

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2022; 16(47): e7

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

The Effect of Spiritual Therapy on the Fear of Illness Recurrence and Illness Perception of Women with Breast Cancer

Samaneh Mato¹, Majid Saffarinia^{2*}, Ahmad Alipour²

1. Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Although fear of illness recurrence and negative illness perceptions can significantly undermine the quality of life of cancer survivors and increase their physical and psychological fatigue as well as anxiety and depression, few studies have introduced effective treatments for adjusting the perceptual-psychological factors involved in breast cancer. While, spirituality is an important factor for adapting to stressful conditions caused by chronic diseases, ensuring physical and psychological health as well as hope of patients and consequently improving the health condition of patients. The present study was an attempt to investigate the effect of spiritual therapy on the fear of illness recurrence and negative illness perception among women with breast cancer.

Methods: The present research falls within the category of semi-experimental studies with a pre-test, post-test control group design and two-month follow-up. Population of the study consisted female breast cancer patients subjected to chemotherapy who referred to the specialized and subspecialized breast pathology center of Jihad In Iran during winter of 2021. 30 patients were selected through convenient sampling and randomly assigned to two groups: intervention and control groups (n=15). The fear of cancer recurrence and the perception of the illness were measured using the Simard & Savard's FCR Inventory and Broadbent's IPQ before, after and two months after the intervention, respectively. The intervention group received spiritual-religious psychotherapy for 12 sessions (each 120 minutes) individually, but the control group did not receive any intervention. Data analysis was done using repeated measure ANOVA and Bonferroni's post hoc test ($\alpha=0.05$) within the framework of SPSS 24 software.

Ethical Considerations: After obtaining the code of ethics, the researcher went to the research sites and obtained the written informed consent of patients by introducing the objectives and nature of the research as well as the implementation and intervention techniques.

Results: The results suggest that spiritual therapy has a significant effect on mitigation of the fear of cancer recurrence and improvements in the illness perception of women with breast cancer ($p<0.001$). The mean difference between pre-test, post-test and follow-up was significant in both mentioned variables ($p<0.001$), however, the mean difference of post-test and follow-up stages in terms of fear of cancer recurrence and illness perception was not significant ($p>0.05$).

Conclusion: According to the findings, spiritual therapy has a lasting effect on mitigation of the fear of cancer recurrence and improvements in illness perception of women with breast cancer. Thus, health professionals can effectively apply this treatment method to female breast cancer patients with fear of illness recurrence or a negative illness perception to help them improve their physical and psychological health.

Keywords: Spiritual Therapies; Fear of Cancre Recurrence; Illness Perception; Breast Neoplasms

Corresponding Author: Majid Saffarinia; **Email:** m.saffarinia@yahoo.com

Received: July 08, 2022; **Accepted:** September 07, 2022; **Published Online:** September 19, 2022

Please cite this article as:

Mato S, Saffarinia M, Alipour A. The Effect of Spiritual Therapy on the Fear of Illness Recurrence and Illness Perception of Women with Breast Cancer. Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e7.



مجله اخلاق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و هفتم، ۱۴۰۱



مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

تأثیر معنویت درمانی بر ترس از عود و ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان

سمانه متو^۱، مجید صفاری نیا^{۲*}، علی احمدپور^۲

۱. گروه روان شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با وجود تأثیر ترس از عود بیماری و ادراک منفی از آن بر کاهش کیفیت زندگی بازماندگان از سرطان و افزایش خستگی جسمی و روانی، اضطراب و افسردگی آنان، تحقیقات کمی مداخله‌های مؤثر بر تعدیل این عوامل ادراکی - روان شناختی سرطان پستان را معرفی کرده‌اند. این در حالی است که معنویت منبعی مهم در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن، سلامت جسمانی و روانی، امید و در نتیجه بهبود وضعیت بیماری است. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر معنویت درمانی بر ترس از عود و ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش: تحقیق حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه متشکل از زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی در زمستان ۱۴۰۰ بود. ۳۰ نفر از این بیماران به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ترس از عود سرطان با سیاهه Simard & Savard و ادراک بیماری به وسیله پرسشنامه Broadbent و همکاران قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله اندازه گیری شد. بیماران گروه مداخله روان درمانی معنوی - مذهبی را به مدت ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، به صورت فردی دریافت نمودند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها از طریق روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی Bonferroni با در نظر گرفتن سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نرم افزار SPSS 24 انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: پس از اخذ کد اخلاق، پژوهشگر به محیط‌های پژوهش مراجعه کرد و پس از معرفی هدف و ماهیت پژوهش و نیز معرفی شیوه اجرای مداخله، رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش از بیماران اخذ گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنویت درمانی، تأثیر معنی داری بر کاهش ترس از عود سرطان و بهبود ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان داشت ($p<0/001$). اختلاف میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در هر دو متغیر یاد شده معنادار بود ($p<0/001$)، اما اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیگیری در ترس از عود سرطان و ادراک بیماری معنادار نبود ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش، معنویت درمانی بر کاهش ترس از عود سرطان و بهبود ادراک زنان مبتلا به سرطان پستان از بیماری‌شان اثر دارد و این اثرگذاری در طول زمان ماندگار است، در نتیجه این روش درمانی می‌تواند به عنوان روشی کارآمد توسط متخصصان حوزه سلامت برای زنان مبتلا به سرطان پستانی که از عود بیماری خود ترس دارند و یا ادراک منفی‌ای از بیماری‌شان دارند، استفاده شود تا به بهبود در سلامت جسمی و روانی آنان کمک شود.

واژگان کلیدی: معنویت درمانی؛ ترس از عود؛ ادراک بیماری؛ سرطان پستاننویسنده مسئول: مجید صفاری نیا؛ پست الکترونیک: m.saffarinia@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۶؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۶/۲۸

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Mato S, Saffarinia M, Alipour A. The Effect of Spiritual Therapy on the Fear of Illness Recurrence and Illness Perception of Women with Breast Cancer. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e7.

مقدمه

علیرغم پیشرفت‌های شگرف در زمینه پزشکی در چند دهه گذشته و بهبود قابل ملاحظه در درک علائم و عوامل ایجادکننده سرطان پستان، این بیماری همچنان در سراسر جهان در حال افزایش است و اصلی‌ترین علت مرگ در بین سرطان‌های زنان به شمار می‌رود (۱)، میزان بروز سرطان پستان سالیانه ۵/۹ درصد در حال افزایش است (۲). سرطان پستان چهارمین علت مرگ ناشی از سرطان در سال ۲۰۲۰ بود (۳). در ایران سرطان پستان ۳۴ درصد سرطان‌ها را در بین زنان تشکیل می‌دهد و زنان ایرانی یک دهه زودتر نسبت به زنان کشورهای غربی به این بیماری مبتلا می‌شوند (۴). ابتلا به سرطان پستان، چالش‌های زیادی را در زنان ایجاد می‌کند که شامل سازگاری با خبر اولیه ابتلا به بیماری، تغییر در اندام بدن با جراحی، ریزش مو، سوختگی‌های ناشی از پرتودرمانی و کاهش جاذبه جنسی، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی، درمان‌های ترکیبی، رو به روشن شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری یا عود آن و انتظار مرگ در موارد پیشرونده بیماری است (۵).

برداشتن یک یا هر دو پستان، غالباً با احساس مثله‌شدن، تغییر در تصویر ذهنی، کاهش جاذبه جنسی، اضطراب، افسردگی، احساس ناامیدی، گناه، ترس از عود بیماری، طردشدن و در نهایت افکار مرگ همراه است، چراکه برداشتن پستان به عنوان نابودشدن بخشی از بدن تلقی می‌گردد که نماد جنسیت، زنانگی و ابعاد مادرانه می‌باشد (۶) و منجر به افزایش مشکلات روان‌شناختی در این بیماران به میزان ۸ برابر افراد عادی می‌گردد (۷). این مشکلات با نگرانی از بیماری و ترس از عود آن همراه است که منجر به کاهش کیفیت زندگی، زوال قابل توجه در فعالیت‌های تفریحی و جسمی، مشکلات ارتباطی، مشکلات خواب، سرعت بیشتر پیشرفت علائم سرطان و متاستاز بیشتر و درد خواهد شد (۸).

عود به عنوان یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌ها در جراحی حفظ پستان باقی می‌ماند و ممکن است باعث اضطراب جدی در بیمار شود (۹). اصطلاح ترس از عود سرطان عبارت است از

ترس یا نگرانی در مورد اینکه سرطان در همان عضو یا در بخش دیگری از بدن باز خواهد گشت یا پیشرفت خواهد کرد (۱۰). بالای ۷۰ درصد بازماندگان سرطان سطوح قابل توجهی از ترس از عود سرطان را گزارش کردند. با این حال، علیرغم اثرات منفی شناخته‌شده ترس از عود سرطان بر سلامت روان و کیفیت زندگی، تحقیقات کمی مداخله‌های انجام‌شده در مورد ترس از عود سرطان بالا را بررسی کرده‌اند (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ترس از عود سرطان با سلامت هیجانی و کیفی زندگی پایین‌تر، خستگی جسمی و روانی بالاتر، و اضطراب و افسردگی بیشتر در بازماندگان از سرطان ارتباط دارد (۱۲). همچنین این ترس و نگرانی مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش می‌دهد و موجب تحریک غدد تیروئید، پانکراس و هیپوفیز می‌شود و با افزایش خطر بروز اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و شغلی و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی در جامعه همراه است (۱۳). این ترس از عود بیماری و نگرانی‌های مرتبط با آن بر روند بهبودی بیماران مبتلا به سرطان و بر درمان و ارتباط با مربیان اثر منفی می‌گذارد و ممکن است بر مرگ و میر هم اثر داشته باشد (۱۴). بنابراین ترس از عود بیماری از حوزه‌های مرتبط و مهم در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی این زنان اثر سوء می‌گذارد (۱۵).

در این میان، ادراک علائم بیماری به عنوان یکی از متغیرهای روان‌شناختی و رفتاری مهم در درمان بیماری سرطان که بر پایه کسب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد می‌تواند نگرانی‌های مرتبط با سلامتی و ظاهر فرد و توانایی او را در تطابق با بیماری تحت تأثیر قرار دهد (۱۶). ادراک بیماری یکی از مفاهیمی است که در حوزه رفتارشناسی بیماران، شناخت اندکی درباره آن وجود دارد. به طور کلی ادراک بیماری در پاسخ به این سؤال مطرح می‌شود که چرا افرادی که در معرض عوامل استرس‌زای مشابه مثل سرطان پستان، قرار می‌گیرند و ویژگی‌های بالینی مشابه دارند به شیوه‌های مختلفی علائم بیماری را ادراک و تفسیر می‌کنند؟ بسیاری از مطالعات که در حوزه ادراک بیماری انجام شده

است، از منظر یک چارچوب نظری خاص، یعنی مدل خودگردانی صورت گرفته‌اند و بستر مناسبی را برای بیماران فراهم نموده است، (۱۷). بر اساس این مدل، بیماران بازنمایی خود را از درد و علائم بیماری به صورت یک طرح‌واره و یا سیستمی از باورها در مورد بیماری می‌سازند که مبنایی برای پاسخ‌های مقابله‌ای فرد در مقابل بیماری قرار می‌گیرد. ادراک بیماری، شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ۱- ماهیت، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ ۲- علت یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ ۳- مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ ۴- پیامدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، روانی و جسمی؛ ۵- مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبود را بیان می‌کند (۱۸)، لذا هر چقدر ادراکات بیمار از بیماری مثبت باشد، اضطراب و افسردگی کمتری را تجربه می‌کند و در مقابل به هر اندازه منفی باشد، فرد را دچار اضطراب و افسردگی خواهد کرد (۱۹).

در مجموع، تشخیص سرطان پستان و مراحل درمان آن، ضمن تضعیف سیستم ایمنی بدن، نگرانی‌هایی را در زمینه عوارض بیماری، پیامدهای درمانی و عود بیماری در زنان به وجود می‌آورد که این نگرانی‌ها می‌تواند تأثیرات مخربی بر سلامت جسمانی، روانی، خانوادگی و اجتماعی آنان داشته باشد (۲۰)، لذا به کارگیری درمان‌ها و آموزش‌های روان‌شناختی با اثرات درازمدت می‌توانند نقش به سزایی در تعدیل این نگرانی‌ها و ایجاد ادراک مثبت‌تر در زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به بیماری‌شان و در نتیجه تقویت سیستم ایمنی بدن و افزایش کیفیت زندگی این بیماران داشته باشند (۲۱). با توجه به نقش ساختار و ارزش‌های فرهنگی در پذیرش و اثربخشی روان‌درمانی‌ها برخی از محققین و درمانگران تلفیق درمان‌های روان‌شناختی با معنویت و فرهنگ را پیشنهاد می‌کنند و شواهدی موفقیت‌آمیزی از نتایج مثبت آن را برای درمان اختلالات روان‌شناختی گزارش نموده‌اند (۲۲-۲۴). رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان،

مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند (۲۵)، چراکه معنویت، پیش‌بینی کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان (۲۶)، منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری (۲۵) و مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن (۲۷) است، به گونه‌ای که برخی یافته‌ها نشان داده‌اند که تلفیق روان‌درمانی با معنویت برای بیماران مسلمان به بهبودی سریع‌تر علائم منجر می‌شود (۲۴، ۲۸). پژوهش‌هایی نیز اثربخشی مداخله معنوی و دینداری را بر سلامت روان، افسردگی و اضطراب نشان داده است (۲۹). در مطالعه‌ای که توسط Sephton و همکاران (۳۰) بر روی بیماران زن مبتلا به سرطان متاستاتیک پستان صورت گرفت، نشان داد زنان مبتلا به سرطان با اعتقادات معنوی بالا که در مراسم مذهبی گروهی شرکت می‌کردند تعداد گلبول‌های سفید و زیر رده لنفوسیتی بیشتری داشتند و به علاوه سلول‌های حمایت کننده T و لنفوسیت‌های نوع سیتوتوکسیک نیز در آن‌ها بیشتر مشاهده شده است. بنابراین معنویت‌درمانی را می‌توان یک منبع مهم پیش‌بینی، کنترل، انطباق و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی برای در زنان مبتلا به سرطان پستان در طی سال‌های پس از درمان دانست (۳۰). با این وجود، برخی از محققان در مورد تناسب یا کاربرد مداخله‌ای معنوی تحقیق نموده و نتایج مطالعه آن‌ها نشان داده است نگرش معنوی بیماران در مقابله با سرطان تأثیر نمی‌گذارد (۳۱). به علاوه پژوهش‌های کنترل‌شده تجربی که تأثیر معنویت‌درمانی را در کاهش ترس از عود و بهبود ادراک بیماری در بین زنان مبتلا به سرطان پستان بررسی کرده باشند، در فرهنگ ایران اسلامی یافت نشده است. این در حالی است که نتایج پژوهش‌های گزارش‌شده در خارج از کشور حاکی از تأثیر معنویت بر افزایش سلامت روانی (۲۶، ۲۹)، سلامت بدنی (۲۵) و احساس انسجام در برابر پریشانی ناشی از بیماری (۲۷) است.

داروی روان‌پزشکی، دامنه سنی ۳۵ تا ۶۰ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. ملاک خروج نیز شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش یا بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای مداخله، بهبودی کامل، ابتلا به بیماری‌های حاد روانی یا سومصرف دارو، استفاده از سایر انواع روش‌های طب مکمل و جایگزین و نیز عود بیماری در طول یک ماه قبل از شروع پژوهش و یا در طی دوره مداخله که موجب بستری شدن فرد در بیمارستان شود، بود.

در مرحله اول فهرستی از بیماران زن مبتلا به سرطان سینه واجد شرایط (بررسی پرونده پزشکی این بیماران) برای این پژوهش تهیه شد. در مرحله بعد جهت کسب رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش با این افراد تماس گرفته شد. بعد از اینکه تعداد شرکت‌کنندگان به حدنصاب رسید و رضایت‌نامه کتبی آن‌ها نیز دریافت شد، افراد شرکت‌کننده به صورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند و قبل از شروع جلسات درمان تمامی شرکت‌کنندگان مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند، سپس هر کدام از شرکت‌کنندگان گروه مداخله (معنویت‌درمانی) علاوه بر مراقبت‌های پزشکی معمول، ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی معنوی - مذهبی مبتنی بر الگوی Richards & Bergin (۳۳) را به صورت انفرادی و گروه کنترل فقط همان مراقبت‌های معمول پزشکی را دریافت کردند. برای جلوگیری از انتشار مداخله آزمایشی سعی شد که از مجاورت مکانی و زمانی گروه مداخله و کنترل جلوگیری شود تا احتمال تعامل افراد دو گروه با هم به حداقل ممکن کاهش یابد. بعد از اتمام مداخله از شرکت‌کنندگان پس‌آزمون به عمل آمد. دو ماه بعد نیز آزمون پیگیری برای تمام شرکت‌کنندگان انجام شد و نتایج مورد مقایسه قرار گرفتند. جهت رعایت اصول اخلاقی پمفلت تهیه‌شده پس پایان دوره پیگیری در اختیار بیماران گروه کنترل نیز قرار داده شد.

۱. **روش اجرای مداخله:** روان‌درمانی معنوی - مذهبی با تمرکز بر آیین دین اسلام از الگوی Richards & Bergin (۳۳) برگرفته شد و طی ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، برگزار

بنابراین با توجه به مشکلات همراه با بیماری سرطان به کارگیری درمان‌ها و آموزش‌های روان‌شناختی با اثرات درازمدت می‌توانند نقش به سزایی در کاهش ترس از عود آن و بهبود ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان و در نتیجه کمک به کنترل یا روند بهبود بیماری و افزایش کیفیت زندگی این افراد داشته باشند، چراکه مداخلات روان‌شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه وابسته به بیماری و حتی کمک به درمان‌های زیستی آنان باشد (۲۱). با توجه به این محدودیت‌ها و تناقض‌های پژوهشی فوق‌الذکر و نظر به اهمیت نقش معنویت در زندگی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا معنویت‌درمانی بر ترس از عود و ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

روش

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی شهر تهران که در زمستان سال ۱۴۰۰ به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کردند، تشکیل داد. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به اینکه Pallant (۳۲) پیشنهاد کرده است در پژوهش‌های تجربی و نیمه‌تجربی برای هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شود، بنابراین در پژوهش حاضر نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان از جامعه آماری مذکور بود که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش، شامل جنسیت مؤنث، تشخیص سرطان سینه از سوی متخصص غدد، طی‌شدن ۶ تا ۷ ماه از زمان تشخیص، نرسیدن بیمار به سطح چهارم، تجربه جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، داشتن دین اسلام، رضایت به شرکت‌داشتن در این طرح، عدم مصرف هرگونه

معنوی مبتنی بر دین اسلام، شامل دعا و نیایش، مطالعه متون مقدس، بخشایش، مراقبه و تصویرسازی معنوی، عبادات و مناسک مذهبی، خودفاش‌سازی معنوی، احساسات معنوی، همراهی و خدمت، نوشتن یادداشت‌های روزانه، تمرکز و کتاب درمانی، توبه و استفاده از سیستم حمایتی مذهبی بیماران بود. محتوای جلسات و روش مداخله در جدول ۱ آمده است.

گردید. پروتکل معنویت‌درمانی مطرح‌شده توسط Richards & Bergin (۳۳) شامل ۸ مؤلفه روانی - معنوی، یعنی توکل و توسل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر و تحمل، بخشش و نادیده‌گرفتن خشم، ارتباط با خدا و گفتگوی درونی با خدا، خودآگاهی و گوش‌دادن به ندای درونی، خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی بود، لذا مداخله

جدول ۱: محتوای جلسات معنویت‌درمانی اسلام‌محور

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد (ایجاد همدلی و حس مشترک در مورد مشکل بین اعضای گروه و ایجاد یک رابطه درمانی و درک تفاوت بین کلمه دین (و یا مذهب) و معنویت و همچنین تفاوت دین (و یا مذهب) و معنویت سالم از ناسالم و بیمارگون).
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های خیال‌پردازی هدایت‌شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن‌ها).
سوم	گوش‌دادن به ندای درونی (کشف دوباره معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش‌دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی).
چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا.
پنجم	نوع‌دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی با هدف تجربه عملی معنویت و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب در مراجعین).
ششم	ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب).
هفتم	رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود (کاهش احساسات منفی تنش‌زای حاصله از عدم بخشش، از طریق کاهش عدم بخشش و کمک به مراجع برای درک بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران).
هشتم	بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصلحه).
نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد، یافتن معنا در زندگی).
دهم	ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس).
یازدهم	حل مسأله معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مسأله).
دوازدهم	قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت).

طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه اطلاعات بالینی معناداری را در مورد ماهیت ترس از عود سرطان و نیز نمرات را برای ۷ خرده مقیاس راه‌اندازها، شدت، آشفتگی، اختلال عملکرد، بینش، اطمینان و مقابله به دست می‌دهد. نمرات هر یک از خرده‌مقیاس‌ها برای رسیدن به یک نمره کلی با هم جمع می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس بیشتر از عود سرطان است. نسخه اصلی فرانسوی پرسشنامه همسانی درونی بالا (۰/۷۵) و روایی بازآزمایی (۰/۵۸) را گزارش کرده

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۲. پرسشنامه ترس از عود سرطان (Fear of Cancer

Recurrence Inventory: FCRI): این پرسشنامه که

توسط Simard & Savard (۱۰) تدوین شده است، ابزاری خودگزارشی است که ترس از عود سرطان را در ماه گذشته بررسی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۴۲ سؤال است که به صورت لیکرت از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و سؤال «من باور دارم که درمان شده‌ام و بیماری‌ام برنخواهد گشت» به

است (۱۰). کیارسی، عمادیان و فخری (۳۴) پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ کل ۰/۹۳ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برای تعیین پایایی آن ۰/۸۴ و برای مؤلفه‌های این پرسشنامه، بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

۳. فرم کوتاه پرسشنامه ادراک بیماری (Brief Illness

Perception Questionnaire: Brief IPQ): فرم پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری که توسط Broadbent و همکاران (۳۵) تدوین شده است یک پرسشنامه ۹ سؤالی است که برای ارزیابی ادراک (تجسم عاطفی و شناختی) بیمار از بیماری خود طراحی شده است. آزمون‌های فرم کوتاه پرسشنامه ادراک بیماری شامل پیامدها، سیر زمانی، کنترل شخصی، کنترل بیماری، هویت، نگرانی، فهم بیماری، بازنمایی هیجانی و پیوستگی بیماری است، البته این پرسشنامه یک نمره کل را نیز دربر دارد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد سؤال قرار می‌دهد. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ بود. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد (۳۵). باقریان سرارودی، بهرامی و صانعی (۳۶) نسخه فارسی این مقیاس را تهیه نموده‌اند. آلفای کرونباخ نسخه فارسی فرم کوتاه این

پرسشنامه ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخه فارسی R-IPQ ۰/۷۱ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برای تعیین پایایی آن ۰/۷۶ به دست آمد. داده‌ها از طریق روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار)، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی Bonferroni با در نظر گرفتن سطح معناداری $\alpha=0/05$ در نرم‌افزار SPSS 24 تحلیل شدند. پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر توسط Kolmogorov-Smirnov، آزمون Levene، آزمون Box's M و آزمون Mauchly بررسی شد.

یافته‌ها

نمونه شامل دو گروه ۱۵ نفری بود که میانگین و انحراف معیار سنی گروه مداخله $46/86 \pm 6/41$ و گروه کنترل $45/93 \pm 6/12$ بود. اکثریت زنان دو گروه مداخله و کنترل در دامنه سنی ۴۶-۵۰ سال، دارای تحصیلات لیسانس و متأهل بودند. در هر دو گروه مداخله و کنترل اکثریت خانه‌دار بودند و وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده خود را در حد متوسط ارزیابی کردند. نتایج آزمون t مستقل جهت بررسی تفاوت دو گروه از نظر سنی و نتایج آزمون Mann-Whitney U برای بررسی تفاوت دو گروه در تحصیلات، وضعیت تأهل، اشتغال و وضعیت اقتصادی معنی‌دار نبود ($p>0/05$) که این نتایج حاکی از همسانی گروه‌ها در این متغیرها است (جدول ۲).

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل

ویژگی	گروه مداخله	گروه مطالعه		گروه‌ها	آزمون تفاوت
		گروه مداخله	گروه‌ها		
فرآوانی	درصد	فرآوانی	درصد	گروه‌ها	آزمون تفاوت
بین ۳۵-۴۰ سال	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	t=۰/۶۳ p=۰/۵۳۸
بین ۴۱-۴۵ سال	۳	۲۰	۳	۲۰	
بین ۴۶-۵۰ سال	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷	
بین ۵۱-۵۵ سال	۴	۲۶/۷	۳	۲۰	
بین ۵۶-۶۰ سال	۱	۶/۷	۳	۲۰	

	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	زیر دیپلم	
	۲۶/۷	۴	۲۶/۷	۴	دیپلم	
$U=۹۲/۵۰$	۰	۰	۶/۷	۱	فوق دیپلم	تحصیلات
$p=۰/۳۰۵$	۳۳/۳	۵	۳۳/۳	۵	لیسانس	
	۶/۷	۱	۶/۷	۱	فوق لیسانس	
	۶/۷	۱	۰	۰	دکتری	
$U=۱۰۵/۰۰$	۲۶/۷	۴	۳۳/۳	۵	مجرد	وضعیت تأهل
$p=۰/۶۹۵$	۷۳/۳	۱۱	۶۶/۷	۱۰	متأهل	
	۸۰	۱۲	۷۳/۳	۱۱	بیکار (خانه‌دار)	
$U=۱۰۲/۵۰$	۶/۷	۱	۶/۷	۱	شاغل دولتی	وضعیت اشتغال
$p=۰/۶۶۰$	۱۳/۳	۲	۲۶/۷	۴	شاغل آزاد	
$U=۹۷/۵۰$	۲۰	۳	۱۳/۳	۲	خوب	وضعیت اقتصادی
$p=۰/۴۶۴$	۶۰	۹	۶۰	۹	متوسط	
	۲۰	۳	۲۶/۷	۴	ضعیف	

اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرها به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، بعد از اعمال معنویت‌درمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان گروه مداخله میانگین ترس از عود بیماری‌شان به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است. در مقابل، میانگین

ادراک زنان مبتلا به سرطان پستان از بیماری‌شان در گروه مداخله بعد از اعمال مداخله در مرحله پس‌آزمون افزایش یافته است. این تغییرات میانگین بعد از گذشت دو ماه در مرحله پیگیری همچنان پایدار بود.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار ترس از عود و ادراک بیماری به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		تعداد
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ترس از عود	مداخله	۱۰۷/۶۷	۱۵/۹۸	۶۳/۲۰	۹/۱۱	۶۴/۲۷	۹/۴۵	۱۵
	کنترل	۱۰۵/۷۳	۱۰/۸۳	۱۰۶/۷۳	۱۲/۸۵	۱۰۵/۶۰	۱۲/۶۸	۱۵
ادراک بیماری	مداخله	۳۸/۲۷	۴/۶۱	۶۸/۵۳	۸/۶۲	۶۶/۸۷	۸/۵۲	۱۵
	کنترل	۴۴/۱۳	۵/۴۶	۴۲/۳۳	۷/۱۰	۴۳/۱۳	۷/۹۷	۱۵

در ادامه به منظور تحلیل استنباطی یافته‌های پژوهش از آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون Kolmogorov-Smirnov جهت بررسی

نرمال بودن توزیع نمرات ترس از عود و ادراک بیماری دو گروه در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری ($p>۰/۰۵$)، از آزمون Levene جهت بررسی همگنی واریانس‌های ترس از عود در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=۰/۷۶$ ، $p=۰/۴۷۲$)، پس‌آزمون

Mauchly استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز برای ترس از عود ($p=0/93$, $W=0/388$) و ادراک بیماری ($p=0/54$, $W=0/54$) معنی‌دار نبود. بنابراین داده‌ها مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته را رد نکرد و می‌توان کرویت ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد. این نتایج در جدول ۴ و ۵ گزارش شده است.

و پیگیری ($p=0/064$, $F=2/70$) و ($p=0/079$, $F=2/70$) ادراک بیماری در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($p=0/494$, $F=0/72$)، پس‌آزمون ($p=0/374$, $F=1/02$) و پیگیری ($p=0/323$, $F=1/16$) در جامعه و از آزمون Box's M جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس ترس از عود ($p=0/078$, $F=1/62$) و ادراک بیماری ($p=0/073$, $F=1/91$) استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود. همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون

جدول ۴: نتایج آزمون Box's M، کرویت Mauchly و Levene

متغیر	آزمون Box's M	Mauchly	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ترس از عود	$F=1/62$ $p=0/078$	$W=0/93$ $p=0/388$	$F=0/76$ $p=0/472$	$F=2/94$ $p=0/064$	$F=2/70$ $p=0/079$
ادراک بیماری	$F=1/91$ $p=0/073$	$W=1/54$ $p=0/193$	$F=0/72$ $p=0/494$	$F=1/02$ $p=0/374$	$F=1/16$ $p=0/323$

جدول ۴: نتایج آزمون Kolmogorov-Smirnov

مراحل اندازه‌گیری						گروه	متغیر
پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون			
p	آماره K-S	p	آماره K-S	p	آماره K-S		
۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۵	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۵	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۶	مداخله	ترس از عود
۰/۱۴۱ ^c	۰/۱۹	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۱	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۵	کنترل	
۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۷	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۷	۰/۲۰۰ ^{c,d}	۰/۱۵	مداخله	ادراک بیماری
۰/۰۵۷ ^c	۰/۲۱	۰/۰۵۶ ^c	۰/۲۲	۰/۰۵۳ ^c	۰/۲۲	کنترل	

به عضویت گروهی است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۵ گزارش شده است. بر اساس نتایج این جدول، اثر گروه برای هر دو متغیر ترس از عود و ادراک بیماری معنادار بود. بنابراین با توجه به میانگین‌ها معنویت‌درمانی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش ترس از عود و بهبود ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان شد. همچنین اثر زمان اندازه‌گیری و تعامل زمان و گروه برای همه

در مجموع، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سؤال نبرده‌اند. با توجه به رعایت مفروضه‌ها، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. نتایج آزمون Wilks Lambda نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه برای ترس از عود ($F=46/10$, $p<0/01$) و ادراک بیماری ($F=58/07$, $p<0/05$) معنی‌دار بود. مجذور Eta نیز نشان داد که ۷۷ درصد و ۸۱ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط

متغیرها معنادار بود ($p < 0/001$). بنابراین بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هر دوی آن‌ها تفاوت معناداری وجود داشت.

جدول ۵: خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)
ترس از عود	زمان اندازه‌گیری	۷۱۰۶/۸۲	۱	۷۱۰۶/۸۲	۷۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر درون‌گروهی	۷۰۲۰/۰۲	۱	۷۰۲۰/۰۲	۷۸/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۲۵۱۱/۶۷	۲۸	۸۹/۷۰			
	اثر بین‌گروهی	۱۷۱۹۴/۸۴	۱	۱۷۱۹۴/۸۴	۵۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶
ادراک بیماری	زمان اندازه‌گیری	۲۸۵۶/۶۰	۱	۲۸۵۶/۶۰	۷۹/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	اثر درون‌گروهی	۳۲۸۵/۶۰	۱	۳۲۸۵/۶۰	۹۱/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	خطا	۱۰۰۴/۸۰	۲۸	۳۵/۸۸			
	اثر بین‌گروهی	۴۵۵۴/۶۸	۱	۴۵۵۴/۶۸	۴۵/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۲۹۹۷/۶۴	۲۸	۱۰۷/۰۶			

نتایج آزمون تعقیبی Bonferroni برای مقایسه ترس از عود و ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل ارزیابی در جدول ۶ گزارش شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین نمره‌های ترس از عود و ادراک بیماری بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود.

اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست ($p > 0/05$). این نتایج نشان می‌دهد که نتایج حاصل در مرحله پیگیری بازگشت نداشت و اثر زمان پایدار بود.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ترس از عود و ادراک بیماری در مراحل اندازه‌گیری

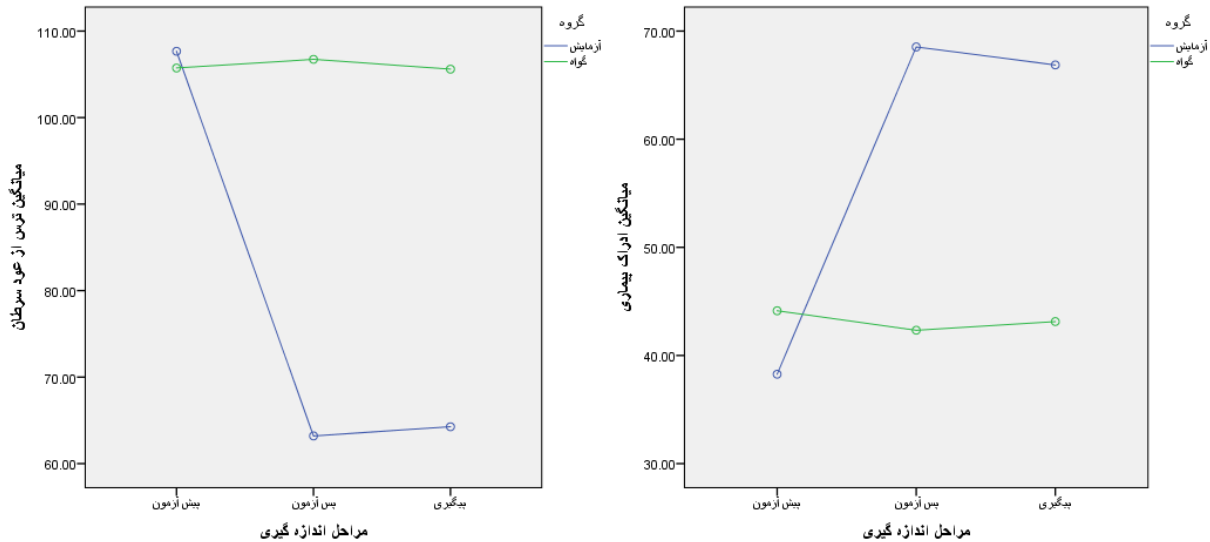
متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	p
ترس از عود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۱/۷۳	۲/۴۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۱/۷۷	۲/۴۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳	۰/۴۶	۱/۰۰۰
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۴/۲۳	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۳/۸۰	۱/۵۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۳	۰/۵۶	۱/۰۰۰

نمودارهای تغییرات مراحل پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری میانگین ترس از عود و ادراک بیماری به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل در شکل ۱ نشان داده شده است. اطلاعات شکل ۱ نیز در تأیید نتایج جدول ۶ نشان داد که

نمودارهای تغییرات مراحل پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری میانگین ترس از عود و ادراک بیماری به تفکیک

در مرحله پیگیری پایدار بود.

اجرای معنویت درمانی ضمن کاهش ترس از عود سرطان و بهبود ادراک از بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان، اثر آن



شکل ۱: نمودار مقایسه‌ای میانگین ترس از عود سرطان و ادراک از بیماری گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل اندازه‌گیری

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر معنویت درمانی بر ترس از عود و ادراک بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش ترس از عود سرطان و بهبود ادراک زنان مبتلا به سرطان پستان از بیماری‌شان بود. این یافته‌ها با نتایج گزارش شده در پژوهش Toledo, Ochoa & Farias (۳۷) مبنی بر اینکه دین با ارائه حس هدف و معنی در زندگی به زنان در سازگاری روان‌شناختی آنان با سرطان پستان کمک می‌کند، همسویی کلی دارد. این یافته‌ها همچنین با نتایج پژوهش Komariah, Hatthakit & Boonyoung (۳۸) که تأثیر مداخلات مراقبتی مبتنی بر اسلام را بر بهزیستی معنوی زنان مسلمان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی تأیید کردند، همخوانی کلی دارد. به علاوه، با نتایج پژوهش پوراکیان و همکاران (۳۹) که تأثیر معنویت درمانی گروهی بر کاهش مؤلفه‌های ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان زنان مبتلا به

سرطان پستان و بهبود مؤلفه‌های سازگارانه تنظیم شناختی هیجان آنان تأیید کردند، همسویی کلی دارد. در تبیین این یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌های تهدیدکننده زندگی، شایع است. افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال می‌توانند با علائم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله نمایند، چراکه سلامت معنوی فاکتوری معنی‌دار در زندگی است و احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند ترس از عود بیماری را کاهش داده و در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (۴۰)، به علاوه نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و یا بیماری است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود.

افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنارآمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند و حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد نماید که از این راه به سازگاری روانی و ادراک مثبت‌تر از بیماری کمک می‌کند (۴۱). در واقع معنویت‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند، در نتیجه زندگی از نگاه معنویت‌درمانی تحت هر شرایطی معنادار است. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی، هرچند توان‌فرسا همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور، در این مسیر معنا یابد (۴۰).

در مجموع باید گفت که فکر مرگ و نیستی در بیماران مبتلا به سرطان پستان استرس عمیقی را برای بیمار به همراه می‌آورد، مواجهه‌شدن با احتمال مرگ قریب‌الوقوع و عود بیماری موجب احساس خشم، ترس، گناه و افسردگی بیمار می‌شود و بیمار وارد حلقه استرس، افزایش تضعیف سیستم ایمنی و در نهایت موجب پاسخ ضعیف‌تر به درمان‌های پزشکی سرطان می‌شود، معنویت‌درمانی مداخله‌ای است که در آن فرد با پررنگ کردن اعتقاد به بعد فرامادی زندگی، به بیماری خود معنا داده، آن را تفسیر می‌کند و از طریق آن معنای زندگی را درک کرده، مرگ را بخشی از زندگی دانسته و از احتمال عود بیماری دیگر نمی‌ترسد، در قالب داشتن رسالت نسبت به زندگی احساس وظیفه و تعهد می‌کند و با ارزش‌های معنوی و انسانی نظیر صبر، نوع‌دوستی، توکل و بخشش در زندگی خود معنای جدیدی می‌آفریند (۴۲). هر یک از مؤلفه‌های معنوی به طریقی در کاهش ترس از عود بیماری و بهبود ادراک نسبت به آن مؤثر است، به طوری که این کاهش تأثیر می‌تواند با تأثیر بر سیستم ایمنی و عوامل مؤثر در سرطان، تغییرات مهمی در این سیستم و بهبود عملکرد آن ایجاد کند (۴۳). اعتقاد نیروی برتر، باعث کنارآمدن با مسأله و ارزیابی مجدد

مشکلات می‌شود و این اعتقاد را در فرد ایجاد می‌کند که خلقتی بیپرده نداشته و در زندگی او هدف و رسالتی نهفته است (۴۴). این امر شناخت و تعبیر و تفسیر فرد را از بیماری تحت تأثیر قرار داده و موجب می‌شود فرد به بیماری و ناملایمات معنا دهد و از طریق ارزیابی مجدد و تغییر اندیشه فقدان از دست‌دادن را به صورت مثبت تلقی کرده و نسبت به بیماری احساس مثبت‌تری یابد. مراقبه، موجب ارتباط بسیار عمیق فرد با حال حاضر می‌شود و این امر با متمرکز کردن فرد حول عمود آگاهی، تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی (۴۳) و ادراک مثبت پس از تروما می‌شود (۴۵). در معنویت‌درمانی بخشش نیز موجب آرامش روانی، همدلی با دیگران، سازگاری بالاتر با بیماری و کاهش احساس خشم (۴۵) و ایجاد افکار مثبت و افزایش روابط عاطفی بهتر می‌شود (۴۶).

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تعداد کم بیماران به دلیل اجرای انفرادی جلسات و پیگیری در مقطع زمانی کوتاه (پیگیری ۲ ماه بعد) است که می‌بایست در تعمیم نتایج این موارد را در نظر داشت.

نتیجه‌گیری

معنویت‌درمانی روشی مؤثر و کارآمد در کاهش ترس از عود سرطان و بهبود ادراک زنان مبتلا به سرطان پستان از بیماری‌شان هستند و پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در مراکز درمانی - آموزشی و کلینیک‌های روان‌پزشکی، روان‌پرستاری و روان‌درمانی به ویژه برای زنان مبتلا به سرطان پستانی که از عود بیماری خود ترس دارند و یا ادراک منفی‌ای از بیماری‌شان دارند، به منظور بهبود سلامت جسمی و روانی آنان استفاده شود.

مشارکت نویسندگان

سمانه متو: نگارش و تدوین مقاله، گردآوری داده‌ها.
مجید صفاری‌نیا: نظارت بر اجرای دقیق مراحل انجام کار، تجزیه و تحلیل داده‌ها.
احمد علی‌پور: طراحی ایده، نوشتن پروپوزال و اصلاح مقاله.
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.IAU.CTB.REC.1401.040).
اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

References

1. Taşhan ST, Derya YA, Uçar T, Nacar G, Erci B. Theory-based training to promote breast cancer screening among women with breast cancer worries: Randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J*. 2020; 138(2): 158-166.
2. Chin JH, Mansori SH. Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model: Females' intention on breast cancer screening. *Cogent Psychology*. 2019; 6(1): 1-12.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021; 71(3): 209-249.
4. Shakery M, Mehrabi M, Khademian Z. The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: A quasi-experimental study. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021; 21(248): 1-10.
5. Cho YU, Lee BG, Kim SH. Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020; 45(3): 1-6.
6. Borstelmann NA, Gray TF, Gelber S, Rosenberg S, Zheng Y, Meyer M, et al. Psychosocial issues and quality of life of parenting partners of young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2022; 30(5): 4265-4274.
7. Wild CP, Stewart BW, Wild C. World cancer report 2014. Switzerland: World Health Organization Geneva; 2014.
8. Eun-Young B, Change I. The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (woman). *Clinical Rehabilitation*. 2006; 20(2): 379-388.
9. Corradini S, Reitz D, Pazos M, Schönecker S, Braun M, Harbeck N, et al. Mastectomy or breast-conserving therapy for early breast cancer in real-life clinical practice: Outcome comparison of 7565 cases. *Cancers*. 2019; 11(2): 1-13.
10. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*. 2009; 17(3): 241-251.
11. Butow PN, Bell ML, Smith AB, Fardell JE, Thewes B, Turner J, et al. Conquer fear: Protocol of a randomised controlled trial of a psychological intervention to reduce fear of cancer recurrence. *BMC Cancer*. 2013; 13(1): 1-10.
12. Koch L, Jansen L, Brenner H, Arndt V. Fear of recurrence and disease progression in long-term (≥ 5 years) cancer survivors: A systematic review of quantitative studies. *Psycho-Oncology*. 2013; 22(1): 1-11.
13. Den Oudsten BL, Skevington SM. Using the WHOQOL as a Generic Measure to Assess Quality of Life During Cancer. *Handbook of Quality of Life in Cancer*. New York: Springer; 2022. p.13-38.
14. Alighanavati S, Bahrami F, Godarzi K, Rouzbahani M. Effectiveness of compassion-based therapy on rumination and concern of women with breast cancer. *Health Psychology*. 2018; 7(3): 152-168. [Persian]
15. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*. 2015; 19(1): 54-59.
16. Nasrolahi B, Torkaman SH, Darandegan K. Relationship between Depression and Psychological Well-being Perception in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Surgery*. 2016; 24(1): 35-46. [Persian]
17. Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology*. 2014; 2(1): 1-9.
18. Li J, Qiu X, Yang X, Zhou J, Zhu X, Zhao E, et al. Relationship between illness perception and depressive symptoms among type 2 diabetes mellitus patients in China: A mediating role of coping style. *Journal of Diabetes Research*. 2020; 2020: 1-6.
19. Sharifi Saki SH, Alipour A, AghaYousefi AR, Mohammadi MR, Ghobari Bonab B, Nikofar AR, et al. The Relationship between Attachment Style to God and Depression Among Female Breast-Cancer Patients: The Mediating Role of Illness Perception. *IJBD*. 2018; 11(1): 47-57. [Persian]
20. Bhattacharyya GS, Doval DC, Desai CJ, Chaturvedi H, Sharma S, Somashekhar S. Overview of breast cancer and implications of overtreatment of early-stage breast cancer: An Indian perspective. *JCO Global Oncology*. 2020; 6: 789-798.

21. Smith-Turchyn J, Morgan A, Richardson J. The effectiveness of group-based self-management programmes to improve physical and psychological outcomes in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Oncology*. 2016; 28(5): 292-305.
22. Akuchekian S, Jamshidian Z, Maracy MR, Almasi A, Jazi AHD. Effectiveness of Religious-Cognitive-Behavioral Therapy on Religious Oriented Obsessive Compulsive Disorder and its Co-morbidity. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 28(114): 1-11.
23. Hook JN, Worthington JR-EL, Davis DE, Jennings DJ, Gartner AL, Hook JP. Empirically supported religious and spiritual therapies. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 66(1): 46-72.
24. Paukert AL, Phillips LL, Cully JA, Romero C, Stanley MA. Systematic review of the effects of religion-accommodative psychotherapy for depression and anxiety. *J Contemp Psychother*. 2011; 41(2): 99-108.
25. Pargament KI, Exline JJ, Jones JW. *APA handbook of psychology, religion and spirituality: Context, theory and research*. Washington, DC: American Psychological Association; 2013. Vol.1.
26. Davis B. Mediators of the relationship between hope and well-being in older adults. *Clinical Nursing Research*. 2005; 14(3): 253-272.
27. Livneh H, Antonak RF. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*. 2005; 83(1): 12-20.
28. Mir G, Meer S, Cottrell D, McMillan D, House A, Kanter JW. Adapted behavioural activation for the treatment of depression in Muslims. *Journal of Affective Disorders*. 2015; 180: 190-199.
29. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Erkanli A. Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. *J Relig Health*. 2016; 55(5): 1763-1777.
30. Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: An exploratory study. *The Breast Journal*. 2002; 7(5): 345-353.
31. Vonarx N, Hyppolite SR. Religion, spirituality and cancer: The question of individual empowerment. *Integrative Cancer Therapies*. 2012; 12(1): 69-80.
32. Pallant J. *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. London: Routledge; 2020.
33. Richards PS, Bergin AE. *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
34. Kiarasi Z, Emadian SO, Fakhri MK. Effectiveness of Logotherapy on Fear of disease progression, Death Anxiety of cancer in Women with Breast Cancer. *IJCA*. 2021; 2(1): 3-10. [Persian]
35. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 2006; 60(6): 631-637.
36. Bagherian-Sararoudi R, Bahrami EH, Sanei H. Relationship between history of myocardial infraction and cognitive representation of myocardial infraction. *Research in Psychological Health*. 2008; 2(2): 29-39. [Persian]
37. Toledo G, Ochoa CY, Farias AJ. Religion and spirituality: Their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Support Care Cancer*. 2021; 29: 3017-3024.
38. Komariah M, Hatthakit U, Boonyoung N. Impact of Islam-based caring intervention on spiritual well-being in Muslim women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Religions*. 2020; 11(7): 1-13.
39. Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhozlou R, Mosavi SMR. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2018; 61(4): 1122-1136. [Persian]
40. Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol*. 2012; 10(2): 81-87.
41. Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 2002; 49(2): 139-147.
42. Jamshidifar Z, Lotfi Kashani F. Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavior therapy on lowering blood cortisol levels in women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2020; 15(55): 37-46. [Persian]
43. Lotfi Kashani F, Vaziri S, Zine El Abidine SN, Zine El Abidine SN. Effectiveness of group hope therapy on decreasing psychological distress among women with breast cancer. *Journal of Applied Psychology*. 2014; 7(4): 45-58. [Persian]

44. Mohammadizadeh S, Khalatbari J, Ahadi H, Hatami HR. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy on perceived stress, body image and the quality of life of women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2020; 15(55): 7-16. [Persian]
45. Akbari ME, Lotfi Kashani F, Ahangari GH, Pornour M, Hejazi H, Nooshinfar E, et al. The effects of spiritual intervention and changes in dopamine receptor gene expression in breast cancer patients. *Breast Cancer*. 2016; 23(6): 893-900.
46. Radfar F, Nejati V, Fathabadi J. The impact of cognitive rehabilitation on working memory and verbal fluency in dyslexic students (a single case study). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016; 11(40): 17-26. [Persian]