

فصلنامه تحقیقات جدید علوم انسانی

Human Sciences Research Journal

دوره چهارم، شماره ۲۸، تابستان ۱۳۹۹، صص ۲۷۰-۲۵۵
New Period 4, No 28, 2020, P 255-270

شماره شاپا (۲۴۷۶-۷۰۱۸) ISSN (2476-7018)

بررسی اثر بخشی گروه درمانی معنوی بر دل‌بستگی به خدادار زنان مبتلا به سرطان سینه

تکتم صدر

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی حکمت رضوی مشهد، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر تاب‌آوری، دل‌بستگی به خدا و سبک زندگی سالم در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز مهر بیمارستان رضوی مشهد صورت گرفت. به همین منظور تعداد ۲۵ نفر از زنان مبتلا به روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه ۱۳ نفری کنترل و ۱۲ نفری آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش در مداخلات گروه درمانی معنوی شرکت کردند و بعد از اتمام دوره درمان به وسیله ابزارهای پژوهش از جمله پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی به خدا فرم خلاصه شده (M-SAS) مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری T مستقل به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان دادند که معنویت درمانی به شیوه گروهی در سطح معناداری بر دل‌بستگی به خدا در زنان مبتلا به سرطان سینه که درمان معنوی دریافت کرده بودند موثر واقع شده است.

واژه‌های کلیدی: سرطان سینه، معنویت درمانی، دل‌بستگی به خدا



مقدمه

سرطان^۱ یا چنگار بیماری است که در آن سلول‌های بدن در یک تومور بدخیم به طور غیرعادی تقسیم و بافت‌های سالم را نابود می‌کنند. علت دقیق این پدیده نامشخص است این احتمال وجود دارد که عوامل ژنتیکی یا عوامل محیطی در این بیماری موثر باشند. سرطان شامل همه انواع تومورهای بدخیم می‌شود که در پزشکی آنها را بیشتر با نام نئوپلاسم می‌شناسند. احتمال بروز سرطان در سنین مختلف وجود دارد. ولی احتمال بروز سرطان با افزایش سن بیشتر می‌شود (شعاع کاظمی و مومنی جاوید، ۱۳۸۸). سرطان یکی از بیماری‌های رو به رشد است (جایج، اکروشلوویس^۲؛ ۲۰۱۲) که روند زندگی طبیعی بیماران را تغییر داده و احساس ترس و اضطراب را در آنها ایجاد می‌کند (آدلبرانت و استرانگ^۳؛ ۲۰۰۰). تشخیص سرطان و نیز درمان‌های تهاجمی و طولانی مدت برای این بیماری در بسیاری از موارد توانایی لذت بردن از زندگی را از بیمار سلب می‌کند (فنگ و استول^۴؛ ۲۰۰۲). سرطان شامل بیش از صد تومور بدخیم بوده و همه‌ی انسان‌ها اعم از هر جنس، سن و نژادی در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند. سرطان سومین علت مرگ و میر در دنیا بوده و در ایالات متحده هر ساله حدود ۱/۳ میلیون مورد جدید سرطان تشخیص داده می‌شود (گال^۵؛ ۲۰۰۴). بر اساس بررسی‌های همه‌گیرشناسی روزانه ۹۸ نفر به علت سرطان می‌میرند و میزان بروز سرطان در حدود ۰/۲ درصد جمعیت است. نسبت بروز جنسی سرطان برابر ۱۲۸ به ۱۰۰ است؛ یعنی در مقابل ۱۲۸ مرد مبتلا به سرطان ۱۰۰ مورد زن وجود دارد (آباد، گنجی، شریفیان، نیکدل و جعفرزاده حصار، ۱۳۹۳). در حال حاضر با اختصاص ۲۱ درصد مرگ‌ومیرها به خود دومین علت مرگ و میر در کشورهای صنعتی محسوب می‌شود در کشورهای در حال توسعه نیز سرطان چهارمین علت مرگ‌ومیر است و در ایران بنا بر آمار وزارت بهداشت، سرطان پس از بیماری‌های قلبی و عروقی و سوانح، سومین علت مرگ‌ومیر می‌باشد (گویا و موسوی، ۱۳۸۷).

در بین انواع سرطان، دومین سرطان شایع در زنان، سرطان پستان است. پستان یکی از نمادهای زنانگی است و فکر از دست دادن یک پستان برای بسیاری از زنان غیر قابل تحمل است. واکنش زن نسبت به هر بیماری واقعی یا مشکوک، ممکن است شامل ترس از بد شکلی، از دست دادن جذابیت و ترس از مرگ باشد بنابراین برای بسیاری از خانم‌ها سرطان سینه بسیار ترسناک است (کاپلان، پرت^۶؛ ۲۰۰۶). اسپیرا و ریید^۸ (۲۰۰۰) درمان‌های سرطان پستان از قبیل رادیو تراپی و شیمی درمانی و جراحی می‌توانند اثرهای جانبی

1. Cancer
2. neoplasm
3. Jabaaij, L. & schellevis F. G
4. Adelbratt, S & Strang, p
5. Fang c. Y. & Schnol, R. A.
6. Gall, T. L
7. Kaplan, Porter
8. Spira & Reed



فیزیکی و روان شناختی جدی داشته باشند که این اثرها باعث می شوند رعایت دستورهای درمانی مشکل شود و بیماران با درمان همکاری نکنند که این باعث کاهش اثرهای درمان دارویی می گردد و حتی روی طول عمر نیز تاثیر منفی می گذارد. گزارش انجمن سرطان ایران نشان می دهد که ۲۵ درصد از کل سرطانها را سرطان سینه تشکیل می دهد (طالقانی، پارسا، یکتا و نیکبخت، ۲۰۰۶). کلمه معنویت اریشه در واژه لاتین اسپریچز^۲ دارد که به معنی نیروی زندگی^۳ است. معنویت بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می برد وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می شود (غباری بناب، ۲۰۰۹). به طور خلاصه معنویت یکی از ابعاد زندگی انسان است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد می شوند بعد معنوی خود را پشت در نمی گذارند بلکه باورهای معنوی، اعمال و تجارب، ارزشها ارتباطات و چالشهای معنوی خود را نیز به اتاق مشاوره و درمان می آورند (پارگامنت^۴، ۲۰۰۷). مذهب و معنویت مجموعه ای از کلمات و چارچوبها را ارایه می دهند که از راه آنها انسان می تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست ؛ ۲۰۰۱). رو یکرد های معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می کند که در درمان، مسایل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی از زبان و مداخلههایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قابل شدن در مانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد (ریچارد، هارتمن و برت^۵، ۲۰۰۷).

در طول چهار دهه اخیر، افزایش میزان بروز سرطان پستان، آن را در زمره بیشترین بدخیمیها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتایان نشان در کشورهای پیشرفته تحت تاثیر قرار می دهد (پدرام، محمدی، آیین پرست، ۱۳۸۹). پژوهشگران سرطان را به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن محسوب می کنند، رشد روز افزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرهای زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسانها از جمله عواملی هستند که توجه متخصصین را بیش از پیش به خود معطوف داشته است (بقایی، ۲۰۰۰). به دلیل طبیعت سرطان به عنوان یک عامل تهدیدکننده تشخیص این بیماری باعث می شود که نیازهای معنوی بیماران به گونه ای چشمگیر افزایش یابد (کرونر جی، بیلی اس^۶، ۱۹۹۱). های فیلد^۷ (۱۹۹۱) و این نیازها بحرانهای معنایی زیادی در فرد ایجاد می کند و

1. Spirituality
2. Spiritus
3. Breath of life
4. Pargament K. I
5. West, W
6. Richards, P. S. Hardman , R. K & Berrett M.
7. Coronar , G. Billy, S
8. Hay field M, F



اعتماد به نفس و ایمان مذهبی به خطر می‌افتد، ارتباطات بین فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیزم‌های دفاعی قبلی ناکافی به نظر می‌رسد، همچنین بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را در فرد القا کند و در یک کلام میتوان گفت بحران معنوی در فرد پدیدار می‌شود (رضایی و همکاران ۲۰۰۸). همچنین نقش جستجوی معنویت به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته است (مریگلی؛ ۲۰۰۶). مطالعات معنوی در روانشناسی در سطح جهان موضوعی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. پاچالسکی و لارسن^۱ (۱۹۹۸)، پاچالسکی و همکاران (۲۰۰۰) امروزه بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند به گونه‌ای که آنها اغلب ضروری می‌دانند که در فرآیند درمان مسایل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (به نقل از ریچارد، هاردمن و برت، ۲۰۰۷). تجربه درمان معنوی، استراتژی بسیار موثری برای غلبه بر مشکلات ناشی از سرطان در بیماران است (رادمهر، محمدی، موسوی، ۲۰۱۷). بدون سلامت معنوی جنبه‌های بیولوژیکی، روانشناسی و اجت افراد به درستی کار نمی‌کند و یا نمی‌تواند به حداکثر توانایی برسد (امیدواری، ۲۰۰۹). در واقع دینداری و معنویت به شخص کمک می‌کند تا پاسخ پرشش‌های خود را در باره زندگی و معنی آن بیابد. زمانی که زنی مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می‌شود ما عید تغییراتی در جنبه‌های مختلف زندگی او رخ می‌دهد بدن با روش‌های هجومی و اثرات جانبی درمان روبه رو می‌گردد، ذهن می‌فهمد که چه اتفاقی برای بدن افتاده است و احساسات برای سازگاری با این بیماری کشنده برانگیخته می‌گردد. بعد از چندین دهه، افزایش در نرخ بقای زنان مبتلا دیده شده است. در نتیجه افزایش بقای مبتلایان، نگرانی‌ها درباره‌ی عملکرد اجتماعی هیجانی و شناختی هم بیشتر شده است (پیلارسکی^۲؛ ۲۰۰۸). جراحی‌های پستان منجر به بد شکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد. روش‌های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی - اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایلات جنسی، رضایت از خود و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (هلمز^۳؛ ۲۰۰۸). مشکلات تصویر بدن همراه با استرس، افسردگی، کناره‌گیری از روابط اجتماعی و اضطراب عدم پذیرش از سوی همسر می‌باشد. ترس از عدم پذیرش و جذابیت از سوی همسر و افراد مهم زندگی، نگرانی مهم و عمده زنان دچار مشکلات تصویر بدنی است. آنها خود را با پیش از ابتلا به بیماری و درمان‌های آن مقایسه می‌کنند و در نتیجه احساس ناکامی، افسردگی و اضطراب آنها افزایش می‌یابد (موریرا، کاناوارو^۴؛ ۲۰۱۰). در برخی بیماران علاوه بر علائم عمومی اضطراب مانند ترس، دلهره، لرزش دست، تنگی نفس، احساس گیر کردن چیزی در گلو و

1. Meraviglia , M
2. Pachalsky & Larsen
3. Pilarski DJ.
4. Helms , RL.
5. Moreira, H, canavarro MC.



تپش قلب، علائم دیگری مانند فکر کردن مداوم به بیماری و احساس بازگشت بیماری نیز دیده می‌شود (علوی، مناعی، ۱۳۸۸).

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و از روش مداخله‌ای می‌باشد.

شرکت کنندگان

جامعه: زنان مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان رضوی شهر مشهد که در برنامه‌های مراقبتی مرکز مهر رضوی شرکت داشتند.

نمونه: ۲۵ نفر

روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری در دسترس و مشارکت داوطلبانه

نحوه ورود به پژوهش:

- یافته‌های بالینی و سیتو لوژی ابتلا به سرطان را تایید نماید.
- زنان مبتلا به سرطانی که هیچ اختلال روانشناختی حادی که مانع از انجام پژوهش صحیح شود نداشته باشد.
- آزمودنی‌ها بدون محدودیت تحصیلی در این پژوهش شرکت کردند.
- سن بین ۲۵-۷۰

ابزار پژوهش

- پرسشنامه سبک‌های دلپستگی به خدا فرم خلاصه شده M-SAS-
- پرسشنامه سبک‌های دلپستگی به خدا فرم خلاصه شده ی M-SAS (غباری بناب، ۱۳۹۰)
- پرسشنامه سبک‌های دلپستگی به خدا توسط غباری بناب ۱۳۹۰ ساخته شده است این پرسشنامه مشتمل بر ۱۶ پرسش می‌باشد و هدف آن بررسی ابعاد دلپستگی به خدا (جوارجویی، پناهگاه امن، پایگاه امن، اعتراض به جدایی (نگرانی از جدایی از دلپستگی)، ادراک مثبت از خود، ادراک مثبت از خدا) است.
- شیوه‌ی نمره‌گذاری و تفسیر:** اندازه‌گیری پاسخ‌های مندرج در پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد اما این شیوه‌ی نمره‌گذاری در سوالات ۱۰ و ۱۳ و ۱۴ معکوس شده است. برای محاسبه‌ی امتیاز مربوط به هر بعد، امتیاز مربوط به تک تک سوالات آن بعد باید با هم جمع شوند (غباری بناب، کوهسار، ۱۳۹۰).



روایی و پایایی: در پژوهش غباری بناب و همکاران (۱۳۹۰) روایی درونی سازه را با استفاده از تحلیل عاملی و روا سازی بیرونی مقیاس مورد آزمایش قرار دادند و نتایج نشان داد که نمره‌های پرسشنامه دارای همبستگی منفی بالا با نمرات استرس، اضطراب و افسردگی بوده است. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً "دامنه‌ی ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر به معنای عدم پایایی تا مثبت یک به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد. و هرچه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیک تر باشد قابلیت اعتماد پرسش نامه بیشتر می‌شود. در جوار جویی آلفای کرونباخ به دست آمده ۹۰٪ و پناهگاه امن الفای کرونباخ ۹۳٪ و در پایگاه امن آلفای کرونباخ ۸۸٪ و در اعتراض به جدایی آلفای کرونباخ ۸۶٪ و در ادراک مثبت از خود آلفای کرونباخ ۹۰٪ و در ادراک مثبت از خدا آلفای کرونباخ ۸۵٪ گزارش شده است.

روند اجرای پژوهش

- شرکت در جلسات گروه درمانی معنوی مرکز مهر بیمارستان رضوی شهر مشهد
- انتخاب جامعه
- انتخاب نمونه
- ارائه پرسشنامه‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل
- نمره گذاری پرسشنامه های دو گروه
- تجزیه و تحلیل
- نتیجه گیری

روش تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی و استنباطی از نرم‌افزار spss16 استفاده شد.



خلاصه‌ای از پروتکل مداخله‌ای معنویت درمانی در قالب چهارده جلسه

ردیف	عنوان جلسه	هدف	شرح جلسه	تکلیف منزل
۱	رابطه با خود	فعال سازی عقل فطری و سوالات اساسی فرد	اجرای فن جزیره	خدا را چگونه به دیگران معرفی می کنی؟
۲	شناخت عقلی خدا و احساس وجود او	فعالسازی مهمترین نیاز فطری یعنی نیاز به پرستش خدا و معبود	اگر خدا نباشد کنجای زندگیست دچار مشکل می شود.	نوشتن نامه‌ای به خدا و بیان احساساتمان به خداوند
۳	کشف خدا پنداره خود	هشیاری نسبت به خدا پنداره	با شنیدن نام خدایاد چه چیزی می افتید.	خدا خودش را چگونه معرفی کرده است
۴	کشف خدا پنداشت و پرداخته خالقیت خدا	به معانی جدیدو جامع تری از خدا برسیم وراجع به آن فکر کنیم	معرفی آیه و مفهوم نور.	نوشتن نامه به خدای جدید
۵	پرداختن به جنبه های ربوبیت وحکمت	بتوانیم به ربوبیت خدا تکیه کنیم	کنجای زندگی خداوند مواظبت بوده است	تکنیک تنظیم رغبت
۶	پذیرش ولایت خدا	به دستورات او توجه کنیم و مدل ارزیابی مان تغییر کند.	مدل تحلیل مساله های ما در زندگی چگونه است	تکنیک محاسبه نفس
۷	هوشیاری نسبت به خودپنداره	ویژگی هایی از خودمان که برایمان خیلی مهم است را درک کنیم	چه تصورات و ویژگی های + و- خودمان داریم	جدول ویژگی های انسان از دید خودش
۸	هوشیاری نسبت به خود پنداشت	بتواند کیستی و چیستی خود را تعریف کند.	کدام صفات ما به خاطر خدا ایجاد شده است	ویژگی های عبد چیست
۹	تسویه خود	شناخت و حل تعارض ها	کدام کینه ها از دیگران نمی گذارد صاف د شفاف باشیم	تکنیک نجات عمل
۱۰	تمرین مدل نجات عمل و چهارسوی معنوی	تمرین هدفمندی و معنا دهی و ارزشمندی اعمال	من نتیجه را قضاوت می کنم یا خدا	تکنیک چهار سوی معنوی
۱۱	شناخت دنیا و تنظیم رابطه با آن	شناخت دنیا	من راجع به دنیا چه چیزی فکر می کنم	تنظیم رغبت
۱۲	سبک زندگی	اصلاح برخی از ابعاد سبک زندگی	تغذیه، خواب، ورزش، رفتار جنسی و.....	تکنیک تنظیم سبک زندگی
۱۳	معاد پنداشت	اصلاح مرگ پنداره	فکر کردن به مرگ یکی از عزیزان و بیان افکار	اگر یک هفته برای مرگ وقت داشته باشید چه می کنید
۱۴	برخی نکات تکمیلی درخصوص درمان چند وجهی معنوی	ختم درمان	نشاط معنوی: رضایت پذیرش، تعالی و فراروی نتیجه درمان است	تکنیک های ختم درمان



یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر داده‌ها از طریق خوداظهاری بیماران و تکمیل داوطلبانه پرسشنامه‌ها و سپس نمره‌گذاری آیت‌هایی مختلف پرسشنامه‌های ارائه شده به افراد به دست آمد و مجموع نمرات هر آیت به عنوان متغیر وارد جدول داده‌های نرم‌افزار spss16 گردید. در ابتدای این فصل با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد به توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان می‌پردازیم؛ سپس نرمال بودن متغیرهای پژوهش بوسیله مقادیر چولگی و کشیدگی بررسی می‌شود و در نهایت با استفاده از آزمون آماری تی گروه‌های مستقل فرضیه‌ها بررسی می‌گردد.

یافته‌های جمعیت‌شناختی

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش شامل ۲۵ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان، شامل توزیع سنی، تاهل و تحصیلات در شکل‌های ۳-۱ ارائه شده است.

توزیع سنی

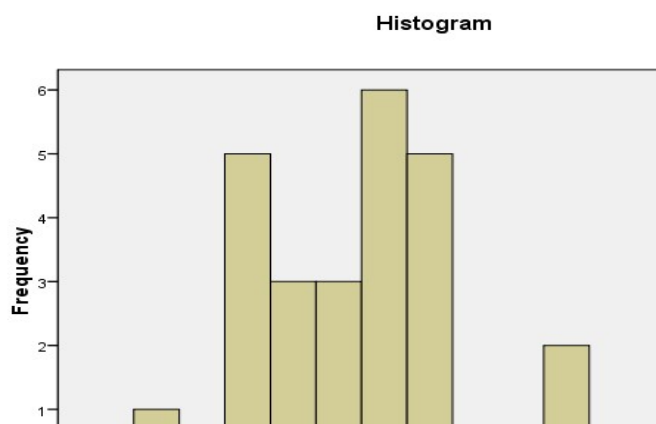
شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ۲۵ نفر بودند که در بازه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش ۴۹/۸۴ سال می‌باشد. افراد بین ۳۵ تا ۵۰ سال بیشترین مبتلایان به سرطان را تشکیل می‌دادند.

Statistics

Age		
N	Valid	25
	Missing	0
	Mean	49.8400
	Mode	42.00

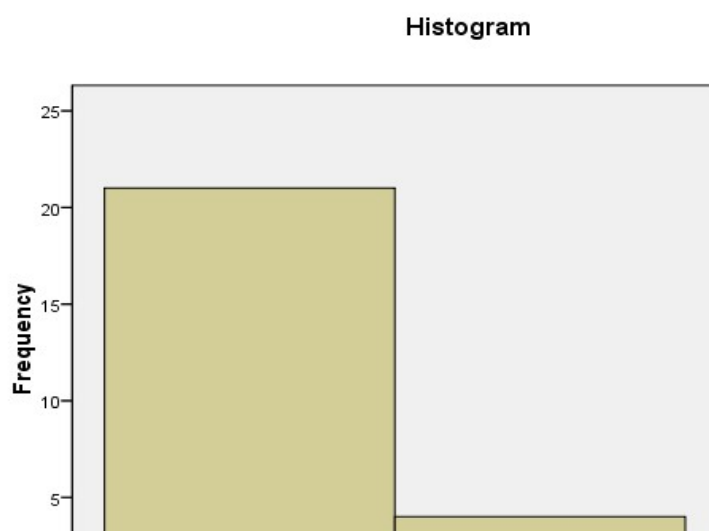


شکل (۱)



توزیع از نظر تاهل: همه افراد گروه سابقه ازدواج داشتند و فقط ۴ نفر از آنها به دلیل فوت همسر در زمان انجام پژوهش مجرد بودند.

شکل (۲)

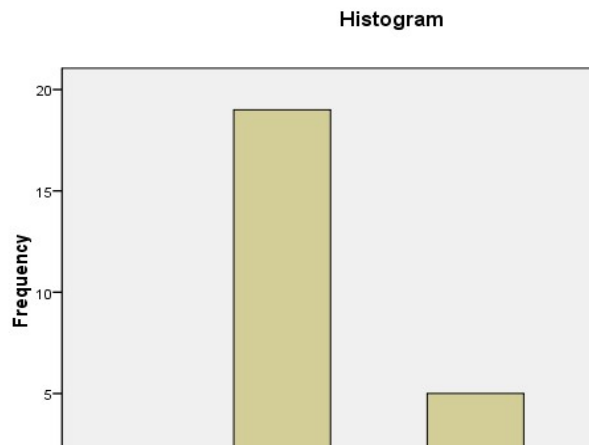




توزیع تحصیلات

میزان تحصیلات که در چهار سطح زیر دیپلم، دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس بررسی شد بر اساس نمودار بیشترین فراوانی را افراد دیپلمه داشتند.

شکل (۳)



بررسی آماری

۱- بین میزان دل‌بستگی به خدا در گروهی که دوره درمان معنوی را گذرانده‌اند با مبتلایان به سرطانی که این دوره را نگذرانده‌اند تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول (۱)

خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	معنویت درمانی
۱/۳۴۵۵۹	۴/۶۶۱۲۵	۶۹/۵	۱۲	گروه ۱
۱/۶۶۴۱۰	۶	۶۵	۱۳	گروه ۲

دل‌بستگی به خدا



جدول (۲)

آزمون لوین: برابری واریانسها	آزمون t: سنجش برابری میانگین ها					
f	معنی داری t	درجه آزادی	معنی داری	تفاوت میانگین	خطای استاندارد تفاوت	
فرض واریانسهای مساوی	۰/۲۶۹	۰/۶۰۹	۲/۰۸۱	۲۳	۰/۰۴۹	۴/۵
فرض واریانسهای نامساوی	۲/۱۰۳	۲۲/۳۸۳	۰/۰۴۷	۲/۱۰۳	۲/۱۴۰۰۶	۴/۵

جدول شماره ۱، جدول توصیفی است، بر اساس این جدول میانگین دل‌بستگی برای گروه اول که معنویت درمانی را دریافت کرده بودند ۶۹/۵ و بیشتر از میانگین گروه دوم (۶۵) است. اما معنی داری این تفاوت با بررسی سطح معنی داری در جدول آزمون t گروه‌های مستقل (جدول ۲) مشخص می‌شود. این جدول دارای دو بخش است. بخش اول مرتبط به آزمون لوین است که جهت بررسی تفاوت واریانس‌های دو گروه استفاده می‌شود. چون سطح معنی داری آزمون لوین در مورد متغیر دل‌بستگی به خدا ۰/۶۰۹ و بیشتر از ۰/۰۵ است از نتایج ردیف بالایی آزمون t استفاده می‌کنیم. با توجه به سطح معنی داری آزمون t مستقل که ۰/۰۴ و کمتر از ۰/۰۵ است نتیجه می‌گیریم که بین میانگین گروه اول و گروه دوم تفاوت معنی دار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

شیوع سرطان در جامعه و تأثیری که این بیماری بر روی تمام ابعاد زندگی فرد مبتلا می‌گذارد، و او را درگیر مشکلات فراوان می‌کند از جمله تنیدگی‌های شدید روانشناختی از یک سو، و نظر به اینکه بیشترین میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان در سنین ۶۰ - ۳۰ سالگی، لذا این بیماری به علت رقم بالای مرگ‌ومیر آن در سال‌هایی که زنان در اوج مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی هستند بسیار حائز اهمیت می‌باشد. تنیدگی‌های روانشناختی ناشی از بیماری سرطان باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. بسیاری از مشکلات روانشناختی در افراد مبتلا به سرطان به دلیل از دست دادن عضو یا قسمتی از بدن یا عملکرد آن عضو، وابستگی به دیگران و از دست دادن نقش خود در جامعه یا خانواده می‌باشد، از طرفی، تحمل درد در بیماران سرطانی اثرشدید روی کیفیت عمومی زندگی بیمار با تأثیر بر جنبه‌های جسمانی و روانشناختی



دارد. از سویی دیگر درمان‌های متداول و رایج در کشور ما بیشتر منوط به شیمی درمانی‌های طولانی و عمدتاً بر آن است که مرگ بیمار مبتلا به سرطان را به تأخیر بیندازد. بدون در نظر گرفتن نیازهای روانی نمی‌توان انتظار بهبودی داشت. شناخت متغیرهای این پژوهش می‌تواند در زندگی این افراد تأثیر بسزایی داشته باشد و شاید بتوان توانایی‌های آنها را به حداکثر رساند و وضعیت عملکردی آنان را بهبود بخشید و با تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان میتوان راه‌حلهای جدیدی پیش روی روانشناسان و مشاوران و کارکنان درمانی قرار داد تا به بیماران کمک کنند که به طور مستقل قادر به اداره امور زندگی خود در شرایط بحرانی و غیربحرانی باشند. بنابراین با توجه به افزایش شیوع سرطان سینه و اهمیتی که تأثیر این بیماری در تمام ابعاد زندگی فرد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه افراد مبتلا به سرطان دارای مشکلات متعددی هستند و با عنایت به ویژگی‌های زنان ایرانی این پژوهش به اجرا درآمد. زمانی که زنی مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می‌شود تغییراتی در جنبه‌های مختلف زندگی او رخ می‌دهد بدن با روش‌های هیجومی و اثرات جانبی درمان روبه رو می‌گردد جراحی‌های پستان منجر به بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد. روش‌های جراحی روی ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی - اجتماعی زن همچون هویت، اعتماد، خلق، تمایلات جنسی، رضایت از خود و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (هلمز، ۲۰۰۸). مطالعات نشان می‌دهد که درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها و اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که سلامت روانی بیمار مبتلا به سرطان سینه را دچار اختلال می‌سازد (رضوانی، ۱۳۸۰، به نقل از ترکمان، ۱۳۹۱). بررسی‌های بهمنی (۱۳۸۹) نیز نشان می‌دهد که بسیاری از خانم‌های مبتلا به سرطان سینه در ایران، عوارض متوسط تا شدید مشکلات هیجانی نظیر اندوه، افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری، خشم، ترس و رفتارهای کناره‌گیرانه دارند. با این حال مطالعات داخلی گویای این حقیقت است که جنبه‌های اپیدمیولوژیک سرطان سینه در ایران به خوبی مورد بررسی قرار گرفته اما جنبه‌های روانشناختی و بالینی آن کمتر کاویده شده است (شاه خدابنده و همکاران، ۱۳۸۸) به همین دلیل نقش عوامل و مداخلات روانشناختی در ابتلا، رویارویی و بهبود سرطان نیازمند به تامل بیشتری است (حمزه، بیرامی و هاشمی نصرت آبادی، ۱۳۹۰) در همین راستا یکی از ملاحظات روانشناختی که دارای تأثیرات قابل ملاحظه‌ای در ارتقای سلامت روان بیماران سرطانی محسوب می‌شود، معنویت درمانی است درمان معنوی، استراتژی بسیار موثری برای غلبه بر مشکلات ناشی از سرطان در بیماران است (رادمهر، محمدی، موسوی، ۲۰۱۷). بدون سلامت معنوی جنبه‌های بیولوژیکی، روانشناسی و اجتماعی افراد به درستی کار نمی‌کند و یا نمی‌تواند به حداکثر توانایی برسد (امیدواری، ۲۰۰۹). در واقع دینداری و معنویت به شخص کمک می‌کند تا پاسخ پرسش‌های خود را در باره زندگی و معنی آن بیابد با از آنجا که بیماران سرطانی پس از ابتلا به شدت



به سوی افکار منفی روی می‌آورند، یکی از مهمترین عواملی که می‌تواند نیاز به آرامش را در آنان بر آورده سازد، یاد خداست که در فرآیند معنویت درمانی می‌توان به آموزش آن پرداخت. در معنویت درمانی اصل بر قوی‌تر کردن ارتباط با خدا که منبع قدرت مطلق است، می‌باشد لذا یکی از مداخلات روانشناختی موثر که در چند دهه اخیر به طور روز افزون مورد توجه روانشناسان و متخصصان بهداشت روانی بوده است معنویت درمانی است (لطفی کاشانی، مفید و سرافراز، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش پیش رو با توجه به یافته‌های آماری پژوهش در جدول (۴-۱) و (۴-۲) نشان داد که متغیر وابسته (دل‌بستگی به خدا) از متغیر مستقل (معنویت درمانی گروهی) تاثیر پذیرفته است. یعنی بیماران مبتلا به سرطانی که درمان معنوی را دریافت کرده بودند از میزان بالاتر دل‌بستگی به خدا برخوردارند نسبت به بیماران مبتلا به سرطانی که چنین درمانی را دریافت نکردند.

بیمار در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قویتری از امنیت دست می‌یابد تا با مشکلات روانی و جسمی ناشی از بیماری به شکل موثرتری کنار بیاید. معنویت با ایجاد دل‌بستگی به خدا به عنوان پناهگاه امن به زندگی بیمار معنا می‌بخشد و این همان چیزی است که هدف درمانگران است. معنویت درمانی در واقع نوعی رفتار درمانی شناختی است که می‌تواند در بهبود زندگی فرد مبتلا موثر باشد و می‌تواند درپچه‌ای جدید به زندگی بیمار باز کند. دل‌بستگی به خدا و کسب آرامش و اطمینان از لابلای باورهای معنوی نسبت به تهدیدهای بیماری است که حاصل می‌شود و باعث تغییر نگرش بیماران به زندگی یا بیماری می‌شود.

محدودیت‌ها

- نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص با تعداد محدود انجام شده است.
- عدم توجه به دیگر متغیرها خود نیز نوعی محدودیت تلقی می‌شود.
- فقدان سنجش پیگیری‌های طولانی‌تر ۶، ۱۲، ۲۴ ماهه.
- سختی در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها به دلیل شرایط خاص جسمی و روحی معدودی از بیماران.
- عدم تفکیک مبتلایان به لحاظ مرحله درمان جسمی که در آن قرار دارند.
- لذا نتایج این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود برای تایید نتایج و استناد به آنها نیاز به بررسی‌های بیشتر و وسیع‌تر خواهد بود.

پیشنهادها

- انجام پژوهش مشابه برای واری‌های میزان اثربخشی معنویت درمانی بر تغییر متغیرهای مذکور پیشنهاد می‌شود.



- با توجه به نقش مهم خانواده بیماران مبتلا به سرطان در حمایت از آنان پیشنهاد می‌شود معنویت درمانی برای بیمار همزمان با خانواده درمانی و ترمیم روابط زناشویی در جهت اثربخشی بیشتر انجام شود.
- توصیه می‌شود که متخصصین بالینی در حین درمان‌های رادیوتراپی و شیمی درمانی از درمان یادشده در مراکز درمانی استفاده کنند.
- با توجه به نقش معنویت در مقابله با سرطان پیشنهاد می‌شود روش درمان در پژوهش حاضر برای مبتلایان به سایر انواع سرطان نیز به کار گرفته شود.
- سایر روش‌های روان درمانی نیز از جمله درمان شناختی رفتاری، طرحواره درمانی و... در مورد این بیماران به کار گرفته شود.
- انجام مطالعات پی‌گیر که بتوان به طور متقن در این بازه اظهار نظر کرد.
- روش درمان در پژوهش حاضر با سایر روشهای روان درمان از جمله شناختی - رفتاری مقایسه شود.
- پژوهش حاضر در قالب طرح‌های آزمایشی با گروه‌های بزرگتر انجام شود.
- توصیه می‌شود اجرای چنین درمان گروهی با گروه همگن به لحاظ تحصیلات، مرحله بیماری، سن و... انجام آزمون پیگیر به منظور آگاهی از تداوم تاثیر درمان.
- از آنجایی که معنویت درمانی از رویکردهای جدید درمانی در روانشناسی است پژوهش‌های گسترده‌تر و بیشتری در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.



فهرست منابع و مآخذ

- آباد، م؛ گنجی، ر؛ شریفیان، ا؛ نیکدل، ر؛ جعفرزاده حصاری، م؛ جعفرزاده حصاری؛ ف (۱۳۹۳). توزیع اپیدمیولوژیک انواع سرطان در یک بررسی ۱۰ساله: مطالعه موارد ثبت شده در بیمارستان‌ها و مراکز پاتولوژی استان خراسان شمالی مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی ۶(۴)، ۶۸۹-۶۹۶.
- بهمنی، بهمن (۱۳۸۹) مقایسه اثربخشی دو روش شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی / وجودگرا به امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه با علایم افسردگی. پایان‌نامه دکتر مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی.
- حمزه، سهیلا؛ بیرامی، منصور؛ هاشمی نصرت‌آبادی، تورج (۱۳۹۰). مقایسه صفات شخصیتی تجربه هیجانات منفی و سبک‌های مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان. مجله دانشگاه علوم شهید صدوقی یزد ۱۹(۵) ۶۳۶-۶۲۷.
- رضائی، طاهره (۱۳۸۰). میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان مجله اندیشه و رفتار.
- شاه خدا بنده، سوسن و پیری، زکیه (۱۳۸۸) سرطان پستان در ایران. روند پژوهش‌های محققان ایرانی در پایگاه مدلاین فصلنامه بیماری‌های پستان ایران ۱(۲) ۴۹-۵۹.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز و مومنی جاوید، مهرآور (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین امید به زندگی و سبک زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بعد از عمل جراحی. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران ۳-۴(۲)، ۲۰-۲۷.
- گویا، محمد مهدی؛ موسوی، سیدمحسن (۱۳۸۷). طب تسکینی. اولین کنگره مراقبت‌های حمایتی و تسکینی در سرطان. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

___ Adelbratt, S, & Strang, P. (2000). death anxiety in brain tumor patients and their spouses palliative Medicine, 14(6), 499-507.

___ Baghai, M (2000). Cancer Nursing: Concepts, Care, Treatment. Publications: Mobin Book expression [Persian].

___ Fang, C. Y, & Schnoll, RA. (2002). Impact of psychological distress on out comes in cancer patients, export Reviw of pharma conomics & out comes Reserch, 2(5), 495-506

___ Gall, T. L. (2004). The role of religious coping in adjustment to postate cancer. Cancer nurce, 27(6), 454-461.

___ Ghobari Bonab, B (2009). Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aaron Publications. [Persian]

___ Helms RL, Ohea EL, Corso M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. Psychology, Health & Medicine, 13(3), 313- 25.

___ Ghobari Bonab, B. Motevalli Pour, Abbas. Hakimi Rad, Ellahe. Habibi Asgar Abad, Mojtaba (2009). Relationship between anxiety and depression



with spirituality in Tehran University Students. *Journal of Applied Psychology*. Third year. [Persian hment and religious coping : Tests of moderators and mediators. *Mental Health , Religion, and culture*, 8 , 35-47

___ Helms RL, Ohea EL, Corso M. (2008). Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine* ,13(3), 313- 25.

___ Jabaaij,L. Vandenakker,M&Schellevis,F. G. (2012). Excess of health care use in general practice and of comorbid chronic conditions in cancer patients compared to controls. *BMS family practice*,6(4),1-9.

___ Kaplan, Justin L. Porter, Robert, S (2006). Informetion on medical care for women. Translation: Morteza Zolanvary. Publications: Myayarelm 1389. [Persian].

___ Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*: 33(1), P: 1- 7.

___ Moreira H, Canavarro MC. (2010). A longitudinalstudy about the body image andpsychosocial adjustment of breast cancerpatients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*,14, 263-70.

___ Omidvari S. (2009). [Spiritual health, concepts and challenges]. *Interdisciplinary Quaranic Studies*,1(1), 5-17. [Article inPersian]

___ Pargament. K,I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred*. New York: Guilford Press.

___ Pedram M, Mohammadi M, NaziriGh,Aiinparast N. (1389). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy ontreatmentanxiety, depression and hope creation in women with breast cancer. *Scientific Journal Management System* , 1(4), 61-75

___ Pilarski DJ. (2008). *The Experience of younger women diagnosed with breast cancer involved in dance/movement therapy with regards to body image and sexuality*. (dissertation). College of Nursing and Health Professions Drexel Univ ,USA

___ Rezaei, M. Seyyed Fatemi, N. Husseini, F (2008). Wellbeing of cancer patients undergoing chemotherapy: Nursing and ObstetricianTehran University of Medical Sciences Journal. [Persian]

___ Richards, P. S. , Hardman, R. K. , & Berrett, M. (2007). *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*. Washington: AmericanPsychological Association.

___ Spira, L. James & Reed, M. Geoffrey. (2000). *Group Psychotherapy for Women with Breast Cancer*. Washington DC. APA

___ Taleghani F, ParsaYekta Z, NikbakhtNasrabadi A. Coping with breast cancer in newly diagnosed Iranian women. *Journal ofAdvanced Nursing* 2006; 54; 3: 265-73.