DOI: 10.48305/jims.v44.i878.1743

مجله دانشکده پزشکی اصفهان — سال چهل و چهارم / شماره‌ی ۸۷۸/هفته‌ی اول آبان ۱۴۰۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۲۰ — تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۲۶ — تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۸/۰۷

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور بر خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

فرزین باقری شیخانگفشه[۱]، وحید صوابی نیری[۲]، مریم پناهی[۲]، سیده آتوسا افسرپور[۳]، علی فتحی آشتیانی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان، شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان جهان است و می‌تواند پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی گسترده‌ای به همراه داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور بر خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی، و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش‌ها: روش پژوهش حاضر، شبه‌تجربی بوده و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه است. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. پس از مراجعه به مراکز درمانی سرطان، زنانی که توسط پزشک متخصص تشخیص سرطان پستان برای آن‌ها صادر شده بود، به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان پرسشنامه خودکارآمدی درد، مقیاس خودشفقت‌ورزی و مقیاس سازگاری روان‌شناختی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش تحت مداخله معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری گالانتر و سیگل (۲۰۰۹) قرار گرفتند که در قالب ۸ جلسه گروهی، هر جلسه ۹۰ دقیقه، برگزار شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور به طور معناداری موجب افزایش خودکارآمدی درد (میانگین: ۴۱/۷۲، انحراف استاندارد: ۲/۲۹)، خودشفقت‌ورزی (میانگین: ۷۳/۰۱، انحراف استاندارد: ۳/۹۱)، و سازگاری روان‌شناختی (میانگین: ۹۰/۳۳، انحراف استاندارد: ۳/۱۸) در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور به‌طور معناداری موجب ارتقای خودکارآمدی درد، افزایش خودشفقت‌ورزی و بهبود سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شد. این مداخله با تقویت منابع معنوی و نگرش مثبت، توان انطباق بیماران با فشارهای جسمی و روانی بیماری را افزایش داد.

واژگان کلیدی: گروه‌درمانی معنوی؛ سرطان پستان؛ خودکارآمدی درد؛ خودشفقت‌ورزی؛ سازگاری روان‌شناختی

ارجاع: باقری شیخانگفشه فرزین، صوابی‌نیری وحید، پناهی مریم، افسرپور سیده‌آتوسا، فتحی‌آشتیانی علی. **اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت محور بر خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان.** مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۷۸): ۱۷۴۳ -۱۷۵۳.

مقدمه

سرطان، مجموعه‌ای از بیماری‌ها با ویژگی رشد و تکثیر غیرقابل‌کنترل سلول‌ها است که می‌تواند با تهاجم به بافت‌ها و گسترش به سایر نقاط بدن همراه باشد (۱). در این میان، سرطان پستان، یکی از شایع‌ترین و مهم‌ترین انواع سرطان در میان زنان محسوب می‌شود و بر اساس آمار جهانی، رتبه اول بروز سرطان را در جمعیت زنان به خود اختصاص داده است (۲). این بیماری ناشی از تغییرات ژنتیکی در سلول‌های بافت پستان است که منجر به رشد غیرطبیعی و گاه مهاجم آن‌ها می‌شود (۳). اگرچه پیشرفت‌های علمی در زمینه غربالگری، تشخیص زودهنگام و درمان‌های هدفمند منجر به بهبود نسبی نتایج درمانی شده‌اند، اما زنان مبتلا به سرطان پستان همچنان با چالش‌های متعدد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی مواجه‌اند (٤). در سال ۲۰۲۲، حدود ۲/۳ میلیون مورد جدید و ٦٧٠ هزار مرگ ناشی از سرطان پستان زنان در سطح جهان گزارش شد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، تعداد موارد جدید و مرگ‌ومیر به ترتیب ۳۸ و ٦٨ درصد افزایش یابد، که عمدتاً کشورهای با شاخص توسعه انسانی پایین را

۱- دکترا، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۳- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی اسلامی مثبت‌گرا، دانشگاه پیام نور، واحد بهشهر، بهشهر، ایران

۴- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: فرزین باقری شیخانگفشه: دکترای، گروه روان‌شناسی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

Email: farzinbagheri@modares.ac.ir

تحت تأثیر قرار خواهد داد (۵).

زنان مبتلا به سرطان پستان معمولاً در مراحل مختلف بیماری و درمان، با انواع دردهای جسمی و روان‌شناختی مواجه هستند؛ از جمله درد پس از جراحی، نوروپاتی ناشی از شیمی‌درمانی، درد عضلانی-اسکلتی و همچنین ناراحتی‌های روانی ناشی از اضطراب، افسردگی و استرس بیماری (٦). در این زمینه، خودکارآمدی درد به عنوان یک سازه روان‌شناختی، به باور فرد نسبت به توانایی خود در مدیریت مؤثر درد و عملکرد به‌رغم وجود آن اشاره دارد (۷). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که خودکارآمدی درد نقش واسطه‌ای مهمی بین شدت درد و پیامدهای روانی و عملکردی ایفا می‌کند؛ به‌گونه‌ای که بیماران با سطح بالاتر خودکارآمدی درد، تولنایی بیشتری در به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، کاهش ادراک ذهنی از درد و حفظ کیفیت زندگی دارند (۸). مطالعات بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده‌اند که خودکارآمدی درد با کاهش اضطراب، افسردگی، ناتوانی عملکردی و بهبود انطباق با درمان مرتبط است (٦، ۹).

زنان در دوران بیماری سرطان پستان با فشارهای روانی و عاطفی شدیدی مواجه هستند که می‌تواند منجر به افزایش استرس، اضطراب، افسردگی و احساس انزوا شود (۱۰). در چنین شرایطی، خودشفقت‌ورزی به عنوان یک ظرفیت روان‌شناختی کلیدی، نقش مؤثری در کاهش بار روانی و تقویت مقاومت در برابر دشواری‌های بیماری ایفا می‌کند (۱۱). خودشفقت‌ورزی شامل سه مؤلفه اساسی است: مهربانی و محبت نسبت به خود در مواجهه با رنج و شکست، درک مشترک از تجربه انسانی به عنوان بخشی از زندگی همه انسان‌ها، و ذهن‌آگاهی پذیرنده بدون قضاوت نسبت به احساسات و افکار منفی (۱۲). پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که خودشفقت‌ورزی با کاهش قابل توجه علائم افسردگی و اضطراب، بهبود سلامت روانی و جسمی، افزایش انطباق روانی و ارتقاء سلامت کلی در زنان مبتلا به سرطان پستان مرتبط است (۱۰، ۱۳).

مواجهه با سرطان پستان اغلب با اختلالات هیجانی پیچیده‌ای مانند اضطراب و افسردگی همراه است و می‌تواند منجر به ناامیدی عمیق و کاهش توانمندی فرد در مدیریت فشارهای روانی شود، که در نتیجه تأثیر قابل توجهی بر روند درمان و سلامت روان‌شناختی زنان برجای می‌گذارد (١٤). سازگاری روان‌شناختی، فرآیندی چندوجهی است که توانایی فرد را در مدیریت فشارهای روانی، تنظیم هیجانات منفی و پذیرش واقعیت بیماری شامل می‌شود و نقش مهمی در پایداری روانی در طول مراحل مختلف درمان ایفا می‌کند (۱۵). این سازگاری با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، حمایت‌های روانی و اجتماعی، و انعطاف‌پذیری روانی به کاهش شدت علائم روانی و افزایش انگیزه و تعهد بیماران در پیگیری درمان کمک می‌کند (١٦).

بررسی‌های صورت گرفته نشان داده‌اند که سازگاری روان‌شناختی بالاتر در زنان مبتلا به سرطان پستان، با بهبود سلامت روان‌شناختی، کاهش افسردگی و اضطراب و همچنین افزایش موفقیت در پذیرش و پیگیری درمان‌های پزشکی مرتبط است (١٤، ١٧).

برای تقویت امید، تسهیل روند درمان و ارتقاء سلامت روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور به عنوان یک مداخلهٔ روان‌درمانی جامع و اثربخش شناخته شده است (۱۸). این رویکرد درمانی با تأکید بر ابعاد معنوی زندگی، شامل جستجوی معنا، هدفمندی، پذیرش شرایط موجود و ارتقاء ارتباط با ارزش‌ها و باورهای درونی، نقش حیاتی در کاهش بار روانی ناشی از بیماری ایفا می‌کند (۱۹). مطالعات پژوهشی متعدد نشان داده‌اند که مشارکت در جلسات گروهی معنویت‌محور، ضمن فراهم کردن حمایت اجتماعی و افزایش حس تعلق به جمع، موجب افزایش تاب‌آوری روانی، کاهش احساس تنهایی و اضطراب، و ارتقاء سازگاری روان‌شناختی می‌شود (۲۱، ۲۰). این عوامل به طور مستقیم با بهبود سلامت روانی و افزایش انگیزه در پیگیری درمان‌های پزشکی مرتبط هستند و در نتیجه روند بهبودی را تسریع می‌کنند. اثربخشی مشاوره گروهی معنویت‌محور در بیماران مبتلا به سرطان پستان از طریق بهبود شاخص‌های روانی- اجتماعی مانند کاهش شدت علائم افسردگی و اضطراب، افزایش خودکارآمدی و تقویت انعطاف‌پذیری روانی مستند شده است (۲۲). این مداخلات با تمرکز بر فرایندهای شناختی و هیجانی شامل پذیرش آگاهانه بیماری، بازسازی معنا در مواجهه با تهدید به زندگی، و ایجاد حمایت متقابل در گروه درمانی، به بیماران کمک می‌کنند تا کنترل بهتری بر هیجانات منفی خود داشته باشند و سطح استرس را کاهش دهند (۲۳). همچنین، ارتقاء جنبه‌های معنوی مانند امید، آرامش درونی و حس تعلق به یک هدف بزرگ‌تر، نقش مهمی در بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی بیماران ایفا می‌کند (٢٤). بنابراین، تلفیق درمان معنویت‌محور در برنامه‌های درمانی جامع سرطان پستان، به عنوان یک رویکرد کلیدی در ارتقاء سلامت روان و تسهیل فرآیند بهبودی بیماران محسوب می‌شود (٢٥، ٢٦).

مطالعات اخیر نشان می‌دهند که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته باشد. Avcı و Çavuşoğlu در یک مرور سیستماتیک نشان دادند که مداخلات معنوی، شامل دعا، گروه‌درمانی و مراقبه، باعث تقویت امید، تاب‌آوری معنوی و بهبود ابعاد روانی و اجتماعی بیماران می‌شوند و به افزایش توانمندی فرد در مدیریت فشارهای روانی کمک می‌کنند (۲۷). Rumambi و همکاران با استفاده از تکنیک‌های آزادسازی

هیجانی معنوی گزارش کردند که شدت درد در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته پستان به شکل معناداری کاهش می‌یابد و این مداخله به عنوان یک روش غیردارویی مؤثر در مدیریت درد مطرح شد (۲۸).

Hulett و Armer نشان دادند که مداخلات معنوی می‌توانند فعالیت‌های نورولندورین و ایمنی بدن را بهبود دهند و از این طریق اثرات مثبت روانی و جسمانی را تقویت کنند، هرچند تعداد مطالعاتی که شاخص‌های زیستی و سنجه‌های معنوی استاندارد را همزمان بررسی کرده‌اند محدود است (۲۹).

Su و همکاران نیز در مرور سیستماتیک دیگری بیان کردند که مداخلات معنوی با رویکردی جامع، نه تنها ابعاد روانی و اجتماعی، بلکه جنبه‌های جسمی و معنوی بیماران را بهبود می‌بخشند و به ارتقای کیفیت زندگی و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کنند. مجموع این شواهد نشان می‌دهد که مداخلات گروهی معنویت‌محور می‌توانند به طور همزمان خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی و سازگاری روان‌شناختی را تقویت کرده و به عنوان یک رویکرد جامع و انسان‌محور در مراقبت و توان‌بخشی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرند (۳۰).

سرطان پستان به‌عنوان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های تهدیدکننده حیات در زنان، علاوه بر پیامدهای جسمی گسترده شامل درد، خستگی و تغییرات فیزیکی، ابعاد روانی و شناختی پیچیده‌ای نیز به همراه دارد که می‌تواند شامل اضطراب، افسردگی، اختلالات شناختی باشد. این چالش‌های چندبعدی نیازمند رویکردهای درمانی جامع هستند که همزمان به جنبه‌های جسمی و روانی بیماری بپردازند (۲۰). در این راستا، اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور بر خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان اهمیت ویژه‌ای دارد، چرا که این مداخلات با تقویت معنا و هدف زندگی، ارتقاء حمایت اجتماعی و افزایش تاب‌آوری روانی، به بهبود توانمندی فرد در مدیریت درد (خودکارآمدی درد)، افزایش مهربانی و پذیرش نسبت به خود (خودشفقت‌ورزی) و تسهیل فرآیند تطابق روانی با بیماری کمک می‌کند. بر این اساس، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور می‌تواند خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان را به طور معناداری افزایش دهد؟

روش‌ها

روش پژوهش حاضر شبه‌تجربی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان در تهران در سال ۱۴۰۳ می‌شد. پس از مراجعه به مراکز درمانی خصوصی سرطان (روشنا و نگین آزادی)، زنانی که در چند ماه نخست پس از تشخیص سرطان پستان و با مشورت با پزشک معالج در شرایط مناسب برای شرکت در مطالعه قرار داشتند، به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. از بین این بیماران ۳۶ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی (به شکل قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد. بر اساس فرمول ارائه شده برای مطالعات شبه‌تجربی، حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن d = ۲/۵، ٪۹۰ = توان آزمون، ۰/۰۵ = سطح معنی‌داری، σ = ۸/۱۵ (انحراف معیار) حجم نمونه مورد نیاز ۳۲ نفر محاسبه شد (۳۱). با توجه به ریزش‌های احتمالی، حجم نمونه برای هر گروه ۱۷ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، تعداد ۳۶ نفر با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارای درجه کم‌خطر از بیماری، ابتلاء نبودن به بیماری جدی دیگر (آلزایمر، اماس، صرع و غیره)، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی، به‌ویژه داروهای مرتبط با درمان هذیان یا اختلالات روان‌پریشی و رضایت شخصی بود. همچنین، معیارهای خروج از مطالعه نظیر شانسی جواب دادن به سؤالات، وخیم شدن وضعیت جسمانی و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود. به‌منظور رعایت کامل اصول اخلاقی، پیش از آغاز اجرای مداخله، مجوز اخلاقی پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) اخذ شد (IR.BMSU.BAQ.REC.1403.092).

ابزار سنجش

چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل سن، مدت زمان بیماری، وضعیت تحصیلات، و اشتغال بود.

پرسشنامه خودکارآمدی درد: توسط Nicholas (۳۲) و بر اساس نظریه خودکارآمدی بندورا طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۰ گویه است که هدف آن سنجش باور فرد نسبت به توانایی خود در انجام طیف وسیعی از فعالیت‌ها علی‌رغم تجربه درد است. پاسخ‌گویی به این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۶ (کاملاً مطمئن هستم) صورت می‌گیرد. دامنه نمرات کل پرسش‌نامه بین ۰ تا ۶۰ است؛ به‌گونه‌ای که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر خودکارآمدی و اطمینان بیشتر فرد در انجام فعالیت‌های روزانه بدون ناتوانی ناشی از درد است، در حالی که نمره پایین بیانگر سطح پایین خودکارآمدی فرد در مواجهه با درد است. Nicholas روایی این ابزار را مطلوب گزارش کرده و روایی همزمان آن با استفاده از ضریب همبستگی بین نمرات خودکارآمدی و سلامت روان‌شناختی و عمومی تأیید شده است. همچنین، پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده

است که نشان‌دهنده‌ی همسانی درونی قابل قبول آن است (۳۲). در مطالعه‌ی پیش‌رو نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آمد.

مقیاس خودشفقت‌ورزی: توسط Neff در سال ۲۰۰۳ طراحی شده و یک ابزار خودگزارشی معتبر برای سنجش میزان خودشفقت‌ورزی افراد است (۳۳). یک مقیاس خود گزارشی ۲۶ گویه‌ای است که شرکت‌کنندگان به سوالات این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای صفر (تقریباً هرگز) تا چهار (تقریباً همیشه) پاسخ می‌دهند. دامنه نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۰۴ بوده و نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی شفقت به خود بیشتر است. پژوهش‌های مربوط به اعتبار یابی مقدماتی این پرسشنامه نشان داده‌اند همه‌ی این ۶ خرده مقیاس همبستگی درونی بالایی دارند و تحلیل‌های عاملی تاییدی نیز نشان داده‌اند که یک عامل مجزای دلسوزی به خود، این همبستگی درونی را تبیین می‌نماید. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن نیز ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۳). در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ۰/۸۲ برای کل مقیاس به‌دست آمد.

مقیاس سازگاری روان‌شناختی Bell: یکی از ابزارهای معتبر در ارزیابی ابعاد مختلف سازگاری روانی است که توسط Bell در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است (۳۴). این پرسش‌نامه شامل ۱۶۰ گویه است که پنج حوزه‌ی اصلی سازگاری یعنی سازگاری در خانه، بهداشتی، اجتماعی، عاطفی و شغلی را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر گویه دارای سه گزینه‌ی پاسخ «بلی»، «خیر» و «نمی‌دانم» است که صرفاً یکی از گزینه‌ها بر اساس کلید نمره‌گذاری، امتیاز ۱ دریافت می‌کند و سایر گزینه‌ها امتیازی ندارند. نمره کل آزمودنی حاصل جمع امتیازات تمامی گویه‌هاست؛ دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۶۰ متغیر بوده و نمرات پایین‌تر نشانگر سطح بالاتری از سازگاری روان‌شناختی هستند. ضرایب پایایی این ابزار در مطالعات مختلف با روش‌هایی همچون بازآزمایی، آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن مورد تأیید قرار گرفته و Bell (۳۴) ضرایب اعتبار را برای خرده‌مقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۳۱ تا ۰/۸۴ گزارش کرده است. این پرسش‌نامه از روایی تشخیصی مناسبی نیز برخوردار است و قادر به تمایز بین افراد بهنجار و نوروتیک است. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ابعاد بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ گزارش شد.

روش اجرا: پس از هماهنگی‌های لازم و کسب رضایت از مسئولین مراکز درمانی و حمایتی سرطان پستان شهر تهران، پژوهشگران با مراجعه به مراکز نگین آزادی و روشنا، ۳۶ زن مبتلا به سرطان پستان را با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب کردند. سپس شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی با کمک قرعه‌کشی به دو گروه مساوی ۱۸ نفره شامل گروه آزمایش و گروه گواه اختصاص یافتند. در ابتدا، توضیحات کلی درباره پژوهش به شرکت‌کنندگان ارائه و پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی، آن‌ها وارد مطالعه شدند. برای مداخله، از معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری گالانتر و سیگل (۲۶) بهره گرفته شد. این آموزش‌ها توسط روانشناس بالینی و با همراهی یک متخصص سرطان، در قالب ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) در کلینیک خدمات روانشناسی و مشاوره برگزار شد. شرح مختصر محتوای جلسات معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری در جدول ۱ ارائه شده است. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه گواه پس از انجام پس‌آزمون، در جلسات معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری شرکت نمودند.

تمامی شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات جامع درباره اهداف، روش‌ها، مزایا و احتمالی‌ترین خطرات پژوهش، فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند و حضور آنان در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند و در هر مرحله از پژوهش امکان انصراف بدون هیچ‌گونه پیامد منفی برای آنان وجود دارد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۷ (version 27, IBM Corporation, Armonk, NY) تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون Chi-square با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک Shapiro-Wilk برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراولنی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس، از آزمون Leven برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای ارزیابی تأثیر درمان، استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمایش ۳/۲۵±۴۵/۹۷ سال و گروه گواه ۳/۴۷±۴۵/۳۱ سال بود. بر اساس نتایج جدول ۲، نتایج آزمون Chi-square مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، مدت زمان بیماری، وضعیت تحصیلات، و اشتغال تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی، و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون Shapiro-Wilk برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه

جدول ۱. خلاصه جلسات معنویت‌درمانی مبتنی بر مثبت‌نگری برای زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۶)

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
۱	معرفی و چارچوب معنویت‌درمانی	آشنایی با چارچوب درمان، معرفی اعضا و درمانگر؛ مروری بر مفاهیم معنویت و دین از منظر روانشناسی سلامت؛ بررسی نقش معنویت در تقویت سلامت روانی، بهبود سازگاری و کاهش استرس‌های مرتبط با سرطان پستان
۲	ارتقای خودآگاهی	آموزش مهارت‌های خودآگاهی روانی؛ بررسی فرآیندهای شناختی و هیجانی در مواجهه با بیماری؛ تمرین تکنیک‌های تنظیم هیجان و پذیرش خود با هدف کاهش تنش‌های روانی و بهبود خودکارآمدی
۳	مدیریت تعارض‌های درونی	تحلیل ساختاری تعارض‌های روانشناختی مرتبط با تجربه بیماری؛ آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری برای مدیریت تعارض‌های درونی و ارتقای انعطاف‌پذیری روانی
۴	معنادهی به حوادث زندگی	بازسازی معنایی تجارب زندگی و بیماری از طریق چارچوب‌های ارزشی و باورهای معنوی؛ تقویت حس معنا و هدفمندی در فرایند سازگاری با سرطان
۵	مسئولیت‌پذیری و تاب‌آوری	توسعه مسئولیت‌پذیری شخصی و تقویت توانمندی‌های مقابله‌ای؛ آموزش تکنیک‌های افزایش تاب‌آوری روانی مبتنی بر منابع درونی و شخصیتی
۶	نوعدوستی و رفتارهای معنوی	تقویت رفتارهای خیرخواهانه و مشارکت اجتماعی؛ بررسی نقش نوعدوستی و همدلی در کاهش اضطراب و ارتقای سلامت روان بیماران سرطانی
۷	کشف و تقویت منابع توانمندساز	شناسایی و بهره‌گیری از منابع درونی و بیرونی حمایت روانی؛ تقویت باورهای حمایتی و معنوی جهت بهبود کیفیت زندگی و افزایش حس امنیت روانی
۸	حمایت اجتماعی، نیایش و اختتام	ارتقای مهارت‌های حمایت اجتماعی، همدلی و نیایش؛ آموزش تکنیک‌های ابراز هیجانات عمیق و استفاده از نیروی معنوی به عنوان منبع تسکین؛ جمع‌بندی مداخلات و ارزیابی اثربخشی

جدول۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه (۳۶ نفر)

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	P *
سن بیمار	۲۸ تا ۴۰	۵ (۲۷/۷)	۴ (۲۲/۲)	۰/۱۶۷
	۴۱ تا ۵۰	۸ (۴۴/۴)	۹ (۵۰/۰)	
	۵۰ به بالا	۵ (۲۷/۷)	۵ (۲۷/۷)	
مدت زمان بیماری	۱ تا ۲	۵ (۲۷/۷)	۴ (۲۲/۲)	۰/۱۰۳
	۳ تا ۴	۱۰ (۵۵/۵)	۱۰ (۵۵/۵)	
	۵ به بالا	۳ (۱۶/۶)	۴ (۲۲/۲)	
تحصیلات	دیپلم	۳ (۱۶/۶)	۴ (۲۲/۲)	۰/۱۹۱
	کارشناسی	۹ (۵۰/۰)	۹ (۵۰/۰)	
	ارشد	۶ (۳۳/۴)	۵ (۲۷/۷)	
اشتغال	خانه‌دار	۷ (۳۸/۹)	۸ (۴۴/۴)	۰/۱۱۴
	شاغل	۱۱ (۶۱/۱)	۱۰ (۵۵/۵)	

*:آزمون Chi-square، P<۰/۰۵ اختلاف معنادار

گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Shapiro-Wilk برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است (P > ۰/۰۵).

نتایج آزمون Leven برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودکارآمدی درد (۰/۰۵> P = ۰/۲۵٤، F = ۱/۲۳)، خودشفقت‌ورزی (۰/۰۵ < P = ۰/۲۲۳، ۱/۹۷ = F) و سازگاری روان‌شناختی (۰/۰۵ > P = ۰/۳۰٤، F = ۱/۰۸) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است (۰/۰۵ > P = ۰/۰۷٤، F = ۱/۳۸، Box M= ۲۰/۸۲). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی، و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است (۰/۰۱ > P، ٤۳/۵۰ = $\chi 2$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس

چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است ($P > ۰/۰۵$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ٤).

با توجه به جدول ٤، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی، و سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ٦٩ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه به یافته‌های جدول ۵، آماره F خودکارآمدی درد (٤٧/٨٤ = F)، خودشفقت‌ورزی (٤٩/٩٢ = F)، و سازگاری روان‌شناختی (٥٦/٠٨ = F) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ٦٠ درصد از تغییرات خودکارآمدی درد، ٦١ درصد از تغییرات خودشفقت‌ورزی و ٦٥ درصد از تغییرات سازگاری روان‌شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور به طور معناداری موجب افزایش خودکارآمدی درد، خودشفقت‌ورزی، و سازگاری روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	Shapiro-Wilk	P
خودکارآمدی درد	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۸/۵۵	۱/۲۹	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
		گواه	۳۸/۵۰	۱/۲۰	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۱/۷۲	۲/۲۹	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
		گواه	۳۸/۶۶	۱/۲۳	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
خودشفقت‌ورزی	پیش‌آزمون	آزمایش	۶۷/۶۱	۱/۶۴	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
		گواه	۶۷/۵۰	۱/۶۸	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۷۳/۰۱	۳/۹۱	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
		گواه	۶۷/۶۶	۱/۷۱	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
سازگاری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹۴/۸۸	۲/۶۳	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
		گواه	۹۴/۷۷	۲/۵۷	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۹۰/۳۳	۳/۱۸	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹
		گواه	۹۴/۹۲	۲/۶۰	۰/۱۲۶	۰/۰۶۹

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح P	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۹۲	۲۱/۶۸۵	۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۰۸	۲۱/۶۸۵	۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۲۴۳	۲۱/۶۸۵	۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۲۴۳	۲۱/۶۸۵	۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱

جدول۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع میانگین	F	P	اندازه اثر
خودکارآمدی درد	۷۹/۷۶	۱	۷۹/۷۶	۴۷/۸۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
خودشفقت‌ورزی	۲۴۱/۷۷	۱	۲۴۱/۷۷	۴۹/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۱
سازگاری روان‌شناختی	۱۹۷/۹۱	۱	۱۹۷/۹۱	۵۶/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۵

بحث

بر اســـاس یافته‌های این پژوهش، مشـــاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور نقش بســـزایی در ارتقاء خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به ســـرطان پســـتان دارد، چرا که این رویکرد با تقویت باورهای درونی و توانمندســـازی روانی افراد، به افزایش اعتماد به نفس در مدیریت و کنترل درد می‌انجامد. نتایج به‌دست آمده با مطالعات گذشته همسو بود (۲۶، ۲۷).

درمان معنویت‌محور با ایجاد حس معنا و هدفمندی در زندگی، بیماران را قادر می‌سازد تا درد را نه به عنوان یک مانع، بلکه به عنوان بخشی قابل مدیریت از تجربه زندگی بپذیرند و به مقابله فعالانه با آن بپردازند (۲۱). علاوه بر این، ساختار گروهی جلسات معنویت‌محور زمینه‌ساز فراهم آوردن حمایت اجتماعی و همدلی میان اعضا می‌شود که نقش مهمی در تقویت خودکارآمدی دارد. حمایت اجتماعی موجب افزایش انگیزه و اعتماد به نفس بیماران در اســـتفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر برای مدیریت درد می‌شـــود (۲۴). در این شـــرایط، بیماران با تبادل تجربیات و دریافت بازخوردهای مثبت، مهارت‌های مقابله‌ای خود را ارتقاء می‌دهند و احساس کنترل بیشتری بر وضعیت خود پیدا می‌کنند، که این امر باعث کاهش شدت و مزمن شـــدن درد می‌گردد. از منظر روان‌شـــناختی، درمان معنویت‌محور با کاهش اســـترس و اضـــطراب، تنظیم هیجانات منفی و افزایش آرامش درونی، موجب تسهیل فرآیند مدیریت درد می‌شود (۱۹). پژوهش‌های بالینی متعدد نشان داده‌اند که افزایش خودکارآمدی درد به طور مستقیم با بهبود تطابق بیماران با بیماری و کاهش نیاز به مصـــرف داروهای مسکن همراه است، که بهبود سلامت روان‌شناختی و کاهش عوارض جانبی درمان را به دنبال دارد (۲۶). ارتقاء خودکارآمدی درد از طریق درمان معنویت‌محور، نه تنها ظرفیت روانی بیماران برای تحمل درد را افزایش می‌دهد، بلکه با تسهیل فرآیندهای شناختی و هیجانی، موجب بهبود پاسخ‌های درمانی و نتایج بالینی می‌شود (۲۰).

در مورد خودکارآمدی درد، تمرکز بر منابع معنوی و توانمندسازی روانی بیماران موجب افزایش باور به تولنایی‌های فردی در مدیریت و کنترل درد می‌شـــود. بیماران تحت این مداخله یاد می‌گیرند که درد را به عنوان یک تجربه قابل مدیریت و بخشـــی از فرآیند زندگی بپذیرند و با بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، کنترل رفتاری و شـــناختی بیشتری بر علائم جسمانی و هیجانی خود داشته باشند. این افزایش خودکارآمدی با کاهش وابستگی به داروهای مسکن و بهبود پاسخ به درمان‌های پزشـــکی همراه اســـت و می‌تواند به ارتقای نتایج بالینی و کاهش عوارض جانبی درمان منجر شود.

همچنین مشـاوره گروهی مبتنی بر درمان معنویت‌محور، با تمرکز بر ارزش‌های معنوی، پذیرش بی‌قید و شـــرط و همدلی، به طور چشـمگیری موجب افزایش سـطح خودشـفقت‌ورزی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. این نتایج در راستای بررسی‌های قبلی در این زمینه اسـت (۲۸، ۲۹). این فرآیند، با کاهش تنش‌های روانی و افزایش آرامش درونی، توان مقابله با اســـترس‌های روانی را به طور قابل توجهی بهبود می‌بخشد و به بیماران کمک می‌کند تا با نگاهی مثبت‌تر به خود و شرایطشان بنگرند. خودشفقت‌ورزی به عنوان یک سازوکار روانی حیاتی، به فرد امکان می‌دهد تا در مواجهه با دشواری‌های ناشی از بیماری، مهربانی و پـذیرش نســـبت به خود را حفظ کند و از خودســـرزنشـــگری و انتقادهای بی‌مورد اجتناب نماید (۱۲). در قالب گروهی، بیمـاران فرصـــتی برای اشـــتراک تجربیـات و دریـافـت بازخوردهای مثبت و حمایت‌گرایلنه دارند که این امر منجر به تقویت حس تعلق و امنیت روانی می‌شود. درمان معنویت‌محور با تقویت این پیوندهای حمایتی و ارتقاء مهربانی نســـبت به خود، به کاهش علائم افســـردگی و اضـــطراب کمک می‌کند و تاب‌آوری روانی را افزایش می‌دهـد (۲۳). بـه علاوه، بیمـاران می‌آموزنـد کـه نـاکـامی‌هـا و محدودیت‌های ناشی از بیماری را با شفقت و پذیرش بپذیرند، که این رویکرد تأثیرات منفی روانی را کاهش می‌دهد و فرایند بهبود روانی را تســـریع می‌کند (۱۸). افزایش خودشـــفقت‌ورزی از طریق مداخلات معنویت‌محور، نقش واســـطه‌ای مهمی در کاهش بار هیجانی منفی و ارتقاء سـلامت روان بیماران مبتلا به سـرطان پسـتان ایفا می‌کند؛ این فرایند به بازســـازی منابع درونی و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای منجر می‌شـود که در نهایت سـلامت روان‌شـناختی را بهبود می‌بخشـد و مقاومت روانی را افزایش می‌دهد (۲۲).

در زمینه‌ی خودشـفقت‌ورزی، درمان معنویت‌محور از طریق ایجاد مهربانی و پذیرش نسبت به خود، ذهن‌آگاهی بدون قضـاوت و درک مشـترک از تجربه انسـانی، به بیماران کمک می‌کند تا واکنش‌های هیجانی منفی و اضـطراب ناشـی از بیماری را کاهش دهند. این فرآیند نه تنها به تنظیم هیجانات و کاهش فشـــار روانی می‌انجامد، بلکه موجب تقویت تاب‌آوری روانی، بهبود احسـاس ارزشـمندی و ایجاد لنعطـاف روانی در مواجهـه بـا چـالش‌هـای بیمـاری می‌شـــود. خودشفقت‌ورزی به بیماران امکان می‌دهد تا با کاهش خودسرزنشی و افزایش پذیرش، فرآیندهای مقابله‌ای مؤثرتری برای مدیریت درد و فشارهای روانی اتخاذ کنند.

از دیگر ســـو، نتایج پژوهش حاضـــر نشـــان داد که درمان معنویت‌محور به طور معناداری سـازگاری روان‌شـناختی زنان مبتلا به سـرطان پسـتان را ارتقاء می‌بخشـد. این یافته‌ها با پژوهش‌های گذشته در یک راسـتا قرار دارد (۲۵، ۳۰). سـازگاری روان‌شـناختی فرآیندی پویا و چندبعدی اســـت که در آن فرد با اســـتفاده از منابع درونی و حمایت‌های بیرونی، موفق به مدیریت مؤثر اســـترس‌ها و چالش‌های روانی ناشی از بیماری مزمن می‌شود (۱۶). این مداخلات با تمرکز بر

بازشناسی معنا، تقویت ارتباط اجتماعی و افزایش تاب‌آوری روانی، بیماران را در پذیرش واقعیت بیماری و کنترل هیجانات منفی یاری می‌کند، که این عوامل برای حفظ سلامت روان و تسهیل پیگیری درمان پزشکی حیاتی‌اند (۲۳). در قالب گروه درمانی، فضایی امن و حمایت‌گر فراهم می‌شود که بیماران می‌توانند احساسات اضطراب، ترس و ناامیدی خود را بیان کنند و از تجربیات دیگران بیاموزند. این فرآیند تبادل و حمایت متقابل موجب تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، کاهش احساس تنهایی و افزایش حس تعلق به جمع می‌گردد، که همه این عوامل در بهبود فرآیند سازگاری روانی نقش کلیدی دارند. درمان معنویت‌محور با ایجاد حس معنا و هدف فراتر از بیماری، به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاهی جامع‌تر و مثبت‌تر نسبت به زندگی پیدا کنند (۲۶). ارتقاء سازگاری روان‌شناختی از طریق مداخلات معنویت‌محور، فراتر از بهبود وضعیت روانی، موجب افزایش توانمندی بیماران در مدیریت چالش‌های فیزیکی و روانی بیماری می‌شود و با تسهیل پذیرش شرایط و بهبود تعهد به روند درمان، نقش کلیدی در بهبود نتایج بالینی و سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان دارد (۲۵).

از منظر سازگاری روان‌شناختی، جلسات گروهی معنویت‌محور محیطی حمایتی و همدلانه فراهم می‌آورند که به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای خود را توسعه دهند، فشارهای روانی را تنظیم کنند و واقعیت بیماری را بپذیرند. این سازگاری چندوجهی شامل توانایی مدیریت هیجانات منفی، تنظیم استرس و اضطراب، و حفظ تعادل روانی در شرایط دشوار است و به بهبود کیفیت زندگی و پایداری روانی در طول مراحل درمان منجر می‌شود. تعاملات گروهی و بازخوردهای مثبت اعضا نیز باعث افزایش اعتماد به نفس، تقویت انگیزه و ارتقای مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی بیماران می‌شود، که همه این‌ها با هم یک شبکه حمایتی ایجاد می‌کنند و توان فرد را برای مقابله با چالش‌های جسمی و روانی بیماری تقویت می‌کنند.

با وجود به تمام نکاتی که در نظر گرفته شد، محدودیت‌هایی در طراحی و تعمیم یافته‌های این پژوهش وجود دارد. نخست، نمونه‌ها تنها از یک شهر و یک جامعه خاص انتخاب شدند که می‌تولند محدودیت‌هایی برای تعمیم‌پذیری نتایج ایجاد کند. دوم، این مطالعه فاقد پیگیری بلندمدت بود و بنابراین پایداری اثرات مداخله معنویت‌محور در طول زمان مشخص نیست. همچنین، تفاوت‌های فردی در تجربه بیماری، سطح حمایت اجتماعی و باورهای معنوی شرکت‌کنندگان می‌تولند بر نتایج مداخلات تأثیرگذار باشد و این عوامل در این پژوهش کنترل نشده‌اند.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات گروهی معنویت‌محور می‌توانند نقشی مؤثر در تقویت سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی ایفا کنند. این نوع مداخلات با تمرکز بر منابع درونی و معنوی، ظرفیت انطباق روانی، تاب‌آوری و سازگاری با فشارهای جسمی و روانی را افزایش می‌دهد و اهمیت ادغام ابعاد معنوی و روانی در طراحی برنامه‌های درمانی و حمایتی را برجسته می‌سازد. چنین چارچوبی می‌تواند به عنوان نقطه شروعی برای توسعه مداخلات جامع، انسان‌محور و کل‌نگر در حوزه سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، یافته‌های این مطالعه پایه‌ای تجربی و نظری برای پژوهش‌های آینده فراهم می‌آورد و امکان بررسی اثرات بلندمدت، پایداری و تطبیق مداخلات معنویت‌محور در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های مختلف را فراهم می‌کند. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که توجه به ابعاد معنوی در مداخلات روان‌شناختی می‌تواند چارچوبی منسجم برای بازسازی روانی، ارتقای توانمندی‌های فردی و افزایش تاب‌آوری فراهم کند و مسیر مطالعات آینده در زمینه ادغام جنبه‌های معنوی و روانی در مراقبت‌های جامع بیماران را هدایت نماید.

پژوهش‌های آینده می‌توانند مداخلات گروهی معنویت‌محور را در جمعیت‌ها و فرهنگ‌های متنوع مورد بررسی قرار دهند تا نقش تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی و فردی در اثربخشی این مداخلات روشن شود. علاوه بر این، انجام پیگیری‌های بلندمدت ضروری است تا پایداری اثرات معنویت‌محور و تغییرات طولی در سازگاری روان‌شناختی، تاب‌آوری و مدیریت فشارهای روانی بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین، بررسی تعامل مداخلات معنویت‌محور با سایر رویکردهای حمایتی یا درمانی می‌تواند به توسعه چارچوب‌های جامع، انسان‌محور و کل‌نگر در حوزه سلامت روان کمک کند. مطالعات آینده می‌توانند با استفاده از طراحی‌های کنترل‌شده، نمونه‌های بزرگ‌تر و معیارهای ارزیابی چندبعدی، اعتبار و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش داده و به درک عمیق‌تر از نقش معنویت در فرآیندهای روانی بیماران مبتلا به بیماری‌های تهدیدکننده زندگی منجر شوند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه زنانی که با وجود شرایط دشوار جسمی و روانی، با مشارکت فعال در جلسات مشاوره گروهی، نقش مهم و ارزشمندی در تحقق این پژوهش ایفا کردند، ابراز می‌دارند. همچنین از مراکز درمانی روشنا و نگین آزادی و متخصصانی که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند و از حمایت‌های علمی و اخلاقی دریغ نورزیدند، صمیمانه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Zhang Y, Ji Y, Liu S, Li J, Wu J, Jin Q, Liu X, Duan H, Feng Z, Liu Y, Zhang Y. Global burden of female breast cancer: new estimates in 2022, temporal trend and future projections up to 2050 based on the latest release from GLOBOCAN. J Natl Cancer Cent 2025; 5(3): 287-96.
2. Michaels E, Worthington RO, Rusiecki J. Breast cancer: risk assessment, screening, and primary prevention. Med Clin North Am 2023; 107(2): 271-84.
3. Ficarra S, Thomas E, Bianco A, Gentile A, Thaller P, Grassadonio F, et al. Impact of exercise interventions on physical fitness in breast cancer patients and survivors: a systematic review. Breast Cancer 2022; 29(3): 402-18.
4. Koç Z, Kaplan E, Tanrıverdi D. The effectiveness of telehealth programs on the mental health of women with breast cancer: A systematic review. J Telemed Telecare 2024; 30(3): 405-19.
5. Kim J, Harper A, McCormack V, Sung H, Houssami N, Morgan E, et al. Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. Nat Med 2025; 31(4): 1154-62.
6. Vilardaga JC, Fisher HM, Winger JG, Miller SN, Nuñez C, Majestic C, et al. Pain, depressive symptoms, and self-efficacy for pain management: examination in African-American women with breast cancer. Supportive Care in Cancer 2022; 30(8): 6633-40.
7. Fisher HM, Stalls J, Winger JG, Miller SN, Plumb Vilardaga JC, Majestic C, Kelleher SA, Somers TJ. Role of self-efficacy for pain management and pain catastrophizing in the relationship between pain severity and depressive symptoms in women with breast cancer and pain. J Psychosoc Oncol 2023; 41(1): 87-103.
8. Lyu MM, Chiew-Jiat RS, Cheng KK. The effects of physical symptoms, self-efficacy and social constraints on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: Examining the mediating role of illness representations. Psychooncology 2024; 33(1): e6264.
9. Abd-Elrhman RA, Abd-Elkhalek HA, Abdel Hady RF. Self-efficacy, pain and suicidal thoughts among women with breast cancer undergoing chemotherapy. Zagazig Nursing Journal 2022; 18(2): 236-52.
10. Zhu F, Liu C, Zhang W, Qiang W, Yin X, Lu Q. The mediating effect of coping styles between self-compassion and body image disturbance in young breast cancer survivors: a cross-sectional study. BMC Nurs 2023; 22(1): 178.
11. Mifsud A, Pehlivan MJ, Fam P, O'Grady M, van Steensel A, Elder E, et al. Feasibility and pilot study of a brief self-compassion intervention addressing body image distress in breast cancer survivors. Health Psychol Behav Med 2021; 9(1): 498-526.
12. Kuswanto CN, Stafford L, Schofield P, Sharp J. Self-compassion and parenting efficacy among mothers who are breast cancer survivors: Implications for psychological distress. J Health Psychol 2024; 29(5): 425-37.
13. Ben-Artzi TJ, Baziliansky S, Cohen M. The associations of emotion regulation, self-compassion, and perceived lifestyle discrepancy with breast cancer survivors' healthy lifestyle maintenance. J Cancer Surviv 2026; 20(2): 369-78.
14. Nilsen M, Stalsberg R, Sand K, Haugan G, Reidunsdatter RJ. Meaning making for psychological adjustment and quality of life in older long-term breast cancer survivors. Front Psychol 2021; 12: 734198.
15. Broadbridge E, Greene K, Venetis MK, Lee LE, Banerjee SC, Saraiya B, Devine KA. Facilitating psychological adjustment for breast cancer patients through empathic communication and uncertainty reduction. Patient Educ Couns 2023; 114: 107791.
16. Skojec TA, Davidson TM, Kelechi TJ. The relationship between uncertainty in illness and psychological adjustment to chronic illness. J Health Psychol 2025; 30(4): 622-37.
17. Zhang Y, Zhang X, Li N, He H, Chen J, Zhu M, Zhang M. Factors associated with psychosocial adjustment in newly diagnosed young to middle-aged women with breast cancer: a cross-sectional study. Eur J Oncol Nurs 2023; 65: 102357.
18. Yıldırım Üşenmez T, Öner U, Şanlı ME, Dinç M. The effect of spirituality on psychological resilience in women with breast cancer who have received chemotherapy: a cross-sectional study from Turkey. Journal of Religion and Health 2023; 62(1): 1964-75.
19. Oner Cengiz H, Bayir B, Sayar S, Demirtas M. Effect of mindfulness-based therapy on spiritual well-being in breast cancer patients: a randomized controlled study. Support Care Cancer 2023; 31(7): 438.
20. Owusu SB, Konlan KD, Aziato L. Psycho-spiritual wellbeing and coping strategies of women with breast cancer post-radiation therapy in Kumasi, Ghana. Support Care Cancer 2025; 33(3): 159.
21. Miller M, Greenwalt K, Lehto R, Wu HS, Moser J, Wyatt G. Pain and spirituality among women with advanced breast cancer: insights from a phenomenological study. Cancer Care Research Online 2021; 1(1): 1-7.
22. Goerge A, Sanderson M, Flewellen C, Busen K, Nechuta S. The role of spirituality on physical activity and sleep among African American long-term breast cancer survivors. J Racial Ethn Health Disparities 2024; 11(6): 3379-89.
23. Kraus R. Examining religious/spiritual change among women with metastatic breast cancer. Journal for the Scientific Study of Religion 2022; 61(2): 314-30.
24. Kelly EP, Paredes AZ, Tsilimigras DI, Hyer JM, Pawlik TM. The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. Surg Oncol 2022; 42: 101389.
25. Gutierrez-Rojas A, Manco-Herrera C, Nuñez-Escarcena X, Loayza-Ramirez L, Sanca-Valeriano S, Rodriguez-Pantigoso W, et al. The influence of spirituality on psychological resilience in cancer patients undergoing oncological treatment: a cross-sectional study. BMC Palliat Care 2025; 24(1): 136.
26. Galanter M, Siegel C. Training manual for spirituality discussion groups for mental health with a focus on

cultural competency center. Center for Spirituality and Healthcare. 2009.
27. Avcı A, Çavuşoğlu E. The Effect of Spiritual Therapies on the Quality of Life of Women with Breast Cancer: A Systematic Review. J Relig Health 2025; 64(1): 448-61.
28. Rumambi MF, Suprapti F, Susilo WH. The effect of Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) on pain intensity of advanced breast cancer patients in X hospital tangerang. J Holist Nurs 2024; 42(2): 99-109.
29. Hulett JM, Armer JM. A systematic review of spiritually based interventions and psychoneuroimmunological outcomes in breast cancer survivorship. Integr Cancer Ther 2016; 15(4): 405-23.
30. Su HM, Ismail S, Prasetyo A. Effectiveness of Spiritual-Based Interventions in Enhancing Quality of Life Among Breast Cancer Patients: A Systematic Review. Journal of Health and Nutrition Research 2025; 4(2): 491-503.
31. Sheykhangafshe FB, Farahani H, Watson P. Using exploratory graph analysis (EGA) in validating the structure of the Perth alexithymia questionnaire in Iranians with chronic pain. Front Psychol 2024; 15: 1400340.
32. Nicholas M. Self-efficacy and chronic pain. In St Andrews: Annual Conference of the British Psychological Society; 1989.
33. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. Self and identity 2003; 2(3): 223-50.
34. Bell HM. The Adjustment Inventory. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1961.

DOI: *10.48305/jims.v44.i878.1743*

Journal of Isfahan Medical School **Vol. 44, 878, 1st Week, November 2026**
Received: 11.08.2025 Accepted: 18.10.2026 Published: 29.10.2026

The Effectiveness of Group Counseling Grounded in Spirituality-Based Therapy on Pain Self-Efficacy, Self-Compassion, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer

Farzin Bagheri Sheykhangafshe[1], Vahid Savabi Niri[2], Maryam Panahi[2], Seyedeh Atousa Afsarpour[3], Ali Fathi-Ashtiani[4]

Original Article

Abstract

Background: Breast cancer is the most common type of cancer among women worldwide and can have wide-ranging physical, psychological, and social consequences. The present study aimed to determine the effectiveness of group counseling based on spirituality-oriented therapy (SCGT) on pain self-efficacy, self-compassion, and psychological adjustment in women with breast cancer.

Methods: The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest structure and experimental and control groups. The statistical population consisted of women with breast cancer in Tehran in 2024. After referral to cancer treatment centers, women who had been diagnosed with breast cancer by a specialist physician were selected as the final sample. Participants completed the Pain Self-Efficacy Questionnaire, the Self-Compassion Scale, and the Psychological Adjustment Scale. The experimental group then received an SCGT by Galanter and Siegel's positive spirituality approach (2009), conducted in 8 group sessions, each lasting 90 minutes.

Findings: The results revealed that SCGT significantly increased pain self-efficacy (M = 41.72, SD = 2.29), self-compassion (M = 73.01, SD = 3.91), and psychological adjustment (M = 90.33, SD = 3.18) among women with breast cancer ($p<0.001$).

Conclusion: SCGT significantly improved pain self-efficacy, enhanced self-compassion, and promoted psychological adjustment in women with breast cancer. By strengthening spiritual resources and fostering a positive outlook, this intervention increased patients' ability to adapt to the physical and psychological pressures of the disease.

Keywords: Spiritual Group Therapy, Breast Cancer, Pain Self-Efficacy, Self-Compassion, Psychological Adjustment

Citation: Bagheri Sheykhangafshe F, Savabi Niri V, Panahi M, Afsarpour SA, Fathi-Ashtiani A. **The Effectiveness of Group Counseling Grounded in Spirituality-Based Therapy on Pain Self-Efficacy, Self-Compassion, and Psychological Adjustment in Women with Breast Cancer.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(878): 1743- 53.

1- PhD, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
2- MSc, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran
3- MSc, Department of Positive Islamic Psychology, Payame Noor University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran
4- Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
Corresponding Author: Farzin Bagheri Sheykhangafshe, PhD, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran; Email: farzinbagheri@modares.ac.ir