



بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر

*جمیله کیانی،^۱ فائزه جهان پور،^۲ فرهاد عباسی،^۳ شهرزاد درویشی،^۴ بهزاد قلی زاده

*^۱ کارشناس ارشد روان شناسی، بیمارستان شهدای خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۲ دانشیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۳ استادیار گروه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۴ دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

^۵ دانشجوی دکتری آمار، گروه آمار، دانشگاه خلیج فارس بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۱۳۹۴/۰۹/۲۴ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۲۶)

چکیده

مقدمه: سرطان در عملکرد طبیعی زندگی مبتلایان اختلال ایجاد نموده و بر سلامت روان بیماران تأثیر منفی دارد. باورهای معنوی در داشتن یک زندگی هدفمند و بهبود بیماری و هم چنین افزایش طول عمر بیماران موثر می باشد.

هدف: هدف از این مطالعه تعیین اثر بخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی بود.

روش: در این مطالعه‌ی نیمه تجربی با روش پس‌آزمون، از کل بیماران مرکز سرطان بوشهر ۷۰ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. در ابتدا پرسشنامه‌های دموگرافیک و سلامت روان توسط همه‌ی نمونه‌ها تکمیل گردید. گروه آزمون در هشت جلسه‌ی معنویت درمانی شرکت نمودند. آزمودنی‌ها پس از یک ماه، پرسشنامه‌ی سلامت روان GHQ-28 را تکمیل نمودند. یافته‌های حاصل با آزمون‌های آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر و تی در نرم‌افزار آماری SPSS v.20 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از پژوهش نشان می‌دهد که مداخله‌ی فوق بر افزایش سلامت روان کلی مؤثر بوده است ($t=4/97$, $p<0/001$). میانگین نمره‌ی سلامت روان در گروه کنترل ۳۴/۹۶ با انحراف استاندارد ۱۳/۶۴ و گروه آزمون ۲۲/۳۱ با انحراف استاندارد ۱۰/۲۹ است؛ که اختلاف حاصل بین دو گروه از نظر آماری معنی دار بوده است. هم چنین این مداخله در خرده مقیاس‌های سلامت روان شامل سطوح جسمانی سازی، اضطراب و بد خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بیماران مؤثر بوده است. ($p<0/001$)

نتیجه‌گیری: معنویت درمانی و توجه به معنویت در زندگی می‌تواند به عنوان تکیه‌گاه روانی به ارتقاء سلامت روان بیماران سرطانی در شرایط سخت بیماری‌ها کمک کند و در پذیرش بیماری توسط بیمار و بهبود اختلالات روان شناختی مؤثر باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌های درمانی بیماران سرطانی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: معنویت درمانی، سلامت روان، سرطان

مقدمه:

و توجه به حل تعارضات درونی بیماران به منظور حفظ

سلامت روانی ایشان ضروری است. (۸،۷)

اخیراً اهمیت معنویت و رشد معنوی در انسان، توجه روان شناسان و پزشکان را به خود جلب کرده است و نیازهای معنوی در زندگی مدرن و ماشینی جدید در برابر خواسته‌ها و نیازهای مادی قد علم کرده اند. (۹) تحقیقات مختلف بیانگر این واقعیت است که باورهای معنوی و داشتن یک زندگی هدفمند و معنی دار نقش موثری در بهبود بیماری های جسمانی، کاهش دوره ی نقاهت و تحمل بیماری های صعب العلاج دارد. کسانی که به آینده می اندیشند، هدفی در آینده دارند؛ و در جست و جوی یافتن معنا هستند؛ می توانند شرایط سخت محیطی را راحت تر تحمل نمایند. (۱۰) پس در کنار درمان های پزشکی، باید نگرش بیماران مبتلا به سرطان را در خصوص بیماری و فلسفه ی زندگی اصلاح نمود تا فشارهای روانی ناشی از بیماری کاهش یابد. (۹)

درمانگر در درمان معنویت گرا، به منظور بهبود و بازیابی سلامتی، بیمار را به کاوش در موضوع ها و مسایل معنوی دعوت می کند و به صورت بی طرفانه و غیر قضاوت گرایانه، در کنار سایر روش های درمانی مانند مصرف دارو، به وسیله ی رویکردهای روان شناختی بر مسایل معنوی تاکید می کند. معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باور های فرهنگی - مذهبی و ارتباط درونی با یک قدرت مطلقه ی الهی، فراتر از مرز گرایشات مذهبی به ادیان مختلف است که بیماران را به سمت قدرت لایزال الهی خداوند هدایت می کند. (۱۱) بنابراین برای اینکه درمانگر بتواند در روند درمان بر سلامتی جسمی و روانی تأثیر

سرطان نوعی بیماری مزمن است که بسته به میزان پیش رفتگی، درجاتی از اختلال را در عملکرد طبیعی مبتلایان ایجاد می نماید. مبتلایان به سرطان، معمولاً فشار روانی شدیدی را تجربه می کنند و از یک اختلال روان پزشکی رنج می برند. (۳) شایع ترین اختلال در ایشان، اختلال انطباقی دارای زیر گروه های عاطفی، از قبیل افسردگی و اضطراب می باشد. (۴) علاوه بر این، بیماران نیاز به درمان منظم و مراقبت دوره ای و مصرف داروهای مختلف و گران قیمت دارند و ممکن است نیاز به عمل جراحی و در برخی موارد، برداشتن عضو ضایعه دیده داشته باشند؛ که این خود می تواند منجر به بد شکلی عضوی و ایجاد سوء تصویر بدنی شده و بر اعتماد به نفس، کیفیت زندگی، امیدواری و سلامت روان ایشان تأثیر منفی گذارد. (۵)

اکثر سرطان ها درمان قطعی ندارند و برای جلوگیری از رشد و پیشرفت آن ها از روش های جراحی، پرتو درمانی، شیمی درمانی، هورمون درمانی، پیوند مغز استخوان و سایر روش ها استفاده می شود که تمامی آن ها تهاجمی هستند. وحشت از شنیدن واژه ی شیمی درمانی، بیماران سرطانی را نه تنها از نظر وضعیت جسمانی بلکه از لحاظ وضعیت اجتماعی، روانی و معنوی نیز دچار ضایعه می سازد. (۶) فشار مالی ناشی از هزینه های درمان، صعب العلاج بودن بیماری سرطان و مرگ و میر بالا، فشار محیطی و روانی مضاعفی را بر این گروه تحمیل می نماید. (۷) لذا پیشرفت بیماری و عوارض ناشی از آن به صورتی چند وجهی بر عملکرد فردی و اجتماعی مبتلایان تأثیر گذاشته و آنان را با مشکلات متعدد روانی روبرو می سازد

مثبت و قاطعی داشته باشد، می بایستی مراجع را به توجه مسایل معنوی راهنمایی کند. (۱۲)

آموزش راهبرد های کنترل استرس با توسل به منابع آرام بخش معنوی در کمک به استقلال شخصی و ارتقاء آگاهی بیماران مفید است. هم چنین توجه به معنا و کیفیت زندگی نه طولانی بودن عمر، و انجام صحیح و به موقع درمان جهت کاهش احساس ضعف جسمی و استرس مرگ زودرس موثر است. (۱۴،۱۳)

معنویت درمانی اخیراً در کنار درمان های متداول جسمی، مورد توجه پزشکان بوده است؛ (۱۵) و در برخی مطالعات تاثیر روان درمانی شناختی، حل مسئله و استراتژی های مقابله ای مذهبی- معنوی، بر افسردگی، سلامت معنوی و عوارض جسمانی بیماران مزمن مورد بررسی قرار گرفته است. (۱۴،۱۲،۵)

باید در نظر داشت که درمان سرطان و جنبه های روانی بیماری دو پدیده ی مستقل از هم می باشند و ممکن است فردی به لحاظ جسمی بیماری او درمان شده باشد ولی احساس خوبی نسبت به زندگی نداشته باشد؛ بنابراین تمرکز بر روی درمان هایی که معطوف به وضعیت روان شناختی بیماران سرطانی است، می تواند تأثیر قابل توجهی بر سلامت روان این گونه بیماران داشته باشد. (۹)

روان درمانی وجودی، از جمله این رویکرد های درمانی است. روان درمانی وجودی زیر بنای معنویت درمانی است و رویکردی فلسفی است که با انسان و دنیا سروکار دارد. این رویکرد نوعی نگرش نسبت به تعدادی از مفاهیم است مانند زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه و منزوی بودن

و نبودن، گزینش آزادانه، آگاهی و مسئول شدن نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جست و جوی معنا در زندگی که با مرگ نزدیک روبرو است و ارایه ی مراقبت های حمایتی و تسکینی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس آنان گزارش شده است. (۱۰،۱۶،۱۵)

علی رغم اینکه بسیاری از پژوهش ها حاکی از اثر بخشی این رویکرد درمانی در بیماران مزمن است، (۱۴،۱۵،۱۶) در برخی مطالعات رابطه ی معنی داری بین اضطراب و مذهبی بودن گزارش نشده است و در برخی مطالعات حتی مذهبی بودن با افزایش اضطراب همراه بوده است که لزوم بررسی روش های درمان معنویت گرا را ضروری می سازد. (۱۷) لذا هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی اجرای مداخله ی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی بود.

روش مطالعه:

پژوهش حاضر یک مطالعه ی نیمه تجربی دو گروهی است که با طرح آزمایشی پس آزمون و به منظور تعیین اثر بخشی اجرای مداخله ی روان شناختی معنویت درمانی بر سلامت روان، در نمونه ی تصادفی از بیماران سرطانی انجام شده است. علاوه بر این به بررسی تأثیر مداخله ی درمانی فوق بر خرده مقیاس های سلامت روان شامل نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، عملکرد اجتماعی و افسردگی نیز پرداخته شد.

جامعه ی آماری در این پژوهش شامل کلیه ی بیماران سرطانی تحت پوشش درمانی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر بودند؛ که ۷۰ نفر از

روند درمان و هزینه های بیماران نداشت. هم چنین ملاحظات اخلاقی از جمله شرکت اختیاری نمونه ها و بی نام بودن آن ها در مطالعه، مورد توجه قرار گرفت. زمان اجرای پژوهش، تابستان سال ۱۳۹۴ بود.

این مداخله ی درمانی با رویکرد معنوی و روش شناخت درمانی طراحی شده بود که به تفصیل تشریح خواهد شد. جهت جلوگیری از مقاومت و عدم همکاری بیماران سرطانی شرکت نموده در این درمان، موضوع جلسات در ابتدا به صورت حل مشکلات کلی، روزمره و عمومی، سپس حل مشکلات اختصاصی و خطاهای شناختی، معنوی و غیر منطقی در رابطه با بیماری سرطان که در زندگی و ارتباطات اجتماعی ایشان مؤثر بوده و بر سلامت روان و امیدواری آنان تأثیر داشته است، برنامه ریزی شد. (۱۸،۱۹)

به طور خلاصه، این برنامه ی درمانی دارای پنج بخش و هشت جلسه ی درمان گروهی بود. در آغاز جلسات، مؤلفه های شناختی مانند بالا بردن خود هوشیاری بیماران در ارتباط با عوارض ناخواسته بیماری سرطان و تشخیص موقعیت های اضطراب آور، و در انتها مؤلفه های رفتاری مانند تکنیک های رشد و سازگاری فردی و برنامه ریزی برای کاربرد در زندگی اجتماعی و روزانه مورد توجه و بررسی قرار گرفت. (۲۰،۲۱)

محتوای جلسات درمان بدین شرح بود: درمانگر در بخش اول به معارفه، توضیح اهداف، قوانین و جهت گیری عمومی درمان پرداخت. بخش دوم به منظور بالا بردن خود هوشیاری افراد طراحی شد و با بیماران درباره ی زندگی و مشکلات عادی، روزمره و مشکلات و عوامل

ایشان با استفاده از جدول کوکران و میزان خطای $d = 1/01$ به صورت نمونه گیری تصادفی ساده با روش تصادفی سازی اکسل و بر اساس طرح آزمایشی پس آزمون، در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند.

پس از تعیین دو گروه به روش فوق، طی تماس تلفنی با اعضای گروه آزمایش و توضیح اهداف پژوهشی، زمان تشکیل کلاس به اطلاع ایشان رسانیده شد. اعضای گروه آزمایش در روز تعیین شده در یکی از کلاس های آموزشی بیمارستان حاضر شده و اهداف پژوهش و تعداد جلسات و زمان کلاس ها مجدداً توضیح داده شد و آزمودنی ها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نمودند. گروه آزمایش در هشت جلسه ی معنویت درمانی، به صورت هر هفته دو جلسه و هر جلسه تقریباً ۹۰ دقیقه، شرکت نمود ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. لازم به ذکر است دو نفر از اعضای گروه آزمایش دو جلسه غیبت داشت و در مجموع سه نفر از اعضای گروه آزمایش و کنترل حاضر به شرکت در ارزیابی نشدند.

به منظور رعایت معیار های ورود، نمونه گیری از بین بیمارانی (زن و مرد) که حداقل شش ماه از درمان ایشان گذشته باشد، انجام شد. هم چنین دارا بودن توانایی جسمانی لازم و تمایل به شرکت در جلسات مشاوره از معیار های ورود به پژوهش بود. علاوه بر این آزمودنی ها از سطح سواد راهنمایی به بالا برخوردار بوده و در گروه سنی ۱۸ تا ۵۵ سال قرار داشتند. بنابراین نمونه ی حاضر شامل کودکان، افراد ناتوان، بیماران انتهایی (End stage)، افراد مشکوک یا مواردی که به تازگی تشخیص داده شده اند، نگردید. شرکت یا عدم شرکت در پژوهش تأثیری در

ناخوشایند محیطی صحبت شد، و آزمودنی‌ها و تجربیات منفی و مثبت خود را در رویارویی با این موارد بررسی کردند. سپس گرایش‌های خرافی معنوی در رابطه با بیماری که بر روحیه‌ی آنان تأثیر گذار بوده است، ذکر و بررسی شد و آزمودنی‌ها به تلاش‌ها و کوشش‌های خود در مورد وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس الهی اشاره نمودند. شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌آور در بخش سوم لحاظ شد و عوامل شناختی معنوی خرافی و ناسازگارانه بررسی شده و مراحل شکل‌گیری و تشخیص افکار مخرب و احساسات و تجربیات ناخوشایند آموزش داده شد. هم‌چنین دلایل تخریب و از هم‌گسیختگی احساسات و هیجانات منفی بررسی گردید و توجه آزمودنی‌ها به رفتار ناسازگارانه و مخربی که از این احساسات نشأت می‌گیرد، معطوف شد. (۲۱،۲۲)

بخش چهارم شامل چهار جلسه‌ی معنویت‌درمانی بود که به توسعه‌ی روش‌های سازگاری اختصاص داده شد و بر

روش‌ها و مدل‌های فکر کردن و مدیریت سازگاری با هیجانات منفی و آموزش نحوه‌ی جایگزینی رفتار لذت‌بخش و تفکر سازگار معنوی با تمرکز بر محورهای توجه به قدرت لایزال الهی، دعا و نیایش، توبه، کفاره و عفو، نوع دوستی، شکرگزاری و صبر، آموزش داده شد و به تفکر درباره‌ی زندگی آینده و نحوه‌ی تغییر رفتار فعلی و انتقال آموزش به آینده اختصاص یافت. نهایتاً در بخش پنجم و اختتامیه، آزمودنی‌ها به یکدیگر و درمانگر بازخورد کتبی داده و برنامه‌ریزی برای توسعه‌ی سازگاری و سلامت از طریق مرور ذهنی، آموزش داده شد و چک‌لیست افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی ناشی از آن به منظور پایش و خودارزیابی، به بیماران ارائه گردید. لازم به ذکر است که هر جلسه‌ی مستقل نیز دارای پنج مرحله شامل گرم کردن، توضیح اعضاء درباره‌ی یکی از مشکل خود، برون‌ریزی و ابراز احساسات و عواطف نسبت به مشکل، تبادل نظر و استفاده از اطلاعات اعضاء از یکدیگر و جمع‌بندی بود. (۱۹،۲۰) جدول شماره‌ی یک خلاصه‌ی اهداف، فرآیند و محتوای جلسات معنویت‌درمانی را نمایش می‌دهد. (۲۱،۱۹)

جدول شماره ۱ (۱): محتوای جلسات معنویت‌درمانی

هدف: موضوع بخش	فرآیند و محتوای جلسات
آغاز	معرفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه مانند محرمانه ماندن، احترام به نظر یکدیگر و تحمل دیدگاه‌های متفاوت، تعداد و زمان جلسات و لزوم حضور مداوم تا انتهای درمان
بالا بردن خود هوشیاری	آموزش تمرکز بر مشکلات عمومی و ناشی از بیماری و ذکر باورهای خرافی معنوی از بیماری، 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.
شناسایی موقعیت‌های اضطراب‌آور	آموزش مراحل تشخیص حالات منفی هیجانی و تخریب شناخت ناشی از باورهای خرافی معنوی و آموزش مراحل خودارزیابی و خود مشاهده‌گری جهت بررسی دلایل تفکر منفی و بروز رفتار ناسازگارانه آموزش مراقبه و بیان احساسات در رابطه با انجام اعمال معنوی آموزش روش‌های تفکر سازگارانه توسط استفاده از رویکرد معنوی با تمرکز بر خداوند و نیایش و دعا، توبه، کفاره و عفو شکرگزاری و صبر، بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم، ارائه‌ی مفهوم پایان‌ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال الهی خداوند
اختتام	آموزش برنامه‌ریزی برای توسعه سازگاری و سلامت زندگی معنوی در آینده، آموزش مرور ذهنی و ارائه چک‌لیست افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی به منظور خودارزیابی از تفکرات و رفتار و انتقال به زندگی روزانه

سوال ۲۲-۲۸ افسردگی اساسی (احساس ناامیدی، احساس بی ارزش بودن زندگی، داشتن افکار خودکشی و آرزوی مردن، احساس بی ارزشی و ناتوانی در انجام کارها) شیوه ی نمره دهی در این پرسشنامه به ترتیب از صفر تا ۳ برای گزینه های الف تا د می باشد. نمرات آزمودنی در هر زیر مقیاس می تواند حداقل صفر و حداکثر ۲۱ باشد. نمره ی بالاتر از ۷ برای هر زیر مقیاس قابل بحث است و احتمال وجود مشکل بالا تر است. نمره ی برش برای کل آزمون ۲۳ می باشد. به این معنا که به هر میزان که نمره ی کل آزمون از ۲۳ بیش تر باشد سلامت روان آزمودنی، خطرناک تر است. (۲۲)

یافته ها:

شایان ذکر است که سه نفر از شرکت کنندگان در پژوهش (دو نفر از گروه آزمایش و یک نفر از گروه کنترل) به علت عدم پاسخ گویی به همه ی سؤالات و یا عدم شرکت در جلسه ی نهایی حذف گردیدند. پس از ورود داده ها به نرم افزار SPSS v.20، به منظور تحلیل داده ها، آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر و تی مورد استفاده قرار گرفتند.

آزمون های آماری کای دو، تست دقیق فیشر و تی مستقل نشان دادند که دو گروه کنترل و آزمون از نظر متغیرهای دموگرافیک و مشخصات بیماری در مطالعه همگن بودند. (جدول ۲) در مورد نوع سرطان، بیش ترین مورد مربوط به سرطان پستان (۱۶/۹ درصد)، ریه (۱۳/۸ درصد)، معده (۱۵ درصد)، خون (۱۲/۵ درصد) و کولون (۱۰/۱ درصد) بود. مدت زمان ابتلا به بیماری به طور متوسط ۱۱/۰۲ ماه بود.

روش مورد استفاده در این مطالعه ی نیمه تجربی، پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. با توجه به این که تکمیل پرسشنامه ها در پیش آزمون می توانست بر مسیر فکری بیماران و روند آموزش تأثیر گذاشته و سوگیری ایجاد نماید، از روش پس آزمون استفاده شد. گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. یک ماه پس از پایان برگزاری جلسات معنویت درمانی، طی تماس تلفنی و درخواست مراجعه، به صورت هم زمان دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه ی استاندارد سلامت روان GHQ-28 (Scaled General Health Questionnaire-28) و اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، نوع سرطان، مدت زمان تشخیص، وضعیت تاهل و کفایت درآمد که به صورت خودگزارشی اعلام گردید) را تکمیل نمودند.

پرسشنامه ی GHQ-28 دارای چهار خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی می باشد. هر دسته از سؤالات این پرسشنامه برای سنجش زیر مقیاسی مشخص است. دسته بندی سؤالات در این پرسشنامه به شرح زیر است:

سوال ۱-۷ علایم جسمانی (وضعیت سلامت عمومی و علایم جسمانی فرد در یک ماه گذشته)

سوال ۸-۱۴ اضطراب (علایم و نشانه های بالینی اضطراب شدید، تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره، بی خوابی و داشتن وحشت و هراس)

سوال ۱۵-۲۱ اختلال در عملکرد اجتماعی (توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، داشتن قدرت تصمیم گیری، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن در زندگی، و لذت بردن از فعالیت های روزمره)

جدول شماره ۲: اطلاعات دموگرافیک گروه کنترل و آزمون

گروه	سن	جنسیت (درصد مردان)	تاهل (درصد متاهلین)	کفایت درآمد	مدت زمان تشخیص (ماه)
کنترل	۹/۱۲ ± ۴۶/۴۵	٪۳۵	٪۸۳	٪۷۰	۴/۱۲ ± ۱۰/۷۵
آزمون	۸/۲۱ ± ۴۷/۳۱	٪۴۰	٪۸۶	٪۶۰	۵/۲۱ ± ۱۱/۳۰

داشته است. علاوه بر این، بر اساس آزمون تی مستقل، میزان افسردگی افراد در گروه آزمون پس از مداخله دارای میانگین کم تری از گروه کنترل است. (جدول ۳-۴) هم چنین با توجه به جدول شماره ۳، میزان انحراف استاندارد در حیطه های عملکرد اجتماعی و افسردگی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل دارای اندازه ی کم تری است که نشان دهنده ی همگنی بیش تر افراد شرکت کننده در طرح بوده و نشان دهنده ی هم سو شدن نوع دیدگاه آن ها در مسایل اجتماعی است.

در حیطه ی سطوح جسمانی سازی، میانگین در دو گروه پس از چهار هفته مداخله، معنی دار بود. به علاوه در حیطه ی اضطراب و بد خوابی نتایج آزمون های آماری تی مستقل نشان دهنده ی تفاوت معنادار بین میانگین دو گروه آزمون و کنترل موجود است. هم چنین بر اساس جدول شماره ۳ نتایج آزمون آماری تی مستقل نشان داد که پس از چهار هفته اجرای برنامه ی مداخله ی روان شناختی، میانگین میزان اختلال در عملکرد اجتماعی به میزان معنی داری در جهت بهبود فعالیت اجتماعی تغییر

جدول شماره ۳: میزان خرده مقیاس های سلامت روان بیماران پس از اجرای مداخله معنویت درمانی

شاخص	نوع گروه	میانگین	انحراف معیار	p-value
سطوح جسمانی سازی	کنترل	۱۲/۵۱	۵/۶۹	۰/۰۱
	آزمون	۸/۲۰	۵/۶۱	
اضطراب و بد خوابی	کنترل	۸/۶۶	۴/۴۶	۰/۰۱
	آزمون	۵/۳۱	۳/۵۹	
اختلال در عملکرد اجتماعی	کنترل	۷/۸۷	۵/۰۴	۰/۰۲
	آزمون	۴/۷۲	۳/۹۹	
افسردگی	کنترل	۵/۹۲	۳/۸۷	۰/۰۲
	آزمون	۴/۱۰	۳/۳۴	

استاندارد ۱۰/۲۹ و گروه کنترل با میانگین ۳۴/۹۶ و انحراف استاندارد ۱۳/۶۴ است که بر اساس آزمون تی مستقل، اختلاف حاصل بین دو گروه از نظر آماری معنی دار بوده است.

همان گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، نتایج حاصل مبنی بر تأثیر مداخله ی فوق بر افزایش سلامت روان کلی بوده است. به علاوه میانگین نمره ی سلامت عمومی در گروه آزمایش ۲۲/۳۱ با انحراف

جدول شماره ۴: میزان سلامت کلی روان بیماران پس از مداخله ی معنویت درمانی در گروه کنترل و آزمون

شاخص	گروه	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون تی
سلامت کلی روان	کنترل	۳۴/۹۶	۱۰/۲۹	$F=۴/۹۸۲$
	آزمون	۲۲/۳۱	۱۳/۶۴	$p\text{-value} < ۰/۰۰۱$

در بررسی تفکیک جنسیتی در تأثیر مداخله ی فوق بر افزایش سلامت عمومی نتایج به دست آمده، بیانگر وجود تفاوت معنی دار در گروه های آزمایش و کنترل بود.

$$(F_1=۱۲/۰۳۱, P</math>$$

نتیجه گیری نهایی:

با توجه به اهمیت سلامت روانی جامعه، تحقیقات زیادی در ارتباط با سلامت روان و روش های مداخله ی گوناگون بر روی بیماران مورد مطالعه قرار گرفته است. (۱،۲) در این مطالعه مشاهده می شود که مداخله ی معنویت درمانی بر سلامت روان در زندگی رابطه دارد. احساس معنا و هدفمندی در زندگی، توان رویارویی افراد را با فشار های شدید و بیماری های مرگ آور، تسهیل می سازد. که با نتایج حاصل از این مطالعه هم سو است. (۱،۲،۱۰،۱۴،۱۸) طبق نتایج حاصل از این پژوهش، معنویت درمانی، باعث کاهش در اختلال عملکرد اجتماعی می شود. احساس عمومیت مشکل و شرکت در کلاس های گروهی و مداخلات روان شناختی می تواند در کنار بهبود مهارت های ارتباطی بیمار، سیستم حمایتی مفیدی را در اختیار وی قرار داده و او را امیدوار سازد. از سوی دیگر، فرد بیمار، حمایت اجتماعی و نوع دوستی را از طریق حمایت سایر اعضا دریافت کرده و عملکرد اجتماعی او بهبود می یابد. (۱۴)

هم چنین در سایر مطالعات سلامت معنوی در بهبود وضعیت روانی بیماران سرطانی، کاهش خستگی ناشی از

درمان طولانی و فرساینده ی سرطان و افزایش فعالیت سلول های کشنده ی طبیعی، مؤثر بوده و می تواند بر کاهش علائم و نشانه های درد ناشی از بیماری، در خرده مقیاس جسمانی سازی سلامت عمومی، تأثیر گذارد. تمرکز بر اکنون، ذهن آگاهی و تن آرامی در کنار نیایش و ارتباط با خدا، می تواند با برانگیختگی سیستم عصبی سمپاتیک، علائم درد را کاهش دهد، که با نتایج حاصل از این مطالعه هم سو است. (۲۳،۲۶،۲۵) بنابراین می توان از اعتقادات معنوی و ارزش های سنتی قومی بیماران به عنوان یک منبع روحانی و حمایتی در بهبود سلامت معنوی بهره جست. (۲۴)

معنویت درمانی، در کاهش افسردگی بیماران سرطانی مؤثر بوده است که با مطالعات پیشین هم سو است و باورهای معنوی با سلامت روان ارتباط دارد. (۲۷،۲۴،۱۴،۱۲،۵) تجربیات روزانه ی معنوی و کمک گرفتن از یک نیروی مطلق الهی در حل مشکلات، می تواند منجر به کاهش افسردگی در بیماران شود. (۱۴)

روش مداخله ی معنویت درمانی، در کاهش اضطراب و بدخواهی در بیماران سرطانی مؤثر بوده است که با برخی از مطالعات انجام شده هم سو است. (۲۵،۲۴،۲۱،۲۲) بنابراین وجود محیط امنی که بیماران در آن بتوانند به بیان احساسات منفی خود پرداخته و بر نیروی الهی در کمک به سعادت روحانی و معنوی خود تمرکز نمایند، می تواند

نمایند. توجه به معنویت در زندگی می‌تواند به عنوان تکیه‌گاه روانی به ارتقاء سلامت روان بیماران سرطانی در شرایط سخت بیماری مزمن و لاعلاج کمک کند و ابزار رشد سازگاری بیماران در پذیرش بیماری خود و در بهبود اختلالات روان‌شناختی استفاده شود.

تشکر و قدردانی:

از مرکز توسعه ی پژوهش‌های بالینی مرکز آموزشی درمانی شهدای خلیج فارس بوشهر و تمامی بیماران محترم که در اجرای این پژوهش صمیمانه همکاری نمودند، متشکریم. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر و سایر همکاران آن مجموعه که در تعهد مالی این پژوهش همکاری داشته‌اند، سپاسگزاریم.

در کاهش اضطراب مؤثر باشد. ولی در برخی مطالعات این مداخله، تأثیری در کاهش اضطراب نداشته است که می‌تواند به علت عوارض شدید جسمانی ناشی از بیماری و احتمال انتخاب نامناسب آزمودنی‌ها یا شدت بالای اضطراب بیماران و سایر عوامل مداخله‌گر مانند مشکلات اقتصادی و اجتماعی در راستای ارایه ی روش درمانی فوق، باشد. (۱۴،۲۴،۱۷)

در این مطالعه مشاهده می‌شود که مداخله ی روان شناختی معنویت درمانی برافزایش سلامت روان بیماران سرطانی مؤثر بوده است. این مداخله به بیماران کمک می‌نماید تا به‌رغم بیماری و ناامیدی، در جست و جوی معنا برای زندگی خود بوده و بر هدف مندی، امیدواری و استفاده از پتانسیل موجود و باقی مانده ی خود تأکید

References:

- Baljani A, Kashabi J, Amanpoor A, Azimi N. Relationship spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer. 2012; (3): 27-37.
- Hamid N, Ahmadian A, Akbarashaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religions believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. 2013; (3): 213-221.
- Reimer T, Gerber B. Quality-of-life considerations in the treatment of early- stage breast cancer in the elderly. *J Drugs Aging*. 2010; 27(10):791-800.
- Akechi T, Okuyama T, Akizuki N. Course of psychological distress and its predictors in advanced non small cell lung cancer patients. *J Psycho Oncology*. 2005; 14: 20-27.
- Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A, The effect of psycho-spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer *J Psychol Health Med*. 2013; 18(1): 56-69. doi: 10.1080/13548506.2012.679738.
- Fan S.Y, Eiser C. Body image of children and adolescents with cancer. *J BODYIM*. 2009; 259: 10-14.
- Michiyo A, Tatsuya M, Mitsunori M, Makiko S, Haruko K, Yasuo S. Effects of Bereavement Life Review on Spiritual Well-Being and Depression. *J Pain and Symptom Management*. 2010; 40: 453-459.

8. Maureen E L, Shana J, Linda B, Yao I.C, Jichuan WA. Longitudinal, Randomized, Controlled Trial of Advance Care Planning for Teens With Cancer: Anxiety, Depression, Quality of Life, Advance Directives, Spirituality. *J Adolescent Health*. 2014; 3: 56-59. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.10.206.
9. Sarafynv A p2002. *Health Psychology*, Translator: F. Shafii et al, Third Edition, Tehran:Roshd.1391; 425-760.
10. Frankel V1978. *A man in search of meaning, logotherapy*, Translator: Farnoodi and Milani, 31edition, Tehran:Dorsa. 1392; 34-55.
11. Richards P.S, Hardman RK, Berrett M.. *Spiritual Approaches in the Treatment of Women with Eating Disorders*, Hardcover. Washington, DC, US: American Psychological Association. 2007; 259-298. doi.org/10.1037/11489-000
12. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. Spiritual therapy to improve the spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *J Evidence- Based Complementary and Alternative Medicin*. 2013; 353-262.. doi: 10.1155/2013/353262.
13. Renaud J, Bédard E. Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *J Clin Interv Aging*. 2013; 8: 931-43. doi: 10.2147/CIA.S27717.
14. Bolhari J, Naziri Q, Zamanian S. Spiritual efficacy of group therapy in reducing depression, anxiety and stress in women with breast cancer, *J Sociology of Women*. 2012; 3: 85-116. [in persian]
15. Michiyo A, Tatsuya M, Tatsuo A, Takuya O. Japanese Task Force for Spiritual Care Efficacy of Short-Term Life-Review Interviews on the Spiritual Well-Being of Terminally III Cncer Patients. *J Pain and Symptom Management*. 2010; (39): 993-1002.
16. Fallah R, Golzari M, Dastani M, Zahiroddin S, Mousavi M, Akbari M. The effectiveness of a group intervention to promote spiritual and mental health in women with breast cancer hope. *J thought&behavior*. 2011; (19): 69-80. [in persian]
17. Askari P, Ruoshani KH, Aderyani M. Relationship between religios releifs and optimism with spiritual health in Ahvaz Islamic azad university Students. *J New findings in psychology*. 2009; (6): 27-39. [in persian]
18. Kiani J, Pakizeh A, Ostovar A, Namazi S, Effect Study of Cognitive-Behavioral therapy on increasing self-esteem and Reducing hopelessness in adolescents with beta-thalassemia. *J south of Medicine* 2011; XIII(2):252-241 [Persian].
19. Ellis A, Mc Laren K2005. *Rational Emotional Behavior Therapy*, Translator: M. Firoz Bakht, first edition, Tehran: Rasa. 1392; 65-110.
20. LotfiKashani F, Mofid B, Sarafrazmehr S. The effect of spirituality therapy to reduce anxiety, depression and distress in patients with breast cancer. *J Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2013; (7): 27-9. [in persian]
21. Enric B, Amparo O, Laura G, Pilar B, Antonio P, Clara G, Javier B. Development and Validation of a New Tool for the Assessment and Spiritual Care of Palliative Care Patients. *J Pain and Symptom Management*. 2013; (47): 1008-1018. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018.
22. Taghavi MR. Normalization of General Health Questionnaire(GHQ) on students Shiraz, J Daneshvar (Raftar) Shahed University. 2008; (15): 28,1-13. [in persian]

23. Michael J.B, Adam S, Andrea C.E, Zachary D.E-P, Yolanda DT, Christine M, Joshua N, Angelika Z, Tyler J.V, Tracy A.B. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *J Pain and Symptom Management*. 2014; 48(3): 400–410. doi: 10.1016/j.jpainsymman.
24. Maiko N, Jiro I, Junichi I, Ayumi I, Takeshi B, Kei H, Toshinori I, Wataru C, Yukihiro M. Spiritual Care of Cancer Patients by Integrated Medicine in Urban GreenSpace. *J Science and Healing*. 2013; 9: 87-90.
25. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *J Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume*. 2014; 619028, 8 pages. doi:10.1155/2014/619028.
26. Stephanie S, Dominik M.K. M, Dominik S, Declan W, Gabriele L, Christoph O, Symptoms and Problem Clusters in Cancer and Patients in Specialized Palliative Care—Is There a Difference?, *J Pain and Symptom Management*. 2014; 48(1): 26-35. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.018.
27. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Experimental & Clinical Cancer Research*. 2008; 27: 32. doi:10.1186/1756-9966-27-32

Original Article**The effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients****J. Kiani^{*1}, F. jahanpour², F. Abbasi³, Sh. Darvishi⁴, B. Gholizadeh⁵**¹MSc of Psychology, Bushehr University of Medical Science, Boushehr, Iran²Associate professor of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran³Assistant professor of Medicine Department, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran⁴Student of Medicine, Faculty of Medicine, Boushehr University of Medical Science, Boushehr, Iran⁵PhD Student of Statistic, Department of Statistic, Persian Gulf University of Boushehr, , Boushehr, Iran**(Received: 4 Aug, 2015 – Accepted: 23 Nov, 2015)**

Introduction: Cancer disrupts routine life in cancer patients, and negatively affects mental health. Spiritual beliefs help patients have a purposeful life and impact their treatment. Spiritual therapy can therefore affect removing superstitious beliefs, compliance, treatment and mental health of patients.

Objective: This study aimed to determine the effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients.

Method: This quasi-experimental study with posttest design recruited 70 patients randomly selected from patients presenting to Bushehr Cancer Center and randomly assigned to case and control groups. Demographic and mental health questionnaires were filled out by all the participants. The case group participated in eight sessions of spiritual therapy. After one month, mental health questionnaire (GHQ-28) was completed by both case and control groups. Spss_{v.20} and t-test were used for data analysis.

Results: The two groups matched in terms of demographic and mental health dimensions before the intervention, but the mean score of mental health increased in the experimental group ($t=4.97$, $p<0.001$). Mean score of general health was 34.96 ± 1.64 in the control group and 22.31 ± 10.29 in the experimental group. The difference between the two groups was statistically significant. The intervention was also effective in mental health subscales of somatization, anxiety and poor sleep, social dysfunction and depression ($p<0.001$).

Conclusion: Spiritual therapy can improve mental health of cancer patients, therefore, it is recommended to apply it in treatment protocol of cancer patients.

Keywords: Spiritual therapy, Mental health, Cancer