

# اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان

روان‌شناسی  
بالینی  
و  
شخصیت

نویسندگان: مهدی اسکندری<sup>۱</sup>، بهمن بهمنی<sup>۲\*</sup>، فریبا حسنی<sup>۳</sup> و علی عسگری<sup>۴</sup>

۱. کارشناسی ارشد مشاوره، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران.
۲. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
۴. استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی تهران.

\*Email: bbahmani43@yahoo.com

داشور  
و هژار

• دریافت مقاله: ۹۳/۴/۲۸

• پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۲۰

## چکیده

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان با استفاده از شیوه نیمه آزمایشی با پیش - پس آزمون، گروه گواه با گمارش تصادفی و با پیگیری شش ماهه انجام گردید. برای این منظور ۳۰ والد (۲۴ تا ۵۴ ساله) که فرزندشان به دلیل ابتلا به بیماری سرطان در بیمارستان محک تحت درمان پزشکی قرار داشته و داوطلب شرکت در برنامه مشاوره بودند به تصادف در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با پرسشنامه سلامت معنوی (۱۹۸۲) و پرسشنامه وضعیت مذهبی RSI (۲۰۰۳) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه ای گروه درمانی شناختی وجودگرا که به صورت ۲ جلسه در هفته اجرا گردید شرکت نمودند، در حالیکه گروه گواه در این مدت از هیچ گونه مداخله رسمی روانشناختی استفاده نکردند. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. این ارزیابی برای گروه آزمایش در فاصله ۶ ماهه درمان نیز مجدداً اجرا گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 برای اجرای آزمون آماری تحلیل کوواریانس پردازش شدند. نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی دار در میزان سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا در دو گروه به نفع گروه آزمایش ( $p < 0/05$ ) بود. این نتایج در پیگیری ۶ ماه بعد گروه آزمایش برای هر دو متغیر، همچنان تداوم داشت و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در افزایش سلامت معنوی و ایجاد تصور مثبت از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان اثر گذار باشد.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی وجودگرا، سلامت معنوی، تصور از خدا، والدین فرزندان مبتلا به سرطان

Scientific-Research Journal  
Of Shahed University  
Twenty-Second Year, No.12  
Spring & Summer  
2015

Clinical Psy. & Personality

دو فصلنامه علمی- پژوهشی  
دانشگاه شاهد

سال بیست و دوم - دوره

جدید شماره ۱۲

بهار و تابستان ۱۳۹۴

## مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع مزمن و غیر واگیر است [۱]. سرطان پس از بیماری‌های قلبی عروقی دومین علت مرگ و میر در جهان به شمار می‌آید. برابر آمارها در مجموع سالانه ۵۰ میلیون مرگ در جهان روی می‌دهد که بیش از ۵ میلیون از آنها به سرطان منسوب است [۲].

سرطان در هر فرهنگی یکی از ترسناک‌ترین بیماری‌ها محسوب می‌شود و مانند سایر بیماری‌ها از تاثیر عوامل فرهنگی مبرا نیست؛ جنبه‌های فرهنگی، ارزش‌ها و رفتارها در کنار تجربیات زندگی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و تفاوت‌های شخصیتی، تعیین کننده معنای سرطان برای بیماران و خانواده آنها بوده و بر چگونگی مقابله با بیماری تاثیر گذار است [۳].

تقریباً تمامی شواهد موجود حکایت از آن دارد که تشخیص وجود بیماری سرطان در هر عضوی از خانواده با ایجاد نوعی بحران جدی و شدید برای سایر اعضاء آن همراه است [۴].

تشخیص بیماری سرطان می‌تواند بحران‌های معنوی زیادی را در افراد مرتبط با این بیماری ایجاد کند. گاه اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به مخاطره می‌افتد. ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود و در یک کلام می‌توان گفت بحران معنوی در آنان پدیدار می‌شود [۵]. رویارویی با تنش و مشکلات ناشی از بیماری، نیازمند چندین مولفه است که یکی از آنها سلامت معنوی بوده که به عنوان یکی از ابعاد سلامت، سبب یکپارچگی سایر ابعاد نیز می‌گردد که خود دربرگیرنده دو بعد وجودی و مذهبی است. سلامت مذهبی به رضایت ناشی از ارتباط با یک قدرت برتر و سلامت وجودی به تلاش برای درک معنا و هدف در زندگی اطلاق می‌شود [۶]. بیماری‌های ناتوان کننده و مزمن، افراد را با سئوالاتی درباره معنی و هدف در زندگی مواجه می‌کنند. بسیاری از بیماران سلامت معنوی را به عنوان عامل ایجاد کننده معنا و هدف در زندگی ارتقا دهنده کیفیت زندگی می‌شناسند. [۷] وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار

اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود [۸].

مطالعات سالهای اخیر نشان می‌دهد کسانی که بر پایه معنویت معنای زندگی را در بیماری یافته بودند کیفیت زندگی بهتری در مقایسه با زمان قبل از تشخیص بیماری داشته‌اند [۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳] فرینگ، میلر و شاو بیان می‌کنند بین ایمان درونی، سلامت معنوی، امید و سایر حالات مثبت خلقی، ارتباط مثبتی وجود داشته و افزایش این موارد سبب سازگاری فرد مبتلا به سرطان و همچنین خانواده او با شرایط پیش آمده می‌شود [۱۴].

یکی از مولفه‌های مهم معنویت تصور از خدا است. بیش نسبت به تصور از خدا پیش نیازی برای درک کاملی از رابطه فرد با خداست. [۱۵]. برداشت انسان از آموزش‌های مذهبی در مورد شناخت خدا، سبب ایجاد تصور مثبت و منفی از خداوند در ذهن انسان می‌گردد. در تصور مثبت، خدا به صورت مهربان، حمایتگر و راهنما تصور می‌شود که می‌تواند نقش آرامش بخش داشته باشد. در تصور منفی، خدا با اصطلاحات منفی همچون طرد کننده، نامهربان، سخت گیر و مانند آن تصور می‌شود که موجب نومیدی، تنفر و خلق منفی در افراد می‌شود. تصور از خدا در حقیقت نوعی شناخت هیجانی بوده که مبتنی بر تجارب هیجانی و عاطفی فردی می‌باشد. [۱۶] ریچاردز و برگین<sup>۱</sup> در تحقیقی گزارش کردند مراجعانی که ایمان به خداوند داشتند و از منابع معنوی در زندگی شان استفاده می‌کردند، در طول درمان روان شناختی، از قدرت بیشتری برای مقابله برخوردار بودند. [۱۷]

سابقه پژوهش‌های بسیاری در مورد رابطه سلامت معنوی با استرس و اضطراب [۱۸]، دعا [۱۹، ۲۰]، کیفیت زندگی [۲۱]، مذهب [۲۲]، امید [۲۲، ۲۳] و نیز تصور از خدا با رضایت از زندگی [۲۴]، عزت نفس [۲۵]، و اضطراب و افسردگی [۲۶، ۲۷، ۲۸] در دسترس است، اما تا قبل از انجام این پژوهش گزارش موثقی از مطالعات بررسی اثربخشی در مورد مداخله‌های موثر بر سلامت معنوی و تصور از خدا بدست نیامد.

<sup>1</sup> Richards C.F, Bergin A

از طریق باورهای معنوی به انطباق والدین کودکان سرطانی با شرایط پیش آمده کمک شایانی می‌کند [۳۲]. به علت ابراز هیجانها و تلاش برای پذیرش افراد در درمان گروهی و همچنین تاکید بر مفاهیمی چون همبستگی گروهی، ائتلاف، دیگر یابوری، بازخورد و حمایت متقابل؛ افراد در این نوع درمان مسئولیت بیشتری را نسبت به تغییر خود و دیگران می‌پذیرند. یالوم در ۱۹۸۰ معتقد بود که گروهها ویژگیهایی دارند که نمی‌توان آنها را به سادگی با سایر مداخله‌های روان شناختی پیوند داد. او معتقد است که گروهها این فرصت را در اختیار اعضا می‌گذارند تا با افرادی آشنا شوند که در برخی زمینه‌ها وضعشان بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر از خودشان است و یا افرادی را خواهند شناخت و از سرگذشتیهای باخبر خواهند شد که حاکی از صبر و تلاش و موفقیت است. علاوه بر اینها، تعاملهای پیچیده هیجانی در گروه، فرصت الگو گیری از رفتارهای موفق را فراهم می‌کند و نیز به افراد امکان می‌دهد تا با کمک کردن به دیگران به ارزشمندی، مفید بودن و بی نظیر بودن خود پی ببرند و احساس بهتری را تجربه کنند [۳۳].

با توجه به نقشی که معنویت و تصور از خدا در افزایش سازگاری والدین با شرایط دشوار ناشی از بیمار فرزند ایفا می‌کند [۲۹، ۳۴]، تمرکز بر مفهوم معنویت، سلامت معنوی و تصور از خدا اساسی به نظر می‌رسد و نحوه تاثیرگذاری بر آن به عنوان جنبه ای که کمتر مورد توجه قرار گرفته و بررسی تاثیر آن بر جنبه‌های متفاوت زندگی در خانواده‌های بیماران مزمن لازم به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان انجام گردید.

## روش

### نوع پژوهش

این طرح به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و گمارش تصادفی و دوره پیگیری ۶ ماهه برای گروه آزمایشی اجرا گردید.

لین وودگیت<sup>۱</sup> در پژوهشی طولی نشان داد برای عبور از مسیر سخت درمان سرطان، کودکان و خانواده‌های آنها نیاز به دارا بودن سلامت معنوی می‌باشند [۲۹]. اما اینکه کدام شیوه مداخله در افزایش سلامت معنوی و بهبود تصور از خدای والدینی که در حال از دست دادن فرزند خود هستند می‌تواند موثر باشد، سوالی است که پاسخ به آن می‌تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی خانواده‌ها، کمک موثری به صرفه جویی در هزینه، زمان، نیرو و امکانات بهداشتی باشد. با توجه به ارتباط مفهومی مزامین وجودی نظیر مرگ، تنهایی، مسئولیت و معنا که جملگی متاثر از ظرفیت و کارکردهای شناختی انسان نیز هستند، با سلامت معنوی که فی نفسه یک متغیر شناختی محسوب می‌شود، به نظر می‌رسد با توسل به روشهای شناختی و تاکید بر مزامین وجودی بتوان منبع مهمی از قدرت را برای افراد درگیر با بیماری سرطان فراهم نمود و کیفیت زندگی آنان را ارتقا داد.

گروه درمانی شناختی - وجودگرا نخستین بار توسط کی سان<sup>۲</sup> برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق آن جنبه‌هایی از دو رویکرد روان درمانی شناختی بک<sup>۳</sup> و وجود گرای یالوم<sup>۴</sup> در قالب فنون مشاوره گروهی که به نظر می‌رسیده در کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری خاص بیماران سرطانی بیشترین اثر را داشته اند، عرضه شده است [۳۰]. کی سان و بلوچ مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنی، اندوه، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به عنوان چالش‌های کلیدی وجودی در مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاجی که مردم تصور می‌کنند احتمال مرگ در آنها بالاست، در نظر می‌گیرد. علاوه بر این او تصور می‌کند که بیماران ممکن است در اثر تجربه هیجان‌های منفی مرتبط با مضامین وجودی فوق دچار افت شدید روحیه یا آنچه که او آزرده‌گی وجودی نیز نامیده است، شده و احساس بی‌کفایتی کنند [۳۱]. به<sup>۵</sup> نشان داد گسترش معنی زندگی

<sup>1</sup> Woodgate, L.

<sup>2</sup> Kissane, D.

<sup>3</sup> Beck Cognitive Therapy

<sup>4</sup> Yalom Existential Therapy

<sup>5</sup> Yeh, Ch.

جدول ۱: جدول مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه

متغیرها	جنسیت آزمودنی‌ها		جنسیت فرزندان مبتلا		سن فرزندان مبتلا	
	مرد	زن	پسر	دختر	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	۵	۷	۸	۴	۳۸	۹/۵۸
گروه گواه	۴	۸	۶	۶	۳۴/۷۵	۶/۴۱

## آزمودنی

از بین جامعه آماری والدین کودکان مبتلا به سرطان مرتبط با بیمارستان خیریه حمایت از کودکان سرطانی (محک) که فرزندان‌شان به دلیل ابتلا به این بیماری تحت درمان پزشکی قرار داشتند، یک نمونه به حجم ۲۴ نفر برای دو گروه آزمایش و گواه؛ و با در نظر گرفتن دارا نبودن شرایط زیر بصورت غیر تصادفی انتخاب شدند (۱) کودکان مبتلا به سرطان مغز نبوده و یا مرگ قریب الوقوع آنها را تهدید نمی‌کرد، (۲) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده، مبتلا به بیماری بسیار شدید دیگری نبودند، (۳) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده سابقه اختلال روان پزشکی شدید را نداشتند و (۴) والدینی که از تشخیص بیماری فرزندان‌شان کمتر از یک ماه گذشته باشد (۵) والدینی که فرزند آنها در زمان تشخیص بیماری، بیشتر از ۱۸ سال نداشته باشد.

شایان ذکر است با هدف پیشگیری از تاثیر منفی ریزش احتمالی آزمودنی‌ها، ۳۰ نمونه انتخاب گردید تا در صورت لزوم بتوان آنها را جایگزین نمود.

گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای دو بار تشکیل می‌شد شرکت کردند در حالی که گروه گواه به عنوان فهرست انتظار در طی این مدت در هیچ برنامه مدون روان شناختی شرکت نکردند. همچنین به منظور رعایت حقوق انسانی و اخلاق حرفه‌ای؛ از آزمودنی‌های عضو گروه گواه دعوت گردید تا پس از اجرای پس آزمون، در گروه درمانی شناختی وجودگرا شرکت کنند.

## ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. پرسشنامه سلامت معنوی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه ۲۰ سئوالی توسط پولوتزین و الیسون<sup>۲</sup> (۱۹۸۲) ساخته شده است که ۱۰ سوال آن سلامت مذهبی و ۱۰ سوال دیگر سلامت وجودی فرد را بررسی می‌کند. دامنه نمره سلامت مذهبی و وجودی، هر کدام به تفکیک ۶۰-۱۰ می‌باشد. برای زیر گروه‌های سلامت مذهبی و وجودی، سطح بندی وجود ندارد و قضاوت بر اساس نمره بدست آمده صورت می‌گیرد. هرچه نمره بدست آمده بالاتر باشد نشانه سلامت مذهبی و وجودی بالاتر است. نمره سلامت معنوی جمع این دو زیر گروه بود که دامنه آن بین ۱۲۰-۲۰ در نظر گرفته شد [۳۵].

پاسخ این سوالات بصورت لیکرت ۶ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم دسته بندی شد. در سوالات منفی، نمره گذاری به شکل معکوس انجام شده است و در پایان، سلامت معنوی به سه سطح پائین (۲۰-۴۰)، متوسط (۴۱-۹۹) و بالا (۱۰۰-۱۲۰) تقسیم بندی شد. کریشلینگ و پیتمن<sup>۳</sup> پایایی (۱۹۸۹) پرسشنامه را به ترتیب برای سلامت مذهبی ۰/۹۵، سلامت وجودی ۰/۹۴ و نمره کل پرسشنامه یعنی سلامت معنوی را ۰/۸۴ اعلام می‌نماید [۳۶].

سید فاطمی و همکاران (۱۳۸۵) روایی پرسشنامه سلامت معنوی را از طریق اعتبار محتوا تعیین کردند، همچنین پایایی پرسشنامه از طریق ضریب پایایی آلفا کرونباخ ۰/۸۲ تعیین گردید [۲۰].

الیسون [۳۷] و لِدبتر، اسمیت، فیشر، وسلر هانتر و چو [۳۸] روایی صوری ابزار را مطلوب ارزیابی نموده و روایی سازه ابزار را بوسیله تحلیل عامل بررسی و مورد تأیید قرار دادند.

<sup>1</sup>. Spiritual well-being scale

<sup>2</sup>. Paloutzian, R.F & Ellison, C.W.

<sup>3</sup>. Kirschling, J.M & Pittman, J.F.

گروه درمانی شناختی وجودگرا، آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر. جلسه اول: مشخص کردن اهداف و فرایند گروه درمانی شناختی وجودگرا. جلسه دوم: استقرار مطلوب سنت‌های شکل دهنده گروه از قبیل مسئولیت پذیری در قبال خود و دیگری، مشارکت فعال، تعبیر و تفسیر، رعایت حقوق دیگران و... معرفی مفهوم اضطراب‌های وجودی و تفاوت آن با اضطراب‌های نوروتیک. جلسه سوم: آشنا شدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی است که فرد نسبت به آن آگاهی یافته و به جای انکار و یا تحریف آنرا بپذیرد. جلسه چهارم: آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی. جلسه پنجم: به چالش کشیدن باورهای غلط نظیر نحوست سرنوشت، تقدیر منفی، طالع نحس و تاوان گناه. جلسه ششم: ادامه روند به چالش کشیدن باورهای غلط به عنوان منابع مهم اضطراب‌های نوروتیک. جلسه هفتم: کاهش ترس از عود بیماری کودکان به عنوان یک منبع مهم اضطراب. جلسه هشتم: کاهش اضطراب‌های ناشی از بهم خوردن تصویر تن و تصور از خویشتن کودکان. جلسه نهم: چالش از دست دادن معنا زندگی. جلسه دهم: بر اساس طرح کلی فرایند درمان، درمانگر از این جلسه به بعد می‌کوشد تا ضمن روال عادی کار گروه برای بررسی منابع اضطراب غیر کارکردی و رفع آنها بتدریج گروه را آماده پایان دادن به دوره مداخله کند. هدف این مرحله استمرار فرایند بازبینی اهداف و برقراری جهت‌گیری‌های تازه در زندگی است. جلسه یازدهم: زمینه‌سازی عهد لازم برای کار مستمر و پیگیر برای رسیدن به اهداف جدید. جلسه دوازدهم: مطرح کردن احساس در مورد کلیت درمان، پیگیری نحوه ادامه تعامل با یکدیگر و سنجش پایانی.

### شیوه تحلیل داده‌ها

علاوه بر استفاده از امار توصیفی، داده‌ها براساس تحلیل کوواریانس و نیز تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا در سه مرحله، با استفاده از نرم افزار SPSS-16 انجام شد.

۲. پرسشنامه وضعیت مذهبی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه توسط گرینوی<sup>۲</sup> در ۲۰۰۳ ساخته شده و دارای ۲۷ سؤال و سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خداوند می‌باشد. خرده آزمون حضور خدا در زندگی و مراقبت خداوند با هم ترکیب شده و مقیاس تصور مثبت از خدا را تشکیل داده‌اند. نمره گذاری این پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به این صورت که سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹ و ۱۱ از سمت راست از ۱ تا ۵ نمره دهی شده و بقیه سؤالات به صورت معکوس نمی‌گذاری می‌شوند [۱۶].

خاکساری و خسروی در ۱۳۸۵ در پژوهشی، پایایی آزمون را با استفاده از آلفای کرونباخ در مورد عامل حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند، تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا به ترتیب ۰/۶۴، ۰/۶۱ و ۰/۵۸ بدست آوردند. همچنین روایی پرسشنامه از طریق تحلیل عامل مورد تأیید قرار گرفت. برای بدست آوردن روایی سازه نیز، همبستگی این آزمون با پرسشنامه همتای دیگری مورد سنجش قرار گرفت که نتایج نشانگر همبستگی ۰/۸۴ بود که همبستگی مطلوبی می‌باشد [۲۵]. کلاین [۱۵] پایایی درونی سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خدا را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ بدست آورد. علوی (۱۳۸۵) پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ در عامل حضور خدا در زندگی ۰/۷۷، مراقبت خداوند ۰/۸۹، تصور منفی از خدا ۰/۵۷ و تصور مثبت از خدا ۰/۸۶ بدست آورد.

### ۳. طرح درمان

به منظور اجرای جلسات مداخله، پروتکل اجرایی کی سان که توسط بهمنی [۳۱ و ۳۳] اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق خاص این پژوهش و بر اساس ویژگی‌های این گروه مورد استفاده قرار گرفت که شامل موارد زیر می‌باشد: پیش جلسه: زمینه‌سازی استقرار عوامل اصلی و ضروری برای ایجاد فضای گروهی، معرفی کلی فرایند

۱. RSI (Religious Status Inventory)

۲. Greenway, A.P.

جدول ۲: میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری «سلامت معنوی» و «تصور از خدا»

متغیرها	سلامت معنوی		تصور منفی از خدا		تصور مثبت از خدا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	آزمایش	۴۳	۱۶/۹۱	۱۷/۱۶	۵/۱۱	۴۹/۵۸
	کنترل	۷۰/۹۱	۱۸/۹۰	۱۳/۳۳	۳/۶۵	۷۰/۵۰
پس آزمون	آزمایش	۸۲/۰۸	۲۰/۶۹	۱۲/۰۸	۴/۰۷	۷۴/۹۱
	کنترل	۷۶/۱۶	۲۱/۶۷	۱۲/۰۸	۴/۱۰	۷۴/۵۸
پی‌گیری	۶ ماهه	۸۶/۵۸	۱۸/۵۹	۱۱/۹۱	۲/۶۷	۷۶/۵۰

## نتایج

آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۶۴ درصد افزایش سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی وجودگرا نسبت داد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۱۶/۹۴) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی وجودگرا بر تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۴۵ درصد افزایش تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی وجودگرا نسبت داد.

در جدول ۲ توصیف آماری نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان به تفکیک گروه‌ها آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، میانگین نمرات «سلامت معنوی» و «تصور مثبت از خدا» گروه آزمایش در پس آزمون و پی‌گیری افزایش و میانگین نمرات «تصور منفی از خدا» گروه آزمایش در پس آزمون و پی‌گیری کاهش داشته است اما در گروه کنترل میانگین نمرات «سلامت معنوی» و «تصور از خدا» تقریباً ثابت است.

در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۳۸/۰۷) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات سلامت معنوی در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش آزمون	۷۴۸۷,۱۴	۱	۷۴۸۷,۱۴	۶۵,۸۰	۰,۰۰۱	۰,۷۵۸
گروه‌ها (مستقل)	۴۳۳۲,۳۸	۱	۴۳۳۲,۳۸	۳۸,۰۷	۰,۰۰۱	۰,۶۴۵
واریانس خطا	۲۳۸۹,۴۴	۲۱	۱۱۳,۷۸	-	-	-
مجموع	۱۶۰۳۴۵	۲۴	-	-	-	-

اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات تصور مثبت از خدا در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	۴۵۸۸,۸۸	۱	۴۵۸۸,۸۸	۵۷,۰۶	۰,۰۰۱	۰,۷۳۱
گروه‌ها (مستقل)	۱۳۶۲,۸۱	۱	۱۳۶۲,۸۱	۱۶,۹۴	۰,۰۰۱	۰,۴۴۷
واریانس خطا	۱۶۸۸,۹۵	۲۱	۸۰,۴۲	-	-	-
مجموع	۱۴۰۳۸۰	۲۴	-	-	-	-

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات تصور منفی از خدا در دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
پیش‌آزمون	۲۴۸,۴۵	۱	۲۴۸,۴۵	۴۳,۷۱	۰,۰۰۱	۰,۶۷۵
گروه‌ها (مستقل)	۴۱,۹۲	۱	۴۱,۹۲	۷,۳۷	۰,۰۱۳	۰,۲۶۰
واریانس خطا	۱۱۹,۳۸	۲۱	۵,۶۸	-	-	-
مجموع	۳۸۷۲	۲۴	-	-	-	-

درمان در مدت زمان ۶ ماهه آزمون پیگیری صورت گرفت. با توجه به معناداری آزمون کرویت ماچلی (Mauchly's Test) و عدم برقراری پیش فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس لازم است داده‌ها قبل از تحلیل تعدیل شوند. بنابراین از ضرایب تصحیح (اپسیلون epsilon) برای اصلاح درجه آزادی (df) استفاده شده است.

جدول ۶ نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر با اصلاح Lower-bound را نشان می‌دهد. مقدار F مشاهده شده برای نمرات سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری ۶ ماهه) معنادار است ( $P < 0.01$ ) و حدود ۶۵ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند. همچنین مقدار F مشاهده شده برای نمرات تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان در سه مرحله معنادار است ( $P < 0.01$ ) و حدود ۵۸ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند.

در جدول ۵ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده ( $7/37$ ) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگتر است، بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی وجودگرا بر تصور منفی از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان تاثیر دارد، با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد. همچنین بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۲۶ درصد کاهش تصور منفی از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی وجودگرا نسبت داد. با توجه به معنی‌داری اثر گروه‌درمانی شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان جهت بررسی میزان ماندگاری اثر

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا در سه مرحله

سلامت معنوی	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری	حجم اثر
تصور مثبت از خدا	۱۳۴۷۹,۰۸	۱	۱۳۴۷۹,۰۸	۲۰,۲۳	۰,۰۰۱	۰,۶۴۸
تصور منفی از خدا	۵۵۶۰,۷۳	۱	۵۵۶۰,۷۳	۱۵,۲۸	۰,۰۰۲	۰,۵۸۲
تصور منفی از خدا	۲۳۲,۵۰۰	۱	۲۳۲,۵۰۰	۹,۲۲	۰,۰۱۱	۰,۴۵۶

جدول ۷: آزمون مقایسه زوجی بونفرونی بین نمرات سلامت معنوی و تصور از خدا در سه مرحله

مراحل اندازه‌گیری	سلامت معنوی		تصور منفی از خدا		تصور مثبت از خدا	
	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳۹,۰۸۳	.۰۰۰	۵,۰۸۳	.۰۰۱	۲۵,۳۳۳	.۰۰۰
پیش‌آزمون-پیگیری ۶ ماهه	۴۲,۵۸۳	.۰۰۰	۵,۲۵۰	.۰۰۳	۲۶,۹۱۷	.۰۰۰
پس‌آزمون-پیگیری ۶ ماهه	۳,۵۰۰	.۲۷۱	۱,۶۷	۱,۰۰۰	۱,۵۸۳	.۵۶۸

بنا به تعریف، سلامت معنوی به برخورداری از اخلاق، احساسات مثبت، احساس وجود نوعی ارتباط متقابل مثبت و پذیرفته شدن نزد یک نیروی برتر قدسی و نیز خود و دیگران اطلاق می‌شود که طی یک فرایند پویا و هماهنگ شناختی، عاطفی، کششی و پیامدی شخصی حاصل می‌آید [۳۹]. مذهب نیز به عنوان نوعی پاسخ به تجربه معنوی می‌تواند نقش مهمی در تامین سلامت معنوی بازی کند. مذهب و معنویت می‌تواند با فراهم نمودن منبع مهمی از قدرت برای افراد درگیر با بیماری سرطان، کیفیت زندگی آنان را ارتقا داده و از سطح استرس آنها بکاهد. [۴۰]. با وجود کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان کودکان، این مساله همچنان به عنوان یک پدیده آسیب زا مطرح است. کودکان و خانواده‌های آنها با موانع و مشکلات استرس آوری روبرو خواهند بود. لین وودگیت<sup>۱</sup> در پژوهشی طولی نشان داد برای عبور از مسیر سخت درمان سرطان، کودکان و خانواده‌های آنها نیاز به دارا بودن سلامت معنوی می‌باشند. [۲۹] اشنایدر و همکاران (۲۰۰۶) در تحقیقی نشان دادند بالا بودن سلامت معنوی در زندگی والدین کودکان سرطانی همانند مکانیسم‌های مقابله‌ای از بالا رفتن اضطراب آنان جلوگیری می‌کند. [۴۱] کاری و همکاران<sup>۲</sup> در ۲۰۱۰ نشان دادند والدین کودکان در حال احتضار یا نیازمند به مراقبت‌های ویژه؛ برای مقابله با شرایط سخت روحی، نیاز به سلامت معنوی و دارا بودن یک فلسفه زندگی کارآمد دارند. در بسیاری از مطالعات نیز اهمیت همه جانبه تاثیر مذهب و معنویت بر پیامدهای بیماران مبتلا به سرطان و

همچنین مقدار F مشاهده شده برای نمرات تصور منفی از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان نیز در سه مرحله معنادار است ( $P < 0.05$ ) و حدود ۴۶ درصد واریانس کل را تبیین می‌کند.

آزمون‌های مقایسه زوجی بونفرونی نشان داد که نمرات پیش‌آزمون سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری با نمرات پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه ( $P < 0.01$ ) دارد. به عبارتی افزایش نمرات سلامت معنوی والدین فرزندان مبتلا به سرطان در پس‌آزمون در مراحل پیگیری نیز پایدار مانده است. همچنین نمرات پیش‌آزمون تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری با نمرات پس‌آزمون، پیگیری ۶ ماهه ( $P < 0.01$ ) دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که در بخش قبل ملاحظه شد، نتایج پیش‌آزمون، فرض عدم اختلاف معنی دار میانگین گروه‌ها را تأیید و شرط همسانی آنها را برقرار نشان می‌دهد. به این ترتیب با اطمینان کافی می‌توان به بررسی و بحث در مورد نتایج بدست آمده از آزمون فرض‌ها پرداخت.

یافته‌ها حاکی از آن هستند که هر دو فرضیه این پژوهش مبنی بر اینکه "گروه درمانگری شناختی وجودگرا در افزایش سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان موثر بوده است" تأیید گردید. این در حالی است که تا زمان چاپ این پژوهش، گزارشی مبنی بر ارائه راهکار یا درمانی خاص بر سلامت معنوی و تصور از خدا والدین فرزندان مبتلا به سرطان یافت نگردید.

<sup>1</sup>. Roberta Lynn Woodgate

<sup>2</sup>. Kari R. et al.



بحران‌های زندگی می‌شود [۴۵].

به نظر می‌رسد عناصر مطرح شده در پروتکل درمانی و همچنین شیوه خاص گروهی اجرای مداخله، توانسته است تغییر مثبت و معنی داری را در افزایش سلامت معنوی و تصور مثبت از خدا گروه آزمایش ایجاد کند. فضای درمانی مداخله شناختی وجودگرا، بر مبنای یک تعامل گروهی فعال پایه ریزی شده که خود می‌تواند یکی از دلایل مفید بودن این رویکرد محسوب گردد. بخشی از محتوای شیوه مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا که با استفاده از مفاهیم وجودی تهیه شده، به درک دنیای پدیداری مراجع و نوع مفهوم فرد از معنای زندگی توجه می‌کند. به نظر کی سان [۴۶] روش مداخله ای مفید است که بتواند با سرعت و صراحت کافی به ترس از مرگ، تنهایی، بی‌اعتمادی به آینده و از دست دادن معنا پردازد و قابلیت کمک به کاهش آزرده‌گی‌های روانی را داشته باشد.

یافته‌ها نشان می‌دهد اثربخشی مداخله اجرا شده بر گروه آزمایش در پیگیری شش ماهه نیز همچنان اثرگذار بوده است اما به نظر می‌رسد که مطالعات تکمیلی نیازمند است تا استمرار درمان را در زمانهای یکساله و دوساله مورد بررسی قرار دهد. به این ترتیب یافته‌های این پژوهش را می‌توان تائید فرض زیربنایی اثرگذاری درمان شناختی وجودگرا بر سلامت معنوی و تصور از خدا در والدین فرزندان مبتلا به سرطان دانست.

#### منابع

- ۱- فرزانه پی، رضا. (۱۳۷۳). شناخت سرطان: پیشگیری و مقابله. کتاب ماد وابسته به نشر مرکز. تهران.
- ۲- شجاعی تهرانی، حسین. (۱۳۸۲). درسنامه پزشکی، پیشگیری و اجتماعی: بیماری‌های مزمن غیر واگیر و بیماری‌های واگیر شایع، جلد ۴. دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران.

3- Corner J, Baily C. (2001). Cancer nursing care in context. Black Well Publishing: UK.

خانواده‌های آنها مورد بررسی قرار گرفته و تاثیر مثبت آنها تائید شده است. [۴۲].

در فرایند توسعه برنامه‌های بهداشتی روانی، یافتن مفهوم درست و روشی تاثیرگذار بر بهبود بیماری‌ها می‌تواند برای آتیه برنامه‌های بهداشتی حیاتی باشد. لذا برای تبیین یافته‌های این پژوهش باید به مولفه‌های اصلی روش مداخله و ارتباط آنها با عوامل موثر بر سلامت معنوی و تصور از خدا توجه کرد. این مداخله از دو رویکرد اصلی شناختی و وجودی تشکیل شده است.

درمان شناختی می‌کوشد تا پریشانی هیجانی افراد را با کمک به آنها در تشخیص، آزمودن و تعدیل تفکر تحریف شده و غیر انطباقی که زیر بنای این پریشانی است، بهبود بخشد. بر اساس دیدگاه شناختی ذهن انسان فعالانه در ساختن واقعیت خویش دست دارد و برای تغییر شرایط باید ساخت ذهنی وی از واقعیت را که بر اساس برداشت فرد از واقعه رخ داده است، تعدیل شود [۴۳]. اصلاح باورهای غلط در خصوص خدا از قبیل عدم احساس رضایت در ارتباط خدا، عدم وجود توجه و مراقبت از سوی خدا در زندگی، و تحریف‌های شناختی از قبیل پیش‌گویی، فاجعه‌سازی، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی‌سازی، سرزنش‌گری، تاسف‌گرایی از جمله مواردی بود که در این جلسات در راستای تغییر قرار گرفت.

درمان وجودی نیز می‌کوشد تا با پرداختن به موضوع‌هایی از قبیل زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت نسبت به خود و دیگران، یافتن معنا در زندگی و پرداختن به مفهوم بی‌معنایی؛ آگاهی انسان از خود و توانایی فرد در نگرستن به ماورای مشکلات خویش را بررسی و بر مساله وجودی انسان توجه کند [۴۴]. مراجعان در جریان تجربه درمان وجودی، آگاهی ای را کسب می‌کنند که بدان وسیله بین جنبه‌هایی از زندگی که می‌توانند تغییر دهند و جنبه‌هایی که نمی‌توانند تغییر دهند، تمییز قایل شوند و می‌آموزند که چگونه زندگی را با تمام دشواریها و تضادهایش بپذیرند؛ که این فرایند شامل آموختن مواجهه با مسائل اجتناب ناپذیر، سختیها، ناامیدیها و

- 14- Fehring R.J.; Miller J.F.; Shaw C. (1997). Spiritual wellbeing, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum* Vol.24, Pages: 663-71.
- 15- Alavi Z. (2006). An investigation of the relationship between pathological guilt feeling and god conception with depression and hope among cancerous patients (master`s thesis). Alzahra university, Tehran, Iran.
- 16- Greenway, A.P.; Milne, L.C.; Clarke, V. (2003). Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God" *Journal of Mental health, religion & culture*. 6: 45.
- 17- Schaap-Jonker, H.; Eurelings-Bontekoe, E.; Verhagen, P.J. & Zock, H. (2002). Images of god and personality pathology. *Journal of mental health ,religion and culture*. 5: 55.
- ۱۸- رضایی، امیر موسی؛ مومنی قلعه قاسمی، طاهره؛ ابراهیمی، امراله و کریمیان، جهانگیر (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با استرس، اضطراب و برخی متغیرهای جمعیت شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی تخصصی سرطان اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*. سال هشتم، شماره اول، ص ۱۰۴-۱۱۳.
- 19- Sharif nia, H.; Hojjati, H.; Nazari, R.; Ghorbani, M.; Akhoondzade, G. (2012). The effect of prayer on mental health of hemodialysis patients referring imam reza hospital in amol city. *Iranian journal of critical care nursing*. 5(issue 1) p.29-34
- ۲۰- سید فاطمی، نعیمه؛ رضایی، محبوبه؛ گیوری، اعظم و حسینی، فاطمه (۱۳۸۵). اثر دعا بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه پایش؛ سال پنجم، شماره چهار*. ص ۳۰۴-۲۹۵.
- ۲۱- اله بخشیان، مریم؛ جعفرپور علوی، مهشید؛ پرویزی، سرور و حقانی، حمید (۱۳۸۹). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. دوره ۱۲. شماره ۳. ص ۲۹-۳۳.
- ۴- اسکندری، مهدی؛ بهمنی، بهمن؛ حسنی، فریبا؛ دادخواه، علی اصغر و نقیایی، مائده. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. سال بیست و یکم، شماره ۱۰. ص ۴۱ - ۵۰.
- 5- Highfield M.F. (1992). Spiritual health of oncology patients: nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing*. Vol.15: 1-8.
- 6- Mauk K.; Scnemidt N. (2004). Spirituality care in nursing practice. 2th ed. Philadelphia: Lippincott Company. Pages: 60-199.
- ۷- قمیان، سهیلا و حیدری نسب، لیلا. (۱۳۹۳). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی پرسش نامه سنجش معنویت SAI. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. سال بیست و یکم، شماره ۱۰. ص ۱۴۱-۱۵۸.
- 8- O'Brien ME. (1998). Spirituality in nursing: standing on holy ground. 1st Edition, Jones and Bartlett Publishing: Massachusetts.
- 9- Johnson CP. (2001). Assessment tools: are they an affective approach ti implementing spiritual health care within the NHS? *Acid emerg nurs*. Vol.9(3):177-186.
- 10- Bussing A.; Matthiessen F.; Ostermann T. (2005). Engagement of patient in religious and spiritual practices: confirmatory results with the SPREUKPS I.I questionnaire as a tool of quality of life research. *Health qual life outcomes*. Vol.3(53): 1-11.
- 11- litwinczuk K.M.; Groh CJ. (2007). The relationship between spirituality purpose in life and well-being in HIV positive persons. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 18(3): 13-22.
- 12- Mcnulty K.; Liveneh H.; Wilson L.M. (2004). Perceived uncertainty spiritual well-being and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil psycho*. Vol.49(2): 91-99.
- 13- Paloutzian R.E.; Park CL. (2005). Psychology of religion and Applied areas-*Handbook of the psychology of religion and spirituality*. UK, Guilford press. P. 562-580.

- 29- Woodgate, R.L.; Degner, L.F. (2003). A Substantive Theory of Keeping the Spirit Alive: The Spirit Within Children With Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. Volume 30, Pages 103-119.
- 30- Kissane, D.W.; Bloch, S.; Miach, P.; Smith, G.C.; Seddon, A. & Keks, N. (1997), "Cognitive existential group therapy for patients with primary breast cancer", *Psycho Oncology Journal*, 6(1), 25-33.
- ۳۱- بهمنی، بهمن (۱۳۸۹)، مقایسه اثربخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه علائم افسردگی از خود بروز داده اند، پایان نامه دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- 32- Yeh, CH. (2001). Development and testing of the parental coping strategy inventory with children with cancer in Taiwan. *Journal of Advanced Nurse*, Vol.36 (1), 78-88.
- ۳۳- بهمنی، بهمن؛ اعتمادی، احمد؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی و قنبری مطلق، علی (۱۳۸۹)، گروه درمانی شناختی هستی نگر و شناخت درمانی آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه، فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال ۶، شماره ۲۳، ص. ۲۱۴-۲۰۱.
- 34- Rajajee, S.; Ezhilarasi, S.; Indumathi, D. (2007). Psychosocial problems in families of children with cancer. *Indian Journal of Pediatrics*. Vol.74, 837-839.
- 35- Paloutzian, R.F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. (pp. 224-237). Wiley-Interscience.
- 36- Kirschling, J.M.; Pittman, J.F. (1989). Measurement of spiritual well-being: a hospice caregiver sample. *Journal of Hosp*. Vol.5, Pages 1-11.
- ۲۲- بالجانی، اسفندیار؛ خشایی، جواد؛ امانپور، الهام و عظیمی، ندا (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین سلامت معنوی، مذهب و امید در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*. دوره ۱۷. شماره ۳، ص ۲۷-۳۷.
- ۲۳- مقیمیان، مریم و سلمانی، فاطمه (۱۳۹۱). مطالعه همبستگی سلامت معنوی و امید در بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی سید الشهداء وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*. دوره ششم، شماره سوم، ص ۴۰-۴۵.
- ۲۴- فیض آبادی، سلیمه و خسروی، زهره (۱۳۸۸) مقایسه تصور از خدا و رضایت از زندگی در بین زنان خواهان طلاق و غیر خواهان طلاق شهرستان کاشان. *مجله پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی*. سال چهارم. شماره دوم، ۱۰: ص ۹-۱.
- 25- khaksari, Z.; khosravi, Z. (2012). Positive and negative conception of god and its relationship with students self esteem and mental health. *Journal of life science and biomedicine*. Vol.2(3): 62-68
- 26- haddadi koohsar, A.A.; Ghobary bonab, B. (2011). Relation between Quality of Image of God with Anxiety and Depression in College Students. *Procedia-social and behavioral sciences journal*. Volume 29, pages 252-256.
- 27- Ghobary bonab, B.; Haddadi koohsar, A.A. (2011). Relation Between Quality of Image of God with Obsessive-Compulsive Behaviours and Phobic Anxiety in Parents of Exceptional Children. *Procedia-social and behavioral sciences journal*. Vol.29, pages 237-241.
- 28- Alavi, Z.; Amin, F.; Pakdaman Savoji, A. (2013). Relationship between Pathological Guilt and God Image with Depression in Cancer Patients. *Procedia-social and behavioral sciences journal*. Vol.84, pages 919-924.

- 42- Zwingmann C.; Muller C.; Korber J.; et al. Religious Commitment, Religious Coping and Anxiety: A Study in German Patients with Breast Cancer. *Eur J Cancer Care* 2008;17:361-70.
- ۴۳- ویلس، فرانک (۲۰۰۹). تندآموز شناخت درمانی بک. ترجمه رضا مولودی (۱۳۹۱). چاپ اول. تهران. نشر ارجمند.
- ۴۴- کوری، جرال (۲۰۱۳). نظریه و کاربردها مشاوره و روان‌درمانی. ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۱). چاپ اول. تهران. نشر ارسباران.
- ۴۵- نظری، محمد علی و ضرغامی، سعید (۱۳۸۸). روان‌درمانی وجودی. چاپ اول. تهران. نشر پاریته.
- 37- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- 38- Ledbetter, M. F., Smith, L. A., Fischer, J. D., Vosler-Hunter, W. L., & Chew, G. P. (1991). An evaluation of the construct validity of the Spiritual Well-Being Scale: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 94-102.
- ۳۹- عباسی، محمود؛ عزیزی، فریدون؛ شمسی گوشکی، احسان؛ نصری راد، محسن؛ اکبری لاکه، مریم (۱۳۹۱). تعریف مفهومی و عملیاتی سازی سلامت معنوی؛ یک مطالعه روش شناختی. فصلنامه اخلاق پزشکی. سال ششم. شماره بیست. ص. ۱۱-۴۴
- 40- Yoshimoto SM.; Ghorbani S.; Baer JM.; et al. Religious Coping and Problem-Solving by Couples Faced with Prostate Cancer. *Eur J Cancer Care* 2006;15:481-8.
- 41- Schneider, M.; Mannell, R.C. (2006). Beacon in the Storm: An Exploration of the Spirituality and Faith of Parents Whose Children Have Cancer. *Journal of Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. Volume 29, Pages 3-24.