

ارتباط سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه

امیر موسی رضایی^۱، همایون ناجی اصفهانی^۲، طاهره مومنی قلعه قاسمی^۱، دکتر جهانگیر کریمیان^۳،
دکتر امراله ابراهیمی^۴

چکیده

مقدمه: شیوع بالای سرطان سینه در میان زنان، آمار قابل توجه بروز مشکلات هیجانی و عاطفی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به این نوع از سرطان و وجود یافته‌های متناقض در زمینه‌ی ارتباط سلامت معنوی با مؤلفه‌های یاد شده در این بیماران، محققین را بر آن داشت تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد آن با استرس، اضطراب و افسردگی در مبتلایان به سرطان سینه طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها: این مطالعه، از نوع توصیفی- تحلیلی و مقطعی بود. نمونه‌های مورد پژوهش ۲۹۷ نفر از مبتلایان به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان بودند که به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه گردیدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه‌ی استاندارد سلامت معنوی Ellison-Palutzian و پرسش‌نامه‌ی DASS-42 (Depression, anxiety, stress scale-42) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های Student-t و ضریب همبستگی Pearson و Spearman تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران $8/17 \pm 51/38$ از 60 بعد وجودی آن‌ها $10/21 \pm 42/47$ از 60 و کل نمره‌ی سلامت معنوی آن‌ها $10/04 \pm 93/69$ از 120 بود. همچنین نتایج نشان دهنده‌ی این بود که سطح سلامت معنوی اکثریت افراد مورد مطالعه در محدوده‌ی متوسط ($52/52$ درصد) قرار داشت. یافته‌ها حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار معکوس بین سلامت معنوی با میزان استرس ($r = -0/44$; $P < 0/001$)، اضطراب ($r = -0/27$; $P < 0/001$) و افسردگی ($r = -0/48$; $P < 0/001$) در مبتلایان به سرطان سینه بود. این ارتباط در هر دو بعد سلامت معنوی نیز معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: در مطالعه‌ی حاضر سطوح بالای سلامت معنوی با کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به سرطان سینه همراه بود. بنابراین توجه به بعد معنوی این بیماران در کنار بعد جسمی در فرایند درمان از سوی کادر درمانی در راستای ارتقای سطح سلامت روان بیماران کمک‌کننده خواهد بود.

واژگان کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، سرطان، معنویت

مقدمه

جهان مطرح می‌کند و مبارزه با آن را جزء اولویتهای بهداشتی قرار می‌دهد، رشد رو به افزایش تعداد مبتلایان به این بیماری به ویژه در کشور ایران می‌باشد (۲). در این میان، سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین و بعد از

اگر چه امروزه سرطان بیماری شایعی است، اما یک اختلال جدید نمی‌باشد و تاریخ شروع آن را باید مطابق با پیدایش بشر دانست (۱). دغدغه‌ای که امروز سرطان را به عنوان یک معضل بهداشتی در سطح

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۲ استادیار، گروه اتاق عمل، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۳ دانشیار، گروه تربیت بدنی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

^۴ استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: همایون ناجی اصفهانی

Email: naji@nm.mui.ac.ir

سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است (۳-۴). رشد آمار مربوط به سرطان سینه، پیشرفت چشمگیری داشته است؛ به طوری که شیوع آن در سال ۱۹۷۰ در آمریکا، یک مورد ابتلا در هر ۱۳ نفر، در سال ۱۹۸۰، یک مورد ابتلا در هر ۱۱ نفر و در سال ۱۹۹۲، یک مورد از هر ۹ نفر جمعیت زنان گزارش شده است. در ایران نیز، سرطان سینه شایع‌ترین سرطان زنان است (۵) و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهای‌شان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳).

این بیماری با تغییر مسیر زندگی فرد، مشکلات فراوانی را در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌کند (۶). بر اساس نتایج مطالعات بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور هم‌زمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (۷). بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی حاکی از آن است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون استرس، اضطراب و افسردگی در بیمار و خانواده‌ی وی می‌شود (۸-۹). استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان رایج است و این علائم می‌تواند در اثر بیماری یا عوامل فیزیولوژیک بیماری یا درمان‌های دارویی باشد (۱۰-۱۱). بین افسردگی و اضطراب همراهی وجود دارد؛ به طوری که در بیماران مبتلا به سرطان مضطرب، افسردگی شیوع بالاتری دارد و برعکس (۱۲).

استرس، اضطراب و افسردگی عوامل مهم در کاهش میزان بقای بیماران مبتلا به سرطان و همچنین مؤلفه‌هایی تأثیرگذار در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می‌باشند. یافته‌های چندین مطالعه بیانگر وجود

ارتباط آماری معنی‌دار بین سطوح بالای سلامت معنوی و متغیرهای سلامت روان نظیر افسردگی، ناامیدی، درخواست مرگ زودتر از موعد و عقاید خودکشی در این بیماران می‌باشد (۱۳). در واقع درباره‌ی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری چندین مفهوم وجود دارد که یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است. سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود دربرگیرنده‌ی 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 (۱۴).

به طور کلی سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود. سلامت معنوی، نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند و جهت‌سازگاری با بیماری لازم می‌باشد. وقتی سلامت معنوی 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 معنوی آن‌ها تقویت می‌شود به طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند (۱۵).

یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و سلامت روان (استرس، اضطراب و افسردگی) است و مطالعات تجربی نشانگر روابط معنی‌دار میان معنویت و سلامت روان هستند

و افسردگی در روند درمان، وجود یافته‌های ضد و نقیض در مطالعات خارج کشور و عدم وجود یک نمونه‌ی کار مشابه در مطالعات داخل، محققین را بر آن داشت تا این مطالعه را طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به شکل مقطعی در سال ۱۳۹۰ اجرا گردید. محیط پژوهش را کلیه‌ی بخش‌های فعال بیمارستان سید الشهداء (ع) تشکیل دادند. نمونه‌ی پژوهش شامل بیماران هوشیار مبتلا به سرطان سینه با سن بالاتر از ۱۸ سال و با تشخیص قطعی سرطان سینه بودند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل تحت درمان بودن با یکی از سه روش درمانی شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و یا جراحی، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، بیماری‌های کبدی، کلیوی، بیماری‌های روانی شدید نظیر سایکوز، علاقمند بودن به شرکت در پژوهش و توانایی درک و تکلم زبان فارسی بود. نمونه‌گیری به شیوه‌ی آسان و به صورت در دسترس بود. حجم نمونه با توجه به فرمول آماری، ۲۹۷ نفر تخمین زده شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ای متشکل از سه بخش استفاده شد. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار، بخش دوم در برگیرنده‌ی پرسش‌نامه‌ی استاندارد سلامت معنوی Ellison-Palutian و بخش سوم شامل پرسش‌نامه‌ی استاندارد Depression, anxiety, stress scale-42 (DASS-42) بود.

برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison-Palutian استفاده گردید (۲۴). در این پرسش‌نامه ۲۰ گزینه‌ای

(۱۹-۱۶). در مطالعه‌ای که توسط McCoubrie و Davies در انگلستان انجام شد، نتایج نشان دهنده‌ی ارتباط معنی‌دار آماری قوی (به صورت معکوس) بین میانگین نمرات حاصل از معنویت با اضطراب و افسردگی بود (۲۰).

نتایج یک مطالعه‌ی دیگر که جهت بررسی ارتباط بین وضعیت سلامت معنوی با میزان اضطراب در ۱۱۴ بیمار تازه تشخیص داده شده‌ی مبتلا به سرطان صورت پذیرفت، حاکی از آن بود که افراد با سطح بالاتر سلامت معنوی صرف‌نظر از سن، جنس و وضعیت تأهل، اضطراب کمتری را تجربه کرده بودند (۲۱).

نکته‌ی قابل تأمل آن است که ارتباط بین معنویت با استرس، اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان همیشه معنی‌دار گزارش نشده است. به طور مثال در مطالعه‌ای که توسط Beery و همکاران در کشور انگلستان بر روی ۲۵۰ بیمار انجام شد، نشان داد بیماران که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تر داشتند، در مدت ۹ ماه پی‌گیری مداوم، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۲۲).

همچنین Koszycki و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که ارتباط آماری معنی‌داری بین معنویت و تطابق روانی در بیماران مبتلا به سرطان وجود ندارد (۲۳).

عواملی همچون جایگاه رفیع و پر منزلت مقوله‌ی معنویت و سلامت معنوی در حوزه‌ی بهداشت و سلامت (به ویژه در زمینه‌ی بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج)، جایگاه، قدمت و عمق معنویت در کشور ایران و رسوخ باورهای معنوی در نهاد یکایک آحاد جامعه‌ی ایرانی، اهمیت وافر و انکارناشدنی اختلالات بعد روان و در رأس آن‌ها استرس، اضطراب

همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین همبستگی مقیاس اضطراب نیز با آزمون Zung ۰/۸۳۱ بود که این همبستگی نیز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همبستگی میان مقیاس استرس و سیاهه‌ی استرس دانش‌آموزان نیز ۰/۷۵۷ بود که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود و با نتایج بررسی Lovibond هماهنگی داشت (۲۶). در این مطالعه پژوهش‌گران پس از اخذ اجازه‌نامه‌ی کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بیمارستان سید الشهدا (ع) مراجعه کردند و با معرفی طرح برای مدیران و مسؤولان مربوط، همکاری ایشان را جلب نمودند. پس از کسب معرفی‌نامه از مدیریت خدمات پرستاری، در بیمارستان حضور یافتند و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران مبتلا به سرطان سینه به گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسش‌نامه توسط خود بیمار پرداختند.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و به کارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، درصد فراوانی) و نیز آزمون‌های تحلیلی Student-t و ضریب همبستگی Pearson و Spearman مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۹۷ بیمار مبتلا به سرطان سینه متشکل از ۲۹۵ نفر (۹۹/۳ درصد) زن و ۲ نفر (۰/۷ درصد) مرد شرکت نمودند. میانگین سنی این بیماران ۴۷/۶ سال با انحراف معیار ۱۰/۸۹ و دامنه‌ی سنی ۲۳-۸۰ سال بود. ۷۵/۸ درصد افراد متأهل و بقیه مجرد، مطلقه و بیوه بودند. از نظر وضعیت تحصیلات ۳۰ درصد بی‌سواد، ۳۷ درصد زیر دیپلم، ۲۲ درصد دیپلم و ۱۰/۵ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

سلامت معنوی، ۱۰ گزینه‌ی آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه‌ی دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند (۲۵). دامنه‌ی نمره‌ی 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 نمره‌ی به دست آمده صورت می‌گیرد. هر چه نمره‌ی به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه‌ی سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از به طور کامل مخالفم تا به طور کامل موافقم دسته‌بندی می‌شود. سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود.

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison-Palutzian یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران ضریب Cronbach's alpha آن برابر ۰/۸۲ تعیین شد و اعتماد علمی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفت (۱۵).

جهت بررسی استرس، اضطراب و افسردگی بیماران از پرسش‌نامه‌ی DASS-42 استفاده گردید. این پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد که به وسیله‌ی Lovibond طراحی شد. پایایی این مقیاس توسط Cronbach's alpha برای خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس در حد قابل قبولی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۸۴ به دست آمد.

در مطالعه‌ی افصلی و همکاران، همبستگی مقیاس افسردگی با آزمون Beck ۰/۸۴۹ تعیین شد که این

سلامت معنوی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیماران نیز ارتباط معنی دار وجود داشت.

همچنین آزمون Spearman نشان داد، ارتباط آماری معنی داری به صورت معکوس بین سطح سلامت معنوی (خوب، متوسط و ضعیف) با استرس ($r = -0/37$, $P < 0/001$)، اضطراب ($r = -0/23$, $P < 0/001$) و افسردگی ($r = -0/37$, $P < 0/001$) مبتلایان به سرطان سینه وجود دارد؛ بدین معنا که بیماران با سطح سلامت معنوی بالاتر، سطح استرس، اضطراب و افسردگی پایین تری را تجربه نموده اند.

بحث

در این مطالعه ۲۹۷ بیمار مبتلا به سرطان سینه با میانگین سنی $10/89 \pm 47/6$ شرکت نمودند. این در حالی است که در مطالعه‌ی McCoubrie و Davies (۲۰)، Romero و همکاران (۱۹) و Meraviglia (۱۷) میانگین سنی بیماران مورد مطالعه به ترتیب ۶۸، ۵۲ و ۵۳ سال بود. همان طور که مشاهده می شود، سن بیماران شرکت کننده در این مطالعه، حدود یک دهه کمتر از بیماران شرکت کننده در سایر مطالعات بود. مطالعه‌ی پدرام و همکاران نیز مؤید این مطلب بود که سرطان سینه، زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتهای شان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می دهد (۳).

میانگین نمره‌ی بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران $51/38 \pm 8/17$ ، بعد وجودی $10/21 \pm 42/47$ و میانگین کلی نمره‌ی سلامت معنوی آن‌ها $10/04 \pm 93/69$ بود. نتایج نشان دهنده‌ی این بود که سطح سلامت معنوی اکثریت افراد مورد مطالعه (۵۲/۵۲ درصد) در محدوده‌ی متوسط قرار داشت (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی و درصد نمرات سلامت معنوی به تفکیک

سطوح در افراد مورد مطالعه		
سطوح سلامت معنوی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
ضعیف (۲۰-۴۰)	۳۱	۱۰/۴۳
متوسط (۴۱-۹۹)	۱۵۶	۵۲/۵۲
بالا (۱۰۰-۱۲۰)	۱۱۰	۳۷/۰۳
جمع	۲۹۷	۱۰۰

میانگین نمره‌ی افسردگی واحدهای مورد پژوهش $11/64 \pm 9/52$ ، نمره‌ی اضطراب آن‌ها $8/27 \pm 11/64$ و نمره‌ی استرس این بیماران $9/38 \pm 14/16$ بود. در جدول ۲، رابطه‌ی بین استرس، اضطراب و افسردگی با سلامت معنوی و ابعاد آن در نمونه‌های مورد پژوهش ارائه شده است.

همان طور که در جدول نیز نشان داده شده است، ضریب همبستگی Pearson نشان داد بین سلامت معنوی با استرس، افسردگی، و اضطراب بیماران ارتباط آماری معنی دار به صورت معکوس وجود دارد. طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۲ بین هر دو بعد

جدول ۲. رابطه‌ی بین استرس، اضطراب و افسردگی با ابعاد سلامت معنوی در افراد مورد مطالعه*

ابعاد سلامت معنوی		بعد مذهبی سلامت معنوی		بعد وجودی سلامت معنوی		ابعاد سلامت معنوی (کلی)	
r	P مقدار	r	P مقدار	r	P مقدار	r	P مقدار
-0/32	< 0/001	-0/49	< 0/001	-0/44	< 0/001	-0/32	< 0/001
-1/69	0/004	-0/32	< 0/001	-0/27	< 0/001	-0/32	< 0/001
-0/35	< 0/001	-0/53	< 0/001	-0/48	< 0/001	-0/35	< 0/001

* ارتباط توسط ضریب همبستگی Pearson تعیین شده است.

DASS42: Depression, anxiety, stress scale-42

میانگین نمره‌ی بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران ۵۱/۳۸ با انحراف معیار ۸/۱۷ بود و میانگین نمره‌ی بعد وجودی سلامت معنوی بیماران ۴۲/۴۷ با انحراف معیار ۱۰/۲۱ و میانگین کلی نمره‌ی سلامت معنوی بیماران نیز ۹۳/۶۹ با انحراف معیار ۱۰/۰۴ بود. بالا بودن نمره‌ی زیرمقیاس مذهبی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه نسبت به زیر مقیاس وجودی سلامت معنوی آن‌ها می‌تواند ناشی از شرایط فرهنگی مذهبی مردم ایران باشد و این که بیماران در شرایط استرس‌زای زندگی و بحران ناشی از بیماری‌های مزمن، گرایش بیشتری به مذهب پیدا می‌کنند.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای پژوهش در محدوده‌ی متوسط و پس از آن در محدوده‌ی بالا قرار داشت. نتایج مطالعه‌ی McCoubrie و Davies از یافته‌های مطالعه‌ی حاضر حمایت می‌کند؛ به طوری که میانگین نمره‌ی کلی سلامت معنوی اکثریت بیماران مبتلا به سرطان در آن مطالعه نیز در محدوده‌ی متوسط گزارش شده است (۲۰).

همچنین نتایج مطالعه‌ی Nelson و همکاران نیز حاکی از آن است که سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در سطح متوسطی قرار دارد (۲۷)؛ این در حالی است که در مطالعه‌ی رضایی و همکاران، ۵۴/۴ درصد بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در مطالعه از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند (۲۸).

همچنین در مطالعه‌ی دیگر Leung و همکاران با بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری به سر می‌بردند، گزارش نمودند که این بیماران از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند (۲۹).

بنابراین همان گونه که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات تا حدودی متناقض است؛ اگر چه این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از دقت در اجرای تحقیقات و نوع ابزارهای متفاوت باشد، اما باید توجه داشت که در این مطالعات، نمونه‌های پژوهش از نظر نوع درمان، مرحله‌ی درمان، نوع سرطان و زمان سپری شده از تشخیص همگن نیستند و ممکن است این مسأله دلیل اصلی این تناقض باشد.

یافته‌های مطالعه حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار معکوس بین بعد مذهبی سلامت معنوی با استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به سرطان سینه بود. این بدین معنا است که بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، بیماران مذهبی‌تر به میزان کمتری دچار استرس، اضطراب و افسردگی بودند. در تأیید یافته‌ی مذکور نتایج یافته‌های مطالعه‌ی Meraviglia نشان داد، بین کسب نمرات بالاتر در بعد معنوی با پایین بودن علائم دیسترس ارتباط وجود دارد (۱۷).

همچنین نتایج مطالعه‌ی Romero و همکاران نیز نشان داد، ارتباط معنی‌دار آماری بین معنویت و اختلالات روانی از جمله استرس در بیماران مبتلا به سرطان مورد پژوهش وجود داشت ($r = -0.75$, $P = 0.01$) (۱۹)؛ این در حالی است که نتایج مطالعه‌ی McCoubrie و Davies نشان داد، بین سلامت مذهبی با اضطراب و افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد. همچنین در مطالعه‌ای که در آتلانتا انجام شد، نتایج نشان‌دهنده عدم وجود ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و سلامت مذهبی بود (۲۰). 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.

نیویورک می‌باشد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن بود که ارتباط آماری معنی‌دار بین سلامت معنوی با افسردگی وجود داشت ($r = -0/68$, $P < 0/05$) (۳۱). Romero و همکاران نیز به ارتباط معنی‌دار آماری بین معنویت و اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرطان مورد پژوهش دست یافتند ($r = -0/75$, $P = 0/01$) (۱۹). نتایج حاصل از مطالعه‌ی Meraviglia در تگزاس ($r = -0/27$, $P < 0/05$) نیز مؤید همین مطلب بود (۱۷).

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر در مبتلایان به سرطان سینه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان استرس، اضطراب و افسردگی کمتری وجود داشت. به علاوه بالا بودن سلامت معنوی یک فاکتور مهم محافظت‌کننده در برابر بروز استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران بود. بنابراین ارتقای سلامت معنوی مبتلایان به سرطان سینه می‌بایست از اولویت‌های کادر پزشکی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با توجه به رسوخ باورهای معنوی در کشورمان، مداخلاتی معنوی محور با هدف بهبود سلامت روان مبتلایان به سرطان سینه طراحی و اجرا گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۹۰۳۰۱ مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان می‌باشد و هزینه‌ی آن توسط معاونت پژوهشی این دانشگاه تأمین شد.

بدین وسیله از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، بین بعد وجودی سلامت معنوی با استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود داشت. نتایج حاصل از مطالعه‌ی صورت گرفته از سوی McCoubrie و Davies در مرکز Peters در Bristol از نتایج مطالعه‌ی حاضر حمایت می‌کند؛ به طوری که بیماران مبتلا به سرطان با نمرات بالاتر در بعد وجودی سلامت معنوی، افسردگی پایین‌تری داشتند ($P < 0/01$) (۲۰).

نتایج مطالعات McCoubrie و Davies (۲۰)، McMahon (۳۰) و Romero و همکاران (۱۹) همگی بر این یافته از مطالعه‌ی حاضر، صحنه می‌گذارند. برای مثال یافته‌های مطالعه صورت پذیرفته توسط McMahon بر روی ۲۳۸ بیمار در مراحل انتهایی زندگی ساکن در یک آسایشگاه حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی با اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان بود ($P = 0/01$) (۳۰).

همچنین نتایج حاصل از مطالعه نشان داد، بین نمره‌ی کلی سلامت معنوی با استرس، اضطراب و افسردگی مبتلایان به سرطان سینه ارتباط معنی‌داری به صورت معکوس وجود داشت. در تأیید این یافته، نتایج مطالعه‌ی McCoubrie و Davies نیز به ارتباط معنی‌دار آماری به صورت معکوس بین افسردگی و میانگین نمرات حاصل از معنویت اشاره نمود ($P < 0/01$) (۲۰). Nelson و همکاران نیز در مطالعه‌ی در نیویورک نشان دادند که ارتباط معنی‌دار آماری به شکل معکوس بین سلامت معنوی و افسردگی مبتلایان به سرطان وجود دارد. ($r = -0/51$, $P = 0/01$) (۲۷).

از دیگر مطالعاتی که بر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر صحنه می‌گذارد، مطالعه‌ی McClain و همکاران در

مرکز، که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.
هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

حمایت مادی و معنوی از این طرح تحقیقاتی را بر عهده داشت، تشکر می‌شود. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از پرسنل محترم بیمارستان سیدالشهدا (ع) و بیماران مبتلا به سرطان سینه در آن

References

1. Yousefinezhad Ostadkelayeh A, Madadi A, Majedzadeh SR, Shabannia R, Sadeghian N, Zarinara AR, et al. The effect of music therapy on chronic pain in patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci* 2005; 9(1): 39-42.
2. Sharifi N. The Impact of Self Care on Quality of Life of Children with Acute Lymphocytic Leukemia Admitted to Selected Hospitals in the years 86-87 [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: Isfahan University of Medical Sciences; 2008.
3. Pedram M, Pedram M, Naziri GH, Aeinparast N. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. *Sociology of Women* 2011; 1(4): 61-75.
4. Mehrinejad SA, Shariati SHK, Shapouri MHA. Stress in women with breast cancer compared to the healthy ones. *Daneshvar Raftar* 2010; 17(43): 49-56.
5. Mahmoodi M, Kashfee F, Nikoofar A, Hoseini F. Risk factors of breast cancer. *Iran J Nurs* 2001; 13(26): 23-30.
6. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarths textbook of medical surgical pain, electrolit, shock, cancer and end of life care. Trans. Abed Saeidi ZH, Barahimi N, Parsa Yekta Z, Tazakori Z, Sharifi M. 1st ed. Tehran, Iran: Salemi; 2004.
7. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 32-9.
8. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, 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(5): 188-94.
9. Akechi T, Okuyama T, Akizuki N, Azuma H, Sagawa R, Furukawa TA, et al. Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients. *Psychooncology* 2006; 15(6): 463-73.
10. Miller K, Massie MJ. Depression and Anxiety. *Cancer Journal* 2006; 12(5): 388-97.
11. Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, et al. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol* 2001; 57(4): 501-19.
12. Corner J, Bailey CD. *Cancer Nursing: Care in Context*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2009.
13. McClain-Jacobson C, Rosenfeld B, Kosinski A, Pessin H, Cimino JE, Breitbart W. Belief 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. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci* 2010; 12(3): 29-33.
15. Seyed Fatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. *Payesh* 2006; 5(4): 295-303.
16. Larson CAD. *Spiritual, psychosocial, and physical correlates of well-being across the breast cancer experience [PhD Thesis]*. Tucson, AZ: The University of Arizona; 2004.
17. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(1): E1-E7.
18. Schulz E, Holt CL, Caplan L, Blake V, Southward P, Buckner A, et al. Role of spirituality in cancer coping among African Americans: a qualitative examination. *J Cancer Surviv* 2008; 2(2): 104-15.
19. Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med* 2006; 29(1): 29-36.
20. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer* 2006; 14(4): 379-85.
21. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(12): 1225-35.
22. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holist Nurs* 2002; 20(1): 5-25.
23. Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A

- multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol* 2010; 66(4): 430-41.
24. Mauk KL, Schmidt NA. Spirituality and nursing. In: Mauk KL, Schmidt NA, editors. *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
25. Imam SS, Abdul Karim NH, Jusoh NR, Mamad NE. Malay version of spiritual well-being scale: Is Malay spiritual wellbeing scale a psychometrically sound instrument? *The Journal of Behavioral Science* 2009; 4(1): 59-69.
26. Afzali A, Delavar A, Borjali A, Mirzamani M. Psychometric properties of dass-42 as assessed in a sample of Kermanshah high school students. *J Res Behav Sci* 2007; 5(2): 81-92.
27. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43(3): 213-20.
28. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat* 2008; 14(3-4): 33-40.
29. 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.
30. McMahon RL. *The Impact of Spirituality, Social Support, and Defensive/adaptive Coping on Death Anxiety at End of Life*. Washington, DC: Catholic University of America; 2004.
31. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361(9369): 1603-7.

The Relationship between Spiritual Wellbeing and Stress, Anxiety, and Depression in Patients with Breast Cancer

Amir Musarezaie¹, Homayoon Naji Esfahani MSc², Tahereh Momeni Ghaleghasemi¹, Jahangir Karimian PhD³, Amroallah Ebrahimi PhD⁴

Abstract

Background: As a highly prevalent disease among women, breast cancer causes deep psychological and emotional complications such as stress, anxiety, and depression. Due to previous paradoxical findings, we performed this study to survey the relationship between spiritual wellbeing and stress, anxiety, and depression in patients with breast cancer who referred to a specialized cancer treatment center affiliated with Isfahan University of Medical Sciences (Iran) in 2012.

Methods: This descriptive, analytic study was conducted on cancer patients who were selected using simple sampling. A total number of 297 hospitalized patients with breast cancer were enrolled. The depression, anxiety, and stress scale (DASS-42) and the spiritual wellbeing questionnaire (by Ellison and Paloutzian) were used to measure stress, anxiety, depression, and spiritual well-being. Data was analyzed using statistical methods such as independent t-test and Pearson's and Spearman's correlation coefficient in SPSS₁₈.

Findings: The mean scores of religious and existential aspects of spiritual wellbeing were 51.38 ± 8.17 and 42.47 ± 10.21 (both out of 60), respectively. The mean total score of spiritual wellbeing was 93.69 ± 10.04 out of 120. The spiritual wellbeing scores of the majority of participants (60.6%) were in the range of medium. Pearson's correlation coefficient showed statistically significant relationships between spiritual wellbeing and stress ($P < 0.001$, $r = -0.44$), anxiety ($P < 0.001$, $r = -0.27$), and depression ($P < 0.001$, $r = -0.48$) in patients with breast cancer. The 2 aspects of spiritual wellbeing were also significantly correlated with stress, anxiety, and depression.

Conclusion: According to our findings, breast cancer patients with higher scores of spiritual wellbeing had lower levels of stress, anxiety, and depression. Therefore, the treatment of patients with breast cancer needs to pay simultaneous attention to spiritual well being and physical health.

Keywords: Anxiety, Depression, Neoplasm, Spirituality, Stress

¹ MSc Student, Department of Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Operating Room, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Associate Professor, Department of Physical Education, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Homayoon Naji Esfahani MSc, Email: naji@nm.mui.ac.ir