

Biannual Journal of Applied
Counseling
2016, 6(1), 89-101
Received: 14 Sep 2016
Accepted: 25 Oct 2016

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
۱۳۹۵، ۶(۱)، ۸۹-۱۰۱
دریافت: ۹۵/۰۶/۲۴
پذیرش: ۹۵/۰۹/۰۲

آموزش هوش معنوی بر سازگاری‌های خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و جسمانی در
بیماران مبتلا به سرطان پستان^۱

The spiritual intelligence training to family, affective, social and Physical adjustments in breast cancer patients

Parisa Moazedyan پریسا معاضدیان^۱
Masoud Bagheri مسعود باقری^۲

Abstract

The current research was semi-experimental with pre-test and post-test and control group. 30 breast cancer patient, select voluntary and were assigned randomly to control and experiment groups, and completed King's Self-report Spiritual Intelligence, and Bell's Adjustment Questionnaires. Participants on experimental group received ten sessions of spiritual intelligence training and the group of control not received any training. Data was analyzed using co-variance analysis statistical method and SPSS-19 statistical software. Findings showed that spiritual intelligence training lead to increasing on family, affective, and social adjustment, and no physical adjustment. The result of the present study persists to usefulness effect spiritual skills training on improvement view of patients to spirituality and decrease mental trauma and adjusting with situation.

Key words: Spiritual intelligence, family, affective, social, health adjustment, breast cancer

چکیده

پژوهش حاضر با هدف آموزش هوش معنوی بر سازگاری‌های خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و جسمانی در میان بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان به صورت داوطلب انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه کنترل و آزمایش واگذار شدند، و پرسش‌نامه‌های هوش معنوی کینگ و سازگاری بل را تکمیل نمودند. شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش به مدت ده جلسه تحت آموزش هوش معنوی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه آموزشی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار آماری SPSS-۱۹ تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که آموزش هوش معنوی منجر به افزایش سازگاری خانوادگی، عاطفی و اجتماعی و نه جسمانی در شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش شده است. نتیجه‌ی پژوهش حاضر، بر تأثیر مفید بودن آموزش مهارت‌های معنوی در پیشرفت دیدگاه بیماران به معنویت و کاهش ضربه‌های روانی و سازگار شدن با شرایط، تأکید دارد.

واژه‌های کلیدی: هوش معنوی، سازگاری خانوادگی، عاطفی، اجتماعی، جسمانی، سرطان پستان

۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی به شماره پژوهشی ۲۱۰۵۹۴۵ می‌باشد.

* دانش‌آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه شهید باهنر کرمان

mbibagheri@yahoo.com

** دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان (نویسنده مسئول)

مقدمه

خانواده مرکزی‌ترین محیط تربیتی است که در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمی فرد نقش به‌سزایی دارد. خانواده مجموعه‌ای پویا، فعال، جهت‌دار و منظم که هر یک از اعضای آن دارای نقش و پایگاهی است. از طرفی تعادل و سلامت خانواده به ایفای نقش صحیح و به‌موقع تمام اعضای آن وابسته می‌باشد. اعضای خانواده به انضمام وظایف هر یک از آن‌ها مجموعاً سیستم خانواده را تشکیل می‌دهند. موقعیت هر یک از اعضای خانواده تعیین‌کننده نقش و وظیفه اوست (پارسونز^۱، ۱۹۵۶، به نقل از مرادی و عابدی، ۱۳۸۹).

سرطان^۲ یکی از بیماری‌های شایع غیر واگیردار است و یکی از علل عمده‌ی اختلال‌های مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان است (طاوولی، منتظری، محقق، روشن، طاوولی و ملیانی، ۱۳۸۶). سرطان یک اصطلاح محاوره‌ای برای بدخیمی تولید سلولی است (مگوایر، واش، کلینگ، جی کوک و کینگستون، ۱۹۹۹). شایع‌ترین سرطان‌ها در میان افراد بزرگسال سرطان‌های پستان، ریه، روده‌ی بزرگ و پروستات^۳ می‌باشند که با نقص در سلول‌های مخاطی^۴ در ارتباطند (هاول، ۲۰۰۸). تقریباً یک چهارم کل سرطان‌های زنان را سرطان پستان تشکیل می‌دهند، که دومین عامل مرگ ناشی از سرطان‌هاست. تقریباً از هر هشت نفر یک نفر مبتلا به سرطان پستان است که در اغلب اوقات منجر به برداشت کامل بافت پستان، شیمی درمانی، رادیوتراپی^۵ و هورمون درمانی می‌گردد. بر اساس گزارش‌ها، شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع ۹/۱۸ درصد و بالاترین میزان آن در سنین ۲۵-۴۴ سالگی است (پری و فیلیس، ۲۰۰۲، به نقل از هروی کریموی، پور دهقان، فقیه زاده و منتظری، ۱۳۸۵).

مهمترین نشانه‌ی سلامت روان انسان‌ها، سازگاری^۶ است. سازگاری از مباحثی است که جامعه‌شناسان و روان‌شناسان و مربیان در دهه‌ی اخیر توجه خاص به آن مبذول داشته‌اند. سازگاری شامل طیف گسترده‌ای از جنبه‌های مختلف مثل خانواده، همسالان، اجتماع، عواطف و غیره است. از جهتی سازگاری امری کاملاً نسبی است و باید آن را مناسب با شرایط بومی و اجتماعی تعریف کرد (گرینبرگ و شلدون، ۱۹۹۲، به نقل از احمدی، حاتمی و اسدزاده، ۱۳۹۱). اسلوموسکی و دان (۱۹۹۶) سازگاری و مهارت اجتماعی را فرآیندی می‌دانند که افراد را قادر می‌سازد تا رفتار دیگران را درک و پیش‌بینی، رفتار خود را کنترل و تعاملات اجتماعی خود را تنظیم کنند. در شکل‌گیری سازگاری اجتماعی عواملی چون شیوه‌های تربیتی، ارزش‌ها و اعتقادات حاکم بر فرد و جامعه، همسالان، خانواده و آموزش و پرورش مؤثر هستند (الیسون، ۲۰۰۴، به نقل از احمدی و همکاران، ۱۳۹۱).

سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان، به خیلی از جنبه‌های بیماری و شرایط روانی-اجتماعی از جمله

-
1. Parsons
 2. cancer
 3. prostate
 4. epithelia cells epithelia cells
 5. radiotherapy
 6. compatibility

محل سرطان و یا به سن فرد بستگی دارد. برای مثال، در سرطان رحم و یا دهانه‌ی رحم که منجر به نازایی می‌شود، در زنان جوان بیش از زنان میانسال که تردیدی در مورد ازدواج و روابط جنسی و صاحب فرزند شدن ندارند، ناسازگارانه‌تر خواهد بود (احمدی ابهری، میرزایی، اردبیلی، ۱۳۸۴). وایزمن^۱ (۱۹۷۲)، به نقل از اسلامی (نسب، ۱۳۷۳) مشاهده کرد که بیماران سرطانی در وهله‌ی اول احساس دوگانگی نسبت به هستی و وجود پیدا می‌کنند و بعد سازگاری‌شان کاهش پیدا می‌کند.

پیشرفت سریع روان‌شناسی در دهه‌ی اخیر و کشف آثار گسترده‌تر و غیرقابل انکار دین و معنویت^۲ در همه‌ی ابعاد زندگی انسان و نقش بی‌بدیل آن در آرامش روان و بهداشت روان باعث شده است، شاهد رشد فزاینده مطالعات روان‌شناسی دین و معنویت در ابعاد مختلف باشیم. معنویت به معنای اجتناب کردن از زندگی و مشکلات و بلا تکلیفی‌ها نیست، در اغلب سنت‌های مذهبی، ارزش زیادی برای عادی زندگی کردن و روبرو شدن با رنج‌های انسانی قائل شده‌اند و آن را موجب رشد انسانی و معنوی دانسته‌اند (عبدالله‌زاده، باقرپور، بوژمهرانی و لطفی، ۱۳۸۸). همچنین، معنویت بیانگر این است که مذهب به عنوان یک مکانیزم مقابله با رویدادهای زندگی از طریق شبکه‌های اجتماعی آن عمل می‌کند (هیل و باتر، ۲۰۰۱). به نقل از بتون و الونا، (۲۰۰۴).

امروزه علایق پژوهشی در زمینه سرطان، به سمت سبک‌های مقابله‌ای و سازگاری متمرکز شده است. با توجه به اینکه سرطان به عنوان تهدیدی در زندگی ارزیابی می‌شود تا حدودی استفاده از معنویت در گستره زندگی برای سازگاری افراد مبتلا می‌تواند مفید باشد. معنویت با کاهش استرس و افزایش احساس امنیت و آرامش و ارضاء نیازهای اولیه در ارتباط است (یونگ می و سیدلتز، ۲۰۰۲)، و انسان‌های با دیانت در برخورد با استرس‌های محیطی از روش‌های مقابله‌ای مؤثرتری استفاده می‌کنند (هات وی و پارگامنت، ۱۹۹۹؛ تورسن، ۱۹۹۹، به نقل از یونگ می و سیدلتز، ۲۰۰۲). هادی تبار، نوابی نژاد و اخگر (۲۰۱۲) دریافتند آموزش هوش معنوی بر سازگاری تندرستی و سلامتی تأثیر دارد. کاراداماس (۲۰۱۰) نشان داد که بین مذهبی بودن و سلامتی رابطه مثبت وجود دارد. در بررسی دیگری دیده شد معنویت موجب کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است (لطفی، مفید و سرافراز مهر، ۱۳۹۲). یونگ می و سیدلتز (۲۰۰۲) دریافتند در مقابل استرس‌ها، معنویت به عنوان میانجی در سازگاری هیجانی و جسمی در موقعیت‌های گوناگون عمل می‌کند. مطالعات مختلف مثل روونا (۱۹۹۳)، بویینگ (۲۰۰۳)، بدایکو و نبلت (۲۰۱۱)، نیمیر، کوریر، کولمن، تامر و سامول (۲۰۱۱)، یاه، بوررو و شا (۲۰۱۱)، اسمیت، همدون، لرلی، کوآن و اتال (۲۰۱۱) و شنول، هارلو و بروار (۲۰۰۸) نشان داده‌اند که معنویت به عنوان یک راهکار مقابله‌ای در برابر بیماری بوده و باعث سازگاری روانی-اجتماعی، فرهنگی است. سدیکیدز و گباور (۲۰۰۹) معتقدند که مذهبی بودن عامل تشویقی در ارتباطات اجتماعی است.

احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت متأهل بودن و نگرانی درباره ازدواج در

1. Waisman
2. spirituality

صورت تجرد، ترس از مرگ، ترس از عود بیماری، ترس از دست دادن خانواده، ترس از عوارض بیماری یا درمان‌های انجام شده نظیر قطع عضو، ریزش مو، تورم دست، از جمله مشکلاتی هستند که بیماران مبتلا به سرطان پستان با آن مواجه هستند (آلاکایلو، یاوزسن، دیریوز ویلماز، ۲۰۰۸). این بیماران برای مقابله با این مشکلات از روش‌های متعدد درمانی از جمله دارودرمانی (برنستین، بورکوسوهازلت، ۲۰۰۰)، درمان‌های شناختی-رفتاری (گیلیسین، ورهاگن، ویتجزوبلیژنبرگ، ۲۰۰۶) و دیگر درمان‌های روان‌شناختی استفاده کرده‌اند. از جمله رویکردهای درمانی که می‌تواند در بهبود وضعیت بیماری تأثیرگذار باشد معنویت می‌باشد (ریچارد، هاردمنوبرتر، ۲۰۰۰). بر این اساس با توجه به یافته‌های به دست آمده و نیازهای موجود، هدف این پژوهش آموزش هوش معنوی بر سازگاری‌های خانوادگی، عاطفی و اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود و فرضیه این است که هوش معنوی موجب افزایش سازگاری‌های خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و جسمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش ۳۰ زن مبتلا به مبتلا به سرطان پستان از میان زنان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان نمازی شیراز با معیارهای ورود ۲۰ تا ۴۵ سال، دوره بیماری هشت ماهه، نداشتن بیماری‌های جدی مثل سابقه سکتی و یا بیماری‌های خلقی-عاطفی به صورت هدفمند- داوطلب انتخاب شدند. معیارهای خروج بیماران از طرح آموزش نداشتن این موارد بود. از این تعداد ۱۵ زن به صورت تصادفی به گروه آزمایش و ۱۵ نفر به گروه کنترل گمارش شدند، و به مدت ده جلسه، و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش هوش معنوی قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه خود گزارشی هوش معنوی کینگ^۱. این پرسش‌نامه توانایی ذهنی هوش معنوی را با ۲۴ عبارت مورد سنجش قرار می‌دهد، و شامل چهار بعد با عنوان‌های گسترش آگاهی، معناسازی شخصی، آگاهی متعالی و تفکر وجودی است. هر ماده این ابزار در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) نمره‌گذاری می‌شود که نمره‌های بالا معرف هوش معنوی بالا و نمره‌های پایین آن نشان‌دهنده هوش معنوی پایین است. کینگ (۲۰۰۸)، به نقل از فتحی اُشتیانی، (۱۳۹۱) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۹۵؛ حسین چاری و ذاکری (۱۳۸۹) ۰/۹۳ و ضریب روایی آن را با مؤلفه‌های هوش معنوی از جمله تفکر انتقادی، معناسازی شخصی، آگاهی متعالی و گسترش خودآگاهی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۸، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ و معلمی، رقیبی و سالاری درگی (۲۰۱۰) ضریب پایایی باز-آزمایی این پرسش‌نامه (به فاصله دو هفته) ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند.

1. The Spiritual Intelligence Self-Report Inventory

پرسش‌نامه سازگاری بل^۱. پرسش‌نامه سازگار بل در سال ۱۹۶۱ توسط بل (به نقل از محمدخانی، ۱۳۸۸) معرفی شد، و دارای ۱۶۰ ماده است که سازگاری را در پنج حیثه سلامتی، خانوادگی، اجتماعی، هیجانی، شغلی می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت "بلی و خیر" می‌باشد و نمره بالا در این ابزار بیانگر سازگاری خوب در جنبه‌های مختلف است. بل (۱۹۶۱، به نقل از خادمی، ۱۳۸۳) ضرایب پایایی این ابزار را در مؤلفه‌های سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، هیجانی ۰/۹۱؛ شغلی ۰/۸۵ و خانوادگی ۰/۹۱، نقشبندی (۱۳۷۸) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۲ و برای عامل‌های سازگاری تندرستی ۰/۷۷، خانوادگی ۰/۸۷، اجتماعی ۰/۸۶، هیجانی ۰/۸۴ و شغلی ۰/۷۰ و بل (۱۹۶۲)، به نقل از فتحی آشتیانی و داستانی، (۱۳۸۸) برای خرده‌مقیاس‌های سازگاری در خانه، بهداشتی، اجتماعی، عاطفی و شغلی و برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ و ضریب روایی تفکیکی مناسبی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک گزارش داده‌اند.

صورت‌جلسه‌های آموزش هوش معنوی (کینگ، ۲۰۰۸)

جلسه اول. انجام پیش‌آزمون و آشنایی با موضوع معنویت.

جلسه دوم. معنویت کاربردی در زندگی روزمره و تعریف هوش معنوی از دیدگاه کینگ.

جلسه سوم. آموزش اولین قسمت، مؤلفه اول هوش معنوی از دیدگاه کینگ تفکر وجودی انتقاد. جلسه

جلسه چهارم. آموزش دومین قسمت، مؤلفه اول هوش معنوی از دیدگاه کینگ «تفکر وجودی انتقادی».

جلسه پنجم. آموزش اولین قسمت، مؤلفه‌ی دوم هوش معنوی از دیدگاه کینگ «تولید معنای شخصی».

جلسه ششم. آموزش دومین قسمت، مؤلفه‌ی دوم هوش معنوی از دیدگاه کینگ «تولید معنای شخصی».

جلسه هفتم. آموزش اولین قسمت، مؤلفه‌ی سوم هوش معنوی از دیدگاه کینگ «آگاهی متعالی».

جلسه هشتم. آموزش اولین قسمت، مؤلفه‌ی چهارم هوش معنوی از دیدگاه کینگ «گسترش حالت هوشیاری».

جلسه نهم. آموزش دومین قسمت، مؤلفه‌ی چهارم هوش معنوی از دیدگاه کینگ «گسترش حالت هوشیاری».

جلسه دهم. مرور جلسات گذشته و اجرای پس‌آزمون.

روند اجرای پژوهش

ابتدا از هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون در مورد سازگاری و هوش معنوی به عمل آمد. بعد از اجرای پیش‌آزمون، زنان گروه آزمایش در معرض تحت مداخله (آموزش هوش معنوی) قرار گرفتند اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش به مدت ده جلسه، هر هفته یک جلسه و به مدت ۹۰ دقیقه تحت آموزش هوش معنوی قرار گرفتند. در نهایت هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مجدداً در مورد متغیرهای سازگاری و هوش معنوی مورد سنجش قرار گرفتند.

1. Bell's Adjustment Inventory

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و استنباطی مانند تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضه‌های آن و نرم‌افزار SPSS-۱۹ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش $۳۳/۸ \pm ۶$ و در گروه کنترل $۳۲/۱ \pm ۵$ ؛ ۱۳ نفر دارای تحصیلات دیپلم، ۷ نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم و ۱۰ نفر دارای مدرک تحصیلی لیسانس و ۱۸ نفر خانه‌دار، ۵ نفر کارمند و ۷ نفر دارای شغل آزاد بودند.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در چهار مؤلفه سازگاری

متغیر	گروه کنترل		گروه آزمایش	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازگاری خانوادگی	۱۱/۳۳	۷/۰۶	۱۰/۶۷	۵/۹۱
	۱۱/۴۰	۶/۶۴	۱۳/۲۷	۵/۷۹
سازگاری جسمانی	۱۲/۰۷	۵/۶۱	۱۱/۶۷	۴/۵۹
	۱۲/۵۳	۵/۷۸	۱۳/۰۷	۴/۰۸
سازگاری اجتماعی	۱۲/۳۳	۶/۵۱	۱۳/۴۷	۶/۶۲
	۱۲/۲۷	۶/۵۶	۱۷/۷۳	۷/۱۸
سازگاری عاطفی	۱۵/۲۰	۹/۲۸	۱۵/۱۳	۶/۵۷
	۱۵/۸۷	۷/۷۹	۱۷/۶۰	۵/۰۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، نمره‌های میانگین پس‌آزمون در هر چهار مؤلفه سازگاری خانوادگی، جسمانی، اجتماعی و عاطفی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون در گروه آزمایش افزایش یافته و در گروه کنترل تغییری نداشته است.

آزمون‌های همگنی واریانس لون^۱ در مؤلفه‌های سازگاری جسمانی ($F=۰/۷۸$ ، $p>۰/۰۵$)، اجتماعی ($F=۰/۴۰۶$ ، $p>۰/۰۵$)، عاطفی ($F=۰/۹۱$ ، $p>۰/۰۵$) و خانوادگی ($F=۱/۰۲$ ، $p>۰/۰۵$) رعایت شده است. توزیع‌های نرمال بودن متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون توزیع بهنجاری کلموگروف-اسمیرنوف^۲ نشان داد که توزیع چهار مؤلفه سازگاری جسمانی ($p=۰/۳۷۵$)، اجتماعی ($p=۰/۲۲۹$)، عاطفی ($p=۰/۱۵۰$) و خانوادگی ($p=۰/۱۸۳$)، تابع توزیع نرمال هستند. مفروضه رابطه خطی بین کوواریت‌های مؤلفه‌های سازگاری جسمانی

1. Levene's test
2. Kolmogorov-Smirnov test

$F=۱۰/۴۵$ ، $p<۰/۰۵$ ، اجتماعی ($F=۶/۱۹$ ، $p<۰/۰۵$)، عاطفی ($F=۱۳/۶۷$ ، $p<۰/۰۵$)، خانوادگی ($F=۴/۴۲$ ، $p<۰/۰۵$) و هوش معنوی ($F=۶/۱۰$ ، $p<۰/۰۵$) و پس از آزمون نشان می‌دهند که این مفروضه، یعنی، خطی بودن همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز برقرار است. در آخر، با توجه به عدم معناداری اثر متقابل بین گروه و پیش‌آزمون‌های (کوواریتها) مؤلفه‌های سازگاری جسمانی ($F=۰/۵۷$ ، $p>۰/۰۵$)، اجتماعی ($F=۱/۱۲$ ، $p>۰/۰۵$)، عاطفی ($F=۰/۴۵$ ، $p>۰/۰۵$) و خانوادگی ($F=۱/۰۸$ ، $p>۰/۰۵$)، می‌توان نتیجه گرفت داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های خط رگرسیون حمایت می‌کنند؛ بنابراین با توجه به رعایت چهار مفروضه می‌توان از روش آماری تحلیل کوواریانس برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های مؤلفه‌های سازگاری زنان گروه‌های آزمایش و کنترل پس از کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	P	مجدور اینا
سازگاری خانوادگی	پیش‌آزمون	۹۳۰/۲۰	۱	۹۳۰/۲۰	۹۷/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
	گروه	۴۱/۹۷	۱	۴۱/۹۷	۴/۴۲	<۰/۰۰۴	۰/۱۴
	خطا	۲۵۶/۴۷	۲۷	۹/۵۰	-	-	-
سازگاری جسمانی	پیش‌آزمون	۵۰۱/۵۴	۱	۵۰۱/۵۴	۵۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گروه	۵/۴۲	۱	۵/۴۲	۰/۶۲	۰/۴۳۰	۰/۰۲
	خطا	۲۳۴/۷۳	۲۷	۸/۶۹	-	-	-
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۸۲۰/۹۹	۱	۸۲۰/۹۹	۵۷/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
	گروه	۶۴/۵۲	۱	۶۴/۵۲	۴/۵۱	<۰/۰۰۴	۰/۱۴
	خطا	۳۸۶/۰۸	۲۷	۱۴/۳۰	-	-	-
سازگاری عاطفی	پیش‌آزمون	۱۲۸۶/۲۵	۱	۱۲۸۶/۲۵	۶۶/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۱۰۹/۳۸	۱	۱۰۹/۳۸	۵/۶۶	<۰/۰۰۲	۰/۱۷
	خطا	۵۲۱/۸۸	۲۷	۱۹/۳۳	-	-	-

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری خانوادگی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش (تحت آموزش هوش معنوی) و کنترل ($F=۴/۴۲$ ، $p<۰/۰۰۴$)، بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری اجتماعی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش (تحت

آموزش هوش معنوی) و کنترل ($F=۴/۵۱$, $p<۰/۰۰۴$) و بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری عاطفی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش (تحت آموزش هوش معنوی) و کنترل ($F=۵/۶۶$, $p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد، در صورتی که بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون سازگاری جسمانی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش (تحت آموزش هوش معنوی) و کنترل ($F=۰/۶۲$, $p=۰/۴۳۰$) تفاوت وجود ندارد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخله آموزشی با تأکید بر معنویت موجب افزایش سازگاری‌های خانوادگی، عاطفی و اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف آموزش هوش معنوی بر سازگاری‌های خانوادگی، جسمانی، عاطفی و اجتماعی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج، بیانگر تأثیر مثبت آموزش هوش معنوی بر افزایش سازگاری‌های اجتماعی، عاطفی و خانوادگی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات آیموس (۲۰۱۱)، رمرو و همکاران (۲۰۰۶)، تونیویل، استیگال، کشتگر، دیویدسون و نیومن (۲۰۱۱)، طالقانی و همکاران (۱۳۸۵)، روبینسون (۲۰۰۴)، جوکار و رستمی (۱۳۹۴) و سودانی، مهرابی زاده هنرمند و ضرغامیان (۱۳۹۱) همسو می‌باشد.

توجه به معنویت در حل مشکلات زندگی از دوران ویلیام جیمز مطرح شد و معتقد بود که معنویت موجب معنا در زندگی انسان شده و امری همگانی است (توکلی زاده، سلطانی و پناهی، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد طبیعت تهدیدکننده سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد (رضایی، سیدفاطمی و حسینی، ۲۰۰۸) و بیماران مبتلا به سرطان، اغلب باورهای معنوی و مذهبی خود را به عنوان راهی برای به دست آوردن معنا در دوران بیماری و بهبود و همچنین از آن به عنوان راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ استفاده می‌کنند. کریک پاتریک^۱ (۱۹۹۹)، به نقل از توکلی زاده، سلطانی و پناهی، (۱۳۹۲) معتقد است معنویت در طول تاریخ برای حل مشکلات بشر راهبردهای روانشناختی مختلفی را به ارمغان آورده است. احتمالاً هوش معنوی به افراد کمک می‌کند تا سختی‌ها را تحمل کنند و به دنبال راه‌حل‌های برای آن باشند و در نتیجه به زندگی خود پویایی و حرکت دهند (توکلی زاده، سلطانی و پناهی، ۱۳۹۲). معنویت، می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به سازگاری روانی بیشتر منجر شود (سیمونی، مارتونو کروین، ۲۰۰۲). به عبارت دیگر، معنویت به عنوان یک راهکار مقابله‌ای در برابر بیماری است و سازگاری روانی-اجتماعی فرد را افزایش می‌دهد (بویینگ، ۲۰۰۳؛ بدایکو و نبلت، ۲۰۱۱؛ نیمیر و همکاران، ۲۰۱۱؛ یاه و همکاران، ۲۰۱۱؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۱۱؛ شنول و همکاران، ۲۰۰۸؛ سدیکیدز و گباور، ۲۰۰۹؛ تانی و ورنر، ۲۰۰۳). افرادی که به معنویت تمایل دارند از نظر عاطفی سازگارترند، زیرا معنویت می‌تواند به عنوان واسطه‌ای برای ایجاد

1 Kirkpatrick

سازگاری بیشتر عمل کند (ادیسون، ۱۹۹۶؛ روونا، ۱۹۹۳؛ یونگ‌می و سیدلیتز، ۲۰۰۲). هوش معنوی با ایجاد سازگاری و رفتار توأم با حل مسئله شامل بالاترین سطوح رشد در حیطه‌های مختلف شناختی، اخلاقی، هیجانی و بین فردی است و فرد را در جهت هماهنگی با پدیده‌های اطراف و دستیابی به یکپارچگی درونی و بیرونی یاری می‌رساند. این هوش به فرد دیدی کلی درباره زندگی و رویدادها می‌دهد و به او کمک می‌کند تا به چهارچوب بندی و تفسیر مجدد خود پرداخته و شناخت خود را عمیق‌تر سازد (سیسک، ۲۰۰۲؛ ولمن، ۲۰۰۱، به نقل از مهرابی، ۱۳۸۷). می‌توان گفت باورها و اعتقادات، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند، معنویت به‌عنوان یک اصل اعتقادی مهم می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ی متفاوتی ارزیابی نموده و احساس قدرت و کنترل بیشتر داشته باشند و از این طریق به سازگاری روانشناختی آنها کمک می‌شود. بازان (۲۰۰۲) معتقد است افرادی که دارای هوش معنوی هستند، تصویر بهتری از خود، جهان، محل و هدفشان دارند که به آنها کمک می‌کند با سبک‌های صحیح زندگی کنند و پریشانی و اضطراب کمتری را تجربه کنند درحالی‌که افراد با هوش معنوی پایین مستعد پریشانی و اضطراب هستند.

نتیجه‌گیری

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی همه‌ی بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت‌های مناسب تسکینی، روانی-اجتماعی مطابق فرهنگ خود نیاز دارند (آراتوزیک، ۱۹۹۴، به نقل از سجادی هزاوه و صالحی، ۱۳۸۷). با این‌که کشور ما به‌لحاظ اعتقادی، کشوری اسلامی است، کمبود آموزش‌های معنوی مانند آموزش هوش معنوی در زمینه‌ی درمان اختلال‌های روانی به‌شدت محسوس است. این پژوهش نشان داد که آموزش، نه تنها موجب افزایش هوش معنوی می‌شود بلکه رشد معنوی با تغییرات شناختی در بیماران نیز همراه است و این خود منجر به تطابق و سازگاری بیشتر می‌شود. از جمله محدودیتی که در این پژوهش وجود داشت این بود که امکان انتخاب شرکت‌کننده‌ها به‌دلیل شرایط ویژه‌ای که داشتند به صورت تصادفی وجود نداشت و تعمیم نتایج برای جمعیت‌های دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. به‌دلیل این محدودیت پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده از طرح کاملاً آزمایشی و پیگیری طولانی مدت استفاده گردد. توصیه دیگر این است که برای افرادی که مبتلا به سرطان هستند در ابتدا و در صورت امکان در حین و یا بعد از درمان‌های دردناکی همچون شیمی درمانی و پرتو درمانی، به آموزش هوش معنوی به عنوان یک روش درمانی پرداخته شود.

منابع

احمدی ابهری، علی؛ میرزایی، الهه و افتخار اردبیلی، حسن (۱۳۸۴). *روان‌شناسی سلامت*. تهران: رشد.

احمدی، محمدسعید؛ حاتمی، حمیدرضا و اسد زاده، حسن (۱۳۹۱). تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر زنجان. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۵، ۲، ۹۹-۱۱۵.

اسلامی نسب، علی (۱۳۷۳). *روانشناسی سازگاری*. تهران: بنیاد.

امیریان، محمدالیاس (۱۳۹۰). *رابطه ساده و چند متغیر هوش معنوی با سلامت روان و شادکامی دانشجویان دانشگاه باهنر*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، علوم تربیتی، گرایش تحقیقات آموزشی، دانشگاه باهنر کرمان.

توکلی زاده، جهانشیر، سلطانی، علیرضا و پناهی، محمود. (۱۳۹۲). سازگاری زناشویی: نقش پیش‌بین هوش معنوی و راهبردهای مقابله‌ای با استرس. *فصلنامه افق دانش*. ۱۹، ۵، ۳۰۵-۳۱۱

جوکار، بهرام و رستمی، راحله (۱۳۹۴). رابطه بین جهت‌گیری‌های ارتباطی خانواده و احساس تنهایی: بررسی نقش واسطه‌ای هویت معنوی. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۴، ۲، ۱-۱۸.

داوری، صفورا و باقری، مسعود (۱۳۹۰). رابطه دین‌داری و ابعاد شخصیت و سلامت روان معلمان. *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ۹، ۵، ۷-۳۲.

سجادی هزاوه، محبوبه؛ صالحی، بهمن و مشفق، کامران (۱۳۸۷). مقایسه دارو درمانی - شناخت درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۳، ۴۴، ۵۵-۶۱.

سودانی، منصور؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز و ضرغامیان، ضرغام (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش کسب معنا بر حیطه‌های کیفیت زندگی مادران دارای فرزند با نیاز ویژه. *دو فصلنامه مشاوره کاربردی*، ۲، ۱، ۱۹-۳۴.

طالقانی، فریبا؛ پارسا یکتا، زهره و نیکبخت نصرآبادی، علیرضا (۱۳۸۵). مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳، ۱۲، ۲۸۲-۲۸۸.

طاوولی، آزاده؛ منتظری، علی؛ محقق، محمدعلی؛ روشن، رسول؛ طاوولی، زهرا و ملیانی، مهدیه (۱۳۸۶). نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش، *فصلنامه پایش*، ۳، ۶، ۲۵۷-۲۶۴.

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

فتحی آشتیانی؛ علی و داستانی؛ محبوبه (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی - ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. انتشارات: بعثت

لطفی کاشانی، فرح؛ مفید، بهرام و سرافرازمهر، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۷، ۲۷، ۲۷-۹۴.

مرادی، اعظم و عابدی، احمد (۱۳۸۹). فرا تحلیل تحقیقات انجام شده پیرامون میزان سازگاری خانوادگی خانواده‌های شاهد و ایثار. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۲، ۶، ۱۹۳-۲۱۰.

معلمی، صدیقه؛ رقیبی، مهوش و سالاری درگی، زهره (۲۰۱۰). مقایسه هوش معنوی و سلامت روان در افراد معتاد و غیرمعتاد. *دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، دوره ۱۸، ۳، ۲۴۲-۲۳۵.

موسوی، ولی‌الله؛ اسلام دوست، فاطمه و غباری بناب، باقر (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سبک‌های اسناد و گرایش به سوءمصرف مواد در دانشجویان. *مجله مطالعات آموزش و یادگیری*، ۳، ۲، ۱۰۰-۸۰.

مهرابی، طالقانی، شیما. (۱۳۸۷). بررسی رابطه هوش معنوی، جهت‌گیری دینی و سخت رویی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد، واحد علوم و تحقیقات تهران.

هادی تبار، حمیده؛ نوایی نژاد، شکوه و احقر، قدسی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های هوش معنوی بر کیفیت زندگی همسران جانباز شاغل به تحصیل در مدارس بزرگسالان شهر تهران در سال تحصیلی ۸۹-۹۰. *طب جانباز*، ۴، ۱۴، ۱-۱۱.

هروی کریموی، مجید؛ پور دهقان، مریم؛ فقیه زاده، سقراط و منتظری، علی (۱۳۸۵). بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر مقیاس عملکردی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان به شیمی درمانی. *دانشور*، ۶۲، ۱۳، ۶۹-۷۸.

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., & Yilmaz, U. (2009). Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husband. *Medical Oncology*, 26(4), 415-419.

Bediako, S. M., & Neblett, E. W. (2011). Optimism and perceived stress in Sickle-cell disease: The role of an afrocultural social Ethos. *Journal of Black Psychology*, 37(2), 234-253.

Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett Stevens, H. (2000). *New direction in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. New York, Praeger Publishing.

Betton, A. C. (2004). *Psychological well-being and spirituality among Africa American and European American college student* Ph.D. dissertation. Ohio state university.

- Boeving, A.C. (2003). *Coping and adjustment in child cancer survivors: An investigation into spirituality as a predictor of psychosocial outcome*. Ph.D. dissertation, faculty of Virginia Polytechnic institute and State University.
- Buzan, T. (2001). *The power of spirituality intelligence: 10 ways to tap into your spiritual genius*. London: Thorsons.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development, 62*(6), 1352-1366.
- Giessen, M. F., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effect of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: A randomized controlled trial. *American Society of Clinical Oncology, 24*(30), 4882-4887.
- Howell, D. (2008). *My child has cancer: A parent's guide to diagnosis, treatment and survival*. United State: Praeger Publishing.
- Karademas, E. C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *Journal of Health Psychology, 15*(2), 239-247.
- Kim, Y., & Seidlitz, L. (2002). Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Personality and Individual Differences, 32*(8), 1377-1390.
- King, D. B. (2008). *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition model and measure*. Ph.D. dissertation. Trent University Canada. Peterborough, Ontario.
- Kirkpatrick, L. A., Shillito, D. J., & Kellas, S. L. (1999). Toward an evolutionary psychology of religion and personality. *Journal Personal, 67*: 921- 52.
- Klocker, N., Trenerry, B., & Webster, K. (2011). *How does freedom of religion belief affect health and well-being?* Australia: Victorian health promotion foundation.
- Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., & Bair, J. P. (2004). The role of Spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine, 11*(1), 48-55.
- Maguire, P., Walsh, S., Jeacock, J., & Kingeston, R. (1999). Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer. *Journal of Palliative Medication, 13*(1), 45-50.

- Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Coleman, R., Tomer, A., & Samuel, E. (2011). Confronting suffering and death at the end of life: The impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death Studies, 35*(9), 777-800.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association.
- Romero, C., Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, K. R. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in woman with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(1), 29-36.
- Schnoll, R. A., Harlow, L. L., & Brower, L. (2008). Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice, 8*(6), 298-304.
- Sedikides, C., & Gebauer, J. E. (2010). Religiosity as Self-enhancement: A meta-analysis of the relation between socially desirable responding and religiosity. *Personality and Social Psychology Review, 14*(1), 17-36.
- Simoni, J. M., Marton, M. G., & Kerwin, J. F. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology, 49*(2), 139-147.
- Smith, S. K., Herndon, J. E., Lysterly, H. K., Coan, A., Wheeler, J. L., Staley, T., Abernethy, A. P. (2011). Correlates of quality of life related outcomes in breast cancer patients participating in the path finder's pilot study. *Psychooncology, 20*(5) 559-564.
- Taleghani, F., Yekta, Z. F., & Nasrabadi, A. N. (2006). Coping with breast cancer in Iranian women newly diagnosed. *Journal of Advanced Nursing, 54*(3) 265-272.
- Tanyi, R. A., & Werner, J. S. (2003). Adjustment, spirituality, and health in women on hemodialysis. *Clinical Nursing Research, 12*(3), 229-245.
- Thuné-Boyle, I. C., Stygall, J., Keshtgar, M. R., Davidson, T. I., & Newman, S. P. (2011). Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology, 20*(7), 771-782.
- Wills, M. (2007). Connection, Action, and hope: An invitation to reclaim the spiritual in health care. *Journal of Religion and Health, 46*(3), 423-436.
- Yeh, C. J., Borrero, N. E., & Shea, M. (2011). Spirituality as a cultural asset for culturally diverse youth in urban schools. *Counseling and Values, 55*(2), 185-198.