بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان

امیر موسی رضایی[۱]، طاهره مؤمنی قلعه قاسمی[۲]، امراله ابراهیمی[۳]، جهانگیر کریمیان[۴]

چکیده

مقدمه: استرس و اضطراب از جمله اختلالات شایع و تأثیرگذار بر فرایند درمان در مبتلایان به سرطان سینه می‌باشد. وجود ارتباطات پارادوکس‌گونه بین سلامت معنوی با استرس و اضطراب در مبتلایان به سرطان از جمله سرطان سینه در مطالعات خارجی و کمبود مطالعات مشابه در داخل کشور، محققین را بر آن داشت تا مطالعه‌ای را با هدف، ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان در سال ۱۳۹۰ طراحی و اجرا نمایند.

روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود که به شکل مقطعی اجرا گردید. نمونه‌های مورد پژوهش در این مطالعه متشکل از ۲۶۶ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که با روش نمونه‌گیری آسان و از نوع در دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌نامه استاندارد سنجش استرس، اضطراب و افسردگی DASS-۴۲ (The depression, anxiety and stress scale) و پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison-Paloutzian بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری $SPSS_{۱۸}$ و روش‌های آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون t-student و ضریب همبستگی Pearson و Spearman)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای پژوهش (۵۸/۶۴ درصد) در محدوده متوسط و پس از آن در محدوده بالا (۴۱/۳۵ درصد) قرار داشت. میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران (۷/۲۲ ± ۵۲) بالاتر از میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی (۹/۶۷ ± ۴۳/۱۹) بود. ضریب همبستگی Pearson نشان داد بین استرس بیماران با تمامی ابعاد سلامت معنوی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد بین اضطراب با نمره کلی سلامت معنوی و بعد وجودی آن ارتباطی معنی‌دار وجود دارد، لیکن بین بعد مذهبی سلامت معنوی و اضطراب ارتباطی وجود نداشت. یافته‌ها حاکی از عدم وجود هر گونه ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی بود.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که در مبتلایان به سرطان سینه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان اضطراب و استرس کمتری وجود دارد، لذا پرداختن به تمامی ابعاد این بیماران از جمله بعد معنوی در روند درمان توصیه می‌شود. همچنین با توجه به عدم وجود ارتباط بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در مطالعه حاضر و وجود یافته‌های متناقض در این زمینه در سایر مطالعات، تحقیقات بیشتر الزامی است.

واژه‌های کلیدی: استرس، اضطراب، جمعیت‌شناختی، سرطان، معنویت

نوع مقاله: *تحقیقی*

دریافت مقاله:۹۰/۹/۲ *پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲*

* این مقاله از طرح تحقیقاتی شماره ۲۹۰۳۰۱ مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان منتج شده است.

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، گروه آموزش داخلی جراحی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: t_momeni@nm.mui.ac.ir

۳- استادیار، مرکز تحقیقات روان تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (۳-۱). 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 (۴). این بدخیمی حدود ۳۳ درصد انواع سرطان زنان را تشکیل می‌دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف جهان بین ۸ درصد تا ۱۰ درصد برآورد شده است (۵). در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه و پیشرفته، سرطان سینه شایع‌ترین سرطان زنان بوده است (۴) و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). از ژانویه ۱۹۹۸ تا دسامبر ۲۰۰۵ میزان بروز سرطان سینه در زنان ایرانی، ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ زن بوده است که محدوده سنی ۸۵-۱۵ سال را در بر می‌گرفت و بیش‌ترین شیوع در محدوده سنی ۴۹-۴۲ سال قرار داشت (۱).

تشخیص سرطان سینه به عنوان یک بحران در زندگی فرد موجب به هم خوردن تعادل زندگی او می‌شود. به دلیل نقش عمده پستان در جنسیت زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل ترس، اضطراب و افسردگی باشد (۳). مبتلایان به سرطان سینه اغلب درماندگی روان‌شناختی شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دوره درمان تجربه می‌کنند (۶). مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران، به طور همزمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (۷). استرس و اضطراب در این بیماران رایج بوده است و این علایم می‌تواند در اثر بیماری یا عوامل فیزیولوژیک بیماری یا درمان‌های دارویی باشد (۸). درجات بالای استرس عواقب متعددی را در پی دارد که از آن جمله می‌توان به بیماری‌های جسمی و روانی، اضطراب، افسردگی، اختلالات خواب، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، فراموشی، خستگی غیرعادی، کاهش مقاومت فرد و ابتلا به عفونت‌های مکرر، سردرد، کاهش تمرکز، اختلال در حافظه و کاهش توانایی حل مسأله اشاره نمود (۹).

استرس متغیری است که در ارتباط با تمام عوامل روانی می‌باشد. استرس موجب افزایش میزان افسردگی، اضطراب و نگرانی و دیگر اشکال ناراحتی‌های روانی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. به صورت فیزیولوژیک اضطراب و استرس می‌توانند بر عملکرد سیستم ایمنی تأثیر بگذارند و با کاهش مقاومت بدن، فرد را مستعد هر گونه بیماری جسمانی و روانی کنند (۱۱، ۱۰). از طرفی بین افسردگی، استرس و اضطراب ارتباط وجود دارد؛ به طوری‌که در بیماران مبتلا به سرطان مضطرب و دارای استرس، افسردگی شیوع بالاتری دارد و بالعکس، اضطراب پاسخی به یک تهدید و سرطان یک عامل تهدید کننده است، بنابراین تعداد زیادی از بیماران مبتلا به سرطان مضطرب هستند (۱۲).

یافته‌های چندین مطالعه بیانگر وجود ارتباط آماری معنی‌دار فی‌مابین سطوح بالای سلامت معنوی و متغیرهای سلامت روان از جمله استرس، اضطراب، ناامیدی، درخواست مرگ زودتر از موعد و افکار خودکشی در این بیماران می‌باشد (۱۳). به دلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشم‌گیری افزایش یابد. تشخیص سرطان بحران معنوی زیادی را در فرد ایجاد کرده، فرد را در معرض بحران معنوی قرار می‌دهد (۱۶-۱۴).

سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب می‌گردد که 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 (۱۷). وقتی سلامت معنوی به طور 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، به طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند. بنابراین حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند بوده است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل

www.mui.ac.ir

اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علایم بیماری و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۱۸). در این زمینه یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با استرس و اضطراب می‌باشد (۲۵-۱۹).

در واقع تعداد قابل ملاحظه‌ای از مطالعاتی که پیرامون وجود ارتباط بین معنویت با سلامت روانی و بهبودی بیماران انجام شده است، بر تأثیر مثبت معنویت بر سلامت روان صحه گذارده‌اند و این ارتباط را معنی‌دار دانسته‌اند. یافته‌های مطالعه‌ای که با هدف بررسی، ارتباط سلامت معنوی با میزان اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پایان زندگی در انگلستان صورت پذیرفت، حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با اضطراب در این بیماران بود (۲۶). همچنین یافته‌های مطالعه McMahon حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی با اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۲۷).

نکته قابل تأمل این است که ارتباط بین معنویت یا مذهب با وضعیت سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده است. به طور مثال نتایج مطالعه‌ای در کشور انگلستان بر روی ۲۵۰ بیمار نشان داد که بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تر داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم، پس از ترخیص آن‌ها از بخش‌های قلب و زنان، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۲۸).

وجود موارد ضد و نقیض متعدد در زمینه ارتباط فی‌مابین سلامت معنوی با سلامت روان و از جمله اضطراب و استرس بیماران مبتلا به سرطان در تحقیقات صورت پذیرفته در خارج از کشور از یک سو و از سوی دیگر از آن جا که عوامل فرهنگی متعددی از قبیل عقاید مذهبی و باورهای معنوی هر قوم و ملیت می‌تواند بر میزان شیوع استرس و اضطراب در مبتلایان به سرطان تأثیرات قابل ملاحظه‌ای داشته باشد (۳۰، ۲۹)، می‌توان تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را پیرامون یافته‌های حاصل از این مطالعه با مطالعات مشابه صورت پذیرفته در خارج از کشور انتظار داشت، لـــذا محققین بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان در سال ۱۳۹۰ طراحی و اجرا نمایند. امید می‌رود نتایج و یافته‌های حاصل از این مطالعه به عنوان پایه‌ای برای دیگر مطالعات و کارآزمایی‌های بالینی، مؤثر باشد.

روش‌ها

این مطالعه، پژوهشی از نوع توصیفی همبستگی بود که جمع‌آوری اطلاعات در آن به شکل مقطعی انجام شد. نمونه پژوهش شامل بیماران هوشیار مبتلا به سرطان سینه با سن بالاتر از ۱۸ سال و با تشخیص قطعی سرطان سینه 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 دیابت، بیماری‌های کبدی، کلیوی، بیماری‌های روانی شدید نظیر سایکوز و ناشنوایی، علاقمند بودن به شرکت در پژوهش و توانایی درک و تکلم زبان فارسی بود. نمونه‌گیری به شیوه آسان و به صورت در دسترس اتخاذ گردید. حجم نمونه با توجه به فرمول آماری ۲۶۶ نفر تخمین زده شد که این تعداد در مدت ۶ ماه وارد مطالعه شدند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه استفاده شد که شامل سه بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار و اطلاعات پرونده بیمار و بخش دوم در برگیرنده گزینه‌های پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison-Palutzian و بخش سوم شامل پرسش‌نامه استاندارد ۴۲-DASS (The depression, anxiety and stress scale) بود.

برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison-Palutzian استفاده گردید (۱۶). در این پرسش‌نامه ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی، ۱۰ گزینه آن سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. گزینه‌های ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و۲۰ مربوط به بعد وجودی و بقیه مربوط به بعد مذهبی هستند (۳۱). دامنه نمره سلامت معنوی برای هر یک از زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. هر چه نمره به دست آمده، بالاتر باشد، نشانه سلامت

www.mui.ac.ir

مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه است که دامنه آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شده است. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی 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 سید فاطمی و همکاران در پژوهش خود استفاده نمودند و ضریب α آن برابر ۰/۸۲ می‌باشد که اعتماد علمی پرسش‌نامه مورد تأیید قرار گرفته است (۱۸).

جهت بررسی استرس و اضطراب بیماران از پرسش‌نامه استاندارد DASS-۴۲ استفاده گردید. این پرسش‌نامه خود گزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد که به وسیله Lovibond (به نقل از افضلی و همکاران) در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. پایایی این مقیاس توسط α برای خرده مقیاس اضطراب و استرس ۰/۸۴ به دست آمد. در مطالعه افضلی و همکاران، همبستگی مقیاس اضطراب با تست Zung، ۰/۸۳۱ است که این همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. همبستگی میان مقیاس استرس و سیاهه استرس دانش‌آموزان نیز ۰/۷۵۷ و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است و با نتایج بررسی Lovibond (به نقل از افضلی و همکاران) هماهنگی دارد (۳۲).

پس از گردآوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری $SPSSv_{۱۸}$ و به کارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، درصد فراوانی) و تحلیلی (t-student و ضریب همبستگی Pearson و Spearman)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۶۶ بیمار مبتلا به سرطان سینه در گروه سنی ۸۰-۲۳ سال با میانگین و انحراف معیار ۱۰/۹۴ ± ۴۷/۷۴ شرکت نمودند. اکثریت نمونه‌های مورد پژوهش متأهل (۷۷/۴۴ درصد) و از نظر تحصیلات زیر دیپلم (۳۸/۳۴ درصد) بودند. میانگین مدت زمان سپری شده از تشخیص ۳۷/۵۲ ماه با انحراف معیار ۳۸/۴۳ بود. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش در جدول ۱ ارایه گردیده است.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهداء (ع) اصفهان در سال ۱۳۹۰

متغیر	گروه‌ها	فراوانی	درصد
سن	۳۰-۲۰ سال	۱۵ نفر	۵/۶۳
	۴۰-۳۰ سال	۴۶ نفر	۱۷/۲۹
	۵۰-۴۰ سال	۸۹ نفر	۳۳/۴۵
	۶۰-۵۰ سال	۷۹ نفر	۲۹/۶۹
	۷۰-۶۰ سال	۳۰ نفر	۱۱/۲۷
	۸۰-۷۰ سال	۷ نفر	۲/۶۳
وضعیت تأهل	مجرد	۲۲ نفر	۸/۲۷
	متأهل	۲۰۶ نفر	۷۷/۴۴
	مطلقه	۱۱ نفر	۴/۱۳
	بیوه	۲۷ نفر	۱۰/۱۵
سطح تحصیلات	بی‌سواد	۷۴ نفر	۲۷/۸۱
	زیر دیپلم	۱۰۲ نفر	۳۸/۳۴
	دیپلم	۶۴ نفر	۲۴/۰۶
	دانشگاهی	۲۶ نفر	۹/۷۷
وضعیت اشتغال	کارمند	۱۷ نفر	۶/۳۹
	کارگر	۳ نفر	۱/۱۲
	آزاد	۲ نفر	۰/۷۵
	بازنشسته	۱۶ نفر	۶/۰۱
	خانه‌دار	۲۲۱ نفر	۸۳/۰۸
	بیکار	۷ نفر	۲/۶۳
سطح درامد	ضعیف	۹۷ نفر	۳۶/۴۶
	متوسط	۱۵۷ نفر	۵۹/۰۲
	خوب	۱۲ نفر	۴/۵۱
مدت زمان سپری شده از تشخیص	زیر یک سال	۸۷ نفر	۳۲/۷۰
	یک تا پنج سال	۱۱۶ نفر	۴۳/۶۰
	پنج تا ده سال	۴۶ نفر	۱۷/۲۹
	ده سال به بالا	۱۷ نفر	۶/۳۹

بر اساس یافته‌های پژوهش، میانگین نمره بعد مذهبی سلامت

www.mui.ac.ir

معنوی بیماران ۷/۲۲ ± ۵۲، میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی ۹/۶۷ ± ۴۳/۱۹ و میانگین کلی نمره سلامت معنوی بیماران نیز ۱۵/۴۹ ± ۹۵ بود. همچنین نتایج نشان دهنده این بود که سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۸/۶۴ درصد) در محدوده متوسط (۹۹-۴۱) قرار داشت (جدول ۲). میانگین نمره اضطراب واحدهای مورد پژوهش ۸/۲۷ ± ۱۱/۶۵ و میانگین نمره استرس ۹/۳۲ ± ۱۴/۰۸ بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد نمرات سلامت معنوی به تفکیک سطوح در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهداء (ع) سال ۱۳۹۰

سطوح سلامت معنوی	فراوانی مطالق	درصد
ضعیف (۴۰-۲۰)	۰	۰
متوسط (۹۹-۴۱)	۱۵۶	۵۸/۶۴
بالا (۱۲۰-۱۰۰)	۱۱۰	۴۱/۳۵
جمع	۲۶۶	۱۰۰

در جدول ۳ رابطه بین استرس و اضطراب با ابعاد سلامت معنوی در نمونه‌های مورد پژوهش ارایه شده است. طبق یافته‌های ارایه شده جدول، بین تمامی ابعاد سلامت معنوی با میزان استرس بیماران ارتباط معنی‌دار وجود دارد، حال آن که در مورد اضطراب در بعد مذهبی سلامت معنوی، این ارتباط معنی‌دار نشده است (r = -۰/۱۱ و P = ۰/۰۹)، لیکن در بعد وجودی و نمره کلی سلامت معنوی، ضریب همبستگی Pearson گویای وجود ارتباط معنی‌دار بین اضطراب با مؤلفه‌های یاد شده است. به ترتیب (P < ۰/۰۰۱ و r = -۰/۲۸) (r = -۰/۲۳ و P < ۰/۰۰۱).

آزمون Spearman هیچ گونه ارتباط آماری معنی‌داری را بین استرس و اضطراب با متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان نداد (جدول ۴).

جدول ۳: رابطه بین استرس و اضطراب با ابعاد سلامت معنوی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهداء (ع) سال ۱۳۹۰

ابعاد سلامت معنوی	بعد مذهبی سلامت معنوی		بعد وجودی سلامت معنوی		سلامت معنوی (کلی)	
	Pearson		Pearson		Pearson	
خرده مقیاس‌های DASS*۴۲	P	r	P	r	P	r
استرس	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۴	< ۰/۰۰۱	-۰/۴۶۰	< ۰/۰۰۱	-۰/۴۰۰
اضطراب	۰/۰۹۰	-۰/۱۱	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۸۰	< ۰/۰۰۱	-۰/۲۳۰

* The depression, anxiety and stress scale

جدول ۴: رابطه بین استرس و اضطراب با متغیرهای جمعیت‌شناختی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهداء (ع) سال ۱۳۹۰

متغیرهای جمعیت شناختی	سطح تحصیلات		وضعیت تأهل		وضعیت اشتغال	
	Spearman		Student t		Student t	
خرده مقیاس‌های DASS*۴۲	P	r	P	t	P	t
استرس	۰/۱۴	-۰/۹۳	۰/۲۲	۱/۲۰	۰/۷۵	۰/۷۳
اضطراب	۰/۰۶	-۰/۱۷	۰/۷۹	۰/۵۸	۰/۰۸	۱/۴۱

* The depression, anxiety and stress scale

www.mui.ac.ir

در جدول ۵، رابطه بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در نمونه‌های مورد پژوهش ارایه شده است، همان طور که در جدول نیز نمایان می‌باشد آزمون Spearman هیچ گونه ارتباط آماری معنی‌داری را بین سلامت معنوی و وضعیت تحصیلات (r =۰/۰۰۳ و P = ۰/۹۶) نشان نداد. همچنین آزمون Independent t نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی و وضعیت تأهل (P = ۰/۳۷ و t = ۱/۰۲) و سلامت معنوی با وضعیت اشتغال (P = ۰/۵۵ و t = ۰/۸۹) وجود ندارد. سایر یافته‌ها در همین جدول ارایه شده است.

بحث

در این مطالعه ۲۶۶ بیمار مبتلا به سرطان سینه با میانگین سنی ۱۰/۹۴ ± ۴۷/۷۴ سال شرکت نمودند. این در حالی است که در مطالعه McCoubrie و Davies (۲۶)، میانگین سنی بیماران ۶۸ سال و در مطالعه Romero و همکاران (۲۳) در ایالت متحده، میانگین سنی شرکت کنندگان ۵۲ سال بود. در مطالعه Meraviglia نیز میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه ۵۳ سال بود (۲۱). همان طور که مشاهده می‌شود، سن بیماران شرکت کننده در مطالعه حاضر حدود یک دهه کمتر از بیماران شرکت کننده در سایر مطالعات بود. مطالعه پدرام و همکاران نیز مؤید این مطلب است که سرطان سینه، زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای پژوهش در محدوده متوسط و پس از آن در محدوده بالا قرار دارد. نتایج مطالعه McCoubrie و Davies از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کند؛ به طوری که میانگین نمره کلی سلامت معنوی اکثریت بیماران مبتلا به سرطان در آن مطالعه نیز در محدوده متوسط گزارش شده است (۲۶). همچنین نتایج مطالعه Nelson و همکاران نیز حاکی از آن است که سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان در سطح متوسطی قرار دارد (۳۳). این در حالی است که در مطالعه رضایی و همکاران، ۵۴/۴ درصد بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه از سلامت معنوی بالایی برخوردار بودند (۱۴). همچنین در مطالعه‌ای دیگر Leung و همکاران با بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری به سر می‌بردند، گزارش نمودند این بیماران از سلامت معنوی بالایی برخوردارند (۳۴). 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، 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 نبوده‌اند و شاید دلیل اصلی این تناقض می‌باشد.

در مطالعه حاضر، میانگین نمره بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران (۷/۲۲ ± ۵۲) بالاتر از میانگین نمره بعد وجودی سلامت معنوی (۹/۶۷ ± ۴۳/۱۹) می‌باشد. بالا

جدول ۵: رابطه بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت‌شناختی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهداء (ع) سال ۱۳۹۰

متغیرهای جمعیت‌شناختی	سطح تحصیلات		وضعیت تأهل		وضعیت اشتغال	
ابعاد سلامت معنوی	Spearman		Student t		Student t	
	P	r	P	t	P	t
بعد مذهبی سلامت معنوی	۰/۱۹	-۰/۰۸	۰/۱۳	۱/۳۸	۰/۷۵	۰/۷۳
بعد وجودی سلامت معنوی	۰/۳۱	۰/۶	۰/۳۷	۱/۰۲	۰/۲۲	۱/۱۹
سلامت معنوی (کلی)	۰/۹۶	۰/۰۰۳	۰/۳۷	۱/۰۲	۰/۵۵	۰/۸۹

www.mui.ac.ir

بودن نمره زیر مقیاس مذهبی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه نسبت به زیر مقیاس وجودی سلامت وجودی 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.

ضریب همبستگی Pearson نشان می‌دهد بین استرس با بعد مذهبی، وجودی و نمره کلی سلامت معنوی ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. این بدین معنا است که بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر بیماران مذهبی‌تر به میزان کمتری دچار استرس 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 نیز نشان داد که ارتباط معنی‌دار آماری بین معنویت و اختلالات روانی از جمله استرس در بیماران سرطانی مورد پژوهش وجود دارد ($r = -۰/۷۵$ و $P < ۰/۰۱$) (۲۳).

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد بین بعد مذهبی سلامت معنوی و اضطراب ارتباطی وجود ندارد. در تأیید این یافته، نتایج مطالعه McCoubrie و Davies با عنوان «آیا بین سلامت معنوی با میزان اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در مراحل پیشرفته ارتباطی وجود دارد؟» حاکی از آن است که بین سلامت مذهبی مبتلایان به سرطان با اضطراب ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$) (۲۶). همچنین یافته‌های مطالعه Bowie و همکاران نیز نشان دهنده این مورد است که بین اعمال مذهبی با اضطراب ناشی از بیماری سرطان، ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد (۳۵). این در حالی است که بر اساس یافته‌های McMahon بین میانگین نمرات حاصل از حوزه تطابق مذهبی با اضطراب رابطه آماری معنی‌دار به صورت معکوس وجود داشته است و بیمارانی که از اعمال مذهبی جهت تطابق خود بهره برده بودند، کم‌تر دچار اضطراب شده بودند (۲۷). دلیل این تفاوت ممکن است به دلیل تفاوت در نوع اعتقادات مذهبی و نوع مذهب افراد مورد پژوهش باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی‌داری بین بعد وجودی سلامت معنوی، همین طور نمره کلی سلامت معنوی با میزان اضطراب بیماران وجود دارد. این بدین معنی است که بیماران مبتلا به سرطان متمایل به اعمال معنوی در زندگی، به طور قابل توجهی از میزان پایین‌تری از اضطراب رنج می‌برند. نتایج مطالعات McCoubrie و Davies (۲۶)، McMahon (۲۷) وRomero و همکاران (۲۳)، همگی بر این یافته از مطالعه حاضر صحه می‌گذارند. برای مثال یافته‌های مطالعه صورت پذیرفته بر روی ۲۳۸ بیمار در مراحل انتهایی زندگی، ساکن در آسایشگاهی واقع در شهر ویرجینیای شمالی توسط McMahon حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی با اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد ($P = ۰/۰۱$) (۲۷).

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که هیچ گونه ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی (و ابعاد آن) با متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، نوع درمان، سطح درامد، مدت زمان سپری شده از تشخیص) وجود ندارد. این یافته در مورد ارتباط استرس و اضطراب با این متغیرها نیز صادق بود. به طور کلی در این زمینه نتایج مطالعات انجام شده، متفاوت می‌باشد. نتایج مطالعات McCoubrie و Davies (۲۶) و Romero و همکاران (۲۳) نیز نشان داد بین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک با معنویت ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد (۲۶). این در حالی است که رضایی و همکاران (۱۴) و Rowe و Allen (۳۶) نشان دادند که بین سن و سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان ارتباط وجود دارد. لیکن در مطالعه Nelson و همکاران ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای دموگرافیک با سلامت معنوی یافت نشد (۳۳). بنابراین اگر چه در بیشتر تحقیقات بین متغیرهای جمعیت‌شناختی و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده است، ولی در برخی مطالعات ارتباطاتی وجود داشته است که سوای احتمالاتی همچون تأثیر عوامل فرهنگی و مذهبی، تعداد نمونه‌ها و نحوه نمونه‌گیری و بسیاری عوامل تأثیرگذار دیگر بر این موضوع، به نظر می‌رسد

www.mui.ac.ir

در این زمینه نیاز به شفاف‌سازی بیش‌تری وجود دارد.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی با اضطراب و استرس در مبتلایان به سرطان سینه و با در نظر گرفتن تأثیرات انکار ناشدنی کنترل استرس و اضطراب در روند درمان و تطابق با بیماری، می‌بایست در فرایند پذیرش و برخورد با مبتلایان به سرطان سینه در بیمارستان، بر ارتقای سطح سلامت معنوی این بیماران از سوی پرسنل پزشکی تمرکز بیش‌تری صورت پذیرد.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود که ارتباط بین سلامت معنوی با استرس و اضطراب در بیماران مبتلا به دیگر سرطان‌ها نیز مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. با توجه به عدم در مطالعه حاضر و وجود یافته‌های متناقض در این زمینه در سایر مطالعات، طراحی و انجام مطالعاتی با حجم نمونه بالاتر توصیه می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه ارتباط سلامت معنوی با مفاهیمی مانند کیفیت زندگی و یا تأثیر سلامت معنوی بر دیگر عوامل روانی این بیماران انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی اصفهان می‌باشد و هزینه آن توسط معاونت پژوهشی این دانشگاه تأمین شده است. بدین وسیله از مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که حمایت مادی و معنوی از این طرح تحقیقاتی را بر عهده داشته است، تشکر می‌شود. همچنین از زحمات و همکاری صمیمانه پرسنل درمانی و بیماران بیمارستان سیدالشهداء (ع) نیز تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Pedram M, Mohammadi 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. Journal of Woman and Society 2011; 1(4): 61-75. [In Persian].
2. Mehrinejad A, Khosrovani Shariati SH, Hossein Abad Shapouri H. Stress in Women with Breast Cancer Compared to the Healthy Ones. Daneshvar Raftar 2010; 17(43): 49-56.
3. Sajadi Hezaveh M, Salehi B, Moshfeghi K. Comparison effect of drug therapy and drug-cognitive therapy on decreasing depression in women with breast cancer. J Arak Univ Med Sci 2008; 11(3): 55-61.
4. Mohammadi M, Kashfee F, Nikoofar A, Hoseini F. Risk Factors of Breast Cancer. Iran J Nurs 2000; 13(26): 23-30. [In Persian].
5. American Cancer Society. Cancer facts and figures. Atlanta: ACS; 2004.
6. Shields CG, Rousseau SJ. A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. Fam Process 2004; 43(1): 95-107.
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. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. Cancer J 2006; 12(5): 388-97.
9. Beddoe AE, Murphy SO. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? J Nurs Educ 2004; 43(7): 305-12.
10. Aghebati N, Mohammadi E, Pour Esmaeil Z. The effect of relaxation on anxiety and stress of patients with cancer during hospitalization. Iran J Nurs 2010; 23(65): 15-22. [In Persian].
11. Kiccolt GJ, Mc garriel RT, Glaster R. Annm Ree Psycol 2002; 53(1): 85-107.
12. Corner J, Bailey CD. Cancer Nursing: Care in Context. New Jersey: John Wiley & Sons p. 546; 2008.
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. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat 2008; 14(3-4): 33-9. [In Persian].

15. Safareifard F. Religious barriers to providing care to patients in hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Isfahan: School of Nursing and Midwafry, Isfahan University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].

16. Mauk KL, Scnemidt NA. Spirituality in nursing. In: Mauk KL, Schmidt NA, editors. Spiritual Care in Nursing Practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

17. 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. [In Persian].

18. Seyedfatemi N, Rezaie M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. Payesh 2006; 5(4): 295-303. [In Persian].

19. Morris EL. The relationship of spirituality to coronary heart disease. Altern Ther Health Med 2001; 7(5): 96-8.

20. Davisson Larson CA. Spiritual, Psychosocial, and Physical Correlates of Well-being Across the Breast Cancer Experience. Arizona: University of Arizona; 2004.

21. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum 2006; 33(1): E1-E7.

22. 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.

23. 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.

24. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. Psychooncology 1999; 8(5): 429-38.

25. Bussing A, Matthiessen PF, Ostermann T. Engagement of patients in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SpREUK-P 1.1 questionnaire as a tool of quality of life research. Health Qual Life Outcomes 2005; 3: 53.

26. 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.

27. McMahon RL. The Impact of Spirituality, Social Support, and Defensive/adaptive Coping on Death Anxiety at End of Life. Washington, DC: Soc. Work Catholic University of America; 2004.

28. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. J Holist Nurs 2002; 20(1): 5-25.

29. 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.

30. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. Int J Gynecol Cancer 2005; 15(5): 755-61.

31. Imam SS, Abdoul Karim NH, Jusoh NR, Mamad NE. Malay version of spiritual well-being scale .Is Malay spiritual well-being scale a psychometrically sound instrument. J Res Behav Sci 2009; 4(1): 59-69. [In Persian].

32. 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. [In Persian].

33. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. Psychosomatics 2002; 43(3): 213-20.

34. 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.

35. Bowie J, Curbow B, Laveist T, Fitzgerald S, Pargament K. The relationship between religious coping style and anxiety over breast cancer in African American women. J Relig Health 2001; 40(4): 411-22.

36. Rowe MM, Allen RG. Spirituality as a Means of Coping with Chronic Illness. American J Health Studies 2004; 19(1): 62-7.

www.mui.ac.ir

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

Amir Musarezaie[1], Tahereh Momeni Ghaleghasemi[2], Amroallah Ebrahimi[3], Jahangir Karimian[4]

Abstract

Background: Stress and anxiety are consideredto be one of the the most common and effective disorders in patients with breast cancer. There was aParadoxical relationship between stress and anxiety, with spiritual wellbeing in cancer patients, such as breast cancer, in the findings of studies from other countries. Moreover, there was a lack of similar studies in Iran.Therefore, this led researchersto design and perform a study to investigate the relationship between spiritual wellbeing with stress, anxiety and demographic factors of female breast cancer patients, who referred to specialized cancer treatment center in Isfahan, Iran, in 2011.

Methods: This was a descriptive-analyticaland cross-sectional study conducted on cancer patients with simple sampling methodology. A total number of 266 hospitalized women with breast cancer were enrolled into the study. The data collection tools used in this study were the demographic information questionnaire, Depression Anxiety Stress Scales (DASS-42), and the Ellison-PaloutzianSpiritual Wellbeing Scale. Data were analyzed using SPSS software version 18, descriptive statistical methods (frequency distribution, mean,and standard deviation), and analytic statistical methods(student's t-test, Spearman'scorrelation, and Pearson'scorrelation coefficient).

Findings: The results of this study showed that the spiritual wellbeing score of the majority of subjects (58.9%) was in the range of medium and then high (41.1%). Average score of the religious aspect of spiritual wellbeing (52 ± 7.22) was higher than the average score of the existential aspect of spiritual wellbeing (43.19 ± 9.67). Pearson'scorrelation coefficient showed that there was a statistically significant relationship between stress in patients and all aspects of spiritual wellbeing. Moreover,the results showed a significant correlation between anxiety with the totalscoreof spiritual wellbeing andthe existential aspect of spiritual wellbeing.However, there is no significant relationship between anxiety and the religious aspect of spiritual wellbeing. The results suggested the absence of any significant relationship between spiritual wellbeing and demographic variables.

Conclusion: Findings showed that patients with higher scores of spiritual wellbeing had lower anxiety and stress levels.Therefore, it is recommended that more attention be paid to all aspects of these patients, especially their spiritual dimension,during their treatment.Furthermore, due to thelack of a statistically significant relationship between spiritual wellbeing and demographic variables in the present study,andthe paradoxical findings of other studies in this field, further investigation is required.

Keywords: Stress, Anxiety, Demography, Cancer, Spirituality

* Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, No: 290301.

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

2- MSc Student, Department of Nursing, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: t_momeni@nm.mui.ac.ir

3-Assistant professor, Psychosomatic Research Center,Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Associate Professor, Department of Physical Education and Sports Science, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran