مقاله تحقیقی

مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل
دوره نوزدهم، شماره ۸، مرداد ۱۳۹۶، صفحه ۲۷-۲۰

بهزیستی روانشناختی مبتلایان به سرطان پستان و رابطه آن با هوش هیجانی

خدیجه آهویی (MSc)[۱]، محبوبه فرامرزی (PhD)[۲*]، رمضان حسن زاده (PhD)[۱]

۱-گروه روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی
۲-مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل

دریافت: ۹۵/۱۲/۱۲، اصلاح: ۹۶/۲/۲۰، پذیرش: ۹۶/۴/۲۶

خلاصه

سابقه و هدف: سرطان پستان، شایع ترین و تأثیرگذارترین سرطان در زنان است که موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی می‌شود. با توجه به بالارفتن میزان بقا، مبتلایان به سرطان پستان نسبت به دیگر سرطانها، مدت طولانی تری با بیماری و عوارض و استرسهای ناشی از آن به زندگی خود ادامه می‌دهند که این امر خود میتواند بهزیستی روانشناختی این گروه را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه به منظور بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان و ارتباط آن با هوش هیجانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی۹۰ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده برای درمان یا مشاوره به یکی از بیمارستانهای شهید رجایی بابلسر، آیت الله روحانی و مرکز مشاوره و غربالگری سرطان شهرستان بابل، به روش نمونه گیری در دسترس، انجام گردید. علاوه بر سؤالات دموگرافیک، دو پرسشنامه هوش هیجانی برادبری-گریوز (دامنه نمرات ۱۴۰-۰) و بهزیستی روانشناختی ریف (دامنه نمرات ۱۰۸-۱) تکمیل شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان، ۹/۷۴±۴۵/۹۸ و با دامنه سنی ۷۰-۲۴ سال بود. میانگین نمره بهزیستی روانشناختی۱۲/۱۰±۷۵/۰۱ و هوش هیجانی ۱۹/۵۳±۷۷/۱۴ بوده است و بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی رابطه معنی داری داشت (r=۰/۴۵، p<۰/۰۰۱). نتایج نشان داد که هوش هیجانی۲۰٪ تغییرات بهزیستی روانشناختی را تبیین و پیش بینی می کند (β=۰/۴۸). از خصوصیات دموگرافیک، فقط رابطه تحصیلات با بهزیستی روانشناختی سطح معنی داری داشت(r=۰/۱۸، p=۰/۰۷۰).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که هوش هیجانی زنان با سرطان پستان، بخشی از بهزیستی روانشناختی آنان را پیش بینی می کند.

واژه‌های کلیدی: سرطان، پستان، هوش هیجانی، سلامت روانی.

مقدمه

سرطان به عنوان یکی از مهمترین بیماریهای قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماریهای قلب و عروق مطرح است (۱). سرطان پستان یکی از شایعترین و نگران کننده ترین مشکلات بهداشتی زنان در دنیا است و ۳۰ درصد سرطان زنان را شامل می شود (۳و۲). هر ساله بیش از ۱/۱ میلیون زن در گستره جهانی با سرطان پستان شناسایی می شوند و بیش از ۴۱۰ هزار نفر از آنها بر اثر این بیماری فوت می کنند (۴). میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۷/۵ در صدهزار نفر است (۵). همچنین میزان بروز استاندارد شده آن در کشورهای پیشرفته۸۶، کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۷ و متوسط جهانی ۳۸ در صد هزار نفر می باشد. این میزان در استان مازندران ۲۸ در صد هزار نفر می باشد (۶). میزان بقای ۵ ساله در این بیماران در مراکز مختلف بین ۴۸ تا ۸۴ درصد و بقای کلی ۷۱ درصد است (۵). این مسأله گویای آن است که این افراد نسبت به مبتلایان به برخی دیگر از انواع سرطانها، مدت طولانی تری با بیماری و یا عوارض کوتاه و بلندمدت و استرسهای ناشی از آن به زندگی خود ادامه می دهند و بالطبع این امر خود می تواند بهزیستی روانشناختی این گروه را تحت تأثیر قرار دهد (۷). نتایج پژوهش Zamani و همکاران نشان داد که بیماران سرطانی نسبت به افراد دیابتی و بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی پایین تری دارند (۸). همچنین تحقیقات نشان می دهد بهزیستی روانشناختی به صورت معنی‌دار تأثیر مهمی در ادراک علائم سرطان پستان در زنان مبتلا دارد (۹). بهزیستی، عاملی است که ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی انسان را در جهات مثبت تشکیل می دهد. وقتی بهزیستی در فرد کاهش پیدا کند، ممکن است فرد دچار مشکلات روانی مانند احساس تنهایی، انزوا و افسردگی در زندگی شود (۱۰). Molaei usali و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که عوامل بهزیستی روانشناختی با کیفت زندگی رابطه مستقیم دارد (۱۱). بنابراین، پرداختن به بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اهمیت ویژه ای دارد. بهزیستی روانشناختی(psychological well-being)، مطابق نظر Ryff و همکاران شامل ابعادی مانند خویشتن پذیری، رشد فردی، هدف زندگی، روابط مثبت با دیگران، تسلط محیطی (توانایی مدیریت موثر زندگی شخصی و جهان پیرامون) و حس خودمختاری می باشد (۱۲). زمانی خودمختاری به وجود می آید که فرد خود را دلیل پیامدهای فعالیت خود تشخیص دهد (۱۰). رشد شخصی، یعنی این که افراد برای رسیدن به سطوح بالای عملکرد روانی باید به صورت پیوسته در جنبه های متفاوتی از زندگی رشد کنند(۱۲). پذیرش خود نوعی بینش است که باعث می شود فرد در مورد نقاط ضعف و قوت خویشتن به آگاهی واقعی برسد (۱۳). احساس خوب زیستی، دارای مؤلفه های عاطفی و شناختی است، افراد با احساس خوب زیستی بالا، هیجانات مثبت را تجربه می کنند و از

▣ این مقاله حاصل پایان نامه خدیجه آهویی دانشجوی رشته روانشناسی تربیتی و طرح تحقیقاتی به شماره ۲۰۸۲۰۷۰۲۹۴۲۰۱۰ دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.
*مسئول مقاله: دکتر محبوبه فرامرزی
آدرس: بابل، دانشگاه علوم پزشکی بابل، پژوهشکده سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. تلفن: ۰۱۱-۳۲۱۹۹۵۹۶
E-mail: mahbob330@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

حوادث پیرامون ارزیابی مثبتی دارند (۱۴). از مؤلفه های عاطفی تأثیرگذار بر بهزیستی روانشناختی، هوش هیجانی(Emotional intelligence) است. از دیدگاه Bar-On هوش هیجانی دسته ای از مهارتها، استعدادها و تواناییهای غیرشناختی است که توانایی موفقیت فرد را در مقابله با فشارها و محدودیتهای محیطی افزایش می دهد (۱۵).

افراد دارای هوش هیجانی بالا در برابر عوامل فشار زا دارای قدرت کنترل بیشتری هستند و مدیریت کنترل فشار روانی را دارند (۱۶). Rey و همکاران به این نتیجه دست یافتند که هوش هیجانی به عنوان پیش بین قابل توجه در کیفیت ابعاد مختلف زندگی به شمار می رود (۱۷). Rajabpour و همکاران در مطالعه خود به رابطه هوش هیجانی با سازگاری جسمانی و سازگاری عاطفی در مبتلایان به سرطان اذعان داشتند (۱۸). نتیجه تحقیقی که رابطه هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی در دانش آموزان را بررسی کرده نشان داد که هرچه میزان هوش هیجانی دانش آموزان دختر بیشتر باشد، میزان بهزیستی روانشناختی آنها نیز بیشتر است (۱۹). Banihashemian و همکاران نیز نشان دادند که رابطه معنی داری بین هوش هیجانی با سلامت عمومی وجود دارد (۲۰). افرادی که احساسات خود را مورد توجه قرار می دهند و آنها را شناسایی و درک می کنند و حالات خلقی خود را بازسازی می کنند، می توانند اثر وقایع استرس زا را به حداقل برسانند و به راحتی با آن مقابله کنند و در نتیجه از سلامتی جسمی و روانی بیشتری برخوردارند(۲۱). با توجه به افزایش شمار مبتلایان به سرطان پستان و اهمیت مشکلات روانی بدلیل تأثیر آن بر تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا به ویژه زنان و فقدان گزارش چاپ شده ای در خصوص وضعیت بهزیستی روانشناختی بیماران سرطان پستان در ایران، این مطالعه به منظور بررسی وضعیت بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان و پیش بینی بهزیستی روانشناختی بر اساس هوش هیجانی و مولفه های آن انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.۱۳۹۵.۲۳ به روش نمونه گیری در دسترس، از بین خانمهای مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از بیمارستانهای شهید رجایی بابلسر، آیت الله روحانی بابل و مرکز مشاوره و ثبت سرطان شهرستان بابل مراجعه کرده اند، انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه، ابتدا پرسشنامه ها برای ۳۰ نفر از جمعیت هدف بر اساس پروتکل مطالعه انجام و سپس نتایج وارد نرم افزار SPSS گردید. نتایج اولیه، همبستگی بین متغیرهای پژوهش را ۰/۳۶۶ نشان داد و با توجه به درجه همبستگی و در نظر گرفتن خطای نوع اول و دوم ۵ ٪ (آلفا و بتا)، اطلاعات وارد نرم افزار محاسبه حجم نمونه Gpower 3 شد که در مجموع با بالاترین توان آماری تعداد ۸۷ نمونه برآورد گردید. با نظر مشاور آمار در این مطالعه، ۹۰ نفر وارد مطالعه شدند. پس از گرفتن مجوز لازم از دانشگاه علوم پزشکی بابل، برای دسترسی به نمونه ها به بیمارستانها و مرکز ذکر شده مراجعه گردید و با در نظر گرفتن مسایل اخلاقی و تکمیل رضایت نامه کتبی، پرسشنامه ها در اختیار بیمارانی که سرطان پستان، سواد خواندن و نوشتن داشتند و همچنین رضایت خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام نمودند، قرار گرفت. برای جمع آوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده شده است. پرسشنامه دموگرافیک شامل: سن، وضع تأهل، تحصیلات، شغل، محل سکونت (شهر یا روستا) و طول مدت بیماری می باشد. جهت سنجش هوش هیجانی پرسشنامه Bradburry-Graves استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۸ ماده است که پاسخهای آن به ترتیب شامل هرگز، به ندرت، گاهی، به طور معمول، تقریباً همیشه و همیشه است و بر اساس مقیاس ۶ درجه ای لیکرت نامگذاری می شود. این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده که بخش اول آن شامل مهارت خودآگاهی و خودمدیریتی، مربوط به خود شخص است (قابلیت فردی) و بخش دوم آن شامل مهارت آگاهی-اجتماعی و مدیریت رابطه است که روی روابط فرد با دیگران تمرکز می کند (قابلیت اجتماعی). شیوه نمره گذاری آزمون به روش لیکرت (۰-۱-۲-۳-۴-۵) بوده و جمع نمراتی که آزمودنی در هر یک از سوالات کسب می کند نمره کل آزمون را تشکیل می دهد. بیشترین نمره ۱۴۰ و کمترین نمره صفر می باشد. هر چه نمره به ۱۴۰ نزدیک تر نشان دهنده هوش هیجانی بالاتر است. اعتباریابی این آزمون توسط Ganji و همکاران انجام شد. وی روایی همزمان این پرسشنامه را از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن سنجید و آن را مورد تأیید قرار داد. وی همچنین پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ سنجیده و ضریب پایایی ۸۳ ٪ را گزارش نموده است (۲۲).

برای سنجش بهزیستی روانشناختی از پرسشنامه Ryff استفاده شد. نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۸۴ سوال می باشد که به دلیل طولانی بودن این آزمون نسخه ۵۴ و ۱۸ عبارتی هم تهیه شده است. این پرسشنامه ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روانشناختی (پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی) را مورد ارزیابی قرار می دهد. شیوه نمره گذاری بر اساس طیف ۶ درجه ای لیکرت (۱= کاملا مخالفم تا ۶= کاملا موافقم) می باشد. از جمع امتیاز ۱۸ عبارت نیز نمره بهزیستی روان شناختی کلی بدست می آید (۲۳). به دلیل ملاحظه وضعیت جسمی بیماران در این پژوهش از پرسشنامه ۱۸ سؤالی استفاده شد. روایی ابزار با همبستگی بین این آزمون با مقیاس تعادل عاطفی Bradborn، رضایت زندگی Nugarten و حرمت خود Ruzenberg بررسی گردید که نتایج همبستگی آزمون ریف با هریک از مقیاسهای فوق قابل قبول بود (۲۴). در ایران طی پژوهشی که با نمونه دانشجویی انجام شده است، همسانی درونی با بهره گیری از آلفای کرونباخ سنجیده شد که نتایج حاصل برای خرده مقیاسهای تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۷۴، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۶۵، هدفمندی در زندگی ۰/۷۳، پذیرش خود ۰/۶۵، خودمختاری ۰/۶ و نمره کلی ۰/۹۴ بود (۲۵). نتایج پس از جمع آوری و کد گذاری با استفاده از نرم افزار SPSS۲۲ و آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل گردید و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

تعداد ۹۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان در این مطالعه شرکت کردند که میانگین سنی آنها ۹/۷۴±۴۵/۹۸ و با دامنه سنی ۷۰-۲۴ سال می باشد و بیشتر از نیمی از بیماران کمتر از ۵۰ سال سن داشتند (جدول۱). میانگین هوش هیجانی ۱۹/۵۳±۷۷/۱۴ و بهزیستی روانشناختی ۱۲/۱۰±۷۵/۰۱ بوده و در ابعاد هوش هیجانی، مؤلفه مدیریت روابط بیشترین (۷/۷۶±۲۳/۳۸) و آگاهی اجتماعی، کمترین (۳/۵۳±۱۴/۷۳) و در بین مؤلفه های بهزیستی روانشناختی، تسلط بر محیط و زندگی هدفمند به ترتیب بیشترین (۲/۹±۱۳/۳۸) و کمترین

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

(۱۱/۳۳±۲/۷۱) میانگین را داشتند (جدول ۲). نتایج آزمون، ارتباط معنی‌دار مثبتی بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی را نشان داد. به عبارت دیگر بیمارانی که هوش هیجانی بیشتری دارند از بهزیستی روانشناختی بالاتری برخوردارند (r=۰/۴۵ ،p=۰/۰۰۰). بهزیستی روانشناختی از ابعاد هوش هیجانی، بیشترین ارتباط را با آگاهی اجتماعی (r=۰/۴۱) و کمترین همبستگی مثبت را با خود مدیریتی (r=۰/۳۶) داشت. از میان ابعاد بهزیستی روانشناختی، رشد فردی بیشترین ارتباط را با هوش هیجانی (r=۰/۵) داشت. هرچند ابعاد بهزیستی روانشناختی هم ارتباط معنی‌داری با هوش هیجانی دارند، ولی بعد زندگی هدفمند با هوش هیجانی ارتباط معنی داری ندارد (r =۰/۰۷) (جدول۳).

جدول ۱. فراوانی خصوصیات دموگرافیک زنان مبتلا به سرطان پستان (n=۹۰)

متغیر	گروهها	تعداد(درصد)
سن (سال)	۵۰ >	۵۷(۶۳/۳)
	۵۰ ≤	۳۳(۳۶/۷)
تحصیلات	ابتدایی	۲۴(۲۶/۷)
	راهنمایی	۱۶(۱۷/۸)
	دبیرستان	۳۶(۴۰)
	دانشگاهی	۱۴(۱۵/۶)
محل سکونت	شهر	۵۶(۶۲/۲)
	روستا	۳۴(۳۷/۸)
وضعیت تأهل	متأهل	۷۵(۸۳/۳)
	مجرد*	۱۵(۱۶/۷)
شاغل بودن	شاغل	۱۲(۱۳/۳)
	خانه دار	۷۸(۸۶/۷)
طول مدت سرطان(سال)	۱	۵۵(۶۱/۱)
	۲	۲۰(۲۲/۲)
	≥۳	۱۵(۱۶/۱)

*ازدواج نکرده، بیوه، مطلقه

برای نشان دادن ارتباط بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی و متغیرهای دموگرافیک در مدل رگرسیونی، در مرحله اول نتایج آزمون رگرسیون خطی در بررسی جداگانه تک متغیره نشان داد که هوش هیجانی به تنهایی می تواند ۲۰ ٪ تغییرات متغیر ملاک (بهزیستی روانشناختی) را پیش بینی کند. همچنین به ازاء یک واحد افزایش نمره هوش هیجانی ۰/۲۸ واحد نمره به بهزیستی روانشناختی افزوده می گردد، که از نظر آماری معنی دار می باشد (p<۰/۰۰۱).

همچنین به ازای یک سال افزایش تحصیلات، ۰/۵۷ واحد نمره بهزیستی روانشناختی افزایش می یابد (p=۰/۰۷۰) و بقیه متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی داری نشان ندادند (جدول۴).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های بهزیستی روانشناختی و هوش هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان (n=۹۰)

مقیاس	دامنه نمرات	Mean±SD
بهزیستی روانشناختی	۱۰۸-۱	۷۵/۰۱±۱۲/۱۰
پذیرش خود	۱۸-۱	۱۲/۲۷±۳/۰۹
روابط مثبت با دیگران	۱۸-۱	۱۳/۲۲±۳/۲۱
خودمختاری	۱۸-۱	۱۱/۸±۲/۱۷
تسلط بر محیط	۱۸-۱	۱۳/۳۸±۲/۹
زندگی هدفمند	۱۸-۱	۱۱/۳۳±۲/۷۱
رشد فردی	۱۸-۱	۱۲/۹۸±۳/۶۶
هوش هیجانی	۱۴۰-۰	۷۷/۱۴±۱۹/۵۳
خودآگاهی	۳۰-۰	۱۸/۲۳±۴/۹۷
خود مدیریتی	۴۵-۰	۲۲/۴۶±۶/۴۴
آگاهی اجتماعی	۲۵-۰	۱۴/۷۳±۳/۵۳
مدیریت روابط	۴۰-۰	۲۳/۳۸±۷/۷۶

در مرحله دوم برای نشان دادن نتایج تحلیل چند متغیره (اثرات تطبیق داده شده)، ارتباط همزمان بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی با حضور کلیه متغیرهای در مدل نتایج نشان می دهد که هوش هیجانی با همه متغیرهای در مدل می تواند ۲۸ ٪ تغییرات متغیر ملاک (بهزیستی روانشناختی) را پیش بینی کند همچنین به دلیل عدم معنی داری متغیرهای دموگرافیک در تحلیل چند متغیره (جدول۴)، از مدل سازی Backward هم در رگرسیون خطی استفاده گردید. همه متغیرهای دموگرافیک بدلیل نداشتن ارتباط آماری معنی دار با بهزیستی روانشناختی از مدل خارج شده و در مدل نهایی فقط متغیر هوش هیجانی در حضور متغیرهای دیگر همچنان با بهزیستی روانشناختی مرتبط بود، که این متغیر به عنوان پیش گویی کننده مستقل و قوی شناسایی شد به طوری که به ازاء یک واحد افزایش نمره هوش هیجانی ۰/۳۱ واحد به نمره بهزیستی روانشناختی اضافه می شود (p<۰/۰۰۱).

جدول۳. ضریب همبستگی پیرسون مؤلفه های هوش هیجانی با ابعاد مختلف بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان (n=۹۰)

مؤلفه ها	پذیرش خود	روابط مثبت با دیگران	خودمختاری	تسلط بر محیط	زندگی هدفمند	رشد فردی	بهزیستی روانشناختی
خودآگاهی	۰/۱۳	۰/۳۲**	۰/۲۲*	۰/۲۷**	۰/۱۵	۰/۴۲**	۰/۳۹**
خود مدیریتی	۰/۲۴*	۰/۲۸**	۰/۱۱	۰/۲۸**	۰/۰۳	۰/۴۴**	۰/۳۶**
آگاهی اجتماعی	۰/۲۵*	۰/۲۸**	۰/۳۲ **	۰/۲۶*	۰/۰۹	۰/۴۱**	۰/۴۱**
مدیریت روابط	۰/۲۲*	۰/۳۸**	۰/۲۷**	۰/۲۵*	۰/۰۳	۰/۴۳**	۰/۴۰**
هوش هیجانی	۰/۲۵*	۰/۳۷**	۰/۲۳*	۰/۳۳**	۰/۰۷	۰/۵۰**	۰/۴۵**

p<۰/۰۱** ،p<۰/۰۵*

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

جدول ۴. ارتباط بین بهزیستی روانشناختی با متغیرهای در مطالعه (تحلیل تک و چند متغیره)
در زنان مبتلا به سرطان پستان (n=۹۰)

متغیرها	تحلیل تک متغیره (اثرات خام)		تحلیل چند متغیره (اثرات تطبیقی)	
	B(CI-٪۹۵)*	P-value	B(CI-٪۹۵)*	P-value
هوش هیجانی	۰/۲۸ (۰/۱۶ – ۰/۳۹)	۰/۰۰۰	۰/۳۱ (۰/۱۹ – ۰/۴۳)	۰/۰۰۰
سن (سال)	-۰/۰۹ (-۰/۳۵ – ۰/۱۶)	۰/۴۸۳	-۰/۰۶ (-۰/۳۳ – ۰/۲۱)	۰/۶۶۸
تحصیلات (سال)	۰/۵۷ (-۰/۰۶ – ۱/۲۰)	۰/۰۷۵	۰/۴۳ (-۰/۳۳ – ۱/۱۹)	۰/۲۶۲
محل سکونت(شهر/ روستا)	۰/۹۷ (-۴/۲۸ – ۶/۲۳)	۰/۷۱۳	۳/۶۳ (-۱/۴۶ – ۸/۷۳)	۰/۱۶۰
شاغل بودن (شاغل/ غیرشاغل)	-۱/۳۳ (-۸/۵۸– ۵/۹۱)	۰/۷۱۵	۲/۷۴ (-۶/۸۰– ۱۲/۲۹)	۰/۵۶۹
تأهل(متأهل/ سایر)	-۲/۳۳ (-۹/۱۵ – ۴/۴۹)	۰/۴۹۹	-۵/۷۷ (-۱۲/۳۱ – ۰/۷۷)	۰/۰۸۳
طول مدت بیماری(۳> /۳≥)	۱/۰۵ (-۴/۱۷ – ۶/۲۸)	۰/۶۸۹	۱/۹۸ (-۲/۸۹ – ۶/۸۶)	۰/۴۲۰

*B شیب رگرسیون، CI=Confidence Interval فاصله اطمینان

بحث و نتیجه گیری

نتایج این تحقیق نشان می دهد که ارتباط معنی داری بین بهزیستی روانشناختی با هوش هیجانی وجود دارد. نتایج ما با مطالعه John Prem Rabindranath در بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن همسو بود، مبنی بر اینکه بین هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی ارتباط معنی دار وجود دارد (۲۶). در تبیین رابطه هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی، می توان گفت احتمالاً افرادی که دارای هوش هیجانی بالا هستند، تواناییهای ذهنی بیشتری در درک صحیح موقعیتها و پاسخگویی به تنش ها و فشارهای ناشی از محیط درونی و بیرونی (و گاهاً ناخواسته) خود دارند (۲۷).

همچنین این افراد، از توانایی و مهارت بیشتری در اداره کردن احساسات و عواطف خود و دیگران به هنگام مواجه با مشکلات برخوردارند و به همین دلیل در برابر ناملایمات زندگی روزمره و مشکلات و فشارهای روانی وارده تدابیری را اتخاذ می کنند که منجر به افزایش موفقیتها رضایتمندی و خوش بینی آنها و در نتیجه افزایش شادکامی و سلامتی در آنها می گردد (۲۸).

هوش هیجانی بالا می تواند کیفیت عمومی زندگی و موفقیت های شخصی و اجتماعی فرد را ارتقاء داده و عامل مهمی در تعیین موفقیت های زندگی و بهزیستی روان شناختی باشد (۲۹).

چنین به نظر می رسد افراد با هوش از نظر هیجانی بالاتر و آگاهی از هیجانات خویش و مدیریت هیجانی مناسب راحت تر می توانند با بیماری سرطان و عواقب منفی هیجانی آن از قبیل ترس، اضطراب و افسردگی کنار آمده و با شرایط پیش آمده خود را منطبق کنند. افراد دارای هوش هیجانی بالا در برابر عوامل فشار زا دارای قدرت کنترل بیشتری هستند و مدیریت کنترل فشار روانی را دارند (۸).

همچنین ارتباط بهزیستی روانشناختی با ابعاد هوش هیجانی نشان داد که آگاهی اجتماعی، بیشترین و خود مدیریتی کمترین همبستگی را دارد و بعد رشد فردی از زیرمولفه های بهزیستی روانشناختی بیشترین ارتباط را با هوش هیجانی دارد. یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که هیچ گونه ارتباط آماری معنی داری بین بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن با متغیرهای جمعیت شناختی (سن، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت سالهای بیماری) وجود ندارد که به نظر می رسد این نتایج احتمالاً به دلیل تعداد کم نمونه ها بوده است. بهزیستی روانشناختی فقط با تحصیلات ارتباط معنی دار نشان داد که شاید به این دلیل باشد که افراد با تحصیلات بالاتر، ارتباط مثبت بیشتری با دیگران برقرار کرده و اجتماع و زندگی هدفمندتری دارند. به طور کلی در این زمینه نتایج مطالعات انجام شده، متفاوت می باشد، تحقیقی که به رابطه اطلاعات دموگرافیک با بهزیستی روانشناختی پرداخته باشد یافت نشد، بنابراین از نتایج مطالعات تقریباً مشابه استفاده شد.

Ebadi vashmehsara و همکاران هم تفاوت معنی داری بین مردان و زنان متأهل و مجرد مبتلا به سرطان، از نظر نمره هوش هیجانی نیافتند (۳۱)، همسو با نتایج مطالعات قبلی، Ghaderi و همکاران هم به این نتیجه رسیدند که همبستگی بین سلامت روان و تأهل معنی دار نبود (۳۲).

بنابراین اگرچه در بیشتر تحقیقات بین متغیرهای جمعیت شناختی وسلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان ارتباط معنی داری مشاهده نشده است، ولی در برخی مطالعات ارتباطاتی وجود داشته است که جدا از احتمالاتی همچون تأثیر عوامل فرهنگی و مذهبی، تعداد نمونه ها و نحوه نمونه گیری و بسیاری عوامل تأثیرگذار دیگر بر این موضوع، به نظر می رسد در این زمینه نیاز به شفاف سازی بیش تری وجود دارد. این پژوهش دارای محدودیت هایی بوده است. تکیه بر نتایج داده های خود گزارش دهی که امکان تحریف واقعیت را توسط بیماران فراهم می آورد و عدم استفاده از اطلاعات پرونده پزشکی بیماران و ورود اطلاعات مهم از جمله درجه و شدت بیماری، تعداد کم نمونه ها و عدم وجود گروه مقایسه از نقاط ضعف پژوهش است. لذا پیشنهاد می شود؛ پژوهش های مشابه در زنان و مردان مبتلا به سرطانها و بیماریهای دیگر در مناطق مختلف کشور با حجم نمونه بیشتر و با در نظر گرفتن متغیرهای پاتولوزی انجام گردد تا امکان تعمیم دهی بیشتر نتایج فراهم شود.

همچنین با توجه به شیوع فراوان اختلالات روان شناختی در بیماران مزمن بویژه بیماری سرطان، اهمیت تقویت منابع بهزیستی روانشناختی از جمله حمایتهای خانواده و اجتماع در بیماران زن مبتلا به سرطان لازم به نظر می رسد. با توجه به نتیجه این پژوهش مبنی بر وجود رابطه مثبت بین هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی و تحقیقات انجام شده دیگر مبنی بر تأثیر آموزش بر افزایش هوش هیجانی (۳۳)، پیشنهاد می شود؛ برنامه های مدون جهت آموزش تکنیک های به کارگیری هوش هیجانی با بهزیستی روانشناختی به صورت کارگاه های آموزشی برای زنان مبتلا به سرطان پستان در نظر گرفته شود و با توجه به شیوع فراوان اختلالات روان شناختی در بیماران مزمن بویژه بیماری سرطان، اهمیت

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

تقویت منابع بهزیستی روانشـناختی از جملـه حمایـت هـای خـانواده و اجتمـاع در بیماران زن مبتلا به سرطان لازم به نظر می رسـد. همچنـین، ایـن یافتـه هـا بـه مراکز درمانی و حمایتی سرطان پیشنهاد می کند که از ارتقـای مهارتهـای هـوش هیجانی زنان با سرطان پستان، بخصوص در زمینه‌های آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط، جهت بهبودی بهزیستی روانشناختی زنان با سرطان پستان، بخصوص رشد فردی آنان، بهره بگیرند.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل دکتر اشـرفیان، همکـاران بیمارستان شهید رجایی بابلسر به ویژه آقای دکتر اشرف پـور و خـانم مهـدیزاده و همچنین از آقای نیک بخت که مشاور آماری و متـدولوژی پـژوهش را بـر عهـده داشتند، تقدیر و تشکر می گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

Psychological Well-Being of Patients with Breast Cancer and Its Relationship with Emotional Intelligence

KH. Ahoei (MSc)[1], M. Faramarzi (PhD)[*2], R. Hassanzadeh. (PhD)[1]

1.Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari. I.R.Iran

2.Research Center for Social factors affecting Health, Health Research, Babol University of medical Sciences, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 19(8); Aug 2017; PP: 20-7

Received: Mar 2th 2017, Revised: May 10th 2017, Accepted: Jul 17th 2017

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Breast cancer is the most common and the most influential type of cancer in women, which causes deep excitement and severe emotional problems. Considering the increase in survival rates, patients with breast cancer continue to live longer with this disease and its complications and stresses, compared with patients with other types of cancer, which may affect the psychological well-being of this group of patients. This study was conducted to determine the psychological well-being of women with breast cancer and its relationship with emotional intelligence.

METHODS: This cross-sectional study was conducted among 90 women with breast cancer who referred for treatment or counseling to one of the hospitals of Shahid Rajaee in Babolsar, Ayatollah Rohani in Babol and the Cancer Counseling and Screening Center in Babol, using convenience sampling. In addition to demographic questions, Bradberry & Greaves's Emotional Intelligence Questionnaire (possible range = 0 – 140) and Ryff's Psychological Well-being Scale (possible range = 0–108) were completed.

FINDINGS: The mean age of the participants was 45.98 ± 9.74 with an age range of 24 – 70 years. The mean score of psychological well-being was 75.01±12.10 and the mean score of emotional intelligence was 77.14 ± 19.53 and psychological well-being had a significant relationship with emotional intelligence ($r = 0.45$, $p < 0.001$). The results showed that emotional intelligence explains and predicts 20% of psychological well-being changes ($\beta = 0.48$). Among the demographic characteristics, only the relationship between education and psychological well-being was significant ($r = 0.18$, $p = 0.070$).

CONCLUSION: The results of the study showed that emotional intelligence of women with breast cancer predicts a part of their psychological well-being.

KEY WORDS: *Cancer, Breast, Emotional intelligence, Mental health*.

Please cite this article as follows:

Ahoie KH, Faramarzi M, Hassanzadeh R. Psychological Well-Being of Patients with Breast Cancer and Its Relationship with Emotional Intelligence. J Babol Univ Med Sci. 2017;19(8):20-7.

[*] **Corresponding author: M. Faramarzi (PhD)**

Address: Faculty of Medicine, Babol university of Medical Sciences, Ganjafrooz Street, Mazandaran, I.R.Iran

Tel: +98 11 32199596

E-mail: mahbob330@yahoo.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]

[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

References

1.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. Sci J Manage Sys. 2010;1(4):34-61. [In Persian]

2.WHO. Screening for Breast Cancer. 2016. Available From: http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/.

3.Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK. DISEASES of the BREAST: Wolters Kluwer,5th, United States: Health. 2014. Available.From:.https://www.lww.co.uk/oncology/diseases-of-the-breast-5e

4.American cancer society. Breast cancer facts & figures Atlanta: Am Cancer Soc, Inc. 2013. Available From: http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-042725.pdf.

5.Motevalizadeh ardakani A, Boroumand M. cancer And prevention. tehran: Publishing House of Art and Thought; 2014; pp:32. [In Persian]

6.Cancer registration country reports 2009.Introduction. iran: Ministry of health and medical education. Cancer office; 2012; pp:16.[in Persian]

7.sajadi Hezaveh M, Khademi M. Breast Cancer: A phenomenological study. Arak Med Univ J. 2009;12(1):29-39. [In Persian].

8.Zamani SN, Ashrafi S, Hajializadeh K. Comparison of quality of life and psychological well-being in chronic patients. International Conference on Research in Social and Behavioral Sciences; Knowledge reference.2015. https://www.civilica.com/Printable-ICRBS01_324

9.Nasrollahi B, Turkmen SH, Darandegan K. Relationship between Depression and Psychological Well-being Perception in Women with Breast Cancer .Iranian J Surg. 2016;24(1):35-46.[in Persian]

10.Bauer J, Mulder RH. Upvard Feedback and ist Contribution to Employs Feeling of Self- Determination. Journal of Work plays Learning. 2006;18(7/8): 509-15.

11.Molaei usali H, Borjali A, Molaei usali M, Fadakar P. Predict the quality of life based on factors Psychological well-being: Interventionist role in life satisfaction. Journal of Counseling and Psychotherapy. 2015;4(13) :7-20.[in Persian]

12.Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psych. 1989;57(6):1069-81.

13.Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: Aeudaimonic approach to psychological well-being. J Hap Stu. 2008;9(1):13-36.

14.Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol. 2003;54:403-25.

15.Bar-On R. Emotinal intelligence: An integral part of positive psychology. J psy. 2010;40(1):54-62.

16.bakhshi l. Relationship between emotional intelligence,hental health and academic achievement. Res Curr Plan. 2008;1(19):97-116.

17.Rey L, Extremera N, Trillo L. Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. J Psychosoc Oncol. 2013;31(1):51-64.

18.Rajabpour H, Tavakolizadeh J. The relationship between emotional intelligence and adjusment in cancer patients in mashhad. Horizon Med Sci. 2012;18(1):17-25.[In Persian].

19.Kamranifar S. The relationship between emotional intelligence, spiritual intelligence and resiliency with psychological well-being of students high school girls in Behbahan. shahid Chamran University, Faculty of Psychology and Educational Sciences,2013. (Master's thesis). Available From:.https://ganj.irandoc.ac.ir/articles/659510.[In Persian].

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]

20.Banihashemian K, Seif MH, Moazzen M. Relationship between pessimism, general health and emotional intelligence in college students at shiraz university and shiraz university of medical sciences. J Babol Univ Med Sci. 2009;11(1):49-56. [In Persian]

21.Mavroveli S, Sánchez-Ruiz MJ. Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. Brit J Edu Psychol. 2011;81(1):112-34.

22.Ganji H, Mirshahi M, Sabet M. Preliminary standardization of emotional intelligence test Bradbry- Graves. J App Psychol. 2006;1(2):23-35. [In Persian]

23.Hassanzadeh R, Fruzan S, Khademlu A. Use of psychological and personality tests. Tehran: Arasbaran; 2014. [In Persian]

24.Ball J, Armistead L, Austin BJ. The relationship between religiosity andadjustment among African-Americanfemale, urban adolescents. J Adole. 2003;26:431-46.

25.Michaeli Manee F. The Study of Undergraduate Students' Psychological Well-being Status in Urmia University. Horizon Med Sci. 2011;16(4):65-73.[In Persian].

26.John Prem Rabindranath C. Emotional Intelligence and Psychological Well-Being in Male and Female Individuals Treated for Head and Neck Cancer. G J B A H S. 2014;31(1):48-51.

27.Ghorbani N, Bing MN, Watson P, Davison HK, Mack DA. Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. Int J Psychol. 2010;37(5):297-308.

28.Martins A, Ramalho N, Morin E. A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. Personality and individual differences. 2010;49(6):554-64.

29.Ramezani V, Abdollahi MH. The relationship between emotional intelligence and Outbreak and Anger of students. Journal of Psychology. 2006;10(1):63-83. [In Persian]

30.Keyes CL. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. J Health Soc Beh. 2002;43(2):208-21.

31.Ebadi vashmehsara M, KHademi A. The Study of Comparative and Relationship of Emotional Intelligence and Coping Styles in Cancerous Patient (Woman-Man, Single-Marital) Recourse to Therapeutic Centers in Tehran. Journal of Health Psychology. 2014;2(3):19-37. [In Persian]

32.Ghaderi M, Shamsi A. The correlation between emotional intelligence and mental health among students of Jiroft city. J Health Prom Manag. 2015;5(1):62-72. [In Persian].

33.Riahi Farsiani L, farokhi A, Farahani A, Shamsipour P. The Effect of Emotional Intelligence Training on Mental Skills of Athlete Teenagers. J Develop Motor Learn. 2013;4(5):25-40. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1396.19.8.3.8]
[DOI: 10.22088/jbums.19.8.20]