

مقدمه

سرطان نوعی بیماری است که با رشد کنترل نشده سلولی و تهاجم به بافت‌های موضعی سیستماتیک مشخص می‌شود (هالت (Holt)، ۲۰۰۰). علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و عامل مرگ و میر پس از بیماری‌های قلب و عروقی است (حسن‌پور و آذری، ۱۳۸۴). پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۱۵ میلادی، حدود ۴۵ درصد از کل مرگ و میر در دنیا، ناشی از بیماری‌های غیرواگیردار خواهد بود. در این میان، سرطان حدود ۱۳ درصد از کل مرگ‌ها را در جهان به خود اختصاص خواهد داد (وان‌لییر (Van Lier) و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز سرطان پس از بیماری‌های قلبی و عروقی و تصادفات موتوری، در ردیف سوم از نظر مرگ و میر قرار دارد (خادمی و سجادی، ۱۳۸۶). از موضوعات بسیار مهم سال‌های اخیر در مورد بیماران دچار سرطان، بحث عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی، وسواس، پرخاشگری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. سرطان به‌عنوان یک بیماری فلج‌کننده و غیرقابل علاج در جامعه تلقی می‌شود. فرد متعاقب تشخیص آن، دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، به‌طوری‌که ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده‌های آنها، فرد را به سوی اختلالات روانی می‌کشاند (هالت، ۲۰۰۰). سرطان، ضمن ایجاد مشکلات جسمانی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی در این بیماران می‌شود و واکنش‌هایی نظیر پرخاشگری، خشم، افسردگی، استرس و احساس گناه را به دنبال دارد (ایسمیلته (Smilyte) و همکاران، ۲۰۱۳؛ پیکاردی و آبنی (Picardi & Abeni)، ۲۰۰۱). مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان در این بیماران خشم و اضطراب است. چنانچه خشم به‌وجودآمده در این بیماران به درستی ابراز نگردد، این ممکن است به درون فرد جهت یابد و منجر به افسردگی، ناامیدی و تلاش در راستای خودکشی شود (دیفستفانو (Distefano) و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعه کروئنگه و همکاران (۲۰۱۰)، با استفاده از پرسش‌نامه SCL-90 و مصاحبه بالینی، در گروهی از زنان مبتلا به سرطان نشان داد که مبتلایان از نظر شاخص کلی سلامت روانی، نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین‌تری هستند و از نظر شاخص‌های افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان‌پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت‌های روان‌شناختی دارند. همچنین کراتنماچر (Krattenmacher) و همکاران، طی مطالعه‌ای اظهار داشتند که بیماران مبتلا به سرطان از مشکلات بین فردی، حساسیت در روابط متقابل و مشکلات روانی-اجتماعی رنج

کارآمدی شناخت‌درمانی مذهب‌محور

بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان

مهری مولایی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی بالینی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

mehri.molaei@yahoo.com

کج ستاره جانی / کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی پارس‌آباد مغان، گروه مشاوره، پارس‌آباد مغان، ایران

jani_s11@yahoo.com

مجید محمودعلیو / استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز

اصغر پوراسمعی / دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۷ - پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۲۵

چکیده

با توجه به اهمیت مداخلات معنوی در درمان مشکلات روان‌شناختی، این پژوهش با هدف تعیین میزان کارآمدی شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان اجرا شد. این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. از میان ۳۰۰ بیمار تحت حمایت مؤسسه خیریه آرزو در شهرستان پارس‌آباد مغان ۳۰ بیمار (۱۵ زن و ۱۵ مرد) با استفاده از نمونه در دسترس، در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه فهرست نشانه‌گان روان‌شناختی (SCL-25) بود. اعضای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۲ ساعته تحت شناخت‌درمانی مذهب‌محور قرار گرفتند، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. برای مقایسه میانگین‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مذهب‌محور نشانه‌های روان‌شناختی همه ابعاد مقیاس SCL-25، بجز روان‌گسستگی، جسمانی‌سازی و وسواس فکری-عملی را کاهش می‌دهد. همچنین شناخت‌درمانی مذهب‌محور، می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های پزشکی برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان، شناخت‌درمانی مذهب‌محور، نشانه‌های روان‌شناختی.

می‌برند (کراتنماچر و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج بررسی کیفیت زندگی ۲۹۱ بیمار زن ۳۱-۸۸ ساله مبتلا به سرطان رحم نیز نشان داد که این بیماران، با وجود استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای مؤثر، از نظر سلامت روان همچنان در سطح نامطلوب می‌باشند (کورفاگه (Korfage) و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ای دیگر، ریس و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه دست یافتند که طی ۱۲ الی ۱۴ هفته از شیمی‌درمانی، در این بیماران افسردگی معناداری ایجاد می‌شود که در کنار اضطراب شدید با مشکلات جسمی و شکایات جسمانی متعدد همراه می‌شود.

گرچه پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان موجب واکنش بهتر تومور به درمان‌ها و افزایش طول عمر این مددجویان گردیده است، اما اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری مانند ورم لنفاوی، ضعف، درد، بی‌حسی، محدودیت در حرکت مفصل شانه، احساس سنگینی در دست و اختلالات روانی اجتماعی همراه بوده‌اند. اینها خود موجب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (کیلبرث و رفشاگ (Kilbreth & Refshaug)، ۲۰۰۶). به همین دلیل، امروزه بر روان‌درمانی این بیماران تأکید شده است. بسیاری از پزشکان جدیداً ایمان و معنویت را به‌عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند، به‌گونه‌ای که آنها اغلب ضروری می‌دانند که در فرایند درمان مسائل معنوی بیماران را مورد توجه قرار دهند (پت (Peteet)، ۲۰۱۲). در شناخت‌درمانی مذهب‌محور، علاوه بر روش‌های شناخت‌درمانی، که هدف آن تغییر باورداشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به مراجع کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه نماید. همچنین توکل به خدا و اعتقاد به امداد الهی، سبب می‌شود که امید به زندگانی افزایش یابد (لمبرت و دولاهیت (Lambert & Dollahite)، ۲۰۰۸). در جلسات درمانگری، این باور در بیمار ایجاد می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد بی‌فایده نبوده، بلکه با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز فکری، بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد.

در روان‌درمانی مشکلات روان‌شناختی، مطالعات متعدد تأثیر مثبت درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی (عیسی‌زادگان و همکاران، ۱۳۹۲؛ کهرزایی و همکاران، ۱۳۸۹)، کاهش اضطراب مرگ (هندلی (Handley) و همکاران، ۲۰۱۳)، کاهش پرخاشگری و مشکلات سازگاری (ورایس (Vries) و ایستفیل، ۲۰۱۳؛ رینولدس (Reynolds) و همکاران، ۲۰۱۳) و بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس (تایر (Tyrrer) و همکاران، ۲۰۱۳) در بیماران مبتلا به سرطان را نشان داده است. مطالعه کهرزایی و

همکاران (کهرزایی و همکاران، ۱۳۹۰) نیز نشان داد که درمان‌شناختی - رفتاری، همه ابعاد روان‌شناختی SCL-90 را کاهش می‌دهد. در کنار مطالعات مربوط به درمان‌شناختی - رفتاری، درمان‌شناختی مذهب‌محور نیز در کاهش اضطراب و استرس (بوله‌ری و همکاران، ۱۳۹۰)، بهبود کیفیت زندگی (دلگادو گوی (Delgado-guay) و همکاران، ۲۰۱۱) و سازگاری (سیمونی (Simon) و همکاران، ۲۰۰۲) در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر مثبتی داشته است. در همه این مطالعات، بین گروه آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در متغیرهای مورد بررسی به‌دست آمده است. مطالعه رحمتی و همکاران (۱۳۸۸)، نشان داد که گروه درمانی معنوی - مذهبی بر کاهش سوء ظن و بدبینی، خصومت‌ورزی، خلق افسرده و اضطراب مؤثر واقع شده است. برخی از مطالعات نیز (شاه (Shah) و همکاران، ۲۰۱۱؛ پرود (Perroud) و همکاران، ۲۰۱۱؛ گیرینگ (Gearing) و همکاران، ۲۰۱۱)، در زمینه تأثیر مثبت درمان معنوی - مذهبی در کاهش افکار پارانوئیدی و حساسیت بین‌فردی نتایج معناداری را به‌دست آورده‌اند.

تا آنجا که نگارندگان اطلاع دارند، مطالعه‌ای که به‌صورت همه‌جانبه تأثیر روان‌درمانی مذهب‌محور بر تمام ابعاد مورد بررسی در فهرست نشانه‌های روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان‌گسستگی، شکایات جسمانی، وسواس - اجبار و حساسیت بین‌فردی)، بیماران مبتلا به سرطان را بررسی کند، وجود نداشت. در نتیجه، با توجه به مبانی و پیشینه پژوهش، انجام مطالعاتی نظیر این پژوهش، ضروری به نظر می‌رسد تا در کنار درمان‌های پزشکی، سودمندی شناخت‌درمانی مذهب‌محور نیز در نمونه‌ای از جمعیت بیماران مبتلا به سرطان بررسی و مشخص شود. از این طریق می‌توان به بهبودی سریع‌تر این بیماران کمک کرد و مدت زمان بستری در بیمارستان و در نهایت، هزینه‌های بیمارستانی آنان را کاهش داد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان انجام گرفت.

روش پژوهش

طرح این پژوهش، نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام بیماران مبتلا به سرطان در سال ۱۳۹۲ تحت پوشش مؤسسه آرزو (مؤسسه خیریه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان) در شهرستان پارس‌آباد مغان بودند (N=۳۰۰). نمونه پژوهشی شامل ۳۰ بیمار، در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود زیر انتخاب شدند: تشخیص بیماری سرطان به‌وسیله پزشک متخصص،

محتوای جلسات شناخت‌درمانی مذهب‌محور

جلسه اول: الف: اعضای گروه آزمایشی با ذکر اسم، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد فرزند، نوع سرطان، زمان ابتلا و روند درمان با یکدیگر آشنا شدند.

ب: در مورد کلیات درمان از جمله تعداد جلسات (۸ جلسه)، زمان هر جلسه (۱۲۰ دقیقه)، روش‌ها و تکنیک‌هایی که استفاده خواهد شد (مانند تکلیف جمع‌آوری احادیث و آیات در زمینه مشکلات، صبر، توکل، آموزش تکنیک تغییر افکار ناکارآمد، آموزش آرام‌سازی عضلانی، بحث و به چالش کشیدن افکار و هیجانات منفی تجربه‌شده)، به اعضای گروه توضیح داده شد.

پ: اهداف درمان به‌وسیله ترکیب آموزه‌های دینی و نیز روش‌ها و تکنیک‌های شناختی-رفتاری، برای تقویت حفظ آرامش و استقامت و تغییر نگرش به بیماری سرطان و تغییر افکار منفی و تعدیل استرس در مسیر پیگیری روند درمان توضیح داده شد.

ت: قوانین و ضرورت‌ها شامل به‌موقع و بدون غیبت شرکت در جلسات، احترام به دیگر اعضای گروه، حفظ صداقت و همکاری در تکالیف، و رازداری در مورد مسائل مطرح شده توسط اعضا و انجام تمام تکالیف ارائه‌شده به اعضا توضیح داده شد.

ث: تکنیک تشخیص هیجان‌های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزاننده منفی و افکار ناخوشایند آموزش داده شد.

ج: در آخر جلسه اول، به‌عنوان تکلیف خواسته شد تا اعضا چند رویداد ناراحت‌کننده اخیر و هیجان‌ها و افکار تجربه‌شده در طی این اتفاق‌ها را یادداشت کنند تا در جلسه بعد آنها را در مورد آنها بحث کنیم.

جلسه دوم: الف: تکلیف خانگی جلسه اول دریافت و در مورد رویدادهای ناخوشایند و افکار منفی ایجادشده و نحوه تغییر آنها بحث شد.

ب: از اعضا خواسته شد تا احادیث و روایات و آیاتی که در مورد سختی‌ها می‌دانند بیان کنند و در مورد تأثیر شناختی آنها بحث شود، سپس به لیستی از احادیث و آیات قرآن کریم و دعاهایی (عمدتاً از صحیفه سجادیه) که درباره صبر و استقامت و حل مشکلات بود اشاره و در مورد تأثیر خوشایند آنها بر ذهن و تقویت امید افراد تبادل نظر شد.

ت: اعضای گروه مکلف شدند هر روز تا حد ممکن، با علاقه نماز خود را ادا کرده و حداقل نیم ساعت در یک زمان و مکان دلخواه به دعا و نیایش بپردازند. به‌عنوان تکلیف خانگی، برای هفته بعدی از اعضا خواسته شد از بین لیست احادیث و روایاتی که در اختیار آنها قرار داده می‌شود، احادیث و دعا

سن بالای ۱۵ سال، عدم اختلالات عمده روان‌پزشکی بر اساس DSM-IV، عدم بیماری یا مشکل جسمی دیگر، که مانع حضور بیمار از جلسات درمانی گردد، عدم استفاده از مواد، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، همگونی نسبی از لحاظ اقتصادی-اجتماعی و اینکه بیماران در مراحل پایانی بهبودی از سرطان نباشند. پس از بررسی شرایط بیماران و مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس بالینی، ۳۰ نفر از بیمارانی که معیارهای لازم را برآورده می‌کردند، انتخاب شدند. پس از توضیح کامل اهداف پژوهشی و کسب رضایت کتبی آنان، به‌صورت تصادفی به گروه کنترل و آزمایشی (هرکدام ۱۵ نفر) اختصاص یافته و ابزارهای پژوهش را تکمیل نمودند. اعضای گروه آزمایش، به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و یکبار در هفته تحت شناخت‌درمانی مذهب‌محور قرار گرفت. اما اعضای گروه گواه، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات درمانی آزمودنی‌های هر دو گروه، مجدداً ابزارهای پژوهشی را تکمیل نمودند. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف معیار) و با تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از تکمیل روند پژوهش، با ابراز علاقه اعضای گواه به دلیل رعایت اصول اخلاقی جلسات درمانی برای آنها نیز اجرا گردید.

از پرسش‌نامه فهرست نشانگان روان‌شناختی (SCL-25)، برای سنجش ابعاد روان‌شناختی بیماران استفاده شد. این پرسش‌نامه فرم کوتاه SCL-90 در اگاتیس (۱۹۸۴) است که توسط نجاریان و داودی (۲۰۰۱) ساخته شده است. آنها این فرم را برای سنجش آسیب‌شناسی روانی عمومی توصیه کردند. این مقیاس ابعاد روان‌گسستگی، جسمانی‌سازی، وسواس-اجبار، افکار پارانوئیدی، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب و ترس مرضی را می‌سنجد و در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ (۰) تا به شدت (۴) نمره‌گذاری می‌شود. نتایج حاصل از بررسی تحلیل عاملی آنها نشان داد که SCL-25 با وجود کاهش ۶۵ ماده، از مجموع ۹۰ ماده مقیاس اصلی، همبستگی بالای ۰/۹۵ با آن دارد. روایی SCL-25 از طریق محاسبه همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی مورد بررسی قرار گرفته است. همسانی درونی در دختران، ۰/۹۷ و در پسران، ۰/۹۸ به‌دست آمده است. ضریب روایی، به شیوه بازآزمایی در نمونه ۳۱۲ نفری از دانشجویان دانشگاه چمران اهواز و به فاصله ۵ هفته‌ای در نمونه کل، ۰/۷۸ به‌دست آمده است. ضریب همبستگی SCL-25، با مقیاس اضطراب عمومی ۰/۶۹، مقیاس افسردگی بک، ۰/۴۹ و با مقیاس کمال‌گرایی، ۰/۶۶ به‌دست آمده است (نجاریان و داودی، ۱۳۷۹).

پیش‌آزمون، تفاوت چندانی بین میانگین نمرات در دو گروه آزمایشی و کنترل وجود ندارد. اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. برای تعیین معنی‌داری تفاوت میانگین‌ها، از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. نتایج حاصل از آن، در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های SCL-25 گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس-اجبار	۲/۸۸	۰/۹۴	۲/۶۶	۰/۹۲	۲/۶۸	۱/۰۳	۲/۸۳	۱/۰۰
جسمانی‌سازی	۲/۴۴	۰/۵۰	۲/۳۵	۰/۴۷	۲/۱۸	۰/۸۰	۲/۲۰	۰/۷۴
اضطراب	۲/۶۶	۰/۶۹	۲/۱۱	۰/۷۳	۲/۴۴	۰/۹۴	۲/۵۱	۰/۹۲
افسردگی	۲/۷۰	۰/۷۵	۱/۸۰	۰/۵۲	۲/۳۳	۱/۲۱	۲/۵۰	۱/۰۵
افکار پارانوئیدی	۲/۵۳	۱/۲۴	۲/۰۰	۱/۰۶	۲/۴۰	۱/۱۲	۲/۶۰	۰/۹۱
حساسیت بین‌فردی	۲/۶۴	۱/۰۰	۲/۳۳	۱/۰۳	۲/۱۱	۱/۰۲	۲/۱۱	۰/۹۵
روان‌گسستگی	۲/۱۱	۰/۸۵	۲/۰۴	۰/۸۴	۲/۰۲	۱/۱۳	۲/۰۲	۱/۰۱
ترس مرضی	۲/۳۳	۰/۹۷	۲/۰۸	۰/۹۴	۲/۶۸	۰/۸۴	۲/۶۸	۰/۸۴

پیش از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لوین استفاده شد. بر اساس آزمون باکس، که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=0/908, P=0/626, BOX=47/61$).

جدول ۲. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیرها	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
وسواس-اجبار	۳/۵۳	۱	۲۸	۰/۰۷
جسمانی‌سازی	۰/۵۳	۱	۲۸	۰/۴۶
اضطراب	۳/۱۵	۱	۲۸	۰/۰۹
افسردگی	۰/۲۸	۱	۲۸	۰/۵۹
افکار پارانوئیدی	۰/۴۱	۱	۲۸	۰/۵۲
حساسیت بین‌فردی	۱/۳۵	۱	۲۸	۰/۲۵
روان‌گسستگی	۰/۶۳	۱	۲۸	۰/۴۳
ترس مرضی	۱/۴۷	۱	۲۸	۰/۲۳

و روایت‌هایی که ارتباط بیشتری با آن برقرار می‌کنند و تأثیر بهتری بر امیدواری و روحیه آنها دارد، انتخاب و روزی یک‌بار آن را بخوانند.

جلسات سوم و چهارم: الف: بر آموزه‌های جلسات قبلی مرور کوتاهی انجام شد.

ب: تکالیف منزل اعضا بررسی شد.

ت: تکنیک توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی آموزش داده شد.

ث: برای تقویت امید به بهبودی، گزارشی کوتاه از پرونده افراد تحت حمایت مؤسسه خیریه آرزو و دیگر شهرستان‌ها (به گزارش مدیر مؤسسه)، که تاکنون با موفقیت روند درمان را طی کرده بودند، به اعضا ارائه شد.

ج: تحریف‌ها و خطاهای شناختی، که انسان‌ها مرتکب می‌شوند، توضیح داده شد.

د: با پیشنهاد خود اعضا فعالیت لذت‌بخش برای افراد در طی روز در نظر گرفته شد.

جلسات پنجم تا ششم: الف: آموزش تکنیک آرامش عضلانی و تنفس عمیق برای استفاده در مواقع تجربه استرس.

ب: آموزش تجسم ذهنی بر پدیده‌های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف.

پ: بررسی افکار غیرمنطقی به کمک بیماران و جایگزینی افکار منفی با افکار منطقی.

ت: مرور و تأکید بر ایجاد هیجان‌ات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی.

جلسات هفتم تا هشتم: الف: بیان احساسات توسط بیماران درباره محتوای جلسات و تکنیک‌هایی که یاد گرفته‌اند و بحث در مورد آنها.

ب: بررسی تغییراتی که بیماران در طی دوره درمان در وضعیت خود احساس کرده‌اند.

پ: ادامه تکالیف منزل.

ت: در پایان تذکر نکاتی، از جمله یادآوری اینکه در صورت تجربه ناراحتی و استرس و نیز افکار منفی، فنون و تکنیک‌های آموزش دیده را به کار بگیرند.

یافته‌های پژوهش

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش شامل زیرمقیاس‌های SCL-25 (وسواس-اجبار، جسمانی‌سازی، اضطراب، افسردگی، افکار پارانوئیدی، حساسیت بین‌فردی، روان‌گسستگی و ترس مرضی)، در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک اندازه‌گیری شده است. نتایج بیانگر این است که در مرحله

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد، پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای تحلیل کواریانس چندمتغیری نیز رعایت شده است ($P > 0/05$).

جدول ۳. تحلیل کواریانس چندمتغیری روی میانگین‌های نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در ابعاد SCL-25

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذورات
وسواس- اجبار	پیش‌آزمون	۱۱/۳۳۹	۱	۱۱/۳۳۹	۱۲۵/۲۴۵	۰/۰۰۱	۰/۸۶۲
	گروه	۰/۳۷۴	۱	۰/۳۷۴	۴/۰۲۵	۰/۰۶۰	۰/۱۶۷
	خطا	۱/۸۵۹	۲۰	۰/۰۹۳			
جسمانی‌سازی	پیش‌آزمون	۴/۳۷۵	۱	۴/۳۷۵	۱۵۴/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵
	گروه	۰/۰۳۶	۱	۰/۰۳۶	۱/۲۸۴	۰/۲۷۱	۰/۰۶۰
	خطا	۰/۵۶۶	۲۰	۰/۰۲۸			
اضطراب	پیش‌آزمون	۸/۴۳۳	۱	۸/۴۳۳	۹۷/۵۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳۰
	گروه	۲/۴۵۹	۱	۲/۴۵۹	۲۸/۴۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
	خطا	۱/۷۲۸	۲۰	۰/۰۸۶			
افسردگی	پیش‌آزمون	۸/۰۴۷	۱	۸/۰۴۷	۴۹/۳۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
	گروه	۶/۱۶۶	۱	۶/۱۶۶	۳۷/۷۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۴
	خطا	۳/۲۶۴	۲۰	۰/۱۶۳			
افکار پارانوییدی	پیش‌آزمون	۷/۰۶۴	۱	۷/۰۶۴	۳۱/۵۲۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۲
	گروه	۳/۳۷۸	۱	۳/۳۷۸	۱۵/۰۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	خطا	۴/۴۸۲	۲۰	۰/۲۲۴			
حساسیت بین‌فردی	پیش‌آزمون	۸/۳۵۲	۱	۸/۳۵۲	۳۶۲/۷۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۸
	گروه	۰/۵۸۹	۱	۰/۵۸۹	۲۵/۵۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۱
	خطا	۰/۴۶۰	۲۰	۰/۰۲۳			
روان‌گسستگی	پیش‌آزمون	۱۲/۹۷۶	۱	۱۲/۹۷۶	۱۵۰/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳
	گروه	۰/۰۰۶	۱	۰/۰۰۶	۰/۰۶۶	۰/۸۰۰	۰/۰۰۳
	خطا	۱/۷۲۸	۲۰	۰/۰۸۶			
ترس مرضی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۰۲	۱	۱۴/۹۰۲	۴۲۷/۱۷۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
	گروه	۰/۶۰۵	۱	۰/۶۰۵	۱۷/۳۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۶۴
	خطا	۰/۶۹۸	۲۰	۰/۰۳۵			

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با ثابت نگه داشتن اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب ($F=۲۸/۴۶۴$ ، $P<0/001$)، افسردگی ($F=۳۷/۷۷۸$ ، $P<0/001$)، افکار پارانوییدی ($F=۱۵/۰۷۶$ ، $P<0/001$)، حساسیت بین‌فردی

($F=۲۵/۵۹۵$ ، $P<0/001$) و فوبیا ($F=۱۷/۳۴۵$ ، $P<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، درمان‌شناختی مذهب‌محور از بین ابعاد مورد بررسی در SCL-25 بر اضطراب، افسردگی، افکار پارانوییدی، حساسیت بین‌فردی و ترس مرضی افراد مبتلا به سرطان تأثیر داشته است، به‌طوری‌که موجب کاهش میانگین نمرات این متغیرها در گروه‌های آزمایشی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر نشانه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت‌درمانی مذهب‌محور در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، حساسیت بین‌فردی مؤثر می‌باشد. این یافته، با مطالعات (بوله‌ری و همکاران، ۱۳۹۰؛ دلگادو و همکاران، ۲۰۱۱؛ سیمونی و همکاران، ۲۰۰۲؛ رحمتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ پرود و همکاران، ۲۰۱۱؛ گیرینگ و همکاران، ۲۰۱۱) همسو هست. در راستای این یافته‌ها در مطالعه (کانادا و همکاران، ۲۰۰۶) نیز در مورد ۱۲۹ بیمار مبتلا به سرطان تخمدان، از راهکارهای مقابله‌ای فعال و بهبود عملکرد اجتماعی و عملکردی، در نتیجه به‌کارگیری باورهای معنوی و مذهبی یاد شده است که با بهبود وضعیت روانی این بیماران از جمله کاهش افسردگی، اضطراب، ترس مرضی همراه بوده است. یافته‌های این پژوهش، با مطالعه قهاری و همکاران (۱۳۹۰) نیز ناهمسو بود که در مورد اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری و معنوی-مذهبی، در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت و نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست. همچنین بر طبق نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر نشانه‌های روان‌شناختی روان‌گسستگی، جسمانی‌سازی و وسواس-اجبار مؤثر واقع نشده است.

طی بیش از دو قرن اخیر و با گسترش مباحث مربوط به روان‌شناسی مذهب و معنویت در سالم‌سازی انسان و جامعه‌ای سالم و رو به رشد، توجه بسیاری از روان‌شناسان به این مسئله معطوف شده است. افزایش علاقمندی به موضوع معنویت، در عرصه جهانی موجب شده که متخصصان بهداشت روان به این بُعد سلامت روان تأکید نمایند، چنانچه ارزش‌ها و مهارت‌های معنوی به‌گونه‌ای فزاینده به‌عنوان جنبه‌های لازم مراقبت معنوی شناخته شده‌اند (بوسی، ۲۰۰۲). مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر معنویت درمانی، در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری قرار دارد. معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله

تحت تأثیر قرار می‌دهد و به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی نموده، حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه داشته باشد (سیمونی و دیگران، ۲۰۰۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت و مذهب موجب القا امیدواری، هدف و معنی در زندگی بیماران مبتلا به سرطان می‌شود و انسجام اجتماعی را افزایش می‌دهد. علائم عمومی روان‌پریشی، افکار پارانوئیدی و حساسیت بین‌فردی را در آنها کاهش می‌دهد. این بیماران با نگرش مذهبی، نگرش مثبتی به زندگی داشته و از انزوای پرهیز می‌کنند. درواقع، مذهب می‌تواند کنار آمدن با بیماری را تسهیل کند (شاه و همکاران، ۲۰۱۱؛ پرود و همکاران، ۲۰۱۱). بیماران دارای گرایش مذهبی بالا دارای خشنودی بیشتری از زندگی هستند و شادمانی و نشاط بیشتری دارند. در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی، پیامدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند. درد روان‌شناختی و کیفیت زندگی پایین این بیماران به‌طور معناداری با باورهای معنوی بسیار پایین ارتباط داشته است (گیرینگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ دلگادو گوی و همکاران، ۲۰۱۱). اعمال مذهبی سازمان‌یافته، علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین‌فردی را نیز تأمین می‌کند. عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به‌عنوان عوامل حمایتی یا حائلی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی‌بخشی به زندگی، اضطراب و استرس زندگی را کم کنند و کیفیت زندگی را در افراد مبتلا به سرطان افزایش دهند (راسیک و همکاران، ۲۰۱۱). می‌توان گفت: باورهای مذهبی و معنوی منجر به یک سلسله عواطف و احساسات مثبت می‌شوند که از طریق سیستم ایمنی برای سلامتی مفید هستند. ازجمله این عواطف می‌توان به صبر، توکل، رحمت، تسلیم، اطمینان و... اشاره کرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مذهب و معنویت، اساسی‌ترین و مهم‌ترین مسئله در شخصیت سالم و وحدت روانی است و وحدت روان با سیستم ارزشی که بتواند به حیات معنی و هدف بدهد، مرتبط است (هنینگسگارد و آرنائو، ۲۰۰۸). در حقیقت، افراد دارای گرایش مذهبی درونی، ارزش‌های مذهبی را درونی کرده، آن را به‌مثابه هدف در نظر می‌گیرند و از آن برای رفع نیازهای خود کمک می‌گیرند (جان و ویلیامز، ۲۰۱۳).

در اینکه در این مطالعه، شناخت‌درمانی مذهب‌محور در کاهش نشانه‌های روان‌گسستگی، وسواس فکری-عملی و جسمانی‌سازی در افراد نمونه مؤثر واقع نشده است، باید گفت: در طی مصاحبه بالینی مشخص شد که برخی از بیماران در مقیاس‌های مذکور مشکلات حادتری دارند. بنابراین، احتمالاً تعداد محدود جلسات گروهی شناخت‌درمانی مذهب‌محور در درمان این مقیاس‌ها کافی نبوده است و نیازمند تعداد جلسات درمانی و زمان بیشتری است.

بنابراین، در مجموع یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخش بودن شناخت‌درمانی مذهب‌محور در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان بود. کاهش علائم روان‌شناختی، نه‌تنها در درمان‌های مؤثر و پیشرفت‌های آینده مؤثر است، بلکه در ارتقای برنامه‌های حمایتی، مقابله‌ای و اقدامات توانبخشی بسیار مهم است. درمان مذهب‌محور، می‌تواند موجب کاهش استرس ایجادشده به دنبال تشخیص و درمان‌های رایج بیماری سرطان گردد و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش ارزنده‌ای داشته باشد. بنابراین، با توجه به رنج و عذاب زیادی که این بیماران در زمینه‌های مختلف تجربه می‌کنند، برای کاهش و درمان مشکلات روان‌شناختی متعددی که این بیماران دارند، می‌توان از رویکردهای روانی درمانی مختلف بخصوص درمان‌های مذهب‌محور به‌عنوان درمان‌های مکمل در کنار درمان‌های پزشکی استفاده کرد؛ به‌ویژه در جامعه ایرانی که مذهب و معنویت جایگاه ویژه‌ای در بین مردم دارد. همچنین با توجه به تعداد محدود مطالعات در زمینه این پژوهش، پژوهشگران می‌توانند نقش معنویت در درمان عوامل متعدد در بیماران صعب‌العلاج را مدنظر قرار دهند. طرح پژوهشی حاضر، دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. ازجمله نمونه‌گیری در دسترس به دلیل محدودیت‌های متعدد، ازجمله مشکل حضور در جلسات و نداشتن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی که امید است پژوهشگران در مطالعات بعدی این موارد را در نظر داشته باشند.

منابع

- Korfage, I.J, & et al, 2009, Healthrelated quality of life in cervical cancer survivors: a population-based survey, *International Journal of Radiation Oncology*, v. 73, p. 1501-1509.
- Krattenmacher, T, & et al, 2013, A comparison of the emotional and behavioral problems of children of patients with cancer or a mental disorder and their association with parental quality of life, *The Journal of Psychosomatic Research*, In Press, Accepted Manuscript, Available online 7.
- Kroenke, K, & et al, 2010, The Association of Depression and Pain with Health-Related Quality of Life, Disability, and Health Care Use in Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 40, p. 327-341.
- Lambert, N.M, & Dollahite, D.C, 2008, The Threefold Cord: Marital commitment in Religious Couples, *Journal of Family Issues*, v. 29, P. 592-614.
- Najarian, B, & Davoodi, I, 1379, Making and normalizing of Scl-25 (short-revised) Scl-90-R, *Journal of Health Psychology*, v. 2, p. 136-149.
- Perroud, N, & et al, 2011, Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders, *Psychiatric Research*, v. 186, p. 82-177.
- Peteet, J.R, 2012, Spiritually integrated treatment of depression: A conceptual framework, *Depression Research and Treatment*, (Article ID 124370), 1-6. doi: 10.1155/2012/124370.
- Picardi, A, & Abeni, D, 2001, Stressful life events and skin disease: disentangling evidence from myth, *Psychother Psychosom Med Psychol*, v. 70, p. 118-136.
- Rasic, D, & et al, 2011, Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study, *Journal of Psychiatric Research*, v. 45, p. 848-854.
- Reece, J, & et al, 2013, Course of depression, mental health service utilization and treatment preferences in women receiving chemotherapy for breast cancer, *General Hospital Psychiatry*, v. 35, p. 376-381.
- Reynolds, N, & et al, 2013, Spiritual Coping and Psychosocial Adjustment of Adolescents with Chronic Illness: The Role of Cognitive Attributions, Age, and Disease Group, *The International Journal of Adolescent Medicine and Health*, v. 52, p. 559-565.
- Shah, R, & et al, 2011, Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia, *Psychiatric Research*, v. 190, p. 200-205.
- Simoni, J.M, 7 et al, 2002, Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling, *The Journal of Counseling Psychology*, v. 49, p. 139-148.
- Smailyte, G, & et al, 2013, Suicides among cancer patients in Lithuania: A population-based census-linked study, *Journal of Cancer Epidemiology*, v. 37, p. 714-718.
- Tyrer, P, & et al, 2013, Clinical and cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for health anxiety in medical patients: a multicentre randomized controlled trial, *Lancet Neurology*, In Press, online Corrected Proof, Available 18 October.
- Van Lier, E.A, & et al, 2008, Estimated number of new cancer cases attributable to infection in the Netherlands in 2003, *Cancer Letters*, v. 272, p. 226-231.
- Vries, M, & Stiefel, F, 2013, Psycho-oncological interventions and psychotherapy in the oncology setting, *Cancer Research*, v. 197, p. 121-135.
- حسن‌پور، علی و مهناز آذری، ۱۳۸۴، «کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطانی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اهواز*، ش ۴۲، ص ۳۸-۵۱.
- خادمی، مژگان و محبوبه سجادی هزاوه، ۱۳۸۸، «سرطان پستان: یک مطالعه پدیدارشناسی»، *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ش ۱، ص ۲۹-۳۹.
- رحمتی، محمود و همکاران، ۱۳۸۹، «تأثیر گروه درمانی معنوی-مذهبی بر علائم روانی بیماران اسکیزوفرنیک»، *پژوهش پرستاری*، ش ۱۶، ص ۱۳-۲۰.
- عیسی‌زادگان، علی و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان»، *مجله پزشکی ارومیه*، ش ۵، ص ۳۳۹-۳۴۶.
- قهراری، شهربانو و همکاران، ۱۳۹۱، «اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری و معنوی-مذهبی در زنان مبتلا به سرطان پستان»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ش ۴، ص ۳۳-۴۰.
- کهرزایی، فرهاد و همکاران، ۱۳۹۰، «اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان»، *روان‌شناسی کاربردی*، ش ۲، ص ۷-۲۳.
- نجاریان، بهمن و ایران داودی، ۱۳۸۰، «ساخت و اعتباریابی مقیاس SCS برای سنجش ویژگی‌های اسکیزوتیپی در جمعیت عمومی»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ش ۱۲، ص ۱۳۶-۱۴۹.
- Bussey, M, 2002, From change to progress: critical spirituality and the futures of studies, *The Journal of Pain and Symptom Management*, v. 34, p. 303-315.
- Canada, A, & et al, 2006, Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer, *Gynecologic Oncology*, v. 101, p. 102-107.
- Delgado-Guay, M.O, & et al, 2011, Spirituality, Religiosity and Spiritual Pain in Advanced Cancer Patients, *The Journal of Pain and Symptom Management*, v. 41, p. 986-994.
- Distefano, M, & et al, 2008, Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemo radiotherapy, *Gynecologic Oncology*, v. 111, p. 144-50.
- Gearing, R, & et al, 2011, Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence, *Schizophrenia Research*, v. 126, p. 150-163.
- Handley, T, & et al, 2013, Incidental treatment effects of CBT on suicidal ideation and hopelessness, *Journal of Affective Disorders*, v. 151, p. 275-283.
- Hasanpour, A, & Azari, E, 1384, *Quality of life and related factors in cancer patients Abstract Book of National congress of care in special diseases*, Ahvaz; Ahvaz University of Medical Sciences, 42.
- Henningsgaard, J.M, & Arnau, R.C, 2008, Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis, *Personality and Individual Differences*, v. 45, p. 703-708.
- Holt, J, 2002, Exploration of the concept of hop in the Dominican Republic, *Journal of Advanced Nursing*, v. 32, p. 1116-1125.
- John, D.A, & Williams, D.R, 2013, Mental health service use from a religious or spiritual advisor among Asian Americans, *The Asian Journal of Psychiatry*, v. 6, p. 599-605.
- Kilbreth, H, Refshauge, K, 2006, Resistance and stretching shoulder exercise early following axillary's surgery for breast cancer, *Rehabilitation oncology*, v. 24, p. 9-14.