

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.

سманه متو

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

دکتر مجید صفاری نیا (نویسنده مستنول)

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

دکتر احمد علیبور

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.

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 بیگیری دوماهه بود. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی و فوق‌تخصصی 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 سوارد (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 ($p<0.001$)، 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 به منظور 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.

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

مقدمه

علیرغم پیشرفت‌های شگرف در زمینه پژوهشی 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 منصوری^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، سوتگی‌های ناشی از پرتو درمانی و کاهش جاذبه جنسی، برنامه‌ریزی و بهبودی پس از درمان‌های جراحی، درمان‌های ترکیبی، رو به رو شدن با عوارض جانبی درمان، رهایی از بیماری با 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 پیشرف خواهد کرد (لویجس-هویزر^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). این ترس و نگرانی مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش می‌دهد و موجب تحریک عدد 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 علایمی نظری کم خونی (تصویر کاهش انرژی)، کاهش پلاکت‌ها (خون مردگی یا خونریزی‌ها) و کاهش گلbulوهای سفید خون^{۱۰} (WBC) (افزایش حساسیت به عفونت‌ها) که از بدن در برابر عفونت‌ها محافظت می‌کنند (استفنان^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰) و به عنوان قسمتی از پاسخ ایمنی بدن در تولید، انتقال و توزیع آنتی‌بادی‌ها در بدن نقش دارد (لوهمان^{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 ظبهار^{۱۴}، ۲۰۱۹) که باعث شد تصویری از روابط متقابل بین رفتار و سیستم ایمنی به منظور تبیین مکانیسم‌های سیستم خودمختر و محور هپیوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال (HPA) و مرتبط ساختن سیستم اعصاب مرکزی و پاسخ‌های ایمنی ارایه 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 Taşhan

2 Chin & Mansori

3 Sung

4 Cho

5 recurrence

6 Corradini

7 fear of recurrence

8 Luijgjes-Huizer

9 Den Oudsten & Skevington

10 white blood cells

11 Stephan

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 سانجه 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 آشفتگی‌ها 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 سایتوکین‌های دخیل در سرطان‌های زنان و بهبود عالیم فیزیولوژیکی در محیط تومور می‌شود (نقل از فلاحتی 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 موقوفیت‌آمیزی از نتایج مثبت آن را برای ارتقاء درمان اختلالات روان‌شناختی گزارش نموده اند (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 بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی آنان استفاده کنند؛ چرا که معنویت، پیش‌بینی کننده‌ای 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 سفتمن^{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 می‌کرددند تعداد گلبول‌های سفید و زیر رده لنفوسيتی بیشتری داشتند و به علاوه سلول‌های حمایت کننده T و لنفوسيت‌های نوع سیتوتوسیک نیز در آن‌ها بیشتر مشاهده شده است. جمشیدی فر 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 درصد مقایسه‌ای اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلبول‌های 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 (NCI)

9 Zhang

10 Oei & Dingle

11 Merath

12 Kelly

13 Rieger

14 spiritual therapy

15 Richards

16 Sephton

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی شهر تهران که در مسitan سال ۱۴۰۰ به کلینیک تخصصی و فوق تخصصی بیماری های پستان جهاد دانشگاهی مراجعه کردند، تشکیل داد. برای تعیین حجم نمونه پالانت^۱ (۲۰۲۰) پیشنهاد کرده است در پژوهش های آزمایشی و نیمه آزمایشی برای هر یک از گروه های 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 به روش هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند. ملاک های 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، تجربه ای جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی، داشتن دین اسلام، رضایت به شرکت داشتن در این طرح، عدم مصرف هرگونه داروی روان پزشکی، 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، ابتداء به بیماری های حاد روانی یا سومصرف دارو، استفاده از سایر انواع روش های طب مکمل و جایگزین و نیز عود بیماری در طول یک ماه قبل از شروع پژوهش و یا در طی دوره مداخله که موجب بستره شدن فرد در بیمارستان شود، بود.

قبل از شروع جلسات درمان از شرکت کنندگان پیش آزمون گرفته شد، سپس شرکت کنندگان گروه معنویت درمانی علاوه بر مراقبت های پزشکی معمول، ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای روان درمانی معنوی-مذهبی مبتنی بر الگوی ریچاردز و برگین^۲ (۲۰۰۴) را به صورت انفرادی، شرکت کنندگان گروه درمان شناختی-رفتاری به همراه مراقبت های پزشکی معمول ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله رفتار درمانی شناختی در درمان اختلال های روانی هاوتون^۳ و همکاران (۱۹۸۹) را به صورت فردی و گروه گواه فقط همان مراقبت های معمول پزشکی را دریافت کردند. بعد از اتمام مداخله و دو ماه بعد از شرکت کنندگان پس آزمون 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 محیط های پژوهش مراجعه کرد و پس از معرفی خود به نمونه های پژوهش و توضیح هدف و ماهیت مطالعه به آنان و نیز معرفی شیوه اجرای مداخله، رضایت آگاهانه کننی شرکت در پژوهش از بیماران اخذ نمود. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه مانده و نتایج به صورت گروهی منتشر خواهد شد. در نهایت داده های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بانفرادی به کمک نرم افزار 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 می باشد که ترس از عود سرطان را در ماه گذشته بررسی می کند. این سیاهه شامل ۴۲ سؤال است که بصورت لیکرت از صفر تا ۴ نمره گذاری می شود و سؤال "من باور دارم که درمان شده ام و بیماری ام برخواهد گشت" بطور معکوس نمره گذاری می شود. این سیاهه اطلاعات بالینی معناداری را در مورد ماهیت ترس از عود سرطان و نیز نمرات را برای ۷ خرده مقیاس راه اندازها، شدت، آشتفتگی، اختلال عملکرد، بیشن، اطمینان و مقابله بدست می دهد. نمرات هر یک از خرده مقیاس ها برای رسیدن به یک نمره کلی با هم جمع می شوند و نمرات بالاتر نشان دهنده ترس بیشتر از عود سرطان است. نسخه اصلی فرانسوی سیاهه همسانی درونی بالایی به روش آلفای کرونباخ (۰/۹۵) دارد و پایایی باز آزمایی آن به فاصله ۱ ماه ۰/۸۹ گزارش شده است (سیمارد و ساوارد، ۲۰۰۹). روایی همزمان آن با سایر مقیاس های خود گزارشی که ترس از عود سرطان را ارزیابی می کنند بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۷ و با سازه های مرتبط مانند پریشانی روانی بین ۰/۰۷۷ تا ۰/۰۴۳ و سازه های مقیاس کیفیت زندگی بین ۰/۰۲۰ تا ۰/۳۰-۰-۰ گزارش شده است (سیمارد و ساوارد، ۲۰۰۹). کیارسی و همکاران (۱۴۰۰) پایایی این سیاهه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۲ 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)

۰/۳۲۰- 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 فلوسايتومتری^۳ گلbul‌های سفید خون محیطی و اجزاء آن شامل آنوزوفیل^۴، نوتروفیل^۵، مونوسیت^۶ و لنفوسيت^۷ شمارش شد.

معنویت درمانی: این روان درمانی 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 «رفتار درمانی 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 تأثیر آن در زندگی فرد (ایجاد همدلی و حسن مشترک در مورد مشکل بین اعضا 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 پیش آزمون، 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 یا هر قدرت برتری که درمان جو 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، تنها، استرس و اضطراب)	بازخورد جلسه قبل، آزمون باورهای مراجuhan با تحلیل عینی (قضاؤت و داوری). 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 نببخشیدن خود و دیگران)	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجuhan 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 گلbulوهای 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 (شناصای مشکلات و بررسی سبکهای حل مساله)	یازدهم
بازخورد جلسه قبل، مروری بر تمرينات کل دوره، اجرای پس آزمون، اختتامیه	قدرتانی و شکر گزاری (ایجاد توانایی ابراز 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 ($33/3$ درصد)، درمان شناختی-رفتاری (40 درصد) و گواه ($33/3$ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. به علاوه، در گروههای سه‌گانه معنویت درمانی ($66/7$ درصد)، درمان شناختی-رفتاری ($73/3$ درصد) و گواه ($73/3$ درصد) اکثراً متأهل بودند. از نظر وضعیت اشتغال نیز اکثر زنان مبتلا به سرطان پستان در هر سه گروه معنویت درمانی ($73/3$ درصد)، درمان شناختی-رفتاری ($66/7$ درصد) و گواه (80 درصد) گزارش کردند که خانه‌دار هستند. در نهایت، زنان مبتلا به سرطان پستان در هر سه گروه معنویت درمانی (60 درصد)، درمان شناختی-رفتاری ($73/3$ درصد) و گواه (60 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 گلbulوهای سفید گروههای آزمایش و گواه در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

مرحله اندازه‌گیری							متغیر
پیگیری انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	پس‌آزمون انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	پیش‌آزمون انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	گروه	
۹/۴۵	۶۴/۲۷	۹/۱۱	۶۳/۲۰	۱۵/۹۸	۱۰۷/۶۷	معنویت درمانی	ترس از عود
۱۳/۳۸	۸۲/۶۰	۱۱/۹۸	۸۳/۷۳	۱۵/۳۸	۱۰۱/۷۳	درمان شناختی-رفتاری	گواه
۱۲/۶۸	۱۰۵/۶۰	۱۲/۸۵	۱۰۶/۷۳	۱۰/۸۳	۱۰۵/۷۳	معنویت درمانی	آزمایش شمارش کامل خون (CBC)
۳۵۹/۲۶	۵۴۵۴/۶۰	۳۶۵/۷۶	۵۵۵۲/۲۰	۴۱۹/۱۲	۴۹۲۹/۷۳	درمان شناختی-رفتاری	گلbulوهای سفید خون محیطی)
۴۱۰/۳۹	۵۳۸۳/۴۰	۳۹۴/۹۱	۵۴۵۴/۵۳	۴۹۴/۴۵	۴۷۳۶/۷۳	درمان شناختی-رفتاری	
۴۹۱/۱۵	۴۹۰۰/۸۷	۳۴۴/۹۲	۴۹۶۰/۹۳	۵۵۲/۱۸	۴۸۲۳/۷۱	گواه	

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 گلbulوهای سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان گروههای آزمایشی بعد از اعمال مداخلات درمانی-آموزشی در مرحله 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-اسمیرنف جهت بررسی نمرات ترس از عود و گلbulوهای 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 ($F = 0/76$, $F = 0/472$, $F = 0/064$) و پیگیری ($p = 0/079$, $F = 2/94$, $F = 2/70$) و گلbulوهای سفید خون در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F = 0/131$, $F = 0/080$, $F = 0/088$) و پیگیری ($F = 1/12$, $F = 1/080$, $F = 1/084$) در جامعه و از آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ترس از عود ($F = 1/62$, $F = 0/078$, $F = 0/074$) و گلbulوهای سفید خون ($F = 1/90$, $p = 0/076$, $F = 0/076$) استفاده شد که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض

کرویت از آزمون مولخلی استفاده شد که نتیجه این آزمون نیز برای ترس از عود ($W=0.93$, $p=0.0388$) و گلوبول‌های سفید خون ($F=0.54$, $p=0.776$) معنی دار نبود. بنابراین، داده‌ها پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را زیر سوال نمی‌داند. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه برای ترس از عود ($F=17/18$, $p=0.01$) و گلوبول‌های سفید خون ($F=2/90$, $p=0.005$) معنی دار بود. مجدور اتا نشان داد که ۴۶ 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

Eta (اندازه اثر)	p	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	منابع تغییر	متغیر
ترس از عود	0.73	0.001	۱۱۴/۲۱	۹۸۱۷/۷۸	۹۸۱۷/۷۸	زمان اندازه‌گیری	
	0.66	0.001	۴۱/۰۳	۳۵۲۷/۳۴	۷۰۵۴/۶۹	زمان \times گروه	
				۸۵/۹۷	۳۶۱۰/۵۳	خطا	
	0.54	0.001	۲۴/۱۹	۸۷۱۸/۷۹	۱۷۴۳۷/۵۷	گروه	
گلوبول‌های سفید خون				۳۶۰/۳۶	۱۵۱۳۵/۲۰	خطا	
	0.37	0.001	۲۴/۹۳	۴۰۱۷۸۶۹/۵۱	۴۰۱۷۸۶۹/۵۱	زمان اندازه‌گیری	
	0.16	0.028	۳/۸۹	۶۲۷۰۰/۴۸۸	۱۲۵۴۰۰/۹/۷۶	زمان \times گروه	
				۱۶۱۱۷۴/۰۲	۶۰۶۹۳۰/۹/۷۳	خطا	
اثر بین‌گروهی	0.24	0.003	۶/۵۴	۲۴۴۰۷۰۳/۳۹	۴۲۸۱۴۰۶/۷۷	گروه	
				۳۲۷۲۳۰/۳۷	۱۳۷۴۳۶۷۵/۶۰	خطا	

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، منبع زمان در متغیرهای ترس از عود و گلوبول‌های 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 گلوبول‌های سفید خون بین گروههای آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p<0.01$). برای بی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام مراحل اندازه‌گیری بین سه گروه در متغیرهای پژوهش تفاوت وجود دارد آزمون تعقیبی بانفروندی انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۴ ارائه شده است.

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

p	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	مرحله مقایسه	مرحله مرجع	متغیر
0.001	۱/۹۰	۲۰/۴۹	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	ترس از عود
0.001	۱/۹۶	۲۰/۸۹	پیگیری	پس‌آزمون	
1/000	۰/۵۷	۰/۴۰	پیگیری	پس‌آزمون	
0.001	۶۹/۲۳	-۴۹۸/۸۴	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
0.001	۸۴/۶۴	-۴۲۲/۵۸	پیگیری	پس‌آزمون	گلوبول‌های سفید خون
0.593	۵۸/۲۷	۷۶/۲۷	پیگیری	پس‌آزمون	

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 گلوبول‌های 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 بانفروندی پرداخته شده است (جدول ۵).

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

p	خطای استاندارد	اختلاف میانگین	گروه مقایسه	گروه مرجع	متغیر
0.027	۴/۰۱	۱۰/۹۸	درمان شناختی-رفتاری	معنویت درمانی	ترس از عود
0.001	۴/۰۱	-۲۷/۶۴	گواه		

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

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

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 گلbulوهای 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 گلbulوهای سفید خون ($p<0.05$) معنی دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلbulوهای 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 گلbulوهای 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 گلbulوهای 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 معنی دار 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 کازانتزیس و همکاران (۲۰۱۸) و لیو و همکاران (۲۰۲۲) که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود آشتفتگی‌ها و درد بیماران سرطانی مؤثر باشد، همسویی دارد. در درمان شناختی-رفتاری با آموزش مواجه با مشکلات غیرقابل اجتناب زندگی و کنارآمدن بهتر با شرایط استرس‌زا و رویدادهای ناخوشایند (پارک و لیم^۴، ۲۰۲۲)، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و بیماری (اماهمی، عسکری‌زاده و فضیلتپور، ۱۳۹۶) ترس از عود بیماری را کاهش می‌هد. به علاوه، فرد با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری حس قوی تری از کنترل را ایجاد می‌کند؛ این حس، افراد را مت怯عده می‌کند تا موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود درآورند و از عود بیماری نترسند (اماهمی و همکاران، ۱۳۹۶).

بخش دیگر یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی معنویت درمانی بر افزایش تعداد گلbulوهای سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان با نتایج پژوهش‌های خالقی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) و سفتمن و همکاران (۲۰۲۱) که تأثیر معنویت درمانی و شرکت مراسم مذهبی گروهی را بر افزایش تعداد گلbulوهای سفید خون محیطی را تأیید کرددند همسو است. احساس رضایت از حالت معنوی از طریق نوروپیتیدهای 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 نظری 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 می‌سازند (خالقی‌پور و همکاران، ۱۳۹۵).

1 Toledo

2 Komaragh

3 Vallurupalli

4 Park & Lim

بخش بعد یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش تعداد گلوبول‌های 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 ناکارامد 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 گلوبول‌های 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 پرنگ کردن اعتقاد به بعد فرامادی زندگی، به بیماری خود معنا داده، آن را نفسیر 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 آن‌ها، بیماران می‌توانند مفهوم زندگی خود را درک کند و مورد خطاب قرار دادن مسائل مهم بود که با ارائه مجموعه‌ای که بوسیله آن‌ها، بیماران می‌توانند معنای و مفهوم زندگی خود را درک کند و مورد خطاب قرار دادن مسائل مهم معنوی درمان‌جویان در زمان مناسب و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان (ربیچارذ 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 (علیرضاei مقدم بحستانی و همکاران، ۱۳۹۶). به علاوه، در دل معنویت درمانی برخی از فنون درمان‌های شناختی رفتاری از جمله مراقبه و تصویرسازی ذهنی، آرامسازی، روش‌های تغییر باورهای 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).

یافته‌نهایی این پژوهش نشان داد که هم درمان رفتاری-شناختی و هم معنویت درمانی در افزایش تعداد گلوبول‌های 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 گلوبول‌های سفید خون زنان مبتلا به سرطان پستان اشاره شد، هر کدام از این رویکردهای درمانی به روشنی متفاوت منجر به این تأثیر می‌شوند. به این صورت که معنویت درمانی با ایجاد آرامش، امیدواری و فعل از کدن 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 عدد درون‌ریز، سیستم عصبی مرکزی، هیپوپotalamos-هیپوفیز-آدرنال و سیستم عصبی خودمخختار سیستم ایمنی نیز متأثر می‌شود (خالقی‌بور و همکاران، ۱۳۹۵). در مداخله‌های شناختی-رفتاری نیز تکنیک‌های مربوط به تن آرامی، کاهش و کنترل تنفس باعث ایجاد تغییرات فیزیولوژیکی و به موازات آن کاهش فعالیت سیستم سمپاتیک شده که در این شرایط فرد تنیش کمتری را احساس می‌کند و این به نوبه خود باعث کاهش هرچه بیشتر سطح کورتیزول و افزایش سلول‌های مرتبط با سیستم ایمنی بدن مانند گلوبول‌های سفید خون در بیماران می‌گردد (میرز و همکاران، ۲۰۱۶).

در نتیجه‌گیری نهایی می‌توان داشت معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری روش‌هایی مؤثر و کارآمد در کاهش ترس از عود و افزایش گلوبول‌های 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 گلوبول‌های 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

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر ترس از عود و گلbulوں های 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 طولانی تر 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 مشیت، ۳(۴)، ۱۱-۱۴. <https://doi.org/10.22108/ppls.2018.106094.1217>
- جمشیدی‌فر، ز.، و کاشانی، ف. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح کورتیزول خون در زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار در روانشناسی پالینی، ۵(۵۵)، ۳۷-۴۶. https://jtcp.riau.ac.ir/article_1752.html
- خالقی‌پور، ش.، مسجدی، م.، و احمدی، ز. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی اسلامی بر سبک زندگی و گلbulوں های سفید خون محیطی سالمدان افسرده. پژوهش در سلامت روانشناسی، ۱۰(۳)، ۱۶-۲۹. <https://doi.org/10.18869/acadpub.rph.10.3.16>
- علیرضایی‌مقدم بجستانی، س.، لطفی کاشانی، ف.، و باقری، ف. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و معنادرمانی گروهی بر نشانگان اضطراب و افسردگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ. روانشناسی نظامی، ۸(۳۲)، ۱۹-۵. https://jmp.iuh.ac.ir/article_203727.html
- فلحی، ل.، لطفی کاشانی، ف.، و مسجدی‌آراني، ع. (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی بر میزان سرمی سایتوکین‌های اینترفرون گاما و فاکتور نکروز دهنده تومور آلفا در زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار در روانشناسی پالینی، ۱۱(۴۲)، ۲۶-۱۷. https://jtcp.riau.ac.ir/article_1033.html
- کیارسی، ز.، عمامدیان، س.، فخری، م.، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه مراقبت سرطان، ۲(۱۰)، ۱۰-۳. <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 Oudsten, 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, 114201. <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., Durlik, 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., Tsilimigas, 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., Hatthakit, 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.genhosppsych.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>
- Septon, S. E., Koopman, C., Schaaf, 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., & Khademian, 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 گلbulوهای 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>