

اثربخشی گروه‌درمانی معنوی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان

عبدالمجید بحرینیان^۱، حامد رادمهر^۲، حسین محمدی^{۳*}، بیتا باوادی^۳، محمدرضا موسوی^۱

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی پزشکی، مرکز مطالعات دین و سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲- دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳- دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم و تحقیقات تهران، دانشکده‌ی علوم انسانی، تهران، ایران.

مکاتبات خطاب به آقای حسین محمدی؛ پست الکترونیک: Mohamadi.h@tak.iuums.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۷ مرداد ۹۵

دریافت متن نهایی: ۷ مهر ۹۵

پذیرش: ۲۱ مهر ۹۵

نشر الکترونیکی: ۱۱ دی ۹۵

واژگان کلیدی:

سرطان پستان

سلامت روان

کیفیت زندگی

گروه‌درمانی معنوی

چکیده

سابقه و اهداف: مطالعه‌ی حاضر باهدف بررسی تعیین اثربخشی گروه‌درمانی معنوی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی شهر تهران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش، از طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون، با گمارش تصادفی استفاده شده است. ۲۴ بیمار مبتلا به سرطان پستان، به صورت تصادفی انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۱۲ جلسه‌ی گروه‌درمانی معنوی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) برگزار شد. در این پژوهش، از پرسش‌نامه‌های سلامت روان و کیفیت زندگی استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس و همچنین نرم‌افزار آماری spss، تجزیه و تحلیل شد. این پژوهش تمام موارد اخلاقی مرتبط را رعایت کرده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد، معنویت‌درمانی به‌طور معناداری در افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است ($P < 0/05$). به‌عبارت‌دیگر، این مداخله توانست میزان کیفیت زندگی و سلامت روان را در گروه آزمایش ارتقا دهد.

نتیجه‌گیری: نتیجه‌ی این پژوهش نشان داد که معنویت‌درمانی، منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی شناخته می‌شود و این مداخله می‌تواند در درمان‌های رایج پزشکی، برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان مبتلایان به سرطان پستان به‌کار برده شود.

استناد مقاله به این صورت است:

Bahreiniyan A, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi M. The Effectiveness of the Spiritual Treatment Groupon Improving the Quality of Life and Mental Health in Women with Breast Cancer. J Res Relig Health. 2017; 3 (1): 64- 78.

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های مزمن و روبه‌رشدی است که می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی، خانوادگی و

شغلی، ثروت و تحصیلات، مرتبط دانسته‌اند (۵). در مقابل، رویکرد ذهنی، کیفیت زندگی را مترادف با شادی یا رضایت فرد در نظر می‌گیرد (۶).

در حال حاضر، کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده‌ی سیاست‌مداران و متخصصان علم پیشگیری و شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات انجام شده، محسوب می‌شود. سازمان بهداشت جهانی (۷)، کیفیت زندگی را برداشت و درک افراد از موقعیت خود درباره‌ی اهداف و نظام‌های ارزشی پذیرفته‌ی آنان، با توجه به شرایط عینی زندگی تعریف می‌کند. بتن توتنگ و پراتی پاواتیت^۱ در پژوهش خود، نشان داده‌اند که وجود درد در بیماران سرطانی، با کیفیت زندگی بیماران و نیز تأثیر بر جنبه‌های جسمی و روانی آنان، رابطه دارد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی در حدی است که برخی، بهبود کیفیت زندگی را، مهم‌ترین هدف درمانی می‌دانند (۸). بیشترین اهمیت، مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که درمان قطعی برای بیماری آنان، شناخته‌شده نیست. نتایج پژوهشی حاکی از آن است که کیفیت زندگی بالاتر، موجب کاهش استرس و افزایش دفاع بدن در برابر بیماری‌های جسمانی می‌شود (۹). بیمارانی که سبک و کیفیت زندگی خوبی دارند، امید به بهبود و ادامه‌ی زندگی در آنان بالاتر از دیگران است (۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در بیشتر بیماری‌های جسمانی، سطوح کیفیت زندگی در کل پایین است (۱۱). برادلی و ایلرتسن^۲، به‌قصد ارزیابی کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان بهبودیافته از سرطان، آنان را سه سال پس از تشخیص اولیه، با گروه کنترل مقایسه کردند. نتایج نشان داد که گروه نوجوانان بهبودیافته از سرطان، کیفیت زندگی خود را مشابه هم‌تایان سالم خود ارزیابی می‌کردند (۱۲). در جهت اهمیت این موضوع، نتایج پژوهشی که به‌دنبال بررسی آثار روانی ناشی از تشخیص سرطان بود، نشان داد که درمان و عوارض جانبی آن، بر درک شخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی، سلامت اجتماعی و خانوادگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر می‌گذارد (۱۳). در مطالعه‌های انجام شده، شیوع افسردگی اساسی در مبتلایان به سرطان، ۱۰ درصد، افسردگی عمده، ۲۷ درصد و اختلال‌های اضطرابی، ۹ درصد بوده است (۱۴). بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست آمده، می‌توان نتیجه گرفت که کاهش سلامت روان و کیفیت

اجتماعی اثر بگذارد. در این میان سرطان پستان از شایع‌ترین سرطان‌ها و نخستین عامل مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان ایرانی گزارش شده که امروزه بحث‌های مهمی برانگیخته است (۱). فرآیند درمان سرطان، پیچیده و اغلب با عوارض جانبی جدی و بغرنجی همراه است که بر وجوه جسمانی، روان-شناختی و اجتماعی زندگی مبتلایان و خانواده‌های آنان تأثیر می‌گذارد. معمولاً بیماران مبتلا به سرطان پستان، از مشکل‌های روان‌شناختی متعددی رنج می‌برند؛ این مشکل‌ها که به عامل‌های فردی بیمار، عامل‌های مرتبط با درمان و عامل‌های روانی - اجتماعی دیگر مربوط می‌شود، می‌تواند ایمنی افراد مبتلا را تضعیف و واکنش‌های ثانویه‌ی درمان را تشدید کند؛ و در نهایت موجب بازگشت بیماری و حتی تشدید آن شود؛ و بر آثار درمان و پیش‌آگهی نیز تأثیر بگذارد (۲). فرد مبتلا به سرطان در معرض بسیاری از علائم متوسط تا شدید مشکل‌های هیجانی مانند اندوه، افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم، رفتارهای کناره‌گیری از روابط خانوادگی، ترس از مرگ، ترس از درمان و عوارض آن و اطمینان نداشتن به بازگشت سلامتی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش و به دنبال آن، کاهش سلامت روان‌شناختی، قرار دارد (۳). شیوع بیماری‌های روانی در زنان مبتلا به سرطان، در حال افزایش است و سلامت روان و کیفیت زندگی آنان را به خطر انداخته است. سلامت روان حالتی از بهزیستی است و این احساس را در فرد ایجاد می‌کند که می‌تواند با جامعه کنار بیاید؛ علاوه‌براین، موقعیت‌های شخصی و ویژگی‌های اجتماعی نیز برای او رضایت‌بخش است.

بنابه تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی عبارت است از «حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی؛ نه فقط نداشتن بیماری یا ناتوانی» (۴). سرطان بیماری مزمنی است که به‌شدت بر روند و کیفیت زندگی، عملکرد روانی - اجتماعی و پیشرفت اقتصادی افراد تأثیر می‌گذارد. پژوهش‌های مختلف نشان داده که بیماری سرطان با برخی از ویژگی‌های روان‌شناختی از جمله کیفیت و هدف زندگی و میزان حمایت‌های اجتماعی، رابطه دارد. کیفیت زندگی به تأمین روانی و شادکامی افراد و بهره‌مندی آنان از زندگی سالم کمک می‌کند. کیفیت زندگی، مفهومی است که در سه دهه‌ی گذشته تلاش‌های بسیاری برای تعریف و اندازه‌گیری عینی آن انجام شده است (۵). برخی از محققان، کیفیت زندگی را با رویکرد عینی تعریف کرده‌اند و آن را با معیارهایی از جمله: سلامت جسمانی، شرایط

1 betentot & prati pavatit

2 Bradley and Aylertsen

مقابله‌ی معنوی - مذهبی از آسیب روان‌شناختی در امان بمانند (۲۳). در این رویکرد بر اموری مانند نگرش نسبت به خدا، اعتقاد به توانمندی، لطف خدا به شخص، راضی بودن به تدبیر الهی، درک واقعیت زندگی دنیا که مقدمه‌ی آخرت است، معطوف کردن آرزوها به زندگی اخروی و ذکر و عبادت تأکید می‌شود. افراد دارای تجربه‌های معنوی و اعتقادات مذهبی، با استرس و اختلال‌های روانی مقابله و از روش‌های مؤثری استفاده می‌کنند (۲۴). در این رویکرد، همچنین به نقش جستجوی معنویت که منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ-های جسمانی و روانی به سرطان پستان محسوب می‌شود، توجه شده است (۲۴). بنابراین، گروه‌درمانی معنوی از جمله درمان‌های مؤثر در کاهش افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، حساسیت فردی، شکایت‌های جسمانی و سلامت روان است که تأثیر آن طی مطالعه‌هایی بررسی شده است (۲۵).

سندستورم و ماتینسون^۲ در مطالعه‌ی به این نکته اشاره کرده‌اند که عقاید معنوی، شکلی از سازگاری فعال در بیماران مبتلا به سرطان شناخته می‌شود (۲۶). کوئینگ و همکاران^۳ نیز معتقدند که در موقعیت‌های تنش‌زا، به‌ویژه مسائل مرتبط با سلامتی، معنویت منبع مهم سازگاری به‌شمار می‌رود (۲۷). همچنین نلسون و همکاران^۴ گزارش داده‌اند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مربوط به اختلال-های روانی مانند افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی، در بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (۲۸). یافته‌های پژوهش برجعلی و همکاران که به بررسی رابطه‌ی سلامت معنوی، کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران سرطانی پرداخته‌اند، نشان داده که سلامت معنوی عاملی معنی‌دار در زندگی است که با کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران ارتباط دارد. همچنین احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (۲۹). تعامل پیچیده بین عامل‌های روان‌شناختی و سیر درمان و پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان پستان و چگونگی تأثیر این عامل‌ها بر سلامت روانی - اجتماعی زنان، ما را بر آن داشت تا در پی مطالعه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی معنوی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان باشیم.

زندگی بیماران مبتلا به سرطان، متغیری مهم در پیش‌آگهی محسوب می‌شود؛ از این رو، مبتلایان باید در ابتدای تشخیص بیماری، برای تعیین سلامت روان، سطوح کیفیت زندگی و درمان‌های روان‌شناختی لازم، غربالگری شوند (۲).

مطالعه و درمان‌های متعددی درباره‌ی سرطان به‌طور کلی و سرطان پستان به‌طور جزئی، صورت گرفته است. بیشتر درمان‌ها در این زمینه، مبتنی بر الگوی درمان‌های حمایتی و درمان‌های موج سوم، همچون ذهن‌آگاهی، پذیرش و درمان‌های شناختی - رفتاری مدیریت استرس است (۱۵)؛ زیرا این نوع درمان، روش‌های واضح و کاملی برای سنجش و مداخله فراهم می‌کند (۱۶). از جمله عامل‌هایی که به‌تازگی نقش آن در سلامت روان، توجه روان‌شناسان را به‌خود جلب کرده، معنویت‌درمانی و مفاهیم مرتبط با آن است (۱۷). هنگامی که انسان با مشکل‌ها و دشواری‌ها روبه‌رو می‌شود و احساس می‌کند به‌تنهایی توانایی حل آنها را ندارند، فرد توانمند دیگری را وکیل خود قرار می‌دهد. بر اساس آموزه‌های دینی، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، درعین استفاده از عامل‌های طبیعی و اسباب مادی، باید به نیروی غیبی و قدرت بی‌پایان خدا تکیه کند و از او یاری جوید (۱۸). استفاده از راهبردهای معنوی، عامل تقویت‌کننده‌ی روانی و یکی از مؤثرترین مقابله‌های مذهبی است (۱۹). در پژوهش‌های روان-شناختی نیز تجربه‌های معنوی، یکی از مقابله‌های مذهبی دانسته شده است. افرادی که از خدا یاری نمی‌جویند و خود را به نیروی بی‌پایان الهی متصل نمی‌دانند، نیروها و توانمندی-هایشان محدود است. بدین علت، در رویارویی با مشکل‌ها، خود را ناتوان می‌بینند و نیرویی در خود احساس نمی‌کنند که به آن اعتماد کنند (۲۰).

کرونر جی و بیلی اس^۱، معتقدند که به‌سبب طبیعت تهدیدکننده‌ی سرطان، تشخیص این بیماری موجب می‌شود نیازهای معنوی بیماران به‌گونه‌ی چشمگیر افزایش یابد (۲۱). این نیازها، بحران‌های معنایی بسیاری در فرد ایجاد می‌کند و اعتماد به نفس و ایمان مذهبی او را به خطر می‌اندازد. علاوه-براین، ارتباط‌های بین فردی به‌دلیل اطمینان نداشتن به آینده مختل می‌شود و مکانیزم‌های سازگاری قبلی ناکافی به‌نظر می‌رسد. همچنین، بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا کند (۲۲). رویکرد معنویت‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کنند و با استفاده از راهکار

² Sandstvrn and Matynsvn

³ Koenig & et al.

⁴ Nelson & et al.

¹ Coronary Jay and Billy S.

مواد و روش‌ها

در این پژوهش از روش نیمه آزمایشی استفاده شده و طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گواه) پیش آزمون - پس‌آزمون، با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه‌ی بیماران ۱۸ تا ۶۰ سال مبتلا به سرطان پستان است که در سال ۱۳۹۴ به بیمارستان طالقانی تهران مراجعه کرده بودند و متخصص آنکولوژیست بیماری آنان را تشخیص داده بود و در این بیمارستان تحت درمان بودند. علاوه بر این، نمونه‌گیری مطالعه به شیوه‌ی هدفمند انجام شده است. بدین صورت که با مراجعه به لیست افراد تحت درمان در آن بیمارستان، ۳۰ نفر به صورت هدفمند، برای این مطالعه در نظر گرفته شدند و در نهایت ۲۴ نفر از آنان که دارای ملاک-های ورود بودند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. همسان‌سازی گروه‌ها برحسب نوع بیماری، سن، جنس، مرحله‌ی درمان و مدت زمان سپری شده از بیماری بود. پس از تعیین نمونه‌ی پژوهش و با گرفتن اجازه‌ی کتبی از مسئولان محترم، به بیمارستان یادشده مراجعه کردیم. سپس توضیح‌های لازم درباره‌ی اهداف پژوهش، رازداری و محرمانه بودن اطلاعات شخصی، به بیماران داده و از آنان خواسته شد که صادقانه و با دقت کامل به پرسش‌نامه‌های ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، کیفیت زندگی^۱ و سلامت روان پاسخ دهند. گروه آزمایش، در مداخله‌ی معنویت‌درمانی که در ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ی، طی ۱۲ هفته برگزار شد، شرکت کرد. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ی دریافت نکرد. پس از پایان جلسه‌ها، از هر دو گروه خواسته شد تا مجدداً پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل موارد ذیل بود: سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلال‌های بارز روان‌پزشکی، مانند سایکوز، اختلال وسواسی - جبری و اختلال‌های شخصیت، شرکت نکردن در دوره‌های روان‌شناختی دیگر در گذشته و حال، گذشت دست‌کم شش ماه از تشخیص بیماری و نداشتن ناتوانی یا بیماری‌های جسمانی و روانی که مانع حضور مبتلایان شود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت است از: غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسه‌های گروه‌درمانی؛ و هرگونه ناتوانی که حضور شرکت‌کنندگان را با دشواری همراه کند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مواد زیر را شامل می‌شود:

الف) پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: پرسش‌نامه‌ی اطلاعات شخصی شامل، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی بیماری جسمانی، سابقه‌ی بیماری عصبی - روانی، سابقه‌ی استفاده از داروهای غیرنسخه شده، سابقه‌ی مصرف الکل و مواد مخدر، مدت زمان ابتلا به بیماری و مرحله‌ی بیماری است.

ب) پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی: این پرسش‌نامه ۳۶ سؤال دارد که هشت مفهوم سلامتی را بررسی می‌کند: ۱- محدودیت در فعالیت جسمی ناشی از مشکل‌های جسمانی ۲- محدودیت در فعالیت اجتماعی ناشی از مسائل و مشکل‌های عاطفی و جسمانی ۳- محدودیت در فعالیت‌های شغلی ناشی از مسائل و مشکل‌های جسمانی ۴- درد بدن ۵- سلامت روانی عمومی (فشار روحی و روانی و خوب بودن) ۶- محدودیت در فعالیت‌های شغلی ناشی از مسائل و مشکل‌های عاطفی ۷- نیروی حیات یا سرزندگی (انرژی و خستگی) و ۸- برداشت از سلامت عمومی.

برای نمره‌گذاری سؤال‌های Sf36، از نمره‌ی ۰ تا ۱۰۰ استفاده شده که این نمره‌گذاری براساس معیار سنجش استاندارد مخصوص Sf36 به دست آمده است. برازیر و همکاران^۲ این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۹۳ در بریتانیا، برای تعیین پایایی آن تست کرده‌اند. نتایج نشان داده پایایی Sf36، بر اساس آزمون کرونباخ ۸۵ درصد است. بنابراین طبق این پژوهش انجام شده در سال ۱۹۹۳ پایایی این ابزار، قبلاً سنجیده شده است. علاوه بر این، منتظری نیز قبلاً از این پرسش‌نامه استفاده کرده است (۳۰).

پ) پرسش‌نامه‌ی سلامت روان SCL-90.

این آزمون شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که پاسخ‌دهنده آن را تکمیل می‌کند و اولین بار برای نشان-دادن جنبه‌های روان‌شناختی بیماران جسمی و روانی طرح-ریزی شد. پاسخی که آزمودنی به هر یک از ۹۰ سؤال آزمون می‌دهد، در مقیاسی پنج‌درجه‌ی از میزان ناراحتی (از هیچ‌گاه تا به شدت)، مشخص می‌شود. ۹۰ سؤال این آزمون، ۹ بُعد از علائم بیماری‌های روانی و سه شاخص کلی را شامل می‌شود که این ۹ بُعد عبارت است از: شکایت‌های جسمانی، وسواس، اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانویید و روان‌پریشی. علاوه-

² Brazyr & et al.

¹ Sf36

جدول خلاصه‌ی جلسه‌ها

مداخله‌ی روان‌شناختی معنادرمانی به‌شیوه‌ی گروهی، بر اساس کتاب‌های معنویت‌درمانی گروهی که ریچاردز و برگین طی ۱۲ جلسه آن را مطرح کرده‌اند، هشت مؤلفه‌ی روانی-معنوی توکل و توسل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر و تحمل، بخشش و نادیده گرفتن خشم، ارتباط و گفتگوی درونی با خدا، خودآگاهی و گوش‌دادن به ندای درونی و خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی را دربرمی‌گیرد (۲۵). از این پروتکل‌درمانی در پژوهش‌های داخلی استفاده شده و نتایج معناداری به‌دست آمده است.

براین ۹ بُعد نمره‌گذاری، تفسیر آزمون به‌کمک سه شاخص کلی علائم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علائم مرضی صورت می‌گیرد. هر یک از سؤال‌های آزمون از یک طیف پنج-درجه‌یی میزان ناراحتی (که شامل نمره‌های صفر، هیچ، تا چهار و به‌شدت است)، تشکیل شده است (۳۱). مطالعه‌های مختلف گویای پایایی بالای این پرسش‌نامه است. در چند مطالعه از این آزمون برای آزمون غربالگری اختلال‌های روانی در مناطق شهری و روستایی ایران، استفاده شده است. مطالعه‌ها نشان داده که این ابزار دارای اعتبار و پایایی مناسبی در جمعیت ایرانی است (۳۲).

| جلسه‌های درمان | عنوان جلسه‌ها |
|----------------|--|
| جلسه‌ی اول | آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو درباره‌ی مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد (ایجاد همدلی و حس مشترک در مورد مشکل میان اعضای گروه و ایجاد نوعی رابطه‌درمانی و درک تفاوت بین کلمه‌ی دین (و یا مذهب) و معنویت و همچنین تفاوت دین (و یا مذهب) و معنویت سالم از ناسالم و بیمارگون). |
| جلسه‌ی دوم | خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساس‌ها و کنترل آن، با استفاده از تکنیک‌های خیال‌پردازی هدایت‌شده، آگاهی از احساس‌های دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آنها). |
| جلسه‌ی سوم | گوش‌دادن به ندای درونی (کشف دوباره‌ی معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش‌دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا بی‌اعتمادی به آن و همچنین شناخت احساس‌ها و شهود و رهنمودهای معنوی). |
| جلسه‌ی چهارم | کلمه‌ی خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو با خدا. |
| جلسه‌ی پنجم | نوع دوستی (انجام کاری معنوی به‌صورت گروهی، باهدف تجربه‌ی عملی معنویت و افزایش عزت نفس و حس مفید و خوب در مراجعان). |
| جلسه‌ی ششم | ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقدسات، برای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب). |
| جلسه‌ی هفتم | رنجش، احساس گناه و نبخشیدن خود (کاهش احساسات منفی تنش‌زای حاصل از نبخشیدن، از طریق کاهش نبخشیدن و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران). |
| جلسه‌ی هشتم | بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا، از طریق افزایش احساسات مثبت حاصل از بخشش و مصالحه). |
| جلسه‌ی نهم | مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد؛ و یافتن معنا در زندگی). |
| جلسه‌ی دهم | ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان و توکل به خدا، کاهش احساس اضطراب و استرس). |
| جلسه‌ی یازدهم | حل مسئله‌ی معنوی و مذهبی (شناسایی مشکل‌ها و بررسی سبک‌های حل مسئله). |
| جلسه‌ی دوازدهم | قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت). |

یافته‌ها

استنباطی، نشان داده می‌شود. در بخش اول، نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش و یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داده می‌شود و در بخش دوم، از طریق تحلیل کوواریانس به فرضیه‌های پژوهش پاسخ داده می‌شود. در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم-افزار آماری SPSS (نسخه‌ی ۲۰) استفاده شده است.

با توجه به هدف اصلی این پژوهش که اثربخشی گروه‌درمانی معنوی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان سینه است، در این قسمت، یافته‌های پژوهش در دو بخش آمار توصیفی و پاسخ به فرضیه‌های پژوهش در آمار

جدول . یافته‌های جمعیت‌شناختی (برحسب میانگین)

| گروه | طبقه‌ی سنی (۳۵- ۵۵) | وضعیت تحصیلات (دیپلم و زیر دیپلم) | وضعیت تأهل | مدت زمان بیماری (۶- ۱۲) | تعداد شیمی‌درمانی (۵- ۱۰) | تعداد رادیوتراپی (۵- ۲۰) | وضعیت اشتغال (خانه‌دار) |
|----------------|---------------------|-----------------------------------|------------|-------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| معنویت درمانی | ۸۲% | ۷۷% | ۶۸% | ۹۵% | ۸۵% | ۷۷% | ۸۵% |
| کنترل | ۸۴% | ۸۰% | ۷۲% | ۸۷% | ۷۷% | ۷۵% | ۸۹% |
| X ² | ۱/۲۵% | ۰/۷۳% | ۱/۳۰% | ۰/۸۵% | ۱/۰۱% | ۰/۹۴% | ۰/۲۵% |
| مقدار احتمال | ۰/۸۳% | ۰/۹۲% | ۰/۸۸% | ۰/۴۸% | ۰/۵۲% | ۰/۷۹% | ۰/۶۳% |

آزمون خی‌دو نیز نشان می‌دهد که تفاوت دو گروه در هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی معنادار نیست ($p>0.05$). با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیّری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که دست‌کم در یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، تفاوت وجود دارد (لامبدای ویلکس = 0.05 ، $p<0.05$).

گروه مداخله‌ی معنویت‌درمانی و گروه کنترل، برحسب طبقه‌ی سنی، وضعیت تحصیلات، وضعیت تأهل، مدت زمان بیماری، تعداد شیمی‌درمانی، تعداد رادیوتراپی و وضعیت اشتغال همسان‌سازی شده است. همان‌گونه که نتایج جدول شماره‌ی ۱ نشان می‌دهد، دو گروه در متغیرهای جمعیت‌شناختی تقریباً همگن هستند. نتایج

جدول ۲. نتایج شاخص‌های مرکزی به‌همراه تحلیل کوواریانس یک‌راهه در زیرمقیاس‌های گروه گواه و آزمایش برای متغیر کیفیت زندگی

| آزمون‌ها | مقادیر | F | Df فرضیه | Df خطا | P | اندازه‌ی اثر |
|--------------------|--------|--------|----------|--------|-------|--------------|
| اثر پیلاپی | ۰/۱۵۰ | ۱۲/۱۶۴ | ۳ | ۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲۴ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۱۸۰ | ۱۲/۱۶۴ | ۳ | ۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲۴ |
| اثر هتلینگ | ۰/۲۵۰ | ۱۲/۱۶۴ | ۳ | ۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲۴ |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۲۵۰ | ۱۲/۱۶۴ | ۳ | ۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۲۴ |

دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل واریانس تک-متغیّری، به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم شود که تفاوت مشاهده شده، مربوط به کدام متغیرها است.

همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۲ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل واریانس چندمتغیّری، حاکی از آن است که هر چهار آماره، یعنی اثر پیلاپی ($F=12/164$, $P<0/05$)، لامبدای ویلکز ($F=12/164$, $P<0/05$)، اثر هتلینگ ($F=12/164$, $P<0/05$) و بزرگ‌ترین ریشه‌روی ($F=12/164$, $P<0/05$) معنادارند. بدین ترتیب مشخص می‌شود که بین دو گروه از زنان،

جدول ۳: تحلیل واریانس تک متغیّری برای مقایسه‌ی نمره‌ی سازگاری اجتماعی، خودنظم‌دهی و باورهای دینی بین زنان معتاد و عادی

| متغیّر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار احتمال | اندازه‌ی اثر |
|------------------|----------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| مؤلفه‌های فیزیکی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۱۹/۵ | ۰/۹۷ | ۰/۳۴ |
| | پس‌آزمون | ۱۲ | ۲۵/۴۱ | ۰/۸۸ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲۰/۵۰ | ۰/۹۴ | |
| | پس‌آزمون | ۱۲ | ۱۹/۷۵ | ۰/۸۲ | | |
| مؤلفه‌های روانی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲۵/۰۱ | ۰/۹۴ | ۰/۵۴ |
| | پس‌آزمون | ۱۲ | ۳۴/۹۱ | ۱/۲۳ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲۴/۹۱ | ۰/۹۵ | |
| | پس‌آزمون | ۱۲ | ۲۴/۹۱ | ۰/۹۵ | | |

| | | | | | | |
|-------------|--------|------|-------|----|-----------|--|
| | | ۱/۰۶ | ۲۴/۳۳ | ۱۲ | پس‌آزمون | |
| کیفیت زندگی | آزمایش | ۱/۰۱ | ۴۴/۵۱ | ۱۲ | پیش‌آزمون | |
| | | ۱/۳۵ | ۶۰/۳۰ | ۱۲ | پس‌آزمون | |
| | کنترل | ۱/۰۷ | ۴۵/۳۱ | ۱۲ | پیش‌آزمون | |
| | | ۱/۱۹ | ۴۴/۰۷ | ۱۲ | پس‌آزمون | |

تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های روانی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش، مربوط به اثر مداخله بوده است. به‌علاوه توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این نکته است که با احتمال بالایی فرض صفر به‌درستی رد شده است. علاوه‌براین، با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که دست‌کم در یکی از نشانه‌های سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان، تفاوت وجود دارد (لامبدای ویلکس=۰/۰۷، $p < 0.05$).

نتایج جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد که فرضیه‌ی اول مبنی بر وجود تفاوت معنادار در مؤلفه‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش و گروه کنترل، تأیید می‌شود. همان‌گونه که در جدول شماره‌ی ۲ ملاحظه می‌شود، سطح معناداری متغیرها در مقایسه با مقدار احتمال ۰/۰۲۵ به‌دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر دو مؤلفه‌ی کیفیت زندگی)، کوچک‌تر است.

میزان تأثیر گروه آزمایش «معنادار بودن عملی» بر متغیرهای مؤلفه‌های فیزیکی و مؤلفه‌های روانی به‌ترتیب ۰/۳۴ و ۰/۵۴ بوده است، یعنی به‌طور مثال ۵۴ درصد کل واریانس یا

جدول . نتایج شاخص‌های مرکزی به‌همراه تحلیل کوواریانس یک‌راهه در زیر مقیاس‌های گروه گواه و آزمایش برای متغیر سلامت روان

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار احتمال | اندازه‌ی اثر |
|------------------|--------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| پرخاشگری | آزمایش | پیش‌آزمون | ۳/۴۰ | ۱/۱۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱ |
| | | پس‌آزمون | ۱/۹۱ | ۱/۱۶ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۳/۳۳ | ۰/۸۸ | | |
| | | پس‌آزمون | ۳/۵۰ | ۱/۲۳ | | |
| اضطراب | آزمایش | پیش‌آزمون | ۳/۸۳ | ۱/۰۴ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۲ |
| | | پس‌آزمون | ۲/۲۵ | ۱/۳۱ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۳/۶۳ | ۰/۸۹ | | |
| | | پس‌آزمون | ۳/۶۴ | ۱/۱۰ | | |
| وسواس | آزمایش | پیش‌آزمون | ۳/۴۱ | ۱/۳۱ | ۰/۵۶ | ۰/۰۲ |
| | | پس‌آزمون | ۳/۳۳ | ۱/۳۰ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۳/۰۱ | ۱/۱۱ | | |
| | | پس‌آزمون | ۳/۱۱ | ۱/۲۳ | | |
| حساسیت فردی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۳/۳۳ | ۱/۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳ |
| | | پس‌آزمون | ۲/۳۳ | ۰/۸۹ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۳/۹۰ | ۱/۰۴ | | |
| | | پس‌آزمون | ۳/۷۵ | ۰/۷۸ | | |
| شکایت‌های جسمانی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۴/۰۸ | ۱/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ |
| | | پس‌آزمون | ۲/۲۵ | ۱/۶ | | |
| | کنترل | پیش‌آزمون | ۴/۱۶ | ۱/۳۶ | | |
| | | پس‌آزمون | ۴/۰۰ | ۱/۳۰ | | |

ادامه‌ی جدول .. نتایج شاخص‌های مرکزی، به‌همراه تحلیل کوواریانس یک‌راهه در زیرمقیاس‌های گروه‌گواه و آزمایش برای متغیر سلامت روان

| متغیر | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | مقدار احتمال | اندازه‌ی اثر |
|--------------------|--------|-----------|---------|--------------|--------------|--------------|
| روان‌پریشی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲/۵۰ | ۱/۶۵ | ۰/۱۶ |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۲/۲۵ | ۰/۹۹ | |
| | | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲/۹۳ | ۰/۹۴ | |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۲/۶۶ | ۰/۸۲ | |
| پیش‌آزمون | | ۱۲ | ۲/۹۱ | ۰/۹۴ | | |
| تصورهای پارانوئیدی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲/۳۳ | ۱/۲۳ | ۰/۲۲ |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۲/۸۳ | ۰/۹۵ | |
| | | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۲/۵۸ | ۱/۰۶ | |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۳/۲۵ | ۱/۷۲ | |
| پیش‌آزمون | | ۱۲ | ۱/۶۶ | ۱/۶۷ | | |
| افسردگی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۳/۲۵ | ۱/۷۲ | ۰/۳۵ |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۳/۰۰ | ۱/۵۵ | |
| | | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۳/۳۰ | ۰/۹۸ | |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۳/۹۱ | ۰/۸۴ | |
| پیش‌آزمون | | ۱۲ | ۳/۵۰ | ۰/۸۳ | | |
| ترس مرضی | آزمایش | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۳/۲۵ | ۱/۷۲ | ۰/۰۱ |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۳/۶۶ | ۰/۸۳ | |
| | | پیش‌آزمون | ۱۲ | ۳/۵۵ | ۰/۹۰ | |
| | کنترل | پس‌آزمون | ۱۲ | ۳/۹۱ | ۰/۸۴ | |
| پیش‌آزمون | | ۱۲ | ۳/۵۰ | ۰/۸۳ | | |

است. یافته‌ها نشان داده که گروه‌درمانی معنوی توانسته میزان کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد. در پژوهش‌های همسو با یافته‌ی حاضر نشان داده شده که ارتباط مثبتی بین مذهب - معنویت و سلامت؛ و همچنین بین مذهب - معنویت و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد. درباره‌ی اثربخشی این مداخله، پژوهش‌های متعددی نقش پراهمیت معنویت‌درمانی به‌شیوه‌ی گروهی را در متغیرهای گوناگون روان‌شناختی نشان داده است که از این میان، نقش روان‌درمانی به‌شیوه‌ی گروهی مبتنی بر معنویت، در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأیید می‌شود (۳۳). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شده که معنویت‌درمانی به‌شیوه‌ی گروهی با تمرکز بر افزایش وابستگی به خداوند، به‌همراه حمایت روانی و اجتماعی، که در گروه به‌وجود می‌آید موجب افزایش وابستگی به زندگی می‌شود و در بهبود بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۳۴). به‌علاوه نقش مثبت مداخله‌های معنودرمانی در کاهش سطوح اختلال - های روانی مانند افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بیماران مبتلا به سرطان اثبات شده است (۳۵). همچنین یافته‌ها بیانگر آن است که تجربه‌ی معنویت‌درمانی، نوعی استراتژی بسیار مؤثر شخصی برای غلبه بر مشکل‌های ناشی از سرطان در افراد مبتلا، به‌حساب می‌آید و افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال به‌راحتی می‌توانند با

نتایج جدول شماره‌ی ۳ نشان می‌دهد که فرضیه‌ی دوم مبنی بر وجود تفاوت معنادار در سلامت روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش و گروه کنترل، تأیید می‌شود. همان‌گونه که نتایج جدول شماره‌ی ۳ نشان می‌دهد، سطح معناداری به‌دست آمده برای زیرمقیاس پرخاشگری، اضطراب، حساسیت بین‌فردی، شکایت‌های جسمانی و افسردگی؛ در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به‌دست آمده از اصلاح بنفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۹ مؤلفه‌ی نشانه‌های روان‌شناختی)، کوچک‌تر است. میزان تأثیر گروه آزمایش «معنادار بودن عملی» در متغیرهای پرخاشگری، اضطراب، حساسیت بین‌فردی، شکایت‌های جسمانی و افسردگی، به‌ترتیب ۰/۴۱، ۰/۳۲، ۰/۶۸، ۰/۳۱ و ۰/۳۵ بوده است، یعنی به‌طور مثال ۴۱ درصد کل واریانس یا تفاوت‌های فردی در مؤلفه‌های سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش مربوط به اثر مداخله بوده است. به‌علاوه، توان بالای آزمون آماری در پژوهش حاضر بیانگر این نکته است که با احتمال بالایی فرض صفر به‌درستی رد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش بیمارستان طالقانی صورت گرفته

(۴۰). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد که روان-درمانی معنوی از طریق پرداختن به مسائل معنوی در چارچوب گروه‌درمانی مزایای بسیار خوبی برای افراد مبتلا به سرطان پستان به‌همراه دارد. به‌علاوه، در بیماران مبتلا به سرطان پستان، مقابله‌ی مذهبی و معنوی در حفظ اعتماد به نفس، دادن احساس معنا و هدف، آرامش روانی و حس امید، مؤثر بوده است که این عامل‌ها از مؤلفه‌های سلامت روان به‌شمار می‌رود (۴۱).

بر اساس نظریه‌ی آلپورت^۱، با افزایش نگرش مذهبی، میزان اضطراب و فشار روانی در افراد کاهش می‌یابد (۴۲). یافته‌ها بیانگر آن است که تجربه‌ی معنویت‌درمانی در زندگی با بهزیستی روان‌شناختی، جسمانی و اجتماعی آزمودنی‌ها، ارتباط مثبت معنی‌داری دارد و آنان در نهایت دین را بزرگ‌ترین منبع سلامت روان می‌دانند (۴۳).

در پژوهش حاضر با آموزش مضمون‌هایی همچون نوع-دوستی، ارتباط با مقدسات، درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه، زنان را متوجه بُعدهای متفاوتی از زندگی و کسب تجربه‌های خاصی که موجب تعالی اخلاقی مسئولانه در فرد می‌شود، کردیم. آموزه‌های معنویت‌درمانی نه تنها در ایجاد بستری مناسب برای پیگیری اهداف شخصی در زندگی یا به عبارت دیگر شوق زیستن در مبتلایان، مؤثر بوده، بلکه بسیاری از شرکت‌کنندگان بیان کردند که باوجود مشکل‌های ناشی از درمان، مصمم‌تر شدند تا بتوانند از فرصت‌های پیش روی، برای غنا بخشیدن به زندگی خویش و سازگاری با فشارهای طبیعی زندگی خود بهره‌گیرند.

توکل بر خداوند امری ضروری است که معنویت‌درمانی با قاطعیت بر آن تأکید می‌کند. روش‌درمانی در این جهت گام بر می‌دارد که قرآن مجید هیچ‌گاه توکل را مقید نکرده است. بنابراین انسان باید در هر حال (پیروزی یا شکست) به منبعی علیم و قدیر توکل کند؛ از استعدادها و دانشی که خداوند به او ارزانی داشته غافل نشود؛ کوشش خود را به‌کار گیرد؛ و هیچ‌گاه قائل به استقلال اسباب یا خویشتن نگردد و خدا را علت اصلی هر کاری بداند (۴۴).

با توجه به نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان گفت که اجرای مداخله‌های روان‌شناختی ازجمله معنویت-درمانی، راهبردی معتبر و کارآمد است که می‌تواند به‌صورت مداخله‌ی گروهی در بیمارستان‌ها و بخش‌های مراقبت از بیماران سرطانی، به‌کار گرفته شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که همکاران روان‌شناس در کنار درمان‌های رایج پزشکی، از این

علائم افسردگی، اضطراب، عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله کنند (۳۶).

یافته‌های دیگر بیانگر آن است که انجام اعمال عبادی و دینی، موجب ارتقای سطح کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان و افزایش طول عمر آنان می‌شود؛ از طرفی بیماران با نماز و عبادت، احساس مثبتی نسبت به سرطان پستان پیدا می‌کنند و به‌راحتی با آن تطابق می‌یابند (۳۷). در این زمینه، پژوهش‌ها، تأثیر معنویت‌درمانی بر افزایش احساس مثبت بیماران نسبت به زندگی، دوستان، خانواده و بستگان و همچنین افزایش احساس شادابی و سرزندگی، کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان را تأیید کرده است (۳۸). همچنین یافته‌های پژوهشی با عنوان «اثربخشی آموزش معنویت به‌شیوه‌ی گروهی بر افزایش امید، رضایت از زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان» نشان داده که روش مشاوره‌ی گروهی به‌شیوه‌ی معنویت‌درمانی موجب افزایش رضایت از زندگی و شادکامی در روابط بین فردی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۳۹).

در پژوهش حاضر با آموزش مضمون‌هایی چون خودآگاهی، خیال‌پردازی هدایت شده، گوش سپردن به ندای درونی و کشف دوباره‌ی معنا و توکل، زنان را متوجه بُعدهای متفاوتی از زندگی و فراتر رفتن از محدودیت‌های ناشی از بیماری کردیم. بدین-صورت که از آنان خواسته شد تا ضمن کشف احساس‌های درونی خود و گوش سپردن به آن، توجه خود را به محدودیت زندگی برای همه‌ی انسان‌ها جلب کنند. به‌طور کلی درباره‌ی اثربخشی معنویت‌درمانی، پژوهش‌های متعددی صورت گرفته و نقش پر اهمیت آن در متغیرهای گوناگون روان‌شناختی نشان داده شده است. از این میان می‌توان به کاهش اضطراب، افسردگی، شکایت‌های جسمانی، پرخاشگری، حساسیت فردی و سلامت روان اشاره کرد که اثر مداخله‌های معنوی در آن‌ها دیده شده است. در این مطالعه مشخص شد که رویکرد گروه‌درمانی معنوی در افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است.

علاوه‌براین، گروه‌درمانی معنوی توانسته است میزان سلامت روان را در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش دهد. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش نارین و همکاران^۱ که نشان داد سلامت معنوی با سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان ارتباط دارد؛ و همچنین اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت روان و احساس خوب بودن سهیم باشد، همسو است

¹ Narin & et al.

² Allport

early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*. 2005; 330(7493): 702-5.

5. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet*. 2007; 90(10): 2164-74.

6. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian J Intern Med*. 2014; 5(3): 167-70.

7. Wang F, Liu J, Liu L, Wang F, Ma Z, Gao D, et al. The status and correlates of depression and anxiety among breast-cancer survivors in Eastern China: a on the indicators of mental health in Iranian students: population-based, cross-sectional case-control study. *BMC public health*. 2014; 14(1): 1.

8. Mojtabaie M, Gholamhosseini S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce the symptoms of anxiety in women with breast cancer. *J Soc Issues Humanit*. 2014; 4(2): 522-7.

9. Akbari ME, Asadi Lari M, Akbari A, Mousavi R, Mousavi M, editors. Spiritual care, neglected aspects of health in cancer management. *Palliative medicine in the 21st century Congress*; 2010.

10. Hojjati H, Motlagh M, Nuri F, Sharifnia H, Mohammadnejad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing* 2010; 2(4): 149-52.

11. Abdollahzadeh F, Sadat S, Rahmani A, Asvadi Kermani I. Quality of life in women with breast cancer referred to Hematology and Oncology Research Center. *Journal of Caring Sciences*. 2012; 1(2): 109-14. (Full Text in Persian)

12. Ross L, Boesen E, Dalton S, Johansen C. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *European journal of cancer*. 2002; 38(11): 1447-57.

13. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology review*. 2002; 22(4): 499-524.

14. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 2003; 12(6): 532-46.

15. Haghghi M, Rahmati-Najarkolaei F, Ansarian A. Correlation between Spiritual Wellbeing and Religious Orientation among Staffs of one Military Medical University. *Journal of Health Policy and Sustainable Health*. 2015; 1(4): 137-40.

16. Kernan WD, Lepore SJ. Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Social Science & Medicine*. 2009;

مداخله در مراحل مختلف انواع سرطان و همچنین بیماری‌های خاص دیگر که زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌کند و مستلزم راهبردهای مدارا با بحران است، استفاده کنند.

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای اندازه‌گیری خودگزارش‌دهی استفاده شده است که احتمال خطا را افزایش و دقت اندازه‌گیری را کاهش می‌دهد. همچنین جامعه‌ی پژوهش فقط بیماران مبتلا به سرطان پستان بودند که این مسئله می‌تواند قابلیت تعمیم‌دهی به انواع سرطان را تا حدی کاهش دهد. علاوه‌براین، نتایج این پژوهش را نمی‌توان به اختلال‌های نورولوژیک دیگر تعمیم داد.

قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی است که شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تاریخ ۹۳/۶/۹ - ۳۰۱ و کمیته‌ی اخلاق این دانشگاه در تاریخ ۹۳/۶/۲۳ - ۱۵۶ آن را تصویب کرده است. از معاونت و مدیریت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز مطالعات دین و سلامت، همهی کسانی که امکانات مالی و اجرایی طرح مذکور را فراهم کرده‌اند و همچنین همهی شرکت‌کنندگانی که در این پژوهش یاریگر ما بوده‌اند سپاسگزاریم.

References

1. Akbari A, Razzaghi Z, Homae F, Khayamzadeh M, Movahedi M, Akbari ME. Parity and breastfeeding are preventive measures against breast cancer in Iranian women. *Breast Cancer*. 2011; 18(1): 51-5.
2. Fallah R, Golzari M, Dastani M, Akbari M. Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*. 2011; 4(3): 141-8. (Full Text in Persian)
3. Liao M-N, Chen S-C, Lin Y-C, Chen M-F, Wang C-H, Jane S-W. Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomised quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*. 2014; 51(3): 390-9.
4. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with

68(6): 1176- 82.

17. Charkhabi M, Mortazavi A, Alimohammadi S, Hayati D. The effect of spiritual intelligence training An experimental study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 159: 355-8.

18. EntesarFoumany GH, Danshdost M. The Relationship of Spiritual Intelligence with Mental Health and Organizational Commitment among Nurses in Mashhad Hospitals. *Journal of Educational and Management Studies*. 2014; 3(4): 36-9. (Full Text in Persian)

19. Kashdan TB, Morina N, Priebe S. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of anxiety disorders*. 2009; 23(2): 185-96.

20. Sadri M, Kajbaf MR, Ghobari Bonab B, 38).90-109 The role of faith (trust in God) on mental health. *Journal of Mental Health News*. 2005; 29 (37-38):90-109. (Full Text in Persian)

21. Hamilton JB, Powe BD, Pollard III AB, Lee KJ, Felton AM. Spirituality among African American cancer survivors: Having a personal relationship with God. *Cancer nursing*. 2007; 30(4): 309- 16.

22. Amirsardari L, Azari S, Kooraneh AE. The relationship between religious orientation, and gender with a cognitive distortion. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*. 2014; 8(3): 84-9.

23. Kaveh MH, Shojaeezadeh D, Shahmohammadi D, Eftekhar Ardebili H, Rahimi A, Bolhari J. Teachers' role in elementary school mental health: Results of an interventional study. *Journal of Payesh*. 2003; 2(2): 95-103. (Full Text in Persian)

24. Ghobari-Bonab B, Motevalli Pour A, Hakimi Rad E, Habibi-Asgar-Abad M. Relationship between anxiety and depression with spirituality in Tehran University Students. *Journal of Applied Psychology*. 2009; 3(10): 110-23. (Full Text in Persian)

25. Richards P, Bergin AE. *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*: American Psychological Association; 2004.

26. Sodestrom KE, Martinson IM, editors. *Patients' spiritual coping strategies: a study of nurse and patient perspectives*. *Oncology Nursing Forum*; 1987.

27. Abasi A, Kamkar A, Bageri G, Anbari A. The survey of mental health students in the Yasoj university of medical science. *Teb and Tazkie Journal*. 1999; 43: 34-7. (Full Text in Persian)

28. Pargament KI, Echemendia RJ, Johnson S, Cook P, McGath C, Mayers J, et al. The conservative church: Psychological advantages and disadvantages. *American Journal of Community Psychology*. 1986; 30 (38-42).

29. Mokarami H, Kakooei H, Dehdashti A, Jahani Y, Ebrahimi H. Comparison of general health status and

sleeping quality of shift workers in a car industry workshop 2008. *Behbood Journal*. 2010; 14(3): 237-43. (Full Text in Persian)

30. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of life research*. 2005; 14(3): 875-82.

31. Hardt J, Gerbershagen HU, Franke P. The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain*. 2000; 4(2): 137-48.

32. Homan A. Standardization of GHQ health questioner on undergraduate students of Tarbiat moalem university. Tehran, Iran: University of Tehran; 1998.

33. Moalemi S, Bakhshani NM, Raghbi M. Investigate the relationship between mental health, spiritual intelligence and dysfunctional thoughts on students of University Sistan & Balochestan. *Journal of Mental Health* 2011; 12(4): 702-9. (Full Text in Persian)

34. Sahebalzamani M, Farahani H, Abasi R, Talebi M. The relationship between spiritual intelligence with psychological well-being and purpose in life of nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013; 18(1): 38-41.

35. Nelson C, Jacobson CM, Weinberger MI, Bhaskaran V, Rosenfeld B, Breitbart W, et al. The role of spirituality in the relationship between religiosity and depression in prostate cancer patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009; 38(2): 105-14.

36. Kaplan JL, Porter RS. *Information on medical care for women*. Translated by Zolanvary M. Tehran: Meyar-e-elm; 2006. (Full Text in Persian)

37. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal of Advanced nursing*. 2006; 54(3): 265-72.

38. KarimAllahi M, Aqa Mohammadi M. The relationship between religious beliefs and depression among nursing students Ardabil of medical university. first international conference the role of religion in mental health; Tehran, Iran: Faculty of Medical Sciences of Tehran University; 2001. (Full Text in Persian)

39. Mousavi SM, Mohagheghi MA, Mousavi-Jerrahi A, Nahvijou A, Seddighi Z. Outcome of breast cancer in Iran: a study of Tehran Cancer Registry data. *Asian Pac J cancer prev*. 2008; 9 (2): 275-8.

40. Nairn RC, Merluzzi TV. The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*. 2003; 12(5): 428-41.

41. Al-Atiyyat NM, Naga BSB. Effects of Spirituality in Breast Cancer Survivors: Critique of Quantitative Research. *From the Editor*. 2014; 7(10): 1025.

42. Allport GW, Vernon PE, Lindzey GE. *Study of values: A scale for measuring the dominant interests in personality*: Houghton Mifflin; 1960.

43. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual well-being and quality of life in Iranian women with breast cancer undergoing radiation therapy. *Supportive Care in Cancer*. 2013; 21(5): 1219-25.

44. Bijari M. The effectiveness of group therapy based on hope therapy to increase of hope to life in Women with Breast Cancer in Tehran. Tehran, Iran: Faculty of Psychology and Educational Sciences. Allame Tabatabaie University; 2007. (Full Text in Persian)