

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های سفید
خون زنان مبتلا به سرطان پستان
Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy
on fear of recurrence and white blood cells in women with breast cancer

Samaneh Mato

Ph.D. Student in Health Psychology, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Dr. Majid Saffarinia*

Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. m.saffarinia@yahoo.com

Dr. Ahmad Alipour

Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

سمانه متو

دانشجوی دکتری تخصصی رشته روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

دکتر مجید صفاری نیا (نویسنده مسئول)

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

دکتر احمد علی پور

استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Abstract

The aim of this study was to compare the efficacy of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on the fear of recurrence and white blood cells in women with breast cancer. The study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a two-month follow-up with the control group. The study population included all women with breast cancer undergoing chemotherapy referred to the specialized and sub-specialized clinic of breast diseases of Jihad Daneshgahi in winter 2022. 45 patients were purposefully selected and randomly assigned to two experimental and control groups. Fear of cancer recurrence by Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) Simard & Savard inventory (2009) and white blood cells of the sample subjects using the flow cytometry method were measured. Patients in the experimental groups have received appropriate interventions individually for 12 sessions of 120 minutes, twice a week. Data analysis was performed by Repeated Measures ANOVA. The group effect, time effect, and time×group effect were significant for fear of recurrence ($p<0.01$) and white blood cells ($p<0.05$). Also, the mean difference between the pre-test post-test, and follow-up was significant ($p<0.001$), but the mean difference between the post-test and follow-up was not significant ($p<0.05$). The mean difference between treatment groups was significant in fear of recurrence ($p<0.01$), but not significant in white blood cells ($p<0.05$). These two treatment methods by prioritizing the use of spiritual therapy can be used to reduce the fear of breast cancer recurrence and increase white blood cells.

Keywords: Fear of Recurrence, Cognitive-Behavioral Therapy, Women, Breast Cancer, White Blood Cells, Spiritual Therapy.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری دوماهه بود. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی در زمستان ۱۴۰۰ بود. ۴۵ نفر از بیماران به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. ترس از عود سرطان با سیاهه ترس از عود سرطان (FCRI) سیمارد و ساوارد (۲۰۰۹) و گلبول‌های سفید خون به روش فلوسایتومتری اندازه‌گیری شدند. بیماران گروه‌های آزمایش مداخلات مربوطه را به مدت ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هر هفته دو جلسه، به صورت فردی دریافت نمودند. تحلیل داده‌ها با روش‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که اثر گروه، اثر زمان و اثر زمان×گروه برای ترس از عود ($p<0.01$) و گلبول‌های سفید خون ($p<0.05$) معنادار هستند. همچنین، اختلاف میانگین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای یادشده معنادار ($p<0.01$)، اما اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیگیری در آن‌ها معنادار نبود ($p>0.05$). تفاوت میانگین بین گروه‌های درمانی در ترس از عود معنادار بود ($p<0.01$)، ولی در گلبول‌های سفید خون معنادار نبود ($p>0.05$). این دو روش درمانی با اولویت‌گذاری استفاده از معنویت درمانی می‌توانند به‌منظور کاهش ترس از عود زنان مبتلا به سرطان پستان و افزایش گلبول‌های سفید خون آنان استفاده شوند.

واژه‌های کلیدی: ترس از عود، درمان شناختی-رفتاری، زنان، سرطان پستان، گلبول‌های سفید خون، معنویت درمانی.

علیرغم پیشرفت‌های شگرف در زمینه پزشکی در چند دهه گذشته و بهبود قابل ملاحظه در درک علائم و عوامل ایجادکننده سرطان پستان، این بیماری همچنان در سراسر جهان در حال افزایش است و اصلی‌ترین علت مرگ در بین سرطان‌های زنان به شمار می‌رود (تاشان^۱ و همکاران، ۲۰۲۰)، میزان بروز سرطان پستان سالیانه ۵/۹٪ در حال افزایش است (چین و منصور^۲، ۲۰۱۹). سرطان پستان چهارمین علت مرگ ناشی از سرطان در سال ۲۰۲۰ بود (سونگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). در ایران سرطان پستان ۳۴٪ سرطان‌ها را در بین زنان تشکیل می‌دهد و زنان ایرانی یک دهه زودتر نسبت به زنان کشورهای غربی به این بیماری مبتلا می‌شوند (شاکری و همکاران، ۲۰۲۱). ابتلا به سرطان پستان، چالش‌های زیادی را در زنان برمی‌انگیزد که شامل سازگاری با خبر اولیه ابتلا به بیماری، تغییر در اندام بدن با جراحی، ریزش مو، سوختگی‌های ناشی از پرتودرمانی و کاهش جاذبه جنسی، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی، درمان‌های ترکیبی، روبه‌رو شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری یا عود آن و انتظار مرگ در موارد پیشرونده بیماری است (چو^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

عود^۵ به عنوان یکی از بزرگ‌ترین نگرانی‌ها در جراحی حفظ پستان باقی می‌ماند و ممکن است باعث اضطراب جدی در بیمار شود (کورادینی^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). اصطلاح ترس از عود^۷ سرطان عبارت است از ترس یا نگرانی در مورد این که سرطان در همان عضو یا در بخش دیگری از بدن باز خواهد گشت یا پیشرفت خواهد کرد (لویجس-هویزر^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). این ترس و نگرانی مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش می‌دهد و موجب تحریک غدد تیروئید، پانکراس و هیپوفیز می‌شود و با افزایش خطر بروز اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و شغلی و افزایش استفاده از خدمات بهداشتی و مشکلات جسمانی همراه است (دن اوستن و اسکینگتون^۹، ۲۰۲۲). به علاوه، شیمی درمانی با کاهش سلول‌های خونی و عملکرد مغز استخوان همراه است که منجر به علائمی نظیر کم خونی (بصورت کاهش انرژی)، کاهش پلاکت‌ها (خون‌مردگی یا خونریزی‌ها) و کاهش گلبول‌های سفید خون^{۱۰} (WBC) (افزایش حساسیت به عفونت‌ها) که از بدن در برابر عفونت‌ها محافظت می‌کنند (استفان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰) و به عنوان قسمتی از پاسخ ایمنی بدن در تولید، انتقال و توزیع آنتی‌بادی‌ها در بدن نقش دارد (لوهان^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸)، می‌شوند. با کاهش سیستم ایمنی، قدرت بدن برای مقابله با بیماری‌ها نیز کاهش می‌یابد. به این ترتیب بدن زمینه‌ساز بسیاری از بیماری‌های مزمن دیگر و حتی عود سرطان می‌شود و حتی ممکن است افراد را به سوی برخی ناسازگاری‌ها یا بدسازگاری‌ها سوق دهد (جمشیدی‌فر و لطفی‌کاشانی، ۱۳۹۹). در همین راستا، با پیشرفت در زمینه پیدا کردن ارتباط بین عوامل روانی، اجتماعی و معنوی با وضعیت ایمنی و سلامت فرد، نقطه عطفی در مطالعات سایکونوروایمونولوژی^{۱۳} (روان-عصب-ایمنی‌شناسی) به وجود آمد (آنتونی و ظیهار^{۱۴}، ۲۰۱۹) که باعث شد تصویری از روابط متقابل بین رفتار و سیستم ایمنی به منظور تبیین مکانیسم‌های سیستم خودمختار و محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال (HPA) و مرتبط ساختن سیستم اعصاب مرکزی و پاسخ‌های ایمنی ارائه شود (ایروین^{۱۵}، ۲۰۱۹). مولفه‌های روان‌شناختی بر پارامترهای سیستم ایمنی تاثیر می‌گذارند و در واقع مغز پاسخ‌های ایمنی را از طریق محور HPA تحت تاثیر قرار می‌دهد (هانبری^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱).

مداخله‌های متعددی برای مدیریت و کنترل یا تغییر عوارض رفتاری و روانی ناشی از سرطان پستان معرفی شده است که هر کدام از اثربخشی خاص خود برخوردار است (هو^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳). در این زمینه رویکردهای شناختی-رفتاری که بیشترین شواهد را به خود

1 Tashan
2 Chin & Mansori
3 Sung
4 Cho
5 recurrence
6 Corradini
7 fear of recurrence
8 Luijges-Huizer
9 Den Oudsten & Skevington
10 white blood cells
11 Staphan
12 Lohman
13 psychoneuroimmunology
14 Antoni & Dhabhar
15 Irwin
16 Hanbury
17 Ho

اختصاص داده‌اند، از طریق بازسازی شناختی، شناخت‌های ناسازگار بیماران دارای اختلال استرس پس از سانحه و درد را تحت درمان قرار داده است (گتو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ مایر^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). فراتحلیل کازانتزیس^۳ و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری^۴ می‌تواند موجب بهبود بسیاری از مشکلات روانشناختی شود. لیو^۵ و همکاران (۲۰۲۲) نیز بر این نکته اشاره کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود آسفتگی‌ها و درد بیماران سرطانی مؤثر واقع شود. پژوهشی در دانشگاه فلوریدا^۶ با همکاری دانشگاه میامی^۷ و مرکز ملی سرطان^۸ (۲۰۱۶) نشان داد که مداخلات روانی-اجتماعی باعث کاهش سطح کورتیزول، تنظیم سائتوکین‌های دخیل در سرطان‌های زنان و بهبود علائم فیزیولوژیکی در محیط تومور می‌شود (نقل از فلاحی و همکاران، ۱۳۹۵). با این حال ژانگ^۹ و همکاران (۲۰۱۹) در فراتحلیل خود اظهار کردند که درمان شناختی-رفتاری برخلاف ادعاهای موجود، مقدم بر تمامی درمان‌ها نیست. اوی و دینگل^{۱۰} (۲۰۱۸) نیز گزارش کردند که شواهد تجربی در زمینه نقش فرایندهای گروهی در روان‌درمانی گروهی به ویژه درمان شناختی-رفتاری هنوز ضعیف بوده و نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

با توجه به نقش ساختار و ارزش‌های فرهنگی در پذیرش و اثربخشی روان‌درمانی‌ها برخی از محققین و درمانگران تلفیق درمان‌های روان‌شناختی با معنویت و فرهنگ را پیشنهاد می‌کنند؛ و شواهدی موفقیت‌آمیزی از نتایج مثبت آن را برای ارتقاء درمان اختلالات روان‌شناختی گزارش نموده‌اند (مراث^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰؛ کلی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰؛ ریگر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). رویکردهای معنویت‌درمانی^{۱۴}، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان، مسائل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی آنان استفاده کنند؛ چرا که معنویت، پیش‌بینی‌کننده‌ای قوی برای امید و سلامت روان، منبعی مهم در سلامت جسمانی و بهبود وضعیت بیماری و سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن است (ریچاردز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۸). به‌گونه‌ای که در مطالعه‌ای که توسط سفتن^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۱) بر روی بیماران زن مبتلا به کانسر متاستاتیک پستان صورت گرفت، نشان داد زنان سرطانی با اعتقادات معنوی بالا که در مراسم مذهبی گروهی شرکت می‌کردند تعداد گلوبول‌های سفید و زیر رده لنفوسیتی بیشتری داشتند و به علاوه سلول‌های حمایت‌کننده T و لنفوسیت‌های نوع سیتوتوسیک نیز در آن‌ها بیشتر مشاهده شده است. جمشیدی‌فر و لطفی‌کاشانی (۱۳۹۹) نیز هر دو درمان معنوی و شناختی رفتاری برای کاهش سطح کورتیزول زنان مبتلا به سرطان پستان، موثر یافتند، با این حال آنان درمان معنوی را موثرتر ارزیابی کردند. با این حال شواهد کافی جهت مقایسه با درمان‌های استاندارد برای بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی من جمله سرطان پستان در دست نیست. بنابراین با توجه به حساسیت موضوع سرطان و عوارض جسمی، روانی و مالی آن برای بیماران و خانواده آنان و نیاز به مداخله‌ای جهت کنترل یا تسریع روند بهبود بیماری، ارتقاء کیفیت زندگی و کاهش فشارهای روانی و نیز عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص تأثیر معنویت‌درمانی بر نمونه حاضر (مبتلا به سرطان پستان)، لذا این پژوهش درصدد مقایسه‌ای اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلوبول‌های سفید خون بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

1 Getu
2 Mayr
3 Kazantzis
4 cognitive-behavioral therapy
5 Liu
6 University of Florida
7 University of Miami
8 National cancer Institute (WCI)
9 Zhang
10 Oei & Dingle
11 Merath
12 Kelly
13 Rieger
14 spiritual therapy
15 Richards
16 Sephton

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی شهر تهران که در زمستان سال ۱۴۰۰ به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیماری‌های پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کردند، تشکیل داد. برای تعیین حجم نمونه پالانت^۱ (۲۰۲۰) پیشنهاد کرده است در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و گواه حداقل ۱۵ نفر در نظر گرفته شود. بنابراین، نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ زن مبتلا به سرطان پستان از جامعه آماری مذکور بود که به‌روش هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل جنسیت مؤنث، تشخیص سرطان سینه از سوی متخصص غدد، طی شدن ۶ تا ۷ ماه از زمان تشخیص، نرسیدن بیمار به سطح چهارم، تجربه‌ی جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، داشتن دین اسلام، رضایت به شرکت داشتن در این طرح، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی، دامنه سنی ۳۵ تا ۶۰ سال و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن بود. ملاک خروج نیز شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش یا بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای مداخله، بهبودی کامل، ابتلا به بیماری‌های حاد روانی یا سومصرف دارو، استفاده از سایر انواع روش‌های طب مکمل و جایگزین و نیز عود بیماری در طول یک ماه قبل از شروع پژوهش و یا در طی دوره مداخله که موجب بستری شدن فرد در بیمارستان شود، بود.

قبل از شروع جلسات درمان از شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون گرفته شد، سپس شرکت‌کنندگان گروه معنویت درمانی علاوه بر مراقبت‌های پزشکی معمول، ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین^۲ (۲۰۰۴) را به‌صورت انفرادی، شرکت‌کنندگان گروه درمان شناختی-رفتاری به همراه مراقبت‌های پزشکی معمول ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله رفتاردرمانی شناختی در درمان اختلال‌های روانی هاوتون^۳ و همکاران (۱۹۸۹) را به‌صورت فردی و گروه‌گواه فقط همان مراقبت‌های معمول پزشکی را دریافت کردند. بعد از اتمام مداخله و دو ماه بعد از شرکت‌کنندگان پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و نتایج مورد مقایسه قرار گرفتند. پس از اخذ کد اخلاق (IR.IAU.CTB.REC.1401.040) جهت طرح پیشنهادی مطالعه حاضر، پژوهشگر به محیط‌های پژوهش مراجعه کرد و پس از معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و توضیح هدف و ماهیت مطالعه به آنان و نیز معرفی شیوه اجرای مداخله، رضایت آگاهانه کتبی جهت شرکت در پژوهش از بیماران اخذ نمود. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه مانده و نتایج به صورت گروهی منتشر خواهد شد. در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بانفرونی به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

سیاهه ترس از عود سرطان^۴ (FCRI): این سیاهه که توسط سیمارد و ساوارد (۲۰۰۹) تدوین شده است ابزاری خود گزارشی می‌باشد که ترس از عود سرطان را در ماه گذشته بررسی می‌کند. این سیاهه شامل ۴۲ سؤال است که بصورت لیکرت از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و سؤال "من باور دارم که درمان شده‌ام و بیماری‌ام برنخواهد گشت" بطور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه اطلاعات بالینی معناداری را در مورد ماهیت ترس از عود سرطان و نیز نمرات را برای ۷ خرده‌مقیاس راه‌اندازها، شدت، آشفتگی، اختلال عملکرد، بینش، اطمینان و مقابله بدست می‌دهد. نمرات هر یک از خرده‌مقیاس‌ها برای رسیدن به یک نمره کلی با هم جمع می‌شوند و نمرات بالاتر نشان‌دهنده ترس بیشتر از عود سرطان است. نسخه اصلی فرانسوی سیاهه همسانی درونی بالایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۵) دارد و پایایی بازآزمایی آن به فاصله ۱ ماه ۰/۸۹ گزارش شده است (سیمارد و ساوارد، ۲۰۰۹). روایی همزمان آن با سایر مقیاس‌های خود گزارشی که ترس از عود سرطان را ارزیابی می‌کنند بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۷ و با سازه‌های مرتبط مانند پریشانی روانی بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۷ و سازه‌های مقیاس کیفیت زندگی بین ۰/۲۰ تا ۰/۳۰- گزارش شده است (سیمارد و ساوارد، ۲۰۰۹). کیارسی و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این سیاهه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۳ و روایی همزمان آن را با پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)

1 Pallant

2 Richards & Bergin

3 Hawton

4 Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI)

۰/۳۲- گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل سیاهه ۰/۸۴ و برای زیر مؤلفه‌های این سیاهه، بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶ به دست آمد.

شمارش سلول‌های سفید خون محیطی: جهت سنجش نمونه خون آزمودنی‌ها نمونه‌ای ضد انعقاد جهت هماتولوژی^۱ استفاده شد و با استفاده از رایت کیسما^۲ به روش فلوسایتومتری^۳ گلبول‌های سفید خون محیطی و اجزاء آن شامل آنوزوفیل^۴، نوتروفیل^۵، مونوسیت^۶ و لنفوسیت^۷ شمارش شد.

معنویت درمانی: این روان‌درمانی معنوی-مذهبی با تمرکز بر آیین دین اسلام از الگوی ریچاردز و برگین (۲۰۰۴) برگرفته شد و طی ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای، برگزار گردید.

درمان شناختی-رفتاری: درمان شناختی-رفتاری در این پژوهش طرح درمان برای اختلال‌های روانی بود که براساس کتاب «رفتاردرمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی» هاوتون و همکاران (۱۹۸۹) طراحی و در ۱۲ جلسه‌ای ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

جدول ۱. محتوای جلسات معنویت درمانی اسلام‌محور و درمان شناختی-رفتاری

جلسات	معنویت درمانی (برگرفته از ریچاردز و برگین، ۲۰۰۴)	درمان شناختی-رفتاری (برگرفته از هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹)
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تاثیر آن در زندگی فرد (ایجاد همدلی و حس مشترک در مورد مشکل بین اعضای گروه و ایجاد یک رابطه درمانی و درک تفاوت بین کلمه دین (و یا مذهب) و معنویت و همچنین تفاوت دین (و یا مذهب) و معنویت سالم از ناسالم و بیمار گون)	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش‌آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، رابطه درمانی
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های خیال‌پردازی هدایت شده، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن‌ها)	بازخورد جلسه قبل، معرفی درمان شناختی-رفتاری، آموزش فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف
سوم	گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی)	بازخورد جلسه قبل، یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف
چهارم	کلمه خدا و ارتباط با خدا و با هر قدرت برتری که درمان‌جو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا	بازخورد جلسه قبل، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره‌ها و باورهای مرکزی، آرام‌سازی، ارائه تکلیف
پنجم	نوع دوستی (انجام کاری معنوی به صورت گروهی با هدف تجربه عملی معنویت و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب در مراجعین)	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، استفاده از فن آرام‌سازی ارائه تکلیف
ششم	ارتباط با مقدسات (ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقدسات در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب)	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام‌سازی ارائه تکلیف
هفتم	رنجش و عدم‌بخشش و احساس گناه و بخشش خود (کاهش احساسات منفی تنش‌زای حاصله از عدم بخشش، از طریق کاهش عدم‌بخشش و کمک به مراجع برای درک بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از بخشیدن خود و دیگران)	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجعان به ارزیابی مجدد باورها. استفاده از فن آرام‌سازی ارائه تکلیف
هشتم	بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصالحه)	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام‌سازی، مخالف‌ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
نهم	مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد، یافتن معنا در زندگی)	بازخورد جلسه قبل، تاکید بر شناخت تا احساسات. آموزش مهارت حل مساله. توضیح انواع سبک‌های مقابله ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف
دهم	ایمان و توکل به خدا (رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان به خدا و توکل به او و کاهش احساس اضطراب و استرس)	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام‌سازی، مخالف‌ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف

1 hematology
2 wright giemsa
3 flow cytometry
4 eosinophil
5 neutrophils
6 monocyte
7 lymphocyte

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان
Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on fear of recurrence and ...

بازخورد جلسه قبل، رویارویی شناختی، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف

حل مساله معنوی و مذهبی (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مساله)

یازدهم

بازخورد جلسه قبل، مروری بر تمرینات کل دوره، اجرای پس آزمون، اختتامیه

قدردانی و شکر گزاری (ایجاد توانایی ابزار احساسات مثبت)

دوازدهم

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل سه گروه ۱۵ نفری بود که میانگین و انحراف معیار سنی گروه معنویت درمانی $46/86 \pm 6/41$ ، گروه درمان شناختی-رفتاری $47/32 \pm 5/87$ و گروه گواه $45/93 \pm 6/12$ بود. اکثریت زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه‌های سه‌گانه آزمایش و گواه نیز در دامنه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. اکثر زنان مبتلا به سرطان پستان در هر سه گروه معنویت درمانی (۳۳/۳ درصد)، درمان شناختی-رفتاری (۴۰ درصد) و گواه (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. به‌علاوه، در گروه‌های سه‌گانه معنویت درمانی (۶۶/۷ درصد)، درمان شناختی-رفتاری (۷۳/۳ درصد) و گواه (۷۳/۳ درصد) اکثراً متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال نیز اکثر زنان مبتلا به سرطان پستان در هر سه گروه معنویت درمانی (۷۳/۳ درصد)، درمان شناختی-رفتاری (۷۳/۳ درصد) و گواه (۸۰ درصد) گزارش کردند که خانه‌دار هستند. در نهایت، زنان مبتلا به سرطان پستان در هر سه گروه معنویت درمانی (۶۰ درصد)، درمان شناختی-رفتاری (۷۳/۳ درصد) و گواه (۶۰ درصد) اکثراً وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانواده خود را در حد متوسط ارزیابی کردند. جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرها در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ترس از عود و تعداد گلبول‌های سفید گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مرحله اندازه‌گیری			
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	انحراف معیار
ترس از عود	معنویت درمانی	۱۰۷/۶۷	۱۵/۹۸	۶۳/۲۰	۹/۴۵
	درمان شناختی-رفتاری	۱۰۱/۷۳	۱۵/۳۸	۸۳/۷۳	۱۳/۳۸
	گواه	۱۰۵/۷۳	۱۰/۸۳	۱۰۶/۷۳	۱۲/۶۸
آزمایش شمارش کامل خون (CBC) (گلبول‌های سفید خون محیطی)	معنویت درمانی	۴۹۲۹/۷۳	۴۱۹/۱۲	۵۵۵۲/۲۰	۳۵۹/۲۶
	درمان شناختی-رفتاری	۴۷۳۶/۷۳	۴۹۴/۴۵	۵۴۵۴/۵۳	۴۱۰/۳۹
	گواه	۴۸۲۳/۷۱	۵۵۲/۱۸	۴۹۶۰/۹۳	۴۹۱/۱۵

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی در زنان مبتلا به سرطان پستان گروه‌های آزمایشی میانگین ترس از عود بیماری‌شان به مقدار قابل توجهی کاهش یافته است. این کاهش میانگین بعد از گذشت دو ماه در مرحله‌ی پیگیری همچنان پایدار بود. قابل توجه است که کاهش ترس از عود بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان گروه مداخله معنویت درمانی محسوس‌تر است. در مقابل، میانگین تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان گروه‌های آزمایشی بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی در مرحله‌ی پس‌آزمون افزایش یافته است. این افزایش بعد از گذشت دو ماه در مرحله‌ی پیگیری همچنان پایدار بود.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات ترس از عود و گلبول‌های سفید خون سه گروه در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری ($p > 0/05$)، از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های ترس از عود در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=0/76$ ، $p=0/472$)، پس‌آزمون ($F=2/94$ ، $p=0/064$) و پیگیری ($F=2/70$ ، $p=0/079$) و گلبول‌های سفید خون در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=2/13$ ، $p=0/131$)، پس‌آزمون ($F=2/68$ ، $p=0/080$) و پیگیری ($F=1/12$ ، $p=0/335$) در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ترس از عود ($F=1/62$ ، $p=0/078$) و گلبول‌های سفید خون ($F=1/90$ ، $p=0/076$)، استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض

کرویت از آزمون موخلی استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز برای ترس از عود ($W=0/93$ ، $p=0/388$) و گلبول‌های سفید خون ($W=0/54$ ، $p=0/776$) معنی‌دار نبود. بنابراین، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سوال نبرده‌اند. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه برای ترس از عود ($F=17/18$ ، $p<0/01$) و گلبول‌های سفید خون ($F=2/90$ ، $p<0/05$) معنی‌دار بود. مجذور اتا نشان داد که ۴۶ درصد و ۱۲ درصد واریانس نمرات برای این متغیرها به ترتیب ذکر شده مربوط به عضویت گروهی است. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	Eta (اندازه اثر)
ترس از عود	زمان اندازه‌گیری	۹۸۱۷/۷۸	۱	۹۸۱۷/۷۸	۱۱۴/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	اثر درون‌گروهی	۷۰۵۴/۶۹	۲	۳۵۲۷/۳۴	۴۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۳۶۱۰/۵۳	۴۲	۸۵/۹۷			
	اثر بین‌گروهی	۱۷۴۳۷/۵۷	۲	۸۷۱۸/۷۹	۲۴/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴
گلبول‌های سفید خون	زمان اندازه‌گیری	۴۰۱۷۸۶۹/۵۱	۱	۴۰۱۷۸۶۹/۵۱	۲۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	اثر درون‌گروهی	۱۲۵۴۰۰۹/۷۶	۲	۶۲۷۰۰۴/۸۸	۳/۸۹	۰/۰۲۸	۰/۱۶
	خطا	۶۰۶۹۳۰۹/۷۳	۴۲	۱۴۱۱۷۴/۰۲			
	اثر بین‌گروهی	۴۲۸۱۴۰۶/۷۷	۲	۲۱۴۰۷۰۳/۳۹	۶/۵۴	۰/۰۰۳	۰/۲۴
	خطا	۱۳۷۴۳۶۷۵/۶۰	۴۲	۳۲۷۲۳۰/۳۷			

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، منبع زمان در متغیرهای ترس از عود و گلبول‌های سفید خون معنادار شده است ($p<0/01$). همچنین بین گروه و زمان تعامل وجود دارد ($p<0/05$). در اثر گروه نیز مشخص شد در متغیرهای ترس از عود و گلبول‌های سفید خون بین گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0/01$). برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام مراحل اندازه‌گیری بین سه گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت وجود دارد آزمون تعقیبی بانفرونی انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین متغیرهای پژوهش در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
ترس از عود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۰/۴۹	۱/۹۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲۰/۸۹	۱/۹۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۰	۰/۵۷	۱/۰۰۰
گلبول‌های سفید خون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴۹۸/۸۴	۶۹/۲۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴۲۲/۵۸	۸۴/۶۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۷۶/۲۷	۵۸/۲۷	۰/۵۹۳

جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون ($p<0/01$) و پیگیری ($p<0/01$) برای ترس از عود و گلبول‌های سفید خون معنادار است، اما تفاوت میانگین بین پس‌آزمون و پیگیری این متغیرها معنادار نیست ($p>0/05$). از در ادامه به بررسی تفاوت اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری با استفاده از آزمون تعقیبی بانفرونی پرداخته شده است (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بانفرونی برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	p
ترس از عود	معنویت درمانی	درمان شناختی-رفتاری	۱۰/۹۸	۴/۰۱	۰/۰۲۷
	معنویت درمانی	گواه	-۲۷/۶۴	۴/۰۱	۰/۰۰۱

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان
Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on fear of recurrence and ...

۰/۰۰۱	۴/۰۱	-۱۶/۶۷	گواه	درمان شناختی-رفتاری	گلبول‌های سفید خون
۰/۹۶۹	۱۲۰/۶۰	۲۱۰/۶۲	درمان شناختی-رفتاری	معنویت درمانی	
۰/۰۰۳	۱۲۰/۶۰	۴۲۳/۳۶**	گواه		
۰/۰۴۸	۱۲۰/۶۰	۳۰۲/۷۳*	گواه	درمان شناختی-رفتاری	

طبق جدول ۵ تفاوت میانگین بین گروه‌های درمانی در ترس از عود معنادار است ($p < 0/01$)، به این صورت که معنویت درمانی در کاهش ترس از عود بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش‌تر از درمان شناختی-رفتاری عمل کرده است. این در حالی است که تفاوت میانگین بین این دو گروه درمانی در گلبول‌های سفید خون معنادار نیست ($p > 0/05$). البته تفاوت میانگین‌های بین گروه‌های معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری با گروه گواه در ترس از عود ($p < 0/01$) و گلبول‌های سفید خون ($p < 0/05$) معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش ترس از عود و افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان بود. ولی معنویت درمانی در کاهش ترس از عود بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخش‌تر بود، در حالی که بین این دو روش درمانی در افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوتی مشاهده نشد.

اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش ترس از عود با نتایج گزارش شده در پژوهش‌های تولدو^۱ و همکاران (۲۰۲۱) و کوماریا^۲ و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اینکه معنویت با ارائه حس هدف و معنی در زندگی به زنان در سازگاری روان‌شناختی آنان با سرطان پستان کمک می‌کند و بهزیستی معنوی آنان را به همراه دارد، همسویی کلی دارد. سلامت معنوی فاکتوری معنی‌دار در زندگی است و احساس راحتی و قدرت حاصل از اعتقادات معنوی می‌تواند ترس از عود بیماری را کاهش داده و در سلامت و احساس خوب بودن سهیم باشد (والوروپالی^۳ و همکاران، ۲۰۱۲).

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش ترس از عود با نتایج گزارش شده در پژوهش‌های کازانتزیز و همکاران (۲۰۱۸) و لیو و همکاران (۲۰۲۲) که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود آشفتگی‌ها و درد بیماران سرطانی مؤثر باشد، همسویی دارد. در درمان شناختی-رفتاری با آموزش مواجهه با مشکلات غیرقابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با شرایط استرس‌زا و رویدادهای ناخوشایند (پارک و لیم^۴، ۲۰۲۲)، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و بیماری (امامی، عسکری‌زاده و فضیلت‌پور، ۱۳۹۶) ترس از عود بیماری را کاهش می‌دهد. به‌علاوه، فرد با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند؛ این حس، افراد را متقاعد می‌کند تا موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند و از عود بیماری نترسند (امامی و همکاران، ۱۳۹۶).

بخش دیگر یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان با نتایج پژوهش‌های خالقی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) و سفتن و همکاران (۲۰۲۱) که تأثیر معنویت درمانی و شرکت مراسم مذهبی گروهی را بر افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون محیطی را تأیید کردند همسو است. احساس رضایت از حالت معنوی از طریق نوروپپتیدهای مترشحه بر کل فیزیولوژی بدن تأثیر گذاشته موجب تقویت اندام‌های بدن و سیستم ایمنی می‌شود، چراکه مراقبه و سایر اعمال مذهبی-معنوی سبب افزایش آزادسازی برخی واسطه‌های شیمیایی عصبی در مغز نظیر گابا، ملاتونین و سروتونین شده که خلق مثبت تأثیر می‌گذارد و با تأثیر بر سیستم اتونوم سبب کاهش فشار خون، ضربان قلب، تنفس و سطوح کورتیزول گردیده در نتیجه کاهش استرس و اضطراب را موجب می‌شود که این کاهش پاسخ بدن به استرس سبب اثرات مثبت بر سلامتی گردیده و سیستم ایمنی را متعادل می‌سازد (خالقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵).

1 Toledo
2 Komariah
3 Vallurupalli
4 Park & Lim

بخش بعد یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان با نتایج پژوهش برک^۱ و همکاران (۲۰۱۵) که تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش سایتوکین‌های التهابی و هورمون‌های استرس را تأیید کردند، همسو است. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر افکار ناکارآمد که دلیل اولیه استرس و افسردگی شناخته می‌شود و تعدیل این افکار از طریق تخلیه هیجانی و یا شناخت بیشتر هیجانات و کنترل بر آن‌ها فشار روانی کاهش می‌یابد و باعث افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون و در نتیجه بهبود سیستم ایمنی بدن شود (میرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

در تبیین اثربخش‌تر بودن معنویت درمانی در کاهش ترس از عود بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به درمان شناختی-رفتاری که با نتایج مطالعه جمشیدی‌فر و لطفی‌کاشانی (۱۳۹۹) مبنی بر موثرتر بودن معنویت درمانی در افزایش سازگاری اجتماعی نسبت به درمان شناختی-رفتاری، همسویی کلی دارد. معنویت درمانی مداخله‌ای است که در آن فرد با پررنگ کردن اعتقاد به بعد فرامادی زندگی، به بیماری خود معنا داده، آن را تفسیر می‌کند و از طریق آن معنای زندگی را درک کرده، مرگ را بخشی از زندگی دانسته و از احتمال عود بیماری دیگر نمی‌ترسد. هر چند که کاربرد روش‌های شناختی و رفتاری مانند آرمیدگی، تصویرسازی ذهنی، چالش‌گیری و روش‌های تغییر باورها نیز با کاهش اختلال‌های هیجانی مانند اضطراب و افسردگی، کاهش ترس از عود بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به بیماری خود را در پی داشت (ال‌ازری، ۲۰۱۳، به نقل از جمشیدی‌فر و لطفی‌کاشانی، ۱۳۹۹)، ولی این معنویت درمانی بود که با ارائه مجموعه‌ای که بوسیله آن‌ها، بیماران می‌توانند معنا و مفهوم زندگی خود را درک کنند و مورد خطاب قرار دادن مسائل مهم معنوی درمان‌جویان در زمان مناسب و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان (ریچاردز و همکاران، ۲۰۱۸) در درمان و بهبودی ترس از عود بیماری زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثرتر عمل کرد. چرا که اعتقاد بر این است که بسیاری از اختلالات روانی، عاطفی و حتی شخصی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون توجه به احساسیت این تعامل، تشخیص و درمان موفقیت‌آمیز نخواهد بود (علیرضایی‌مقدم بجزستانی و همکاران، ۱۳۹۶). به علاوه، در دل معنویت درمانی برخی از فنون درمان‌های شناختی رفتاری از جمله مراقبه و تصویرسازی ذهنی، آرام‌سازی، روش‌های تغییر باورها و افکار خودشکن و ... وجود دارد که موجبات آرامش و سازگاری بالاتر با بیماری، کاهش احساس ترس و ایجاد افکار مثبت را فراهم می‌آورد (فلاح و همکاران، ۱۳۹۵).

یافته نهایی این پژوهش نشان داد که هم درمان رفتاری-شناختی و هم معنویت درمانی در افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر هستند و بین این دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. پژوهشی که نتایج آن با این یافته قابل مقایسه باشد، تاکنون صورت نگرفته است. همان‌طور که در تبیین‌های مربوط به اثربخشی این روش‌های درمانی در افزایش تعداد گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان اشاره شد، هر کدام از این رویکردهای درمانی به روشی متفاوت منجر به این تأثیر می‌شوند. به این صورت که معنویت درمانی با ایجاد آرامش، امیدواری و فعال کردن هیجانات مثبت و با تأثیر عمیق روی نگرش‌ها، باورها و رفتارهای زنان مبتلا به سرطان پستان بر فیزیولوژی و سلامت جسم آنان تأثیر گذاشته و تحت تأثیر تعامل غدد درون‌ریز، سیستم عصبی مرکزی، هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و سیستم عصبی خودمختار سیستم ایمنی نیز متاثر می‌شود (خالقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵). در مداخله‌های شناختی-رفتاری نیز تکنیک‌های مربوط به تن‌آرامی، کاهش و کنترل تنفس باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی و به موازات آن کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک شده که در این شرایط فرد تنش کمتری را احساس می‌کند و این به نوبه خود باعث کاهش هرچه بیشتر سطح کورتیزول و افزایش سلول‌های مرتبط با سیستم ایمنی بدن مانند گلبول‌های سفید خون در بیماران می‌گردد (میرز و همکاران، ۲۰۱۶). در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان بیان داشت معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری روش‌هایی مؤثر و کارآمد در کاهش ترس از عود و افزایش گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان هستند و پیشنهاد می‌شود از این روش‌های درمانی در مراکز درمانی-آموزشی و کلینیک‌های روان‌پزشکی، روان‌پرستاری و روان‌درمانی به‌ویژه برای زنان مبتلا به سرطان پستانی که از عود بیماری خود ترس دارند و یا سطح گلبول‌های سفید خون‌شان تعدیل یافته است، به منظور بهبود در سلامت جسمی و روانی آنان استفاده شود. در ضمن، به‌منظور کاهش ترس زنان مبتلا به سرطان پستان از عود بیماری‌شان پیشنهاد می‌شود که مداخله معنویت درمانی بر درمان شناختی-رفتاری ترجیح داده شود. با توجه اینکه به افراد نمونه به روش هدفمند انتخاب شده بودند، در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت نمود و برای جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، ضمن استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی پیشنهاد می‌شود مشابه این پژوهش روی

1 Berk

2 Meyers

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلوبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان
Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on fear of recurrence and ...

بیماران مبتلا به دیگر انواع سرطان در دوره زمانی طولانی‌تر نیز تکرار گردد. محدودیت دیگر مربوط به عدم کنترل یا خنثی کردن متغیرهای مزاحم و میانجی که از عوامل تاثیرگذار در نتایج پژوهش بودند، است؛ از جمله این عوامل می‌توان به مدت و شدت بیماری، ویژگی‌های شخصیتی بیماران، وضعیت اقتصادی-اجتماعی آنان، بافت فرهنگی، دوره‌های آموزشی و... اشاره کرد؛ لذا، پژوهشگران آینده می‌توانند با مد نظر قرار دادن وضعیت بیماری و تفاوت‌های قومی و فرهنگی، شخصیتی و جنسیتی اثرات این دوره‌های درمانی را مورد بررسی قرار دهند.

منابع

- امامی، م.، عسکری‌زاده، ق.، و فضیلت‌پور، م. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۳(۴) ۱۴-۱. <https://doi.org/10.22108/ppls.2018.106094.1217>
- جمشیدی‌فر، ز.، و کاشانی، ف. (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح کورتیزول خون در زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۵(۵۵) ۳۷-۴۶. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1752.html
- خالقی‌پور، ش.، مسجدی، م.، و احمدی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلوبول‌های سفید خون محیطی سالمندان افسرده. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۳) ۱۶-۲۹. <https://doi.org/10.18869/acadpub.rph.10.3.16>
- علیرضایی‌مقدم بجستانی، س.، لطفی‌کاشانی، ف.، و باقری، ف. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و معنادرمانی گروهی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. *روانشناسی نظامی*، ۸(۳۲) ۵-۱۹. https://jmp.ihu.ac.ir/article_203727.html
- فلاحی، ل.، لطفی‌کاشانی، ف.، و مسجدی‌آرانی، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت‌درمانی بر میزان سرمی سایتوکین‌های اینترفرون گاما و فاکتور نکروز دهنده تومور آلفا در زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱(۴۲) ۱۷-۲۶. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1033.html
- کیارسی، ز.، عمادیان، س.، فخری، م. ک. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*، ۱۲(۱)، ۳-۱۰. <http://ijca.ir/article-1-118-fa.html>
- Antoni, M. H., & Dhabhar, F. S. (2019). The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer*, 125(9), 1417-1431. <https://doi.org/10.1002/cncr.31943>
- Berk, L. S., Bellinger, D. L., Koenig, H. G., Daher, N., Pearce, M. J., Robins, C. J., ... & King, M. B. (2015). Effects of religious vs. conventional cognitive-behavioral therapy on inflammatory markers and stress hormones in major depression and chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Open Journal of Psychiatry*, 5(03), 238. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2015.53028>
- Chin, J. H., & Mansori, S. (2019). Theory of Planned Behaviour and Health Belief Model: females' intention on breast cancer screening. *Cogent Psychology*, 6(1), 1647927. <https://doi.org/10.1080/23311908.2019.1647927>
- Cho, Y. U., Lee, B. G., & Kim, S. H. (2020). Coping style at diagnosis and its association with subsequent health-related quality of life in women with breast cancer: A 3-year follow-up study. *European Journal of Oncology Nursing*, 45, 101726. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101726>
- Corradini, S., Reitz, D., Pazos, M., Schönecker, S., Braun, M., Harbeck, N., ... & Belka, C. (2019). Mastectomy or breast-conserving therapy for early breast cancer in real-life clinical practice: outcome comparison of 7565 cases. *Cancers*, 11(2), 160. <https://doi.org/10.3390/cancers11020160>
- Den Ouden, B. L., & Skevington, S. M. (2022). Using the WHOQOL as a Generic Measure to Assess Quality of Life During Cancer. In *Handbook of Quality of Life in Cancer* (pp. 13-38). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-84702-9_3
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H. T., Mousavi, S. G., Asadollahi, G. A., & Nasiri, H. (2013). Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced biomedical research*, 2. <https://doi.org/10.4103/2277-9175.114201>
- Estaphan, S., Abdel-Malek, R., Rashed, L., & Mohamed, E. A. (2020). Cimetidine a promising radio-protective agent through modulating Bax/Bcl2 ratio: an in vivo study in male rats. *Journal of Cellular Physiology*, 235(11), 8495-8506. <https://doi.org/10.1002/jcp.29692>
- Flanigan, M., Wyatt, G., & Lehto, R. (2019). Spiritual perspectives on pain in advanced breast cancer: a scoping review. *Pain Management Nursing*, 20(5), 432-443. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.04.002>
- Getu, M. A., Chen, C., Panpan, W., Mboineki, J. F., Dhakal, K., & Du, R. (2020). The effect of cognitive behavioral therapy on the quality of life of breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02665-5>
- Hanbury, A., Sallis, A., Chadborn, T., Arber, M., Sanderson, A., Durlak, C., & Wood, H. (2021). Retrospective coding of health care professional cancer screening behaviours and of real-world interventions designed to support them: Identifying

- recommendations to optimize intervention design. *British Journal of Health Psychology*, 26(2), 419-443. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12491>
- Hawton, K. E., Salkovskis, P. M., Kirk, J. E., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/1989-98569-000>
- Ho, S. S., So, W. K., Leung, D. Y., Lai, E. T., & Chan, C. W. (2013). Anxiety, depression and quality of life in Chinese women with breast cancer during and after treatment: a comparative evaluation. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 877-882. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.04.005>
- Irwin, M. R., Cole, S., Olmstead, R., Breen, E. C., Cho, J. J., Moieni, M., & Eisenberger, N. I. (2019). Moderators for depressed mood and systemic and transcriptional inflammatory responses: a randomized controlled trial of endotoxin. *Neuropsychopharmacology*, 44(3), 635-641. <https://www.nature.com/articles/s41386-018-0259-6>
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349-357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kelly, E. P., Paredes, A. Z., Tsilimigras, D. I., Hyer, J. M., & Pawlik, T. M. (2020). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surgical Oncology*, 101389. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.05.004>
- Komariah, M., Hatthakut, U., & Boonyoung, N. (2020). Impact of Islam-based caring intervention on spiritual well-being in Muslim women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Religions*, 11(7), 361. <https://doi.org/10.3390/rel11070361>
- Liu, T., Xu, J., Cheng, H., Zhang, Y., Wang, S., Lin, L., & Tian, L. (2022). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy on anxiety and depression symptoms in cancer patients: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2022.09.003>
- Lohman, A. C., Van Rijn, I., Lindhardt, C. L., Vonthein, R., Rades, D., & Holländer, N. H. (2018). Preliminary results from a prospective study comparing white blood cell and neutrophil counts from a laboratory to those measured with a new device in patients with breast cancer. *in vivo*, 32(5), 1283-1288. <https://doi.org/10.21873/invivo.11378>
- Luigjes-Huizer, Y. L., Tauber, N. M., Humphris, G., Kasparian, N. A., Lam, W. W., Lebel, S., ... & van der Lee, M. L. (2022). What is the prevalence of fear of cancer recurrence in cancer survivors and patients? A systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.5921>
- Merath, K., Palmer Kelly, E., Hyer, J., Mehta, R., Agne, J. L., Deans, K., ... & Pawlik, T. M. (2020). Patient perceptions about the role of religion and spirituality during cancer care. *Journal of religion and health*, 59(4), 1933-1945. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00907-6>
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2016). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Sage publications. California: Sage Publications. <https://www.amazon.com/dp/1506329764>
- Oei, T. P., & Dingle, G. (2018). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 5-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.018>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003117452>
- Park, S. Y., & Lim, J. W. (2022). Cognitive behavioral therapy for reducing fear of cancer recurrence (FCR) among breast cancer survivors: a systematic review of the literature. *BMC cancer*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08909-y>
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Eds.). (2004). *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy* (pp. xv-329). Washington, DC: American Psychological Association. <https://www.researchgate.net/profile/Kristin-Webb-2/publication/247431298>
- Richards, P. S., Caoili, C. L., Crowton, S. A., Berrett, M. E., Hardman, R. K., Jackson, R. N., & Sanders, P. W. (2018). An exploration of the role of religion and spirituality in the treatment and recovery of patients with eating disorders. *Spirituality in Clinical Practice*, 5(2), 88. <https://doi.org/10.1037/scp0000159>
- Rieger, K. L., Lobchuk, M. M., Duff, M. A., Chernomas, W. M., Demczuk, L., Campbell-Enns, H. J., ... & West, C. H. (2021). Mindfulness-based arts interventions for cancer care: a systematic review of the effects on wellbeing and fatigue. *Psycho-Oncology*, 30(2), 240-251. <https://doi.org/10.1002/pon.5560>
- Sephton, S. E., Koopman, C., Schaal, M., Thoresen, C., & Spiegel, D. (2021). Spiritual expression and immune status in women with metastatic breast cancer: an exploratory study. *The breast journal*, 7(5), 345-353. <https://doi.org/10.1046/j.1524-4741.2001.20014.x>
- Shakery, M., Mehrabi, M., & Khademan, Z. (2021). The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: a quasi-experimental study. *BMC medical informatics and decision making*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01609-4>
- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer*, 17(3), 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان
Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavioral therapy on fear of recurrence and ...

- Taşhan, S. T., Derya, Y. A., Uçar, T., Nacar, G., & Erci, B. (2020). Theory-based training to promote breast cancer screening among women with breast cancer worries: randomized controlled trial. *Sao Paulo Medical Journal*, 138, 158-166. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2019.033430092019>
- Toledo, G., Ochoa, C. Y., & Farias, A. J. (2021). Religion and spirituality: their role in the psychosocial adjustment to breast cancer and subsequent symptom management of adjuvant endocrine therapy. *Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3017-3024. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05722-4>
- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual review of psychology*, 53(1), 133-160. <https://www.academia.edu/download/50439135>
- Vallurupalli, M. M., Lauderdale, M. K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., ... & Balboni, T. A. (2012). The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The journal of supportive oncology*, 10(2), 81. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003>
- Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019). Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *Journal of Behavioral Medicine*, 42(6), 1117-1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>