

ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان تخصصی سیدالشهدا(ع) اصفهان*

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

چکیده

مقدمه: سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر روانی تأثیرگذارترین سرطان در زنان است و موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون افسردگی می‌شود. یافته‌های چندین مطالعه بیانگر وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین سلامت معنوی و افسردگی در این بیماران می‌باشد. وجود موارد ضد و نقیض در این زمینه، در تحقیقات خارج از کشور و عدم وجود چنین مطالعه‌ای در ایران، محققین را بر آن داشت تا مطالعه‌ای را با هدف ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهدا(ع) اصفهان طراحی و اجرا نمایند.

روش بررسی: این مطالعه، از نوع تحلیلی-مقطعی بود. نمونه‌های مورد پژوهش ۲۲۳ نفر از مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهدا(ع) در سال ۱۳۹۰ بودند که به روش نمونه‌گیری آسان وارد مطالعه گردیدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسش‌نامه سلامت معنوی Ellison - Palutzian و خرده مقیاس افسردگی پرسش‌نامه‌ی DASS-42 استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از SPSS^{۱۷} و روش‌های آمار توصیفی (توزیع درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون t مستقل و ضریب همبستگی Pearson و Spearman)، مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه، ۲۲۳ بیمار (۹۹/۱ درصد زن و ۰/۹ درصد مرد) شرکت نمودند. میانگین سنی این بیماران ۴۸/۶ سال با انحراف معیار ۱/۰۷ بود. ۸۰/۳ درصد افراد متأهل بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری ۳۹/۲۶ ماه با انحراف معیار ۱۴/۷ بود. میانگین نمره‌ی بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران ۵۲/۲۵ با انحراف معیار ۷/۰۸ از ۶۰ بود و میانگین نمره‌ی بعد وجودی سلامت معنوی بیماران ۴۲/۸۷ با انحراف معیار ۹/۳۱ از ۶۰ و میانگین کلی نمره‌ی سلامت معنوی بیماران نیز ۹۴/۸۹ با انحراف معیار ۱۴/۹۹ از ۱۲۰ بود و میانگین نمره‌ی افسردگی واحدهای مورد پژوهش ۱۲/۲۴ با انحراف معیار ۹/۵۸ از ۴۲ بود. یافته‌ها حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌دار معکوس بین ابعاد مذهبی و وجودی سلامت معنوی با میزان افسردگی بود (به ترتیب با $r = -0/22$ و $P = 0/001$ و نیز $r = -0/48$ و $P < 0/001$). همچنین بین نمره‌ی کلی سلامت معنوی و افسردگی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($r = -0/41$ و $P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: در بیماران مبتلا به سرطان سینه با نمرات بالاتر سلامت معنوی، میزان افسردگی کمتری وجود دارد. بنابراین به نظر می‌رسد در بیماری‌هایی همچون سرطان که بر جسم، روان و روح افراد تأثیرگذار هستند، پرستاران می‌توانند با استفاده از رویکرد مراقبت کل‌نگر با تأکید بر بعد معنوی مراقبت به بیماران در دستیابی به ارتقای سطح سلامت روان کمک نمایند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی؛ سرطان‌ها؛ معنویت.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۲۴ اصلاح نهایی: ۹۰/۱۲/۶

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۲/۷

ارجاع: مؤمنی قلعه قاسمی طاهره، موسی‌رضایی امیر، کریمیان جهانگیر، ابراهیمی امراله. ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان تخصصی سیدالشهدا(ع) اصفهان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۸): ۱۰۱۶-۱۰۰۷.

* این مقاله از طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۲۹۰۳۰۱ مصوب مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان منتج شده است.
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)
Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir
۳. دانشیار، تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
۴. استادیار، روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان همچنان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. سازمان جهانی بهداشت برآورد می‌کند که سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر با انواع مختلف سرطان تشخیص داده می‌شوند (۱) و انتظار می‌رود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲)، که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته است (۳). بر اساس آمار ارائه شده از طرف سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ از کل ۵۸ میلیون مرگ در سراسر دنیا ۶/۷ میلیون (۱۳ درصد) آن‌ها به علت سرطان بوده است و بر اساس آمار انتشار یافته از سوی همین سازمان تا سال ۲۰۳۰، ۱۳/۴ درصد از موارد مرگ و میر در ایران به علت سرطان خواهد بود (۴).

در این میان، سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است (۵-۶). رشد آمار مربوط به سرطان سینه، پیشرفت چشم‌گیری داشته است، به طوری که شیوع آن در آمریکا در سال ۱۹۷۰ 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 (۷). این بدخیمی‌ها حدود ۳۳ درصد انواع سرطان خانم‌ها را تشکیل می‌دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف جهان بین ۸ درصد تا ۱۰ درصد برآورد شده است (۸). در ایران نیز، سرطان سینه شایع‌ترین سرطان زنان بوده است (۷) و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهای آن‌ها در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). در گزارش اخیر از مرکز ثبت سرطان مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، سرطان سینه دومین فراوانی را بعد از سرطان سیستم خون‌ساز و لنفوی بدن به خود اختصاص داده است (۷). میزان بروز این سرطان در زنان ۵۰ ساله و بالاتر به سرعت در حال افزایش است. از ژانویه ۱۹۹۸ تا دسامبر ۲۰۰۵ میزان بروز سرطان سینه در زنان ایرانی، ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ زن بوده است که محدوده‌ی سنی

۸۵-۱۵ سال را در بر می‌گرفت و بیشترین شیوع در محدوده‌ی سنی ۴۹-۴۲ سال قرار داشت (۵).

هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع محسوب نمی‌شود، بسیاری از مطالعات در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده است که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون افسردگی در بیمار و خانواده‌ی وی می‌شود (۹-۱۰). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و مشکلات فراوانی در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی ایجاد می‌کند (۱۱).

مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، به طور هم‌زمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند (۱۲). افسردگی، ناامیدی، خشم و گاه گرایش به خودکشی در این بیماران به وفور مشاهده شده است. Caplan در این باره می‌نویسد: ۱۳ درصد بیماران سرطانی دچار افسردگی اساسی هستند. همچنین اکابرین و همکاران در همین رابطه توضیح می‌دهند که ۶۰ درصد از بیماران سرطانی تحت مطالعه، دچار افسردگی وخیم یا شدید و ۳۶/۶ درصد گرفتار افسردگی متوسط هستند (۱۳).

در تحقیق Kissane و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان در مؤسسه‌ی روانشناسی دانشگاه ملبورن، شیوع افسردگی اساسی ۱۰ درصد و افسردگی خفیف ۲۷ درصد بوده است (۱۴). افسردگی با شیوع متوسط ۵ درصد از جمله شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در افراد پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان محسوب می‌شود (۱۵).

افسردگی یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی این بیماران می‌باشد. این در حالی است که یافته‌های چندین مطالعه بیانگر وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین سطوح بالای سلامت معنوی و متغیرهای سلامت روان از جمله افسردگی، ناامیدی، درخواست مرگ زودتر از موعد و عقاید خودکشی در این بیماران است (۱۶). به دلیل طبیعت تهدید کننده‌ی سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به طور چشم‌گیر افزایش یابد. تشخیص

سرطانی بود، این در حالی است که یافته‌های همین مطالعه نشان داد در بین بیماران با سلامت معنوی پایین و نامطلوب، بیشترین ارتباط بین افسردگی با درخواست مرگ زودتر از موعد، وجود داشته است (۳۰).

بسیاری از مطالعات پیرامون معنویت و سلامتی، از مواردی نظیر افسردگی، سوء استفاده‌ی مواد، بیماری جسمانی و یا مرگ بیشتر از تأثیر مثبت معنویت و حصول بهبودی سخن رانده‌اند؛ اما ارتباط بین معنویت یا مذهب با وضعیت سلامت روان در بیماران سرطانی همیشه مثبت و معنی‌دار گزارش نشده است. به طور مثال، مطالعه‌ای در کشور انگلستان که بر روی ۲۵۰ بیمار انجام شد، نشان داد بیمارانی که از لحاظ اعتقادات معنوی وضعیت بالاتر و قوی‌تری داشتند، در مدت ۹ ماه پیگیری مداوم، پس از ترخیص از بخش‌های قلب و زنان، پیش‌آگهی و وضعیت به مراتب بدتری نسبت به سایر بیماران داشتند (۳۱).

با وجود موارد ضد و نقیض بی‌شمار در زمینه‌ی ارتباط بین سلامت معنوی با افسردگی بیماران سرطانی در تحقیقات صورت پذیرفته در خارج از کشور از یک سو؛ و از سوی دیگر عوامل فرهنگی متعددی از قبیل عقاید مذهبی و باورهای معنوی هر قوم و ملیت که می‌تواند بر میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان تأثیرات قابل ملاحظه‌ای داشته باشد (۳۲، ۱۰)، می‌توان تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را پیرامون یافته‌های حاصل از این مطالعه با مطالعات مشابه در خارج از کشور انتظار داشت. از این‌رو محققان بر آن شدند تا مطالعه‌ای را تحت عنوان «ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان تخصصی سیدالشهدا(ع) اصفهان در سال ۱۳۹۰» طراحی و اجرا نمایند. به امید آنکه نتایج این پژوهش، گامی هر چند کوچک اما مؤثر و ارزشمند در راستای شناخت هر چه بیشتر و روشن ساختن زوایای پنهان و مبهم موجود در ارتباط بین سلامت معنوی با افسردگی بیماران سرطانی، در جامعه‌ی پرستاری ایران باشد و یافته‌های حاصل از این مطالعه به عنوان سنگ بنایی ارزشمند برای دیگر مطالعات و کارآزمایی‌های بالینی آتی، مؤثر و مفید واقع گردد.

سرطان بحران معنوی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند و در یک کلام، می‌توان گفت بحران معنوی (Spiritual distress) در فرد پدیدار می‌شود (۱۹-۱۷).

درباره‌ی چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری چندین مفهوم وجود دارد. یکی از این مفاهیم، سلامت معنوی است که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و خود در بر گیرنده‌ی 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 (۲۰). 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. بنابراین، حمایت ناشی از منابع معنوی یا مذهبی و داشتن ارتباط با قدرتی بالاتر سودمند است و می‌تواند برای بهبود کیفیت زندگی، کاهش و کنترل اختلالات سلامت روان، حمایت بین فردی، کاهش شدت علائم و نتایج مثبت پزشکی سودمند باشد (۲۱). چندین مطالعه نشان داده‌اند که اعتقادات مذهبی و سلامت معنوی بر سلامتی روان تأثیر دارد (۲۲). یافته‌های مطالعات متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و افسردگی می‌باشد (۲۸-۲۳).

تعداد قابل توجهی از مطالعات صورت پذیرفته پیرامون ارتباط بین معنویت و سلامت روانی، بر تأثیر مثبت معنویت بر سلامت روان صحنه گذارده و این ارتباط را معنادار دانسته‌اند. یافته‌های مطالعه‌ای که با هدف بررسی تأثیر معنویت و مذهب بر شدت علائم افسردگی در بیماران واقع در مراحل پایان زندگی در منطقه‌ی متروپولیتان نیویورک صورت پذیرفت، حاکی از وجود جنبه‌های سودمند و مفید معنویت و سلامت معنوی در کاهش علائم افسردگی و تطابق بهتر با مراحل پایان زندگی بود (۲۹). یافته‌های مطالعه‌ی صورت پذیرفته توسط McClain و همکاران حاکی از وجود ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی با افسردگی در بیماران

روش بررسی

این مطالعه، پژوهشی از نوع تحلیلی-مقطعی بود که به صورت تک گروهی- تک مرحله‌ای و چند متغیری اجرا گردید. محیط پژوهش را کلیه بخش‌های فعال بیمارستان سیدالشهدا(ع) تشکیل دادند. نمونه‌ی پژوهش شامل بیماران هوشیار مبتلا به سرطان سینه با سن بالاتر از ۱۸ سال و با تشخیص قطعی سرطان سینه در سال ۱۳۹۰ بود. معیارهای ورود به پژوهش شامل تحت درمان بودن با یکی از سه روش درمانی شیمی درمانی، رادیوتراپی و یا جراحی، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، بیماری‌های کبدی، کلیوی، بیماری‌های روانی شدید نظیر سایکوز، علاقه‌مند 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 ۲۲۳ نفر تخمین زده شد که این تعداد در مدت ۶ ماه وارد مطالعه شدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسش‌نامه استفاده شد که شامل سه بخش بود. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک بیمار و اطلاعات موجود پرونده‌ی بیمار و بخش دوم در برگیرنده‌ی گزینه‌های پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison - Palutzian و بخش سوم شامل خرده مقیاس افسردگی پرسش‌نامه‌ی DASS-42 بود.

برای ارزیابی ابعاد عمودی و افقی سلامت معنوی از پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison - Palutzian استفاده گردید (۱۹). در این پرسش‌نامه‌ی ۲۰ گزینه‌ای سلامت معنوی، ۱۰ گزینه سلامت مذهبی و ۱۰ گزینه‌ی دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کرد (۳۳). برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح‌بندی وجود نداشت و قضاوت بر اساس نمره‌ی به دست آمده صورت گرفت. هر چه نمره‌ی به دست آمده بالاتر بود، سلامت مذهبی و وجودی بالاتر قلمداد می‌شد. نمره‌ی سلامت معنوی، جمع این دو زیر گروه بود که دامنه‌ی آن ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شد. پاسخ گزینه‌ها به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته‌بندی شد.

سلامت معنوی به سه سطح پایین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم‌بندی گردید.

پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی Ellison - Palutzian یک پرسش‌نامه‌ی استاندارد است و در پژوهش‌های مختلف علمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در ایران در سال ۱۳۸۵ سید فاطمی و همکاران در پژوهش خود از آن استفاده نمودند و ضریب Cronbah's alpha آن برابر ۰/۸۲ محاسبه شد که اعتماد علمی پرسش‌نامه را مورد تأیید قرار می‌داد (۲۱).

برای بررسی افسردگی بیماران از پرسش‌نامه‌ی DASS-42 استفاده گردید. این پرسش‌نامه خود گزارشی ۴۲ سؤالی در مورد اضطراب، افسردگی و استرس می‌باشد که به وسیله‌ی Lovibond در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. پایایی این مقیاس از طریق Cronbach's alpha برای خرده مقیاس افسردگی ۰/۹۱ به دست آمد. در مطالعه‌ی افصلی و همکاران، همبستگی مقیاس افسردگی با آزمون Beck ۰/۸۴۹ بود که این همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است (۳۴).

پژوهشگران پس از اخذ اجازه‌نامه‌ی کتبی از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به بیمارستان سیدالشهدا(ع) مراجعه و با معرفی طرح برای مدیران و مسؤولان مربوط، همکاری ایشان را جلب نمودند و 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، به گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه و یا تکمیل پرسش‌نامه توسط خود بیمار پرداختند.

سپس داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS_{۱۷} و به کارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، درصد فراوانی) و تحلیلی (t مستقل و ضریب همبستگی Pearson و Spearman) مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲۳ بیمار مبتلا به سرطان سینه شرکت نمودند که ۲۲۱ نفر (۹۹/۱ درصد) زن و ۲ نفر (۰/۹ درصد) مرد بودند. میانگین سنی این بیماران ۴۸/۶ سال با انحراف

وجودی سلامت معنوی بیماران ۴۲/۸۷ با انحراف معیار ۹/۳۱ و میانگین کلی نمره‌ی سلامت معنوی بیماران نیز ۹۴/۸۹ با انحراف معیار ۱۴/۹۹ بود (جدول ۲).

سطح سلامت معنوی ۴۰/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش در محدوده‌ی بالا و ۵۹/۹ درصد آن‌ها در محدوده‌ی متوسط قرار داشت. میانگین نمره‌ی افسردگی واحدهای مورد پژوهش ۱۲/۲۴ با انحراف معیار ۹/۵۸ بود.

ضریب همبستگی Pearson نشان داد که بین بعد مذهبی سلامت معنوی و افسردگی با $r = -0/22$ و $P = 0/001$ ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود داشته است. همچنین بین بعد وجودی سلامت معنوی و افسردگی با $r = -0/48$ و $P < 0/001$ و بین نمره‌ی کلی سلامت معنوی و افسردگی با $r = -0/41$ و $P < 0/001$ ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود داشت.

آزمون Spearman هیچگونه ارتباط آماری معنی‌داری را بین سلامت معنوی و وضعیت تحصیلات ($r = -0/04$) و $P = 0/55$) و نیز بین افسردگی و وضعیت تحصیلات ($r = -0/89$ و $P = 0/2$) نشان نداد. آزمون t مستقل نشان داد ارتباط آماری معنی‌داری بین سلامت معنوی و جنس ($P = 0/14$ و $t = 1/48$)، افسردگی و جنس ($P = 0/11$) و $t = 1/6$)، سلامت معنوی و وضعیت تأهل ($P = 0/88$) و $t = 0/47$)، افسردگی و وضعیت تأهل ($P = 0/96$) و $t = 1/46$)، سلامت معنوی و وضعیت اشتغال ($P = 0/77$) و $t = 0/71$) و نیز افسردگی و وضعیت اشتغال ($P = 0/49$) و $t = 0/94$) وجود نداشته است.

معیار ۱۰/۷ و دامنه‌ی سنی آن‌ها بین ۲۳-۸۰ سال بود. ۸۰/۳ درصد افراد متأهل و بقیه مجرد، مطلقه و بیوه بودند. از نظر وضعیت تحصیلات، اکثر واحدهای مورد پژوهش (۳۹/۹۱ درصد) زیر دیپلم، بودند (جدول ۱). اکثر زنان شرکت کننده در این مطالعه خانه‌دار بودند (۸۳/۶ درصد). از نظر سطح درآمد خانواده، ۳۹/۶ درصد افراد سطح درآمد خانواده‌ی خود را ضعیف، ۵۶/۷ درصد متوسط و ۳/۷ درصد خوب ارزیابی کردند. میانگین مدت ابتلا به بیماری ۳۹/۲۶ ماه با انحراف معیار ۱۴/۷ ماه بود. ۸۰/۸ درصد بیماران شیمی درمانی، ۷۱/۳ درصد رادیوتراپی و ۶۶/۳ درصد جراحی شده بودند و ۵۲/۱ درصد تحت هر سه نوع درمان قرار گرفته بودند.

جدول ۱: وضعیت تحصیلات مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان

درصد	فراوانی	میزان تحصیلات
۲۷/۳۵	۶۱	بی‌سواد
۳۹/۹۱	۸۹	زیر دیپلم
۲۳/۷۶	۵۳	دیپلم
۸/۹۶	۲۰	تحصیلات دانشگاهی
۱۰۰	۲۲۳	کل

میانگین نمره‌ی بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران ۵۲/۲۵ با انحراف معیار ۷/۰۸ بود و میانگین نمره‌ی بعد

جدول ۲: دامنه، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی مراجعه کنندگان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان سیدالشهدا (ع)

در سال ۱۳۹۰

نمرات	محدوده‌ی نمرات قابل کسب	محدوده‌ی نمرات کسب شده	میانگین	انحراف معیار
بعد مذهبی سلامت معنوی	۱۰-۶۰	۲۸-۶۰	۵۲/۲۵	۷/۰۸
بعد وجودی سلامت معنوی	۱۰-۶۰	۲۰-۶۰	۴۲/۷۸	۹/۳۱
نمره‌ی کلی سلامت معنوی	۲۰-۱۲۰	۴۸-۱۲۰	۹۴/۸۹	۱۴/۹۹

بحث

در این مطالعه ۲۲۳ بیمار مبتلا به سرطان سینه شرکت نمودند که ۲۲۱ نفر (۹۹/۱ درصد) زن و ۲ نفر (۰/۹ درصد) مرد بودند. میانگین سنی این بیماران ۴۸/۶ سال با انحراف معیار ۱/۰۷ و دامنه‌ی سنی آن‌ها بین ۲۳-۸۰ سال بود. این در حالی است که در مطالعه‌ی McCoubrie و Davies میانگین سنی بیماران ۶۸ سال بود (با دامنه‌ی سنی ۲۹-۹۳ سال) (۳۵) و در مطالعه‌ی Romero و همکاران در ایالات متحده‌ی آمریکا نیز میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۵۲ سال بود (۲۶). در مطالعه‌ی Meraviglia نیز میانگین سنی ۵۳ سال (با دامنه‌ی سنی ۳۴-۸۰ سال) بود (۲۴). همانطور که مشاهده می‌شود، سن بیماران شرکت کننده در این مطالعه حدود یک دهه کمتر از بیماران شرکت کننده در سایر مطالعات بود. مطالعه‌ی پدram و همکاران نیز مؤید این مطلب است که سرطان سینه، زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهای آنان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

میانگین نمره‌ی بعد مذهبی سلامت معنوی بیماران ۵۲/۲۵ با انحراف معیار ۷/۰۸ بود و میانگین نمره‌ی بعد وجودی سلامت معنوی بیماران ۴۲/۸۷ با انحراف معیار ۹/۳۱ و میانگین کلی نمره‌ی سلامت معنوی بیماران نیز ۹۴/۸۹ با انحراف معیار ۱۴/۹۹ بود. بالا بودن نمره‌ی زیر مقیاس مذهبی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه نسبت به زیر مقیاس وجودی سلامت معنوی آن‌ها می‌تواند ناشی از فرهنگ مذهبی مردم ایران باشد و اینکه بیماران در شرایط استرس‌زای زندگی و بحران ناشی از بیماری‌های مزمن، گرایش بیشتری به مذهب پیدا می‌کنند.

ضریب همبستگی Pearson نشان می‌دهد که بین بعد مذهبی سلامت معنوی و افسردگی با $r = -0/22$ و $P = 0/001$ ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود دارد. بدین معنا که بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بیماران معنوی‌تر، به میزان کمتری دچار افسردگی بودند. این در حالی است که نتایج مطالعه‌ی 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؟» نشان داد که بین سلامت مذهبی با افسردگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$) (۳۵). همچنین در مطالعه‌ی در آتلانتا با عنوان «افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته ارتباطی با معنویت ندارد»، نتایج نشان دهنده‌ی عدم وجود ارتباط معنی‌داری بین افسردگی و سلامت مذهبی بود ($P > 0/05$) (۳۵). دلیل این تفاوت ممکن است تفاوت در نوع اعتقادات مذهبی و نوع مذهب افراد مورد پژوهش باشد.

بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، بین بعد وجودی سلامت معنوی و افسردگی با $r = -0/48$ و $P < 0/001$ ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود دارد. نتایج حاصل از مطالعه‌ی McCoubrie و Davies در مرکز Peters در Bristol انگلستان از نتایج مطالعه‌ی حاضر حمایت می‌کند، به طوری که بیماران سرطانی با نمرات بالاتر در بعد وجودی سلامت معنوی (Existential well being)، افسردگی پایین‌تری دارند ($P = 0/0001$) (۳۵).

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که بین نمره‌ی کلی سلامت معنوی و افسردگی با $r = -0/41$ و $P < 0/001$ ارتباط آماری معنی‌دار معکوس وجود دارد. 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 می‌نماید ($P = 0/0001$) (۳۵). Nelson و همکاران نیز مطالعه‌ی با عنوان «معنویت، مذهب و افسردگی در بیماران مشرف به مرگ» در نیویورک انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که ارتباط معنی‌دار آماری به شکل معکوس بین سلامت معنوی و مقیاس افسردگی بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد ($r = -0/51$ و $P < 0/01$) (۲۹). از دیگر مطالعاتی که بر یافته‌های مطالعه‌ی حاضر صحت می‌گذارد، مطالعه‌ی McClain و همکاران در نیویورک با عنوان «بررسی تأثیر سلامت معنوی بر یأس و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان در مراحل انتهایی بیماری» می‌باشد. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که ارتباط آماری معنی‌دار بین سلامت معنوی با افسردگی وجود دارد ($r = -0/68$ و $P < 0/05$) (۳۰).

جسم، روان و روح افراد تأثیرگذار هستند و پرستاران می‌توانند با استفاده از رویکرد مراقبت کل‌نگر با تأکید بر بعد معنوی مراقبت، به بیماران در دستیابی به بهبودی کامل کمک نمایند.

پیشنهادها

بر اساس یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌شود که ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در بیماران مبتلا به دیگر سرطان‌ها نیز مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه‌ی طرح تحقیقاتی 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 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. در ضمن نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از پرسنل محترم بیمارستان سیدالشهدا(ع) و بیماران مبتلا به سرطان سینه در آن مرکز که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

Romero و همکاران نیز به ارتباط معنی‌دار آماری بین معنویت و اختلالات روانی در بیماران مبتلا به سرطان مورد پژوهش دست یافتند ($r = -0.75$ و $P < 0.01$) (۲۶). نتایج حاصل از مطالعه‌ی Meraviglia در تگزاس ($r = -0.27$ و $P < 0.05$) نیز مؤید این مطلب است (۲۴).

نتایج مطالعه‌ی McCoubrie و Davies (۳۵) و نیز Romero و همکاران (۲۶) همچون مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک با معنویت ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه به طور قوی نشان داد که در بیماران مبتلا به سرطان سینه با نمرات بالاتر در بعد وجودی سلامت معنوی، میزان افسردگی کمتری وجود دارد و بالا بودن سلامت معنوی یک فاکتور مهم محافظت کننده در برابر بروز افسردگی در این بیماران است. تنها نکته‌ی چالش برانگیز در این مطالعه، مسأله‌ی ارتباط بعد مذهبی سلامت معنوی با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه است که برخی از مطالعات دیگر، یافته‌های حاصل از این مطالعه را تأیید نمی‌کند. این مورد را می‌توان چنین توجیه نمود که سایر مطالعات بر روی بیماران با مذاهب گوناگون انجام شده باشد. بنابراین به نظر می‌رسد بیماری‌هایی همچون سرطان بر

References

1. Dow KH. Nursing Care of Women with Cancer. Philadelphia: Mosby; 2006.
2. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Science 2009; 16(2): 33-8. [In Persian].
3. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27(2): 125-32.
4. Imanipour M. Cancer Nursing Principle. Tehran: Tohfe Publication; 2009. [In Persian].
5. 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 & Society 2010; 1(4): 61-76. [In Persian].
6. Mehri Nejad A, Khosrovani Shariati H. Stress in Women with Breast Cancer Compared to the Healthy Ones. Daneshvar Raftar 2011; 17(43): 49-56. [In Persian].

7. Mahmoudi M, Kashfee F, Nikoofar A, Hoseini F. Risk factors of breast cancer. *Iran Journal of Nursing* 2000; 13(26): 23. [In Persian].
8. American Cancer Society Cancer facts and figures. ACS, Georgia: Atlanta [Online]. 2004; Available from: URL: www.cancer.org/acs/groups/content/.../document/acspc-028323/
9. 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.
10. 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.
11. Smeltzer R, Bir B. Brunner & Suddarths textbook of medical surgical pain, electrolyte, shock, cancer and end of life care, Trans. Ebrahimi N. 1st ed. Tehran: Salemi Publication; 2003.
12. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; (32): 32-9.
13. Akaberian S, Shaniyeilagh M, Andeirouian V. The effect of counselling on depression and hopelessness of depressed juveniles with leukemia. *Iranian South Medical Journal* 2000; 3(1): 23-8. [In Persian].
14. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology* 2003; 12(6): 532-46.
15. Jacobsen PB, Jim HS. Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: achievements and challenges. *CA Cancer J Clin* 2008; 58(4): 214-30.
16. 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.
17. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat* 2008; 14(3-4): 33-40.
18. Safaryard F. Religious barriers to providing care to patients in hospitals affiliated to Isfahan University of Medical Sciences [MSc Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; 2000. [In Persian].
19. Mauk K, Scnemid N. Spirituality in nursing. In: Mauk KL, Schmidt NA, editors. *Spiritual Care in Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
20. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizi S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Journal of Zahedan University of Medical Sciences* 2010; 12(3): 29-33. [In Persian].
21. Seyedfatemi N, Rezaie M., Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. [Persian]. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research* 2006; 4(5): 295-303.
22. Morris EL. The relationship of spirituality to coronary heart disease. *Altern Ther Health Med* 2001; 7(5): 96-8.
23. Larson CA. Spiritual Psychosocial and physical correlates of well-being across the breast cancer experience [PhD Thesis]. Arizona: The University of Arizona; 2004.
24. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(1): E1-E7.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galieta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43(3): 213-20.
30. 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.
31. Beery TA, Baas LS, Fowler C, Allen G. Spirituality in persons with heart failure. *J Holist Nurs* 2002; 20(1): 5-25.

32. 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.
33. 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. [In Persian].
34. 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].
35. 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.

The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients*

Tahereh Momeni Ghaleghasemi¹; Amir Musarezaie²; Jahanghir Karimian, PhD³; Amrolah Ebrahimi, PhD⁴

Abstract

Introduction: Breast cancer is considered as the most common as well as most effective malignancy in adult female population. It leads to deep psychological and emotional problems such as depression. Although findings of numerous studies revealed a significant relation between spiritual well-being and depression in cancer patients, some reasons such as paradoxical findings in foreign researches and absence of such a study in Iran encouraged us to design and perform a study to survey the relationship between spiritual well-being and depression in patients with breast cancer who referred to a cancer treatment center in Isfahan, Iran during 2011.

Methods: In this analytic study, 223 hospitalized breast cancer patients were selected by simple random sampling. The DASS-42 Inventory and the Spiritual Well-Being Scale were applied to measure depression and spiritual well-being, respectively. Data was analyzed in SPSS₁₈ using statistical methods including independent t-test, Spearman and Pearson's correlation coefficients.

Results: A total number of 223 patients with mean age of 48.6 ± 1.07 years participated in this study. Mean scores of religious aspect and existential aspect of spiritual well-being were 52.25 ± 7.08 and 42.87 ± 9.31 , respectively. Mean total score of spiritual well-being was 94.87 ± 14.99 . Mean depression score was 12.24 ± 9.58 . There was a statistically significant relationship between depression in patients with both existential ($P = 0.001$; $r = -22$) and religious ($P = 0.001$; $r = -48$) aspects of spiritual well-being. Depression and total score of spiritual well-being were also significantly associated ($P < 0.001$; $r = -41$).

Conclusion: Our findings showed that patients with higher mean scores of spiritual well-being were less depressed. Therefore, in cases of refractory diseases such as cancer that affect the body, mind and spirit of patients, nurses could apply a holistic care approach with emphasis on spiritual approach to improve mental health and quality of life.

Keywords: Depression; Neoplasms; Spirituality.

Type of article: Original article

Received: 13 Feb, 2012

Accepted: 26 Feb, 2012

Citation: Momeni Ghaleghasemi T; Musarezaie A; Karimian J, Ebrahimi A. **The Relationship between Spiritual Well-Being and Depression in Iranian Breast Cancer Patients.** Health Information Management 2012; 8(8): 1016.

* This article was derived from a research project (No. 290301) supported by Research Center of Social Factor Impact on Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1. MSc Student, Student Research Committee, Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2. MSc Student, Student Research Committee, Nursing, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author) Email: musarezaie@nm.mui.ac.ir

3. Associate Professor, Physical Education, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. Assistant Professor, Clinical Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.