

Comparison of Perfectionism, Optimism, and Spiritual Well-Being between Women with Thyroid Cancer and Healthy Women

Gohartaj Ghobadi¹, Khadijeh Alipour Nodoushan^{2*}, Azar Pakdaman³

¹Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

²Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

³Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author:

Khadijeh AlipourNodoushan, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Email:
alipour@muq.ac.ir

Received: 4 Sep, 2016

Accepted: 10 Feb, 2017

Abstract

Background and Objectives: Currently, cancer is one of the most common chronic diseases worldwide. Spiritual health and optimistic feeling increase adjustment of cancer patients to this disease. Researchers consider perfectionism to be involved in the development of many types of physical-psychological damages. The aim of this study was to compare perfectionism, optimism, and spiritual well-being between women with thyroid cancer and healthy women.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted on 96 women (48 women with thyroid cancer and 48 patient companions) in the Nuclear Medicine Ward of the Shariati Hospital, Tehran, 2016-2017. Data collection tool was Scheier's Life Orientation Test, Frost Perfectionism Scale, and Ellison's Spiritual Well-Being questionnaires. Data analysis was performed using multivariate analysis of variance and independent t-test.

Results: Among the parameters of perfectionism, "parental expectation", "personal standards", and "organization", had higher scores in women with thyroid cancer compared to the healthy women. The mean score for "optimistic and pessimistic attitudes" toward life was approximately equal in the two groups. The mean scores for "existential well-being" and "religious well-being" were slightly higher in healthy women than in women with thyroid cancer.

Conclusion: According to the results of this study, perfectionism can be associated with development of thyroid cancer. It is therefore important for treatment teams to take into account to provide psychotherapeutic services and to improve the treatment process.

Keywords: Neoplasms; Thyroid neoplasms; Perfectionism; Spirituality; Optimism.

مقایسه کمال گرایی، خوش بینی و سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان تیروئید با گروه سالم

گوهر تاج‌قبادی^۱، خدیجه علیپور ندوشن^{۲*}، آذر پاکدامن^۳

چکیده

زمینه و هدف: سرطان، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان امروز شناخته شده است. سلامت معنوی و احساس خوش‌بینی، سازگاری بیماران مبتلا به سرطان را در برابر این بیماری افزایش می‌دهد. پژوهشگران، کمال‌گرایی را در پیدایش بسیاری از اشکال آسیب جسمی - روانی دخیل می‌دانند. هدف از این مطالعه مقایسه کمال‌گرایی، خوش‌بینی و سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان تیروئید با گروه سالم بود.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی از نوع همستگی بر روی ۹۶ نفر (۴۸ نفر از زنان مبتلا به سرطان تیروئید و ۴۸ نفر از همراهان بیمار) در بخش هسته‌ای بیمارستان دکتر شریعتی تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های "جهت‌گیری زندگی شیر"، "کمال‌گرایی فراست" و "سلامت معنوی الیسون" بود. داده‌ها به وسیله آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: از بین مؤلفه‌های متغیر کمال‌گرایی، "انتظارات والدین"، "استانداردهای شخصی" و "سازماندهی" زنان مبتلا به سرطان تیروئید؛ نمره بالاتری نسبت به زنان سالم به دست آوردند. میانگین "تلقی خوش‌بینانه و بدبینانه" نسبت به زندگی در دو گروه تقریباً یکسان بود. میانگین مؤلفه‌های "سلامت وجودی" و "سلامت مذهبی" در زنان سالم، اندکی بالاتر از زنان مبتلا به سرطان تیروئید به دست آمد.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این مطالعه، کمال‌گرایی می‌تواند با بروز بیماری سرطان تیروئید مرتبط باشد. بنابراین، توجه کادر درمان جهت ارائه خدمات روان‌درمانی و پیشبرد بهتر فرآیند درمان، حایز اهمیت است.

کلید واژه‌ها: سرطان؛ سرطان تیروئید؛ کمال‌گرایی؛ سلامت معنوی؛ خوش‌بینی.

^۱ واحد ساوه، دانشگاه آزاداسلامی، ساوه، ایران.

^۲ دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳ واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول مکاتبات:

خدیجه علیپور ندوشن، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

alipour@muq.ac.ir

تاریخ دریافت: ۹۵/۶/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۱

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Ghobadi G, Alipour Nodoushan Kh, Pakdaman A. Comparison of perfectionism, optimism, and spiritual well-being between women with thyroid cancer and healthy women. Qom Univ Med Sci J 2017;11(6):55-63. [Full Text in Persian]

مقدمه

سرطان، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در جهان امروز است. آمارهای سازمان بهداشت جهانی، حاکی از آن است که هر ساله ۱۰ میلیون بیمار مبتلا به سرطان شناسایی می‌شوند (۱). سرطان‌ها، علت ۹٪ از مرگ و میرها را در سراسر جهان تشکیل می‌دهند. سرطان پس از بیماری‌های قلبی - عروقی، دومین عامل مرگ‌ومیر می‌باشد (۲). به دلیل طبیعت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث شده تا نیازهای معنوی بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد. مواجهه با سرطان موجب ایجاد بحران در ابعاد جسمی - روانی و معنوی می‌شود (۳). در زمان بروز بیماری، فرد بیشتر در پی معنا و هدف در زندگی خود می‌گردد. ابتلا به سرطان باعث از بین رفتن امیدها و آرزوهای فرد شده و نه تنها جسم؛ بلکه روح او را نیز تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۴)، سلامت معنوی، یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب می‌گردد و به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت سبب ایجاد یک‌پارچگی سایر ابعاد آن شده که خود دربرگیرنده دو بُعد وجودی و مذهبی است. وقتی سلامت معنوی به‌طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، اضطراب و از دست دادن معنا در زندگی شود. بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت می‌شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را نیز به‌خوبی بگذرانند. در برخی مطالعات، سطح سلامت معنوی بیماران سرطانی در محدوده بالا قرار دارد (۲). بنابراین، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر، سودمند بوده و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین‌فردی، کاهش شدت علائم بیماری و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۲). خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی نیز می‌تواند سیستم ایمنی بدن و در نتیجه سلامتی را افزایش دهد (۵). افراد خوش‌بین، انتظار دارند در آینده پیامدهای مثبت برای آنها اتفاق بیفتد و همین اطمینان به آینده، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می‌شود. در نتیجه، سازگاری روان‌شناختی بالایی را در فرد به‌وجود می‌آورد. چنین افرادی؛ حتی اگر با مشکلات و رخداد‌های فشارزای زندگی نیز مواجه شوند از آنجا که نسبت به آینده خوش‌بین بوده و بر این

باورند که با تلاش خود می‌توانند مشکلات را حل کنند، از راهبردهای مثبت کنار آمدن برای مواجهه با این موقعیت‌ها استفاده کرده و این مسئله می‌تواند به سلامت روانی و جسمانی آنان منجر شود. همچنین محققین بیان کرده‌اند آموزش خوش‌بینی بر ارتقای کیفیت زندگی در همه حیطه‌ها بر افزایش سلامت روان تأثیرگذار است (۶، ۵). کمال‌گرایی یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیت بوده که به‌صورت تلاش برای بی‌عیب‌بودن تعریف می‌شود (۷). کمال‌گرایی به‌عنوان تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها که با ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه است، تعریف می‌شود (۸).

مطالعاتی در مورد اثر کمال‌گرایی بر بیماری انجام شده که نشان‌دهنده رابطه احتمالی بین ابعاد کمال‌گرایی، سلامت و بیماری جسمی است. از طرفی، تاکنون پژوهشی که تأثیر وجود یا عدم وجود کمال‌گرایی در بروز بیماری سرطان را به اثبات برساند انجام نشده است. محققان کمال‌گرایی را به‌عنوان عاملی در پیدایش بسیاری از اشکال آسیب‌های روانی، دخیل دانسته‌اند (۹). درحالی‌که نتایج مطالعه بشارت نشان داد کمال‌گرایی خودمحور از طریق تقویت انگیزه‌های فردی، بسیج نیروهای روان‌شناختی، آمادگی‌ها و توانمندی‌های جسمی؛ شاخص سلامت را بهبود می‌بخشد (۱۰). همچنین در مطالعه اکبری، کمال‌گرایی منفی و مثبت در بیماران مورد بررسی، به ترتیب بالا و پایین بود (۱۱). با توجه به اهمیت ابعاد کمال‌گرایی و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان و از طرفی، شیوع بالا و در حال افزایش سرطان و نبود سابقه پژوهشی کافی در کشور، این مطالعه با هدف مقایسه کمال‌گرایی، خوش‌بینی و سلامت معنوی در زنان مبتلا به سرطان تیروئید با گروه سالم انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان تیروئید در بخش هسته‌ای بیمارستان دکتر شریعتی تهران بود. نمونه‌ها براساس جفت‌های همتراز شده، به‌صورت نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند. تعداد افراد گروه کنترل (افراد سالم)، ۴۸ نفر بود که این افراد از بین ملاقات‌کنندگان و همراهان بیماران انتخاب شدند.

گزاره‌های ۲، ۵، ۶ و ۸ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (۱۳). نسخه ویرایش‌شده این آزمون، ضریب آلفای ۰/۸۶ را نشان می‌دهد (۱۴).

در ایران این آزمون نخستین بار توسط گودرزی (۱۵)، سپس حسن‌شاهی (۱۶) و در سال ۱۳۸۴ نسخه ویرایش‌شده آن توسط موسوی‌نسب مورد استفاده قرار گرفت (۱۷) و سرانجام نسخه اولیه آن توسط کجباف (۱۳۸۵) در استان اصفهان، هنجاریایی و اعتباریایی گردید که از اعتبار و روایی بالایی برخوردار بود (۱۸). برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی، از پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian و Ellison استفاده شد (۱۹). در این پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای؛ ۱۰ گزینه، سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. گزینه‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۰ مربوط به بُعد وجودی و بقیه مربوط به بُعد مذهبی هستند (۲۰). دامنه نمره سلامت معنوی برای هریک از زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک بین ۶۰-۱۰ می‌باشد. هرچه نمره به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتری است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه بوده که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) دسته‌بندی می‌شود. سلامت معنوی نیز در سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) قرار می‌گیرد. پرسشنامه سلامت معنوی Palutzian و Ellison، یک پرسشنامه استاندارد بوده که در مطالعات مختلف علمی نیز ارزیابی شده است. در ایران سیدفاطمی و همکاران در پژوهش خود از آن استفاده کرده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۲٪ گزارش کرده‌اند (۲۱).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی، ضمن توصیف و طبقه‌بندی داده‌ها از شاخص‌های فراوانی، میانگین \pm انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و تی مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه برابر با $35/4 \pm 9/7$ سال و میانگین مدت زمان بیماری، $1/6 \pm 0/4$ سال به دست آمد.

معیار ورود افراد به مطالعه شامل: مؤنث بودن، تمایل آنها برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها، داشتن سن حداقل ۱۹ سال و حداکثر ۶۰ سال و دارا بودن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی بود. این افراد براساس متغیرهای سن، وضعیت تأهل و تحصیلات با گروه نمونه اصلی، هم‌تاسازی شدند. در ابتدا با اخذ مجوز از مسئولین بیمارستان، پژوهشگر با ورود به محیط پژوهش، پرسشنامه‌ها را در اختیار نمونه‌ها قرار داد تا تکمیل کنند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان در پژوهش کاملاً توجیه شدند که شرکت در این پژوهش، کاملاً اختیاری بوده و هیچ‌گونه مشخصاتی از آنها خواسته نمی‌شود تا به راحتی بتوانند به سؤالات پاسخ دهند.

در این مطالعه از پرسشنامه‌های "جهت‌گیری زندگی شیر"، "کمال‌گرایی فراست" و "سلامت معنوی الیسون" استفاده شد. همچنین مشخصات دموگرافیک نمونه‌ها نیز در حین مطالعه استخراج گردید.

مقیاس کمال‌گرایی چند بُعدی فراست در سال ۱۹۹۰ توسط Frost و همکاران بر پایه مدل چند بُعدی کمال‌گرایی ساخته شده و شامل: ۶ مؤلفه نگرانی درباره اشتباه‌ها، شک درباره اعمال، انتظارات والدین، انتقادگری والدین، استانداردهای شخصی و سازماندهی می‌باشد. این ۶ زیرمقیاس با استفاده از ۳۵ سؤال سنجیده می‌شوند که هریک از گویه‌ها با طیف لیکرت (کاملاً موفق=۱ تا کاملاً مخالف=۵) قابل اندازه‌گیری است.

روایی و پایایی این مقیاس توسط Parker و Adkins تأیید شده و آلفای کرونباخ کل پرسشنامه، ۰/۸۸ و در سطح ۷ خرده‌مقیاس، آن را بین ۰/۹۵-۰/۵۷ گزارش کرده‌اند (۱۲). روایی و پایایی این آزمون در ایران نیز توسط بیطرف و همکاران اثبات شده است (۱۳).

جهت سنجش خوش‌بینی سرشتی، از آزمون جهت‌گیری زندگی (LOT) استفاده شده است. این آزمون ابتدا توسط Shiye و Caror ساخته شد که تفاوت‌های فردی در مورد خوش‌بینی و بدبینی را می‌سنجد. این آزمون دارای ۱۰ ماده بوده که براساس مقیاس لیکرت چهار نقطه‌ای درجه‌بندی شده است. گزینه‌های مورد نظر عبارتند از: کاملاً موافقم (نمره ۴)، نسبتاً موافقم (نمره ۳)، نسبتاً مخالفم (نمره ۲) و کاملاً مخالفم (نمره ۱).

بیش از ۵۹٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه، بالای دیپلم و تنها ۱٪ آنها بیسواد بودند. بیش از ۵۳٪ زنان مورد مطالعه، خانه‌دار و شغل سایرین در درجات بعدی؛ شغل آزاد، کارمند و پرستار بود. میانگین مؤلفه‌های "انتظارات والدین"، "استانداردهای شخصی" و "سازماندهی" در زنان مبتلا به سرطان تیروئید، بالاتر از زنان سالم گزارش شد؛ این درحالی بود که زنان سالم در

جدول شماره ۱: مشخصه‌های آماری کمال‌گرایی، سلامت معنوی و خوش‌بینی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مؤلفه	گروه	میانگین \pm انحراف معیار	کمینه	بیشینه
کمال‌گرایی	نگرانی در برابر اشتباهات	زنان بیمار	۲۷/۶ \pm ۷/۴	۱۳	۴۵
		زنان سالم	۲۷/۲ \pm ۵/۷	۱۷	۴۰
	تردید درباره اعمال	زنان بیمار	۱۲/۳ \pm ۳/۸	۴	۱۹
		زنان سالم	۱۲/۴ \pm ۳/۲	۷	۲۰
	انتظارات والدین	زنان بیمار	۱۷/۰۵ \pm ۴/۷	۶	۲۵
		زنان سالم	۱۴/۰۵ \pm ۳/۶	۷	۲۲
سلامت معنوی	انتقادگری والدین	زنان بیمار	۱۱/۱ \pm ۳/۶	۴	۱۸
		زنان سالم	۱۳/۶ \pm ۳/۱	۶	۱۹
	استانداردهای شخصی	زنان بیمار	۲۶/۲ \pm ۴/۶	۷	۳۳
		زنان سالم	۱۶/۶ \pm ۴/۹	۹	۲۷
	سازماندهی	زنان بیمار	۲۵/۶ \pm ۴/۹	۶	۳۰
		زنان سالم	۱۱/۳ \pm ۴/۹	۶	۳۰
خوش‌بینی	سلامت وجودی	زنان بیمار	۳۹/۵ \pm ۱۲/۴	۱۰	۶۰
		زنان سالم	۴۳/۷ \pm ۱۰	۲۲	۶۰
	سلامت مذهبی	زنان بیمار	۴۹/۱ \pm ۹/۳	۱۷	۶۰
		زنان سالم	۵۰/۰۲ \pm ۸/۹	۲۵	۶۰
تلقی خوش‌بینانه	تلقی خوش‌بینانه	زنان بیمار	۹ \pm ۲/۷	۲	۱۲
		زنان سالم	۸/۴ \pm ۲/۶	۳	۱۲
	تلقی بدبینانه	زنان بیمار	۷/۱ \pm ۲/۸	۰	۱۲
زنان سالم	۶/۴ \pm ۲/۵	۱	۱۱		

در این مطالعه، شاخص لاندای ویلکز، در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود ($\eta^2 = ۰/۷۱۹$, $q = ۰/۰۱$, $f = ۳۱/۵$, Wilks Lambda = $۰/۲۸۱$). به عبارت دیگر، می‌توان ادعا کرد دستکم در ترکیب یکی از مؤلفه‌های مربوط به "کمال‌گرایی"، تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود داشته است.

با احتساب آلفای میزان‌شده بنفرونی (۰/۰۰۵) در مؤلفه‌های "انتظارات والدین"، "انتقادگری والدین"، "استانداردهای شخصی" و "سازماندهی" تفاوت معنی‌داری بین گروه‌ها وجود داشت (جدول شماره ۲).

میانگین "تلقی خوش‌بینانه و بدبینانه" نسبت به زندگی در دو گروه تقریباً یکسان بود. براساس آزمون تی مستقل؛ نمره کل جهت‌گیری زندگی در افراد سالم، بالاتر از بیماران به دست آمد، اما میانگین نمره جهت‌گیری زندگی تلقی خوش‌بینانه از زندگی و تلقی بدبینانه از زندگی، در دو گروه بیماران و افراد سالم مورد مطالعه، اختلاف آماری معنی‌داری با یکدیگر نشان نداد ($p > ۰/۰۵$). همچنین میانگین مؤلفه‌های "سلامت وجودی" و "سلامت مذهبی" در زنان سالم، اندکی بالاتر از زنان مبتلا به سرطان تیروئید به دست آمد. مقایسه نمره کل سلامت معنوی نیز این نتایج را تأیید می‌کند.

جدول شماره ۲: تحلیل واریانس یک‌راهه بین آزمودنی جهت مقایسه مؤلفه‌های کمال‌گرایی زنان مبتلا به سرطان تیروئید و زنان سالم

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	pvalue	اندازه اثر
گروه	نگرانی در برابر اشتباهات	۳/۴	۱	۳/۴	۰/۰۸	۰/۷۸	۰/۰۱
	تردید درباره اعمال	۰/۲۱	۱	۰/۲۱	۰/۰۲	۰/۹۰	۰۰۰
	انتظارات والدین	۱۸۰/۸	۱	۱۸۰/۸	۱۰/۳	۰/۰۰۲	۰/۱۱۶
	انتقادگری والدین	۱۱۸/۰۶	۱	۱۱۸/۰۶	۱۰/۴	۰/۰۰۲	۰/۱۱۶
	استانداردهای شخصی	۱۹۵۹/۹	۱	۱۹۵۹/۹	۸۷/۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵
	سازماندهی	۴۱۴۵/۶	۱	۴۱۴۵/۶	۱۷۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸۳
خطا	نگرانی در برابر اشتباهات	۳۵۱۰/۸	۷۹	۴۴/۴			
	تردید درباره اعمال	۱۰۰۷/۵	۷۹	۱۲/۸			
	انتظارات والدین	۱۳۸۱/۸۰	۷۹	۱۷/۵			
	انتقادگری والدین	۸۹۷/۶	۷۹	۱۱/۴			
	استانداردهای شخصی	۱۷۷۵/۶	۷۹	۲۲/۵			
	سازماندهی	۱۹۲۰	۷۹	۲۳/۳			
کل	نگرانی در برابر اشتباهات	۶۴۶۸۸	۸۰				
	تردید درباره اعمال	۱۳۵۰۲	۸۰				
	انتظارات والدین	۲۱۳۸۱	۸۰				
	انتقادگری والدین	۱۳۳۱۲	۸۰				
	استانداردهای شخصی	۴۲۴۵۷	۸۰				
	سازماندهی	۳۵۰۷۹	۸۰				

بحث

مثبت و منفی دارد (۲۹). یافته‌های بالینی نشان می‌دهند افراد کمال‌گرا، واجد ویژگی‌های روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، کمال‌گرایی، جاه‌طلبی، نظم و دقت افراطی در امور روزمره خود هستند (۲۴). در تبیین نتیجه این تحقیق باید بیان کرد کمال‌گرایی منفی؛ یعنی تمایل افراطی به کسب تأیید از دیگران و انتقاد از خود که گاه موجب خشم و پرخاشگری می‌شود (۲۴)، و ممکن است منجر به بروز استرس و پایین آمدن سطح ایمنی بدن و در نتیجه بروز بیماری گردد. براساس نتیجه این پژوهش و دیگر مطالعات بیان‌شده، احتمالاً می‌توان گفت کمال‌گرایی به‌عنوان یک صفت شخصیتی می‌تواند زمینه‌ساز بروز یک بیماری شود. در پژوهش حاضر، نمرات انتظارات والدین، استانداردهای شخصی و سازماندهی؛ در بیماران بالاتر بود و این در حالی است که Frost (۳۰)؛ نگرانی درباره اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین و انتقادگرایی والدین را جنبه‌های منفی کمال‌گرایی برشمرده و معیارهای شخصی، نظم و ترتیب و سازماندهی را جزء معیارهای کمال‌گرایی مثبت معرفی کرده است. همسو با نظریه Frost در این پژوهش، بیماران مبتلا به سرطان تیروئید دارای نمرات بالاتری در

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد رابطه معنی‌داری بین سطح کمال‌گرایی و ابتلا به بیماری سرطان تیروئید وجود دارد. در این راستا، نتایج مطالعه لیاقت نیز نشان داد بین متغیرهای کمال‌گرایی و اضطراب امتحان، رابطه مثبت و معنی‌داری دیده می‌شود (۲۲). نتایج پژوهش کیانپور قهفرخی نیز رابطه مثبت و معنی‌داری را بین کمال‌گرایی و اختلال وسواس فکری - عملی نشان داد (۲۳). سواری (۲۴) و داودی (۲۵) نیز در مطالعه خود دریافتند افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مقایسه با افراد سالم، کمال‌گراتر هستند. هوسپیان در مطالعه خود مشاهده کرد میانگین نمرات کمال‌گرایی در بیماران پوستی به‌صورت معنی‌داری بالاتر از گروه سالم است (۲۶). همچنین ابوالقاسمی در مطالعه خود نشان داد بین متغیر کمال‌گرایی و سردرد میگرنی در دانشجویان مورد مطالعه، همبستگی مثبت وجود دارد (۲۷). فخاری در مطالعه خود همسو با این مطالعه عنوان کرد کمال‌گرایی عامل آسیب‌پذیری افراد در مقابل بیماری مورد بررسی (اختلال وسواسی) است (۲۸). نتایج پژوهش بشارت نیز نشان داد کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور با شاخص‌های سلامت جسمی به ترتیب همبستگی

افراد خوش‌بین در واقع فعال، طراح و پرتلاش هستند. آنها دست به برنامه‌ریزی می‌زنند، فعالانه عمل کرده و تلاش می‌کنند تا بتوانند به بهترین شکل ممکن موقعیت استرس‌زا را تغییر دهند که این امر موجب می‌شود تا افراد خوش‌بین کمتر در معرض خطرهای بعدی قرار گیرند و فشار ناشی از حوادث استرس‌زا نیز برای آنها کمتر باشد (۳۴).

لازم به ذکر است در مطالعه حاضر، با توجه به اینکه بیماران از مراجعین بخش درمان‌های هسته‌ای بودند و حضور در این بخش به علت خطرات و عوارض آن (حتی برای آزمونگر) دارای محدودیت و شرایط خاصی بوده که مواجهه با این شرایط به‌خودی‌خود برای بیماران استرس‌آور است، لذا انجام آزمون در این شرایط، حساسیت ویژه‌ای را در برداشت و احتمال می‌رفت حتی با توجه به توضیحات و نظارت دقیق آزمونگر، تحت تأثیر فضای حاکم، احتمالاً در برخی پاسخ‌دهی‌ها دقت لازم اعمال نشده باشد، هرچند دقت و زمان لازم در جهت کنترل متغیرهای مزاحم و تعدیل‌کننده به کار گرفته شده بود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد رابطه معنی‌داری بین سطح کمال‌گرایی و ابتلا به بیماری سرطان تیروئید وجود دارد؛ به این معنی که هرچه فرد کمال‌گراتر باشد دچار آسیب جسمی بیشتری خواهد شد. برخی ابعاد کمال‌گرایی باعث می‌شود تا فرد استرس بیشتری را تحمل کند که این تنش خود منجر به تحلیل رفتن قوای جسم شده و در نتیجه موجب پیدایش اشکال مختلف بیماری‌های جسمی و روانی می‌شود. بنابراین، احتمالاً می‌توان نتیجه گرفت کمال‌گرایی با بروز بیماری سرطان تیروئید مرتبط است. لذا اطلاع‌رسانی و آگاهی بخشیدن افراد جامعه و آموزش آنان نسبت به ابعاد گوناگون و تعیین مرزهای کمال‌گرایی مثبت و منفی همراه با جدیت، تلاش و پشتکار؛ از مهم‌ترین نتایج حاصل از این تحقیقات خواهد بود. همچنین توجه کادر درمان جهت ارائه خدمات روان‌درمانی و مشاوره جهت پیشبرد بهتر فرآیند درمان، حایز اهمیت است. براساس نتایج این تحقیق، مداخلات روان‌شناختی قادرند تغییرات مهمی را در روند بیماری ایجاد کرده و نتایج این مطالعه از اثربخشی این درمان‌ها حمایت می‌کند و از آنجا که این

کمال‌گرایی نسبت به گروه سالم بودند و این نمرات مربوط به زیرمقیاس‌های انتظارات والدین، استانداردهای شخصی و سازماندهی بود؛ درحالی‌که لیاقت در پژوهش خود مشاهده کرد بین مؤلفه‌های کمال‌گرایی و اضطراب بجز دو مورد استانداردهای فردی و نظم، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۲۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد میانگین مؤلفه‌های "سلامت وجودی" و "سلامت مذهبی" در زنان سالم، اندکی بالاتر از زنان مبتلا به سرطان تیروئید است. مقایسه نمره کل سلامت معنوی نیز این نتایج را تأیید می‌کند. درحالی‌که مطالعه رضایی نشان داد میانگین نمره بُعد مذهبی بیماران مبتلا به سرطان، بالاتر از نمره بُعد وجودی آنها است (۲). همچنین نتایج مطالعه Leung نشان داد بیماران سرطانی، از سلامت معنوی بالایی برخوردارند (۳۱).

بنابراین، همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات تا حدودی متناقض است. نکته مهم در یافته‌های به‌دست‌آمده، بیانگر وجود تناقض در نتایج است که با توجه به اینکه بحث سلامت معنوی، منحصر به فرهنگ و محیط خاصی نبوده، لذا در تبیین این تفاوت‌ها می‌توان به این مسئله که تمامی پژوهش‌های انجام‌شده پیرامون سلامت معنوی، حداقل در دو شرایط متفاوت (وجود و یا عدم وجود مداخلات درمانی) بوده اشاره کرد و چه بسا همین شرایط، علت تفاوت نتایج می‌باشد. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد نمره کل جهت‌گیری زندگی افراد سالم، بالاتر از بیماران است. در این راستا، نتایج مطالعات Colby (۳۲) Smith (۳۳) با این یافته همخوانی داشت. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت خوش‌بینی به ارتقای سلامت روان کمک می‌کند و افزایش سلامت روان نیز منجر به کاهش استرس فرد در امور زندگی شده و در نتیجه سطح ایمنی افراد را در برابر بیماری افزایش می‌دهد که این خود ممکن است دلیل بالاتر بودن جهت‌گیری زندگی در افراد سالم در این مطالعه باشد. همچنین در نتایج برخی مطالعات نیز مشخص شده خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی می‌تواند سیستم ایمنی بدن را تقویت و در نتیجه سلامتی را افزایش دهد (۵). براساس تحقیقات موجود؛ سلامت معنوی در کنار خوش‌بینی و جهت‌گیری زندگی، از جمله عوامل حمایتی هستند که منجر به سازگاری افراد در شرایط ناگوار شده و در نتیجه موجب بهزیستی فرد می‌شوند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساوه می‌باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری و مساعدت مسئولین بیمارستان شریعتی، تمامی بیماران و خانواده ایشان که پژوهشگر را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی کنند.

درمان‌ها متناسب با نیازهای جسمانی و روان‌شناختی این بیماران طراحی شده، می‌توانند باعث کاهش تجارب منفی و افزایش تجارب مثبت ناشی از بیماری شوند.

References:

1. Rezaie Shahsavarloo Z, Lotfi MS, Taghadosi M, Mousavi MS, Yousefi Z, Amirkhosravi N. Relationship between components of Spiritual well-being with hope and life satisfaction in elderly cancer patients in Kashan, 2013. *J Geriatr Nurs* 2015;1(2):43-54. [Full Text in Persian]
2. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat* 2009;14(4):33-9. [Full Text in Persian]
3. Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The relationship between spiritual wellbeing with stress, anxiety, and some demographic variables in women with breast cancer referring to the specialized Cancer Treatment Center in Isfahan, Iran. *J Health Sys Res* 2012;8(1). [Full Text in Persian]
4. Rezaei M, Seyed Fatemi N, Givari A, Hoseini F. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran J Nurs* 2007;20(52):51-61. [Full Text in Persian]
5. Alibake F, Ahmady A, Farahbakhsh K, Abedi A, Alibake M. The effect of optimism training on quality of life among dormitory female students at Isfahan Medical University. *Iranian J Med Educ* 2012;12(9):709-20. [Full Text in Persian]
6. Zeinivand M, Kazemi F, Salimi H. Education for parents of children with cancer 7-3 benchmark hospital in Tehran in 2015. *Counsel Culture Psychotherapy* 2014;5(19):49-70. [Full Text in Persian]
7. Niknam M, Fararoui M, Kamkar A, Fouladi N, Mohamadi A. comparison of perfectionism in people who have cosmetic rhinoplasty surgery and control group in yasouj city. *J Payavard Salamat* 2012;6(1):52-60. [Full Text in Persian]
8. Aghamohammadian Sharbaf HR, Zarezade Kheibari S, Horouf Ghanad M, Hokm Abadi ME. the relationship between perfectionism and sexual function in infertile women. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil* 2014;17(97):9-17. [Full Text in Persian]
9. Haji Seyed Taghiya Taghavi Z, Peyvastegar M, Khosravi Z. Comparison of Perfectionism levels of maternal and parental bonding in adults with obsessive - compulsive disorder and healthy subjects'. *Q J Psychol Stud* 2015;11(2): 47-66. [Full Text in Persian]
10. Ofophi Z, Besharat MA. Perfectionism and physical ill-health. *Soc Behav Sci* 2010;5:1119-23.
11. Akbari B, Afkhami P, Barghandan S. Type -D Personality, Perfectionism and happiness in patients with cardiovascular disease with normal subjects. *J Guilan Univ Med Sci* 2015;24(S2):24-34. [Full Text in Persian]
12. Parker WD, Adkins KK. A psychometric examination of the multidimensional perfectionism scale. *J Psychopathol Behav Assess* 1995;17(4):323-34.
13. Bitaraf Sh, Shaeiri MR, Hakim Javadi M. Social Phobia, Parenting Style and Perfectionism. *Dev Psychol* 2010;7(25):75-82. [Full Text in Persian]

14. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985;4(3):219-47.
15. Godarzi MA. The validity and reliability of the beck hopelessness scale in a group of students from Shiraz University. *J Soc Sci Humanities Shiraz Univ* 2002;18(2):26-39. [Full Text in Persian]
16. Hassanshahi MM. The relationship between optimism and coping with stress in University students. *Fundamentals of Mental Health* 2010;1(4):86-98. [Full Text in Persian]
17. Mousavi Nasab MH, Taghavi MR. Optimism-Pessimism and coping strategies: Prediction of psychological adjustment in adolescents. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol* 2007;12(4):380-9. [Full Text in Persian]
18. Kajbaf MB, Orieyzi HR. Standardization, reliability, and validity of optimism Scale in Esfahn. *Psychol Stud* 2006;2(1):51-68. [Full Text in Persian]
19. O'Brien ME. Spirituality in nursing. 4th ed. Philadelphia: Jones & Bartlett Pub; 2010.
20. Imam S, Karim N, Jusoh N, Mamad N. Malay version of spiritual well-being scale: Is malay spiritual well-being scale a psychometrically sound instrument? *J Behav Sci* 2009;4(1):59-69.
21. Fatemi NS, Rezaie M, Givari A, FH. The effect of prayer on spiritual health of cancer patients. *Payesh* 2006;5(4):205-304. [Full Text in Persian]
22. Lyaghat R, Ghasemi F. Survey the psychometric properties of the questionnaire and its relationship with students' test anxiety, perfectionism Frost (Case Study: Tehran high schools). *Q Pscycl Res* 2014;6(23). [Full Text in Persian]
23. Kianpoor Ghahfarokhi F, Moravege F, Alimadad Z, Zandian Kh. The Investigation of relation of perfectionism and responsibility to Obsessive-compulsion disorder in physicians residing in Ahvaz. *Jondishapour Med Sci J* 2010;9(3):255-62. [Full Text in Persian]
24. Savari K. The relationship of mental health, life satisfaction and perfectionism with migraine headache. *Knowl Health* 2013;8(1):1-6. [Full Text in Persian]
25. Davodi I, Fatahinia M, Zargar Y. Comparison of personality traits, perfectionism, alexithymia and mental health of irritable bowel syndrome patients and healthy population in Ahvaz. *J Psychol Archi* 2010;4(2):213-34. [Full Text in Persian]
26. Hovsepian E, Yazdkhasti F. Neurotic perfectionism and body dysmorphic disorder in individuals with skin disorders. *J Res Behav Sci* 2015;13(4):532-7. [Full Text in Persian]
27. Abolghasemi A, Jafari E, Ahmadi-Tahoursoltani M. Comparison of perfectionism, aggression and coping styles in patients with migraine and tension type headaches and healthy Individual. *J Kerman Univ Med Sci* 2014;21(2):162-73. [Full Text in Persian]
28. Fakhari A, Imani M, Gholizadeh H, Bakhshipour M, Desri A. Compare religious attitudes and perfectionism in patients with obsessive-compulsive disorder and normal individuals. *Psychology (University of Tabriz)* 2008;3(10):89-106. [Full Text in Persian]
29. Besharat MA. Relation Perfectionism health and physical illness. *Clin Psychol Stud* 2010;1(1):42-62.
30. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res* 1990;14(5):449-68.
31. Leung KK, Chiu TY, Chen CY. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2006;31(5):449-56.
32. Colby DA, Shifren K. Optimism, mental health, and quality of life: A study among breast cancer patients. *Psychol Health Med* 2013;18(1):10-20.
33. Smith N, Young A, Lee C. Optimism, health-related hardiness and well-being among older Australian women. *J Health Psychol* 2004;9(6):741-52.
34. Sharifi K, Saidi HR. Prediction of psychological well-being based on the orientation of life and optimism. *Psychological J* 2015;4(1):41-59. [Full Text in Persian]