

اثربخشی آموزش معنویت درمانی بر تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان خون: یک مطالعه راهنما

زینب عامری^۱، پرویز عسگری^{۲*}، علیرضا حیدرئی^۲، سعید بختیارپور^۲

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی خرمشهر-خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

* نویسنده مسئول: پرویز عسگری، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Email: p.askary@iauahvaz.ac.ir

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص سرطان و به دنبال آن تحمل درمان‌های طولانی معمولاً تجارب استرس‌زا به حساب می‌آید. لذا هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی آموزش معنویت درمانی بر تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان خون بیمارستان ولیعصر شهر خرمشهر در سال ۱۳۹۸ بودند.

روش و مواد: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری سرطان خون مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر شهر خرمشهر در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۹۸ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر از آنان انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و اضطراب مرگ استفاده شد. پیش از انجام مداخله، پیش‌آزمون برگزار شد، سپس گروه آزمایش تحت آموزش معنویت درمانی (۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفت اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس پس‌آزمون اجرا شد و پس از یک ماه از اجرای پس‌آزمون، دوره پیگیری انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سنی گروه آزمایش (۴/۶) ۳۲/۹ و گروه گواه (۵/۱) ۳۴/۳ سال بود. مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۱/۴) ۱۲/۴ در پیش‌آزمون به (۱/۳) ۷/۹ در پس‌آزمون و (۱/۲) ۷/۷ در پیگیری کاهش یافت ($P < 0/001$). اما در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از (۱/۸) ۱۲/۶ در پیش‌آزمون به (۱/۶) ۱۱/۵ در پس‌آزمون و (۱/۳) ۱۱/۴ در پیگیری رسید که تفاوت معنی‌داری نداشت. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از (۲/۸) ۲۴/۶ در پیش‌آزمون به (۴/۳) ۵۷ در پس‌آزمون و (۴/۲) ۵۴/۸ در پیگیری افزایش یافت ($P < 0/001$). اما در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از (۵/۷) ۳۱/۸ در پیش‌آزمون به (۶/۹) ۳۰/۵ در پس‌آزمون و (۱۰/۶) ۳۲/۶ در پیگیری رسید که تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد معنویت درمانی منجر به کاهش اضطراب مرگ و افزایش تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان خون می‌گردد.

واژگان کلیدی: روایت درمانی، مهارت‌های ارتباطی، ابرازگری هیجانی، همدلی، ازدواج.

مقدمه

سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروقی به شمار می‌آید (۱). سرطان دومین عامل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ و میر در کشورهای کمتر توسعه یافته است. در حال حاضر، سرطان خون عامل ۱۱٪ مرگ و میر در سراسر جهان است (۲). سرطان به عنوان یک بیماری فلج کننده و صعب‌العلاج محسوب می‌شود که فرد پس از تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس و غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، به طوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده آنها فرد را به سوی اختلالات روانی می‌کشاند (۳). به این ترتیب، کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش پذیری از قبیل افسردگی، اضطراب و ترس و نفرت از خود شود (۴). یکی از انواع شایع سرطان، سرطان خون می‌باشد. بیماران که تحت درمان سرطان خون قرار می‌گیرند، با توجه به نوع بیماری و درمان، ممکن است با چالش‌هایی از قبیل عوارض جانبی داروهای مورد استفاده در درمان رو به رو شوند و برای مدتی از زندگی عادی فاصله بگیرند (۵). سرطان موجب می‌شود، بیماران از تحمل پریشانی پایینی برخوردار باشند (۶). به طوری که فرد به دلیل انعطاف‌پذیری پایین، شرایط تنش‌زا را به عنوان موقعیت غیرقابل کنترل در نظر می‌گیرد، کمتر به کاربرد گزینه‌ها و راه‌حل‌ها و درمان‌های مختلف می‌اندیشد، به تلاش و کوشش خود در حل بیماری بدبین است که در نتیجه آن منجر به افزایش عصبانیت، ناراحتی، نگرانی، افسردگی و تحمل پریشانی پایین در او می‌گردد (۷). تحمل پریشانی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است (۸). این سازه یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی و جسمی اشاره می‌کند (۹).

از آنجایی که در دنیا هیچ کسی از مرگ مصون نیست و همه آدمیان به ناچار با این حقیقت روبرو خواهند شد که باید روزی با مرگ مواجه شوند، این اندیشه خود می‌تواند اضطراب جان‌فرسایی را بر دل هر انسانی پدید آورد (۱۰). آدمی در طول زندگی خویش درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند. این تجربه به طور طبیعی در افراد مبتلا به بیماری‌های علاج‌ناپذیر یا سخت‌علاج بیشتر است. تحقیقات نشان داده که اضطراب مرگ در بیماری‌های صعب‌العلاج از جمله سرطان شایع‌تر است (۱۱). اضطراب مرگ را به عنوان احساسی منفی که یک فرد دربارهٔ مرگ و مردن تجربه می‌کند، تعریف می‌کنند. Krause و همکاران نیز اضطراب مرگ را چنین تعریف می‌کنند: به طور معمول، اضطرابی است که افراد در پیش‌بینی حالتی که وجود ندارند، تجربه می‌کنند (۱۲).

علاوه بر این، بهبود و یا کاهش مشکلات بوجود آمده در اثر بیماری‌های سرطانی در بیماران، با رویکردهای مختلف روان‌شناختی امکان‌پذیر است. یکی از این رویکردها، آموزش معنویت درمانی است. این الگو، افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، بر بعد معنوی بیمار نیز تأکید دارد. روان‌شناسان حوزه سلامت نقش معنویت، باورهای دینی و اخلاقی و اعتقادات را در سلامت جسم و روان و تکامل روح مؤثر می‌دانند، آنها به طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سنتی و ساده برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (۱۳). رویکرد معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان مسایل مهم معنوی، درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهد و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کند که احترام و ارزش قایل شدن درمانگر نسبت به مسائل معنوی درمانجو را نشان دهد (۱۴). در دهه‌های اخیر به نقش پررنگ معنویت در کاهش تنیدگی روانی و افزایش تاب‌آوری و تحمل پریشانی در افراد اشاره شده است (۱۵). همچنین، اندیشه معنوی، توبه، دعا، عبادات و مناسک، بخشودگی، آموزش‌های اخلاقی و خودمراقبتی معنوی و مدیتیشن در کاهش رفتارهای منفی و فیزیولوژی جسم اثربخش‌گزارش شده است (۱۶). پژوهش‌های مختلف به اثربخشی رویکرد درمانی معنویت درمانی در کاهش اجتناب شناختی و پریشانی روان‌شناختی سالمندان (۱۷)، افزایش سلامت معنوی در بیماران سرطانی (۱۸)، بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۹)، کاهش اضطراب مرگ در بیماران دیالیزی (۲۰) اشاره داشته است.

به طور کلی، تنیدگی‌های روان‌شناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب کاهش تحمل پریشانی و افزایش اضطراب مرگ به دلیل کاهش معنویت در بیماران می‌شود و عدم کاهش یا درمان واکنش‌ها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در آموزش‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. بسیاری از نگرانی‌ها و افسردگی‌ها در افراد مبتلا به سرطان به دلیل وابستگی به دیگران و از دست دادن نقش خود در جامعه یا خانواده می‌باشد. پژوهش حاضر، کوششی در جهت افزایش تحمل پریشانی و نیز کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان خون می‌باشد. در مطالعات گذشته پژوهشی که کلیه متغیرهای پژوهش را یکجا مورد بررسی قرار دهد چه در خارج و چه در داخل کشور یافت نشد و به دلیل اهمیت و شیوع این بیماری در بین خانواده‌ها و کمبود پژوهشی در این رابطه، به بررسی این عنوان پرداخته شد. نتیجه این تحقیق می‌تواند به عنوان تلاشی اساسی در راستای بهبود شرایط روان‌شناختی بیماران سرطانی مورد توجه قرار گیرد، لذا توجه بیشتر به این مسئله و انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌تواند گامی مؤثر در جهت معضلات روانی بیماران سرطانی و خانواده‌های آنها در سطوح مختلف شخصیتی و اجتماعی باشد. به این ترتیب، هدف انجام این پژوهش تعیین اثربخشی روش آموزش معنویت درمانی بر تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان خون است.

روش و مواد

پژوهش حاضر، از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به بیماری سرطان خون مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر شهر خرمشهر در سال ۱۳۹۸ به تعداد ۹۸ نفر بودند. از بین آنها، ۳۰ بیمار (دو گروه ۱۵ نفره) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در سه گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۱۵ نفر در هر گروه جمعاً ۳۰ نفر به دست آمد. ملاک‌های ورود شامل رضایت کتبی برای حضور در پژوهش، کسب نمره پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه تحمل پریشانی و کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اضطراب مرگ، سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال و مصرف داروی همزمان به جهت اختلال دیگری نداشته باشند و حداقل سواد سیکل بود. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در پژوهش و یا غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و شاهد، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه شاهد در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید.

پیش از شروع پژوهش، پیش‌آزمون برای هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا شد. بعد از اتمام جلسات، از گروه‌های آزمایشی و گواه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. معنویت درمانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و طی یک جلسه در هفته به مدت سه ماه برگزار شد. یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون، مرحله پیگیری بر روی دو گروه انجام شد. هم‌چنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از اتمام جلسات آموزشی و اجرای مرحله پیگیری بر روی گروه‌های آزمایشی و گواه، خلاصه جلسات آموزش معنویت درمانی بر روی گروه گواه نیز اجرا گردید. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس تحمل پریشانی: مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط Simmons & Gahr در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد برای تحمل پریشانی هیجانی، ارزیابی ذهنی پریشانی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم کننده برای تسکین پریشانی مورد سنجش قرار می‌دهند. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است و بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا پنج نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالای هر فرد در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. سازندگان ضریب آلفا

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات آموزش معنویت درمانی

جلسات	هدف	فرایند
اول	توضیح چگونگی تکمیل پرسشنامه ها	قرار دادن اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن و اطمینان خاطر از محرمانه بودن اطلاعات، توزیع و تکمیل پرسشنامه ها
دوم	خودشناسی و خودآگاهی و شناخت نقاط ضعف و قوت، خواستها، ترس، نیازها، تمایلات و رغبت‌های خود	بحث درباره مهارت خودآگاهی به عنوان عامل رفتارهای ما جهت دستیابی به موفقیت و شادکامی، تبیین لزوم احاطه بر توانمندی و نقاط مثبت خود و کسب مهارت‌های خودآگاهی به عنوان منشأ رفتارهای سازنده، درک واقع بینانه محدودیتها، کاستی‌ها و ناتوانی‌های خود به عنوان قسمتی از خود، قبول اشتباهات و کسب تجربه از آنها به عنوان عامل افزایش عزت نفس و توانمندی، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب.
سوم	پذیرش الوهیت الهی و رسالت انسان‌های برگزیده و حق انسان در تعیین سرنوشت خویش	استواری اراده حکیمانه خداوند بر اساس نظام علیت (نظام اسباب و مسببات)، حکمت داشتن ابتلای انسان با بیماری یا سایر دشواری‌های زندگی، نقش مهم کیفیت زندگی در ابعاد روانی و جسمی، تعریف کیفیت زندگی با استفاده از موقعیت در زندگی، در متن فرهنگ و نظام‌های ارزشی و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازها، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
چهارم	اعتراف به گناهان نزد خداوند و پذیرش ضعفهای خویش و عوارض ناشی از عدم این پذیرش	تلاش برای آرامش و بهبود سلامتی و وضعیت زندگی خود با امید داشتن به آینده و با افکار مثبت، غیرشرطی بودن عشق خداوند نسبت به بنده هایش و آگاهی خداوند نسبت به تمام خطاها و اشتباهات ما و بخشش و چشم پوشی از آنها، به کمال رسیدن عشق به خداوند با وجود بیماری‌ها و مشکلات زندگی، ضرورت اصلاح رفتارها و اصلاح گذشته برای حرکت به سوی آینده متعالی، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
پنجم	تقویت اعتماد به نفس و اراده فردی و رشد معنوی و پاک شدن از ویژگیهای فکری و رفتاری و تلاش برای جایگزینی رفتارهای مثبت به جای منفی	بیان اهمیت اعتماد به نفس واقعی از طریق شناخت عمیق و همه جانبه ما نسبت به خود، محیط و دیگران و اینکه هر چه این شناخت بیشتر باشد بر روی اعتماد به نفس واقعی ما اثرات مثبت بیشتری می‌گذارد، بیان ۱۰ روش ذیل برای تقویت اراده فردی ۱- شناخت عمیق از خود، در جهت بی بردن به توانائی‌های عظیم و پنهان خویش. ۲- شناخت نقاط ضعف خود و تلاش در جهت رفع آنها. ۳- استفاده از توانائی‌های دیگران به خصوص آشنایان خود از طریق شناخت ایشان. ۴- شناخت محیط خود در جهت بهره گرفتن برای رشد و پیشرفت خود. ۵- شناخت و رشد و شکوفایی استعدادهای خود ۶- بهره گرفتن از معجزه امیدواری و تسلیم نشدن در برابر ناامیدی که منجر به کاهش اعتماد به نفس ما می‌شود. ۷- ایمان نسبت به توانائی‌های واقعی خود و پرهیز از احساس حقارت و خودکم بینی. ۸- پرهیز از مقایسه کردن خود با دیگران. ۹- اتکا به خود و توانایی‌های خود و پرهیز از وابستگی‌های غیرضروری به دیگران ۱۰- دوری از تلقین شکست و ناتوانی به خود، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
ششم	یادگیری و باورمندی معنوی و نقش افکار مثبت در این مقوله برای داشتن زندگی آرام‌تر و بهتر	کنترل افکار با توجه به قدرت فوق العاده سازنده بودن یا ویرانگری افکار، دستیابی به باور معنوی جهت بهره گیری از افکار مثبت و عمل به، رشد معنوی و معنوی شدن در سایه افکار مثبت و اعمال منطقی و عاقلانه، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
هفتم	فضاسازی ذهنی و محیطی برابر شد معنوی با توجه به آموزه‌های بسیار مهم و دقیق در ذهن و گفتار ما و چگونگی ایجاد و نگاه به آنها	به فال نیک گرفتن حوادث ناراحت کننده در زندگی به جای یاس و نگرانی طبق قول سعدی در بیت خدا گر به حکمت ببندد دری به رحمت گشاید در دیگری، اندیشیدن به حکمت‌های فراوان بیماری به عنوان زمینه مناسب برای رشد معنوی ما، الگوبرداری از افراد موفق جهت الگوی مناسبی بودن برای دیگران، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
هشتم	آزادسازی احساسات و عواطف	بحث پیرامون ماهیت احساسات، آموزش کنترل احساسات، احساسات خوب و بد، روش‌های اصلاح احساسات، آموزش ریلکسیشن و... آموزش راهکارهای زیر به بیماران برای کنترل عواطف و احساسات خود، شناخت احساسات خود، راه‌های ابراز احساسات و تهیه فهرستی در این رابطه، ابراز احساسات سرکوب شده، احساسات نامطلوب را با قدرت تخلیه کردن، صرف کردن انرژی روانی خود در اعمال سازنده و مبارزه با بیماری خود، تمرین و ممارست جهت پیدا نمودن احساسات بهتر، کنترل استرس برای مقابله با احساسات منفی، سازگاری تدریجی، داشتن هدف نقشی اساسی در لذت بردن از زندگی با وجود بیماری، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
نهم	چگونگی توانمند و مقتدر شدن جهت حل مشکلات خود و دیگران	توانمندسازی روانی شناختی که شامل پنج بعد احساس شایستگی، احساس اعتماد، احساس مؤثر بودن، احساس خود مختاری و احساس معنی دار بودن است، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
دهم	گسترش تجربه‌های معنوی	دریافت تجربیات معنوی برتر و با سطح ناآشکارتر با تمرین معنوی مناسب، تقویت تصویر ذهنی معنوی درست از خود، به عنوان پایه اصلی شخصیت و رفتار، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
یازدهم	ارزیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی و رشد یافته‌تر از خود و مرور و جمع بندی	آگاهی نسبت به اینکه ریشه خوشحالی و خوشبختی واقعی مادر درون ماست، آگاهی نسبت به اینکه هدف زندگانی آن است که تمام توانایی‌های بالقوه خود را به عنوان یک انسان خودشکوفای بشناسیم و آنها را شکوفا کنیم، باور داشتن به اینکه تمام مشکلات، موانع و مصائب زندگی، در واقع درس‌هایی هستند که به انسان می‌آموزند و انسان را میسازند، سعادت واقعی در زندگی، در نحوه عکس العمل ما در مقابل رخدادها و حوادث زندگی است نه در بخت و اقبال، مسئول دانستن خود در زندگی جهت عکس العمل مناسب در رخدادهای تلخ، تبدیل حقیقت زیبای زندگی به واقعیت قابل قبول، ارزیابی مستمر ما از خود و تحت نظر داشتن روحیات درونی ما، کنترل واکنش‌های روانی به عنوان عامل مؤثر در بیماری‌های جسمی، بحث گروهی پیرامون نکات ذکر شده در جلسه جهت تثبیت مطالب
دوازدهم	تکمیل پرسشنامه ها	پاسخ به پرسشنامه کیفیت زندگی توسط هر دو گروه گواه و آزمایش

برای کل سؤالات را ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. همبستگی درونی پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (۲۱). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه تحمل پریشانی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است.

پرسشنامه اضطراب مرگ: پرسشنامه اضطراب مرگ توسط Templer در سال ۱۹۷۰ ساخته شد. پرسشنامه اضطراب مرگ یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۱۵ سوال بلی-خیر است که دامنه تغییرات مرگ را دربر می‌گیرد. پاسخ بله به نشانه وجود اضطراب مرگ در افراد است. کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای اضطراب مرگ بالاتر و نمرات پایین به معنای اضطراب مرگ پایین است. نمره گذاری به شکل صفر: پاسخ خیر و یک: پاسخ بلی است. روایی و پایایی ابزار توسط Templer به ترتیب، ۰/۴۲ و ۰/۸۳ گزارش شد (۲۲). در ایران دادفر و همکاران (۲۳) این پرسشنامه را هنجاریابی کردند و روایی و پایایی آن را به ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۶۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه اضطراب مرگ از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۲ به دست آمده است.

آموزش معنویت درمانی: در این پژوهش، آموزش معنویت درمانی بر مبنای پکیج درمانی تقی زاده و میرعلایی (۲۴) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و طی یک جلسه در هفته برگزار شد.

داده‌های به دست آمده در مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، میانگین (انحراف معیار) سنی گروه آزمایش (۴/۶) ۳۲/۹ و گروه گواه (۵/۱) ۳۴/۳ سال بود. در گروه آزمایش، تعداد ۶ (۴۰٪) نفر را مرد و ۹ (۶۰٪) نفر را زن تشکیل می‌دادند. در گروه گواه، تعداد ۸ (۵۳/۳٪) نفر را مرد و ۷ (۴۶/۷٪) نفر را زن تشکیل می‌دادند. در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری

P	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	پس‌آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیش‌آزمون (انحراف معیار) میانگین	گروه	متغیر
۰/۰۰۱	۵۴/۸ (۴/۲)	۵۷ (۴/۳)	۲۴/۶ (۲/۸)	آزمایش	تحمل پریشانی
۰/۷۵	۳۲/۶ (۱۰/۶)	۳۰/۵ (۶/۹)	۳۱/۸ (۵/۷)	گواه	
۰/۰۰۱	۷/۷ (۱/۲)	۷/۹ (۱/۳)	۱۲/۴ (۱/۴)	آزمایش	اضطراب مرگ
۰/۸۴	۱۱/۴ (۱/۳)	۱۱/۵ (۱/۶)	۱۲/۶ (۱/۸)	گواه	

داده‌های جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها، به واسطه عدم معنی‌دار بودن Z کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که برای متغیر تحمل پریشانی ($Z=1/254$, $P=0/388$) و متغیر اضطراب مرگ ($Z=1/254$, $P=0/388$) از توزیع بهنجار بودن تبعیت می‌کند. همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن واریانس‌های دو گروه آزمایش و گواه) از آزمون لوین استفاده شد که در متغیر تحمل پریشانی ($F=1/704$) و متغیر اضطراب مرگ ($F=2/116$ و $P=0/133$)، نتایج آزمون باکس ($P=0/069$, $F=1/536$ و $Box's=14/367$) به دست آمد. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که در متغیر تحمل پریشانی ($F=0/272$ و $P=0/845$) و متغیر اضطراب مرگ ($F=0/872$ و $P=0/641$) به دست آمد. باتوجه به

نتایج، می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. در ادامه برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله آموزش معنویت درمانی بر تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان خون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است. نتایج مرحله پس‌آزمون در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایشی آموزش معنویت درمانی و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۷۷۳	۱۲/۶۰۰	۴	۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸۷
لامبدای ویلکز	۰/۲۴۶	۱۹/۸۲۳	۴	۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۴
اثر هتلینگ	۲/۹۹۰	۲۸/۴۰۱	۴	۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۹
بزرگترین ریشه‌وری	۲/۹۶۴	۵۹/۲۷۲	۲	۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۴۸

همان‌طور که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌گردد، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در گروه‌های آموزش معنویت درمانی و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. در ادامه، جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پس‌آزمون تحمل پریشانی و اضطراب مرگ

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
تحمل پریشانی	۳۹۳۶/۸۳۰	۲	۱۹۶۸/۴۱۵	۴۹/۰۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۰
اضطراب مرگ	۳۵۲/۲۰۹	۲	۱۷۶/۱۰۴	۲۹/۷۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۸

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای تحمل پریشانی و اضطراب مرگ بین گروه‌های آموزش معنویت درمانی و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. در ادامه، نتایج مرحله پیگیری ارائه شده است.

جدول شماره ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون تحمل پریشانی و اضطراب مرگ در گروه‌های آزمایشی آموزش معنویت درمانی و گروه گواه در مرحله پیگیری

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	P	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۶۹۰	۱۰/۵۳۶	۴	۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۵
لامبدای ویلکز	۰/۳۱۰	۱۵/۵۲۴	۴	۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۳
اثر هتلینگ	۲/۲۲۶	۲۱/۱۴۵	۴	۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۷
بزرگترین ریشه‌وری	۲/۲۲۶	۴۴/۵۱۴	۲	۴۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۹۰

همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌گردد، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در گروه‌های آموزش معنویت درمانی و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. در ادامه، جدول شماره ۶ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای نمره‌های پیگیری در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۶- نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری روی نمره‌های پیگیری تحمل پریشانی و اضطراب مرگ

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آزمون
تحمل پریشانی	۲۴۲۸/۲۴۹	۲	۱۲۱۴/۱۲۵	۱۹/۸۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹۷	۱
اضطراب مرگ	۲۸۷/۶۸۷	۲	۱۴۳/۸۴۴	۳۰/۵۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۴	۱

همان‌طور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌گردد، نسبت F تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای وابسته نشان می‌دهند که در متغیرهای تحمل پریشانی و اضطراب مرگ بین گروه‌های آموزش معنویت درمانی و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از ۱۲/۴ (۱/۴) در پیش آزمون به ۷/۹ (۱/۳) در پس آزمون و ۷/۷ (۱/۲) در پیگیری کاهش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). اما در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) اضطراب مرگ از ۱۲/۶ (۱/۸) در پیش آزمون به ۱۱/۵ (۱/۶) در پس آزمون و ۱۱/۴ (۱/۳) در پیگیری رسید که تفاوت معنی‌داری نداشت. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از ۲۴/۶ (۲/۸) در پیش آزمون به ۵۷ (۴/۳) در پس آزمون و ۴/۲ (۵/۴) در پیگیری افزایش یافت ($P < ۰/۰۰۱$). اما در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) تحمل پریشانی از ۳۱/۸ (۵/۷) در پیش آزمون به ۳۰/۵ (۶/۹) در پس آزمون و ۳۲/۶ (۱۰/۶) در پیگیری رسید که تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتایج نشان داد آموزش معنویت درمانی بر افزایش تحمل پریشانی و کاهش اضطراب مرگ مؤثر بود و این نتایج تا مرحله پیگیری تداوم اثر داشت. یافته اول نشان داد آموزش معنویت درمانی بر افزایش تحمل پریشانی در مراحل پس آزمون و پیگیری اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش‌های رضایی و همکاران (۲۵) مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر میزان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان خون و پژوهش معینی و همکاران (۲۶) مبنی بر تأثیر برنامه حمایتی معنویت بر اضطراب بیماران مبتلا به سرطان خون هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، معنویت به باورها و اعمالی نسبت داده می‌شوند که بر این فرض استوارند که ابعاد متعالی (نه جسمانی) در زندگی انسان وجود دارد که او را در ارتباط نزدیک با خداوند قرار داده و دامنه‌ای از فضیلت‌ها را در او شکل می‌دهد. در معنویت درمانی سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها، انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در درمان بیماری استفاده شود. آنچه در معنویت درمانی حائز اهمیت است، جنبه معناگرایانه آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب عبادت در هر دینی تجلی پیدا می‌کند (۲۷). این تکنیک‌ها در معنویت درمانی می‌توانند جنبه رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، مراقبه و غیره تجلی یابند. معنویت در اسلام در سایه عشق به خدا، عبادت، نیایش، عمل خدایسندانه، همدردی و همدلی با محرومان به ظهور می‌رسد. در معنویت درمانی بر باورهای بیماران کار می‌شود زیرا باورها زیر بنای تغییر نگرش‌ها و در نتیجه رفتار فرد هستند و با تغییر رفتار، درمان اثربخش‌تر باقی می‌ماند. باورهایی شامل باور به وجود خداوند، باور به معاد توجه به زندگی پس از مرگ موجب بیداری انسان شده و به او کمک می‌کند تا به اصلاح خود بپردازد، فرصت زندگی دنیا را از دست ندهد و خود را برای زندگی جاوید آماده کند به این ترتیب تحمل پریشانی را در وی افزایش دهد (۲۸). در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد، زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام بخشی و یکپارچه سازی شخصیت را به دنبال دارد که تحمل پریشانی‌های مربوط به بیماری خود را هموارتر می‌نماید.

نتایج پژوهش همچنین، نشان داد که آموزش معنویت درمانی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان خون در مراحل پس آزمون و پیگیری مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دشت بزرگی و همکاران (۲۹) مبنی بر اثربخشی درمان معنوی اسلامی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ در سالمندان و پژوهش سلاجغه و رقیبی (۳۰) مبنی بر تأثیر

درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی- شناختی بر اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان هماینگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان ادعان نمود که در طی دو دهه اخیر، مداخلات مذهبی و معنوی توسط تعداد کثیری از متخصصان برجسته روان‌شناسی بالینی در درمان بیماران مبتلا به سرطان به کار گرفته شده است. مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر مذهب در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری قرار دارد. مقابله معنوی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی و افسردگی به افراد کمک می‌کند. معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی نموده و حس قوی تری از کنترل بر واقعه داشته باشد و آستانه توانایی و شکیبایی آنها افزایش یافته و به لحاظ شناختی سبب افزایش انطباق و قابلیت سازگاری در این افراد می‌شود. در واقع مذهب عبارت است از: حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی (۲۷). این تعریف پایه مذهب است که 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 تحت تأثیر مذهب در هر شرایطی معنادار است. به بیانی دیگر تکیه بر باورهای مذهبی، هستی را برای فرد با معنی کرده و توجه بیمار را به وظایفی که در قبال زندگی دارد جلب کرده و احساس مسئولیت وی را به انجام رساندن آن وظایف بیدار می‌کند. 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 هرچند توان فرسا همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ آور در این مسیر معنا یابد (۲۹). افراد و گروه‌هایی از محققان در سراسر جهان درباره تأثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط‌های مذهبی و آداب و رسوم دینی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش، به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافته و تقریباً تمامی این تحقیقات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط‌های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی آنها بیشتر است، میزان اضطراب و به خصوص ترس از مرگ به طور محسوسی کمتر از میزان آن در محیط‌ها و جوامع غیرمذهبی است و چون افراد مذهبی زندگی را معنادارتر می‌یابند و امید به زندگی نزد آنان بیشتر است پس اضطراب مرگ آنان کمتر است.

یکی از محدودیت‌های مطالعه کم بودن تعداد نمونه است. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، جامعه آماری آن بود که شامل بیماران مبتلا به سرطان خون مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر شهر خرمشهر بوده است و در تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر باید احتیاط لازم صورت گیرد. با توجه به اثربخشی آموزش معنویت درمانی، پیشنهاد می‌شود درمانگران با اجرای صحیح درمان آشنا شده و از آن بر روی افراد به بیماری‌های مزمن استفاده نمایند تا از این طریق تحمل پریشانی و اضطراب مرگ را در آنها بهبود بخشند و درمان از تداوم بیشتری برخوردار گردد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد معنویت درمانی منجر به کاهش اضطراب مرگ و افزایش تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان خون می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش کمال تشکر و قدردانی می‌شود. این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مقاله و دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.AHVZ.REC.1399.038 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Jani S, Molaee M, Jangi S, Pouresmali A. Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Religious Beliefs on Death Anxiety, Social Adjustment and Subjective Well-being in the Cancer Patients. *sjimu*. 2014; 22 (5) :94-103.
2. Majidi A, Moradi O. Effect of Teaching the Components of Spiritual Intelligence on Death Anxiety in the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(1):110-123.

3. Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;1(33):21-38.
4. Salajegheh S, Raghibi M. The Effect of Combined Therapy of Spiritual-Cognitive Group Therapy on Death Anxiety in Patients with Cancer. *JSSU*. 2014; 22 (2) :1130-1139.
5. An E, Lo C, Hales S, Zimmermann C, Rodin G. Demoralization and death anxiety in advanced cancer. *Psycho-oncology*. 2018;27(11):2566-72.
6. Bahrami M, Behbahani MA. The effect of a health literacy promotion program on the level of health literacy and death anxiety in women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2019;24(4):286.
7. Borji M. Investigating the effect of home care on death anxiety in patients with gastrointestinal cancer. *Govarehsh*. 2017;22(2):131-2.
8. Carneiro ÉM, Moraes GV, Terra GA. Effectiveness of Spiritist Passe (Spiritual Healing) on the Psychophysiological Parameters in Hospitalized Patients. *Advances in mind-body medicine*. 2016;30(3):4-10.
9. Del Vecchio T, Pochtar R, Jablonka O. Mothers' Tolerance of Own and Child Distress: Associations with Discipline Practices. *Parenting*. 2019:1-9.
10. Dowling M, Kelly M, Meenaghan T. Multiple myeloma: managing a complex blood cancer. *British Journal of Nursing*. 2016;25(16):S18-28.
11. Ellis AJ, Salgari G, Miklowitz D, Loo SK. Is distress tolerance an approach behavior? An examination of frontal alpha asymmetry and distress tolerance in adolescents. *Psychiatry research*. 2018;267:210-4.
12. Hill EM, Hamm A. Intolerance of uncertainty, social support, and loneliness in relation to anxiety and depressive symptoms among women diagnosed with ovarian cancer. *Psycho-oncology*. 2019;28(3):553-60.
13. Ichihara K, Ouchi S, Okayama S, Kinoshita F, Miyashita M, Morita T, Tamura K. Effectiveness of spiritual care using spiritual pain assessment sheet for advanced cancer patients: A pilot non-randomized controlled trial. *Palliative & supportive care*. 2019;17(1):46-53.
14. Kale HP, Carroll NV. Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*. 2016;122(8):283-9.
15. Krause N, Pargament KI, Ironson G. In the shadow of death: Religious hope as a moderator of the effects of age on death anxiety. *The Journals of Gerontology: Series B*. 2018;73(4):696-703.
16. Moradipour S, Soleimani MA, Mafi M, Sheikhi MR. Effect of Benson's relaxation technique on death anxiety among patients with breast cancer. *Journal of hayat*. 2019;24(4):355-67.
17. Oshvandi K, Amini S, Moghimbeigi A, Sadeghian E. The effect of spiritual care on death anxiety in hemodialysis patients with end-stage of renal disease: A Randomized Clinical Trial. *Journal of hayat*. 2018;23(4):332-44.
18. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K. Elderly cancer patients' psychopathology: a systematic review: aging and mental health. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015;60(1):9-15.
19. Pearce MJ, Koenig HG. Spiritual struggles and religious cognitive behavioral therapy: a randomized clinical trial in those with depression and chronic medical illness. *Journal of Psychology and Theology*. 2016;44(1):3-15.
20. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(1):7-30.
21. Van Eck K, Warren P, Flory K. A variable-centered and person-centered evaluation of emotion regulation and distress tolerance: links to emotional and behavioral concerns. *Journal of youth and adolescence*. 2017;46(1):136-50.
22. Vodermaier A, Linden W. Social support buffers against anxiety and depressive symptoms in patients with cancer only if support is wanted: a large sample replication. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(7):2345-7.
23. Dadfar M, Lester D, Abdel-Khalek AM. Validity and reliability of the Farsi version of the Death Anxiety Scale with nurses. *Illness, Crisis & Loss*. 2018;1(2):13-24.
24. Uslu-Sahan F, Terzioglu F, Koc G. Hopelessness, death anxiety, and social support of hospitalized patients with gynecologic cancer and their caregivers. *Cancer nursing*. 2019;42(5):373-80.

25. Musarezaie A, Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T. Does spiritual care program affect levels of depression in patients with Leukemia? A randomized clinical trial. *Journal of education and health promotion*. 2014;3(1):45-52.
26. Moeini M, Taleghani F, Mehrabi T, Musarezaie A. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2014;19(1):88.
27. Wani IA, Singh B. Effect of Islamic psycho-spiritual therapy in managing craving, withdrawal symptoms, and mental health problems among cannabis users. *Mental Health, Religion & Culture*. 2019;22(7):674-85.
28. Majidi A, Moradi O. Effect of teaching the components of spiritual intelligence on death anxiety in the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(1):110-23.
29. Dashtbozorgi, Z., Sevari, K., Safarzadeh, S. Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy on the Feeling of Loneliness and Death Anxiety in Elderly People. *Aging Psychology*, 2016; 2(3): 177-186.
30. Salajegheh S, Raghbi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *SSU_Journals*. 2014;22(2):1130-9.

پرسشنامه تحمل پریشانی

سوالات	کاملاً موافق	کاملاً مخالف	به یک اندازه موافق و مخالف	اندکی موافق	اندکی مخالف	کاملاً مخالف
۱_ داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی کردن برای من غیر قابل تحمل است.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۲_ وقتی پریشان یا آشفته هستم فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۳_ من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۴_ احساسات پریشانی من انقدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کند.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۵_ هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۶_ من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۷_ احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیستند.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۸_ من هرکاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۹_ دیگران بهتر از من قادرند احساس پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنند.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۱۰_ پریشان یا اشفته بودن همیشه برای من آزمایش سختی است.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۱۱_ وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۱۲_ از احساسات پریشانی یا آشفتگی ام وحشت دارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۱۳_ من هرکاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۱۴_ وقتی پریشان یا اشفته می شوم باید بلافاصله کاری درمورد آن انجام دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵
۱۵_ وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم به جز اینکه بر بد بودن آن تمرکز کنم کاری نمی توانم بکنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۵

مقیاس اضطراب مرگ

- ۱_ آیا دلواپس مردن هستید؟ بلی خیر
- ۲_ آیا نگران هستید قبل از انجام کارهایتان از دنیا بروید؟ بلی خیر
- ۳_ آیا نگران هستید قبل از مرگ برای مدت طولانی بیمار باشید؟ بلی خیر
- ۴_ آیا این فکر شما را ناراحت می کند که دیگران ممکن است به درد و رنج شما وقتی که در احتضار هستید توجه کنند؟ بلی خیر
- ۵_ آیا نگران هستید که مرگ ممکن است خیلی دردناک باشد؟ بلی خیر
- ۶_ آیا فکر می کنید وقتی در حال احتضار هستید نزدیک ترین افراد نگران شما هستند؟ بلی خیر
- ۷_ آیا درباره تنها بودن به هنگام مرگ نگران هستید؟ بلی خیر
- ۸_ آیا فکر می کنید قبل از مرگ کنترل ذهنی خود را از دست بدهید؟ بلی خیر
- ۹_ آیا نگران هستید که ممکن است هزینه کفن و دفن شما برای دیگران سنگین باشد؟ بلی خیر
- ۱۰_ آیا نگران هستید که مبادا پس از مرگتان دستورات یا تعلقات شما انجام نشود؟ بلی خیر
- ۱۱_ آیا می ترسید که مبادا قبل از اینکه واقعا از دنیا بروید شما را به خاک بسپارند؟ بلی خیر
- ۱۲_ آیا ترک افراد مورد علاقه به هنگام مرگ شما را ناراحت می کند؟ بلی خیر
- ۱۳_ آیا نگران هستید که مبادا انهایی که نگران شما هستند بعد از مرگ شما را به یاد نیاورند؟ بلی خیر
- ۱۴_ آیا فکر می کنید نگرانی شما این است که با مرگ برای همیشه نابود خواهید شد؟ بلی خیر