

اثر بخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان

فرح لطفی کاشانی^۱، بهرام مفید^۲
و سعیده سرافراز مهر^۳

معنویت درمانی، به معنای در نظر گرفتن باورهای معنوی بیمار مبتلا در فرآیند درمانگری است. باورهایی که با وجود آوردن تجربیات خاص، موجب تعالی و اخلاقی مسوولانه در افراد می شود. هدف پژوهش حاضر، مطالعه ی اثر بخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور، در یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل، ۲۹ بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان و موسسه ی خیریه ی مهرانه ی زنجان، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۴ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) کاربندی شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله ی معنوی قرار گرفت و گروه کنترل، فقط تمرین آرمیدگی را بدون آگاهی افزایی آموخت. بیماران قبل و بعد از اتمام دوره ی درمان و دو ماه بعد از آن از نظر افسردگی، اضطراب و استرس مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نمرات افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی ها نشان داد که معنویت درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است. با عنایت به یافته های موجود، به نظر می رسد که مداخله ی معنوی باید در پکیج درمانی یا حداقل مجموعه اقدامات و مداخلات روان شناختی با بیماران مبتلا به سرطان پستان، مورد تاکید قرار گیرد.

واژه های کلیدی: مداخله ی معنوی، اضطراب، افسردگی، استرس، سرطان پستان.

مقدمه

معنویت، جستجوی معنا و هدف به منظور ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی است. معنویت چه به دنبال ارتباط با منبعی مقدس یا واقعیتی غایی باشد با نوعی تعالی و اخلاق مسوولانه در قبال این منبع مقدس یا واقعیت غایی همراه است. مداخله ی معنوی، به عنوان یک روش درمانی موثر

۱. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۲. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده مسوول) sa.sarafraz@yahoo.com

در سال های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. مذهب و معنویت، مجموعه ای را ارایه می دهد که از راه آن ها، انسان می تواند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کند (وست، ۲۰۰۱). به همین دلیل است که معنویت، پیش بینی کننده ای قوی برای امید و سلامت روان (دیویس، ۲۰۰۵) و منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری (ریچارد، هارد من و برتر، ۲۰۰۷) است. در واقع، موضوعی که برای مداخله در بیماران مبتلا به سرطان، نیاز خاصی به آن داریم.

سرطان پستان، حاصل رشد خارج از مهار و بدخیم توده های سلول اپیتلیایی پوشاننده مجاری یا لوله های بافت پستان در زنان (و در موارد نادر در مردان) است. این بدخیمی ها، حدود ۳۳٪ انواع سرطان زنان را تشکیل می دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی کشورهای مختلف جهان، بین ۸٪ تا ۱۰٪ در محدوده ی سنی ۴۰ تا ۴۴ سال برآورد شده است (برانیکاردی، ۲۰۰۵). در جهان، سالانه بیش از یک میلیون سرطان تشخیص داده می شود و ۶۰۰ هزار نفر در اثر ابتلا به آن می میرند (هولت، کیلس، ویگن و کیسی، ۲۰۰۳). در ایران نیز از لحاظ بار بیماری ها^۱ مقام سوم و از لحاظ علت مرگ با نسبت ۴ در صد هزار نفر، پنجمین مقام را دارد (اکبری، عیاجی زاده، خیام زاده، طباطبایی، اثنی عشری، ۲۰۱۰).

تشخیص سرطان، باعث یاس و ناامیدی در بیماران شده و آن ها احساس می کنند در یک موقعیت غیر قابل کنترل و سخت (میشل و بیرکلوند، ۲۰۱۱) شبیه غلتیدن یک سنگ بزرگ در دریا (فو، زو، لیو و هبر، ۲۰۰۸) گیر کرده اند. عوارض روانی حاصل از تشخیص سرطان و درمان های آن با ۱۴ تا ۳۸ درصد شیوع در طول دوره ی بیماری (او کامورا، یاماواسکی، آکچی و اوچیتومی، ۲۰۰۵) در ۷۰ درصد مبتلایان به سرطان گزارش شده است (ریم و ریچاردسون، ۱۹۹۹). مطالعات صورت گرفته، تایید می کنند که شکایت اصلی و فراوان ترین شکایت این بیماران، اختلال انطباق همراه با اضطراب، افسردگی و پریشانی است (پیرل، ۲۰۰۴، مسی، ۲۰۰۴؛ نورتون، مور و روبین، ۲۰۰۴؛ آکچی، اوکویاما و آکیزوکی، ۲۰۰۵؛ استارک، کیلی و اسمیت، ۲۰۰۲، دیستافانو، ریکاردی، کاپلی، کستانینی، پتریلو و ریکی، ۲۰۰۸، اسپیگل، ۱۹۹۳).

سطح بالای پریشانی نیز تاثیر منفی طولانی مدت بر خودباوری زنان داشته که تاثیر بسیار بد و مهمی در عملکرد خانواده، زناشویی و پایین آمدن سطح کیفی زندگی می گذارد (لویکن و کامپوس، ۲۰۰۲) و به نوبه ی خود، موجب افزایش میزان افسردگی، اضطراب، نگرانی و دیگر

اشکال ناراحتی های روانی در بیماران مبتلا به سرطان شده است (عاقبتی، ۱۳۸۵). احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت متاهل بودن و نگرانی درباره ازدواج در صورت تجرد، ترس از مرگ و دلهره ی عقیم شدن (سیسیل، ۲۰۰۳)، ترس از عود بیماری، ترس از دست دادن خانواده، ترس از عوارض بیماری یا درمان های انجام شده نظیر قطع عضو، ریزش مو، تورم دست، از جمله علل ایجاد اضطراب در این بیماران است (آلاکایلو، یاووزسن، دیریوز، ییلماز، ۲۰۰۸) و درمان های دارویی (برنستین، بورکوس و هازلت، ۲۰۰۰)، مداخله های روانشناختی همانند درمان شناختی رفتاری، اصلاح افکار ناکارآمد، تکنیک های آرام سازی و مهارت های حل مساله (گیلیسین، ورهاگن، ویتجز و بلیژنبرگ، ۲۰۰۶)، هیپنوتیزم، آرام سازی، حساسیت زدایی و منحرف کردن حواس، از جمله مداخلات روان شناختی در این زمینه اند (آنتونی، ۲۰۰۳؛ آنتونی، لچنر، کلاک، کازی، ویمبرلی، سیفر و کارور، ۲۰۰۶؛ جانز، موجهید، چانگ، لانتز، هاوولی و مورو، ۲۰۰۶). در تجربه ی زندگی با سرطان، معنویت به عنوان بعد مهم و برجسته ی یک زندگی سالم مطرح می شود (چانگساتیاناسوپ، ۲۰۰۳). برای این که درمانگر بتواند بر سلامت جسمی و روانی مراجع تاثیر مثبت و قاطعی داشته باشد، باید در روند درمان به مسایل معنوی و مذهبی مراجع نیز پردازد (میلر، ۲۰۰۳). یافته های متعدد، حاکی از وجود ارتباط معنا دار بین سلامت معنوی و سلامت روان (اضطراب، پریشانی و افسردگی) است (لارسون، ۲۰۰۴؛ رومرو، فریدمن، کالدیاس، الحج، چانگ و لیسوم، ۲۰۰۶). هدف این پژوهش بررسی کاربرد مداخله ی معنوی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

روش

پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بود و جامعه ی آماری این پژوهش، شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر (عج) زنجان و موسسه ی خیریه ی مهرانه ی زنجان در سال ۱۳۹۱ بود. از این جامعه، ۲۹ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۴ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه آزمایش) کاربندی شدند. شرط ورود به پژوهش قرار گرفتن در دامنه سنی ۶۵ - ۱۸ سال تحصیلات سیکل به بالا و سپری شدن ۶ ماه از جراحی، شیمی درمانی یا پرتو درمانی بود.

شرکت کنندگان، پس از کسب اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن و اخذ رضایت، در کار بندی پژوهش وارد شدند. سپس گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ی گروهی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله ی معنوی قرار گرفت. گروه کنترل در جلسات مشابه خود، صرفاً آرمیدگی سطحی را بدون توضیحات و شناخت افزایشی تمرین کردند. گروهها قبل و بعد از اتمام مداخله به وسیله ی تست افسردگی، اضطراب، استرس^۱ (DASS) مورد آزمون قرار گرفتند. مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در سال ۱۹۹۵، توسط لایونند تهیه شد. این مقیاس، دارای ۲۱ عبارت است. هر یک از سازه های روانی افسردگی، استرس و اضطراب توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می گیرد. نحوه ی پاسخ دهی به پرسش ها، به صورت ۴ گزینه ای و در دامنه ای از هیچ وقت تا همیشه انجام می گیرد. صاحبی، مرادی پناه و عاقبتی (۲۰۰۵) این مقیاس را در جمعیت ایرانی هنجاریابی کرده اند. پایایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (لاویند و لاویند، ۱۹۹۶؛ صاحبی، عسکری و سالاری، ۲۰۰۵؛ مرادی پناه، ۲۰۰۵).

شیوه ی اجرا

در جدول ۱ برنامه ی مداخله ی معنوی طراحی شده توسط وزیری و لطفی کاشانی ارائه شده است.

جدول ۱. برنامه ی معنویت درمانی

جلسه	هدف، فرایندها و تمرین
اول	هدف: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه فرایند: اعضا خود را معرفی می کنند. قوانین گروه مبتنی بر محرمانه ماندن، احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاههای متفاوت، تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم تا انتهای درمان مطرح می شود.
دوم	هدف: آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا، بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا. فرایند: طرح سوال معنویت چیست؟ آیا به نیروی مقدس معتقدید؟ در مقابل این نیرو چه کاری دوست دارید انجام دهید؟ چه کاری انجام می دهید؟ اعمالی که انجام می دهید چه احساسی در شما ایجاد می کند؟ کدام رفتار در شما احساس خوب ایجاد می کند؟ نام ببرید. این اقدامات در برابر مشکلات و کنار آمدن با آنها چطور به شما کمک می کند؟ آیا تا به حال شده که این کارها برای شما مشکل ایجاد کند؟
سوم	هدف: خود مشاهده گری و توضیح مراقبه

فرایند: آنچه در این هفته در رابطه با اعمال معنوی انجام دادید و احساسات را بیان کنید. (یادداشت برداری در مانگر از موارد مشترک مانند دعا، بخشیدن، تامل، صبر و...)، بیان احساسات و هیجانات ناشی از این اعمال و تاکید بر احساس اعضا در مقابل هر یک از این عملکردها. آموزش تکنیک مراقبه و تمرین روزانه ی آن تا انتهای درمان.

هدف: توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه فرایند: مراقبه چه احساسی در شما ایجاد می کرد؟

چهارم

هدف: ارایه ی مفهوم پایان ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال

پنجم

فرایند: آیا کسی را که دوست داشتید، از دست داده اید؟ احساسات در حال حاضر نسبت به آن فرد چیست؟ آیا کسی در اطرافتان هست که در سنی باشد که ممکن است از دست بدهید؟ این از دست دادن چه معنایی برایتان دارد؟ آیا دیدگاهی معنوی یا مذهبی در رابطه با این از دست دادن دارید؟ از نظر معنوی یا مذهبی چه توضیحی دارید؟ از دست دادن ها چه تاثیری بر ما می گذارد؟ تاکید بر اینکه هفته بعد از بخشش خود و دیگران و احساس معنوی که در این حس داریم، صحبت خواهیم کرد.

هدف: فهم بخشودگی

ششم

فرایند: چه کسی از هفته قبل تا به حال در مورد بخشش فکر کرده؟ چه کسانی را قرار است ببخشیم؟ بخشش کسانی که با آنها رابطه ای نداریم، بخشش کسانی که با آنها رابطه داریم. بخشش چه احساسی در شما ایجاد می کند؟ بخشش چه احساسی را در دیگران ایجاد می کند؟ طلب بخشش از کسی که در رابطه با او خطایی مرتکب شدیم و اینکه بخشیده شویم چه احساسی در ما ایجاد می کند؟ برای اینکه احساس بخشودگی کنید چه کارهایی انجام می دهید؟ توضیح دهید. (موارد مانند دعا و.... توسط درمانگر یادداشت و جمع بندی می شود). کدامیک را تا هفته بعد انجام دهیم؟

تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم:

خدایا من در پیشگاه تو آنهایی را که مرا اذیت کرده اند یا آسیبی متوجه من ساخته اند، می بخشم. تو قادر مطلق، من آنها را به تو واگذار نمی کنم و از تو هم برای آنها طلب بخشش می کنم.
خدایا من آنهایی را که نسبت به من بدی کرده بودند، بخشیدم و از تو برای آنها طلب بخشش کردم. از تو هم می خواهم تا مرا مورد عفو و بخشش خود قرار دهی. من اطمینان دارم که توسط تو بخشوده خواهم شد چون تو بخشنده ترین بخشندگان.

تکلیف: خواندن این دعا هر روز بعد از مراقبه تا انتهای درمان

هدف: بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم

هفتم

فرایند: توضیح در مورد اهمیت بیان نیروی آزرنده خشم به دیگران و در خواست کمک.

هدف: بررسی تجربیات ناشی از بخشودگی

هشتم

فرایند: بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی از بخشش و عملکردهای معنوی:

انجام این اعمال در شما چه تغییری ایجاد کرده است؟ چگونه می توانیم این احساسات را در خودمان ثابت نگه داریم؟ چه اقداماتی وجود دارد که ما را در این راه کمک می کند؟

تمرین مراقبه و خواندن دعای زیر همه با هم:

خدایا ما دعا می کنیم تا فکر و عمل ما را در مسیر تجربه ی جدیدی که کسب کرده ایم هر روز بیشتر از روز قبل در مسیر خودت پایدار نگه داری.

خدایا از اینکه چشم های مرا به خودم و پیرامونم باز کردی از تو سپاسگزارم.
 تکلیف: هر روز بعد از تمرین مراقبه و دعای بخشش این دعا را تکرار کن.
 هدف: شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی از معنویت و معنا دهی به تجربیات سخت.
 فرایند: نام بردن نعمت هایی که در زندگی فرد وجود دارد. کمک به پیدا کردن معنا در آنچه ناخوشایند درک می کنند و شکر گذاری.

برای مقایسه ی نمرات افسردگی، اضطراب و استرس گروههای آموزشی و کنترل، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. داده ها به وسیله ی ویرایش هجدهم نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، مولفه های توصیفی نمرات افسردگی، اضطراب و استرس گروههای آزمایش و کنترل را به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون ارائه کرده ایم.

جدول ۲. مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی های دو گروه در مقیاس DASS
 به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون

گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون	
	sd	M	sd	M
افسردگی	۳/۳۲۵	۱۵/۸۹	۳/۰۸۱	۱۶/۵۷
کنترل	۳/۳۹۵	۱۵/۶۷	۲/۳۹۶	۱۳/۲۰
جمع	۳/۳۰۲	۱۵/۷۶	۳/۱۹۷	۱۴/۸۳
اضطراب	۲/۲۶۸	۱۵/۷۱	۲/۰۵۴	۱۶/۲۹
کنترل	۲/۱۱۱	۱۵/۸۰	۱/۹۲۲	۱۴/۱۳
جمع	۲/۱۴۹	۱۵/۷۶	۲/۲۳۷	۱۵/۱۷
استرس	۳/۵۸۳	۱۸/۲۹	۳/۲۶۹	۱۹/۰۷
کنترل	۳/۲۳۴	۱۹/۲۰	۳/۴۵۵	۱۵/۸۰
جمع	۳/۳۷۷	۱۸/۷۶	۳/۲۷۸	۱۷/۳۸

برای مقایسه ی نمرات اضطراب، افسردگی و پریشانی ادراک شده قبل و بعد از معنویت درمانی، ابتدا مفروضه های تحلیل کوواریانس بررسی شد. چون نتایج آزمون لون برای افسردگی ($p=0/761$) و ($F=0/094$)، اضطراب ($F=1/668$ و $p=0/207$) و استرس ($p=0/763$ و $0/093$) بیشتر از $0/05$

است. داده ها، مفروضه ی تساوی خطای واریانس ها را زیرسوال نبرده اند؛ به علاوه با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش آزمون مولفه های افسردگی ($p=0/090$ و $F=3/105$)، اضطراب ($p=0/795$ و $F=0/069$) و استرس ($p=0/156$ و $F=2/142$) معنادار نیست، داده ها از فرضیه ی همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند و نشان می دهد که تعامل معنادار نیست. بنابراین اجرای کواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون اضطراب، افسردگی و استرس جایز است. در جدول ۳، خلاصه ی نتایج تحلیل کواریانس نمرات آزمودنی ها در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای تاثیر مداخله ی مبتنی بر معنویت در افسردگی ($P=0/001$)، (۱ و ۲۶) $F=43/760$)، اضطراب ($P=0/001$)، (۱ و ۲۶) $F=352/352$ و استرس ($P=0/001$)، (۱ و ۲۶) $F=77/991$) از ۰/۰۵ کوچکتر است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که مداخله ی مبتنی بر معنویت در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس تاثیر داشته است.

جدول ۳. خلاصه ی نتایج تحلیل آزمون کو واریانس نمرات آزمودنی ها

Eta	Sig.	F	MS	df	SS	منابع تغییرات	گروه ها
0/779	0/001	91/876	158/870	1	158/870	پیش آزمون	افسردگی
0/627	0/001	43/760	75/668	1	75/668	گروه	
			1/729	26	44/959	خطا	
0/887	0/001	203/942	94/538	1	94/538	پیش آزمون	اضطراب
0/748	0/001	77/352	35/857	1	35/857	گروه	
			0/464	26	12/052	خطا	
0/832	0/001	129/111	185/894	1	185/894	پیش آزمون	اضطراب
77/991	0/001	77/991	112/291	1	112/291	گروه	
			1/440	26	37/435	خطا	

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مطالعه ی اثر بخشی مداخله ی معنوی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که مداخله ی معنوی به

عنوان یک رویکرد درمانی در کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است. پژوهش های دیگری نیز وجود دارد که نشان می دهد مداخلات معنوی در بهبود وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر است (وورتینگتون، کوروسو، مک کالو و سانداگه، ۱۹۹۶؛ پاکرت، فیلیس، سالی، لوبوب رابو، لوماکس و استنلی، ۲۰۰۹؛ حمید، ۲۰۰۸؛ کوزسکی، راب، آلدوساری و برادوژن، ۲۰۱۰؛ مک کویر و دیویس، ۲۰۰۶؛ لیونه، هانوج، ارین، مارتز، تولد و بودن، ۲۰۰۴؛ آلستر و کانینگهام، ۲۰۰۵؛ فلاح، گلزار، دادستانی، ظهیر الدینی، موسوی، اکبری، ۲۰۱۰؛ کوینگ، ۱۹۹۸؛ نلسون، روزنفیلد، بریتبارت و گالیتا، ۱۹۹۸؛ گیسون، ۲۰۰۳؛ الیسون، بوردت و هیل، ۲۰۰۹).

به نظر می رسد طبیعت تهدید کننده ی سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می دهد (رضایی، سید فاطمی و حسینی، ۲۰۰۸) و بیماران مبتلا به سرطان، اغلب باورهای معنوی و مذهبی خود را به عنوان راهی برای بدست آوردن معنا در دوران بیماری و بهبود و هم چنین از آن به عنوان راهی برای مقابله و کنار آمدن با مفهوم مرگ استفاده می کنند. از این طریق است که معنویت، به عنوان منبعی موثر برای مقابله با پاسخ های جسمانی و روانی مورد توجه قرار می گیرد (مراویگلیا، ۲۰۰۶). معنویت، می تواند با تامین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیر مستقیم تر از طریق تاثیر گذاری بر امید، به سازگاری روانی بیشتر منجر می شود (سیمونی، مارتون و کروین، ۲۰۰۲). وقتی افراد با مشکل مشترک در کنار هم جمع می شوند، بار حاصل از بیماری برای هر یک از بیماران کم شده و به دنبال آن بسیاری احساس های منشعب از این تنهایی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی، کاهش پیدا کرده و فرد دیگر خود را تنها نمی داند؛ علاوه بر آن به اشتراک گذاشتن احساس های هم سو، فرصت مناسبی از رشد ذهنی را برای جستجوی مسیرهای نو و معنی دارتر زندگی می گشاید. فرصت فکر کردن به سایر جنبه های زندگی و کم اهمیت شدن بسیاری از چارچوب های تنش زای زندگی، ماحصل رشد باورهای بیمار مبتلا به سرطان پستان است که تحت آموزش های معنوی از بار آن ها کاسته شده و توجه ی بیمار را بر وجوه مثبت زندگی معطوف می کند. امید به زندگی و تلاش برای بهتر بودن، فرصتی است که از لابه لای باورهای معنوی نسبت به تهدیدهای سرطان، حاصل می شود. بنابراین، پیشنهاد می شود در راستای برنامه های جامع نگر، حمایتی و تسکینی، رویکرد معنوی به ویژه در یک موقعیت زمانی خاص که احتمالاً اوج خستگی، ناامیدی و پریشانی بیماران مبتلا به سرطان است با گنجاندن

مداخله ی معنوی در اقدامات درمانی این بیماران از پتانسیل درونی خود بیماران برای بالا بردن امید و سلامت روان آنها استفاده کنیم.

Reference

- Aghebbati, N., Mohammadi, A., & Poor Esmail, Z. (2007). The effect of therapeutic touch on pain in women with cancer in the hospital. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 9; 11: 36-42.
- Akbari, M.I., Abachizadeh, K., Kayamzadeh, M., Tabatabaee, M., Asna Ashari, F.J. (2009). *Cancer in Iran*. Qom. Daerolfekr. 1.
- Akechi, T., Nakano, T., Okamura, H., et al (2001). Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Clin Oncol*. 31: 188-94.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Yilmaz, U. (2008). Quality of life, anxiety and depression in Turkish breast cancer patients and in their husband. *Med Oncol*.
- Alastair, J., Cunningham. (2005). Integrating Spirituality Into a Group Psychological Therapy Program for Cancer Patients published by: *SAGE* 4; 178.
- Antoni, M.H. (2003). stress management intervention for women with breast cancer, therapist manual and participants workbook, *www.apa.org/books*.
- Antoni, M.H., Lechner, S.C., Cluck, S., Kazi, A., Wimberly, S.R., Sifere, T., & Carver, CS. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of counseling and clinical psychology*. Vol 74. No 6. 1143-1152.
- Bernstein, D.A., Borkovec, T.D., & Hazlett Stevens, H. (2000). New direction in progressive relaxation training: A guide book for helping professionals. *New York, Praeger Publishing*.
- Brunicaudi, F. Ch. (2005). Schwartz's principles of surgery. 8th ed. *New York: McGraw-Hill*. 654-9.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and Health: An Initial Proposal to Incorporate Spiritual Health in Health Impact Assessment. *Environmental Impact Assessment Review*. 23:3-15.
- Davis, B. (2005). Mediators of the relationships between hope and wellbeing in older adults. *Clinical Nursing Research*, 14(3), 253-272.
- Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M. & et al. (2008). Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. *Gynecol Oncol*. 111(1): 144-50.
- Ellison, CG. Burdette, AM. Hill, TD. (2009). Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Soc Sci Res*. 38(3): 656-67.
- Fallah, R. Gulzar, M. Dadsetani, M. Zahirodini, A. Mousavi, SM. Akbari, MI. (2011). Studying the effectiveness of teaching spirituality in group to increase hope, happiness and life satisfaction in women with breast cancer attending Cancer Research Center. *Journal of thought and behavior*. the fifth round, No. 19. [Persian].
- Fu, MR. Xu, B. Liu, Y. Haber, J. (2008). 'Making the best of it': Chinese women's experiences of adjusting to breast cancer diagnosis and treatment. *J Adv Nurs*. 2008 Jul; 63(2): 155-650
- Gielssen, M.F., Verhagen, S., Witjes, F., & Bleijenberg, G. (2006). Effect of cognitive behavior therapy in severely fatigued Disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: *A randomized Controlled trial*, Vol 24, No 30, 4882-4887.
- Hamid, N. (2008). Comparison the effect of cognitive therapy and cognitive therapy based on religion on T cell responses against the PHA mitogen in depressed patients. *Bahar Psychological Journal*. 1:36-49.
- Holt, C.L., Kyles, A., Wiehagen, T., & Casey, C. (2003). Development of a spiritually based breast cancer educational booklet for African-American women. *Cancer Control*. 10: 37-44.
- Janz, N.K., Mujahid, M., Chung, L.K., Lantz, P.M., Hawley, S.T., et al. (2006). Symptom experience and quality of life of women following breast cancer treatment. *Journal of Women Health*. 16(9):1348-61.
- Koenig, H.G. (1998). Depression in Hospitalized Cancer Patients with Congestive Heart Failure. *General Hospital Psychiatry*. 20(1):29-43.
- Koszycski, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *J Clin Psychol*. 66(4): 430-41.
- Larson, C.A.D. (2004). Spiritual, psychosocial, and physical correlates of well-being across the breast cancer experience [PhD Thesis]. Tucson, AZ: *The University of Arizona*.

- Livneh, H., Erin. M., & Todd, B. (2004). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. Volume 13, Number 3, 250-260.
- Lovibond, S.H., & Lovibond, P.F., (1996). The DASS: Manual for the Depression, Anxiety Stress Scales. Sydney, Australia: Psychology Foundation of Australia.
- Luecken, L. J., Compass, B.E. (2002). Stress, coping and immune function in breast cancer. *Society of Behavioral Medicine*. 4(4): 336-4.
- Massie, MJ. (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monographs*. 32: 57-71.
- McCoubrie, RC. Davies, AN. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer*.14(4): 379-85.
- Meraviglia, M. (2006) .Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Journal of Oncology Nursing Forum*: 33(1), P: 1- 7.
- Miller, G. (2003). Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique. *New Jersey: Willey & Sons*.
- Missel, M., & Birkelund, R. (2011). Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *Eur J Oncol Nurs*. 15(4): 296-301.
- Moradipanah, F. (2005). Effect of light music on depression, anxiety and stress (DASS-21) for Iranian population [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tarbiat Modares University. (Persian).
- Nelson, C.J., Rosenfeld, B., Breitbart, W., & Galietta, M. (2002). Spirituality, Religion and Depression in the Terminally Ill. *Psychosomatics*. 43(3):213-20.
- Norton, T.R., Monne, S.L., Rubin, S., & et al. (2004). Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J Clin Oncol* . 22: 919 26.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005) Jun. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Jpn J Clin Oncol*.35(6): 3029.
- Paukert, A.L., Phillips, L., Cully, J.A., Loboprabhu, S.M., Lomax, J.W., Stanley, M.A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *J Psychiatr Pract*.15(2): 103-12.
- Pirl, W.F. (2004). Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Institute Monographs*. 32: 32-39.
- Ream, E., & Richardson, A. (1999). From theory to practice: designing interventions to reduce fatigue in patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*.26(8): 1295-303.
- Rezaei, M., Seyyed Fatemi, N., & Hussein, F. (2008). Wellbeing of cancer patients undergoing chemotherapy: *Nursing and Obstetrician Tehran University of Medical Sciences Journal*.
- Richards, P.S., Hardman, R.K., & Berrett, M. (2007). Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders. Washington: *American Psychological Association*.
- Romero, C., Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, K.R.(2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *J Behav Med*. 29(1): 29-36.
- Sahebi, A., Asghari, M., & Salari, S. (2005). Validation of stress anxiety and depression scale (DASS-21) for an Iranian population. *Developmental Psychology*, 1(4): 299-312. (Persian).
- Simoni, JM. Marton, MG. Kerwin, J. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*. 49(2): 139-147.
- Sisil, R. (2003). Blood Diseases and Cancer. Arjmand H. Tehran. *Nasle Farda*. 3.
- Spiegl, D. (1993). Breast cancer patient who get group therapy, *Journal of Psychology*, 102: 11-2.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., & et al. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, association and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 20(14): 3137-48.
- West, W. (2001). *Psychotherapy and spirituality: Crossing the line between therapy and religion*. Translated by: Sh. Shahidi, & S. Shirafkan, 2008. Tehran: *Roshd*.
- Worthington, E.L. J.R., Kurusu, T.A., McCullough, M.E., & Sandage, S.J. (1996). Empirical research on religion and research on religion and Psychotherapeutic processes and outcome: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*; 119: 448-87.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 7 (No. 27), pp. 27-42, 2013

Effectiveness of Spirituality Therapy in Decreasing Anxiety, Depression and Distress of Women Suffering from Breast Cancer

LotfiKashani, Farah

Cancer research center, Medical Sciences University of Shahid Beheshti, Tehran,
Iran

Mofid, Bahram

Cancer research center, Medical Sciences University of Shahid Beheshti, Tehran,
Iran

SarafrazMehr, Saeedeh

Islamic Azad University, Roudheh Branch, Roudheh, Iran

Received: March 01, 2013

Accepted: March 08, 2013

Spirituality therapy is defined as considering the patient's spiritual beliefs in the process of therapy. Spiritual beliefs bring about specific experience and emergence of appropriate and responsible behaviors in individuals. The research purpose was to assess the effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. Therefore, a sample of 29 patients suffering from breast cancer and hospitalized in Valiy-eAsr Hospital and Mehraneh Charity Center located in Zanjan was selected through convenience sampling and assigned to the experimental (15) and control (14) groups. The experimental group underwent eight 90-minute sessions of spirituality therapy, while the control group received relaxation training. Both groups were tested in terms of depression, anxiety and stress, both prior to and subsequent to the training. Results of covariance analysis indicated that spirituality therapy is effective in the decrease of depression, anxiety and stress of women suffering from breast cancer. With regard to the results, it seems that spiritual intervention should be emphasized in a therapeutic package or at least a set of psychological interventions and applications in the treatment of breast cancer sufferers.

Keywords: Spiritual Interventions, Anxiety, Depression, Stress, Breast Cancer

Electronic mail may be sent to: lotfikashani@gmail.com