




اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

معصومه وهابی ماشک 

مینا مجتبابی* 

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۲ | پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱ | ایمیل نویسنده مسئول: mojtabaie_in@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۱۳۷-۱۵۷
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(وهابی ماشک و مجتبابی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

وهابی ماشک، معصومه، و مجتبابی، مینا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵) پیاپی ۱۴: ۱۳۷-۱۵۷.

چکیده

هدف: مقاله حاضر با هدف اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران انجام شد. **روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری است. جامعه آماری، کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان در بیمارستان شهرداری تهران در تابستان سال ۱۴۰۱ بودند. جهت تعیین نمونه ۳۰ نفر به صورت داوطلبانه و هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. جهت سنجش افسردگی و اضطراب از پرسشنامه بک و جهت سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی استفاده شد. قبل از اجرای مداخله از هر دو گروه پیش‌آزمون افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی به عمل آمد. گروه آزمایش آموزش درمان معنوی خداسو را از طریق پروتکل آموزشی در ۸ جلسه دریافت کرد و گروه گواه هیچگونه مداخله آموزشی دریافت نکرد. پس از اجرای مداخله در مرحله پس‌آزمون، هر دو گروه مجدداً ابزارهای مرحله پیش‌آزمون را پاسخ دادند و ۴۵ روز بعد مجدداً در بین هر دو گروه ابزارها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس بین-درون آزمودنی‌های آمیخته تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی ($F=۵/۰۲, P=۰/۰۳$) و اضطراب ($F=۱۱/۱۶, P=۰/۰۰۱$) و افزایش کیفیت زندگی ($F=۲۵/۵۲, P=۰/۰۰۱$) زنان اثربخش بوده و بعد از ۴۵ روز همچنان پایدار بوده است ($p<۰/۰۵$). **نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی و پایداری آموزش درمان معنوی خداسو؛ پیشنهاد می‌شود در مراکز بهداشتی و درمانی به بهره‌گیری از روش‌های درمانی معنوی خداسو برای بهبود وضعیت روحی بیماران سرطانی بهره گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان معنوی خداسو، افسردگی، اضطراب، کیفیت زندگی، سرطان پستان.

مقدمه

در اغلب کشورها به خصوص کشورهای توسعه یافته، سرطان^۱ دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی به شمار می‌رود و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، اولین و مهمترین علت مرگ انسان‌ها خواهد بود. لذا سرطان تهدید مهمی برای سلامت عمومی^۲ در جهان محسوب می‌شود (طاهری و جبل عاملی، ۱۴۰۰). سرطان سالانه بیش از ۷/۶ میلیون نفر را به کام مرگ می‌برد (دکا، ممدی، مانا و تریودی، ۲۰۱۶). اگر چه پیشرفت‌های سه دهه اخیر در درمان انواع سرطان، میزان بهبود بیماران را به حدود ۸۰٪ افزایش داده و بیماری را از یک بیماری حاد و کشنده، به یک بیماری مزمن با میزان بقای بیشتر تبدیل کرده (فیگوئروا، گریچ و داگان، ۲۰۲۱)، اما به‌رغم افزایش میزان بقا، سرطان همچنان عامل ایجاد تغییرات اساسی در زندگی بیمار و خانواده وی می‌باشد (قلیانی، اسدزندی، بحرانیان و کریمی زارچی، ۱۴۰۰).

بر اساس آمار آژانس بین‌المللی تحقیقات سازمان بهداشت جهانی سرطان^۳؛ یک پنجم مردان و یک پنجم زنان به سرطان مبتلا هستند که شایعترین سرطان در میان زنان سرطان پستان^۴ ۱۱/۷ درصد می‌باشد. همچنین کشنده‌ترین سرطان نیز سرطان پستان با ۲۴/۵ درصد است (دیده‌بان علم ایران، ۱۳۹۹). حدود ۲/۱ میلیون زن در هر سال به سرطان پستان مبتلا می‌شوند. طبق تخمین رصدخانه جهانی سرطان، شیوع سرطان پستان از دو میلیون بیمار در سال ۲۰۱۸ به بیش از سه میلیون بیمار در سال ۲۰۴۶ افزایش می‌یابد که نشان دهنده افزایشی ۴۶ درصدی است (سیگل، میلر و جمال، ۲۰۱۹). همچنین سالانه ۷ هزار زن در ایران به این بیماری مبتلا می‌شوند (محمدکریمی و شریعت‌نیا، ۱۳۹۶). در تحقیق اخیر منتشر شده توسط محققان ایرانی پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۲۵ میلادی، بروز سرطان پستان تا ۶۳ درصد افزایش یابد (خبرگزاری جمهوری اسلامی، ۱۴۰۰). به ویژه اینکه در کشور ما سن ابتلاء به سرطان پستان ۵ سال پایین‌تر از سطح جهانی است، متوسط ابتلاء به این بیماری بین ۴۵ تا ۵۵ سال است در حالی که در کشورهای غربی بین ۵۰ تا ۶۰ سال است (سیرمغ، ۱۳۹۹). سرطان پستان آغاز دوره پریشانی روانی برای زنان مبتلا به این بیماری در نظر گرفته می‌شود و در صورتی که به وضعیت روانی بیمار به اندازه لازم و کافی توجه نشود، ممکن است احساس نبود کنترل^۵، درماندگی^۶، استرس شدید^۷، افسردگی^۸ و اضطراب^۹ سراسر وجودش را فرا بگیرد؛ چه بسا این عوارض روانشناختی تأثیری منفی بر ادامه برنامه درمان و پیگیری‌های پس از آن داشته باشد که تهدیدی جدی برای بقا و ادامه حیات است (احمدی، وزیری، آهی، لطفی کاشانی و اکبری، ۱۴۰۰). در همین راستا، پستان قویاً با هویت زنانگی، حسن زنانگی، تمایلات جنسی، جذابیت فیزیکی و جنسی، پرورش و حس مادری مرتبط است (مانگالینو، هوگا، ربه، میراندا و روکا، ۲۰۱۱). چرا که پستان یکی از نمادهای زنانگی است و فکر از دست دادن یک یا هر دو پستان برای بسیاری از زنان غیرقابل تحمل

1 - Cancer

2 - General Health

3 - INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC / WHO)

4 - Breast Cancer

5 - Control

6 - Hopelessness

7 - Severe Stress

8 - Depression

9 - Anxiety

است (کاپلان و پوتر، ۲۰۰۶). کیفیت زندگی در این بیماران، متغیری است که نمی‌شود به راحتی از آن عبور کرد (اوگاندیر، شه، سالونک، مالوهترا، پتی و همکاران، ۲۰۱۷) و به عنوان مفهومی چند بعدی است که شامل ادراک فرد از عملکرد و تندرستی است (باکلی، والتر و لی، ۲۰۱۶). در زنان مبتلا به سرطان پستان، افسردگی و اضطراب درمان نشده، به مشکلاتی در خصوص ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و مختل شدن کیفیت و رضایت از زندگی منجر می‌شود (بیدسترپ، کریستینس، مرتز، روتمن، دالتن و جونسن، ۲۰۱۵)؛ بنابراین، مشکلاتی که پس از مبتلا شدن سرطان پستان پیش می‌آید، سبب کاهش کارآمدی و کیفیت زندگی می‌شود. بر همین اساس به نظر می‌رسد افرادی که به سرطان پستان مبتلا هستند، در رشد و تحولات روانشناختی دچار مشکل می‌شوند (تقوی بهبهانی، نظری، شهید ثالث و خواجه‌وند، ۱۳۹۸).

رشد روزافزون سرطان پستان در چند دهه‌ی اخیر و اثرات زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی و روانی، اجتماعی، اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آن‌ها این نوع سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده‌ی قرن معرفی کنند (لی، ۲۰۱۲). عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان پستان (ژاو، رانچرو، هلگسون، وان در و همکاران، ۲۰۱۸)، بستری شدن در بیمارستان، فشار مالی ناشی از هزینه‌های درمان، صعب‌العلاج بودن بیماری سرطان و مرگ و میر بالا، وضع ظاهری اکثر بیماران به دلیل ریزش مو و یا از دست دادن یک عضو (ویسنانت، ونگ، میتچل، بک و همکاران، ۲۰۱۹)، فشار محیطی و روانی مضاعفی را بر این بیماران تحمیل می‌نماید (آندو، مارتیا، میاشتیا، سانجو، کیرا و شیما، ۲۰۱۰). نخستین احساسی که در بیمار سرطانی ایجاد می‌شود، نزدیک بودن به پایان زندگی است. لذا با مسائل و سؤالات وجودی مواجه شده و در او احساس بی‌ارزشی زندگی، ترس از مرگ، خشم، اضطراب و افسردگی ایجاد می‌شود (معین صمدانی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (افسردگی و اضطراب) و سایر مشکلات روانی-اجتماعی در مبتلایان است که این امر به کاهش کیفیت زندگی^۱؛ به خصوص در رابطه با زنان جوان‌تر منجر می‌شود (اسپیگل و ریبا، ۲۰۱۵).

امروزه بسیاری از درمانگران، ایمان و معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و کیفیت زندگی افراد می‌شناسند به گونه‌ای که آن‌ها اغلب در فرایند درمان، توجه به مسائل معنوی بیماران را ضروری می‌دانند. اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی فرد همراه بوده، عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است (خرمی مارکانی، خدایاری فرد، یغمایی، عباسی، دیدارلو، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش کانادا، پارکر، مور، بسن-انگویست، روماندا و کوهن (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که رویکرد معنوی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. همچنین شواهد نشان می‌دهد که به طور کلی معنویت نقش مهمی در کاهش اضطراب و استرس و درمان‌های روانشناختی دارد (فارسات، ۲۰۱۳). افسردگی و اضطراب در این بیماران به دلایل گوناگون ایجاد می‌شود که عبارتند از واکنش فرد به تشخیص، عوارض درمان، طولانی بودن مدت درمان، بستری شدن به طور مکرر و از هم گسیختگی زندگی خانوادگی

¹ - Quality of Life

فرد (کارآموزیان، باقری، دره کردی و امینی‌زاده، ۱۳۹۳). بر اساس یافته‌های مطالعات انجام شده اختلافات اضطرابی در ۱۴/۶ درصد بیماران مبتلا به سرطان پستان وجود دارد که از این میزان ۸/۶ درصد آن در مراحل ابتدایی و ۶ درصد آن در مراحل پیشرفته دیده شده است (حسن‌نژاد رسکتی، میرزائیان و حسینی، ۱۳۹۷). در مطالعات لبونتاواتچای (۲۰۰۷) شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان از ۳۵ تا ۶۴ درصد گزارش شده است که به همراه افسردگی در صدر عوارض روانی بیماران مبتلا به سرطان قرار دارد. در این میان مطالعات نشان می‌دهد، مداخله‌های مناسب روانشناختی مختلف می‌تواند در کنار دارو درمانی در اینگونه بیماران بسیار تأثیرگذار باشد. بنابراین میتوان در کنار شیوه‌های درمانی چون جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی و درمان بیولوژیک، مداخلاتی را نیز اعمال کرد که باعث کاهش استرس و اضطراب ناشی از بیماری و افزایش سلامت روان و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

تحقیقات بالینی، در جوامع دینی معنویت درمانی^۱ را به عنوان روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطان پستان توصیه می‌کنند (شانکه، دالا، آگرول و همکاران، ۲۰۱۷). چرا که اعتقاد به خدا، اعمال مذهبی، هدفمند بودن در زندگی، رویکرد معنوی به حوادث زندگی، استراتژیهای مقابله‌ای فعال مذهبی - معنوی، از طریق یافتن معنای زندگی، سبب افزایش کیفیت زندگی و سازگاری با شرایط استرس‌زای بیماری می‌گردند (فنگ، لیو، لین و همکاران، ۲۰۲۱). لذا استفاده از مذهب به دلایل متعددی؛ از جمله مکانیزم‌های درمان‌گرایانه و ایجاد ثبات هیجانی در روان درمانگری ضرورت دارد. از ابتدای علمی شدن روانشناسی و ورود به عرصه درمان، روانشناسان برخوردی دوگانه با مذهب داشته‌اند و اخیراً استفاده از مذهب را در روان درمانگری را ضروری می‌دانند (جان بزرگی و غروی، ۱۳۹۵). در سال‌های اخیر در کشور اسلامی ایران نیز درمان معنوی خداسو^۲ که یک رویکرد توحیدی است، به عنوان معنویت‌درمانی موثر در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است.

گزارش نظر سنجی‌ها نشان می‌دهد که ۸۰ درصد مردم آمریکا به نوعی به قدرت دعا در بهبود دوره بیماری اعتقاد دارند (الکینز، ۲۰۰۸). در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد، کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد، زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را دارا می‌باشد (محمدکریمی و شریعت نیا، ۱۳۹۶). از اینرو نقش جستجوی معنویت به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی به سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته است (مراویگلیا، ۲۰۰۶). با توجه به اقداماتی که درمان معنوی خداسو برای بهبود وضعیت روانی و احساس آرامش بیماران سرطانی فراهم می‌آورد، این روش یکی از مهمترین درمانهای روانشناختی برای کمک به روند درمان و تحمل بیماری می‌باشد. در همین راستا نتایج پژوهش‌های محمدی - زاده، خلعتبری، احدی و حاتمی (۱۳۹۹)، اسمی، پیوسته‌گر، پرهون و کاظمی رضایی (۱۳۹۸)، اصغری (۱۳۹۷)، جان بزرگی، سیفی گندمانی، علیپور و علی اکبری دهکردی (۱۳۹۵)، لیندن فورز (۲۰۱۹)، گونکالوز، لوچتی، منزس و والادا (۲۰۱۷) مرادی ذلانی (۱۳۹۸)؛ حسینی، سلمان و قبیعی (۱۳۹۸)؛ کارنیه‌رو،

1 - Spirituality Psychotherapy

2 - God- Inclined Spirituality Psychotherapy

باربوسا، مارسون، ترا جونپور، پریه‌را مارتینز و همکاران (۲۰۱۷)؛ حسینی (۱۳۹۶)؛ بحرانیان، رادمهر، محمدی، باوادی و موسوی (۱۳۹۵)؛ محمدکریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۵)؛ بواله‌ری، نظیری و زمانیان (۱۳۹۱)؛ بارلو، بیلی، واکر و لویت (۲۰۱۰) و لارسون (۲۰۰۴) بیان‌کننده تأثیر معنویت درمانی خداسو بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌باشد. بنابراین با توجه به آمار بالای ابتلایان و فوتی‌های ناشی از سرطان پستان در سال‌های اخیر؛ و آسیب‌های مختلفی که این افراد از نظر جسمی و روحی- روانی می‌بینند؛ در کنار عدم درمان بیماری و بازگشت و عود مجدد بیماری و یا انتشار بیماری به بخش‌های دیگر بدن؛ زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان؛ مشکلات روانشناختی همچون اضطراب، استرس، افسردگی و مشکلات مرتبط با رشد و تحول را پس از مبتلا شدن به بیماری تجربه می‌کنند؛ همچنین با نگاهی به آمار تکان‌دهنده اضافه شدن میلیونی به تعداد این بیماران در هر سال و مشکلات فراوانی که برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به وجود می‌آید، زنگ خطری جدی برای تمام افراد به صدا درآمده است که این مسأله با به کارگیری درمان‌های روانشناختی در کنار درمان پزشکی درمان‌پذیر است و درمان‌های مذکور به نوبه خود می‌توانند در بهبود علائم و کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌های آن‌ها اثرات مفیدی داشته باشند؛ به‌خصوص درمان‌های معنوی خداسو که درمان روانشناختی با محوریت آموزه‌های قرآن کریم و الگویی است که خالق انسان برای نجات انسانها طراحی کرده است، با توجه به اعتقادات دینی و اسلامی زنان ایرانی می‌تواند در تسریع درمان بیماری تأثیر مضاعفی داشته باشد و همچنین پیشگیری موثر و کند شدن بیماری، سلامت و درمان و همچنین کاهش آلام و مسائل اصلی و جانبی بیماران و پذیرش بیماری حتی در شکل پیشرفته و گریزناپذیر که آن را مسیر ربوبیت خویش می‌پندارند، کمک کند. نتایج پژوهش‌های مطروح نیز متفق‌القول بر اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی و اضطراب و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان اذعان نموده‌اند. با این اوصاف سوالی که ذهن محقق را به کاوش و تحقیق به انجام مقاله حاضر با توجه به اسلامی بودن جامعه و توجه دینی قوی مردم به دین و خداپاوری واداشت اینست که:

- ۱- آیا درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان تهرانی مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس‌آزمون اثربخش است؟
- ۲- آیا درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان تهرانی مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری پایدار است؟

روش پژوهش

روش پژوهش بر پایه طرح‌های نیمه آزمایشی می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۴۵ روزه استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان در بیمارستان شهرداری تهران در تابستان سال ۱۴۰۱ بود که جهت تعیین نمونه مورد مطالعه؛ ۳۰ نفر از بیماران به صورت داوطلبانه و هدفمند انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه مجزای ۱۵ نفره (گروه آزمایش درمان معنوی خداسو و گروه گواه) با رعایت ملاک ورود به پژوهش و با جایگزینی تصادفی قرار گرفتند. ملاک ورود به مطالعه شامل: زنان مجرد و متاهلی که فقط دارای بیماری سرطان پستان در فاز بیماری (stage 2) بوده و متاس‌تاز نژده باشند. سن ورود ۳۰ تا ۶۰ سال، گذشت حداقل ۲ ماه و حداکثر ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری، عدم استفاده از داروهای دیگری غیر از این بیماری، نداشتن اختلال روانشناختی

بارز، تحت شیمی درمانی یا پرتودرمانی قرار داشتن، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روانشناختی دیگر، باور به خداتوحیدی، رضایت آگاهانه بیماران برای شرکت در پژوهش بود. ملاک خروج از مطالعه نیز شامل: وخامت حال بیمار در اثر رشد بیماری یا عوارض شدید شیمی درمانی و بستری شدن در بیمارستان، هرگونه بیماری‌های روانی و اختلالات شخصیت یا بیماری شدید جسمانی غیر از سرطان که امکان شرکت در جلسات را ممکن می‌سازد، غیبت بیش از دو جلسه، شرکت داشتن همزمان در هر نوع مداخله یا برنامه‌ی آموزشی درمانی دیگر، عدم تمایل بیمار به ادامه همکاری در کار درمان بود. ۴۵ روز پس از اجرای پس‌آزمون؛ پیگیری انجام شد. پس از اتمام مداخله، ۳ نفر از گروه تحت آموزش و ۳ نفر از گروه گواه از تحقیق حذف شدند و نهایتاً با ۲۴ نفر نتایج پژوهش مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی (BDI-II). جهت سنجش افسردگی زنان از پرسشنامه بک^۱ (۱۹۷۲) در قالب ۱۳ گویه در دو بعد: عاطفه منفی نسبت به خود و بی‌لذتی در طیف ۴ گزینه‌ای لیکرت با نمره‌گذاری صفر تا ۳ استفاده شد. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۳۹ است. تعیین درجه‌ی افسردگی افراد شامل: نمره صفر تا ۴ بدون افسردگی یا کمترین حد از افسردگی؛ نمره بین ۵-۷ افسردگی در حد خفیف؛ نمره بین ۸ تا ۱۵ افسردگی در حد متوسط و نمره بین ۱۶ تا ۳۹ افسردگی در حد شدید می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. در پژوهش رجبی (۱۳۸۴) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده نیز در پژوهش وی برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ و برابر ۰/۸۱ برآورد و مورد تایید واقع شد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای-کرونباخ تایید شد ($\alpha > 0/7$).

۲. پرسشنامه اضطراب. جهت سنجش اضطراب زنان از پرسشنامه بک در قالب ۲۱ گویه استفاده شد. نمره‌گذاری بر مبنای یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۳ استفاده شد. کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۶۳ است. تعیین درجه اضطراب افراد شامل: نمره کمتر از ۹ نشانه عدم اضطراب، نمره بین ۱۰-۲۰ نشانه اضطراب خفیف، نمره بین ۲۱-۳۰ نشانه اضطراب متوسط و نمره ۳۱ به بالا نشانه اضطراب شدید می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آنی (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی- ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. با توجه به گستردگی نمونه و متدولوژی بکار گرفته شده در مجموع نسخه فارسی BAI مناسب ارزیابی‌های بالینی و پژوهشی در جمعیت ایرانی است (کاوینی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ تایید شد ($\alpha > 0/7$).

۳. پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF). جهت سنجش کیفیت زندگی زنان از پرسشنامه سازمان بهداشت جهانی در قالب ۲۶ گویه استفاده شد. این پرسشنامه دارای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط و کیفیت زندگی و سلامت عمومی پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ می‌باشد. جمع کل تمامی ۲۶ گویه نمره کل کیفیت زندگی پاسخگویان را نشان می‌دهد. قابل ذکر است که سوالات ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین نمره ۲۶ و بیشترین نمره ۱۳۰ است.

¹ - Beck

برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ و کیفیت زندگی و سلامت عمومی ۰/۷۹. به دست آمد (نجات، منتظری، هلاکویی نائین و مجدزاده، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرون باخ تایید شد ($\alpha > 0/7$).

۴. پروتکل آموزش درمان معنوی خداسو به گروه آزمایش. جهت آموزش جلسات مداخله به افراد گروه آزمایش؛ از پروتکل آموزش درمان معنوی خداسو استفاده شد. این پروتکل در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای مطابق با سرفصلهای پروتکل طراحی شده (جان بزرگی، ۱۳۹۷) و محتوای جلسات طبق جدول (۱) توسط محقق با همکاری یک درمانگر مجرب انجام پذیرفت.

جدول ۱. محتوای پروتکل آموزش درمان معنوی خداسو به گروه آزمایش

| جلسات | عنوان جلسه | محتوی جلسه |
|------------|---|--|
| جلسه اول | مرحله اول درمان: فعال سازی شناختی (نظام تشخیص گر درونی) | - طرح فرض تشخیص درست و اجباری عقل طبیعی در زمان انجام عمل و مهار خودنظم جویی یا مهار اختیاری انسان (آوردن موارد نقض) و شناخت کنش های عقل در برابر هر عمل: میدانم (روی آوری) و نمیدانم (روی گردانی - ایست - مراجعه به منبع معتبر) - اجرای فن جزیره |
| جلسه دوم | - اعتماد به تشخیصگر درونی - تقویت تشخیصگر درونی - نجات تشخیصگر درونی - تجمیع باورهای یقینی | - بررسی موانع عمل به تشخیص عقل طبیعی - تشخیص عمل قابل حذف نیست اما قابل تضعیف و تقویت - بررسی راه های تقویت تشخیصگر درونی (استفاده و ادب) - بحث درباره برد عقل (هستی بله و چستی نه) - توجه به فاصله از واقعیت - ایجاد فهرست باورهای یقینی |
| جلسه سوم | مرحله دوم: پنداره زدایی از مبدأ ادراک شده | - اثبات عقلی خدا با روش اکتشافی - شناخت خدای پنداره - آیا خدا هست؟ اثبات یا انکار؟ بدون یادگیریها - آیا اراده کننده و آغاز کننده و پایان بخش وجود دارد؟ - بیان هر گونه تصویری از خدا - بیان تاریخچه شکل گیری آنها |
| جلسه چهارم | - پنداره زدایی از مبدأ - اکتشاف خدا پنداشت | - تحلیل و مشاهده تعارضهای زندگی با این تصورات - خط زدن همه آنها به دلیل بی اعتباری و عدم کارکرد - چالش: چگونه می شود یک درک معتبر از خدا داشت؟ - بحث درباره خدای پنداشت - بهترین منبع درک برای مواردی دانش اجمالی - مراجعه به خود خدا بهترین منبع |
| جلسه پنجم | - ایجاد خدا پنداشت با مفاهیم و حیانی | - بررسی مفاهیم و حیانی - مقایسه کارکرد پنداره و پنداشت در مسائل درگیر - بازخوانی مشکل اصلی با خدای پنداشت و باز خورد توحیدی |

| | | |
|-----------|----------------------------------|--|
| جلسه ششم | - بررسی خالقیت - بررسی ربوبیت | - بررسی من با خدای واقعی - معناداری خلق غیرمستقیم - چگونگی خلق ما با گفته‌های خدا - برنامه و مراقبت خداوند برای خلق خود - اکتشاف ربهای اعتباری و پنداری - اتصال به رب اصیل - بهترین تنظیم کننده برنامه - واریسی و اکتشاف برنامه‌های ممکن - مقایسه برنامه‌ها - اهمیت انتخابی بودن برنامه زندگی - اعتماد به برنامه خدا |
| جلسه هفتم | - بررسی انتخاب برنامه کاربردی | - بررسی محتوایی برنامه خدا در مورد خود خدا - تجمیع و فهرست باورهای یقینی مرحله دوم و بررسی کارکرد آنها - بازخوانی مشکلات اصلی با باورهای جدید - بازخورد توحیدی |
| جلسه هشتم | ارزیابی و درونی سازی اثر آموزشها | |

روش اجرا

قبل از انجام تحقیق؛ ابتدا کد اخلاق برای انجام این پژوهش با شماره IR.IAU.R.REC.1401.041 اخذ گردید. همچنین از بیماران مورد مطالعه، رضایت نامه کتبی اخذ شد. علاوه بر آن، کدهای اخلاقی انجمن روانشناسی آمریکا که شامل احترام به اصل رازداری نتایج، امکان انصراف آزمودنی‌ها از تحقیق، ارائه اطلاعات کافی در مورد چگونگی آموزش و پژوهش، و نیز اینکه این مداخله هیچ‌گونه ضرر جسمی در بر ندارد، رعایت گردید. در ادامه برای همه ۳۰ نفر بیمار انتخابی؛ پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی به عنوان نمره پیش آزمون تکمیل شد. سپس به صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفره طبقه‌بندی شدند. در ادامه آزمودنی‌های گروه آزمایش تحت مداخله «آموزش درمان معنوی خداسو» در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه گواه هیچ‌گونه مداخله آموزشی دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله؛ هر دو گروه مجدداً همان پرسشنامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل نمودند. ۴۵ روز بعد مجدداً پرسشنامه‌ها جهت سنجش پیگیری اثربخشی بین هر دو گروه انجام شد. نهایتاً تعداد بیماران مورد مطالعه با ریزش ۳ نفری در گروه مداخله و ریزش ۳ نفری در گروه گواه مواجه شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی؛ به گروه گواه بعد از اتمام تحقیق، جلسات آموزشی برگزار شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد. نتایج در دو بخش تحلیل شدند. بخش اول آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و بخش دوم آمار استنباطی شامل پیش‌فرض‌ها و آزمون فرضیه‌های تحلیل واریانس بین- درون آزمودنی‌های آمیخته استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش برابر با ۳۶/۸۴ (۴/۵۴) سال و برای گروه گواه برابر با ۳۷/۱۰ (۴/۸۳) سال بود. در ادامه و در جدول ۱ گزارش شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای آزمون بر اساس مراحل مداخله و گروه گواه

| گروه | متغیر | میانگین | انحراف معیار |
|------|-------|---------|--------------|
|------|-------|---------|--------------|

| گواه | افسردگی | اضطراب | کیفیت زندگی |
|-------------------------|-----------|--------|-------------|
| آموزش درمان معنوی خداسو | پیش آزمون | ۲۱ | ۷/۵۱ |
| | پس آزمون | ۱۲/۵ | ۳/۵۸ |
| | پیگیری | ۱۴/۸۳ | ۴/۰۶ |
| | پیش آزمون | ۲۶/۱۶ | ۱۰/۱۲ |
| | پس آزمون | ۱۸/۵۸ | ۹/۱۳ |
| | پیگیری | ۱۹/۵ | ۸/۸۲ |
| گواه | پیش آزمون | ۸۳/۹۱ | ۱۰/۴۵ |
| | پس آزمون | ۱۰۸/۶۶ | ۱۰/۳۶ |
| | پیگیری | ۹۹/۴۱ | ۱۵/۳۷ |
| | پیش آزمون | ۲۱/۹۱ | ۵/۳۵ |
| | پس آزمون | ۱۹/۴۱ | ۴/۶۷ |
| | پیگیری | ۲۰/۲۵ | ۶/۰۹ |
| گواه | پیش آزمون | ۳۲/۸۳ | ۶/۳۶ |
| | پس آزمون | ۳۰/۵ | ۴/۷۵ |
| | پیگیری | ۳۰/۵ | ۴/۵۴ |
| | پیش آزمون | ۷۵/۰۸ | ۱۱/۳۸ |
| | پس آزمون | ۸۱/۴۱ | ۱/۱۶ |
| | پیگیری | ۸۲/۹۱ | ۹/۳۹ |

جدول (۲) حاکی از تغییرات نمرات افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون است که نمره افسردگی و اضطراب کاهش و نمره کیفیت زندگی افزایش داشته است. برای تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس بین-درون آزمودنی‌های آمیخته استفاده شده است. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است. مهمترین پیش فرض‌های استفاده از این آزمون نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون لون و آزمون موچلی به صورت منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون و آزمون موچلی همگنی واریانس‌ها

| آماره | آزمون شاپیرو ویلک | | | آزمون لون | | | موچلی ^۳ | | |
|-------|-------------------|--------|-------------|-----------|--------|-------------|--------------------|--------|-------------|
| | افسردگی | اضطراب | کیفیت زندگی | افسردگی | اضطراب | کیفیت زندگی | افسردگی | اضطراب | کیفیت زندگی |
| ۰/۸ | ۰/۷۷ | ۰/۹۲ | ۰/۵۶ | ۰/۳۱ | ۰/۲۱ | ۰/۸۳ | ۰/۶۲ | ۰/۸۴ | ۰/۱۷ |
| ۰/۰۶ | ۰/۰۵۹ | ۰/۳۳ | ۰/۴۶ | ۰/۵۷ | ۰/۶۴ | ۰/۱۵ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۱۷ | ۰/۰۱۷ |

معنی‌داری

بر اساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۳ سطح معنی‌داری آزمون شاپیرو ویلک برای افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۰/۰۶، ۰/۰۵۹ و ۰/۳۳ محاسبه شد ($p > 0/05$). بنابراین فرض یک مبنی بر غیرنرمال بودن داده‌های پرسشنامه افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی رد شده و فرض صفر مبنی بر

نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. همچنین مشاهده می‌شود، مقادیر F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌هاست، در هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نیست ($p > 0.01$). با توجه به این نتیجه پیش فرض برابری واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. اما با توجه به اینکه سطح معنی‌داری تخمین مقدار مجذور کای در موجلی کمتر از 0.05 است، بنابراین از این پیش فرض تخطی شده است. در این شرایط باید اصلاح اسپیلن استفاده نمود. بنابراین در ادامه برای تفسیر نتایج آزمون‌های اثرات درون-آزمودنی‌ها از آماره گرین هاوس-گیزر استفاده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس درون-بین آزمودنی آمیخته در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس

آزمون و پیگیری با معیار گرین هاوس-گیزر

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | نسبت F | سطح معنی-داری | اثر |
|-----------------------------|---------------|------------|-----------------|----------|---------------|-------|
| افسردگی - درون-مراحل مداخله | ۳۸۴/۷۷ | ۱/۷۱ | ۲۲۳/۸۸ | ۲۲/۷۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۰۹ |
| گروهی - مراحل مداخله × گروه | ۱۱۷ | ۱/۷۱ | ۶۸/۰۷ | ۶/۹۲ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۳ |
| بین گروهی - گروه | ۳۵۱/۱۲ | ۱ | ۳۵۱/۱۲ | ۵/۰۲ | ۰/۰۳ | ۰/۱۸ |
| اضطراب - درون-مراحل مداخله | ۳۶۰/۳۶ | ۱/۴۵ | ۲۴۷/۸۲ | ۲۱/۱۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۹ |
| گروهی - مراحل مداخله × گروه | ۹۴/۳۶ | ۱/۴۵ | ۶۴/۸۹ | ۵/۵۴ | ۰/۰۱۵ | ۰/۲۰ |
| بین گروهی - گروه | ۱۷۵۰/۳۴ | ۱ | ۱۷۵۰/۳۴ | ۱۱/۱۶ | ۰/۰۰۳ | ۰/۳۳ |
| کیفیت - درون-مراحل مداخله | ۳۱۴۱/۳۶ | ۱/۷۳ | ۱۸۱۳/۷۷ | ۲۶/۲۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۴ |
| زندگی - مراحل مداخله × گروه | ۱۰۲۷/۰۲ | ۱/۷۳ | ۵۹۲/۹۹ | ۸/۵۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۸ |
| بین گروهی - گروه | ۵۵۳۰/۰۱ | ۱ | ۵۵۳۰/۰۱ | ۲۵/۵۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۳ |

در بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و نیز افزایش کیفیت زندگی زنان بر اساس نتایج بدست آمده در جدول شماره ۴، مداخله درمان معنوی خداسو بر کاهش نمره افسردگی با اثر 0.18 ($p = 0.03$)، کاهش نمره اضطراب با اثر 0.33 ($p = 0.003$) و افزایش نمره کیفیت زندگی با اثر 0.53 ($p = 0.000$) اثربخش بوده است. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول شماره ۵ نیز حاکی از تأثیر و پایداری آموزش تا مرحله پیگیری بوده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه اثربخشی و پایداری مرحله پیگیری

| آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | اختلاف میانگین | سطح معنی‌داری |
|---------|-----------|-----------|----------------|---------------|
| افسردگی | پیش آزمون | پس آزمون | ۵/۵ | ۰/۰۰۰ |
| | پیگیری | | ۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ |
| | پس آزمون | پیش آزمون | -۵/۵ | ۰/۰۰۰ |
| | پیگیری | | -۱/۵۸ | ۰/۰۷ |
| | پیگیری | پیش آزمون | -۳/۹۱ | ۰/۰۰۱ |

| | | | | |
|-------|--------|-----------|-----------|--------------------|
| ۰/۰۷ | ۱/۵۸ | پس آزمون | | |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۹۵ | پس آزمون | پیش آزمون | اضطراب |
| ۰/۰۰۰ | ۴/۵ | پیگیری | | |
| ۰/۰۰۰ | -۴/۹۵ | پیش آزمون | پس آزمون | |
| ۱ | -۰/۴۵ | پیگیری | | |
| ۰/۰۰۰ | -۴/۵ | پیش آزمون | پیگیری | |
| ۱ | ۰/۴۵ | پس آزمون | | |
| ۰/۰۰۰ | -۱۵/۵۴ | پس آزمون | پیش آزمون | کیفیت زندگی |
| ۰/۰۰۱ | -۱۱/۶۶ | پیگیری | | |
| ۰/۰۰۰ | ۱۵/۵۴ | پیش آزمون | پس آزمون | |
| ۰/۱۹ | ۳/۸۷ | پیگیری | | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۱/۶۶ | پیش آزمون | پیگیری | |
| ۰/۱۹ | -۳/۸۷ | پس آزمون | | |

مقایسه تغییرات در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی زنان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این تاثیر تا مرحله پیگیری ماندگار مانده است؛ در حالی که در گروه گواه این تفاوت‌ها معنی‌دار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

مقاله حاضر با هدف اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران انجام پذیرفت. نتایج تحقیق نشان داد که درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی (۰/۱۸) و کاهش اضطراب (۰/۳۳) اثربخش بوده و پس از ۴۵ روز این اثربخشی پایدار بوده است. نتیجه دیگر تحقیق نشان داد که درمان معنوی خداسو در افزایش کیفیت زندگی (۰/۵۳) اثربخش بوده و پس از ۴۵ روز این اثربخشی نیز پایدار بوده است. نتایج این پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی در رابطه با اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو بر کاهش افسردگی و اضطراب و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان می‌باشد. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان و همسویی آن‌ها با نتایج پژوهش‌های داخلی و خارجی مختلف می‌توان چنین برداشت نمود که جامعه ایرانی دارای عقبه دینی بوده و مردم به خدا پرستی توجه ویژه‌ای دارند؛ بنابراین مذهب و دینداری یک نوع آرامش روحی و روانی برای مردم ایجاد می‌کند. در نتیجه اقدام به مسائل دینی موثرترین تکیه‌گاه‌های روانی در افراد بشمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در تمامی عمر فراهم سازد و فرد را از بی‌معنایی نجات دهد. در حقیقت خداآواری و معنویت به عنوان یکی از ارکان اصلی در زندگی روزانه مردم ایرانی نقش بسته است. وقتی برای یک فردی در خانواده مشکلی نظیر بیماری جسمانی، مشکل مادی و یا هر مشکل دیگری پیش می‌آید؛ ناخودآگاه با نذر و برگزاری آداب مذهبی و رفتن به اماکن دینی، به دعا و راز و نیاز و نیایش با خدا مشغول می‌شوند. ارتباط با خدا و توکل بر او و اعتقاد به برتری و

قدرت خدا از باورهای معنوی مردم می‌باشد. بنابراین این نوع نگرش در زندگی مردم بالاخص در مشکلات آن‌ها به عنوان یک درمان روانشناختی عمل می‌کند. بر همین اساس زمانی که رشد معنویت خداباوری در فرد اتفاق بیفتد؛ همان گونه که در درمان معنوی خداسو تاکید شده است، تمام اعمال انسان رنگ و بوی معنوی می‌گیرند؛ چون دیگر در این حالت فرد از ترس و یا اجبار، عملی را انجام نمی‌دهد، بلکه آغاز و پایان تمامی اعمال او در کنترل و با اراده خودش است و از انجام کار خود احساس لذت خواهد کرد و همین مسئله موجب کاهش اضطراب و تعادل نظام روان‌شناختی خواهد شد. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های معنادرمانی ادغام گردد، کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد، زیرا عنصر خداباوری بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی در هویت فردی افراد را داراست.

بیماری‌های لاعلاجی مثل سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد و بیماران مبتلا به سرطان، اغلب باورهای معنوی و مذهبی خود را به‌عنوان راهی برای به‌دست آوردن معنا و امیدواری در دوران بیماری و بهبود و همچنین از آن به‌عنوان راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ استفاده می‌کنند. بیماری سرطان پستان برای زنان بسیاری که در طول سال‌های اخیر درگیر آن شده‌اند، علاوه بر شوکه شدن از نوع بیماری و نگرانی از عدم دستیابی به سلامتی مجدد و حتی تجسم نمودن مرگ، افسردگی و اضطراب را برایشان به ارمغان آورده و کیفیت زندگی‌شان به خطر می‌افتد. در نتیجه بهره‌گیری از درمان معنوی خداسو می‌تواند در تغییر نگرش و تفسیر زنان نسبت به بیماری و زندگی تاثیرگذار باشد. این تغییر در باورها بر ارزیابی‌های شناختی بیماران تأثیر گذاشته و وقایع منفی و استرس ناشی از آن را به شکلی منطقی مدیریت می‌کنند. بیماران در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی توان سازگاری با مشکلات روانی و جسمی ناشی از بیماری را بالا می‌برند. ارائه درمان معنوی خداسو به‌عنوان پناهگاهی امن به زندگی بیماران معنا می‌بخشد و این همان چیزی است که هدف درمانگران است. افرادی که منافع وجودی رویکرد معنوی را تجربه کرده‌اند به کیفیت بالایی از زندگی رسیده‌اند. لذا ایمان و معنویت به‌عنوان منابع مهم مؤثر بر سلامت جسمی و روانی به شمار می‌روند و امیدواری به بهبود و شفا و معنابخشی به زندگی را در بیمار افزایش می‌دهد. همانگونه که نتایج پژوهش حاضر همسو با سایر تحقیقات داخلی و خارجی مطروح نشان داد؛ آموزش درمان معنوی خداسو می‌تواند در کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان موثر واقع شود. آموزش و تکرار و تمرین تکنیک‌های اختصاصی درمان معنوی خداسو نه‌تنها منجر می‌شود تا افسردگی و اضطراب ناشی از ابتلا به سرطان کاهش یابد؛ بلکه تأثیرات مثبت این آموزه‌ها را در سایر وجوه زندگی خویش؛ همچون حفظ ارتباط سازنده با خانواده، کاهش حساسیت نسبت به واکنش منفی اطرافیان نسبت به سرطان و نهایتاً ایجاد توانایی در پیگیری اهداف ارزشمند زندگی؛ علی‌رغم وجود بیماری و محدودیت‌های حاصل از آن و نهایتاً ایجاد کیفیت زندگی بهتر را تجربه کنند. با توجه به اثربخشی آموزش درمان معنوی خداسو در کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی پیشنهاد می‌شود؛ درمان معنوی خداسو به عنوان یک درمان مکمل همزمان با درمان‌های دارویی در مراکز درمانی توسط درمانگران روانشناسی سلامت با رویکرد معنوی که مقیم بیمارستان باشند، برای بیماران سرطانی مورد توجه و آموزش قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود از روش درمان معنوی خداسو با توجه به پیشینه‌ی قوی اعتقادات زنان مبتلا به سرطان برای آموزش و

مشاوره در سطح گسترده جهت افزایش امید در خصوص بیماری‌شان به کار گرفته شود تا با غلبه بر حالات روانی و منفی ناشی از بیماری بتوانند با قدرت با بیماری خود مواجه شوند. همچنین با اختصاص تخصیص بودجه سالانه برای برگزاری دوره‌های درمان معنوی خداسو برای بیماران سرطانی به خصوص زنان مبتلا به سرطان پستان؛ با برگزاری جلسات مشاوره‌ای به کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها اقدام گردد. در نهایت پیشنهاد می‌شود؛ علاوه بر بیماران در حال درمان، برای خانواده‌های آن‌ها و اطرافیان و همچنین برای پزشکان و مشاوران و درمانگران مراکز بالینی، کلینیک‌ها و بیمارستانهای روان درمان‌شناختی که در مواجهه با این بیماران هستند؛ دوره‌های درمان معنوی خداسو جهت بالا بردن روحیه و همراهی بهتر با بیماران و درک مشکلات آن‌ها برگزار گردد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤاها، شرکت کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی میشود.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- احمدی، سیدعلی، وزیر، شهرام، آهی، قاسم، لطفی کاشانی، فرح و اکبری، محمداسماعیل. (۱۴۰۰). مقایسه تأثیری مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر کاهش پریشانی روانشناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) بیماران مبتلا به سرطان سینه. مجله مطالعات ناتوانی، ۱۱، ۸-۱.
- اسمی، زهرا، پیوسته‌گر، مهرانگیز، پرهون، هادی و کاظمی رضایی، سیدعلی. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان. نشریه روان‌پرستاری، ۷(۵)، ۴۵-۵۳.
- اصغری، رکسانا. (۱۳۹۷). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و افسردگی بیماران مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس (ام-اس). پایان‌نامه کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.
- بحرنیان، عبدالمجید، رادمهر، حامد، محمدی، حسین، باوادی، بیتا و موسوی، محمدرضا. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی معنوی بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. پژوهش در دین و سلامت، ۳(۱)، ۶۴-۷۸.

بوالهروی، جعفر، نظیری، قاسم و زمانیان، سکینه. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی-پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، ۳(۱)، ۸۷-۱۱۷.

تقوی بهبهانی، آزاده، نظری، علی محمد، شهید ثالث، سودابه و خواجه‌وند، افسانه. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر رشد پس از سانحه (PTG) در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله ناتوانی، ۹(۹)، ۸-۱۰. جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۷). درمان چند بعدی معنوی: یک رویکرد خداسو برای مشاوره و روان‌درمانگری. چاپ اول. قم، انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جان بزرگی، مسعود و غروی، سیدمحمد. (۱۳۹۵). اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی. تهران، انتشارات سمت.

جان بزرگی، مسعود و غروی، سیدمحمد. (۱۳۹۵). نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره. چاپ اول، نشر: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه و سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها «سمت».

جان بزرگی، مسعود، سیفی گندمانی، یاسین، علیپور، احمد و علی اکبری دهکردی، مهناز. (۱۳۹۵). الگوی اسلامی روان‌درمانگری/آموزش مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی. روانشناسی و دین، سال نهم، شماره اول، پیاپی ۳۳، ۶۸-۵۱.

حسن‌نژاد رسکتی، مریم، میرزاییان، بهرام، حسینی، سیدحمزه. (۱۳۹۷). مروری بر کارآزمایی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۸(۱۶۸)، ۲۰۲-۱۸۹.

حسینی، سارا سادات، سلمانی، مهسا و قییمی، مهرانگیز. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر ارتقا کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان، ششمین همایش دانشجویی بررسی فرهنگ سلامت از منظر قرآن و حدیث، تهران.

حسینی، نسربین. (۱۳۹۶). اثر بخشی معنویت درمانی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. دومین همایش بین‌المللی و چهارمین همایش ملی پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی، دانشگاه تهران، ۱۵-۱۰. خبرگزاری جمهوری اسلامی. (۱۴۰۰). افزایش سرطان سینه تا ۶۳ درصد در ایران تا سال ۲۰۲۵. قابل دسترسی در سایت www.irna.ir/news/

خرمی مارکانی، عبدالله، خدایاری فرد، محمد، یغمایی، فریده، عباسی، محمود و دیدارلو، علیرضا. (۱۳۹۳). تجربه معنویت از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های سرطان: یک مطالعه کیفی. ویژه نامه سلامت معنوی، ۲۱(۱)، ۱۸۵-۲۱۰.

دیده بان علم ایران. (۱۳۹۹). تازه‌ترین آمار سرطان در جهان/ سرطانهای پستان و ریه در راس بروز و مرگ/ افزایش ۴۷ درصدی بروز سرطان تا دو دهه آینده، قابل دسترسی در سایت www.isw.ir/47475 رجبی، غلامرضا. (۱۳۸۴). ویژگی‌های روانسنجی ماده‌های فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۱، ۴۱.

سیمرغ. (۱۳۹۹). نشانه‌های سرطان سینه چیست؟ برگرفته از سایت سیمرغ، قابل دسترسی در <https://seemorgh.com>

طاهری، مریم و جیل عاملی، شیدا. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر رضایت جنسی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ بعد از جراحی کولوستومی. *مجله سلامت و مراقبت*، ۲۳(۱)، ۶۷-۷۷.

قلیانی، بهاره، اسدزندی، مینو، بحرینیان، عبدالمجید و کریمی زارچی، علی اکبر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم با آموزش ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماریهای پستان ایران*، ۱۴(۳)، ۳۴-۴۵.

کارآموزیان، مهسا، باقری، مسعود، دره کردی، علی، امینی زاده، محسن. (۱۳۹۳). اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر سلامت روان و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماریهای پستان ایران*، ۵(۲).

کاوایی، حسین و موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۶(۲)، ۱۴۰-۱۲۶.

محمد کریمی، محسن و شریعت نیا، کاظم. (۱۳۹۶). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۵(۲)، ۱۱۸-۱۰۷.

محمدی زاده، سارا، خلعتبری، جواد، احدی، حسن و حاتمی، حمیدرضا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و معنویت درمانی بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار*، ۱۴(۵۵)، ۱۶-۷.

مرادی ذلانی، عباداله. (۱۳۹۸). تدوین بسته معنویت محور گروهی مبتنی بر دیدگاه اسلام در طب تسکینی و تأثیر آن بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با شناخت درمانی گروهی فری. *رساله دکترا رشته روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، وزارت علوم تحقیقات و فناوری*.

معین صمدانی، مهدیه. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهبود امید به زندگی و سبک زندگی در بیماران سرطانی. *پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب*.

نجات، سحر، منتظری، علی، هلاکویی نایین، کاظم، محمد و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. (WHOQL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴).

References

- Ando M, Morita T, Miyashita M, Sanjo M, Kira H, Shima Y. (2010). Effects of bereavement life review on spiritual wellbeing and depression. *J Pain Symptom Manag*; 40:453-9.
- Barlow, F.V., Biley, F., Walker, J. & Lewith, G. (2010). The experience of spiritual healing for women with breast cancer. University of Southampton, United Kingdom, Funded by Harry Edwards Healing Sanctuary, Guildford. doi:10.1016/j.ctim.2010.05.022.
- Bidstrup PE, Christensen J, Mertz BG, Rottmann N, Dalton SO, Johansen C. (2015). Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. *Acta Oncol (Madr)*. 2015;54(5):789-96.
- Buckley, S. A., Lee, S. J., & Walter, R. B. (2016). Measuring quality of life in acute myeloid leukemia: limitations and future directions.

- Canada AL, Parker PA, de Moor JS, Basen-Engquist K, Ramondetta LM, Cohen L. (2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101(1):102–7.
- Carneiro, E.M., Barbosa, L.P., Marson, J.M., Terra Junior, J.A., Pereira Martins, C.J. et al. (2017). Effectiveness of Spiritist “passe” (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, YCTIM 1643, DOI: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.ctim.2016.11.008>
- Deka SJ, Mamdi N, Manna D, Trivedi V. (2016). Alkyl Cinnamates Induce Protein Kinase C Translocation and Anticancer Activity against Breast Cancer Cells through Induction of the Mitochondrial Pathway of Apoptosis. *J Breast Cancer* 2016;19(4):358–71
- Elkins, D.N. (2008). Towards a humanistic-phenomenological spirituality, *Journal of humanistic psychology*.
- Feng Y, Liu X, Lin T. et al. (2021). Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study. *BMC Palliative Care*. 2021; 20(78):1-11.
- Ferasat A.(2013). Role of spirituality in heeling stress related Disorders. *Int Pharma Sci*. ;3(4):32-43.
- Figueroa J.D, Gierach GL, Duggan MA. (2021). Risk factors for breast cancer development by tumor characteristics among women with benign breast disease. *Breast Cancer Research*. 2021; 23(34) :2-12.
- Goncalves, J.P.d.B., Lucchetti, G., Menezes, P.R. & Vallada, H. (2017). Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLOS ONE*, 12(10), e0186539, 1-21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186539>.
- Kaplan, J, L & Porter, R, S (2006). Information on medical care for women. Translation: Morteza Zolanvary. Publications: Myayarelm 1389
- Larson, F.M. (2004). Family-focused oncology nursing research. *oncol Nurs forum*.;288-292.
- Li, Q. (2012). Itraumatic neuroma in a patient with breast cancer after mastectomy: case report and review of the literature. *World Journal of surgical oncology*; 10(2):35-42.
- Lindenfors, P. (2019). Divine Placebo: Health and the Evolution of Religion. *Human Ecology*, 47, 157-163. <https://doi.org/10.1007/s10745-019-0066-7>.
- Lueboonthavatchai, P.(2007) .Prevalence and Psychological Factors of anxiety and depression in Breast Cancer Patients. *Medical association Thailand Journal*. Chulalongkorn University, Thailand.12 (2) :52-56.
- Manganiello A, Hoga LAK, Rebete LM, Miranda CM, Rocha CAM. (2011). Sexuality and of breast cancer patients post mastectomy. *Eur J Oncol Nurs*; 15(2):167-72.
- Meraviglia, M. (2006) .Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*: 33(1), P: 1- 7
- Sankhe A, Dalal K, Agarwal V. et al. (2017). Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study. *Journal of religion and health*. 2017;5 6:725-31.
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. (2019). Cancer statistics, 2019. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2019; 69(1):7-34
- Spiegel D, Riba MB. (2015). Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J* 2015;21(1):97–103.

- Whisenant M, Wong B, Mitchell SA, Beck SL & et al. (2019). Trajectories of depressed mood and anxiety during chemotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*.
- Zhu L, Ranchor AV, Helgeson VS, Van Der Lee M & et al. (2018). Benefit finding trajectories in cancer patients receiving psychological care: Predictors and relations to depressive and anxiety symptoms. *British journal of health psychology*; 23(2):238-252.

«پرسشنامه افسردگی بک»

پاسخگوی گرامی

در این پرسشنامه ۱۳ گروه سوال وجود دارد و هر گروه بیان کننده حالتی در فرد است. پرسشنامه را به دقت بخوانید و جوابی که طی چندروز گذشته بیشتر از همه بیان کننده‌ی احساس کنونی شما است را انتخاب کرده و دور عدد مقابل آن عبارت، یک دایره بکشید. لطفاً در هر قسمت، بیش از یک مورد را انتخاب نکنید.

| | |
|-----|---|
| (۱) | ۳. آن قدر غمگین یا بدبختم که دیگر تحملش را ندارم. ۲. همیشه غمگین یا گرفته ام و نمی توانم خود را از این وضع خلاص کنم. ۱. من تا حدی غمگین یا گرفته ام. ۰. من غمگین نیستم. |
| (۲) | ۳. من احساس می کنم که به آینده امیدی نیست و اوضاع بهتر نخواهد شد. ۲. من احساس می کنم هیچ امیدی به آینده ندارم. ۱. من نسبت به آینده مأیوسم. ۰. من نسبت به آینده بدبین و مأیوس نیستم. |
| (۳) | ۳. من احساس می کنم شخصی شکست خورده ام. ۲. من هر چه به گذشته می نگرم چیزی جز شکست نمی یابم. ۱. من احساس می کنم بیش از یک شخص متوسط در زندگی با شکست مواجه شده ام. ۰. من خود را شکست خورده نمی دانم. |
| (۴) | ۳. من از همه چیز ناراضی ام. ۲. دیگر هیچ چیز مرا راضی نمی کند. ۱. من از چیزهایی که لذت می برم، دیگر لذت نمی برم. ۰. من ناراضی خاصی ندارم. |
| (۵) | ۳. انگار احساس می کنم که بسیار بد و بی ارزش هستم. ۲. من احساس می کنم که کاملاً گناهکارم. ۱. من اغلب اوقات احساس می کنم که بد یا بی ارزشم. ۰. من احساس بی ارزشی و گناهکاری ندارم. |
| (۶) | ۳. من از خود نفرت دارم. ۲. من از خودم بیزارم. ۱. من از خودم ناامیدم. ۰. من ناامید نیستم. |
| (۷) | ۳. اگر امکان داشت خود را می کشتم. |

| |
|--|
| ۲. من نقشه های مشخصی برای خودکشی دارم. ۱. من احساس می کنم بهتر است بمیرم. ۰. من به هیچ وجه به فکر آسیب رساندن به خود نیستم. |
| (۸) |
| ۳. من تمام علاقه ام را نسبت به مردم از دست داده ام و هیچ توجهی به آنها ندارم. ۲. من علاقه ام را تا حد زیادی نسبت به مردم از دست داده ام و فقط اندک احساسی نسبت به آنها دارم. ۱. من اکنون کمتر از گذشته نسبت به مردم علاقه دارم. ۰. من علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده ام. |
| (۹) |
| ۳. من دیگر نمی توانم هیچ تصمیمی بگیرم. ۲. برای من تصمیم گرفتن مشکل است. ۱. من سعی می کنم تصمیم گیری خود را به تاخیر بیندازم. ۰. من مثل همیشه می توانم به خوبی تصمیم بگیرم. |
| (۱۰) |
| ۳. من احساس می کنم زشت یا زنده ام. ۲. من احساس می کنم که وضع ظاهر من دائماً در تغییر است و باعث می شود در نظر دیگران جذاب نباشم. ۱. من از این که غیر جذاب به نظر می رسم، نگرانم. ۰. من احساس نمی کنم به نظر دیگران بدتر از گذشته باشم. |
| (۱۱) |
| ۳. من اصلاً نمی توانم کار کنم. ۲. من برای انجام هر کاری باید خیلی به خود فشار بیاورم. ۱. برای من شروع یک کار مستلزم کوششی فوق العاده است. ۰. من می توانم مثل گذشته کار کنم. |
| (۱۲) |
| ۳. من خسته تر از آنم که بتوانم کاری انجام دهم. ۲. من با انجام هر کاری خسته می شوم. ۱. من خیلی زودتر از گذشته خسته می شوم. ۰. من بیش از حد معقول خسته نمی شوم. |
| (۱۳) |
| ۳. من دیگر به هیچ وجه اشتها ندارم. ۲. این روزها اشتهای من خیلی بدتر شده است. ۱. اشتهای من دیگر به خوبی گذشته نیست. ۰. اشتهای من بدتر از حد معمول نیست. |

«پرسشنامه اضطراب بک»

فهرست زیر علائم شایع اضطراب را در بر می‌گیرد. لطفاً هر کدام را به دقت بخوانید و مشخص کنید در خلال هفته گذشته (همچنین امروز) چقدر از آن علامت در رنج بوده‌اید. پاسخ مناسب را به صورت X در ستون مقابل هر علامت مشخص کنید.

| ردیف | سوال | اصلاً | خفیف | متوسط | شدید |
|------|-------------------------------|-------|------|-------|------|
| ۱ | کرختی و گزگز شدن (مورمور شدن) | | | | |
| ۲ | احساس داغی (گرما) | | | | |
| ۳ | لرزش در پاها | | | | |
| ۴ | ناتوانی در آرامش | | | | |
| ۵ | سرگیجه و منگی | | | | |
| ۶ | تپش قلب و نفس نفس زدن | | | | |

| | | | | |
|----|----------------------------|--|--|--|
| ۷ | حالت متغیر (بی ثباتی) | | | |
| ۸ | ترس از وقوع حادثه بد | | | |
| ۹ | وحشت زده | | | |
| ۱۰ | عصبی | | | |
| ۱۱ | احساس خفگی | | | |
| ۱۲ | لرزش دست | | | |
| ۱۳ | لرزش بدن | | | |
| ۱۴ | ترس از دست دادن کنترل | | | |
| ۱۵ | به سختی نفس کشیدن | | | |
| ۱۶ | ترس از مردن | | | |
| ۱۷ | ترسیده (حالت ترس) | | | |
| ۱۸ | سوء هاضمه و ناراحتی در شکم | | | |
| ۱۹ | غش کردن (از حال رفتن) | | | |
| ۲۰ | سرخ شدن صورت | | | |
| ۲۱ | عرق کردن (نه در اثر گرما) | | | |

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی - فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)

سوالات زیر درباره کیفیت زندگی، سلامتی یا سایر جنبه‌های زندگی شما هستند. لطفاً پاسخی را که از نظر شما مناسب‌تر است را انتخاب کنید. اگر در پاسخ به سوالی تردید دارید، اولین پاسخی که به ذهن‌تان می‌رسد را انتخاب کنید.

قسمت اول: لطفاً به سوالات زیر با توجه به شرایط زندگی‌تان در یک هفته اخیر پاسخ دهید.

| شماره | سوال | خیلی بد | بد | نه بد و نه خوب | خوب | خیلی خوب |
|-------|---|---------|----|----------------|-----|----------|
| ۱ | در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۲ | چقدر از وضعیت سلامتی خود رضایت دارید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

قسمت دوم: سوالات زیر درباره این است که در چهار هفته اخیر تا چه حد برخی چیزها را تجربه کرده‌اید.

| شماره | سوال | اصلاً | کم | متوسط | خیلی زیاد | به شدت |
|-------|--|-------|----|-------|-----------|--------|
| ۳ | دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| ۴ | برای انجام کارهای روزمره، چقدر به درمان‌های پزشکی (دارو و دستورات خاص پزشکی) نیاز دارید؟ | ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ |
| ۵ | چقدر از زندگی لذت می‌برید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۶ | به نظر شما، زندگی شما تا چه حد معنادار (با ارزش) است؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۷ | در انجام کارها و امور روزمره خود چقدر قادر به تمرکز هستید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۸ | در زندگی روزمره خود چقدر احساس امنیت و آرامش می‌کنید؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |
| ۹ | محیط اطراف شما، تا چه حد سالم و بهداشتی است؟ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ |

قسمت سوم: سوالات زیر تجربیات و توانایی شما در انجام دادن کارهای خاصی در طول چهار هفته اخیر را می‌سنجد.

| شماره | سوال | اصلاً | در حد کم | در حد متوسط | در حد زیاد | به طور کامل |
|-------|------|-------|----------|-------------|------------|-------------|
|-------|------|-------|----------|-------------|------------|-------------|

| | | | | | | |
|-----------|------|---------------------|--------|---------------|--|-------|
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟ | ۱۰ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | آیا شکل و قیافه ظاهری بدنتان مورد قبول شماست؟ | ۱۱ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | آیا برای رفع نیازهای خود پول کافی دارید؟ | ۱۲ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | اخبار و اطلاعات مورد نیاز روزانه به چه میزان در دسترس شماست؟ | ۱۳ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چه میزان فرصت برای پرداختن به کارهایی که مورد علاقه شخصی شماست، دارید؟ | ۱۴ |
| خیلی خوب | خوب | نه بد و نه خوب | بد | خیلی بد | سوال | شماره |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود (بازار، خرید، قدم زدن، منزل اقوام) از خود رضایت دارید؟ | ۱۵ |
| خیلی راضی | راضی | نه ناراضی و نه راضی | ناراضی | کاملاً ناراضی | سوال | شماره |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟ | ۱۶ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از توانایی خود برای انجام فعالیت‌های روزمره زندگی راضی هستید؟ | ۱۷ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | از توانایی خود برای کار کردن چقدر رضایت دارید؟ | ۱۸ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | از توانایی کار کردن، خواب، خوراک و رفت و آمد خودتان چقدر رضایت دارید؟ | ۱۹ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از روابط اجتماعی‌تان با دیگران رضایت دارید؟ | ۲۰ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟ | ۲۱ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از حمایت دوستان و آشنایان خود راضی هستید؟ | ۲۲ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از شرایط و امکانات محل زندگی خود رضایت دارید؟ | ۲۳ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟ | ۲۴ |
| ۵ | ۴ | ۳ | ۲ | ۱ | چقدر از دسترسی به امکانات حمل و نقل و وضعیت رفت و آمد خود رضایت دارید؟ | ۲۵ |

قسمت چهارم: سوال زیر نحوه احساس و تجربه شما درباره چیزهایی خاص را در چهار هفته اخیر می‌سنجد.

| | | | | | | |
|-------|-------------|------------|---------|---------|---|-------|
| همیشه | خیلی وقت‌ها | بعضی اوقات | به ندرت | هیچ‌وقت | سوال | شماره |
| ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | چه مقدار دچار حالاتی مانند: یاس و ناامیدی و اضطراب و ... می‌شوید؟ | ۲۶ |

The Effectiveness of God- Inclined Spiritually Therapy on the Reduction of Depression and Anxiety and the Increase of Quality Life of Women with Breast Cancer in Tehran City

Masoumeh. Vahhabi Meshak¹ & Mina. Mojtabaie^{2*}

Abstract

Aim: The Present article aimed to investigate the effectiveness of god-inclined therapy on the reduction of depression and anxiety and the increase of quality life of women with breast cancer(BC) in Tehran. **Methods:** The present research was implemented in quasi-experimental method with pre-test and post-test design, control group and follow-up. The statistical population were all women with breast cancer(BC) under treatment in ShahreRey hospital of Tehran during 2022; among them 30 women were selected in voluntarily purposeful method and appointed in two groups of experimental and control. The instruments were consisted of Beck's depression and anxiety questionnaires and World's Health Organizational questionnaire of quality of life. The validity was confirmed by the experts and the reliability was estimated and approved through Cronbach Alpha ($\alpha > 0.07$). Prior to the treatment, the depression, anxiety and quality of life tests were implemented for both groups. The experimental group had received a God- Inclined Spiritually Therapy through eight sessions. The control group had not received any treatment. Both groups repeatedly answered to the questionnaires, after implementing the intervention in post-test and follow-up stages. The data was analyzed through between-within mixed variance analysis. **Results:** The results revealed that god-inclined therapy was effective in the reduction of depression ($F=5.02$, $P=0.03$) and anxiety ($F=11.16$, $P=0.001$) and the increase of women's quality of life ($F=25.52$, $P=0.001$), which was stable after 45 days in follow-up stage ($p < 0.05$). **Conclusion:** According to the effectiveness and stability of god-inclined therapy, it is suggested to implement these god-inclined methods in health and treatment centers in order to improve cancer patients' spiritual status.

Keywords: *God-Inclined Therapy, Depression, Anxiety, Quality of Life, Breast Cancer (BC).*

1 PhD student, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran

Email: mojtabaie_in@yahoo.com

2 Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran