

« زن و مطالعات خانواده »

سال هفتم - شماره بیست و هشتم - تابستان ۱۳۹۴

ص ص: ۱۲۸-۱۱۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۶

مقایسه امید به زندگی، هوش معنوی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و
زنان سالم شهر رشت

دکتر لیلا مقتدر^۱

دکتر بهمن اکبری^۲

هنگامه مینایی^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی امید به زندگی، هوش معنوی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم می‌باشد. روش این پژوهش به صورت غیر تجربی و از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر رشت بودند که از بین 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 انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های هوش معنوی، امیدواری اشنایدر و افسردگی بک پاسخ دادند. تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و آزمون آماری T و تحلیل واریانس انجام شد. یافته‌ها گویای این است که افراد گروه عادی نسبت به گروه بیماران مبتلا به سرطان در متغیر میزان امید به زندگی دارای میانگین بالاتری‌اند. همچنین بین دو گروه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معناداری وجود ندارد. در متغیر میزان افسردگی، بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد گروه عادی، دارای میانگین بالاتری‌اند. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که زنان مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با افراد عادی جامعه از خلق و امید به زندگی پایینی برخوردارند ولی هوش معنوی آنها یکسان است.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، امید به زندگی، هوش معنوی، افسردگی

۱. استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی؛ رشت، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی عمومی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی؛ رشت، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

مقدمه

برای بیشتر مردم کلمه سرطان بدترین رویداد ممکن تلقی می‌شود و این تنها خود بیماری نیست که به منزله بلای بی رحمی است که وحشیانه به بدن هجوم آورده و آن را می‌خورد بلکه درمان آن نیز اکثراً عذاب آور است (دایاموند، ۱۹۹۹). در بین انواع مختلف سرطان‌ها، سرطان سینه شایع‌ترین سرطان در زنان ایران و جهان است. میزان بقای کلی در این بیماران در مطالعه‌ای ۷۱ درصد برآورد شده است. 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 (فلاح، گلزاری، داستانی، موسوی، ظهیرالدین و اکبری، ۱۳۹۰). بروز اختلالات روانی را در افراد سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد کرده‌اند. طبق گزارش ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند که با این که سرطان سلامت روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد اما به نظرمی رسد بزرگترین مسأله در این زمان برای بیمار احساس یأس و ناامیدی است (اشیگل ۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از بیجاری و همکاران، ۱۳۸۶). سرطان سینه از لحاظ روحی و احساسی مشکل زیادی را ایجاد می‌کند و حتی به دلیل تغییراتی که در تصویر و ساختار فیزیکی زن ایجاد می‌کند اثر زیادی در روابط اجتماعی و جنسی زن دارد. جنبه‌های روانی ناشی از سرطان پستان در تمام خانم‌هایی که بیماری در آنها تشخیص داده شده خصوصاً کسانی که بیماری در آنها پیشرفت نموده است مشهود می‌باشد. بسیاری از زنان بعد از تشخیص سرطان دچار افکار و احساسات غیر طبیعی می‌شوند. واقعیت این است که شیوه نگرش روانی و احساسی مشخص و معینی برای بیماران وجود ندارد. عکس العمل افراد نسبت به تشخیص سرطان گستره وسیعی از احساسات انسانی نظیر، عصبانیت، نگرانی، عدم اطمینان، ناامیدی، افسردگی، تنهایی و مواردی دیگر حتی گناه را در بر می‌گیرد (اولیوتو و همکاران، ۱۹۹۸، ترجمه احمدزاده، ۱۳۸۱). تحقیقات جدید نشان دادند حضور ذهن در خودگردانی و کاهش خستگی، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است (ایلیس، لیون، هافمن، کوپسون، پرسکوت و لویت، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده‌اند اگر چه درمان دارویی با داروهای ضد افسردگی ممکن است افسردگی و کیفیت زندگی را در زنان مبتلا به سرطان سینه بهبود بخشد، با این حال، شواهد محدود است (گودمن، ۲۰۱۳).

در چند سال اخیر مفهوم جدیدی وارد حوزه روان‌شناختی دین شده است که هوش معنوی^۲ نامیده می‌باشد. هوش معنوی همان توانایی است که به ما قدرت تلاش و کوشش برای به دست آوردن رویاها را می‌دهد. 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. نازل^۳

1. Spiegel Et Al
2. Spiritual intelligence
3. Nasel

نیز هوش معنوی را به عنوان توانایی نزدیک شدن به توانایی‌های معنوی و منبعی برای شناخت بهتر، کشف معنی و تحلیل وجودی، معنویت و رفتارهای عملی تعریف می‌کند (نازل، ۲۰۰۴). گودمن (۲۰۱۳) هوش معنوی 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. از طرفی افسردگی اختلالی است که در صورت بروز و مزمن شدن می‌تواند زندگی فرد مبتلا را مختل نماید چه بسا خود فرد به سرطان مبتلا باشد که به علت تحمل شرایط سخت موجود ناشی از آن احتمال تشدید افسردگی بیشتر خواهد شد. در مقابل ویژگی امید به زندگی می‌تواند خود توانایی برای مقابله با مشکل فرد بیمار باشد که در گذراندن مراحل درمان به ویژه به صورت موفق می‌تواند نقش به‌سزایی ایفا کند حتی وجود این ویژگی می‌تواند روند بهبود را سرعت بخشیده و احتمال بهبودی را افزایش دهد (ابراهیمی، ۱۳۸۹). از یک سو نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ممکن است روابط محدود در میان دین، معنویت، و سلامت روانی وجود داشته باشد (اسکیربر، بروکوپ، ۲۰۱۲). از سویی دیگر در پژوهشی اثر یک برنامه مراقبت معنوی در سطوح اضطراب در بیماران مبتلا به لوسمی موجبات کاهش سطح اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان خون شد (معینی، طالقانی، موسی‌رضایی، ۱۳۹۳).

بیماران مبتلا به سرطان گاهی اوقات از زندگی نا امید شده و امید به زندگی خود را از دست می‌دهند. (رضائی، ۱۳۸۵). منظور از امید به زندگی، تعداد سال‌هایی است که فرد انتظار دارد زندگی کند (فرهنگی، ۱۳۸۷). از نظر شناسایی امید عبارت است از ظرفیت ادراک شده برای تولید مسیرهایی به سمت اهداف مطلوب و انگیزه ادراک شده برای حرکت در این مسیرها (اشنایدر ۲۰۰۰؛ به نقل از ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۹). عوامل اجتماعی و روانی مختلف و متعددی در افزایش امید به زندگی نقش دارند (قوشچی، ۱۳۸۸، به نقل از مدبرنیا، ۱۳۹۰). تحقیقات زیادی از مداخلات پزشکی ذهنی- جسمی در کاهش عوارض ناشی از سرطان سینه و افزایش بقا در مبتلایان حمایت می‌کنند (پلینگ، اسکاروالون، مک دونالد، هلزسور، ۲۰۱۲).

در پژوهشی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و تمرینات ورزشی در کاهش علائم یائسگی درمان جهت در بیماران مبتلا به سرطان سینه مورد مطالعه قرار گرفت و این درمان می‌تواند اثرات مفیدی در علائم غدد درون ریز و به میزان کمتر، بر تمایلات جنسی و عملکرد فیزیکی بیماران مبتلا به سرطان پستان داشته باشد (دوئیت، وانبرن، اولدنبرگ، هانتز، کیفر، استویور، ۲۰۱۲).

بوالهروی (۱۳۹۱) در بررسی خود تحت عنوان اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه به این نتیجه رسید که معنویت درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. همچنین، باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است. قنبرزاده، شهیدی، شهریار و قدیانی (۱۳۸۸) در بررسی رابطه احساس معنابخش 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 غیر مبتلا رابطه مثبتی بین معنویت و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه یافتند. حمید (۱۳۹۱) نیز در پژوهش خود تحت عنوان بررسی اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه به این نتیجه رسید که شناخت درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است و آن را افزایش داده است. در پژوهشی دیگر پدram و همکاران (۱۳۹۰) به اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلالات اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان شفای اهواز پرداختند، آنها دریافتند که جلسات گروه درمانی تأثیری مثبت بر کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل برجا گذاشت.

رضایی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و متغیرهای جمعیت شناختی زنان مبتلا سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان به این نتیجه رسید که در مبتلایان به سرطان سینه نمرات سلامت معنوی، میزان اضطراب و استرس کمتری وجود دارد، ولی بین سلامت معنوی با متغیرهای جمعیت شناختی ارتباطی وجود نداشت. پارگامنت و ساندرز (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که بین هوش معنوی با رضایت از زندگی و سلامت رابطه مثبت وجود دارد. سنتوس (۲۰۰۶) در بررسی خود 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 جراحی به درمان بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب‌تری با آسیب دیدگی و نقص عضو کنار می‌آیند (نقل از ایمونز، ۲۰۰۰). فلاح و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهش خود به اثربخشی آموزش گروهی معنویت بر افزایش و رضایت از زندگی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه پرداختند. نتایج نشان داد پس از مداخله، سطح امید به زندگی و رضایت از زندگی در گروه آزمایش بیش از گروه کنترل بود.

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. از طرفی افسردگی اختلالی است که در صورت بروز و مزمن شدن می‌تواند زندگی فرد مبتلا را مختل نماید. چه بسا خود فرد عارضه‌ای دیگر مانند بیماری مورد بررسی در این پژوهش یعنی سرطان داشته باشد که به علت تحمی شرایط سخت موجود ناشی از آن احتمال تشدید افسردگی بیشتر خواهد شد. 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 به‌سزای را ایفا کند. حتی وجود این ویژگی می‌تواند روند بهبود را سرعت بخشیده و احتمال بهبودی را افزایش دهد.

با توجه به اینکه این بیماران 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 موجبات 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 فراهم آورد. با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر به دنبال بررسی این سوال می‌باشد که آیا بین امید به زندگی، هوش معنوی و افسردگی در زنان بیمار مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم تفاوت وجود دارد؟ بنابر این فرضیه مورد بررسی در پژوهش فوق چنین طرح شد: امید به زندگی، هوش معنوی و افسردگی در زنان بیمار مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با زنان سالم متفاوت است.

ابزار و روش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع پس‌رویدادی بود زیرا متغیرها از قبل وجود داشته‌اند و محقق متغیری را وارد مطالعه نکرده است و صرفاً به مقایسه آنچه از قبل وجود داشته پرداخته است. جامعه آماری شامل حدود ۱۵۰۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه شهر رشت بودند که به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی 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 دردسترس انتخاب شدند. همچنین گروه زنان سالم به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و از لحاظ تعداد، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با گروه نمونه سرطانی هم‌تا شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل بودن در سن باروری، تاهل، تحصیلات بالای دیپلم، تحت درمان سرطان سینه بودن 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، پرسشنامه امیدواری اشنایدر و پرسشنامه افسردگی بک 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 می‌گیرد اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، تحصیلات، رشته تحصیلی و شغل پرسیده می‌شود و در زیر همین سؤالات پرسشهای ۵ گزینه‌ای پرسشنامه شروع می‌شود و فرد باید یکی از گزینه‌ها را علامت بزند. آزمون این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ توسط عبدالله زاده و همکاران روی دانشجویان هنجار شده است. اعتبار یا پایایی آزمون در مرحله مقدماتی به روش آلفا 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 کلیه 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 سرچشمه هستی» نام گذاری شد و 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، ۲۹ و عامل دوم شامل سؤالهای ۲، ۳، ۶، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۸. آزمون تفاوت معنی‌داری بین دختر و پسر نشان داد که در هوش معنوی و در عامل اول بین دختران و پسران تفاوت معناداری 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 دامنه نمرات ۲۹ تا ۱۴۵ است (مؤسسه آزمون یارپویا، ۱۳۹۰).

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 ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - باز آزمون 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 بر می‌گیرد. عبارت ۳، ۵، ۷، ۱۱ انحرافی هستند و نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد. عبارات ۲، ۹، ۱۰، ۱۲ مربوط به زیر مقیاس 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، تاحدی درست ۳ نمره، تاحدی غلط ۲ نمره و به گزینه کاملاً غلط ... نمره ۱ تعلق می‌گیرد. همان طور که مشاهده می‌شود، دامنه تغییرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۳۲ است. نمره ۲۲ به عنوان نقطه برش پیشنهاد شده است (لوپز و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از عبدالله زاده و همکاران)

آزمون افسردگی بک: پرسشنامه افسردگی بک فرم بلند بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در ۵ تا ۱۰ دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از: ۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود، که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ به آن پاسخ دهند. زیرماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی، شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان فردی اختصاص یافته است به این ترتیب این مقیاس درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

بک و همکارانش دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه‌های بازآزمایی، بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. مطالعات انجام شده بر روی این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک و استیر و براون (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین دابستون و محمد خانی (۱۳۸۶) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند.

یافته‌ها

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.

شرکت کنندگان این پژوهش ۱۵۰ نفر بود که در دو گروه ۷۵ نفری مبتلا به سرطان و گروه سالم بودند. این دو گروه شامل زنانی هستند که دارای سابقه تاهل بوده و از نظر تحصیلات بین دیپلم تا مقطع دانشگاهی لیسانس می‌باشند، همچنین از نظر رده سنی همگی بین ۳۵ تا ۵۵ سال می‌باشند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول ۱، ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش

| متغیر | گروه | Mean | SD | N |
|-----------|--------|-------|-------|-----|
| امیدواری | سرطانی | ۱۴/۴۳ | ۵/۲۰ | ۷۵ |
| | سالم | ۲۴/۹۴ | ۵/۱۲ | ۷۵ |
| | کل | ۱۹/۸۶ | ۷/۳۶ | ۱۵۰ |
| هوش معنوی | سرطانی | ۷۷/۳۲ | ۲۱/۱۱ | ۷۵ |
| | سالم | ۷۳/۵۹ | ۲۲/۰۴ | ۷۵ |
| | کل | ۷۵/۴۰ | ۲۱/۶۰ | ۱۵۰ |
| افسردگی | سرطانی | ۲۰/۰۵ | ۸/۳۱ | ۷۵ |
| | سالم | ۱۶/۸۲ | ۶/۷۵ | ۷۵ |
| | کل | ۱۸/۳۹ | ۷/۶۹ | ۱۵۰ |

با توجه به نتایج جدول ۱، میانگین و انحراف استاندارد متغیر امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان برابر با $(۱۴/۴۳ \pm ۵/۲۰)$ و در گروه افراد سالم برابر با $(۲۴/۹۴ \pm ۵/۱۲)$ است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر هوش معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برابر با $(۷۷/۳۲ \pm ۲۱/۱۱)$ و در گروه افراد سالم برابر با $(۷۳/۵۹ \pm ۲۲/۰۴)$ است. میانگین و انحراف استاندارد متغیر افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان برابر با $(۲۰/۰۵ \pm ۸/۳۱)$ و در گروه افراد سالم برابر با $(۱۶/۸۲ \pm ۶/۷۵)$ است.

به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیرهای در دو گروه مورد پژوهش، پس از رعایت پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، از این آزمون استفاده شد. ابتدا آزمون‌های معنی‌دار بودن مانووا برای بررسی اثر اصلی عامل گروه بندی روی متغیرهای وابسته انجام شد. با توجه به معنی دار نبودن آزمون ام باکس می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه همگن می‌باشد. بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل واریانس استفاده کرد.

جدول ۲: 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 |
| افسردگی | ۱/۶۵۰ | ۱ | ۱۵۱ | ۰/۲۰۱ |

چنانچه در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای در بین دو گروه نشان داده است که سطح معناداری همه Fهای محاسبه شده بیشتر از $۰/۰۵$ است. بنابراین تفاوت واریانس‌ها از نظر آماری معنادار نیست و فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است. (بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس این سه متغیر در دو گروه همگن می‌باشد). همچنین نتایج نشان داد که در گروه‌های مورد مطالعه، حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی دار 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 معناداری میزان امید به زندگی در بین دو گروه نمونه از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳، ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون تی مستقل میزان امیدواری

| متغیر | t | Df | .Sig |
|-------|---------|-----|-------|
| گروه | -۱۲/۵۶۷ | ۱۵۱ | ۰/۰۰۰ |

چنان که در جدول فوق مشاهده می‌شود، محاسبه شده برای متغیر امید به زندگی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است. بنابراین دو گروه از نظر متغیر میزان امیدواری دارای تفاوت معنادار می‌باشند. با توجه به جدول توصیفی ۱، مشخص می‌شود که تفاوت در متغیر میزان امید به زندگی بدین صورت است که افراد گروه سالم نسبت به گروه بیماران مبتلا به سرطان، دارای میانگین بالاتری‌اند. به منظور بررسی معناداری هوش معنوی در بین دو گروه نمونه از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تی مستقل میزان هوش معنوی

| متغیر | t | Df | .Sig |
|-------|-------|-----|-------|
| گروه | ۱/۰۶۷ | ۱۵۱ | ۰/۲۸۷ |

چنان که در جدول فوق مشاهده می‌شود میزان t محاسبه شده برای متغیر هوش معنوی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار نیست. بنابراین دو گروه از افراد نمونه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معناداری وجود ندارد. برای بررسی معناداری میزان افسردگی در بین دو گروه نمونه، از آزمون تی گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵، ارائه شده است.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تی مستقل میزان افسردگی

| متغیر | t | Df | .Sig |
|-------|-------|-----|-------|
| گروه | ۲/۶۴۶ | ۱۵۱ | ۰/۰۰۹ |

چنان که در جدول فوق مشاهده می‌شود میزان t محاسبه شده برای متغیر افسردگی در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است. بنابراین دو گروه از افراد نمونه، از نظر متغیر افسردگی دارای تفاوت معنادار می‌باشند. با توجه به جدول توصیفی ۱، مشخص می‌شود که تفاوت در متغیر میزان افسردگی بدین صورت است که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد گروه عادی، دارای میانگین بالاتری‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیر میزان امیدواری دارای تفاوت معناداری وجود دارد که با یافته‌های رضایی و همکاران (۱۳۸۵)، تباری (۱۳۸۶)، ایوانز و کانیز (۲۰۱۰)، گودمن (۲۰۱۳)، سنتوس (۲۰۰۶) یکسان می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت امید و امیدوار بودن یکی از عوامل مهم، در کنار آمدن با سرطان است. به هر حال بیمار مبتلا به سرطان آرزو می‌کند که‌ای کاش دچار این مرض 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 می‌تواند 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 می‌تواند تأثیر بسزایی در این اثربخشی داشته باشد و آزمودنی به تدریج از روی تجربه‌های تلاش‌های گروهی و دریافت بازخوردهای مثبت می‌تواند امید به زندگی خود را افزایش دهد. از طرفی امید به زندگی بدلیل ایجاد موقعیت‌های موفقیت برای فرد، تصویری که فرد از خود دارد را، به تدریج مثبت کرده و به ایجاد نگرش مثبت کمک می‌کند. پس در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که تغییر در نگرش و نحوه تفکر و شناسایی هیجان می‌تواند موجبات افزایش امید به زندگی را ایجاد نماید.

دو گروه از نظر متغیر هوش معنوی تفاوت معناداری باهم نداشتند. یافته‌های بوالهروی (۱۳۹۱)، حمید (۱۳۹۱)، فلاح و همکاران (۱۳۹۱)، قنبرزاده و همکاران (۱۳۸۸)، بهمنی و همکاران (۲۰۱۰)، ایوانز و کانیز (۲۰۱۰)، پارگامنت و ساندروز (۲۰۰۷) با نتایج ما تفاوت دارد. و از سویی یافته‌های ما همسو با نتایج مطالعات اسکیربر، بروکوپ (۲۰۱۲) می‌باشد. در این رابطه می‌توان 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 می‌گردد. این دیدگاه شامل همه رویدادها و تجارب فرد می‌شود که تحت تأثیر یک نگاه کلی قرار گرفته‌اند. فرد می‌تواند 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 سنتوس (۲۰۰۶) در بررسی تحقیقات انجام گرفته در مورد اثرات معنویت بر سلامت فرد دریافت که معنویت با بیماری کمتر و طول عمر بیشتر همراه است و افرادی که دارای جهت گیری معنوی هستند، هنگام مواجهه با جراحت به درمان بهتر پاسخ می‌دهند و به شکل مناسب تری با آسیب دیدگی و نقص عضو کنار می‌آیند (به نقل از ایمونز، ۲۰۰۰). پس این شخص است که باید احساس کند کیفیت زندگی‌اش مطلوب است یا نه؛ و برداشت افراد در این باره با یک دیگر یکسان نیست. بر این اساس شاید بتوان نتیجه گرفت که میان ارزیابی زنان مبتلا به سرطان در مقایسه با زنان عادی از واقعیت‌های زندگی و مطلوبیت کیفیت زندگی و از آن مهم‌تر معیارهایی که برای ارزیابی زندگی خود دارند، تفاوت وجود دارد و این شکاف، مدام رو به گسترش بوده و عمیق‌تر 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 بینش نسبت به سطوح چندگانه هوشیاری را شامل میشود. آگاهی از نفس، به عنوان زمینه و بستر بودن یا نیروی زندگی تکاملی خلاق را در بر می‌گیرد. تقویت این مساله در زنان مبتلا به سرطان سینه سبب کاهش افسردگی و افزایش امیدواری نسبت به آینده می‌شود.

نتایج نشان داد که دو گروه مورد نظر در متغیر افسردگی دارای تفاوت معنادار می‌باشند. نتیجه بدست آمده با یافته‌های تباری (۱۳۸۶)، هزارواره‌ای (۱۳۸۷)، گرفمی (۱۳۸۸)، بهمنی (۱۳۸۹) همسو می‌باشد. افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با زنان عادی به دلیل عدم کاربرد و پیگیری مهارت‌های آموخته شده در زندگی واقعی است. این فرآیند بر این اساس استوار 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. مثلا گرفمی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهش خود به اثر بخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان رسول اکرم رشت پرداختند، نتایج آنها نشان داد که معنادرمانی به شیوه گروهی سبب کاهش اختلالات روانی از جمله شکایات جسمانی، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و ترس مرضی شده است.

یافته کلی ما نشان داد که بین امید به زندگی، هوش معنوی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان عادی تفاوت وجود دارد. امید به زندگی و هوش معنوی بالا اصطلاحی برای انواعی از مهارت‌ها است که تسهیل کننده تعامل اجتماعی هماهنگ می‌باشد که احساس می‌شود زنان مبتلا به سرطان سینه 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 فشار را کنترل کرده و درگیر افسردگی و تنش نشوند. مثلا تباری (۱۳۸۶) 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. پارگامنت (۱۹۷۷) در پژوهشی نشان دادند که بین هوش معنوی با رضایت از زندگی و سلامت رابطه مثبت وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهش جاری در راستای نتایج پژوهش قنبرزاده و همکاران (۱۳۸۸) و پدرام و همکاران (۱۳۹۰) می‌باشد.

در نهایت باید توجه داشت که مؤثر بودن مداخله‌های درمانی به عوامل و شرایط مختلف 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 بر حسب شرایط اجرا، ویژگی‌های شرکت کننده‌ها و سطح تخصص متغیر خواهد بود. این واقعیت است که مشکلات افسردگی زنان مبتلا به سرطان، نتیجه باورهای غیر منطقی هستند. باورهای غیرمنطقی همان باورهایی هستند که در پی‌گیری واقعیات، سیر عقلانی مناسبی را طی

نمی کنند. توصیه می شود با تأسیس مراکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستان ها به خصوص بخش بیماری های خاص، در روند رو به بهبود این بیماران کمک موثری صورت پذیرد.

منابع

- ابراهیمی، نسرین؛ زهرا، صباغیان و محمود، ابوالقاسمی. (۱۳۸۹). امید و موفقیت تحصیلی در دانشجویان، **مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روانشناسی ایران**، دانشگاه شهید بهشتی، ۱۲-۱۱ اسفند، ۲۳-۲۵.
- اولیوتو، ایو؛ گلمون، کارون و کوسک، اورو. (۱۹۹۸). **سرطان پستان**. ترجمه: حسین احمدزاده فر، (۱۳۸۱)، چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی هنری دیباگران، ۱۵۰.
- باوم، مایکل؛ ساندرز، کریستوبل؛ مردیث، شینا؛ (۱۹۹۷)، **سرطان پستان**، ترجمه: فاطمه قائم مقامی، (۱۳۷۷)، چاپ اول، تهران: نشر و تبلیغ بشری، ۱۶۹.
- بوالهروی، جعفر. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک**، ۱۱(۳)، ۵۶-۷۱.
- بهمنی، ب؛ اعتمادی، آ؛ شفیق آبادی، آ؛ دلاور، آ؛ قدری مطلق آ. (۱۳۸۹). مقایسه درمان گروهی شناختی وجودی و درمان گروهی شناختی آموزشی بر بیماران با سرطان پستان. **مجله روانشناسان ایرانی**. ۶(۲۰)، ۲۰۱-۲۱۴.
- بیجاری، هانیه. (۱۳۸۶). **اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر امید درمانی در افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در تهران**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پدram و همکاران. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر درمان اختلالات اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان شقای اهواز. **فصلنامه علمی پژوهشی جامعه شناسی زنان**، ۳(۱)، ۴۸-۵۷.
- تباری، فریبا، معصومه، ذاکری مقدم، ناصر، بحرانی و زهرا منجمد. (۱۳۸۶). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تازه تشخیص داده شده، **مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)**. ۱۳(۲).
- دایاموند، هاروی. (۱۹۹۹). **رهایی از سرطان، راهی به سوی تندرستی**، ترجمه: حسن فشارکی زاده (۱۳۷۹)، چاپ اول، تهران: ارزنده، ۱۶۸.

-حمید، نجمه. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. **مجله پزشکی هرمزگان**، ۱۶(۳)، ۲۲۱-۲۱۳.

-رضایی، محمد. (۱۳۸۵). تاثیر خاطره گویی بر سلامت روانی سالمندان، **مجله سالمند**، ۶۶-۶۰.
-شاه محمدی، سکینه. (۱۳۷۷). **ادغام بهداشت روانی در مراقبت‌های بهداشتی**، چاپ اول، تهران: مجتمع فرهنگی مجد.

-عبدالله زاده، حسن؛ معصومه، باقرپور؛ سمانه، پورمهرانی و لطفی، محدثه. (۱۳۸۸). **هوش معنوی** (مفاهیم، سنجش و کاربردهای آن) تهران: روان سنجی.

-غباری بناب، باقر، لواسانی، مسعود، محمدی. (۱۳۸۴). **ساخت مقیاس دانشجویان روانشناسی**، ۹۰، ۲۷۸-۲۶۱.

-فرهنگی، علی اکبر؛ مهدی، فتاحی، بهاره، واثق و عباس نرگسیان. (۱۳۸۸). بررسی روابط میان هوش معنوی، هوش عاطفی و رهبری تحول آفرین، **فصلنامه مدیریت ایران**، ۴(۱۵)، ۵۷-۳۱.

-فلاح، راحله، محمود، گلزاری، محبوبه، داستانی، سید مهدی، موسوی، علی رضا، ظهیرالدین و محمد اسماعیل اکبری، (۱۳۹۰)، اثر بخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان، **مجله اندیشه و رفتار**، ۱۲(۴)، ۷۹-۶۹.

-قنبرزاده، محمد؛ شهیدی، شهریار و قدیانی، مجتبی. (۱۳۸۸). رابطه احساس معنابخش بودن زندگی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با دو نوع درمان جراحی (رادیكال ماسکتومی و جراحی نگهدارنده) و مقایسه آن با افراد غیر مبتلا. **همایش ملی معناداری زندگی**، دانشگاه اصفهان.

-گرفمی، هاجر، عبدالله، شفیع آبادی و باقر، ثنایی. (۱۳۸۸). اثر بخشی معنا درمانی به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، **مجله اندیشه و رفتار**، ۶(۱۲)، ۴۲-۳۵.

-مدبر نیا، سحر، (۱۳۹۰)، **اثر بخشی آموزش مهارت‌های زندگی (حل مسأله- ارتباط مؤثر) بر رضایت زناشویی، امید به زندگی و سلامت عمومی زنان متقاضی طلاق**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزادتنکابن.

- معینی، م؛ طالقانی، ف؛ مهرابی، ت؛ موسی رضایی، آ. (۱۳۹۳). اثر بخشی برنامه‌های مراقبت‌های معنوی بر سطوح اضطراب بیماران مبتلا به سرطان خون. **مجله پژوهش پرستاری و مامایی**. ۱۹(۱)، ۸۸-۹۳.

- هزارواره ای، محبوبه. (۱۳۸۷). **مقایسه تأثیر دارو درمانی و دارو شناخت درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان**. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

-Appling, S. E. , Scarvalone. S. , MacDonald, R. , McBeth, M. , Helzlsouer, K. J. (2012). Fatigue in breast cancer survivors: the impact of a mind-body medicine intervention. *Oncol Nurs Forum*. 1;39(3):278-86.

-Beck, A. T. , Emery, G. , & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders And Phobias: A Cognitive -Perspective*. New York: Basic Books Biological Risk Factors . *Handbook Of Eating Disorders And Obesity*. New Jersey: John Willey.

-Duijts, S. F. , Van Beurden, M. , Oldenburg, H. S. , Hunter, M. S. , Kieffer, J. M. , Stuiiver, M. M. (2012). 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*. 20;30(33), 4124-33.

-Emmons, R. A. (2000). Is Spirituality an intelligence? Motivation, Cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the psychology of Religion*, 10 (1), 3-26.

-Evans, R. T. , Connis, R. T. (2010). Comparison between groups with depressed cancer patients receiving radiation treatment. USA :*Medical Cancer Settle*.

-Eyles, C. , Leydon, G. M. , Hoffman, C. J. , Copson, E. R. , Prescott, P. , Chorooglou, M. , Lewith, G. (2015). 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;14(1):42-56.

- Nasel, D. D. (2004). *Spiritual orientation in Relation to Spiritual Intelligence*. Thesis submitted for the degree of Doctor of philosophy. University of south Australia.

- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford press.

- Schreiber, J. A. , Brockopp, D. Y. (2012). 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; 6(1):82-94.

- Goodman, M. ,Voigt Hansen, Melissa. , Rosenberg, Jacob. , Gögenur, Ismail . (2013). Pharmacological treatment of depression in women with breast cancer: a systematic review *Breast Cancer Research and Treatment*. 141(3), 325-330