


The Relationship Between Self-Efficacy and Mental Health in Women with Breast Cancer Referred to Health Centers in Hamadan 2016-2017

Nahid Mohammadi¹, Hengameh Pazhoohnia², Masoud Khodaveisi³, Alireza Soltanian⁴, Sana Niknam⁵

1. Instructor, Department of Community Health Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. MSc Student of Community Health Nursing, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Associate Professor, Department of Community Health Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Associate Professor, Modeling of Noncommunicable Disease Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. BS of Nursing, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info	Abstract
Received: 2017/06/12 Accepted: 2017/07/8 Published Online 2017/07/17	Introduction: Breast cancer is the most common malignant disease in women which compromises person's spiritual health. Given the importance of spiritual health and its effect on self-efficacy, the aim of this study was to determine the relationship between self-efficacy and mental health in women with breast cancer.
DOI: 10.30699/sjnhmf.26.2.72	Methods: This Cross-Sectional correlative study was conducted on 196 women with breast cancer referred to hematology and intensive care unit of Shahid Beheshti Hospital, medical center and Mahdiei MRI clinic in Hamadan during 2016-2017. The study subjects were selected by simple convenience sampling method. The measurement tools were Demographic questionnaire, the Sherer self-efficacy scale and Palutziam and Ellison spiritual health which was completed by patients. Data was analyzed by SPSS18 using statistical methods including Pearson correlation coefficient, independent t-test, ANOVA and logistic regression.
Original Article	Results: The score of majority of women in spiritual well-being (43/87%) and efficacy (41/83%) were in a moderate level. The mean number of spiritual health was 55.92 ± 2.48 and the mean number self-efficacy was 44.33 ± 3.08 , respectively and both of them were average. . There was positive significant correlation between self-efficacy and spiritual health ($P < 0/01$ $r = 0.04$). There was also significant association between all demographic characteristics and spiritual health and other demographic characteristics including (education, breastfeeding frequency, type of insurance, duration of breast cancer and involved lobe) and self-efficacy ($P < 0/05$).
Use your device to scan and read the article online	Conclusion: With regards to relationship between self-efficacy and spiritual health, it seems that in order to enhance the self-efficacy in patients with other chronic diseases such as cancer attention to spiritual health is recommended.
	Keywords: Spiritual Health, Self-Efficacy, Breast Cancer

Corresponding Information

Masoud Khodaveisi, Associate Professor, Department of Community Health Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
E-mail: khodaveisi@umsha.ac.ir

Copyright © 2018, Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

How to Cite This Article:

Mohammadi N, Pazhoohnia H, Khodaveisi M, Soltanian A, Niknam S. The Relationship Between Self-Efficacy and Mental Health in Women with Breast Cancer Referred to Health Centers in Hamadan 2016-2017. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2018; 26 (2): 72-81

بررسی همبستگی خودکارآمدی با سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی همدان در سال ۹۶-۹۵

ناهید محمدی^۱، هنگامه پژوه نیا^۲، مسعود خداویسی^{۳*}، علیرضا سلطانیان^۴، ثنا نیکنام^۵

۱. مربی، گروه پرستاری سلامت جامعه، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشیار، گروه پرستاری سلامت جامعه، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده	اطلاعات مقاله
<p>مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین بیماری بدخیم زنان است که سلامت معنوی فرد را به خطر می‌اندازد. با توجه به اهمیت سلامت معنوی و تأثیر آن بر خودکارآمدی، پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.</p> <p>روش کار: این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی روی ۱۹۶ زن مبتلا به سرطان پستان در بخش هماتولوژی و مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهید بهشتی، مرکز درمانی MRI مهدیه و کلینیک امام‌خمینی همدان در سال ۹۶-۱۳۹۵ انجام شد. برای سنجش داده‌ها از پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه استاندارد سلامت معنوی پولتزن و الیسون و خودکارآمدی عمومی شر استفاده شد که از سوی بیماران تکمیل و در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند.</p> <p>یافته‌ها: اکثریت زنان نمره سلامت معنوی (۴۳/۸۷٪) و خودکارآمدی (۴۱/۸۳٪) در حد متوسط داشتند. میانگین نمره سلامت معنوی $2/48 \pm 55/92$ و خودکارآمدی $3/08 \pm 44/33$ بود. همبستگی مثبت و معناداری بین خودکارآمدی و سلامت معنوی مشاهده شد ($P < 0/01$، $r = 0/40$). بین همه متغیرها با سلامت معنوی و بین میزان تحصیلات، تعداد دفعات شیردهی، نوع بیمه، مدت‌زمان ابتلا به سرطان سینه و لوب درگیر با خودکارآمدی ارتباط معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).</p> <p>نتیجه‌گیری: از آنجایی که بین خودکارآمدی با سلامت معنوی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، لذا برای بالا بردن خودکارآمدی بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، توجه به سلامت معنوی توصیه می‌شود.</p> <p>واژگان کلیدی: سلامت معنوی، خودکارآمدی، سرطان پستان</p>	<p>تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۳/۲۲</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱۷</p> <p>انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۴/۲۶</p> <p>نویسنده مسئول: مسعود خداویسی</p> <p>دانشیار، گروه پرستاری سلامت جامعه، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران</p> <p>پست الکترونیک: khodaveisi@umsha.ac.ir</p>

مقدمه

سرطان‌ها را شامل می‌شود [۳]. این بیماری مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و مشکلات فراوانی در تمام ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی برای او ایجاد می‌کند. افسردگی، ناامیدی، خشم و گاه گرایش به خودکشی و سایر اختلالات روان‌شناختی در این بیماران بسیار زیاد مشاهده شده است [۵]. تشخیص سرطان و درمان‌های بعد از آن برای بسیاری از بیماران باعث اضطراب می‌شود [۶] و توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی تهدید می‌کند که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و... دارد [۷]. امروزه بسیاری از درمانگران، معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی افراد می‌شناسند. اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی فرد همراه بوده، منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است [۸]. استفاده از باورهای مذهبی و معنویت اغلب به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌سازنده در بهبود

سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و سومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب‌وعروق و سوانح و حوادث، مطرح است [۱]. سازمان جهانی بهداشت برآورد می‌کند که سالانه بیش از ۱۰ میلیون نفر با انواع مختلف سرطان تشخیص داده می‌شوند [۲] و انتظار می‌رود که تعداد مبتلایان جدید تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد [۳] که ۶۰ درصد آن مربوط به کشورهای کمترتوسعه‌یافته است [۴]. در این میان، سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است [۲]. طبق آمار در حال حاضر بیش از ۷ میلیون زن در دنیا به سرطان سینه مبتلا هستند و انتظار می‌رود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ به ۱۰ تا ۱۵ میلیون نفر برسد. در ایران این نوع سرطان دومین سرطان شایع در زنان بوده و بیش از ۲۵٪

درمانی همدان انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی در سال ۹۶-۱۳۹۵ در مبتلایان به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش هماتولوژی و مراقبت‌های ویژه بیمارستان شهید بهشتی، مرکز درمانی MRI مهدیه و کلینیک امام خمینی در شهر همدان انجام شد. برای محاسبه تعداد نمونه از فرمول متناسب با همبستگی استفاده شد و با در نظر گرفتن توان آماری ۹۵ درصد، سطح خطای ۰/۰۵ و همبستگی به‌دست‌آمده از مطالعات پیشین [۱۹] برابر با ۰/۲۵، حجم نمونه برابر با ۱۹۶ به‌دست آمده است.

نمونه‌های مطالعه به‌صورت غیراحتمالی و آسان (در دسترس) از بین بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به سرطان سینه با تأیید پزشک متخصص، سکونت در شهر همدان، مبتلا نبودن به بیماری‌های خاص یا زمینه‌ای جسمی یا روانی، نداشتن مشکل در تکلم یا شنوایی و داشتن سواد خواندن و نوشتن بودند. معیار خروج از مطالعه انصراف از مطالعه علی‌رغم موافقت اولیه بود. برای گردآوری اطلاعات از ۳ پرسش‌نامه استفاده شد. پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک (مشمول بر ۱۳ سؤال)، پرسش‌نامه استاندارد خودکارآمدی عمومی شرر مشتمل بر ۱۷ سؤال، هر سؤال براساس مقیاس لیکرت از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شد. دامنه نمرات بین ۸۵-۱۷ متغیر بود. نمرات ۱۷ تا ۳۴ خودکارآمدی ضعیف، نمرات بین ۳۴ تا ۵۱ خودکارآمدی متوسط و نمرات بالای ۵۱ خودکارآمدی بسیار بالا در نظر گرفته شد. روایی پرسش‌نامه از سوی صاحب‌نظران تأیید شده است و پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۹) در مطالعات پیشین تأیید شده است [۱۹]. در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه خودکارآمدی براساس ۱۷ گویه، ۰/۸ به‌دست آمد که نشان می‌دهد پرسش‌نامه از پایایی مطلوبی برخوردار بود. پرسش‌نامه سلامت معنوی پولتیزین و الیسون مشتمل بر ۲۰ سؤال بود که ۱۰ سؤال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سؤال دیگر سلامت وجودی فرد را می‌سنجید. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیرگروه بود که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ است. پاسخ سؤالات به‌صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای کاملاً مخالف، مخالف، نسبتاً مخالف، نسبتاً موافق، موافق و کاملاً موافق دسته‌بندی شد. سلامت معنوی افراد به سه دسته پایین (۴۰-۲۰)، متوسط (۴۹-۹۹) و بالا (۱۲۰-۱۰۰) تقسیم‌بندی شد. روایی آن از سوی صاحب‌نظران تأیید شده است و ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعات پیشین ۰/۷۶ تعیین شده است [۱۰]. در مطالعه حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسش‌نامه سلامت معنوی براساس ۲۰ گویه ۰/۷۹ به‌دست آمد که نشان می‌دهد پرسش‌نامه از پایایی مطلوبی برخوردار بوده است. روش کار بدین صورت بود که پس از اخذ شناسه اختصاصی کد اخلاق با شماره ۱۱۹۰. ۱۳۹۵. ir.umsha. rec و مجوزهای لازم به‌صورت مستمر طی ۶ ماه در تمام

سلامت افراد مطرح است. اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، در چند دهه گذشته به‌صورتی 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 [۱۱]. سلامت معنوی یکی از مفاهیم اساسی پیرامون چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش ناشی از بیماری محسوب شده و سبب یکپارچگی سایر ابعاد آن می‌شود و دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به‌عنوان اتصال و التزام به یک اعتقاد خاص مذهبی و سلامت وجودی به کشف معنای زندگی و چگونگی رسیدن به کمال و صلح تعریف می‌شود [۱۰]. وقتی سلامت معنوی فرد به‌طور جدی به خطر بیفتد فرد ممکن است دچار اختلالاتی چون احساس تنهایی، افسردگی و احساس نداشتن معنا در زندگی شود. همچنین سلامت معنوی نقش حیاتی در سازگاری با استرس ایفا می‌کند و تأثیر مثبتی در ارتقای سلامت افراد دارد. پژوهشگران تأکید می‌کنند که افزایش سطح معنا و معنویت زندگی نه فقط در غلبه بر ناسازگاری‌ها به فرد کمک می‌کند بلکه باعث افزایش رضایت از زندگی نیز می‌شود [۱۲]. 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 شناخته‌شده نیست [۱۰]. یکی از راه‌هایی که ممکن است معنویت از طریق آن بر بهبود سلامت افراد تأثیرگذار باشد، اثرگذاری بر خودکارآمدی افراد است [۱۳]. 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 [۱۴، ۱۵] و به‌عنوان یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی‌مدت بیماری است و نمره بالای آن با بهبود توانایی سازگاری در بیماران مرتبط است [۱۵، ۱۶]. از نظر علم رفتارشناسی، خودکارآمدی مهم‌ترین پیش‌نیاز برای انجام رفتار در مراحل و موقعیت‌ها است [۱۷]. خودکارآمدی اطمینان‌خاطری است که شخص درباره یک فعالیت خاص احساس می‌کند و در نتیجه می‌تواند رفتارهای ارتقادهنده سلامت را اتخاذ و رفتارهای مضر را ترک کند. از سوی دیگر خودکارآمدی روی انگیزه اثر می‌گذارد [۱۸]. سلامت زنان به‌عنوان رکن اساسی خانواده برای برنامه‌ریزان 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 لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز

مطالعه‌شده (۳۷/۷۵٪) در گروه سنی (۲۵-۲۹) سال قرار داشتند. از نظر سایر متغیرهای دموگرافیک، اکثریت افراد مطالعه‌شده (۳۷/۲۴٪) شغل دولتی، (۵۲/۵۵٪) مدرک لیسانس و (۴۵/۹۱٪) نیز سه فرزند داشتند. تعداد دفعات شیردهی اکثر آنها ۳ بار بود. (۵۴/۰۸٪) نبود سابقه سرطان سینه در خانواده را بیان کردند؛ (۸۶/۷۳٪) مدت ابتلای زیر دو سال داشتند؛ (۵۱/۰۲٪) بیمه خدمات درمانی بودند؛ (۵۱/۰۳٪) سابقه شرکت در کلاس‌های مذهبی مثل کلاس قرآن یا حضور در اماکن مقدس را بیان کردند. محل درگیری ابتلا به کانسر سینه در (۴۳/۸۷٪) یک چهارم فوقانی راست بود. بیشتر همسران افراد مطالعه‌شده (۴۰/۸۲٪) شغل دولتی داشتند و مدرک تحصیلی اکثریت آنها لیسانس (۵۲/۵۵٪) بود. برخی از مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ بیان شده است.

ایام هفته به بیمارستان شهیدبهشتی و مهدیه و کلینیک امام‌خیمینی شهر همدان مراجعه شد و بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، شناسایی و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۱۹۸ نفر انتخاب شدند. اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و سپس رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از آنها گرفته شد. ابتدا پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک و سپس پرسش‌نامه خودکارآمدی و سلامت معنوی از سوی افراد تکمیل شد. در پایان، داده‌ها از طریق نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شد. برای توصیف داده‌ها از نسبت، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در مطالعه $26 \pm 2/26$ سال (حداقل ۲۰، حداکثر ۴۹ سال) بود. اکثریت افراد

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی همدان

متغیر	تعداد (درصد)	متغیر	تعداد (درصد)
سن		تعداد دفعات شیردهی	
۲۰-۲۴	۵۶(۲۸/۵۷)	۱	۵(۲۷/۰۴)
۲۵-۲۹	۷۴(۳۷/۷۵)	۲	۵۰(۲۵/۵۱)
۳۰-۳۴	۲۳(۱۱/۷۳)	۳	۹۰(۴۵/۹۱)
۳۵-۴۰	۲۷(۱۳/۷۷)	۴ و بیشتر	۳(۱/۵۳)
بالای ۴۰ سال	۱۶(۸/۱۶)	سابقه سرطان سینه در خانواده	
شغل		دارد	۹۰(۴۵/۹۱)
دولتی	۷۳(۳۷/۲۴)	ندارد	۱۰۶(۵۴/۰۹)
قراردادی	۵۹(۳۰/۱۰)	مدت‌زمان ابتلا	
خانه‌دار	۳۲(۳۲/۶۴)	زیر ۲ سال	۱۷۰(۸۶/۷۳)
شغل همسر		۲ سال و بیشتر	۲۶(۱۳/۲۶)
دولتی	۸۰(۴۰/۸۲)	سابقه شرکت در کلاس‌های مذهبی	
قراردادی	۲۸(۱۴/۲۸)	دارد	۱۰۰(۵۱/۰۳)
آزاد	۵۲(۲۶/۵۴)	ندارد	۹۶(۴۸/۹۷)
بیکار	۳۶(۱۸/۳۶)	محل (لوب) درگیری	
میزان تحصیلات		یک چهارم فوقانی راست	۸۶(۴۳/۸۷)
زیر دیپلم	۶۰(۳۰/۶۲)	یک چهارم فوقانی چپ	۴۳(۲۱/۹۴)
دیپلم و فوق‌دیپلم	۲۸(۱۴/۲۸)	یک چهارم تحتانی راست	۲۳(۱۱/۷۴)
لیسانس	۱۰۳(۵۲/۵۵)	یک چهارم تحتانی چپ	۲۵(۱۲/۷۶)
فوق‌لیسانس و بالاتر	۵(۲/۵۵)	مرکزی و نوک سینه	۱۹(۹/۶۹)
تعداد فرزند			
۱	۶۰(۳۰/۶۱)		
۲	۲۸(۱۴/۲۸)		
۳	۱۰۳(۵۲/۵۵)		
۴ و بیشتر	۵(۲/۵۵)		

کدامیک از ابعاد سلامت معنوی خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه را تحت تأثیر قرر می‌داد؟ به‌منظور بررسی این موضوع از روش آماری رگرسیون استفاده شد و یافته‌ها نشان داد که از میان ابعاد سلامت، بعد سلامت وجودی توانسته است خودکارآمدی را تحت تأثیر قرار دهد.

بحث

سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است [۲۰-۲۲]. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی خودکارآمدی با سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی همدان انجام شده است. در این مطالعه ۱۹۶ بیمار مبتلا به سرطان سینه وارد مطالعه شدند. میانگین سنی زنان ۲۶ سال بود. این در حالی است که در مطالعات انجام‌شده در جهان مثل McCoubrie و همکاران (۲۰۰۶)، در شهر بریستول انگلیس، میانگین سنی بیماران ۶۸ سال [۲۳] و در مطالعه Romero و همکاران (۲۰۱۴) در ایالت متحده، سال میانگین سنی مبتلایان به سرطان سینه ۵۲ سال [۲۴] و در مطالعه Al-Atiyyat و همکاران (۲۰۱۴) ۵۳ سال بود [۲۵]. همچنین نتایج دیگر مطالعات نیز در ایران نشان می‌دهد در مطالعه Musareziaie و همکاران [۲۶] میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان سینه ۴۷ سال و در مطالعه مومنی و همکاران (۲۰۱۲) ۴۸ سال بود [۲۷]. میانگین سن بیماران شرکت‌کننده در مطالعه حاضر حدود ۳ دهه کمتر از بیماران شرکت‌کننده در مطالعات خارجی و ۲ دهه کمتر از مطالعات داخلی است. مطالعه Pedram و همکاران نیز مؤید این مطلب است که سرطان سینه، زنان ایرانی را زودتر از هم‌تایانشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲۰]. با توجه به اینکه در مطالعات داخلی مختلف، میانگین سن زنان مبتلا به سرطان سینه ۴۹-۴۰ سال گزارش شده است [۲۸]، میانگین سنی بسیار پایین افراد شرکت‌کننده در این مطالعه، در شهر همدان، بسیار حائز اهمیت است. هرچند که در مطالعه انجام‌شده از سوی Derakhshanfar و همکاران در همدان، میانگین سنی زنان مبتلا به سرطان سینه ۴۷ سال بود [۲۹]. بنابراین انحراف نتایج این مطالعه از مطالعات قبلی ممکن است مربوط به نمونه‌های بررسی‌شده و محدود بودن مطالعه به مرکز MRI مهدیه، بیمارستان شهید بهشتی و کلینیک امام‌خمینی باشد. همچنین ممکن است علت دیگر پایین بودن میانگین سنی افراد مطالعه‌شده این باشد که در این مطالعه زنان فاقد سواد خواندن و نوشتن که اکثراً سنین بالایی داشتند، از مطالعه خارج شدند.

براساس نتایج مطالعه حاضر، سطح سلامت معنوی اکثریت واحدهای پژوهش در محدوده متوسط قرار داشت. نتایج مطالعه McCoubrie و همکاران (۲۰۰۶) از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کند؛ به طوری که میانگین نمره کلی سلامت معنوی اکثریت بیماران مبتلا به سرطان در آن مطالعه نیز در محدوده متوسط گزارش شده است [۲۳]. در مطالعه Rezaei و همکاران (۱۳۹۱)، ۵۴/۴ درصد بیماران مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در مطالعه از سلامت

دیگر یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین نمره سلامت معنوی $2/48 \pm 55/92$ و میانگین نمره خودکارآمدی $3/08 \pm 44/33$ بود. اکثریت زنان سلامت معنوی خوب ($30/11\%$) (جدول ۲) و خودکارآمدی متوسط $41/83\%$ خوب داشتند (جدول ۳). آزمون کای دو نشان داد که سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان سینه با سن ($P=0/012$)، شغل ($P=0/020$)، میزان تحصیلات ($P=0/040$)، تعداد فرزند ($P=0/029$)، تعداد دفعات شیردهی ($P=0/012$)، نوع بیمه ($P=0/016$) سابقه سرطان سینه در خانواده ($P=0/040$)، مدت‌زمان ابتلا به سرطان سینه ($P=0/025$)، نوع درمان ($P=0/040$) و لوب درگیر ($P=0/035$) ارتباط معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه با سن ($P=0/032$)، شغل ($P=0/030$)، میزان تحصیلات ($P=0/032$)، تعداد فرزند ($P=0/019$)، تعداد دفعات شیردهی ($P=0/012$)، نوع بیمه ($P=0/016$) سابقه سرطان سینه در خانواده ($P=0/040$)، مدت‌زمان ابتلا به سرطان سینه ($P=0/025$)، نوع درمان ($P=0/040$) و لوب درگیر ($P=0/035$) ارتباط معنی‌دار وجود داشت.

جدول ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مطالعه‌شده برحسب نمره سلامت معنوی

سلامت معنوی	فراوانی	درصد
ضعیف (۲۰-۴۰)	۵۱	۲۶/۰۲
متوسط (۴۱-۹۹)	۸۶	۴۳/۸۷
خوب (۱۰۰-۱۲۰)	۷۲	۳۰/۱۱
جمع کل	۱۹۶	۱۰۰

جدول ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مطالعه‌شده برحسب نمره خودکارآمدی

خودکارآمدی	فراوانی	درصد
ضعیف (۱۷-۳۴)	۴۵	۲۲/۹۵
متوسط (۳۵-۵۱)	۸۲	۴۱/۸۳
خوب (۵۲-۶۸)	۵۳	۲۷/۰۶
بسیارخوب (۶۹-۸۵)	۱۶	۸/۱۶
جمع کل	۱۰۰	۱۹۶

جدول ۴ نتایج آنالیز همبستگی پیرسون بین سلامت معنوی و خودکارآمدی در واحدهای مدنظر را نشان می‌دهد. براساس این جدول بین سلامت معنوی و خودکارآمدی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی همدان همبستگی مثبت و معنادار ($P=0/001$) با ضریب همبستگی $r=0/40$ و ضریب اثر $0/16$ وجود دارد.

جدول ۴. همبستگی بین سلامت معنوی و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز درمانی همدان

متغیرها	ضریب همبستگی پیرسون
سلامت معنوی	r
خودکارآمدی	sig
	۰/۴۰
	۰/۰۰۱

عزت نفس را پیش‌بینی می‌کند، همخوانی دارد [۳۸].

مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده است که به طور مختصر بیان می‌شود. مطالعه Rezaei و همکاران (۱۳۹۱) در تهران نشان داد بین هوش معنوی و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۳۰]. مطالعه Pourzanjani و همکاران (۱۳۹۱) و در انجمن آرایمر 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 [۴۰]. در مطالعه Miller و همکاران (۲۰۰۷) که روی بیماران قلبی در آمریکا و با هدف تعیین مذهب و معنویت و تأثیر بر کیفیت زندگی و خودکارآمدی درک‌شده 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 [۴۱]. دلیل اختلاف مطالعه آخر با سایر مطالعات و به‌گونه‌ای با مطالعه ما، می‌تواند تفاوت در نوع ابزار سنجش هوش معنوی و خودکارآمدی باشد. همچنین متفاوت بودن جمعیت هدف، حجم نمونه و تفاوت‌های فرهنگی و معنوی دو جامعه می‌تواند بر نتایج مطالعات تأثیرگذار باشند.

مطالعات متعددی بر تأثیر سلامت معنوی بر پیامدهای کلی مثل کیفیت زندگی یا میزان ناتوانی پرداخته‌اند که از نقش خودکارآمدی به‌عنوان یک فاکتور حد واسط بین سلامت معنوی و پیامدهایی مثل افزایش کیفیت زندگی حمایت می‌کنند. مطالعه Konopack و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که سلامت معنوی از طریق تأثیر بر خودکارآمدی باعث تغییر در رفتارهای مرتبط با سلامت مثل فعالیت فیزیکی در سالمندان می‌شود [۱۳]. علاوه بر این، مطالعات متعددی نشان داده که معنویت و اعتقادات مذهبی به‌عنوان یک عامل در سازگاری مؤثر با مشکلات و رویدادهای پرتنش و کاهش استرس مطرح است و این در حالی است که براساس تئوری Bandura (۱۹۸۱) استرس از عوامل تأثیرگذار بر کاهش احساس خودکارآمدی است [۴۲].

در این مطالعه سلامت معنوی و خودکارآمدی با اکثریت پارامترهای دموگرافیک، بالینی و درمانی بیماران ارتباط داشتند. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افزایش سن با کیفیت زندگی (به‌عنوان پیامد نهایی سلامت معنوی و خودکارآمدی) زنان مبتلا به سرطان ارتباط منفی دارد [۴۳-۴۵]. اما نتایج مطالعه Smith و همکاران [۴۶] و Redhwan و همکاران [۴۷] نشان داد افزایش سن منجر به بهبود کیفیت زندگی شده ولی Rabin و همکاران [۴۸]، Karami و همکاران [۴۹] به ارتباط آماری معنی‌داری در این زمینه دست نیافتند. شاید علت این اختلاف در نتایج، تفاوت‌های فرهنگی و تعداد نمونه‌های پژوهش باشد. زنان مسن مشکلات جسمی بیشتری داشته و همچنین بیوه شدن یا ازدواج فرزندان باعث تنهایی و تأثیر روی روابط اجتماعی‌شان می‌شود، در نتیجه این مشکلات روی خودکارآمدی زنان مسن تأثیر نامطلوبی می‌گذارد. مطالعات

معنوی بالایی برخوردار بودند [۳۰]. همچنین در مطالعه‌ای دیگر Leung و همکاران (۲۰۰۶) با بررسی سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری به‌سر می‌بردند، گزارش کردند این بیماران از سلامت معنوی بالایی برخوردارند [۳۱]. بنابراین همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج مطالعات تا حدودی متناقض است. اگرچه این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از دقت در اجرای تحقیقات و نوع ابزارهای متفاوت باشد، لیکن باید توجه داشت که در این مطالعات، نمونه‌های پژوهش از نظر نوع درمان، مرحله درمان، نوع سرطان و زمان سپری‌شده از تشخیص همگن نبوده‌اند و شاید دلیل اصلی این تناقض است.

همچنین در این مطالعه اکثریت واحدهای پژوهش خودکارآمدی متوسط داشتند. در مطالعه Kiaei و همکاران (۲۰۱۶) اکثریت زنان مبتلا به سرطان سینه خودکارآمدی متوسط داشتند که نتایج آن هم‌سو با مطالعه مذکور است [۱۵]. در مطالعه Zareipour و همکاران (۲۰۱۶)، نیز اکثریت زنان خودکارآمدی متوسط داشتند [۱۰]. در مطالعه Kazemi و همکاران (۲۰۱۲)، زنان مبتلا به سرطان پستان به‌صورت معنادار میزان خودکارآمدی کمتری نسبت به زنان سالم داشتند [۳۲].

از آنجایی که در مطالعه حاضر، اکثریت افراد سلامت معنوی متوسط و خودکارآمدی متوسط داشته‌اند، ناخودآگاه این فرضیه در ذهن ایجاد می‌شود که آیا بین سلامت معنوی و خودکارآمدی رابطه معنی‌داری وجود دارد؟ بر همین اساس، نتایج آنالیز همبستگی پیرسون نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار این دو پارامتر است. در واقع می‌توان این‌گونه استنتاج کرد که افراد با سلامت معنوی بالا، با مسائل و مشکلات خود راحت‌تر سازگار می‌شوند و تقویت سلامت معنوی، سازگاری افراد را با شرایط افزایش می‌دهد. همچنین سلامت معنوی سبب ایجاد نگرشی جدید و مثبت در فرد نسبت به خود، دیگران و جهان پیرامون او می‌شود و از آنجا که خودکارآمدی به اعتقاد فرد به توانایی‌ها و مهارت‌های خود اشاره دارد، می‌توان نتیجه گرفت که بالا بودن سلامت معنوی در فرد سبب می‌شود تا فرد با نگاه مثبتی که نسبت به خود پیدا می‌کند، بتواند از مهارت‌ها و توانایی‌های خود قضاوت درستی داشته باشد. بدین ترتیب سلامت معنوی بالا، خودکارآمدی بالا را به‌همراه خواهد داشت. مطالعات انجام‌شده از سوی Heydarzadegan و همکاران (۱۳۹۴) بر دانشجویان دانشکده مهندسی [۳۳]، Adegbola و همکاران (۲۰۰۷) در بزرگ‌سالان مبتلا به بیماری سلول داسی شکل [۳۴]، Smith و همکاران (۲۰۱۱) در افراد نظامی [۳۵]، Zareipour و همکاران (۲۰۱۶) در زنان باردار [۱۰]، Oman و همکاران (۲۰۰۳) [۳۶] و Asghari و همکاران (۱۳۹۳) در دانشجویان دانشگاه خوارزمی [۳۷] بیانگر وجود ارتباط مثبت بین سلامت معنوی و خودکارآمدی بوده‌اند. همچنین در مطالعه ما، سلامت معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان توانست خودکارآمدی را پیشگویی کند. این نتیجه با نتایج مطالعه Imam (۲۰۰۹) که بر وضعیت سلامت دانشجویان انجام شده بود و نشان داد سلامت معنوی، خودکارآمدی و

پوشش بیمه‌ای مطلوب بیماران موجب سهولت دسترسی آنها به خدمات بهداشتی - درمانی و امکان مراقبت بهتر می‌شود. در نتیجه بیماران با پوشش بیمه بهتر، دغدغه‌های مالی کمتر و درگیری‌های روحی - روانی و جسمی کمتری برای کسب درآمد و تأمین مخارج سنگین درمان خود خواهند داشت و نهایتاً می‌تواند سبب بهبود خودکارآمدی بیماران شود [۱].

در این مطالعه بین سلامت معنوی و سابقه شرکت در کلاس‌های مذهبی مثل کلاس قرآن و اماکن مذهبی ارتباط معنادار وجود داشت که با مطالعات Wallace Kazer و همکاران (۲۰۰۹) و Vlasblom و همکاران (۲۰۰۸)، Taylor و همکاران (۲۰۱۱) هم‌سو [۵۸-۶۰] و با نتایج مطالعه Rahimi و همکاران (۱۳۹۲) مغایر است [۶۱]. تفاوت در نتیجه مطالعات مختلف ممکن است ناشی از تفاوت در نوع دوره آموزشی و یا کلاس مذهبی مدنظر باشد.

نتیجه‌گیری

از آنجایی که در این مطالعه سلامت معنوی توانایی پیش‌بینی خودکارآمدی را در زنان مبتلا به سرطان پستان داشت و اکثریت بیماران سلامت معنوی و خودکارآمدی در سطح متوسط قرار داشتند، لذا لازم است دست‌اندرکاران تیم سلامت توجه ویژه‌ای به این مسئله داشته باشند و از این میان می‌توان به برگزاری کلاس‌های آموزش سلامت معنوی برای این بیماران اشاره کرد. اگرچه تعمیم‌پذیری نتایج حاصله از این پژوهش نیازمند تحقیقات بیشتری در این زمینه است. برخی از محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: نداشتن تمایل بیماران برای همکاری، مشکل در انتخاب بیماران به‌دلایلی مثل ناخوشایند تلقی کردن بیماری و مشکلات مربوط به آن.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان با شماره طرح ۹۵۰۴۰۸۱۶۷۲ است. همچنین این طرح در کمیته اخلاق در پژوهش مورخ ۱۳۹۵/۴/۰۸ به شماره ir.umsha.rec ۱۳۹۵،۱۱۹ تأیید شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از معاونت محترم پژوهشی و اعضای محترم هیئت علمی گروه پرستاری بهداشت جامعه، کارکنان محترم بیمارستان فرشچیان و انجمن بیماران مولتیپل اسکلروزیس همدان و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

بیانگر وجود ارتباط مثبت بین سطح تحصیلات و کیفیت زندگی به‌عنوان پیامد مستقیم خودکارآمدی هستند [۴۶، ۵۰، ۵۱]. برخی مطالعات دیگر رابطه‌ای در این بین مشاهده نکرده‌اند [۵۲]. تحصیلات پایین با کاهش حمایت اجتماعی، نداشتن آگاهی نسبت به درمان و سلامتی در ارتباط است که می‌تواند منجر به کاهش خودکارآمدی زنان شود. در نتیجه تحصیلات بالاتر با تأثیر روی آگاهی و در نتیجه خودکارآمدی آنها، وضعیت بهداشتی افراد و کیفیت زندگی آنها را بهبود می‌بخشد. یافته‌های مطالعه Taira و همکاران [۵۳]، Engel و همکاران [۵۱]، Avis و همکاران [۵۴] نشان داد که زنان شاغل مبتلا به سرطان سینه خودکارآمدی بهتری دارند. این در حالی است که یافته‌های پژوهش Özaras و همکاران ارتباط آماری معنی‌داری را در این باره نشان نداد [۵۰]. شاید بتوان گفت که اشتغال و مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی راه فرار از دغدغه‌های زندگی و یک نوع سرگرمی و تنوع در زندگی بوده که منجر به افزایش روابط اجتماعی و حمایت مالی و در نتیجه تأثیر مثبت روی خودکارآمدی زنان است. چندین مطالعه بیان کرده‌اند که با افزایش مدت‌زمان تشخیص بیماری، نمره خودکارآمدی و کیفیت زندگی نیز بالاتر می‌رود؛ از جمله مطالعه Karami و همکاران [۴۹] و Hartl و همکاران [۵۵]. اما مطالعات Smith و همکاران [۴۶] و Robb و همکاران [۵۶] مخالف این مطالعات بودند. شاید علت تفاوت در نتایج، اختلاف در زمان انجام پژوهش‌ها باشد؛ به طوری که در برخی از مطالعات به‌طور میانگین بیش از ۲ سال از مدت تشخیص بیماری می‌گذشت. در حالی که برخی دیگر طی انجام درمان‌های کمکی و یا زمان تشخیص اولیه بیماری انجام گرفته است. تشخیص سرطان پستان برای بسیاری از زنان واقعه‌ای ترسناک همراه با احساس ترس از مرگ، ناآگاهی و ترس از درمان و عوارض آن است که به شدت خودکارآمدی را تحت‌تأثیر 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. مطالعات Redhwan و همکاران (۲۰۰۸) و Ganz و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که بین نوع درمان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه که خود پیامد خودکارآمدی است، ارتباط وجود دارد [۴۷، ۵۷]. در حالی که نتایج مطالعه Ohsumi و همکاران (۲۰۰۹) و Robb و همکاران (۲۰۰۷) رابطه‌ای در این باره نشان نداد [۴۴، ۵۶]. می‌توان گفت در اغلب جوامع و فرهنگ‌ها، پستان نماد جنسیت، هویت زنانه و ابعاد مادرانه محسوب می‌شود. انجام جراحی پستان در زنان روی ظاهر و زیبایی جسمی و جنسی تأثیر خواهد داشت که این مسئله مشکلات روحی و روانی شدیدی را برای بیماران ایجاد می‌کند و در نهایت تأثیر به‌سزایی بر خودکارآمدی آنها دارد. در رابطه با ارتباط نوع بیمه با سلامت معنوی و خودکارآمدی می‌توان گفت که

References

1. Monfared A, Pakseresht S, Ghanbari Khanghah A, Atrkar-Roshan Z. Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer. *J Holist Nurs Midwifery*. 2013;23(2):52-62.
2. Momeni T, Musarezaie A, Karimian J, Ebrahimi A. The relationship between spiritual well-being and depression in Iranian breast cancer patients. *Health Inf Manage*. 2012;8(8):1007-16.
3. Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. The Assessment of Relationship between Mental Health and Quality of Life in Cancer Patients. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2009;16(2):33-8.
4. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Psychological state, quality of life, and coping style in patients with digestive cancer. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(2):125-32. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.genhosppsy.2004.10.006> PMID:15763124
5. Bekelman DB, Dy SM, Becker DM, Wittstein IS, Hendricks DE, Yamashita TE, et al. Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *J Gen Intern Med*. 2007;22(4):470-7. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs11606-006-0044-9> PMID:17372795 PMCID:PMC1829421
6. Kamian S, Taghdisi MH, Azam K, Estebsari F. Evaluating Effectiveness of Spiritual Health Education on Increasing Hope among Breast Cancer Patients. *Iran J Health Educ Health Promot*. 2014;2(3):208-14. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-193-en.html>
7. Shahsavari A, Mahmodi M, Hayati F. Relationship to subjective well being and demographic variables in women with breast cancer referred to hospitals affiliated to medical sciences universities of Tehran city, 1386. *Iran J Breast Dis*. 2009;2(1):23-8. <http://ijbd.ir/article-1-70-fa.html>
8. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;15(2):107-18. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3064-en.html>
9. Herrman H, Saxena S, Moodie R, World Health Organization. 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: World Health Organization; 2005. http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
10. Zareipour M, Abdolkarimi M, Asadpour M, Dashati S, Askari F. The Relationship between Spiritual Health and Self-efficacy in Pregnant Women Referred to Rural Health Centers of Uremia in 2015. *Community Health Journal*. 2016;10(2):52-61. http://chj.rums.ac.ir/article_45787_en.html
11. Allahbakhshian M, Jaffarpour M, Parvizy S, Haghani H. A Survey on relationship between spiritual wellbeing and quality of life in multiple sclerosis patients. *Zahedan J Res Med Sci*. 2010;12(3):29-33. <http://zjrms.ir/article-1-676-en.html>
12. Jesse DE, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(6):739-47. <https://doi.org/10.1177/0884217504270669> PMID:15561662
13. Konopack JF, McAuley E. Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):57. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1477-7525-10-57> PMID:22642832 PMCID:PMC3406955
14. 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 Qual Life Outcomes*. 2009;7(1):86. <https://dx.doi.org/10.1186%2F1477-7525-7-86> PMID:19781095 PMCID:PMC2761851
15. Kiaei M, Ferdosi M, Moradi R, Chelongar Q, Ahmadzadeh M, 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.
16. Salimian SH, Esmaili R, Dabirian A, Mansoorian S, Zohari Anboohi S. The survey of factors related to self-efficacy based on Orem's theory in patients with coronary artery bypass surgery in Tehran in 2014. *Advances in Nursing & Midwifery*. 2016;25(90):9-16.
17. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215. PMID:847061
18. Tam C-L, Chong A, Kadirvelu A, Khoo Y-T. Parenting styles and self-efficacy of adolescents: Malaysian scenario. *Global Journal of Human-Social Science Research*. 2013;12(14-A).
19. Barati S. Examine the simple and multiple relationship of self-efficacy, self-esteem, self-discovery and academic performance of the new system third year students in Ahvaz [dissertation]. Ahvaz Iran, Shahid Chamran University of Ahvaz; 1997.
20. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Aeinparast

- N. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer. *Woman and Society*. 2011;1(4):34-61. http://jzv.miau.ac.ir/article_1217_en.html
21. Mehrinejad S, Shariati S, Shapouri M. Stress in Women with Breast Cancer Compared to the Healthy Ones. *Clinical Psychology & Personality*. 2010;1(43):49-56. <http://cpap.shahed.ac.ir/article-1-503-en.html>
 22. Sajadi HM, Salehi B, Moshfeghi K. Comparison effect of drug therapy and drug-cognitive therapy on decreasing depression in women with breast cancer. *J Arak Uni Med Sci*. 2008;11(3):51-5. <http://amuj.arakmu.ac.ir/article-1-203-en.html>
 23. McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*. 2006;14(4):379-85. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0892-6> PMID:16283208
 24. Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med*. 2006;29(1):29-36. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9038-z> PMID:16362244
 25. Al-Atiyyat NM, Naga BSB. Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors: Critique of Quantitative Research. *World Fam Med J*. 2014;12(4):25-33. <https://doi.org/10.5742/MEFM.2014.92466>
 26. Musarezaie A, Momeni Ghaleghasemi T, Ebrahimi A, Karimian J. The Relationship between Spiritual Wellbeing with Stress, Anxiety, and Some Demographic Variables in Women with Breast Cancer Referring to the Specialized Cancer Treatment Center in Isfahan. *Iran J Health Syst Res*. 2012;8(1):104-13.
 27. Jadidi A, Farahaninia M, Janmohammadi S, Haghani H. The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People Residing in Kahrizak Senior House. *Iran J Nurs*. 2011;24(72):48-56. <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-1025-en.html>
 28. Harirchi I, Karbakhsh M, Kashefi A, Momtahn AJ. Breast cancer in Iran: results of a multi-center study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2004;5(1):24-7. PMID:15075000
 29. Derakhshanfar A, Niayesh A, Abbasi M, Ghalaeeha A, Shojaee M. Frequency of depression in breast cancer patients: a study in farshchian and besat hospitals of hamedan during 2007-8. *Iran J Surg*. 2013;21(2):68-74. <http://www.sid.ir/En/Journal/ViewPaper.aspx?ID=493553>
 30. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. *Hayat*. 2008;14(4 and 3):33-9. <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-135-en.html>
 31. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31(5):449-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.02.001> PMID:16716875
 32. Kazemi M, Momeni M. Comparative evaluation of self-efficacy and empowerment in women with breast cancer and healthy women. *Iran J Breast Dis*. 2012;5(1):45-53.
 33. Heydarzadegan A, Kochakzaei M. Study of the relationship between spiritual well-being and self-efficacy of students of faculty of engineering and psychology and educational sciences. *Majalah-i Amuzih-i Muhandisi-i Iran*. 2015;17(65):79.
 34. Adegbola MA. The Relationship among spirituality, self-efficacy, and quality of life in adults with sickle cell disease. Texas: The university of Texas at Arlington; 2007.
 35. Smith II JP. The effects of self-efficacy and spirituality on the job satisfaction and motivation to lead among redeploying soldiers as moderated by transformational leadership. Virginia: Regent University; 2011.
 36. Oman D, Hedberg J, Downs D, Parsons D. A transcultural spiritually based program to enhance caregiving self-efficacy: A pilot study. *Complementary Health Practice Review*. 2003;8(3):201-24. <https://doi.org/10.1177/1076167503250796>
 37. Asghari F, Saadat S, Atefi Karajvandani S, Janalizadeh Kokaneh S. The Relationship between Academic Self-Efficacy and Psychological Well-Being, Family Cohesion, and Spiritual Health among Students of Kharazmi University. *Iran J Med Educ*. 2014;14(7):581-93. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3250-en.html>
 38. Imam SS, Nurullah AS, Makol-Abdul PR, Rahman SA, Noon HM. Spiritual and psychological health of Malaysian youths. Vol 20. *Research in the Social Scientific Study of Religion: Brill*; 2009. p. 85-102.
 39. Esmaeili PZS. Assessment of correlation between self-efficacy and spiritual intelligence of family caregivers of elderly patient with alzheimer in tehran 1391 [dissertation]. Tehran Iran: Islamic Azad University Medical Sciences of Tehran; 2016.
 40. Esmaeili PZS, Mashouf S, Safari Z, Abbasi M. The relationship between self-efficacy and spiritual intelligence among carers of a family member of the elderly with Alzheimer's disease. *Medical Figh Quarterly*. 2012;4(11-12):151-66.
 41. Miller JF, McConnell TR, Klinger TA. Religiosity and spirituality: Influence on quality of life and perceived patient self-efficacy among cardi-

- ac patients and their spouses. *Journal of Religion and Health*. 2007;46(2):299-313. <https://doi.org/10.1007/s10943-006-9070-5>
42. Bandura A, Schunk DH. Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *J Pers Soc Psychol*. 1981;41(3):586. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.41.3.586>
 43. Härtl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*. 2010;19(2):160-9. <https://doi.org/10.1002/pon.1536> PMID:19189279
 44. Ohsumi S, Shimozuma K, Morita S, Hara F, Takabatake D, Takashima S, et al. Factors associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol*. 2009 39(8):491-6. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyp060> PMID:19520689
 45. 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 Clin Oncol*. 2003;21(21):4027-33. <https://doi.org/10.1200/JCO.2003.08.097> PMID:14581426
 46. Smith AW, Alfano CM, Reeve BB, Irwin ML, Bernstein L, Baumgartner K, et al. Race/ethnicity, physical activity, and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2009;18(2):656-63. <https://dx.doi.org/10.1158%2F1055-9965.EPI-08-0352> PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157 PMID:19190157
 47. Redhwan A, Idris MM, Zaleha M, Robert C, Fuad I, Sami R. Quality of life among women with breast cancer from Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, Malaysia. *J Community Health*. 2008;14(2):46-55.
 48. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(1):53-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.06.003> PMID:17884731
 49. Karami O, Falahat-Pisheh F, Jahani H, Beiraghdar N. Quality of life in cancer patients in Qazvin 2007. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2010;14(3):80-7.
 50. Özaras G, Özyurda F. Quality of life and influencing factors in patients with a gynaecologic cancer diagnosis at Gazi University, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11(5):1403-8. PMID:21198301
 51. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Predictors of quality of life of breast cancer patients. *Acta Oncologica*. 2003;42(7):710-8. PMID:14690156
 52. Kwan ML, Ergas IJ, Somkin CP, Quesenberry CP, Neugut AI, Hershman DL, et al. Quality of life among women recently diagnosed with invasive breast cancer: the Pathways Study. *Breast Cancer Res Treat*. 2010;123(2):507-24. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10549-010-0764-8> PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494 PMID:20140494
 53. Taira N, Shimozuma K, Shiroiwa T, Ohsumi S, Kuroi K, Saji S, et al. Associations among baseline variables, treatment-related factors and health-related quality of life 2 years after breast cancer surgery. *Breast Cancer Res Treat*. 2011;128(3):735-47. <https://doi.org/10.1007/s10549-011-1631-y> PMID:21681445
 54. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol*. 2005;23(15):3322-30. <https://doi.org/10.1200/JCO.2005.05.130> PMID:15908646
 55. Härtl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, et al. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol*. 2003;14(7):1064-71. PMID:12853348
 56. Robb C, Haley WE, Balducci L, Extermann M, Perkins EA, Small BJ, et al. Impact of breast cancer survivorship on quality of life in older women. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2007;62(1):84-91. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2006.11.003> PMID:17188505
 57. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL, Krupnick JL, Rowland JH, Meyerowitz BE, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2004;96(5):376-87. PMID:14996859
 58. Wallace M, Campbell S, Grossman SC, Shea JM, Lange JW, Quell TT. Integrating spirituality into undergraduate nursing curricula. *Int J Nurs Educ Scholarsh*. 2008;5(1):1-13. <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1443> PMID:18384268
 59. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009;18(8):1131-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02526.x> PMID:19207790
 60. Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today*. 2011;31(8):790-6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.11.010> PMID:21146259
 61. Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual Well-being and Attitude toward Spirituality and Spiritual Care in Nursing and Midwifery Students. *Iran J Nurs*. 2013;26(85):55-65. <http://ijn.iiums.ac.ir/article-1-1690-en.html>