

بررسی عملکرد خانواده و سلامت معنوی در زنان مبتلاء و درمان یافته از سرطان پستان با همتایان غیر مبتلاء

راضیه موسوی دیوا^۱، نصیره مقدم فر^۲، امید امانی^{۳*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران
^۲ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران
^۳ روانشناس بالینی، مرکز تحقیقات روانشناسی سرطان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: امید امانی، روانشناس بالینی، مرکز تحقیقات روانشناسی سرطان، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: o.amani69@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۲۴

چکیده

مقدمه: خانواده با به اشتراک گذاشتن باورهای مشترک، به اعضای خود کمک می‌کند تا در موقعیت‌های بحرانی معنادهی مناسبی را کسب کرده و یک چشم انداز امیدوار کننده و مثبتی را در نظر داشته باشند. همسو با عملکرد مهم خانواده در سازگاری افراد با مشکلات، گرایش معنوی افراد نیز نقش تعیین کننده‌ای را در پذیرش مشکلات و سازگاری با آن ایفا می‌کنند. این پژوهش با هدف مقایسه عملکرد خانواده و سلامت معنوی در زنان مبتلاء و درمان یافته از سرطان پستان با همتایان غیر مبتلاء انجام گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع مطالعات مورد شاهدهی بود که در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. در این مطالعه تعداد ۵۰ نفر از زنان مبتلاء به سرطان پستان، ۵۰ نفر از زنان قطع درمان شده از سرطان پستان به همراه ۵۰ نفر از زنان غیر مبتلاء که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بیمارستان شهدای تجریش تهران انتخاب شده و از لحاظ سلامت معنوی و عملکرد خانواده مورد مقایسه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات در برگیرنده پرسشنامه سلامت معنوی و عملکرد خانواده بوده و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و نرم افزار SPSS v. 22 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مولفه‌های حل مشکل، ارتباط و نقش‌ها در متغیر عملکرد خانواده و مولفه‌های سلامت وجودی و نمره کل سلامت معنوی زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت درمان به طور معنی‌داری پایینتر از دو گروه از زنان قطع درمان شده از بیماری و همتایان غیر مبتلاء بود ($P < 0/05$). همچنین در مقایسه نتایج بدست آمده بین زنان مبتلاء و درمان یافته از سرطان پستان نیز تفاوت معنی‌داری به دست آمد، به طوری که زنان تحت درمان نمرات کمتری را در مولفه‌های سلامت مذهبی و نمره کل سلامت معنوی را بدست آوردند ($P < 0/05$). در مقایسه نمرات زنان قطع درمان شده و زنان غیر مبتلاء نیز مشخص گردید که تنها در مؤلفه سلامت وجود متغیر سلامت معنوی بین دو گروه تفاوت وجود دارد که با بررسی میانگین‌های بدست آمده مشخص گردید که زنان قطع درمان شده در این زیر مقیاس نمرات کمتری را دریافت کرده‌اند.

نتیجه گیری: پیامد عملکرد خانواده و سلامت معنوی به صورتی مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت روان بیماران مبتلاء به سرطان پستان و تسریع در روند بهبود جسمانی اثرگذار می‌باشد. با توجه به این یافته‌ها ارائه مداخلات مبتنی بر خانواده درمانی و معنویت درمانی در جهت بهبود عملکرد خانواده و افزایش سلامت معنوی از جمله اولویت‌های پژوهشی می‌باشد.

واژگان کلیدی: سلامت معنوی، عملکرد خانواده، شیمی‌درمانی، سرطان پستان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

تشخیص سرطان استرس قابل ملاحظه‌ای را ایجاد کرده و ممکن است منجر به واکنش‌های روان شناختی ناسازگارانه حاد یا مزمن در فرد مبتلاء گردد (۱). یکی از انواع سرطان‌ها که اثرات روانشناختی عمیقی را بر روی افراد مبتلاء بر جای می‌گذارد، سرطان پستان می‌باشد (۲).

بیماری‌های مزمن، به عنوان شرایطی در نظر گرفته می‌شوند که سازگاری با آن‌ها، بسیج امکانات فرد از جمله تجهیزات روان شناختی وی را در بر می‌گیرند (۱). در میان بیماری‌های مزمن، سرطان بیماری سختی است که معمولاً با آسیب‌های روان شناختی همراه است.

رفتارهای حل مساله را می‌دهد (۱۷، ۱۸). افراد دارای هوش معنوی بالا، افرادی انعطاف‌پذیر، دارای درجه بالایی از هوشیاری نسبت به خویشتن و توانمند در رویارویی با مشکلات و دردها و چیره شدن بر آنها هستند (۱۴). به طور کلی ارتباط مثبت معنی داری بین هوش معنوی بالا و کاهش اختلالات روحی روانی و افزایش اعتماد به نفس مشاهده شده است (۱۵). دیگر مطالعات این حوزه نیز نشان داده‌اند که توجه به آشفته‌گی‌های معنوی زمینه ساز ارتقاء سلامت در افراد دارای بیماری‌های مزمن بوده و کیفیت زندگی آنها را نیز بهبود خواهد بخشید (۱۹). در همین راستا بحرینیان و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه‌ای که با هدف بررسی نگرش بیماران نسبت به تأثیر معنویت در روند درمان بیماری انجام دادند به این نتیجه رسیدند که معنویت بیماران با کیفیت زندگی و درمان آنها رابطه معنی داری را داشته و پیش بینی کننده کیفیت زندگی این گروه از افراد است (۲۰). زمان زاده و همکاران (۱۳۹۲) نیز به این نتیجه رسیدند که مراقبت معنوی مستلزم به کارگیری رویکردی بیمار محور در ارتباط می‌باشد. ارتباطی که در آن به اعتقادات معنوی و مذهبی بیماران به عنوان یک منبع ارزشمند سازگاری معنوی توجه شده و حس همدلی، اعتماد به آنها منتقل شود (۲۱). با بررسی دقیق پژوهش‌های انجام یافته در حوزه عملکرد خانواده زنان مبتلاء به سرطان پستان می‌توان دریافت که این بعد چندان محور مطالعات نبوده و پژوهش‌های اندکی بر روی شاخص خانواده این افراد تمرکز داشته است، همسو با این متغیر بحث معنویت در زنان مبتلاء به سرطان پستان نیز چندان مورد توجه نبوده و پژوهش‌های انجام یافته نیز به طور غیر اختصاصی و پراکنده بر روی طیف بیماران مبتلاء به سرطان دوره بزرگسالی تمرکز داشته‌اند. لذا این پژوهش به صورتی اختصاصی بر ابعاد مذکور تمرکز داشته و با هدف مقایسه عملکرد خانواده و سلامت معنوی در زنان مبتلاء و درمان یافته از سرطان پستان با همتایان غیر مبتلاء انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات مورد شاهده بود که بر روی ۵۰ نفر از زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت درمان، ۵۰ نفر از زنان قطع درمان شده و ۵۰ نفر از همتایان سالم بدون سابقه بیماری‌های مزمن انجام گرفت. به منظور گردآوری داده‌ها پس از تصویب طرح در مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی و دریافت کد اخلاق طرح به شماره IR.SBMU.RETECH.REC.1394.30 آزمودنی‌ها در بازه زمانی فروردین تا خرداد ماه ۱۳۹۶ به صورت هدفمند و با در نظر داشتن معیارهای ورودی همچون: زنان مبتلاء و قطع درمان شده از سرطان پستان دارای سابقه شیمی‌درمانی، داشتن میانگین سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و معیارهای عدم ورودی همچون: وجود سابقه بیماری‌های روانی، وجود همزمان مشکلات و بیماری‌های جسمانی، مشکلات در خواندن و نوشتن و عدم تکمیل فرم رضایت آگاهانه از بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش تهران انتخاب شده و پس از قرار گرفتن در دو گروه مورد (زنان مبتلاء و قطع درمان شده از سرطان پستان) و شاهد (زنان غیر مبتلاء به سرطان) نسبت به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش اقدام کردند. افراد گروه شاهد نیز که از نظر سن، جنس و تحصیلات با گروه مورد همتا شده بودند به صورت در

سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان بوده و حدود یک سوم کلیه سرطان‌ها در زنان را به خود اختصاص می‌دهد (۴). به طوری که مطابق با گزارش اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی شیوع این نوع سرطان در حال افزایش بوده و ۲۶ درصد کلیه انواع سرطان و ۱۵ درصد مرگ و میر ناشی از آنها را تشکیل می‌دهد. در کشور ایران نیز بیماری سرطان پستان یکی از شایع‌ترین انواع سرطان‌ها بوده و براساس آخرین آمار منتشر شده، میزان ابتلاء به این بیماری در زنان ایرانی ۵/۲۷ در هر صد هزار نفر است (۵). با افزایش میزان درمان یافتگان از سرطان پستان، توجه پژوهش‌ها به اثرات بلند مدت ناشی از بیماری و درمان‌های مربوط به آن در گستره زندگی مبتلایان جلب شده است. یکی از نظام‌های متأثر از بیماری سرطان، نظام خانواده می‌باشد (۶). محیط خانواده به عنوان اولین محیطی که ساختارها و الگوهای روانی، جسمانی و شخصیتی فرد در آن شکل می‌گیرد نقش مهمی را در تأمین سلامت جسمی و روانی افراد ایفا می‌نماید (۷). عملکرد خانواده آن چیزی است که خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی انجام داده و شامل مواردی همچون ارتباط برقرار کردن و دستکاری محیط برای حل مشکلات می‌شود. این عملکرد به چندین بخش تقسیم شده است که مهم‌ترین آنها عملکرد عاطفی، اجتماعی، زاد و ولد، اقتصادی و تأمین سلامتی، همبستگی، ابراز وجود خود در نظام خانواده، تعارض، گرایش‌های فرهنگی، گرایش‌های تفریحی، انضباط خانوادگی و جامعه پذیری خانواده را در بر می‌گیرد (۸). مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهند که عملکرد خانواده اثرات مهمی را بر سلامت اعضای خانواده داشته و موجب تقویت چرخه بهداشت روان در خانواده می‌گردد (۹). همچنین این گروه از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در شرایط استرس و وجود بیماری، عملکرد طبیعی خانواده دچار مشکلاتی می‌شوند (۱۰). لذا این عملکرد به عنوان یکی از عوامل مهم در پیشگیری و حافظ سلامت اعضای خانواده به حساب می‌آید (۱۱). اما با بررسی پیشینه پژوهشی صورت گرفته، می‌توان دریافت که این مهم در زنان مبتلاء به سرطان پستان که یک عضو اصلی در سیستم خانواده نیز هستند مورد توجه نبوده است. سیستم خانواده، با به اشتراک گذاشتن باورهای مشترک، به اعضای خود کمک می‌کند تا در موقعیت‌های بحرانی معنادمی مناسبی را کسب کرده و یک چشم انداز امیدوار کننده و مثبتی را در نظر داشته باشند. برای بدست آوردن این احساس انسجام، خانواده‌ها می‌توانند با تعریف مجدد بحران و در نظر گرفتن آن به عنوان یک چالش مشترک مدیریت بیشتری را در حل مشکل داشته باشند (۱۲). همسو با عملکرد مهم خانواده در سازگاری افراد با سرطان، گرایش معنوی افراد نیز نقش تعیین کننده‌ای را در پذیرش سرطان و سازگاری با آن ایفا می‌کنند. به طوری که باثور و لین (۲۰۰۳) بر این عقیده هستند که اگر مداخلات معنوی به این گروه از افراد ارائه شده و در جهت کاهش تنش‌های معنوی آنها اقدام گردد، بسیاری از بیماران با بیماری خود سازگار شده و مراحل انتهایی بیماری را پشت سر خواهند گذاشت (۱۳). ایمنوز نیز هوش معنوی را به عنوان استفاده سازگانه از اطلاعات معنوی جهت تسهیل حل مسائل روزمره و پیشرفت هدف تعریف می‌کند (۱۴) هوش معنوی موجب می‌شود فرد در برابر رویدادها و مشکلات زندگی بینش عمیق بیابد و از مشکلات نترسد (۱۵). در نتیجه این هوش در ارتقاء سلامت روانی و بهزیستی جسمانی و روانی افراد نقش بسزایی داشته (۱۵-۱۷) و به فرد توانایی سازگاری مؤثر و

بخشش را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سلامت وجودی به حس هدفمندی و رضایت از زندگی و سلامت مذهبی به رضایت حاصل از ارتباط با یک قدرت برتر یا خداوند اطلاق شده است. در مطالعه سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۳)، روایی پرسشنامه سلامت معنوی از طریق اعتبار محتوا مشخص شد و پایایی آن از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید (۲۴).

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از دو بخش آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در بخش توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی با توجه به رعایت پیش فرض‌های آمار پارامتریک تحلیل واریانس چند راهه استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی نشان‌دهنده آن بود که میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه افراد تحت درمان ۴۴/۳۰، گروه زنان قطع درمان شده سرطان پستان ۴۳/۰۵ و زنان غیر مبتلا ۴۲/۳۸ به دست آمده، بیشتر افراد هر سه گروه متأهل (۶۸٪)، خانه‌دار (۸۱٪) و دارای تحصیلات دیپلم (۶۳٪) بودند. همانطور که بعد توصیفی داده‌ها نیز نشان می‌دهد در برخی شاخص‌ها بین اعضای سه گروه تفاوت‌هایی وجود دارد (جدول ۱). مفروضه‌های اصلی تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که در آزمون M باکس ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان می‌باشد. آزمون لون نیز نشان داد که هم در نمره کل عملکرد خانواده ($F=1.157$) هم در نمره کل سلامت معنوی ($P>0/01$, $F=0/500$, $P>0/01$) مفروضه یکسانی واریانس‌ها در سه گروه برقرار است. همچنین با توجه به معنادار بودن نتایج آزمون چند متغیره لامبدای ویلکز ($P<0/05$), $F=3/342$) می‌توان دریافت که در ابعاد عملکرد خانواده و سلامت معنوی بین سه گروه مورد آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. لذا به‌منظور دستیابی به این هدف از تحلیل واریانس چند متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است (جدول ۲ و ۳).

دسترس و از سایر بخش‌های بیمارستان انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه سنجش عملکرد خانواده و پرسشنامه سلامت معنوی گردآوری شده و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره) تجزیه و تحلیل گردید.

پرسشنامه عملکرد خانواده (FDA)

این پرسشنامه یک ابزار ۶۰ سوالی است که برای سنجش عملکرد خانواده و بر مبنای الگوی مک مستر تدوین شده است. این مقیاس در سال ۱۹۸۳ توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاب با هدف توصیف ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است که توانایی خانواده را در سازش با حوزه وظایف خانوادگی با یک مقیاس خود گزارش دهی، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس اولین بار توسط نجاریان (۱۳۷۴) مورد استفاده قرار گرفته و مواردی همچون نقش‌ها، حل مشکل، ابراز عواطف، ارتباط، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار را مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۲). این تست با ضریب آلفای خرده مقیاس‌های خود از ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ از همسانی درونی نسبتاً خوبی برخوردار است و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۳).

پرسشنامه سلامت معنوی

مقیاسی ۲۰ سوالی بوده که توسط پولوتزین و الیسون (۱۹۸۲) طراحی شده که در آن ۱۰ سؤال سلامت مذهبی، و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. گویه‌های این مقیاس بر مبنای مقیاس شش درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. امتیازات از یک تا شش به ترتیب به گزینه‌های "کاملآ مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم، کاملآ موافقم" داده می‌شود. ۲۰ گویه پرسشنامه به طور کلی فلسفه اصلی زندگی، برآیند داشتن هدف و معنی در زندگی، عشق و

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد خانواده و معنویت به تفکیک گروه

متغیرها گروه‌ها	زنان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی	زنان درمان‌یافته از سرطان پستان	زنان غیر مبتلا
حل مشکل (عملکرد خانواده)	۱۱/۷۵ (۴/۱۹)	۱۶/۰۰ (۲/۵۰)	۱۷/۳۰ (۲/۳۱)
ارتباط (عملکرد خانواده)	۱۶/۷۵ (۲/۶۳)	۲۰/۱۱ (۲/۹۳)	۲۱/۹۰ (۳/۱۴)
نقش‌ها (عملکرد خانواده)	۲۱/۲۵ (۱/۵۰)	۲۲/۱۱ (۲/۰۲)	۲۳/۸۰ (۱/۰۶)
همراهی عاطفی (عملکرد خانواده)	۱۸/۲۵ (۰/۹۵)	۱۸/۵۶ (۳/۱۶)	۲۰/۳۰ (۴/۶۹)
آمیزش عاطفی (عملکرد خانواده)	۲۱/۰۰ (۴/۶۹)	۲۰/۳۳ (۲/۲۳)	۲۲/۲۰ (۴/۰۲)
کنترل رفتار (عملکرد خانواده)	۲۱/۲۵ (۱/۸۹)	۲۱/۶۷ (۲/۷۳)	۲۳/۱۰ (۳/۳۴)
عملکرد کلی (عملکرد خانواده)	۳۲/۰۰ (۱/۴۱)	۳۲/۱۱ (۲/۲۰)	۳۳/۰۰ (۲/۵۳)
سلامت مذهبی (سلامت معنوی)	۳۴/۲۵ (۵/۵۰)	۳۸/۱۱ (۴/۲۵)	۴۳/۵۰ (۴۹/۳)
سلامت وجودی (سلامت معنوی)	۳۳/۵۰ (۱/۲۹)	۳۹/۱۲ (۲/۲۶)	۴۲/۵۲ (۳/۶۴)
نمره کل سلامت معنوی	۶۷/۷۵ (۴/۹۹)	۸۱/۰۰ (۴/۸۴)	۸۳/۸۰ (۹/۱۳)

* مقادیر جدول به صورت میانگین (انحراف معیار) بیان شده‌اند.

جدول ۲: تحلیل واریانس چند متغیره مقایسه عملکرد خانواده و سلامت معنوی زنان مبتلاء و قطع درمان شده از سرطان پستان با همتایان غیر مبتلاء

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
حل مشکل (عملکرد خانواده)	۸۸/۴۵۴	۲	۴۴/۲۲۷	۵/۸۶۴	۰/۰۱	۰/۳۷۰
ارتباط (عملکرد خانواده)	۷۶/۳۳۱	۲	۳۸/۱۶۵	۴/۳۳۳	۰/۰۲۷	۰/۳۰۴
نقش‌ها (عملکرد خانواده)	۲۳/۶۳۱	۲	۱۱/۸۱۵	۳/۶۲۲	۰/۰۴۵	۰/۲۶۶
همراهی عاطفی (عملکرد خانواده)	۱۹/۳۶۳	۲	۹/۶۸۱	۰/۶۸۹	۰/۵۱۴	۰/۰۶۴
آمیزش عاطفی (عملکرد خانواده)	۱۶/۸۳۵	۲	۸/۴۱۷	۰/۶۶۹	۰/۵۲۳	۰/۰۶۳
کنترل رفتار (عملکرد خانواده)	۱۴/۲۶۳	۲	۷/۱۳۲	۰/۸۳۱	۰/۴۵۰	۰/۰۷۷
عملکرد کلی (عملکرد خانواده)	۴/۸۵۰	۲	۲/۴۲۵	۰/۴۷۱	۰/۶۳۱	۰/۰۴۵
سلامت مذهبی (سلامت معنوی)	۲۱۱/۵۶۵	۲	۱۰۵/۷۸۳	۴/۲۰۰	۰/۰۳۰	۰/۲۹۶
سلامت وجودی (سلامت معنوی)	۴۰۳/۴۳۷	۲	۲۰۱/۷۱۹	۱۴/۰۳۲	۰/۰۱	۰/۶۰۱
نمره کل سلامت معنوی	۵۷۳/۴۷۶	۲	۳۷۶/۷۳۸	۷/۴۲۸	۰/۰۰۴	۰/۴۲۶

جدول ۳: مقایسه میانگین نمرات مؤلفه‌های عملکرد خانواده و سلامت معنوی در سه گروه بیماران مبتلاء به سرطان پستان، قطع درمان شده از سرطان پستان و همتایان غیر مبتلاء با آزمون بونفرونی

متغیر	تحت درمان و سالم			قطع درمان و سالم		
	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
حل مشکل (عملکرد خانواده)	-۵/۵۵*	۱/۶۲۵	۰/۰۰۸	-۱/۳۰	۱/۲۶۲	۰/۹۴۶
ارتباط (عملکرد خانواده)	۵/۱۵*	۱/۷۴۸	۰/۰۲۴	-۱/۷۹	۱/۳۵۷	۰/۶۰۷
نقش‌ها (عملکرد خانواده)	-۲/۵۵	۱/۰۶۸	۰/۰۳۱	-۱/۶۹	۰/۸۳۰	۰/۱۶۶
همراهی عاطفی (عملکرد خانواده)	-۲/۰۵	۲/۲۱۸	۱/۰۰۰	-۱/۷۴	۱/۷۲۲	۰/۹۷۰
آمیزش عاطفی (عملکرد خانواده)	-۱/۲۰	۲/۰۹۸	۱/۰۰۰	-۱/۸۷	۱/۶۳۰	۰/۷۹۷
کنترل رفتار (عملکرد خانواده)	-۱/۸۵	۱/۷۳۳	۱/۸۹۶	-۱/۴۳	۱/۳۴۶	۰/۸۹۹
عملکرد کلی (عملکرد خانواده)	-۱/۰۰	۱/۳۴۲	۱/۰۰۰	-۰/۸۹	۱/۰۴۲	۱/۰۰۰
سلامت مذهبی (سلامت معنوی)	-۵/۰۵*	۲/۹۶۹	۰/۳۱۳	۳/۵۹	۲/۳۰۶	۰/۴۰۶
سلامت وجودی (سلامت معنوی)	۱۱/۰۰*	۲/۱۶۷	۰/۰۰۰	-۶/۳۹*	۱/۶۸۳	۰/۰۰۳
نمره کل سلامت معنوی	-۱۶/۰۵۰*	۴/۳۲۱/۲۱	۰/۰۰۳	-۲/۸۰۰	۳/۲۷۲/۱۶	۱/۰۰۰

اینکه بین کدام گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۳). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که مولفه‌های حل مشکل، ارتباط و نقش‌ها در متغیر عملکرد خانواده و مولفه‌های سلامت وجودی و نمره کل سلامت معنوی زنان مبتلاء به سرطان پستان تحت درمان به طور معنی‌داری پایین‌تر در دو گروه از زنان قطع درمان شده از بیماری و همتایان غیر مبتلاء بود ($P < 0.05$). همچنین در مقایسه نتایج بدست آمده بین زنان مبتلاء و درمان‌یافته از سرطان پستان نیز تفاوت معنی‌داری به دست آمد، به طوری که زنان تحت درمان نمرات کمتری را در مولفه‌های سلامت مذهبی و نمره کل سلامت معنوی را بدست

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانووا، بین شاخص‌های حل مشکل ($F = 5/86, P < 0.05$)، ارتباط ($F = 4/37, P < 0.05$)، نقش‌ها ($F = 3/62, P < 0.051$) در عملکرد خانواده و شاخص‌های سلامت مذهبی ($F = 4/20, P < 0.05$)، سلامت وجودی ($F = 15/03, P < 0.001$) و نمره کل سلامت معنوی ($F = 7/42, P < 0.05$) بین سه گروه زنان مبتلاء و قطع درمان شده از سرطان پستان با همتایان غیر مبتلاء تفاوت معنی‌داری وجود داشته و در شاخص‌های همراهی عاطفی ($F = 0/66, P > 0.001$)، آمیزش عاطفی ($F = 0/68, P > 0.001$)، کنترل رفتار ($F = 0/83, P > 0.001$)، عملکرد کلی ($F = 0/47, P > 0.001$) تفاوتی بین سه گروه وجود ندارد. به‌منظور پی بردن به

آوردند ($P < 0/05$). در مقایسه نمرات زنان قطع درمان شده و و زنان غیر مبتلاء نیز مشخص گردید که تنها در مؤلفه سلامت وجود متغیر سلامت معنوی بین دو گروه تفاوت وجود دارد که با بررسی میانگین‌های بدست آمده مشخص گردید که زنان قطع درمان شده در این زیر مقیاس نمرات کمتری را دریافت کرده‌اند.

بحث

از جمله عوامل مؤثر بر سلامت روان در انسان‌ها سلامت معنوی می‌باشد (۲۵). مطالعات صورت گرفته نشان داده‌اند که ارتباط مثبتی بین باورهای معنوی افراد و سلامت روان آنها وجود دارد (۲۶). از این رو معنویت و رشد معنوی در انسان و نقش آن در بخش‌های مختلف زندگی او، در چند دهه اخیر به صورتی روز افزون توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود اختصاص داده است (۲۷). چرا که مطالعات نشان دهنده این هستند که افراد دارای گرایش‌های معنوی قوی، در هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیتی که درون آن هستند داده، موقعیت تولید کننده فشار را بهتر اداره کرده و از سلامتی بهتری برخوردارند (۱۶، ۲۸، ۲۹). همسو با سلامت معنوی، کارکرد خانواده به عنوان اولین پایگاه ایمن برای فرد، در سلامت روانی و جسمانی افراد نقش مهمی را بازی می‌کند (۳۰). با توجه به اینکه بیماری سرطان اثرات عمیقی را بر ساختار فرد و خانواده بر جای می‌گذارد، این پژوهش با هدف مقیاس عملکرد خانواده و سلامت معنوی در بین سه گروه از زنان مبتلاء به سرطان، زنان قطع درمان شده از سرطان پستان و زنان غیر مبتلاء انجام گرفت. نتایج بدست آمده از این مطالعه نشان داد که در شاخص‌های حل مشکل، ارتباط و نقش‌ها در متغیر عملکرد خانواده و در شاخص‌های سلامت وجدی و نمره کل سلامت معنوی در متغیر سلامت معنوی بین دو گروه زنان مبتلاء به سرطان پستان با هم‌تایان غیر مبتلاء تفاوت معنی داری وجود داشته و زنان مبتلاء به سرطان پستان نمرات کمتری را دریافت کرده‌اند. همچنین بین دو گروه زنان قطع درمان شده و هم‌تایان غیر مبتلاء در شاخص سلامت وجودی و بین دو گروه زنان مبتلاء و قطع درمان شده در شاخص‌های سلامت و جودی و سلامت معنوی تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بدست آمد از یافته‌های متغیر سلامت معنوی این مطالعه را می‌توان همسو با یافته‌های حبیبی و سوادپور (۱۳۹۰)، ابراهیمی پور و همکاران (۱۳۹۴) و مغایر با نتایج مطالعات رضایی و همکاران (۱۳۸۷) دانست (۳۱-۳۳). ابراهیمی پور و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهش خویش که به بررسی سلامت معنوی در طیف گسترده بیماران مبتلاء به سرطان بیمارستان امید مشهد می‌پرداخت به این نتیجه رسید که بسیاری از بیماران مبتلاء به سرطان، سلامت معنوی متوسطی داشته و انجام مداخلات مبتنی بر سلامت معنوی در افراد به عنوان یکی از لازمه‌های درمان‌های روانشناختی می‌باشد (۳۳). حبیبی و سوادپور (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که سطح سلامت معنوی در بسیاری از افراد مبتلاء به سرطان تحت شیمی درمانی متوسط بوده و این گروه از افراد نیاز عمیقی به مداخلات معنوی دارند (۳۱). از جمله تفاوت‌های میان پژوهش‌های مذکور با مطالعه حاضر، تفاوت در نمونه و روش پژوهش بود، بدین صورت که در پژوهش‌های فوق طیف گسترده بیماران مبتلاء به سرطان مد نظر قرار داشته، اما در مطالعه حاضر تنها به بررسی سلامت معنوی در گروه مبتلاء و قطع درمان شده از سرطان پستان

پرداخته شده است. همچنین در این مطالعه به مقایسه سلامت معنوی در سه گروه افراد پرداخته شده که یافته‌ها را با دقت بیشتری نشان می‌دهد. همانطور که در بخش یافته‌ها نیز نشان داده شد، در بعد عملکرد خانواده نیز تنها در سه زیر مقیاس حل مشکل، رابطه و نقش‌ها بین دو گروه مبتلایان به سرطان پستان و زنان غیر مبتلاء تفاوت وجود داشته و سایر مؤلفه‌ها بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری ندارد. با توجه به اینکه تا کنون پژوهشی که به بررسی عملکرد خانواده در مبتلایان به سرطان پرداخته و منتشر شده باید یافت نشد، لذا در تبیین نتایج به مشاهدات بالینی پژوهشگر اکتفا می‌گردد. نخستین متغیری که بین دو گروه مبتلایان و زنان غیر مبتلاء در عملکرد خانواده معنی‌دار شد، مؤلفه حل مشکل می‌باشد. این بعد مربوط می‌شود به توانایی خانواده در حل مشکلات در حدی که بتواند کارآیی مؤثری داشته باشد. حل مشکل شامل هفت مرحله است که عبارتند از: ۱) شناسایی مشکل، ۲) مشکل را به اطلاع افراد یا منابع ذیربط رساندن، ۳) چاره اندیشی برای راه حل‌های متعدد، ۴) تصمیم در مورد یک راه حل عملی، ۵) اجرا و عمل نمودن تصمیم، ۶) کنترل اجرایی و ۷) ارزشیابی میزان موفقیت راه حل بکار گرفته شده (۳۴). هرگاه مراحل به خوبی اجرا شوند، مشکل به مؤثرترین وجه حل می‌شود و هرگاه خانواده در شناسایی و تشخیص مشکل خود در بماند، در حل مشکلات ناتوان خواهد بود. با توجه به اینکه بیماری سرطان به عنوان یک بیماری مزمن سخت شناخته می‌شود، پس از ابتلاء و گرفتن تشخیص سرطان مشکلات بسیاری فرد و خانواده مبتلاء به در بر گرفته و سلامت خانواده را متأثر می‌سازد (۳۶). مطابق با مشاهدات بالینی پژوهشگر نیز این مشکلات در سطوح گسترده‌ای از خانواده وجود داشته و با حل یک مشکل، مشکلات بعدی به دنبال آن به وجود می‌آیند، در نتیجه در گذر زمان فرسودگی روانی حاصل شده و قدرت و مسئله از خانواده سلب می‌گردد. همسو با مؤلفه حل مشکل نمرات مؤلفه ارتباط نیز در زنان مبتلاء به سرطان پستان کمتر بدست آمد. بعد ارتباط مربوط به توانایی خانواده در تبادل اطلاعات است. مدل مک مستری بر ارتباط کلامی توجه بیشتری دارد. چهار نوع ارتباط در این مدل شناسایی شده است: ۱. آشکار و صحیح، ۲. آشکار و غیر صحیح، ۳. نقاب دار و صحیح، ۴. نقابدار و غیر صحیح (۳۵). مؤثرترین شکل ارتباط، نوع آشکار و صریح آن است و کم‌اثرترین آن، نقاب دار و غیر صحیح می‌باشد. زیرا پیام‌های ناآشکار و غیر صحیح به دلیل ابهام، دوگانگی، متعارض یا پوشیده بودنشان، مخاطبان را سردرگم و مضطرب می‌سازند. به همین دلیل بهتر است که پیام‌ها به طور مستقیم توسط شخص فرستنده، و نه از طریق واسطه یا شخص سوم، ابلاغ گردد. در چنین شرایطی احتمال سوء تفاهم و یا حتی سوء استفاده شخص واسطه وجود دارد (۳۶). مطابق با مطالعات صورت گرفته، الگوهای ارتباطی موجود در خانواده، بر الگوهای ارتباطی که فرزندان بعدها در خانواده خود به کار خواهند برد، مؤثر است. ارتباط محدود به کلمات نمی‌شود بلکه گوش دادن، سکوت، برخورد نگاه‌ها، حالت چهره، ژست‌ها، لمس کردن، حالت بدن و تمام نمادهای غیر کلامی دیگر و رمزیایی که برای ارسال و دریافت معنا به کار می‌روند را نیز شامل می‌شود (۳۷). به دنبال دریافت تشخیص سرطان، خانواده مبتلایان به سرطان دچار یک شوک بزرگ و یک غم از دست دادن می‌گردند که این مسئله موجب تشدید مشکلات هیجانی در افراد خانواده شده و زمینه‌های مشکلات ارتباطی را بیشتر می‌کند. در مؤلفه نقش‌ها نیز نتایج

کرده‌اند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، محدودیت در دسترسی به نمونه بود، به طوری که تنها به یک بیمارستان اکتفا گردید، از دیگر محدودیت‌های پژوهش کمبود پیشینه در زمینه عملکرد خانواده بود. به طوری که می‌توان پژوهش حاضر را یکی از نخستین مطالعات این حوزه دانست. بر اساس نتایج حاصل از مطالعه پیشنهاد می‌گردد که مطالعات آینده با الهام از یافته‌های پژوهش حاضر به اثربخشی مداخلات مبتنی بر معنویت در جهت ارتقای سلامت معنوی زنان مبتلاء به سرطان پستان بپردازند، همچنین پیشنهاد می‌شود که رویکردهای خانواده درمانی در جهت کاهش مشکلات خانواده زنان مبتلاء به سرطان پستان به کار گرفته شود.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر مستخرج از طرح مصوب مؤلف مسئول مقاله بوده که با همکاری مرکز تحقیقات سرطان و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اجرا گردیده است. جا دارد که از کلیه همکاران، بیماران و خانواده‌های آنها که در پژوهش حاضر شرکت داشتند کمال تقدیر و تشکر به عمل آید.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان مقاله وجود ندارد.

بدست آمده نشان دهنده وجود مشکلات نقش در زنان مبتلاء به سرطان پستان بود. این سازه، کارآمدی خانواده را بر اساس تخصیص وظایف و تکالیف به اعضای خانواده و کامل نمودن تکالیف از سوی آنها توصیف می‌کند. نقش‌ها گاه به صورت رسمی و گاه به صورت غیر رسمی تخصیص می‌یابند، در بسیاری از خانواده‌ها بیشتر به صورت غیر رسمی تخصیص می‌یابند، در بسیاری از خانواده‌ها بیشتر به صورت الگوهای عادی برای اعضای خانواده در می‌آیند. این الگو نقش‌هایی را که برای عملکرد سالم خانواده انجام می‌گیرد از کارکردهای غیر ضروری متمایز می‌سازد (۳۸). همانطور که گزارشات افراد مبتلاء به بیماری نیز نشان داد، در اثر ابتلاء به بیماری و عدم توانایی ایفای نقش زنانگی و مادانه از سوی بیماران، موضوع ابهام نقش در خانواده پیش می‌آید که زمینه ساز افزایش اختلافات خانواده می‌گردد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقیاسه عملکرد خانواده و سلامت معنوی در زنان مبتلاء و قطع درمان شده از سرطان پستان، با همتایان غیر مبتلاء انجام گردید، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که غیر از مؤلفه‌های نقش‌ها، ارتباطات و حل مشکل که میان دو گروه مبتلایان و زنان غیر مبتلاء تفاوت وجود داشت، سایر ابعاد بین سه گروه تفاوت معنی داری نداشته و مشکل خاصی نیز گزارش نشد، در بعد مولفه‌های سلامت معنوی نیز نتایج نشان داد بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود داشته و در این میان زنان مبتلاء به سرطان پستان نمرات کمتری را دریافت

References

1. Dietz WH, Douglas CE, Brownson RC. Chronic Disease Prevention: Tobacco Avoidance, Physical Activity, and Nutrition for a Healthy Start. *JAMA*. 2016;316(16):1645-6. DOI: [10.1001/jama.2016.14370](https://doi.org/10.1001/jama.2016.14370) PMID: 27668419
2. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K. Elderly cancer patients' psychopathology: a systematic review: aging and mental health. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;60(1):9-15. DOI: [10.1016/j.archger.2014.09.008](https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.09.008) PMID: 25266607
3. Yeter K, Rock CL, Pakiz B, Bardwell WA, Nichols JF, Wilfley DE. Depressive symptoms, eating psychopathology, and physical activity in obese breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2006;15(6):453-62. DOI: [10.1002/pon.974](https://doi.org/10.1002/pon.974) PMID: 16173111
4. Brunßen A, Hübner J, Katalinic A, Nofzt MR, Waldmann A. *Breast Cancer Epidemiology. Management of Breast Diseases*: Springer; 2016. p. 125-37.
5. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J*. 2007;13(4):383-91. DOI: [10.1111/j.1524-4741.2007.00446.x](https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00446.x) PMID: 17593043
6. Baider LE, Cooper CL, Kaplan De-Nour AE. *Cancer and the family*: John Wiley & Sons; 1996.
7. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull*. 2002;128(2):330-66. PMID: 11931522
8. Betancourt TS, Ng LC, Kirk CM, Brennan RT, Beardslee WR, Stulac S, et al. Family-based promotion of mental health in children affected by HIV: a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(8):922-30. DOI: [10.1111/jcpp.12729](https://doi.org/10.1111/jcpp.12729) PMID: 28504307
9. Welsh MJ, Gaestel M. Small heat-shock protein family: function in health and disease. *Ann N Y Acad Sci*. 1998;851(1):28-35. PMID: 9668602
10. Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *Cancer*. 2008;112(11 Suppl):2556-68. DOI: [10.1002/cncr.23449](https://doi.org/10.1002/cncr.23449) PMID: 18428199
11. Lima FE, de Araujo TL. [Correlation of basic conditioning factors for selfcare of patients who underwent coronary bypass]. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(5):519-23. PMID: 16613382
12. Antonovsky A, Sourani T. Family sense of coherence and family adaptation. *J Marr Fam*. 1988;79-92.
13. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003;44(1):69-80. PMID: 12956671
14. EsmaeilPour Zanjani S, Mashof S, Safari Z, Abasi M. Relationship between self-efficacy and Spiritual

- Intelligence in family caregivers of elders with Alzheimer. *Med Figh*. 2012;4(11,12):151-66.
15. Kaheni S, Heidar-Fard J, Nasiri E. Relationship between Spiritual Intelligence and Medical-Demographic Characteristics in Community-dwelling Elderly. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2013;23(101):94-101.
 16. Bayrami M, Movahedi M, Movahedi M. The Role of Spiritual Intelligence in Perceived Stress, Anxiety and Depression of Lorestan Medical University Students (Iran). *J Babol Univ Med Sci*. 2014;16(1):56-62.
 17. Ghana S, Jouybari L, Sharif Nia S, Hekmat Afshar M, Sanagoo A, Chehreh Gosha M. Correlation of spiritual intelligence with some of demographic and educational factors among the students of Golestan University of Medical Sciences. *J Health Promot Manage*. 2013;2(1):17-23.
 18. Heidari Pahlavian A, Gharakhani M, Mahjub H. A Comparative Study of Stressful Life Events and Stress Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients and Non-Patients. *Sci J Hamadan Univ Med Sci*. 2010;7(3):33-8.
 19. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol*. 2010;28(3):445-52. [DOI: 10.1200/JCO.2009.24.8005](#) [PMID: 20008625](#)
 20. Bahrainian SA-M, Saadat R, Shakeri N, Azizi F. Survey on the Patients' Attitudes toward the Impact of Spirituality on the Process of their Treatment. *Med Ethics J*. 2016;4(14):131-48.
 21. Zamanzadeh V, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar A-R, Alavi-Majd H, Mirza-Ahmadi F, et al. Spirituality in Cancer Care: A Qualitative Study. *J Qual Res Health Sci*. 2014;2(4):366-78.
 22. Zadeh Mohammadi A, Malekkhosravi G. Preliminary study of psychometric properties of family assessment device (FAD). *Fam Stud*. 2006;5(14):69-89.
 23. Beyrami M, Farnam A, Gholizadeh H, Imani M. Depressed Patient's Family Functioning, a Study Based on McMaster's Model. *Med J Tabriz Univ Med Sci*. 2010;23(2):25-9.
 24. Seyed Fatemi N, Rezai M, Givari A, Agha Hosseini F. Prayer and its relation to the spiritual health of patients with cancer. *Payesh*. 2007;5(4):295-304.
 25. Bayrami M, Movahedi Y, Movahedi M. The role of spiritual intelligence in perceived stress, anxiety and depression of Lorestan Medical University Students (Iran). *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2014;16(1):56-62.
 26. Kashdan TB, Nezlek JB. Whether, when, and how is spirituality related to well-being? Moving beyond single occasion questionnaires to understanding daily process. *Pers Soc Psychol Bull*. 2012;38(11):1523-35. [DOI: 10.1177/0146167212454549](#) [PMID: 22854790](#)
 27. Khodabakhshi Koolae A, Heidari M, Khoshkonesh A, Heidari M. Relationship between Spiritual Intelligence and Resilience to Stress in Preference of Delivery Method in Pregnant Women. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil*. 2013;16(58):8-15.
 28. Khodabakhshi S, Rahimikia A, Jafari H. Identifying the relationship between spiritual quotient and mental health in the students of Lorestan university of medical sciences. *Yafteh*. 2014;16(1):58-65.
 29. Naderi F, Roushani K. The Relations between Spiritual Intelligence, Social Intelligence and Death Anxiety in Ahwaz WomanSeniles. *Women Cult*. 2010;2(6):55-125.
 30. Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(3):225-31. [PMID: 11879160](#)
 31. Habibi A, Savadpour MT. Spiritual Well-being in Cancer Patients under Chemotherapy. *J Health Care*. 2011;13(3):0-.
 32. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat*. 2009;14(4):33-9.
 33. Hossein Ebrahimipour M, Vejdani A, Taghipour A, Babaei Heidarabadi Y, Molavi T, Arash, Shirdel M. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences -2012. *J Res Relig Health*. 2015;1(2):3-9.
 34. Sahler OJ, Dolgin MJ, Phipps S, Fairclough DL, Askins MA, Katz ER, et al. Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: results of a multisite randomized clinical trial. *J Clin Oncol*. 2013;31(10):1329-35. [DOI: 10.1200/JCO.2011.39.1870](#) [PMID: 23358975](#)
 35. Ryan CE, Epstein NB, Keitner GI. Evaluating and treating families: The McMaster approach: Taylor & Francis; 2005.
 36. Crane DR, Christenson J. A summary report of cost-effectiveness: Recognizing the value of family therapy in health care. *Medical Family Therapy: Springer*; 2014. p. 419-36.
 37. Wittenberg E, Borneman T, Koczywas M, Del Ferraro C, Ferrell B. Cancer Communication and Family Caregiver Quality of Life. *Behav Sci (Basel)*. 2017;7(1):12. [DOI: 10.3390/bs7010012](#) [PMID: 28257110](#)
 38. Galvin KM, Braithwaite DO, Bylund CL. Family Communication: Cohesion and Change (Subscription): Routledge; 2015.

Evaluating Family Functioning and Spiritual Health in Women with Breast Cancer, Cancer-Treated and Healthy Women

Razieh Mousavi Diva¹, Nasireh Moghadamfar², Omid Amani^{3,*}

¹ MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sari, Sari, Iran

² MSc, Department of Psychology, Islamic Azad University Science and Research, Tehran, Iran

³ Clinical Psychologist, Psycho-Oncology Research Center, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Omid Amani, Clinical Psychologist, Psycho-Oncology Research Center, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail: o.amani69@yahoo.com

Received: 14 Jun 2017

Accepted: 16 Nov 2017

Abstract

Introduction: Family by sharing common beliefs helps its members to deal with critical situations and have a positive outlook in mind. In line with the important function of a family in coping with problems, people's spiritual orientation also plays a decisive role in the acceptance of the problems and compatibility with them. This study aimed to compare the performance of family and spiritual health in women with the breast cancer, breast cancer-treated women and their healthy counterparts.

Methods: In this case-control study, 50 women with breast cancer, 50 breast cancer-treated women and 50 healthy women were selected by purposeful sampling from Shohadaye Tajrish Hospital in Tehran and were compared in terms of spiritual well-being and family functioning. The data collection tool was a questionnaire of spiritual health and family functions. The data were analyzed using multivariate analysis of variance by the SPSS 22 software.

Results: Results showed that components of problem solving, communication and roles in the variables of family function, existential well-being and the total score of spiritual well-being of women under the breast cancer treatment were significantly lower than the other two groups of women stopping the treatment and the healthy women ($P < 0.05$). Also, there was a significant difference between the scores of women with the breast cancer and those who had treated; scores in the components of religious health and the total score of spiritual health were lower in women under the treatment compared to the other two groups ($P < 0.05$). There was only a significant difference in the spiritual health between the treated women and healthy ones; the treated women had a lower score in spiritual health compared to the healthy women.

Conclusions: The family function and spiritual health directly and indirectly affects the mental health of patients with breast cancer and the process of physical recovery. According to these findings, providing family-therapeutic and spiritual therapy-based interventions to improve family function and increase spiritual well-being is among the research priorities.

Keywords: Spiritual Health, Family Function, Chemotherapy, Breast Cancer