

## بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۹۶/۱۰/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۲۵

### خلاصه

#### مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی زنان است. مداخلات ارزیابی خطر و پیشگیری می‌تواند به طور بالقوه بروز سرطان پستان را کاهش دهد. لذا این پژوهش، بررسی تاثیر معنویت درمانی گروهی بر تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

#### روش کار

روش مطالعه، شبه تجربی و مبتنی بر طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این تحقیق را بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. از این جامعه ۲۴ نفر با توجه به معیارهای ورود به مطالعه به صورت غیر تصادفی انتخاب شده و در دو گروه ۱۲ نفره به صورت تصادفی (آزمایش و کنترل)، جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای، تحت معنویت درمانی گروهی با پروتکل درمانی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۵) قرار گرفتند. قبل و بعد از ۱۲ جلسه درمان گروهی، هر دو گروه به وسیله ابزارهای پژوهش آزمون شدند. ابزارهای اندازه گیری شامل مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I و II براساس DSM-IV، و پرسشنامه تاب آوری کتر و دیویسون (CD-RISC، ۲۰۰۳)، بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

#### نتایج

یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که معنویت درمانی اثر مثبتی بر وضعیت روانی و کنترل بیماری در بیماران داشته است.

#### نتیجه گیری

نتایج نشان داد که گروه درمانی معنوی، با توجه به میانگین تاب آوری زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تاب آوری گروه آزمایش شده است. همچنین میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل یا میزان تأثیر گروه درمانی معنوی نیز  $(\eta^2=0.763)$  است؛ یعنی ۷۶٪ تفاوت در نمرات پس آزمون تاب آوری، مربوط به گروه درمانی معنوی می‌باشد.

#### کلمات کلیدی

معنویت درمانی گروهی، سرطان پستان، تاب آوری، زنان  
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

الهه پوراکبران<sup>\*۱</sup>

رقیه محمدی قره قوزلو<sup>۲</sup>

سید محمدرضا موسوی<sup>۳</sup>

۱- باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد تربت

حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه پیام

نور، تهران، ایران

۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه

علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

\* باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد تربت

حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران

Email: Poorakbaran@rocketmail.com

## مقدمه

پستان یکی از نمادهای زنانگی است و فکر از دست دادن یک پستان برای بسیاری از زنان غیر قابل تحمل است. واکنش زن نسبت به هر بیماری واقعی یا مشکوک، ممکن است شامل ترس از بدشکلی، از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد (۱). به دلیل طبیعت تهدید کننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران<sup>۱</sup> به گونه ای چشمگیر افزایش یابد (۲). معنویت<sup>۲</sup>، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می دهد (۳). به طور خلاصه معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی گذارند بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش ها، ارتباطات و چالش های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می آورند (۴). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می کنند که در درمان، مسایل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ای ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله هایی استفاده کنند (۵).

سودستروم و مارتینسن<sup>۳</sup> (۶) به این نکته اشاره کرده اند که عقاید معنوی به عنوان شکلی از سازگاری فعال در بیماران مبتلا به سرطان شناخته می شود. اینگل<sup>۴</sup> و همکاران (۷) که به بررسی اثر بخشی استراتژی های مقابله ای مذهبی - معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری پرداختند، نشان دادند که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه ای خاص بیماری های تهدید کننده زندگی شایع است. نلسون<sup>۵</sup> و همکاران (۸) نیز، نشان دادند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط

با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، وافکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (۹).

آغاز سرطان پستان، شروع یک دوره پرفشار برای زنان مبتلاست که در صورت بی توجهی به وضعیت روانی آنها ممکن است به از دست دادن احساس کنترل، درماندگی، افسردگی و اضطراب منجر شود (۱۰). این بیماران در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می سازند (۱۱). وحشت از شنیدن واژه ی شیمی درمانی، بیماران سرطانی را نه تنها از نظر وضعیت جسمانی بلکه از لحاظ وضعیت اجتماعی، روانی و معنوی نیز دچار ضایعه می سازد (۱۲). فشار مالی ناشی از هزینه های درمان، صعب العلاج بودن بیماری سرطان و مرگ و میر بالا، فشار محیطی و روانی مضاعفی را بر این گروه تحمیل می نماید. (۱۳). هرچند سرطان باعث بروز عارضه های روانی متعددی می شود اما به تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند بدون این که عملاً به وجود آورنده و سازنده آنها باشند (۱۴). یکی از ساختارهای روانی مهم در افراد که می تواند برای تحمل مشقات درمان مفید باشد، تاب آوری بالا در بیماران است.

تاب آوری، ظرفیت مقابله مؤثر با استرس، فشار روانی و چالش های روزمره است تا بتوان خود را از یأس، اشتباه، آسیب و ناراحتی محفوظ داشت و باعث می شود که افراد برای خود اهداف واقع بینانه و منطقی تعیین کنند، به حل مسئله بپردازند، با دیگران تعامل منطقی و مناسب داشته باشند و برای خود و دیگران ارزش قائل شوند (۱۵). همچنین تاب آوری یا توانایی سازگاری مثبت با مصیبت و آسیب، یک موضوع روانشناختی است که در ارتباط با پاسخ فرد به سرطان، تنش آسیبزا و

<sup>1</sup> Spiritual needs

<sup>2</sup> spirituality

<sup>3</sup> Sodestrom & Martinson

<sup>4</sup> Ingel

<sup>5</sup> Nelson

تخصصی برای اختلالات بارز روان پزشکی از قبیل سایکوز، اختلال وسواسی - جبری بودند. پس از انتخاب شرکت کنندگان و انتساب آنان در دو گروه آزمایش و کنترل، و نیز توجیح درمورد این تحقیق و رضایت آگاهانه بیماران نسبت به شرکت در این پژوهش، گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای وارد این درمان شدند. قبل و بعد از ۱۲ جلسه درمان گروهی، هر دو گروه به وسیله ابزارهای پژوهش آزمون شدند.

### ابزار پژوهش

#### ۱- ابزار اندازه گیری مصاحبه بالینی ساختار

یافته برای اختلالات محور I و II و DSM-IV<sup>۱</sup>: این مصاحبه یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است و بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود. مطالعات گوناگون از جمله مطالعات ویلیامز<sup>۲</sup>، گیون<sup>۳</sup> و همکاران، پولاک، باکستین و لونج<sup>۴</sup> حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (۲۵). در مطالعه شریفی و همکاران که با هدف «سنجش پایایی و قابلیت اجرای این مصاحبه بالینی» صورت گرفت در مرحله نخست: «ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه» و در مرحله دوم «مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی» نتایج به شرح زیر بود: پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی و پژوهشی و آموزش استفاده کرد.

#### ۲- پرسشنامه تاب آوری کنر و دیویسون (-CD-RISC، ۲۰۰۳):

یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. نتایج مطالعه‌ی مقدماتی مربوط به ویژگی روان سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است (۲۶). همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و

موقعیت‌های مشکل‌آفرین زندگی بررسی شده است (۱۶، ۱۷). پس تاب‌آوری در شرایط سخت و استرس‌آور قدرت مقابله فرد را افزایش می‌دهد (۱۸). بعد اخلاقی افراد تاب‌آور در رویدادها و بحران‌های شکننده، گسترده‌تر می‌شود، احساس هدمندی بیشتری در زندگی می‌کنند و شفقت و مهربانی‌شان نسبت به گرفتاری‌های دیگران افزایش می‌یابد، سلامت روانشناختی خود را حفظ می‌کنند و سطح استرس آنها کاهش پیدا می‌کند (۱۹). در مقابل، سبک تفکر ناتب‌آورانه باعث می‌شود فرد به عقاید نادرست و باورهای بنیادین خود در رابطه با دنیا و راهبردهای نامناسب حل مسئله که منجر به هدر دادن انرژی روانی می‌شود وابسته شود (۲۰، ۲۱).

از سویی، اگرچه تاب‌آوری تا حدی نوعی ویژگی شخصی و تا حدود دیگری نیز نتیجه تجربه‌های محیطی افراد است، ولی انسان‌ها قربانی محیط یا وراثت خود نیستند و می‌توان واکنش افراد را در مقابل استرس، رویدادهای ناخوشایند و دشواری‌ها تغییر داد؛ به طوری، که بتوانند بر مشکلات و تأثیرات منفی محیط، غلبه کنند (۲۲، ۲۳). بنابراین، با توجه به مطالعات انجام شده قبلی که در بالا ذکر شد و نیز با توجه به اهمیت بعد معنویت در زندگی افراد، بخصوص بیماران ایرانی، این تحقیق با قصد بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر ارتقای تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام یافت.

### روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای شبه تجربی است که بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۳۹۵ بود. برای نمونه‌گیری از این جامعه، پس از بررسی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و انجام مصاحبه بالینی توسط متخصص روانشناسی بالینی، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مورد نظر مشخص شدند و در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش و کنترل)، به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های شمول در این تحقیق شامل؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال، نداشتن ملاک‌های

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

<sup>2</sup> Williams

<sup>3</sup> Gibbon

<sup>4</sup> Bukstein & Lunch

تحمل، بخشش و نادیده گرفتن خشم، ارتباط با خدا و گفتگوی درونی با خدا، خود آگاهی و گوش دادن به ندای درونی، خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی استفاده شد.

واگرا به مقدار کافی گزارش شده‌اند. این مقیاس در مطالعات قبلی از روایی و پایایی خوبی برخوردار بوده است (۲۷).

### پروتکل درمانی

در این مطالعه از پروتکل معنویت درمانی گروهی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۸) شامل ۸ مؤلفه روانی - معنوی شامل: توکل و توسل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر و

خلاصه جلسات درمانی طبق ترتیب ارائه شده در جدول زیر بود:

آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تاثیر 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)	جلسه اول
خود آگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آنها با استفاده از تکنیک های خیال پردازی هدایت شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آنها)	جلسه دوم
گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره معنا و ارزش های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمود های معنوی)	جلسه سوم
کلمه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا	جلسه چهارم
نوع دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی با هدف تجربه ی عملی معنویت و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب در مراجعین)	جلسه پنجم
ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب)	جلسه ششم
رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود (کاهش احساسات منفی تنش زای حاصله از عدم بخشش، از طریق کاهش عدم بخشش و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران)	جلسه هفتم
بخشش (کاهش احساسات منفی تنش زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصالحه)	جلسه هشتم
مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد ۲. یافتن معنا در زندگی)	جلسه نهم
ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس)	جلسه دهم
حل مساله معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک های حل مساله)	جلسه یازدهم
قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)	جلسه دوازدهم

## یافته ها

در جدول ۱ به بررسی آمار توصیفی متغیرهای جمعیت-شناختی تحقیق در دو گروه آزمایش و کنترل پرداخته شده است:

داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل کواریانس یک راهه، و بوسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر جمعیت شناختی	شاخص	آزمایش	کنترل
مدرک تحصیلی	دیپلم	۲	۳
	لیسانس	۸	۷
	فوق لیسانس	۲	۲
	جمع کل	۱۲	۱۲
سن	۲۸ تا ۳۷ سال	۲	۴
	۳۸ تا ۴۷ سال	۶	۵
	۴۸ تا ۵۶ سال	۴	۳
	جمع کل	۱۲	۱۲

گروه کنترل، ۴ نفر بین ۲۸ تا ۳۷ سال، ۵ نفر بین ۳۸ تا ۴۷ سال و ۳ نفر بین ۴۸ تا ۵۶ سال سن داشتند.

در جدول ۲ خلاصه‌ای از اطلاعات آمار توصیفی مربوط به شاخص‌های مرکزی و پراکندگی تاب آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه کنترل و آزمایش ارائه شده است:

طبق جدول ۱، از لحاظ تحصیلات در گروه آزمایش، ۲ نفر دیپلم، ۸ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس و همچنین در گروه کنترل، ۳ نفر دیپلم، ۷ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بودند. از لحاظ سنی در گروه آزمایش، ۲ نفر بین ۲۸ تا ۳۷ سال، ۶ نفر بین ۳۸ تا ۴۷ سال و ۴ نفر بین ۴۸ تا ۵۶ سال بودند و همچنین در

جدول ۲- جدول شاخص‌های آمار توصیفی نمرات تاب آوری در گروه‌ها به تفکیک مراحل آزمون

متغیر	گروه	مرحله	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
تاب آوری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲	۳۴/۰۰	۵۷/۰۰	۴۴/۲۵۰۰	۷/۳۸۷۰۳
	کنترل	کنترل	۱۲	۳۴/۰۰	۵۸/۰۰	۴۵/۵۸۳۳	۶/۴۱۶۷۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲	۵۸/۰۰	۷۴/۰۰	۶۷/۲۵۰۰	۴/۱۸۰۵۸
	کنترل	کنترل	۱۲	۳۷/۰۰	۶۱/۰۰	۴۶/۹۱۶۷	۷/۲۰۴۲۷

ضمناً جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه<sup>۱</sup> استفاده شد. جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین<sup>۲</sup> استفاده شد:

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای متغیر تاب آوری، کمترین مقدار مربوط به گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، بیشترین مقدار مربوط به گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، کمترین میانگین مربوط به گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و بیشترین میانگین مربوط به گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌باشد.

<sup>۱</sup> One way Kolmogorov- Smirnov

<sup>۲</sup> Levene's Test of equality of error variance

**جدول ۳-** نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه مقایسه میانگین پس آزمون تاب آوری گروه‌های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری (sig)	مجدور اتا	توان آماری
						$(\eta^2)$	
پیش آزمون	۱۰/۹۰۵	۱	۱۰/۹۰۵	۳۰۴	۰/۵۸۷	۰/۱۴	۰/۸۲
گروه	۲۴۲۳/۱۳۰	۱	۲۴۲۳/۱۳۰	۶۷/۶۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۳	۱/۰۰۰
خطا	۷۵۲/۲۶۲	۲۱	۳۵/۸۲۲				

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ تاب آوری در سطح خطای ۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ( $F=۶۷/۶۴۴$ ،  $Sig = ۰/۰۰۱$ ). از این رو فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

معنوی بر تاب آوری تأثیر معناداری داشته است. به عبارت دیگر گروه درمانی معنوی، با توجه به میانگین تاب آوری زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب افزایش تاب آوری گروه آزمایش شده است. همچنین میزان تفاوت نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل یا میزان تأثیر گروه درمانی معنوی نیز ( $\eta^2=۰/۷۶۳$ ) است؛ یعنی ۷۶٪ تفاوت در نمرات پس آزمون تاب آوری، مربوط به گروه درمانی معنوی می‌باشد. میزان توان آماری نیز ۱/۰۰۰ است؛ یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

### بحث و نتیجه گیری

آغاز سرطان پستان، شروع یک دوره پرفشار برای زنان مبتلاست که در صورت بی‌توجهی به وضعیت روانی آنها ممکن است به از دست دادن احساس کنترل، درماندگی، افسردگی و اضطراب منجر شود (۱۰). این بیماران در زندگی خانوادگی خود احساس از هم گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازد.

این تحقیق با هدف بررسی تأثیر معنویت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری در بیماران دارای سرطان پستان انجام یافت. نتایج نشان داد میزان تاب آوری در گروه آزمایش بیشتر شده است. تحقیقات بسیاری نشان دهنده اثر مثبت معنویت درمانی بر وضعیت روانی و کنترل بیماری در نمونه‌های مختلف بوده‌اند. نلسون و همکاران به نقل از (۲۹) نشان دادند که سطوح بالای سلامت معنوی با سطوح پایین متغیرهای مرتبط با اختلالات روانی از قبیل افسردگی، ناامیدی، و افکار خودکشی در میان بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است. ابرن<sup>۱</sup> در مطالعه‌ای که درباره‌ی ۱۷۵ بیمار مبتلا به سرطان سینه انجام داد نشان داد که سطح سلامت معنوی در زنانی که مذهبی بودند بالاتر است و این زنان، مذهبی بودن را به عنوان هسته اصلی انگیزش در زندگی خود عنوان کردند. در مطالعه‌ای بر روی ۲۵ مرکز بیمارستانی مربوط به سرطان نشان داده شد که ۸۴٪ از بیماران برای تطابق با بیماریشان نماز می‌خوانند (۳۰، ۳۱). بوالهروی و همکاران نشان دادند معنویت درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر بوده همچنین باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردید (۳۲). هامیلتون و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که یاد خداوند در گروه مبتلا به سرطان پستان احساس آنها را نسبت به زندگی، دوستان،

<sup>1</sup> Obren

جلسات، اشتغال ذهنی همراه بیمار در مورد بیماری، روند درمان، مشکلات و دغدغه‌های مالی و اینکه این مسائل با عث سوگیری‌هایی در انجام پژوهش می‌شد که البته توسط پژوهشگر کنترل می‌شد و وقت زیادی که برای اجرای مطالعه صرف شد.

در نهایت این تحقیق نشان داد که، تاب آوری در بیماران افزایش یافت. بعد اخلاقی افراد تاب‌آور در رویدادها و بحران‌های شکننده، گسترده‌تر می‌شود، احساس هدفمندی بیشتری در زندگی می‌کنند و شفقت و مهربانیشان نسبت به گرفتاری‌های دیگران افزایش می‌یابد، در مقابل، سبک تفکر ناتاب‌آورانه باعث می‌شود فرد به عقاید نادرست و باورهای بنیادین خود در رابطه با دنیا و راهبردهای نامناسب حل مسئله که منجر به هدر دادن انرژی روانی می‌شود وابسته شود (۳۶) به نظر می‌رسد تقویت بعد معنویت در زندگی، هدفمندی و اخلاقی بودن را در پی دارد و این مکانیزم به این طریق انجام می‌شود که با معنویت درمانی هدفمندی و توکل به خداوند افزایش یافته و بعد اخلاقی در فرد گسترده‌تر می‌شود و این به نوبه خود منجر به ارتقای تاب آوری در افراد، بویژه بیماران، می‌شود. در همین خصوص، کامپفر (۳۶) نیز معتقد است که تاب‌آوری با هدفمندی زندگی در ارتباط است.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه مستخرج از طرح پژوهشی بوده که با تایید و حمایت مالی دانشگاه آزاد واحد تربت حیدریه (باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان) انجام شده و از تمام شرکت کنندگان و تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش ما را کمک نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

خانواده و بستگان افزایش می‌دهد و پیشنهاد کردند که گروه پزشکی می‌تواند با استفاده از نماز و عبادت و یاد خداوند احساس شادابی و سرزندگی را در زنان مبتلا افزایش دهند (۳۳،۳۴).

در کل، نماز خواندن و ارتباط برقرار کردن با خداوند یک استراتژی بسیار موثر شخصی برای پیروز شدن بر مشکلات ناشی از سرطان در افراد مبتلا به حساب می‌آید و افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال می‌تواند با علایم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله نمایند (۳۵).

بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تاثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می‌بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز پردازد (۳۶).

نمونه مورد مطالعه در این تحقیق بیماران دارای سرطان پستان بودند. آگاهی از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه غافلگیرکننده و نگران کننده است. در واقع با آگاهی از ابتلا به بیماری بدخیم و تهدیدکننده حیات، درک افراد از زندگی تغییر می‌کند، به طوری که تحقیقات متعدد نشان داده است که رابطه تنگاتنگی میان سرطان و حالات روانشناختی وجود دارد (۳۵). هرچند سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود اما به تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند بدون این که عملاً به وجود آورنده و سازنده آنها باشند. سرطان، تغییرات، فشارها و تأثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار می‌گذارد (۱۴). در ادامه نیز باید گفت برای انجام این تحقیق محدودیت‌هایی همچون عدم همکاری نمونه‌های بالینی تا آخر، عدم شرکت در برخی

## References

- 1-Kaplan, Justin L. Porter, Robert, S (2006). Information on medical care for women. Translation: Morteza Zolanvary. Publications: Myayarelm 1389. [Persian]
- ۲-Rezaei, Mahbobe. Seyyed Fatemi, Naimeh. Husseini, Fateme (2008). Wellbeing of cancer patients undergoing chemotherapy: Nursing and Obstetrician Tehran University of Medical Sciences Journal. [Persian]
- ۳-Ghobari Bonab, Bagher (2009). Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aaron Publications. [Persian]
- ۴-Pargament.K.I. (2012). Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred. New York: Guilford Press.
- 5-Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. (2013). Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders. Washington: American Psychological Association.
- 6-Sodestrom KE, Martinson IM. Patients' spiritual coping strategies: a study of nurse and patient perspectives. *Oncol Nurs Forum*. 1987 Mar-Apr; 14(2): 41-6.
- 7-Ingle C. Thuné-Boyle, Jan A. Stygall, Mohammed R. Keshtgar, Stanton P. Newman (2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment inpatients with cancer? A systematic re view of the literature *Social Science & Medicine*, Volume 63, Issue 1, Pages 151-164.
- 8-Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics*. 2002 May-Jun; 43(3): 213-20.
- 9- Taylor, E. Use of prayer among person with cancer. *Holist Nurs pract*. 2002;10(3):46-60.
- 10-Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., & Pastor, M.A. (2014). Control beliefs in cancer: a literature review. *Anuario de Psicología*, 35(3), 333-55
- 11- kerozbily, N, Kraaij V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. *Journal Youth Adolescent*; 10(32), 401-8.
- 12- Fan S.Y, EiserC. Body image of children and adolescents with cancer. *J BODYIM*. 2009; 259: 10-14.
- 13-Michiyo A, Tatsuya M, Mitsunori M, Makiko S, Haruko K, Yasuo S. Effects of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being and Depression. *J Pain and Symptom Management*. 2010; 40: 453-459.
- 14-Luckman J, Sorensen KC. Coreprincipals & practice of medicalsurgical nursing. 14th ed. Philadelphia: W. B. Saunder; 1989.
- 15-Brooks, R., B. (2010). The power of parenting. in R.B. Brooks & S.coldstein (Eds.), hand book of Resilience in children, (PP.297-314).New York: Kluwer Academic/plenum.
- 16-Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, Golshan S, Ganiats TG, Jeste DV. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women *J Psychiatr Res* 2008; 43(2):148-54
- ۱۷-Barot P, karol DR. Spirituality, religiosity, and the quality of life of oncology patients. *Journal of Clinical Oncology*. 1999;12 (6) :453-60.
- 18-Gark,R., Rastgi, S., , S.(2014). Emotion-regulation strategies across American Cancer Society. *Cancer feet's and figure's*. Atlanta: Bioregion Press; 2004
- 19- Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *Clin Breast Cancer* 2011; 11(6): 364- 8.
- 20-Reivich K, Shatte A. There silience factor.NewYork: Broad way Books; 2002.
- 21-Gattzman J. Secondry traumatic stress and resilience: University of the Rockies; 2008.
- 22-Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20-8. DOI: 10.1037/0003-066X.59.1.20 PMID: 14736317
- 23-Kaveh, manizheh, Alizadeh, Hamid, Delaware, Ali, Borjali, Ahmed. (1390). Tab-Vry plans to increase the effect of stress on the components of quality of life of parents of children with mild mental retardation. *Iranian Journal of Exceptional Children*, Vol XI, Issue 2, Pages 119-140(persian)
- ۲۴-Bakhshi pour Sarvari, 1384 Abbas, peiravi, and Abedian Hamid, the relationship between life satisfaction and social support and mental health in college students. *Journal of Mental Health*, the Issue 0.145 to 152, pages 28
- 25-Sharifi.V.(۱۳۸۳) (. Reliability and applicability of the Persian version of the interview findings.[Persian]
- 26-Corner J, Baily C. Cancer nursing care in context. Black Well Publishing: UK, 2001
- Fan S.Y, EiserC. Body image of children and adolescents with cancer. *J BODYIM*. 2009; 259: 10-14.
- 27- Connor, K. M. & Davidson, J. R. T. (2013). Development of new resilience scale: the Davidson, Resilience scale (CD-RISC). *Depression and . anvety*, 18
- 28-Richards.S.,& Bergin.AE.(2005). A Spiritual Strategy for Counseling and psychotherapy .American Psychological Association. Washington dc



- 29-Askari, Parviz. Ruoshan i, KHadije .Aderyani, Maryam mehri(2010) Relationship between religios releifs and optimism with spiritual health in Ahvaz Islamic azad university Students. Journal of Yaftehayeh nou dar Ravanshenasi .PP 27-39. [Persian]
- 30-Miller, G., (2011). Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique.New Jersey: Willey & Sons.
- 31-Levin EG, Aviv G, yoo G, Ewing C, AuA. (2008)The benefits of prayer on mood and well being on breast cancer. Survivors. Support cave cancer; Jul 17:170-175.
- 32- Choumanova I, wanat S, Barrett R, koopmanc. Religion and spirituality in coping with Breast cancer: Perspective of chi lea women. Breast J, 2006 Jul-Aug; 12(4): 349-52
- 33-Hamilton JB, Pouer BD, pollard AB, Lee KJ, Felton AM. Spirituality among African American cancer survivors. Having personal vrelation ship with God. Cancer Nurse. 2007 Jul-Agu; 30(4):309-16.
- 34-Revheim, N., Greenberg, W.M. (2007).Spirituality Matters: Creating a time and Place forHope, PsychiatricRehabilitationJournal, 30(4).307-310.
- 35-Pedramrazi SH, Haghigat SH, Jorban M, Parsayekta Z, Hoseiniagha F. Effect of reflexology on quality of life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. IJBD. 2013;6(2):23-34.
- 3۶-Kumpfer, K.L. (1999). Factor and processes contributingto resilience: The resilience framework. In: M.D.Glantz & J.L. Johnson (Eds.), Resilience and development(pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers

## Original Article

# The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Increasing Resilience in Women with Breast Cancer

Received: 06/01/2018 - Accepted: 14/02/2019

Elahe Porakbaran<sup>1\*</sup>

Roghayeh Mohammadi GhareGhoulou<sup>2</sup>

Seyed Mohamad Reza Mosavi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Young and Elite Researchers Club, Torbat Heydariyeh Branch, Islamic Azad University, Torbat Heydariyeh, Iran

<sup>2</sup> Ph.D. Student of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*Young and Elite Researchers Club, Torbat Heydariyeh Branch, Islamic Azad University, Torbat Heydariyeh, Iran

Tel: 09335311717

Email: Poorakbaran@rocketmail.com

### Abstract

**Introduction:** The aim of the present study was to examine the effect of group spiritual therapy on resilience in women with breast cancer.

**Materials and Methods:** The study method was quasi-experimental based on pre-test and post-test design with control group. The statistical population of this study was breast cancer patients referred to Taleghani Hospital in Tehran in 2016. Twenty-four subjects were selected randomly according to the inclusion criteria and were assigned to two groups of 12 randomly (experimental and control). Then, the experimental group was exposed to group spirituality with the protocol of therapy proposed by Richards and Berger (2005) for a period of 60 to 90 minutes weekly. Before and after 12 sessions of group therapy, both groups were tested by research instruments. Measured instruments included Structured Clinical Interviews for Axis I and II Disorders based on DSM-IV, and the Kunner & Davison Resiliency Questionnaire (CD-RISC, 2003). Covariance analysis was used to analyze the collected data.

**Results:** Findings of this study showed that spirituality therapy had a positive effect on mental status and disease control in different samples.

**Conclusion:** The results showed that spiritual therapy group increased the resilience of the experimental group in comparison with the mean of the control group. Also the difference between the scores of experimental group and control group or the effect of spiritual therapy group ( $\eta^2 = 0.763$ ), ie 76% difference in post-test resiliency scores, was related to spiritual therapy group.

**Key words:** Group Spiritual Therapy, Breast Cancer, Resiliency, Women

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest.