

December-January 2020, Volume 9, Issue 6

The Effect of Spiritual Therapy on Posttraumatic Growth, Self-Compassion and Hope in Women with Breast Cancer

Sedigheh Salabifard¹, Biuok Tajeri^{2*}, Amin Rafiepoor³

1-Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University Iran, Karaj, Iran.

(Corresponding author)

Email: btajeri@yahoo.com

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Received: 10 May 2020

Accepted: 4 Aug 2020

Abstract

Introduction: Cancer has many consequences, including psychological effects such as stress and depression. The aim of this study was to determine the effect of spiritual therapy on post-traumatic growth, self-compassion and hope in women with breast cancer.

Methods: The method of the present study was semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design and control group. The statistical population included women with breast cancer who referred to Firoozgar Palliative Medicine Center and Cancer Prevention and Control Center (Macsa) in Tehran. A total of 30 patients were selected by purposive sampling method and randomly assigned to intervention and control groups. In this study, to collect data from a demographic questionnaire, the "Post-Traumatic Growth Questionnaire", the "Self-Compassion Scale" and the "Snyder's Hope Scale" were used. The validity of the instruments was determined by convergent validity and their reliability by Cronbach's alpha method. The intervention group underwent "Spiritual Therapy" intervention in 8 sessions of 90 minutes. Data were analyzed in SPSS. 19.

Results: There was a significant difference between the mean scores of the experimental and control groups in the two stages of post-test and follow-up. The results of analysis of variance on repeated measures showed that spiritual therapy is an effective on improve post-traumatic growth, self-compassion and hope in cancer patients ($P < 0.05$).

Conclusions: Given the effectiveness of "Spiritual Therapy" in improving post-traumatic growth, self-compassion and hope in women with cancer, it is suggested that this psychological intervention use to promote post-traumatic growth, self-compassion and hope in women with cancer.

Keywords: Cancer, Spiritual Therapy, Hope, Self-Compassion, Posttraumatic Growth.

تأثیر «معنویت درمانی» بر رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان

صدیقه سعلی فرد^۱، بیوک تاجری^{۲*}، امین رفیعی پور^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران.
 ۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: btajeri@yahoo.com
 ۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۴

چکیده

مقدمه: بیماری سرطان با پیامدهای متعدد از جمله عوارض روانی مانند تنش و افسردگی همراه است. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر "معنویت درمانی" بر رشد پس از سانحه، شفقت خود و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: روش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مرکز طب تسکینی بیمارستان فیروزگر و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) شهر تهران بود. با روش نمونه گیری هدفمند تعداد کل ۳۰ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی (شامل سن، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل)، "پرسشنامه رشد پس از سانحه" (Post-Traumatic Growth Questionnaire)، "مقیاس شفقت به خود" (Self-Compassion Scale) و "مقیاس امید اشنایدر" (Snyder's Hope Scale) استفاده شد. روایی ابزارها با روایی همگرا و پایایی آن ها با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. گروه مداخله طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، تحت مداخله "معنویت درمانی" قرار گرفت. تحلیل داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۱۹ انجام شد.

یافته ها: بین میانگین نمرات دو گروه مداخله و کنترل در دو مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که "معنویت درمانی" روشی موثر در بهبود رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در بیماران سرطانی است ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به اثر "معنویت درمانی" در بهبود رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان، پیشنهاد می شود از این مداخله روانشناختی به منظور ارتقای رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان استفاده شود.

کلید واژه ها: سرطان، شفقت به خود، رشد پس از سانحه، امید، معنویت درمانی.

مقدمه

به بیش از ۲۸ میلیون برسد (۲). از میان همه سرطان-ها، سرطان پستان به عنوان دومین بیماری شایع زنان در نظر گرفته شده است (۳). سالانه ۷ هزار زن در ایران به بیماری سرطان مبتلا می شوند (۴). سرطان به عنوان یک بیماری مزمن به آرامی و به تدریج آغاز می شود و به مدت طولانی ادامه می یابد (۴). از طرف دیگر، درمان سرطان تقریباً همیشه با روش های تهاجمی و با عوارض متعدد ناشی از آن از جمله تغییراتی در شکل و ظاهر بدن همراه است (۵). برای بسیاری از افراد، تشخیص و درمان

سرطان به عنوان مشکل عمده سلامت قرن تلقي می شود و رشد روز افزون آن در دو دهه گذشته و اثرات مضر آن بر جنبه های بدنی، روانی، اجتماعی و اقتصادی زندگی انسانی بیش از همیشه باعث نگرانی کارشناسان است (۱). سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است که موجب مرگ سالانه بیش از ۷/۶ میلیون تن در جهان می شود و طبق پیش بینی های موجود، تا سال ۲۰۳۰ با افزایش پنجاه درصدی در موارد ابتلا، تعداد موارد ابتلای جدید

صدیقه سعلی فرد و همکاران

افرادی که حوادث منفی همچون بیماری مزمنی مثل سرطان را در زندگی تجربه می کنند، عموماً با خود رفتاری نامهربانانه و منتقدانه تر دارند که در واقع به نوعی به تجربه خشم به عنوان یک مرحله طبیعی پس از آگاهی از بیماری خود مرتبط است (۶). در زمان بروز دشواری ها و رویدادهای منفی مثل بیماری سرطان، شفقت به خود به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود می تواند بسیار سازنده و موثر باشد.

شفقت به خود، یعنی افراد همان مهربانی و مراقبتی که به دیگران دارند، حین تجربه سختی ها به خودشان نیز داشته باشند (۱۵). شفقت به خود را به عنوان سازه ای سه مولفه ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده اند (۱۶). ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می ورزد. این عامل به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می رود، می تواند نقش یک محافظ برای پرورش انعطاف پذیری عاطفی محسوب شود (۱۵). افرادی که شفقت به خود بیشتری دارند از سلامت روانی بیشتر و عملکرد روانی بهتر برخوردارند (۱۸). شواهد نشان می دهد افرادی که از شفقت خود بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوار ذهنی کمتری را در موقعیت های اجتماعی چالش انگیز تجربه می کنند و از رضایت مندی بیشتری در زندگی خود برخوردارند (۱۹).

بیماران مبتلا به سرطان که نسبت به مرگ قریب الوقوع خود آگاهی می یابند، اغلب بعد از انکار و خشم دچار درماندگی، بدبینی نسبت به آینده، ناامیدی و احساس شکست می شوند (۲۰). بنابراین، یکی از متغیرهایی که در ارتباط با بیماران سرطانی نیازمند بررسی می باشد، امید به زندگی است (۲۱). امید یک ساز و کار سازگاری مهم در بیماری های مزمن از جمله سرطان است و به عنوان یک عامل پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می شود (۲۲). Frankel معتقد است که افراد ناامید، افسرده و بی قرارند و آن هایی که احساس تنهایی می کنند، غالباً از بی معنایی و پوچی زندگی شکایت دارند (۲۲). در یک فرد مبتلا به سرطان، دسترسی به منابع مناسب از جمله امید می تواند فرایند سازگاری را به طور قابل توجهی تحت تأثیر قرار دهد (۲۱). چرا که یکی از بزرگترین معضلات روانی قابل مشاهده در این بیماران، احساس یاس و ناامیدی است (۲۰). همچنین، امید می تواند در افزایش سلامت عمومی بیماران سرطانی سهم به سزایی داشته و در مراحل مختلف درمان به تسهیل سیر بهبودی و افزایش پاسخ درمانی کمک کند (۲۳). از دیدگاه زیستی، امید دارای

بیماری سرطان رویدادی پر تنش در زندگی به شمار می آید و به نظر می رسد تقریباً ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان، سطح بالایی از پریشانی روانی را تجربه می کنند (۶).

برخلاف باور عموم، پس از تشخیص و درمان سرطان، فرآیندهای ذهنی مثبت و منفی در بیماران دیده می شود (۷). برخی مطالعات تغییرات روانشناختی مثبتی را پس از تجربه وقایع ناخوشایند از جمله بیماری، جنگ و بلایای طبیعی در افراد گزارش داده اند که یکی از این تغییرات، رشد پس از سانحه (Post traumatic growth) است. رشد پس از سانحه را می توان به عنوان تغییرات روانشناختی مثبتی تعریف کرد که به دنبال مواجهه با رویداد های ناخوشایند زندگی و بیماری های مزمن از جمله سرطان رخ می دهد و شامل مؤلفه های قدرت شخصی، امکانات جدید، ارتباط با دیگران، قدردانی از زندگی و تغییرات معنوی می باشد (۸). در رشد پس از سانحه، یک رویداد آسیب دیده به عنوان یک عامل تسهیل کننده عمل می کند، به طوری که فرد در طی آن رویداد جهان بینی خود را باز ارزیابی می کند و با دستیابی به معنای جدید برای حوادث آسیب رسان، بهبود بیشتری را نشان می دهند که اغلب منجر به ادامه تغییر مثبت و رشد می شود (۸،۹). پس از یک حادثه تهاجمی، اشکال مختلف رشد مثبت در پنج حوزه زندگی شامل قدرت (یا تغییرات درک شده در خود)؛ روابط با دیگران؛ قدردانی برای زندگی (یا افزایش آگاهی بیداری)؛ شناخت امکانات جدید و تغییرات معنوی رخ می دهد (۱۰).

در قالب مفهوم رشد پس از سانحه، برخی از افراد مبتلا به سرطان با کسب نگرش جدید نسبت به حوادث ترومایی و از جمله بیماری خود، تغییرات مثبتی در رضایت از زندگی، معنادار شدن آن، اعتماد به نفس، حس مقاومت فردی، معنویت و دینداری، عشق به دیگران و روابط با دوستان و خانواده گزارش می دهند (۱۱،۱۲) که منعکس کننده تلاش های بیمار برای بهبود ادراک سلامت در پاسخ به افزایش تهدیدات مرتبط با سرطان است (۱۳،۱۴). در واقع، رشد پس از سانحه در یک بیمار مبتلا به سرطان با ایجاد نگرش جدید در فرد بیمار نسبت به بیماری ناتوان کننده خود همراه است که می تواند در تخفیف بار منفی ناشی از بیماری، کاهش آسیب های روانی ناشی از آن و کاهش عوارض بیماری نقش داشته باشد و در این بیماران حائز اهمیت است. بنابراین، لازم است، به دنبال شناسایی و استفاده از راهبردهایی مناسب برای ارتقای رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان بود تا این بیماری بجای اینکه بخواهد منشأ بسیاری از عوارض روانی برای فرد شود، بتواند بالقوه تبدیل به فرصتی برای رشد و تحول باشد. از سوی دیگر،

آثار بیولوژیک نیز می باشد و می تواند بر کنترل درد و ضعف جسمی در افراد بیمار تأثیر مثبت داشته باشد، زیرا سبب کنشگری مدارهای مغزی و آزاد شدن آندروفین و در نتیجه کاهش درد می شود (۲۴). بر این اساس، سه متغیر رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید عوامل مهمی در بهبود وضعیت سلامت روان افراد مبتلا به سرطان محسوب می شوند و باید در جستجوی مداخلاتی بود که می توانند این عوامل را ارتقاء بخشند. «معنویت درمانی» از جمله مداخلاتی است که به نظر می رسد در این زمینه می تواند مؤثر باشد.

امروزه بسیاری از درمانگران، معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و روانی افراد می شناسند و در فرایند درمان، توجه به مسائل معنوی بیماران را ضروری می دانند. اعتقادات معنوی با تمام جنبه های سلامتی فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشأ احساس حمایت، قدرت و بهبودی است (۲۵) و برای اینکه درمانگران، متخصصان سلامت و کادر درمان بتوانند بر سلامت جسمی و روانی بیمار تأثیر مثبت و قاطعی داشته باشند، باید در روند درمان به مسائل معنوی و مذهبی بیمار نیز بپردازند (۲۶،۲۷). معنویت مجموعه ای از چارچوب ها را ارائه می دهد که از راه آن، انسان می تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (۲۸). در تجربه زندگی با سرطان، معنویت به عنوان بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم مطرح است و به نظر می رسد طبیعت تهدیدکننده سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می دهد (۲۹). در همین راستا، مطالعات نشان می دهند که بدون سلامت معنوی جنبه های بیولوژیکی، روانشناسی و اجتماعی افراد به درستی کار نمی کند یا نمی تواند به حداکثر توانایی برسد (۳۰). نتایج پژوهش های متعدد نشان دهنده این است که در بیماران سرطانی، سلامت معنوی موجب بهبود راهبردهای مقابله ای، ارتقای بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و سازگاری با شرایط تنش زای ناشی از بیماری می شود (۲۹-۳۳). حاتم پور و همکاران (۲۹) در مطالعه ای کیفی که به منظور بررسی نیازهای معنوی بیماران مبتلا به سرطان در ایران انجام شد، نیازهای معنوی شامل صلح درونی، بخشیدن دیگران، احساس امید، پذیرش واقعیت، جستجوی معنای زندگی، عاقبت به خیری، تجدید نظر در معنای زندگی خود، تقویت اعتقادات معنوی، برقراری ارتباط با خدا و دعا را در بیماران مبتلا به سرطان شناسایی کردند.

زمانیان و همکاران (۳۰) در مطالعه خود نشان دادند که «معنویت درمانی» در افزایش سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. شریعت نیا (۳۱) نیز در مطالعه خود نشان داد که «معنویت درمانی» در بیماران سرطانی با افزایش نمرات

کیفیت زندگی همراه است. Purnell & Andersen (۳۲) در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان نشان دادند که مداخله «معنویت درمانی» می تواند موجب افزایش بهزیستی روانی و سازگاری با بیماری شود. Bovero و همکاران (۳۳) در مطالعه خود به این یافته دست پیدا کردند که «معنویت درمانی» در تقویت سلامت روان و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است.

بر این اساس و با توجه به مشکلات متعددی که بیماران سرطانی دارند، به نظر می رسد که «معنویت درمانی» می تواند مداخله مؤثری برای رشد پس از تروما، شفقت به خود و امید در این بیماران باشد. بحال مطالعه ای به بررسی تأثیر این مداخله در بیماران مبتلا به سرطان نپرداخته است. از این رو مطالعه حاضر پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر «معنویت درمانی» بر رشد پس از سانحه، شفقت خود و امید در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان مبتلا به سرطان پستان بود که به صورت سرپایی مراجعه کننده به بیمارستان فیروزگر و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد نمونه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪، خطای آلفا ۰/۰۵ و توان مطالعه ۸۰ درصد و احتمال ریزش ۱۰ درصد، تعداد ۱۷ تن برای هر گروه به دست آمد. از همین رو، تعداد ۳۴ بیمار با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده (با قرعه کشی از بین اسامی، به طوری که همه شرکت کنندگان دارای شانس برابر برای انتخاب شدن داشتند) تعداد ۱۷ تن در دو گروه مداخله و کنترل گمارده شدند. مدت زمان نمونه گیری، ۳ ماه طول کشید. طی مطالعه دو تن از افراد هر گروه مداخله به دلیل عدم حضور در جلسات و دو تن از افراد گروه کنترل به دلیل عدم حضور جهت تکمیل پرسشنامه ها از مطالعه حذف شدند.

معیار ورود شامل: ابتلاء به بیماری سرطان، سن بین ۶۰-۲۵، گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری، عدم بیماری جسمی قابل ملاحظه غیر از سرطان، نداشتن اختلال روانی شدید و اعتیاد به مواد (بر اساس خود اظهاری) بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود.

در پژوهش حاضر، برای جمع آوری داده ها از ابزار های زیر استفاده شد.

صدیقه سعلی فرد و همکاران

و مقدار ۰/۸۷ را برای ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق برای «پرسشنامه رشد پس از سانحه» ذکر کردند. آن ها همچنین برای بررسی پایایی باز آزمایی پرسشنامه مذکور، همبستگی بین دو بار اجرای پرسشنامه را به فاصله ۳۰ روز محاسبه کردند که مقدار ۰/۷۵ به دست آمد و نشان دهنده پایایی این پرسشنامه بود. سید محمودی و همکاران (۳۸) ساختار عاملی «پرسشنامه رشد پس از سانحه» را روی نمونه ۲۳۶ تن از دانشجویان دانشگاه های شهر تهران مورد بررسی قرار داده و با حذف عامل ارزش گذاری به زندگی، ساختار ۴ عاملی شامل موقعیت های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی و تغییرات معنوی را از آن گزارش دادند. نویسندگان همچنین در نمونه فوق ضریب آلفا کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۲ و پایایی پرسشنامه با فاصله زمانی یک هفته را ۰/۹۴ و به دست آوردند.

«مقیاس شفقت به خود» (Self-Compassion Scale) یک ابزار ۲۶ عبارتی است که توسط Neff (۳۹) در یک نمونه ۳۹۱ تن از دانشجویان در آلمان برای سنجش میزان شفقت به خود ساخته شده است. پاسخگویی در لیکرت ۵ درجه ای (از نمره تقریباً هرگز = صفر تا تقریباً همیشه = ۴) سنجیده می شود. نمره گذاری به این صورت است که در برخی از عبارات ها و زیرمقیاس ها نمره گذاری به صورت معکوس انجام می شود. حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۱۰۴ است و نمرات بالاتر بیانگر میزان بیشتر شفقت به خود است. این مقیاس دارای ۳ مولفه دو قطبی است: مهربانی با خود (self-kindness) (۵ عبارت شامل ۵،۱۲،۱۹،۲۳،۲۶) در برابر قضاوت خود (self-judgment) (۵ عبارت شامل ۱،۸،۱۱،۱۶،۲۱)، انسانیت مشترک (common humanity) (۴ عبارت شامل ۳،۱۰،۱۵،۷) در برابر انزوا (isolation) (۴ عبارت شامل ۴،۱۳،۱۸،۲۵) بهشیاری (mindfulness) (۴ عبارت شامل ۹،۱۴،۱۷،۲۲) در مقابل همانندسازی افراطی (over-identified) (۴ عبارت شامل ۲،۶،۲۰،۲۴) است. Neff (۳۹) ویژگی های روانسنجی «مقیاس شفقت به خود» را بر روی نمونه فوق و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی ساختار ۳ عاملی این مقیاس را مهربانی با خود در برابر قضاوت خود، انسانیت مشترک در برابر انزوا و بهشیاری در مقابل همانندسازی افراطی مورد تایید قرار داد. ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی مقیاس با فاصله زمانی دو ماه ۰/۸۲ گزارش شد. در مطالعه Costa و همکاران (۴۰) که بر روی ۳۶۵ فرد مبتلا به اختلال اضطرابی در هلند انجام شد، تحلیل عاملی اکتشافی گویای وجود ۳ عاملی فوق بود. همچنین آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۸۹ بود و گویای همسانی درونی قابل قبول این ابزار بود.

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، طول مدت بیماری و وضعیت تأهل بیماران بود.

«پرسشنامه رشد پس از سانحه» (Post-Traumatic Growth Questionnaire)، توسط Tedeschi و همکاران در سال ۱۹۹۶ در ایالات متحده آمریکا برای اندازه گیری رشد پس از سانحه طراحی شده است (۳۴). این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که ۵ مولفه میزان رشد روانشناختی پس از مواجهه با یک رویداد تنش زا را تعیین می کند. این ۵ مولفه شامل موقعیت های جدید (new possibilities) (۵ عبارت شامل عبارات ۱-۵)، ارتباط با دیگران (relating to others) (۴ عبارت شامل عبارات ۶-۹)، قدردانی از زندگی به زندگی (appreciation of life) (۴ عبارت شامل عبارات ۱۰-۱۳)، قدرت شخصی (personal strength) (۵ عبارت شامل عبارات ۱۴-۱۷) و تغییرات معنوی (spiritual change) (۴ عبارت شامل عبارات ۱۸-۲۱) می باشد. این ابزار یک ابزار خود-گزارشی است که فرد باید جواب های خود را در یک مقیاس ۶ نقطه ای (صفر=هیچ تغییری را تجربه نکردم تا ۵=تغییر خیلی زیادی را تجربه کردم) قرار دهد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۵ می باشد و نمره بالاتر در نشان دهنده وضعیت بهتر فرد در رشد پس از سانحه است. Tedeschi و همکاران (۳۴) «پرسشنامه رشد پس از سانحه» با اجرای این پرسشنامه بر روی ۳۹۳ تن از بیماران مبتلا به سرطان در ایالات متحده آمریکا، با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی، ۵ مولفه پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند که نشان دهنده روایی سازه آن بود. پایایی پرسشنامه در نمونه فوق با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد که نشان دهنده ثبات درونی پرسشنامه بود و ضریب باز آزمایی ۰/۸۵ را با فاصله زمانی دو ماه برای این پرسشنامه حاصل شد. Lee و همکاران (۳۵) در مطالعه ای که بر روی ۲۸۹ نفر از سربازان جنگ عراق و افغانستان داشتند، برای بررسی روایی سازه «پرسشنامه رشد پس از سانحه»، با تحلیل عاملی تاییدی سازه ۵ عاملی این پرسشنامه را تایید کردند و همچنین ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۹۵ را برای آن گزارش دادند. Linley و همکاران (۳۶) به منظور بررسی سازه عاملی «پرسشنامه رشد پس از سانحه» بر روی ۴۰۶ تن از دانشجویان با تجربه شرایط تنش زا در انگلیس، از طریق تحلیل عاملی تاییدی نشان دادند که ۵ عامل، الگوی مناسبی برای آن است. همچنین آن ها در نمونه فوق، پایایی پرسشنامه را با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند. حیدرزاده و همکاران (۳۷) در مطالعه خود بر روی ۴۰۲ بیمار سرطانی در بیمارستان امام خمینی تهران، با تحلیل عاملی تاییدی برآزش قابل قبولی را برای ساختار ۵ عاملی این ابزار گزارش دادند

مومنی و همکاران (۴۱) در مطالعه خود بر روی ۳۰۰ دانشجویان دانشگاه تهران، در تحلیل عاملی، ۴ عامل را برای «مقیاس شفقت به خود» استخراج کردند که تبیین کننده حدود ۴۷ درصد از کل واریانس بود و تحلیل عاملی تاییدی درستی عوامل استخراج شده را تایید کرد. همچنین آن‌ها روایی واگرایی این مقیاس را در این نمونه ۳۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه تهران از طریق بررسی همبستگی نمرات آن با «سیاهه افسردگی یک» (Beck Depression Inventory) بررسی کردند که مقدار آن ۰/۵۲- به دست آمد. نویسندگان همچنین همسانی درونی این مقیاس را برحسب ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق محاسبه کردند که با ضریب همبستگی ۰/۷۱ مورد تایید قرار گرفت. در مطالعه خسروی و همکاران (۴۲) روایی سازه «مقیاس شفقت به خود» بر روی ۶۱۹ تن از دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی واحدهای علوم و تحقیقات فارس و یاسوج بررسی شد. برای سنجش روایی سازه ابزار از تحلیل عاملی تاییدی بهره گرفته شد. نتایج نشان داد که بارهای عاملی مربوط به همه خرده مقیاس ها در وضعیت مطلوبی قرار داشتند. ضریب آلفا کرونباخ را در نمونه فوق ۰/۸۱ گزارش دادند که این میزان گویای همسانی درونی مطلوب سوالات پرسشنامه است.

«مقیاس امید اشنایدر» (Snyder's Hope Scale) توسط Snyder و همکاران (۴۳) در سال ۱۹۹۱ بر روی ۵۷۷ تن از افراد عادی در انگلیس برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود گزارشی اجرا می شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش «تفکر عاملی» (agency thinking) (شامل ۴ عبارت از ۱-۴)، برای سنجش «تفکر راهبردی» (pathways thinking) (شامل ۴ عبارات از ۵-۸)، و «انحرافی» (fillers) (شامل ۴ عبارات از ۹-۱۲)، هستند. نمره دهی در قالب لیکرت ۴ درجه ای از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق با نمره ۴ صورت می گیرد و دامنه نمرات بین ۱۲ تا ۴۸ است و نمره بیشتر نشان دهنده امیدواری بالاتر در فرد است. Snyder و همکاران (۴۴) در روایی سازه به روش تحلیل عاملی، در یک نمونه ۵۳۰ تن از افراد عادی در آلمان سازه ۲ عامل «مقیاس امید اشنایدر» شامل «تفکر عاملی» و «تفکر راهبردی» را مورد تایید قرار داده و روایی سازه آن را تایید کردند. همچنین آن‌ها پایایی مقیاس را از طریق آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۷۴ به دست آمد که نشان دهنده ثبات درونی پرسشنامه بود و به روش بازآزمایی بفاصله ۳ هفته ۰/۸۵ گزارش کردند. Park و همکاران (۴۵) در مطالعه خود بر روی یک جمعیت ۴۱۹ تن از افراد عادی در کره، به بررسی ویژگی روانسنجی «مقیاس امید اشنایدر» پرداختند و روایی سازه ۲ عاملی

«تفکر عاملی» و «تفکر راهبردی» این مقیاس را با تحلیل عاملی تاییدی مورد تایید قرار دادند و همچنین ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳ را در نمونه فوق برای این مقیاس گزارش دادند.

در ایران، شگفتی و سامانی (۴۶) در مطالعه خود در ۲۸۳ دانش آموز دبیرستانی در شهر شیراز، روایی همزمان «مقیاس امید به زندگی اشنایدر» را با ضریب همبستگی ۰/۴۳ با «مقیاس امید تحصیلی» (Academic Hope Scale) مورد تایید قرار دادند. آن‌ها همچنین همسانی کل آزمون را با ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق ۰/۷۴ و پایایی آزمون-بازآزمون آن به فاصله دو هفته را ۰/۸۰ گزارش دادند. کرمانی و همکاران (۴۷) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی «مقیاس امید اشنایدر»، روایی سازه آن را با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی در یک نمونه ۳۷۱ تن از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی تهران بررسی کردند و نشان دادند که مقیاس دارای ساختاری ۲ عامل فوق می باشد. همچنین روایی همزمان «مقیاس امید اشنایدر» را از طریق محاسبه همبستگی این مقیاس با «مقیاس جند بعدی حمایت اجتماعی درک شده» (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) ادراک شده در نمونه فوق بررسی کردند که نتایج بیانگر همبستگی مثبت بین نمرات این دو مقیاس با مقدار ۰/۴۳ بود و ضریب پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی به فاصله یک ماه ۰/۸۱ به دست آوردند.

در مطالعه حاضر، برای بررسی روایی بر روی ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان فیروزگر و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) شهر تهران روایی همگرا (۴۸) به صورت محاسبه همبستگی بین مولفه ها استفاده شد که برای «پرسشنامه رشد پس از سانحه» مقدار آن ۰/۶۲ برای «مقیاس شفقت به خود» ۰/۵۱ و برای «مقیاس امید اشنایدر» ۰/۶۲ به دست آمد. ضریب آلفا کرونباخ «پرسشنامه رشد پس از سانحه» بر روی نمونه فوق ۰/۸۴، برای «مقیاس شفقت به خود» ۰/۸۱ و «مقیاس امید اشنایدر» ۰/۸۴ بود که نشان دهنده پایایی آن است. در این پژوهش از «معنویت درمانی» مطرح شده توسط Richards و همکاران (۴۹) برای کار با گروه مداخله استفاده شد که در جدول شرح جلسات آن آمده است. این مداخله در مطالعات متعدد مورد استفاده قرار گرفته شده است (۳۰، ۴۸). «معنویت درمانی» طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر گروه مداخله اجرا شد. قبل از شروع مداخله، پس از اتمام آن و دو ماه پس از اتمام مداخله، آزمودنی‌های دو گروه، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

صدیقه سعلی فرد و همکاران

جدول ۱: شرح جلسات مداخله «معنویت درمانی»

جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر صورت گرفت در مورد «معنویت درمانی» و مفهوم آن و لزوم وجود آن در زندگی و نقش باور و پذیرش خویشتن و همچنین همچنین تفاوت دین و یا مذهب با معنویت سالم صحبت شد.
جلسه دوم	بر روی ارتقای خودآگاهی و ارتباط با خود شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن ها با استفاده از روش های خیال پردازی هدایت شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن ها کار شد. موضوعات آزادی معنوی در راستای پذیرش خداوند و رسالت انسان در زندگی و مسئول بودن وی و برنامه ریزی برای امروز و آینده مورد بحث قرار گرفت.
جلسه سوم	از شرکت کنندگان خواسته شد تا به ندای درونی خود گوش دهند و به کشف دوباره معنا و ارزش های معنوی خود از راه گوش دادن به ندای درون خود بپردازند و همچنین اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی را مورد توجه قرار دهند.
جلسه چهارم	از شرکت کنندگان خواسته شد تا با آگاهی و اعتراف به گناهان نزد خداوند به ستم به خود یا دیگران توجه کنند و برای زندگی بهتر تلاش کنند. همچنین بر روی واژه خدا و ارتباط با خدا و یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا بحث شد و مورد بررسی قرار گرفت.
جلسه پنجم	بر روی موضوع نوع دوستی و انجام کاری معنوی به صورت فردی و گروهی با هدف تجربه عملی معنوی و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب در شرکت کنندگان کار شد. همچنین موضوع واگذاری امور به خداوند و تقویت اراده و پاک کردن افکار منفی، شناسایی عوامل ایجاد کننده اضطراب و راه های مقابله با آن و تلاش برای جایگزینی رفتار وافکار مثبت نیز بحث شد.
جلسه ششم	بر روی موضوع ارتباط با مقدسات و ایجاد ارتباطی لذت بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، تنش و اضطراب کار شد. بر روی معنای عشق به خود و دیگران و همچنین معنای رنج نیز بحث شد.
جلسه هفتم	موضوع رنجش و عدم بخشش و احساس گناه درونی و بخشش خود مورد بحث قرار گرفت و نیز بر روی کاهش احساسات منفی تنش زای حاصل 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 کار شد.
جلسه هشتم	در رابطه با مرگ، ترس از مرگ، رنج کشیدن در زندگی و کاهش اضطراب و ترس از مرگ با تقویت امور معنوی، توکل به قدرت برتر و قدرانی و شکرگزاری بحث شد.

(قبل از شروع مداخله)، پس آزمون (بعد از اتمام مداخله) و پیگیری (دو ماه بعد از اتمام مداخله با برقراری تماس تلفنی با شرکت کنندگان برای حضور در مرکز) صورت گرفت. برای اطمینان از عدم مواجهه اعضای دو گروه با هم، تکمیل پرسشنامه ها توسط هر گروه در دو مرکز متفاوت انجام شد. به منظور تکمیل پرسشنامه ها، هر بیمار در مجموع لازم بود که به تعداد ۵۹ سوال جواب دهد که حدوداً به ۱۵ دقیقه زمان نیاز داشت و در عین حال از بیماران خواسته می شد که در طی تکمیل پرسشنامه-ها، در صورت احساس خستگی، چند دقیقه استراحت کنند. در پایان برنامه «معنویت درمانی» برای گروه مداخله، به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، برای شرکت کنندگان گروه کنترل نیز یک کارگاه «معنویت درمانی» برگزار شد.

داده ها با روش آماری آزمون آنالیز واریانس در اندازه گیری های مکرر و با نرم افزار آماری اس پی اس ۱۹ نسخه انجام شد.

یافته ها

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به یک گروه مداخله و یک کنترل که هر یک ۱۵ تن شرکت کننده داشتند؛ میانگین سنی آزمودنی های گروه مداخله ۳۵/۳۳ سال و گروه کنترل ۳۴/۴۸ سال بود. میانگین طول مدت بیماری آزمودنی های گروه مداخله ۴/۲۷ و گروه کنترل ۵/۱۲ سال بود. تعداد افراد متاهل در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۷ تن و ۸ تن و تعداد افراد مجرد به ترتیب در گروه مداخله و کنترل ۸ و ۷ تن بود. آماره های توصیفی

جهت رعایت اخلاق در پژوهش، شرط اساسی رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت کنندگان و خروج در هر مرحله از پژوهش زمانی که فرایند درمان موجبات سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می کند، لحاظ شد. قبل از اجرای مداخله، یک جلسه توجیهی برای شرکت کنندگان به منظور ارائه توضیحاتی در خصوص پژوهش، اهداف و ضرورت آن و شرایط برگزاری جلسات و تعداد و مدت زمان آن ها برگزار شد. همچنین از شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل خواسته شد تا با حضور در مرکز طب تسکینی بیمارستان فیروزگر و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا)، «پرسشنامه رشد پس از سانحه»، «مقیاس شفقت به خود» و «مقیاس امید شنایدر» را تکمیل کنند. در ادامه از گروه مداخله در خواست شد حدود ۲ ماه در برنامه «معنویت درمانی» شرکت کنند و از گروه کنترل خواسته شد تا پایان این دوره در لیست انتظار بمانند. مداخله «معنویت درمانی» در قالب جلسات گروهی توسط پژوهشگر اول این مطالعه در مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) در پاییز سال ۱۳۹۸، به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. در هر مرحله پیش آزمون (قبل از شروع مداخله)، پس آزمون (دقیقاً بعد از اتمام مداخله) و پیگیری (دو ماه بعد از اتمام مداخله)، با تماس تلفنی از شرکت کنندگان گروه کنترل خواسته شد که برای تکمیل پرسشنامه-ها در مرکز طب تسکینی بیمارستان فیروزگر حضور یابند. تکمیل پرسشنامه-ها توسط اعضای گروه مداخله در مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) در سه مرحله پیش آزمون

شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی های دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه در (جدول ۲) ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و مرحله

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
رشد پس از سانحه	مداخله	۶۲/۹۷	۱۵/۰۵	۶۹/۰۶	۱۶/۷۹	۱۶/۳۱
	کنترل	۶۴/۱۴	۱۶/۱۸	۶۴/۸۸	۱۷/۲۶	۱۵/۲۴
شفقت به خود	مداخله	۵۸/۲۶	۱۶/۴۱	۶۳/۴۳	۱۷/۰۷	۱۳/۷۵
	کنترل	۵۵/۷۹	۱۶/۳۴	۵۱/۵۸	۱۲/۴۲	۱۷/۰۶
امید	مداخله	۲۵/۱۵	۶/۴۶	۳۰/۱۷	۷/۲۹	۹/۳۱
	کنترل	۲/۸۱	۷/۶۰	۲۳/۲۲	۸/۵۶	۸/۴۴

داد که این فرض تنها در مورد متغیر رشد پس از سانحه محقق نشده است ($P < ۰/۰۵$) و بر این اساس از اصلاح اپسیلن هین-فلت استفاده شد. نتایج آزمون کالوگروف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن داده-ها بود ($p > ۰/۰۵$). نتایج تحلیل واریانس در اندازه گیری مکرر در (جدول ۳) آورده شده است.

همانگونه که در (جدول ۲) قابل مشاهده است، "معنویت درمانی" با افزایش نمرات رشد پس از سانحه، خودشفقتی و امید همراه بود، در حالی که در گروه کنترل چنین تغییری مشهود نیست. به منظور مقایسه تفاوت بین گروهی و درون گروهی در هر یک از نمرات رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید از آزمون آنالیز واریانس در اندازه گیری های مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضه های کرویت موجهی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس در اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت در رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p-value	اندازه اثر
رشد پس از سانحه	گروه	۱۷۰/۱۷	۱	۱۷۰/۱۷	۶/۷۴	۰/۰۱	۰/۱۹
	زمان	۱۸۲/۴۵	۱/۲۸	۱۴۲/۵۳	۸/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	گروه×زمان	۳۸۸/۸۶	۱/۲۸	۳۰۳/۷۹	۷/۰۴	۰/۰۰۸	۰/۲۳
شفقت به خود	گروه	۴۷۲/۶۹	۱	۴۷۲/۶۹	۲۱/۷۵	۰/۰۰	۰/۷۸
	زمان	۱۹۹/۹۴	۲	۹۹/۹۷	۹/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	گروه×زمان	۳۱۸/۵۶	۲	۱۵۹/۳۰	۷/۴۸	۰/۰۰۸	۰/۲۴
امید	گروه	۶۲۸/۶۵	۱	۶۲۸/۶۵	۳۲/۱۸	۰/۰۰	۰/۷۳
	زمان	۴۲۸/۳۷	۲	۲۱۴/۱۸	۱۱/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	گروه×زمان	۱۸۶/۷۸	۲	۹۳/۳۹	۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳

* نتایج بر اساس اصلاح اپسیلن هین-فلت ارائه شده است.

به این معنا که ۲۴ درصد از واریانس تغییرات قابل مشاهده در این متغیر از طریق اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی قابل تبیین است. همچنین، هر سه اثر عضویت بین گروهی ($P = ۰/۰۰$ ، $F = ۳۲/۱۸$)، درون گروهی ($F = ۱۱/۸۲$ ، $P = ۰/۰۰۱$) و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F = ۹/۲۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$) بر متغیر امید به زندگی معنادار بود. اندازه اثر مربوط به اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی در متغیر امید به زندگی ۰/۳۳ است، به این معنا که ۳۳ درصد از واریانس تغییرات قابل مشاهده در این متغیر از طریق اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی قابل تبیین است. همانگونه که مشاهده شد، نتایج نشان دهنده این بود که در رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید، اثرات تعاملی زمان (مراحل) و گروه معنادار است. در ادامه از آزمون تعقیبی بونفرونی

نتایج (جدول ۳) نشان می دهد اثر عضویت بین گروهی ($F = ۶/۷۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$) درون گروهی ($F = ۸/۴۳$ ، $P = ۰/۰۰۱$) و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F = ۷/۰۴$ ، $P = ۰/۰۰۸$) بر متغیر رشد پس از سانحه معنادار است. اندازه اثر مربوط به اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی در متغیر رشد پس از سانحه برابر مقدار ۰/۲۳ است، به این معنا که ۲۳ درصد از واریانس تغییرات قابل مشاهده در این متغیر از طریق اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی قابل تبیین است. همچنین هر ۳ اثر عضویت بین گروهی ($F = ۲۱/۷۵$ ، $P = ۰/۰۰$)، درون گروهی ($F = ۹/۵۲$ ، $P = ۰/۰۰۱$) و اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی ($F = ۷/۴۸$ ، $P = ۰/۰۰۸$) بر متغیر شفقت به خود معنادار است. اندازه اثر مربوط به اثر تعاملی بین گروهی و درون گروهی در متغیر شفقت به خود ۰/۲۴ است،

صدیقه سعلی فرد و همکاران

سرطان به کار گرفته شد تا از طریق بهبود نگرش و تفسیر فردی آن‌ها نسبت به مفهوم زندگی و بیماری، دیدگاه آن‌ها نسبت به هستی و درد و رنج تغییر یابد و زمینه شفقت به خود، امید به زندگی و رشد پس از سانحه در آن‌ها فراهم شود. در واقع مهمترین تأثیر ویژه معنویت درمانی را می‌توان در تغییر نگرش و تفسیر فرد نسبت به بیماری و زندگی دانست (۲۸). "معنویت درمانی" با اصلاح باورها بیماران بر ارزیابی‌های شناختی آن‌ها تأثیر گذاشته و با ایجاد احساس امید توانست به آن‌ها کمک کند تا تبعات بیماری و تنش ناشی از آن را به شکلی منطقی مدیریت کنند (۳۰). در واقع اهمیت بیماری و درد و رنج از طریق نوع ارزیابی و شناخت فردی تعیین می‌شود که خود متأثر از باورها و ارزش‌های فردی از جمله حس کنترل فردی و باورهای معنوی است. افراد در مقابله با تنش و محرک‌های تهدیدکننده به منابع گوناگون متوسل می‌شوند و معنویت و برخورداری از باورهای معنوی نیز منبع مهمی در مواجهه با شرایط تنش‌زا تلقی می‌شوند و می‌توانند تأثیر زیادی بر نوع باورها و شناخت انسان داشته باشند (۳۰). در بیماران مبتلا به سرطان در مطالعه حاضر، تقویت باورهای معنوی در آن‌ها موجب تغییر نگرش آن‌ها نسبت به مقوله زندگی، بیماری و مرگ شد. لذا این بیماران توانستند با بازاریابی شرایط تنش‌زا و بیماری خود در چارچوب معنویت و امور معنوی به تفسیرهای مثبت و ارزشمندی از این چالش‌ها دست پیدا کنند و این بیماری و شرایط محدودکننده ناشی از آن را به عنوان فرصتی برای تغییر الگوی فکری، رفتاری و منشی خود در نظر بگیرند و به این طریق با تجربه هیجانات مثبت نسبت به خود به عنوان یک انسان ارزشمند، شفقت به خود و حس امید به زندگی را پرورش داده و زمینه رشد پس از سانحه را برای خود تسهیل سازند.

شرکت بیماران مبتلا به سرطان در جلسات "معنویت درمانی" زمینه‌ای را فراهم کرد تا آن‌ها با افرادی که دارای بیماری و مشکلاتی مشابه با خودشان بودند ارتباط برقرار کنند و در کنار یکدیگر به تمرین روش‌های معنوی محور مانند ذکر، توکل، شکرگزاری و نوع دوستی بپردازند که این می‌تواند موجب توانمندی و افزایش قدرت فردی آن‌ها در پذیرش بیماری ناتوان‌کننده خود، خودگویی‌های مثبت، کنترل افکار منفی و ناامیدکننده، کنترل هیجانات منفی و همچنین آگاهی از قدرت و کرامت انسانی خود شود و در نهایت تسهیل‌کننده تقویت حس امید و رشد پس از بیماری سرطان در آن‌ها باشد. این بیماران با شرکت در جلسات "معنویت درمانی" که بر وجود قدرتی برتر که همه امور از جمله مرگ و زندگی به اراده اوست، تأکید می‌شود، توانستند با اتکاء

به منظور بررسی اثرات زمان (مراحل) استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد گروه مداخله نشان داد که در رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید، تفاوت بین مرحله پیش آزمون با مرحله پس آزمون و تفاوت بین مرحله پیش آزمون با مرحله پیگیری از لحاظ آماری معنادار است. بین مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج آزمون بونفرونی در متغیرهای پس از سانحه، شفقت به خود و امید به زندگی در گروه کنترل نیز نشان دهنده این بود که تفاوت معناداری بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در مقایسه گروهی نشان داد که در متغیرهای پژوهش شامل رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید، اختلاف میانگین نمرات در گروه مداخله و گروه کنترل معنادار است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر "معنویت درمانی" بر متغیرهای رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. طبق نتایج حاصل، مداخله مبتنی بر "معنویت درمانی" بر رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان موثر بود که این یافته با نتایج مطالعات زمانیان و همکاران (۳۰)، شریعت نیا (۳۱) و Purnell و همکاران (۳۲) مبنی بر اثربخشی این مداخله بر بهبود راهبردهای مقابله‌ای، ارتقای بهزیستی روانشناختی، کیفیت زندگی و سازگاری با شرایط تنش‌زای ناشی از بیماری در بیماران سرطانی همسو است. با این وجود، در مطالعات موجود بر روی بیماران مبتلا به سرطان، اثرات درمانی "معنویت درمانی" بر روی رشد پس از سانحه و شفقت به خود مورد بررسی قرار نگرفته است و جنبه نوآوری مطالعه حاضر این است که به بررسی میزان تأثیر مداخله "معنویت درمانی" بر روی این دو متغیر در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته است.

در تبیین این نتایج می‌توان چنین بیان داشت که معنویت درمانی در بیماران سرطانی به آن‌ها در بهره‌برداری از سرمایه‌ها و منابع معنوی آنها در جهت حل مشکلات جسمی و روحی و بهتر زندگی کردن از طریق تسلط بر محیط، هدف و جهت‌گیری در زندگی، پذیرش خود و پر کردن خلأ معنایی یاری می‌رساند (۲۸). برخورداری از معنا و هدف در زندگی به سازگاری روانی در مراحل حاد و عواقب ناشی از درمان کمک می‌کند (۲۹). در بستر "معنویت درمانی"، روش‌هایی همچون تقویت توکل، بخشش، نوع دوستی و خودآگاهی در راستای اصلاح باورها و نگرش زنان مبتلا به

ماندگارتر و ارتقای سلامت روان بیماران استفاده کنند. از جمله محدودیت این پژوهش این است که در این مطالعه احتمالاً می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهند میزان ناتوانی و عوارض ناشی از بیماری، سایر بیماری‌ها است که لحاظ نشده است. عدم نمونه گیری تصادفی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که در نتیجه در کنترل اثر تمام متغیرهای مزاحم تردید وجود دارد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکترای صدیقه سعلی فرد تحت راهنمایی آقای دکتر بیوک تاجری در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است که با کد اخلاق IR.HUMS.REC.1399.096 11/11/1397 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان مورد تصویب قرار گرفته است. در پایان از شرکت کنندگان در پژوهش و مسئولان مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء (مکسا) و طب تسکینی بیمارستان فیروزگر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران که در انجام پژوهش همکاری داشتند، تقدیر و تشکر می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

References

- Sanford NN, Sher DJ, Ahn C, Aizer AA, Mahal BA. Prevalence and nondisclosure of complementary and alternative medicine use in patients with cancer and cancer survivors in the United States. *JAMA Oncology*. 2019;5(5):735-7. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.0349>
- Bao T, Basal C, Seluzicki C, Li SQ, Seidman AD, Mao JJ. Long-term chemotherapy-induced peripheral neuropathy among breast cancer survivors: prevalence, risk factors, and fall risk. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2016;159(2):327-33. <https://doi.org/10.1007/s10549-016-3939-0>
- Zhang X, Pang L, Sharma SV, Li R, Nyitray AG, Edwards BJ. Prevalence and factors associated with malnutrition in older patients with cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. 2019;10(5):763-9. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.01.021>
- Goudarzian AH, Nesami MB, Zamani F, Nasiri A, Beik S. Relationship between depression and self-care in Iranian patients with cancer. *Asian Pacific*

به قدرت برتر به عنوان ملجأ و پناهگاهی امن و پرداختن به امور معنوی همچون توکل و نوع دوستی و کمک به دیگران به تمام مسائل زندگی خود اعم از درد، شادی، فقدان، ناکامی و شکست و نارسایی‌ها معنا بخشند (۲۵) و در سایه این معناپایی است که شفقت به خود و امید به زندگی نیز برای آن‌ها حاصل شد. همچنین بیماران در چارچوب "معنویت درمانی" با استفاده از روش‌هایی همچون توکل و راز و نیاز با قدرت برتر توانستند بر حس استیصال و درماندگی خود غلبه کرده و در خود حس قدرت و توان کنترل امور و شرایط را ایجاد کنند (۳۰) که این تقویت حس قدرت درونی و ارتباط با نیروی برتر خود می‌تواند با افزایش امید به زندگی و رشد پس از بیماری همراه باشد. باید توجه داشت که طبیعت تهدیدکننده بیماری سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد (۲۸) و بیماران مبتلا به سرطان، اغلب آماده این هستند که در دوران بیماری خود از باورهای معنوی و مذهبی به عنوان راهی برای کسب معنا و امیدواری و مقابله موثر با مفهوم بیماری، ناتوانی و مرگ استفاده می‌کنند (۳۰).

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، "معنویت درمانی" در بهبود رشد پس از سانحه، شفقت به خود و امید در زنان مبتلا به سرطان موثر است. از همین رو، پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های طبی رایج برای سرطان، از مداخله روانشناختی "معنویت درمانی" نیز برای دستیابی به پاسخ درمانی قویتر و

Journal of Cancer Prevention. 2017;18(1):101.

<https://doi.org/10.5812/ijcm.7810>

- Koohkan Aliabadi E, Rajabi G, Yousofian S, Zare-Farashbandi F. [Factors related to health information needs of families who had children with cancer]. *Payesh (Health Monitor)*. 2019;18(2):161-71.
- Wang Y, Lu W, Shen X. Assessment of preoperative psychological distress in laryngeal cancer patients. *Acta oto-Laryngologica*. 2019;139(2):184-6. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1523555>
- Greup SR, Kaal SE, Jansen R, Manten-Horst E, Thong MS, van der Graaf WT, Prins JB, Husson O. Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*. 2018;7(1):1-4.
- Hegarty G, Storey L, Dempster M, Rogers D. Correlates of Post-Traumatic Growth Following a Myocardial Infarction: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2020;11(4):99-110.

9. Casellas-Grau A, Ochoa C, Ruini C. Psychological and clinical correlates of posttraumatic growth in cancer: A systematic and critical review. *Psycho-Oncology*. 2017;26(12):2007-2018.
10. Kamen C, Vorasarun C, Canning T, Kienitz E, Weiss C, Flores S, et al. The impact of stigma and social support on development of post-traumatic growth among persons living with HIV. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2016;23(2):126-34.
11. Hasson-Ohayon I, Tuval-Mashiach R, Goldzweig G, Levi R, Pizem N, Kaufman B. The need for friendships and information: Dimensions of social support and posttraumatic growth among women with breast cancer. *Palliative & Supportive Care*. 2016;14(4):387-92.
12. Ochoa Amedo C, Sánchez N, Sumalla EC, Casellas-Grau A. Stress and growth in cancer: Mechanisms and psychotherapeutic interventions to facilitate a constructive balance. *Frontiers in Psychology*. 2019;10(2):177.
13. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A, Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2017; 17 (1): 28-37.
14. Rezaei H, Forouzi MA, Roudi Rasht Abadi OS, Tirgari B. Relationship between religious beliefs and post-traumatic growth in patients with cancer in Southeast of Iran. *Mental Health, Religion & Culture*. 2017;20(1):89-100.
15. Burke AS, Shapero BG, Pelletier-Baldelli A, Deng WY, Nyer MB, Leathem L, Namey L, Landa C, Cather C, Holt DJ. Rationale, methods, feasibility, and preliminary outcomes of a trans diagnostic prevention program for at-risk college students. *Frontiers in Psychiatry*. 2020;10(2):1030-1048.
16. Ferrari M, Yap K, Scott N, Einstein DA, Ciarrochi J. Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood. *PloS One*. 2018;13(2):189-199.
17. Ramon AE, Guthrie L, Rochester NK. Role of masculinity in relationships between mindfulness, self-compassion, and well-being in military veterans. *Psychology of Men & Masculinities*. 2019;9(3):37-50.
18. Cleare S, Gumley A, O'Connor RC. Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2019;26(5):511-30.
19. Beaumont E, Durkin M, Hollins Martin CJ, Carson J. Measuring relationships between self-compassion, compassion fatigue, burnout and well-being in student counsellors and student cognitive behavioral psychotherapists: A quantitative survey. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2016;16(1):15-23.
20. Rezaee Jamaloe H. [Effect of "Ellis's Rational Emotive Therapy" and "Seligman Optimism Training" on General Health and Hopelessness in Divorce Women with Depression]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(5):33-40.
21. Rahman KU, Ali A. Spirituality breeds hope and hope heals cancer: Effects of spirituality on hope in cancer patients. *Tahdhīb al Afkār*. 2016 Jun;430(4134):1-1. <https://doi.org/10.12816/0035280>
22. Mohammadi F, Fard FD, Heidari H. Effectiveness of logo therapy in hope of life in the women depression. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014;159(12): 643-6. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.440>
23. Solano JP, da Silva AG, Soares IA, Ashmawi HA, Vieira JE. Resilience and hope during advanced disease: A pilot study with metastatic colorectal cancer patients. *BMC Palliative Care*. 2016;15(1):70. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0139-y>
24. Steffen LE, Vowles KE, Smith BW, Gan GN, Edelman MJ. Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health Psychology*. 2018;37(3):218-227. <https://doi.org/10.1037/hea0000570>
25. Aghajani S, Samadifard H. [Correlation of spiritual well-being with spiritual intelligence and emotional intelligence in students at Mohaghegh Ardebili University]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019;8(4):1-7.
26. Malekiha M, Rafiee M. [The survey effectiveness of time Perspective Therapy on spiritual well-being and hardiness parents of boy students with reading disability]. *International Journal of Multicultural and Multi Religious Understanding*. 2020 ;7(5):138-47.
27. Khorami-Markani A, Yaghmaie F, Khodayarifard M, Alavi Majd H. Oncology nurse's spiritual health experience: A qualitative content analysis. *Basic & Clinical Cancer Research*. 2015;7(1):24-34.
28. Khorami-Markani A, Yaghmaie F, Khodayarifard M. Spirituality as experienced by Muslim oncology nurses in Iran. *British Journal of Nursing*. 2013;22(2):22-38.
29. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Alavi Majd H. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian*

- Journal of Palliative Care. 2015;21(1):61-70.
30. Zamaniyan S, Bolhari J, Naziri G, Akrami M, Hosseini S. [Effectiveness of spiritual group therapy on quality of life and spiritual well-being among patients with breast cancer]. *Iranian Journal of Medical Sciences*. 2016;41(2):140-151.
 31. Shariatnia K. [Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran]. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2017;15(2):107-118.
 32. Purnell JQ, Andersen BL. Religious practice and spirituality in the psychological adjustment of survivors of breast cancer. *Counseling and Values*. 2009;53(3):165-82. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2009.tb00123.x>
 33. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *European Journal of Cancer Care*. 2016;25(6):961-969. <https://doi.org/10.1111/ecc.12360>
 34. Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG, editors. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Routledge; 1998. <https://doi.org/10.4324/9781410603401>
 35. Lee JA, Luxton DD, Reger GM, Gahm GA. Confirmatory factor analysis of the posttraumatic growth inventory with a sample of soldiers previously deployed in support of the Iraq and Afghanistan Wars. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 66(3): 813-19 <https://doi.org/10.1002/jclp.20692>
 36. Linley PA, Andrews L, Joseph S. Confirmatory factor analysis of the posttraumatic growth inventory. *Journal of Loss and Trauma*. 2007;12(2): 321-332 <https://doi.org/10.1080/15325020601162823>
 37. Heidarzadeh M, Rassouli M, Shahbolaghi FM, Majd HA, Mirzaeei H, Tahmasebi M. [Validation of the Persian version of the posttraumatic growth inventory in patients with cancer]. *Payesh (Health Monitor)*. 2015;14(4):467-73.
 38. Seyed Mahmoudi S, Rahimi K, Mohammadi JN. [Psychometric properties of Post-Traumatic Growth Questionnaire (PTGI)]. *Psychological Methods and Models*. 2012;12(3):93-108.
 39. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*. 2003; 2 (3):223-250.
 40. Costa J, Marôco J, Pinto Gouveia J, Ferreira C, Castilho P. Validation of the psychometric properties of the Self-Compassion Scale. Testing the factorial validity and factorial invariance of the measure among borderline personality disorder, anxiety disorder, eating disorder and general populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2016;23(5):460-468.
 41. Momeni F, Shahidi S, Mootabi F, Heydari M. [Psychometric properties of a Farsi version of the Self-Compassion Scale (SCS)]. *Contemporary Psychology*. 2014;3(1):79-88.
 42. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh MR. [Investigate the psychometric properties of the self-compassion scale]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2013; 3(13): 47-59.
 43. 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*. 1991;60(4):570-582. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
 44. Snyder CR, Simpson SC, Ybasco FC, Borders TF, Babyak MA, Higgins RL. Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;70(2):321-333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.2.321>
 45. Park EY, Choi YI, Kim JH. Psychometric Properties of the Korean Dispositional Hope Scale using the Rasch Analysis in stroke patients. *Occupational Therapy International*. 2019;12(4):119-127. <https://doi.org/10.1155/2019/7058415>
 46. Shegefti NS, Samani S. [Psychometric properties of the academic hope scale: Persian form]. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011;30(5):1133-1146. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.221>
 47. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Snyder Hope Scale psychometric properties. *Journal of Applied Psychology*. 2011;3(19):7-23.
 48. Lowe NK, Ryan-Wenger NM. Beyond Campbell and Fiske: Assessment of convergent and discriminant validity. *Research in Nursing & Health*. 1992;15(1):67-75. <https://doi.org/10.1002/nur.4770150110>
 49. Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. Washington: American Psychological Association; 2007. <https://doi.org/10.1037/11489-000>