

اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه

جعفر بواله‌ری^۱، قاسم نظیری^۲ و سکینه زمانیان^{۳*}

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه ی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز صورت گرفت. به همین منظور، تعداد ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی، به روش نمونه گیری تصادفی، پس از مصاحبه بالینی انتخاب گردیدند و در دو گروه ۱۲ نفری کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس همه ۲۴ نفر به وسیله ابزارهای پژوهش ازجمله مقیاس افسردگی - اضطراب - استرس (DASS-21) و مقیاس سلامت معنوی (SWB-20) مورد آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، ۱۲ جلسه در مداخلات گروه درمانی معنوی شرکت کردند و این درحالی بود که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در پایان دوباره آزمون‌ها برای همه افراد نمونه (۲۴ نفر) اجرا گردید. پس از گردآوری پرسشنامه ها، داده های بدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس و به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها نشان دادند که معنویت درمانی به شیوه گروهی در سطح معناداری ($p \leq 0/0001$) در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. همچنین، در سطح معناداری ($p \leq 0/003$) باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردیده است.

واژه های کلیدی: سرطان سینه؛ افسردگی؛ اضطراب؛ استرس؛ گروه درمانی معنوی.

۱-دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ریاست انستیتو روان‌پزشکی تهران. bolharij@yahoo.com

۲-استاد دیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس. Naziryy@yahoo.com

۳-کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس.

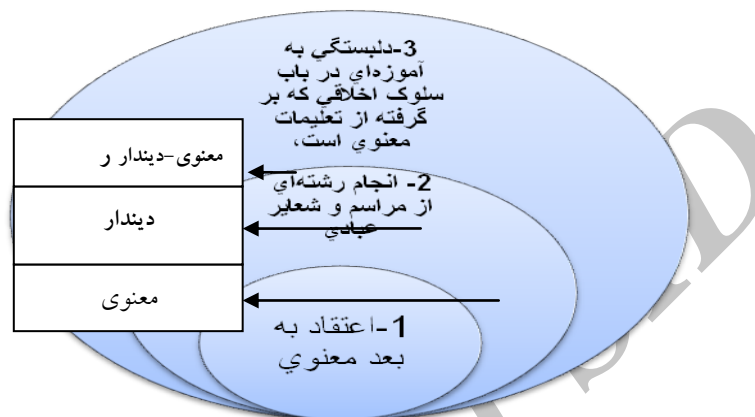
*نویسنده‌ی مسئول مقاله: zamanian37@yahoo.com

پیشگفتار

«زمان آن رسیده است که راهکارهای معنوی، با نظریه و روش‌های علمی روان درمانی ترکیب شود» (Richards & etal, 2007). یکی از معضلات قرن حاضر آشفتگی‌های عاطفی و هیجانی در روابط انسانی است. در طول تاریخ مکاتب گوناگون انسان شناسی و روان شناسی به دنبال آرایه راه‌حلی بوده و به انسان و نیازهای او توجه کرده‌اند. مطالعات معنوی در روان شناسی در سطح جهان موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. پاچالسکی و لارسن (Pachalsky. & Larsen, 1998)، پاچالسکی و همکاران (Pachalsky & etal, 2000) امروزه بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند به گونه ای که آنها اغلب ضروری می‌دانند که در فرایند درمان مسایل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (Quoted by Richards, Hardman, & Berrett, 2007). معنویت، بُعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود (Ghobari Bonab, 2009). به طور خلاصه معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می‌شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند (Pargament, 2007). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان مسایل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند، که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد (Richards, Hardman, & Berrett, 2007).

مذهب و معنویت مجموعه‌ای از کلمات و چارچوب‌ها را آرایه می‌دهند که از راه آنها، انسان می‌تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (west, 2001). دان (Don, 1993) معنویت به وسیله اعمال و عقاید پذیرفته شده هر فرهنگ مشخصی بیان شده و شکل می‌گیرد. این رویکرد به معنویت در اصل اشاره دارد نیازهای معنوی به گونه ذاتی در قلمرو مذهب رسمی، دارای رابطه عمیق با عقیده به خداوند یا هر الوهیتی می‌باشد. به نظر می‌رسد که نیازهای معنوی یک ارزش و معنای درونی و یک ارزش و معنای خارجی داشته باشد (Quoted by Fallahi Khoshknab, Mazaheri, 2008).

فونتانو (Fontana, 2003) اعتقاد به بعد معنوی، انجام رشته‌ای از مراسم و شعایر عبادی و دلبستگی به آموزه‌ای در باب سلوک اخلاقی که بر گرفته از تعلیمات معنوی است، سه عامل اصلی اجزای دین می‌باشند. افرادی که فقط عامل اول را می‌پذیرند، افرادی معنوی و نه دین دار هستند، افرادی که هر سه عامل را می‌پذیرند، معنوی- دیندار هستند و افرادی که فقط عامل دوم و سوم را قبول دارند، دیندار نامیده می‌شوند که این امر تمایز میان معنویت و دین را نشان می‌دهد (Saver, 2006).



شکل ۱- افراد معنوی- دیندار

پارگامنت (Pargament, 2007) در کتاب خود به این نکته اشاره می‌کند که گرچه دو واژه معنویت و دین به صورتی قابل توجه هم گرا و واگرا هستند، اما او فقط به علت ساده‌سازی این دو واژه را جدا از هم به کار می‌برد و هر جا که به واژه دین اشاره می‌کند منظور او اشاره به بافت وسیع فرهنگی، سازمانی و اجتماعی معنویت است.

در درمان معنویت گرا درمانگر، درمانجو را به کاوش در موضوع‌ها و مسایل معنوی که با بهبود و بازیابی سلامتی او مرتبط هستند، دعوت می‌کند. تأکید درمانگر بر مسایل معنوی به صورتی بی‌طرفانه و غیر قضاوت‌گرایانه است و در ضمن با حساسیت تمام مسایل معنوی را دنبال می‌کند، اما با این حال، از سایر روش‌های درمانی مانند دارو درمانی و یا سایر رویکردهای روان‌شناختی نیز استفاده می‌کند (Richards, Hardman, & Berrett, 2007).

معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی- مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان می‌باشد این بعد متعالی آن‌ها را به سوی خدا رهبری می‌کند (Ghobari Bonab, 2009)، بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع

تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می‌بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز پردازد (Miller, 2003).

بقائی پژوهشگران، سرطان را به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن محسوب می‌کنند؛ رشد روز افزون سرطان در چند دهه ی اخیر و اثرهای زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسان‌ها از جمله عواملی هستند که توجه متخصصین را بیش از پیش به خود معطوف داشته است (Baghai, 2000). در بین انواع سرطان، دومین سرطان شایع در زنان، سرطان پستان است. پستان یکی از نمادهای زنانگی است و فکر از دست دادن یک پستان برای بسیاری از زنان غیر قابل تحمل است. واکنش زن نسبت به هر بیماری واقعی یا مشکوک، ممکن است شامل ترس از بد شکلی، از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد بنابراین برای بسیاری از خانم‌ها سرطان سینه بسیار ترسناک است (Kaplan, Porter 2006).

اسپیرا و ریید (Spira & Reed, 2000) درمان‌های سرطان پستان از قبیل رادیوتراپی و شیمی درمانی و جراحی می‌توانند اثرهای جانبی فیزیکی و روان‌شناختی جدی داشته باشند که این اثرها باعث می‌شوند رعایت دستورهای درمانی مشکل شود و بیماران با درمان همکاری نکنند که این باعث کاهش اثرهای درمان دارویی می‌گردد و حتی روی طول عمر نیز تأثیر منفی می‌گذارد. اضطراب ناشی از بیماری سرطان پستان با شیوع بالایی گزارش شده است. لبونتاواتچای (Lueboonthavatchai, 2007) در مطالعات گوناگون شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان از ۳۵ تا ۶۴ درصد گزارش شده است که به همراه افسردگی در صدر عوارض روانی بیماران مبتلا به سرطان قرار دارد. مواردی مانند: ترس از عود بیماری، ترس از دست دادن خانواده و ترس از عوارض بیماری یا درمان‌های انجام شده مانند: قطع عضو، ریزش مو، تهوع، استفراغ و تورم دست از جمله علل ایجاد اضطراب در این بیماران می‌باشند. کومبلیت. آ. بی، لیگیبل. جی. Komblyt. (A.B, Lygybl. J, 2003) حداقل نیمی از زنان مبتلا به سرطان پستان دیسترس را ذکر کرده‌اند (Quoted by Hajian & et al, 2000).

کرونر جی. بیلی اس (Coronar, G. Billy S. 1991) به دلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به گونه ای چشم‌گیر افزایش یابد (Quoted by Rezaei, Seyyed Fatemi, Hussein, 2008).

های فیلد (Hay field M, F, 1991) واین نیازها، بحران‌های معنایی زیادی در فرد ایجاد می‌کند و اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به خطر می‌افتد، ارتباطات بین فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیزم‌های سازگاری قبلی ناکافی به نظر می‌رسد. هم‌چنین، بستری شدن

در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند و در یک کلام می‌توان گفت که بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود (Quoted by Rezaei & etah, 2008). همچنین، نقش جستجوی معنویت به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی به سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته است (Meraviglia, 2006). با اشراف به مطالب یاد شده، در این پژوهش اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه مورد بررسی قرار گرفت.

پیشینه پژوهش

ایگل سی و همکاران (Ingel C & et al, 2006) که به بررسی اثر بخشی استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی - معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری پرداختند، نشان داد که استفاده از منابع دینی و معنوی بمنظور کنار آمدن با بیماری، در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه خاص بیماری‌های تهدیدکننده زندگی شایع است. مقابله مذهبی - معنوی همچنین، ممکن است در خدمت عملکردهای متعدد مانند حفظ اعتماد به نفس، آرایه یک احساس معنا و هدف، آرامش روانی و حس امید به کار رود. افراد یاد شده با بررسی هفده مقاله عنوان کردند: هر گونه نتایج قطعی درباره اثرات مفید یا مضر احتمالی مقابله مذهبی / مذهبی با سرطان وجود ندارد.

با بررسی ارتباط بین افسردگی، ناامیدی و وضعیت شناختی بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته با درد و معنویت در مورد ۸۲ بیمار، دریافتند که همبستگی معنی داری میان ناامیدی، افسردگی و وضعیت شناختی وجود داشت. این یافته‌ها نشان دادند جنبه‌های جسمی، روانی و شناختی بیماران مبتلا به سرطان با هم در ارتباطند (Kyriaki Mystakidou & et al 2007).

در بررسی معناداری، معنویت و سلامت در نجات یافتگان از سرطان نتایج نشان دادند که بیماران مبتلا به سرطان اغلب باورهای مذهبی و معنوی خود را به عنوان راهی برای بدست آوردن معنا در دوران بیماری و بهبود از بیماری به کار می‌برند و همچنین، از آن به عنوان راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ تکیه می‌کنند (Vacho Mary L.S., 2008). جان ال ونترا و همکاران (June L. Ventura, 2007) در پژوهشی با عنوان: همبستگی سلامت با بهزیستی در زنان مبتلا به نارسایی زودرس تخمدان دریافتند که سلامت و اقدام‌های معنوی با عواملی مانند: بهزیستی معنوی، آرامش درونی و ایمان در ارتباط‌اند.

در پژوهشی با عنوان استراتژی‌های مقابله‌ای فعال به عنوان یک میانجی گر ارتباطی بین مذهب - معنویت و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان، نتایج بدست آمده نشان دادند که ارتباط مثبتی بین مذهب - معنویت و سلامت همچنین، بین مذهب - معنویت و کیفیت زندگی

در این بیماران وجود دارد (Andrea L. Canada, 2005). جاناتان کافمن و همکاران (Jonathan Koffman, 2008) در مقاله ای با عنوان من سرطانم را کنترل می‌کنم. معانی مذهب را در میان زنان سفید پوست انگلیسی و زنان سیاه پوست کاتولیک مبتلا به سرطان پیشرفته بررسی کردند. آنها توصیه کردند که متخصصان هنگام مصاحبه با بیماران از زمینه های گوناگون فرهنگی، فرصت‌هایی به را برای بیان اطلاعات در مورد بیماری و باورهای مذهبی و معنوی خود بدهند، چرا که ممکن است این باورها درک بیماران از بیماری و درمان آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

پیتر فیشر و همکاران (Peter Fischer et al 2010) رابطه بین هویت مذهبی و استراتژی‌های مقابله‌ای ترجیح داده شده بین فردی و درون فردی در افراد مسلمان و مسیحی را سنجیدند و بیان کردند که وابستگی های مذهبی که برای کمک به کنار آمدن افراد با مشکلات و رویدادهای استرس زا کمک کننده می‌باشند در مورد مسیحیان و مسلمانان هر دو صدق می‌کند و هویت مذهبی انواع گوناگون روشهای مقابله را پرورش می‌دهند.

لیونه و همکاران (Livneh et al, 2004) در پژوهش خود با عنوان «انطباق روانی با بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده» نشان دادند که معنویت نقشی مهم در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دارد.

کول (Cole, 2000) در پژوهش خود با عنوان «گروه درمانی متمرکز بر درمان معنوی در بیماران سرطانی» نشان دادند که مداخلات درمانی معنوی به صورت فردی برای زنانی که بازماندگان آزار جنسی بودند می‌تواند مؤثر باشد (Quoted by Richards & et al, 2007).

فرنز و کارئی (Ferenz & kari, 1989) با انجام دادن پژوهش هایی رابطه ی بین مذهبی بودن درونی و بیرونی و صفت اضطراب را بررسی کردند. با اینکه بسیاری از پژوهش ها حاکی از اثر بخشی رویکرد معنوی را در بیماران گوناگون، از جمله بیماران مبتلا به سرطان است، اما هینزمن و فهر (Hillsman & fehr, 1987) در مطالعات خود رابطه معناداری بین اضطراب و مذهبی بودن گزارش نکردند. ضمناً اسپیلمن (Spellman, 1971) مذهبی بودن را با افزایش اضطراب مربوط می‌داند (Quoted by Poor Syed Aghaii, 2010).

آلستر جی. کانینگهام (Alastair, J. Cunningham, 2005) که با هدف سنجش اثراهای دوره درمان کوتاه مدت روانی آموزشی با تأکید بر جنبه‌های معنوی مقابله با استرس و بهبود صورت گرفت، روند رو به بهبودی قابل توجهی در نمرات بلافاصله پس از مداخلات بوجود آمد و نتایج نشان داد که پرداختن به مسایل معنوی در چارچوب گروه درمانی مزایای بسیار خوبی برای افراد مبتلا به سرطان به همراه دارد.

استفاده از معنویت در گروه درمانی، یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند در ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامت مؤثر باشد (Revheim, N., Greenberg 2007). فرینگ، میلر و شاو (Fehring miller and shaw, 1997) رابطه سلامت معنوی، مذهب، امیدواری، افسردگی و دیگر حالات خلقی را با سازگاری سالمندان مبتلا به سرطان بررسی کردند نتایج این پژوهش نشان داد که بین دینداری درونی، سلامت معنوی، امیدواری و دیگر حالات خلقی، رابطه مثبت و با افسردگی و دیگر حالات خلقی رابطه منفی وجود دارد (Quoted by Askari & etal, 2010).

ابرن (O'bren, 1998) در مطالعه‌ای که درباره ۱۷۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه انجام شد نشان دادند که سطح سلامت معنوی در زنانی که مذهبی بودند بالاتر است و این زنان، مذهبی بودن را به عنوان هسته اصلی انگیزش در زندگی خود عنوان کردند (Quoted by Askari & etal, 2010). شریفی (Sharifi, 2002) در بررسی «رابطه‌ی نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی» در مورد ۴۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام گرفت نتایج نشان داد که نگرش دینی با اختلال در سلامت عمومی، اضطراب و شکیبایی مرتبط است از سوی دیگر، در مورد رابطه با متغیرهای افسردگی و پرخاشگری، بعد عاطفی و اعتقادی بهترین پیش‌بینی کننده است.

بوالهیری (Bolhary, Jafar, 1999) در بررسی «رابطه بین عوامل تنش‌زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس» در دانشجویان پزشکی گزارش داد با بالا رفتن نمره‌های آزمودنی‌ها در پرسش نامه‌های توکل، نمره‌ی آنان در پرسش نامه‌ی استرس کاهش یافته است.

در پژوهش دیگری که برای بررسی «ارتباط مذهبی بودن با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روانی گروهی» که در مورد بیماران بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و مجتمع حضرت رسول اکرم (ص) انجام شد رابطه معنا داری بین نگرش مذهبی با اضطراب، افسردگی و سلامت روان نمونه‌های پژوهش شده مشاهده شد (TahmasebiPoor, Kamangar, 1997).

حمدیه، ترقی‌جاه (Hamdyh, Tarighijah, 2008) با مقایسه تأثیر روان درمانی گروهی با رویکرد شناختی و معنوی بر افسردگی دانشجویان دختر دانشگاه‌های تهران، بیان کردند که سلامت معنوی بیش‌تر بویژه معنا، صلح و آرامش به طرز چشمگیری با افسردگی کمتر همراه است. دستیابی بیماران به احساس سلامت معنوی می‌تواند افسردگی را کاهش دهد و یا از آن جلوگیری کند.

در پژوهش بهرامی دشتکی (Bahrami Dashtaki, 2008) با عنوان «بررسی تأثیر آموزش گروهی معنویت در دانشجویان دختر» این نتیجه حاصل شد که: که معنویت موجب کاهش افسردگی می‌شود.

بهمنی و همکاران (Bahmani &etal, 2010) با مقایسه اثر بخشی گروه درمانگری شناختی - هستی نگر و شناخت در مانگری آموزش محور راجع به افسردگی و امیدواری، در زنان مبتلا به سرطان سینه، دریافتند که گروه درمانگری شناختی - هستی نگر، بیش از شناخت درمانگری آموزش محور و هر دو بیش از گروه گواه در کاهش میانگین افسردگی و افزایش امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر می باشد و میانگین افسردگی در هر دو روش بر کیفیت زندگی و افزایش حرمت به خود به یک اندازه مؤثر است .

همچنین، پژوهش شجاعیان و زمانی فرد (Shojayan&Zamanimonfared, 2003) که با هدف «بررسی رابطه‌ی میان بکارگیری دعا در زندگی روزمره، با سلامت روانی و عملکرد شغلی» انجام شد، نشان دهنده کاهش نمره‌های اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش بود.

علوی و منائی (Alavi& Manayy, 2009) در مطالعه‌ای که در مورد ۳۰۰ زن بالای ۱۸ سال مبتلا به سرطان پستان انجام شد، شیوع اختلالات اضطرابی ۱۶٪، نشانه‌های اضطرابی ۱۹٪، شیوع اختلال افسردگی ۹٪ و شیوع نشانه‌های افسردگی ۱۶/۷٪ تشخیص داده شد.

فلاح و همکاران (Fallah&etal,2009) در مطالعه‌ای با عنوان: «اثر بخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه» انجام شد. نتایج حاکی از تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و گروه کنترل بوده است.

فرضیه های پژوهش

- ۱- فرضیه نخست: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه گروهی در کاهش میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.
- ۲- فرضیه دوم: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه ی گروهی در کاهش میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.
- ۳-فرضیه سوم: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه گروهی در کاهش میزان استرس بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.
- ۴-فرضیه چهارم: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه گروهی در افزایش سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

روش پژوهش

این پژوهش مطالعه‌ای تجربی بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل^۱ است. در این روش آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب و سپس با همین روش در گروه‌های کنترل و آزمایش جایگزین شدند. همچنین، پیش از اجرای متغیر مستقل (گروه درمانی معنوی)، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه در پیش آزمون اقدام به پر کردن ابزار پژوهش (پرسشنامه‌های مورد نظر) کردند. متغیر مستقل در این پژوهش عبارت است از: «گروه درمانی معنوی» و متغیرهای وابسته عبارتند از: «میزان افسردگی، اضطراب، استرس و سلامت معنوی» در زنان مبتلا به سرطان سینه. پس از اتمام جلسات درمانی (۱۲ جلسه) پس آزمون روی دو گروه اجرا شد. با توجه به اینکه در طرح آزمایشی این پژوهش، پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود، جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش که در مورد برخی بیماران مراجعه کننده به مرکز امید و بیمارستان امیر شهر شیراز انجام شد، پس از بررسی بیماران و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مورد نظر مشخص گردیدند و تمامی آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی دو گروه ۱۲ نفره جدا گردید و آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

پس از آن اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از جانب آن‌ها، به مدت دوازده هفته، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای وارد این درمان شدند. کلیه آزمودنی‌ها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند پس از اتمام ۱۲ جلسه درمان گروهی، بار دیگر هر دو گروه به وسیله‌ی ابزارهای پژوهش آزمون شدند.

شرایط لازم برای شرکت کنندگان در جلسه‌های درمان

۱- داشتن سواد خواندن و نوشتن. ۲- داشتن سن کمینه ۱۸ و بیشینه ۶۰ سال -۳- نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان‌پزشکی از قبیل سایکوز، افسردگی اساسی، وسواسی - جبری و اختلالات شخصیت ۴- نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد.

^۱ - Pre test- post test randomized group design

ابزارهای پژوهش

الف) مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و II در^۱ DSM-IV

مصاحبه بالینی با توجه به موارد زیر صورت گرفت :

تشخیص اختلال‌های محور یک (اختلالات بالینی و سایر اختلالاتی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند)، محور دو (اختلالات شخصیت و عقب ماندگی ذهنی) و اطلاعات شخصی (شامل:

اسم، سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، میزان تحصیلات و ...).

بررسی تاریخچه زندگی، مشکلات فعلی، وضع ظاهر و رفتار بیمار، فعالیت‌های روانی- حرکتی، عواطف و خلق، اختلالات ادراکی، هوش، تکلم و تفکر.

این مصاحبه یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است و بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روان پزشکی استفاده می‌شود. مطالعات گوناگون از جمله مطالعات ویلیامز، گیبون و همکاران (Williams, Gibbon, 1992) و پولاک، باکشتین و لینچ (Pollock, Bukstein, 2000, & Lynch, 2000) حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (Quoted by Sharifi&etal, 2004).

در مطالعه شریفی و همکاران (Sharifi&etal, 2004) که با هدف «سنجش پایایی و قابلیت اجرای این مصاحبه بالینی» صورت گرفت در مرحله نخست: «ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه»؛ مرحله دوم: «مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی». نتایج به شرح زیر بود: پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری های بالینی پژوهشی و آموزش استفاده کرد.

ب) مقیاس افسردگی - اضطراب - استرس^۲

این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۱ پرسش و سه بخش مساوی راجع به هریک از شاخص‌های مورد بررسی می‌باشد. هر یک از پرسش‌ها دارای مقیاس چهار تایی لیکرت بین صفر تا سه است (۰=هرگز، ۱=کم، ۲=متوسط، ۳=خیلی زیاد)، درجه بندی می‌شود.

لاویبوند و لاویبوند (Lovibond & Lovibond, 1995) در مطالعه‌ای درمورد یک نمونه بهنجار، همسانی درونی بالایی را برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس (به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۰۹) محاسبه کرد. اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش‌های متعدد مورد بررسی شده است. از جمله این پژوهش‌ها، مطالعه هنجاریابی است که در مورد نمونه ایرانی انجام گرفته است. در این مطالعه، اعتبار این مقیاس از طریق همسانی درونی، روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و روایی

^۱ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

^۲ - Depression Anxiety Stress Scale

ملاک با اجرای همزمان آزمون‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده، مورد بررسی شده است و نتایج آن این گونه گزارش شده است: همسانی درونی مقیاس‌های افسردگی - اضطراب - استرس با استفاده از آلفای کرونباخ، عبارت بودند از: مقیاس افسردگی ۰/۷۷، مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و مقیاس استرس ۰/۷۸، همچنین، بمنظور بررسی روایی ملاک افسردگی - اضطراب - استرس از اجرای همزمان پرسش‌نامه‌های افسردگی بک، اضطراب زونگ و استرس ادراک شده، استفاده شد. همبستگی مقیاس افسردگی بک - اضطراب - استرس با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی مقیاس اضطراب آن با آزمون اضطراب زونگ ۰/۶۷ و همبستگی مقیاس استرس آن با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بود که تمامی همبستگی‌ها در سطح $p \leq 0/001$ معنادار هستند (Quoted by Haji Alizadeh&etal, 2008).

در این پژوهش محاسبه همسانی درونی روی یک نمونه بهنجار برای مقیاس افسردگی ۰/۸۶، اضطراب ۰/۷۰ و برای استرس ۰/۷۸ محاسبه شد.

ج) مقیاس سلامت معنوی^۱

این مقیاس بیست سؤال داشته است که ده سؤال آن سلامت مذهبی و ده سؤال آن سلامت وجودی را اندازه‌گیری می‌کند. هر یک از سؤالات دارای مقیاس لیکرت، بین یک تا شش است و نمره بالاتر بیانگر سلامت معنوی بالاتر می‌باشد. این مقیاس سه بعد دارد: ۱. بعد سلامت دینی ۲. بعد سلامت وجودی ۳. بعد سلامت کلی معنوی. بعد سلامت کلی معنوی، نمره‌های بعد سلامت دینی و بعد سلامت وجودی را با هم ترکیب می‌کند. بعد سلامت دینی به عنوان یک عامل اندازه‌گیری دین داری در نظر گرفته می‌شود. از آنجایی که این مقیاس به وفور استفاده شده است دارای اعتبار همگرا و تفکیک کننده است (Paloutzian & Park, L, 2005).

این مقیاس اندازه‌گیری کلی از ادراک کیفیت سلامت معنوی فرد در زندگی در دو بعد دینی (مذهبی) و وجودی بدست می‌دهد. سلامت معنوی بیانگر این نکات است: ۱. ارتباط فرد با خدا و یا هر قدرتی که آنرا بعد معنوی خود می‌دانند ۲. احساس رضایت از معنای زندگی و یا هدف زندگی خود (Steele. 1999).

پالوتزین و بافر (Paloutzian Buffer, 1991) ضریب الفای کرونباخ برای انسجام درونی این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۸۹ و برای حیطه دینی ۰/۸۷ و برای حیطه وجودی ۰/۷۸ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای حیطه دینی ۰/۹۶ و برای حیطه وجودی ۰/۸۶ می‌باشد که همگی با پایایی و انسجام درونی بالایی همسان هستند. بنظر می‌رسد که

^۱ -Spiritual Well-Being Scale

این مقیاس اعتبار کافی برای اینکه شاخص کیفیت زندگی باشد، دارد. افرادی که نمره های بالاتری در این مقیاس می‌گیرند اغلب احساس تنهایی کمتری می‌کنند، از نظر اجتماعی دارای مهارت بیشتری هستند، اعتماد به نفس بیشتری دارند و از نظر تعهد دینی درونی‌تر هستند. این مقیاس با مقیاس هدف در زندگی همبستگی مثبت دارد. از این مقیاس برای ارزیابی سلامت معنوی در جمعیت دانشجویان و افراد بزرگسال دارای بیماری مزمن، استفاده شده و گزارش شده است که بین احساس تنهایی و سلامت معنوی همبستگی منفی وجود دارد. گروه بیماران بزرگسال در کل مقیاس و در حیطه دینی مقیاس نمره‌های بالاتری نسبت به گروه افراد سالم داشتند، اما در حیطه وجودی نمره‌های مشابهی گرفتند و پژوهشگر نتیجه گیری کرده که در بیماری‌های مزمن ممکن است ارزش‌های دینی و معنوی افراد، ایمان به خدا و ارتباط آن‌ها با خدا خود را تحریک کنند (QuatebyPaloutzian & Park, 2005).

روایی پرسشنامه سلامت معنوی پس از ترجمه به فارسی از راه اعتبار محتوی تعیین شد. پایایی پرسشنامه از راه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲/ تعیین گردید (Rezaei & etal, 2008). در این پژوهش پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲/ تعیین شد.

روش مداخله

پس از ارزیابی بیماران و اطمینان از شرایط بیماران برای شرکت آن‌ها در پژوهش، مانند: نداشتن اختلال روان پزشکی بر اساس معیارهای مصاحبه بالینی ساختار یافته، جلسات درمان با همکاری کمک درمانگر انجام شد.

خلاصه کلی شیوه اجرا در تمامی جلسه‌ها به این صورت بود، هارتز (Hartz, 2005) ابتدای هر جلسه با فن تن آرامی^۱ و ذهن آگاهی متمرکز^۲ (تمرکز بر تنفس خود و یا یک موضوع خاص) آغاز می‌شد (Kamkar, 2008). سپس به مروری بر تکلیف جلسه قبل آزمودنی‌ها پرداخته می‌شد، به دنبال آن بحث و آموزش مقوله‌ی مورد نظر انجام می‌شد. همچنین، به تمرین در گروه می‌پرداختیم و در پایان با معرفی تکالیفی که می‌بایست آزمودنی‌ها در فاصله زمانی تا جلسه بعد انجام می‌دادند و تاکید بر استفاده از تن آرامی در طول روز، جلسه پایان می‌یافت.

^۱-Relaxation

^۲-Mindfulness Meditation

جدول ۱- جلسه‌های اعمال شده بر گروه (آزمایش)

جلسه‌های درمان	عنوان جلسات
جلسه نخست	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تاثير آن در زندگي فرد
جلسه دوم	خود آگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی
جلسه سوم	خود انگاره
جلسه چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا ویا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا
جلسه پنجم	نوع دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی)
جلسه ششم	ارتباط با مقدسات
جلسه هفتم	رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود
جلسه هشتم	بخشش
جلسه نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج
جلسه دهم	ایمان و توکل به خدا
جلسه یازدهم	قدردانی و شکر گزاری
جلسه دوازدهم	جلسه پایانی

روش تجزیه و تحلیل آماری

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آمار استنباطی متناسب با فرضیه‌های پژوهش یعنی تحلیل کوواریانس^۱ استفاده شد و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌های پژوهش

فرضیه نخست: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه‌ی گروهی در کاهش میزان افسردگی در افراد مبتلا به سرطان سینه موثر است. با توجه به اینکه طرح آزمایشی این پژوهش پیش آزمون و پس آزمون با

¹ -Analuyssis of Variance

۱۰۰ اثر بخشی روی کرد گروه درمانی معنوی بر کاهش می‌زان افسردگی، اضطراب و...

گروه کنترل می‌باشد، جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار میزان افسردگی دو گروه

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۲	۱۶/۶۶	۲/۷۴
آزمایش	۱۲	۹/۵	۵/۴۸

با توجه به جدول یک میانگین افسردگی گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش می‌باشد. جهت بررسی اینکه آیا این تفاوت به دست آمده معنادار است یا خیر به جدول ۲ مراجعه می‌کنیم.

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمره های افسردگی دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	میانگین مجذور ها	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
بین گروهی	۳۲۰/۸۹	۱	۳۲۰/۸۹	۱۹/۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
پیش آزمون	۶۶/۲۹	۱	۶۶/۲۹	۴/۰۰۸	۰/۰۵۸	۰/۱۶
خطا	۳۴۷/۳	۲۱	۱۶/۵۴	-	-	-

همان گونه که در جدول اول نشان داده شده است، مقدار F جهت تفاوت بین گروهها (کنترل و آزمایش) در سطح معناداری $P \leq ۰/۰۰۰۱$ معنی دار می‌باشد، بدین معنا که تفاوت معنی داری (با کنترل عامل پیش آزمون) بین نمره‌های افسردگی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. پس فرضیه نخست تایید می‌گردد، یعنی روش درمانی مداخله‌گرا باعث کاهش میزان افسردگی در گروه آزمایش شده است. شاخص دیگری که باید به آن توجه شود، «اندازه اثر»^۱ می‌باشد که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات افسردگی می‌باشد که در اثر اجرای عمل آزمایشی بوجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۴۸ می‌باشد که اگر آنرا تبدیل به درصد کنیم ۴۸٪ می‌شود، بدین معنا که ۴۸٪ از تغییرات نمرات افسردگی ناشی از اجرای روش درمانی می‌باشد به زبان دیگر گروه درمانی معنوی باعث ۴۸ درصد تغییر در نمره های افسردگی گردیده است.

¹ -Effect Size

فرضیه دوم: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه گروهی در کاهش میزان اضطراب در افراد مبتلا به سرطان سینه موثر است. جهت بررسی این فرضیه نیز از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده می‌کنیم.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیارمیزان اضطراب دو گروه

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۲	۱۵/۵	۹/۴۲
آزمایش	۱۲	۹/۶۶	۵/۱

با توجه به اینکه میانگین اضطراب گروه کنترل بیش‌تر از گروه آزمایش می‌باشد. جهت بررسی این‌که آیا این تفاوت بدست آمده معنی‌دار است یا نه به جدول زیر مراجعه می‌کنیم.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمره‌ها اضطراب دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	میانگین مجذور ها	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
بین گروهی	۱۹۸/۴	۱	۱۹۸/۴	۳/۳۴	۰/۰۷	۰/۱۴
پیش آزمون	۵۲/۱۷	۱	۵۲/۱۷	۰/۹۰۴	۰/۳۵۲	۰/۰۴۱
خطا	۱۲۱۱/۴۹	۲۱	۵۷/۶۹	-	-	-

همان گونه که در جدول چهارم نشان داده شده است، مقدار F جهت تفاوت بین گروهها (کنترل و آزمایش) در سطح معناداری $P \leq ۰/۰۷$ معنی‌دار نمی‌باشد. بدین معنا که تفاوت معنی‌داری (با کنترل عامل پیش آزمون) بین نمره‌های اضطراب گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. پس فرضیه دوم تایید نمی‌گردد یعنی روش درمانی مداخله‌گرا باعث کاهش میزان اضطراب در گروه آزمایش نشده است.

فرضیه سوم: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه گروهی در کاهش میزان استرس در افراد مبتلا به سرطان سینه موثر است.

جدول ۵- میانگین و انحراف معیارمیزان استرس دو گروه

گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۲	۱۵/۳۳	۷/۱
آزمایش	۱۲	۱۱/۸۳	۷/۱۵

۱۰۲ اثر بخشی روی کرد گروه درمانی معنوی بر کاهش می‌زان افسردگی، اضطراب و...

با توجه به جدول بالامیانگین استرس در گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش می‌باشد. جهت بررسی معنی‌داری این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده می‌کنیم.

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات استرس دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	میانگین مجذور ها	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
بین گروهی	۵۶/۵۲	۱	۵۶/۹۲	۱/۱۳	۰/۲۹۳	۰/۰۵۱
پیش آزمون	۶۸/۵۵	۱	۶۸/۵۵	۱/۳۷	۰/۲۵۵	۰/۰۶۱
خطا	۱۰۴۹/۷۷	۲۱	۶/۳۶	-	-	-

همان‌گونه که در جدول ششم نشان داده شده است مقدار F جهت تفاوت بین گروه‌ها (کنترل و آزمایش) در سطح معناداری ۰/۲۹۳. $p \leq$ معنی‌دار نمی‌باشد معنی‌دار نمی‌باشد. بدین معنا که تفاوت معنی‌داری (با کنترل عامل پیش آزمون) بین نمرات استرس گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد. پس فرضیه دوم تایید نمی‌گردد یعنی روش درمانی مداخله‌گرا باعث کاهش میزان استرس در گروه آزمایش نشده است.

فرضیه چهارم: رویکرد مداخله‌گرا به شیوه گروهی در افزایش سلامت معنوی افراد مبتلا به سرطان سینه موثر است.

جدول ۷- میانگین و انحراف معیار میزان سلامت معنوی دو گروه

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۲	۸۰/۰۸	۸۰/۰۸
آزمایش	۱۲	۸/۳	۷/۰۳

همان‌گونه که در جدول بالا نشان داده شده است میانگین سلامت معنوی در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل می‌باشد. جهت بررسی معنی‌داری این تفاوت از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده می‌کنیم.

جدول ۸- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس جهت مقایسه همراهی های سلامت معنوی دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذور ها	درجه آزادی	میانگین مجذور ها	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
بین گروهی	۷۲۱/۷۲	۱	۷۲۱/۷۲	۱۱/۶۲	۰/۰۰۳	۰/۳۶
پیش آزمون	۰/۳۵۴	۱	۰/۳۵۴	۰/۰۰۰۶	۰/۹۴	۰/۰
خطا	۱۳۰۳/۴۸	۲۱	۶۲/۰۷	-	-	-

همان گونه که در جدول ۸ نشان داده شده است، مقدار F جهت تفاوت بین گروهها (کنترل و آزمایش) در سطح $p \geq 0.003$ معنی دار می باشد. پس تفاوت معنی داری بین میانگین های سلامت معنوی دو گروه وجود دارد. پس فرضیه چهارم تایید می گردد، یعنی روش درمانی مداخله گرا باعث افزایش میزان سلامت معنوی در گروه آزمایش شده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۳۶ می باشد که اگر آنرا به درصد تبدیل نماییم می شود ۳۶٪. بدین معنا که ۳۶٪ از تغییرات نمره های سلامت معنوی ناشی از اجرای روش درمانی می باشد. به زبان دیگر، معنویت درمانی باعث ۳۶ درصد تغییر در نمرات سلامت معنوی گردیده است.

بحث و نتیجه گیری

افزایش علاقه مندی به موضوع معنویت، به صورت جهانی باعث شده که دست اندرکاران سلامت روان به این بعد و تاثیر آن بر سلامت روان توجه نمایند. کالیفور (2002, Califor) ارزش ها و مهارت های معنوی، به گونه ی فزاینده ای به عنوان جنبه های لازم مراقبت معنوی شناخته شده اند (Quoted by Fallahi Khoshknab, Mazaheri, 2008).

گروه درمانی معنوی در کاهش میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. یافته های جدول یک نشان داد که تفاوت معنی داری بین همراه های افسردگی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد پس فرضیه نخست تأیید گردید.

شواهد در حال رشدی وجود دارد که دینداری می تواند بیمار را از افسردگی محافظت کند و تسهیل کننده ی روند بهبود باشد (Branka Aukst& etal,2005). یکی از دلایل این تغییرات می تواند به دلیل قرار گرفتن فرد در گروه باشد. گروه باعث افزایش آگاهی بیماران درباره خودشان، در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آنها می شود همچنین، به ارتقای مهارت های بین فردی، اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می کند (Spira & Reed,2000). این موقعیت سبب ایجاد حمایت اجتماعی برای اعضای گروه می شود. همچنین، این حمایت بر اساس پژوهش های پیشین عاملی مهم در کاهش افسردگی می باشد. دیگر اینکه آرام سازی که در شروع و پایان هر

جلسه انجام می‌شد و کارهایی که در مدت جلسه‌های درمان از قبیل دعا، نیایش، ارتباط با خدا، توکل به خدا (Sadri, 2001, Quoted by Ghobari Bonab, 2009). هم‌چنین، بخشش و... باعث ایجاد تجربیات معنوی روزانه شده که خود اثرات کاهنده بر روی افسردگی دارند بخشودگی بخشش مذهبی و واگذاری مشکلات به خدا (قدرت برتر) نیز در این زمینه کمک کننده بودند. این یافته همسو با تعدادی از یافته‌های پیشین است که به عنوان نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

پژوهش‌های زیر نمونه‌هایی از پژوهش‌هایی است که ارتباط معناداری میان سلامت معنوی، تجربیات معنوی روزانه، بخشودگی، باورهای مذهبی قوی‌تری، حمایت اجتماعی و بین مذهبی بودن را با افسردگی تایید کردند (Desrosiers & Mille, 2007). هم‌چنین، رابطه اضطراب و مقابله‌های معنوی با میزان افسردگی افسردگی در افرادی که دچار ایدز بوده‌اند و ارتباط آن با معنویت این افراد، همبستگی معنویت و بیماری‌های روانی از قبیل افسردگی و اختلالات پس از سانحه آسیب رسان در زنانی که مورد خشونت خانوادگی قرار گرفته‌اند والینگتون و مورفی (Waltington & Murphy, 2005) به نقل از غباری بناب (Quoted by Ghobari Bonab, 2009)، نوردین (Nordin, 2000)، هوپوود (Hopwood, 2000)، به نقل از رجبی زاده و همکاران (Quoted by Rajabi zade & etal, 2000)، برانکا اوکست و همکاران (Branka Aukst & etal, 2005)، الیزابت اف تارگت، الین جی لوین (Elizabeth F. Targ, Ellen G. Levine, 2002)، بهمنی و همکاران (Bahmani & etal, 2010)، حمدیه، ترقی جاه (Hamdyh, Tarighijah, 2008)، پرسمن و همکاران (Pressman & etal, 1990)، به نقل از فلاحی خشک‌ناب و مظاهری (Quoted by Fallahi Khoshknab, Mazaheri, 2008)، پارگامنت (Pargament, 2007)، بهرامی (Bahrami Dashtaki, 2008). موارد یاد شده نشان دهنده ارتباط تنگاتنگ بین سلامت روان و معنویت است. رویکرد گروه درمانی معنوی در کاهش میزان اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

بر اساس یافته‌های جدول سوم تفاوت معناداری بین نمره‌های اضطراب گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت و روش درمانی معنویت درمانی باعث کاهش میزان اضطراب در گروه آزمایش نشد. علوی و منائی (Alavi & Manayy, 2009) بیان کردند که اضطراب ناشی از بیماری سرطان پستان با شیوع بالایی دارد. در مطالعات گوناگون شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان از ۳۵ تا ۶۴ درصد گزارش شده است.

در تبیین این امر شاید بتوان گفت که یکی از دلایل عدم دستیابی به پاسخ مورد نظر (کاهش اضطراب)، محدودیت‌های این پژوهش از جمله محقق ساخته بودن بسته درمانی و تجربه کم

درمانگر بود. همچنین، با توجه به خصوصیات گروه آزمایش که بیش‌تر اعضاء در حال شیمی درمانی بودند و مدت زیادی هم از جراحی نگذشته بود، ممکن است عوارضی مانند: (ترس از عود بیماری، ترس از دست دادن خانواده، ترس از عوارض بیماری یا درمان‌های انجام شده مانند قطع عضو، ریزش مو، تهوع و استفراغ، تورم دست) باعث افزایش استرس و اضطراب باشد که درمان روان شناختی کوتاه مدت در این موارد ممکن است پاسخگو نباشد.

نتایج این پژوهش در زمینه اضطراب با پژوهش‌های (Frenz & Carey, 1989؛ Spellman, 1971؛ Quoted by Poor Syed Aghaii, 2010) همسو می باشد.

رویکرد گروه درمانی معنوی در کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

بر اساس یافته‌های جدول ششم تفاوت معناداری بین نمره‌های استرس گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت و روش درمانی معنویت درمانی باعث کاهش میزان استرس در گروه آزمایش نشد. در تحقیقی که توسط یومیوامیتسو و همکاران (Yumiwamitsu & etal, 2005) در مورد اضطراب، سرکوب عاطفی و درماندگی روان‌شناختی انجام دادند، در یافتند که بیماران مبتلا به سرطان پستان که دارای احساسات سرکوب شده و مزمن بودند، سطوح بالایی از اضطراب و استرس‌های روحی روانی در هر دو قبل و بعد از تشخیص دارا بودند. چنین بیمارانی نیاز به مداخلاتی روانی، از جمله تشویق برای بیان احساسات و ارتباط با آنها را دارند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که الف) بیماران مبتلا به سرطان پستان که احساس مزمن اضطراب دارند، در مقایسه با کسانی که بطور کلی احساس اضطراب نمی‌کنند استرس روان‌شناختی بیشتری دارند ب) بیماران مبتلا به سرطان سینه که احساسات منفی را سرکوب می‌کنند احساس پریشانی عاطفی بیشتری نسبت به کسانی که احساسات منفی خود را ابراز می‌کنند دارند. ج) سرکوب بالای احساسات همراه با اضطراب با زجر بیش‌تری نسبت به بیان اضطراب همراه است. براساس گفته‌های بیماران بدلیل فصل امتحانات و دانش آموز یا دانشجو بودن فرزندان بعضی از اعضای گروه، آنها در این دوران به منظور آرامش بخشیدن به فرزندان، بسیاری از احساسات خود را اعم از جسمی (درد، تهوع در دوران شیمی درمانی) یا روانی (اضطراب، استرس و ترس) خود را سرکوب می‌کردند که به احتمال زیاد می‌تواند یکی از دلایل بالا ماندن سطوح استرس و اضطراب باشد. همچنین، استرس می‌تواند پاسخ به هر گونه تقاضا برای تغییر باشد. استرس توسط چگونگی واکنش مردم به زندگی ایجاد می‌شود. منابع استرس عبارتند از: فیزیکی، تغذیه‌ای، روانی و برانگیزاننده‌های زیست محیطی، همچنین پاسخ بدن به استرس‌های شیمیایی، فیزیکی، تغذیه‌ای و یا روانی که هریک از این عوامل در خارج از محیط درمان می‌توانستند کار درمان را تحت تأثیر قرار دهند. بنا بر گفته بیماران محیط شیمی درمانی

نامطلوب خود یکی از دغدغه‌های بیماران بود که خود باعث نارضایتی بیماران شده بود و در برخی از جلسات احساسات زیادی بالا می‌آورد که می‌تواند یکی دیگر از دلایل عدم کاهش استرس و اضطراب باشد.

این پژوهش همسو با پژوهش یومیوامیتسو و همکاران (Yumiwamitsu & etal, 2005) با عنوان اضطراب، سرکوب عاطفی و درماندگی روانشناختی قبل و پس از ابتلا به سرطان سینه می‌باشد. رویکرد گروه درمانی معنوی در افزایش سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

بر اساس یافته‌های جدول هشتم تفاوت معنی‌داری بین نمرات سلامت معنوی گروه آزمایش و کنترل وجود دارد و این روش درمانی باعث افزایش سلامت معنوی در گروه آزمایش شد. بویون (Boivin, 1999) سلامت معنوی تجربه‌ی معنوی انسان در دوچشم انداز گوناگون است: الف- چشم انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است. ب- چشم انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. (سلامت وجودی در مورد این که چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگاری شوند بحث می‌کند (Quoted by Rezaei & etal, 2008)).

سلامت معنوی، مولفه‌ها و یا ابعاد به شرح زیر دارد: ۱. جنبه شناختی که شامل جستجوی معنا، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها می‌باشد ۲. جنبه تجربی که شامل احساس امید، عشق، پیوند، آرامش درونی و آسایش است ۳. جنبه رفتاری که به روشی که یک فرد عقاید معنوی درونی خود را در خارج آشکار می‌کند، اشاره دارد (Damari, 2009).

در این پژوهش سعی شد بر جنبه‌ها و ابعاد سلامت معنوی یعنی جنبه و یا بعد شناختی، تجربی و رفتاری کار شود تا به ارتقای سلامت معنوی فرد کمک شود. یکی از جلسات درمانی اجرا شده در این پژوهش "نیایش، دعا و گفتگوی با خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد" بود و حتی یکی از تکالیف "نوشتن نامه‌ای به خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد" بود که بنظر می‌رسد به تمامی ابعاد معنویت می‌پردازد. برای مثال دعا و نیایش هم جنبه شناختی دارد و فرد را متوجه نیازها و خواسته‌ها و ارزش‌هایش می‌کند و هم از طرفی روشی رفتاری برای ابراز یک عقیده است و در نهایت منجر به تجربه‌ی درونی و افزایش امید و آرامش درونی و در نهایت، معنویت فرد می‌شود.

الکسیس کارل فیزیولوژیست می‌گوید «دعا کاملترین امید و عالی‌ترین معنا برای زندگی به شمار می‌آید، زیرا دعا روح امید به آینده را زنده می‌کند و به زندگی معنا و مفهوم می‌بخشد» (Hojjati, 2009).

پژوهش‌های زیرهمسو با این پژوهش می‌باشند.

حجتی و همکاران (Hojjati, 2009)، چوئن گستیانساپ (Choyng Gstyansap, 2003)، چیونگ شیسن سو اب کی (Chyung Shysn Sue up, 2003) به نقل از رضایی و همکاران (Quoted by Rezaei & etal, 2008)، کی سان (Kissane, 2003) به نقل از بهمنی و همکاران (Quoted by Bahmani, 2010)، مراویگلیا (Meraviglia, 2006)، بریتبارت و همکاران (Brytbart & etal, 2004). در مجموع نتایج بدست آمده در دوره معنویت درمانی انجام شده را می‌توان به شکل زیر تبیین نمود:

در این قسمت به توضیح نتایج ذکر شده خواهیم پرداخت و سعی در تبیین این نکته داریم که چگونه چنین نتایجی حاصل شده است و آیا نتایج بدست آمده با مبانی نظری مطابقت دارد و اگر چنین نیست چه دلایلی می‌توان برای آن ذکر کرد.

مبانی نظری مبیین این نکته هستند که نتایج بدست آمده در هر یک از فرضیه‌های مطرح شده را نمی‌توان فقط حاصل یک عامل ویژه دانست زیرا این امر جز به دلیل بافت به هم پیوسته و چند عاملی این برنامه درمانی امکان پذیر نمی‌باشد. به همین دلیل در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد. برای سهولت می‌توان این عوامل را در ۵ دسته کلی قرار داد.

نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و یا بیماری است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند و از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند بنابراین معنویت حس قویتری از کنترل را ایجاد می‌نماید که از این راه به سازگاری روانی کمک می‌کند (Marton, Simon & Kervyn, 2002).

از نظر ریچاردز و برگین (Richards & Bergin, 2007) معنویت عبارت است از «حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی» (Quoted by Miller, 2003) این تعریف پایه و مبنای کار معنویت درمانی است. در این رویکرد از معنویت به عنوان یک ملجأ استفاده می‌شود و معنویت درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی از نگاه معنویت درمانی تحت هر شرایطی معنادار است. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر

رخدادی هر چند توان فرسا همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ آور، در این مسیر معنا یابد.

عامل دوم مربوط به برگزاری دوره بصورت گروه درمانی است. به نظر بسیاری از متخصصان، درمان بیماری به صورت گروهی بسیار مؤثر می باشد. گروه، باعث بهبود مهارت های ارتباطی فرد بیمار می شود و سیستم حمایتی مفیدی را در اختیار او قرار می دهد. از سوی دیگر، فرد بیمار با مشاهده ی دیگران به منحصر به فرد نبودن مشکل خود پی می برد و این موضوع باعث امیدواری بیشتر او خواهد شد.

کوری (Corey, 2005) عوامل زیر را در پیشرفت درمان در گروه بسیار مهم می داند:

۱. عمومیت: فرد در گروه خود را تنها فرد مبتلا به بیماری و یا مشکل نمی بیند.
۲. نوع دوستی: فرد در گروه از طریق حمایت کردن دیگران، احساس معنا و بودن در زندگی می کند.

۳. امید: فرد دیگرانی را می بیند که گرچه همان وضعیت را دارند و یا حتی وضعیتی بدتر و گرچه همان احساسات را تجربه می کنند ، اما با این حال، می توانند احساس معنا دار بودن زندگی را نیز تجربه کنند و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند که انی امر به فرد امید می دهد.

مورد سوم مربوط به ویژگی‌های خاص بیماران سرطانی است. سودمندی رویکرد معنویت درمانی به خاطر ویژگی‌های گروه نمونه نیز می‌تواند باشد. چرا که بحران‌ها، بیماری‌ها و ضربه‌های روحی شدید معمولاً انسان را از روال عادی زندگی دور می‌کند و او را متوجه موقتی بودن اهداف و ارزش‌های روزهای روزمره می‌کند. در این حالت انسان نیاز به ابزاری دارد که از راه آن‌ها اهداف و ارزش‌های ماندگارتری پیدا کند و برگزاری دوره معنویت درمانی به احتمال زیاد، توانسته است که این فرصت را در اختیار این گروه قرار دهد.

مورد چهارم مربوط به برخی از روش‌ها و تکنیک‌های خاص پژوهشگر (درمانگر) در برگزاری دوره درمانی است. در طول دوره گروه درمانی معنوی، پژوهشگر به عنوان یک درمانگر از روش‌هایی استفاده نمود که بنظر می رسد در سلامت بیماران موثر واقع شده است. مانند: تأثیر ذهن آگاهی و تن آرامی ذهن آگاهی می تواند کاربرد های روان‌شناختی و معنوی فراوانی داشته باشد یکی از مهم‌ترین کاربرد های روان‌شناختی آن تن آرامی است. همچنین، دعا، نیایش و ارتباط با خدا را نیز می توان نام برد.

مطالعات نشان داده اند که ذهن آگاهی می تواند فشار خون، برانگیختگی سیستم عصبی سمپاتیک و همچنین، میزان کورتیزول را کاهش دهد. بارنز، تراپیر و دیویس (Barnes, Davis and

Trayber, 2001) بیان کردند که این امر خود به کاهش اضطراب و استرس فرد کمک می‌کند (Quoted by Hartz, 2005).

پژوهشگران اثربخشی استفاده از دعا را افزون بر درمان‌های رایج، برای حالت‌هایی مانند افسردگی، مشکلات زناشویی و بیماری‌های قلبی مورد بررسی نموده‌اند و از آن سود می‌جویند (Askari & etal, 2010). مورگان و فاتون (Morgan & Faton, 1999) عقاید و اعمال معنوی و مذهبی از راه تأثیر بر نگرانی‌های وجودی، مثل جستجوی فرد به دنبال معنای زندگی و امید در ارتقاء هماهنگ سازگاری با سرطان نقش دارد (Quoted by Fallahi Khoshknab & Mazaheri, 2008).

تأثیر ارتباط، نیایش و آیین‌های معنوی: ارتباط یکی از قدیمی‌ترین و با این حال، عالی‌ترین دستاورد های بشر بوده است. ارتباط در گذشته افزون بر کار کردهایی که در جهت حفظ حیات و یاری گرفتن از دیگران داشته، زمینه ساز فعالیت‌های اجتماعی و سرآغازی برای زندگی اجتماعی بوده است. در عصر حاضر نیز اهمیت برقراری رابطه تا حدی است که انسان، پیوسته در جهت ابداع و ساخت انواع وسایل، ابزارها و همچنین، معنویت جستجوی قداست در زندگی است و فرد از راه ارتباط با هسته و یا منبع قداست به صورت خارق العاده‌ای خود نیز مقدس می‌شود و به آرامش و سلامت روان می‌رسد (Pargament, 1997). همچنین، در مطالعه‌ی دیگری که توسط رضایی و همکارانش (Rezaei, & etal, 2008) انجام شد، گزارش شد که بین تناوب دعا کردن و سلامت معنوی این بیماران ارتباط معنی‌دار و مستقیم وجود داشت. بخشش در کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود روابط بین فردی و پیمودن فرآیند عفو و گذشت، بارها و بارها مفید واقع شده است (Ghobari, 2009).

روش دیگر استفاده از برون‌ریزی احساسات به صورت نوشتن بود. نوشتن یک رویداد با بار هیجانی، آن را به صورت یک روایت در می‌آورد و هیجانات و نکات ناگفته و نامفهوم در قالب کلمات و معنا در می‌آیند که دیگر ناگفته و نامفهوم نیست و احساسات ناگفته و ناخودآگاه به عبارت‌های گفتاری آگاهانه تبدیل می‌شوند. هر آنچه که ناگفته و نامفهوم و ناپیدا است واهمه و هراس بیشتری دارد و آگاهی یافتن نسبت به آن از بحرانی بودن واقعه می‌کاهد و پی‌آمد بهتری دارد (Harizchy ghadim & etal, 2009).

روش دوم استفاده از تأثیر استعاره‌ها در درمان بود. نتایج بررسی عیسی زادگان (Essa, 2008) نشان داده است که استعاره‌ها ممکن است نقشی مهم در تسهیل فرآیندهای تغییر در مشاوره و روان‌درمانی داشته باشند. همچنین، نتایج نشان دادند که استعاره درمانی روش خلاق‌ی است که با استفاده از قدرت تصویرسازی اش مراجع آسان‌تر به بینش و بصیرت می‌رسد.

مثلاً استفاده از استعاره ی رودخانه احساسات در درک و فهم احساسات و عدم تلاش برای کنترل درمانجویان گزارش دادند که این استعاره بسیار خوشایند و کارا بوده است و حتی بیرون از جلسه به شوخی به یکدیگر این مطلب را می گویند که در حال حاضر رودخانه ام خروشان است و یا آرام است که این امر در ابراز و درک احساساتشان کمک کننده بوده است.

افزون بر تکنیک‌های یاد شده تاکید پژوهشگر (درمانگر) بر برخی از مفاهیم اساسی رویکرد معنویت درمانی نیز، به نظر کارساز بوده است. برای مثال تاکید بر "تجربه من هستم". درک بودن (من اکنون زندگی می کنم و می توانم زندگی ام را در اختیار داشته باشم) اثری مهم بر فرد بیمار دارد.

مورد دیگر مربوط به برخی از ویژگی های بومی و فرهنگی جامعه ماست. بر اساس پژوهش رضایی و همکاران (Rezaei, &etal,2008) که نشان داده شد نمره ی سلامت مذهبی بیماران مبتلا به سرطان بالاتر از سلامت وجودی آنان است و این می‌تواند ناشی از این باشد که مردم ایران بر حسب شرایط فرهنگی، مردمی مذهبی بوده و برای سا زگاری با شرایط بحرانی، بیشتر به مذهب روی می آورند. پژوهشگران بر این باورند که معنویت به وسیله اعمال و عقاید پذیرفته شده هر فرهنگ مشخصی، بیان شده و شکل می گیرد (Don,1993 Quoted by Fallahi Khoshknab. Mazaheri, 2008). این امر در جامعه ما که مذهب و معنویت از جایگاهی ویژه برخوردارند، خود را بیش‌تر نشان می دهد. در جامعه ما مذهب از مؤثرترین تکیه گاههای روانی بشمار می رود که قادر است معنای زندگی را در تمامی عمر فراهم سازد و فرد را از بی معنایی نجات دهد. بویژه مواقع سخت و بحرانی می تواند کمکی مهم برای فرد باشد. بر همین اساس، برخی از تجارب و شواهد نشان می دهند که در کشور ما بسیاری از اختلالات روانی-عاطفی در تعامل با مسایل معنوی قرار دارند و بدون توجه به آن، تشخیص و درمان موفقیت آمیز نخواهد بود. برای نمونه مواردی مثال افسردگی، اضطراب و استرس از این نمونه هستند.

بحثی پیرامون فرضیه های تأیید نشده

در رابطه با معنادار نشدن اثر دوره درمانی بر کاهش میزان اضطراب، استرس می توان گفت که اصولاً استرس در مقابل وجود برخی از شرایط بیرونی مانند بیماری روی می دهد و تا زمانی که این شرایط پابرجا هستند، احتمال وجود استرس نیز برقرار است که این تعریف از استرس، محیط و وضعیت جسمانی بیمار را هم در بر می گیرد. دوره معنویت درمانی برگزار شده، گرچه در مواجهه کردن نمونه مورد پژوهش با بیماری تأثیر نسبتاً مطلوبی داشت، اما طبیعی است که شرایط بیرونی یعنی وجود بیماری سرطان در طول دوره به قوت خود باقی بود. برای مثال، در طول دوره معنویت

درمانی، بعضی بیماران در حال شیمی درمانی و یا پرتودرمانی بودند و یا نداشتند جراحی برای می‌گذراندند که همین امر به احتمال زیاد، توانسته است پس از دوره درمانی نیز ایجاد استرس نماید و شرایط استرس زای محیطی که معمولاً بیماران به فواصل منظم راهی شیمی درمانی می‌شدند اضطراب آور بود و تا این شرایط باقی بودند اضطراب نیز با آنها همراه بوده است. به همین دلیل بنظر می‌رسد که درمان یا کاهش استرس فرایندی است که نیازمند زمان نسبتاً طولانی است. در این پژوهش دوره درمان از نوع کوتاه مدت بود اما استرس و اضطراب نیاز به درمانی بلند مدت تر دارد. چرا که این نوع بیماران نیازمند پی‌گیری‌های روان‌شناختی و رفتاری بیشتری هستند تا با آگاهی از ریشه‌های فکری غلط خود و آموختن شیوه‌های رفتاری صحیح به مقابله با این بیماری بپردازند. در این مورد تجربه کم درمانگر و خود ساخته بودن بسته درمانی نیز ممکن است در به دست آوردن نتایج مؤثر بوده باشد.

بر اساس تجزیه و تحلیل آماری گروه درمانی معنوی روشی مناسب جهت درمان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی و بهبود سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان سینه شناخته شد، ولی تفسیر نتایج باید با احتیاط صورت گیرد هر چند تلاش شده که شرایط تا حد امکان کنترل گردد، اما کنترل همه‌ی شرایط مقدور نمی‌باشد در ضمن معنویت درمانی، در حوزه روان‌شناسی درمانی جدید می‌باشد که نیازمند پژوهش‌های گسترده در همه زمینه‌ها می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که این درمان روی انواع دیگر بیماران و با مراحل گوناگون بیماری انجام گیرد و نتایج حاصل مقایسه گردد.

سیاسگزاری

با سپاس از خانم اسلامی مدیریت محترم موسسه خیریه‌ی حمایت از بیماران سرطانی امید بخاطر حمایت‌های به دروغ از این پژوهش و تامین مکان اجرای جلسه‌های گروه درمانی، آقای محمد رضا یابنده و خانم فریده غلامی و خانم الهام جم زاده همچنین، بیماران و خانواده‌های محترمشان که ما را در اجرای این اثر ما را یاری کردند.

References

- 1- Alastair, J. Cunningham (2005). Integrating Spirituality Into a Group Psychological Therapy Program for Cancer Patients published by: SAGE4; 178
- 2- Alavi, Nasrin Sadat. Manayy, Mohamad (2009). Anxiety in patients with breast cancer and its treatment, the second Congress of supportive and palliative care in cancer. Plan and Abstracts. Martyr Beheshti University of Medical Sciences, 4-2 Publication Ordibehesht 2009. [Persian]

- 3- Andrea L. Canada, Patricia A. Parker, Janet S. de Moor, Karen Basen-Engquist, Lois M. Ramondetta, Lorenzo Cohen(2006). Active coping mediates the association between religion /spirituality and quality of life in ovarian cancer *GynecologicOncology*, Volume101, Issue1, Pages102-107.
- 4- Askari, Parviz. Ruoshan i, KHadije .Aderyani, Maryam mehri (2010). Relationship between religios releifs and optimism with spiritual health in Ahvaz Islamic azad university Students. *Journal of Yaftehayeh nou dar Ravanshenasi* .PP 27-39. [Persian]
- 5- Baghai, Mojgan (2000). *Cancer Nursing: Concepts, Care, Treatment*. Publications:Mobin Book expression [Persian].
- 6- Bahmani, Bahman. Etemadi, Ahmad. Shafi Abadi, Abdullah. Delaware, Ali. Motlagh Ghanbari, Ali (2010). Cognitive-existential group therapy and educational cognitive therapy among patients with breast cancer. *Developmental Psychology: Iranian psychologists*. Year6. No23. Spring1389, pp. 214-201. [Persian]
- 7- Bahrami Dashtaki, Hagar (2008). Studding the effectiveness of teaching spiritual practices in groups on the reduction of depression of female students. MS Thesis, Department of Psychology, University of Allameh Tabatabai (RA). [Persian]
- 8- Bolhary, Jafar (1999). Studding the relationship between stressors and stress syndrome and the amount of trust to God in medical Education. Department of Health Research. Medical Education Tehran Psychiatric Institute
- 9- Branka Aukst, M. Miro Jakovljevic, Branimir Margetić, Mirjana Biscan, Mirko Samija.(2005).Religiosity, depression and pain in patients with bresst cancer *General Hospital Psychiatry*, Volume 27, Issue 4, 2005, Pages 250-255.
- 10- Breitbart, W., Gibson, C., Poppito, S.R., Berg, A. (2004).Psychotherapeutic interventions at the end of life : A focus on meaning and spirituality. *Canadian Journal of Psychiatry*. 49(6) : 45-47.
- 11- Corey, Gerald (2005). *Group counseling methods and theories*. Translated by Askari, Faize, Khodabakhshi, and Maryam. Darini, Mehrnoush. Askari, Farnaz (2008). Tehran: Publications Shabnam danesh. [Persian]
- 12- Damari, Behzad (2009).Spiritual Health.Publication:teb va Jameeh.[Persian]
- Elizabeth F. Targ, Ellen G. Levine(2002) The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial a *Complementary Medicine Research Institute California*, Pacific Medical Center San Francisco, CA, USA bPsychosocial Oncology Research, California Pacific Medical Center, San Francisco, CA, USA
- 13- Essa Zadegan, Ali (2008). The use of metaphors in counseling and psychotherapy. *Novel research and consulting*. No. 26, pp. 105-75. [Persian]
- 14- Fallah, Raheleh. Gulzar, Mahmoud.Dadsetani, Mahbobe. Zahirodini, Alireza. Mousavi, Seyed Mehdi. Akbari, Mohammad Ismail (2010) Studying

the effectiveness of teaching spirituality in group to increase hope, happiness and life satisfaction in women with breast cancer attending Cancer Research Center. Journal of thought and behavior, the fifth round, No. 19, 2011. [Persian]

15- Fallahi Khoshknab, Masud. Mazaheri, Munir (2008). Spirituality, Spiritual care and spiritual therapy. Tehran Publication: University of Welfare and Rehabilitation Sciences. [Persian]

16- Fontana, David (2003). Psychology of religion and spirituality. Translation Saver, A. Qom Publication: Religion in 2006. [Persian]

Garafmy, Hagar. Shafi Abadi, Abdullah. Sanaei Zaker, Bagher (2009). The effectiveness of logo therapy in groups on the reduction of the symptoms of the psychological problems of women with breast cancer. Magazine of thought and behavior period 4 . No. 13. pp 35-42. [Persian]

17- Ghobari Bonab, Bagher (2009). Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aaron Publications. [Persian]

18- Ghobari Bonab, Bagher. Motevalli Pour, Abbas. Hakimi Rad, Ellahe. Habibi Asgar Abad, Mojtaba (2009). Relationship between anxiety and depression with spirituality in Tehran University Students. Journal of Applied Psychology. Third year. [Persian]

19- Haji Alizadeh, Kobra. Bhrynyan, Abdul majid. Naziri, Ghasem. Modares Gharavi, Morteza (2008) Comparison of the dysfunctional attitudes in drug abusers and normal people and its psychological consequences. Addiction Journal of Substance Abuse: Second Year, No. 7, Fall 2008. [Persian]

20- Hajian, Sepide. Mirzayy Najmabadi, Khadija. Keramat, Afsane. Mirzaei, Hamid Reza (2000). Systematic study of the effect of the muscle relaxation techniques and guided visualization on the reduction of pain and distress caused by disease or treatment complications in women with breast during the years 2007-1998 Iranian Journal of Breast Diseases: No, 3, Winter 2008. [Persian]

21- Hamdyh, Mustafa. Tarighijah, Sediqeh (2008). Effectiveness of group cognitive psychotherapy approach on depression. Shahid Beheshti University Research Journal, Year 13, No. 5. Pp. 389-383. [Persian]

22- Harizchy ghadim, sepide. Ranjbar Kvchksrayy, Fateme. Talebi, Mahnaz. Pezeshki, Mohamadzakarya. Akbari, Maryam (2009). Study of effect of outburst of emotion in writing on depression and anxiety in patients with sclerosis. Iranian Journal of Neurology. year eighth, No. 25, 475-465. [Persian]

23- Hartz, Gary (2005). Translated by Kamkar, Amir, Jafar, Issa (2008). Spirituality and mental health: clinical applications. Ravan Publication: Tehran. [Persian]

24- Hill, P, C. Pargament, K, I. Ralph, W. Hood, J, R. Michael, E . James, P. Swyers, S. David, B. Larson, K & Brian, J, Zinnbauer. (2000).

Conceptualization religion and spirituality: points of commonality , points of departure . Journal for the theory of social behavior. 30(1): 51-77.

25- Hojjati, Hamid. Motlagh, Maasome.Nuri, Fereshte. Sharif Nia, Hamid. Mohammad Nejad, Ismail. Heydari, Behruze (2009). The Study of Relationship between frequency of prayer and spiritual wellbeing in patients treated for hemodialysis referred to center Imam Reza Hospital in Amol. Journal of special nursing care. Volume 2, No. 4, pp. 149-152. [Persian]

26- Ingle C. Thuné-Boyle, Jan A. Stygall, Mohammed R. Keshtgar, Stanton P. Newman (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment inpatients with cancer? A systematic re view of the literature Social Science & Medicine, Volume 63, Issue 1, Pages 151-164.

27- Jonathn Kafman, Myfanwy Morgan, Polly Edmonds, Peter Speck, Irene J. Higginson (2008). I know he controls cancer”: The meanings of religion among Black Caribbean and White British patients with advanced cancer Social Science & Medicine, Volume 67, Issue 5, Pages 780-789.

28- June L. Ventura, O. Ray Fitzgerald, Deloris E. Koziol, Sharon N. Covington, Vien H. Vanderhoof, Karim A. Calis, Lawrence M. Nelson (2007). Functional well-being is positively correlated with spiritual well-being in women who have spontaneous premature ovarian failur Fertility and Sterility, Volume 87, Issue 3, Pages 584-590

29- Kaplan, Justin L. Porter, Robert, S (2006). Informetion on medical care for women. Translation: Morteza Zolanvary. Publications: Myayarelm 1389. [Persian]

30- Kyriaki Mystakidou, Eleni Tsilika, Efi Parpa, Maria Pathiaki, Elisabeth Patiraki, Antonis, Lambros Vlahos (2007). Exploring the Relationships Between Depression, Hopelessness, Cognitive Status, Pain, and Spirituality in PatientsWith Advanced CancerArchives of Psychiatric Nursing, Volume 21, Issue 3, Pages 150-161

31- Livneh, Hanoch. , Erin, Martz. , Todd, Bodne.(2004).Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. Volume 13, Number 3, 250-260

32- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995).Manual for the Depression Anxiety Stress Scales.(2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.

33- Lueboonthavatchai, P.(2007) .Prevalence and Psychological Factors of anxiety and depression in Breast Cancer Patients. Medical association Thailand Journal. Chulalongkorn University, Thailand.12 (2) :52-56.

34- Macullough, M. E.(1999). Research on Religion Accommodative Counseling: Review and Meta-Analysis. NJ: Wiley.

35- Martinz, J, s. Smith, T, B. Barlow, S,H(2007). Spiritual interventions in psychotherapy: evaluation by highly religious clients. J of Clinical

- Psychology.63 (10): 943-60.36-Mary L.S. Vachon (2008). Meaning, Spirituality, and Wellness in Cancer Survivors Seminars in Oncology Nursing, Volume 24, Issue 3, Pages 218-225
- 37- Mazaheri, Munir. Khoshknab Fallahi, Masud. Maddah, Seyyed Bagher Sadat .Rahgozar, Mehdi (2007). Nurses' attitudes to spirituality and spiritual care. Journal Payesh, pp. 37-32. [Persian]
- 38- McGregora, BA. Antonib, MH, Boyers, A. Alferib, SM Blombergc, BB. Carverb SC (2004) Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer
- 39- Meraviglia, M. (2006) .Effects of spirituality in breast cancer survivors.Journal of Oncology Nursing Forum: 33(1), P: 1- 7.
- 40- Miller, G., (2003). Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique. New Jersey: Willey & Sons.
- 41- Miller, W. R., Thorsen, C. E.,(2003). Integrating Spirituality into Treatment: Resources for Practitioners. Washington, DC. American Psychological Association.
- 42- Mirzaei, Ellahe. Ahmadi Abhari, Ali (2005). Psychology of Health. Publications: growth. Tehran. [Persian]
- 43- Nasiri, Hamid. Arab, Mustafa. Mowla'ii. Sedigheh (2004). The Effectiveness of cognitive-religious group therapy in reduction of depression, anxiety and relapse among self-referral addicts, Yazd Research. [Persian]
- 44- Paloutzian, F. Raymond & Park, L. Crystal. (2005). Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. New York, London: The Guilford Press.
- 45- Pargament.K,I. (2007). Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred. New York: Guilford Press.
- 46- Peter Fischer, Amy L. Ai, Nilüfer Aydin, Dieter Frey, S. Alexander Haslam (2010). The Relationship Between Religious Identity and Preferred Coping Strategies: An Examination of the Relative Importance of Interpersonal and Intrapersonal Coping Muslim and Christian Faiths Review of General Psychology, Volume 14, Issue 4, Pages 365-381
- 47- Poor Syed Aghaii, Zahra (2010). Studding the Effectiveness of teaching religious concepts such as trust to God and satisfaction in groups on the reduction of anxiety of female students in the first year of high school in the 9th region of Tehran. Journal of Islamic Education: No. 10, Spring and Summer. [Persian]
- 48- Rajabi zade, ghodratalah, Mansouri, Seyyed Mohammad. Shakibi, Mohammad Reza. Ramezani, Mohammad Arash (2002). Studing factors associated with depression in cancer patients in section radiation oncology in Kerman: Kerman University of Medical Sciencesjournal, Volume 12, No. 2, pp. 147-142 S. 1995. [Persian]

- 49- Revheim, N., Greenberg, W.M. (2007). Spirituality Matters: Creating a time and Place for Hope, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4). 307-310.
- 50- Rezaei, Mahbobe. Seyyed Fatemi, Naimeh. Husseini, Fateme (2008). Wellbeing of cancer patients undergoing chemotherapy: Nursing and Obstetrician *Tehran University of Medical Sciences Journal*. [Persian]
- 51- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: American Psychological Association.
- 52- Richards, S.P., Bergin, A. E (2005). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*. U.S.A.: American Psychological Association.
- 53- Sharifi, Taiba (2002). The study of the relationship between religious attitudes and mental health, depression, anxiety, aggression and tolerance in Ahwaz, Islamic Azad University Students. Thesis. Islamic Azad University. [Persian]
- 54- Sharify, Vandad. Asaadi, Syed Mohammad. Mohammadi, Mohammad Reza. Amini Homayoun. Kaviani, Hossein. Semnani, Yoseph. Shabani, Amir. Shahrivar, Zahra. Davari Ashtiani, Rozita. Hakim Shushtari, Mithra. Sadigh, Arshia. Roodsari Jalali, Mohsen (2004). Reliability and validity of the Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *New cognitive science*. Year 6, Number 1 and 2, 2004.
- 55- Shojayan, Reza. Zamanimonfared, Afshin (2003). The relationship of prayer with mental health and job performance of Skilled Workers of Arsenal industries. *Psychiatry and Clinical Psychology Iranian Journal*, No. 30. [Persian]
- 56- Simoni, J. M. Marton, M. G. Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 49(2): 139-147.
- 57- Spira, L. James & Reed, M. Geoffrey. (2000). *Group Psychotherapy for Women with Breast Cancer*. Washington DC. APA
- 58- Steele, Teren Palm. (1999). *Relapse and Spirituality: Spiritual Well-Being and Quality of life as a critical Factor in Maintaining Recovery from Alcohol Addiction*. A Research Paper: University of Wisconsin-Stout
- 59- Tahmasebi Poor, Najaf, Kamangar, Morteza (1997). The study of the Relationship of religious attitudes associated with anxiety, depression and mental health of patients in hospitals of Haftome Tir and Mojtame Hazrate Rasool Akram in 1996. Medical doctoral thesis. University of Medical Sciences, Iran. [Persian]
- 60- Tal Weinberger, Anique Forrester, Dimitri Markov, Keira Chism, Elisabeth J.S.
- 61- Traghi jah, Sedighe. Navab nejad, Shokoh. Bolhary, Jafar. Kyamanesh, Alireza (2007). Comparison of the Effect of group cognitive psychotherapy

approach and spiritual approach on the depression of female students in Tehran University. Tazehaye Reserch and Cunseling: Spring, No. 6, pp. 111-125. [Persian]

62- West, William (2001). Psychotherapy and spirituality. Translation Shahidi, Shahriar. Shirafkan, Sultanali. 1387. TehranPublication growth. [Persian]

63- Yumiwamitsu.,KazutakaShimoda.,Hajimeabe.,Tohrutani.,Masakookawa., Rossbuck.(2005).Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distre Before and After Breast Cancer. Diagnosis Psychosomatics 2005; 46:19-24

reductions in depression ($p \leq 0/0001$) among the members of the therapeutic group and there were improvement in scores on Spiritual Well-Being Scale ($p \leq 0/003$). Therefore the spiritual group therapy approach can be use as an effective treatment approach for the reduction of depression Patient with Breast Cancer; meanwhile it can improve the spiritual-well being of Patient with Breast Cancer .

Archive of SID