

دراسة العلاقة بين السلامة المعنوية وأبعاد السلامة العامة في المصابين بسرطان الثدي

محمد مرادي جو^١، توحيد بابازاده^٢، زينب هنرور^٣، سحر محبت بهار^٤، فاطمه رحمتي نجاركلائي^٥، مرتضى حقيقي^{٦*}

- ١- مركز أبحاث السرطان، جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية، طهران، إيران.
- ٢- قسم التنقيف الصحي وتعزيز السلامة، لجنة البحوث الأكاديمية، كلية الصحة، جامعة تبريز للعلوم الطبية، تبريز، إيران.
- ٣- قسم التمريض، جامعة مرند الأهلية، مرند، إيران.
- ٤- قسم علم النفس، جامعة العلوم التربوية وعلم النفس، جامعة فردوسي، مشهد، إيران.
- ٥- مركز أبحاث الصحة العسكرية، جامعة بقیة الله (عج) للعلوم الطبية، طهران، إيران.
- ٦- قسم التنقيف الصحي وتعزيز السلامة، لجنة البحوث الأكاديمية، كلية الصحة، جامعة تبريز للعلوم الطبية، تبريز، إيران.

* المراسلات موجهة إلى السيد مرتضى حقيقي؛ البريد الإلكتروني: haghighim@tbzmed.ac.ir

الملخص

معلومات المادة

خلفية البحث وأهدافه: ان السلامة المعنوية من المفاهيم الأساسية في الأمراض المزمنة والتي تعتبر نحجا هاما في ارتفاع مستوى السلامة العامة لدى افراد المجتمع. نظرا لأهمية السلامة المعنوية ودورها في ارتفاع مستوى السلامة العامة اجريت هذه الدراسة بغرض دراسة العلاقة بين السلامة المعنوية وبين أبعاد السلامة العامة في المصابين بسرطان الثدي الذين احيلوا الى المركز الشامل لمكافحة السرطان في جامعة الشهيد بهشتي للعلوم الطبية.

الوصول: Feb ٨، ٢٠١٧
 وصول النص النهائي: May ٢، ٢٠١٧
 القبول: May ١٦، ٢٠١٧
 النشر الإلكتروني: May ٢٧، ٢٠١٧

الألفاظ الرئيسية:

سرطان الثدي
 السلامة العامة
 السلامة المعنوية

منهجية البحث: قد اشتمل المجتمع الاحصائي لهذه الدراسة المستعرضة ١٢٢ مريضا يعاني من سرطان الثدي والذي احيل الى المراكز الشاملة لمكافحة السرطان عام ٢٠١٤. تم جمع البيانات من خلال استمارة "بالتوتريان" ذات ٢٠ سؤالاً للسلامة المعنوية والسلامة العامة ذات ٢٨ سؤالاً وذلك بعد تحديد مدى صحتها و موثوقيتها. ثم تم تحليل البيانات وتجزئتها عن طريق اختبارات تحليل التباين والإرتباط والانحدار الخطي في مستوى أقل بكثير من ٠.٠٥. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وازضافة الى هذا فإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى تضارب المصالح.

المكشوفات: استنادا الى نتائج الدراسة، فإن نسبة السلامة المعنوية في معظم المرضى كانت في حد وسط (٣٧,٨٪)، وأكثر المشاركين في الدراسة يعانون من نسبة خفيفة من مشاكل السلامة العامة (٥٠٪). في هذه الدراسة بالإضافة الى وجود علاقة في مستوى كبير بين السلامة العامة والخصائص الديموغرافية (الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي، الدخل والنشاط البدني) فإن هناك علاقة في حد كبير بين السلامة العامة والسلامة المعنوية للمرضى.

النتيجة: وفقا للنتائج، ينبغي ان تكون قضية ارتفاع مستوى السلامة العامة للمصابين بسرطان الثدي من أولويات المجموعات الطبية والصحية وذلك من أجل الوقاية من المعاناة النفسية في هؤلاء المرضى.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Moradi-Joo M, Babazadeh T, Honarvar Z, Mohabat-Bahar S, Rahmati-Najarkolaei F, Haghighi M. The Relationship between Spiritual Health and Public Health Aspects among Patients with Breast Cancer. J Res Relig Health. 3(3): 80- 91.

بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

محمد مرادی‌جو^۱، توحید بابازاده^۲، زینب هنرور^۳، سحر محبت‌بهار^۴، فاطمه رحمتی نجارکلائی^۵، مرتضی حقیقی^{۶*}

۱- مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲ گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۳- گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی مرند، مرند، ایران.

۴- گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۵- مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

۶- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای مرتضی حقیقی؛ پست الکترونیک: haghighim@tbzmed.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۲۰ بهمن ۹۵

دریافت متن نهایی: ۱۲ فروردین ۹۶

پذیرش: ۲۶ اردیبهشت ۹۶

نشر الکترونیکی: ۶ خرداد ۹۶

واژگان کلیدی:

سرطان پستان

سلامت عمومی

سلامت معنوی زنان

چکیده

سابقه و هدف: سلامت معنوی یکی از مفاهیم بنیادین در بیماری‌های مزمن است و رویکردی مهم در ارتقای سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود. با توجه به اهمیت سلامت معنوی و نقش آن در ارتقای سلامت عمومی، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز جامع کنترل سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

روش کار: این پژوهش از نوع مقطعی است و جامعه‌ی آماری آن شامل ۱۲۲ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز یادشده، در سال ۱۳۹۳ است. داده‌ها پس از جمع‌آوری از طریق پرسش‌نامه‌های سلامت معنوی ۲۰ سؤال‌ی پالوتزیان^۱ و الیسون^۲ و سلامت عمومی ۲۸ سؤال‌ی؛ و تعیین روایی و پایایی آنها، به‌صورت خودایفا، تکمیل شد و با آزمون‌های تحلیل واریانس، همبستگی و رگرسیون خطی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی موارد اخلاقی رعایت شده است. علاوه‌براین، نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های پژوهش، سلامت معنوی بیشتر بیماران در حد متوسطی قرار دارد (۳۷/۸ درصد)؛ و بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه (۵۰ درصد)، دچار مشکل سلامت عمومی خفیفی هستند. همچنین در این پژوهش علاوه‌بر اینکه بین سلامت عمومی و مشخصات دموگرافیک (وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت درآمد و فعالیت جسمانی) سطح معنی‌داری وجود دارد، بین سلامت عمومی و سلامت معنوی بیماران نیز رابطه‌ی معنی‌داری دیده می‌شود.

¹ Paloutzian

² Ellison

پستان باید از اولویتهای کادر بهداشتی و درمانی قرار گیرد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته‌ها، برای پیشگیری از آسیب‌های روانی در بیماران، ارتقای سلامت معنوی مبتلایان به سرطان

استناد مقاله به این صورت است:

Moradi-Joo M, Babazadeh T, Honarvar Z, Mohabat-Bahar S, Rahmati-Najarkolaei F, Haghghi M. The Relationship between Spiritual Health and Public Health Aspects among Patients with Breast Cancer. J Res Relig Health. 3(3): 80- 91.

مقدمه

معرفی می‌کند که از راه آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (۸).

در سال‌های اخیر شواهد چشمگیری به ارتباط بین دین‌داری/معنویت و سلامت عمومی^۴ اشاره کرده است. معنویت معمولاً عاملی حمایتی در برابر دامنه‌یی از پیامدهای منفی برای سلامتی در نظر گرفته می‌شود (۹).

پژوهش‌های بسیاری بر ارتباط معنویت با سلامت جسمی و روانی و ارتقای سازگاری با بیماری دلالت دارد. تحقیقات متعددی در حمایت از این فرضیه وجود دارد که سلامت معنوی می‌تواند کارکرد روانی و سازگاری و امید در بیماران مبتلا به سرطان را تقویت کند (۱۰ و ۱۱). نتایج پژوهش بک^۵ درباره‌ی مبتلایان به ایدز نشان‌داده کسانی که بر پایه‌ی معنویت، معنای زندگی را در بیماری یافته بودند، کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با زمان تشخیص بیماری داشتند (۱۲). اینگلسی^۶ و همکاران نشان داده‌اند که استفاده از منابع دینی و معنوی برای کنارآمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان نقش مهمی ایفا می‌کند (۱۳). یافته‌های مطالعه‌ی در کشور آمریکا نیز نشان داده که مراقبت تسکینی مبتنی بر معنویت از طریق ارتقای راهبردهای مذهبی بیماران مبتلا به سرطان سبب بهبود کیفیت زندگی آنان شده است (۱۴). به‌طور کلی، نتیجه‌ی تحقیقاتی که ارتباط بین مذهب و سلامت را در جامعه‌ی افراد عادی، بیماران جسمی، بیماران سرطانی و بیماران روانی بررسی کرده است، مشخص می‌کند که باورها و اعمال مذهبی تأثیر مثبتی در پیشگیری و بهبود بیماری‌های جسمی و روانی و کنارآمدن با بیماری‌های جسمی و مشکلات دارد (۱۰).

تجربه‌ی زندگی با سرطان نشان می‌دهد که سلامت معنوی، بُعد مهم و برجسته‌ی یک زندگی سالم است. اگر بیمار چراهای (چه و چگونه) زندگی خود را بداند، می‌تواند با هرگونه مسئله‌یی که در ذهنش ایجاد شده است، زندگی کند. چرای زندگی فرد، قسمتی از هدف وجودی وی است که از زندگی خود به‌دست می‌آورد و این بخش، خود تشکیل‌دهنده‌ی بُعد

سرطان پستان^۱ یکی از شایع‌ترین انواع سرطان در بین زنان سراسر دنیا محسوب می‌شود؛ که از هر ۸ زن یک نفر را مبتلا می‌کند (۱). بر اساس آمار جهانی، احتمال وقوع این سرطان سالیانه ۲۰ - ۳۰ هزار نفر برآورد شده است، که این آمار در ایران به ۱ نفر از هر ۱۰ - ۱۲ زن می‌رسد. طبق پژوهش‌های انجام شده در ایران، سرطان پستان اولین سرطان شایع در میان زنان ایرانی به‌شمار می‌رود که سالیانه ۷ هزار زن در ایران به این بیماری مبتلا می‌شوند (۲). این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و مشکلات فراوانی در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی برای او ایجاد می‌کند. افسردگی، ناامیدی، خشم و گاه گرایش به خودکشی در این بیماران بسیار مشاهده شده است (۳).

به‌دلیل طبیعت تهدیدکننده‌ی سرطان، تشخیص این بیماری موجب می‌شود نیازهای معنوی^۲ بیماران به‌طور چشمگیری افزایش یابد (۴). این نیازها بحران‌های معنایی بسیاری در فرد ایجاد می‌کند؛ اعتماد به نفس و ایمان مذهبی فرد به‌خطر می‌افتد، ارتباط‌های بین فردی به‌دلیل اطمینان نداشتن به آینده مختل می‌شود و سازوکارهای سازگاری قبلی ناکافی به‌نظر می‌رسد؛ همچنین بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند و در یک کلام می‌توان گفت که بحران معنوی در فرد پدیدار شود (۵).

سلامت معنوی^۳ که یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود، سبب یکپارچگی دیگر ابعاد سلامتی می‌شود (۶) و همه روزه بر تعداد افراد و متخصصانی که باور دارند معنویت در درمان بسیاری از مشکل‌های روان‌شناختی و جسمی و بهداشت روان تأثیرگذار است، افزوده می‌شود (۷). امروزه بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را منبعی مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند، به‌گونه‌یی که آنان اغلب ضروری می‌دانند که در فرایند درمان به مسائل معنوی بیماران توجه کنند (۵). مذهب و معنویت مجموعه‌یی از کلمات و چهارچوب‌ها را

⁴ mental health

⁵ Beak

⁶ Ingle C

¹ Cancer breath

² Spiritual

³ Spiritual health

به صورت معکوس انجام شده است. بنابراین دامنه‌ی نمره‌های سلامت معنوی بین ۲۰ - ۱۲۰ و سلامت معنوی در بُعد مذهبی و وجودی بین ۱۰ - ۶۰ قابل بررسی بود؛ همچنین سلامت معنوی به سه سطح پایین (نمره‌ی بین ۲۰ - ۴۰)، متوسط (نمره‌ی بین ۴۱ - ۹۹) و بالا (نمره‌ی بین ۱۰۰ - ۱۲۰) طبقه‌بندی شد.

برای پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی از پرسش‌نامه‌ی ۲۸ سؤالی مرکب از ۴ خرده‌آزمون استفاده شده است. پرسش‌های ۱ تا ۷ نشانه‌های جسمانی، پرسش‌های ۸ تا ۱۴ اضطراب و بی‌خوابی، پرسش‌های ۱۵ تا ۲۱ اختلال در کارکرد اجتماعی و پرسش‌های ۲۲ تا ۲۸ افسردگی را اندازه‌گیری می‌کنند. هر پرسش ۴ گزینه دارد. برای نمره‌گذاری نیز دو روش وجود دارد. در روش اول گزینه‌ها به صورت ۰، ۰، ۱ و ۱ ارزیابی می‌شود و نمره‌ی فرد از صفر تا ۲۸ متغیر خواهد بود. در روش دوم پاسخ‌ها بر اساس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۰، ۱، ۲ و ۳) و در نتیجه نمره‌ی هر فرد از صفر تا ۸۴ در نوسان است. هر دو شیوه، نمره‌ی پایین‌تر نشان‌دهنده‌ی بهداشت روانی مطلوب‌تر است. در این پژوهش از روش نمره‌گذاری لیکرت (۰، ۱، ۲ و ۳) استفاده شده است. بر اساس نمره‌دهی در خرده‌مقیاس‌ها، بیمارانی که نمره‌ی ۰ - ۶ به دست آورند، هیچ مشکلی ندارند و نمره‌ی ۷ - ۱۱ وضعیت خفیف، ۱۲ - ۱۶ وضعیت متوسط و ۱۷ - ۲۱ وضعیت بحرانی یا شدید سلامت عمومی بیماران را نشان می‌دهد. همچنین در کل، بیمارانی که نمره‌ی ۰ - ۲۲ به دست آورند، نشان‌دهنده‌ی بدون مشکل سلامت عمومی و نمره‌ی ۲۳ - ۴۰ مشکل سلامت عمومی خفیف، نمره‌ی ۴۱ - ۶۰ مشکل سلامت عمومی متوسط و ۶۱ - ۸۴ مشکل سلامت عمومی شدید است. همچنین بیمارانی که نمره‌ی کمتر از ۴۱ کسب کنند از نظر سلامت عمومی سالم و افرادی که نمره‌ی بالای ۴۱ به دست آورند، از نظر سلامت عمومی ناسالم هستند.

روایی پرسش‌نامه‌ی اصلی و استاندارد سلامت معنوی (پرسش‌نامه‌ی استاندارد سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون) و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، از مقاله‌های دیگری که در آن روایی و پایایی انجام شده بود، به دست آمده است (۱۷). پایایی پرسش‌نامه‌ها از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای سلامت معنوی ۸۷ درصد و برای سلامت عمومی ۹۰ درصد تعیین شده است. داده‌های نهایی به دست آمده با استفاده از آزمون‌های پیرسون و آزمون تحلیل واریانس و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل شد. برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از نمونه‌ها

معنوی زندگی فرد است (۱۵). بیمارانی که سلامت معنوی آنان تقویت می‌شود، به طور مؤثر می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری خود را به خوبی بگذرانند (۱۶). با توجه به مطالب یادشده و با وجود اهمیت سلامت معنوی و نقش آن در ارتقای سلامت عمومی افراد، جنبه‌ی که کمتر به آن توجه شده؛ و بررسی تأثیر آن بر جنبه‌های متفاوت زندگی در بیماران سرطانی لازم به نظر می‌رسد؛ از این رو، این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز جامع کنترل سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است که به منظور بررسی ارتباط بین سلامت معنوی و ابعاد سلامت عمومی در بیماران یادشده، که از بیماری خود خبر داشتند، انجام شده است. جمعیت مورد مطالعه همه‌ی بیماران مراجعه‌کننده به مرکز مورد نظر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۲۲ نفر، طی سه ماه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش صرفاً شرکت کردن بیماران مبتلا به سرطان پستان و رضایت داشتن آنان؛ و همچنین معیار خروج، تمایل نداشتن بیماران به شرکت در پژوهش بود.

ابزارهای استفاده‌شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی و ابزار سلامت معنوی و سلامت عمومی بود. پرسش‌نامه‌ی اطلاعات فردی شامل ۹ سؤال بود که اطلاعات فردی کارکنان (سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، محل کار، سابقه‌ی بیماری، فعالیت جسمانی و ...) در آن پرسیده شده بود. پرسش‌نامه‌ی مقیاس سلامت معنوی^۱ که پالوتزیان^۲ و الیسون^۳ آن را در سال ۱۹۸۲ طراحی کرده‌اند، شامل ۲۰ سؤال و دو مقیاس است. سؤال‌های زوج، سلامت وجودی و سؤال‌های فرد، سلامت مذهبی را ارزیابی می‌کند؛ در نهایت از مجموع آنها نمره‌ی کل سلامت معنوی به دست می‌آید. پاسخ سؤال‌ها به صورت لیکرت شش گزینه‌ی شامل: کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. در سؤال‌هایی که ماهیت مثبت دارند، به پاسخ کاملاً مخالفم نمره‌ی یک و به کاملاً موافقم نمره‌ی ۶ داده شد. در سؤال‌های منفی نمره‌گذاری

¹ The Spiritual Well-Being Scale

² Paloutzian

³ Ellison

ساعت در هفته، ۲۷ نفر ۲/۵ تا ۵ ساعت و ۱۵ نفر بیشتر از ۵ ساعت در هفته فعالیت جسمانی دارند. ۱۰۷ نفر از افراد مورد بررسی دارای بیماری اعصاب و روان بودند. از نظر وضعیت مسکن نیز ۶۱ نفر در خانه‌های شخصی، ۲۹ نفر در خانه‌های استیجاری و ۲۲ نفر در خانه‌های ارثیه زندگی می‌کردند. وضعیت درآمد ۴۴ نفر ضعیف، ۵۸ نفر متوسط و ۲۰ نفر خوب بود.

نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان می‌دهد که سطح تحصیلات، فعالیت جسمانی و وضعیت درآمد با سلامت عمومی بیماران ارتباط معنی‌داری دارد. همچنین نتایج تحلیل آزمون تی‌مستقل نشان می‌دهد که بین وضعیت تأهل با سلامت عمومی ($P=0/022$) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. نتایج به‌طور خلاصه در جدول شماره ۱ آمده است.

رضایت آگاهانه گرفته شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان به‌طور محرمانه نگهداری خواهد شد و تحلیل داده‌ها از طریق کدبندی پرسش‌نامه و بدون نام صورت خواهد گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش میانگین سنی بیماران $51/05 \pm 8/48$ سال؛ و دامنه‌ی سنی آنان ۳۲ تا ۶۵ سال بود. از نظر وضعیت تحصیلی نیز ۴۴ نفر زیردیپلم، ۳۷ نفر دیپلم و ۴۱ نفر فوق‌دیپلم و بالاتر بودند. ۸۹ نفر از شرکت‌کنندگان متأهل و ۳۳ نفر مجرد بودند. همچنین ۳۵ نفر گزارش کردند که هیچ فعالیتی در هفته ندارند، ۴۵ نفر هم بیان کردند که کمتر از ۲/۵

جدول ۱. بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای دموگرافیکی و سلامت عمومی

متغیر	تعداد	میانگین + خطای انحراف معیار	سطح معنی‌داری
سن	۳۰ - ۳۹ سال	۲۹/۱۳+۱۴/۰۱	۰/۳۷۵
	۴۰ - ۴۹ سال	۲۶/۷۲+۱۳/۳۷	
	بالاتر از ۵۰ سال	۳۰/۵۸+۱۳/۷۰	
وضعیت تأهل	متأهل	۳۰/۸۸+۱۳/۵۸	۰/۰۲۲
	مجرد	۲۴/۵۲+۱۲/۸۷	
سطح تحصیلات	زیردیپلم	۲۵/۵۰+۱۱/۱۶	۰/۰۴۱
	دیپلم	۲۹/۳۰+۱۴/۹۳	
	فوق‌دیپلم و بالاتر	۳۲/۹۵+۱۴/۰۹	
فعالیت جسمانی (۵ ساعت در هفته)	ندارد	۲۹/۱۳+۱۰/۶۸	۰/۰۰۱
	کمتر از ۲/۵	۲۴/۱۸+۱۲/۹۶	
	بین ۲/۵ و ۵	۳۰/۸۱+۹/۵۱	
بیماری‌های اعصاب و روان	ندارد	۳۵/۹۱+۱۵/۴۹	۰/۰۵۳
	دارد	۲۸/۲۶+۱۳/۷۰	
وضعیت مسکن	شخصی	۳۰/۴۸+۱۵/۰۶	۰/۲۹۰
	استیجاری	۲۹/۳۶+۱۳/۱۱	
	ارثیه	۲۵/۱۴+۹/۴۸	
وضعیت درآمد	ضعیف	۲۶/۰۰+۱۰/۷۱	۰/۰۰۶
	متوسط	۲۸/۶۷+۱۲/۸۱	
	خوب	۳۷/۵۰+۱۸/۳۴	

گویای آن است که میانگین سلامت معنوی بیماران بالاتر از متوسط و سلامت عمومی آنان کمتر از متوسط است.

نتایج جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار سلامت معنوی و سلامت عمومی را نشان می‌دهد که میانگین سلامت معنوی ۹۲/۷۰ و سلامت عمومی ۲۹/۱۶ است. این نتایج

جدول ۲. توزیع فراوانی نمره‌ی سلامت معنوی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان پستان

میانگین و انحراف معیار	نمره‌ی سلامت عمومی		میانگین و انحراف معیار	نمره‌ی سلامت معنوی	
	تعداد	درصد		تعداد	درصد
۲۹/۱۶+ ۱۳/۴۶	ندارد (۰-۲۲)	۴۲	۳۴/۴	پایین (نمره‌ی بین ۲۰-۴۰)	۰
	خفیف (۲۳-۴۰)	۶۱	۵۰	متوسط (نمره‌ی بین ۴۱-۹۹)	۸۰
	متوسط (۴۱-۶۰)	۱۵	۱۲/۳	خوب (نمره‌ی ۱۰۰-۱۲۰)	۴۲
	شدید (۶۱-۸۴)	۴	۳/۳	جمع	۱۲۲
					۱۰۰

تحلیل مدل رگرسیونی (جدول شماره‌ی ۴) نشان داده که سلامت وجودی به‌تنهایی می‌تواند ۶۷ درصد تغییرات سلامت عمومی بیماران را پیش‌بینی کند. اما مدل نهایی رگرسیون نشان داده که قدرت پیش‌بینی‌کنندگی مدل با اضافه شدن وضعیت درآمد و وضعیت تحصیلات تا ۷۳ درصد افزایش می‌یابد.

جدول شماره‌ی ۳ همبستگی بین ابعاد سلامت معنوی با سلامت عمومی را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به‌دست آمده، بین سلامت مذهبی و سلامت وجودی با سلامت عمومی همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳. همبستگی بین ابعاد سلامت معنوی با سلامت عمومی

متغیر	۱	۲	۳
بُعد وجودی سلامت معنوی	ضریب همبستگی سطح معنی‌داری	۱	
بُعد مذهبی سلامت معنوی	ضریب همبستگی سطح معنی‌داری	۰/۵۴۴	۱
سلامت عمومی	ضریب همبستگی سطح معنی‌داری	۰/۴۱۱	۰/۶۷۳
همبستگی در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵			۰/۰۰۰

جدول ۴. مدل نهایی رگرسیون خطی برای پیش‌بینی سلامت عمومی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

متغیر	R	B	SE	BETA	P
سلامت عمومی*	۰/۷۳				
بُعد وجودی سلامت معنوی		۰/۸۶	۰/۰۸	۰/۶۳۸	۰/۰۰۰
درآمد		۴/۷۲	۱/۲۳	۰/۲۴۳	۰/۰۰۰
تحصیلات		۳/۲۶	۱/۰۳	۰/۲۰۰	۰/۰۰۲

*0.73, F=46.06, p<0.001BR²؛ SE: خطای استاندارد، BETA: ضریب تأثیر، P: سطح معنی‌داری در کمتر از ۰/۰۵

بحث

اختلال سلامت عمومی دیده شده است (۱۹). پائین بودن سلامت عمومی در افراد کم‌سن می‌تواند به این دلیل باشد که آنان از روش‌های سازگاری مناسب برای برخورد با بیماری آگاه نیستند.

علاوه‌براین، یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داده که بین نمره‌ی سلامت عمومی و وضعیت تأهل بیماران رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد، به‌طوری‌که افراد متأهل نسبت به افراد مجرد، از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های صفا و همکاران (۲۰) و نوریان و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. براساس گزارش‌های منتشر شده، از بین استرس‌های محیطی، مرگ همسر بیشترین رابطه را با حمله‌ی افسردگی دارد. به‌علاوه تأهل نقش مهمی در کاهش اختلالات

با توجه به نتایج این پژوهش، بین سلامت عمومی و گروه سنی بیماران، رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد؛ اما در بیماران مسن میانگین نمره‌های سلامت عمومی بیشتر است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش صفا همخوانی دارد (۱۷). اما یافته‌های پژوهش موسوی و همکاران درباره‌ی بیماران دیابتی نشان داده که بین شدت افسردگی و سن، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد؛ به‌طوری‌که شدت افسردگی در بیماران با سن پائین، کمتر است (۱۸). همچنین پژوهش صادقی درباره‌ی زنان شهر ارومیه نشان داده که بین سن و سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری وجود دارد، به‌طوری‌که در سن زیر ۲۰ سال، بیشترین افراد مشکوک به

تحصیلات روی درآمد و سطح اقتصادی، اجتماعی و شغلی بیماران باشد.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که میانگین سلامت عمومی در بیمارانی که بیش از ۵ ساعت در هفته فعالیت فیزیکی انجام می‌دهند، به‌طور معنی‌داری بالاتر است. نتایج پژوهش حمله و شهرکی واحد نشان داده که بین عملکرد فیزیکی و افسردگی در بیماران سرطانی همبستگی معکوس معنی‌داری وجود دارد (۲۷). به عبارتی با کاهش عملکرد فیزیکی، افسردگی هم افزایش پیدا می‌کند. نتایج پژوهش تجربی شریعتی و همکاران روی ۳۶ بیمار سرطانی تحت شیمی‌درمانی نشان داده که ورزش برنامه‌ریزی شده در کاهش شدت خستگی بیماران مؤثر است و در نتیجه فعالیت‌های فیزیکی می‌تواند موجب بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند سلامت عمومی شود (۲۸).

علاوه‌براین، بر اساس نتایج این پژوهش، میانگین سلامت معنوی در بیماران ۹۲/۷۰؛ و سطح آن در بیشتر بیماران مطلوب است. در پژوهش فاطمی و همکاران نیز میانگین نمره‌ی سلامت معنوی ۹۸/۳۵ و سطح آن در بیشتر بیماران بالا گزارش شده است؛ که تقریباً با نتایج این مطالعه همخوانی دارد (۲۹). همچنین در پژوهش حبیبی و همکاران بر روی بیماران تحت درمان با شیمی‌درمانی، میانگین نمره‌ی سلامت معنوی ۸۸/۴۲ بوده و بیشتر بیماران در محدوده‌ی متوسط قرار داشتند (۳۰). لیون^۱ معتقد است که معنویت می‌تواند نقش مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای بیماران دارای بیماری مزمن داشته باشد (۳۱). فیلیپس^۲ نشان داده که مراقبت‌های معنوی، نگرش بیمار را نسبت به بیماری‌اش در جهت مثبت تغییر می‌دهد و معنویت از این طریق اثر حمایتی و تسکینی خود را برای بیمار برجای می‌گذارد (۳۲).

با توجه به یافته‌های پژوهش و با استفاده از آزمون همبستگی، بین سلامت عمومی با ابعاد سلامت معنوی بیماران ارتباط معنی‌دار مستقیمی وجود دارد ($P=0/009$). به عبارت دیگر می‌توان چنین استنباط کرد که هرچه میزان ابعاد سلامت معنوی در بیماران بالاتر و قوی‌تر باشد، میزان آسیب‌های روانی و نشانه‌های مرضی در آنان کمتر خواهد بود. همچنین از بین ابعاد سلامت معنوی؛ بُعد وجودی سلامت معنوی، پیش‌بینی‌کننده‌ی مناسبی برای سلامت عمومی است. به عبارت دیگر، با تغییرات بُعد وجودی سلامت معنوی در بیماران، می‌توان سلامت عمومی آنان را پیش‌بینی کرد. این یافته‌ها با

اضطرابی دارد (۲۲). بر اساس تحقیقات موجود، متأهل بودن علاوه‌براینکه خطر بیماری قلبی را کاهش می‌دهد (۲۳)، تأثیر آن روی سلامت عمومی افراد نیز مثبت است (۲۰) و متأهلان با توجه به رشد اجتماعی و زندگی جمعی از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، بین درآمد بیماران و سلامت عمومی رابطه‌ی معنی‌داری به‌دست آمده‌است؛ به این صورت که بیماران با درآمد بالا از سلامت عمومی بهتری نسبت به بیماران کم‌درآمد برخوردارند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش صادقی، که در آن احتمال ابتلا به اختلالات روانی در افرادی که وضعیت اقتصادی ضعیفی داشتند، بالا بود، همخوانی دارد (۱۹). بر اساس آموزه‌های قرآنی، اقتصاد به معنای مدیریت تولید، توزیع و مصرف ثروت و دانش دخل و خرج و هزینه، از اهمیت و جایگاه مهم و اساسی برخوردار است؛ چرا که اقتصاد و ثروت، مایه‌ی قوام جامعه است (۲۴). این قوام بودن سرمایه و ثروت برای جامعه به این معنا است که یکی از ستون‌های اصلی جامعه را تشکیل می‌دهد؛ بنابراین، آسایش و نوعی آرامش و امنیت در سایه‌ی اقتصاد و ثروت به‌دست می‌آید.

بر اساس آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، بین سلامت عمومی با وضعیت مسکن بیماران رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشده است. ولی با این حال بیماران دارای مسکن شخصی از سلامت عمومی بهتری نسبت به بیماران دارای خانه‌های استیجاری برخوردار بودند. دلیل این امر می‌تواند این باشد که افراد دارای منزل شخصی دغدغه‌ی اجاره‌ی مسکن ندارند و شاید مشکلات مالی کمتری نسبت به افراد اجاره‌نشین داشته باشند.

همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش، بین سلامت عمومی و سابقه‌ی بیماری‌های اعصاب و روان بیماران رابطه‌ی معنی‌داری به‌دست آمده است. بیمارانی که سابقه‌ی بیماری‌های اعصاب و روان داشتند دارای سلامت عمومی کمتری بودند. این نتایج با یافته‌های پژوهش صادقی و همکاران (۱۹) و نوربالا و همکاران (۲۵) همخوانی دارد. بالطبع وجود هر گروه بیماری موجب کاهش سطح سلامتی فرد خواهد شد.

با توجه به یافته‌های پژوهش بین تحصیلات بیماران و سلامت عمومی ارتباط معنی‌داری به‌دست آمده‌است. بیمارانی که تحصیلات بالا داشتند نسبت به بیماران دارای تحصیلات پایین سلامت عمومی بهتری داشتند. این یافته با نتایج پژوهش محمودی و همکاران که در سال ۱۳۸۶ روی سلامت عمومی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (ام.اس.) انجام دادند، همخوانی دارد (۲۶). نتایج می‌تواند ناشی از اثرهای غیرمستقیم

¹ Livne

² Phelps

تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیماران عزیزی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری کرده‌اند، قدردانی می‌کنیم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش ندارند.

References

1. Mohebbi P, Naghizadeh S, Mohammadalizadeh S. Screening programs about Breast with clinical and Para clinical examination on women who were referred to Behbood hospital in Tabriz 2010. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2013;17(3):172-80.(Full Text in Persian)
2. Shobiri E, Amiri M, Haghghat MJ, Piri M, Izadi B, Nazari S, et al. The diagnostic value of impedance imaging system in patients with breast mass. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). 2016;19(7):427-35.(Full Text in Persian)
3. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. Journal of general internal medicine. 2007;22(4):470-7.
4. Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. KAUMS Journal (FEYZ). 2014;18(2):135-44.(Full Text in Persian)
5. Rezaei M, SeyyedFatemi N, Husseini F. Wellbeing of cancer patients undergoing chemotherapy. Hayat. 2008;14(3-4):33-9.(Full Text in Persian)
6. Riley BB, Perna R, Tate DG, Forchheimer M, Anderson C, Luera G. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: Their relation to various forms of quality of life. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1998;79(3):258-64.
7. Moallemi S, Raghbi M, Salari Drgy Z. Comparison of Spiritual Intelligence and mental health in addicts and non-addicts. Journal of Medical Sciences of Yazd. 2009;18(3):235-42.(Full Text in Persian)
8. West W. Psychotherapy and spirituality. Translation by Shahidi, Sh. Shirafkan, S. Tehran: Growth Publication; 2001.
9. Cheraghi M, Molavi H. The relation between the various dimensions of religiosity and public health in Isfahan university students. J Educ Psychol Studies. 2006;2(2):1-22.(Full Text in Persian)

نتایج پژوهش‌های ریپنتروپ^۱ و همکاران (۳۳)، استرابریج^۲ (۳۴) و موریآ - المدیا^۳ و همکاران (۳۵) که معتقدند معنویت با سلامتی، احساس خوب داشتن و بهبودی ارتباط دارد، همسو است.

طبق نتایج تحلیل رگرسیون خطی؛ بُعد وجودی سلامت عمومی، درآمد و تحصیلات قادر به پیش‌بینی ۷۳ درصد تغییرات در سلامت عمومی است و از بین این متغیرها، بُعد وجودی سلامت با $\beta=0/638$ ، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تغییرات سلامت عمومی در بیماران به حساب می‌آید. پژوهش دستغیب و همکاران نشان داده که سلامت معنوی قادر به پیش‌بینی ۷۰ درصد تغییرات سلامت عمومی در افراد است (۳۶). در پژوهش آفاپور و همکاران (۳۷)، تحصیلات یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار سلامت عمومی عنوان شده است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌تواند مطالعه‌ی مقطعی و اعتماد به خودگزارش‌دهی در داده‌ها باشد. همچنین در تفسیر نتایج، حجم نمونه‌ی کم هم مد نظر قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه سلامت معنوی می‌تواند در ارتقای سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان پستان، نقش محوری داشته باشد، هر چه میزان سلامت معنوی در این بیماران بالاتر و قوی‌تر باشد، میزان آسیب‌های روانی در آنان کمتر خواهد بود. از این‌رو، ارتقای سلامت معنوی مبتلایان به سرطان پستان باید از اولویت‌های کادر بهداشتی و درمانی و اجتماعی قرارگیرد و مداخله‌های ارتقای سلامت معنوی در این بیماران در آینده انجام شود.

قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی است که در صدوچهل‌وهفتمین جلسه‌ی کمیته‌ی اخلاق این دانشگاه با کد ۱-۱۴۳۱-۹۲-A تصویب شده است. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که حمایت مادی و معنوی این طرح تحقیقاتی را بر عهده داشت و همچنین از حمایت سرکار خانم دکتر مریم خیام‌زاده، مدیر محترم پژوهشی مرکز

³ Rippentrop

⁴ Strawbridge

⁵ Moreira-Almeida

10. Safaee Rad I, Karimi L, Shamosi N, AhmadiTahor M. Relationship between spiritual well-being and mental health in students. *Sabzevar Univ Med Sci*. 2011;17(4):274-9.(Full Text in Persian)
11. Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. Relationship between Spiritual Well-being, Religion, and Hope among Patients with Cancer. *Hayat*. 2011;17(3):27-37.
12. Woodbury AM. Social support networks and adjustment in childhood: A longitudinal analysis: Boston University; 1992.
13. Thuné-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social science & medicine*. 2006;63(1):151-64.
14. Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*. 2012;10(2):81.
15. Chuengsatiansup K. Spirituality and health: An initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*. 2003;23(1):3-15.
16. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*. 2003;44(1):69-80.
17. Haghighi M, Rahmati-Najarkolaei F, Ansarian A. Correlation between Spiritual Wellbeing and Religious Orientation among Staffs of one Military Medical University. *Journal of Health Policy and Sustainable Health*. 2015;1(4):137-40.
18. Mousavi SA, Aghayan S, Razavianzadeh N, Nourozi N, Khosravi A. Depression and General health status in type ii diabetic patients. *Journal of Knowledge & Health*. 2008;3(1):44-8.(Full Text in Persian)
19. Sadeghi R, Zareipour MA, Akbari H, Khan-Beygi M. Mental Health and Associated Factors amongst Women Referred to Health Care Centers. *Journal of Health And Care*. 2011;13(4):1-9.(Full Text in Persian)
20. Safa M, Saki M, Matin-rohani S. Study of mental health of the patients who need coronary angiography and its relationship with drug abuse. *Yafteh*. 2008;10(1):47-53.
21. Noorian C, Parvin N, Mehrabi T. Evaluation of the relationship between occupational stress and general health condition in nurses working in Isfahan university hospitals 2005. *Community Health Journal*. 2010;5(1):45-52.(Full Text in Persian)
22. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 9 ed: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
23. keyes C. Emory Study finds mental Health and Heart disease tightly 2004 [Available from: www.emory.edu;.
24. The holy Quran.Al-Nesa.verse Δ Translated by: Ayatollah Al-ozma Naser Makarem Shirazi. Qom: Imam Ali Ebne Abi Taleb (Y'a); 2010.
25. Noorbala A, Yazdi SB, Yasamy M, Mohammad K. Mental health survey of the adult population in Iran. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(1):70-3. (Full Text in Persian)
26. Mahmoodi G, Nasiri E, NiazAzari K. Evaluating Mental (psychological) Health in MS patients from Mozandran Province in 1386 (2007). *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2009;18(68):70-3.(Full Text in Persian)
27. Mardani Hamule M, Shahraki Vahed A. Relationship between mental health and quality of life in cancer patients. *SSU_Journals*. 2010;18(2):111-7.(Full Text in Persian)
28. Shariati A, Haghighi S, Fayazi S. The effect of exercise of the fatigue the cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases. Tehran: Ahvaz University of Medical Sciences; 2006. (Full Text in Persian)
29. SEYED FN, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. Prayer and spiritual well-being in cancer patients. 2006.(Full Text in Persian)
30. Habibi A, Savadpour M-. Spiritual Well-being in Cancer Patients under Chemotherapy. *Journal of Health And Care*. 2011;13(3):16-21.(Full Text in Persian)
31. Livneh H, Lott S, Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychology, health & medicine*. 2004;9(4):411-30.
32. Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *Journal of Clinical Oncology*. 2012;30(20):2538-44.
33. Rippentrop AE, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between

religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*. 2005; 116(3):311-21.

34. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*. 1997;87(6):957-61.

35. Moreira-Almeida A, Lotufo Neto F, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. *Revista brasileira de psiquiatria*. 2006;28(3):242-50.

36. Dastgheib Z, Gharlipour Z, Ghobadi Dashdebi K, Hoseini F, Vafae R. Association of between mental health and spiritual health among students in Shiraz University. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2015;24(84):53-9.(Full Text in Persian)

37. Aghapour I, Mesri M. Relationship between religious orientation and mental health family. *Quarterly of Quran & Medicine*. 2011;1(1):39-45.(Full Text in Persian)