



The Efficacy of Spiritual/Religious Psychotherapy– Emphasizing the Importance of 15th and 23th Prayers of Sahifeh Sajjadiyeh-on Quality of Life and Attitude Toward Disease in Cancer Patients in Ahvaz City

Sayed Ali Marashi ^{1,*}, , Ali sharifi Rigi ², Najmeh Hamid ³

¹ Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ahvaz Shahid Chamran University, Iran

² MSc, Department Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ahvaz shahid Chamran University, Iran

³ Associate Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ahvaz Shahid Chamran University, Iran

* **Corresponding author:** Sayed Ali Marashi, Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ahvaz Shahid Chamran University, Iran. E-mail: sayedalimarashi@scu.ac.ir

Received: 20 Apr 2018

Accepted: 15 Oct 2018

Abstract

Introduction: This study is an experimental pretest-posttest design with control group. The participants were divided into two groups randomly (15 patients in the experimental group, and 15 patients in the control group). The cancer patients in the experimental group participated in six sessions of 90 -minute's spiritual religious psychotherapy – emphasizing the importance of 15th and 23th prayers of Sahifeh Sajjadiyeh within 3 weeks. The instruments were World Health Organization Quality of Life Questionnaire and Feedback Scale relative to disease Kelner which were given to all participants before and after the treatment. The data were analyzed using Multivariate Covariance Analysis by SPSS 19.

Methods: The results showed that spiritual religious psychotherapy – emphasizing the importance of 15th and 23th prayers of Sahifeh Sajjadiyeh increased quality of life and positive attitude toward disease in cancer patients in the experimental group in comparison to the control group in post-test.

Results: Considering the positive impact of this intervention on improving the quality of life and attitude toward disease in cancer patients, it could be an appropriate intervention for patient's cancer along with treatments in hospitals and counseling centers.

Conclusions: According to the findings this study, can suggested group gestalt therapy as an effective way to reduce student addiction and first-line prevention.

Keywords: Spiritual Religious Psychotherapy, Quality of Life, Attitude toward Disease, Cancer Patients



اثربخشی روان درمانی معنوی مذهبی با تاکید بر اهمیت دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه بر نگرش به بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز

سید علی مرعشی^{۱*}، علی شریفی ریگی^۲، نجمه حمید^۳

^۱ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۲ کارشناس ارشد، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
^۳ دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
 * نویسنده مسئول: سید علی مرعشی، استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: sayedalimarashi@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۱/۳۱

چکیده

مقدمه: سرطان از بیماری‌های شایع در دنیای امروز است. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی روان‌درمانی مذهبی - معنوی با تاکید بر اهمیت دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه بر نگرش به بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز بود.
روش کار: در یک طرح آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تخصیص یافتند. گروه آزمایشی ۶ جلسه مداخله روان‌درمانی مذهبی - معنوی با تاکید بر اهمیت دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه را به صورت گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، طی ۳ هفته دریافت کرد. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانیو مقیاس نگرش به بیماری Kellner بود، که در دو مرحله قبل از مداخله و پایان مداخله تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که روان‌درمانی مذهبی - معنوی با تاکید بر اهمیت دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه باعث افزایش کیفیت زندگی و نیز تقویت نگرش مثبت نسبت به بیماری در افراد گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس آزمون شد و تفاوت آن معنادار بود.
نتیجه گیری: با توجه به تأثیر مثبت این مداخله در بهبود کیفیت زندگی و نیز تقویت نگرش مثبت نسبت به بیماری، می‌توان گفت که این مداخله برای بیماران مبتلا به سرطان در کنار درمان‌های دیگر می‌تواند مناسب باشد و پیشنهاد می‌شود از آن به عنوان رویکرد درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز مشاوره استفاده شود.

واژگان کلیدی: روان‌درمانی مذهبی - معنوی، کیفیت زندگی، نگرش به بیماری، بیماران مبتلا به سرطان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

باشند. در همین راستا به طور روز افزون خدمات بهداشتی - مراقبتی که به افراد مبتلا به سرطان داده می‌شود، بدین جهت سوق یافته است که در توسعه و ایجاد مداخلاتی برای افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان، مداخلاتی نیز در راستای کاهش آلام روانی و بهبود سلامت روان این بیماران صورت بگیرد که مداخلات روان‌شناسی و معنوی مانند دعا درمانی یکی از این موارد است [۱]. پژوهش نیوتن و مک لاش

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد مبتلایان به آن روز به روز در حال افزایش است در کشور ایران سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید از سرطان شناسایی می‌شود. اگرچه موفقیت در درمان برای طولانی نمودن عمر بیماران موهبتی بزرگ بوده است، اما بالابردن بقای بیماران به تنهایی کافی نیست، چرا که بیماران فقط نمی‌خواهند زنده بمانند، بلکه می‌خواهند زندگی آسوده‌تری داشته

که بعضی مبتلایان، بیماری خود را امتحانی الهی می‌دانند و معتقدند که بیماری آنان قسمتی از خواست و اراده خداست و بخاطر چنین نگرشی نسبت به بیماری می‌توانند رنج حاصل از بیماری را تحمل کنند. دعا درمانی در بیماران مبتلا به سرطان از طریق مختلف بویژه اتخاذ رویکرد توحیدی، ارزیابی شناختی آنان را تحت تأثیر قرار داده و به ایجاد امید، انرژی و معنای زندگی در آنان کمک می‌کند [۱۵].

با عنایت به مطالب ذکر شده و نظر به اهمیت بررسی درمان‌هایی با محوریت مذهب و تعالیم اسلامی، غنای محتوایی دعاها ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده و توجه به آثار و پیامدهای سوء روان‌شناختی سرطان و همچنین از آنجا که تاکنون اثربخشی روان‌درمانی مذهبی- معنوی با تأکید بر اهمیت دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ در افراد سرطانی صورت نپذیرفته، از این رو پژوهش حاضر در پی این نکته است که آیا روان‌درمانی مذهبی- معنوی با تأکید بر مضامین دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده بر نگرش به بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد؟

روش کار

این پژوهش، در گروه پژوهش‌های آزمایشی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه این پژوهش را بیمارانی که به انجمن‌های خیریه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان در شهر اهواز (انجمن رهبوبان طریقت سیدالشهداء (ع)، انجمن حمایت از بیماران سرطانی قائم (عج)، موسسه خیریه امدادگران عاشورا) مراجعه می‌کردند، تشکیل می‌داد، که از بین این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر براساس پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی و باتوجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت کنندگان، به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و نیازی به درج نام نیست و همه شرکت کنندگان در جلسه پیش‌آزمون به سؤالات کیفیت زندگی و نگرش به بیماری پاسخ دادند. در ادامه پژوهش آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند و پس از تعیین دو گروه به روش فوق طی تماس تلفنی با اعضای گروه آزمایشی و توضیح اهداف پژوهشی، زمان تشکیل جلسه به اطلاع آنان رسانیده شد. گروه آزمایشی به صورت هفتگی (هفته‌ای ۲ جلسه) تحت مداخله روان‌درمانی مذهبی- معنوی با تأکید بر اهمیت دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده قرار گرفتند. بعد از اتمام ۶ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) از گروه تحت مداخله خواسته شد به مدت ۲ هفته دیگر دعا شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده را هر روز به مدت ۲۰ دقیقه بخوانند و به مفاهیم آن توجه کنند، سپس هر دو گروه دوباره در یک جلسه پس از آزمون جمع شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در نهایت گروه کنترل هم پس از اتمام جلسات، مداخله در مورد آنان به مدت ۲ جلسه (با رضایت گروه) صورت گرفت.

نمونه‌گیری از بین بیمارانی (زن و مرد) که حداقل دو ماه و حداکثر یک سال از آغاز تشخیص و درمان آنان می‌گذشت، انجام شد، چرا که افراد تازه تشخیص داده شده فرصت کمتری برای تطابق با وضعیت بیماری خود داشتند. همچنین توانایی‌های جسمانی لازم، تمایل به شرکت در جلسات و عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی دیگر از معیارهای ورود به پژوهش بود. علاوه بر این آزمودنی‌ها بایستی از سطح

نشان می‌دهد (نشان می‌دهد که اکثر بیماران سرطانی از مذهب و اعمال مذهبی به عنوان یک راهبرد در جهت سازش‌یافتگی استفاده می‌کنند، بنابراین می‌توان مذهب را یک عامل مهم در جهت تعدیل و کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران سرطانی در نظر گرفت [۲].

بیماری سرطان موجب تغییرات متعدد در کیفیت زندگی می‌شود، به همین خاطر کاهش میزان کیفیت زندگی در افراد سرطانی به وضوح دیده می‌شود [۲]. پژوهش باباپور و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده است که استفاده از دعا در افراد سرطانی منجر به بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌شود و بیشترین منبعی که درمیان منابع معنوی و مذهبی مورد استفاده قرار گرفته، دعا است [۳]. براساس پژوهش‌های به عمل آمده در کشورهای مختلف، اعتقادات مذهبی و دعا از طریق تغییر باورها و نگرش‌ها بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبتی داشته و در درمان بسیاری از بیماری‌ها و همچنین بهبود کیفیت زندگی در بیماران صعب‌العلاج مانند سرطان مؤثر بوده است [۴-۶]. یکی از موثرترین منابعی که حامل این معنویت نجات بخش برای انسان‌هاست آموزه‌های دینی، به‌ویژه ادعیه حضرت سجاد علیه السلام است که نقش مهمی در سلامت روان و جسم انسان دارد. دعای شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده موضوع اصلی آن دعا در هنگام بیماری، طلب عافیت و شکرگذاری است. به نظر می‌رسد در این دعا، واکنش‌های انکار، خشم، اضطراب، ناامیدی و افسردگی که به ترتیب پس از شنیدن خبر ابتلا به بیماری سرطان ممکن است در مبتلایان ایجاد شود و سلامت روانی او را به مخاطره اندازند، با استفاده از القای نگرش معنوی و تبیین محتوای دعا نظیر؛ جنبه‌های مثبت بیماری، درک فواید معنوی و اخروی بیماری خنثی شود. محتوای دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده در واقع نوعی شناخت درمانی با اتکا بر واقعیات دینی است که فرایندهای مخرب روانی ناشی از مواجهه با بیماری را مهار می‌کند. به این ترتیب سطح سلامتی روانی فرد ارتقاء یافته و آنگاه با مکانیسم‌های روان‌تنی علایم جسمی نیز بهتر می‌شوند [۷].

در مطالعه‌ای که زرگنی، نصیری، حکمتی و عباسپور (۱۳۹۶) با هدف بررسی ارتباط بین مذهب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز انجام دادند، بین همه خرده مقیاس‌های دینداری و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم معنی داری یافت شد [۸]. در این پژوهش بیان شد که ساز و کارهای که این ارتباط را به وجود می‌آورند دقیقاً مشخص نیست، ولی لازم است بینش و معناداری به عنوان مؤلفه‌های مهم مراقبت معنوی مورد توجه قرار گیرد. از مشکلات شایع دیگر در مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر سرطان، انکار و عدم پذیرش بیماری، منفی‌بافی و باورهای یأس‌آور نسبت به بیماری خود و هستی است. به بیان دیگر، سرطان با اختلال در شناخت ارتباط دارد. پس در کنار درمان‌های پزشکی باید نگرش بیماران مبتلا به سرطان را در خصوص بیماری و فلسفه زندگی اصلاح نمود تا فشارهای روانی ناشی از بیماری کاهش یابد [۹]. منظور از نگرش نسبت به بیماری، ترکیبی از شناخت‌ها (اعتقادات و باورها)، احساسات (هیجان‌ها و عواطف) و آمادگی برای عمل (تمایلات) پیرامون بیماری می‌باشد [۱۰]. نگرش نسبت به بیماری از جمله عواملی است که می‌تواند سلامت روان و احساس رنج را در بیماران صعب‌العلاج تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌های پژوهشی زیادی حاکی ارتباط مثبت بین آموزه‌های دینی و دیدگاه بیماران در قبال بیماری خود است [۱۱-۱۴]. زیلانی و سیمور معتقدند

شرح کلی جلسات بدین گونه بود (جدول ۱) که ابتدا ضمن ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای نگرش ایمانی به فرد کمک شد تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و نسبت به نظم جهان هستی، حکمت و خیرخواهی خداوند و همچنین شکرگذاری در سختی و امیدواری نسبت به رحمت الهی توجه و تمرکز بیشتری داشته باشد. پس از ارائه ویس دعاهای شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده در ابتدای جلسات درمانی از آنان خواسته می‌شد به معانی دعا خوب توجه کنند. در ادامه پس از بیان احساسات بیماران در مورد دعا و بازخورد توسط درمانگر و اعضا، به بررسی آموزه‌های قرآنی مرتبط با محتوای دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده [۲۱]، مکانیزم‌های روان‌شناختی موجود در دعاهای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده [۲۲، ۲۷]؛ آموزش راهبردهای مقابله‌ای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان و همچنین برخی اصول درمانی مذهبی ریچاردز و برگین با تاکید بر آموزه‌های اسلامی (دعا، خواندن کتب مقدس، رفتن به مکان‌های مذهبی، بخشش) پرداخته می‌شد [۲۳].

یافته‌ها

در پژوهش حاضر در گروه کنترل ۵ نفر مجرد و ۱۰ نفر متأهل و در گروه آزمایش ۶ نفر مجرد و ۹ نفر متأهل شرکت کردند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۴/۰۶ و در گروه کنترل ۴۵/۶ بود. انحراف معیار در گروه کنترل ۶/۱۸ و گروه آزمایش ۵/۸۳ بود. در جدول ۲ و ۳ به ارائه میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره‌های آزمودنی‌ها در نمره کل کیفیت زندگی و نگرش نسبت به بیماری پرداخته شد. با توجه به جدول ۲، میانگین کیفیت زندگی در گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۷۱/۲۶ و ۷۶/۶ است. همچنین انحراف معیار کیفیت زندگی در گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۸/۶۸ و ۸/۳۱ است. به علاوه با توجه به جدول ۳، میانگین نگرش به بیماری در گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۹۱/۸ و ۸۳/۳ و همچنین انحراف معیار نگرش به بیماری در گروه آزمایشی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب ۸/۰۶ و ۹/۸۵ است.

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای کیفیت زندگی و نگرش نسبت به بیماری از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی کواریانس را برآورده می‌کند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بنیادی‌ترین فرض برای تحلیل کواریانس، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (کواریت) است. در این پژوهش پیش‌آزمون‌های کیفیت زندگی و نگرش نسبت به بیماری به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) و پس‌آزمون‌های آن‌ها، به عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. آزمون خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون کیفیت زندگی ($r = 0/41$) و آزمون خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نگرش نسبت به بیماری ($r = 0/48$) معنی‌دار می‌باشند. با توجه به نتایج به دست آمده، مفروضه خطی بودن محقق شده است. همبستگی بین پیش‌آزمون‌ها (کیفیت زندگی و نگرش نسبت به بیماری)، $r = -0/11$ می‌باشد. با توجه این مقدار،

سواد راهنمایی به بالا برخوردار باشند و گروه سنی آنان بین ۲۰ الی ۶۵ سال باشد. در نهایت، افرادی که شدت اختلال آنان خیلی زیاد بود (بستری در بیمارستان) و یا همزمان تحت آموزش روانپزشکی یا جلسات روان‌شناختی قرار داشتند از ورود آنها به جلسه جلوگیری شد. از مهم‌ترین معیارهای خروج می‌توان به عدم تمایل به شرکت در ادامه جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و تشخیص اختلال عمده روانپزشکی براساس مصاحبه بالینی اشاره کرد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس نگرش به بیماری استفاده گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (Quality of Life Questioner)، این پرسشنامه در سال ۱۹۹۶ توسط کارگروه سازمان بهداشت جهانی در ۲۶ سؤال ساخته شده است. این پرسشنامه ۴ حیطه را اندازه‌گیری می‌کند، که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیط. آیت‌های پرسشنامه نیز بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. در بررسی آیت‌های نسخه کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبارمحتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی، ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰ بود و پایایی test-retest مناسبی داشت (Babapur, 2016 #17). سؤال اول و دوم این پرسشنامه در هیچ حیطه‌ای نمی‌گنجد. سؤال اول کیفیت زندگی را به طور کلی و سؤال دوم وضعیت سلامت را به طور کلی مورد پرسش قرار داده است، همچنین روایی صوری مقیاس و اعتبار آن ۰/۹۳ بدست آمد [۱۶]. نجات و منتظری پایایی این آزمون را با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای برای حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۷ و برای سلامت روانی ۰/۷۸ و برای روابط اجتماعی ۰/۷۵ و برای سلامت محیط ۰/۸۴ درصد گزارش نموده‌اند [۱۷]. در پژوهشی در ایران اعتبار آن ۰/۷۹ ذکر شد و همگنی درونی زیر مقیاس‌های چهارگانه به روش آلفای کرونباخ برای گروه بهنجار ۰/۷۳ و برای بیماران ۰/۷۷ بود [۱۸]. پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۶ بدست آمد.

مقیاس نگرش به بیماری (Illness Attitude Scale)، این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط کلنر ساخته شد. ۲۹ گویه دارد که براساس مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای از صفر تا ۴ نمره گذاری می‌شود. نمرات دو آیت ۲۲ و ۲۶ اطلاعات اضافی ارائه می‌دهد ولی در نمره گذاری لحاظ نمی‌شود [۱۹]. این ابزار شامل ۹ خرده مقیاس است که عبارت‌اند از: نگرانی در مورد بیماری، نگرانی درباره درد، عادات سلامت، باورهای خودبیمارپنداری، هراس از مرگ، هراس از بیماری، اشتغال ذهنی در مورد بدن، تجربه‌های درمانی، آثار و نشانه‌ها. در پژوهش کلنر پایایی ۰/۷۶ و روایی آن ۰/۷۳ ذکر شد [۱۹]. در ایران این پرسشنامه توسط عطری فرد و شعیری مورد بررسی قرار گرفت [۲۰]. در این پژوهش ۵ عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ موردشناسایی قرارگرفتند که هر یک به ترتیب شامل ۷، ۱۰، ۳، ۴، ۳ آیت هستند، همچنین بررسی همسانی درونی زیرمقیاس‌ها حاکی از آن است که همگی زیرمقیاس‌ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۷ بدست آمد.

بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج حاصل از همگنی واریانس‌ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

همبستگی‌های به دست آمده، از مفروضه‌های هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی (کواریت‌ها)، اجتناب شده است. برای

جدول ۱: محتوا جلسات درمانی

شماره جلسه	محتوا جلسه
۱	آشنایی با قوانین گروه مانند محرمانه ماندن و لزوم حضور مداوم تا انتهای درمان، دادن کتابچه آموزشی با محتوای دعا و فواید آداب دعا به بیماران. توضیح کلی درباره مفهوم دعای بیماری و دعای تندرستی صحیفه سجاده و تأثیر آن در کاهش آلام روانی. به منظور مقابله با انکار و عدم پذیرش بیماری، از چندین راهبرد مقابله‌ای معنوی استفاده گردید. ابتدا اطلاعات صحیحی در مورد بیماری با استفاده از محتوای دعای بیماری صحیفه سجاده و توجه به پیامدهای نیک و مثبت بیماری (آزمایش الهی، وعده همراهی خداوند به صابران، بخشش گناهان و پاک سازی روح) به بیمار داده شد. در ادامه از تکنیک تعمیم (شاره به موارد مشابه ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج) با ذکر مثال‌هایی از قرآن در مورد ابتلای اولیای خدا (حضرت ایوب) به بیماری‌های صعب‌العلاج و وعده همراهی خداوند با صابران، ارائه شد. به منظور ایجاد روحیه و انرژی بیشتر در آنان، به بررسی گرایش‌های خرافاتی در رابطه با بیماری پرداخته شد و سپس با تقویت درک درست نسبت به بیماری در حکمت الهی و اتخاذ نگرش توحیدی به بیماری، به پذیرش و دوری از هیجان‌های مخرب ناشی از بیماری در آنان کمک شد
۲	آموزش اعتقاد به آزمایش الهی بودن رویدادهای ناخوشایند نظیر بیماری و تقویت معرفت به حکمت و خیرخواهی الهی (وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ؛ لکن چه بسیار شود که چیزی را مکروه شمارید ولی به حقیقت خیر و صلاح شما در آن بوده، و چه بسیار شود چیزی را دوست دارید و در واقع شر و فساد شما در آن است و خدا (به مصالح امور) داناست و شما نادانید)، درک فواید معنوی و اخروی بیماری با استفاده از محتوای دعای بیماری و دعای تندرستی، درک نعمت‌های مستور در بیماری، مقایسه نحوه نگرش به بیماری از منظر مادی و توحیدی و کمک به آنان در اتخاذ نگرش توحیدی. کشف معنای درد و رنج بیماری از نظر امام سجاد (ع) نظیر: نیاز به بخشیده شدن، رشد معنوی، آزمایش الهی. آموزش راهبردهای مقابله‌ای معنوی به منظور کنترل خشم نظیر: تمرین‌های شناختی مثبت‌نگری و خوشبینی به خدا (مثلاً اندیشیدن به رویدادهای جالب توجه دینی) به عنوان یکی از مهمترین فنون توجه برگردانی ارائه شد. آشنایی با مفهوم صبر به عنوان یکی از مهمترین راهبردهای مقابله‌ای معنوی در زمان سختی. در آموزش صبر از شیوه‌هایی چون چالش فکری، بحث گروهی، دادن الگو یا سرمشق در قالب احادیث یا متون قرآنی استفاده شد.
۳	مرور جلسه قبل، پرسش و پاسخ، بسط حوزه معنایی و کاربردی دعا، به منظور غلبه بر ناامیدی پس از بیماری، تقلیل واکنش‌های اضطرابی، و همچنین ایجاد آرامش روانی با آموزش چندین راهبرد مقابله‌ای معنوی نظیر انواع ذکر درمانی. به منظور کاهش درد و آلام روانی در آنان فنون توجه برگردانی (با توجه به پیامدهای نیک بیماری در منظر الهی) آموزش داده شد. آموزش راهبرد خودآگاهی معنوی با تأکید بر معنای زندگی و باور مثبت نسبت به خدا، مورد آماج قراردادن باورهای منفی و پوچ نسبت به بیماری و درک فواید معنوی و اخروی بیماری با استفاده از آموزه‌های قرآنی مرتبط با دعای بیماری و دعای تندرستی
۴	مرور جلسه قبل، پرسش و پاسخ و ارزیابی تکالیف، توسعه روش‌های سازگارانه از قبیل تفکر مثبت و امیدوارانه نسبت به بیماری با تقویت درک درست نسبت به بیماری و خیرخواهی خداوند با تمرکز بر محورهای توجه به قدرت لایزال الهی، رشد مهارت‌های معنوی نظیر توکل و اعتماد به خداوند و نقش توکل در جلوگیری از خودگویی‌های منفی. به منظور کاهش انفعال و بیکاری که از پیامدهای درماندگی و ناامیدی در افراد مبتلا به سرطان است؛ مداخله رفتاری - معنوی نظیر تشویق بیماران به شرکت در مناسک و رفتارهای معنوی (نماز جماعت، دعا، خواندن قرآن، ارتباط بیشتر با دعا و لزوم توجه به معانی آن) به آنان توصیه شد.
۵	مرور جلسه قبل و پرسش و پاسخ و ارزیابی تکالیف، موفقیت‌های شناسایی شده در تکالیف خانگی یک به یک شناسایی و به زبان آورده شود سپس از خداوند شکرگذاری شود. تسلط مفهومی استفاده از دعا، تقویت امید به بهبودی، بحث درباره مثبت‌نگری و خوشبینی با استناد به آیات قرآن، توسعه معنای شکرگذاری از خداوند و طلب تندرستی، آموزش توجه بیشتر به جنبه‌های مثبت وقایع منفی و لزوم صبوری به منظور کاهش آشفتگی روانی آنان.
۶	جمع بندی و خلاصه کردن مباحث پیشین توسط اعضا، عمق بخشیدن به نماز و نیایش (از طریق مراقبه، آموزش تفسیرهای مبتنی بر آموزه‌های قرآنی در ارتباط دعای بیماری و دعای تندرستی) و رعایت کردن آداب درونی از قبیل حضور قلب به همراه آداب بیرونی) طهارت بدن، زمان و مکان مناسب و...) موجب می‌شود که افراد معنای عرفانی در نماز و نیایش پیداکنند و رفتارهای مذهبی را از حالت کلیشه‌ای و تقلیدی به حالت ارتباط معنادار درآورند، حل مسئله با رویکرد معنوی (فرآیندی چندبعدی است که فقط محدود به اعمال و رفتارهای دینی-معنوی (مانند نیایش، نماز، دعا و رفتن به زیارت گاه) نیست، بلکه به صورت جامع و وسیع کلیه ابعاد انسان را در بر می‌گیرد، از جمله نگرش فرد نسبت به مشکل، ابعاد هیجانی و احساسی فرد، جستجوی معنا در مشکل پیش آمده طلب تندرستی و سلامتی

جدول ۲: یافته‌های توصیفی مربوط به کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	بیش‌ترین نمره	کم‌ترین نمره
پیش آزمون				
آزمایش	۷۱/۲۶	۸/۶۸	۸۷	۵۷
کنترل	۷۳/۷۳	۸/۵۴	۸۷	۵۹
پس آزمون				
آزمایش	۷۶/۶	۸/۳۱	۸۹	۵۸
کنترل	۶۸/۹۳	۹/۶۷	۸۵	۵۵

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط نگرش به بیماری در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص‌های آماری	میانگین	انحراف معیار	بیش‌ترین نمره	کم‌ترین نمره
پیش آزمون				
آزمایش	۹۱/۸۰	۸/۰۶	۱۱۲	۷۹
کنترل	۹۲/۲۶	۷/۱۹	۱۰۴	۷۲
پس آزمون				
آزمایش	۸۳/۳۳	۹/۸۵	۹۶	۶۹
کنترل	۹۲	۷/۷۴	۱۰۸	۸۳

جدول ۴: نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر وابسته	درجه آزادی	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۱	۲۸	۰/۱۸	۰/۱۶۶
نگرش به بیماری	۱	۲۸	۰/۱۶	۰/۱۶۸

(پیش‌آزمون) می‌باشد. **جدول ۵**، نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه کنترل) نشان می‌دهند. با توجه به اینکه داده‌ها، مفروضه‌های اصلی تحلیل کواریانس را محقق می‌کنند، لذا تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) صورت گرفت که نتایج آن در **جدول ۶** نشان داده شده است.

فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کواریانس است. لازم به توضیح است که در این پژوهش کیفیت زندگی و نگرش نسبت به بیماری به عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به عنوان متغیرهای کمکی تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری برقرار باشد. آنچه مورد نظر است تعامل غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کواریانس‌ها

جدول ۵: نتایج حاصل از آزمون شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه کنترل)

پس‌آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطوح عامل					
کیفیت زندگی	۴۰۱/۵۸	۲	۲۰۰/۷۹	۱/۸۸	۰/۱۰
نگرش به بیماری	۴۳۰/۷۲	۲	۲۱۵/۳۶	۱/۷۷	۰/۱۳

جدول ۶: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نگرش به بیماری و کیفیت زندگی گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	معنی داری
اثر پیلایی	۰/۴۶۳	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۳۲	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۸۸۱	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۸۱	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P > 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (نگرش نسبت به بیماری و

کیفیت زندگی) بین دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در **جدول ۷** نشان داده شده است.

جدول ۷: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نگرش به بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	معنی داری
کیفیت زندگی	۵۲۷/۰۱	۱	۵۲۷/۰۱	۱۰/۴۷	۰/۲۴	۰/۷۸	۰/۰۰۴
نگرش به بیماری	۴۳۸/۸۸	۱	۴۳۸/۸۸	۸/۲۳	۰/۲۹	۰/۸۷	۰/۰۰۳

نتایج **جدول ۷**، حاکی از تاثیرگذاری معنادار مداخله روان درمانی مذهبی معنوی با تاکید بر دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه بر نگرش به بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از متغیرهای نگرش به بیماری و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روان درمانی معنوی مذهبی با تاکید بر دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه موجب افزایش کیفیت زندگی و نیز تقویت نگرش مثبت به بیماری در گروه آزمایش شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روان درمانی مذهبی معنوی با تاکید بر دعاها شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه موجب تقویت نگرش مثبت به بیماری در مبتلایان به سرطان شده است که این نتیجه با یافته‌های پژوهشی پیشین [۱۱-۱۵] مبنی

بر تاثیر مثبت آموزه‌ها و مفاهیم دینی بر نگرش به بیماری همسو است. در تبیین مطلب فوق می‌توان ذکر کرد که یکی از مشکلات شایع در مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر سرطان، انکار و عدم پذیرش بیماری، منفی‌بافی و باورهای یأس‌آور نسبت به بیماری خود و هستی است. به بیان دیگر، سرطان با اختلال در شناخت ارتباط دارد [۹]. پس درکنار درمان‌های پزشکی باید نگرش بیماران مبتلا به سرطان را در خصوص بیماری و فلسفه زندگی اصلاح نمود تا فشارهای روانی ناشی از بیماری کاهش یابد. در مداخله روان‌درمانی مذهبی-معنوی با تاکید بر اهمیت دعای بیماری و دعای تندرستی صحیفه سجادیه، پذیرش بیماری و مورد آماج قرار دادن باورها و ارزیابی‌های شناختی بیمار به‌خصوص در مورد بیماری نقش کلیدی دارد، زیرا باورها و نگرش‌های مبتلایان نسبت به بیماری خود اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن‌ها با بیماری و شرایط موجود تاثیر می‌گذارد [۲۲]. در این مداخله درمانی که پذیرش، تحمل و تفکر مثبت نسبت به بیماری از مولفه‌های

پستان همسو است [۸]. در همین زمینه، کوئینگ معتقد است که بین دعا و نیایش با سطح درد در بیماران همبستگی منفی وجود دارد. به بیان دیگر باورهای مذهبی از طریق ایجاد امید، انگیزه و انرژی در بیمار به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌ها، به کاهش آلام و دردها در بیماران کمک می‌کند و از این طریق منجر به ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود [۲۴]. در پژوهشی دیگر کروزین و هارتوگ توصیف می‌کنند افرادی که باورهای مذهبی بیشتری دارند، پریشانی روانی کمتر و کیفیت زندگی بالاتری دارند، در واقع آموزه‌های دینی و تمرین‌های مذهبی احساسی از آرامش، قدرت و امیدواری را در فرد ایجاد می‌کند که موجب شادکامی و افزایش رضایت از زندگی می‌شود [۵]. به نظر می‌رسد یکی از علل اینکه معنویت موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود این است که معنویت انتظار بهتر شدن را در افراد بوجود می‌آورد و آنان را به تلاش برای بوجود آوردن این تغییرات برمی‌انگیزد و چون معنویت دقیقاً در تقابل با استرس‌ها و فشارهای زندگی عمل می‌کند می‌تواند موجب ارتقاء کارکرد روزانه، سلامت جسمی و روحی و افزایش کیفیت شود [۲۵].

محتوای دعای شماره ۱۵ صحیفه سجادیه به گونه‌ای طراحی شده که در ابتدا با پذیرش واقعیت بیماری و مواجه شدن با آن مکانیسم انکار را می‌شکند. سپس با تاکید بر مدت طولانی بهرماندی قبلی از سلامتی و با توجه دادن به کارکردهای مثبت بیماری از جمله بخشش گناهان، بیداری برای توبه و پاداش و جبران اخروی، واکنش خشم را خنثی می‌کند. در فرازهای دیگر دعا تسلط خداوند بر پدیده بیماری و خارج نبودن آن از حیطه قدرت خدا مود اعتراف قرار گرفته و به این ترتیب غیرقابل کنترل بودن و غیرقابل پیش بینی بودن بیماری برای انسان با قدرت و آگاهی خداوند بر بیماری جبران گردیده و به این ترتیب اضطراب خنثی می‌شود. در پایان از خداوند طلب بخشش شده تا برای بخشش نیازی به تحمل سختی بیماری نباشد و فرد شایسته بهبود گردد و به این ترتیب ناامیدی بدل به امید شده و افسردگی مهار می‌شود [۷]. بنابراین محتوای دعای ۱۵ صحیفه سجادیه در واقع نوعی شناخت درمانی با اتکا بر واقعیات دینی است که فرایندهای مخرب روانی ناشی از مواجهه با بیماری را مهار می‌کند. به این ترتیب سطح سلامتی روانی فرد ارتقاء یافته و آنگاه با مکانیسم‌های روان‌تنی علایم جسمی نیز بهتر می‌شوند.

نتیجه گیری

با توجه به پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخله روان درمانی مذهبی معنوی با تاکید بر دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه موجب افزایش کیفیت زندگی و نگرش مثبت به بیماری در مبتلایان به سرطان می‌شود به همین جهت در صورت فراهم شدن زمینه‌های مساعد می‌توان از این مداخله درمانی در قلمرو درمان‌های مکمل برای تقویت نگرش مثبت به بیماری و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر اینکه، امکان کنترل کامل متغیرهای مداخله گر نظیر وضعیت اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی وجود نداشت، همچنین اجرای ابزارهای ساختمند و عدم کنترل دقیق پیش فرض‌های مذهبی و نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکلات خاص بیماران افراد نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش بوده است.

اصلی آن است، با افزایش تفکر مثبت و امیدوارانه و درک نعمت‌های مستور در بیماری از جمله بخشش گناهان، درک فواید معنوی و اخروی بیماری، منزلت بیماری در حکمت الهی و وعده همراهی خدا با صابران" نگاه به بیماری از جهان‌بینی مادی به جهان‌بینی توحیدی" تغییر کرد و در سایه کسب چنین بینشی، بیمار توانست چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامانی درد و رنج خود را ببیند و نگرش واقعی‌تری هم نسبت به بیماری خود پیدا کند و علی‌رغم اینکه قبلاً این بیماری را کشنده و ناتوان‌کننده می‌پنداشت، پس از درمان درک درست‌تری نسبت به بیماری خود پیدا کرد و به عنوان بخشی از زندگی خود آن را پذیرفته بود. در همین زمینه، زیلانی و سیمور معتقدند، در نتیجه آموزش مفاهیم مذهبی و معنوی، برخی از مبتلایان بیماری خود را امتحانی الهی می‌دانند و معتقدند که بیماری آنان قسمتی از خواست و اراده خداست و بخاطر وجود چنین نگرشی می‌توانند رنج حاصل از بیماری را تحمل کنند و به فرجام بیماری خود "دید" بهتری داشته باشند [۱۵]. همچنین کریمی و شریعت نیا بیان می‌کنند که معنویت و آموزه‌های دینی از طریق یافتن معنای زندگی، در سازگاری بیماران با شرایط موجود مؤثر است و مداخلات معنوی مبتنی بر دعا چون ارزیابی‌های شناختی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باعث نگرش مثبت نسبت به زندگی و بیماری خود می‌شود [۱۳]. در همین زمینه، کوئینگ معتقد است در نتیجه آموزش مفاهیم دینی، پذیرش بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر سرطان در افراد راحت‌تر صورت می‌گیرد، زیرا احساس کنترل در افراد مذهبی بواسطه دعا افزایش می‌یابد [۲۴]. به نظر می‌رسد بیمار با اعمالی از قبیل ذکر، دعا، نیایش سعی می‌کند در آن لحظه همه افکار و خاطره‌ها از جمله فشارها و سختی‌ها را از ذهن خود دور کند و تنها متوجه خیرخواهی و رحمت خداوند شود. احتمالاً مکانیزم این رفتار شبیه روش‌های توجه برگردانی و آرام سازی است که مورد استفاده برخی از روان‌درمانگران است. ولی تفاوت مهم در معنادهی و توجه به معاد و اصل توحید در رویکردی معنوی است. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به افزایش کیفیت زندگی در نتیجه مداخله روان درمانی معنوی مذهبی معنوی با تاکید بر دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه در بیماران مبتلا به سرطان اشاره کرد که این نتیجه با یافته‌های پژوهشی [۴-۸] مبنی بر تأثیرات مثبت آموزه‌های دینی و معنوی بر بهبود کیفیت زندگی همسو است. روان‌درمانی مذهبی-معنوی با تاکید بر اهمیت دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه به عنوان پایگاهی برای پیدا کردن معنای بیماری خود و همچنین منبعی برای مقابله با فشار و استرس ناشی از بیماری به بهبود امیدواری نسبت به زندگی و ارتقاء رضایت از زندگی کمک می‌کند که نتیجه این تغییرات، مقابله بهتر با بیماری و اجتناب از رفتارهای تخریب‌آمیز ناشی از هیجانات بیماری است. همچنین بیمار هنگام دعا و نیایش احساس حمایت از سوی قدرتی مافوق قدرت‌ها می‌کند که این به نوبه خود حس اعتماد به‌نفس، امنیت و امیدواری را در فرد زنده می‌کند و چنانچه فرد دارای سطح نگرش مذهبی افزون‌تری باشد، به تبع آن معنایی که به خود و جهان اطرافش می‌دهد توام با احساس ارزشمندی و هدفمندی بیشتری است که پیامد آن ارتقاء رضایت از زندگی و بهبود کیفیت زندگی است و این نتیجه با یافته‌های زرگنی و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر تأثیرگذاری بینش و معنادهی در قالب دینداری و مذهب بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان

سپاسگزاری

انجمن‌های حامیان در شهر اهواز بخاطر همکاری در اجرای این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

مقاله حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی بالینی مصوب در دانشگاه شهید چمران اهواز است. در پایان از مسئولین

References

- Hojjati H, Pour NH, Khandousti S, Mirzaali J, Akhondzadeh G, Kolangi F, et al. An Investigation into the Dimensions of Prayer in Cancer Patients. *J Relat Health*. 2015;3(1):65-72.
- Wan Leung S, Lee TF, Chien CY, Chao PJ, Tsai WL, Fang FM. Health-related quality of life in 640 head and neck cancer survivors after radiotherapy using EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 questionnaires. *BMC Cancer*. 2011;11:128. doi: 10.1186/1471-2407-11-128 pmid: 21486431
- Hojjati H, Qorbani M, Nazari R, Sharifnia H, Akhondzadeh G. On the relationship between prayer frequency and spiritual health in patients under hemodialysis-therapy. *J Fundam Ment Health*. 2010;12(2):46.
- El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA. Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2012;6(2):269-74. doi: 10.1097/SPC.0b013e3283530d13 pmid: 22469668
- Kruizinga R, Hartog ID, Jacobs M, Daams JG, Scherer-Rath M, Schilderman JB, et al. The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*. 2016;25(3):253-65. doi: 10.1002/pon.3910 pmid: 26257308
- Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Quality of Life and Spiritual Well-Being among Patients with Breast Cancer. *Iran J Med Sci*. 2016;41(2):140-4. pmid: 26989285
- Marashi A, Sekhavatpour Z, Beshlideh K. Effectiveness of Sajjadi's 15th on the Mental Health of Cancer Patients. The first conference on the health of the body and soul from the perspective of the Qur'an and the sciences 2017.
- Zargani A, Nasiri M, Hekmat K, Abbaspour Z, Vahabi S. A Survey on the Relationship between Religiosity and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Study in Iranian Muslims. *Asia-Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(2):217.
- Drake K. Quality of life for cancer patients: From diagnosis to treatment and beyond. *Nurs Manage*. 2012. doi: 10.1097/01.NUMA.0000410865.48922.18 pmid: 22240919
- Khalid A, Aslam N. Psychological distress among patients with epilepsy. *Indian J Psychol Med*. 2011;33(1):45-8. doi: 10.4103/0253-7176.85394 pmid: 22021952
- Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(6):961-9. doi: 10.1111/ecc.12360 pmid: 26215314
- Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD, et al. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2011;41(5):836-47. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.008 pmid: 21276700
- Karimi M, Shariatnia K. The Effectiveness of Spirituality Therapy on the Quality of Life of Cancer Women in Tehran. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2017;15(2):106-18.
- Yaghubi H, Faramarzi S, Mohamadzadeh A. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Spiritual Spiritual Therapy with Emphasis on Islamic teachings on Anxiety Reduction. *Beh Sci Res*. 2012;10(2):99-108.
- Zeilani R, Seymour JE. Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: a narrative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(3):175-84. doi: 10.1016/j.iccn.2010.02.002 pmid: 20434344
- Babapur J, Zeinali S, Nejati V. Structural Relationship of Religious Attitude and Paper Strategies with Quality of Life and Psychological Fatigue in Cancer Patients. *J Health Care*. 2016;15(1):46-56.
- Monfared A, Pakseresht S, Ghanbari A. Quality of life associated with health and its determinants in cancer women. *Comp Nurs Midwifery*. 2013;23(70):52-62.
- Saifi Y, Jan-Bozorgi M, Alipour A, Ali Akbari M. The Effectiveness of Islamic Psychotherapy Based on Quality of Life on Quality of Life and Depression in Depressed Students of Payame Noor University, Chaharmahal Bakhtiari. *Toluh Health*. 2016;11(1):33-9.
- Kellner R. Abridged manual of the illness attitude scales. *Psychiatry*, editor. New Mexico: University of New Mexico; 1987.
- Atrifard M, Shaeiri M. Factor making and psychometric properties of feedback scale in relation to IAS in Iranian samples. *Two-Monthly J Daneshvar Univ Med Sci*. 2006;1(16):42-60.
- Ansariyan H. Commentary on Sahifeh Sajjadiyeh: Message of Freedom; 2006.
- Yektayi M. Pleasure of illness in the light of the wisdom of illness from the perspective of Sahifeh Sajjadiyeh. *Daneshvar Med*. 2011;18(12):1-9.
- Ghahari S, Bolhari J, Akbari E. *Spiritual coping strategies for cancer patients*: Roshd Publishing; 2017.
- Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Can J Psychol*. 2009;54(5):283-91. doi: 10.1177/070674370905400502
- Jamali A, Karimi M, Moradi A. Effectiveness of religious-spiritual psychotherapy with an emphasis on Islamic teachings in quality of life, the mental framework and resilience of women with addicted spouses. *Islamic Psychol Res*. 2016;4(2):104-93.