

مقایسه امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم

دکتر لیلا مقتدر (Ph.D)^۱

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

پست الکترونیک: moghtaderleila@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۰۶/۲۷ تاریخ ارسال: ۹۵/۰۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: سرطان پستان از شایع‌ترین انواع سرطان در زنان است. امروزه متغیرهایی چون امید به زندگی و هوش معنوی در بهبود و کاهش عود این سرطان مؤثر شناخته شده‌اند.

هدف: تعیین امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان سالم.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش به صورت توصیفی مقایسه‌ای انجام شده است. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز تخصصی زنان در سال ۱۳۹۵ بودند که با توجه به شرایط ورود، از مراجعان به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انتخاب شدند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و جدول کرجسی و مورگان در مجموع تعداد ۱۵۰ نفر در قالب دو گروه زنان مبتلا به سرطان (۷۵ نفر) و زنان سالم (۷۵ نفر) به عنوان نمونه قرار گرفته و به پرسشنامه‌های هوش معنوی و امیدواری آشنایدر پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و آزمون آماری t و تحلیل واریانس انجام شد.

نتایج: طبق نتایج افراد گروه عادی نسبت به گروه بیماران مبتلا به سرطان در متغیر میزان امید به زندگی دارای میانگین بالاتری بودند ($t = 12/567$ $p < 0/001$). ولی بین دو گروه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($t = 1/067$).

نتیجه‌گیری: بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با افراد عادی جامعه از امید به زندگی پایینی برخوردارند ولی هوش معنوی آنها یکسان است.

کلید واژه‌ها: سرطان‌های پستان / متوسط عمر / هوش

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و شش، شماره ۱۰۱، صفحات: ۵۸-۶۵

مقدمه

خودگردانی و کاهش خستگی، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۳).

Goodman هوش معنوی (Spiritual Intelligence) را توانایی تجربه شده‌ای می‌داند که به افراد امکان دستیابی به دانش و فهم بیشتر را می‌دهد و زمینه را برای رسیدن به تکامل و ترقی در زندگی فراهم می‌سازد (۴). امید به زندگی می‌تواند توانایی برای مقابله با مشکل فرد بیمار باشد که در گذراندن مراحل درمان به ویژه به صورت موفق می‌تواند نقش بسزایی ایفا کند. حتی وجود این ویژگی می‌تواند روند بهبود را سرعت بخشیده و احتمال بهبودی را افزایش دهد (۵). از یک سو نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ممکن است روابط محدود میان دین، معنویت، و سلامت

در بین انواع سرطان‌ها، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان ایران و جهان است. میزان بقای کلی در این بیماران در مطالعه‌ای ۷۱ درصد برآورد شده‌است که خود گویای آن است که این افراد نسبت به مبتلایان به برخی دیگر از سرطان‌ها مدت طولانی‌تری با بیماری و یا عوارض کوتاه مدت و بلندمدت و استرس‌های ناشی از آن به زندگی خود ادامه می‌دهند (۱). بروز اختلالات روانی در افراد سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده. طبق گزارش بیجاری و همکاران، ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند و بزرگترین مسأله در این زمان برای بیمار احساس یأس و ناامیدی است (۲). تحقیقات جدید نشان دادند حضور ذهن در

رضایت از زندگی و سلامت رابطه مثبت وجود دارد (۱۷). پژوهشی در مورد اثرات معنویت بر سلامت فرد دریافت که معنویت با بیماری کمتر و طول عمر بیشتر همراه است و افرادی که دارای جهت‌گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحت به درمان بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب دیدگی و نقص عضو کنار می‌آیند (۱۸). هدف از پژوهش حاضر مقایسه هوش معنوی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم است تا با استفاده از عوامل افزایش‌دهنده متغیرهای مذکور، کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه ارتقا یابد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع پس رویدادی بود. جامعه آماری شامل حدود ۱۵۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان شهر رشت بودند که به مراکز تخصصی جهت مداخلات پزشکی مراجعه کرده بودند. از میان مراجعین به مراکز درمانی تعداد ۷۵ نفر زن مبتلا به سرطان که علاقمند و واجد شرایط پژوهش بودند با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین گروه زنان سالم از همراهان بیماران و فاقد سرطان پستان بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و از لحاظ تعداد، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شاخص توده بدنی (BMI)، عدم استفاده از داروهای هورمونی و تعداد حاملگی با گروه نمونه سرطانی همتا شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل سن باروری، تأهل، تحصیلات بالای دیپلم، وضعیت اقتصادی متوسط، وجود اعتقادات مذهبی و تمایل به شرکت در پژوهش و از شرایط خروج از مطالعه وجود همزمان اختلال دیگر و وجود اختلال روانی و عدم تمایل به شرکت در پژوهش بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه هوش معنوی و پرسشنامه امیدواری شناختی می‌باشد.

پرسشنامه هوش معنوی: این پرسشنامه دارای ۲۹ سؤال و از نوع بسته پاسخ می‌باشد. در ابتدا از کسی که پرسشنامه در اختیار او قرار می‌گرفت اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، تحصیلات، رشته تحصیلی و شغل پرسیده می‌شد و در زیر همین سؤالات پرسش‌های ۵ گزینه‌ای پرسشنامه شروع

روانی وجود داشته باشد (۶)، چنانچه در پژوهشی اثر یک برنامه مراقبت معنوی در سطوح اضطراب در بیماران مبتلا به لوسمی موجب کاهش سطح اضطراب شد ولی تغییری در سایر شاخص‌های سلامت روان این افراد به وجود نیامد (۷). بیماران مبتلا به سرطان گاهی اوقات از زندگی ناامید شده و امید به زندگی خود را از دست می‌دهند (۸). منظور از امید به زندگی، تعداد سال‌هایی است که فرد انتظار دارد زندگی کند (۹). عوامل اجتماعی و روانی مختلف و متعددی در افزایش امید به زندگی نقش دارند (۱۰). تحقیقات زیادی از مداخلات پزشکی ذهنی - جسمی در کاهش عوارض ناشی از سرطان پستان و افزایش بقا در مبتلایان حمایت می‌کنند (۱۱). در پژوهشی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری و تمرینات ورزشی در کاهش علائم یائسگی و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر شناخته شد (۱۲). بواله‌ری در بررسی خود تحت عنوان اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه رسید که معنویت درمانی به شیوه گروهی باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است (۱۳). محققان در بررسی رابطه احساس معنی بخش بودن زندگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با دو نوع درمان جراحی (رادیکال ماستکتومی و جراحی نگهدارنده) و مقایسه آن با افراد غیرمبتلا رابطه مثبتی بین معنویت و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان یافتند (۱۴). حمید نیز در پژوهش خود این نتیجه رسید که شناخت درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده و آن را افزایش داده است (۱۵). در پژوهشی دیگر پدram و همکاران دریافتند که جلسات گروه درمانی تأثیری مثبت بر کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل برجا گذاشت (۱۶). رضایی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که در مبتلایان به سرطان پستان نمرات سلامت معنوی، میزان اضطراب و استرس کمتری وجود دارد، ولی بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی ارتباطی وجود نداشت (۸). شکی نیست که بین هوش معنوی با

۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ است. همسانی درونی زیرمقیاس عامل ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و زیرمقیاس راهبردی ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ است. برای تکمیل این پرسشنامه ۲ تا ۵ دقیقه وقت لازم است. این پرسشنامه دارای ۱۲ عبارت است و طیف نمره‌ها از کاملاً درست تا کاملاً غلط را در برمی‌گیرد. عبارت ۳، ۵، ۷، ۱۱ انحرافی هستند و نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد. عبارات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به زیرمقیاس عاملی و عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به زیرمقیاس راهبردی است و نمره امید کلی فرد را نشان می‌دهد، به گزینه کاملاً درست ۴ نمره، تا حدی درست ۳ نمره، تا حدی غلط ۲ نمره و به گزینه کاملاً غلط نمره ۱ تعلق می‌گیرد. همانطور که مشاهده می‌شود، دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ است. نمره ۲۲ به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده است (۲۰).

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون T برای دو گروه مستقل استفاده شد. کلیه عملیات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

شرکت کنندگان این پژوهش ۱۵۰ نفر بودند که در دو گروه ۷۵ نفری مبتلا به سرطان و گروه سالم گنجانده شدند. این دو گروه شامل زنانی بودند که دارای سابقه تاهل بوده و بین دیپلم تا مقطع دانشگاهی لیسانس و بین ۳۵ تا ۵۵ سال بودند (جدول ۱).

می‌شد و فرد باید یکی از گزینه‌ها را علامت می‌زد. اعتبار یا پایایی آزمون در مرحله‌ی مقدماتی به روش آلفای کرونباخ توسط محقق بررسی و برابر ۰/۸۷ بود. برای بررسی روایی، علاوه بر روایی محتوایی صوری که سؤال‌ها با نظر متخصصان (همکاران) تأیید شد، از تحلیل عاملی نیز استفاده شده و همبستگی کلیه‌ی سؤال‌ها بالای ۰/۳ بود. در چرخش به واریماکس برای کاهش متغیرها ۲ عامل اصلی به دست آمد، که عامل اول با ۱۲ سؤال «درک و ارتباط با سر چشمه هستی» عامل دوم با ۱۷ سؤال «زندگی معنوی با اتکا به هسته درونی» نامیده شد. عامل اول شامل سؤال‌های ۱، ۴، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۶، ۲۴، ۲۷ و ۲۹ و عامل دوم شامل سؤال‌های ۲، ۳، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵ و ۲۶ بود. آزمون تفاوت معنی‌داری بین دختر و پسر نشان داد که در هوش معنوی و در عامل اول بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری وجود دارد، ولی در عامل دوم تفاوت معنی‌داری نبود. در این آزمون به گزینه کاملاً مخالفم نمره یک و مخالفم دو و به حدودی سه و موافقم چهار و به کاملاً موافقم نمره پنج داده می‌شود و دامنه‌ی نمرات ۲۹ تا ۱۴۵ است (۱۹).

پرسشنامه امیدواری اشنایدر: توسط اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی هستند. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار پرسشنامه امیدواری اشنایدر به عنوان مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند. همسانی کل آزمون

جدول (۱): هم‌تاسازی گروه‌های مطالعه از نظر متغیرهای مداخله‌گر

P	گروه		متغیرها
	سرطانی	سالم	
۰/۰۰۰	۴۴/۵۲	۴۲/۳۳	سن (سال)
۰/۰۰۰	۲/۵۴	۲/۳۲	تعداد حاملگی
۰/۰۰۰	۵۴/۴۱	۵۶/۳۴	BMI
۰/۰۰۰	۰	۰	هورمون تریایی

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	گروه	
	سالم n=۷۵	سرطانی n=۷۵
امیدواری	میانگین ± انحراف معیار ۱۴/۴۳ ± ۵/۲۰	میانگین ± انحراف معیار ۲۴/۹۴ ± ۵/۱۲
هوش معنوی	میانگین ± انحراف معیار ۷۳/۵۹ ± ۲۲/۰۴	میانگین ± انحراف معیار ۷۷/۳۲ ± ۲۱/۱۱

چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای در بین دو گروه نشان داد که سطح معنی‌داری همه F های محاسبه شده بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین تفاوت واریانس‌ها از نظر آماری معنی‌دار نیست و فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل واریانس استفاده کرد. همچنین نتایج جدول ۴ نشان داد که در گروه‌های مورد مطالعه، حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

با توجه به نتایج جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد متغیر امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان (۱۴/۴۳ ± ۵/۲۰) و در گروه افراد سالم (۲۴/۹۴ ± ۵/۱۲) است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر هوش معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برابر با (۷۷/۳۲ ± ۲۱/۱۱) و در گروه افراد سالم برابر با (۷۳/۵۹ ± ۲۲/۰۴) است. به منظور بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین متغیرها در دو گروه، پس از رعایت پیش فرض‌ها از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا آزمون‌های معنی‌دار بودن مانووا برای بررسی اثر اصلی عامل گروه‌بندی روی متغیرهای وابسته انجام شد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه

متغیر	F	Df1	Df2	Sig.
امیدواری	۲/۴۰۷	۱	۱۵۱	۰/۱۲۳
هوش معنوی	۰/۲۲۶	۱	۱۵۱	۰/۶۳۵

جدول ۴. نتایج اثر عوامل گروه‌بندی آزمون‌های معنی‌داری مانوا

آزمون	مقدار	F	Df	خطا	Df	Sig.	ضریب اتا
پیلای-بارتلت	۰/۵۶۵	۶۴/۴۱	۳	۱۴۹	۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
لامبدای ویلکز	۰/۴۳۵	۶۴/۴۱	۳	۱۴۹	۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
هتلینگ لالی	۱/۲۹۷	۶۴/۴۱	۳	۱۴۹	۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
بزرگترین ریشه	۱/۲۹۷	۶۴/۴۱	۳	۱۴۹	۱۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵

جدول ۵ مشاهده می‌شود t محاسبه شده برای متغیر امید به زندگی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است. بنابراین دو گروه از نظر متغیر میزان امیدواری دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به علاوه میزان t محاسبه شده برای متغیر هوش معنوی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. بنابراین دو گروه از افراد نمونه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معنی‌داری نداشتند.

مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت حدود ۰/۵۶ درصد است. یعنی ۰/۵۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد. برای بررسی معنی‌داری میزان امید به زندگی در بین دو گروه نمونه از آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. همچنین در

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تی مستقل میزان امیدواری و هوش معنوی

متغیر	t	Df	Sig.
امیدواری	۱۲/۵۶۷	۱۵۱	۰/۰۰۰
هوش معنوی	۱/۰۶۷	۱۵۱	۰/۲۸۷

بحث و نتیجه گیری

کنترل بود (۱). در این رابطه می توان گفت که هوش معنوی از روابط فیزیکی و شناختی فرد با محیط پیرامون خود فراتر رفته و وارد حیطه شهودی و متعالی دیدگاه فرد به زندگی خود می گردد. این دیدگاه شامل همه رویدادها و تجارب فرد می شود که تحت تأثیر یک نگاه کلی قرار گرفته اند. فرد می تواند از این هوش برای چارچوب دهی و تفسیر مجدد تجارب خود بهره گیرد. این فرآیند قادر است از لحاظ پدیدارشناختی به رویدادها و تجارب فرد معنا و ارزش شخصی بیشتری بدهد. مثلاً در بررسی تحقیقات انجام گرفته در مورد اثرات معنویت بر سلامت فرد دریافتند که معنویت با بیماری کمتر و طول عمر بیشتر همراه است و افرادی که دارای جهت گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحی به درمان بهتر پاسخ می دهند و به شکل مناسب تری با آسیب دیدگی و نقص عضو کنار می آیند (۲۱). پس این شخص است که باید احساس کند کیفیت زندگی اش مطلوب است یا نه؛ و برداشت افراد در این باره با یکدیگر یکسان نیست. بر این اساس شاید بتوان نتیجه گرفت که میان ارزیابی زنان مبتلا به سرطان در مقایسه با زنان عادی از واقعیت های زندگی و مطلوبیت کیفیت زندگی و از آن مهم تر معیارهایی که برای ارزیابی زندگی خود دارند، تفاوت وجود دارد و این شکاف، مدام رو به گسترش بوده و عمیق تر خواهد شد.

همانطور که قبلاً هم گفته شد هوش معنوی با زندگی درونی ذهن و نفس و ارتباط آن با جهان رابطه دارد و ظرفیت فهم عمیق سؤالات وجودی و بینشی نسبت به سطوح چندگانه هوشیاری را شامل می شود. تقویت این مساله در زنان مبتلا به سرطان پستان سبب کاهش افسردگی و افزایش امیدواری نسبت به آینده می شود. نتیجه بدست آمده با یافته های تبری، بهمنی، هزارواره ای و گرفمی، همسو می باشد (۲۱ و ۲۳-۲۵). این فرآیند بر این اساس است که مسائل و مشکلات فرد، ناشی از ناهمخوانی میان فشارهای وارد بر فرد و منابع و امکانات فردی برای کنار آمدن با این فشارهاست. مثلاً گرفمی

نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیر میزان امیدواری تفاوت معنی داری وجود دارد که با یافته های Goodman، رضایی و همکاران، تبری و Evans یکسان می باشد (۲۱، ۲۲). در تبیین این نتایج می توان گفت امید و امیدوار بودن یکی از عوامل مهم، در کنار آمدن با سرطان است. به هر حال بیمار مبتلا به سرطان آرزو می کند که ای کاش دچار این بیماری نگردیده بود. داشتن امید به زندگی و نگرش مثبت بستگی تام و کامل به ارزشیابی فرد از موقعیت و از خود دارد. چهارچوب شناختی فرد از موقعیت و از خود می تواند بوسیله امید به زندگی تغییر پیدا کرده و ارتقاء یابد. باور کردن فرد برای تلاش در جهت دستیابی به اهداف مطلوب، با توجه به بازخوردهای مثبت می تواند تأثیر بسزایی در این اثربخشی داشته باشد و آزمودنی به تدریج از روی تجربه های تلاش های گروهی و دریافت بازخوردهای مثبت می تواند امید به زندگی خود را افزایش دهد. از طرفی امید به زندگی بدلیل ایجاد موقعیت های موفقیت برای فرد، تصویری که فرد از خود دارد را، به تدریج مثبت کرده و به ایجاد نگرش مثبت کمک می کند. پس در مجموع می توان نتیجه گرفت که تغییر در نگرش و نحوه تفکر و شناسایی هیجان می تواند موجبات افزایش امید به زندگی را ایجاد نماید.

دو گروه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معنی داری باهم نداشتند. یافته های فلاح و همکاران، بوالهروی، قنبرزاده و همکاران، حمید، Evans، Sanders، Pargament و بهمنی و همکاران با نتایج ما تفاوت دارد (۱۷-۱۳، ۷، ۱، ۲۲ و ۲۴). از سویی یافته های ما همسو با نتایج مطالعات معینی و Schreiber می باشد (۷ و ۶). فلاح و همکاران در پژوهش خود به اثربخشی آموزش گروهی معنویت بر افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته و نشان دادند پس از مداخله، سطح امید به زندگی و رضایت از زندگی در گروه آزمایش بیش از گروه

بخشیده و احتمال بهبودی را افزایش دهد. بیماران مبتلا به سرطان پستان در معرض فشارهای روانی مختلفی قرار دارند که می‌تواند اختلال‌های روانی و اجتماعی را در زندگی آنها ایجاد کند. چون بیماران سرطانی و خانواده‌های آنان فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند، نتایج این قبیل تحقیقات می‌تواند به عنوان راهکاری در زمینه بهبود سازگاری اجتماعی و برخورد با موقعیت‌های فشارزای زندگی باشد، همچنین می‌تواند بسط و گسترش مطالعات مربوط به روانشناسی سلامت را فراهم آورد و نیز زمینه و بستر مناسبی را برای محققان و اندیشمندان علاقمند به این حوزه ایجاد کند.

در نهایت باید توجه داشت که اثر مداخله‌های درمانی به عوامل و شرایط گوناگون بستگی دارد. مناسب بودن و موفقیت درمان در زنان مبتلا به سرطان سینه از اصل «همه یا هیچ» تبعیت نمی‌کند و مؤثر بودن هر برنامه‌ای برحسب شرایط اجرا، ویژگی‌های شرکت‌کننده‌ها و سطح تخصص فرق می‌کند. حقیقت این است که مشکل ناامیدی در زنان مبتلا به سرطان، نتیجه باورهای غیرمنطقی است. باورهای غیرمنطقی همان باورهایی هستند که در پی‌گیری واقعیت‌ها، سیر عقلانی مناسبی را طی نمی‌کنند. از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر نبود پژوهش‌های مشابه بود که امکان مقایسه گروه‌ها را دشوار می‌کرد. به علاوه حجم کم گروه‌های آزمودنی و نبود امکان پیگیری آزمودنی‌ها در زمانی طولانی‌تر از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. توصیه می‌شود با تأسیس مراکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستان‌ها به خصوص بخش بیماری‌های خاص، در روند رو به بهبود این بیماران کمک موثری صورت پذیرد. همچنین استفاده از درمان‌های غیر دارویی تا حد امکان در صورت بروز علائم روانشناختی مانند ناامیدی و نگرانی با توجه به عوارض و تداخل دارویی در برطرف نمودن علائم روانی در زنان مبتلا به سرطان پستان توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری و سپاسداری

بدین وسیله از کلیه کارکنان مراکز درمانی و مراجعین شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر و امتنان را دارم.

و همکاران در پژوهش خود به اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان رسول اکرم رشت پرداختند، نتایج آنها نشان داد که معنا درمانی به شیوه گروهی سبب کاهش اختلالات روانی از جمله شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی شده است (۲۵).

یافته‌ی کلی ما نشان داد که بین امید به زندگی و هوش معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان و زنان عادی تفاوت وجود دارد. امید به زندگی و هوش معنوی بالا اصطلاحی برای انواعی از مهارت‌ها است که تسهیل‌کننده‌ی تعامل اجتماعی هماهنگ می‌باشد که احساس می‌شود زنان مبتلا به سرطان پستان برای رسیدن به زندگی معقول و متعادل نیاز دارند. همچنین بروز اختلال افسردگی در شرایط بحرانی زندگی همانند بیماری سرطان می‌تواند بیش از حد معمول باعث بروز مشکل شده و حتی سبب اختلال در روند درمان شده و آن را به تعویق بیندازد. افراد با حفظ امید به زندگی خود و قوی نگه داشتن باورهای معنوی می‌توانند شرایط فشارزا را کنترل کرده و درگیر افسردگی و تنش نشوند. مثلاً تبری در پژوهش خود به بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده، به این نتیجه رسید که کیفیت زندگی بیماران در ابعاد جسمی، اجتماعی، اقتصادی و روانی در جامعه ما مطلوب می‌باشد (۲۱). Pargamen در پژوهشی نشان داد که بین هوش معنوی با رضایت از زندگی و سلامت رابطه‌ی مثبت وجود دارد (۱۷). همچنین یافته‌های پژوهش ما در راستای نتایج پژوهش قنبرزاده و همکاران و پدرام و همکاران می‌باشد (۱۴ و ۱۶).

هوش معنوی می‌تواند به انسان در دستیابی به باورهای مثبت کمک کند زیرا زندگی انسان هدف‌مند می‌شود و این هدف‌مندی در دستیابی به نگرش مثبت در زندگی بسیار کمک کننده است. در مقابل ویژگی امید به زندگی می‌تواند توانایی برای مقابله با مشکل فرد بیمار باشد که در گذراندن مراحل درمان به ویژه به صورت موفق می‌تواند نقش به سزای ایفا کند. حتی وجود این ویژگی می‌تواند روند بهبود را سرعت

1. Falah R, Golzari M, Dastani M, Mousavi S M, Zahireidin A R, Akbari M E. Spiritual intervention to improve the effectiveness of group therapy and mental health in women with breast cancer hope. *Journal of Thought and Behavior* 2011;12 (4): 69-79. [Text in Persian]
2. Bijari H. The effectiveness of hope therapy- based therapy in increasing the life expectancy of women with breast cancer in Tehran. Master's thesis, Faculty of Education and psychology, Allameh Tabatabaei University , 2006. [Text in Persian]
3. Eyles C, Leydon G M, Hoffman C J, Copson E R , Prescott P, Chorooglou M, Lewith G. Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integr Cancer Ther.* Jan 2015; 14(1):42-56.
4. Goodman M, Voigt H, Rosenberg M, Gogenur J Ismail. Pharmacological treatment of depression in women with breast cancer: a systematic review .*Breast Cancer Research and Treatment.* 2013: 141(3): 325-330.
5. Ebrahimi N, Sabaghian Z, Abolghasemi M. Hope and academic achievement in students. *Proceedings of the Third Congress of Iranian Psychological Association.* Tehran; Shahid Beheshti University , 2010. [Text in Persian]
6. Schreiber J A, Brockopp D Y. Twenty-five years later--what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *J Cancer Surviv.* Mar; 2012.6(1):82-94.
7. Moeni M, Taleghani F, Mehrabi T, Moosarezaee A. The effectiveness of pastoral care programs on the level of anxiety in patients with leukemia. *Journal of Nursing and Midwifery* 2014;19(1):88-93. [Text in Persian]
8. Rezaee M. The effect of reminiscence on the mental health of the elderly. *Journal of the Elderly* 2011; 12(4). 60- 66. [Text in Persian]
9. Farhangi A A, Fatahi M, Vasegh B, Nargesian A. The relationship between spiritual intelligence, emotional intelligence and transformational leadership. *Journal of Management.* 2009; 4(15): 31-57. [Text in Persian]
10. Modabernia S. The effectiveness of life skills training (dissolve effective communication Msalh-) on marital satisfaction, general health and life expectancy of women seeking divorce. Master's thesis Azad University Tonekabon Branch; 2011. [Text in Persian]
11. Appling S E, Scarvalone S, MacDonald R, McBeth M, Helzlsouer K J. Fatigue in breast cancer survivors: the impact of a mind-body medicine intervention. *Oncol Nurs Forum.* 2012; 1; 39(3):278-86.
12. Duijts S F, Van Beurden M, Oldenburg H S, Hunter M S, Kieffer J M, Stuijver M M. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *J Clin Oncol.* 2012; 30(33): 4124-33.
13. Bolhari J. The effectiveness of spiritual healing group on the treatment of depression, anxiety and stress in women with breast cancer. *Journal of Medical Sciences* 2012; 11(3):56-71. [Text in Persian]
14. Ghanbarzadeh M, Shahidi S H, Ghadyani M. There is the meaning of life and quality of life of breast cancer patients with two types of surgical treatment (radical Mastectomy and conserving surgery) compared with non-infected individuals. *National Conference of meaning in life.* Esfahan ;University of Esfahan, 2009. [Text in Persian]
15. Hamid N. The Effectiveness of religion-based therapy on the hope and quality of life of breast cancer patients. *Hormozgan Medical Journal.* 2012; 16(3): 213-221. [Text in Persian]
16. Pedram H. The effectiveness of cognitive-behavioral treatment of depression, anxiety, and create hope for women with breast cancer at Shafa hospital in Ahvaz. *Journal of Sociology Women.* 2011; 3(1): 48-57.
17. Pargament K I. *Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred.* New York; Guilford press, 2007.
18. Emmons R A. Is Spirituality an intelligence? Motivation, Cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the psychology of Religion,* 2000; 10 (1): 3-26.
19. Abdollahzadeh H, Bagherpour M, Bojmehrani S, Lotfi M. *Spiritual intelligence (concepts, measurement and applications).* Tehran; ravansanje , 2009. [Text in Persian]
20. Snyder C R. *Handbook of hope.* San Diego; Academic Press, 2000.
21. Tabari F, Zakeri Moghtadam M, Bohrani Z. Quality of life in patients with newly diagnosed cancer. *J Hayat. Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2006. 13(2): 44-62. [Persian]
22. Evans R T, Connis R T. Comparison between groups with depressed cancer patients receiving radiation treatment. *USA :Medical Cancer Settle.* 2010.12(3): 15- 34.
23. Bahmani B, Etemadi A, Shafeeabadi A, delavar A, Ghandari Motlagh A. Compare cognitive therapy and cognitive therapy training on patients with breast cancer. *Iranian Journal of Psychology.* 2010; 6(20): 201-214. [Text in Persian]
24. Garfami H, Shafeeabadi A, Sanaee B. Meaning the effectiveness of group therapy in reducing symptoms of mental health problems in women with breast
25. Hezarvareei M. Compare the efficacy of drug therapy and cognitive therapy in reducing depression in women with breast cancer. Master's thesis, Tehran University; 2008. [Text in Persian]

Compare Life Expectancy and Spiritual Intelligence in Breast Cancer and Healthy Women

* Moghtader L (Ph.D)¹

***Corresponding Address:** Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: moghtaderleila@yahoo.com

Received: 17/Sep/2016 Revised: 05/Dec/2016 Accepted: 17/Jan/2017

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common form of cancer in women. Today variables such as life expectancy and spiritual intelligence in relief of cancer recurrence have proven this.

Objective: To compare life expectancy and spiritual intelligence between women suffering from breast cancer and healthy women of Rasht.

Materials and Methods: Method of this study uses the descriptive and ex post facto method of research. Using sampling and Morgan table, a total of 150 women with cancer in the two groups (n = 75) and healthy women (n = 75) as the specimen and spiritual intelligence questionnaires and Schneider responded hope. The samples completed the spiritual intelligence questionnaire and Snyder hope scale. Analysis of collected data using descriptive indices, mean and standard deviation and t-test and analysis of variance was performed.

Results: the Results of Samples in healthy group have higher mean in life expectancy variable in comparison with cancer patients ($p < 0/001$, $t = 12/567$). There was not any significant difference between two samples concerning spiritual intelligence variable. ($t = 1/067$).

Conclusion: Thus it can be concluded that women with breast cancer compared with the general population of low life expectancy are but spiritual intelligence is the same.

Conflict of interest: none declared

Key words: Breast Neoplasms \ Intelligence \ Life Expectancy.

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 101, Pages: 58-65

Please cite this article as: Moghtader L. Compare life expectancy and spiritual intelligence in breast cancer and healthy women. J of Guilan Univ of Med Sci 2017; 26(101):58-65. [Text in Persian]

¹ Assistant professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.