

Biannual Journal of Applied Counseling
2017, 7(1), 101-114
Received: 28 May 2017
Accepted: 01 Nov 2017
DOI: 10.22055/jac.2017.22221.1471

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
۱۱۴-۱۰۱، ۷(۱) ۱۳۹۶
دریافت: ۹۶/۰۳/۰۷
پذیرش: ۹۶/۰۸/۱۰

تأثیر معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه^۱

Effect of group spirituality therapy on hope of life and life style improvement of breast cancer patients

Mahdih Rahmanian
Mahdyeh Moein Samadani
Hooshang Alibazi

مهدیه رحمانیان^۱
مهدیه معین صمدانی^۲
هوشنگ علیبازی^۳

Abstract

This study was conducted to aim investigate to the effect of group spirituality therapy on hope of and life style in breast cancer female patients. The present study was quasi-experimental to posttest, and follow-up design with control group. 30 women with breast cancer were selected using purposive sampling method among women with breast cancer at Omid hospital in Isfahan city. The participants completed the Hope of life and Style Questionnaires before, after and 45 days after the intervention. Participants in the experiment group received group spirituality therapy during 8 sessions of 2 hours and the control group did not receive intervention. The data were analyzed using covariance statistical method and SPSS-18 software. The results showed that the mean scores of hope of life, and life style in experiment group in compared control group to increased ($p < 0.001$) and the maintenance of these two variables has been preserved over time ($p < 0.001$). According to the findings could be concluded that spiritual therapy has a significant role in improving, and increasing hope of life, and breast cancer patients life style.

Keywords: spirituality Group therapy, hope of life, lifestyle, Breast cancer

چکیده

این پژوهش با هدف تأثیر معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۳۰ زن مبتلا به سرطان سینه به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از میان زنان مبتلا به سرطان سینه در بیمارستان امید شهر اصفهان انتخاب شدند. شرکت‌کننده‌ها قبل از مداخله، بعد از مداخله و ۴۵ روز بعد از مداخله پرسشنامه‌های امید به زندگی و سبک زندگی را تکمیل کردند. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در طی ۸ جلسه دو ۲ ساعته تحت آموزش معنویت درمانی گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و نرم افزار آماری SPSS-۱۸ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین نمره‌های امید به زندگی و سبک زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است و نیز ماندگاری این دو متغیر در طول زمان حفظ شده است ($p < 0.001$). بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که معنویت درمانی نقش بسزایی در بهبود زندگی و سبک زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه دارد.

واژه‌های کلیدی: معنویت درمانی گروهی، امید به زندگی، سبک زندگی، بیماران سرطان سینه

۱. این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی با مجوز پژوهشی شماره ۳۰۸۶۰ می‌باشد.

mahdiehrhmn@yahoo.com

* استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران (نویسنده مسئول)

** کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران

*** کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه پیام نور، تهران

مقدمه

سرطان یا چنگار بیماری است که در آن سلول‌های بدن در یک تومور بدخیم به طور غیرعادی تقسیم و بافت‌های سالم را نابود می‌کنند. علت دقیق این پدیده نامشخص است، این احتمال وجود دارد که عوامل ژنتیکی یا عوامل محیطی در این بیماری مؤثر باشند. سرطان شامل همه انواع تومورهای بدخیم می‌شود که در پزشکی آنها را بیشتر با نام نتوپلاسم^۱ می‌شناسند. احتمال بروز سرطان در سنین مختلف وجود دارد ولی احتمال بروز سرطان با افزایش سن زیادتر می‌شود (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۸). سرطان یکی از بیماری‌های رو به رشد است (جبابیج، آکر و شلوپس، ۲۰۱۲) که روند زندگی طبیعی بیماران را تغییر داده و احساس ترس و اضطراب را در آنان ایجاد می‌کند (آدلبرانت و استرانگ، ۲۰۰۰). تشخیص سرطان و نیز درمان‌های تهاجمی و طولانی مدت برای این بیماری در بسیاری از موارد توانایی لذت بردن از زندگی را از بیمار سلب می‌کند (فنگ و اسنول، ۲۰۰۲؛ فیچیک، مایر، رینهولز، نهرینگ، شواب و بیوتل، ۲۰۱۳). سرطان شامل بیش از صد تومور بدخیم بوده و همه ی انسان‌ها اعم از هر جنس، سن و نژادی در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند. سرطان سومین علت مرگ و میر در دنیا بوده و در ایالات متحده هر ساله حدود ۱/۳ میلیون مورد جدید سرطان تشخیص داده می‌شود (گال، ۲۰۰۴). بر اساس بررسی‌های همه گیر شناسی روزانه ۹۸ نفر به علت سرطان می‌میرند و میزان بروز سرطان در حدود ۰/۲ درصد جمعیت است که در مقایسه با کشور آمریکا ۱۵ برابر و در مقایسه با کشورهای اروپای غربی ۱۲ برابر کمتر است. نسبت جنسی بروز سرطان برابر ۱۲۸ به ۱۰۰ است؛ یعنی، در مقابل ۱۲۸ مرد مبتلا به سرطان ۱۰۰ مورد زن وجود دارد (آباد، گنجی، شریفیان، نیکدل و جعفرزاده حصار، ۱۳۹۳).

طبق مطالعات فراوان‌ترین اختلال روانپزشکی در این بیماران، اختلالات انطباقی^۲، مثل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی توأم است (مسیه، ۲۰۰۴). سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب است (استارک، کیلی و اسمیت، ۲۰۰۲). این فرایند باعث کاهش امید به زندگی و تحت تأثیر قرار گرفتن سبک زندگی افراد مبتلا می‌شود (شاپیرو، لویز و شارز، ۲۰۰۱). امید به زندگی به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران سرطانی را قادر سازد که چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را مشاهده کنند. فقدان امید به زندگی و هدف‌دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت زندگی و ایجاد باورهای ناامید کننده می‌گردد (میکالای، سوکن و بلچر، ۱۹۹۲). سازمان بهداشت جهانی^۳ (۱۹۹۸) سبک زندگی را تلاش برای دستیابی به حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی توصیف کرده است. سبک زندگی سالم شامل رفتارهایی است که سلامت جسمی و روانی انسان را تضمین می‌کنند (شهبازی، گلزاری و برجعلی، ۱۳۹۴). فرد با انتخاب سبک زندگی برای

1. neoplasm
2. adjustment disorders
3. World Health Organization (WHO)

حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام می‌دهد، از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها (لیونز و لانگیل، ۲۰۰۰). محققان مؤسسه ملی سرطان آمریکا^۱ با بررسی تعداد زیادی از افراد مبتلا به سرطان بیان کردند که حیطه‌های عملکرد فیزیکی و سلامت روانی، کیفیت و سبک زندگی بیماران سرطانی در مقایسه با افراد سالم پایین‌تر است (اسمیت، ریو، بلیزی، هارلان، لایوند و آسلم، ۲۰۰۸). از آنجا که بیماران سرطانی پس از ابتلا به شدت به سوی افکار منفی روی می‌آورند، یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند نیاز به آرامش را در آنان برآورده سازد، یاد خداست که در فرایند معنویت درمانی^۲ می‌توان به آموزش آن پرداخت. در معنویت درمانی اصل بر قوی‌تر کردن ارتباط با خدا که منبع قدرت مطلق است، می‌باشد. معنویت احساس ارتباط با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی، اعتقاد داشتن و رابطه با یک قدرت متعالی است (هاوکس، هال، تالمن و ریچینز، ۲۰۰۳). معنویت درمانی نوعی از روان درمانی است که با استفاده از اصول خاص و با کاربرد شیوه‌های معنوی- مذهبی به بیماران کمک می‌کند تا به ادراکی فرا-مادی از خود، دنیا، حوادث و پدیده‌ها دست یافته و از طریق پیوند با این دنیای فرا-مادی، به سلامت و رشد دست یابند (ریچاردز و برجین، ۲۰۰۵). یکی دیگر از ابعاد معنوی امید است، امید عامل برانگیزاننده است که افراد را قادر می‌سازد مسیری را انتخاب کنند که به نتیجه‌ای مثبت بینجامد. بنابراین می‌توان اذعان نمود که افراد امیدوار، هدفمند عمل می‌کنند (سنیدر، راند و زیگموند، ۲۰۰۲). امید مفهومی بسیار نزدیک با روان درمانی، خوش‌بینی، خلق و خو و پایانه‌های عصبی سالم‌تر دارد که می‌تواند در مواقع ناامیدی، با در نظر گرفتن یک هدف ارزشمند، امیدوارانه جلو رود و در نتیجه روحیه قوی، جسم هم سالم‌تر می‌ماند (موحدی، موحدی و فرهادی، ۱۳۹۴). موحدی و همکاران (۱۳۹۴) دریافته‌اند که آموزش امید درمانی باعث افزایش امید به زندگی، غلبه بر کاهش استرس حاصل از سرعت تکثیر سلول‌های سرطانی می‌شود. یک مطالعه نشان داد وقتی سرطان در یک زوج پیشرفت پیدا می‌کند یا منجر به مرگ می‌شود، این استرس منجر به پیشرفت سرطان در زوج دیگر می‌شود و در نتیجه امید به زندگی کاهش می‌یابد، که منجر به مرگ زوج دیگر می‌شود. در رابطه با معنویت که از واژه Spirituality به معنی نفسی و روحی آمده است که با دمیدن درجان و تن سروکار دارد و تاریخچه معنویت، همزاد با خلقت انسان است (می، ۱۹۹۲). مطالعه دیگر نشان داد که معنویت به ایجاد امید و خوش‌بینی و کاهش مرگ و میر ناگهانی منجر می‌گردد (فالوت، ۱۹۹۸).

معاذیان و باقری (۱۳۹۵) نشان دهند دادند که آموزش هوش معنوی در پیشرفت دیدگاه بیماران به معنویت و کاهش ضربه‌های روانی و سازگار شدن با شرایط تأثیر مثبت دارد. آیت‌اللهی (۱۳۹۱) نشان داد که وجود خانواده، فرزند و حمایت‌های روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی خانواده می‌تواند باعث ارتقای کیفیت سبک زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان گردد. حبیبی، سلمانی، امانی، رافضی و نعمت اله زاده (۱۳۹۵) دریافته‌اند که ارتقای قدرت تاب‌آوری و معنویت درمانی می‌تواند بر سلامت روان و کیفیت زندگی

1. National Cancer Institute (NCI)
2. spirituality therapy

بیماران مبتلابه سرطان پستان تأثیر گذار باشد. چارلامبوس، پاپادوبولوس و بیدسمور (۲۰۰۸) نشان دادند بیمارانی که از سبک زندگی خود رضایتمندی داشتند، خستگی ناشی از سرطان را با تلاش و مقابله در برابر آن مدیریت کردند. گیواگلی، منسز و داسیلوا (۲۰۱۰) نشان دادند که معنویت می‌تواند کیفیت زندگی و سبک زندگی را در بیماران مبتلابه صرع و سرطان پیش‌بینی کند؛ نتایج تحقیق بکلن، پاری، کورلین، یاماشیتا، فیرکلوگ و وامبولت (۲۰۱۰) نشان داد که استفاده از مفاهیم معنوی در درمان بیماران سرطانی می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی و معنویت و سبک زندگی این بیماران را بهبود بخشد و میزان افسردگی کاهش دهد. ویلسون و استیل (۲۰۰۹) در پژوهشی بر روی بیماران قلبی و سرطانی نشان دادند که علیرغم شدت بیماری، بیماران با سطوح بالایی از بهزیستی معنوی از کیفیت زندگی و سبک زندگی بالاتری نسبت به بیماران با سطوح بهزیستی معنوی پایین برخوردار می‌باشند. لیسونی و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که اعتقاد به بقای روح پس از مرگ و اعتقاد به معجزه باعث قوی‌تر شدن روحیه بیماران می‌گردد و عدم ترس از مرگ احتمال بهبودی را افزایش می‌دهد. پواینگ، مین لی، گودوین و شرارد (۲۰۰۶) نشان دادند که معنویت درمانی بر افزایش سلامت روان، کاهش احساس‌های منفی، افزایش افکار مثبت و خلاق بیماران تازه تشخیص مبتلا به سرطان سینه تأثیر مثبت دارد. گیسون (۲۰۰۰) دریافت که اعتقادات معنوی به زندگی بیماران معنا و مفهوم می‌بخشد و امید و احتمال بهبود را افزایش می‌دهد. میکلائی، سوکن و بلچر (۱۹۹۲) نشان دادند که زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به سایر بیماران رضایت از زندگی بالاتر و افسردگی و ناامیدی پایین‌تری دارند.

امروزه بیماران مبتلا به سرطان اغلب پس از ابتلا به بیماری به سمت نُسخوار افکار منفی پیش می‌روند، گرایشی که خود می‌تواند به اختلال‌های روان‌شناختی گوناگون منجر شود. از آنجا که تلاش انسان، دستیابی به رضایتمندی از زندگی و ایمنی از مرگ و نیستی است، داشتن یک بیماری مزمن مثل سرطان نه تنها او را از تلاش دوباره برای یافتن معنا در زندگی باز می‌دارد، بلکه مرگ را لحظه به لحظه احساس می‌کند. اکثر درمان‌های روان‌شناختی سرطان، روی مبارزه با انواع مشکلات و بیماری‌های روان‌شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، دردها، ارتقای توانایی‌های بالقوه فرد و ایجاد ارتباط مؤثر متمرکز است. با این وجود، توجه به معنویات و امیدواری می‌تواند در درمان سرطان تأثیرگذارتر از هر کدام از موارد مداخله روان‌شناختی باشد. هرچه معنویت و باور جستجوی معنا قوی‌تر باشد فرد امیدوارتر شده و احتمال بهبود افزایش می‌یابد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تأثیر معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی در بیماران مبتلابه سرطان سینه بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۳۰ بیمار زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امید اصفهان در بازه زمانی بهمن و اسفند ماه سال

۱۳۹۴ و فروردین ماه ۱۳۹۵ به روش مبتنی بر هدف و بر اساس ملاک‌های ورود ۲۵ تا ۵۰ سال، نداشتن بیماری‌های خاص دیگر و اختلال‌های عاطفی و تمایل به شرکت در پژوهش از میان ۳۷۲ بیمار زن سرطانی مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق‌الذکر انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ زن به گروه آزمایش و ۱۵ زن به گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: غیبت داشتن بیش از ۲ جلسه، انجام ندادن تکالیف مشخص شده و بروز یک مشکل جسمانی و روان‌شناختی حاد در حین اجرای فرآیند پژوهش.

ابزار اندازه‌گیری

شاخص امید هرث^۱: این شاخص در سال ۱۹۹۹ توسط هرث تدوین گردیده، و دارای ۱۲ ماده است که ماده‌ها در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (کاملاً مخالفم = ۱، مخالفم = ۲، موافقم امتیاز = و کاملاً موافقم = ۴) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره‌های این پرسشنامه از ۱۲ تا ۴۸ می‌باشد و نمره‌های بالاتر بیانگر امید به زندگی بیشتر است. هرث ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و باز-آزمایی این شاخص به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۱، پورقاسیان و غفاری (۱۳۸۴) ضریب پایایی باز-آزمایی ۰/۷۸؛ و پورغزنین (۱۳۸۴)، به نقل از فکری، شفیعی آبادی، ثنایی ذاکر و حریرچی، (۱۳۸۶) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و تصنیف آن به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۴ و ضریب روایی همگرا آن با پرسشنامه امید دوفالت ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این شاخص ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه سبک زندگی^۲: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۳ توسط تقی زاده تدوین گردیده، و دارای ۴۰ ماده است که ۵ خرده مقیاس تغذیه و فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، روابط بین فردی، مثبت‌گرایی و رشد معنوی را مورد سنجش قرار می‌دهد. ماده‌های این پرسشنامه در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب = ۳ و به طور معمول = ۴) نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره‌های این پرسشنامه از ۴۰ تا ۱۶۰ می‌باشد و نمره‌های بالاتر بیانگر سبک زندگی بهتر است. تقی زاده (۱۳۹۰) ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۷۲ و ضریب روایی همگرا آن را با پرسشنامه سبک زندگی میلر-اسمیت ۰/۹۱ و دایی جواد (۱۳۹۴) ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش داده‌اند. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد.

روند اجرای پژوهش

پس از انتخاب نمونه و قبل از اجرای مداخله در مورد هدف پژوهش و کاربردی بودن جلسات معنویت درمانی توضیح‌های لازم به تک‌تک شرکت‌کننده‌ها داده شد و به آنها گوشزد گردید که شرکت در پژوهش آزادانه و با رضایت کامل آن‌ها می‌باشد؛ و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی و پرسشنامه‌ای آنها محرمانه خواهند بود و داده‌ها به صورت جمعی تحلیل می‌گردند. در ابتدا کلیه شرکت‌کننده‌ها گروه آزمایش و کنترل پس از اخذ رضایت کتبی، در یکی از اتاق‌های بیمارستان

1. Herth Hope Index
2. Life Style Questionnaire

پرسشنامه‌ها را بدون نام تکمیل کردند تا موازین اخلاقی رعایت گردد. سپس شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در هشت جلسه ۲ ساعته در هفته یک بار تحت گروه درمانی مبتنی بر معنویت درمانی قرار گرفتند. پس از پایان مداخله مجدداً از کل شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و پس از گذشت ۴۵ روز از اجرای پس‌آزمون، آزمون پیگیری روی هر دو گروه اجرا شد.

صورت‌جلسه‌های معنویت درمانی (برگرفته از تقی‌زاده، ۱۳۹۰)

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، صحبت در مورد معنویت درمانی و لزوم وجود آن در زندگی و نقش باور و پذیرش خویش.
دوم	توجه به آزادی معنوی در راستای پذیرش خداوند و رسالت انسان‌های برگزیده و مسئول بودن برنامه‌ریزی برای امروز و آینده.
سوم	آگاهی و اعتراف به گناهان نزد خداوند، شناخت ستم به خود یا دیگران و تلاش برای زندگی بهتر.
چهارم	واگذاری موارد به خداوند و تقویت اراده و پاک کردن افکار منفی، شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و راه‌های مقابله با آن و تلاش برای جایگزینی رفتار و افکار مثبت.
پنجم	یافتن معنای عشق به خود و دیگران و بررسی معنای رنج.
ششم	شناخت ارزش‌های خلاق و شناخت ارزش‌های تجربی.
هفتم	باور معنوی و عشق به آن، تصمیم برای رشد معنوی، فضا سازی ذهنی و معنوی در جهت رشد معنوی و الگوگیری از آن و آذاسازی احساسات.
هشتم	توانمندسازی و حل مشکلات، گسترش تجربه معنوی و رسیدن به اوج لذت و ابراز عقاید و تجربه معنوی، ارزشیابی مستمر از خود زیر نظر فردی معنوی.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس با رعایت مفروضه‌های آن) و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها

جدول ۱

ویژگی‌های جمعیتی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)
سن	۴۰/۰۷ (۶/۳۷)	۴۲/۱ (۵/۷۲)
درصد		
زیر دیپلم	۲۳/۳	۲۰/۲
دیپلم	۴۶/۷	۵۱/۲
فوق دیپلم	۱۰/۲	۹/۴
کارشناسی و بالاتر	۱۹/۸	۱۹/۲
متاهل	۷۶/۶	۷۷/۵
مجرد	۱۴/۴	۱۵/۳
مطلقه و بیوه	۹	۷/۲

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۴۰/۰۷ و ۶/۳۷ و در گروه کنترل ۴۲/۱ و ۵/۷۲ می‌باشد. سایر اطلاعات جمعیتی شرکت کنندگان در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار		
امید	آزمایش	۲/۷۶ \pm ۱۹/۰۶		۲/۸۰ \pm ۲۲/۴۶		۲/۳۰ \pm ۲۳/۲۰
	کنترل	۲/۸۹ \pm ۱۸/۴۰		۲/۶۱ \pm ۱۷/۵۳		۲/۰۲ \pm ۱۷/۴۰
سبک زندگی	آزمایش	۶/۹۸ \pm ۷۰/۰۱		۶/۰۴ \pm ۷۷/۴۶		۵/۸۱ \pm ۷۹/۱۳
	کنترل	۵/۵۶ \pm ۶۸/۶۰		۴/۷۶ \pm ۶۶/۴۶		۴/۵۴ \pm ۶۷/۵۳

جدول ۲ نشان می‌دهد، که میانگین نمره‌های امید به زندگی و سبک زندگی گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۱۹/۰۳ و ۷۰/۰۱، در مرحله پس آزمون ۲۲/۴۶ و ۷۷/۴۶ و در مرحله پیگیری ۲۳/۲۰ و ۷۹/۱۳؛ و در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۱۸/۴۰ و ۶۸/۶۰، در مرحله پس آزمون ۱۷/۵۳ و ۶۶/۴۶ و در مرحله پیگیری ۱۷/۴۰ و ۶۷/۵۳ بود. همچنین کلیه مفروضه‌های تحلیل کوواریانس (همگنی واریانس لون، نرمال بودن متغیرها، رابطه خطی، عدم هم خطی بودن چندگانه و شیب‌های خط رگرسیون) مؤید این بودند که استفاده از این روش آماری برای تحلیل متغیرهای وابسته جایز است.

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس امید به زندگی و سبک زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	پس از کنترل پیش آزمون		
			میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح p
امید به زندگی	۳۶۹۰/۲۴	۱	۳۶۹۰/۲۴	۱۹۳/۶۱	< ۰/۰۰۱
سبک زندگی	۲۸۴۲/۹۲	۱	۲۸۴۲/۹۲	۱۷۶/۴۹	< ۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۳ بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای امید به زندگی ($F = ۱۹۳/۶۱$, $P < ۰/۰۰۱$) و سبک زندگی ($F = ۱۷۶/۴۹$, $P < ۰/۰۰۱$) پس از کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت حاکی از آن است که امید به زندگی و سبک زندگی شرکت کنندگان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است. (امید به زندگی: $\bar{X}_E = ۲۲/۴۶$ در برابر $\bar{X}_C = ۱۷/۵۳$) (سبک زندگی: $\bar{X}_E = ۷۷/۴۶$ در برابر $\bar{X}_C = ۶۶/۴۶$)

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس امید به زندگی و سبک زندگی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری پس از کنترل پیش آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات
امید به زندگی	۶۷۳۲/۶۷	۱	۶۷۳۲/۶۷	۳۲۲/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱
سبک زندگی	۵۴۳۲/۱۶	۱	۵۴۳۲/۱۶	۲۹۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸

همانگونه که در جدول ۴ دیده می‌شود، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای امید به زندگی ($F = ۳۲۲/۴۶$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و سبک زندگی ($F = ۲۹۷/۳۴$ ، $P < ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد که این تفاوت به معنای ماندگاری و دوام امید به زندگی و بهبود سبک زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پیگیری است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه انجام شد. نتایج بیانگر تأثیر مثبت معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی در این بیماران بود. این یافته با نتایج تحقیقات پارگامنت، اسمیت، کونینگ و پرز (۱۹۹۸)، گال (۲۰۰۴)، گیسیون (۲۰۰۰) و سنیدر و لویز (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. این گونه می‌توان بیان کرد که معنویت راهی برای ایجاد معنا در طی حوادث مشکل‌زای است. اعتقادات معنوی و مذهبی منبعی برای معنا و امید در انسان‌ها به وجود می‌آورند. تحقیقات انجام شده در رابطه با معنویت و امید بیان کننده این مطالب است که امید به طور مثبت با بهزیستی معنوی و بهزیستی روان‌شناختی در ارتباط است (میکلی، سویکن و بلچر، ۱۹۹۲) و اینکه اعتقادات معنوی، به زندگی بیماران معنا و مفهوم می‌بخشد و امید و آرامش برای آنها فراهم می‌کند (گیسیون، ۲۰۰۰). تأثیر معنویت درمانی در بهبود امید را می‌توان از جنبه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی تبیین کرد. همانگونه که به نقش معنویت در مقابل حوادث زندگی اشاره شد، مداخله از بعد شناختی، بر اصلاح افکار و باورهای زیربنایی، یافتن معنا برای پدیده‌ها و رویدادهای مشکل و آسیب‌زا، همچنین شکست‌ها، کمبودها، و نرسیدن به اهداف موردنظر تمرکز دارد. بیماران سرطانی به خصوص زمانی که به بیماری خود فکر می‌کنند با مسائل و مشکلاتی روبرو می‌شوند که ممکن است آن‌ها را دچار افسردگی و سردرگمی نموده و انگیزه پیشرفت را در آن‌ها از بین ببرد. بنابراین با اصلاح افکار و یافتن معنا در زندگی، می‌توان نیروی بیشتری در آنها ایجاد نمود که مشکلات را کمتر احساس کرده و بتوانند موانع را از سر راه بردارند. ارائه معنا برای زندگی، باعث ایجاد یک احساس برتر در فرد برای کنترل موقعیت‌ها از طریق انواعی از مفاهیم و سبک‌ها و فراهم آوردن عزت‌نفس

می‌گردد که این فرایند منجر به افزایش معنادار امید به زندگی افراد مبتلابه سرطان در اثر معنویت درمانی می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که معنویت درمانی منجر به بهبود معنادار سبک زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شده است که با نتایج تحقیقات ویلسون و استیل (۲۰۰۹)، آیت‌اللهی (۱۳۹۱) و کوستانزو و همکاران (۲۰۰۲) همسو می‌باشد. این تأثیر را با در نظر گرفتن دو فرض اصلی می‌توان تبیین کرد؛ فرض اول این است که با افزایش امیدواری و کاهش علائم افسرده‌گویی که در بیماران سرطانی رایج می‌باشد، می‌تواند منجر به بهبود سبک زندگی بیماران شود. افسردگی عاملی است که بیشترین وارپانس را در نمره‌های سبک زندگی ایجاد می‌کند. خلق افسرده و ناامیدی ابعاد مختلف سبک و کیفیت زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت، روابط بین فردی و مثبت‌گرایی و رشد) را تحت تأثیر قرار می‌دهد و به نظر می‌رسد بهبود معنادار سبک زندگی بیماران سرطانی ناشی از افزایش امیدواری و بهبود افسردگی در بیماران باشد (ویلسون و استیل، ۲۰۰۹).

فرض دوم این است که تأثیر مثبت معنویت درمانی مربوط به تأثیرگذاری بر مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است که بر بهزیستی معنوی سبک زندگی مربوط به سلامت کلی در این بیماران تأثیر می‌گذارد (حسین دخت، فتحی‌آشتیانی و تقی‌زاده، ۱۳۹۲). از طرفی معنویت درمانی با مکانیسم‌ها و واسطه‌هایی مانند تأثیر بر فرآیندهای مقابله‌ای فرد، توانایی در حل مسائل، افزایش عزت‌نفس، امید، صمیمیت، کنترل، تسلی خاطر، تأمین حمایت عاطفی، تأمین تکیه‌گاه معنوی، بر انسجام و بهزیستی فردی اثر گذاشته و توانمندی‌های درونی روان‌شناختی فرد را تقویت می‌کند که همگی منجر به بهبود سبک زندگی در این افراد می‌گردد (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۴). علاوه بر این، معنویت درمانی می‌تواند از طریق پیشرفت سازگاری و انعطاف‌پذیری هیجانی افراد، تجربه احساس‌های مثبت و درک سلامتی بر سبک و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تأثیر گذارد. تبیین دیگری که ممکن است معنویت بر سلامت اثر داشته باشد، حمایت اجتماعی است؛ به طوری که حمایت اجتماعی، معنوی و دینی می‌تواند منبع ارزشمندی برای عزت‌نفس، کسب اطلاعات، همیاری و کمک باشد و این حمایت‌ها به افراد کمک می‌کند تا استرس‌هایشان را کاهش دهند و رضایت بیشتری از سبک زندگی‌شان داشته باشند.

نتیجه‌گیری

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که مداخله با تأکید بر معنویت‌گرایی باعث افزایش معنادار امید به زندگی و تقویت ساختار ذهنی در بیماران سرطانی می‌گردد. علاوه بر این، مسائل معنوی تأثیرات محافظت‌کننده‌ای بر بهزیستی روانی، رضایت از زندگی، تغییرات شناختی و سلامت فیزیکی این بیماران دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که معنویت درمانی نه تنها باعث افزایش امید به زندگی شده، بلکه سبک زندگی افراد مبتلا به سرطان را نیز بهبود بخشیده است. محدودیت عمده این پژوهش این است که نمونه پژوهش حاضر شامل زنان مبتلا به سرطان سینه بود که باعث احتیاط جهت تعمیم‌دهی نتایج

به جوامع دیگر می‌گردد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی اثربخشی روش‌های درمانی مختلف بر این بیماران مورد مقایسه قرار گیرد و از طرح‌های تک آزمودنی جهت بررسی‌های دقیق‌تر استفاده شود. بدین‌وسیله لازم است از مسئولین محترم بیمارستان امید اصفهان و تمام بیماران سرطانی که در ارائه این تحقیق پژوهشگران را یاری دادند، کمال تشکر به عمل آید.

منابع

- آباد، محسن؛ گنجی، رضا؛ شریفیان، الهام؛ نیکدل، رسول؛ جعفرزاده حساری، مهسا و جعفرزاده حساری، فاطمه. (۱۳۹۳). توزیع اپیدمیولوژیک انواع سرطان در یک بررسی ۱۰ ساله: مطالعه موارد ثبت شده در بیمارستان‌ها و مراکز پاتولوژی استان خراسان شمالی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۴(۴)، ۶۹۶-۶۸۹.
- آیت‌اللهی، هاله. (۱۳۹۱). بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان سرطان پستان تحت درمان در مرکز تحقیقات سرطان امید ارومیه. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۵(۴)، ۴۳-۳۵.
- پورقاضیان، طیبه و غفاری، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط بین امید و عزت‌نفس در مددجویان گیرنده پیوند کلیه در بیمارستان امام رضا (ع) شهر مشهد سال ۸۲-۱۳۸۱. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد*، ۱۳(۱)، ۶۱-۵۷.
- تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۰). *چهارده پله معنویت درمانی*، تهران: نشر ارجمند.
- حبیبی، مجتبی؛ سلمانی، خدیجه؛ امانی، امید؛ رافعی، زهره و نعمت اله زاده، ساناز السادات. (۱۳۹۵). مقایسه تجارب معنوی و تاب‌آوری در زنان مبتلابه سرطان پستان تحت پرتو درمانی و همتایان عادی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۱)، ۵۵-۵۰.
- حسین دخت، آرزو؛ فتحی آشتیانی، علی و تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. *روان‌شناسی و دین*، ۲(۶)، ۷۴-۵۷.
- دایی جواد، آوا. (۱۳۹۴). تأثیر معنویت درمانی بر سبک زندگی ارتقای سلامت و مهارت‌های حل مسئله در دانشجویان دانشگاه پیام نور جنوب. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور، روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز و مؤمنی جاوید، مهرآور. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین امید به زندگی و سبک زندگی در بیماران مبتلابه سرطان بعد از عمل جراحی. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۳-۴(۲)، ۲۷-۲۰.

شهبازی، مریم؛ گلزاری، محمود و برجعلی، احمد. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش سبک زندگی سالم بر مبنای مدل بهداشت جهانی بر اضطراب مرگ سالمندان شهر ایلام. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۲ (۲)، ۳۰۸-۳۱۶.

فکری، کاترین؛ شفیق آبادی، عبدالله؛ ثنایی ذاکر، باقر و حریری، ایرج. (۱۳۸۶). اثربخشی روش تصورات ذهنی هدایت شده فردی بر میزان اضطراب و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه، *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۹ (۳۱)، ۱-۱۶.

معاذیان، پریسا و باقری، مسعود. (۱۳۹۵). آموزش هوش معنوی بر سازگاری‌های خانوادگی، عاطفی، اجتماعی و جسمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*، ۶ (۱)، ۸۹-۱۰۱.

موحدی، معصومه؛ موحدی، یزدان و فرهادی، علی. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش امید درمانی بر امید به زندگی و سلامت عمومی بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان شقایق اهواز. *فصلنامه پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵ (۷۶)، ۸۴-۹۲.

Adelbratt, S., & Strang, P. (2000). Death anxiety in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 14(6), 499- 507.

Akechi, T., Nakano, T., & Okamura, H. (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: Descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 31(5), 188-194.

Bekelman, D. B., Parry, C. Curlin, F. A. & Yamashita, T. E., Fairclough, D. L., & Wamboldt, F. S. (2010). A comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic health failure. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 515-526.

Charalambous, A., Papadopoulos, I. R., & Beadsmoore, A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: a hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 436-442.

Costanzo, E.S., Lutgendorf, S.K., Mattes, M.L., Trehan, S., Robinson, C.B., Tewfik, F., & Roman, S.L. (2002). Adjusting to life after treatment: distress and quality of life following treatment for breast cancer. *British Journal of Cancer*, 97, 1625-1631.

Fallot, L. (1998). Body, mind and spirit: Towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. *Psycho-Oncology*, 8(4), 439-450.

- Fang, C.Y., & Schnoll, R.A. (2002). Impact of psychological distress on outcomes in cancer patients. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2(5), 495-506.
- Fischbeck, S., Maier, B.O., Reinholz, U., Nehring, C., Schwab, R., & Beutel, M.E. (2013). Assessing somatic, psychosocial, and spiritual distress of patients with advanced cancer: development of the Advanced Cancer Patients' Distress Scale. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30(4), 339-346.
- Gall, T.L. (2004). The role of religious coping in adjustment to prostate cancer. *Cancer nurse*, 27(6), 454-461.
- Gibson, L.M. (2000). Inter-relationships among sense of coherence, hope and spiritual perspective (inner resources) of African-American and European-American breast cancer survivors. *Applied Nursing Research*, 16(4), 236-244.
- Giovagnoli, R.F., Meneses, R.F., & Da Silva, A. M. (2010). The contribution of spirituality to quality of life in Focal epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 9(1), 133-139.
- Grassi, L., Gritti, P., & Rigatelli, M. (2000). Psychosocial problems secondary to cancer: An Italian multicenter survey of consultation-liaison psychiatry in oncology. *European Journal of Cancer*, 36(5), 579-585.
- Hawks, S. R., Hull, M., Thalmant, R. L., & Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: definition, role and intervention strategies in health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 9(5), 371-378.
- Jabaaij, L., Van den Akker, M., & Schellevis, F.G. (2012). Excess of health care use in general practice and of comorbid chronic conditions in cancer patients compared to controls. *BMC Family Practice*, 6(4), 1-9.
- Lissoni, P., Messina, G., Parolini, D., Balestra, A., Brivio, F., Fumagalli, L., Vigore, L., & Rovelli, F. (2008). A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In Vivo*, 22(5), 577-581.
- Lyons, R., & Langille, L. (2000). *Healthy Lifestyle: Strengthening the effectiveness of lifestyle, Approaches to improve health*. Ottawa: Health Canada.
- Massie, M.J. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute* 32, 57-71.
- Mey, E. (1992). Suicide acceptability in African and with Americans: the real of religion. *Journal of Mental Disorder*, 186, 12-16.

- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (1992). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Mickley, J. R., Soeken, K., & Belcher, A. (2007). Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 267-272.
- Norton, T. R., Monne, S. L., & Rubin, S. (2004). Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22(5), 919-926.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character Strength and Virtues*. Oxford: University press.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute*, 32, 32-39.
- Puing, A., Min Lee, S., Goodwin, L., & Sherrard, P. (2006). The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Art in Psychotherapy*, 33(3), 218-228.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy* (2nd Ed.). DC: American Psychological Association.
- Sharpiro, S.L., Lopez, A.M., & Scharz, G.E. (2001). Quality of life and breast cancer relationship to psychosocial variable. *Journal of Clinical Psychology*, 5(1), 501-519
- Smith, A. W., Reeve, B. B., Bellizzi, K. M., Harlan, L.C., Klabunde, C. N., & Amsellem, M. (2008). Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health Care Financing Review*, 29(4), 41-56.
- Snyder, C. R., & Lopez, M. T. (2005). Affirming faith experiences and psychological health for Caucasian lesbian, gay, and bisexual individuals. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 378-388.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Siigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). New York: Oxford University press.

- Stark, D., Kiely, M., & Smith, A. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, association and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148.
- Wilson, L., & Steel, S. (2009). Spirituality and quality of life health failure patients. *Heart & Lung*, 38, 263-264.
- Zabora, J., Hofe, B., & Szok, K. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho Oncology*, 10(1), 19-28.