

مقایسه‌ی اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح کورتیزول خون در زنان مبتلا به سرطان پستان

زهرا جمشیدی فر^۱ و فرح لطفی کاشانی^۲

ابتلا به سرطان، از استرس بالایی برخوردار است. استرس بالا در افراد مبتلا به سرطان، از طریق هورمون کورتیزول باعث پیچیده شدن مشکلات جسمی دیگری در این بیماران می‌شود. درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای مداخله در کاهش سطح استرس و به طبع آن کمک به بهبودی این بیماران معرفی شده است. هدف پژوهش حاضر، مقایسه‌ی اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح کورتیزول خون در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل و پیگیری، ۶۰ نفر (۲۰ نفر آزمایش اول و ۲۰ نفر گروه آزمایش دوم و ۲۰ نفر گروه کنترل) از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران به روش نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. دو گروه آزمایش طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان معنوی و درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند ولی گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. گروه‌ها قبل، بعد و ۲ ماه پس از اتمام مداخله، از نظر سطح کورتیزول خون مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد هر دو درمان معنوی و شناختی رفتاری بر کاهش سطح کورتیزول بیماران تحت آموزش، موثر بوده و درمان معنوی موثرتر ارزیابی شده است و همچنین این تاثیر در آزمون پیگیری پایدار بوده است. این پژوهش از تاثیر بیشتر مداخلات معنوی در کاهش سطح استرس بیماران حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: معنویت درمانی، درمان شناختی رفتاری، کورتیزول خون و سرطان پستان

مقدمه

سرطان پستان که از هر ۹ زن یک نفر دچار آن می‌شود و دومین سرطان کشنده بعد از سرطان ریه در میان زنان است، عامل فشارزای بزرگی در چندین سطح است (هایس، ۲۰۱۵) و شیوع این سرطان ناشی از فرآیند ایجاد بافت سرطان پستان طی چند مرحله بوده و جزو بیماری‌های چند عاملی دسته‌بندی می‌شود و دلیل آن هم ایجاد سرطان بر اثر وجود عوامل عفونی، محیطی و ژنتیکی در افراد

۱. دپارتمان روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران (نویسنده‌ی مسوول) lotfi.kashani@gmail.com

است (لطفی کاشانی و وزیری، ۲۰۱۵). ابتلا به سرطان، سلامت جسمی و روانی فرد را به مخاطره می‌اندازد (اوزنور، ۲۰۱۰) و مطالعات صورت گرفته، نشان می‌دهد بیشترین مشکلات این بیماران افسردگی (پریز، ۲۰۱۳؛ جاکوب، ۲۰۱۷)، یاس و ناامیدی (مارزیلیانو، ۲۰۱۸)، کاهش سازگاری اجتماعی (ال ازری، ۲۰۱۳) و استرس بالاست (زانگ، ۲۰۱۷). این استرس بالا در افراد مبتلا به سرطان، منجر به آزادسازی هورمون کورتیزول می‌شود؛ و در صورتی که استرس ادامه یابد، باعث می‌شود واکنش‌های دفاعی و انطباقی بدن به شکست بیانجامد و باعث افزایش مزمن هورمون کورتیزول در خون شود؛ احتمال بروز سختی دیواره‌ی سرخرگ‌ها، زخم معده و کاهش واکنش‌های سیستم ایمنی بدن را ایجاد می‌کند و پاسخ‌های فرد در تلاش برای غلبه بر استرس می‌تواند بر وضعیت جسمانی و روان شناختی وی تاثیرگذار باشد و به دلیل رابطه‌ی استرس و بیماری، ممکن است نتیجه آن به وجود آمدن مشکلات مربوط به سلامتی باشد (فلاحی، ۱۳۹۶).

با کاهش سیستم ایمنی، قدرت بدن برای مقابله با بیماری‌ها نیز کاهش می‌یابد. به این ترتیب بدن زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر و حتی عود سرطان می‌شود (لطفی کاشانی و همکاران، ۲۰۱۴) و حتی ممکن است افراد را به سوی برخی ناسازگاری‌ها یا بد سازگاری‌ها سوق دهد (آذرنیا، ۲۰۱۴). خوشبختانه، این سرطان از دسته سرطان‌های قابل پیشگیری و قابل تشخیص زودرس است که با ارایی‌های راهکارهای ویژه می‌تواند منجر به کاهش مشکل و ارایی‌ی درمان موثر به منظور افزایش بقا، کاهش مرگ و ارتقای کیفیت زندگی بیماران شود (سومایا، ۲۰۱۲). یکی از راههای کاهش یا تحمل شرایط بیماری، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی است که در این میان دو رویکرد درمانی شناختی رفتاری (CBT) و معنویت درمانی (SPR) تاثیرات قابل توجهی داشته‌اند. هدف عمده‌ی رویکرد شناختی-رفتاری کمک به بیمار است به نحوی که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. مذهب و معنویت نیز، مجموعه‌ای را ارایی می‌دهد که بوسیله‌ی آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست، ۲۰۰۱). به همین دلیل است که معنویت، پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان (دیویس، ۲۰۰۵) و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری (ریچارد، ۲۰۰۷) است. همچنین پژوهش‌های بسیاری اثربخشی مداخله‌ی معنوی و دینداری را بر سلامت روان، افسردگی و اضطراب نشان داده است (کویینک و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین هر دو رویکرد می‌توانند بر کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر باشند ولی سنجش برتری رویکرد معنوی نسبت به درمان شناختی رفتاری سوال اصلی این پژوهش است زیرا به طور کلی معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای معنوی بیمار مبتلا به سرطان در فرایند

درمانگری است، باورهای که با وجود آوردن تجربیات خاص، موجب تعالی، اخلاق مسوولانه در افراد می شود (اوزکوتوک و اردهان، ۲۰۱۰).

پژوهش ها نشان می دهد تمام رویکردهای روان شناختی در مورد بیماران مبتلا به سرطان موثر است اما درمان معنوی روی رابطه ی فرد با خود و ملاک های معنوی او تاکید می کند و مطالعات نشان می دهد مداخلات معنوی، به ویژه با ساختار شناختی رفتاری در مقایسه با موارد متعارف، قادر به کاهش علایم روانی این بیماران است. بنابراین در زنان مبتلا به سرطان پستان، اثربخشی درمان معنوی به عنوان یک منبع مهم پیش بینی، کنترل، انطباق و بهبود مهارت های تنظیم هیجانی در طی سالهای پس از درمان، تایید شده است. با این وجود، برخی از محققان در مورد تناسب یا کاربرد مداخله های معنوی تحقیق نموده و نتایج مطالعه آنها نشان داده است نگرش معنوی بیماران در مقابله با سرطان تاثیر نمی گذارد (ونارکس، ۲۰۱۳). با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سوال بودیم که آیا اثربخشی معنویت درمانی نسبت به درمان شناختی رفتاری در کاهش سطح کورتیزول خون در بیماران مبتلا به سرطان پستان بیشتر است؟

روش

تحقیق حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی با گروه کنترل، پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی در بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران بود که توسط پزشک متخصص معاینه، مصاحبه و تشخیص گذاری شدند. حجم نمونه در این پژوهش ۶۰ نفر برآورد شد. ملاک های ورود طی شدن ۶ ماه از آخرین درمان، نرسیدن به سطح چهارم بدخیمی، دریافت جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی و ملاک های خروج داشتن اختلالهای روانی، مصرف دارو و بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای جلسات درمانی بود. بعد از انتخاب داوطلبین واجد شرایط، افراد به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند.

هر سه گروه قبل و بعد از اتمام مداخله مورد خونگیری قرار گرفتند. ابزار مورد نظر در این پژوهش، آزمایش خون جهت اندازه گیری سطح هورمون کورتیزول به میزان ۵ سی سی خون از بیماران در ساعت ۸ صبح قبل و بعد از آموزش به صورت هیپارینه از ورید بازویی بود که بعد از اینکه لوله های در بسته، حاوی خون به مدت ۱ ساعت در دمای محیط ماندند، با استفاده از دستگاه سانتریفوژ در دور ۵ هزار به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ شدند. سرم های جدا شده توسط سانتریفوژ در دمای ۲۰ درجه سانتیگراد

نگهداری شد و برای اندازه گیری کورتیزول از روش RTA استفاده شد.

شیوهی اجرا

گروه مداخله‌ی معنوی، طی ۱۲ جلسه‌ی گروهی ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ی معنوی را بر اساس پروتکل معنویت درمانی وزیر و همکاران (۲۰۱۷) و گروه مداخله‌ی شناختی رفتاری، ۱۲ جلسه مداخله‌ی شناختی رفتاری را بر اساس پروتکل (هاوتون، سالکورسکی، کرک و کلارک، ۲۰۰۸) دریافت کردند. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد و فقط در جلسات گروهی بدون رویکرد شرکت کردند.

جدول ۱، پروتکل معنویت درمانی (وزیری و لطفی کاشانی، ۲۰۱۹)

جلسه اول: آشنایی و زمینه سازی تجربه مجدد معنویت
هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه؛ چالش یادآوری (آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا و فراخوانی ادراک و باور درمانجویان در مورد معنویت)
جلسه دوم: درون نگری؛ هدف: درون نگری
جلسه سوم: منابع ترس و اضطراب و منابع ما در مقابل آنها؛ هدف: یافتن منابع ترس و اضطراب و حل و فصل آن
جلسه چهارم: پایان ناپذیری و ارث؛ هدف: فهم پایان ناپذیری و ارث ما
جلسه پنجم: ارث بر مدار مهر و ارث بر مدار کین؛ هدف: فهم نتایج کینه توزی و مهرورزی
جلسه ششم: فهم مراقبه و محاسبه؛ هدف: فهم مراقبه و محاسبه
جلسه هفتم: مراقبه و محاسبه؛ هدف: انجام محاسبه و مراقبه
جلسه هشتم: فهم بخشش و حل و فصل خشم؛ هدف: افزایش بخشش و حل و فصل خشم معطوف به خود و دیگران و دنیا، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسوولانه؛ و سودمندی شخصی و اجتماعی
جلسه نهم: بخشش و حل و فصل خشم؛ هدف: افزایش بخشش و حل و فصل خشم معطوف به خود و دیگران و دنیا، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسوولانه؛ و سودمندی شخصی و اجتماعی
جلسه دهم: محاسبه و مراقبه و پایداری (خودپایی)؛ هدف: افزایش خود کنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار؛ پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا؛ اقدام مسوولانه؛ و سودمندی شخصی و اجتماعی
جلسه یازدهم: محاسبه و مراقبه و پایداری (خودپایی)؛ هدف: مراقبت از خود در حفظ آگاهی، امید و انتظار؛ پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا؛ اقدام مسوولانه؛ و سودمندی شخصی و اجتماعی
جلسه دوازدهم: با هم نگری جلسات پایدار سازی خودپایی و اعلام اتمام دوره؛ هدف: مراقبت از خود در حفظ آگاهی، امید و انتظار؛ پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا؛ اقدام مسوولانه؛ و سودمندی

جدول ۲، پروتکل اجرایی جلسات CBT (هاوتون، سالکورسکی، کرک و کلارک، ۲۰۰۸)

جلسه اول: خوش آمد گویی، توضیح قوانین گروه، توضیح تعامل فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری؛ رویداد فعال ساز (A)، باورها یا افکار (B) و پیامد و واکنش هیجانی (C)؛ تکالیف: نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی خود با استفاده از توالی A-B-C

جلسه دوم: یادگیری جنبه های نظریه های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم؛ آشنایی با افکار خودآیند؛ تعریف های شناختی و شناسایی آنها در تفکر خود؛ شناخت مقاومت در برابر درمان و طراحی راهبردهایی برای مقابله با آن

جلسه سوم: آشنا با بنیادهای پیامدهای رفتاری، آموزش ماهیت طرحوارهها (باورهای اصلی، طرحوارهها، نگرش های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره ۲ها و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحوارهها از طریق پیکان عمودی.

جلسه چهارم: کار روی پیکان عمودی و حل مشکلاتی که اعضای گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره های منفی خود با آن روبرو می شوند.

جلسه پنجم: دستیابی شرکت کنندگان به تصویر واضح تری از چگونگی ارتباط و تناسب باورهای منفی با یکدیگر؛ تنظیم فهرست باورهای منفی؛ رسم نقشه های شناختی از چگونگی ارتباط باورهای منفی با یکدیگر و رتبه بندی آنها.

جلسه ششم: پذیرش این نکته که باورها تغییر پذیرند و این امکان وجود دارد که افراد بتوانند باورهایشان را مورد تجدید نظر قرار دهند.

جلسه هفتم: درک این نکته که باورها از نظر سودمندی متفاوتند و آنها را می توان بر اساس معیارهایی، ارزشیابی کرد.

جلسه هشتم: یادگیری کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود. دستیابی شرکت کنندگان به مفهوم باور مخالف.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. داده ها با استفاده از بیست و دومین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۳ مولفه های توصیفی سطح کورتیزول در گروه ها ارایه شده است.

جدول ۳. مولفه های توصیفی سطح کورتیزول در گروه ها به تفکیک

گروه کنترل	درمان معنوی		درمان شناختی- رفتاری		گروه کنترل	
	sd	M	sd	M		sd
۴۷/۱۶۷	۳۵۳/۱۵	۴۷/۱۶۷	۳۵۳/۱۵	۷۳۸/۴۱	۳۴۵/۴۰	پیش
۵۰/۱۱۶	۳۶۰/۴۰	۳۷/۲۱۲	۳۱۴/۹۰	۵۰/۶۱۴	۲۹۱/۲۰	پس
۴۷/۰۸۱	۳۵۳/۸۰	۳۷/۲۶۲	۳۱۲/۸۰	۵۰/۶۲۱	۲۹۱/۲۰	پیگیری

بعد از تایید مفروضه‌های مربوطه، در جدول ۴ خلاصه آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری مقایسه گروه‌ها در کورتیزول ارایه شده است.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری مقایسه گروه‌ها در کورتیزول

منبع تغییرات	وابسته	SS	df	MS	F	Sig.	مجدوراتا
گروه	کورتیزول ۲	۲۵۸۶۲/۹۵۶	۲	۱۲۹۳۱/۴۷۸	۶۳/۰۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸
	کورتیزول ۳	۲۷۲۲۸/۹۵۷	۲	۱۳۶۱۴/۴۷۹	۶۰/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰۱
خطا	کورتیزول ۲	۱۰۶۶۵/۰۴۵	۵۲	۲۰۵/۰۹۷			
	کورتیزول ۳	۱۱۶۰۷/۴۰۴	۵۲	۲۲۳/۲۱۹			
کل	کورتیزول ۲	۱۴۴۵۲۵/۹۸۲	۵۵				
	کورتیزول ۳	۱۴۶۲۲۷/۷۱۴	۵۵				

می بینیم که بین گروه‌ها از نظر کورتیزول در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و در حدود ۷۱ درصد نمره کل پس آزمون کورتیزول ناشی از تاثیر متغیرهای مستقل است. همچنین نتایج نشان می‌دهد بین گروه‌ها از نظر کورتیزول در پیگیری نیز تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر ۰/۷۰۱ و زیاد است. به عبارت دیگر، در حدود ۷۰ درصد نمره کل پیگیری ناشی از تاثیر متغیرهای مستقل است. در جدول ۳ مقایسه‌های بونفرونی ارایه شده است.

جدول ۵: در پس آزمون و پیگیری کورتیزول در گروه‌ها

وابسته	گروه (I)	گروه (J)	(I-J)	sd	Sig.
کورتیزول ۲	شناختی	کنترل	-۵۲/۱۸۶	۴/۷۹۸	۰/۰۰۱
		معنوی	۱۳/۵۷۵	۵/۵۹۸	۰/۰۱۴
		کنترل	-۳۸/۶۱۱	۴/۷۲۶	۰/۰۰۱
کورتیزول ۳	کنترل	معنوی	۵۲/۱۸۶	۴/۷۹۸	۰/۰۰۱
		شناختی	۳۸/۶۱۱	۴/۷۲۶	۰/۰۰۱
	معنوی	شناختی	-۱۱/۵۴۶	۴/۷۹۶	۰/۰۵۹
		کنترل	-۵۲/۸۵۲	۵/۰۰۶	۰/۰۰۱
	شناختی	معنوی	۱۱/۵۴۶	۴/۷۹۶	۰/۰۵۹
		کنترل	-۴۱/۳۰۶	۴/۹۳۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۵۲/۸۵۲	۵/۰۰۶	۰/۰۰۱	
	شناختی	۴۱/۳۰۶	۴/۹۳۰	۰/۰۰۱	

همانگونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون گروه مداخله‌ی معنوی (۲۹۹/۸۲۷) به طور معناداری کمتر از میانگین گروه کنترل (۳۵۲/۰۱۴) و میانگین گروه شناختی (۳۱۳/۴۰۲) است. میانگین گروه شناختی (۳۱۳/۴۰۲) نیز به طور معناداری کمتر از میانگین گروه کنترل (۳۵۲/۰۱۴) است. به عبارت دیگر، درمان معنوی و شناختی موثرتر از عدم درمان است و درمان معنوی موثرتر از درمان شناختی است. همچنین نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات پیگیری گروه معنوی (۲۹۹/۷۶۱) به طور معناداری کمتر از میانگین گروه کنترل (۳۵۲/۶۱۲) و در پیگیری تفاوت معناداری با میانگین گروه شناختی (۳۱۳/۳۰۷) ندارد. میانگین گروه شناختی (۳۱۳/۳۰۷) نیز به طور معناداری کمتر از میانگین گروه کنترل (۳۵۲/۶۱۲) است. به عبارت دیگر، درمان معنوی و شناختی موثرتر از عدم درمان است و در پیگیری بین درمان معنوی و درمان شناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش درصدد مقایسه اثربخشی دو درمان معنوی و شناختی در مورد بیماران مبتلا به سرطان پستان بود و نتایج تجزیه و تحلیل آماری با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متفاوت است و هر دو درمان توانسته است بر کاهش سطح کورتیزول تاثیر معنادار داشته باشد و درمان معنوی موثرتر از درمان شناختی رفتاری ارزیابی شده است. این نتایج با دیگر یافته‌ها در این زمینه از جمله لو (۲۰۱۸)؛ اسکلین (۲۰۱۷)؛ محمدی‌زاده (۲۰۱۸)؛ کوپینگ (۲۰۱۶)؛ فلاحی (۲۰۱۷)؛ حسینی (۲۰۱۵) و آذرنیا (۲۰۱۳) همسویی دارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که یکی از سازه‌های مطرح در کیفیت زندگی و یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر وضعیت روان‌شناختی مبتلایان به سرطان پستان، نحوه‌ی کنار آمدن با بیماری و نوع راهبرد مورد استفاده برای مقابله با استرس‌های ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان است (اسکلین، ۲۰۱۷). بی‌تردید نتایج بدست آمده را نمی‌توان حاصل یک عامل خاص دانست و عواملی از قبیل کاربرد روشهای شناختی و رفتاری مانند آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی که اثربخشی آن در مورد اختلال‌های هیجانی مانند اضطراب، افسردگی در پژوهش‌های قبلی به اثبات رسیده است، نقش مهمی داشته است. عامل دیگر، آموزش روش پیکان عمودی که به فنون چالش‌گیری و روش‌های تغییر باورها اشاره می‌کند، است که به گونه‌ای موثر در کاهش اضطراب و افسردگی کاربرد دارد. جدای از این مولفه‌ها تاثیر و مفید بودن گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی را نباید نادیده گرفت. گروه درمانی به بیماران کمک می‌کند تا مهارتهای اجتماعی موثرتری را بیاموزند و به این

درک می‌رسند که دیگران نیز مانند آنان مشکلاتی دارند. از آنجایی که این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد روی ظاهر خود، نازرنده سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه موجب افزایش استرس فرد می‌شود که خود می‌تواند تاثیر زیادی بر علایم بیماری بگذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی می‌تواند در نهایت بر کیفیت زندگی بیمار تاثیرگذار باشد (ال ازری، ۲۰۱۳).

از طرف دیگر از آنجایی که بیماری خود، یکی از عوامل موثر بر افزایش استرس است، با آموزش شیوه‌های چالش با افکار، میزان استرس افراد کاهش می‌یابد؛ اگرچه که این عامل به تنهایی نمی‌تواند باعث بهبود بیماری شود اما حداقل از بدتر شدن این بیماری جلوگیری می‌کند، در نتیجه وقتی بیمار متوجه شود پیشرفت بیماری متوقف شده یا رو به بهبودی مجدد خود دارد امیدوار گشته و ناامیدی او نسبت به آینده کاهش می‌یابد که این خود عامل موثری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران است (به نقل از آذرنیا، ۲۰۱۴). در تحلیل یافته‌های این پژوهش و اثربخشی درمان معنوی بر کاهش سطح کورتیزول خون، می‌توان گفت که فکر مرگ و نیستی در بیماران مبتلا به سرطان پستان استرس عمیقی را برای بیمار به همراه می‌آورد، مواجه شدن با احتمال مرگ قریب الوقوع موجب احساس خشم، ترس، گناه و افسردگی بیمار می‌شود و بیمار وارد حلقه استرس، افزایش تضعیف سیستم ایمنی و در نهایت موجب پاسخ ضعیف تر به درمانهای پزشکی سرطان می‌شود، معنویت درمانی مداخله‌ای است که در آن فرد با پررنگ کردن اعتقاد به بعد فرامادی زندگی، به بیماری خود معنا داده، آن را تفسیر می‌کند و از طریق آن معنای زندگی را درک کرده، مرگ را بخشی از زندگی دانسته، در قالب داشتن رسالت نسبت به زندگی احساس وظیفه و تعهد می‌کند و با ارزشهای معنوی و انسانی نظیر صبر، نوع دوستی، توکل و بخشش در زندگی خود معنای جدیدی می‌آفریند.

هر یک از مولفه‌های معنوی به طریقی در کاهش میزان اضطراب موثر است به طوری که این کاهش اضطراب می‌تواند با تاثیر بر سیستم ایمنی و عوامل موثر در سرطان، تغییرات مهمی در این سیستم و بهبود عملکرد آن ایجاد کند (لطفی کاشانی و همکاران، ۲۰۱۴). اعتقاد نیروی برتر، باعث کنار آمدن با مساله و ارزیابی مجدد مشکلات می‌شود و این اعتقاد را در فرد ایجاد می‌کند که خلقتی بیهوده نداشته و در زندگی او هدف و رسالتی نهفته است (به نقل از محمدی زاده، ۲۰۱۹). این امر شناخت و تعبیر و تفسیر فرد را از بیماری تحت تاثیر قرار داده و موجب می‌شود فرد به بیماری و ناملایمات معنا دهد و از طریق ارزیابی مجدد و تغییر اندیشه‌ی فقدان از دست دادن را به صورت مثبت تلقی کرده و

نسبت به بیماری احساس مثبت تری یابد (لطفی کاشانی، مفید و سرافراز، ۲۰۱۳). مراقبه، موجب ارتباط بسیار عمیق فرد با حال حاضر می شود و این امر با متمرکز کردن فرد حول عمود آگاهی، تاثیر قابل ملاحظه ای بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی (لطفی کاشانی، وزیری و زین العابدینی، ۲۰۱۴) و ارزیابی مثبت پس از تروما می شود (شامکویان، لطفی کاشانی، وزیری و اکبری، ۲۰۱۴). در معنویت درمانی بخشش نیز موجب آرامش روانی، همدلی با دیگران، سازگاری بالاتر با بیماری و کاهش احساس خشم (اکبری و همکاران، ۲۰۱۵) و ایجاد افکار مثبت و افزایش روابط عاطفی بهتر می شود (فلاحی، ۲۰۱۷).

References

- Akbari, M. E., Kashani, F. L., Ahangari, G., Pornour, M., Hejazi, H., Nooshinfar, E., ... & Hosseini, L. (2016). The effects of spiritual intervention and changes in dopamine receptor gene expression in breast cancer patients. *Breast Cancer*, 23(6), 893-900.
- Azarnia, M., Lotfi Kashani, F., Vaziri, Sh. (2013). *The Effectiveness of Spirituality Therapy on Reducing Distress and Cortisol Level in Breast Cancer Patients*. Master Thesis. Islamic Azad University of Roodehen Branch.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.
- Eskelinen, M., Selander, T., Ollonen, P., & Korhonen, R. (2017). Moderate/severe depression (MADRS) can affect the quality of life and outcome among patients admitted to breast cancer diagnosis unit. *Anticancer Research*, 37(5), 2641-2647.
- Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2000). The hallmarks of cancer. *cell*, 100(1), 57-70.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Hosseini, L., Lotfi Kashani, F., Akbari, M.E. (2015). *The Effectiveness of Spirituality Therapy on Genetic Expression Changes in Breast Cancer Patients*. Unpublished doctoral dissertation. Shahid Beheshti University of Medical Sciences.
- Antoni, M. H., Jacobs, J. M., Bouchard, L. C., Lechner, S. C., Jutagir, D. R., Gudenkauf, L. M., ... & Carver, C. S. (2017). Post-surgical depressive symptoms and long-term survival in non-metastatic breast cancer patients at 11-year follow-up. *General hospital psychiatry*, 44, 16-21.
- Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Erkanli, A. (2016). Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of religion and health*, 55(5), 1763-1777.
- Lau, B. H. P., Chow, A. Y., Wong, D. F. K., Chan, J. S. M., Chan, C. H. Y., Ho, R. T. H., ... & Chow, S. F. (2018). Study protocol of a randomized controlled trial comparing integrative body-mind-spirit intervention and cognitive behavioral therapy in fostering quality of life of patients with lung cancer and their family caregivers. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 15(3), 258-276.
- Lotfi, K. F., Vaziri, S., ZINE, E. A. S., & ZINE, E. A. S. N. (2014). Effectiveness of group hope therapy on decreasing psychological distress among women with breast cancer.
- Fallahi, L., Lotfi Kashani, F., Masjedi Arani, A. (2017). *The Effectiveness of Spiritual Therapy on Blood Serum Change in Breast Cancer Patients*. Unpublished doctoral dissertation. Islamic Azad University of Karaj Branch.
- Lotfi Kashani, F., Mofid, B., & SarafrazMeh, S. (2013). Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 2(27), 27-42.
- Marziliano, A., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2018). Measuring cohesion and self-disclosure in psychotherapy groups for patients with advanced cancer: An analysis of the psychometric properties of the group therapy experience scale. *International journal of group psychotherapy*, 68(3), 407-427.
- Mohammadi Zadeh, S.Khalatbari, J. Hatami,H.R.. (2018). *Comparison of the effectiveness of spiritual group therapy, cognitive-behavioral therapy, and acceptance and commitment-based therapy on quality of life, body image, and perceived stress in women with breast cancer*. Unpublished Master Thesis. Islamic Azad University of Kish Branch

- Yesilbalkan, O. U., Ozkutuk, N., & Ardahan, M. (2010). Comparison quality of life of Turkish cancer patients and their family caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev, 11*(6), 1575-9.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2007). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. American Psychological Association.
- Kashani, F. L., Shamkoeyan, L., Esmail, M., & Vaziri, S. (2014). The relations of perceived social support and religious beliefs with the post traumatic growth in cancer patients. *Developmental psychology: Iranian psychologists, 10*(39), 285-295.
- Somayya, A. (2008). Islamic Counseling & Psychotherapy Trends in Theory Development. *Journal of Social Family Interfaith*.
- Vonarx, N., & Hyppolite, S. R. (2013). Religion, spirituality, and cancer: the question of individual empowerment. *Integrative cancer therapies, 12*(1), 69-80.
- West, W. (2001). Issues relating to the use of forgiveness in counselling and psychotherapy. *British Journal of Guidance and Counselling, 29*(4), 415-423.
- Zhang, M., Huang, L., Feng, Z., Shao, L., & Chen, L. (2016). Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: a meta-analysis. *Minerva medica, 108*(1), 84-93.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 54), pp.37-46, 2020

Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioural therapy on lowering blood cortisol levels in women with breast cancer

Jamshidifar, Zahra

Dept. of Psy. Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

Lotfi Kashani, Farah

Dept. of Clinical Psy. Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Received: 2019/09/23

Accepted: 2019/12/20

Diagnosed with cancer is highly stressful. High stress can complicate other physical problems in patients with cancer through cortisol. Various psychological therapies have been proposed to intervene in reducing stress levels and, of course, to help these patients recover. The aim of this study was to compare the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioural therapy on lowering blood cortisol levels in women with breast cancer. For this purpose, during a quasi-experimental study with the control and follow-up group, 60 people (20 participants for first treatment group, 20 for second treatment group, and 20 for control group) from breast cancer women in Tehran's Shohada Tajrish Hospital in Tehran were selected using convenient sample method. Random forms were used in three experimental and control groups. The two experimental groups treated with spiritual and cognitive-behavioural therapy during eight, 90-minute sessions, but the control group did not receive treatment. The groups were tested for blood cortisol levels before, after, and 2 months after the intervention. The results of covariance analysis showed that both spiritual and cognitive-behavioural therapies were effective in reducing the cortisol levels of patients in treatment groups, although spiritual therapy was evaluated as more effective, also, the effectiveness was consistent in the follow-up test. This research supports the greater impact of spiritual interventions in reducing patients' stress levels.

Keywords: spiritual therapy, cognitive-behavioural therapy, blood cortisol and breast cancer

Electronic mail may be sent to: jamshidifar52@gmail.com