

## اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان

فرشاد صمدی<sup>۱</sup>، اشرف السادات گیتی قریشی<sup>۲\*</sup>، مالک میرهاشمی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن در میان زنان است که با پیامدهای روان‌شناختی قابل‌توجهی از جمله کاهش تاب‌آوری، تبعیت پایین از درمان و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد همراه است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش پژوهش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) بجنورد در سال ۱۴۰۳ بود که از میان آنان، ۳۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه معنویت‌درمانی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش تحت مداخله معنویت‌درمانی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. ابزارهای گردآوری داده شامل پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، تبعیت از درمان موریسکی، و سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی موجب افزایش معنادار تاب‌آوری، بهبود تبعیت از درمان و ارتقاء سبک‌های مقابله‌ای سازگاران در مقایسه با گروه کنترل گردید ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** معنویت‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر روان‌شناختی در ارتقاء ظرفیت‌های مقابله‌ای و سازگاری روانی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** تاب‌آوری، تبعیت از درمان، سبک‌های مقابله‌ای، سرطان پستان، معنویت‌درمانی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۱

**استناد:** صمدی فرشاد، گیتی قریشی اشرف السادات، میرهاشمی مالک. اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۲): ۱۹۴-۲۰۸

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

<sup>۲</sup> - (نویسنده مسئول)، استادیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

Email: [giti.ghoreishi@iau.ac.ir](mailto:giti.ghoreishi@iau.ac.ir), Tell: 09123197563

<sup>۳</sup> - استاد گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

**مقدمه:**

بیماری‌های مزمن، از جمله سرطان، از چالش‌برانگیزترین مسائل بهداشت عمومی در جوامع امروز به شمار می‌روند و اثرات گسترده‌ای بر ابعاد مختلف زندگی بیماران می‌گذارند. سرطان پس از بیماری‌های قلبی-عروقی دومین علت مرگ‌ومیر در جهان است و در ایران نیز از عوامل اصلی مرگ زودرس محسوب می‌شود. آمارهای اخیر حاکی از آن است که با افزایش میانگین سنی جمعیت و تغییر سبک زندگی، نرخ بروز سرطان در کشور روند صعودی داشته و پیش‌بینی می‌شود در دهه‌های آینده نیز افزایش یابد (۱). در این میان، سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی، بخش بزرگی از بار روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از سرطان را به خود اختصاص داده است (۲).

سرطان پستان اگرچه به‌واسطه پیشرفت‌های پزشکی در زمینه غربالگری و درمان، امروزه تا حدودی قابل کنترل‌تر شده است، اما همچنان با پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌ای همراه است. زنان مبتلا به این بیماری اغلب با ترس از مرگ، نگرانی از تغییر تصویر بدنی، کاهش کارکردهای اجتماعی، و اختلال در نقش‌های خانوادگی و فردی مواجه هستند. این عوامل می‌توانند منجر به بروز افسردگی، اضطراب، ناامیدی، افت تاب‌آوری، کاهش تبعیت از درمان و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه شوند (۳-۴).

در چنین شرایطی، مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای به عنوان متغیرهای کلیدی در انطباق بیماران با شرایط بیماری شناخته می‌شوند. تاب‌آوری مفهومی است که به توانایی فرد برای بازگشت به تعادل روانی-زیستی پس از مواجهه با شرایط سخت و آسیب‌زا اشاره دارد (۵). در بیماران سرطانی، تاب‌آوری می‌تواند نقش حفاظتی در برابر پریشانی روانی ایفا کرده و به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کند (۶). از سوی دیگر، تبعیت از درمان که شامل رعایت دقیق دستورات دارویی، رژیم غذایی و توصیه‌های سبک زندگی از سوی پزشکان است، نقش تعیین‌کننده‌ای در اثربخشی درمان‌های پزشکی دارد (۲). با این حال، شواهد نشان می‌دهند که بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، به دلایلی چون خستگی درمانی، عوارض جانبی داروها، یا فقدان حمایت روانی-اجتماعی، در مسیر درمان دچار افت پایبندی می‌شوند (۷).

همچنین، شیوه‌های مقابله با استرس یکی دیگر از عوامل مهم در تعیین کیفیت انطباق روانی-رفتاری بیماران است. نظریه‌های روان‌شناختی مانند نظریه لازاروس و فولکمن (۸) بر نقش تعیین‌کننده سبک‌های مقابله‌ای تأکید دارند و نشان می‌دهند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، موجب کاهش اضطراب و افزایش احساس کنترل می‌شود، در حالی که راهبردهای هیجان‌مدار با افزایش درماندگی و فرسودگی روانی همراه‌اند (۹). یافته‌ها حاکی از آن است که بسیاری از زنان مبتلا به سرطان پستان از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور، مانند اجتناب، انکار یا تخلیه هیجانی، استفاده می‌کنند که در بلندمدت پیامدهای منفی روانی برای آنان به همراه دارد (۱۰).

با توجه به این چالش‌ها، در سال‌های اخیر، پژوهشگران بر مداخلات روان‌شناختی ساختارمند به‌منظور ارتقای سلامت روان بیماران سرطانی تمرکز کرده‌اند. یکی از مداخلاتی که در این زمینه مورد توجه قرار گرفته، معنویت‌درمانی است. معنویت‌درمانی رویکردی است که بر کشف معنا، هدفمندی، امید، پذیرش و ارتباط با امر متعالی تمرکز دارد و می‌تواند در جوامعی با بنیان‌های فرهنگی-مذهبی قوی، نقش مهمی در مقابله با بحران‌هایی چون سرطان ایفا کند (۱۱). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت می‌تواند منبعی قوی برای بازسازی روانی، ارتقاء تاب‌آوری، افزایش انگیزه درمان، بهبود سبک‌های مقابله‌ای و کاهش احساسات منفی در بیماران مبتلا

به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان باشد (۱۲-۱۳). در واقع، تقویت ابعاد معنوی فرد می‌تواند به شکل‌گیری نگرش مثبت‌تر نسبت به بیماری، پذیرش بهتر درمان و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی کمک کند

با این حال، علی‌رغم اهمیت شناخته‌شده‌ی مداخلات معنوی در سلامت بیماران سرطانی، همچنان خلأهایی در زمینه بررسی تأثیر این مداخلات بر مؤلفه‌های روان‌شناختی مانند تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای به‌ویژه در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان وجود دارد. بیشتر مطالعات داخلی به درمان‌های پزشکی یا عمومی روان‌شناختی پرداخته‌اند و کمتر رویکردهای معنویت‌محور را در بافت فرهنگی-اجتماعی ایران بررسی کرده‌اند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. تمرکز بر مداخله‌ای بومی‌ساز و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی جامعه ایران می‌تواند زمینه‌ساز طراحی برنامه‌های مداخلاتی مؤثرتر برای بهبود وضعیت روانی و کیفیت زندگی این بیماران گردد.

### روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نظر هدف، در زمره مطالعات کاربردی و از نظر روش اجراء، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. از میان آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه کنترل) گمارده شدند. مداخله معنویت‌درمانی طی ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ارزیابی متغیرهای وابسته در سه مرحله انجام شد: پیش‌آزمون (پیش از آغاز مداخله)، پس‌آزمون (بلافاصله پس از پایان مداخله) و مرحله پیگیری (یک ماه و نیم پس از پایان جلسات درمانی). در این پژوهش، متغیر مستقل معنویت‌درمانی بود و متغیرهای وابسته شامل تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای بودند. تأثیر مداخله با مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ بهره گرفته شد.

در این پژوهش، معیارهای ورود شامل: سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال، گذشت حداقل سه هفته از آخرین جلسه شیمی‌درمانی، داشتن تشخیص قطعی سرطان پستان در مرحله ۳ (بر اساس پاتولوژی و پرونده پزشکی)، نداشتن بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده (مانند دیابت کنترل‌نشده یا نارسایی قلبی)، و اعلام رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بودند. اطلاعات مربوط به این معیارها از طریق مصاحبه حضوری و پرسشنامه دموگرافیک گردآوری شد. معیارهای خروج نیز شامل: شروع درمان جدید یا بروز متاستاز در طول مداخله، غیبت در دو جلسه درمانی، انصراف از همکاری، ابتلا به بیماری جسمی جدید، ابتلا به اختلال روان‌پزشکی شدید (مانند روان‌پریشی یا اختلال دوقطبی فعال) و مصرف داروهای روان‌پزشکی نظیر SSRIها یا بنزودیازپین‌ها بود که می‌توانستند در تحلیل دقیق نتایج پژوهش اختلال ایجاد کنند.

**پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC):** این پرسش‌نامه توسط کونور و دیویدسون (۵) به‌منظور سنجش توانایی فرد در مقابله با استرس و فشارهای روانی طراحی شده و نسخه ۱۵ سؤالی آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. پرسش‌نامه

بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و پنج عامل اصلی تاب‌آوری شامل شایستگی فردی، تحمل عواطف منفی، پذیرش تغییر، کنترل و معنویت را ارزیابی می‌کند. نسخه فارسی این ابزار توسط محمدی (۱۴) هنجاریابی شده و مطالعات متعدد پایایی بالای آن را تأیید کرده‌اند (آلفای کرونباخ بین ۰,۷۸ تا ۰,۹۱). روایی سازه آن نیز با تحلیل عاملی تأییدی در سطح مطلوب گزارش شده است، بنابراین ابزار مناسبی برای سنجش تاب‌آوری در جمعیت ایرانی محسوب می‌شود.

**پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن:** این ابزار توسط سیدفاطمی و همکاران (۱۵) به منظور سنجش میزان پایبندی بیماران به پروتکل‌های درمانی در بیماری‌های مزمن طراحی شده است و شامل ۴۰ گویه در قالب هفت خرده‌مقیاس (از جمله اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، تطابق، تعهد و تردید در درمان) می‌باشد. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ تا ۵) نمره‌گذاری شده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تبعیت بالاتر از درمان است. این پرسش‌نامه از پایایی مناسبی برخوردار است؛ به طوری که آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰,۹۲ و ضرایب خرده‌مقیاس‌ها بین ۰,۵۱ تا ۰,۸۶ گزارش شده‌اند. این ابزار در پژوهش حاضر جهت سنجش میزان پایبندی بیماران به درمان به کار گرفته شد.

**پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس-فولکمن:** این پرسش‌نامه توسط لازاروس و فولکمن (۸) براساس نظریه تعاملی استرس و مقابله تدوین شده و یکی از ابزارهای رایج برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای در موقعیت‌های استرس‌زا است. نسخه مورد استفاده در این پژوهش شامل ۶۶ گویه با مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (از هیچ‌وقت تا بسیار زیاد) است و دو دسته اصلی راهبردها، شامل سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار (مانند حل مسئله و جستجوی حمایت) و هیجان‌مدار (مانند اجتناب، انکار، تخلیه هیجانی) را ارزیابی می‌کند. نسخه فارسی این ابزار توسط علیپور و همکاران (۱۶) اعتباریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ کل آن ۰,۸۵ گزارش شده است. همچنین پایایی خرده‌مقیاس‌ها نیز در مطالعات بعدی در سطح مطلوب ارزیابی شده و این ابزار قابلیت استفاده در جمعیت ایرانی را دارد.

#### جدوا: محتوای جلسات معنویت‌درمانی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین، تأثیر آن در زندگی فرد، ایجاد همدلی و حس مشترک، و تفاوت میان دین و معنویت سالم با انواع ناسالم آن
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود؛ شامل شناسایی و درک احساسات، کنترل آن‌ها از طریق تکنیک‌های تجسم هدایت‌شده، آگاهی از احساسات دیگران، و شناسایی نیازها و مسیر دستیابی به آن‌ها
سوم	گوش دادن به ندای درونی؛ کشف معنا و ارزش‌های درونی از طریق توجه به شهود و رهنمودهای معنوی
چهارم	بررسی مفهوم خدا و قدرت برتر، و تقویت ارتباط معنوی از طریق نیایش و گفت‌وگوی درونی با خدا
پنجم	نوع‌دوستی؛ انجام فعالیتی گروهی با هدف تجربه عملی معنویت، افزایش عزت‌نفس و حس مفید بودن

ششم	ارتباط با مقدسات؛ ایجاد پیوند لذت‌بخش با مفاهیم مقدس برای کاهش تنهایی، استرس و اضطراب
هفتم	پرداختن به رنجش، عدم بخشش و احساس گناه؛ کمک به درک مفهوم بخشش و کاهش بار عاطفی آن
هشتم	تمرکز بر مفهوم بخشش؛ افزایش احساسات مثبت، رهایی از تنش‌های درونی و ایجاد مصالحه درونی
نهم	مرگ، ترس از مرگ و رنج؛ کاهش اضطراب وجودی و یافتن معنا در زندگی از طریق پذیرش مرگ
دهم	ایمان و توکل به خدا؛ تقویت حس پذیرش و آرامش در مواجهه با مشکلات از طریق اعتماد به خدا
یازدهم	حل مسائل معنوی و مذهبی؛ شناسایی مشکلات درونی و آموزش سبک‌های مؤثر در حل مسئله معنوی
دوازدهم	قدردانی و شکرگزاری؛ تمرین و آموزش ابراز احساسات مثبت و تقویت نگرش قدردانانه به زندگی

تحلیل داده‌های پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان، در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف معیار برای هر یک از متغیرهای وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین، و همگنی شیب رگرسیونی بررسی و تأیید گردید. در سطح استنباطی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در هر متغیر به صورت جداگانه، و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی هم‌زمان اثر مداخله بر چند متغیر استفاده شد. در صورت نیاز، آزمون‌های تعقیبی بونفرونی جهت انجام مقایسه‌های زوجی به کار رفت. همچنین، برای تحلیل پایداری اثر مداخله در مرحله پیگیری، از تحلیل اندازه‌گیری مکرر بهره گرفته شد تا تعامل بین زمان و گروه به صورت دقیق بررسی شود. در مواردی که مفروضه‌های تحلیل‌های پارامتریک برقرار نبود، از آزمون‌های ناپارامتریک معادل استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. اندازه اثر و فاصله اطمینان ۹۵ درصد نیز برای تفسیر دقیق‌تر نتایج گزارش شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مرحله	معنویت‌درمانی		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار		میانگین
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۴۳/۰۷	۵/۰۱	۴۴/۰۶	۴/۳۸
	پس‌آزمون	۵۵/۱۴	۴/۷۶	۴۵/۱۳	۳/۷۰
	پیگیری	۵۵/۸۶	۴/۶۷	۴۵/۵۰	۴/۰۵
اهتمام در درمان	پیش‌آزمون	۲۸/۴۰	۴/۱۰	۲۸/۲۰	۴/۳۵
	پس‌آزمون	۳۳/۰۶	۴/۲۵	۲۸/۶۶	۴/۰۱
	پیگیری	۳۴/۱۳	۳/۹۲	۲۸/۲۰	۴/۲۲
تمایل به مشارکت	پیش‌آزمون	۲۵/۰۶	۳/۷۵	۲۴/۸۰	۳/۹۰
	پس‌آزمون	۲۹/۶۰	۳/۵۹	۲۵/۱۳	۳/۸۷
	پیگیری	۳۰/۴۶	۳/۳۳	۲۴/۹۳	۳/۸۰
توانایی تطابق	پیش‌آزمون	۲۲/۳۳	۴/۱۱	۲۳/۰۶	۴/۲۳
	پس‌آزمون	۲۷/۹۳	۳/۹۰	۲۳/۲۶	۳/۷۷
	پیگیری	۲۸/۷۳	۳/۶۸	۲۳/۱۳	۳/۹۶
تلفیق درمان با زندگی	پیش‌آزمون	۲۱/۸۶	۳/۴۰	۲۱/۹۳	۳/۵۲
	پس‌آزمون	۲۵/۱۳	۳/۲۸	۲۲/۱۳	۳/۲۷
	پیگیری	۲۶/۰۱	۳/۳۵	۲۲/۰۶	۳/۳۱
چسبیدن به درمان	پیش‌آزمون	۱۸/۶۰	۲/۸۵	۱۸/۱۳	۳/۲۰
	پس‌آزمون	۲۲/۴۰	۲/۷۹	۱۸/۴۶	۲/۹۴
	پیگیری	۲۳/۱۳	۲/۶۰	۱۸/۳۳	۳/۱۰
تعهد به درمان	پیش‌آزمون	۲۴/۳۳	۳/۶۵	۲۳/۹۳	۳/۷۴
	پس‌آزمون	۲۸/۱۳	۳/۵۸	۲۴/۲۰	۳/۶۲
	پیگیری	۲۹/۲۰	۳/۵۰	۲۴/۰۰	۳/۵۵
تردید در اجرای درمان	پیش‌آزمون	۱۹/۸۰	۳/۴۰	۱۹/۷۳	۳/۳۳
	پس‌آزمون	۱۵/۵۳	۳/۱۵	۱۹/۴۶	۳/۴۸
	پیگیری	۱۴/۸۶	۳/۰۲	۱۹/۸۰	۳/۴۱
سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار	پیش‌آزمون	۳۹/۰۷	۵/۹۹	۳۵/۱۲	۳/۸۷
	پس‌آزمون	۵۲/۹۳	۹/۹۸	۳۷/۶۲	۵/۹۹

۵/۷۸	۳۷/۶۲	۹/۶۵	۵۲/۶۴	پیگیری	سبک مقابله‌ای هیجان مدار
۴/۲۸	۳۴/۹۴	۲/۵۳	۳۵/۱۴	پیش‌آزمون	
۳/۶۵	۳۴/۶۳	۳/۱۹	۳۲/۷۱	پس‌آزمون	
۳/۶۸	۳۴/۵۶	۳/۰۲	۳۲/۶۴	پیگیری	

بر اساس یافته‌های توصیفی، میانگین نمرات متغیرهای تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در گروه معنویت‌درمانی پس از مداخله و در مرحله پیگیری افزایش معناداری نسبت به پیش‌آزمون داشته است. به‌ویژه در مؤلفه تاب‌آوری، رشد چشمگیری نسبت به سایر گروه‌ها مشاهده شد. همچنین، نمرات تبعیت از درمان و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در این گروه بهبود یافت و هم‌زمان از شدت استفاده از سبک‌های هیجان‌مدار کاسته شد. در مقابل، گروه کنترل تغییر معناداری در این متغیرها نشان نداد. این نتایج اولیه بیانگر اثربخشی معنویت‌درمانی در ارتقاء شاخص‌های روان‌شناختی مورد بررسی است.

### جدول ۳: بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک

P	آماره شاپیرو-ویلک	گروه	مرحله	متغیر
۰/۳۰۴	۰/۹۳۳	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	تاب‌آوری
۰/۸۳۱	۰/۹۶۸	کنترل		
۰/۷۸۴	۰/۹۶۵	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون	
۰/۸۳۷	۰/۹۶۹	کنترل		
۰/۹۰۹	۰/۹۷۴	معنویت‌درمانی	پیگیری	اهتمام در درمان
۰/۵۰۵	۰/۹۴۹	کنترل		
۰/۴۸۸	۰/۹۴۸	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	
۰/۸۲۸	۰/۹۶۷	کنترل		
۰/۷۳۲	۰/۹۶۲	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون	تمایل به مشارکت
۰/۵۷۴	۰/۹۵۴	کنترل		
۰/۶۲۳	۰/۹۵۷	معنویت‌درمانی	پیگیری	
۰/۴۲۰	۰/۹۴۳	کنترل		
۰/۸۹۴	۰/۹۷۴	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	
۰/۹۵۱	۰/۹۸۰	کنترل		
۰/۸۲۶	۰/۹۶۷	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون	

متغیر	مرحله	گروه	آماره شاپیرو-ویلک	P
		کنترل	۰/۹۶۰	۰/۶۹۰
	پیگیری	معنویت‌درمانی	۰/۹۶۴	۰/۷۶۲
		کنترل	۰/۹۵۸	۰/۶۴۵
	پیش‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۶۲	۰/۷۳۳
		کنترل	۰/۹۷۵	۰/۹۰۴
	پس‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۴۵	۰/۴۴۵
توانایی تطابق		کنترل	۰/۹۶۲	۰/۷۲۶
	پیگیری	معنویت‌درمانی	۰/۹۵۰	۰/۵۱۴
		کنترل	۰/۹۵۱	۰/۵۲۸
	پیش‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۶۰	۰/۶۹۸
		کنترل	۰/۹۶۵	۰/۷۹۶
	پس‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۴۶	۰/۴۵۳
چسبیدن به درمان		کنترل	۰/۹۶۸	۰/۸۴۱
	پیگیری	معنویت‌درمانی	۰/۹۵۲	۰/۵۴۲
		کنترل	۰/۹۵۵	۰/۶۰۱
	پیش‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۵۸	۰/۶۴۴
		کنترل	۰/۹۶۲	۰/۷۲۷
	پس‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۴۷	۰/۴۶۷
تعهد به درمان		کنترل	۰/۹۵۸	۰/۶۴۱
	پیگیری	معنویت‌درمانی	۰/۹۵۰	۰/۵۱۰
		کنترل	۰/۹۵۳	۰/۵۶۶
	پیش‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۶۱	۰/۷۱۰
		کنترل	۰/۹۶۸	۰/۸۳۴
	پس‌آزمون	معنویت‌درمانی	۰/۹۴۹	۰/۴۹۵
تلفیق درمان با زندگی		کنترل	۰/۹۵۵	۰/۶۰۲
	پیگیری	معنویت‌درمانی	۰/۹۶۰	۰/۶۹۴

P	آماره شاپیرو-ویلک	گروه	مرحله	متغیر
۰/۷۲۵	۰/۹۶۲	کنترل		تردید در اجرای درمان
۰/۶۰۴	۰/۹۵۵	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	
۰/۶۲۰	۰/۹۵۷	کنترل		
۰/۴۸۴	۰/۹۴۸	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون	
۰/۵۲۶	۰/۹۵۱	کنترل		
۰/۴۵۲	۰/۹۴۶	معنویت‌درمانی	پیگیری	
۰/۶۳۷	۰/۹۵۸	کنترل		سبک مقابله هیجان‌مدار
۰/۵۵۶	۰/۹۵۲	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	
۰/۵۵۱	۰/۹۵۲	کنترل		
۰/۷۶۴	۰/۹۶۴	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون	
۰/۸۵۱	۰/۹۷۰	کنترل		
۰/۴۰۷	۰/۹۴۲	معنویت‌درمانی	پیگیری	
۰/۱۸۶	۰/۹۱۹	کنترل		سبک مقابله مسئله‌مدار
۰/۴۳۱	۰/۹۴۴	معنویت‌درمانی	پیش‌آزمون	
۰/۱۸۵	۰/۹۱۹	کنترل		
۰/۷۹۷	۰/۹۶۶	معنویت‌درمانی	پس‌آزمون	
۰/۲۵۶	۰/۹۲۸	کنترل		
۰/۱۵۰	۰/۹۱۳	معنویت‌درمانی	پیگیری	
۰/۰۳۱	۰/۸۶۸	کنترل		

بر اساس نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، توزیع نمرات متغیرهای پژوهش شامل تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در اغلب مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های معنویت‌درمانی و کنترل نرمال بوده است ( $P > ۰/۰۵$ ) تنها در برخی موارد مانند مرحله پیگیری سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار در گروه کنترل، مقدار احتمال کمتر از  $۰/۰۵$  به دست آمد که نشان‌دهنده انحراف از نرمال بودن داده‌ها در این بخش است. با این حال، با توجه به حجم نمونه و پایداری آزمون‌های پارامتریک، تحلیل داده‌ها در مراحل بعدی با روش‌های آماری پارامتریک انجام شد.

جدول ۴: نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها (لوین) برای متغیرهای پژوهش

متغیر	زمان	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۰/۵۴	۲	۴۲	۰/۵۸۶
	پس‌آزمون	۱/۰۸	۲	۴۲	۰/۳۴۹
	پیگیری	۰/۶۸	۲	۴۲	۰/۵۱۲
اهتمام در درمان	پیش‌آزمون	۰/۷۲۴	۲	۴۲	۰/۴۹۱
	پس‌آزمون	۰/۶۸۴	۲	۴۲	۰/۵۱۰
	پیگیری	۱/۲۷۳	۲	۴۲	۰/۲۹۱
تمایل به مشارکت	پیش‌آزمون	۰/۹۸۴	۲	۴۲	۰/۳۸۲
	پس‌آزمون	۰/۶۴۲	۲	۴۲	۰/۵۳۲
	پیگیری	۰/۷۴۶	۲	۴۲	۰/۴۸۰
توانایی تطابق	پیش‌آزمون	۱/۲۱۵	۲	۴۲	۰/۳۰۷
	پس‌آزمون	۱/۰۴۳	۲	۴۲	۰/۳۶۱
	پیگیری	۰/۹۵۸	۲	۴۲	۰/۳۹۲
تلفیق درمان با زندگی	پیش‌آزمون	۰/۴۷۷	۲	۴۲	۰/۶۲۴
	پس‌آزمون	۰/۵۶۲	۲	۴۲	۰/۵۷۴
	پیگیری	۰/۶۱۳	۲	۴۲	۰/۵۴۶
جسبیدن به درمان	پیش‌آزمون	۰/۸۴۲	۲	۴۲	۰/۴۳۸
	پس‌آزمون	۰/۹۵۴	۲	۴۲	۰/۳۹۵
	پیگیری	۱/۱۰۴	۲	۴۲	۰/۳۴۱
تعهد به درمان	پیش‌آزمون	۰/۷۶۷	۲	۴۲	۰/۴۷۲
	پس‌آزمون	۰/۶۵۸	۲	۴۲	۰/۵۲۴
	پیگیری	۱/۲۳۴	۲	۴۲	۰/۳۰۱
تردید در درمان	پیش‌آزمون	۱/۳۶۹	۲	۴۲	۰/۲۶۵
	پس‌آزمون	۱/۰۸۷	۲	۴۲	۰/۳۴۷
	پیگیری	۰/۹۷۴	۲	۴۲	۰/۳۸۶
پیش‌آزمون	۱/۴۷	۲	۴۲	۰/۲۴۰	

متغیر	زمان	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
سبک مقابله هیجان مدار	پس آزمون	۲/۵۷	۲	۴۲	۰/۱۳۷
	پیگیری	۲/۲۰	۲	۴۲	۰/۱۲۳
سبک مقابله مسئله مدار	پیش آزمون	۳/۱۰	۲	۴۲	۰/۰۵۵
	پس آزمون	۲/۹۹	۲	۴۲	۰/۰۶۹
	پیگیری	۱/۲۵	۲	۴۲	۰/۴۳۶

نتایج آزمون لوین نشان داد که در تمامی مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، واریانس نمرات متغیرهای تاب آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای بین گروه‌های معنویت‌درمانی و کنترل همگن بوده است ( $p > 0/05$ ) بنابراین، مفروضه همگنی واریانس‌ها برای اجرای آزمون‌های کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری برقرار بوده است.

#### جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (آماره لامبدای ویلکز) برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع اثر	آماره لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی	P	اندازه اثر
تاب آوری	گروه	۰/۲۱	۲۴/۹۸	(۱،۴۲)	$0/001 <$	۰/۵۴
	زمان	۰/۱۶	۱۰۱/۳۰	(۲،۴۱)	$0/001 <$	۰/۸۳
	زمان × گروه	۰/۲۵	۱۹/۷۹	(۴،۸۲)	$0/001 <$	۰/۴۹
تبعیت از درمان	گروه	۰/۰۳۸	۲۱/۱۳۵	(۱۴،۷۲)	$0/001 <$	۰/۸۰۴
	زمان	۰/۰۸۷	۲۱/۶۹۱	(۱۴،۲۹)	$0/001 <$	۰/۹۱۳
	زمان × گروه	۰/۱۱۳	۴/۰۸۳	(۲۸،۵۸)	$0/001 <$	۰/۶۶۳
سبک‌های مقابله‌ای	گروه	۰/۱۷	۲۹/۰۱	(۴،۸۲)	$0/001 <$	۰/۵۸
	زمان	۰/۱۴	۵۹/۸۸	(۴،۳۹)	$0/001 <$	۰/۸۶
	زمان × گروه	۰/۲۰	۱۱/۸۱	(۸،۷۸)	$0/001 <$	۰/۵۴

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که اثر گروه، زمان و تعامل زمان × گروه در هر سه متغیر پژوهش (تاب آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای) معنادار بوده است ( $p < 0/001$ ). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله معنویت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش تاب آوری، ارتقای تبعیت از درمان و بهبود سبک‌های مقابله‌ای سازگاران در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در متغیرهای پژوهش

متغیر	مقایسه زوجی	معنویت‌درمانی ( $\Delta M, p$ )	کنترل ( $\Delta M, p$ )
تاب‌آوری	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	$<0.001, 12/07^*$	$<0.001, 6/86^*$
	پیش‌آزمون - پیگیری	$<0.001, 12/78^*$	$<0.001, 6/73^*$
	پس‌آزمون - پیگیری	$<0.001, 0/71$	$0/571, 0/13$
تبعیت از درمان	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	$<0.001, 4/20^*$	$<0.001, 3/87^*$
	پیش‌آزمون - پیگیری	$<0.001, 4/53^*$	$<0.001, 4/87^*$
	پس‌آزمون - پیگیری	$0/954, 0/33$	$<0.001, 1/00^*$
سبک مقابله هیجان‌مدار	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	$<0.001, -13/85^*$	$<0.001, -28/60^*$
	پیش‌آزمون - پیگیری	$<0.001, -13/57^*$	$<0.001, -27/93^*$
	پس‌آزمون - پیگیری	$0/527, 0/28$	$0/131, 0/66$
سبک مقابله مسئله‌مدار	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	$0/009, 2/42^*$	$<0.001, 8/53^*$
	پیش‌آزمون - پیگیری	$0/005, 2/50^*$	$<0.001, 8/73^*$
	پس‌آزمون - پیگیری	$0/715, 0/07$	$0/293, 0/20$

نتایج مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی نشان داد که در گروه معنویت‌درمانی، اختلاف میانگین نمرات تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود ( $p < 0/001$ )، در حالی که اختلاف میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نشد. همچنین، در سبک مقابله هیجان‌مدار کاهش معناداری در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری مشاهده شد، اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به دست نیامد. این یافته‌ها بیانگر آن است که مداخله معنویت‌درمانی نه تنها در کوتاه‌مدت اثربخش بوده بلکه اثرات آن تا مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است.

### بحث و نتیجه‌گیری:

فرضیه اصلی پژوهش حاضر این بود که معنویت‌درمانی می‌تواند بر بهبود تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش باشد. نتایج تحلیل داده‌ها این فرضیه را تأیید کرد و نشان داد که مداخله معنویت‌مدار به‌طور معناداری موجب افزایش تاب‌آوری، ارتقای تبعیت از درمان و بهبود راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه شد. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با نتایج آوجی و چاووش‌اوغلو (۱۷)، سویرار و ارکان (۱۸)، و بای و مینگو (۱۱) است که نشان داده‌اند مداخلات معنوی موجب ارتقای تاب‌آوری، امید و انسجام روانی در بیماران سرطانی می‌شود. همچنین، نتایج این تحقیق با پژوهش تورابیان و همکاران (۱۹) همسو است که نشان داد معنویت‌درمانی تبعیت بیماران از درمان‌های پزشکی را افزایش داده و نگرش آنان نسبت به بیماری را مثبت‌تر می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت معنویت‌درمانی از طریق تمرکز بر معنا، ایمان، امید و پذیرش، به بازسازی روانی بیماران کمک کرده و احساس انسجام، امنیت درونی و پذیرش بیماری را تقویت می‌کند. نظریه معناپردازی پارک (۲۰) و نظریه سلامت معنوی کونینگ (۲۱) نیز بیان می‌کنند که ایجاد معنا در شرایط رنج می‌تواند ظرفیت مقابله‌ای بیماران را افزایش داده و التزام آنان به درمان را تقویت کند. این امر به‌ویژه در بیماران مبتلا به سرطان پستان که با استرس و چالش‌های روانی متعددی مواجه‌اند، نقش حیاتی دارد.

هرچند برخی پژوهش‌ها در سایر کشورها نشان داده‌اند که درمان‌های دیگری مانند درمان متمرکز بر هیجان نیز در بهبود سبک‌های مقابله‌ای و تبعیت درمانی مؤثرند (۲۲-۲۳)، اما در جامعه ایران با توجه به جایگاه پررنگ باورهای معنوی، رویکرد معنویت‌مدار می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. در جمع‌بندی می‌توان گفت معنویت‌درمانی با فراهم کردن بستری برای معناجویی، افزایش امید و ایجاد انسجام روانی، به‌طور مؤثری بر بهبود تاب‌آوری، ارتقای تبعیت از درمان و استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه در زنان مبتلا به سرطان پستان اثر می‌گذارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این رویکرد به‌عنوان یک مداخله مکمل در کنار درمان‌های پزشکی در مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرد.

**محدودیت پژوهش:** پژوهش حاضر همانند دیگر مطالعات علوم انسانی و بالینی با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله اینکه نمونه صرفاً شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در یک منطقه جغرافیایی خاص بود و این امر تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌ها را محدود می‌کند. همچنین، پیگیری تنها تا ۴۵ روز پس از مداخله انجام شد و امکان بررسی آثار بلندمدت وجود نداشت. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی یا ارزیابی نادقیق همراه باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با نمونه‌های متنوع‌تر، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و ابزارهای چندمنبعی انجام گیرد.

**ملاحظات اخلاقی:** این پژوهش با رعایت اصول اخلاقی و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (IR.NKUMS.REC.1403.193) اجرا شد. پیش از شروع مطالعه، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید و بر محرمانگی کامل اطلاعات، حق انصراف در هر مرحله و داوطلبانه بودن مشارکت تأکید شد. شرایط جسمی و روانی بیماران در روند جمع‌آوری داده‌ها مورد توجه قرار گرفت و پس از پایان مطالعه، خدمات مشاوره‌ای متناسب برای گروه کنترل ارائه شد تا منافع همه شرکت‌کنندگان حفظ شود.

**تضاد منافع:** بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

**تقدیر و تشکر:** نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

## References

- Heydari A, Zaharakar K, Mohsenzadeh F. The effectiveness of mindfulness training on resilience and reduced rumination in female patients with breast cancer: a randomized trial. *Iran Breast Cancer J.* 2023;9(2):52-9. [In Persian]

2. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039879>
3. Nezhad PK, Meschi F, Pashang S. Predicting psychological welfare based on resilience and coping strategies in patients with pancreatic cancer. *Int J Humanit Cult Stud*. 2016; (Special Issue): 1194-204. [In Persian]
4. Schoen M. When cancer crosses disciplines: psychosocial aspects of cancer treatment. *J Psychosoc Oncol*. 2006;24(3):1-12. [https://doi.org/10.1300/J077v24n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J077v24n03_01)
5. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression Anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
6. Matzka M, Köck-Hódi S, Jahn P, Mayer H. Relationship among symptom clusters, quality of life, and treatment-specific optimism in patients with cancer. *Support Care Cancer*. 2018;26(8):2685-93. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4102-8>
7. Meir A, Bhatt H, Shakeel S. Compliance in cancer therapy: a systematic review. *Health Psychol Rep*. 2020;8(3):187-94. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.100178>
8. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur J Pers*. 1987;1(3):141-69. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
9. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*. 2004;55:745-74. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
10. Husson O, Zebrack B, Block R, Embry L, Aguilar C, Hayes-Lattin B, et al. Cancer-specific distress and unmet needs predict subsequent mental health problems in cancer survivors. *Psychooncology*. 2022;31(3):456-65. <https://doi.org/10.1002/pon.5832>
11. Bai M, Mingo JE. Integrative oncology: psychological, social, and spiritual perspectives. *J Integr Med*. 2023;21(2):89-97. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2023.01.003>
12. Harris JN, Thompson LW, Brown RT, Fitchett G. Spiritual interventions in cancer care: a meta-analysis of 32 randomized controlled trials. *Psychooncology*. 2023;32(4):512-25. <https://doi.org/10.1002/pon.6102>
13. Seften KA, Kohut ML, Russell DW, Harris JI. Spiritual practices and immune function in metastatic breast cancer patients. *Brain Behav Immun*. 2021;95:238-47. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.03.018>
14. Mohammadi M. Barrasi Avamel Moasser Bar Tabavvari Dar Afrad Dar Marz Khatar Sou-e Masraf Mavadd [dissertation]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2005. Persian. [In Persian]

15. Seyedfatem N, Rafiei F, Hajizadeh E, Medanlou M. Tarahi va ravanshenasi porseshnameh tabaeiat az darmaneh dar bimarane mobtala be bimari-ye mozmen: yek motale-ye tarkibi. Koomesh. 2018;20(2):179-91. [In Persian]
16. Alipour A, Hashemi T, Babapour J, Tousi F. Relationship between coping strategies and happiness among university students [in Persian]. J Psychol. 2010;5(18):71-86. [In Persian]
17. Avcı A, Çavuşoğlu E. The effect of spiritual therapies on the quality of life of women with breast cancer: a systematic review. J Relig Health. 2025;64(1):448-61. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02199-x>
18. Soyer Er Ö, Erkan HN. The mediating role of psychological resilience in the relationship between spiritual well-being and supportive care needs in women with breast cancer. Eur J Breast Health. 2023;19(4):297-303. <https://doi.org/10.4274/ejbh.galenos.2023.2023-6-5>
19. Torabiyani Y, Khademi M, Farhadi M. Effectiveness of emotion-focused therapy on self-efficacy and posttraumatic growth in women with breast cancer. J Psychosoc Oncol Res Pract. 2024. [In Persian]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/380585258>
20. Park CL. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. Psychol Bull. 2010;136(2):257-301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>
21. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
22. Greenberg LS, Elliott R, Pos A. Emotion-focused therapy for depression. Washington: American Psychological Association; 2007. <https://doi.org/10.1037/11552-000>
23. Löker T, Clopton JR. The role of emotional processing in cancer treatment: integrating emotion-focused interventions. J Psychosoc Oncol. 2021;39(4):321-37. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1913596>