

Relationship of Spiritual Experiences and Hope with Living in Present among Men with Cancer in Tehran

Anahita Khodabakhshi-Koolae^{*1} , Damoon Farhangi² 

1- Department of Psychology and Education, Faculty of Humanities, Khatam University, Tehran, Iran.

2- Department of Consulting, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

*Correspondence should be addressed to Ms. Anahita Khodabakhshi-Koolae; Email: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

Article Info

Received: Mar 2, 2019

Received in revised form:

May 8, 2019

Accepted: May 19, 2019

Available Online: Jun 22, 2019

Keywords:

Cancer

Hope

Men

Spiritual experiences

Abstract

Background and Objective: Cancer is the third leading cause of mortality in Iran. Along with other interventions, spiritual experiences, hope and living in present are very important among patients with cancer. The aim of this study was to determine the relationship between spiritual experiences and hope with living in the present among men in Tehran in 2016.

Methods: This descriptive and correlation study was conducted on a sample of 100 men with cancer who were in Tehran by 2016, using available sampling method. The participants completed three questionnaires: Snyder's Hope Questionnaire, Underwood and Tersi's Spiritual Experiences, and Sepahvand and Arab's Living in Present. Data analysis was performed using single-variable and multiple regression analysis and Pearson correlation coefficient. In this research, all ethical issues were observed and the researchers declared no conflicts of interests.

Results: The findings indicated a significant positive correlation between hope and living in present time ($P < .01$) and also between spiritual experiences and living in present time ($P < .05$).

Conclusion: It seems that therapists need to consider the positive psychological and spiritual role of accepting and improving the treatment of cancer. Spiritual experience which involves communication with God, prayers, and receiving spirituality in life can lead to more congruent behaviors among cancer patients such as finding meaning in life and the experience of living in present. Eventually, these resources can contribute to individual growth and patient empowerment in redefining the disease.

Please cite this article as: Khodabakhshi-Koolae A, Farhangi D. Relationship of Spiritual Experiences and Hope with Living in Present among Men with Cancer in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(2):75-88. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.19158>

Summary

Background and Objective

In the current world, cancer causes a lot of problems for people with the disease; in addition, the role of living in the present, hopes and spiritual experiences are of particular importance in examining mental health problems. The purpose of this study was to examine the relationship between spiritual experiences and hope with living in present. Cancer with more than 100 types of malignant tumors can occur in all ethnic, racial, social, sexual, and economic groups, and all people are susceptible to this disease (1). Cure for cancer almost

always begins with invasive methods, it lasts for months, and side effects can cause mental and psychological problems (2). Given that, spirituality and its growth can be of particular importance to cancer patients. The concept of "spirituality" is defined to cover all matters of life (3). Spirituality in Islam is introduced as a principle, as it is said in the Sura of Nisaa: "Complete your faith and confirm it" (4). Spiritual experiences may not lead to the cure of a disease, but can help the person to feel good, prevent some health problems, and easily make peace with illness and death (5). For cancer patients who are at terminal stage, spiritual and religious comfort may be even more important than physical and mental health

(6). Today, psychological problems have been studied, including depression and life expectancy in the development of physical illnesses, and even their prevention and treatment, since reducing physical illnesses will raise life expectancy, lowering anxiety and tension (5). One of the most prominent features of the faith is the Fear and Hope. This means hoping for the great mercy and divine grace (6). Further, "Hope" is one of the important resources for patients to survive, influencing the attitude of the individual, his health, and possibilities in the future. The results of the research by McClain et al. showed that spiritual health has a strong effect on end-of-life hopelessness in cancer patients (7). Research has shown that living in the present or Mindfulness can also play an important role in improving cancer (8,9). The Mindfulness means paying attention to the present, in a particular, purposeful manner which is free of judgment (10). Mindfulness can be described as "being" or "understanding" that requires the perception of personal emotions (11). Considering the importance of hope and spiritual experiences and their relationship with the being in present in the process of recovery of patients along with dearth of research in Iran, this study has sought to examine the relationship between spiritual experiences and hopefulness with life in the present time.

Methods

This research is a descriptive-correlational study in terms of purpose and data collection. The statistical population of this study was all the males with cancer referring to the areas related to the treatment of cancer patients in Tehran including Shohada and Imam Khomeini Hospitals, 100 of whom were selected. The required information was obtained, observing the principle of secrecy, the questionnaires were completed. In this study, Snyder's Hope Questionnaire, Underwood and Tersi's spiritual experiences, and Sepahvand and Arab's living in present were used. The statistical method used in this study was descriptive statistics (mean and standard deviation) and Pearson correlation coefficient and single-variable and multiple regression.

Snyder Hope Questionnaire (2002): Based on Schneider's Hope theory, it is a measure that evaluates hope as a relatively stable personality trait (12). This test consists of 12 items and two subscales of factor thinking and strategies and is utilized on a scale of 8 degrees Likert. The internal consistency of the whole test is from .74 to .84, and the test-retest reliability is .80 (13).

Spiritual Daily Experiences Questionnaire: It was first developed by Underwood & Tersi (2002) to provide a multidimensional tool of spirituality. This scale has 16 items (14,15) and is used by Likert score method. Cronbach's Alpha Estimation of Internal Stability was .88 for the test, and .92 for the retest.

Living in Present Questionnaire: It was prepared by Sepahvand and Arab in the 2014, and contains 36 items. This questionnaire has been devised to measure

life in the present. As for its validity, Cronbach's alpha was 0.78 (16).

Results

The results of regression analysis showed that there is a significant relationship between research variables. In other words, there is a positive and significant relationship between spiritual experiences and living in the present ($r=.222$). Moreover, there is a positive relationship between hope and living in the present ($r=.337$).

Conclusion

The purpose of this study was to examine the relationship between the variables of spiritual experiences and life expectancy with living in present in men with cancer in Tehran. The results of this study showed that there is a positive and significant relationship between hope and survival in men with cancer ($P<.01$). The findings of this study are in line with those of previous studies (18, 19). For example, in a study, attending a moment that is reinforced by mindfulness training will reduce negative thoughts and frustrations (17-19). The results also indicate that there is a positive and significant relationship between spiritual experiences and living in the present time in Tehran's male cancer patients ($P<.01$). As one can conclude, rise in each strengthens the other and vice versa. This confirms the research that has shown that spirituality can affect all aspects of the lives of patients, including life in the present (3, 20). The findings imply that the higher the indicators of living in the present time in cancer patients, the higher their level of enjoyment of spiritual experiences and hope. As for the limitations of this study, using the correlation method, the use of questionnaires only, research on men only, which normally limits the generalization of the results, can be noted.

Ethical considerations

The Ethics Committee of Islamic Azad University, Science and Research Branch has confirmed this research. Ethics Code:930370620

Funding

According to the authors, 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. Luckmann J, sounders S. Manual of Nursing Care. Tehran: Aeeje; 2002.
2. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat. 2008;14.
3. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Rad MN, Lakeh MA. Conceptual definition and operationalization of

- spiritual health: A methodological study. *Medical Ethics Journal*. 2012;6(20):11-44.
4. Quran Th. Sura Al-Nesa. Verse 136. Tehran: Office of Historical Studies and Islamic Studies; 2011.
 5. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *Journal of general internal medicine*. 2006 Dec 1;21:S1-2.
 6. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. *Journal of pain and symptom management*. 2006;31(5):449-56.
 7. Makarem Shirazi N. Tafsire Nemoone. Qum: Dar al-Kotob Islamiyeh; 1994.
 8. Snyder CR LK, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006;51(2):89.
 9. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W, Kakavanos R, Turner CT, Hopwood JJ, et al. 10. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*. 2003;361(9369):1575-664.
 10. Kvillemo P, Bränström R. Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer nursing*. 2011; 34(1):24-31.
 11. Heidarian A, Zahra Kar F, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Resiliency and Reducing the Rumination in Female Patients with Breast Cancer: A Randomized Trial. *Breast Cancer of Iran*. 2016;9(2):25-31. (Full Text in Persian)
 12. Khademi M, Sajadi HM. Breast Cancer A Phenomenological Study Scientific magazine of Arak University. 2009;1(3):29-39. (Full Text in Persian)
 13. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):12.43-5
 14. Khodabakhshi-Koolae A, Mosalanejad L, Gholami OM. Effectiveness of Group Hope Therapy on the Psychological Indicators in Women With Addicted Husbands. *Iranian Journal of Rehabilitation* 2017;15(1):15-22.
 15. Tonigan J, Walter S, Underwood L. Test–Retest Study of the Brief Measure of Religiousness and Spirituality Among Treatment Seeking Substance Users. Manuscript submitted for publication. USA2002.
 16. Sepahvand R. The relationship between internal motivation, living in present time and life satisfaction among college students. A Thesis of Master of Art, Psychology, 2014, Sistan and Baluchistan University, Zahedan, Iran. Zahedan, Iran: Sistan and Baluchistan University; 2014.
 17. Joo HM, Lee SJ, Chung YG, Shin IY. Effects of mindfulness based stress reduction program on depression, anxiety and stress in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Korean Neurosurgical Society*. 2010 May;47(5):345. *Journal of Korean Neurosurgical Society*. 2010;47(5):345.
 18. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(4):226-33.
 19. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002;9(2):131-8
 20. Khodabakhshi-Koolae A, Heidari F, Motlagh FZ. The Effect of Mixed Prayer and Positive Psychology Group Therapy on Life Meaning and Death Anxiety among Elderly Women with Physical-motor Disabilities. *J Res Relig Health*. 2018;4(2):16-28.

العلاقة بين التجارب الروحية والأمل مع العيش في اللحظة الراهنة لدى الرجال المصابين بالسرطان في طهران عام ١٣٩٥

آناهيتا خدابخشى كولايي^{1*}، دامون فرهنگي²

١- قسم علم النفس والعلوم التربوية، كلية العلوم الإنسانية، جامعة خاتم، طهران، إيران.

٢- قسم الإرشاد والتوجيه، جامعة اازاد الإسلامية، فرع العلوم والتحقيقات، طهران، إيران.

* المراسلات الموجهة إلى السيدة آناهيتا خدابخشى كولايي؛ البريد الإلكتروني: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

معلومات المادة

الوصول: ٢٤ جمادى الثاني ١٤٤٠

وصول النص النهائي: ٣ رمضان ١٤٤٠

القبول: ١٤ رمضان ١٤٤٠

النشر الإلكتروني: ١٨ شوال ١٤٤٠

الكلمات الرئيسية:

الأمل

التجارب المعنوية

الرجل

السرطان

الملخص

خلفية البحث وأهدافه: يعتبر مرض السرطان ثالث أكبر اسباب الوفيات شيوعاً. وإن الإهتمام بالمتغيرات النفسية والمعنوية بالإضافة الى استخدام الادوية يمكن أن يكون مؤثراً في التحسن من هذا المرض. لذلك، أجريت هذه الدراسة لتحديد العلاقة بين التجارب المعنوية والأمل مع العيش في اللحظة لدى الرجال المصابين بالسرطان في طهران عام ٢٠١٦.

منهجية البحث: أجريت هذه الدراسة الوصفية بطريقة ارتباطية واشتمل المجتمع الاحصائي للدراسة، جميع الرجال المصابين بالسرطان الذين تمت مراجعتهم الى مستشفى الإمام الخميني (رض) ومستشفى شهداء تجریش في مدينة طهران عام ٢٠١٦. وقد تم اختيار ١٠٠ منهم بطريقة اخذ عينة متاحة مبنية على الهدف. ومن اجل جمع البيانات تم استخدام استبيان "اندرودد والرهيب" للتجارب المعنوية واستبيان الأمل ل"شنايدر" والعيش في اللحظة الراهنة ل"سبهوند وعرب". تم تحليل البيانات من خلال المناهج الاحصائية بما في ذلك تحليل الإنحدار الخطي البسيط والمتعدد ومعامل ارتباط بيرسون. تمت مراعاة جميع الموارد الأخلاقية في هذا البحث واطرافه الى هذا فإن مؤلفي البحث لم يشيروا الى اي تضارب في المصالح.

الكشوفات: وفقاً للكشوفات هناك علاقة ايجابية وذات دلالة احصائية بين الأمل والعيش في الحاضر ($P < 0.05$) وكذلك بين التجارب المعنوية وبين العيش في الحاضر ($P < 0.05$).

الاستنتاج: يبدو أن المعالجين يجب أن يأخذوا بعين الاعتبار الدور الإيجابي للموارد النفسية والمعنوية المتنوعة في تقبل مرض السرطان وتحسينه.

إن التجربة المعنوية بما في ذلك الارتباط مع الله سبحانه والدعاء وتلقي المعنوية في الحياة تستطيع أن تساعد في السلوك الأكثر تكيفاً في المصابين بالسرطان مثل الحياة الهادفة وتجربة الحياة في اللحظة الراهنة. في نهاية المطاف، يمكن أن تساعد هذه الموارد في التنمية الفردية وقدرة المريض على إعادة تعريف المرض.

يتم استناد المقالة على الترتيب التالي:

Khodabakhshi-Koolae A, Farhangi D. Relationship of Spiritual Experiences and Hope with Living in Present among Men with Cancer in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(2):75-88. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.19158>

رابطه‌ی تجارب معنوی و امیدواری با زیستن در زمان حال در مردان مبتلا به سرطان شهر تهران در سال ۱۳۹۵

آناهیتا خدابخش‌ی کولایی^{*۱}، دامون فرهنگی^۲ 

۱- گروه روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

*مکاتبات خطاب به خانم آناهیتا خدابخش‌ی کولایی؛ رایانامه: a.khodabakhshid@khatam.ac.ir

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۱ اسفند ۱۳۹۷

دریافت متن نهایی: ۱۸ اردیبهشت ۱۳۹۸

پذیرش: ۲۹ اردیبهشت ۱۳۹۸

نشر الکترونیکی: ۱ تیر ۱۳۹۸

چکیده

سابقه و هدف: بیماری سرطان در ایران سومین عامل مرگ و میر افراد تلقی می‌شود. توجه به متغیرهای روان‌شناختی و معنوی در روند بهبودی این بیماری می‌تواند در کنار مداخله‌های دارویی از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین رابطه‌ی بین تجارب معنوی و امیدواری با زیستن در زمان حال مردان مبتلا به سرطان شهر تهران در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

روش کار: روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل مردان مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و شهدای تجریش شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود که از میان آنها ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. سپس برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های تجارب معنوی اندروود و ترسی، امیدواری اشنایدر و زندگی در زمان حال سپهوند و عرب استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده از طریق روش‌های آماری تحلیل رگرسیون تک‌متغیره و چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شد. در این پژوهش همه‌ی مسائل اخلاقی رعایت شده است و مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی گزارش نکرده‌اند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده بین امیدواری با زندگی در زمان حال ($P < 0/01$) و نیز بین تجارب معنوی با زندگی در زمان حال رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمانگران باید به نقش مثبت منابع روان‌شناختی و معنوی گوناگونی در پذیرش و بهبودی بیماری سرطان توجه داشته باشند. تجربه‌ی معنوی که شامل ارتباط با خدا، دعا و دریافت معنویت در زندگی است می‌تواند به رفتارهای سازگارانه‌تری در بیماران سرطانی همانند معنادهی به زندگی و تجربه‌ی زندگی اکنون کمک کند. در نهایت، این منابع می‌تواند به رشد فردی و قدرت بیمار در بازتعریف او از بیماری یاری برساند.

واژگان کلیدی:

امید

تجارب معنوی

سرطان

مرد

استناد مقاله به این صورت است:

Khodabakhshi-Koolae A, Farhangi D. Relationship of Spiritual Experiences and Hope with Living in Present among Men with Cancer in Tehran. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2019;5(2):75-88. <https://doi.org/10.22037/jrrh.v5i2.19158>

مقدمه

آگاهی از ابتلا به سرطان برای هر فردی تجربه‌ی غافل‌گیرکننده و نگران‌کننده است (۱، ۲). در واقع فرد با آگاهی یافتن از داشتن بیماری بدخیم و تهدیدکننده‌ی حیات، درکش از زندگی تغییر می‌کند و تلاش می‌شود بیمار با این وضعیت سازگار شود (۳). در بیماران مبتلا به سرطان، دسترسی به منابع مناسب حمایتی در سازگاری مؤثر با بیماری تأثیرگذار است (۴). سرطان با بیش از ۱۰۰ نوع تومور بدخیم می‌تواند در تمامی گروه‌های قومی، نژادی، سنی، جنسی و اقتصادی و اجتماعی پدیدار شود و تمامی انسان‌ها قابلیت ابتلا به این بیماری را دارند (۵). بیماری سرطان در کشورهای پیشرفته پس از بیماری قلبی-عروقی، دومین؛ و در کشورهای رو به توسعه، چهارمین علت مرگ و میرها محسوب می‌شود (۶). در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر به شمار می‌رود. یعنی تقریباً بیش از ۲۹ هزار نفر در سال بر اثر انواع سرطان می‌میرند (۷).

درمان سرطان تقریباً همیشه با روش‌های تهاجمی شروع می‌شود، ماه‌ها طول می‌کشد و عوارض جانبی آن موجب مشکلات روان‌شناختی و معنوی می‌شود (۸). به همین دلیل معنویت و رشد آن می‌تواند برای افراد سرطانی اهمیت ویژه‌ی داشته باشد. معنویت به همه‌ی مسائل زندگی انسان معنا می‌بخشد (۹) و جستجوی معنا و هدف به منظور ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی است. این بُعد چه به دنبال ارتباط با منبعی مقدس باشد، چه به دنبال واقعیتی غایی، با نوعی تعالی و اخلاق مسئولانه در قبال این منبع مقدس یا واقعیت غایی همراه است (۱۰). معنویت تمرکز بر یک باور یا رابطه با نیرویی متعالی؛ و در واقع جنبه‌ی از وجود انسان است که به فرد انسانیت می‌دهد (۱۱). معنویت‌گرایی در اسلام به صورت یک اصل مطرح می‌شود. چنانکه خداوند در سوره‌ی نساء می‌فرماید: «ایمانتان را تکمیل کنید و آن را تثبیت گردانید» (۱۲).

امام خمینی (ره) معنویت را مجموعه‌ی صفات و اعمالی می‌داند که شور و جاذبه‌ی قوی و شدید و در عین حال منطقی و صحیح در انسان به وجود می‌آورد تا او را در سیر به سوی خدای یگانه و محبوب عالم به‌طور اعجاب‌آوری پیش ببرد (۱۳). باورهای معنوی افراد موجب احساس هدفمندی و اعتماد به نفس می‌شود (۱۴). برخورداری از تجارب معنوی

انسان‌ها را در برابر بیماری و ناامیدی مقاوم می‌سازد. معنویت به‌ویژه در مراحل اولیه‌ی بروز سرطان اثر مثبتی در روند پیشگیری از پیشرفت بیماری دارد (۱۵). از این رو، اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان در چند دهه‌ی گذشته به صورتی روزافزون توجه متخصصان بهداشت روان را به خود جلب کرده است.

تلاش مداوم انسان در پی یافتن معنا در زندگی به نیازهای معنوی او در برابر خواسته‌های مادی‌اش بسیار بیش از گذشته است (۱۶). معنویت راهکاری برای کنار آمدن با بیماری، داغ‌دیدگی و سوگ یا فشارهای زندگی است (۱۷). تجارب معنوی ممکن است موجب معالجه‌ی بیمار نشود، اما می‌تواند به فرد کمک کند تا احساس خوبی داشته باشد، از برخی مشکلات سلامتی جلوگیری کند و با بیماری و مرگ به راحتی کنار آید (۱۸). طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، همه‌ی بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت‌های مناسب تسکینی و روانی-اجتماعی مطابق فرهنگ فرد نیاز دارند (۱۹). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی و زندگی در زمان حال ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهم‌تر باشد (۲۰). تجارب معنوی و امید به زندگی در پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی و روان‌شناختی توجه پژوهشگران غربی را نیز به خود جلب کرده است (۲۱). در قرآن نیز از امیدواری فراوان یاد شده است: «وَلَا تَيْئَسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ»؛ از رحمت خدا مأیوس نباشید که همانا از رحمت خدا جز کافران مأیوس نمی‌باشند» (۲۱). از ویژگی‌های بارز اهل ایمان برخورداری از خوف و رجا است. «رجا» به معنای امیدواری به رحمت گسترده و فضل بی‌کران الهی است (۲۲). قرآن کریم یأس از رحمت خدا را حالت قلبی گمراهان می‌داند: «وَمَنْ يَفْئُتْ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ إِلَّا الضَّالُّونَ؛ و چه کسی جز گمراهان از رحمت پروردگارش ناامید می‌شود؟» (۲۱). امید به خداوند سرمایه‌ی همه‌ی انبیای الهی و حرکت‌های توحیدی در طول تاریخ بوده است. از این رو، امیر مؤمنان علی (ع)، ناامیدی را بزرگ‌ترین بلا و آسیب معرفی می‌نماید: «اعظم البلاء انقطاع الرجاء» (۲۵) و در حدیثی دیگر می‌فرماید: «ناامیدی قاتل صاحب خویش است» (۲۳). پس از شرک به خدا، هیچ گناهی بزرگ‌تر از یأس نیست، زیرا هر گناهی که از شخص سر می‌زند، تا وقتی که مأیوس نباشد

آن با در زمان حال بودن در روند بهبودی بیماران و محدود بودن این مطالعات در ایران، این پژوهش در پی بررسی رابطه‌ی بین تجارب معنوی و امیدواری با زندگی در زمان حال بود.

روش کار

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران این پژوهش را تأیید کرده است.

برای رعایت اصول اخلاقی قبل از اجرای پژوهش از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه‌ی کتبی دریافت شد و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری بیماران مرد مبتلا به انواع سرطان مراجعه‌کننده به بخش‌های سرطان بیمارستان‌های امام خمینی (ره) و شهدای تجریش شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. از بین مراجعه‌کنندگان تعداد ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ملاک ورود به پژوهش شامل موارد ذیل بود: ۱) ابتلا به سرطان (صرفاً در این پژوهش به بیماری سرطان پرداخته شده است)، ۲) مرد بودن، ۳) بالای ۲۵ سال داشتن، ۴) داشتن توانایی خواندن و نوشتن، ۵) آگاهی از بیماری خود و ۶) تمایل به همکاری با محقق. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز ابتلا به بیماری‌های مزمن قلبی، تنفسی، کبدی و کلیوی؛ و همچنین سابقه‌ی بیماری روانی در نظر گرفته شد.

برای جمع‌آوری اطلاعات مطالعه از پرسش‌نامه‌های ذیل استفاده شد:

پرسش‌نامه‌ی امید شنایدر^۴: این پرسش‌نامه بر اساس نظریه‌ی امید شنایدر، مقیاسی است که امید فرد را به عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار ارزیابی می‌کند (۳۵، ۳۶). این پرسش‌نامه برای افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد (۳۶). این آزمون متشکل از ۱۲ گویه و دو زیرمقیاس تفکر عاملی و راهبردها است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت هشت درجه‌ی -از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف- میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص سازد. عبارات ۳

ممکن است در صدد توبه برآید و با استغفار آمرزیده شود، ولی شخص مأیوس آمرزیده شدنی نیست، زیرا امید به آمرزش و مغفرت خدا ندارد تا توبه کند (۲۴). علاوه‌براین، امام صادق (ع) فرمود: «مؤمن، مؤمن نیست مگر اینکه بترسد و امیدوار باشد و در ترس و امید نیست مگر اینکه بر اساس ترس و امیدش عمل کند (۲۱). همچنین «امید و تجارب معنوی» یکی از منابع مهم بیماران برای بقا است و روی نگرش فرد، وضعیت سلامتی و امکانات او در آینده تأثیر دارد (۲۵). افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند (۲۱). علاوه‌براین، امیدواری بسته‌های زیست‌شناختی متعددی دارد مانند تأثیر بر کارکرد مؤثر دستگاه ایمنی و ترشح اکسی توسین اندروفینی^۱ که به فرد کمک می‌کند تا فشار و سختی را تحمل کند. بنابراین ترکیب روان‌شناختی و زیست‌شناختی امید در افراد دچار سرطان به افزایش کارآمدی، کنار آمدن مؤثر برای ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی و جستجوی حمایت اجتماعی منجر می‌شود و پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار ارتقادهنده‌ی سلامت است (۲۶).

از نظر برگ و بن‌زین^۲ امید از نظر فیزیولوژیکی و عاطفی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند بحران بیماری را تحمل کنند (۲۷). نتایج پژوهش مک کلاین^۳ و همکاران نشان می‌دهد که سلامت معنوی اثری قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۲۸). تحقیقات نشان داده است که زیستن در زمان حال یا ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند در بهبود بیماران سرطانی نقشی مهم ایفا کند (۲۹، ۳۰). ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ی خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۳۱). پایه‌های این مفهوم را می‌توان در کهن‌ترین متن‌های بودایی ردیابی کرد. ذهن‌آگاهی شامل آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری و لحظه‌ی حال است (۳۲). زندگی در زمان حال یا همان ذهن‌آگاهی یعنی بودن در لحظه‌ی حال با هر آنچه که هست، بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره‌ی آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون توضیح (۳۳).

ذهن‌آگاهی را می‌توان شیوه‌ی «بودن» یا «فهمیدن» توصیف کرد که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است (۳۴). با توجه به اهمیت امیدواری و تجارب معنوی و رابطه‌ی

^۱) Oxytocin Endorphins

^۲) Berg & Benzein

^۳) McClain

^۴) Snyder Hope Scale

دارای شش گزینه‌ی پاسخ‌دهی است، اضافه شود، پیشنهاد شده است که فاصله‌ی نمره‌دهی به ۱/۵ افزایش یابد (اصلاً= ۱/۵ و نزدیک تا سر حد امکان= ۶) (۴۱).

در یک بررسی آندروود و تریسی ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی کرده‌اند که مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۹۵ در دو بار اجرای مقیاس را در بر داشت. تقوی و امیری نیز در سال ۱۳۸۹ اعتبار آزمون را از طریق آلفای کرونباخ از ثبات درونی ۰/۸۸ برای آزمون و ۰/۹۲ برای بازآزمون به دست آورده‌اند (۴۲).

پرسش‌نامه‌ی زندگی در زمان حال: این پرسش‌نامه که سپهوند و عرب در سال ۱۳۹۳ آن را بر اساس نظریات گشتالتی^۴ پرلز^۵ تهیه کرده‌اند دارای ۳۶ ماده است. این پرسش‌نامه به منظور سنجش یکی از زمینه‌های بسیار مهم روان‌شناسی یعنی زندگی در زمان حال ابداع شده است. شیوه‌ی نمره‌گذاری طیف پاسخ‌های این پرسش‌نامه بر مبنای لیکرت ساخته شده است (کاملاً موافقم= ۱، به‌طور متوسط موافقم= ۲، اندکی موافقم= ۳، اندکی مخالفم= ۴، مخالفم= ۵ و کاملاً مخالفم= ۶). برای پیشگیری از سوگیری در پاسخ‌دهی، ۱۵ عبارت با بیان منفی آورده شده است و به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل پرسش‌نامه از جمع نمره‌های همه‌ی پاسخ‌ها به دست می‌آید. پرسش‌نامه‌ی زندگی در زمان حال ابزاری برای سنجش میزان زندگی در زمان حال برای آزمودنی‌های ایرانی تنظیم و آزمایش شده است. برای روایی این پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است (۴۳). در نهایت، از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون تک‌متغیره و چندگانه) در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش ۵۵/۰۹ بود و از نظر میزان تحصیلات، ۱۵ درصد سیکل، ۶۵ درصد دیپلم و ۲۰ درصد لیسانس و بالاتر بودند.

۱، ۵، ۷ و ۱۱ انحرافی است و نمره‌ی به آنها تعلق نمی‌گیرد. عبارات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به زیرمقیاس عاملی و عبارات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به زیرمقیاس راهبردها است و نمره‌ی امید کلی فرد را نشان می‌دهد. امتیاز ۸ نشان‌دهنده‌ی پایین‌ترین سطح امید و امتیاز ۶۴ حاکی از بالاترین سطح امید است. همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی ناامیدی بک^۱ برابر ۰/۵۱- و با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک برابر با ۰/۴۲- است که نشان‌دهنده‌ی روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه است. به علاوه، داده‌های بسیاری درباره‌ی روایی پیش‌بین مقیاس امید اشنايدر وجود دارد. برای مثال، این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های خوش‌بینی، انتظار دست‌یابی به هدف و عزت نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد (۳۷). در پژوهش کرمانی و همکاران نیز بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس دارای ساختار دو عاملی شامل تفکر عاملی و راهبردی است (۳۸). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (۳۹).

پرسش‌نامه‌ی تجارب معنوی روزانه: نخستین بار آندروود و ترسی^۳ در سال ۲۰۰۲ این مقیاس را برای تهیه‌ی ابزاری چندبعدی از معنویت طراحی کرده‌اند تا بتوانند به‌طور مؤثری در مطالعات سلامت حیطه‌های متفاوتی از مذهب و معنویت را بررسی کنند. این مقیاس دارای ۱۶ ماده است اما فرم کوتاه شش ماده‌ی آن نیز در مطالعات مختلف استفاده شده است (۴۰). در این مقیاس نمره‌های بالاتر بیانگر تجارب معنوی کمتر است. اما برای سهولت در تفسیر نتایج، در این پژوهش معکوس می‌شود تا نمره‌های بالاتر بیانگر تجارب معنوی بیشتر باشد. بنابراین، باید هنگام مقایسه‌ی داده‌ها در تحقیقات مختلف به تفاوت در نمره‌گذاری‌ها توجه داشت. در این مقیاس از روش نمره‌گذاری لیکرت استفاده شده است. گزینه‌های پاسخ‌دهی عبارت است از: اغلب اوقات روز، هر روز، اغلب روزها، بعضی روزها، هر از چندگاهی یکبار و هرگز یا تقریباً هرگز (اغلب اوقات روز= ۶ و هرگز یا تقریباً هرگز= ۱). اما ماده‌ی ۱۶ یک سؤال کلی در نظر گرفته می‌شود که دارای مجموعه‌ی پاسخ‌های متفاوت است و عبارت است از: اصلاً، تا اندازه‌ی نزدیک، بسیار نزدیک و نزدیک تا سرحد امکان. از آنجایی که ماده‌ی ۱۶ دارای چهار گزینه‌ی پاسخ‌دهی است در صورتی که بخواهد نمره‌ی ماده‌ی ۱۶ به ماده‌های دیگر که

^۱) Beck

^۲) Daily Spiritual Experience Scale

^۳) Underwood & Teresi

^۴) Gestalt

^۵) Perls

جدول (۱) متغیرهای توصیفی پژوهش

تعداد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف معیار	
۱۰۰	۲۸/۰۰	۸۱/۰۰	۵۴/۲۹	۱۲/۶۰	تجارب معنوی
۱۰۰	۹۲/۰۰	۱۶۳/۰۰	۱۳۱/۲۶	۱۹/۶۶	زیستن در زمان حال
۱۰۰	۱۰/۰۰	۳۰/۰۰	۲۲/۶۲	۵/۱۴	امیدواری-تفکر عاملی
۱۰۰	۱۰/۰۰	۳۰/۰۰	۲۱/۸۱	۴/۶۲	امیدواری-تفکر راهبردی
۱۰۰	۲۰/۰۰	۵۹/۰۰	۴۴/۴۳	۹/۱۱	امیدواری

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۱، میانگین متغیر تجارب معنوی ۵۴/۲۹، متغیر زیستن در زمان حال ۱۳۱/۲۶، متغیر امیدواری-تفکر عاملی ۲۲/۶۲ و مؤلفه‌ی تفکر راهبردی ۲۱/۸۱ بود که با توجه به نتایج، این مردان تجارب معنوی، زیستن در زمان حال و امیدواری بالایی داشتند.

جدول (۲) همبستگی پیرسون زیستن در زمان حال با تجارب معنوی و امیدواری

متغیر	تجارب معنوی	امیدواری-تفکر عاملی	امیدواری-تفکر راهبردی	امیدواری
ضریب	۰/۲۲۲*	۰/۲۵۰*	۰/۳۸۵**	۰/۳۳۷**
P-value	۰/۰۲۷	۰/۰۱۲	۰/۰۰۰	۰/۱۰۰
تعداد	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

نتایج ضرایب همبستگی در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین زیستن در زمان حال با تجارب معنوی همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۵ و بین زیستن در زمان حال با امیدواری همبستگی مثبت و معناداری در سطح ۰/۰۵ وجود داشت. همچنین بین زیستن در زمان حال و تفکر عاملی (زیرمقیاس امیدواری) همبستگی معناداری در سطح ۰/۰۵ و بین زیستن در زمان حال و تفکر راهبردی همبستگی معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود داشت.

جدول (۳) تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی معناداری مدل

مدل	مجموع مربعات	Df	میانگین مربعات	F	P-value
رگرسیون	۴۳۳۹/۰۴	۱	۴۳۳۹/۰۴	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱
باقی‌مانده	۳۳۹۲۶/۱۹	۹۸	۳۴۶/۱۸		
کل	۳۸۲۶۵/۲۴	۹۹			

نتایج جدول شماره ۳ حاکی از معنادار بودن یک مدل در پیش‌بینی زیستن در زمان حال از روی متغیرهای تجارب معنوی و امیدواری است.

جدول (۴) ضرایب رگرسیون برای پیش‌بینی زیستن در زمان حال

مدل	ضرایب غیراستاندارد		t	P-value
	B	Std/ Error		
۱	۱۱۲/۴۶	۸/۵۶	۱۳/۱۳	۰/۰۰۰۱
تجارب معنوی	۰/۳۴	۰/۱۵	۲/۲۵	۰/۰۲۷
۲	۹۵/۵۵	۸/۸۲	۱۰/۸۲	۰/۰۰۰۱
امیدواری-تفکر راهبردی	۱/۶۳	۰/۳۹	۴/۱۳	۰/۰۰۰۱
۳	۹۸/۹۸	۹/۳۰	۱۰/۶۴	۰/۰۰۰۱
امیدواری	۰/۷۲	۰/۲۰	۳/۵۴	۰/۰۰۱

نتایج ضرایب رگرسیون در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که متغیر امیدواری پیش‌بینی معناداری از زیستن در زمان حال دارد. همچنین، از بین مؤلفه‌های امیدواری (تفکر راهبردی و تفکر عاملی) فقط تفکر راهبردی می‌تواند پیش‌بینی معناداری از

شدید و ضربان قلب مفید باشد (۵۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که آسیب‌پذیری در مقابل بازگشت ناامیدی ناشی از پیوندهای مکرر بین خُلق افسرده و الگوهای منفی و ناامیدانه‌ی تفکر است که به تغییراتی در سطح شناختی و عصبی می‌انجامد (۵۴). بر اساس این فرض، کسانی که در گذشته ناامید بوده‌اند، از نظر الگوی تفکر با کسانی که هرگز ناامید نبوده‌اند، تفاوت دارند. بدین ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خُلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره‌ی جدیدی از ناامیدی و افسردگی شود (۴۶). هدف ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی، آموزش افراد برای رهایی از پردازش‌های شناختی است که آنها را در برابر دوره‌های ناامیدی و افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد (۵۵). در این درمان، بر تغییر آگاهی و ایجاد رابطه‌ی جدید با افکار به جای تغییر آنها تأکید می‌شود که نشخوارهای^۶ ذهنی را کاهش می‌دهد و از بازگشت ناامیدی جلوگیری می‌کند (۵۶). این توانایی به واسطه‌ی پرورش دو مهارت مهم پذیرش تجارب درونی (مانند افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند و اجتناب نکردن از این تجارب) (۵۴) و همان‌طور که گفته شد افزایش ذهن‌آگاهی با پیامدهای سلامتی نظیر کاهش اضطراب و افسردگی (۵۲) ارتباط دارد. یکی از علائم ناامیدی، کاهش رفتارهای لذت‌بخش و درگیر شدن در فعالیت‌های فعال‌کننده است (۵۷). ذهن‌آگاهی می‌تواند به رهاسازی افراد از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا کند (۵۸) و موجب افزایش امیدواری شود.

نتایج همچنین بیانگر آن است که بین تجارب معنوی با زندگی در زمان حال در بیماران سرطانی مرد شهر تهران رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود داشت ($P < 0/05$)، به‌طوری‌که می‌توان نتیجه گرفت تقویت هر یک موجب تقویت دیگری و تضعیف هر یک موجب تضعیف دیگری است. این یافته با پژوهش خدابخشی کولایی و همکاران که نشان داده‌اند درمان ترکیبی دعا و روان‌شناسی مثبت می‌تواند به افزایش معنا و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان زن معلول جسمی حرکتی منجر شود (۵۹) همسو است. به‌طور کلی، ذهن‌آگاهی و زیستن در زمان حال، تأثیر مثبتی بر درمان بیماران دارد (۶۰).

زیستن در زمان حال داشته باشد و اینکه تجارب معنوی پیش‌بینی معناداری از زیستن در زمان حال دارد که از معادله‌ی ذیل تبعیت می‌کند:

$$98/98 + (\text{امیدواری}) * 0/72 = \text{زیستن در زمان حال}$$

$$95/55 + (\text{تفکر راهبردی}) = \text{زیستن در زمان حال}$$

$$112/46 + (\text{تجارب معنوی}) * 0/34 = \text{زیست در زمان حال}$$

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه‌ی بین متغیرهای تجارب معنوی و امیدواری با زندگی در زمان حال در بیماران مرد مبتلا به سرطان شهر تهران بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بین امیدواری و زیستن در زمان حال در مردان مبتلا به سرطان رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشت ($P < 0/01$). نتایج این مطالعه با پژوهش لی و جو^۱، گراسمن^۲ و همکاران و نیز سیگال^۳ و همکاران همخوانی دارد. آنها در پژوهش‌های خود آشکار ساخته‌اند بیمارانی که تجربه‌ی بالاتری در زیستن در زمان حال داشتند در هنگام بروز بیماری، علائم افسردگی و ناامیدی کمتری را تجربه کردند (۴۴-۴۶).

مطالعه‌ی کابات-زین^۴ نشان داد که درمان با استفاده از ذهن‌آگاهی در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی و افسردگی و افزایش امیدواری بیماران مؤثر است. تحقیقات دیگر نشان داده است که ذهن‌آگاهی، خُلق را بهبود می‌بخشد و آموزش کوتاه مدت آن، افسردگی را کاهش و امیدواری را افزایش می‌دهد (۴۷). آموزش ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب و امیدواری و سازگاری روان‌شناختی بیماران تأثیر دارد (۴۸-۵۰) و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و افزایش عزت نفس و امیدواری منجر می‌شود (۵۱). بر اساس مطالعات پیشین، ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی می‌شود و بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید را در پی دارد (۵۲). پژوهش چو^۵ درباره‌ی تأثیر درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر افزایش امیدواری و کاهش استرس نشان می‌دهد که این درمان می‌تواند بر کنترل عوامل خطرزای بیماری عروق کرونر همچون فشار خون بالا، دیابت نوع دوم، استرس روانی، چاقی، سیگار کشیدن و بهبود عملکرد در هنگام ورزش‌های

¹) Lee & Joe

²) Grossman

³) Segal

⁴) Kabat-Zeen

⁵) Cho

⁶) Ruminatation

زیستن در زمان حال و امید می‌تواند برای درمانگران و پرستاران در کار و مشاوره با بیماران سرطانی مفید باشد.

قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره‌ی مؤلف دوم آقای دامون فرهنگی است که با کد ۹۳۰۳۷۰۶۲۰ در کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به ثبت رسیده است. بدین وسیله از تمامی کارکنان بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش و امام خمینی (ره) که در این پژوهش یاریگر پژوهشگران بودند و همچنین، از بیماران گرامی که انجام این پژوهش را برای ما هموار ساختند تشکر و قدردانی می‌شود.

حامی مالی

بنا بر اظهار مؤلفان مقاله، این پژوهش حامی مالی ندارد.

تضاد منافع

مؤلفان مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی درباره‌ی این پژوهش گزارش نکرده‌اند.

References

1. Akyüz A, Güvenç G, Üstünsöz A, Kaya T. Living with gynecologic cancer: experience of women and their partners. *Journal of Nursing Scholarship*. 2008;40(3):241-7.
2. Hounsgaard L, Petersen LK, Pedersen BD. Facing possible illness detected through screening-experiences of healthy women with pathological cervical smears. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007;11(5):417-23.
3. Reb AM. editor Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*; 2007.
4. Willener R, Hantikainen V. Individual quality of life following radical prostatectomy in men with prostate cancer. *Urol Nurs*. 2005;25(2):88-100.
5. Luckmann J, sounders S. *Manual of Nursing Care*. Tehran: Aeeje; 2002.
6. Shojaei-Tehrani H. *Medical, preventive and social teaching book: prevalent chronic disease* Tehran: samat publications; 2004.

بالبونی^۱ در مطالعه‌ی خود بین حمایت‌های معنوی در بیماران مبتلا به سرطان با کیفیت زندگی آنان ارتباط معنی‌داری نشان داد، به‌طوری‌که هر چه سطح معنویت در این بیماران بالاتر بود بهتر می‌توانستند با بیماری و مسائل مربوط به آن کنار آیند و در حال زندگی کنند، همچنین روند بهبودی در آنها بهتر بود (۶۱). لین^۲ در مطالعه‌ی خود عنوان می‌کند بیمارانی که سلامت معنوی آنها تقویت شود، به‌طور مؤثری می‌توانند با بیماری خود سازگار شوند و حتی مراحل آخر بیماری را به خوبی سپری کنند (۶۲).

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی می‌توان گفت شناسایی و توجه به سازه‌ها و راهبردهایی که به ایجاد امید، تجربه‌ی معنوی و زندگی در زمان حال در بیماران مبتلا به سرطان در چالش با بیماری‌شان یاری می‌رساند، می‌تواند در مشاوره با این بیماران از سوی متخصصان سلامت روان به کار گرفته شود. امیدواری و تجربه‌ی معنوی و زیستن در زمان حال، ریشه در نوع نگاه و اندیشه‌ی افراد به زندگی دارد. بنابراین، می‌توان از طریق برگزاری برنامه‌های آموزشی و آگاهی‌رسانی در مراکز و بیمارستان‌ها ارزش و اهمیت این مؤلفه‌ها را در مبارزه با بیماری آموزش داد و متخصصان سلامت روان می‌توانند در کار مشاوره با بیماران از آن استفاده کنند.

محدودیت‌های پژوهش

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بوده است از جمله: استفاده از روش همبستگی که روابط کشف شده بین متغیرها را نمی‌توان به مثابه‌ی روابط علی فرض کرد. همچنین پژوهش حاضر به بیماران مرد مبتلا به انواع سرطان دو مرکز درمانی شهدای تجریش و امام خمینی (ره) شهر تهران محدود بود. علاوه‌براین، در انتخاب شرکت‌کنندگان تمامی کسانی که در مراکز درمانی مذکور برای درمان حضور داشتند بدون در نظر گرفتن نوع سرطان و میزان پیشرفت بیماری مطالعه شدند.

پیشنهاد‌های پژوهش

توجه به مؤلفه‌های روان‌شناختی همانند تجارب معنوی،

^۱) Ballboni

^۲) Lin

7. Nadim T. Psychological factors in osteomy and colorectal cancer. Iran University of Medical Sciences: Iran University of Medical Sciences; 2007.
8. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. Hayat. 2008;14.
9. Abbasi M, Azizi F, Gooshki ES, Rad MN, Lakeh MA. Conceptual definition and operationalization of spiritual health: A methodological study. Medical Ethics Journal. 2012;6(20):11-44.
10. Lotfi Kashani F, Mofid B, Sarafraz Mehr S. Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013;7(27):27-42.
11. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients: a review. Psycho-oncology. 2010;19(6):565-72.
12. Quran Th. Sura Al-Nesa. Verse 136. Tehran: Office of Historical Studies and Islamic Studies; 2011.
13. Khomeini R. The forty hadiths. Qom: Institute for compilation and publication of Imam Khomeini works; 1994.
14. Nash S, Nash P, Darby K. Spiritual Care with Sick Children and Young People: A handbook for chaplains, paediatric health professionals, arts therapists and youth workers: Jessica Kingsley Publishers; 2015.
15. Swinton J, Bain V, Ingram S, Heys SD. Moving inwards, moving outwards, moving upwards: the role of spirituality during the early stages of breast cancer. European Journal of Cancer Care. 2011;20(5):640-52.
16. Lazenby JM. On "spirituality," "religion," and "religions": A concept analysis. Palliative & supportive care. 2010;8(4):469-76.
17. Ribaldo A, Takahashi M. Temporal trends in spirituality research: A meta-analysis of journal abstracts between 1944 and 2003. Journal of Religion, Spirituality & Aging. 2008;20(1-2):16-28.
18. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. Journal of general internal medicine. 2006 Dec 1;21:S1-2.
19. Khademi M, Sajadi HM. Breast Cancer A Phenomenological Study Scientific magazine of Arak University. 2009;1(3):29-39. (Full Text in Persian)
20. Leung K-K, Chiu T-Y, Chen C-Y. The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients. Journal of pain and symptom management. 2006;31(5):449-56.
21. Pesut B. There be dragons: effects of unexplored religion on nurses' competence in spiritual care. Nursing inquiry. 2016;23(3):191-9.
22. Makarem Shirazi N. Tafsire Nemoone. Qum: Dar al-Kotob Islamiyeh; 1994.
23. Abdol Vahed A. Gharar Al-Hakam and Dorar Al-Kalam. Qom: Dar al-Ketab Al-Eslami; 2000.
24. Deylami H. Ershad Al-Gholoob. Mostrahmi.; Qom; 1991.
25. 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.
26. Kavradim ST, Özer ZC, Bozcuk H. Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. Journal of advanced nursing. 2013;69(5):1183-96.
27. Benzein EG, Berg AC. The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. Palliative medicine. 2005;19(3):234-40.
28. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W, Kakavanos R, Turner CT, Hopwood JJ, et al. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. The Lancet. 2003;361(9369):1575-664.
29. Kvillemo P, Bränström R. Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. Cancer nursing. 2011; 34(1):24-31.
30. Heidarian A, Zahra Kar F, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Resiliency and Reducing the Rumination in Female Patients with Breast Cancer: A Randomized Trial. Breast Cancer of Iran. 2016;9(2):25-31. (full Text in Persian)
31. 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.
32. Salsman JM FG, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. Cancer. 2015;1(21):3754-9.
33. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2002;9(2):131-8.
34. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical psychology: Science and practice. 2003;10(2):12.43-5
35. Khodabakhshi-Koolae A, Mosalanejad L, Gholami OM. Effectiveness of Group Hope Therapy on the Psychological Indicators in Women With Addicted Husbands. Iranian Journal of Rehabilitation 2017;15(1):15-22.
36. Rahimi A, Khodabakhshi-Koolae A, Falsafinejad MR. The Effectiveness of Group Hope-Therapy on

- Hope and Dysfunctional Attitudes in HIV Positive Patients. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2017;5(2):20-8.
37. Snyder CR IS, Cheavens J, Michael ST, Yamhure L, Sympson S. The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive therapy and Research*. 2000;24(6):747-62.
38. Kermani Z KM, Heydari MS. Schneider Hope Scale Psychometric Features. *Applied Psychology*. 2011;5(3):7-23. (Full Text in Persian)
39. Snyder CR LK, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006;51(2):89.
40. Tonigan J, Walter S, Underwood L. Test-Retest Study of the Brief Measure of Religiousness and Spirituality Among Treatment Seeking Substance Users. Manuscript submitted for publication. USA2002.
41. McHorney CA, Ware JE, Rachel L, Sherburne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36):tests of data quality ,scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical care*. 1994;32:40-66.
42. Taghavi SHR, Amiri H. Psychoanalysis Characteristic Investigation Daily Spiritual Experience Scale (DSES). *Bi-quarterly Journal of Islamic Education*. 2010;5(10):151-67. (Full text in Persian)
43. Sepahvand R. the relationship between internal motivation, living in present time and life satisfaction among college students. A Thesis of Master of Art, Psychology, 2014, Sistan and Baluchistan University, Zahedan, Iran. Zahedan, Iran: Sistan and Baluchistan University; 2014.
44. Joo HM, Lee SJ, Chung YG, Shin IY. Effects of mindfulness based stress reduction program on depression, anxiety and stress in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Korean Neurosurgical Society*. 2010 May;47(5):345. *Journal of Korean Neurosurgical Society*. 2010;47(5):345.
45. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2007;76(4):226-33.
46. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2002;9(2):131-8.
47. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and cognition*. 2012;19(2):579-605.
48. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*. 2010;68(6):539-44.
49. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2003;64(15):13-7.
50. Kenny M, Williams J. Treatment-resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Focus*. 2010;8(1):120-6.
51. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83.
52. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*. 2003;65(4):564-70.
53. Cho K-I. Women, Stress and Heart Health: Mindfulness-Based Stress Reduction and Cardiovascular Disease. *Kosin Medical Journal*. 2016;31(2):103-12.
54. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and therapy*. 1995;33(1):25-39.
55. Murrell AR, Coyne LW, Wilson KG. ACT with children, adolescents, and their parents. A practical guide to acceptance and commitment therapy: Springer; 2004. p. 249-73.
56. Mace C. Longterm impacts of mindfulness practice on wellbeing: new findings from qualitative research. *Dimensions of well-being Research and intervention*. 2006:455-69.
57. Kaplan BE, sadock V. New York: Guilford Press; 2007.
58. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American psychologist*. 2000;55(1):68.
59. Khodabakhshi-Koolae A, Heidari F, Motlagh FZ. The effect of mixed prayer and positive psychology group therapy on life meaning and death anxiety among elderly women with physical-motor disabilities. *J Res Relig Health*. 2018;4(2):16-28.
60. Rosenfeld B, Saracino R, Tobias K, Masterson M, Pessin H, Applebaum A, et al. Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: results of a pilot study. *Palliative medicine*. 2017;31(2):140-6.

61. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2007;25(5):555.

62. Lin HR, Bauer-Wu SM. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of advanced nursing*. 2003;44(1):69-80.

