Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2017, Vol: 5, No: 1, Pages: 1-10.

Relationship of Praying and Life Expectancy with General Health of the Women Suffering from Breast Cancer

Mohammad Javad Aghajani[1]*, Bahman Akbari[2]

1- Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Iran
2- Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Iran

***Corresponding Author:**
Mohammad Javad Aghajani
Department of Psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Iran

Email:
psy.aghajani@yahoo.com

Received: 17 July 2016
Revised: 18 June 2017
Accepted: 19 June 2017

Abstract

Background and Purpose: Breast cancer is the most common type of cancer in women, which jeopardizes different aspects of individual health. In this study, we aimed to determine the association of praying and life expectancy with general health of women suffering from breast cancer.

Materials and Methods: This descriptive, correlational study was carried out in Rasht, Iran, 2016. The study population included 115 patients, 90 of whom were selected using the Morgan table. The data collection tools comprised of Miller Hope Scale (MHS), General Health Questionnaire, and pray questionnaire. Afterwards, the data were analyzed using multivariable regression statistical methods and Pearson product-moment correlation coefficient.

Results: The results showed a significant negative correlation between praying and general health ($r=-0.463$, $P<0.01$) and its parameters, that is, physical signs, anxiety, social conflict, and depression. In addition, there was a significant negative correlation between praying behaviors and general health ($r=-0.329$, $P<0.01$) and its parametes, namely physical signs, anxiety, social conflict, and depression.

Conclusion: The results of this study indicated that the correlation of praying behaviors and life expectancy with general health of women suffering from breast cancer was significant. This finding underscores the need for spritual methods in order to promote optimism and hopefulness in medical treatment.

Keywords: Breast cancer, General health, Life expectancy, Praying, Women

▶ **Citation:** Aghajani MJ, Akbari B. Relationship of Praying and Life Expectancy with General Health of the Women Suffering from Breast Cancer. Religion and Health, Spring & Summer 2017; 5(1): 1-10 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی
دوره ۵، شماره ۱، سال ۱۳۹۶ صفحه: ۱۰-۱.

ارتباط دعاکردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه

محمد جواد آقاجانی[1*]، بهمن اکبری[2]

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

* مؤلف مسئول:
محمد جواد آقاجانی
گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

Email:
psy.aghajani@yahoo.com

دریافت: ۲۷ تیر ۱۳۹۵
اصلاحات: ۲۸ خرداد ۱۳۹۶
پذیرش: ۲۹ خرداد ۱۳۹۶

چکیده

سابقه و هدف: شایع‌ترین سرطان در میان زنان، سرطان سینه است که جنبه‌های مختلف سلامت فردی را به مخاطره می‌اندازد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین دعاکردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی است که در سال ۱۳۹۵ در شهر رشت صورت گرفت. جامعه این پژوهش شامل ۱۱۵ بیمار بود که ۹۰ نفر از آنان با استفاده از جدول مورگان انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، امید به زندگی Miller (MHL: Miller's Hopefulness to Life)، سلامت عمومی (PHS: Public Health Scale) و رفتار دعاکردن (PQ: Pray Questionnaire) گردآوری و با کمک شیوه‌های آماری رگرسیون چندمتغیری و همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج این پژوهش نشان داد که بین رفتار دعاکردن با سلامت عمومی در سطح ۰/۴۶۳- و مؤلفه‌های آن شامل: علایم جسمی، اضطراب، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی، ارتباط منفی معناداری وجود دارد ($P<0/01$). همچنین بین امید به زندگی با سلامت عمومی در سطح ۰/۳۲۹- و مؤلفه‌های آن شامل: علایم جسمی، اضطراب، ناکنش‌وری اجتماعی و افسردگی، ارتباط منفی معناداری مشاهده شد ($P<0/01$).

استنتاج: نتایج پژوهش حاضر، نشان‌دهنده ارتباط منفی معنادار بین رفتار دعاکردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه است که می‌تواند راهنمایی برای استفاده از معنویت و پرورش احساس خوش‌بینی و امیدواری در فرآیند درمان پزشکی باشد.

واژه‌های کلیدی: امید به زندگی، دعاکردن، زنان، سرطان پستان، سلامت عمومی

◀ **استناد:** آقاجانی، محمد جواد؛ اکبری، بهمن. ارتباط دعاکردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۶؛۵(۱): ۱۰-۱ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم یکی از امراض جدی به‌شمار می‌رود که متأسفانه خطر ابتلا به آن فراوان است. سالانه بیش از هفت میلیون نفر در جهان بر اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که این آمار تا سال ۲۰۲۰، به ۱۵ میلیون نفر برسد (۱). ۹ درصد از مرگ و میرها در جهان به‌دلیل بیماری سرطان است. در ایران نیز این بیماری یکی از مشکلات عمده می‌باشد؛ چراکه طبق آمارهای موجود، بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی و سوانح، سومین علت مرگ افراد، بیماری سرطان است (۲).

این بیماری آثار مخرب خود را به‌صورت‌های گوناگون نشان می‌دهد. اول اینکه، آگاهی از ابتلا به سرطان یک تجربه نگران‌کننده است. به‌علاوه، ممکن است فشارهای روانی پس از مدتی از بین برود؛ اما روند درمان سرطان با فشارهای تازه‌ای همراه است. شاید به همین دلیل، بسیاری از بیماران، عوارض روانی مانند خشم یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه‌بندی می‌کنند (۳).

درمان سرطان تقریباً همیشه با روش‌های تهاجمی شروع می‌شود. جراحی موجب تغییراتی در شکل و ظاهر بدن می‌گردد. اشعه‌درمانی و شیمی‌درمانی ممکن است پس از جراحی انجام شود تا تعدادی از سلول‌های میکروسکوپی سرطان را که در نقطه‌ای از بدن پنهان شده‌اند نابود کند. به‌دلیل ماهیت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی‌مدت با داروهای سمی را بپذیرد. معالجه این بیماری، هفته‌ها یا ماه‌ها به طول می‌انجامد و عوارض جانبی آن به‌صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی‌های پوستی و تغییرات وزنی تجربه می‌شوند. بستری‌شدن‌های متعدد درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود. در بیشتر موارد در هنگام شیمی‌درمانی و حتی قبل و بعد از آن، فرد احساس ترس و اضطراب عمیقی می‌کند که احتمالاً به‌دلیل عوارض شیمی‌درمانی، سوراخ‌کردن ورید برای تزریق، احساس انزوا و از دست دادن استقلال فردی است. به‌علاوه، عوارض جانبی شیمی‌درمانی سبب می‌شود که بیماران از جنبه‌های مختلف زندگی لذت نبرند (۴). همچنین مواردی مانند آثار بیماری بر روابط خانوادگی، مشکلات اقتصادی بیمار و مسائل تغذیه‌ای می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۵).

سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در میان زنان در کشورهای پیشرفته و دومین سرطان شایع در ایران است. این بیماری با توجه به تفاوت در گسترش آن در نقاط مختلف جهان و میزان مرگ و میر افراد، به‌عنوان یکی از مشکلات سلامتی در سراسر دنیا و ازجمله ایران شناخته می‌شود (۶). مهم‌ترین عوامل خطرساز سرطان سینه عبارت‌اند از: بیماری خوش‌خیم زمینه‌ای، دفعات باروری، رادیاسیون قبلی سینه، مصرف الکل (۷)، قاعدگی زودرس، سن بالا در هنگام اولین زایمان، فاکتورهای هورمونی درون‌زا (سطح بالای استروژن آزاد نسبت به استروژن متصل به پروتئین‌های سرم) یا برون‌زا (مثل استفاده طولانی‌مدت از قرص‌های ضدبارداری یا هورمون جایگزین در زنان یائسه)، یائسگی دیررس و رژیم غذایی (۸).

طبق بررسی‌ها، در کشورهای توسعه‌یافته از هر ۸ تا ۱۲ زن، یک نفر در طول عمر خود به سرطان سینه مبتلا می‌شود. به‌علاوه، زنان مبتلا به سرطان سینه به‌دنبال ماستکتومی، عضوی را از دست می‌دهند که نماد جنسیت و زن‌بودن آن‌ها است. همین مسأله سبب ایجاد اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خود، کاهش اعتماد به نفس و جذابیت زنانه می‌شود و پس از آن اضطراب، افسردگی و ناامیدی را برای بیماران به همراه دارد (۹). سرطان سینه از لحاظ بار بیماری، مقام سوم و از نظر علت مرگ با نسبت ۴ در ۱۰۰ هزار نفر، پنجمین مقام را در بین انواع سرطان در کشور دارد. این بیماری، یک دوره پرفشار برای زنان مبتلاست که در صورت بی‌توجهی به وضعیت

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

روانی آنان ممکن است سبب درماندگی شود (۱۰). اعمال مذهبی بیمار را درمان نمی‌کند؛ اما سبب ایجاد احساس خوب و جلوگیری از افزایش مشکلات می‌شود (۱۱)؛ بنابراین مذهب و رفتارهای معنوی مانند نماز و دعاکردن که پیش از این، در قرآن و انجیل و در تحقیقات ۱۰۰ سال پیش Galton و James آمده است، به‌عنوان راهبردی مؤثر در حفظ سلامت انسان‌ها عمل می‌کند. دعا و نیایش به منزله آگاهی از هستی یا نیرویی فراتر از جنبه‌های مادی زندگی است که احساس عمیقی از وحدت و پیوند با کائنات را به وجود می‌آورد و می‌تواند در ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت عمومی افراد نقش عمده‌ای داشته باشد. از سال ۱۹۸۸، تقریباً ۲۰۰ مطالعه کنترل‌شده در زمینه تأثیر دعا بر سلامت و بهبود وضعیت عمومی بیماران مبتلا به ایدز، سرطان و آلزایمر انجام شده است (۱۲).

یک مطالعه ملی در آمریکا نشان داد که ۸۱ درصد از پرستاران، خواندن دعا را به بیماران خود توصیه می‌کردند و ۷۹ درصد از بیماران نیز از خانواده و نزدیکان خود می‌خواستند تا برای بهبودی‌شان دعا کنند (۱۳). Harris و همکاران در یک کارآزمایی بالینی دوسویه‌کور، تأثیر دعا بر پیامد و مدت بستری بیماران در بخش مراقبت‌های قلبی را بررسی کردند. در ابتدای پژوهش، ۱۰۱۳ بیمار در دو گروه مشاهده و مداخله به‌طور اتفاقی تقسیم شدند. نام کوچک بیماران گروه مداخله به تیم دعادرمانی ارائه شد و آن‌ها به مدت ۴ هفته روزانه برای این افراد دعا کردند. در پایان مشخص شد که متوسط مدت بستری گروهی که برای آن‌ها دعا شده بود کمتر از گروه مشاهده بود و عوارض کمتری نیز در آن‌ها مشاهده گردید (۱۴). علاوه‌براین، تأثیر رفتار دعاکردن بر کاهش اضطراب (۱۵)، ترس از روبه‌رو شدن با سرطان (۱۶) و اضطراب مرگ در بیماران همودیالیزی به اثبات رسیده است (۱۷).

Jung در پاسخ به سؤال مذهب چیست، می‌گوید: «آن‌ها سیستم‌های روان‌درمانی هستند. ما روان‌درمانگران چه می‌کنیم؟ سعی ما بر این است که رنج‌های ذهن و روان انسان‌ها را درمان کنیم. مذهب نیز همین کار را می‌کند؛ بنابراین خدا خودش شفادهنده است. او پزشکی است که بیماران را شفا می‌دهد و مشکلات روانی را حل می‌کند. این دقیقاً همان چیزی است که ما روان‌درمانی می‌نامیم» (۱۸).

علاوه بر باورهای مذهبی و رفتار دعاکردن، به‌نظر می‌رسد که در مقایسه با سایر بیماری‌های مزمن، سرطان بیشترین تأثیر را بر احساس امید به زندگی افراد دارد. بیشتر پژوهش‌های مربوط به امید به زندگی درباره بیماران سرطانی است؛ چراکه این بیماری به نوعی تهدیدکننده امید به زندگی افراد است؛ بنابراین احساس امیدواری، عامل سازگاری مهمی در بیماری‌های مزمن ازجمله سرطان است و به‌عنوان یک مفهوم پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می‌شود (۱۹). این احساس، دارای آثار زیستی است و می‌تواند بر کنترل درد و ناتوانی جسمی بیماران تأثیرات مثبتی داشته باشد. امید و انتظار باعث فعال‌شدن مدارهای مغزی، آزادشدن آندروفین و کاهش درد در بدن می‌شود. افراد امیدوار، گذرگاه‌های بیشتری برای پیگیری اهداف خود دارند و هنگام مواجهه با موانع می‌توانند انگیزه خود را حفظ نمایند و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند (۲۰).

تفکر امیدوارانه و بیماری سرطان از دو طریق به یکدیگر مربوط می‌شوند. افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز می‌شوند و در حل آن، فعالانه‌تر عمل می‌کنند. این افراد احتمالاً بیشتر به رفتارهای غربالگری سرطان مانند ماموگرافی یا آزمون سینه توسط خودشان می‌پردازند. به‌علاوه، چنین بیمارانی در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و سازگاری بیشتری از خود نشان می‌دهند (۲۱).

در میان عوارض بیماری سرطان، مواردی مانند: اضطراب، افسردگی، خستگی جسمانی و همچنین مشکلات سازگاری از فراوانی بیشتری برخوردارند که همه این مؤلفه‌ها، بخشی از سلامت عمومی افراد به حساب می‌آید (۲۲). این مؤلفه سلامت، لازمه یک

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است. سلامت افراد یک جامعه، به‌خصوص قشرهای مؤثر و سازنده آن در پویایی، بالندگی و اعتلای جامعه نقش اساسی دارد. از سویی دیگر، نبود سلامت در جامعه، علاوه بر ایجاد مشکلات فراوان فردی، عوارض اجتماعی گسترده‌ای نیز به همراه دارد.

با توجه به شیوع اضطراب، افسردگی و خستگی جسمی در زنان مبتلا به سرطان سینه و اهمیت باورهای معنوی و نقش امیدواری در افزایش توان مقابله‌ای این بیماران، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه رفتار دعاکردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه در مراکز درمانی شهر رشت انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- همبستگی روی ۹۰ نفر از کل زنان مبتلا به سرطان سینه (۱۱۵ نفر) تحت شیمی‌درمانی در شهر رشت در سال ۱۳۹۵ انجام شد. معیارهای تعیین‌شده برای ورود نمونه‌ها به پژوهش شامل: اطلاع از بیماری، حضور در حداقل یک جلسه شیمی‌درمانی، نداشتن اختلال‌های روانپزشکی براساس اظهارات شخصی بیماران و تمایل به شرکت در تحقیق بود. حجم نمونه نیز با کمک جدول مورگان تعیین شد. از این جدول می‌توان در هنگام دسترسی‌نداشتن به واریانس جامعه استفاده کرد. طبق این جدول، N به‌عنوان حجم جامعه و S، حجم نمونه محسوب می‌شود. بر این اساس، حجم نمونه تعیین‌شده برای جامعه‌ای به تعداد ۱۲۰ برابر، ۹۲ نفر خواهد شد؛ بنابراین در پژوهش حاضر با حجم جامعه برابر ۱۱۵ نفر، تعداد نمونه برابر ۹۰ نفر تعیین شد. به همه شرکت‌کنندگان گفته شد که در هر مرحله می‌توانند از ادامه اجرای پژوهش انصراف دهند. در ضمن فقط محقق از تمامی اطلاعات مندرج در پرسشنامه‌ها اطلاع خواهد داشت.

داده‌های پژوهش با ابزاری چهار بخشی شامل: پرسشنامه‌های اطلاعات فردی (سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات)، پرسشنامه امید به زندگی Miller (MHL: Miller's Hopefulness to Life)، فرم ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (PHS: Public Health Scale) و پرسشنامه رفتارهای مرتبط با دعا (PQ: Pray Questionnaire) گردآوری شدند.

پرسشنامه دعا که در مجموع ۱۷ سؤال دارد، میزان تکرار دعا را با یک مقیاس لیکرت ۶ گزینه‌ای از اصلاً (نمره ۱) تا به‌طور مداوم (نمره۶) می‌سنجد. نمره بالاتر نشان‌دهنده تناوب بیشتر دعا است و چهار سؤال آخر نیز نگرش افراد به دعا را اندازه می‌گیرد. در یک مطالعه مقدماتی، پایایی پرسشنامه توسط ضریب پایایی آلفای کرونباخ تعیین شد که مقدار آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس رفتارهای مرتبط با دعا ۰/۷۰، خرده مقیاس نگرش نسبت به دعا ۰/۷۷ و برای کل ابزار ۰/۷۳ بوده است (۲۳).

پرسشنامه امید به زندگی Miller، ۴۸ جنبه از حالت‌های امید و درماندگی را دربرمی‌گیرد و ارزش نمره هر جنبه، از ۱ تا ۵ متغیر است. دامنه امتیازات کسب‌شده در این آزمون، بین ۴۸ تا ۲۴۰ است که نمره ۴۸، حداقل امید و نمره ۲۴۰، حداکثر آن را نشان می‌دهد. برای ضرایب پایایی مقیاس امیدواری نیز از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد که به‌ترتیب برابر با ۰/۹۲ و ۰/۹۵ و بیانگر ضرایب پایایی مطلوب است. برای تعیین روایی نیز، نمره آن با نمره سؤال ملاک همبسته شد و مشخص گردید که رابطه مثبت معناداری بین نمره آن‌ها وجود دارد. این موضوع بیانگر این است که پرسشنامه مذکور روایی لازم را دارد (۳).

پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، دارای چهار مقیاس شامل: علایم جسمانی، علایم اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. در این پرسشنامه نمره‌گذاری طبق روش لیکرت صورت می‌گیرد و گزینه اصلاً، برابر نمره صفر، در حد معمول برابر با نمره ۱، بیش از حد معمول برابر با ۲ و به مراتب بیشتر از حد معمول، مساوی ۳ درنظر گرفته می‌شود. می‌توان نمرات هر آزمودنی را در این چهار مقیاس به‌طور جداگانه یا به‌طور

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

کلی محاسبه کرد. بدترین حالت از نظر سلامت عمومی، بیشترین نمره و بهترین حالت آن، کمترین نمره است. روایی و پایایی این پرسشنامه در چندین پژوهش به اثبات رسیده و آلفای کرونباخ آن ۹۱ درصد گزارش شده است (۲۴).

اطلاعات این پژوهش پس از ارائه توضیحات لازم در زمینه اهداف و نکات ضروری توسط پژوهشگران و توزیع پرسشنامه‌ها، به روش خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی از فراوانی و درصد فراوانی و در بخش آمار استنباطی از آزمون رگرسیون چندمتغیری و همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

تحلیل آمار توصیفی نتایج نشان می‌دهد که بیشترین درصد نمونه‌ها از نظر سنی در رده ۵۰-۴۰ سال (۷۰ درصد) و از نظر سطح تحصیلات در سطح کاردانی (۴۶درصد) قرار داشتند. همچنین بیشترین درصد نمونه‌ها متأهل (۹۷ درصد) و بیشتر آن‌ها دارای حداقل یک فرزند (۹۶ درصد) بودند.

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین رفتار دعاکردن با سلامت عمومی در سطح ۰/۴۶۳- (P<۰/۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل: علایم جسمی در سطح ۰/۲۹۶- (P<۰/۰۱)، اضطراب در سطح ۰/۲۹۱- (P<۰/۰۱)، ناکنش‌وری اجتماعی در سطح ۰/۴۳۰- (P<۰/۰۱) و افسردگی در سطح ۰/۲۹۹- (P<۰/۰۱) ارتباط منفی معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر با افزایش رفتارهای مرتبط با دعاکردن، سلامت عمومی افراد بیشتر می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت که با افزایش رفتارهای مرتبط با دعاکردن، ابعاد علایم جسمی، میزان اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و سطح افسردگی افراد کاهش می‌یابد.

همچنین با توجه به جدول ۳، بین امید به زندگی با سلامت عمومی در سطح ۰/۳۲۹- (P<۰/۰۱) و مؤلفه‌های آن شامل: علایم جسمی در سطح ۰/۰۷۸- (P<۰/۰۱)، اضطراب در سطح ۰/۲۵۲- (P<۰/۰۱)، ناکنش‌وری اجتماعی در سطح ۰/۲۰۴- (P<۰/۰۱) و افسردگی در سطح ۰/۲۹۹- (P<۰/۰۱) ارتباط منفی معناداری وجود دارد؛ به‌عبارت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای رفتار دعا، امید به زندگی و مؤلفه‌های سلامت عمومی

متغیرها	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
رفتار دعاکردن	۹۰	۲۵	۱۰۰	۵۶/۳۸	۱۹/۳۰
امیدواری	۹۰	۵۰	۲۳۰	۱۲۱/۳۸	۵۳/۴۶
سلامت عمومی کل	۹۰	۶	۸۰	۴۹/۷۳	۱۶/۲۷
علایم جسمی	۹۰	۲	۲۱	۱۱/۶۵	۵/۵۱
اضطراب	۹۰	۲	۲۳	۱۲/۴۵	۵/۲۸
ناکنش‌وری اجتماعی	۹۰	۱	۲۱	۱۳/۱۳	۵/۶۳
افسردگی	۹۰	۱	۲۱	۱۲/۰۰	۵/۷۳

جدول ۲: ضرایب همبستگی رفتارهای مرتبط با دعا و مؤلفه‌های سلامت عمومی

	مشخصه آماری	سلامت عمومی	علایم جسمی	اضطراب	ناکنش‌وری اجتماعی	افسردگی
دعاکردن	ضریب همبستگی	۰/۴۶۳-**	۰/۲۹۶-**	۰/۲۹۱-**	۰/۴۳۰-**	۰/۲۹۹-**
	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

جدول ۳: ضرایب همبستگی امید به زندگی و مؤلفه‌های سلامت عمومی

	مشخصه آماری	سلامت عمومی	علایم جسمی	اضطراب	ناکنش‌وری اجتماعی	افسردگی
امید به زندگی	ضریب همبستگی	۰/۳۲۹-**	۰/۰۷۸-**	۰/۲۵۲-**	۰/۲۰۴-**	۰/۲۹۹-**
	سطح معناداری	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

دیگر با افزایش امید به زندگی، سلامت عمومی افراد افزایش و علایم جسمی، میزان اضطراب و افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی آنان کاهش می‌یابد.

بحث

همان‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند، بین رفتار دعاکردن با همه چهار بعد سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه، رابطه منفی معناداری وجود دارد. به این صورت که با تکرار دعا، سطح افسردگی، علایم جسمی، ناکنش‌وری اجتماعی و اضطراب افراد کاهش می‌یابد. این یافته‌ها در راستای نتایج پژوهش‌های Johnstone و Franklin است (۲۵،۲۶). Anderson و همکاران نیز، رفتارهای معنوی را عاملی مؤثر در حفظ سلامت عمومی بیماران سرطانی معرفی می‌کنند (۲۷).

در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت که اعتقاد عملی به دعا از طریق سه راهبرد اساسی عاطفی، فیزیولوژیکی و اجتماعی موجب ارتقای سلامت عمومی بیماران سرطانی می‌شود. دعاکردن سبب ایجاد اتصال با وجودی برتر می‌گردد که در شرایط دشوار زندگی به‌عنوان تکیه‌گاهی مطمئن عمل می‌کند. همچنین با ایجاد و تقویت یک نگرش جدید و مثبت، فرآیند درمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. داشتن فلسفه‌ای برای زندگی که در بیشتر ادیان مورد توجه ویژه قرار گرفته است، به زنان مبتلا به سرطان سینه کمک می‌کند تا به شکل معنادار و هدفمندی زندگی کنند و با مشکلات موجود مقابله نمایند. بدیهی است که این بیماران در بیشتر موارد با پزشک و اطرافیان خود رابطه مؤثری برقرار می‌کنند؛ چراکه روح دعا موجب ایجاد احساس آرامش و اطمینان خاطر نسبت به خود، خداوند و دیگران می‌شود.

از جنبه فیزیولوژیکی، دعاکردن موجب تغییراتی در ضربان قلب، تعداد تنفس و فشار خون سیستولیک می‌شود (۲۸). نیایش می‌تواند فعالیت بخشی از مغز موسوم به آمیگدال را که مسئول بروز احساس ترس و اضطراب است، خاموش کند. هنگام دعا، ترشح هورمون‌های کورتیزول، اپی‌نفرین و نوراپی نفرین (هورمون‌هایی که در غده آدرنال در واکنش به استرس ساخته می‌شود) متوقف و سیستم دفاعی بدن تقویت می‌گردد (۲۹).

از جنبه اجتماعی نیز، رفتارهای مذهبی مانند: دعاکردن، حضور در اماکن مذهبی و خواندن متون مذهبی با ایجاد یک شبکه حمایت اجتماعی قادر است علاوه بر کنترل مشکلات مختلف، زمینه‌ساز رشد مناسب برخی ویژگی‌های شخصیتی مانند: اعتماد به نفس، عزت نفس و احساس کنترل بر شرایط زندگی باشد (۳۰). از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، وجود رابطه معنادار بین امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه بود؛ به‌عبارت دیگر، با افزایش نمره امید، ابعاد علایم جسمی، اضطراب، ناکنش‌وری اجتماعی و سطح افسردگی بیماران کاهش می‌یابد که این یافته نیز با نتایج برخی از پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه هماهنگ است (۳۳-۳۱).

در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت هنگامی که افراد بیمار می‌شوند یا از کاهش سلامت خود رنج می‌برند با امید بیشتری به‌دنبال آرامش الهی و کمک‌گرفتن از آن در مقابله با بیماری و شفایافتن هستند. همچنین، افرادی که در هنگام نگرانی‌شان دعا می‌کنند به جای توجه بیشتر بر مشکلات، بر راه حل تمرکز می‌کنند؛ بنابراین با احساس امیدواری بیشتری با بیماری خود مقابله می‌کنند. افراد با امید بالا در یافتن راه‌های جایگزین برای دستیابی به اهداف خلاق‌تر هستند، انگیزه بیشتری برای دنبال‌کردن آن‌ها دارند و قادر به درس‌گرفتن از موفقیت‌ها و شکست‌های قبلی برای دست‌یابی به اهداف آینده هستند. چنین بیمارانی به مهارت‌ها و اهداف خود اطمینان دارند و بر آن‌ها تمرکز می‌کنند. بررسی‌ها نشان داده است که دعاکردن می‌تواند موجب ادراک حمایت اجتماعی، کاهش اضطراب و افزایش امید به زندگی بیماران شود. این عامل از طریق تأثیرگذاری بر فرآیندهای زیستی و سایکونورو-ایمونولوژیکی، سبب سلامت جسمی و بهبود وضعیت

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

بیماران می‌شود (۱۳). بشر همواره با دعاکردن می‌کوشد که نیروی محدود خود را با توسل به منبعی نامحدود، افزایش دهد. توجه به معنی دعا و تجربه ارتباط با خداوند، منبعی غنی برای بیماران ایجاد می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد به سفری معنوی بروند که می‌تواند شفادهنده و التیام‌بخش باشد و باعث آرامش روانی آنان شود (۳۴).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، اهمیت توجه به تعدیل‌کننده‌های معنوی مانند رفتار دعاکردن و خصوصیات شخصیتی همچون امید به زندگی را در شکل‌دهی روش‌های مقابله‌ای مثبت برجسته می‌سازد؛ بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین رفتار دعاکردن و امید به زندگی با سلامت عمومی زنان مبتلا به سرطان سینه، تأیید می‌شود. نتایج این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای استفاده از روش‌های معنوی و پرورش احساس خوش‌بینی و امیدواری در فرآیند درمان پزشکی یا شرایط زندگی روزمره زنان مبتلا باشد تا سطح آسیب‌پذیری آنان در برابر استرس‌های ناشی از روند درمان کاهش یابد.

پیشنهادات

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابهی با حجم نمونه بیشتر در سطح ملی انجام شود تا امکان تعمیم نتایج، فراهم گردد.

حمایت مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله: محرمانه‌بودن نتایج پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است. در ضمن پژوهش حاضر دارای کد اخلاق با مشخصات IR.IAU.RASHT.REC.1395.41 مصوبه کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، مصوبه تاریخ ۱۳۹۵/۸/۹ می‌باشد.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران این مطالعه، مراتب قدردانی خود را از بیماران شرکت‌کننده در مطالعه و افراد همراه که در انجام این پژوهش، یاریگر بودند، اعلام می‌نمایند.

References

1. Hagigi F, Hossieni M. Assessing the attitude of Birjand citizens regarding cancer and its screening. Scientific Journal of Birjand Medical University. 2003; 10(3):18 (Persian).
2. Ahmadi F, Mohamadi R. Assessing the quality of life of first relatives of patients with cancer. Iranian Nursing Journal. 2004; 17(38):31-8 (Persian).
3. Pedram M, Mohammadi M, Naziri GH, Ayinprast N. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. Sociology of Women. 2010; 1(4):61-75 (Persian).
4. Corner J, Baily C. Cancer nursing: care in context. Malden: Blackwell Publications; 2001.
5. Safaee A, Zeighami B, Tabatabaee HR, Moghimi Dehkordi B. Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology. 2008; 3(4):61-6 (Persian).
6. Hamule MM, Vahed AS. The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients. Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 2009; 16(2):33-8 (Persian).
7. Colditz GA, Willett WC, Hunter DJ, Stampfer MJ, Manson JE, Hennekens CH, et al. Family history, age and risk of breast cancer. Journal of American Medical Association. 1993; 270(3):338-43.
8. Yavari P, Mosavizadeh MA, Khodabakhshi

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

R, Madani H, Mehrabi Y. Reproductive characteristics and the risk of breast cancer: a case-control study. Iranian Journal of Epidemiology. 2006; 1(3):11-9 (Persian).
9. Bakhtyari M, Islami M, Fsharaki M, Kosha S. Effect of self care education on mental health of breast cancer women undergoing chemotherapy in cancer Institute of Tehran. Iranian Journal of Breast Disease. 2011; 4(2):42-7 (Persian).
10. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. Journal of Knowledge & Research in Applied Psychology. 2012; 13(4):33-40 (Persian).
11. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(5):1-2.
12. Safara M, Bhatia S. Prayer therapy. Delhi Psychiatry Journal. 2009; 12(1):67-73.
13. Masters KS, Spielmans GI. Prayer and health: review, meta-analysis, and research agenda. Journal of Behavioral Medicine. 2007; 30(4):329-38.
14. Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG, et al. A randomized controlled trial of the effects of remote intercessory on outcomes in patients admitted to the coronary unit. Archives of Internal Medicine. 1999; 159(19):2273-8.
15. Ellison CG, Bradshaw M, Flannelly KJ, Galek KC. Prayer, attachment to God, and symptoms of anxiety-related disorders among U.S. adults. Journal of Sociology of Religion. 2014; 75(2):208-33.
16. Carvalho CC, Chaves ED, Iunes DH, Simão TP, Grasselli CD, Braga CG. Effectiveness of prayer in reducing anxiety in cancer patients. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2014; 48(4):684-90.
17. Mahboubi M, Ghahramani F, Mohammadi Z, Parazdeh S. Relationship between daily spiritual and fear of death in hemodialysis patients. Journal of Biology Today's World. 2014; 3(1):7-11.
18. Dastan NB, Buzlu S. Depression and anxiety levels in early stage Turkish breast cancer patients and related factors. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2011; 12(1):137-41.
19. Herth K, Cutcliffe J. The concept of hope in nursing: hope and palliative care nursing. British Journal of Nursing. 2002; 11(14): 977-83.
20. Snyder CR, Lopez SJ. Oxford handbook of positive psychology. Oxford, UK: Oxford University Press; 2002.
21. Coppock TE, Owen JJ, Zagarskas E, Schmidt M. The relationship between therapist and client hope with therapy outcomes. Psychotherapy Research. 2010; 20(6):619-26.
22. Shabani M, Moghimi M, Eghdam R, Nazari F, Mousavinasab N, Shajari Z. Life skills training effectiveness on non-metastatic breast cancer mental health: a clinical trial. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2014; 16(1):1-8.
23. Khalili F, Izanloo T, Asayesh H, Abdollah Tabar H. The associalion between praying related attitude and behaviors and students' mental health. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2010; 7(1):55-62 (Persian).
24. Taghavi S. Validity and reliability of general health questionnaire (ghq-28) in college students of Shiraz University. Journal of Psychology. 2001; 5(4):381-98 (Persian).
25. Johnstone B, Yoon DR, Rupright J, Reid-Arndt S. Relationships among spiritual beliefs, religious prac-tices, congregational support, and health for individuals with traumatic brain injury. Brain Injury. 2009; 23(5):411-9.
26. Franklin KL, Yoon DP, Acuff M, Johnstone B. Relationships among religiousness, spirituality, and health for individuals with spinal cord injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. 2008; 14(2):76-81.
27. Anderson CM, Smith ML, Yoon D, Johnstone B. Relationships among health and spiritual beliefs, religious practices, and congregational support in individuals with cancer. The Journal of Medical Psychology. 2012; 1(4):76-80.
28. Brown CG, Mory SC, Williams R, McClymond MJ. Study of the therapeutic effects of proximal intercessory prayer (STEPP) on auditory and visual impairments in rural Mozambique. Southern Medical Journal. 2010; 103(9):864-9.
29. Ekman P. Emotional awareness: overcoming the obstacles to psychological balance and compassion. Basingstoke: Macmillan; 2008. P. 78-85.
30. Chui PL, Abdullah KL, Wong LP, Taib NA. Prayer-for-health and complementary alternative medicine use among Malaysian breast cancer patients during chemotherapy. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2014; 14(1):425.
31. Feuz C. Hoping for the best while preparing for the worst: a literature review of the role of hope in palliative cancer patients. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences. 2012; 43(3):168-74.
32. Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]

SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. Journal of Pain and Symptom Management. 2010; 40(2):174-82.
33. Simão TP, Caldeira S, Carvalho EC. The effect of prayer on patients' health: systematic literature review. Religions. 2016; 7(1):11.
34. Aghajani MJ, Akbari B. Mirarzgar MS. The relationship of praying and hardeniss with mental health. 2th International Congress on Religious culture and Thought, Qom, Iran; 2016. P. 1-12 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-09]