



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۵

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

## بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر سبک های مقابله با استرس، امیدواری و شدت درد در زنان مبتلا به سرطان

مرتضی روستایی<sup>۱</sup>، عبدالمجید بحرینیان<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند

۲- استاد گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند

[m\\_rostae\\_۱۳۵۷@yahoo.com](mailto:m_rostae_۱۳۵۷@yahoo.com)

### چکیده :

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سبک های مقابله با استرس، امیدواری و شدت درد در زنان مبتلا به سرطان بود. روش کار: به منظور انجام این پژوهش از بین زنان مبتلا به سرطان شهر مشهد که داوطلب شرکت در این پژوهش بوده اند، ۲۴ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه های سبک های مقابله با استرس، امیدواری و تشخیص شدت درد در پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه معنویت درمانی گروهی (GST) را دریافت کرده و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. یافته ها: برای تحلیل رابطه بین متغیرها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد بین گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره متغیرهای سبک های مقابله با استرس، امیدواری و تشخیص شدت درد تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ ) به عبارت دیگر معنویت درمانی گروهی بر متغیرهای یاد شده موثر بوده است. نتیجه گیری: معنویت درمانی گروهی به طور معناداری بر افزایش سبک مساله مدار و هیجان مدار مثبت، افزایش امیدواری و کاهش شدت درد در شرکت کنندگان گروه آزمایش موثر بوده است. بنابراین پیشنهاد می شود مشاوران و درمانگران در کنار درمان های جسمی سرطان از این روش برای بهبود وضعیت روانی بیماران استفاده کنند.

**کلمات کلیدی:** معنویت درمانی گروهی، سبک های مقابله با استرس، امیدواری، درد، سرطان.

### ۱- مقدمه :

سرطان به مجموعه ای از بیماری ها گفته می شود که از تکثیر ماهر نشده ی سلول ها پدید می آید. علت دقیق این پدیده همچنان نامشخص است اما می توان از عوامل ژنتیکی، تغییر سبک زندگی، مواد شیمیایی، تابش بیش از حد اشعه ها و ... به عنوان عوامل دخیل در ایجاد سرطان نام برد. تشخیص سرطان در افراد، باعث می شود افراد اینطور احساس کنند که در یک موقعیت خارج از کنترل گیر کرده اند. بر اساس گزارشات، مشخص شده که ۷۰ درصد افراد مبتلا به سرطان دچار عوارض روانی حاصل از تشخیص سرطان و مراحل درمان آن می شوند [۱]. مطالعات نشان داده که بیشترین شکایت افراد مربوط به عدم توانایی مقابله با استرس و اضطراب، کاهش امید به زندگی، افسردگی و پریشانی است. همچنین مطالعات نشان می دهد که



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

معنویت در سلامت انسان موثر است و موجب افزایش امیدواری، بهبود قدرت ایمنی بدن و کاهش افسردگی و اضطراب می شود [۳ و ۲]. معنویت می تواند با کاهش پی آمدهای سرطان، کیفیت زندگی را در بیماران و مراقبان آنها و سازگاری زیستی و روانی هر دو را افزایش دهد. تاثیر معنویت بر سلامت جسمی و روانی آنها آزموده شده است. دیسوزیرس و میلر [۴] و دالمن [۵] نشان دادند که تجارب بالای معنوی با سطح پایین افسردگی همراه است. تصورات فاجعه آمیز از عواقب ابتلا به بیماری سرطان، تجربه ی بسیار استرسزا برای این بیماران است که می تواند تاثیرات متعددی را بر ابعاد مختلف جسمانی، روانی و اجتماعی زندگی آنان داشته باشد [۱].

مذهب و معنویت مجموعه ای را به فرد ارائه می دهد که به وسیله ی آن فرد می تواند معنا و مفهوم زندگی را درک کند. به همین دلیل است که معنویت پیش بینی کننده ی امید و سلامت روان و بهبود دهنده ی وضعیت روانی و جسمانی در بیماران است [۶]. سازمان جهانی بهداشت در تعریف ابعاد وجودی انسان، به بعد معنوی به عنوان بعد چهارم اشاره می کند، یعنی بعد معنوی را نیز در رشد و تکامل انسان مطرح می سازد. به نظر می رسد معنویت از آن دست واژه هایی است که مانند عشق، برای بسیاری از مردم از اهمیت زیادی برخوردار است؛ اما بیان معنای دقیق آن برایشان آسان نیست. چرا که توصیف معنویت در قالب محدود واژه ها نمی گنجد. گویی در بیان مفهوم آن یا کلمات مناسب وجود ندارد، یا واژه ها برای توصیف آن نارساست یا حتی واژه های مناسب برای بیان چنین مفاهیم بلندی موجود نیست. معنویت که ریشه در واژه لاتین «اسپیریتوس» به معنی «نفس حیات» دارد، یک شیوه ی بودن و تجربه کردن زندگی است. این شیوه حاصل آگاهی از بُعدی فراتر است و با ارزش های قابل تشخیص به خصوصی در رابطه با خود، دیگران، طبیعت، زندگی و هر چیز دیگری که غایی دانسته شود مشخص می شود. می توان گفت معنویت در مقابل ظاهر و جسم مادی قرار دارد و نشان دهنده هر چیزی است که به معنا و روح بستگی دارد. بنابراین معنویت یک مفهوم غیر قابل لمس بوده و در مقایسه با مفاهیم فیزیکی، از حساسیت بسیار بالاتری برخوردار است [۷].

معنویت درمانی نیز به استفاده از ایمان قلبی فرد برای مسلط شدن بر مسائل خلقی، روحی و روانی گفته می شود. کنکاش درباره معنویت و تجربه های معنوی، با این پیش فرض همراه بوده که افراد دارای زندگی معنوی فعال، بدون شک از نظر روان شناختی افراد سالم تری هستند. در واقع، پیشرفت علم روانشناسی از یک سو ماهیت پویا و پیچیده ی جوامع نوین از سوی دیگر، باعث شده است که نیازهای معنوی بشر در برابر خواسته ها و نیازهای مادی قد علم کنند و اهمیت بیشتری بیابند. از سوی دیگر برخی از روانشناسان معنویت را به عنوان تلاش دائمی بشر برای پاسخ دادن به چراهای زندگی تعریف کرده اند [۸]. به عبارت واضح تر، استفاده بهینه از قوه خلاقیت و کنجکاوی برای یافتن موجود مرتبط با زنده ماندن و زندگی کردن و در نتیجه، رشد و تکامل بخش مهمی از معنویت را تشکیل می دهد. در معنویت درمانی از ظرفیت های وجودی، گرایش ها و انگیزه های الهی و فضیلت های اخلاقی استفاده می گردد. این تکنیک ها می توانند جنبه ی رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشند و در رفتارهایی همچون توکل، صبر، نیایش، دعا و ... تجلی یابند [۶].

پژوهش ها نیز نشان دهنده ی اثربخشی معنویت درمانی بر ابعاد مختلف سلامت روانی و جسمانی در افراد مبتلا به سرطان است. برای مثال رحمانیان، معین و اورکی [۹] در بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه دریافتند که معنویت درمانی نقش بسزایی در بهبود زندگی و سبک زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه دارد و این اثر در طول زمان نیز حفظ شده است. همچنین کجیاف و همکاران [۱۰] در بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر معنویت بر تحمل استرس و پریشانی در زنان مبتلا به سردرد تنشی دریافتند که این درمان بر کاهش استرس و افسردگی در این گروه از بیماران موثر بوده است و این تاثیر در مرحله ی پیگیری نیز ادامه داشته است. کریمی و شریعت نیا [۱۱] نیز در بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه به این نتیجه دست یافتند که مداخله ی معنوی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه تاثیر داشته است. لذا می توان با آموزش



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

معنویت‌درمانی در بهبود و ارتقای کیفیت زندگی و بهداشت روانی آنان اقدام عملی نمود. بیتز و تووز [۱۲] و کوهن [۱۳] نیز در مطالعات خود گزارش کردند که بینمذهب و معنویت با سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. از سوی دیگر نتایج پژوهش ریدر و همکاران [۱۴] و ریپنترپ و همکاران [۱۵] و جیند و همکاران [۱۶] نشان دادند که درمان دینی و معنویت‌گرا بر کاهش درد تأثیر دارد. تولدو، اوچا و فاریاس [۱۷] در بررسی نقش معنویت در سازگاری روانی اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه دریافتند که معنویت و مذهب در بالا بردن سازگاری روانی اجتماعی بیماران و بهبود اثر درمان‌های جسمانی موثر بوده است. همچنین گودنکاف و همکاران [۱۸] در بررسی ارتباط بین معنویت و ناراحتی عاطفی در بهبود یافتگان از سرطان ریه دریافتند که معنویت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی برای پریشانی عاطفی در میان بهبودیافتگان سرطان ریه عمل کند.

با توجه به اینکه تا کنون پژوهش‌های اندکی در رابطه با اثربخشی معنویت‌درمانی در افراد مبتلا به سرطان در ایران انجام شده، این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سوال طراحی شده است که آیا معنویت درمانییر سبک‌های مقابله‌ای، امیدواری و شدت درد در زنان مبتلا به سرطان موثر است؟

## روش کار:

این مطالعه یک مطالعه‌ی شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی هدف مطالعه‌ی حاضر تمامی زنان مبتلا به سرطان‌های شایع در زنان (سرطان سینه، رحم و تخمدان) مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها در شهر مشهد بودند. ۲۴ نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، ابتلا به سرطان بر اساس مدارک موجود در پرونده‌ی پزشکی، حداقل تحصیلات سیکل، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمان‌های روانشناختی به صورت هم‌زمان، سکونت در شهر مشهد، داشتن علاقه و توانایی برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی، رضایت داشتن برای شرکت در گروه. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه، مصرف مواد مخدر یا داروهای روانپزشکی و ابتلاء به بیماری‌های مزمن جسمانی دیگر یا اختلالات روانشناختی مزمن دیگر بود.

## ابزار پژوهش:

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده است:

۱. پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر به منظور ارزیابی انواع روش‌های مقابله‌ای در موقعیتهای استرس‌زا ساخته شده است. این آزمون شامل ۴۸ سوال پنج‌گزینه‌ای در مقیاس لیکرت (از هرگز تا خیلی زیاد) است. هر ۱۶ سوال به یکی از ابعاد مقابله مربوط است و در نهایت سبک غالب هر فرد با توجه به نمره‌های که در آزمون کسب میکند، مشخص میشود. به عبارت دیگر، هر یک از رفتارها که نمره بالاتری در مقیاس کسب کند به عنوان سبک مقابله‌ای ترجیحی فرد در نظر گرفته میشود. پایایی این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در سبک مساله مدار برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، در سبک هیجان مدار برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در سبک اجتنابی برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ به دست آمد [۱۹].

۲. پرسشنامه امیدواری شنایدر: این پرسشنامه توسط شنایدر و همکاران [۲۰] برای سنجش امیدواری ساخته شده که دارای ۱۲ عبارت است که به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. همسانی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان بالاتر است [۲۱]. در ایران نیز همسانی درونی این مقیاس برابر با ۰/۸۶ به دست آمد. این پرسشنامه دارای ۱۲ عبارت است و طیف نمره‌ها از کاملاً درست تا کاملاً غلط است. همچنین عبارات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی هستند و نمره‌ای به آنها تعلق نمی‌گیرد بنابراین دامنه نمرات این مقیاس بین ۸ تا ۳۲ و نقطه برش آن برابر با ۲۲ است [۲۲].



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۳. پرسشنامه تشخیص شدت درد: این پرسشنامه درهندوستان، یونان و ایران ترجمه و اعتباریابی شده است و اولین پرسشنامه دردی می باشد که در ایران مورد استفاده قرار گرفته است [۲۳]. در پژوهش حاضر ارزیابی شدت درد با استفاده از این پرسشنامه با دو مؤلفه در دو بعدواکنشی و حسی درد انجام شد. شایان ذکر است که بعدحسی چهار سؤال و بعد واکنشی که میزان تداخل درد با کارکردهای عمومی اشخاص را میسنجد، هفت سؤال دارد. در این پرسشنامه مقیاسها بین ۰ تا ۱۰ درجه بندی شده اند و میانگین شدت درد در چهار هفته گذشته با استفاده از مقیاس ۱۱ نقطه ای از ۰ (بی دردی) تا ۱۰ (بدترین درد ممکن) نمره دهی میگردد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۱۰ قرار می گیرد به این صورت که نمره بیالاتر نشان دهنده ی شدت درد بیشتر است. در پژوهشمیرزمانی و همکارانکه در ارتباط با ۲۱۱ بیمار مبتلا به سرطان در شهر کرمان انجام شد، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ و برای ابعاد شدت و واکنش به ترتیب برابر با ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد [۲۴].

پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (معنویت درمانی) قرار گرفتند، اما در گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

جدول ۱. دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	انتخاب نمونه	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	داوطلبانه (تصادفی) (گمارش)	T <sub>۱</sub>	X <sub>۱</sub>	T <sub>۲</sub>
کنترل	داوطلبانه (تصادفی) (گمارش)	T <sub>۲</sub>	-	T <sub>۲</sub>

## روش اجرای پژوهش:

در این تحقیق، پس از انتخاب نمونه به صورت داوطلبانه و پر کردن پرسشنامه‌های مذکور و گمارش آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش با تعداد اعضای ۱۲ نفر توسط درمانگر، جهت اجرای معنویت درمانی، آغاز به کار کرد، پس از اتمام ۸ جلسه‌ی درمان، آزمون‌های مذکور از هر دو گروه مجدد گرفته شد و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد تا مشخص شود متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته تأثیر گذار بوده است.

## محتوای جلسات:

گروه آزمایش ۸ جلسه ی ۸۰ دقیقه ای را با روش معنویت درمانی گروهیکجیاف و همکاران [۲۵] دریافت کردند. در این جلسات از دو روش آموزش شامل پیش فرض های زندگی معنوی و راهبردهای معنوی استفاده گردید.

جدول ۲. خلاصه جلسات معنویت درمانی

جلسات	محتوا
۱	ایجاد امید و رابطه همدلانه و صورت بندی مشکلات اعضای گروه در قالب GST. به هر مراجع بسته ای داده شد که شامل بروشور ها و خلاه جلسات بود.
۲	آموزش پیش فرض اول (واقعیت نجات بخش) و دوم (احساسات خوشایند و ناخوشایند وابسته به پدیده ها نیستند، بلکه وابسته به نگرش ها و احساسات درونی اند) انسان معنوی و ارتقاء نیت و هدف مندی رفتارها و تصویرسازی ذهنی مثبت نسبت به خدا
۳	آموزش پیش فرض سوم (اصل عمل که مبتنی بر صفات رحمت و بخشندگی خداوند است) و چهارم (تقسیم بندی؛ به معنی اینکه امور دنیوی قابل تقسیم به امور تغییر پذیر و تغییر ناپذیرند) انسان معنوی و



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

جایگاه نظم در اداره نظام هستی و تمرین نظم در زندگی	
آموزش پیش فرض پنجم (جهان اخلاقی خلق شده و همیشه در جهت سعادت حرکت می کند) انسان معنوی و همچنین در مورد راهبرد دعا و جایگاه آن در زندگی و تعالی انسان، افزایش کیفیت زندگی و مقابله با اضطراب	۴
آموزش پیش فرض ششم (آینده به طور کامل در دست ما نیست) در مورد راهبردهای ذکر، توکل و امید به خداوند نسبت به مسائلی که در آینده رخ می دهند.	۵
آموزش پیش فرض هفتم (انسان دائما در حال ارتباط با خداوند است). توصیف و تفسیر معنوی و وحدت بخش واقعیت زندگی مراجعان و توضیح درباره جایگاه صبر به عنوان یک راهبرد برای افزایش کیفیت زندگی و مقابله با اضطراب	۶
آموزش پیش فرض هشتم (انسان معنوی با صفات خود زندگی می کند نه با اموال و دارایی هایش) و نهم (رسیدن به زندگی معنوی نیازمند انفاق، گذشت، بخشش و محبت ورزیدن است). حضور مودبانه و محترمانه در محضر خداوند	۷
آموزش پیش فرض دهم انسان معنوی (درک معنای سختی ها و مشقت ها و مسئولیت پذیری نسبت به خدا، خود، دیگران و هستی). مرور محتوای ۸ جلسه و جمع بندی	۸

## یافته ها:

میانگین سن و انحراف معیار شرکت کنندگان در این مطالعه در گروه آزمایش برابر با ۴۳/۵ و ۱/۸ و در گروه کنترل برابر با ۴۶/۶ و ۲/۰۱ بود.

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرها

متغیر / زمان	گروه آزمایش (n=۱۲)		گروه کنترل (n=۱۲)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
سبک مساله مدار	پیش آزمون	۲۹/۵۸۳ (۳/۸۷۲)	۲۶ (۴/۴۳۱)
	پس آزمون	۴۳/۱۶۶ (۵/۹۷۸)	۲۶/۰۸۳ (۴/۴۸۱)
سبک هیجان مدار	پیش آزمون	۶۰ (۸/۹۸۴)	۵۱/۳۳۳ (۷/۰۱۰)
	پس آزمون	۳۸/۵۰۰ (۸/۸۴۷)	۵۰/۶۶۶ (۷/۱۱۳)
سبک اجتنابی	پیش آزمون	۶۷/۹۱۶ (۳/۰۵۸)	۶۶/۹۱۶ (۳/۶۲۹)
	پس آزمون	۵۶/۳۳۳ (۲/۶۷۴)	۶۶/۰۸۳ (۳/۹۴۱)
امیدواری	پیش آزمون	۱۲ (۱/۸۰۹)	۱۵/۵۰۰ (۳/۵۰۳)
	پس آزمون	۱۹/۷۵۰ (۲/۷۰۱)	۱۵/۲۵۰ (۳/۳۶۰)
شدت درد	پیش آزمون	۹۷/۰۸۳ (۹/۰۹۰)	۹۷/۲۵۳ (۹/۲۶۵)
	پس آزمون	۸۴/۹۱۶ (۹/۰۳۹)	۹۸ (۹/۳۲۲)

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس به بررسی پیش فرض های اجرای تحلیل کوواریانس می پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می دهد که توزیع نمره سبک های مقابله، امیدواری و شدت درد ( $P > ۰/۰۵$ ) نرمال می باشد. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنی ها در متغیرهای سبک های مقابله، امیدواری و شدت درد در مرحله پیش آزمون به عنوان



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

متغیرهای کنترل نمرات پس از آزمون آزمودنی‌ها در این متغیرها به‌عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. همچنین نتایج آزمون باکس نیز به لحاظ بالینی معنادار نبود ( $F=۱,۶۱۸$ ,  $p > ۰/۰۵$ ) و این به معنای برقراری مفروضه‌ی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت سبک‌های مقابله‌ای، امیدواری و شدت درد دو گروه

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری
اثر پیلاپی	۰/۸۴۳	۵	۱۸	۵۹/۹۰۷	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۷	۵	۱۸	۵۹/۹۰۷	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۶/۶۴۱	۵	۱۸	۵۹/۹۰۷	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۱۶/۶۴۱	۵	۱۸	۵۹/۹۰۷	۰/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته‌ی ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد، (اثر پیلاپی =  $۰/۸۴$ ،  $p < ۰/۰۰۱$ )،  $F(۵,۱۸)=۹,۰$ .

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه سبک‌های مقابله‌ای، امیدواری و شدت درد دو گروه

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری	ضریب ایستا
سبک مساله مدار	۱۷۵۱/۰۴۲	۱	۱۷۵۱/۰۴۲	۷۷/۳۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۷۶
سبک هیجان مدار	۹۸۸/۱۶۷	۱	۹۸۸/۱۶۷	۱۵/۳۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱
سبک اجتنابی	۵۷۰/۳۷۵	۱	۵۷۰/۳۷۵	۵۰/۲۷۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۶
امیدواری	۱۲۱/۵۰۰	۱	۱۲۱/۵۰۰	۱۶/۰۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
شدت درد	۱۰۲۷/۰۴۲	۱	۱۰۲۷/۰۴۲	۱۲/۱۸۱	۰/۰۰۲	۰/۳۵۶

به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه آزمایش و کنترل از جهت کنترل تک‌تک متغیرها، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه در تمام متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۱$ ). با توجه به شاخص‌های توصیفی موجود در جدول ۳ این تفاوت به‌گونه‌ای است که در متغیرهای سبک مساله مدار و امیدواری میانگین نمرات پس از آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل بیشتر و در متغیرهای سبک هیجان مدار، اجتنابی و شدت درد میانگین نمرات پس از آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای، امیدواری و شدت درد در زنان مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که این درمان به‌طور معناداری بر استفاده از سبک مساله مدار، افزایش امیدواری و کاهش شدت درد در شرکت‌کنندگان موثر بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین [۹-۱۸] نیز همسو بوده است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که مواجه شدن با احتمال مرگ قریب الوقوع موجب احساس خشم، ترس، گناه و افسردگی بیمار می‌شود و استرس ایجاد شده می‌تواند منجر به تضعیف بیشتر سیستم ایمنی گردد که در نهایت در روند درمان بیماری اختلال ایجاد می‌کند. از طرفی به‌خطر افتادن حیات افراد به وسیله‌ی سرطان باعث افزایش نیازهای معنوی بیماران



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

می شود و بیماران اغلب از طریق تقویت باورهای معنوی، به زندگی خود معنا بخشیده و راهی برای کنار آمدن با مرگ غریب الوقوع می یابند. اثربخشی معنویت درمانی می تواند به شیوه ی غیر مستقیم و از طریق افزایش امیدواری در بیماران باشد. شرکت کنندگان در گروه معنویت درمانی به دلیل قرار گرفتن در کنار افرادی که مشکلی مشابه با مشکل خودشان دارند، بار حاصل از بیماری برای آنان کم شده و به دنبال آن بسیاری احساس های منشعب از این تنهایی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی، کاهش پیدا کرده و فرد دیگر خود را تنها نمی داند؛ علاوه بر آن به اشتراک گذاشتن احساس های هم سو، فرصت مناسبی از رشد ذهنی را برای جستجوی مسیرهای نو و معنی دارتر زندگی می گشاید [۸].

معنویت درمانی مداخله ای است که در آن فرد با پررنگ کردن اعتقادات و باورهای معنوی خود، مرگ را بخشی از زندگی دانسته و با ارزشهای معنوی و انسانی نظیر صبر، نوع دوستی، توکل و بخشش در زندگی خود معنای جدیدی می آفریند. هر یک از مولفه های معنوی به طریقی در کاهش میزان اضطراب موثر است به طوری که این کاهش اضطراب می تواند با تاثیر بر سیستم ایمنی و عوامل موثر در سرطان، تغییرات مهمی در این سیستم و بهبود عملکرد آن ایجاد کند [۲۶]. باور به نیروی برتر و مقدس موجب پیدایش این تفکر در فرد میشود که خلقتی بیپرده نداشته و در زندگی هر فرد، هدف و رسالتی نهفته است. این امر شناخت و تعبیر و تفسیر فرد را از بیماری تحت تاثیر قرار داده و موجب می شود فرد به بیماری و ناملایمات معنا دهد و از طریق ارزیابی مجدد و تغییر اندیشه ی فقدان از دست دادن را به صورت مثبت تلقی کرده و نسبت به بیماری احساس مثبت تری یابد [۲۷]. مراقبه، موجب ارتباط بسیار عمیق فرد با حال حاضر می شود و این امر با متمرکز کردن فرد حول عمود آگاهی، تاثیر قابل ملاحظه ای بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی و ارزیابی مثبت پس از تروما می شود [۲۸].

همچنین معنویت درمانی باعث تغییر نگرش و تفسیر فرد از زندگی و بیماری می شود. افراد بر اساس منابع در دسترس و از راه های گوناگون استرس خود را مدیریت می کنند. از این دیدگاه می توان گفت باورها ارزیابی های شناختی مهم را در فرایند مقابله، تحت تاثیر قرار می دهند. در نتیجه معنویت می تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه ی متفاوتی ارزیابی کنند. این امر ابتدا سبب ایجاد حس کنترل بر خود و محیط و سپس کاهش استرس می شود. همچنین آموزش پیش فرض های معنویت درمانی مثل پیش فرض اول (واقعیت نجات بخش) و پیش فرض دوم (نگاه مثبت به مسائل زندگی و ارتقاء نیت ها و هدف ها در آن) باعث می شوند که فرد به مرگ مانند نجات از زندگی دنیوی و رسیدن به سعادت اخروی بنگرد، نگاه مثبت تری نسبت به زندگی داشته باشد و کمتر خود را به دلیل مسائل زندگی سرزنش کند که این عوامل باعث کاهش اضطراب و در نتیجه افزایش اثربخشی درمان می شوند [۲۹]. در تبیین ارتباط میان شدت درد و معنویت درمانی نیز می توان گفت که استفاده از معنویت درمانی گروهی کمک کرده است تا زنان مبتلا به سرطان به سازوکارهای انطباقی پخته تر مقابله و تغییر در نگرش نسبت به افکار غیر منطقی و چرخه ی معیوب نسبت به بیماری دست یابند. این نوع برخورد با مشکلات موجب می شود که افراد حتی به مشکلات ظاهرا بی معنا، معنا بخشند. از سوی دیگر توجه به فرایند تجربه های منفی و تمرکز بر ابعاد مثبت آن به افراد امکان مواجهه و مقابله با آسیب را می دهد و می تواند باعث شود که بیماران موقعیت خود را تغییر دهند، امید به زندگی در آنها افزایش یابد و با کاهش بعد حسی درد احساس خوش بینی نسبت به آینده در آنها ایجاد شود [۳۰]. در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه بود که بر تعمیم پذیری نتایج اثر می گذارد. عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی ها، نگرش آزمودنی ها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آن ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه ی آن ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می تواند نتایج تحقیق را تحت تاثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی



دست اندرکاران این پژوهش بر خود لازم می‌دانند تا از شرکتکنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در پژوهش حاضر کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و گزارش این پژوهش مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی مشهد واقع شده است و به شماره IR. IAUK.REC.۱۴۰۱/۲ قابل پیگیری می‌باشد.

## مراجع:

۱. Babolmorad M, Kalami S. Psychological therapies in cancer. Tehran: Padina Pub. ۲۰۲۱.p.۱۱۶. [Persian]
۲. Koenig HG. Commentary: why do research on spirituality and health, and what do the results mean?. Journal of religion and health. ۲۰۱۲ Jun;۵۱(۲):۴۶۰-۷.
۳. Fallahi L, LotfiKashani F, MasjediArani A. The impact of cognitive rehabilitation on working memory and verbal fluency in dyslexic students (a single case study). *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, ۲۰۱۶; ۱۱(۴۲): ۱۷-۲۶. [Persian]
۴. Desrosiers A, Miller L. Relational spirituality and depression in adolescent girls. Journal of clinical psychology. ۲۰۰۷ Oct;۶۳(۱۰):۱۰۲۱-۳۷.
۵. Daaleman TP, Kaufman JS. Spirituality and depressive symptoms in primary care outpatients. Southern Medical Journal. ۲۰۰۶ Dec ۱;۹۹(۱۲):۱۳۴۰-۵.
۶. Jalili K, Rahimi H. What is spiritual therapy? Tehran: MohagheghArdebili Pub. ۲۰۱۸.p.۸۱.[Persian]
۷. Jastrzębski AK. The challenging task of defining spirituality. Journal of Spirituality in Mental Health. ۲۰۲۲ Apr ۳;۲۴(۲):۱۱۳-۳۱.
۸. Vaziri SH, LotfiKashani F, Akbari M. Spirituality Therapy Guide. Tehran: ShahidBeheshti Pub. ۲۰۱۸.p.۱۵۴. [Persian]
۹. Rahmanian M, moeinsamadani M, Oraki M. Effect of spirituality group therapy on life expectancy and life style's improvement of breast cancer patients. Biannual Journal of Applied Counseling, ۲۰۱۷; ۷(۱): ۱۰۱-۱۱۴.[Persian]
۱۰. Kajbaf MB, Hoseini F, Ghamarani A, Razazian N. Comparison of effectiveness of quality of life therapy and treatment based on Islamic spirituality on distress tolerance, stress, anxiety, and depression in women with tension headaches. Journal Clinical of Psychology. ۲۰۱۷; ۹(۱):۲۱-۳۸. [Persian]
۱۱. Mohamadkarimi M, shariatnia K. EFFECTIVENESS OF SPIRITUAL THERAPY ON THE LIFE QUALITY OF THE WOMEN WITH BREAST CANCER IN TEHRAN. Nurs Midwifery J. ۲۰۱۷; ۱۵ (۲) :۱۰۷-۱۱۸. [Persian]
۱۲. Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. Canadian Journal of Psychiatry. ۲۰۰۹; ۵۴(۵):۲۹۲-۳۰۱.
۱۳. Cohen DJ, Yoon DP, Johnstone B, Cohen DJ. Differentiating the impact of spiritual experiences, religious practices, and congregational support on the mental health of individuals with heterogeneous medical disorders. International Journal for the Psychology of Religion. ۲۰۰۹; ۱۹(۲):۱۲۱-۳۸.
۱۴. Rider KA, Terrell DJ, Sisemore TA, Hecht JE. Religious coping style as a predictor of the severity of anorectic symptomology. Eating Disorders. ۲۰۱۴; ۲۲(۲):۱۶۳-۷۹.
۱۵. Rippentrop EA, Altmaier EM, Chen JJ, Found EM, Keffala VJ. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. Pain. ۲۰۰۵; ۱۱۶(۳):۳۱۱-۲۱.
۱۶. Jegind EM, Vase L, Skewes JC, Terkelsen AJ, Hansen J, Geertz AW, et al. Expectations contribute to reduced pain levels during prayer in highly religious participants. Journal of Behavioral Medicine. ۲۰۱۳; ۳۶(۴):۴۱۳-۲۶
۱۷. oledo 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. Supportive Care in Cancer. ۲۰۲۱ Jun;۲۹(۶):۳۰۱۷-۲۴.





۱۸. Gudenkauf LM, Clark MM, Novotny PJ, Piderman KM, Ehlers SL, Patten CA, Nes LS, Ruddy KJ, Sloan JA, Yang P. Spirituality and emotional distress among lung cancer survivors. *Clinical lung cancer*. ۲۰۱۹ Nov ۱;۲۰(۶):e۶۶۱-۶.
۱۹. Shokri O, Moradi A, Farzad V E, Sangari A, Ghanai Z, Rezaei A. The Role of Personality Traits and Coping Styles on University Student's Mental Health: Introducing Causal Models. *Advances in Cognitive Sciences*. ۲۰۰۵; ۷ (۱) :۲۸-۳۸. [Persian]
۲۰. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. ۱۹۹۱ Apr;۶۰(۴):۵۷۰.
۲۱. Snyder CR, Shorey HS, Cheavens J, Pulvers KM, Adams III VH, Wiklund C. Hope and academic success in college. *Journal of educational psychology*. ۲۰۰۲ Dec;۹۴(۴):۸۲۰.
۲۲. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometric properties of the hoping Snyder's scale. *Journal Applied Psychology*.; ۲۰۱۱(۵):۳. [Persian]
۲۳. McBeth J, Tomenson B, Chew-Graham CA, Macfarlane GJ, Jackson J, Littlewood A, et al. Common and unique associated factors for medically unexplained chronic widespread pain and chronic fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*. ۲۰۱۵; ۷۹(۶):۴۸۴-۹۱
۲۴. Mirzamani SM, Safari AK, Holisaz M, Sadidi A. Validation of the west haven-yale multidimensional pain inventory (WHYMPI) for Iranian patients with chronic pain. *Qom University Medical Science Journal*. ۲۰۰۷; ۱(۳):۱۳-۲۵. [Persian]
۲۵. Kajbaf MB, Rezvani R, Ashoori J. The comparison of effectiveness of spiritual therapy and meta-cognitive therapy on anxiety in girl university students. *Journal of Applied Psychology Research*. ۲۰۱۳; ۴(۱):۱- ۱۲.
۲۶. Lotfi- Kashani F, Vaziri S.H, Zeinolabedini S.N. The Effectiveness of Group Hope Therapy in reducing Psychological Distress of Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychology*. ۲۰۱۴; ۴(۲۸): ۴۵-۵۸ [Persian]
۲۷. Lotfi-Kashani F, Mofid B, Sarafraz S. Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer. *Thought & Behaviour in clinical Psychology*; ۲۰۱۳:۷(۲۷): ۲۷-۳۶. [Persian]
۲۸. Akbari ME, Kashani FL, Ahangari G, Pornour M, Hejazi H, Nooshinfar E, Kabiri M, Hosseini L. The effects of spiritual intervention and changes in dopamine receptor gene expression in breast cancer patients. *Breast Cancer*. ۲۰۱۶ Nov;۲۳(۶):۸۹۳-۹۰۰.
۲۹. Saffarinia M, Mirmahdi R. Spirituality therapy and a positive psychological approach. Tehran: Avaye Noor. ۲۰۱۸.p.۲۰۰. [Persian].
۳۰. Rosmarin DH. Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: A guide for clinicians. Guilford Publications; ۲۰۱۸ May ۲۸.