه با فشارهای ناشی از نگرانی‌ها و نیازهای پیچیده بیمار نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند که می‌تواند تمامی جنبه‌های زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد [۱]. کیفیت زندگی به‌عنوان مفهومی چندبعدی تعریف می‌شود که شامل درک فرد از وضعیت کلی زندگی خود در زمینه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی است، که نشان‌دهنده میزان رضایت و احساس خوشبختی او از زندگی روزمره است [۷]. این مفهوم تحت تأثیر عوامل متعددی مانند سلامت جسمی و روانی، روابط اجتماعی، رفاه اقتصادی، شرایط محیطی و فرهنگ قرار دارد [۸]. در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، کیفیت زندگی به دلیل فشارهای چندگانه‌ای که

رومینا صیدی و همکاران

تجربه می‌کنند، اغلب به‌شدت کاهش می‌یابد. فرآیند درمان سرطان شامل بستری‌های مکرر، پیگیری‌های منظم و دوره‌های متناوب مراقبت در منزل است. بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند دوران درمان خود را در خانه و با حمایت خانواده سپری کنند که این امر مسئولیت‌های بیشتری را بر دوش مراقبان قرار می‌دهد [۹]. مراقبان معمولاً در طول بستری‌های بیمار در بیمارستان حضور دارند و ممکن است به دلیل احساس گناه یا وظیفه، از ترک بیمار خودداری کنند. این عوامل می‌توانند تأثیرات منفی عمیقی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها داشته باشند و کنترل زندگی شخصی، فعالیت‌های اجتماعی، شغلی، روابط زناشویی و امور روزمره آن‌ها را مختل نماید [۱۰]. مراقبان بیماران سرطانی به دلیل فشارهای جسمی و روانی، در معرض خطر بالای استرس، خستگی و افسردگی قرار دارند که این موضوع توانایی آن‌ها را برای مقابله با مسئولیت‌های مراقبتی کاهش داده و در نهایت کیفیت مراقبت ارائه‌شده به بیمار را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۱]. مطالعه رستمی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد که ۲۰ درصد از مراقبان بیماران سرطانی کیفیت زندگی خود را ضعیف ارزیابی کرده‌اند، بطوریکه که ۱۵ درصد از آن‌ها از اختلالات خواب و اضطراب شدید و ۳۰ درصد از افسردگی متوسط تا شدید رنج می‌برند [۱۲].

سلامت معنوی معمولاً به احساس معنا و هدف در زندگی، تجربه صلح و آرامش درونی، امید و حس ارتباط با امر متعالی (دینی یا غیردینی) اشاره دارد و می‌تواند در قالب دو بعد اصلی معنویت دینی (ایمان، اعمال و باورهای مذهبی) و معنویت وجودی (معنا، هدف، انسجام درونی و ارتباط معنادار با خود و دیگران) مفهوم‌پردازی شود که در مواجهه با چالش‌های مراقبت از بیماران سرطانی نقش محافظتی ایفا می‌کند [۱۳]. مطالعات نشان می‌دهند که مراقبان با سلامت معنوی بالاتر، کیفیت زندگی بهتری در حوزه‌های روانی، اجتماعی، و معنوی گزارش می‌کنند، در حالی که سلامت معنوی پایین با افزایش افسردگی و بار مراقبتی همراه است [۱۳، ۱۴]. مطالعه رفعتی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که سلامت معنوی بالاتر با بهبود سلامت جسمی و روانی مراقبان همراه بود [۱۵]. مطالعه دیگری در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان نیز نشان داد که سلامت معنوی یا راهبردهای مقابله معنوی، بار مراقبتی را تعدیل کرده و با بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی در مراقبان همراه است [۱۶].

همچنین، پژوهشی نشان داد که نیازهای مراقبت معنوی بیماران سرطان و مراقبان آنان همپوشانی قابل توجهی دارد و نادیده گرفتن این نیازها به تداوم رنج وجودی در هر دو گروه منجر می‌شود [۱۷].

افزایش پرستاب بار جهانی سرطان و پیش‌بینی افزایش موارد جدید، به طور مستقیم به گسترش اتکای نظام‌های سلامت بر مراقبت‌های خانوادگی منجر گردیده است [۱۵، ۱۸]. مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با طیف گسترده‌ای از چالش‌های جسمی، روانی و اجتماعی مواجه اند که به طور مستقیم کیفیت زندگی آنان و توانایی آنها برای ارائه مراقبت مؤثر را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه، نیاز به خدمات حمایتی برای مراقبان غیررسمی را تشدید می‌کند. این وضعیت، تولید شواهد بومی درباره وضعیت روانی اجتماعی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را به ضرورتی سیاستی و بالینی بدل ساخته است. با وجود این، خلأ قابل توجهی در مطالعات موجود مشاهده می‌شود، به طوری که بخش عمده مطالعات در کشورهای با درآمد بالا و در نظام‌های مراقبت تسکینی نسبتاً ساختار یافته انجام شده‌اند و شواهد اندکی از کشورهای با درآمد کم و متوسط، به ویژه از بسترهای فرهنگی دینی مانند ایران، در دسترس است. در این بسترها، دین و معنویت به عنوان منابع اصلی معنا، امید و سازگاری با رنج، نقشی تعیین کننده دارند و همچنین الگوی ارتباط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مراقبان ممکن است با جوامع غربی متفاوت باشد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در سال ۱۴۰۴ انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-همبستگی با طرح مقطعی بود که با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با کیفیت زندگی در مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. شرکت‌کنندگان، مراقبان خانوادگی (بستگان درجه یک شامل پدر، مادر، همسر، فرزند، خواهر یا برادر) بیماران مبتلا به سرطان بودند که بدون دریافت دستمزد، مسئولیت اصلی ارائه مراقبت عاطفی، جسمی یا مالی به بیمار را بر عهده داشتند. مطالعه از خرداد تا مرداد ۱۴۰۴ در بخش سرپایی شیمی درمانی بیمارستان رسول اکرم (ص) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران در شهر تهران انجام شد.

معیارهای ورود شامل مراقب اصلی و خوشاوند درجه یک بیمار مبتلا به سرطان، همراه بیمار در بخش سرپایی شیمی درمانی، سن ۱۸ تا ۶۵ سال، بیمار تحت شیمی درمانی پس از جراحی با حداقل دو دوره شیمی درمانی، حداقل سواد خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال شدید روانپزشکی یا مصرف منظم داروهای روان گردان، نداشتن بیماری جسمی مزمن ناتوان کننده، و تمایل به شرکت در مطالعه و امضای رضایت نامه آگاهانه بود. معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه ها، بروز بیماری حاد یا تشدید بیماری مزمن در مراقب بیمار طی گردآوری داده‌ها و تغییر مراقب اصلی بیمار در طول مطالعه بود. حجم نمونه و روش نمونه گیری، با استفاده از ضریب همبستگی گزارش شده در مطالعه عباس‌نژاد و همکاران ($r=0/30$) [۱۸]، سطح اطمینان ۹۵٪ و توان ۹۰٪، حجم نمونه حداقل ۱۱۲ نفر برآورد شد و با در نظر گرفتن ۱۰٪ ریزش، ۱۲۵ نفر به عنوان حجم نمونه نهایی تعیین شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{p(1-p)}$$

$$p = \frac{1}{2}$$

نمونه‌ها به روش نمونه گیری هدفمند، از میان مراقبان واجد شرایط مراجعه کننده به بخش سرپایی شیمی درمانی انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل یک پرسشنامه دموگرافیک و دو پرسشنامه استاندارد بود. پرسشنامه دموگرافیک شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی ادراک شده، شغل، نسبت با بیمار، مدت مراقبت، ابتلای مراقب به بیماری مزمن (در صورت وجود)، نوع بیماری مزمن و وضعیت درمان بیمار (اولین دوره یا عود) بود.

پرسشنامه سلامت معنوی توسط Ellison و Paloutzian طراحی شد و شامل ۲۰ سؤال بود که ۱۰ سؤال زوج، سلامت وجودی و ۱۰ سؤال فرد، سلامت مذهبی را اندازه‌گیری کرد. سؤالات در قالب مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای شامل "کاملاً مخالفم"، "مخالفم"، "نسبتاً مخالفم"، "نسبتاً موافقم"، "موافقم" و "کاملاً موافقم" نمره دهی شدند. در سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۶ و ۱۸، نمره گذاری به صورت معکوس انجام شد، به گونه‌ای که در سؤالات با فعل مثبت، پاسخ "کاملاً مخالفم" نمره ۱ و "کاملاً موافقم" نمره ۶ گرفت و در سؤالات با فعل منفی، "کاملاً مخالفم" نمره ۶ و "کاملاً موافقم" نمره ۱ دریافت کرد. نمره کل سلامت معنوی از مجموع دو زیر مقیاس سلامت وجودی و سلامت مذهبی به دست آمد و در دامنه ۲۰ تا ۱۲۰ قرار داشت. نمرات

رومینا صیدی و همکاران

مطالعه حاضر ضریب الفبا کرونباخ برای پرسشنامه کیفیت زندگی کل (۰/۸۲) و حیطه‌های رنج روحی-جسمی (۰/۸۳)، گسیختگی سبک زندگی (۰/۸۵)، سازگاری مثبت (۰/۷۲) و نگرانی اقتصادی (۰/۹۲) بدست آمد.

پس از تصویب طرح و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و دریافت مجوز کتبی از بیمارستان رسول اکرم (ص) تهران، پژوهشگر با حضور منظم در بخش سربایی شیمی درمانی، مراقبان واجد شرایط را شناسایی کرد. پس از توضیح اهداف، روش مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و اختیاری بودن مشارکت، رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از داوطلبان اخذ شد. سپس بسته پرسشنامه‌ها به‌صورت خودگزارشی تکمیل شد. پژوهشگر در طول تکمیل پرسشنامه‌ها در محل حضور داشت تا در صورت وجود ابهام، توضیحات لازم را بدون القای پاسخ ارائه دهد. تکمیل هر مجموعه پرسشنامه به‌طور متوسط ۳۰-۴۵ دقیقه زمان برد.

پژوهش مطابق با اصول اعلامیه هلسینکی و دستورالعمل‌های کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران انجام شد. کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج اخذ شد (IR.IAU.K.REC.1403.180). مشارکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات کامل، فرم رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. محرمانگی داده‌ها با کدگذاری پرسشنامه‌ها و حذف هرگونه اطلاعات شناسایی‌کننده تضمین شد و شرکت‌کنندگان در هر مرحله حق انصراف بدون هیچ پیامدی برای خود یا بیمار را داشتند.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. نرمال بودن توزیع متغیرهای اصلی با آزمون شاپیروویلک بررسی شد. برای بررسی روابط بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی از تحلیل رگرسیون کانونی (CCA) و برای بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیرهای اصلی مطالعه از آزمون تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون من ویتنی و کروسکال-والیس استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن مراقبان بیماران مبتلا به سرطان برابر $۱۰/۳۱ \pm ۴۱/۸۶$ سال بود. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ۷۱ نفر (۵۶/۸ درصد) متأهل بودند. ۸۹ نفر (۷۱/۲ درصد) وضعیت اقتصادی متوسط و

سلامت معنوی به سه دسته پایین (۲۰ تا ۶۰)، متوسط (۶۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی شدند [۱۹]. Ellison و Paloutzian ضریب آلفای کرونباخ برای سلامت مذهبی، سلامت وجودی و سلامت معنوی کل را به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش کردند [۲۰]. در مطالعه فلاحتی و همکاران (۱۴۰۳) پایایی نمره کل پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ در سطح مطلوب ارزیابی شد [۱۹]. در مطالعه حاضر ضریب الفبا کرونباخ برای سلامت معنوی کل (۰/۹۳) و برای حیطه سلامت مذهبی (۰/۹۲) و سلامت وجودی (۰/۸۶) بدست آمد که نشان از پایایی خوب ابزار بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان برای اولین بار توسط Weitzner و همکاران (۱۹۹۷) در آمریکا طراحی شد [۲۱]. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۰ توسط خنجری و همکاران با استفاده از روش‌های استاندارد ترجمه و تطبیق فرهنگی به فارسی شد و روایی و پایایی آن تأیید گردید. این پرسشنامه که تأثیر بیماری سرطان بر مراقب را ارزیابی کرد، شامل ۳۵ گویه بود. نمره دهی بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از "اصلاً" (امتیاز ۰) تا "خیلی زیاد" (امتیاز ۴) انجام شد. این ابزار کیفیت زندگی مراقب را در چهار بعد رنج روحی و جسمی، گسیختگی سبک زندگی، سازگاری مثبت، و نگرانی اقتصادی، همچنین نمره کل کیفیت زندگی سنجید. نمره بالاتر در بعد سازگاری مثبت نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر بود، اما نمره بالاتر در ابعاد رنج روحی و جسمی، گسیختگی سبک زندگی، نگرانی اقتصادی و نمره کل کیفیت زندگی نشان‌دهنده کیفیت زندگی بدتر یا نامطلوب‌تر بود. سؤالات شماره ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۵، ۳۱، ۳۳ و ۳۵ مربوط به بعد رنج روحی و جسمی (دامنه نمره ۰ تا ۶۰)، سؤالات شماره ۱، ۳، ۵، ۲۱، ۲۴، ۲۶، ۲۹، ۳۰ و ۳۲ مربوط به بعد گسیختگی سبک زندگی (دامنه نمره ۰ تا ۳۶)، سؤالات شماره ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۲۸ و ۳۴ مربوط به بعد سازگاری مثبت (دامنه نمره ۰ تا ۳۲)، و سؤالات شماره ۶، ۷ و ۸ مربوط به بعد نگرانی اقتصادی (دامنه نمره ۰ تا ۱۲) بودند. نمره کل کیفیت زندگی از مجموع نمرات ۳۵ گویه به دست آمد و در محدوده ۰ تا ۱۴۰ قرار داشت. پایایی این ابزار در ایران توسط خنجری و همکاران (۱۳۹۰) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شد [۲۲]. در

سرطان، بیماری مزمن داشتند. ۸۲ نفر (۶۵/۶ درصد) بیماران در اولین دوره بیماری بودند. از نظر توزیع نوع سرطان، سرطانهای معده ۲۴ نفر (۱۹٪)، پستان ۲۳ نفر (۱۸٪) و روده بزرگ ۱۹ نفر (۱۵٪) به ترتیب بیشترین فراوانی را در بیماران تشکیل دادند.

۶۹ نفر (۵۵/۲ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند. حدود ۶۱ نفر (۴۸/۸ درصد) از افراد تحت مطالعه کمتر از ۹۰ روز از بیماران خود مراقبت کردند. فرزندان بیماران ۶۱ نفر (۴۸/۸ درصد) بیشترین سهم مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را تشکیل می دادند. بیشترین مراقبان کارمند بودند (۵۹ نفر، ۴۷/۲ درصد). ۴۳ نفر (۳۴/۴ درصد) مراقبان بیماران مبتلا به

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مورد مطالعه

درصد	تعداد	متغیر	
۳۳/۶	۴۲	مجرد	وضعیت تاهل
۵۶/۸	۷۱	متاهل	
۹/۶	۱۲	مطلقه یا همسر فوت شده	
۱۹/۲	۲۴	پایین	وضعیت اقتصادی
۷۱/۲	۸۹	متوسط	
۶/۴	۸	بالا	
۸/۰	۱۰	زیر دیپلم	سطح تحصیلات
۲۴/۰	۳۰	دیپلم	
۱۲/۸	۱۶	فوق دیپلم	
۵۵/۲	۶۹	تحصیلات دانشگاهی	
۴۸/۸	۶۱	کمتر از ۹۰ روز	مدت مراقبت
۲۹/۶	۳۷	۹۱-۱۸۰ روز	
۱۳/۶	۱۷	۱۸۱-۲۷۰ روز	
۸/۰	۱۰	بیشتر از ۲۷۰ روز	
۲۴/۸	۳۱	همسر	نسبت با بیمار
۴۸/۸	۶۱	فرزند	
۹/۶	۱۲	خواهر	
۵/۶	۷	برادر	
۱۰/۴	۱۳	پدر یا مادر	
۲۰/۸	۲۶	بیکار	شغل
۴۷/۲	۵۹	کارمند	
۱۶/۰	۲۰	کار آزاد	
۱۲/۸	۱۶	کار پاره وقت	
۳۴/۴	۴۳	بله	بیماری مزمن
۶۵/۶	۸۲	خیر	
۶۵/۶	۸۲	اولین دوره بیماری	وضعیت درمانی بیمار
۲۸/۰	۳۵	عود مجدد بیماری	

از سلامت معنوی متوسط و ۱۶/۸٪ از سلامت معنوی بالا برخوردار بوده اند (جدول شماره ۲).

در مراقبان بیماران سرطان میانگین نمره کل سلامت معنوی ۱۹/۷۷ ± ۷۸/۲۸، و نمره کل کیفیت زندگی ۱۶/۷۴ ± ۷۹/۱۰ به دست آمد. ۲۰٪ افراد از سلامت معنوی پایین، ۶۳/۲٪

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان

بیشترین - کمترین	انحراف معیار ± میانگین	متغیر	
۳۵ - ۱۱۹	۷۸/۲۸ ± ۱۹/۷۷	نمره کل سلامت معنوی	سلامت معنوی
۱۵ - ۵۹	۳۴/۳۴ ± ۱۰/۳۸	سلامت وجودی	
۱۹ - ۶۰	۴۳/۹۴ ± ۱۰/۸۱	سلامت مذهبی	
۳۵ - ۱۲۲	۷۹/۱۰ ± ۱۶/۷۴	نمره کل کیفیت زندگی	کیفیت زندگی
۱۰ - ۵۶	۳۷/۵۴ ± ۹/۹۷	رنج روحی و جسمی	
۱ - ۳۶	۱۶/۴۵ ± ۸/۱۸	گسیختگی سبک زندگی	
۳ - ۳۱	۱۷/۴۱ ± ۵/۸۴	سازگاری مثبت	
۰ - ۱۲	۷/۷۰ ± ۳/۸۴	نگرانی اقتصادی	

آزمون White برقرار بود ($p = ۰/۰۵۱$). برای تحلیل کانونی، علاوه بر نرمال بودن تک‌متغیره، نرمال بودن چندمتغیره و خطی بودن روابط بین متغیرهای دو مجموعه بررسی شد که الگوی پراکنش داده‌ها حاکی از روابط خطی قابل قبول و نبود داده‌های پرت چند متغیره مؤثر بود. همچنین نسبت حجم نمونه به تعداد متغیرها (۱۲۵ نمونه برای ۶ متغیر مشاهده شده) کفایت لازم را برای اجرای تحلیل همبستگی کانونی فراهم می‌کرد.

بر اساس جدول ۳ نتایج نشان داد که از میان توابع کانونی استخراج شده، تنها تابع کانونی اول از نظر آماری معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$, $Wilks' Lambda = ۰/۵۳۷$) و بنابراین فقط این تابع برای تفسیر در نظر گرفته شد.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال متغیرهای تحقیق نشان داد نمره سلامت معنوی ($P = ۰/۲۱۵$) از توزیع نرمال برخوردار بود اما نمره کیفیت زندگی ($P = ۰/۰۲۹$) از توزیع نرمال پیروی نکرد. با توجه به ماهیت چند بعدی متغیرها و به منظور بررسی همزمان الگوی ارتباط بین مجموعه متغیرهای سلامت معنوی و کیفیت زندگی، در ادامه از تحلیل رگرسیون (همبستگی) کانونی استفاده شد. پیش‌فرض‌های این تحلیل پیش از اجرا بررسی گردید. استقلال مشاهدات با آماره دوربین-واتسون ($DW = ۱/۵۱$) تأیید شد. شاخص‌های هم‌خطی (Tolerance و VIF) در محدوده قابل قبول قرار داشتند که نشان‌دهنده نبود هم‌خطی شدید میان متغیرهای پیش بین بود. نرمال بودن توزیع خطاها بررسی و تأیید شد ($P > ۰/۰۵$) و همسانی واریانس باقیمانده‌ها نیز با

جدول ۳. شاخص‌های آماری توابع استخراج شده در تحلیل رگرسیون کانونی سلامت معنوی و کیفیت زندگی

P-Value	Wilks' Lambda	Re ²	همبستگی کانونی	تابع کانونی
< ۰/۰۰۱	۰/۵۳۷	۰/۴۶	۰/۴۶	اول
۰/۱۴۲	۰/۸۷۶	۰/۱۲	۰/۳۵	دوم

توضیح:
 β (وزن استاندارد کانونی) نشان‌دهنده سهم هر متغیر در تشکیل متغیر کانونی مربوطه است.
 T_s (ضریب ساختاری) بیانگر همبستگی هر متغیر مشاهده شده با متغیر کانونی متناظر می‌باشد.
 R_c همبستگی بین ترکیب خطی متغیرهای سلامت معنوی و ترکیب خطی متغیرهای کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

است. در مجموعه کیفیت زندگی، بیشترین ضرایب ساختاری منفی مربوط به رنج روحی-جسمی ($r_s = -0/67$) و گسیختگی سبک زندگی ($r_s = -0/50$) بود، در حالی که سازگاری مثبت بالاترین ضریب ساختاری مثبت را نشان داد ($r_s = 0/76$). این الگو حاکی از آن است که افزایش سلامت معنوی با کاهش رنج‌های روانی-جسمی و اختلال در سبک زندگی و همزمان با افزایش سازگاری مثبت همراه است. شاخص افزونگی نشان داد که حدود ۲۱ درصد از واریانس کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان به‌طور مستقیم توسط ترکیب خطی ابعاد سلامت معنوی تبیین می‌شود.

با توجه به معنادار بودن تنها تابع کانونی اول، تفسیر نتایج صرفاً بر اساس این تابع انجام شد. برای تفسیر سهم متغیرها در هر مجموعه، از ضرایب ساختاری (r_p) استفاده گردید و مقادیر ۰/۳۰ به‌عنوان معیار معناداری عملی در نظر گرفته شد [۲۳]. جدول ۴ نشان داد تابع کانونی اول دارای همبستگی نسبتاً قوی بین دو مجموعه متغیر است ($R_c = 0/68$) که ۴۶ درصد از واریانس مشترک بین ترکیب خطی ابعاد سلامت معنوی و کیفیت زندگی را تبیین می‌کند ($R_c^2 = 0/46$). در این تابع، هر دو بعد سلامت معنوی وجودی و مذهبی بار ساختاری بالایی داشتند ($r_s = 0/93$) که نشان‌دهنده نقش غالب سلامت معنوی کلی در این رابطه

جدول ۴. نتایج تحلیل همبستگی (رگرسیون) کانونی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان

مجموعه متغیرها	متغیر	وزن استاندارد کانونی (β)	ضریب ساختاری (r_s)
متغیر پیش بین (سلامت معنوی)	سلامت معنوی وجودی	۰/۷۰	۰/۹۳
	سلامت معنوی مذهبی	۰/۷۲	۰/۹۳
متغیر ملاک (کیفیت زندگی)	رنج روحی-جسمی	-۰/۵۴	-۰/۶۷
	گسیختگی سبک زندگی	-۰/۳۰	-۰/۵۰
	سازگاری مثبت	۰/۷۶	۰/۷۶
	نگرانی اقتصادی	۰/۲۰	۰/۵۴
	همبستگی کانونی (r_c)	۰/۶۸	-
شاخص‌های آماری تابع کانونی اول	ضریب تعیین (r_c^2)	۰/۴۶	-
	میانگین واریانس استخراج شده - سلامت معنوی	۰/۸۷	-
	میانگین واریانس استخراج شده - کیفیت زندگی	۰/۴۵	-
	شاخص افزونگی کیفیت زندگی (Redundancy Y)	X)	۰/۲۱
	توضیح:		
β = وزن استاندارد کانونی (Canonical Weight) که سهم هر متغیر را در تشکیل متغیر کانونی نشان می‌دهد.			
r_s = ضریب ساختاری (Structure Coefficient) که بیانگر همبستگی هر متغیر با متغیر کانونی متناظر است.			
R_c = همبستگی بین ترکیب خطی متغیرهای سلامت معنوی و ترکیب خطی متغیرهای کیفیت زندگی.			

سرطان با متغیرهای دموگرافیک، نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه تفاوت آماری معناداری در نمره سلامت معنوی برحسب وضعیت تأهل نشان داد ($F=5/058$ ، $P=0/008$)، به

در مطالعه حاضر ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی برخی متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی قرار گرفت. در بررسی رابطه سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به

بحث

مطالعه حاضر با هدف تبیین رابطه بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. بر اساس نتایج رگرسیون کانونی، یک الگوی غالب و منسجم از ارتباط بین این دو سازه چند بعدی مشاهده شد که نشان می‌دهد سلامت معنوی با کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان رابطه معنادار دارد. یافته‌ها نشان داد سلامت معنوی صرفاً به کاهش ابعاد رنج‌های روانی-جسمی یا اختلال در سبک زندگی از کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان محدود نمی‌شود، بلکه نقش فعالی در تقویت سازگاری مثبت آنان ایفا می‌کند. نتایج حاضر با شواهد پیشین همسو است. در یک مرور نظام مند که توسط Aya-Roa و همکاران (۲۰۲۵) انجام شد، نشان داد که معنویت با کیفیت زندگی مراقبان غیررسمی اصلی بیماران مبتلا به سرطان رابطه دارد و تقویت معنویت موجب بهبود کیفیت زندگی خصوصاً در حوزه سلامت روان در مراقبان غیررسمی بیماران سرطانی می‌گردد [۲۴]. در مطالعه Liu و همکاران (۲۰۲۳) کیفیت زندگی با سلامت معنوی همبستگی مثبت و معنی دار داشت [۲۵]. مطالعه King و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد معنویت بیشتر با کیفیت زندگی سلامت محور بالاتر در مراقبان ارتباط داشت و تنهایی این رابطه را میانجی می‌کرد، یعنی معنویت با کاهش تنهایی، بهبود کیفیت زندگی را تسهیل کرد [۲۶]. همچنین مطالعه Vespa و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان، سلامت معنوی پایین با کیفیت زندگی ضعیف تر همراه بود [۲۷]. مطالعه Spatuzzi و همکاران (۲۰۱۹) که با مشارکت مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به سرطان انجام شد نشان داد سلامت معنوی بالاتر با کیفیت زندگی بهتر و بار مراقبتی کمتر رابطه داشت [۱۳]. در مطالعه Col-grove و همکاران (۲۰۰۷) که با مشارکت همسران مراقب بهبودیافتگان سرطان انجام شد نشان داد که معنویت اثر حفاظتی داشت و افت مؤلفه های روانی کیفیت زندگی را در مواجهه با فشار مراقبتی را تعدیل می‌کرد [۲۸]. نبود شواهد نا همسو در ادبیات نیز این تفسیر را تقویت میکند. تفاوت‌های جزئی بین یافته‌های مطالعات مختلف را می‌توان به تفاوت ابزارهای سنجش، ویژگی‌های نمونه (مرحله بیماری، شدت علائم)، و نقش متغیرهای مداخله گر مانند حمایت اجتماعی، وضعیت اقتصادی و شدت مراقبت روزانه

طوری که مراقبان بیماران مبتلا به سرطان متأهل در مقایسه با افراد مجرد و مطلقه یا دارای همسر فوت شده، میانگین نمره سلامت معنوی بالاتری داشتند. همچنین، بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، نمره سلامت معنوی بر حسب وضعیت اقتصادی تفاوت معناداری نشان داد ($F=4/992$ ، $P=0/008$)، به گونه‌ای که مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با وضعیت اقتصادی متوسط بالاترین میانگین سلامت معنوی را گزارش کردند. نتایج آزمون تی مستقل بیانگر آن بود که سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بر حسب وضعیت درمانی بیمار تفاوت معناداری داشت، به طوری که مراقبان بیمارانی که در اولین دوره بیماری قرار داشتند، از سلامت معنوی بالاتری نسبت به مراقبان بیماران با عود مجدد بیماری برخوردار بودند ($t=3/083$ ، $P=0/003$). همچنین ضریب همبستگی پیرسون بین سن مراقبان و نمره سلامت معنوی همبستگی آماری معناداری نشان داد ($r=0/278$ ، $P=0/001$). در مقابل، تفاوت معناداری در سلامت معنوی بر حسب جنسیت، سطح تحصیلات، نسبت مراقب با بیمار و وضعیت شغلی مراقب و ابتلا به بیماری مزمن مراقبت مشاهده نشد ($p > 0/05$). در بررسی ارتباط کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با برخی ویژگی‌های دموگرافیک، یافته‌ها نشان داد بر اساس نتایج آزمون من ویتنی U، بین جنسیت و نمره کیفیت زندگی تفاوت معناداری مشاهده شد ($P=0/004$). به طوری که مراقبان زن میانگین نمره بالاتری در پرسشنامه CQOLC نسبت به مردان داشتند که با توجه به جهت نمره گذاری ابزار CQOLC (نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی نامطلوب تر)، بیانگر کیفیت زندگی پایینتر در مراقبان زن بود. همچنین، نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که نسبت مراقب با بیمار با کیفیت زندگی ارتباط معناداری داشت ($P=0/046$)، در این میان، مراقبان همسر نسبت به سایر گروه‌ها (فرزند، خواهر، برادر و والدین) نمره CQOLC بالاتری کسب کردند که بیانگر کیفیت زندگی نامطلوب تر در این گروه بود. در مقابل، بین کیفیت زندگی مراقبان با سن، وضعیت تأهل، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، مدت مراقبت از بیمار، وضعیت شغلی مراقب، ابتلای مراقب به بیماری مزمن و وضعیت درمانی بیمار ارتباط معناداری بدست نیامد ($P > 0/05$).

نسبت داد. از منظر نظری، این ارتباط با چارچوب تبادل‌ی Lazarus و Folkman قابل تبیین است. سلامت معنوی با تقویت معنا، امید و انسجام درونی، ارزیابی اولیه مراقب از موقعیت را از یک تهدید غیرقابل کنترل به چالشی قابل مدیریت تغییر می‌دهد و در ارزیابی ثانویه نیز احساس کنترل، خودکار آمدی و اتکا به منابع حمایتی را افزایش می‌دهد. پیامد این فرایند، کاهش پریشانی و بهبود تجربه کلی کیفیت زندگی است [۲۹]. همچنین، در چارچوب نظریه حفظ منابع، سلامت معنوی به عنوان یک منبع شخصی هسته‌ای عمل می‌کند که از فرسایش منابع روانی جلوگیری کرده و انباشت منابع مکمل، مانند حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد را تسهیل می‌نماید. بدین ترتیب، مراقب کمتر وارد چرخه ازدست‌دادن منابع شده و تجربه فشار کمتری خواهد داشت [۳۰]. علاوه بر این، یافته‌ها با نظریه تعالی خود نیز همخوانی دارد. فعال شدن پیوندهای معنوی با خود، دیگران و امر متعالی، ظرفیت تنظیم هیجان و تاب‌آوری را افزایش می‌دهد و به مراقب امکان می‌دهد رنج مراقبت را در یک روایت معنا‌دار جای دهد. این فرایند می‌تواند افت فرسودگی هیجانی و بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی را توضیح دهد [۳۱]. از منظر کاربردی و پرستاری، نتایج مطالعه بر ضرورت غربالگری نظام‌مند نیازهای معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان و ادغام مداخلات کوتاه معنا محور در مراقبتهای انکولوژی و تسکینی تأکید دارد. مداخلاتی مانند روایت درمانی مختصر، مراقبه یا دعاها هدایت شده، پیوند با گروه‌های حمایتی اجتماعی-مذهبی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای می‌توانند به‌طور عملی الگوی مشاهده شده را تقویت کرده و به بهبود کیفیت زندگی مراقبان منجر شوند. این رویکرد با استانداردهای مراقبت تسکینی که بعد معنوی خانواده را جزء جدایی‌ناپذیر مراقبت می‌دانند، هم‌راستا است. این مطالعه دارای چند محدودیت قابل توجه است. طرح مقطعی پژوهش امکان استنباط روابط علی یا جهت‌دار بین متغیرها را محدود می‌سازد و نتایج صرفاً باید در چارچوب همبستگی آماری تفسیر شوند. نمونه‌گیری هدفمند و تک مرکزی می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به سایر مراقبان بیماران مبتلا به سرطان در زمینه‌های فرهنگی و درمانی متفاوت محدود کند. اتکای مطالعه بر ابزارهای خود گزارشی احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. متغیرهایی نظیر شدت بالینی بیماری، شدت بار مراقبتی،

سبک‌های مقابله‌ای و میزان حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم در مدل وارد نشده‌اند و می‌توانند در پژوهش‌های آینده به‌عنوان متغیرهای میانجی یا تعدیل‌گر بررسی شوند. مطالعات طولی و چند مرکزی می‌توانند به تبیین دقیقتر مسیرهای ارتباطی بین سلامت معنوی و کیفیت زندگی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان کمک کنند.

نتیجه‌گیری

سلامت معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با کیفیت زندگی آنان ارتباط دارد. بطوریکه که ترکیب سلامت معنوی وجودی و مذهبی با کاهش ابعاد رنج روانی-جسمی و گسیختگی سبک زندگی و هم‌زمان با افزایش سازگاری مثبت از کیفیت زندگی همراه بود. این یافته‌ها بر ضرورت توجه نظام‌مند به نیازهای معنوی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان تأکید می‌کند. از منظر سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سلامت، ادغام غربالگری سلامت معنوی در خدمات حمایتی و طراحی مداخلات هدفمند، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی این گروه‌های آسیب‌پذیر منجر شود.

سیاسگذاری

بدین‌وسیله از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بابت تصویب این طرح پژوهشی قدردانی می‌شود. همچنین از تمامی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده و نیز مسئولان/کارکنان بخش سرپایی شیمی‌درمانی که در فرایند نمونه‌گیری و گردآوری داده‌ها همکاری داشتند، تشکر می‌گردد. لازم به ذکر است این مطالعه بدون دریافت حمایت مالی (گرنه/بودجه پژوهشی) انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافع (مالی، سازمانی یا شخصی) مرتبط با این پژوهش وجود ندارد و این مطالعه فاقد حمایت مالی مستقیم بوده است.

References

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-249. doi: 10.3322/Caac.21660
- Eshrati B, Rampisheh Z, Soleimanvandi Azar N, Eftekhari A, Tayefi B. Age-standardized cancer incidence rate and ethnicity in Iran. *International Journal of Cancer Management*. 2025;18(1):E157898. <https://doi.org/10.5812/Ijcm-157898>.
- Mirzaei-Alavijeh M, Shekarbeygi N, Jalilian F. Spiritual health of caregivers of cancer patients. *Avicenna Interdisciplinary Journal of Religion And Health*. 2024;4(2):1-7. doi:10.32592/Jorh.4.2.1. [Persian]
- Northouse LI, Katapodi Mc, Schafenacker Am, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*. 2012;28(4):236-45. doi:10.1016/J.Soncn.2012.09.006
- Girgis A, Lambert S, Johnson C, Waller A, Currow D. Physical, psychosocial, relationship, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *Journal of Oncology Practice*. 2013;9(4):197-202. doi:10.1200/Jop.2012.000690
- Stenberg U, Ruland Cm, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology*. 2010;19(10):1013-25. doi:10.1002/Pon.1670
- Group W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 1998;28(3):551-8.
- Ferrans Ce, Powers Mj. Quality of life index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*. 1985;8(1):15-24. doi: 10.1097/00012272-198510000-00005.
- Northouse LI, Katapodi Mc, Schafenacker Am, Weiss D, Editors. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars In Oncology Nursing*; 2012: Elsevier.
- Lund L, Ross L, Petersen Ma, Groenvold M. Cancer caregiving tasks and consequences and their associations with caregiver status and the caregiver's relationship to the patient: a survey. *BMC Cancer*. 2014;14:1-13.
- Liu Z, Heffernan C, Tan J. caregiver burden: a concept analysis. *International Journal Of Nursing Sciences*. 2020;7(4):438-45.
- Rostami M, Abbasi M, Soleimani M, Moghaddam Zk, Zeraatchi A. quality of life among family caregivers of cancer patients: an investigation of Sf-36 domains. *BMC Psychology*. 2023;11(1):445.
- Spatuzzi R, Giulietti Mv, Ricciuti M, Merico F, Fabbietti P, Raucci L, Et Al. Exploring the associations between spiritual well-being, burden, and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Palliative And Supportive Care*. 2019;17(3):294-9. doi:10.1017/S1478951518000160
- Douglas SI, Daly Bj. The impact of patient quality of life and spirituality upon caregiver depression for those with advanced cancer. *Palliative And Supportive Care*. 2013;11(5):389-96. doi:10.1017/S1478951512000570
- Rafati F, Mashayekhi F, Dastyar N. Caregiver burden and spiritual well-being in caregivers of hemodialysis patients. *Journal of Religion And Health*. 2020;59(6):3084-96. [Persian]
- Vaishnav Rb, Mishra G, Sharma Y, Ganjiwale Jd, Kumar D, Bhatt D. Exploring influence of spiritual well-being on caregiver burden in head-and-neck malignancy: a cross-sectional study. *Indian Journal of Palliative Care*. 2025;31(1):60-66. doi: 10.25259/Ijpc_271_2024.
- Ustundag S, Çekic Y, Kurtoglu Y. A Comparative analysis of spiritual care needs among cancer patients receiving home care and their caregivers in Turkey. *Journal of Religion and Health*. 2024; 63, 1490-503. doi:10.1007/s10943-023-01988-0
- 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. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2022;24(2):75-81. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-4042-en.html>. [Persian]
- Falahati M, Torkan H. The effect of attachment to God on existential anxiety and spiritual health in those who have recovered from covid-19. *Religion And Health*. 2024;11(2):56-64. [Persian]
- Bufford R, Paloutzian R, Ellison C. The spiritual well-being scale. *Journal Of*

- Psychology And Theology. 1991;19:56-70. doi:10.1177/009164719101900106
21. Weitzner Ma, Meyers Ca, Steinbruecker S, Saleeba Ak, Sandifer Sd. Developing a care giver quality-of-life instrument. Preliminary Steps. *Cancer Pract.* 1997;5(1):25-31.
 22. Khanjari S, Oskouie F, Langius-Eklof A. Psychometric testing of the caregiver quality of life index-cancer scale in an iranian sample of family caregivers to newly diagnosed breast cancer women. *Journal of Clinical Nursing.* 2012;21(3-4):573-84. doi:10.1111/J.1365-2702.2011.03850.X
 23. Sherry A, Henson RK. Conducting and interpreting canonical correlation analysis in personality research: a user-friendly primer. *Journal of Personality Assessment.* 2005;84(1):37-48. doi:10.1207/s15327752jpa8401_09.
 24. Aya-Roa Kj, Hernandez-Mariano J, Beltran-Campos V. spirituality and quality of life of informal caregivers of cancer patients: a systematic review. *Journal of Christian Nursing.* 2025;42(4):236-43. doi:10.1097/Cnj.0000000000001313
 25. Liu Z, Chen C, Hu Y. Factors related to the quality of life of family cancer caregivers. *Front Psychiatry.* 2023;14:1180317. doi:10.3389/Fpsy.2023.1180317
 26. King Jj, Segrin C, Badger Ta, Thomson Ca. Exploring the relationship between loneliness, spirituality, and health-related quality of life in hispanic cancer Caregivers. *Support Care Cancer.* 2022;30(6):4781-8. doi:10.1007/S00520-022-06800-5
 27. Vespa A, Spatuzzi R, Merico F, Ottaviani M, Fabbietti P, Meloni C, Et Al. Spiritual well-being associated with personality traits and quality of life in family caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer.* 2018;26(8):2633-40. doi:10.1007/S00520-018-4107-3
 28. Colgrove La, Kim Y, Thompson N. the effect of spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine.* 2007;33(1):90-8. doi:10.1207/S15324796abm3301_10
 29. Yuan Q, Tan Th, Wang P, Poremski D, Abdin E, Magadi H& et al. A modified transactional model of stress and coping on depressive symptoms among informal caregivers of persons with dementia. *Scientific Reports.* 2024;14(1):25507. doi:10.1038/S41598-024-76339-4
 30. Alvaro C, Lyons Rf, Warner G, Hobfoll Se, Martens Pj, Labonte R & et al. Conservation of resources theory and research use in health systems, Implementation Science. 2010;5:79. doi:10.1186/1748-5908-5-79.
 31. Reed Pg. Self-transcendence: moving from spiritual disequilibrium to well-being across the cancer trajectory. *Seminars in Oncology Nursing.* 2021;37(5):151212. doi:10.1016/J.Soncn.2021.151212