پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان‌پستان

امیر موسی‌رضایی[۱]، هما کدخدایی الیادرانی[۲]، محبوبه قاسمی پور[۳]، علیرضا هوایی[۴]، محمد درویش[۵]، فاطمه علی اکبری[۶]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای سرطان پستان و اهمیت محوری سلامت معـنوی در فرایند درمانی مبتلایـان بـه ایـن نـوع سـرطان، مطالعه حاضر با هدف تبیین پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی سلامت معـنوی مبتلایان به سرطان‌پستان طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: ۳۴۱ نفر از زنان مبتلا به سرطان‌پستان با روش نمونه‌گیری آسان در مطالعه توصیفی- همبسـتگی شـرکت نمودنـد. بـرای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه متشکل از سه بخش استفاده شد. بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیـت‌شـناختی و طبـی، بخـش دوم دربرگیرنده پرسش‌نامه اسـتاندارد سلامت معـنوی Ellison – Palutzian و بخش سوم شامل پرسشنامه اسـتاندارد سـنجش اسـترس، اضـطراب و افسـردگی Depression ,Anxiety, Stress Scale-42 (DASS-42) بـود. جهـت تجزیـه و تحلیـل از نـرم‌افـزار SPSS نسخه بیستم و روش‌های آمار توصیفی و آنالیز واریانس، آزمـون تـی‌مسـتقل، ضـریب همبسـتگی پیرسـون و اسـپیرمن و تحلیـل رگرسـیون خطی چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معـنوی مبتلایان به سرطان پستان بـا اسـترس، اضـطراب، افسردگی وجود داشت. بر اساس نتایج تحلیل رگرسـیون، ۳۹/۵ درصد از واریانس نمرات سلامت معـــنوی مبتلایـان بـه سـرطان پسـتان به‌وسیله متغیرهای فوق‌الذکر تبیین گردید و در این بین، افسردگی با ضریب تعیین ۲۶/۲ درصد بـالاترین سـهم را در پـیش‌بینـی سـلامت معـنوی ایفا نمود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سلامت معـنوی مبتلایان به سـرطان پسـتان را مـی‌تـوان در قالـب یـک معادلـه رگرسـیون به‌وسیله متغیرهای روان‌شناختی پیش‌بینی کرد. در مبتلایان به سرطان پستان با نمرات بالاتر سلامت معـنوی، میـزان اسـترس، اضـطراب و افسردگی کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معـنوی یک فاکتور مهم محافظت کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسـردگی در این بیماران است.

واژه‌های کلیدی: سلامت معـنوی، سرطان‌پستان، متغیر روان‌شناختی، متغیر طبی، متغیر جمعیت‌شناختی

ارجاع: موسی‌رضایی امیر، کدخدایی الیـادرانی هما ، قاسـمی پـور محبوبـه ، هـوایی علیرضـا، درویـش محمـد، علـی اکبـری فاطمـه. **پـیش‌بینـی کننـده‌هـای روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان‌پستان**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۲۷۵-۲۶۶

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۱/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۲۳

۱. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران
۳. کارشناس ارشد پرستاری، گروه داخلی و جراحی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دهاقان، اصفهان، ایران
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، مدرس دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
۵. کارشناس پرستاری، بخش روان‌پزشکی، بیمارستان نور و حضرت علی اصغر (ع)، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۶. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: aliakbari@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

مقدمه

رشد روز افزون سرطان پستان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، روانی، اجتماعی، معـــنوی و اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آن‌ها این نوع از سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند (۱). سرطان پستان یک بیماری شایع، بدخیم و پیش‌رونده می‌باشد و بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تأثیرگذار است (۲). در سراسر جهان، سرطان پستان در زنان بار سنگینی بر نظام سلامت وارد می‌کند و رایج‌ترین علت سرطان در میان زنان هر دو طبقهٔ بالا و پایین می‌باشد (۳).

بر اساس آمار سازمان بهداشت آمریکا، در جهان سالانه بیش از ۱/۱ میلیون موارد جدید سرطان پستان در میان زنان شناسایی می‌شود. این رقم شامل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل سرطان‌های زنان می‌شود. میزان بروز اختصاصی سنی سرطان پستان در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت زنان در کشورهای پیشرفته ۶۷/۸ نفر، در کشورهای کمتر توسعه‌یافته ۲۳/۸ نفر و درکل جهان ۳۷/۵ نفر است (۴).

هرچند ایران یکی از کشورهایی است که میزان بروز سرطان پستان کمتری نسبت به بقیه کشورها دارد، افزایش میزان بروز آن در سال‌های اخیر، این بیماری را به عنوان رایج‌ترین بدخیمی در میان زنان ایرانی نشان داده است. بروز این بیماری در ایران حدود یک دهه قبل از کشورهای توسعه یافته است و بیش از ۳۰ درصد بیماران زیر ۳۰ سال سن دارند (۵).

بر اساس نتایج مطالعات بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به‌طور همزمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (۶). تشخیص و درمان سرطان پستان، تجربه‌ای همراه با استرس، اضطراب و افسردگی می‌باشد. زنان مبتلا با درمان‌هایی مثل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و عمل جراحی و عوارض جانبی ناخوشایندی مثل ریزش مو، حالت تهوع و مشکلات جنسی مواجه می‌شوند که اختلال در سلامت روان این بیماران را به دنبال خواهد داشت (۷). بسیاری از مطالعات حاکی از آن است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی هم‌چون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۹-۸). استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رایج است و این علایم می‌تواند در اثر بیماری یا عوامل فیزیولوژیک بیماری یا درمان‌های دارویی باشد (۱۱-۱۰). بین افسردگی و اضطراب همراهی وجود دارد، به طوری‌که در بیماران سرطانی مضطرب، افســـردگی شیوع بالاتری دارد و بالعکس (۱۲).

یافته‌های چندین مطالعه بیانگر وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین سلامت معـــنوی و متغیرهای روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس در این بیماران می‌باشد (۱۳). در واقع درباره چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری چندین مفهوم وجود دارد که یکی از این مفاهیم، سلامت معـــنوی است. تعریف سلامت معنوی بسیار دشوار است. بدون شک معنی کامل سلامت معنوی منحصر به اثر دعاها و حالات روحی در بهبودی بیماری‌ها و جانشین شدن آن برای درمان‌های رایج طبی و یا طب مکمل نیست (۱۴) ، اما در یک تعریف جامع می‌توان گفت سلامت معنوی عبارت است از برخورداری از حس پذیرش، احساسات مثبت، اخلاق، و حس ارتباط متقابل مثبت با یک قدرت حاکم و برتر قدسی، دیگران و خود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کنشی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید. سلامت معنوی یعنی سلامت در باورها، عقاید، ارزش‌های اخلاقی و اعمال مناسکی که لازمه این باورها و التزام به این ارزش‌ها است (۱۵).

سلامت معـــنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در برگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود. به طور کلی سلامت معـــنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۱۶).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

سلامت معـــنوی، نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت سازگاری با بیماری لازم است. وقتی سلامت معـــنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. بیمارانی که سلامت معـــنوی آن‌ها تقویت می‌شود به طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شده و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند (۱۷).

در واقع به دلیل ارتباط متقابل و پیچیده ابعاد گوناگون سلامت بر یکدیگر، بدون سلامت معنوی، دیگر ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی هم نمی‌توانند عملکرد درست داشته باشند یا به حداکثر ظرفیت خود برسند (۱۵). سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس، اضطراب و دیگر متغیرهای روان‌شناختی ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی در ارتقا سلامت ذهنی شخص و کاهش اختلالات ذهنی دارد، زیرا اعتقادات معنوی و مذهبی ارتباط قابل توجهی با نشانه‌های سلامت ذهنی مانند کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش اعتماد به نفس وکنترل خود دارد (۱۸). به طور کلی می‌توان گفت معـــنویت نقش زیادی بر سلامت روانی و جسمی افراد دارد و به عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات به حساب می‌آید (۱۹).

یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معـــنوی و سلامت روان (استرس، اضطراب و افسردگی) بوده و مطالعات تجربی نشانگر روابط معنی‌دار میان معـــنویت و سلامت روان هستند (۲۲-۱۸). در مطالعه‌ای انجام شده از سوی Coubrie و Mc Davies نتایج نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار (به صورت معکوس) بین میانگین نمرات حاصل از معـــنویت با اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان بود (۲۳). نتایج یک مطالعه دیگر که جهت بررسی ارتباط سنجی بین وضعیت سلامت معـــنوی با میزان اضطراب در ۱۱۴ بیمار تازه تشخیص داده شده سرطانی صورت پذیرفت؛ حاکی از آن بود که افراد با سطح بالاتر سلامت معـــنوی صرف نظر از سن، جنس و وضعیت تأهل، اضطراب کمتری را تجربه کرده بودند (۲۴). نکته قابل تأمل آن است که ارتباط بین معـــنویت با استرس، اضطراب و افسردگی، در بیماران سرطانی همیشه معنی‌دار گزارش نشده‌است. به طور مثال در مطالعه انجام شده در کشور انگلستان نتایج نشان داد بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معـــنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تر داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۲۵)، همچنین Townsend به نقل از Koszycki در مطالعه‌ای تحت عنوان «بررسی تأثیر معـــنویت بر میزان تطابق روانی بیماران سرطانی» نشان داد، ارتباط آماری معنی‌داری بین معـــنویت و تطابق روانی در بیماران سرطانی وجود ندارد (۲۶).

از طرفی در زمینه ارتباط بین سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان با متغیرهای دموگرافیک و شاخص‌های بیماری نیز نتایج ضد و نقیضی در مطالعات پیشین وجود دارد، برای مثال نتایج مطالعات Mc Davies و Coubrie حاکی از عدم وجود رابطه معنی‌دار آماری بین متغیرهای دموگرافیک با معـــنویت در بیماران سرطانی بود (۲۳). همچنین Romero و همکاران نیز نشان داد بین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک با سلامت معـــنوی زنان مبتلا به سرطان پستان ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۲۷)، این در حالی است‌که در مطالعات رضایی، Rowe و Allen نتایج حاکی از معنی‌دار شدن ارتباط بین برخی متغیرهای دموگرافیک با سلامت‌معـــنوی در بیماران سرطانی می‌باشد (۲۹-۲۸).

آن‌چه که از مطالعه‌های فوق برمی‌آید، این است که سلامت معـــنوی در مبتلایان به سرطان پستان تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می‌گیرد، با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در جمعیت زنان و تأثیرات همه جانبه آن بر تمامی ابعاد زندگی این بیماران و حتی خانواده ایشان، و از طرفی وجود پارادوکس‌های بسیار در یافته‌های مطالعات پیشین، پژوهش حاضر با هدف تبیین پیش‌بینی‌کننده‌های روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان‌پستان، طراحی و اجرا گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

مواد و روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی همبستگی بود که به شکل مقطعی اجرا گردید. نمونه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان با سن ۱۸ و بالاتر و با تشخیص قطعی سرطان پستان بودند. معیارهای ورود پژوهش شامل تحت درمان بودن با یکی از سه روش درمانی شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و یا جراحی، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مثل بیماری قلبی، فشارخون، دیابت، بیماری‌های کبدی،کلیوی، بیماری‌های روانی شدید (اسکیزوفرنی، پارانوئید، وسواس شدید)، هوشیار بودن، علاقمند بودن به شرکت در پژوهش و توانایی درک و تکلم زبان فارسی بود. نمونه‌گیری به شیوه آسان و به صورت در دسترس بود. حجم نمونه با توجه به فرمول آماری ۳۴۱ نفر تخمین زده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه متشکل از سه بخش استفاده شد. بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی و طبی (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سطح درآمد، مدت زمان سپری شده از تشخیص، سابقه خانوادگی سرطان پستان، سابقه بیماری مزمن، تعداد جلسات شیمی درمانی، رادیوتراپی و طول مدت سپری شده از جراحی)، بخش دوم در برگیرنده پرسش‌نامه استاندارد سلامت معنوی Ellison – Palutzian و بخش سوم شامل پرسش‌نامه استاندارد سنجش استرس، اضطراب و افسردگی DASS-42 بود.

پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison - Palutzian متشکل از ۲۰ بیست گزینه که ده گزینه آن سلامت مذهبی و ده گزینه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. گزینه‌های زوج مربوط به بعد وجودی و بقیه مربوط به بعد مذهبی هستند (۳۰). دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیرگروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره به‌دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره به‌دست آمده، بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن ۱۲۰- ۲۰ درنظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه ای از کاملا مخالفم تا کاملا موافقم دسته بندی می‌شود. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۹۹-۴۱) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison - Palutzian یک پرسش‌نامه استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران در سال ۱۳۸۵ توسط سید فاطمی و همکاران در پژوهش خود استفاده نموده و ضریب Cronbah's alpha آن برابر ۰/۸۲ می‌باشد که اعتماد علمی پرسش‌نامه مورد تایید قرار گرفته است (۱۷).

پرسش‌نامه DASS-42 پرسش‌نامه‌ای خودگزارشی مشتمل بر ۴۲ سوال در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد. پایایی این مقیاس توسط Cronbah's alpha برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در حد قابل قبولی به ترتیب ۰/۹۱ برای افسردگی، ۰/۸۴ برای اضطراب و ۰/۸۴ برای استرس به‌دست آمد. در مطالعه افضلی و همکاران، همبستگی مقیاس افسردگی با آزمون Beck ۰/۸۴۹ می‌باشد که این همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. هم‌چنین مقیاس اضطراب نیز با تست zung ۰/۸۳۱ است که این همبستگی نیز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همبستگی میان مقیاس استرس و سیاهه استرس دانش آموزان نیز ۰/۷۵۷ و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است و با نتایج بررسی Lovibond هماهنگی داشتند (۳۱).

پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه از بیماران، اقدام به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نمودند. بی‌نام و نشان بودن پرسش‌نامه‌ها یکی از موارد مدنظر جهت رعایت امنیت اخلاقی در تحقیق مزبور بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدبندی و با استفاده از از نرم افزار آماری SPSS نسخه بیستم (version 20, SPSS Inc., Chicago, IL) و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آنالیز واریانس، آزمون تی‌مستقل، ضریب همبستگی پیرسون و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

اسپیرمن و تحلیل رگرسیون خطی چندگانه) و با حدود اطمینان ۹۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۴۱ زن مبتلا به سرطان پستان شرکت نمودند. میانگین سنی این بیماران ۴۵/۴ سال با انحراف معیار ۸/۸۱ و دامنه سنی آن‌ها بین ۷۰-۲۱ سال بود. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش متأهل (۶۹/۴۱ درصد) و از نظر تحصیلات زیر دیپلم (۴۰/۳۱ درصد) بودند. از نظر سطح درآمد غالب بیماران شرکت‌کننده در حد متوسط (۵۹/۲۱ درصد) و از نظر اشتغال، خانه‌دار (۷۰/۴۱ درصد) بودند. میانگین مدت زمان سپری شده از تشخیص ۳۶/۵۲ ماه با انحراف معیار ۸/۴۳ بود. ۸۲/۸ درصد بیماران شیمی درمانی، ۶۱/۳ درصد رادیوتراپی و ۳۶/۳ درصد جراحی شده بودند و ۳۷/۱ درصد تحت هر سه نوع درمان قرار گرفته بودند. ۲۶ درصد از بیماران اذعان داشتند که سابقه خانوادگی سرطان پستان در خانواده درجه یک آن‌ها وجود داشته است.

میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معـــنوی بیماران (۷/۱۲) ۵۰/۱۸، میانگین نمره بعد وجودی سلامت معـــنوی آن‌ها (۸/۱۱) ۴۰/۱۷ و میانگین کلی نمره سلامت معـــنوی بیماران (۱۰/۰۲) ۹۰/۲۹ بود. هم‌چنین نتایج نشان دهنده این بود که سطح سلامت معـــنوی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۰/۵۴ درصد) در محدوده متوسط قرار داشت.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان با استرس، اضطراب، افسردگی ایشان وجود داشت. این در حالی است که ارتباط بین سلامت معـــنوی بیماران تحت مطالعه با سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، سطح درآمد، نوع درمان و طول مدت زمان سپری شده از تشخیص از نظر آماری معنی‌دار نشد ($P > ۰/۰۵$).

به منظور بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای استرس، اضطراب، افسردگی و تعیین سهم هر یک از آن‌ها به‌عنوان متغیر پیش‌بین سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان پستان به‌عنوان متغیر ملاک، تمامی متغیرها وارد تحلیل رگرسیون شدند. نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندگانه در جدول ۱ آورده شده است.

بر اساس نتایج جدول ۱، میزان F مشاهده شده معنی‌دار است ($P= ۰/۰۰۱$) و از کل مقدار ۳۹/۵ درصدی ضریب تعیین متغیر ملاک، ۲۶/۲ درصد به وسیله متغیر افسردگی، ۱۱/۱ درصد توسط متغیر اضطراب و ۲/۲ درصد توسط متغیر استرس تبیین می‌شود. به این ترتیب با توجه به مقدار ضریب تعیین، مشخص شد که ۳۹/۵ درصد واریـانس سلامت معـــنوی توسط متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس قابل تبیین می‌باشد ($R^2 = ۳۹/۵$) و مابقی توسط دیگر عوامل که در این مطالعه لحاظ نگردیده است، تبین می‌شود.

جدول ۱: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای پیش‌بینی سلامت معـــنوی از طریق متغیرهای پیش‌بین

متغیرملاک	متغیرهای پیش‌بین	B	β	R	R^2	F	p
سلامت معـــنوی	افسردگی	-۰/۸۲۳	-۰/۴۵۶	۰/۵۱۲	۰/۲۶۲	۸۷/۹	۰/۰۰۱
	اضطراب	۰/۶۵۴	۰/۴۰۱	۰/۶۱۱	۰/۳۷۳	۸۰/۱	۰/۰۰۱
	استرس	۰/۴۰۲	۰/۱۳۲	۰/۶۲۹	۰/۳۹۵	۶۶/۲	۰/۰۲

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سطح سلامت معـــنوی اکثریت واحدهای پژوهش در محدوده متوسط قرار داشت. نتایج مطالعه Mc Coubrie و Davies از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کند، به‌طوری‌که میانگین نمره کلی سلامت معـــنوی اکثریت مبتلایان به سرطان در آن مطالعه نیز در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

محدوده متوسط گزارش شده است (۲۳). هم‌چنین نتایج مطالعه Nelson و همکاران نیز حاکی از آن است که سلامت‌معـــنوی مبتلایان به سرطان در سطح متوسطی قرار دارد (۳۲). این در حالی است‌که در مطالعه انجام شده در تهران، اکثریت مبتلایان به سرطان شرکت کننده در مطالعه از سلامت‌معـــنوی بالایی برخوردار بودند (۲۸). هم‌چنین در مطالعه‌ای دیگر Leung و همکارانش با بررسی سلامت‌معـــنوی بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری به سر می‌بردند، گزارش نمودند این بیماران از سلامت‌معـــنوی بالایی برخوردارند (۳۳)، بنابراین همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات تا حدودی متناقض است. اگرچه این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از دقت در اجرای تحقیقات و نوع ابزارهای متفاوت باشد؛ لیکن باید توجه داشت که در این مطالعات، نمونه‌های پژوهش از نظر نوع درمان، مرحله درمان، نوع سرطان و زمان سپری شده از تشخیص همگن نبوده و احتمالا دلیل اصلی این تناقض می‌باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار معکوس بین سلامت معـــنوی با استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به سرطان پستان بود. این بدین معنا است که بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بیماران با میزان بالاتر معـــنویت، به میزان کمتری دچار استرس، اضطراب و افسردگی بودند. در تأیید یافته مذکور نتایج یافته‌های مطالعه Meraviglia نشان داد بین کسب نمرات بالاتر در بعد معنوی با پایین بودن علایم دیسترس ارتباط وجود دارد (۲۱). هم‌چنین نتایج مطالعه Romero و همکاران نـیز نشان داد ارتباط معنی‌دار آماری بین معنویت و اختلالات روانی از جمله استرس در بیماران سرطانی مورد پژوهش وجود دارد (۲۷). نتایج حاصل از مطالعه‌ای صورت گرفته از سوی Mc Davies و Coubrie در انگلستان از نتایج مطالعه حاضر حمایـت می‌کند، به‌طوری‌که بیماران سرطانی با نمرات بالاتر سلامت معـــنوی، افسردگی پایین‌تری دارند (۲۳). Nelson و همکاران نیز در مطالعه‌ای با عنوان «معـــنویت، مذهب و افسردگی در بیماران مشرف به مرگ» در نیویورک نشان داد ارتباط آماری معنی‌دار به شکل معکوس بین سلامت معـــنوی و افسردگی مبتلایان به سرطان وجود دارد (۳۲). از دیگر مطالعاتی که بر یافته‌های مطالعه حاضر صحه می‌گذارد مطالعه McClain و همکاران در نیویورک با عنوان «بررسی تأثیر سلامت معـــنوی بر یأس و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی بیماری» می‌باشد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که ارتباط آماری معنی‌دار بین سلامت معـــنوی با افسردگی وجود دارد (۳۴).

این در حالی است که به نقل از Mc Coubrie و Davies در مطالعه‌ای صورت پذیرفته در آتلانتا با عنوان «افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ارتباطی با معـــنویت ندارد»، نتایج نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و سلامت مذهبی بود ($p> ۰/۰۵$) (۲۳). دلیل این تفاوت ممکن است به دلیل تفاوت در تعداد حجم نمونه، نوع سرطان، ابزار گردآوری اطلاعات و تفاوت در نوع اعتقادات مذهبی و نوع مذهب افراد مورد پژوهش باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که هیچ‌گونه ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت‌معـــنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی و طبی (سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، نوع درمان، سطح درآمد، مدت زمان سپری شده از تشخیص، تعداد جلسات شیمی درمانی، رادیوتراپی و مدت سپری شده از جراحی) وجود ندارد. به طور کلی در این زمینه نتایج مطالعات انجام شده متضاد می‌باشد. نتایج مطالعات Mc Coubrie و Davies و Romero و همکاران نشان داد بین هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی و طبی با معـــنویت مبتلایان به سرطان ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۲۷، ۲۳) و نمی‌توان این متغیرها را به عنوان متغیر پیش‌بین سطح سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان درنظر گرفت. هم‌چنین یافته‌های مطالعه Nelson نیز حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت‌معـــنوی بیماران مبتلا به سرطان بود (۲۷)، این در حالی است‌که رضایی، Rowe و Allen نشان دادند بین سن و میزان زمان سپری شده از تشخیص با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

سلامت‌معـــنوی در بیماران سرطانی ارتباط وجود دارد (۲۹-۲۸). بنابراین اگرچه در بیشتر تحقیقات بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت معـــنوی بیماران سرطانی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است، ولی در برخی مطالعات ارتباطاتی وجود داشته که سوای احتمالاتی همچون تأثیر و تأثر عوامل فرهنگی و مذهبی، تعداد نمونه‌ها و نحوه نمونه‌گیری و بسیاری عوامل تأثیرگذار دیگر بر این موضوع، به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به شفاف سازی بیشتری وجود دارد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان پستان را می‌توان در قالب یک معادله رگرسیون به‌وسیله متغیرهای روان‌شناختی پیش‌بینی کرد. در واقع یافته‌های مطالعه حاضر مؤید آن بود که در مبتلایان به سرطان پستان با نمرات بالاتر سلامت معـــنوی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معـــنوی یک فاکتور مهم محافظت‌کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران است. لذا ارتقای سلامت معـــنوی مبتلایان به سرطان پستان می‌بایست جزء اولویت‌های کادر پزشکی قرار گیرد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با توجه به رسوخ باورهای معـــنوی در کشورمان، مداخلاتی معـــنوی - محور با هدف بهبود سلامت روان مبتلایان به سرطان پستان طراحی و اجرایی گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود فرض می‌دانند از زحمات تمامی پرسنل مرکز درمانی حضرت سیدالشهداء (ع) و بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند. هم‌چنین تحقیق حاضر منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ۲۹۰۳۰۱ مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد که مراتب سپاس‌گزاری خود را به معاونت پژوهشی این دانشگاه ابراز می‌داریم.

References

1. Li Q, Gao E, Yang Y, Hu H, Hu X. Traumatic neuroma in a patient with breast cancer after mastectomy: A case report and review of the literature. World Journal of Surgical Oncology 2012; 10(2):35-42.
2. Chen, Pei Ying; Chang, Hui Chen. The coping process of patients with cancer European. Journal of Oncology Nursing 2012; 16(1); 6-10
3. Tuncer A. Murat. Cancer reaport: Asian pacific organization for cancer prevention. Ankara: New hope in health foundation; 2010.
4. Siegel R, Ma J, Zou Z, Jemal A. Cancer Statistics. Cancer J clin 2014; 64 (1): 9-29
5. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I. Breast Cancer in Iran: An Epidemiological Review. The Breast Journal 2007; 13(4): 383–91.
6. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients, J Natl Cancer Institute Monographs 2004; 32: 32-9.
7. Hayati F, Shahsavari A, Mahmodi M. Relation psychic convenience with individual factors of patients with breast cancer in hospitals of Tehran University of Medical Science. Journal of Iran breast diseases 2009; 2(1):23-8. [In Persian].
8. Akechi T, Nakano T, Okamura H, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Jpn J Clin Oncol 2001; 31: 188-94.
9. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non smallcell lung cancer patients. Psycho Oncology 2005: 20-27.
10. Kimberley M, Mary Jane M. Depression and anxiety. The Cancer Journal 2006; 12(5): 388-97

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

11. Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, …[et al]. Quality of life and breast cancer relationship to psychosocial variable. J clin psycol 2001; 5(1):501-19 .
12. Corner, Gessica, Baily, chrise. Cancer Nursing care in context. 2nd ed. Oxford; Malden, MA: Blackwell pub; 2008.p. 546 .
13. Jacobson CMC, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino J E, Breitbart W. Belife in an afterlife, spiritual well-being and end of life despair in patients with advanced cancer. Gen Hosp Psychiatry 2004; 26(6):484-6.
14. Marandi A, Azizi F. The position, based on the difficulties of defining and spiritual health of the population – Islam]. J Medical Ethics 2010; 4 (14):11-21. [In Persian].
15. Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of stress, anxiety and depression in patients with leukemia in Seyed-Al-Shohada Hospital in 2012. [MSc Dissertation]. Iran, Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2013. P 92 .
16. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients, Zahedan Journal of Research in Medical Sciences, Journal of Zahedan University of Medical Sciences (Tabib-e-shargh) 2010;12(3): 29-33. [In Persian].
17. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh. Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research 2006; 5(4): 295-303. [In Persian].
18. Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. Procedia-Soc Behav Sci 2010; 5:1477-81. [In Persian].
19. Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The Relationship between Spiritual Health and Social Anxiety in Chemical Veterans. Journal Mil Med 2012; 14(3):186-91. [In Persian].
20. Larson CAD. Spiritual Psycholosocial and physical correlates of well-being scores the breast cancer experience, 2004. Available from: URL: http:// www. arizona.openrepository.com/ arizona/ handle/ 10150/280719
21. Meraviglia M. Effects of Spirituality in breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum 2006; 33(1):E1-E6.
22. Schulz E, Holt CL, Caplan HL, Blaake V, Southward P, Buckner L H. Role of spirituality in cancer Coping among African Americanes: a qualitative examination. J Cancer surviv 2008; 2(2):104-15.
23. Mc Coubrie, RC , Davies, AN , Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer, J Support care cancer 2006; 14(4): 379-85.
24. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice, J Foundation for Medical Education and Research 2001; 76:1225-35.
25. Beery TA, Baas LS, Fowler Ch, Allen G. Spirituality in Persons with Heart Failure. J Holist Nurs March 2002; 20(1): 5-25
26. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial, J Clinical Psychology 2010; 66(4): 430–41.
27. Romero C, Kalidas M, Elledge R, Change J, Liscum KR, Friedmen LC. Self-Forgiveness, Spirituality, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer. J Behavioral Medicine 2006; 29(1); 29-36.
28. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy .The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery (Hayat) 2009; 14(3-4): 33-9. [In Persian].
29. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a Means of Coping with Chronic Illness. American J Health Studies 2004; 19(1):62-7.
30. Imam SS, Karim NH, Jusoh NR, Mamad NE. Malay version of spiritual well-being scale .Is Malay spiritual well-being scale a psychometrically sound instrument, The Journal of Behavioral Science, 2009;4(1): 71-83.
31. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric Properties of DASS-42 as Assessed in a Sample of Kermanshah High School Students, Journal of Research in Behavioural Sciences 2007;5(2): 81-92. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

32. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, Religion, and Depression in the Terminally Ill. Psychosomatics 2002; 43(3):213-20.

33. 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.

34. McClain C S, Bary Rosenfeld, William Breitbart. The effect of spiritual well-being on end of life despair in terminally-ill cancer patient 2003; 361:1603-7.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]

The Predictive Role of Psychological, Medical and Demographic Factors, on Spiritual Well-Being in Patients with breast cancer

Amir Musarezaie[1], Homa Kadkhodaei-Elyaderani[2], Mahboobeh Ghasemipoor[3], Alireza Havayi[4], Mohammad Darvish[5], Fatemeh Aliakbari [6]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Due to the high incidence of breast cancer and the importance of spiritual well-being (SWB) of patients with this type of cancer, this study was performed to predict the role of psychological, medical and demographic factors, on SWB in patients with breast cancer

Methods and Materials: This Cross sectional study was a descriptive-analytic one conducted in 341 breast cancer patients with simple sampling methodology. Data collection instrument included a questionnaire contains 3 parts (demographic and medical information, SWB questionnaire and DASS-42 questionnaire). The data was analyzed by descriptive and analytical statistics (One way Analysis of Variance, Student t-Test, Pearson and Spearman correlation coefficients and Multiple linear regressions), with applying SPSSv20 software.

Findings: Based on study findings, there was a statistically significant relationship between SWB and stress, anxiety and depression among breast cancer patients. The results of regression analysis indicated that the stress, anxiety and depression explained totally 39.5% of the variance of patients' SWB (R^2= 39.5). Depression in the first was the best predictions of the breast cancer patients' SWB with R^2= 26.2.

Conclusions: According to the results obtained, SWB of patients with breast cancer is predicable according to the stress, anxiety and depression. Breast cancer patients with higher grades of SWB, had lower stress, anxiety and depression so SWB is a protective factor against stress, anxiety and depression.

Keywords: Breast Cancer, Demographic Factors, Medical Factors, Psychological Factors, Spiritual Well-being

Citation: Musarezaie A, Kadkhodaei-Elyaderani H, Ghasemipoor M, Havayi A, Darvish M, Aliakbari F. **The Predictive Role of Psychological, Medical and Demographic Factors, on Spiritual Well-Being in Patients with breast cancer**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 266-275

Received: 04.04.2013 Accepted: 12.02.2015

1. MSc, Behavioral Sciences Research Center, Department of Adult Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. MSc Student, Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran
3. MSc, Department of Adult Health Nursing, Islamic Azad University Dehaghan Branch, Isfahan, Iran
4. MD in educational psychology, Department of psychology, Kharazmi University, Instructor in farhangian university, Tehran, Iran
5. Psychiatry Ward, Nour Hospital, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
6. Assistant Professor, Department of Nursing, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran (Corresponding Author) E-mail: aliakbari@nm.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.8.5]