

The effect of spiritual/religious intervention on inner strength in women with breast cancer

Safoora Davari¹ , Isaac Rahimian Boogar^{1*} , Siavash Talepasand² , Mohamad Reza Evazi³ 

1- Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

2- Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Educational sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

3- Department of Internal Medicine, School of Medicine, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

*Correspondence should be addressed to Mr. Isaac Rahimian Boogar; **Email:** i_rahimian@semnan.ac.ir

Article Info

Received: Sep 8, 2018

Received in revised form:

Nov 14, 2018

Accepted: Nov 28, 2018

Available Online: Dec 22, 2018

Keywords:

Religious/spiritual intervention

Inner strength

Engagement

Searching

Movement

Cancer

Abstract

Background and Objective: Cancer is accompanied with psycho-social aspects that require complementary spiritual/religious interventions along with medical interventions for treating these patients. Thus, the present study aimed at examining the effect of religious/spiritual interventions on the inner strength of women suffering from breast cancer.

Method: This study adopted a quasi-experimental design with pretest and posttest in three groups—namely experimental, placebo, and control. Convenience sampling was used to select 41 participants out of the women referring to Omid radiotherapy and chemotherapy center, and Bandar-Abbas specialized clinics from Mehr 95 through Tir 96. The participants were randomly assigned to experimental (14 persons), placebo (14 persons), and control (13 persons) groups. The experimental group underwent individual spiritual/religious intervention in 10 sessions and the placebo group was exposed neutral training, while the control group received no treatment. Data were collected by questionnaires on inner strength and demographic features in pretests and posttests and analyzed through repeated measures multivariate analysis of variance. All ethical issues were observed in this study and the researchers declared no conflict of interests.

Results: The findings indicated significant differences between the intervention group and placebo/control group in terms of the rise of inner strength, and the subscales of Engagement, Connectedness, Anguish and Searching, and Movement ($p < 0.05$).

Conclusion: Based on the findings, as a complement to typical medical cares, individual spiritual/religious intervention has positive effects on internal power and its subscales in women suffering from breast cancer. It is possible to use this intervention to enhance the psychological status in cancer treatment.

Please cite this article as: Davari S, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Evazi MR. The effect of spiritual/religious intervention on inner strength in women with breast cancer. *J Res Relig Health*. 2019; 4(5): 27- 44.

Summary

Background and Objective: Breast cancer is the most common type of cancer and is the leading cause of deaths from cancer in Iranian women (1). Therefore, the disease and the challenges of preventing and treating it are the main issues in the health domain (2). Merely concentrating on medical models cannot be sufficient in taking care of these patients and the

survivors (3); thus, designing psycho-social interventions is necessary to improve the health condition of these patients and their survivors (4). Because of the life-threatening nature of breast cancer, religiosity/spirituality plays an important role in women suffering from breast cancer (5). They often try to express their religious/spiritual needs (6). Besides, attention to a spiritual/religious aspect of life is of central importance (7). On the other hand, the inner strength, which is a crucial factor in the improvement

of life quality, well-being, and happiness, is associated with main sources of health (8). Moreover, the inner strength can facilitate adaptation to new situations, control depression symptoms, increase self-efficacy in the management of the disease (9), and lead to smooth adjustment to breast cancer (10). There is a significant positive relationship between inner strength and spirituality (11). Therefore, the present study aimed to examine the effect of religious/spiritual interventions on the inner strength of women suffering from breast cancer.

Method: This study adopted a quasi-experimental design. The statistical population included all women who referred to Omid Chemotherapy Center and Bandar Abbas specialized clinics. During 10 months, 41 patients were selected through convenience sampling and were randomly assigned to experimental (14 persons), placebo (14 persons) and control (13 persons) groups. The experimental group underwent individual spiritual/religious intervention in 10 sessions and the placebo group was exposed to neutral training, while the control group received no treatment. The research tools comprised a demographic questionnaire and inner strength inventory developed by Roux, Lewis, and Dingley (10). Data were analyzed through repeated measures multivariate analysis of variance.

Results: The findings indicated significant differences between the control/placebo groups and the experimental group after receiving religious interventions in terms of inner strength, and its subscales. The findings of the univariate test as well as the multivariate tests and the results of the between-subject analysis also indicated the significant effect and effectiveness of the spiritual/religious intervention on the overall inner strength and its subscales. The multivariate analysis in evaluating paired comparisons of the variables in the present study further confirmed these results. In general, the findings showed that there was a significant difference between the intervention group and the control/placebo groups with regard to the increase of inner strength, and the subscales of Engagement, Connectedness, Anguish and Searching, and Movement ($p < 0.05$).

Conclusion: As a complement to typical medical cares, the individual spiritual/religious intervention may have positive effects on inner strength and its subscales in women suffering from breast cancer. The spirituality of the religion through consolidating inner strength can increase the health outcomes of cancer survivors. It also raises their autonomy and dominance over the state of disease (12). Since inner strength as a component of spirituality and health (13) corresponds to spiritual well-being (14) and the religiosity of Iranian society (15) in all dimensions—especially in the dimension of communication with God—spiritual/religious interventions can enhance the inner strength of women with breast cancer by affecting the insight, tendency, and performance in the relationship between God and other religious/spiritual dimensions.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This research is based on the doctoral dissertation on psychology at Semnan University And Recorded at the Iranian Center for Clinical Trials (IRTC). Ethics Code: HUMS.REC.1396.23

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

References

1. Ayubi E, Mansournia MA, Motlagh AG, Mosavi-Jarrahi A, Hosseini A, Yazdani K. Exploring neighborhood inequality in female breast cancer incidence in Tehran using Bayesian spatial models and a spatial scan statistic. *Epidemiology and health*. 2017;39. (Full Text in Persian)
2. Bodai BI, Tusio P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *The Permanente Journal*. 2015;19(2):48.
3. Ebrahimipour H, Vejdani M, Taghipour A, Heidarabadi AB, Molavi Y. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences-2012. *Journal of Research on Religion & Health*. 2015;1(2):3-9. (Full Text in Persian)
4. Moradi-Joo M, Babazadeh T, Honarvar Z, Mohabat-Bahar S, Rahmati-Najarkolaei F, Haghghi M. The Relationship between Spiritual Health and Public Health Aspects among Patients with Breast Cancer. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017;3(3). (Full Text in Persian)
5. Galdani S, Pegoli M. Spirituality in health care: The role of needs in critical care. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. 2014;4(6):175-7.
6. 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.
7. Lissoni P, Messina G, Parolini D, Balestra A, Brivio F, Fumagalli L, et al. A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In Vivo*. 2008;22(5):577-81.
8. Alpers L-M, Helseth S, Bergbom I. Experiences of inner strength in critically ill patients—a hermeneutical approach. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2012;28(3):150-8.
9. Nygren B, Norberg A, Lundman B. Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*. 2007;17(8):1060-73.
10. Dingley C, Roux G. The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women

Survivors of Cancer. *Research in nursing & health*. 2014;37(1):32-41.

11. Rufener D. Inner strength in cancer survivors: The role of spirituality in establishing connectedness: The Ohio State University; 2011.

12. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*. 2015;121(21):3754-9.

13. Lewis KL, Roux G. Psychometric testing of the Inner Strength Questionnaire: women living with chronic health conditions. *Applied Nursing Research*. 2011;24(3):153-60.

14. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Zarghani NH, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal*. 2015;9(30):25-56. (Full Text in Persian)

15. Khodayarifard M, Rahiminejad A, Ghobari Bonab B, Shokohiyekta M, Faghihi AN, Azarbayjani M, et al. Preparation of religiosity scale and measuring levels of religiosity among Iranian from throughout of Iran. University of Tehran, The faculty of psychology and education.[cited 2009 apr 15]. 2009. (Full Text in Persian)



أثر التداخل الديني والمعنوي على القوة الداخلية للنساء المصابات بسرطان الثدي

صفورا داوري^١، اسحق رحيميان بوكر^٢، سياوش طالعبسند^٣، محمد رضا اوزي^٣

١- قسم علم النفس السريري، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة سمنان، سمنان، إيران.

٢- قسم علم النفس التربوي، كلية علم النفس والعلوم التربوية، جامعة سمنان، سمنان، إيران.

٣- قسم الطب الداخلي، كلية الطب، جامعة هرمزكان للعلوم الطبية، بندرعباس، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيد اسحق رحيميان بوكر؛ البريد الإلكتروني: i_rahimian@semnan.ac.ir

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: إن مرض السرطان جوانب مختلفة نفسية واجتماعية تتطلب استخدام تداعلات متكاملة دينية ومعنوية الى جانب المداخلات الطبية لرعاية المصابين بالسرطان. فالغرض من هذه الدراسة بيان تأثير التداخلات الدينية والمعنوية على القوة الداخلية للنساء المصابات بسرطان الثدي.

منهجية البحث: هذا البحث عبارة عن دراسة شبه تجريبية مع الاختبار القبلي والاختبار البعدي والذي اجري على ثلاث مجموعات؛ التجريبية والعلاج المموه والضابطة. من النساء المصابات بسرطان الثدي اللواتي تمت مراجعتها الى مركز اميد للعلاج الإشعاعي والعلاج الكيميائي أو العيادات المتخصصة في مدينة بندرعباس منذ الشهر التاسع من عام ٢٠١٦ الى الشهر العاشر من عام ٢٠١٧ تم اختبار ٤١ امرأة مصابة بطريقة اخذ العينة المتاحة ومن ثم تم ادخالهن عشوائياً في المجموعة التجريبية (١٤ امرأة) ومجموعة العلاج المموه (١٤ امرأة) والمجموعة الضابطة (١٤ امرأة). تلقت المجموعة التجريبية ١٠ محاضرة عن التداخل الديني والمعنوي كما أن مجموعة العلاج المموه تلقت ١٠ محاضرات التعليم الاعتيادي ولم تتلق المجموعة الضابطة اي تداخل. تم جمع البيانات باستخدام استبيان القوة الداخلية واستبيان الخصائص الديموغرافية في مرحلتي الاختبار القبلي والاختبار البعدي، ومن خلال القياسات المتكررة لتحليل التباين المتعدد المتغيرات تم تحليل البيانات. تمت مراعاة جميع الموارد الاخلاقية في هذا البحث وإن مؤلفي المقالة لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: اظهرت الكشوفات ان هناك فرقاً ذا دلالة احصائية بين المجموعة المتداخلة مع المجموعة الضابطة ومجموعة العلاج المموه من حيث زيادة القوة الداخلية العامة والمكونات الفرعية للالتزام والارتباط والحزن والبحث والحركة ($p < 0.05$).

الاستنتاج: استناداً إلى نتائج هذه الدراسة، فإن التداخل الديني والمعنوي الفردي الذي يعتبر كعنصر مكمل للرعاية الطبية المعتادة لها تأثير إيجابي على القوة الداخلية ومكوناتها الفرعية في النساء المصابات بسرطان الثدي، ومن الممكن استخدام هذا التداخل لتحسين المصادر النفسية في علاج السرطان.

معلومات المادة

الوصول: ٢٧ ذبجه ١٤٣٩

وصول النص النهائي: ٦ ربيع الاول ١٤٤٠

القبول: ٢٠ ربيع الاول ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ١٤ ربيع الثاني ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

الالتزام

البحث

الحركة

السرطان

القوة الداخلية

التداخل الدينية - المعنوية

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Davari S, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Evazi MR. The effect of spiritual/religious intervention on inner strength in women with breast cancer. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 27- 44.

تأثیر مداخله‌ی مذهبی - معنوی بر قدرت درونی زنان مبتلا به سرطان سینه

صفورا داوری^۱، اسحق رحیمیان بوگر^{۱*}، سیاوش طالع‌پسند^۲، محمد رضا اوزی^۳

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲- گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۳- گروه داخلی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

*مکاتبات خطاب به آقای اسحق رحیمیان بوگر؛ رایانامه: i_rahimian@semnan.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۷ شهریور ۱۳۹۷

دریافت متن نهایی: ۲۳ آبان ۱۳۹۷

پذیرش: ۷ آذر ۱۳۹۷

نشر الکترونیکی: ۱ دی ۱۳۹۷

واژگان کلیدی:

تحرك

تعهد

جستجو

سرطان

قدرت درونی

مداخله‌ی مذهبی - معنوی

چکیده

سابقه و هدف: سرطان دارای جنبه‌های مختلف روانی - اجتماعی است که نیاز به استفاده از مداخلات مذهبی - معنوی مکمل در کنار مداخلات پزشکی در مراقبت از این بیماران را ضروری می‌سازد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف نشان دادن تأثیر مداخله‌ی مذهبی - معنوی بر قدرت درونی زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گرفته است.

روش کار: این پژوهش مطالعه‌ی شبه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایش، دارونما و کنترل است. از زنان مبتلا به سرطان سینه که از مهر ماه سال ۹۵ تا تیر ماه سال ۹۶ به مرکز پرتودرمانی و شیمی‌درمانی امید و درمانگاه‌های تخصصی شهر بندرعباس مراجعه کرده بودند، تعداد ۴۱ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب؛ و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۴ نفر)، دارونما (۱۴ نفر) و کنترل (۱۳ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ده جلسه مداخله‌ی مذهبی - معنوی و گروه دارونما طی ده جلسه آموزش خنثی دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ی دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی قدرت درونی و پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری؛ و با تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که بین گروه مداخله با گروه کنترل و دارونما در افزایش قدرت درونی کلی و خرده‌مقیاس‌های تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو؛ و تحرك تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، مداخله‌ی مذهبی - معنوی فردی که مکمل مراقبت‌های پزشکی معمول در نظر گرفته می‌شود، تأثیر مثبتی بر قدرت درونی و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران زن مبتلا به سرطان سینه داشت و می‌توان از این مداخله برای بهبود منابع روان‌شناختی در درمان سرطان استفاده کرد.

استناد مقاله به این صورت است:

Davari S, Rahimian Boogar I, Talepasand S, Evazi MR. The effect of spiritual/religious intervention on inner strength in women with breast cancer. J Res Relig Health. 2019; 4(5): 27- 44.

مقدمه

سرطان سینه^۱ در ایران با میزان ۲۳ درصد از سرطان‌های زنان، شایع‌ترین نوع سرطان و عمده‌ترین علت مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان است. سن بروز این نوع سرطان در زنان ایرانی حدود یک دهه پایین‌تر از سن جهانی آن است و میزان بروز آن نیز در سال‌های اخیر افزایش یافته است. بنابراین، با توجه به میزان تقریباً بالای شیوع، افزایش میزان بروز و همچنین سن پایین بروز این بیماری در ایران که موجب پیامدهای منفی بسیاری می‌شود (۱، ۲)، این بیماری و چالش‌های پیشگیری، درمان و بهبود آن یکی از مهم‌ترین مسائل حوزه‌ی سلامت است و انجام هر نوع تحقیقی در جهت غلبه بر تبعات اجتماعی و روانی آن از اهمیت خاصی برخوردار است (۳).

از سوی دیگر، به دلیل پیشرفت‌های روزافزون روش‌های درمان و غربالگری سرطان سینه، میزان مرگ‌ومیر ناشی از این نوع سرطان کاهش؛ و بقای مبتلایان به این بیماری افزایش یافته است (۴)؛ در نتیجه مراقبت از بازماندگان نیز در مدیریت بیماری سرطان سینه اهمیت بیشتری یافته است (۵). همچنین از آنجایی که سرطان سینه و روش‌های درمان آن بر ابعاد وجودی بازماندگان از بیماری تأثیر دارد و موجب اختلال در الگوی زندگی آنان می‌شود (۶، ۷)، نمی‌توان صرفاً به الگوی پزشکی در مراقبت از این بیماران و بازماندگان آن اکتفا کرد و در نتیجه طراحی مداخلات روانی - اجتماعی متناسب‌شده و مؤثر بر ابعاد وجودی برای ارتقای سلامت همه‌جانبه‌ی این بیماران و بازماندگان آن ضروری است (۸).

دین‌داری و معنویت در بیماران سرطانی (بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی) اهمیت ویژه‌ی دارد، چراکه بیشتر این بیماران دستخوش تحول عمیق شخصی، بحران وجودی و تغییر در چشم‌انداز زندگی می‌شوند و می‌توانند از معنایابی بیماری به‌عنوان سازوکار مقابله با بیماری استفاده کنند (۸، ۹). بیماران سرطانی اغلب به دنبال ابراز نیازهای مذهبی/معنوی (۱۰، ۱۱)؛ و نیازمند توجه بیشتر درمانگران به علائق مذهبی و معنوی‌شان هستند. به‌طور کلی، دین‌داری/معنویت نقش مهمی در حفظ و ارتقای سلامت روان آنها

دارد (۸، ۱۳).

از لحاظ نظری، با توجه به نتایج حوزه‌ی ایمنی‌شناسی عصبی - روانی^۲، نه تنها استفاده از مراقبت‌های حمایتی روان‌شناختی (غیرتخصصی پزشکی) با فنون مداخله‌ی متناسب‌شده برای درمان سرطان و در نظر گرفتن وضعیت روان‌شناختی این بیماران، بلکه پرداختن به جنبه‌های مذهبی/معنوی زندگی آنها (همچون عاملی مستقل از ویژگی‌ها و رفتار روان‌شناختی فرد) نیز از اهمیت بارزی برخوردار است (۱۴) و مداخله در ابعاد مذهبی/معنوی بیماران مبتلا به سرطان، جزئی ضروری از مداخله‌ی مؤثر در سرطان است (۱۵). مطالعات حوزه‌ی دین و معنویت و همچنین سلامت و بیماری نشان می‌دهد که دین‌داری/معنویت از منابع مقابله‌ی مؤثر در بیماران سرطانی است و نماز و آداب مذهبی از مهم‌ترین راهبردهای بیماران و بازماندگان از سرطان برای مدیریت و مقابله با این بیماری است (۱۶، ۱۷) و استفاده از این راهبردهای مذهبی و معنوی با بهبود سلامت جسمانی و روانی این بیماران رابطه‌ی مثبت دارد (۱۸، ۱۹).

در این پژوهش، دین‌داری و معنویت ساختاری است که هر دو مقوله‌ی دین و معنویت را در برمی‌گیرد و در واقع تفکیک خاصی بین آنها وجود ندارد و معنویت نیز بخشی از همان ساختار بزرگ‌تر دین‌داری/معنویت است (۱۶، ۲۰). مذهب و معنویت نیز دو واژه‌ی در نظر گرفته می‌شود که هم‌پوشانی زیادی دارند و می‌توان آنها را به‌جای هم به کار برد (۲۱، ۲۲). مداخلات مذهبی/معنوی شامل اعمال، سنت‌ها و رسوم دینی از قبیل نماز و دعا، تفکر و مراقبه، خواندن متون مقدس، توبه و عفو و گذشت، بر درونی‌ترین نیازها و مشکلات افراد متمرکز است و با وجود شفاف‌بخشی معنی‌دار می‌تواند مداخلات کمکی در نظر گرفته شود که در درمان بیماران برای مقابله با بیماری، درمان یا حتی رشد شخصی آنها استفاده شود (۲۳). این مداخلات علاوه بر تقویت روحیه‌ی بیماران برای مقابله با بیماری و عوارض آن، عوامل افزایش عمر نیز محسوب می‌شوند (۲۱، ۲۴). بنابراین، مداخله‌ی مذهبی - معنوی با توجه به ماهیت بیماری سرطان به‌ویژه مزمن و وخیم بودن و ترس از مرگ ناشی از آن، می‌تواند از مناسب‌ترین مداخلات روانی - اجتماعی برای بیماران سرطانی باشد (۶، ۸).

^۲psycoimmunobiology^۱breast cancer

تعیین تأثیر دین‌داری و معنویت بر شاخص‌های سلامت نظیر قدرت درونی می‌تواند ارزشمند باشد و علاوه بر استفاده از مزایای آن در ارتقای سلامت بیماران سرطانی، راه ورود پژوهشگران دیگر به این حوزه نیز باشد.

از سوی دیگر با وجود همه‌ی شواهد پژوهشی تأییدکننده‌ی روابط مثبت دین‌داری/معنویت و سلامت هنوز سؤال‌های متعددی درباره‌ی تأثیر واقعی مداخلات مذهبی - معنوی در بیماران وجود دارد (۳۲)؛ به‌ویژه درباره‌ی مداخلات مذهبی معنوی گروهی که نمی‌توان نتایج مثبت مطالعات را به طور مستقیم به گروه‌درمانی نسبت داد چراکه ممکن است نتایج تحت تأثیر شرکت در کار گروهی یا حتی حاصل از منافع آن باشد (۳۳). از این رو، انجام مداخلات مذهبی - معنوی فردی برای کنترل عوامل خارجی درمانی وابسته به شرکت در کار گروهی نیز اهمیت خاصی پیدا می‌کند.

طبق بررسی‌های به‌عمل‌آمده، اگرچه مداخلات مذهبی/معنوی متعددی بر دیگر ابعاد روانی - اجتماعی سرطان در ایران انجام شده است، پژوهشی در زمینه‌ی مداخلات مذهبی/معنوی بر قدرت درونی بیماران سرطانی در نمونه‌های ایرانی یافت نشد. از این رو، با توجه به خلأ پژوهشی در بررسی اثر این مداخله بر متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه و نیز اهمیت ارتقای قدرت درونی بر مؤلفه‌های سلامت در زنان مبتلا به سرطان سینه و نیز مبانی نظری و شواهد پژوهشی، این پژوهش با هدف نشان دادن تأثیر مداخله‌ی مذهبی - معنوی بر ارتقای قدرت درونی زنان مبتلا به سرطان سینه، به دنبال بررسی آن است که آیا مداخله‌ی مذهبی/معنوی بر قدرت درونی این بیماران تأثیر دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ی شبه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه آزمایش، دارونما و کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل ۳۷۰ زن مبتلا به سرطان سینه‌ی مراجعه‌کننده به مرکز پرتودرمانی و شیمی‌درمانی امید و درمانگاه‌های تخصصی شهر بندرعباس از مهر ماه سال ۹۵ تا تیر ماه ۹۶ بود. از این جامعه‌ی آماری بر اساس اندازه‌ی اثر مطالعات قبلی برابر با ۰/۴؛ توان آماری، احتمال خطای نوع اول و سطح معناداری $P < 0/05$ برای پژوهش‌های مداخله‌ی، تعداد ۴۵ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب؛ و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۵ نفر)، دارونما (۱۵

مفهوم قدرت درونی^۱ از مفاهیم حساس به جنسیت برای زنان مبتلا به بیماری‌های مزمن (به‌ویژه سرطان سینه) در سال‌های اخیر بوده است (۲۵). این مفهوم که منبع اصلی انسانی برای ارتقای کیفیت زندگی، بهزیستی و شادمانی محسوب می‌شود با تعدادی از منابع اصلی سلامت از قبیل حس انسجام، سرسختی، تاب‌آوری، هدفمندی در زندگی و خودتعالی مرتبط است (۲۶، ۲۷). عامل قدرت درونی سازگاری با موقعیت‌های جدید را تسهیل می‌کند و عاملی مؤثر در کنترل علائم افسردگی و افزایش خودکارآمدی در مدیریت بیماری‌های مزمن است (۲۸، ۲۹). قدرت درونی به ظرفیت خودسازی از طریق فرایندی تحولی اشاره دارد که به افراد یاری می‌رساند تا به‌طور سازنده‌ی از رخدادهای چالش‌برانگیز زندگی نظیر سانحه یا بیماری مزمن عبور کنند (۳۰). قدرت درونی شامل چهار بُعد غم، اندوه، نگرانی و جستجو؛ پیوستگی یا ارتباط؛ تعهد؛ و تحرک^۲ است و ازسرگیری سیر عادی زندگی (در حین و بعد از رویداد چالش‌زا) پیامد و نتیجه‌ی قدرت درونی انسان است (۲۵) و بخشی از سلامت روان‌شناختی محسوب می‌شود که بر ابعاد وجودی/معنوی او تأثیر دارد (۲۷).

در پژوهشی ریفرنر^۳ روابطی قوی بین قدرت درونی و شناخت معنویت شخصی در بازماندگان از سرطان یافته؛ و نشان داده است که مداخلات مبتنی بر معنویت بُعد ارتباط (پیوستگی) قدرت درونی را که به خودمختاری و تسلط منجر می‌شود، بهبود می‌بخشد و تقویت قدرت درونی افراد مبتلا به سرطان به بهبود سازگاری، خودمراقبتی و کنترل پیامدهای بیماری در آنان منجر می‌شود. به‌علاوه اعمال مذهبی نظیر نماز نیز عاملی مؤثر در تقویت قدرت درونی بیماران دارای بیماری‌های مزمن و مراقبان آنها در جهت سازگاری با خواسته‌های مراقبتی این بیماران است (۳۱).

اگر چه شواهد پژوهشی متعددی در زمینه‌ی روابط متقابل ابعاد مذهبی/معنوی و جنبه‌های مثبت شخصیتی بیماران مزمن (به‌ویژه سرطانی) نظیر قدرت درونی و سلامت وجود دارد (۲۶، ۲۷، ۳۰، ۳۲)؛ و نیز با وجود نزدیکی مفهوم قدرت درونی با دین‌داری و معنویت (۳۰)، به نظر می‌رسد که پژوهش مداخله‌ی خاصی درباره‌ی تأثیر دین‌داری/معنویت بر قدرت درونی انجام نشده است. از این رو، انجام پژوهش به‌منظور

^۱) inner strength

^۲) Connectedness

^۳) Engagement

^۴) Movement

^۵) Rufener

درونی) برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۸ تا ۰/۹؛ و برای قدرت درونی کلی ۰/۹۱ به دست آمده است. تحلیل عاملی پژوهش روکس و همکاران در سال ۲۰۱۱ نیز مدل ۴ عاملی را تأیید کرد. روایی همگرایی این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه‌ی تسلط بر استرس^۴ یانگر^۵ و روایی واگرایی آن نیز با استفاده از مقیاس افسردگی مرکز مطالعات اپیدمیولوژیک^۶ رادولف^۷ تأیید شده است (۲۵). در این پژوهش نیز آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو، تحرک و قدرت درونی کلی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ به دست آمد.

ب) پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی:

این پرسش‌نامه به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مدت زمان ابتلا به بیماری، سابقه و نوع درمان، درجه‌ی بیماری و وجود بیماری جدی یا مزمن پزشکی دیگر تهیه شده و استفاده شده است.

روش اجرا

در روند اجرای پژوهش پس از انجام مقدمات پژوهش و اجرای پیش‌آزمون در هر سه گروه آزمایش، دارونما و کنترل هر کدام از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش علاوه بر مراقبت‌های معمول پزشکی، ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ی مداخله‌ی مذهبی/معنوی انفرادی، گروه دارونما به همراه مراقبت‌های معمول ۱۰ جلسه مشاوره‌ی خنثای (صرفاً ارتباط با درمانگر و گفتگوی معمولی) فردی حضوری و تلفنی؛ و گروه کنترل فقط همان مراقبت‌های معمول پزشکی را دریافت کردند و سپس از هر سه گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

بسته‌ی مداخله‌ی این پژوهش بر اساس دین‌داری و سلامت معنوی جامعه‌ی ایرانی (مبتنی بر دین اسلام و بر اساس قرآن و حدیث) با استفاده از آرای دانشمندان اسلامی (مانند آیت‌الله مطهری، آیت‌الله صدر و آیت‌الله جوادی آملی) درباره‌ی ساختار دین اسلام که بر اساس چهار نوع رابطه با خداوند، خود، دیگران و طبیعت تبیین شده؛ و با سه عنصر عقاید، اخلاقیات و احکام هماهنگ است و سه مؤلفه‌ی شناختی، عاطفی و رفتاری دین‌داری (۲۰) و سلامت معنوی (۳۴) جامعه‌ی ایرانی را تحت پوشش قرار می‌دهد، طراحی شده است. این مداخله از لحاظ نظری نه تنها بر اساس مداخله‌ی مذهبی/معنوی الگوی

نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل انجام جراحی سینه (برداشتن کامل یا بخشی از سینه)، اتمام دوره‌ی شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، سن ۲۵ تا ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و تمایل به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل ابتلا به بیماری‌های مزمن یا جدی پزشکی دیگر و متاستاز^۱ (دگرنشینی) بیماری به نقاط دور از سینه (دریافت اطلاعات با مصاحبه و بررسی سوابق پزشکی بیمار) بود. با توجه به بررسی و حذف داده‌های پرت (با انحراف معیار ۲/۵) یک نفر از گروه مداخله، یک نفر از گروه دارونما و دو نفر از گروه کنترل از مطالعه خارج شدند و در نتیجه نمونه‌ی نهایی برای تحلیل داده‌ها ۴۱ نفر (۱۴ نفر گروه آزمایش، ۱۴ نفر گروه دارونما و ۱۳ نفر گروه کنترل) در نظر گرفته شد. با توجه به وضعیت به نسبت مشابه بیماران مورد بررسی از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی، خصوصیات بیماری و موضوعات درمانی در سه گروه و نیز فرایند نمونه‌گیری در دسترس، همسازی گروه‌ها بر اساس این موارد انجام نگرفت. همچنین بیماران مورد بررسی از نظر مدت بیماری، شدت علائم و سیر درمانی با هم وضعیت به نسبت مشابهی در سه گروه داشتند.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

الف) پرسش‌نامه‌ی قدرت درونی:

پرسش‌نامه‌ی قدرت درونی^۲ روکس، لوئیس و دینگلی^۳ و همکاران که در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است، ابزار خودگزارش‌دهی ۲۷ عاملی است که در مقیاس پنج درجه‌ی لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و چهار عامل بیان‌کننده‌ی ابعاد نظریه یعنی غم و اندوه و جستجو، ارتباط، تعهد و تحرک را در برمی‌گیرد. در این پرسش‌نامه هم مجموع نمره‌ها (قدرت درونی کلی)، هم نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها می‌تواند محاسبه شود. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ی از کاملاً مخالف با امتیاز ۱ تا کاملاً موافق با امتیاز ۵ انجام می‌شود (البته عامل‌های ۱۴-۲۰ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود) و نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده‌ی قدرت درونی بیشتری است. روکس و همکاران طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴ شاخص‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را در نمونه‌های ۲۰۷، ۱۵۴ و ۲۸۱ زن مبتلا به سرطان در سه پژوهش بررسی کرده‌اند. در این پژوهش‌ها آلفای کرونباخ (برای نشان دادن پایایی همسانی

⁴ Mastery of Stress Instrument

⁵ Younger

⁶ Center for Epidemiological Studies Depression Scale

⁷ Radloff

¹ Metastasis

² Inner Strength Questionnaire

³ Roux, Lewis & Dingley

دینی.

جلسه‌ی پنجم: اجرای محور چهارم مداخله یعنی مهربانی و بخشایش نسبت به خود، دیگران و طبیعت شامل: (۱) عفو و گذشت یا بخشایش، تغافل و چشم‌پوشی، (۲) بخشش و مهربانی نسبت به خود (رابطه با خود)، (۳) مهربانی و خدمات انسان‌دوستانه (رابطه با دیگران) و (۴) مهربانی با طبیعت (ارتباط با طبیعت).

جلسه‌ی ششم: اجرای بخش اول محور پنجم مداخله یعنی امیدواری و توکل، بیان مفهوم امیدواری، فواید امیدواری و امیددرمانی با توجه به پژوهش‌ها به‌اضافه‌ی بیان اهمیت و فواید امیدواری از نظر اسلام (تا کی و کجا امیدوار بودن) بررسی علل یأس و ناامیدی از نظر اسلام و راه‌های پیدایش امید (به‌ویژه بررسی توکل).

جلسه‌ی هفتم: اجرای بخش دوم محور پنجم مداخله یعنی مثبت‌اندیشی، خوش‌بینی، شادابی و نشاط، بیان موارد و اصول شادی‌های پایدار در اسلام شامل خودشناسی، بینش صحیح نسبت به حوادث جهان، ایمان و عشق به خدا، رضایتمندی، توجه به زمان حال، توجه به کار؛ ورزش و حالات روان‌شناختی مربوط به نوع رنگ‌ها، مثبت‌اندیشی و حسن ظن؛ و مقایسه‌ی نزولی.

جلسه‌ی هشتم: اجرای بخش اول محور ششم مداخله یعنی معنایابی و ادراک بیماری مبتنی بر دین اسلام، بیان سؤال‌های رایج این حوزه، بررسی ادراک و معنای بیماری از دیدگاه بیمار، توصیف بلا به گونه‌ی که ابزاری تربیتی محسوب شود و اینکه ذات بلا خیر است، بیان انگیزه‌ها و پیامدهای بلاها از قبیل آزمایش، شکوفایی و تکامل، حفظ و تقویت ایمان، پیشگیری و درمان، اجر و پاداش، یاد و نزدیکی خدا و نعمت‌های دنیوی.

جلسه‌ی نهم: اجرای بخش دوم محور ششم مداخله یعنی بلا و صبر در برابر بلا شامل: راه‌های رهایی از بلا (از قبیل دعا، صدقه، صله‌ی رحم، سعی و تلاش، استرجاع، صبر و داشتن آمادگی)، بیان مفهوم صبر، صبر در برابر بلا، ارزش صبر، مقام صبر و پاداش صبر و راه‌های افزایش صبر.

جلسه‌ی دهم: جمع‌بندی کلی همه‌ی محورها و بررسی موانع رسیدن به اهداف و پیدا کردن راه‌هایی کاربردی‌تر برای رسیدن به اهداف مداخله، تشکر و قدردانی از همکاری مراجع، در اختیار قرار دادن پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون و تعیین زمان آزمون پیگیری.

تذکر: در هر جلسه ابتدا مرور تکالیف جلسه‌ی قبل و ذکر

ریچاردز و برگین^۱ بر اساس دیدگاه اسلامی طراحی شده؛ و بر پژوهش‌های جعفری و همکاران (۳۵) و فلاح، گلزاری، داستانی و اکبری (۳۶) نیز مبتنی است، بلکه موارد مهم دیگری سواً آنچه در آن مداخلات بوده است از قبیل زندگی چندبُعدی و تأثیرگذار، سعی و تلاش، بهبود رابطه با طبیعت، معنایابی و ادراک بیماری اسلامی، مثبت‌اندیشی و خوش‌بینی را نیز شامل می‌شود. از نظر علمی و عملی دو متخصص روان‌شناس روحانی (متخصص در مداخلات مذهبی/معنوی اسلامی) و یک روان‌شناس سلامت این مداخله را تأیید کردند و یک دانشجوی دکتری روان‌شناسی (آموزش‌دیده و پژوهشگر در دین‌داری اسلامی) نیز مداخله را انجام داد.

خلاصه‌ی جلسه‌های مداخله‌ی مذهبی/معنوی و محتوای آن

جلسه‌ی اول: مصاحبه‌ی مختصر و برقراری ارتباط، بررسی دیدگاه شخص درباره‌ی بیماری سرطان و درمان آن، بیان پیشرفت‌های درمانی طبی؛ روان‌شناختی و معنوی سرطان، بحث و توضیح مذهب/معنویت اسلامی و بیان مزایا و تأثیر آن بر قدرت درونی، بیان شواهد علمی - پژوهشی مربوط به تأثیر مذهب/معنویت بر سلامت جسمانی؛ روانی؛ معنوی و اجتماعی، معرفی مداخله‌ی مذهبی/معنوی به‌طور مختصر، اجرای بخش اول محور یک مداخله (ارتباط با خداوند و اولیا) شامل: خداآگاهی و مؤلفه‌های آن (خداشناسی، خداشناسی، خداشناسی، خداشناسی و خدایابی).

جلسه‌ی دوم: اجرای بخش دوم محور یک مداخله (ارتباط با خداوند و اولیا) شامل: ذکر و یاد خداوند، دعا و نیایش، خواندن و گوش دادن به قرآن و نماز.

جلسه‌ی سوم: اجرای محور دوم مداخله یعنی زندگی چندبُعدی و تأثیرگذار و هدفمند، تلاش برای رسیدن مراجع به باور دین درباره‌ی هدفمندی و ارزشمندی زندگی (تدبیر زمان و در نتیجه برنامه‌ریزی مهم‌ترین وظیفه‌ی انسان در زندگی)، رساندن مراجع به این باور دینی که همه‌ی انسان‌ها فارغ از بیماری و سلامت می‌توانند زندگی مؤثری داشته باشند.

جلسه‌ی چهارم: اجرای محور سوم مداخله یعنی سعی و تلاش شامل: بررسی دیدگاه‌های بیمار درباره‌ی مؤثر بودن طب پیشگیری و توصیه‌های سلامتی و میزان پابندی او، تلاش برای تصحیح باورهای غلط مراجع نسبت به سعی و تلاش درباره‌ی درمان بیماری و حفظ سلامتی به‌عنوان وظیفه‌ی

1) Richards & Bergin

داده‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که ۱۴ نفر (۳۴/۱ درصد) در گروه مداخله، ۱۴ نفر (۳۴/۱ درصد) در گروه دارونما و ۱۳ نفر (۳۱/۷ درصد) در گروه کنترل قرار گرفتند. دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان بین ۳۷ تا ۵۸ سال با میانگین ۴۳/۶۸ (انحراف معیار ۶/۴۹) قرار داشت. وضعیت اجتماعی - اقتصادی ۱۳ نفر (۳۱/۷ درصد) پایین، ۱۹ نفر (۴۶/۳ درصد) متوسط و ۹ نفر (۲۲ درصد) بالا بود. تحصیلات ۱۰ نفر (۲۴/۴ درصد) تا پایان دوره‌ی ابتدایی، ۸ نفر (۱۹/۵ درصد) پایان دوره‌ی راهنمایی، ۱۴ نفر (۳۴/۱ درصد) دیپلم، ۸ نفر (۱۹/۵ درصد) لیسانس و ۱ نفر (۲/۴ درصد) فوق‌لیسانس بود. ۳۹ نفر (۹۵/۱ درصد) از شرکت‌کنندگان متأهل و ۲ نفر (۴/۹ درصد) مطلقه بودند. ۶ نفر (۱۴/۶ درصد) در درجه‌ی یک بیماری و ۳۵ نفر (۸۵/۴ درصد) در درجه‌ی دو بیماری قرار داشتند. از نظر عوامل درون‌گروهی دو نمره‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون؛ و از نظر عوامل بین‌گروهی ۱۴ نفر (۳۴/۱ درصد) در گروه مداخله، ۱۴ نفر (۳۴/۱ درصد) در گروه دارونما و ۱۳ نفر (۳۱/۷ درصد) در گروه کنترل قرار داشتند. در جدول شماره‌ی ۱ توصیف و مقایسه‌ی متغیرهای زمینه‌ی در سه گروه با مقایسه‌ی متغیرهای زمینه‌ی در سه گروه همراه با سطح معناداری مشاهده می‌شود.

خلاصه‌ی از آن، بیان مفاهیم صحیح و مقایسه‌ی این مفاهیم با آنچه مراجع در ذهن خود داشت، آموزش عملی و کاربردی هر یک از این مفاهیم با تکیه بر تأثیر آنها بر روی بیماری‌ها با استفاده از منابع اسلامی و بیان تکلیف جلسه‌ی بعد انجام شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیل واریانس مکرر تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد. در این پژوهش از شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه‌ی کتبی دریافت شد و دیگر ملاحظات اخلاقی پژوهش از جمله رازداری و حفاظت از آزمودنی‌های انسانی نیز رعایت شد. قبل از انجام پژوهش، پژوهشگر خود را معرفی؛ و هدف از انجام تحقیق را بیان کرد و به شرکت‌کنندگان اطمینان داد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه است و فقط برای مقاصد پژوهشی و بدون ذکر نام استفاده می‌شود؛ همچنین شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش که مایل باشند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. به‌علاوه به شرکت‌کنندگان گروه دارونما و کنترل نیز پیشنهاد شد که در صورت تمایل بعد از انجام پژوهش در پنج جلسه مداخله‌ی مذهبی/معنوی گروهی شرکت کنند.

یافته‌ها

جدول (۱) توصیف و مقایسه‌ی متغیرهای زمینه‌ی در سه گروه همراه با سطح معناداری

معنی‌داری	ارزش کای دو	گروه (فراوانی)			سطح	متغیر
		کنترل	دارونما	مداخله		
۰/۳۲۷	۲/۲۳۷	۵	۳	۲	شاغل	وضعیت شغلی
		۸	۱۱	۱۲	بیکار	
		۳	۳	۴	پایان دوره‌ی ابتدایی	
		۴	۱	۳	پایان دوره‌ی راهنمایی	
۰/۲۲۵	۱۰/۶۰۲	۲	۵	۷	دیپلم	تحصیلات
		۴	۴	۰	کارشناسی	
		۰	۱	۰	کارشناسی ارشد	
		۳	۵	۵	پایین	
۰/۳۴۰	۴/۵۲۶	۷	۴	۸	متوسط	وضعیت اجتماعی/اقتصادی
		۳	۵	۱	بالا	
		۱۲	۱۴	۱۳	متأهل	
۰/۵۷۹	۱/۰۹۵	۱	۰	۱	مطلقه	وضعیت تأهل
		۱	۲	۳	درجه‌ی ۱	
۰/۶۰۰	۱/۰۲۰	۱۲	۱۲	۱۱	درجه‌ی ۲	درجه‌ی بیماری

نوع آزمون در جدول شماره‌ی ۲ بیان شده است.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و

جدول ۲) آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه و زمان

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تعهد	آزمایش	۲۲/۷۱	۲/۶۱	۲۸/۵۷	۲/۱۷
	دارونما	۲۴/۹۲	۴/۵۶	۲۴/۲۸	۴/۸۷
	کنترل	۲۵/۵۳	۴/۳۱	۲۵/۳۸	۴/۴۴
ارتباط	آزمایش	۳۲/۰۷	۱/۹۴	۳۴/۷۱	۰/۶۱
	دارونما	۳۱/۵۷	۲/۰۲	۳۰/۹۲	۲/۸۱
	کنترل	۳۰/۶۹	۲/۱۷	۳۰/۳۸	۲/۲۵
غم و اندوه و جستجو	آزمایش	۲۰/۳۵	۶/۶۵	۲۷/۶۴	۳/۷۷
	دارونما	۲۱/۰۷	۶/۱۴	۲۱	۵/۵۰
	کنترل	۲۱/۷۶	۵/۸۶	۲۲	۵/۹۷
تحرك	آزمایش	۲۹/۰۷	۳/۵۴	۳۳/۹۲	۱/۹۷
	دارونما	۲۹/۲۱	۳/۰۴	۲۹/۲۱	۳/۰۴
	کنترل	۲۹/۴۶	۳/۲۸	۲۹/۳۸	۳/۲۲
قدرت درونی کلی	آزمایش	۱۰۴/۲۱	۱۱/۵۲	۱۲۴/۸۵	۷/۳۵
	دارونما	۱۰۶/۷۸	۱۰/۲۳	۱۰۵/۴۲	۱۱/۱۰
	کنترل	۱۰۷/۴۶	۷/۴۴	۱۰۷/۱۵	۸/۱۹

نتایج جدول شماره‌ی ۲ نشان می‌دهد که میانگین قدرت درونی و مؤلفه‌های تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو در گروه آزمایش بعد از دریافت مداخله‌ی مذهبی/معنوی افزایش داشت؛ همچنین بین میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در این گروه نسبت به گروه دارونما و کنترل تفاوت محسوسی وجود داشت.

با توجه به مقایسه‌ی متغیرهای زمینیه‌ی و نداشتن تفاوت معنادار قبل از مداخله، چندین متغیر وابسته که از نظر مفهومی با هم ارتباط دارند، بررسی برابری گروه‌ها و به منظور کنترل خطای نوع یک با توجه به اینکه تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر، متغیرهای وابسته را همراه با کنترل عامل زمان یک گروه در نظر می‌گیرد، در این مطالعه، داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف^۱ انجام شده برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌های پیش‌آزمون در سه خرده‌مقیاس تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو؛ و نمره‌ی کل قدرت درونی معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)؛ در نتیجه پیش‌فرض نرمال بودن رعایت شد. این آزمون فقط در خرده‌مقیاس تحرك معنی‌دار بود ($p = 0/04$) که با توجه به کم بودن حجم نمونه و معنی‌دار نبودن نمره‌ی کل قدرت درونی ($p = 0/07$)، رعایت نکردن

مفروضه‌ی نرمال بودن در این خرده‌مقیاس نتایج آزمون‌های پارامتریک^۲ را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد. همچنین آزمون لوین^۳ برای همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون گروه‌ها نیز نشان‌دهنده‌ی رعایت این مفروضه برای تمامی متغیرها بود (تعهد: $F = 0/92$ ؛ درجه‌ی آزادی = ۱ و $F = 2/38$ ؛ معنی‌داری = $0/40$ ؛ ارتباط: $F = 0/41$ ، درجه‌ی آزادی = ۱ و $F = 2/38$ ؛ معنی‌داری = $0/08$ ؛ غم و اندوه و جستجو: $F = 2/86$ ؛ درجه‌ی آزادی = ۱ و $F = 2/38$ ؛ معنی‌داری = $0/92$ ، تحرك: $F = 0/30$ ؛ درجه‌ی آزادی = ۱ و $F = 2/38$ ؛ معنی‌داری = $0/73$ ؛ قدرت درونی کلی: $F = 1/96$ ؛ درجه‌ی آزادی = ۱ و $F = 2/38$ ؛ و معنی‌داری = $0/15$). مفروضه‌ی کرویت^۴ طبق آزمون ماچلی^۵ و آزمون بارتلت^۶ نشان داد که فرض کرویت برقرار است. در این مطالعه از آزمون گرین‌هاوز گیشر^۷ در بررسی فرضیه‌ی تأثیر مداخله‌ی مذهبی/معنوی بر تقویت درونی استفاده می‌شود.

²⁾ Parametric tests
³⁾ Levene test
⁴⁾ sphericity
⁵⁾ Mauchly's test
⁶⁾ Bartlett's test
⁷⁾ Greenhouse-Geisser

¹⁾ Kolmogorov-Smirnov test

جدول ۳) جدول تک‌متغیره‌ی درون آزمودنی‌ها در بررسی آثار زمان و تعامل زمان و گروه به تفکیک متغیرهای مورد بررسی

متغیر	منبع	درجه‌ی آزادی	شاخص F	معنی‌داری	ضریب اتا
تعهد	زمان	۱	۲۰/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
	تعامل زمان و گروه	۲	۳۱/۲۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
ارتباط	زمان	۱	۴/۱۵۴	۰/۰۴۹	۰/۰۹۹
	تعامل زمان و گروه	۲	۱۴/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲
اندوه و جستجو	زمان	۱	۱۰/۹۶۴	۰/۰۰۲	۰/۲۲۴
	تعامل زمان و گروه	۲	۱۰/۴۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
تحرك	زمان	۱	۱۲/۵۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۸
	تعامل زمان و گروه	۲	۱۳/۳۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
قدرت درونی کل	زمان	۱	۲۰/۹۰۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵
	تعامل زمان و گروه	۲	۲۷/۲۱۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹

مذهبی/معنوی بر مؤلفه‌های تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو، تحرك؛ و قدرت درونی کلی را نشان داد.

مطابق جدول شماره‌ی ۳، یافته‌های آزمون تک‌متغیره‌ی درون آزمودنی‌ها در بررسی آثار زمان و تعامل زمان و گروه به تفکیک متغیرهای مورد بررسی، تأثیر مثبت معنادار مداخله‌ی

جدول ۴) یافته‌های آزمون‌های چندمتغیره‌ی برای بررسی معنی‌داری اثر گروه، اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه

اثر	ارزش	ضریب F	درجه‌ی آزادی مفروض	درجه‌ی آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
عدد ثابت	۰/۰۰۲	۳۷۶۴/۹۵۱	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۹۸
گروه	۰/۵۵۷	۲/۹۷۳	۸	۷۰	۰/۰۰۶	۰/۲۵۴
زمان	۰/۵۹۹	۵/۸۵۵	۴	۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
تعامل زمان و گروه	۰/۳۴۱	۶/۲۴۴	۸	۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۶

طبق جدول شماره‌ی ۴، یافته‌های آزمون‌های چندمتغیره‌ی قدرت درونی و مؤلفه‌های آن معنادار بود. جدول شماره‌ی ۵ نشان داد که اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه بر نمره‌های

جدول ۵) نتایج تحلیل بین آزمودنی در بررسی اثر گروه بر متغیرهای مورد بررسی

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	ضریب اتا
تعهد	عدد ثابت	۵۲۱۶۳/۳۵۷	۱	۵۲۱۶۳/۳۵۷	۱۸۳۵/۲۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸۰
	گروه	۱۷/۰۲۹	۲	۸/۵۱۴	۰/۳۰۰	۰/۷۴۳	۰/۰۱۶
	خطا	۱۰۸۰/۰۶۹	۳۸	۲۸/۴۲۳			
ارتباط	عدد ثابت	۸۲۴۴۱/۲۹۹	۱	۸۲۴۴۱/۲۹۹	۱۱۶۷۲/۴۴۷	۰/۰۰۱	۰/۹۹۷
	گروه	۱۲۰/۷۳۲	۲	۶۰/۳۶۶	۸/۵۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
	خطا	۲۶۸/۳۹۰	۳۸	۷/۰۶۳			

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری	ضریب اتا
اندوه و جستجو	عدد ثابت	۴۰۷۵۲/۸۰۸	۱	۴۰۷۵۲/۸۰۸	۷۵۵/۹۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۲
	گروه	۱۳۰/۱۳۸	۲	۶۵/۰۶۹	۱/۲۰۷	۰/۳۱۰	۰/۰۶۰
	خطا	۲۰۴۸/۶۱۸	۳۸	۵۳/۹۱۱			
تحرك	عدد ثابت	۷۳۹۳۵/۱۷۲	۱	۷۳۹۳۵/۱۷۲	۵۰۹۳/۷۹۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	گروه	۸۸/۶۳۵	۲	۴۴/۳۱۷	۳/۰۵۳	۰/۰۵۹	۰/۱۳۸
	خطا	۱۵۷/۳۱۹	۳۸	۴/۱۴۰			
قدرت درونی کلی	عدد ثابت	۹۷۸۷۱۹/۲۲۲	۱	۹۷۸۷۱۹/۲۲۲	۶۹۱۶/۵۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۵
	گروه	۱۱۵۵/۸۴۳	۲	۵۷۷/۹۲۲	۴/۰۸۴	۰/۰۲۵	۰/۱۷۷
	خطا	۵۳۷۷/۱۸	۳۸	۱۴۱/۵۰۵			

به دلیل معنی‌داری تعامل زمان و گروه، مقایسه‌های زوجی جدول شماره‌ی ۶ ارائه شده است. برای مقایسه‌ی دوبه‌دوی متغیرها در گروه و زمان نیز در

جدول ۶) مقایسه‌های زوجی برای مقایسه‌ی دوبه‌دوی متغیرها در گروه و زمان

متغیر	زمان	گروه‌ها	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	معنی‌داری
تعهد	پیش‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	-۲/۳۱۴	۱/۴۸۰	۰/۴۲۹
		مداخله (I) کنترل (J)	-۲/۸۲۴	۱/۵۰۹	۰/۲۰۷
		دارونما (I) کنترل (J)	-۰/۶۱۰	۱/۵۰۹	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	*۴/۲۸۶	۱/۵۱۱	۰/۰۲۲
		مداخله (I) کنترل (J)	۳/۱۸۷	۱/۵۴۰	۰/۱۳۶
		دارونما (I) کنترل (J)	-۱/۰۹۹	۱/۵۴۰	۱/۰۰۰
ارتباط	پیش‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	۰/۵۰۰	۰/۷۷۳	۱/۰۰۰
		مداخله (I) کنترل (J)	۱/۳۷۹	۰/۷۸۸	۰/۲۶۵
		دارونما (I) کنترل (J)	۰/۸۷۹	۰/۷۸۸	۰/۸۱۵
	پس‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	*۳/۷۸۶	۰/۷۹۷	۰/۰۰۱
		مداخله (I) کنترل (J)	*۴/۳۳۰	۰/۸۱۲	۰/۰۰۱
		دارونما (I) کنترل (J)	۰/۵۴۴	۰/۸۱۲	۱/۰۰۰
اندوه و جستجو	پیش‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	-۰/۷۱۴	۲/۳۵۸	۱/۰۰۰
		مداخله (I) کنترل (J)	-۱/۴۱۲	۲/۴۰۲	۱/۰۰۰
		دارونما (I) کنترل (J)	-۰/۶۹۸	۲/۴۰۲	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	*۶/۶۴۳	۱/۹۴۶	۰/۰۰۵
		مداخله (I) کنترل (J)	*۵/۶۴۳	۱/۹۸۳	۰/۰۲۱
		دارونما (I) کنترل (J)	-۱/۰۰۰	۱/۹۸۳	۱/۰۰۰
تحرك	پیش‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	-۰/۱۴۳	۱/۲۴۵	۱/۰۰۰
		مداخله (I) کنترل (J)	-۰/۳۹۰	۱/۲۶۹	۱/۰۰۰
		دارونما (I) کنترل (J)	-۰/۲۴۷	۱/۲۶۹	۱/۰۰۰
	پس‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	*۴/۷۱۴	۱/۰۵۶	۰/۰۰۱
		مداخله (I) کنترل (J)	*۴/۵۴۴	۱/۰۷۶	۰/۰۰۱
		دارونما (I) کنترل (J)	-۰/۱۷۰	۱/۰۷۶	۱/۰۰۰
قدرت درونی کلی	پیش‌آزمون	مداخله (I) دارونما (J)	-۲/۵۷۱	۳/۷۵۷	۱/۰۰۰
		مداخله (I) کنترل (J)	-۳/۲۴۷	۳/۸۲۸	۱/۰۰۰
		دارونما (I) کنترل (J)	-۰/۶۷۶	۳/۸۲۸	۱/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف نشان دادن تأثیر مداخله‌ی مذهبی/معنوی بر قدرت درونی و خرده‌مقیاس‌های آن (تعهد، ارتباط، غم و اندوه و جستجو؛ و تحرک) در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که مداخله‌ی مذهبی/معنوی در بهبود قدرت درونی و خرده‌مقیاس‌های آن مؤثر بوده است.

این یافته‌ها با نتایج مطالعه‌ی ریفرنر^۱ در زمینه‌ی نقش معنویت و مذهب در بهبود مؤلفه‌ی ارتباط و افزایش قدرت درونی همسو است. ریفرنر استدلال می‌کند که مذهب و معنویت با تقویت قدرت درونی به‌ویژه مؤلفه‌ی ارتباط آن می‌تواند پیامدهای سلامتی را در بازماندگان از سرطان بهبود؛ و خودمختاری و تسلط بیماران را بر حالات بیماری افزایش دهد (۳۱). در تبیین اثر کلی مداخله‌ی مذهبی/معنوی بر ارتقای قدرت درونی و خرده‌مقیاس‌های آن در بیماران زن مبتلا به سرطان سینه از سویی می‌توان گفت که مؤلفه‌ی ارتباط دربرگیرنده‌ی انواع ارتباط با خدا یا قدرت معنوی، خود، دیگران و طبیعت است و با ساختار دین اسلام مطابقت دارد (۲۰، ۳۴) و از طرف دیگر قدرت درونی مؤلفه‌ی از معنویت و سلامت است (۳۰) و همچنین تعدادی از گویه‌های مقیاس اندازه‌گیری قدرت درونی مربوط به خرده‌مقیاس ارتباط (۲۵) با گویه‌های پرسش‌نامه‌های دین‌داری (۲۰) و سلامت معنوی (۳۴) جامعه‌ی ایران از جمله بُعد ارتباط با خدا نظیر دعا کردن، احساس حضور خدا و توکل مطابقت کامل دارد. در نتیجه مداخله‌ی مذهبی/معنوی با تأثیر در بینش و گرایش و عملکرد این بیماران در حوزه‌ی ارتباط با خدا می‌تواند موجب ارتقای قدرت درونی شود. همچنین به نظر می‌رسد طبق مقیاس دین‌داری خدایاری فرد و همکاران (۲۰) و سلامت معنوی امیری و همکاران (۳۴) ابعاد قدرت درونی و خرده‌مقیاس‌های آن با ابعاد دین‌داری معنویت اسلام نظیر رابطه با خود و دیگران، اعتماد و عزت‌نفس، فعال بودن، انجام و دریافت حمایت اجتماعی امیدواری؛ و ارتباط مناسب با دیگران رابطه دارد (۲۰، ۳۴). بنابراین، می‌توان استدلال کرد که مداخله‌ی مذهبی/معنوی با تأثیر مثبت بر قدرت درونی و بهبود در تعهد و تحرک، کاهش غم و اندوه و جستجوی قدرت درونی، توانایی و عملکرد بیماران را در مقابله با سرطان و

کنترل پیامدهای آن بالا می‌برد.

هم‌چنین، همسو با نتایج مطالعه‌ی حاضر، جنکینسون و کانتترل^۲ در پژوهش خود نشان داده‌اند که قدرت درونی با معنویت در بیماران دارای بیماری‌های مزمن رابطه‌ی مثبت دارد (۳۷). می‌توان استدلال کرد که مداخله‌ی مذهبی/معنوی که متغیر میانجی محسوب می‌شود، در زنان مبتلا به سرطان سینه ممکن است از طریق ارتقای معنویت این بیماران، قدرت درونی آنان را بهبود بخشد.

علاوه‌براین، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش گارلیک، وال، کوروین و کوپمن^۳ که نشان داده‌اند درمان یکپارچه‌ی روانی - معنوی به بهبود ارتباط و تعهد و کاهش غم و اندوه بیماران منجر می‌شود و توان آنها را برای جستجوی زندگی پرمعنا افزایش می‌دهد، همسو است (۳۸). همچنین در مطالعه‌ی همسو پارادس و پریرا^۴ و موسوی و وطن‌خواه نتیجه گرفته‌اند که معنویت با کاهش شاخص‌های آشفتگی از جمله اندوه و نگرانی به رشد پس از سانحه در مبتلایان به سرطان سینه کمک می‌کند و از آنجایی که عوامل رشد پس از سانحه مشابهت‌های بسیاری با ابعاد قدرت درونی دارند معنویت می‌تواند سبب تقویت قدرت درونی نیز شود (۳۹، ۴۰). همان‌گونه که پارادس و پریرا و موسوی و وطن‌خواه استدلال می‌کنند، می‌توان این نتایج را این‌گونه تبیین کرد که دین‌داری و معنویت با ترغیب نمودن فرد بیمار به تقویت ابعاد درونی نظیر تعهد به زندگی، تحرک در زندگی، ارتباط و جستجوی جنبه‌های مثبت زندگی و کاهش اندوه سبب افزایش منابع درونی برای رشد و تعالی پس از سرطان در بیماران زن مبتلا به سرطان سینه می‌شوند (۳۹، ۴۰). گارلیک، وال، کوروین و کوپمن نیز استدلال می‌کنند که از طریق مشارکت در برنامه‌ی درمانی مکمل معنوی - روانی می‌توان به تقویت قدرت درونی بیمار برای سازگاری با بیماری و رشد پس از سانحه در بیماران زن مبتلا به سرطان کمک کرد (۳۸). همان‌گونه که موسوی و وطن‌خواه استدلال می‌کنند، مداخله‌ی معنوی/مذهبی به بهبود در حوزه‌های روابط بین فردی، قدرت شخصی، رشد، ادراک ارزش زندگی و اهداف و اولویت‌های جدید منجر می‌شود (۴۰) که از ابعاد مهم قدرت درونی در بهبود پیامدهای بیماری هستند. در نتیجه می‌توان این‌گونه استدلال کرد که مداخله‌ی مذهبی/معنوی در

^۲) Jenkinson & Cantrell

^۳) Garlick, Wall, Corwin & Koopman

^۴) Paredes & Pereira

^۱) Rufener

با اطمینان بیشتری می‌توان یافته‌های پژوهش را به پیامدهای درمانی نسبت داد.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

این پژوهش نیز همچون پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی بود. یکی از این محدودیت‌ها استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و تکیه نکردن بر ارزیابی کیفی بود که پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از طرح‌های پژوهشی کمی - کیفی استفاده شود و همچنین برای مقایسه‌ی میزان اثربخشی مداخله‌ی مذهبی/معنوی فردی و گروهی بر قدرت درونی بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش‌های مقایسه‌ی نیز انجام گیرد. محدودیت دیگر استفاده از نمونه‌ی دردسترس به علت مشکلات مربوط به همکاری این بیماران بود. از این رو، به پژوهشگران آینده پیشنهاد می‌شود از نمونه‌های تصادفی استفاده کنند تا به‌جای تحقیق شبه‌آزمایشی، قادر به انجام تحقیق آزمایشی و به دست آوردن نتایج بهتری شوند. البته یادآوری این نکته لازم است که با توجه به اهمیت قدرت درونی در بیماران سرطانی و نبود انواع پژوهش‌های مداخله‌ی در این مورد، زمینه‌ها و فرصت‌های پژوهشی بسیار خوبی برای ورود پژوهشگران روان‌شناسی و پزشکی در این حوزه نیز وجود دارد که می‌توانند استفاده و بهره‌ی کامل را از آن ببرند. یافته‌های این پژوهش بار دیگر اهمیت و ضرورت استفاده از مداخلات مذهبی/معنوی را که درمان مکمل درمان‌های تخصصی پزشکی در بخش‌های بیمارستانی مربوط به بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی به حساب می‌آید، یادآور می‌شود. مثلاً مداخلات مذهبی/معنوی با استفاده از مشاوران مذهبی یا روان‌شناسان و روان‌پزشکان آموزش‌دیده، یکی از درمان‌های تکمیلی این بیماران در نظر گرفته شود.

قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله‌ی دکتری روان‌شناسی در دانشگاه سمنان است که با کد IRCT2016090529715N1 و مصوبه‌ی کد اخلاق HUMS.REC.1396.23 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران (IRTC) ثبت شده است. از معاونت محترم آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه سمنان و نیز همه‌ی شرکت‌کنندگانی که در به انجام رسیدن این پژوهش یاریگر پژوهشگران بودند تشکر و قدردانی می‌شود.

بیماران زن مبتلا به سرطان سینه از طریق ارتقای رشد پس از سانحه در این بیماران بر افزایش قدرت درونی آنان مؤثر است. از سوی دیگر لاندمن^۱ و همکاران با انجام پژوهش تحلیل نظری یکپارچه‌سازی مفاهیم قدرت درونی نتیجه گرفته‌اند که تاب‌آوری، حس انسجام، سرسختی روان‌شناختی، هدفمندی در زندگی، و خودتعالی که از پیامدهای مداخلات معنوی و مذهبی است با قدرت درونی مرتبط است (۲۶). بنابراین، می‌توان در تبیینی دیگر بیان کرد که معنویت با تأثیر بر این مؤلفه‌ها؛ یا با نقش میانجی آنها نیز بر قدرت درونی کلی و مؤلفه‌های تعهد، ارتباط، غم و اندوه و تحرک مؤثر است. توماس^۲ و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود نشان داده‌اند که خودتعالی با سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان سینه رابطه‌ی مثبت دارد (۴۱). بنابراین مداخله‌ی مذهبی/معنوی می‌تواند با تأثیر مثبت بر خودتعالی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بر بهبود قدرت درونی کلی و ابعاد آن در این بیماران مؤثر باشد.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش و از آنجایی که امروزه وضعیت روان‌شناختی و مذهبی/معنوی بیماران سرطانی در مداخلات درمانی (۱۴) و سلامت جسم و روان (۱۳، ۱۸، ۱۹) آنها اهمیت بسیاری دارد و دین‌داری/معنویت و اعمال مذهبی (از قبیل نماز، دعا و توسل) منبع مقابله‌ی مهم و از مهم‌ترین راهبردهای بیماران برای مقابله با سرطان است (۴۲) و به‌ویژه با توجه به اعتقاد مذهبی/معنوی اغلب بیماران زن ایرانی مبتلا به سرطان سینه، استفاده از مداخله‌ی مذهبی/معنوی (منبعی قوی برای تغییر چشم‌انداز و گشودن مسیری تازه؛ با تغییر نگرش‌ها و معنای زندگی برای این بیماران در هر چهار حوزه‌ی ارتباطی مربوط به مذهب/معنویت) در زندگی این بیماران که درمان مکمل درمان‌های پزشکی به حساب می‌آید، ضروری به نظر می‌رسد. در این پژوهش برای نخستین بار به تأثیر مداخله‌ی مذهبی/معنوی مبتنی بر دین اسلام بر قدرت درونی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه پرداخته شده است که نتایج حاکی از تأثیر مثبت این مداخله بر قدرت درونی کلی و خرده‌مقیاس‌های تعهد، ارتباط و تحرک؛ و همچنین کاهش خرده‌مقیاس غم و اندوه و جستجو است. همچنین به علت انجام مداخله‌ی مذهبی/معنوی به‌صورت فردی، عوامل درمانی خارجی حاصل از شرکت در گروه کنترل شده است؛ بنابراین،

^۱) Lundman

^۲) Thomas

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

- Practices Among Patients with Cancer. *Journal of Religion and Health*. 2012;51(3):763-73.
- 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.
 - Vallurupalli MM, Lauderdale MK, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*. 2012;10(2):81.
 - Schreiber JA, Brockopp DY. Twenty-five years later-what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. 2012;6(1):82-94.
 - Lissoni P, Messina G, Parolini D, Balestra A, Brivio F, Fumagalli L, et al. A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In Vivo*. 2008;22(5):577-81.
 - Hulett JM, Armer JM. A systematic review of spiritually based interventions and psychoneuroimmunological outcomes in breast cancer survivorship. *Integrative cancer therapies*. 2016; 15(4): 405- 23.
 - Wildes KA, Miller AR, de Majors SSM, Ramirez AG. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life. *Psycho-Oncology*. 2009;18(8):831-40.
 - Lagman RA, Yoo GJ, Levine EG, Donnell KA, Lim HR. "Leaving it to God" religion and spirituality among Filipina immigrant breast cancer survivors. *Journal of religion and health*. 2014;53(2):449-60.
 - Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, Park CL, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2015; 121(21):3769-78.
 - Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*. 2015;121(21):3760-8.
 - Khodayarifard M, Rahiminezhad A, Ghobari Bonab B, Shokoohiyekta M, Faghihi AN, Azarbayjani M, et al. Preparation of religiosity scale and measuring levels of religiosity among Iranian from throughout of Iran. University of Tehran, The faculty of psychology and education.[cited 2009 apr 15]. 2009. (Full Text in Persian)
 - Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*. 2012;2012.
 - Rezagholi T, Yavari P, Abolhasani F, Etemad K, Khosravi A, Hashemi Nazari S, et al. Estimating the burden of breast cancer in Iranian women in 2009. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2015;10(4):32-40. (Full Text in Persian)
 - Ayubi E, Mansournia MA, Motlagh AG, Mosavi-Jarrahi A, Hosseini A, Yazdani K. Exploring neighborhood inequality in female breast cancer incidence in Tehran using Bayesian spatial models and a spatial scan statistic. *Epidemiology and health*. 2017;39.
 - Bodai BI, Tusso P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *The Permanente Journal*. 2015;19(2):48.
 - Njor SH, Schwartz W, Blichert-Toft M, Lynge E. Decline in breast cancer mortality: How much is attributable to screening? *Journal of medical screening*. 2015;22(1):20-7.
 - Ali MM, Moeller M, Rybicki L, Moore HC. Prevalence and correlates of patient-reported symptoms and comorbidities in breast cancer survivors at a tertiary center. *Journal of Cancer Survivorship*. 2017:1-8.
 - Ebrahimipour H, Vejdani M, Taghipour A, Heidarabadi AB, Molavi Y. Spiritual health in cancer patients at OMID hospital affiliated with Mashhad University of Medical Sciences-2012. *Journal of Research on Religion & Health*. 2015;1(2):3-9. (Full Text in Persian)
 - Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Hoshyari M. Religion, Spirituality and Coping with Breast Cancer: A Phenomenological Study. *Journal of Research on Religion & Health*. 2016;2(2). (Full Text in Persian)
 - Moradi-Joo M, Babazadeh T, Honarvar Z, Mohabat-Bahar S, Rahmati-Najarkolaie F, Haghghi M. The Relationship between Spiritual Health and Public Health Aspects among Patients with Breast Cancer. *Journal of Research on Religion & Health*. 2017;3(3). (Full Text in Persian)
 - Gualdani S, Pegoli M. Spirituality in health care: The role of needs in critical care. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*. 2014;4(6):175-7.
 - Guz H, Gursel B, Ozbek N. Religious and Spiritual

22. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. *Cancer*. 2015;121(21):3754-9.
23. Richards P, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. ed n, editor. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2005.
24. Holt CL, Wang MQ, Caplan L, Schulz E, Blake V, Southward VL. Role of religious involvement and spirituality in functioning among African Americans with cancer: Testing a mediational model. *Journal of behavioral medicine*. 2011;34(6):437-48.
25. Dingley C, Roux G. The Role of Inner Strength in Quality of Life and Self-Management in Women Survivors of Cancer. *Research in nursing & health*. 2014;37(1):32-41.
26. Lundman B, Aléx L, Jonsén E, Norberg A, Nygren B, Fischer RS, et al. Inner strength-A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International journal of nursing studies*. 2010;47(2):251-60.
27. Alpers L-M, Helseth S, Bergbom I. Experiences of inner strength in critically ill patients-a hermeneutical approach. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2012;28(3):150-8.
28. Nygren B, Norberg A, Lundman B. Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*. 2007;17(8):1060-73.
29. Boman E, Gustafson Y, Häggblom A, Santamäki Fischer R, Nygren B. Inner strength-associated with reduced prevalence of depression among older women. *Aging & mental health*. 2015;19(12):1078-83.
30. Lewis KL, Roux G. Psychometric testing of the Inner Strength Questionnaire: women living with chronic health conditions. *Applied Nursing Research*. 2011;24(3):153-60.
31. Rufener D. Inner strength in cancer survivors: The role of spirituality in establishing connectedness: The Ohio State University; 2011.
32. Park CL, Sherman AC, Jim HS, Salsman JM. Religion/spirituality and health in the context of cancer: Cross-domain integration, unresolved issues, and future directions. *Cancer*. 2015;121(21):3789-94.
33. Viftrup DT, Hvidt NC, Buus N. Spiritually and religiously integrated group psychotherapy: A systematic literature review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013.
34. Amiri P, Abbasi M, Gharibzadeh S, Zarghani NH, Azizi F. Designation and psychometric assessment of a comprehensive spiritual health questionnaire for Iranian populations. *Medical Ethics Journal*. 2015; 9(30): 25-56. (Full Text in Persian)
35. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A, et al. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013.
36. Fallah R, Golzari M, Dastani M, Akbari M. Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*. 2011;4(3):141-7.
37. Jenkinson A, Cantrell MA. Inner strength in women with chronic illness. *Chronic Illness*. 2016;13(2):100-16.
38. Garlick M, Wall K, Corwin D, Koopman C. Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2011;18(1):78-90.
39. Paredes AC, Pereira MG. Spirituality, Distress and Posttraumatic Growth in Breast Cancer Patients. *Journal of Religion and Health*. 2017:1-12.
40. Mousavi V, Vatankhah M. Prediction of Posttraumatic Growth through Religion, Meaning of Life and Social Support in Female Breast Cancer. *Journal of Psychology Achievements*. 2015;1(3):33-48. (Full Text in Persian)
41. Thomas JC, Burton M, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well-being, and spiritual practices of women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing*. 2010;28(2):115-22.
42. Kharitonov SA. Religious and Spiritual Biomarkers in Both Health and Disease. *Religions*. 2012;3(2).