

اثربخشی آموزش مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز منتخب شهر قم

فرزانه نصیری^۱، زهره کشاورز*^۲، محمدحسن دوازده‌مامی^۳، سعید کریم‌خانی زندی^۴ ملیحه نصیری^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۱/۲۶

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان پستان در بسیاری از کشورهای جهان و در ایران یکی از سرطان‌های شایع می‌باشد که باعث کاهش خودکارآمدی می‌شود. مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز منتخب شهر قم در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. **مواد و روش کار:** این مطالعه تجربی در سال ۱۳۹۶ بر روی ۴۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز منتخب شهر قم انجام شد. افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۶ جلسه مراقبت معنوی (هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) اجرا شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران به‌عنوان ابزار استفاده شد، که افراد موردپژوهش قبل از شروع مداخله، بلافاصله بعد از پایان مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه گروه‌های مورد بررسی دارای ویژگی جمعیت شناختی و زمینه‌ای یکسانی بودند. تفاوت معنی‌داری در میانگین نمره خودکارآمدی بلافاصله و دو ماه بعد از انجام مداخله (۰/۰۱)، در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل دیده شد. میزان تأثیر برابر با ۴۰/۱ درصد می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: آموزش مراقبت معنوی بر خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان اثربخش بوده است. لذا طراحی و اجرای چنین برنامه‌هایی به‌صورت گسترده‌تر و بر اساس نیازهای آموزشی و حمایتی بیماران پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: مراقبت معنوی، خودکارآمدی، سرطان پستان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دوازدهم، پیاپی ۱۱۳، اسفند ۱۳۹۷، ص ۸۶۴-۸۵۶

آدرس مکاتبه: تهران، خیابان ولی‌عصر، تقاطع نیایش، مقابل بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی تلفن: ۰۹۱۲۳۹۰۷۷۱۲

Email: keshavarzzohre@yahoo.com

مقدمه

در سرطان پستان علاوه بر مشکلات و عوارض ایجاد شده به دنبال درمان، وضعیت شغل بیماران، طول مدت بیماری، درجه تمایز یافتگی تومور، عملکرد جسمانی، احساسی، شناختی و علائم بیماری و مشکلات اقتصادی بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است (۳). همچنین کیفیت زندگی تحت تأثیر عواملی مثل معنویت و سازگاری معنوی و خودکارآمدی می‌باشد (۴-۶).

امروزه بسیاری از درمان‌گران، معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی افراد می‌شناسند. سلامت معنوی یکی از

سرطان یکی از علل اصلی مرگ در کل جهان می‌باشد. به‌طوری‌که در سال ۲۰۱۲، ۱۴/۱ میلیون مورد جدید سرطان و ۸۰۲ میلیون مرگ به علت سرطان در سراسر جهان تشخیص داده شده است سرطان سینه دومین علت شایع مرگ ناشی از سرطان در بین زنان محسوب می‌شود و رتبه پنجم مرگ را در بین سرطان‌ها به خود اختصاص داده است (۱، ۲).

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲دانشیار، دکترای بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مامایی و بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴دکترای تخصصی رادیوتراپی انکولوژی، بیمارستان کامکار عربنیا، دانشکده علوم پزشکی قم، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

^۵دکترای آمار، گروه آمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

ابعاد مهم سلامت در انسان است که ارتباط یکپارچه و هماهنگ را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (۷). اهمیت معنویت و تأثیر مذهب در بهداشت روانی و بهبود زندگی انسان‌ها در چند دهه اخیر بیش از پیش مورد توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی قرار گرفته است (۸). اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی فرد همراه بوده، منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است (۹). استفاده از باورهای مذهبی و معنویت اغلب به‌عنوان یک راهبرد مقابله سازنده در بهبود سلامت افراد مطرح است. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به صورتی روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است. به طوری که سازمان بهداشت جهانی در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی اشاره می‌کند و بعد چهارم یعنی بعد معنویت را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می‌سازد (۹، ۱۰). سلامت معنوی جدیدترین بعد سلامت است که در کنار ابعاد دیگر سلامتی قرار گرفته است.

سلامت معنوی فرآیندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه‌ای هماهنگ بین نیروهای درونی فرد به وجود می‌آورد و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط مرتبط است و یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می‌کند (۱۱). سرطان پستان می‌تواند سلامت معنوی بیماران را به طور جدی به خطر بیندازد. از این رو ممکن است بیمار به اختلالات روانی مثل احساس تهیایی، افسردگی، از دست دادن معنا در زندگی و عدم سازش یافتگی دچار شود (۱۲، ۱۳). سلامت معنوی می‌تواند روند بهبودی، درک شرایط و سازش یافتگی با واقعیت‌های موجود و تمام آن چیزی که در بیمار سرطانی برای غلبه بر بیماری لازم است را تحت تأثیر قرار داده و بر بهبودی بیمار نیز اثرگذار باشد (۱۴).

علی‌رغم مطالعات متعددی که نشان‌دهنده تأثیر معنویت بر ارتقای سلامت و اتخاذ رفتارهای سالم است، مکانیسم دقیق تأثیر سلامت معنوی بر اتخاذ رفتارهای توأم با سلامت و کاهش استرس شناخته شده نیست (۹). یکی از مشکلاتی که زنان مبتلا به سرطان دارند ترس از پیشرفت سرطان است که همین ترس و تنش باعث کاهش خودکارآمدی می‌شود (۱۵). خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی آلبرت بندورا (۲۰۰۱) روان‌شناس مشهور، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر

الگوی علی سه‌جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی (عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیک) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روان‌شناختی اشاره دارد، تأکید می‌کند (۱۶). بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علیت سه‌جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می‌گذارند. بندورا (۱۹۹۷) اثرات یک‌بعدی محیط بر رفتار فرد که یکی از فرضیه‌های مهم روان‌شناسان رفتارگرا بوده است، را رد کرد. انسان‌ها دارای نوعی نظام خودکنترلی و نیروی خودتنظیمی هستند و توسط آن نظام بر افکار، احساسات و رفتارهای خود کنترل دارند و بر سرنوشت خود نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کنند. بدین ترتیب رفتار انسان تنها در کنترل محیط نیست بلکه فرایندهای شناختی نقش مهمی در رفتار آدمی دارند. عملکرد و یادگیری انسان متأثر از گرایش‌های شناختی، عاطفی و احساسات، انتظارات، باورها و ارزش‌ها است.

یکی از راه‌هایی که ممکن است معنویت از طریق آن بر بهبود سلامت افراد تأثیرگذار باشد، اثرگذاری بر خودکارآمدی افراد است (۱۷). خودکارآمدی، به درک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌هایش در انجام موفقیت‌آمیز عملکردی شایسته تأکید دارد. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱۸، ۱۹) و به‌عنوان یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی‌مدت بیماری است و نمره بالای آن با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مرتبط است (۱۹، ۲۰).

در مطالعه رضایی^۱ و همکاران (۱۳۹۱) در تهران نشان داد بین هوش معنوی و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۷). مطالعه پورزنجانی^۲ و همکاران (۱۳۹۱) و در انجمن آلزایمر ایران (تهران) که با استفاده از ابزار خودکارآمدی عمومی شرر و خودسنجی هوش معنوی انجام شد، نشان داد که بین هوش معنوی و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۱). در مطالعه میلر^۳ و همکاران (۲۰۰۷) که روی بیماران قلبی در آمریکا و باهدف تعیین مذهب و معنویت و تأثیر بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی درک شده با استفاده از پرسش‌نامه هوش معنوی سیلبر و خودکارآمدی پرسش‌نامه اوارت انجام شد، نتایج نشان داد بین هوش معنوی و خودکارآمدی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد در میان بیماری‌های مزمن سرطان پستان بر خودکارآمدی اثر می‌گذارد به طوری که زنان مبتلا به سرطان پستان خودکارآمدی پایینی دارند که خودکارآمدی پایین زنان مبتلا به سرطان پستان را با مشکلات متعددی روبه‌رو می‌کند به‌نحوی که تحمل درد را کم می‌کند و در

3. Miller

1. Rezaei

2. Pourzanjani و

پذیرش مشکلات و ناتوانی‌ها فرد را دچار مشکل می‌کند و توانایی روبه‌رو شدن و غلبه بر مشکلات و شکست‌ها را کاهش می‌دهد (۲۲). سلامت زنان به‌عنوان رکن اساسی خانواده برای برنامه ریزان بهداشتی قابل توجه است و مهم‌ترین نقش پرستاران بهداشت جامعه انجام مراقبت‌هایی برای جلوگیری از بستری‌های مکرر و حفظ و ارتقای سلامتی در ابعاد مختلف این گروه است. با توجه به تغییر سبک زندگی و افزایش این بیماری در زنان، سلامت معنوی آن‌ها در معرض خطر قرار گرفته است. از آنجایی که سلامت معنوی در تطابق و مقابله با این بیماری و مراقبت از خود (خودکارآمدی) تأثیرگذار است هدف از این پژوهش تأثیر آموزش مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر قم می‌باشد.

مواد و روش کار

این پژوهش، در گروه پژوهش‌های تجربی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به‌صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل است همچنین این مطالعه به‌صورت دو سو کور طراحی شد. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز منتخب شهر قم در سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند.

و با در نظر گرفتن فاصله اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد تعداد نمونه محاسبه شد. که از بین این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر بر اساس پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و نیازی به درج نام نیست و همه شرکت‌کنندگان در جلسه پیش‌آزمون به سؤالات پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و همکاران پاسخ دادند. در ادامه پژوهش آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و پس از تعیین دو گروه به روش فوق طی تماس تلفنی با اعضای گروه آزمایشی زمان تشکیل جلسه به اطلاع آنان رسانیده شد، گروه مداخله تحت ۶ جلسه روان‌درمانی مذهبی - معنوی قرار گرفتند، ولی گروه کنترل تا پایان مطالعه به‌جز پروتکل معمول درمان بدخیمی، اقدام درمانی دیگری دریافت نکردند. در پایان پیگیری ۲ ماهه برای رعایت مسائل اخلاقی دوره مشابه برای گروه کنترل اجرا گردید.

شرایط ورود به مطالعه شامل زنان با ملیت ایرانی با حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۶۵ سال، اثبات تشخیص قطعی سرطان پستان (در هرکدام از مراحل ۱ تا ۴) با آزمایشات آسیب‌شناسی، گذشت حداقل ۲ ماه از دریافت تشخیص، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی از جمله اختلالات سایکوتیک یا دوقطبی که نیاز به بستری داشته باشد، عدم مواجهه با رویداد تنش‌زای دیگری مثل طلاق و

مرگ یکی از نزدیکان نزدیک طی یک سال گذشته، آگاه به زمان و مکان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی صحبت به زبان فارسی، عدم ناتوانی و معلولیت و مسلمان بودن بود. معیار خروج از مطالعه شامل عدم رضایت بیماران جهت ادامه مطالعه، فوت بیمار، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مراقبت معنوی بود که ۸ نفر به دلیل دارا بودن معیارهای حذف حین پژوهش خارج گردیدند و تجزیه و تحلیل نهایی با ۶۲ نفر انجام پذیرفت.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت‌اند از: پرسشنامه خودکارآمدی شرر ۱۷ سؤالی که پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدودی، موافقم کاملاً موافقم) دسته‌بندی شده است. به گزینه کاملاً موافقم نمره ۵ و به گزینه کاملاً مخالفم نمره ۱ داده شد. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

روایی آن توسط اصغر نژاد و همکاران در سال ۱۳۸۵ انجام شده است، که جهت بررسی روایی از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شده است (23) و در این مطالعه جهت بررسی همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ در نمونه ۲۰ نفری از زنان مبتلا به سرطان پستان، محاسبه گردید که نتایج همسانی درونی ۰/۸۲ به دست آمد و ضریب پایایی همبستگی درون رده‌ای ابزارها در دو نوبت با فاصله زمانی دو هفته در اختیار نمونه ۱۰ نفری از زنان مبتلا به سرطان پستان قرار داده شد، سپس ضریب پایایی همبستگی درون رده‌ای بین دو نوبت یا به‌عبارت‌دیگر هم‌خوانی بین آن‌ها تعیین گردید که ۰/۷۶ به دست آمد.

پروتکل درمانی:

بسته آموزشی روان‌درمانی مذهبی - معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان با تکیه بر برخی اصول درمانی مذهبی ریچاردز و برگین با تأکید بر آموزه‌های اسلامی (دعا، خواندن کتب مقدس، رفتن به مکان‌های مذهبی، بخشش) (۲۴) و بر اساس نیازها و اولویت‌های معنوی و با مشاوره روحانیون برجسته در حیطه دین و سلامت و مشاوران روان‌شناسی توسط پژوهشگر طراحی گردید که پژوهشگر برای تهیه این بسته آموزشی از کتاب‌ها و مقالات مذهبی و روانشناسی کمک گرفته است. برای تأیید این بسته آموزشی، این بسته در اختیار چندین روحانی برجسته که دارای فعالیت در راستای مشاوره بودند و همچنین به ۳ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی و اساتید روان‌شناسی قرار داده شد که این بسته توسط آن‌ها تأیید شد.

بسته روان‌درمانی مذهبی - معنوی:

جلسه اول با معرفی درمانگر و آشنا شدن اعضا با یکدیگر، بیان اطلاعات کلی برنامه، توضیح در مورد ساختار برنامه، توضیح اهمیت کیفیت زندگی، اهمیت معنویت، پذیرش بیماری، تعیین دعا برای

شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که عدم همکاری در پژوهش تأثیری بر روند درمان و مراقبت از آن‌ها ندارد. به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار SPSS ۲۱ در سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. جهت بررسی داده‌ها از تی همبسته در مقایسه متغیر خودکارآمدی در مرحله پیگیری و پس‌آزمون و از تحلیل کوواریانس یک‌راهه به‌منظور بررسی اثربخشی مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان در گروه مداخله و گروه کنترل به ترتیب 45.41 ± 9.53 و 44.74 ± 7.96 می‌باشد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0.4$). دو گروه از لحاظ وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0.1$). دو گروه از لحاظ وضعیت نوع درمان تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0.5$). در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف از معیار نمره‌های خودکارآمدی در سه مرحله آورده شده است. در این جدول مشاهده می‌شود که میانگین نمرات خودکارآمدی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیری داشته است. برای آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد.

تمرین در طول هفته شروع شد. جلسه دوم: ارتباط با خدا از طریق دعا و نیایش، شناخت شرایط قبل دعا، اهمیت قرائت قرآن، ذکر داستان‌های قرآنی، تلاوت دعا در جلسه سوم ارتباط با خدا از طریق: راه‌های شکرگزاری نعمت‌ها، اهمیت شکرگزاری، تأثیر توکل بر خداوند در تحمل بیماری و مشکلات، ذکر داستان‌های قرآنی. جلسه چهارم: ارتباط با خود از طریق: راه‌کارهای تقویت عزت‌نفس، تأثیر صبر بر تحمل بیماری، اهمیت صبر در اسلام، تلاوت دعای مرتبط با افزایش صبر، ذکر داستان‌های قرآنی. جلسه پنجم: ارتباط با دیگران از طریق: اهمیت ارتباط مناسب با فرزند و همسر، آداب همسرداری، راه‌های ارتباط مؤثر با دیگران، اهمیت بخشش دیگران، ذکر داستان‌های قرآنی و جلسه ششم با بحث در مورد ارتباط با طبیعت از طریق: اهمیت نگاه به طبیعت، تأثیر ارتباط با طبیعت در سلامتی، اهمیت ترحم به حیوانات، ذکر داستان‌های قرآنی، پایان یافت. کد اخلاق به شماره 644.1395.PHNM.SBMU.Ir از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و کد کارآزمایی بالینی به شماره IRCT20171106037279N2 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران قبل از اجرا توسط پژوهشگر کسب گردید. ملاحظات اخلاقی شامل کسب رضایت آگاهانه و کتبی از نمونه‌های پژوهش قبل از مداخله و بعد از توضیح کافی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات و مجاز بودن بیمار به عدم همکاری در هر مرحله از مطالعه رعایت شد و به

جدول (۱): آماره توصیفی و استنباطی نمره خودکارآمدی قبل، بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه بعد از مداخله در گروه کنترل و مداخله

خودکارآمدی گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	دو ماه بعد از مداخله
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
کنترل	56.93 ± 10.69	54.96 ± 11.90	53.93 ± 9.14
مداخله	55.17 ± 10.22	65.39 ± 9.43	77.07 ± 11.59

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمرات پس‌آزمون نمرات خودکارآمدی دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه	میانگین مجزورات	F	معنی‌دار	میزان تأثیر
پیش‌آزمون	۱/۳۲۹	۱	۱/۳۲۹	۰/۲۸۰	۰/۶۰۱	۰/۰۱۰
عضویت گروهی	۸۵/۷۸	۱	۸۵/۷۸	۱۸/۰۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
خطا	۱۲۸/۲۷	۲۷	۴/۷۵			

$P \leq 0/0$

به‌منظور بررسی اثربخشی مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه در طول زمان، ابتدا تفاضل نمرات پس‌آزمون و پیگیری هر آزمودنی در متغیر خودکارآمدی به‌دست‌آمده و پس از به دست آوردن d اختلافی، از t همبسته استفاده گردید. لازم به ذکر است که قبل از استفاده از t پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک (شامل: نرمال بودن توزیع نمرات و همسانی واریانس‌ها بین نمرات خودکارآمدی آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری و پس‌آزمون) رعایت شد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون و اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ نمره‌ی خودکارآمدی در پس‌آزمون وجود دارد ($P=0/001$) و $F=118/056$). بنابراین فرضیه معنی‌دار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. میزان تأثیر برابر با $0/401$ می‌باشد، یعنی $4/01$ درصد آموزش مراقبت معنوی، خودکارآمدی در زنان بسیار ارتقا یافته است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که آموزش مراقبت معنوی بر خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان اثربخش بوده است.

جدول (۳): آزمون تی همبسته مقایسه خودکارآمدی در مرحله پس‌آزمون- پیگیری

متغیر خودکارآمدی	میانگین	انحراف معیار	مقدار آماره‌ی آزمون	احتمال معنی‌داری
مرحله پس‌آزمون	۹/۸۰	۲/۸۰	۰/۷۹۱	۰/۴۳۶
مرحله پیگیری	۹/۳۷	۲/۹۵		

راز و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود باهدف بررسی تأثیر آموزش و مشاوره تلفنی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پرتودرمانی بیان کردند که آموزش و مشاوره تلفنی بر خودکارآمدی بیماران مؤثر است و باعث ارتقاء آن می‌گردد (۲۶). در واقع تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقع‌ای ترسناک همراه با احساس ترس از مرگ، ناآگاهی و ترس از درمان و عوارض آن است که به‌شدت خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اما پس از اتمام درمان‌ها، با گذشت زمان و سازگاری با این رویدادها و تثبیت وضعیت بیمار از شدت تأثیرات منفی روی خودکارآمدی کاسته می‌شود. (۲۷، ۲۸)

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، مقدار احتمال معنی‌داری آزمون (۴۳۶ درصد) است و با توجه به بزرگ‌تر بودن آن از سطح آزمون (۰/۰۵) می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین‌ها تفاوت وجود ندارد، بنابراین می‌توان عنوان کرد که متغیر خودکارآمدی در مرحله پیگیری از نظر آماری با مرحله پس‌آزمون یکسان است، به‌عبارت‌دیگر اثر متغیر مستقل مراقبت معنوی در مرحله پیگیری بر روی خودکارآمدی آزمودنی‌ها ثابت داشته است. بدین ترتیب فرضیه پژوهش مورد تأیید است.

بحث و نتیجه‌گیری

در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت روان‌شناسی دینی شاخه‌ای از روان‌شناسی است که رسالت آن بررسی نقش مذهب در هستی و سلامت روان انسان است. پیچیدگی عصر حاضر باعث شده انسان به‌طور مداوم در برابر ناملایمات از خود ناسازگاری نشان دهد و اضطراب و استرس یکی از شایع‌ترین اختلالات است که در مقابل ناسازگاری‌ها بروز می‌کند و یکی از شیوه‌های مؤثر برای افزایش استعداد و ظرفیت انسان برای برخورد با این ناملایمات عنصر معنویت است. معنویت به دلیل زیر ساختارهای فردی و اجتماعی که ایجاد می‌کند از شروع بیماری و عوامل موجود آن تا زمان مرگ تأثیرگذار است. دارا بودن سلامت معنوی می‌تواند، تعریف جدیدی از مرگ را برای بیمار مبتلا به سرطان ایجاد کند که با هیچ ساختار توان‌بخش روانی دیگری حاصل نمی‌شود. بیماران سرطانی که دارای سلامت معنوی هستند با شرایط بیماری خود را بهتر منطبق کرده و امکان درمان موفق در آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. معنویت

بر اساس نتایج مطالعه، تفاوت بین میانگین تغییرات آزمون خودکارآمدی در پس‌آزمون و پیگیری دوماهه گروه مداخله با میانگین تغییرات پس‌آزمون و پیگیری دوماهه گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نشان داده شده است. (۰/۰۵). می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی‌دار ایجاد شده در میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، دو گروه صرفاً به دلیل مداخله مراقبت معنوی است، به‌عبارت‌دیگر مراقبت معنوی بر ارتقا خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است.

اگرچه مطالعه‌ای مستقیم در ارتباط با تأثیر مراقبت معنوی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان پستان صورت نگرفته اما مطالعات نشان داده است که حمایت و آموزش بر ارتقا خودکارآمدی مؤثر است یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌هایی که اثر مثبت آموزش و حمایت را در خودکارآمدی سرطان مثبت گزارش کرده‌اند هم‌خوانی دارد (۲۵).

نتایج مطالعه‌ای دیگر بر روی زنان نشان داد که مداخله‌ی معنوی موجب کاهش اضطراب گروه آزمون شده است و بین گروه آزمون و کنترل از نظر نمره‌ی مقیاس اضطراب تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۳۰) که با نتایج این مطالعه هم‌خوانی دارد. مجیدی نیز در پژوهش خود گزارش کرد افرادی که به نوبه‌ی قرآن کریم گوش داده بودند میزان علائم حیاتی و اضطراب کم‌تری نسبت به گروه شاهد داشتند (۳۲).

با توجه به این نتایج پیشنهاد می‌گردد که به دلیل حضور پررنگ فرهنگ معنوی/مذهبی در جامعه ایرانی، مقوله معنویت به‌عنوان یک مقوله مهم، بیشتر مورد توجه متخصصان، مسؤولین قرار گیرد لذا طراحی و اجرای چنین برنامه‌هایی به‌صورت گسترده‌تر و بر اساس نیازهای آموزشی و حمایتی بیماران پیشنهاد می‌گردد. از محدودیت‌های این مطالعه انجام آن فقط در زنان مبتلا به سرطان در شهر قم می‌باشد و امکان مشارکت مردان یا بیماران بستری در مراکز دیگر و با بیماری‌های مختلف را در مطالعه محدود کرده است. از این‌رو، توصیه می‌شود مطالعاتی مشابه در گروه‌های مختلف جنسی با بیماری و مناطق جغرافیایی مختلف نیز صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاصل پایان‌نامه است که منبع مالی آن کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران است. بدین‌وسیله مراکز منتخب شهر قم از جمله مرکز صدرا و کارکنان محترم مرکز و اساتید دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی و کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان که در این پژوهش شرکت کردند کمال تشکر را داریم (۳۳).

References:

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016;66(1): 7-30.
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015;136(5): E359-E86.
3. Safaei TS, Mohamadi RM, Sargent EH, Kelley SO. In situ electrochemical ELISA for specific identification of captured cancer cells. *ACS Appl Mater Interfaces* 2015;7(26): 14165-9.

می‌تواند موجب ایجاد معنا شود. معنویت موجب امیدواری می‌شود و خوش‌بینی را افزایش می‌دهد. معنویت به افراد نوعی احساس کنترل و کارآمدی می‌بخشد که ریشه‌ی خدایی دارد و می‌تواند کاهش‌یافتگی کنترل شخصی را جبران کند. پژوهشگران و محققان داخلی و خارجی نشان داده‌اند که مراقبت معنوی و سلامت معنوی بر خودکارآمدی افراد جامعه به‌خصوص زنان مبتلا به سرطان مؤثر است و همچنین بین سلامت معنوی با نشانه‌های خودکارآمدی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

نتایج این پژوهش با مطالعات جعفری شیرازی (۱۳۹۱) همسو می‌باشد. در مطالعه ایشان زنان مبتلا به سرطان پستان پس از ۶ هفته دریافت مراقبت معنوی، سطح سلامت معنوی به میزان معنی‌داری افزایش یافت و نتیجه گرفته شد که مشارکت در برنامه درمانی معنوی با بهبود سلامت معنوی همراه است (۲۹) نتایج این پژوهش با مطالعه شجاعی (۲۰۱۸) نیز همسو می‌باشد، نتایج مطالعه ایشان نشان می‌دهد حضور افرادی نظیر روحانی متعهد و آشنا به مسائل درمانی در کنار افراد دیگر؛ و دادن مراقبت مذهبی می‌تواند موجب کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شود و نقش بسزایی در کاهش آلام و تقویت روحیه‌ی بیماران و بهبودی آنان داشته باشد (۳۰).

نتایج مطالعه‌ی دلانی^۱ و همکاران که در نیویورک، به‌صورت نیمه تجربی و طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و باهدف بررسی تأثیر مراقبت معنوی (شامل جلسات موسیقی، تجسم هدایت شده با استفاده از لوح فشرده، دعا کردن و قدم زدن در باغ) بر میزان اضطراب بیماران قلبی عروقی انجام شد، نشان داد تفاوت معنی‌داری بین نمره‌ی اضطراب و افسردگی بیماران قبل و بعد از مداخله وجود دارد که یافته‌های مطالعه‌ی حاضر را تأیید می‌کند (۳۱).

4. Haugland T, Wahl AK, Hofoss D, DeVon HA. Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: a path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health Qual Life Out* 2016;14(1): 1.
5. Cruz JP, Colet PC, Alquewez N, Inocian EP, Al-Otaibi RS, Islam SMS. Influence of religiosity and spiritual coping on health-related quality of life in Saudi haemodialysis patients. *Hemodial Int* 2017;21(1):125-32.
6. Cruz JP, Colet PC, Alquewez N, Inocian EP, Al-Otaibi RS, Islam SMS. Influence of religiosity and spiritual

¹ Delaney

- coping on health - related quality of life in Saudi haemodialysis patients. *Hemodial Int* 2017;21(1): 125-32.
7. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat* 2008;14.
 8. Abbasi M, Gooshki ES, Movahedi H, Saffari S. Spiritual care at the end of life (Systematic Review). *Med Ethics J* 2014;9(30): 99-133.
 9. Zareipour M, Askari F, Dashti S, Asadpour M, Abdolkarimi M. The relationship between spiritual health and self-efficacy in pregnant women referred to rural health centers of Uremia in 2015. *Community Health J* 2016;10(2): 1-10.
 10. Herrman H, Saxena S, Moodie R, Organization WH. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 2005.
 11. Peach HG. Religion, spirituality and health: how should Australia's medical professionals respond? *Med J Aust* 2003;178(2): 86-8.
 12. Holt CL, Clark EM, Kreuter MW, Rubio DM. Spiritual health locus of control and breast cancer beliefs among urban African American women. *Health Psychol* 2003;22(3): 294.
 13. Tohidi S, Shayan A. *Spiritual Health in Breast Cancer*. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Science; 2015.
 14. Lynn Gall T, Cornblat MW. Breast cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long - term adjustment. *Psycho - Oncology: J Psychol Soc Behav Dimensions Cancer* 2002;11(6): 524-35.
 15. Namkoong K, Shah DV, Han JY, Kim SC, Yoo W, Fan D, et al. Expression and reception of treatment information in breast cancer support groups: How health self-efficacy moderates effects on emotional well-being. *Patient Educ Couns* 2010;81: S41-S7.
 16. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Ann Rev Psychol* 2001;52(1): 1-26.
 17. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health Quality Life Outcomes* 2012;10(1): 57.
 18. Frei A, Svarin A, Steurer-Stey C, Puhan MA. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations-a systematic review. *Health Quality Life Outcomes* 2009;7(1): 86.
 19. Kiaei M, Ferdosi M, Moradi R, Chelongar Q, Ahmadzadeh MS, Bahmanziari N. Association between self-efficacy and quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Qazvin Univ Med Sci* 2016;20(2): 58-65.
 20. Salimian S, Esmaili R, Dabirian A, Mansoorin S, Anboohi SZ. The survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. *Adv Nurs Midwifery*. 2015;25(90): 9-16.
 21. Esmailpoor Zanjani S, Mashouf S, Safari Z, Abbasi M. The Relationship between Self-Efficacy and Spiritual Intelligence among Careers of the Elderly Family with Alzheimer's disease. *Fig of Med J* 2012;11(12):151-166.
 22. Miller JF, McConnell TR, Klinger TA. Religiosity and spirituality: Influence on quality of life and perceived patient self-efficacy among cardiac patients and their spouses. *J Religion Health* 2007;46(2): 299-313.
 23. Asgharnejad T, Ahmadi Dehghotbodini M, Farzad V, Khodapanahi MK. Study of the psychometric properties of Sherer's general self-efficacy scale. *Psychology* 2007;39(10): 262-74. (Persian)
 24. Richards P, Bergin AE. *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy: American Psychological Association*; 2004.
 25. Pedram Razi S, Satiyarvand A, Tabari F, Kazemnejad A, Tizh Maghz Z, Navidhamidi M. The Effect of Education and Telephone Counseling On the Self- Efficacy of Women with Breast Cancer Undergoing Radiotherapy. *Iran J Nurs Res* 2018;13(1): 64-72.
 26. Razi SP, Satiyardvand A, Tabari F, Kazemnejad A, Maghz ZT, Navidhamidi M. The Effect of Education and

Telephone Counseling Interventions on Self-efficacy of Females with Breast Cancer Undergoing Radiotherapy. Iran J Nurs Res 2018; 13(1): 64-71.

27. Redhwan A, Md Idris M, Zaleha M, Robert C, Fuad I, Sami R. Quality of life among women with breast cancer from Universiti Kebangsaan Malaysia medical centre, Malaysia. J Commun Health 2008;14(2): 46-55.

28. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. J Clini Onco 2003;21(21): 4027-33.

29. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A, et al. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2013;2013..

30. Shojaei S, Abbasi M, Rahimi T, Vahedian M, Farhadloo R, Movahed E, et al. The Effect of Religious Care by the Clergyman next to the Patients' Bedside on their Depression and Anxiety. J Res Relig Heal 2018;4(3): 45-55.

31. Delaney C, Barrere C. Ecospirituality: the experience of environmental meditation in patients with cardiovascular disease. Holist Nurs Pract. 2009;23(6): 361-9.

32. Majidi S. Recitation effect of holy Quran on anxiety of patients before undergoing coronary artery angiography. J Guilan Univ Med Sci 2004;13(49): 61-7.

33. Barooti E, Rezazadehkermani M, Sadeghirad B, Motaghipisheh S, Tayeri S, Arabi M, et al. Prevalence of iron deficiency anemia among Iranian pregnant women; a systematic review and meta-analysis. J Reproduct Infertil 2010;11(1): 17.

THE EFFECTIVENESS OF SPIRITUAL CARE ON THE SELF-EFFICACY OF WOMEN WITH BREAST CANCER

Farzane Nasiri¹, Zohre Keshavarz², Mohamadhasan Davazdahemami³,
Saeed Karimkhani zandi⁴, Malihe Nasiri⁵

Received: 09 Nov, 2018; Accepted: 15 Feb, 2019

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is one of the common cancers in many countries and in Iran that reduces self-efficacy. The aim of this study was to determine the effectiveness of spiritual care on self-efficacy of women with breast cancer.

Material & Methods: This experimental study was carried out on 40 women with breast cancer in 2017 in selected centers of Qom. They were randomly divided into two groups of intervention (n=20) and control (n = 20). For the intervention group, six sessions of spiritual care (one session in a week and each session for 90 minutes) were performed. Demographic information and general self-efficacy questionnaire of Sherer et al. were utilized for data collection. The subjects completed the questionnaires before the intervention, immediately after the intervention and two months after the intervention. Data were analyzed using the SPSS software version 21.

Results: According to the results of the study, the groups had the same demographic and underlying characteristics. There was a significant difference between the intervention group and control group in the mean score of self-efficacy immediately and after the intervention. The effect level was 40.1%.

Conclusion: Therefore, spiritual care education affected the self-efficacy in women with cancer. The design and the implementation of this program based on the educational and supportive care needs of patients.

Keywords: spiritual care, self-efficacy, breast cancer

Address: Reproductive Health & Midwifery Faculty, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: (+98) 09123907712

Email: keshavarzzohre@yahoo.com

¹ MSc student of Midwifery, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Associate Professor, Ph.D. in Reproductive Health, Midwifery and Reproductive Health Research Center, Reproductive Health & Midwifery Faculty, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Ph.D. in Clinical Psychology, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Ph.D. in Oncology Radiotherapy, Kamkhar Arabnia Hospital, Qom Faculty of Medicine, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

⁵ Department of Statistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran