

Effectiveness of Cognitive-behavioral and Spiritual-religious Interventions on Reducing Anxiety and Depression of Women with Breast Cancer

اثربخشی مداخله‌های شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی در کاهش اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

Shahrbanou Ghahari. Ph.D.
Islamic Azad University, Tonekabon Branch

Raheleh Fallah. M.A.
University of Shahid Beheshti

Jafar Bolhari. Ph.D.
Medical University of Tehran

Sayed Mahdi Moosavi. M.A.
Medical University of Shahid Beheshti

Zahra Razaghi. M.A.
University of Shahid Beheshti

Mohammad Esmail Akbari. Ph.D.
Medical University of Shahid Beheshti

شهربانو قهاری
استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد تنکابن

راحله فلاح
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه شهید بهشتی

جعفر بوالهروی
استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سید مهدی موسوی
کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

زهرا رزاقی
کارشناس ارشد آمار دانشگاه شهید بهشتی

محمداسماعیل اکبری*
استاد گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

Abstract

This study evaluated the efficacy of cognitive-behavioral and spiritual-religious interventions on reducing anxiety and depression in women with breast cancer. In this semi-experimental study, among women with breast cancer who were supported by a cancer research center, in Terhan, 45 women who met the inclusion criteria were selected purposefully and were placed randomly to three groups of 15; Persons each (including two experimental groups and a control group). All participants completed Beck Depression (BDI) (2000) and Anxiety (BAI) (1998) questionnaires in pre-test and post-test. Data were analyzed using covariance. Although the mean scores of the intervention groups were more than those of the control group, the difference was not statistically significant.

Keywords: Cognitive-behavioral intervention, Spiritual-religious intervention, Anxiety, Depression, Breast cancer.

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌های شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی بر کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان اجرا شد. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی سه گروهی بود. جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش یک مرکز تحقیقات سرطان در تهران بودند که از میان آنها، ۴۵ زن که ملاک‌های ورود را داشتند به شیوه در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. همه شرکت‌کنندگان ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه افسردگی (BDI-II، بک، ۲۰۰۰) و پرسشنامه اضطراب (BAI، بک، ۱۹۸۸) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تکمیل کردند. دو گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت مداخلات جداگانه‌ای قرار گرفتند، ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. گرچه میانگین نمرات گروه‌های آزمایش در پایان مطالعه بیشتر از گروه گواه بود، اما تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود.

واژه‌های کلیدی: مداخله شناختی - رفتاری، مداخله معنوی - مذهبی، اضطراب، افسردگی، سرطان پستان.

مقدمه

جدید فکر کردن را بیموزند (فروزنده و دل‌آرام، ۱۳۸۲). این رویکرد مشتمل بر طیفی از فنون شناختی و رفتاری مانند آرمیدگی، بازسازی شناختی، حل مسأله و مدیریت فشار روانی است (بک و فرناندز، ۱۹۹۸). پدرام، محمدی، نظیری و آیین‌پرست (۱۳۸۹) تأثیر درمان شناختی - رفتاری را در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید کردند. تأثیر این درمان در کاهش ابعاد و نشانه‌های روان‌شناختی در فهرست ۹۰ سؤال‌های روانی در بیماران مبتلا به سرطان در پژوهش کهرزائی، دانش و حیدرزادگان (۱۳۹۱) حمایت شده است. تاترو و مونگومری^{۱۴} (۲۰۰۶) نیز در مطالعه‌ای فراتحلیلی، فنون شناختی - رفتاری را در مدیریت پریشانی^{۱۵} و درد در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر معرفی کردند. بلتمن، اود وشار و اسپکنس^{۱۶} (۲۰۱۰) نیز مداخله شناختی - رفتاری را در کاهش نشانگان افسردگی در افراد مبتلا به بیماری‌های جسمانی مؤثر دانستند. همچنین مداخله شناختی - رفتاری در بهبود نشانه‌های یائسگی در زنان مبتلا به سرطان پستانی که دوره درمان را سپری کرده بودند، مفید بوده است (مان، اسمیت، هلیر، بالابانویچ، هامد و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۲).

دیگر راهبرد درمانی که در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان، مورد استفاده فراوان قرار گرفته است، مداخله معنوی و معنوی - مذهبی^{۱۸} (S-R) است (مراویگلیا^{۱۹}، ۲۰۰۴؛ رومرو، کالیداس، الدج، چنج، لیسکام و همکاران^{۲۰}، ۲۰۰۶؛ چومانووا، وانات‌بارت و کوپمن^{۲۱}، ۲۰۰۶؛ لوین، اویو، یو، اوینگ و او^{۲۲}، ۲۰۰۹؛ کوئینگ^{۲۳}، ۲۰۰۹؛ بریتبارت، روزنفلد، گیسون، پسین، پایتو و همکاران^{۲۴}، ۲۰۱۰). بوله‌ری، نظیری و زمانیان (۱۳۹۱) گروه درمانی معنوی را در کاهش میزان افسردگی، اضطراب و فشار روانی در زنان مبتلا به سرطان پستان، و حمید، احمدیان و اکبری شایه (۱۳۹۱) درمانگری مذهب‌محور را در ارتقای سطح امیدواری و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر

سرطان پستان از لحاظ بار بیماری‌ها^۱ مقام سوم و از لحاظ علت مرگ با نسبت ۴ در صد هزار نفر، پنجمین مقام را در میان زنان کشور دارد (گزارش سالانه ثبت سرطان در ایران، ۱۳۸۷؛ اکبری، عباچی زاده، خیام‌زاده، طباطبایی، اثنی‌عشری و همکاران، ۱۳۸۷). آغاز این بیماری بسیار شایع، شروع یک دوره پرفشار برای زنان مبتلاست که در صورت بی‌توجهی به وضعیت روانی آنها ممکن است به از دست دادن احساس کنترل، درماندگی، افسردگی و اضطراب منجر شود و چه بسا این عوارض روان‌شناختی از طریق تأثیر منفی بر ادامه روند درمان و پیگیری‌های پس از آن، بقای این بیماران را تهدید کند (نیپ، لویز - رویگ و پاستور^۲، ۲۰۰۷؛ هولاند، بریتبارت، جاکوبسن، لدربرگ، لوسکالزو و همکاران^۳، ۲۰۱۰؛ هارت، هویت، دیفن‌باخی‌یا، اندرسن، کیلبورن و همکاران^۴، ۲۰۱۲؛ تراگر، گریر، فرناندز - رابلز، تمل و پرپل^۵، ۲۰۱۲). از این رو آموزش برخی راهکارهای مناسب به این بیماران برای مقابله با تجربه بیماری و فایز آمدن بر ابعاد آسیب‌شناسانه ناشی از دوره‌های تشخیص، درمان و پیگیری، ضروری است.

یکی از راهکارهایی که اثربخشی آموزش آن بر کاهش اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان تأیید شده، روش‌های درمانی شناختی - رفتاری^۶ (CBT) است (موری و گریر^۷، ۲۰۰۲؛ بایگلر، چاول و کوهن^۸، ۲۰۰۹؛ هولاند و همکاران، ۲۰۱۰؛ کاواکیک و کوسکیک^۹، ۲۰۱۱). درمان شناختی - رفتاری آمیزه پیچیده‌ای از برخی رویکردهای مهم مانند اصلاح رفتار، درمان عقلانی - هیجانی و درمان‌شناختی (میشن‌بام^{۱۰}، ۱۹۷۶)، توجه به شناخت اجتماعی (دوج^{۱۱}، ۱۹۹۳) و سازه‌های فردی واقعیت (ماهونی^{۱۲}، ۱۹۹۳) است (به نقل از بک و فرناندز^{۱۳}، ۱۹۹۸). اساس این نوع درمان آن است که افکار خودکار و خطاهای منطقی علت رفتار غیرانطباقی است، بنابراین افراد برای حل مشکلات خود، باید راههای

1. disease burden
3. Holland, Breitbart, Jacobsen, Lederberg, Loscalzo & et al
5. [Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel & Pirl](#)
7. Moorey & Greer
9. Kavacic & Kovscic
11. Dodge
13. Beck & Fernandez
15. distress
17. Mann, smith, Hellier, Balabanovic, Hamed & et al
19. Meraviglia
21. Choumanova, Wanat Barrett &Koopman
23. Koenig

2. Neipp, Lopez-Roig & Pastor
4. Hart, Hoyt, Dieffenbachia, Anderson, Kilbourn & et al
6. cognitive- behavioral therapy
8. Biegler, Chaoul & Cohen
10. Meichenbaum
12. Mahoney
14. Tatrow & Montgomery
16. Beltman, Oude Voshaar & Speckens
18. spiritual- religious
20. Romero, Kalidas, Elledge, Change, Liscum & et al
22. Levine, Aviv, Yoo, Ewing & Au
23. Breitbart, Rosenfeld, Gibson, Pessin, Poppito & et al

توصیه‌های مطرح شده برای تعداد نمونه در پژوهش‌های آزمایشی بوده است (دلورا، ۱۳۷۸). پس از اجرای پیش‌آزمون در هر سه گروه، دو گروه آزمایش، تحت مداخلات شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی قرار گرفتند. پس از پایان دوره‌های مداخله، هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه‌های پژوهش، در پس‌آزمون شرکت کردند.

ابزار سنجش

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): برای سنجش افسردگی از پرسشنامه بازنگری شده افسردگی بک ویرایش دوم (۲۰۰۰): به نقل از فتحی آشتیانی و داستانی، (۱۳۸۸) استفاده شد که ۲۱ سؤال دارد و مقیاس پاسخگویی آن چهاردرجه‌ای (صفر تا سه) است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). بک، استیر و براون^۱ (۲۰۰۰) همسانی درونی^۹ این پرسشنامه را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳، با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن را برای گروه بیمار برابر با ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار برابر با ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (به نقل از فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). پایایی^{۱۱} و روایی^{۱۱} این پرسشنامه در مطالعات مختلفی در ایران نیز تأیید شده است. برای نمونه در مطالعه‌ای، آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن به فاصله یک هفته، برابر با ۰/۹۶ گزارش شده است (فتی، ۱۳۸۲): به نقل از هاشمی، محمود علیلو و نصرت‌آباد، (۱۳۸۹). دو نمونه از پرسش‌های پرسشنامه عبارت‌اند از: «لطفاً از هر گروه از جملات، یک جمله را انتخاب کنید که بهتر از همه گویای احساس شما طی دو هفته گذشته تا امروز است: ۱. احساس غمگینی نمی‌کنم؛ خیلی احساس غمگینی می‌کنم؛ همیشه غمگین هستم؛ به قدری غمگین هستم که نمی‌توانم دیگران را تحمل کنم. ۲. همان احساسی را در مورد خودم دارم که همیشه داشته‌ام؛ اعتماد به نفسم را از دست داده‌ام؛ از خودم مأیوس شده‌ام؛ از خودم بدم می‌آید.»

پرسشنامه اضطراب بک^{۱۲} (BAI): برای سنجش اضطراب، از پرسشنامه اضطراب بزرگسالان بک (به نقل از فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸) استفاده شد که ۲۱ سؤال دارد و مقیاس پاسخگویی آن چهار درجه‌ای (صفر تا سه) است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸؛ بهادری، جهان‌بخش،

گزارش کردند. یافته‌های مطالعات دیگر نیز نشان داده که مداخلات مذهبی - معنوی، به دلیل تأثیر بازدارندگی معنویت و مذهب در برابر ابتلای به اختلالات روانی به‌خوبی می‌توانند از سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان در برابر افسردگی و اضطراب محافظت کنند (فلوری، هیس و می‌دور^۱، ۲۰۰۴؛ کوئینگ، گلورگ و تی‌تاس^۲، ۲۰۰۴؛ ریپن‌تروپ^۳، ۲۰۰۵؛ شریبر^۴، ۲۰۱۱؛ پیتیت^۵، ۲۰۱۲؛ بک‌تایان^۶، ۲۰۱۲).

همان‌طور که اشاره شد، مطالعات متعددی به بررسی جداگانه اثر بخشی هر یک از درمان‌های شناختی - رفتاری و معنوی یا معنوی - مذهبی در کاهش ابعاد آسیب‌شناسانه روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند، اما بررسی مقایسه‌ای میزان تأثیر این دو روش تاکنون مورد توجه چندانی واقع نشده است. همچنین با توجه به شیوع بالای سرطان پستان در بین زنان و اهمیت افسردگی و اضطراب در ادامه درمان و پیگیری‌های پس از آن، طراحی مداخلاتی به‌منظور کاهش تأثیر این اختلالات ضروری است. این مطالعه با هدف ارتقای سطح سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان و نیز بررسی مقایسه‌ای تأثیر درمان‌های شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب این گروه از بیماران طراحی و اجرا شد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی است که به‌صورت سه گروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) اجرا شده است. جامعه آماری پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان بودند که از مرداد تا مهر ۱۳۸۹ برای پیگیری به یکی از درمانگاه‌های تخصصی تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کردند. تعداد این مراجعات ۱۲۳ نفر بود که از بین آنها، ۴۵ نفر به‌صورت در دسترس که دارای ۳۰ سال و بالاتر بودند، انتخاب شدند. این بیماران در مراحل بالینی ۱، ۲ و ۳ بیماری قرار داشتند و دوره‌های درمانی را به پایان رسانده بودند. پس از انتخاب ۴۵ نفر، به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. در نظر گرفتن این تعداد برای هر یک از گروهها، براساس

1. Flori, Hays & Meador

3. Rippentorp

5. Petet

7. Beck Depression Inventory (Revised)

9. internal consistency

11. validity

2. Koenig, Gorge & Titus

4. Schreiber

6. Baqutayan

8. Beck, Steer & Brown

10. reliability

12. Beck Anxiety Inventory

جمشیدی و عسکری، ۱۳۹۰). غرایبی (۱۳۷۲؛ به نقل از فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸) ضریب پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته برابر با ۰/۸ گزارش کرده است (به نقل از فتیحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). کاویانی و موسوی (۱۳۸۷) نیز در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی به ترتیب، روایی برابر با ۰/۷۲ و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ را گزارش کرده‌اند. یک نمونه از پرسش‌های پرسشنامه عبارت‌اند از: «لطفاً مشخص کنید که در خلال هفته گذشته تا امروز چقدر از هر یک از این علامت‌ها در رنج بوده‌اید: ۱. کرخی و مورمور شدن، ۲. لرزش بدن.»

روش اجرا و تحلیل

پس از نمونه‌گیری و گمارش شرکت‌کنندگان در هریک از سه گروه (یک گروه آموزش شناختی - رفتاری، یک گروه آموزش معنوی - مذهبی و یک گروه کنترل و نیز اخذ توافق کتبی از آنها، مرحله پیش‌آزمون اجرا گردید. سپس جلسه‌های مداخلات شناختی-رفتاری برای گروه اول و مداخله معنوی - مذهبی برای گروه دوم اجرا گردید. گروه گواه در این مرحله مداخله‌ای دریافت نکرد. مقاله‌نامه (پروتکل) مربوط به مداخله شناختی - رفتاری را یک روان‌شناس بالینی خبره براساس روش بک و مقاله‌نامه مربوط به مداخله معنوی - مذهبی را دو روان‌شناس باتجربه در این نوع مداخلات و براساس اصول مورد تأیید انجمن روان‌شناسی آمریکا^۱ طراحی کردند. مداخلات در هر دو گروه آزمایش با همکاری یک درمانگر اصلی و دو کمک‌درمانگر اجرا شد.

گروه‌های مداخلاتی عبارت بودند از: الف) گروه اول مداخله شناختی - رفتاری بود که در طراحی مقاله‌نامه آن از مؤلفه‌های معرفی شده در درمان شناختی - رفتاری (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹؛ سجادی هزاوه، صالحی و مشفق، ۱۳۸۷؛ مان و اوستروف^۲، ۲۰۰۸) برای بیماران مبتلا به سرطان استفاده شد. مداخله در این گروه شامل هشت جلسه گروهی دوساعته بود. محورهای آموزشی کلی جلسات این گروه به این شرح است: **جلسه اول:** معارفه، تعیین اهداف و قوانین گروه به صورت جمعی، معرفی الگوی شناختی - رفتاری و رابطه بین خلق، اندیشه و رفتار، آموزش تنفس دیافراگمی و تمرین گروهی آن، ارائه تکلیف انجام تنفس دیافراگمی دست‌کم سه بار در هر

روز. **جلسه دوم:** مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون رفتاری برای مهار شدت عوارض ناشی از سرطان، آموزش برخی راهکارهای مقابله با درد و خستگی، آموزش آرمیدگی، ارائه تکلیف. **جلسه سوم:** مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش فنون شناختی - رفتاری ابراز احساسات منفی (مانند پرهیز از مطلق‌گرایی و کلی‌گویی، تحلیل سود و زیان و ابراز احساسات همراه با ابراز انتظارات) و ارائه تکلیف. **جلسه چهارم:** مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با شیوه‌های منفی رویارویی با مشکلات مانند: انکار، فرافکنی، کوچک‌نمایی و بزرگ‌نمایی، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری مشکل، ارائه تکلیف. **جلسه پنجم:** مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با شیوه‌های حل مسأله، ارائه تکلیف تهیه فهرستی از مسائل رایج و شناسایی مسأله اصلی، تهیه فهرست راه‌حل‌ها و ارزیابی آنها و انتخاب بهترین راه‌حل و به‌کارگیری آن در مورد دست‌کم سه مورد در هر روز. **جلسه ششم:** مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با افکار منفی شامل منفی‌نگری، تمرکز بر چراها، ذهن‌خوانی و پیش‌بینی منفی، ارائه تکلیف تهیه فهرستی از افکار منفی. **جلسه هفتم:** مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با شیوه‌های مقابله با افکار منفی، ارائه تکلیف به‌کارگیری شیوه‌های مقابله با افکار منفی در زندگی روزمره. **جلسه هشتم:** مرور تکالیف جلسه قبل، بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی، اجرای پس‌آزمون و قدردانی از شرکت‌کنندگان.

ب) گروه دوم مداخله معنوی - مذهبی بود. ساختار کلی این نوع مداخله براساس الگوی انجمن روان‌شناسی آمریکا طراحی گردید که در منابع علمی معتبر (مقاله‌نامه روانی معنوی ریچاردز و برگین^۳، ۲۰۰۵؛ لاینز^۴، ۲۰۰۶؛ تاک^۵، ۲۰۱۲) معرفی شده است، و با نظارت دو متخصص درمان‌های روانی - معنوی (یک روان‌شناس و یک روان‌شناس روحانی) براساس ویژگی‌های جامعه اسلامی ایرانی تعدیل شده بود. لازم به ذکر است که مؤلفه‌های به‌کار رفته در این مقاله‌نامه در مطالعه فلاح، گلزاری، داستانی و اکبری (۲۰۱۱) در زنان مبتلا به سرطان پستان اجرا شده و اثربخشی معناداری نشان داده است. مداخله در این گروه از بیماران نیز هشت جلسه دو ساعته بود، محورهای آموزشی کلی جلسات این گروه به این شرح است: **جلسه اول:** معارفه، تعیین اهداف و قوانین گروه به صورت جمعی، معرفی درمان معنوی - مذهبی و آثار مثبت آن، آموزش مراقبه (با تصویرسازی و بدون تصویرسازی) و تمرین گروهی

1. American Psychological Association
3. Richards & Bergin
5. Tuck

2. Manne & Ostroff
4. Lines

هر روز. جلسه هفتم: مرور تکالیف جلسه قبل، ادامه آموزش عفو و گذشت، ارائه تکالیف تمرین عفو دست کم سه مورد در هر روز. جلسه هشتم: مرور تکالیف جلسه قبل، بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی، اجرای پس آزمون و قدردانی از شرکت کنندگان. در طی اجرای مداخله‌ها، هیچ کدام از گروهها از درمان رایج پزشکی خود منع نشدند، بلکه به درمان دو گروه، روش‌های مداخلاتی روان شناختی افزوده شد و گروه سوم یعنی گروه کنترل نیز به درمان رایج خود (درمان دارویی) بدون هیچ مداخله‌ای ادامه دادند. همچنین پس از پایان پژوهش، گروه گواه از راهبردهای مداخلاتی بهره‌مند شدند. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش، از طریق تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی^۱ (SPSS16) تحلیل گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش (شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی) و گروه کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

آن، ارائه تکالیف انجام مراقبه و آرام سازی دست کم سه بار در هر روز. جلسه دوم: مرور تکالیف جلسه قبل، ذکر و رابطه آن با آرامش و کیفیت زندگی، ارائه تکالیف به کارگیری ذکرهای مذهبی مطلوب، دست کم سه بار در هر روز. جلسه سوم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش شیوه دعا کردن، بحث جمعی در مورد آثار دعا در زندگی خود و دیگران و پیامد روانی آن، ارائه تکالیف انجام دعا برای خود و دیگران، دست کم سه بار در هر روز. جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم مربوط به توکل به خداوند، بحث گروهی در مورد آثار روانی توکل کردن به خداوند، ارائه تکالیف تمرین توکل به خداوند، دست کم سه بار در هر روز. جلسه پنجم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش صبر و بردباری و بحث گروهی در مورد صبر کردن و پیامدهای روانی آن، ارائه تکالیف تمرین صبر دست کم سه بار در هر روز. جلسه ششم: مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم مربوط به عفو و گذشت کردن نسبت به خود و دیگران و پیامد روانی آن، بحث گروهی در مورد بخشش (خود و دیگران)، ارائه تکالیف تمرین عفو در دست کم سه مورد در

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی و مرحله بالینی شرکت کنندگان در پژوهش

p	گروه گواه	گروه معنوی - مذهبی (S-R)	گروه شناختی - رفتاری (CBT)	سطوح مختصات جمعیت شناختی	ویژگی جمعیت شناختی
	۳۲	۳۳	۳۰	کمترین	
۰/۸	۶۲	۵۸	۵۹	بیشترین	سن (به سال)
	۴۶/۸(± ۶/۴۶SD)	۴۸/۱۵(± ۷/۶۸SD)	۴۵/۱۵(± ۵/۷۹ SD)	میانگین	
	۷	۸	۸	کمترین	مدت زمانی که از
۰/۱	۳۴	۳۶	۴۰	بیشترین	تشخیص گذشته (به ماه)
	۲۰/۱(± ۳/۷۹ SD)	۲۷/۳(± ۵/۰۱ SD)	۲۳/۴۷(± ۴/۲۳ SD)	میانگین	
	(/۴۰)۶	(/۵۳/۳۴)۸	(/۶۶/۶)۱۰	یک	مرحله بالینی بیماری (تعداد و درصد)
۰/۷	(/۲۰)۳	(/۲۶/۶۶)۴	(/۲۰)۳	دو	
	(/۴۰)۶	(/۲۰)۳	(/۱۳/۴)۲	سه	
	(/۱۳/۴)۲	(/۶/۶)۱	(/۲۰)۳	مجرد	وضعیت تأهل (تعداد و درصد)
۰/۱	(/۸۶/۶)۱۳	(/۹۳/۴)۱۴	(/۸۰)۱۲	متاهل	
	(/۰)۰	(/۱۳/۴)۲	(/۶/۶)۱	سیکل	تحصیلات (تعداد و درصد)
۰/۰۱	(/۴۰)۶	(/۵۳/۲)۸	(/۶۰)۹	دیپلم	
	(/۶۰)۹	(/۳۳/۴)۵	(/۳۳/۴)۵	بالتر از دیپلم	

چنانکه در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بجز سطح تحصیلات، در سایر مشخصات جمعیت‌شناختی، سه گروه با هم هم‌تا شده بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار گروه‌های سه‌گانه پژوهش ارائه شده است. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون، میانگین نمرات افسردگی و اضطراب در گروه‌های چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در افسردگی نتایج تحلیل کواریانس (ANCOVA) در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های سه‌گانه پژوهش

گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون		میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون	
	افسردگی	اضطراب	افسردگی	اضطراب
گروه شناختی - رفتاری	۵۳/۳ (±۴/۸SD)	۴۳/۹ (±۲/۴ SD)	۲۳/۹ (±۴/۶ SD)	۲۹/۹ (±۲/۴ SD)
گروه معنوی - مذهبی	۵۲/۳ (±۳/۴ SD)	۳۸/۹ (±۳/۲ SD)	۳۸/۲ (±۴/۸ SD)	۳۲/۸ (±۳/۲ SD)
گروه کنترل	۴۷/۹ (±۱/۶ SD)	۳۶/۳ (±۱/۳ SD)	۴۶/۹ (±۱/۹ SD)	۳۸/۳ (±۲/۸ SD)

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی مداخلات CBT و S-R در افسردگی و اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	SS مجزورات	df	MS	F	P
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۳۸/۹۳	۲	۳۶/۹۳	۲/۹۱	۰/۱۹
	عضویت گروهی	۱۷۸/۶۷	۲	۸۹/۲۳	۳/۷۰۳	۰/۱۸
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۳۴/۵۰	۲	۲۱/۲۳	۲/۱۱	۰/۱۹
	عضویت گروهی	۱۲۱/۸۲	۲	۸۴/۲۳	۱/۳۱	۰/۱۷

بحث

معتقدند علی‌رغم اینکه معنویت در دهه‌های اخیر توجه روزافزونی را از سوی مجامع پژوهشی و بالینی به خود جلب نموده است، اما داده‌های آزمایشی که از تأثیر این نوع مداخلات حمایت کند، اندک است (تاک، ۲۰۱۲). البته پژوهش‌هایی از این دست در برابر مطالعات متعددی که مداخلات معنوی را در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر دانسته‌اند، در اقلیت قرار دارند (بوله‌ری و همکاران، ۱۳۹۱؛ رومرو و همکاران، ۲۰۰۶؛ چومانووا و همکاران، ۲۰۰۶؛ لوین و همکاران، ۲۰۰۹).

به‌طور کلی به نظر می‌رسد اشاره به عواملی مربوط به تأثیر مداخلات به‌کار رفته در این پژوهش ممکن است در طراحی پژوهش‌های آینده مفید باشد؛ نکته اول به ماهیت آموزشی - درمانی مداخلات شناختی - رفتاری و معنوی - مذهبی که صرف وقت و انرژی کافی از سوی مراجع را می‌طلبد، مربوط

در این پژوهش، تأثیر مداخله شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید نشد (جدول ۳). این یافته، با یافته‌های پدرام و همکاران (۱۳۸۹) و کهرزایی و همکاران (۱۳۹۱)، تاترو و مون‌گومری (۲۰۰۶)، بایگلر و همکاران (۲۰۰۹)، بل‌تمن و همکاران (۲۰۱۰)، کاواکیک و کوسکیک (۲۰۱۱)، هارت و همکاران (۲۰۱۲) و مان و همکاران (۲۰۱۲) که اثربخشی این مداخله را در بیماران مبتلا به سرطان تأیید کرده‌اند، همسو نیست. دیگر مداخله به‌کار رفته در این مطالعه یعنی مداخله معنوی - مذهبی نیز تأثیر معناداری در کاهش افسردگی و اضطراب شرکت‌کنندگان در این مطالعه نشان نداد (جدول ۴). همسو با این یافته، برخی از پژوهشگران نیز در مطالعه خود به تأثیر پایین مداخلات معنوی - مذهبی در پژوهش‌های بالینی اشاره کرده‌اند. آنها

به اختلال هراس اجتماعی. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۴)، ۱۹-۱۲.

بوله‌ری، ج. نظیری، ق. و زمانیان، س. (۱۳۹۱). اثر بخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و فشار روانی در زنان مبتلا به سرطان سینه. *جامعه‌شناسی زنان*، ۳(۱)، ۸۵-۱۱۶.

پدرام، م. محمدی، م. نظیری، ق. و آیین‌پرست، ن. (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *جامعه‌شناسی زنان*، ۱(۴)، ۷۶-۶۱.

حمید، ن. احمدیان، ع. و اکبری‌شایه، ی. (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی درمان‌گری مذهب‌محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم پزشکی هرمزگان*، ۳(۳)، ۲۱۳-۲۲۱.

دلاور، ع. (۱۳۷۸). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. چاپ سوم، تهران: انتشارات رشد.

سجادی‌هزاوه، م. صالحی، ب. و مشفق، ک. (۱۳۸۷). مقایسه تأثیر دارو - درمانی و دارو - شناخت درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۱(۳)، ۵۵-۶۱.

فتحی‌آشتیانی، ع. و داستانی، م. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روان‌شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. چاپ اول، تهران: انتشارات بعثت.

فروزنده، ن. و دل‌آرام، م. (۱۳۸۲). بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی بر روش‌های مقابله‌ای دانشجویان غیرپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۵(۳)، ۳۴-۲۶.

کاوایانی، ح. و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۶(۲)، ۱۳۶-۱۴۰.

کهرزایی، ف. دانش، ع. و حیدرزادگان، ع. (۱۳۹۱). اثر بخشی رفتار درمان‌گری شناختی در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴(۲)، ۱۱۶-۱۱۲.

گزارش سالیانه ثبت سرطان در ایران. (۱۳۸۷). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت.

هاشمی، ز. محمود علیلو، م. و هاشمی نصرت‌آباد، ت. (۱۳۸۹). اثر بخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. *روان‌شناسی بالینی*، ۲(۳)، ۹۷-۸۵.

Baqutayan, S.M.S. (2012). Managing anxiety among breast cancer's patients. *Advances in Psychology Study*, 1(1), 4-7.

Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63-74.

می‌شود. از آنجا که زنان شرکت‌کننده در این مطالعه، همچنان با برخی مشکلات و عوارض باقی‌مانده از دوران درمان مانند کاهش قدرت پردازش شناختی، کاهش قدرت بینایی، نشانگان یائسگی پیش از موعد، درد، مشکلات استخوانی - عضلانی، لنف متورم و خستگی روبه‌رو بودند، ظرفیت یادگیری و به‌کارگیری راهبردها در آنها کاهش یافته بود. در این شرایط ایجاد تغییراتی در شیوه‌های مرسوم آموزش این مداخلات، همراه با مؤلفه‌هایی که برای هر یک از راهبردها طراحی می‌شود و همچنین تعداد جلسه‌هایی که به انجام مداخلات پرداخته می‌شود، در مطالعات آینده الزامی است. به‌علاوه، به‌دلیل اثر روانی تشخیص سرطان و مراحل سخت درمانی آن که خودانگیختگی و خودنظارتی بر افکار را در مبتلایان به شکلی منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد، تأکید بیشتر بر درگیر کردن این بیماران در فعال‌سازی رفتار و نیز عطف توجه بیشتر به نشانه‌های درونی و بیرونی که پیش‌درآمد شکل‌گیری اضطراب در آنهاست، ضروری می‌نماید. وجود همزمان مشکلات روانی - اجتماعی دیگر، نیز از جمله عوامل مهم مداخله‌کننده در تأثیر شیوه‌های درمانی حاضر بوده است. برخی از شرکت‌کنندگان، از مشکلات زناشویی و بحران‌های خانوادگی در رنج بودند. به نظر می‌رسد این عوامل به‌دلیل ایجاد تداخل در تمرین عملی مهارت‌های آموزش داده‌شده به بیماران، ممکن است از میزان تأثیر مداخلات بکاهد. از این‌رو توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آینده علاوه بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مخدوش‌کننده، متغیرهای روانی - اجتماعی مهم دیگر نیز وارد پژوهش شود و یا تحت بررسی قرار بگیرد. به هر حال لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر توجه لازم و کافی بشود. مهمترین محدودیت پژوهش حاضر به گروه نمونه پژوهش که زنان تحت درمان سرطان پستان بودند، مربوط می‌شود. در این خصوص لازم است در تعمیم نتایج به دیگر بیماران جسمی احتیاط جدی صورت گیرد. محدودیت بعدی پژوهش اینکه در این مطالعه، آزمون پیگیری که به‌منظور بررسی پایداری نتایج لازم است انجام شود، انجام نگرفته است. در پایان از مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (ره) برای تأمین بودجه این پژوهش قدردانی می‌شود.

منابع

اکبری، م.ا. عباچی‌زاده، ک. خیام‌زاده، م. طباطبایی، م. اثنی‌عشری، ف.ج. و همکاران. (۱۳۸۷). *سرطان در ایران*. چاپ اول، قم: انتشارات دارالفکر.

بهادری، م.ح. جهان‌بخش، م. جمشیدی، آ. و عسکری، ک. (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا

- Beltman, M.W., Oude Voshaar, R.C., & Speckens, A.E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 11-19.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S.H., & et al. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 19, 21-28.
- Biegler, K.A., Chaoul, M.A., & Cohen, L. (2009). Cancer, cognitive impairment, and meditation. *Acta Oncologica*, 48(1), 18-26.
- Choumanova, I. B.A., Wanat Barrett, R., & Koopman, C. (2006). Religion and spirituality in coping with breast cancer: Perspectives of Chilean women. *Breast*, 12(4), 349- 352.
- Fallah, R., Golzari, M., Dastani, M., & Akbari, M.E. (2011). Integrating spirituality into a group psychotherapy program for women surviving from breast cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 4(3), 142-148.
- Flori, K.L., Hays, J.C., & Meador, K.G. (2004). Spiritual turning points and perceived control over the life course. *International Journal of Aging and Human Development*; 59(4), 391-420.
- Hart, S.L., Hoyt, M.A., Dieffenbachia, M., Anderson, D.R., Kilbourn, K.M., & et al. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 104(13), 990-1004.
- Holland, J.C., Breitbart, W., Jacobsen, P.B., Lederberg, M.S., Loscalzo, M.J., & et al. (2010). *Psycho-oncology*. 2nd Edition. New York, Oxford University Press.
- Kavacic, T., & Kovscic, M. (2011). Impact of relaxation training according to Yoga in daily life system on perceived stress after breast cancer surgery. *Integrative Cancer Therapy*, 10(1), 16-26.
- Koenig, H. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H.G., Gorge, L.K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *American Geriatric Sociology*, 25, 554- 562.
- Levine, E.G., Aviv, C., Yoo, G., Ewing, C., & Au, A. (2009). The benefits of prayer on mood and well- being of breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 17, 295-306.
- Lines, D. (2006). *Spirituality in counseling and psychotherapy*. London: Sage Publication.
- Manne, S.L., & Ostroff, J.S. (2008). *Coping with breast cancer, A couples- focused group international: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Manne, E., Smith, M.J., Hellier, J., Balabanovic, J.A., Hamed, H., & et al. (2012). Cognitive behavioral treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment (MENOS 1): a randomized controlled trial. *The Lancet Oncology*, 13(3), 309-318.
- Meraviglia, M.G. (2004). The effects of spirituality on well- being of people with lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31, 89-94.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. London: Oxford University Press.
- Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., & Pastor, M.A. (2007). Control beliefs in cancer: a literature review. *Anuario de Psicologia*, 35(3), 333-55.
- Peteet, J. R. (2012). Spiritually integrated treatment of depression: A conceptual framework. *Depression Research and Treatment*, 2012(Article ID 124370), 1-6. doi: 10.1155/2012/124370.
- Richards, S.P., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. U.S.A: American Psychological Association.
- Rippentorp, E.A. (2005). The relationship between religion spirituality and physical health, mental health and pain in chronic pain population. *Pain*, 166, 311-21.
- Romero, C., Kalidas, M., Elledge, R., Change, J., Liscum, K.R., & et al. (2006). Self- forgiveness: Spirituality and psychological adjustment in women with breast cancer. *Behavioral Medicine*, 29(1), 29-36.
- Schreiber, J.A. (2011). Image of God: effect on coping and psycho-spiritual outcomes in early breast cancer survivor. *Oncology Nurse Forum*, 38(3), 203- 301.
- Tatrow, K., & Montgomery, G.H. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: A meta-analysis. *Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27.
- Traeger, L., Greer, J.A., Fernandez-Robles, C., Temel, J.S., & Pirl , W.F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1197-1205.
- Tuck, I. (2012). A critical review of a spirituality intervention. *Western Journal of Nursing Research*, XX(X), 1-24. doi: 10.1177/0193945911433891.