

## مقاله اصلی

# بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۳/۰۱

### خلاصه

#### مقدمه

سرطان پستان بیماری است که ممکن است بالقوه بر زندگی روزانه زنان از جمله فعالیت‌های جسمی و اجتماعی آنان تاثیر بگذارد که عوامل متعددی در بروز آن نقش دارند و شناخت این عوامل می‌تواند در روند درمان تاثیر گذار باشد، لذا این پژوهش با هدف بررسی تاثیر معنویت درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای سرطان پستان انجام گرفت.

#### روش کار

مطالعه‌ای شبه تجربی است که بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند. از این جامعه ۲۴ نفر انتخاب شده و در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش و کنترل)، جایگذاری شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ هفته، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای وارد این درمان شدند. پروتکل درمانی، معنویت درمانی گروهی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۰۰۵) بود. 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 و DSM-IV، پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CER) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های گردآوری شده، از روش تحلیل کواریانس یکطرفه و چندمتغیری استفاده شد.

#### نتایج

نتایج نشان داد گروه درمانی معنوی، موجب افزایش تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش شده بود.

#### نتیجه گیری

از بین مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه‌های ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران، در گروه آزمایش، کاهش یافته بود، و مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، در گروه آزمایش، افزایش یافته بود.

#### کلمات کلیدی

معنویت درمانی گروهی، سرطان پستان، تنظیم شناختی هیجان، زنان  
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

الهه پوراکبران<sup>۱\*</sup>

رقیه محمدی قره قوزلو<sup>۲</sup>

سیدمحمد رضا موسوی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد تربت

حیدریه، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت حیدریه، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه پیام

نور، تهران، ایران

<sup>۳</sup> 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

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 و چه بسا این عوارض روانشناختی از طریق تأثیر منفی بر ادامه روند درمان و پیگیری‌های پس از آن، بقای این بیماران را تهدید کند (۱). 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 می‌سازند. اکثر سرطان‌ها درمان قطعی ندارند و برای جلوگیری از رشد و پیشرفت آنها از روش‌های جراحی، پرتو درمانی، شیمی درمانی، هورمون درمانی، پیوند مغز استخوان و سایر روش‌ها استفاده می‌شود که تمامی آنها تهاجمی هستند. عوارض جانبی آشکار ناشی از شیمی درمانی، توانایی لذت بردن از جنبه‌های مختلف زندگی را از بیمار سلب می‌کند. احساس تعارض زمانی پدید می‌آید که بیماری عود کرده و دوز بیشتری از داروی شیمی درمانی جهت درمان مورد نیاز باشد (۲). وحشت از شنیدن واژه‌ی شیمی درمانی، بیماران سرطانی را نه تنها از نظر وضعیت جسمانی بلکه از لحاظ وضعیت اجتماعی، روانی و معنوی نیز دچار ضایعه می‌سازد (۳). فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان، صعب‌العلاج بودن بیماری سرطان و مرگ و میر بالا، فشار محیطی و روانی مضاعفی را بر این گروه تحمیل می‌نماید. لذا پیشرفت بیماری و عوارض ناشی از آن به صورتی چند وجهی بر عملکرد فردی و اجتماعی مبتلایان تأثیر گذاشته و آنان را با مشکلات متعدد روانی روبرو می‌سازد و توجه به حل تعارضات درونی بیماران به منظور حفظ سلامت روانی ایشان ضروری است (۴). در کل 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 (۵).

واکنش زن نسبت به هر بیماری واقعی یا مشکوک، ممکن است شامل ترس از بدشکلی، از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد، بنابراین برای بسیاری از خانم‌ها سرطان پستان بسیار ترسناک است (۶). اضطراب<sup>۱</sup> ناشی از بیماری سرطان پستان با شیوع بالایی گزارش شده است. بنابر لوبونتاواتچی<sup>۲</sup> (۷)، در مطالعات گوناگون شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان از ۳۵ تا ۶۴٪ گزارش شده است که به همراه افسردگی<sup>۳</sup> در صدر عوارض روانی بیماران مبتلا به سرطان قرار دارد. کومبلیت و لیگیبل<sup>۴</sup> (۸)، بیان می‌کند حداقل نیمی از زنان مبتلا به سرطان پستان دیسترس را ذکر کرده‌اند (۹).

به دلیل طبیعت تهدیدکننده سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران<sup>۵</sup> به گونه‌ای چشمگیر افزایش یابد (۱۰). معنویت<sup>۶</sup>، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده‌ی زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد (۱۱). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کند که در درمان مسایل مهم معنوی درمان جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند، که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد (۱۲).

اینگسل<sup>۷</sup> و همکاران (۱۳) که به بررسی اثر بخشی استراتژی‌های مقابله‌ای مذهبی - معنوی در بیماران مبتلا به سرطان برای کنار آمدن با بیماری پرداختند، نشان داد که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه‌ای خاص بیماری‌های تهدیدکننده زندگی شایع است. مقابله مذهبی و معنوی هم چنین، ممکن

<sup>1</sup> Anxiety

<sup>2</sup> Lueboonthavatchai

<sup>3</sup> Depression

<sup>4</sup> Komblýt & Lygybl

<sup>5</sup> Spiritual needs

<sup>6</sup> spirituality

<sup>7</sup> Ingel

تنظیم هیجانی، شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد. و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه هیجانی خود استفاده می‌کنند (۱۷). یکی از متداول‌ترین این راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از راهبردهای شناختی است. شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند که هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان‌ها مغلوب نشویم. تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان، اشاره دارد (۱۸). تحقیقات نشان داده است که استفاده از هر راهبرد منحصر به فرد، پیامدهای متفاوتی را به دنبال دارد. بنابراین، افکار و شناخت‌ها در توانایی مدیریت، تنظیم و کنترل احساس‌ها و هیجان‌ها بعد از تجربه یک رویداد استرس‌زا نقش بسیار مهمی دارند. به طور واضح کنترل شناختی آگاهانه هیجان رابطه نزدیکی با مفهوم سبک‌های مقابله‌ای شناختی دارد، اما یک تفاوت مهم که بین این دو مفهوم وجود دارد این است که در هر دو سبک مقابله هیجان مدار و مسئله مدار، ترکیبی از راهکارهای شناختی و رفتاری برای کنار آمدن وجود دارد. در حالیکه نظریه تنظیم شناختی هیجان بیان می‌کند که اعمال و افکار فرایندهای متفاوتی هستند به طوری که راهکارهای شناختی از لحاظ مفهومی جدا از راهکارهای رفتاری هستند (۱۸).

همانطور که اشاره شد، افراد برای تنظیم هیجان‌ها از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که می‌تواند سازش یافته یا سازش نایافته باشد (۱۹). یکی از متداول‌ترین راه‌های تنظیم هیجان استفاده از فرایندهای شناختی است که به وسیله آن اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجان تحت مهار فرد قرار می‌گیرد (۲۰).

از آنجا که نظم‌جویی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفستگی در هیجان و نظم‌جویی آن می‌تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب‌روانی شود (۲۱). با توجه به اهمیت تنظیم شناختی هیجان

است در خدمت عملکردهای متعدد مانند حفظ اعتماد به نفس، ارائه یک احساس معنا و هدف، آرامش روانی و حس امید به کار رود. نلسون<sup>۱</sup> و همکاران (۱۴) 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. در کل، نتایج مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال می‌توانند با علایم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله نمایند (۱۵).

مدیریت هیجان در بیماران می‌تواند عوامل بسیار مهمی باشند که در مقابله با آسیب‌های خاص بیماری به کمک بیماران بیایند. مدیریت هیجان‌ها به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. بنابراین می‌توان گفت، نظم‌جویی هیجان، عاملی کلیدی و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است. در هر فرد راهبردهای متفاوتی جهت نظم‌جویی هیجان انجام می‌شود، این راهبردها فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند. و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند. چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام رو به رو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است، سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زاست. از نظم‌جویی هیجان به عنوان مقوله‌ای مشتعل بر الف) آگاهی و درک هیجان‌ها ب) پذیرش هیجان‌ها ج) توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی چ) رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی یاد می‌شود (۱۶).

<sup>1</sup> Nelson

**ابزار:****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>، گیبون<sup>۳</sup> و همکاران<sup>۴</sup> (۲۲) حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (۲۳). در مطالعه شریفی و همکاران (۲۳) 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 تشخیص گذاری‌های بالینی و پژوهشی و آموزش استفاده کرد.

**۲- پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (CER):**

این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپنهایون در سال ۲۰۰۱ به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است. این ابزار دارای ۳۶ سوال و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان میباشد که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی، پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوارفکری، ملامت دیگران تقسیم میشوند، که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. پژوهش گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۲ دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۶ برای این پرسشنامه نشان می‌دهد.

در رویارویی با مشکلات و آسیب‌ها و فشارهای بیماری، و با توجه به تاثیر بااهمیت معنویت درمانی در بسیاری از ابعاد روانشناختی در بیماران، این تحقیق به قصد بررسی تاثیر معنویت درمانی گروهی بر ارتقای توان تنظیم شناختی هیجان در بیماران دارای سرطان پستان انجام یافت.

**روش کار**

پژوهش حاضر مطالعه‌ای شبه تجربی است که بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام شده است. در این روش آزمودنی‌ها پس از انتخاب، در گروه‌های کنترل و آزمایش جایگزین شدند. هم چنین، پیش از اجرای متغیر مستقل (معنویت درمانی گروهی)، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه در پیش آزمون اقدام به پر کردن پرسشنامه‌های پژوهش کردند. متغیر مستقل در این پژوهش عبارت بود از: «گروه درمانی معنوی» و متغیر وابسته عبارت بود از «نظم جویی شناختی هیجان» در زنان مبتلا به سرطان پستان. پس از اتمام جلسات درمانی که ۱۲ جلسه بود، پس آزمون روی دو گروه اجرا شد. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی تهران در سال ۱۳۹۵ بود. پس از بررسی ویژگی‌های دموگرافیک بیماران و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مورد نظر مشخص شدند و در دو گروه ۱۲ نفره (آزمایش و کنترل)، انتساب شدند. سپس 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. داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۶۰ سال از ملاک‌های شمول و داشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان پزشکی از قبیل سایکوز، اختلال وسواسی - جبری، ملاک حذف از مطالعه حاضر بودند.

<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

## پروتکل درمانی

درونی با خدا، خود آگاهی و گوش دادن به ندای درونی، خواندن متون مقدس و استفاده از کتاب‌های معنوی و مذهبی استفاده شد.

در این مطالعه از پروتکل معنویت درمانی گروهی مطرح شده توسط ریچاردز و برگین (۲۵) شامل ۸ مؤلفه روانی - معنوی شامل: توکل و توسل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر و تحمل، بخشش و نادیده گرفتن خشم، ارتباط با خدا و گفتگوی

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

عنوان جلسات	جلسه های درمان
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

## نتایج

در جدول ۱ خلاصه‌ای از اطلاعات آمار توصیفی مربوط به شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی داده‌ها ارائه شده است:

داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش تحلیل کواریانس یکراهه و چندراهه، و بوسیله نرم افزار آماری SPSS ویراش ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱- شاخص‌های آمار توصیفی نمرات متغیرهای تحقیق

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
ملاحت خویش	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۷۵۰۰	۲/۴۱۶۸۰
		کنترل	۱۴/۶۶۶۷	۳/۰۸۴۶۶
	پس آزمون	آزمایش	۹/۴۱۶۷	۳/۱۷۵۴۳
		کنترل	۱۳/۹۱۶۷	۳/۴۲۳۴۰

۲/۴۹۸۴۸	۱۱/۶۶۶۷	آزمایش	پیش آزمون	پذیرش
۳/۴۵۹۷۲	۱۰/۱۶۶۷	کنترل	پس آزمون	
۳/۶۲۱۲۸	۱۴/۷۵۰۰	آزمایش	پس آزمون	نشخوارگری
۲/۱۹۳۳۱	۱۱/۵۸۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۱/۸۸۰۹۲	۱۷/۴۱۶۷	آزمایش	پس آزمون	تمرکز مجدد مثبت
۲/۵۳۹۰۹	۱۶/۰۸۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۲/۳۵۳۲۷	۱۱/۹۱۶۷	آزمایش	پس آزمون	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی
۲/۸۶۴۳۶	۱۵/۲۵۰۰	کنترل	پیش آزمون	
۲/۶۹۱۱۸	۱۰/۸۳۳۳	آزمایش	پس آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
۲/۲۸۹۶۳	۱۰/۱۶۶۷	کنترل	پیش آزمون	
۴/۱۳۰۴۵	۱۴/۸۳۳۳	آزمایش	پس آزمون	دیدگاه گیری
۳/۹۷۷۲۱	۱۱/۰۰۰۰	کنترل	پیش آزمون	
۱/۹۱۲۸۸	۹/۲۵۰۰	آزمایش	پس آزمون	فاجعه سازی
۲/۸۳۹۱۲	۱۰/۶۶۶۷	کنترل	پیش آزمون	
۲/۹۹۴۹۵	۱۵/۳۳۳۳	آزمایش	پس آزمون	ملاطمت دیگران
۱/۹۴۶۲۵	۱۱/۸۳۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۳/۳۸۴۴۶	۱۲/۰۰۰۰	آزمایش	پس آزمون	
۲/۴۶۶۴۴	۱۱/۰۸۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۱/۹۹۲۴۱	۱۶/۱۶۶۷	آزمایش	پس آزمون	
۲/۳۵۳۲۷	۱۲/۰۸۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۲/۴۱۶۸۰	۱۱/۷۵۰۰	آزمایش	پس آزمون	
۲/۷۶۳۴۰	۱۱/۰۰۰۰	کنترل	پیش آزمون	
۲/۶۷۸۴۸	۱۵/۰۸۳۳	آزمایش	پس آزمون	
۲/۸۷۴۹۲	۱۱/۹۱۶۷	کنترل	پیش آزمون	
۲/۰۹۴۳۶	۱۶/۲۵۰۰	آزمایش	پس آزمون	
۲/۵۱۶۶۱	۱۵/۸۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۲/۹۴۹۰۶	۱۰/۸۳۳۳	آزمایش	پس آزمون	
۲/۹۹۸۱۴	۱۴/۹۱۶۷	کنترل	پیش آزمون	
۲/۶۴۴۳۲	۱۶/۴۱۶۷	آزمایش	پس آزمون	
۲/۴۲۹۳۰	۱۵/۰۸۳۳	کنترل	پیش آزمون	
۲/۷۰۸۰۱	۱۰/۶۶۶۷	آزمایش	پس آزمون	
۲/۳۴۸۴۴	۱۴/۳۳۳۳	کنترل	پیش آزمون	

### بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس:

#### • نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه<sup>۱</sup> استفاده شد:

#### جدول ۲- نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق

متغیر	مرحله	گروه	آماره Z	درجه آزادی (df)	سطح معنی داری (Sig)	نتایج آزمون
ملاطمت خویش	پیش آزمون	آزمایش	.۲۱۱	۱۲	.۱۴۴	توزیع داده‌ها نرمال است
		کنترل	.۱۱۰	۱۲	.۲۰۰*	توزیع داده‌ها نرمال است
		آزمایش	.۱۳۶	۱۲	.۲۰۰*	توزیع داده‌ها نرمال است

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

توزیع داده‌ها نرمال است	.۰۸۶	۱۲	.۲۲۸	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۴۵	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۰۶۷	۱۲	.۲۳۴	کنترل		پذیرش
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۴۹	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۸۸	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۹۱	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۶۸	کنترل		نشخوارگری
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۴۵	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۶۹	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۱۶۹	۱۲	.۲۰۶	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۴۲	کنترل		تمرکز مجدد مثبت
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۶۳	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۵۱	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۸۱	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۷۶	کنترل		تمرکز مجدد بر برنامه-ریزی
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۶۱	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۰۹۳	۱۲	.۲۲۶	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۴۶	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۷۰	کنترل		ارزیابی مجدد مثبت
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۳۳	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۵۳	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۱۷۴	۱۲	.۲۰۵	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۰۹۶	۱۲	.۲۲۵	کنترل		دیدگاه‌گیری
توزیع داده‌ها نرمال است	.۱۲۳	۱۲	.۲۱۷	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۵۵	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۳۱	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۵۰	کنترل		فاجعه‌سازی
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۹۲	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۷۳	کنترل		
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۷۱	آزمایش	پیش آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۰۶۳	۱۲	.۲۳۶	کنترل		ملاطمت دیگران
توزیع داده‌ها نرمال است	.۱۹۵	۱۲	.۲۰۱	آزمایش	پس آزمون	
توزیع داده‌ها نرمال است	.۲۰۰*	۱۲	.۱۴۰	کنترل		

بر اساس نتایج جدول ۲، چون میزان سطح معنی‌داری (Sig)

بدست آمده برای تمامی متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است، می‌توان چنین استنباط کرد که توزیع تمامی متغیرهای تحقیق در جامعه نرمال است.

#### • همگنی واریانس‌ها

جهت بررسی همگن بودن واریانس متغیرهای پژوهشی از

آزمون برابری خطای واریانس‌های لوین<sup>۱</sup> استفاده شد:

<sup>۱</sup>- Levene's Test of equality of error variance

## جدول ۳- نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	آماره F	درجه آزادی صورت (df <sub>1</sub> )	درجه آزادی مخرج (df <sub>2</sub> )	سطح معنی-داری (Sig)	نتایج آزمون
ملاط خویش	۰/۰۱۵	۱	۲۲	۰/۹۰۴	واریانس‌ها همگن هستند
پذیرش	۳/۷۴۳	۱	۲۲	۰/۰۶۶	واریانس‌ها همگن هستند
نشخوارگری	۲/۲۵۵	۱	۲۲	۰/۱۲۳	واریانس‌ها همگن هستند
تمرکز مجدد مثبت	۰/۰۱۴	۱	۲۲	۰/۹۰۶	واریانس‌ها همگن هستند
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۱۱۷	۱	۲۲	۰/۳۰۲	واریانس‌ها همگن هستند
ارزیابی مجدد مثبت	۰/۸۴۶	۱	۲۲	۰/۳۶۸	واریانس‌ها همگن هستند
دیدگاه‌گیری	۰/۰۸۳	۱	۲۲	۰/۷۷۶	واریانس‌ها همگن هستند
فاجعه‌سازی	۰/۰۱۵	۱	۲۲	۰/۹۰۳	واریانس‌ها همگن هستند
ملاط دیگران	۰/۰۴۹	۱	۲۲	۰/۸۲۷	واریانس‌ها همگن هستند

نتایج درج شده در جدول ۳ نشان می‌دهد که فرض همگنی واریانس‌ها در مورد همه متغیرها محقق گردیده است.

## • همگنی شیب خط رگرسیون

فرض همگنی شیب‌های رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است. برای اثبات همگنی شیب رگرسیون باید

مقدار F تعامل بین گروه و پیش آزمون را حساب کنیم، اگر این شاخص معنادار نباشد ( $\text{sig} > 0.05$ )، پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است.

## جدول ۴- نتایج آزمون همگنی شیب خط رگرسیون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری (sig)
تعامل گروه و ملاط خویش	۴/۱۱۴	۱	۴/۱۱۴	۰/۳۷۸	۰/۵۴۶
تعامل گروه و پذیرش	۰/۸۸۳	۱	۰/۸۸۳	۰/۰۹۲	۰/۷۶۵
تعامل گروه و نشخوارگری	۹/۶۳۰	۱	۹/۶۳۰	۱/۳۹۶	۰/۲۵۱
تعامل گروه و تمرکز مجدد مثبت	۸/۰۷۵	۱	۸/۰۷۵	۰/۴۸۰	۰/۴۹۶
تعامل گروه و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۲۳/۶۸۵	۱	۲۳/۶۸۵	۴/۰۷۷	۰/۰۵۷
تعامل گروه و ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۹۲۵	۱	۱۱/۹۲۵	۲/۵۸۳	۰/۱۲۴



۰/۷۲۳	۰/۱۲۹	۱/۰۴۲	۱	۱/۰۴۲	تعامل گروه و دیدگاه گیری
۰/۹۵۳	۰/۰۰۴	۰/۰۳۵	۱	۰/۰۳۵	تعامل گروه و فاجعه سازی
۰/۹۲۳	۰/۰۱۰	۰/۰۶۶	۱	۰/۰۶۶	تعامل گروه و ملامت دیگران

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می شود، تحلیل کواریانس عاملی تعامل گروه با متغیر ملامت خویش ( $F=۰/۳۷۸$ ,  $sig=۰/۵۴۶$ )، تعامل گروه و متغیر پذیرش ( $F=۰/۰۹۲$ ,  $sig=۰/۷۶۵$ )، تعامل گروه با متغیر نشخوارگری ( $F=۱/۳۹۶$ ,  $sig=۰/۲۵۱$ ) مثبت ( $F=۰/۴۸۰$ ,  $sig=۰/۴۹۶$ )، تعامل گروه با متغیر تمرکز مجدد بر برنامه ریزی ( $F=۴/۰۷۷$ ,  $sig=۰/۰۵۷$ )، تعامل گروه با متغیر ارزیابی مجدد مثبت ( $F=۲/۵۸۳$ ,  $sig=۰/۱۲۴$ )، تعامل گروه

با متغیر دیدگاه گیری ( $F=۰/۱۲۹$ ,  $sig=۰/۷۲۳$ )، تعامل گروه با متغیر فاجعه سازی ( $F=۰/۰۰۴$ ,  $sig=۰/۹۵۳$ ) و تعامل گروه با متغیر ملامت دیگران ( $F=۰/۰۱۰$ ,  $sig=۰/۹۲۳$ )، معنادار نمی باشند. لذا پیش فرض همگنی شیب رگرسیون برای تمامی متغیرها رعایت شده است.

بعد از اطمینان از برقراری مفروضه های تحلیل کواریانس، جهت پاسخگویی به فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد:

**جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس آزمون نمرات مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون**

نام آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری (sig)	مجدور اتا ( $\eta^2$ )	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۸۹۸	۱۳/۶۹۲ <sup>a</sup>	۹/۰۰۰	۱۴/۰۰۰	۰۰۰	۰۸۹۸	۱/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰.۱۰۲	۱۳/۶۹۲ <sup>a</sup>	۹/۰۰۰	۱۴/۰۰۰	۰۰۰	۰۸۹۸	۱/۰۰۰
آزمون اثر هتینگ	۸/۸۰۲	۱۳/۶۹۲ <sup>a</sup>	۹/۰۰۰	۱۴/۰۰۰	۰۰۰	۰۸۹۸	۱/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۸/۸۰۲	۱۳/۶۹۲ <sup>a</sup>	۹/۰۰۰	۱۴/۰۰۰	۰۰۰	۰۸۹۸	۱/۰۰۰

مانکوا، در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. همچنین میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ( $\eta^2=۰/۸۹۸$ ) می باشد، یعنی ۹۰ درصد تفاوت در نمرات پس آزمون مؤلفه های نظم جویی شناختی هیجان مربوط به تأثیر گروه درمانی معنوی می باشد. توان آماری برابر با ۱ است، یعنی امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می شود با کنترل پیش آزمون، سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین زنان مبتلا به سرطان پستان گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (مؤلفه های نظم جویی شناختی هیجان) تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک راهه در متن

**جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات مؤلفه های نظم جویی شناختی هیجان گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون**

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	سطح معنی داری (sig)	مجدور اتا ( $\eta^2$ )	توان آماری
پیش آزمون		17.963	1	17.963	1.700	.206	.075	.238
گروه		75.884	1	75.884	7.182	.014	.255	.724
خطا		221.871	21	10.565				

.093	.019	.534	.400	3.684	1	3.684	پیش آزمون	
.709	.248	.016	6.929	63.842	1	63.842	گروه پذیرش	
				9.213	21	193.483	خطا	
.105	.024	.483	.510	3.581	1	3.581	پیش آزمون	
.739	.262	.013	7.442	52.304	1	52.304	گروه نشخوارگری	
				7.028	21	147.585	خطا	
.165	.048	.317	1.052	17.246	1	17.246	پیش آزمون	
.538	.181	.043	4.643	76.155	1	76.155	گروه تمرکز مجدد مثبت	
				16.401	21	344.421	خطا	
.057	.003	.796	.068	.456	1	.456	پیش آزمون	
.840	.314	.005	9.612	64.024	1	64.024	گروه تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	
				6.661	21	139.877	خطا	
.057	.003	.801	.065	.325	1	.325	پیش آزمون	ارزیابی مجدد مثبت
.987	.479	.000	19.277	95.706	1	95.706	گروه	
				4.965	21	104.258	خطا	
.155	.044	.337	.964	7.457	1	7.457	پیش آزمون	
.702	.245	.016	6.821	52.744	1	52.744	گروه دیدگاه گیری	
				7.732	21	162.376	خطا	
.051	.001	.913	.012	.114	1	.114	پیش آزمون	
.875	.336	.004	10.641	98.537	1	98.537	گروه فاجعه سازی	
				9.260	21	194.469	خطا	
.119	.030	.433	.639	4.175	1	4.175	پیش آزمون	
.929	.382	.002	12.965	84.677	1	84.677	گروه ملامت دیگران	
				6.531	21	137.159	خطا	

مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و دیدگاه گیری، در گروه آزمایش شده است.

### بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر معنویت درمانی گروهی بر ارتقای توان تنظیم شناختی هیجان در بیماران دارای سرطان پستان انجام گرفت. نتایج نشان داد تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش بهتر شده شود. از بین مؤلفه های تنظیم شناختی هیجان، مؤلفه های ملامت خویشتن، نشخوارگری، فاجعه سازی، ملامت دیگران، در گروه آزمایش کاهش یافته بود، و مؤلفه های

همان گونه که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون، بین زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی، و ملامت دیگران، در سطح خطای ۰/۰۵ تفاوت معنی داری وجود دارد (Sig = ۰/۰۱۴، F = ۷/۱۸۲). یعنی، گروه درمانی معنوی، موجب کاهش ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه سازی، و ملامت دیگران، و موجب افزایش تمرکز مجدد مثبت، تمرکز

پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه گیری، در گروه آزمایش، بطور معناداری افزایش یافته بود. همانند تحقیق حاضر، تحقیقات بسیاری نشان دهنده اثر مثبت معنویت درمانی بر وضعیت روانی و کنترل بیماری در نمونه‌های مختلف بوده‌اند. برای مثال، نلسون و همکاران (۲۶)، 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. همراستا با تحقیق حاضر، آلستر جی. کانینگهام<sup>۱</sup> (۲۷)، اینگل و همکاران (۱۳)، نشان دادند که ارتباط مثبتی بین مذهب - معنویت و سلامت هم چنین بین مذهب - معنویت و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی وجود دارد (۲۸). در تحقیق مشابهی که توسط ابرن انجام شده بود به نقل از (۲۹) همین نتایج به دست آمده.

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 می‌خواند (۳۰) و مطالعه‌ای دیگر در ۵۹ مرکز سرطانی نشان داده که از نماز (ارتباط با خداوند) می‌توان به عنوان ابزاری مهم و موثر در ایجاد تطابق جسمی و روانی بین بیمار و بیماریش استفاده نمود (۳۱). مطالعه‌ای دیگر در ۷۹ بیمار سرطانی نشان داده که ۴۴٪ از نمونه‌ها از نماز و نیایش برای کنترل و کاهش اضطراب و نگرانی خود استفاده می‌کنند (۳۲). در مطالعه‌ای، لیوین در سال ۲۰۰۸ نشان داد که نماز باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه و افزایش طول عمر زنان مبتلا می‌شود و نشان داد ۸۱٪ بیماران با نماز و عبادت احساس مثبتی نسبت به سرطان سینه پیدا کرده و براحتی با آن تطابق پیدا می‌کنند (۳۲). در مطالعه‌ای دیگر توسط فیریز و همکاران در سال ۱۹۹۹ یافته‌ها نشان دادند که مذهب و معنویت در زنانی که به تازگی تشخیص سرطان در

آنها داده شده ابزار مهمی برای سازگاری با بیماریشان به شمار می‌رود (۳۳). مطالعه هندرسون و همکاران در ۲۰۰۳ بر روی زنان آفریقایی ساکن آمریکا که مبتلا به سرطان پستان بودند نشان داد که نیایش و ارتباط با خدا و سخن گفتن با خدا نقش عمده‌ای در سازگاری جسمی و روحی زنان با سرطان پستان دارد. این بیماران اظهار داشتند که معنویت و عبادت باعث افزایش تطابق با بیماری در آنها می‌شود. همچنین آنها اظهار داشتند که ارتباط با خداوند و حرف زدن با او باعث آرام شدن و کاهش اضطراب آنها می‌شود. خداوند آنها را در تصمیم گیری‌های مربوط به بیماریشان یاری می‌کند و اظهار داشتند که ارتباط خود را با خداوند افزایش داده‌اند و این عبادت و گرایش به معنویت باعث تغییر در نگرش، عملکرد و رفتار اجتماعی آنها شده است و پیشنهاد کردند که پرستاران باید در حین حمایت و مراقبت از زنان مبتلا به سرطان پستان، اطلاعات بیماران در مورد اثرات ارتباط با خداوند را افزایش دهند (۳۴). تحقیق بوالهیری و همکاران (۳۵) نیز نشان داد که معنویت درمانی به شیوه گروهی موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس، و همچنین موجب افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به بیماری کرونر قلب گردیده است. همچنین تحقیق دیگر بوالهیری و همکاران (۳۵) نشان داد که معنویت درمانی به شیوه گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر بوده همچنین باعث بهبود سلامت معنوی در این بیماران گردید. مطالعه‌ای در شیلی در سال ۲۰۰۶ نشان داده که استفاده از عبادت و افزایش وابستگی به خداوند به همراه حمایت روانی و اجتماعی باعث افزایش وابستگی به زندگی می‌شود و برای کنترل سرطان بیماران بسیار کمک کننده می‌باشد و پژوهشگران پیشنهاد کردند پرسنل بهداشتی و پزشکان علاوه بر درمان سرطان پستان و ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا باید برنامه ریزی لازم را برای استفاده زنان از عبادت انجام دهند (۳۶). هامیلتون و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که یاد خداوند در گروه مبتلا به سرطان پستان احساس آنها را نسبت به زندگی، دوستان، خانواده و بستگان افزایش می‌دهد و پیشنهاد کردند که گروه پزشکی می‌توانند با استفاده از نماز و عبادت و یاد خداوند احساس شادابی و

<sup>1</sup> Alastair, J. Cunningham

سرزندگی را در زنان مبتلا افزایش دهند (۳۷). استفاده از معنویت در گروه درمانی به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار و حایز اهمیت است که می‌تواند منجر به ارتقای حمایت‌های اجتماعی، سازگاری و تطابق در امور مربوط به سلامتی شود (۳۸).

در کل، یافته‌ها نشان داده‌اند که استفاده از منابع دینی و معنوی به منظور کنار آمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و به گونه‌ای خاص بیماری‌های تهدید کننده زندگی شایع است. افراد مبتلا به سرطان با روی آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال می‌توانند با علایم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله نمایند (۳۹). سلامت معنوی فاکتوری معنی دار در زندگی است و احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات دینی می‌تواند در سلامت و احساس خوب بودن سهمیم باشد (۴۰).

نمونه مورد مطالعه در این تحقیق بیماران دارای سرطان پستان بودند. واکنش زن نسبت به هر بیماری واقعی یا مشکوک، ممکن است شامل ترس از بدشکلی، از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد، بنابراین برای بسیاری از خانم‌ها سرطان سینه بسیار ترسناک است (۵). آگاهی از ابتلا به سرطان برای هر فردی یک تجربه غافلگیر کننده و نگران کننده است. در واقع با آگاهی از ابتلا به بیماری بدخیم و تهدید کننده 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 (۴۱). 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. پاسخ به سرطان به مواردی مانند بیمار و ساختار روانشناختی وی بستگی دارد و می‌تواند بر تمام سطوح فعالیت‌های بیمار اثر بگذارد (۴۲). این بیماری باعث افزایش احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، گیجی، درد، علائم آسیب

پذیری جسمی و افکار آشفته گشته، عملکردهای روزانه، فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را نابسامان می‌نماید. به علاوه باعث می‌شود این بیماران نتوانند در فعالیت‌های اجتماعی معمول شرکت کنند و در عوض نقش‌های جدیدی مطرح ساخته، باعث می‌شود بیماران به دیگران وابسته شده و کمتر قادر به حمایت کردن از دیگران باشند (۴۳). تمامی این مشکلات، علاوه بر بستری شدن‌های طولانی، مراجعات مکرر به پزشک، درمان‌های مختلف و هزینه‌های بالای درمان باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران در ابعاد مختلف می‌شود (۴۴).

معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی مردم در فرایند درمانگری و در نظر گرفتن بعد متعالی مراجعان می‌باشد. این بعد متعالی آن‌ها را به سوی خدا رهبری می‌کند (۱۱). بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند بر سلامتی جسمی و روانی مراجع تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، می‌بایستی در روند درمان به مسائل معنوی و دینی مراجع، نیز پردازد (۳۰).

این تحقیق نشان داد که معنویت درمانی موجب بهتر شدن تنظیم شناختی و مدیریت هیجانات می‌شود. مدیریت هیجانات به منزله فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او بر عهده دارد و هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد. بنابراین می‌توان گفت، نظم‌جویی هیجان، عاملی کلیدی و تعیین کننده در بهزیستی روانی و کارکرد اثربخش است. در هر فرد راهبردهای متفاوتی جهت نظم‌جویی هیجان انجام می‌شود، این راهبردها فرایندهای شناختی هستند که افراد برای مدیریت اطلاعات هیجان آور و برانگیزاننده به کار می‌گیرند. و بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند. چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام رو به رو شدن با حادثه منفی از اهمیت بالایی برخوردار است، سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زاست (۱۶).

هیجانهای خودشان را ندارند، به احتمال بیشتری تحت تاثیر عوامل محیطی قرار می گیرند. به نظر می رسد تقویت بعد معنویت در زندگی، هدفمندی و اخلاقی بودن را در پی دارد و این مکانیزم به این طریق انجام می شود که با معنویت درمانی هدفمندی و توکل به خداوند افزایش یافته و بعد اخلاقی در فرد گسترده تر می شود و این به نوبه خود منجر به تنظیم و مدیریت بهتر هیجانها، در افراد، بویژه بیماران، می شود.

شناخت ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می کند که هیجان ها و احساس های خود را تنظیم نموده و توسط شدت هیجان ها مغلوب نشوند. تنظیم شناختی هیجان، به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان، اشاره دارد (۱۸). از آنجا که نظم جویی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد، تعجب آور نیست، که آشفتنگی در هیجان و نظم جویی آن می تواند منجر به اندوهگینی و حتی آسیب روانی شود (۲۱). افرادی که توانایی نظم جویی

## Reference

- 1- López MC, López-Roig S, Pastor MÁ. Control beliefs in cancer: a literature review. *UB J Psychol* 2007; 38:333-55.
- 2- Corner J, Baily C. *Cancer nursing care in context*. London: Black Well Publishing; 2001
- 3- Fan SY, Eiser C. Body image of children and adolescents with cancer: a systematic review. *Body Image* 2009; 6:247-56.
- 4- Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Kira H, Shima Y. Effects of bereavement life review on spiritual well-being and depression. *J Pain Symptom Manag* 2010; 40:453-9.
- 5- Kaplan JL, Porter RS. Information on medical care for women. Trans: Zolanvary M. Tehran: Myayarelm Publications; 2006. (Persian)
- 6- 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
- 7- Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Medi Assoc Thailand* 2007; 90:2164.
- 8- coombilit PD, Nicholas DR. Spirituality, religiosity, and the quality of life of oncology patients. *J Clin Oncol* 1999; 12:453-60.
- 9- Hajian S, Mirzayy Najmabadi K, Keramat A, Mirzaei HR. Systematic study of the effect of the muscle relaxation techniques and guided visualization on the reduction of pain and distress caused by disease or treatment complications in women with breast during the years 1998-2007. *Iran J Breast Dis* 2008; 1:32-44. (Persian)
- 10- Rezaei MA, Seyedfatemi N, Hosseini FA. Spiritual well-being in cancer patients who undergo chemotherapy. *Hayat* 2008; 14:33-9. (Persian)
- 11- Ghoobaribona B, Motavalipoor A, Hakimirad E, Habibiasgarabad M. Relationship between anxiety and depression with spirituality in Tehran University Students. *J Appl Psychol* 2009; 3:110-23. (Persian)
- 12- Brooks, R., B. (2005). 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.
- 13- Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med* 2006; 63:151-64.
- 14- Miller, G., (2003). *Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique*.New Jersey: Willey & Sons.
- 15- 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
- 16- Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *J Youth Adolesc* 2003; 32:401-8.
- 17- Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Publications; 2015.
- 18- Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* 2005; 9:242-9.
- 19- Van Dillen LF, Koole SL. Clearing the mind: a working memory model of distraction from negative mood. *Emotion* 2007; 7:715.

- 20- Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., & Pastor, M.A. (2007). Control beliefs in cancer: a literature review. *Anuario de Psicologia*, 35(3), 333-55
- 21- Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008; 22:211-21.
- 22- Poulak A. Religiosity, and the quality of life of oncology patients. *J Clin* 2003; 14:26-32.
- 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)
- 24- Borman PD, Nicholas DR. Spirituality, religiosity, and the quality of life of oncology patients. *J Clin Oncol* 1999; 12:453-60.
- 25- Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association; 2007.
- 26- Nelson CJ, Rosenfeld B, Breitbart W, Galietta M. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 2002; 43:213-20.
- 27- Cunningham AJ. Integrating spirituality into a group psychological therapy program for cancer patients. *Integrat Cancer Ther* 2005; 4:178-86.
- 28- Alferd A, Nikson-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30:217-37.
- 29- Askari P, Kh R, Mehri Aderyani M. Relationship between religious beliefs and optimism with spiritual health in Ahvaz Islamic Azad University Students. *J Yaftehayeh Ravanshenasi* 2010; 27:40. (Persian)
- 30- Miller G. *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: theory and technique*. New Jersey: John Wiley & Sons; 2003.
- 31- Soderstrom KE, Martinson IM. Patients' spiritual coping strategies: a study of nurse and patient perspectives. *Oncol Nurs Forum* 1987; 14:41-6.
- 32- Levin JS. How prayer heals: a theoretical model. *Altern Ther Health Med* 1996; 2:66-73.
- 33- Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith 1. *Psych Oncol* 1999; 8:408-16.
- 34- Henderson PD, Gore SV, Davis BL, Condon EH. African American women coping with breast cancer: a qualitative analysis. *Oncol Nurs Forum* 2003; 30:4.
- 35- Bolhari J, Naziri GH, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. *Sociol Women* 2012; 3:85-115. (Persian)
- 36- Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. *Breast J* 2006; 12:349-52.
- 37- Hamilton JB, Powe BD, Pollard III AB, Lee KJ, Felton AM. Spirituality among African American cancer survivors: having a personal relationship with God. *Cancer Nurs* 2007; 30:309-16.
- 38- Revheim N, Greenberg WM. Spirituality matters: creating a time and place for hope. *Psychiatr Rehabil J* 2007; 30:307-10.
- 39- Taylor EJ, Outlaw FH. Use of prayer among persons with cancer. *Holist Nurs Pract* 2002; 16:46-60.
- 40- Borman PD, Nicholas DR. Spirituality, religiosity, and the quality of life of oncology patients. *J Clin Oncol* 1999; 12:453-60.
- 41- karimi M.zamani S, Jarban M, Parsa YZ, Agha HF. The effect of reflexology on quality of life of breast cancer patients during chemotherapy. *Iran J Dis Breast* 2013; 6:23-34. (Persian)
- 42- Luckman J, Sorensen KC. *Coreprincipals & practice of medicalsurgical nursing*. 14<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W.B Saunder; 1989.
- 43- Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Education and peer discussion group interventions and adjustment to breast cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(4):340-7.
- 44- Shell GA, Kirsch S. Psychosocial issues, outcomes and quality of life. *Oncol Nurs* 2001; 4:948-70.

## Original Article

### Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer

Received: 20/02/2018 - Accepted: 22/05/2018

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:** Breast cancer is a disease that may have a potential impact on the daily lives of women, including their physical and social activities, which contribute to a number of factors, and the recognition of these factors can be effective in the treatment of baldness.

This research that aimed to investigate the effect of group therapeutic spirituality on cognitive regulation of excitement and toleration in women with breast cancer,

**Method:** is a quasi-experimental study that has been done on the basis of pre-test and post-test scheme with the control group. The statistical society of this research was comprised of all the patients with breast cancer who were in Taleghani Hospital of Tehran in 1395. 24 patients were selected out of this society and divided into two groups that each group had 12 members (experimental and control). Then the experimental group was interred to this therapy for 12 weeks, one 60 to 90 minutes session each week. The group therapeutic spirituality that was discussed by Richards and Bergin (2005) was the therapeutic protocol. Both groups were tested using research tools before and after the 12th session of group therapy. Measurement tools included organized clinical interview for I and II and DSM- IV axis disorders, Kumar and Davison toleration questionnaire (CD-RISC, 2003) and excitement cognitive regulation questionnaire (CER). The multivariate and one-way covariance method was used to analyze the collected data.

**finding:** The results showed that the spiritual therapy group was caused to increase of excitement cognitive **coclusion:** regulation in the experimental group.

Among excitement cognitive regulation components, self-blame, rumination, catastrophizing and blaming others were reduced in the experimental group and acceptance, positive refocusing, refocus on planning, positive reappraisal and view making was increased in the experimental group.

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