اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان

ستاره جانی[1*]، مهری مولایی[2]، شهلا جنگی قوجه بیگلو[3]، اصغر پوراسمعلی[4]

۱) گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان، ایران
۲) گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی، دانشگاه تهران، ایران
۳) گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور تهران، ایران
۴) گروه روان شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران

تاریخ دریافت: ۹۲/۱۰/۳ تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۲۸

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت مداخلات معنوی در درمان مشکلات روان شناختی، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به سرطان بود.

مواد و روش ها: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان در موسسه خیریه آرزو در شهرستان پارس آباد با نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند.(N=300) ابزار پژوهش شامل مقیاس های بهزیستی ذهنی، سازگاری اجتماعی و اضطراب مرگ بود. اعضاء گروه آزمایش در ۸ جلسه دو ساعته تحت شناخت درمانی مذهب محور قرار گرفتند و برای مقایسه میانگین نمرات از آزمون کواریانس استفاده شد.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. شناخت درمانی مذهب محور باعث کاهش نمرات اضطراب مرگ و افزایش نمرات سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل می شود.

بحث و نتیجه گیری: به دلیل اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور در بیماران مبتلا به سرطان می توان از این روش به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی سود جست و متعاقباً می توان در راستای بهبود مشکلات روان شناختی مذکور در این بیماران استفاده کرد.

واژه های کلیدی: اضطراب مرگ، بهزیستی ذهنی، سازگاری اجتماعی، سرطان، شناخت درمانی مذهب محور

***نویسنده مسئول:** گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پارس آباد مغان، ایران

Email: *Jani_s11@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

مقدمه

سرطان ها نوعی بیماری هستند که با رشد غیر قابل کنترل سلولی و تهاجم به بافت های موضعی سیستماتیک مشخص هستند،(۱). علی رغم پیشرفت های قابل توجه علم پزشکی، سرطان هم چنان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق است،(۲). تشخیص سرطان بیش از هر بیماری دیگری تجربه ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است که باعث می شود شغل، وضعیت اقتصادی- اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار دچار اختلال گردد،(۳). یکی از عوامل موثر بر مولفه های سلامت روان در افراد مبتلا به سرطان، مرگ و اضطراب ناشی از آن است،(۴). این نوع اضطراب می تواند به عنوان یکی از تشخیص های مهم روان شناختی در این بیماران مطرح شود،(۵). با وجود تکنولوژی های پیشرفته در درمان پزشکی، مرگ واقعیتی است که همیشه وجود داشته است که در این میان بیماران سرطانی نیز ناگزیر به رویارویی با مرگ خویش هستند،(۶). اضطراب مرگ ترس مداوم، غیرمنطقی و مرضی از مرگ یا مردن می باشد،(۷). پژوهش ها نشان داده اند که بیماران سرطانی از اضطراب مرگ بالایی برخوردار هستند به طوری که میزان شیوع اضطراب در گروه مبتلا به سرطان(۱۷/۹ درصد) در مقایسه با گروه سالم(۱۳/۹ درصد) بوده است در نتیجه تلاش برای تدابیر درمانی باید در جهت بازسازی و درمان اضطراب باشد،(۸،۹). از سوی دیگر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان حاصل اثر متقابل سلامت و متغیر- های روانی اجتماعی است. آن چه ذهن بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، توانایی بیماران سرطانی برای کنار آمدن با محیط اجتماعی اطراف می باشد. زیرا محیط اجتماعی قادر است سلامت آن ها را ارتقاء بخشد و شخص را از تاثیرات منفی و استرس های ناشی از بیماری مصون بدارد،(۱۰). این بیماری ممکن است افراد را منزوی کرده و بر سازگاری و فعالیت های اجتماعی آن ها اثر گذاشته که همین مساله باعث می شود بعضی بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی های خود اجتناب ورزند،(۱۱). سازگاری اجتماعی انعکاسی از تعامل فرد با دیگران، رضایت از نقش های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر شخصیت قبلی، فرهنگ، و انتظارات خانواده قرار دارد،(۱۲). مطالعات مختلف نشان داده اند بیماران سرطانی سازگاری اجتماعی پایینی دارند که آن ها را در معرض مشکلات روان شناختی بسیار قرار می دهد.(۱۳،۱۴)

مساله مورد توجه و مهم دیگر در بیماران سرطانی علاوه بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی، بهزیستی ذهنی می - باشد. بهزیستی ذهنی یک سازه پیچیده است که دو مولفه کنش وری روان شناختی و عاطفه را از دو دیدگاه متمایز مورد بررسی قرار می دهد: دیدگاه لذت گرایی و دیدگاه فضیلت گرایی،(۱۴). عاطفه منفی و مثبت از طریق تاثیر بر سیستم ایمنی بدن می توانند سلامت و بیماری افراد مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار دهند،(۱۵). مطالعات مختلف حاکی از بهزیستی ذهنی پایین در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.(۱۸-۱۶)

روشن است که به عنوان یک اصل در هر برنامه ریزی درمانی علاوه بر ارزیابی آسیب شناختی، ارزش و اعتقادات فرد نیز باید مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد،(۱۷). در رویکرد شناخت درمانی مذهب محور علاوه بر روش های شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به مراجع کمک می شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید،(۱۹). پژوهش ها نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری مذهب محور بر اضطراب مرگ و ترس از مردن در بیماران مبتلا به سرطان موثر واقع شده است،(۲۰،۲۱). علاوه بر این نتایج برخی از مطالعات نشان می دهد مذهب در میان مسلمانان ارتباط منفی با اضطراب مرگ دارد،(۲۲،۲۳). در حالی که برخی شواهد تجربی نشان داده است، افرادی که دارای اعتقادات مذهبی متوسط هستند نسبت به افرادی که اعتقادات مذهبی ندارند یا عقاید بسیار افراطی دارند از مرگ بیشتر می ترسند،(۲۴). در مطالعه ای که توسط دهکردی، اورکی، ایرانی و کیاراد،(۲۵)، بر روی دانشجویان انجام گرفت، نتایج، نشان دهنده تاثیر جهت گیری مذهبی بر کاهش میزان اضطراب مرگ، احساس افسردگی و از خود بیگانگی بوده است.

در مورد تاثیر درمان مذهب محور توام با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی و روان شناختی، در تحقیق کارکلا و مونستاتینو،(۲۶)، این نتایج به دست آمد که در بیماران سرطانی ترس، عدم اطمینان، عاطفه منفی و

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

استرس به طور معناداری بر بهزیستی ذهنی و روان شناختی این بیماران تاثیر می گذارد. برای درمان این بیماران بر ارزش ها و اعتقادات آن ها از جمله خدا، خانواده و ارتباطات با دوستان تاکید شد. هم چنین در مطالعه ای تاثیر درمان شناختی-رفتاری مذهب محور بر بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به بیماری های سخت از جمله سرطان و دیابت مورد بررسی قرار گرفته و مطرح شده است که سبک نگرش خوش بینانه می تواند راهکارهای مقابله ای مذهبی مثبت را در این بیماران تبیین کند،(۲۷). در مطالعه ای که احمدیان و اکبری شایه،(۲۸)، در ارتباط با اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه موثر بوده و آن را افزایش داده است.

درمان مذهب محور در بهبود سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان نیز تاثیر مثبتی به همراه دارد. استفاده از منابع مذهبی در مقابله با حوادث استرس زای تهدیدکننده زندگی در این بیماران موثر می باشد و می تواند کارایی چند بعدی در سازگاری اجتماعی و خانوادگی طولانی مدت نسبت به سرطان از جمله عزت نفس پایدار، افزایش معنا و هدف در زندگی و امید داشته باشد،(۲۱،۲۹،۳۰). بنا بر این با توجه به مطالب گفته شده، اهمیت بررسی و درمان مولفه های روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان و دامنه محدود مطالعات در زمینه پژوهشی حاضر که در برخی موارد نیز یافته ها ناهمسو می باشد، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران مبتلا به سرطان بودند که در سال ۱۳۹۲ تحت حمایت موسسه خیریه آرزو در شهرستان پارس آباد مغان بودند.(N=300) نمونه پژوهشی شامل ۳۰ بیمار(۱۶ زن و ۱۴ مرد) در محدوده سنی ۱۵ تا ۵۸ بود که با روش نمونه گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود زیر انتخاب شدند: تشخیص بیماری سرطان به وسیله پزشک متخصص، داشتن سن حداقل ۱۵و حداکثر ۶۵ سال، نداشتن اختلالات عمده روان پزشکی مانند اختلال های شخصیت، افسردگی اساسی، روان پریشی بر اساس DSM-IV، عدم بیماری یا مشکل جسمی دیگر که مانع حضور بیمار از جلسات درمانی گردد، دارا بودن تحصیلات حداقل ابتدایی، همگونی نسبی از لحاظ اقتصادی-اجتماعی و این که بیمار در مرحله پایانی دوره درمان نباشد. معیارهای خروج از روند تحقیق نیز عبارت بودند از: تشخیص اختلال عمده روان پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی. برای انتخاب اعضاء نمونه ابتدا با همکاری مسئولین و مشاور موسسه، پرونده کلیه بیماران از جهت اطلاعات جمعیت شناختی و هم چنین مشکلات جسمی و روان شناختی اولیه که در پرونده گزارش شده بود، بررسی شد. با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، شرایط بیماران و نیز در نظر گرفتن افرادی که مشکلات روان شناختی در پرونده آن ها گزارش شده بود، ۶۰ نفر انتخاب و ابزار پژوهشی بر روی آن ها اجرا شد. سپس با انتخاب افراد دارای نمره بالاتر از میانگین در ابزار پژوهشی و مصاحبه بالینی توسط روان شناس بالینی، ۳۰ نفر از افرادی که از نظر متغیرهای مورد مطالعه مشکل قابل توجه بالینی داشتند و معیارهای ورود به مطالعه را برآورده می کردند، به صورت در دسترس و به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. بعد از توضیح اهداف و شرایط پژوهشی و کسب رضایت کتبی از بیمار و یا سرپرست بیمار، افراد به صورت تصادفی به گروه کنترل و آزمایشی(هر کدام ۱۵ نفر) اختصاص یافتند. اعضاء گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه دو ساعته و یک بار در هفته تحت شناخت درمانی مذهب محور قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات درمانی آزمودنی های هر دو گروه، مجدداً ابزارهای پژوهشی را تکمیل نمودند. داده های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی(مانند میانگین و انحراف معیار) و با تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS vol.19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک-ادینبورگ(WEMWBS): این مقیاس در سال ۲۰۰۷ توسط تنانت و همکاران تدوین گردید و دارای ۱۴ ماده می باشد که در یک طیف ۵ رتبه ای لیکرت(ابداً=۰ تا همه اوقات=۵) تنظیم شده است. کمینه و بیشینه در این مقیاس به ترتیب از ۱۴ تا ۷۰ نمره متغیر است که نمره بالا بیانگر سطح بالاتر بهزیستی روانی می باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برای نمونه دانش آموزی ۸۹ درصد و برای افراد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

جامعه ۹۱ درصد به دست آمده است،(۳۱). کلارک و همکاران،(۳۲)، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۸۷ درصد، پایایی بازآزمایی را ۶۶ درصد و ضرایب همبستگی مقیاس را با سایر مقیاس ها مانند بهزیستی روان شناختی ۵۹ درصد، فرم کوتاه پیوستار سلامت روان ۶۵ درصد و شاخص بهزیستی سازمان بهداشت جهانی ۵۷ درصد نشان داده اند. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس نسخه فارسی بهزیستی ذهنی برای کل مقیاس ۷۸ درصد و برای عامل های اول تا سوم از ۷۵ درصد تا ۵۵ درصد و ضرایب روایی هم زمان این مقیاس با مقیاس های خودکارآمدی عمومی ۱۰ سوالی(رجبی، ۱۳۸۵) ۵۵ درصد و حمایت اجتماعی ۱۲ سوالی(رجبی و هاشمی شیخ شبان، ۱۳۹۰) ۳۴ درصد($P<0.001$) به دست آمده است.(۳۳)

-پرسش نامه سازگاری اجتماعی(SAS): به منظور جمع آوری اطلاعات از مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پی - کل،(۳۴)، استفاده شد. این مقیاس دارای ۵۴ سوال کلی است که عملکرد اجتماعی را در طول یک دوره دو هفته ای مورد بررسی قرار می دهد. مقیاس سازگاری اجتماعی برای سنجش حیطه های عملکرد اجتماعی بیماران افسرده که نسبت به هر دو درمان دارویی یا روان درمانی انفرادی حساسیت دارند ساخته شده است. این مقیاس سازگاری اجتماعی را در هفت حوزه اصلی بررسی می کند: سازگاری در فعالیت های اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی. ریاحی نیا،(۳۵)، در پژوهش خود برای محاسبه اعتبار و پایایی این آزمون از روش همبستگی و آلفای کرونباخ استفاده کرد. نتایج عبارت بود از بالاترین مقادیر اعتبار در سازگاری و اوقات فراغت(۵۰ درصد)، پایین ترین مقادیر در روابط خانودگی(۴۶ درصد)، بالاترین مقادیر پایایی در زمینه سازگاری شغلی(۵۲ درصد) و پایین ترین مقادیر در زمینه اوقات فراغت ۴۱ درصد است.

-پرسش نامه اضطراب مرگ(DAS): این مقیاس توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ معرفی شد. این پرسش نامه ۱۵ سوال با گزینه صحیح و غلط بود که در مورد ۹ آیتم از ۱۵ آیتم به پاسخ صحیح امتیاز یک و در ۶ مورد به انتخاب گزینه نادرست امتیاز یک تعلق می گیرد. جمع امتیازات پرسش نامه در دامنه ۱ تا ۱۵ می باشد که امتیاز بالاتر نشان دهنده اضطراب مرگ بیشتر می باشد. ضریب اعتبار تنصیف مقیاس اضطراب مرگ، ۶۲ درصد و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه معادل ۷۳ درصد به دست آمده است. هم چنین ضریب همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ ۴۰ درصد و با مقیاس اضطراب آشکار ۴۳ درصد محاسبه گردیده است.(۳۶)

محتوای جلسات شناخت درمانی مذهب محور: بیماران گروه آزمایشی با روش شناخت درمانگری مذهب محور به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه دو ساعته با هفته ای یک جلسه مورد درمان قرار گرفتند. جلسه اول: آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح در مورد روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت ها، آموزش تشخیص هیجان های ناخوشایند، رویدادهای برانگیزننده منفی، افکار ناخوشایند، فرم ثبت رویدادها، هیجان ها، افکار منفی به عنوان تکلیف خانگی، محتوای جلسات دوم: مروری بر افکار منفی و چالش با آن ها، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث درباره حل مشکلات و مواجهه صحیح با رویدادها، تقویت صبر و بردباری و توکل به پروردگار، نیایش و تقویت ارتباط مستمر با خالق هستی، محتوای جلسات سوم تا چهارم: مروری کوتاه بر جلسات قبلی و بررسی تکالیف منزل، آموزش فن توجه برگردانی از خود به سوی کائنات و جهان هستی، تقویت امید به بهبودی، فعال سازی رفتار، استناد به آیات قرآن کریم و احادیث در کنار فنون شناختی-رفتاری به منظور به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی، محتوای جلسات پنجم تا ششم: آموزش آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، تجسم ذهنی بر پدیده های مختلف هستی جهت کسب انرژی مثبت و توان مضاعف، بررسی افکار به کمک بیماران و جایگزینی افکار منفی با افکار غیرمنطقی، مروری بر هیجانات و رفتار منطقی و خوشایند به دنبال افکار منطقی، محتوای جلسات هفتم تا هشتم: بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آن ها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود احساس کرده اند، ادامه تکالیف منزل، اطمینان خاطر مشاور به بیماران نسبت به این که با بکارگیری آن چه را که یاد گرفته اند، مشکلی برای آن ها پیش نخواهد آمد. بعد از پایان جلسات درمانی برای گروه آزمایشی به دلیل ابراز علاقه و رعایت اصول اخلاقی جلسات درمانی برای اعضاء گروه کنترل نیز اجرا شد.

یافته های پژوهش

داده های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و با توجه به رعایت پیش فرض های آزمون(یکسانی واریانس ها، تصادفی بودن، فاصله ای بودن و طبیعی بودن توزیع متغیر مورد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

پژوهش) با تحـــلیل کوواریانس و با اســـتفاده از نرم افزار SPSS vol.19 مورد تجـــزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمره های اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی گروه های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	گروه آزمایش				گروه کنترل			
	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب مرگ	۱۱/۱۳	۱/۴۵	۹/۲۶	۱/۳۳	۱۰/۷۳	۱/۸۳	۱۰/۸۰	۱/۶۹
سازگاری اجتماعی	۱۵۰/۰۶	۷/۵۷	۱۴۷/۰۶	۷/۶۸	۱۵۱/۴۶	۹/۱۰	۱۵۱/۰۶	۹/۰۵
بهزیستی ذهنی	۳۰/۴۶	۲/۶۹	۳۱/۹۳	۲/۷۶	۲۹/۰۰	۳/۴۶	۲۸/۸۰	۳/۷۰

در جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای اضطراب اجتماعی، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در هر دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک اندازه گیری شده است.

جهت استفاده از روش تحلیل کواریانس یک راهـــه برای مقایسه میانگین های دو گروه در پس آزمون با حـتذف اثر پیش آزمون، ابتدا پیش فرض های این تحـــلیل آماری بررسی شد. نتایج تحلیل واریانس یک طرفه جـــهت بررســـی هـــمگنی رگرسیون(همگنی شـــیب) برای مـــتغـــیر اضـــطراب مرگ($P>0.131,\ F=2.424$)، ســـازگاری زنـــاشـــویی($P>0.386,\ F=0.775$) و بهزیـــستی ذهـــنی($P>0.186,\ F=1.834$) به دســـت آمد که روابـــط مـــعناداری را نشـــان نمی دهد. بنا بر این، مفروضه همگنی شیب های رگرسیون در این متغیرها وجـــود دارد. و در ادامـــه از آزمـــون لون به مـــنظور بررســـی همـــگنـــی واریانـــس گـــروه ها اســـتفاده شد و از آن جا که مفروضه برابری واریانس دو گروه با آزمون لـــون نیز محـــقق شـــد، از روش تحـــلیل کوواریانـــس جهـــت آزمـــون هـــدف پژوهـــشی استـــفاده شـــد. نـــتایـــج این آزمـــون در جـــداول شـــماره ۲ و ۳ آمـــتده است.

جدول شماره ۲. نتایج آزمون لون مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس ها در دو گروه

متغیرها	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
اضطراب مرگ	۰/۰۴۶	۱	۲۸	۰/۸۳۲
سازگاری اجتماعی	۰/۱۰۹	۱	۲۸	۰/۷۴۳
بهزیستی ذهنی	۱/۳۹	۱	۲۸	۰/۲۵۲

جدول شماره ۳. تحلیل کوواریانس روی میانگین های نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهشی

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	مجذور اتا
اضطراب مرگ	پیش آزمون	۴۶/۴۳۶	۱	۴۶/۴۳۶	۶۶/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
	گروه	۲۵/۱۲۷	۱	۲۵/۱۲۷	۳۵/۹۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	خطا	۱۸/۸۹۷	۲۷	۰/۷۰۰			
	کل	۳۱۰۳/۰۰۰	۳۰				
سازگاری اجتماعی	پیش آزمون	۱۹۲۰/۴۹۶	۱	۱۹۲۰/۴۹۶	۹۷۱/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳
	گروه	۵۰/۹۱۰	۱	۵۰/۹۱۰	۲۵/۷۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
	خطا	۵۳/۳۷۱	۲۷	۱/۹۷۷			
	کل	۶۶۸۷۲۰/۰۰۰	۳۰				
بهزیستی ذهنی	پیش آزمون	۲۶۹/۲۰۰	۱	۲۶۹/۲۰۰	۲۴۱/۲۱۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
	گروه	۱۹/۶۹۲	۱	۱۹/۶۹۲	۱۷/۶۴۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۵
	خطا	۳۰/۱۳۳	۲۷	۱/۱۱۶			
	کل	۲۸۰۳۷/۰۰۰	۳۰				

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

نتایج جدول شماره ۳ نشان می دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در متغیر اضطراب مرگ، تفاوت بین دو گروه کنترل و گروه آزمایش در سطح ۰/۰۰۱ درصد معنی دار است.($P<0.001$, $F_{1,27}=25.127$) پس می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مذهب محور باعث کاهش اضطراب مرگ در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی ۵۷ درصد است، یعنی ۵۷ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است

در ادامه پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در متغیر سازگاری اجتماعی، تفاوت بین دو گروه کنترل و گروه آزمایش در سطح $P<0.001$ معنی دار است.($P<0.001$, $F_{1,27}=25.755$) پس می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مذهب محور باعث بهبودی سازگاری اجتماعی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی ۴۸ درصد است، یعنی ۴۸ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است.

در نهایت جدول شماره ۳ نشان می دهد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در متـــغیر بهزیستی ذهنی، تفاوت بین دو گروه کنترل و گروه آزمایش در سطح $P<0.001$ معنی دار است.($P<0.001$, $F_{1,27}=17.644$) پس می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مذهب محور باعث بهبودی بهزیستی ذهنی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تاثیر این مداخله درمانی بر بهزیستی ذهنی ۳۹ درصد است، یعنی ۳۹ درصد از واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تاثیر مداخله درمانی است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان بود. یافته های پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مذهب محور در کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان موثر می باشد که با مطالعات،(۲۱،۲۲،۲۳،۲۹)، همسو و با مطالعه،(۲۴)، ناهمسو می باشد. هم چنین بر طبق یافته های به دست آمده شناخت درمانی مذهب محور بر بهبود سازگاری اجتماعی بیماران سرطانی موثر می باشد که با مطالعات،(۳۱-۲۹)، همسو می باشد. در نهایت یافته های پژوهش حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر ارتقاء بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان بود که با مطالعه،(۲۶،۲۷)، همسو می باشد. بنا بر این پژوهش حاضر حاکی از اثربخش بودن شناخت درمانی مذهب محور بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان می باشد.

در طی دو دهه اخیر، مداخلات مذهبی توسط تعداد کثیری از متخصصان برجسته روان شناسی بالینی در درمان بیماران مبتلا به سرطان به کار گرفته شده است،(۳۷). مهم ترین عامل مربوط به تأثیر مذهب در بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری قرار دارد. مقابله مذهبی متکی بر باورها و فعالیت های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس های هیجانی و افسردگی به افراد کمک می کند. مذهب با هدف قرار دادن باورهای فرد، به فرد کمک می کند تا وقایع منفی را به شیوه ای جدید ارزیابی نموده و حس قوی تری از کنترل بر واقعه داشته باشد و آستانه توانایی و شکیبایی آن ها افزایش یافته و به لحاظ شناختی سبب افزایش انطباق و قابلیت سازگاری در این افراد می شود،(۳۸). در واقع مذهب عبارت است از: حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی،(۳۹). این تعریف پایه مذهب است که به بیماران کمک می کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست رفته ها تمرکز نکنند بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه زندگی تحت تاثیر مذهب در هر شرایطی معنادار است. به بیانی دیگر تکیه بر باورهای مذهبی، هستی را برای فرد با معنی کرده و توجه بیمار را به وظایفی که در قبال زندگی دارد جلب کرده و احساس مسئولیت وی را به انجام رساندن آن وظایف بیدار می کند. معناداری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم بخش سلامت روان هستند پس چنان چه زندگی هدفمند و معنادار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا هم چون فشارهای شدید و بیماری های مرگ آور در این مسیر معنا یابد. افراد و گروه هایی از محققان در سراسر جهان درباره تأثیر ایمان به خدا، مذهب و محیط های مذهبی و آداب و رسوم دینی در سلامت روانی افراد، بهداشت روانی جامعه و ایجاد آرامش، به نتایج مثبت و قابل توجهی دست یافته و تقریباً تمامی این تحقیقات بر این موضوع اتفاق نظر دارند که در محیط های مذهبی و جوامعی که ایمان مذهبی آن ها بیشتر است، میزان اضطراب و به خصوص ترس از مرگ به طور محسوسی کمتر از میزان آن در محیط ها و جوامع غیرمذهبی است و چون افراد مذهبی زندگی را معنادارتر می

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

یابند و امید به زندگی نزد آنان بیشتر است پس اضطراب مرگ آنان کمتر است.

علاوه بر تاثیر مثبت مداخلات مذهبی بر اضطراب مرگ، این مداخلات سازگاری روانی-اجتماعی و بهزیستی را نیز در میان بیماران مبتلا به سرطان بهبود می بخشد. مطالعات نشان داده است که بین دینداری درونی با سازگاری هیجانی، اجتماعی و سلامت روان شناختی رابطه ای مثبت و معنادار وجود دارد. به این معنا که افراد دارای جهت گیری مذهبی درونی، دارای افسردگی، اضطراب، شرمندگی و احساس گناه پایین و بهزیستی، سلامت روانی بالا، نگرش های فرا اجتماعی، اتکا به خداوند و منابع معنوی در هنگام بیماری و مرگ هستند که باعث احساس کنترل و تسلط بیشتر بر شرایط می گردد و در نتیجه باعث سازگاری اجتماعی مطلوب می گردد،(۴۰). به طور کلی مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس های هیجانی به افراد کمک می کند. احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل زای زندگی، برخورداری از حمایت های اجتماعی، حمایت روحانی و... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن ها می توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را تحمل کنند. به عقیده شلودرمن،(۴۱)، تعهد مذهبی نگرش های فرا اجتماعی را توسعه می دهد و نگرش های فرا اجتماعی نیز به نوبه خود سازگاری اجتماعی را توسعه می دهد مثلاً از طریق تأثیر بر نهادهای اجتماعی نظیر خانواده، مدرسه و محل کار باعث بهبود سازگاری اجتماعی می گردد.

بنا بر این پژوهش حاضر در مجموع نشان دهنده اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر کاهش اضطراب مرگ و بهبود سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی بود که با نتایج پژوهش های انجام شده همسو می باشد. با توجه به رنجی که بیماران مبتلا به سرطان می کشند نباید فقط از درمان های متداول شناختی-رفتاری استفاده کرد بلکه برای درمان مشکلات روان شناختی متعددی که این بیماران دارند، می توان از رویکردهای درمانی مکمل مانند شناخت درمانی توام با رویکرد دینی استفاده کرد تا تغییرات مورد نظر در درمان این بیماران حاصل شود به ویژه که در جامعه ایرانی مذهب جایگاه بسیار مهمی دارد که از این نکته در درمان بیماران مبتلا به سرطان می توان کمال استفاده را نمود. ذکر این نکته نیز ضروری است، علی رغم این که مذهب در دهه های اخیر توجه روز افزونی را از سوی مجامع پژوهشی و بالینی به خود جلب نموده است اما داده های آزمایشی که از تاثیر این نوع مداخلات حمایت کند اندک است. بنا بر این پژوهشگران می توانند به بررسی تاثیر مداخلات متمرکز بر مذهب بر دیگر متغیرهای روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان را مورد مطالعه قرار دهند تا به گسترش دامنه این مطالعات کمک شود. هر طرح پژوهشی دارای محدودیت های ویژه ای است. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر نمونه گیری در دسترس و نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکلات خاص بیماران بود که پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این نکات در نظر گرفته شود تا نتایج پربارتری به دست آید.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسئولین محترم موسسه خیریه حمایت از بیماران سرطانی آرزو و هم چنین بیماران عزیزی که در به انجام رساندن این طرح تحقیقی همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

References

1. Family Planning Association IRI. [Cancer]. Tehran: 2000. (Persian)
2.Hasanpur DA. [Quality of life related factor in cancer patients]. Behbood 2006; 10: 110-9. (Persian)
3.Vedat I, perinan G, Seref K, Anmet O, Fikert A. The relationship between diease features and quality of life in patient with cancer. Canc Nurs 2001; 24: 490-5.
4.Lehto RH, Stein KF. Death anxiety: an analysis of an evolving concept. Res Theor Nurs Pract 2009; 23: 23-8.
5.Moorehad S, Maas M, Johnson M. Nursing outcomes classification (NOC). St Louis, MO: Mosby; 2003.P. 225-30.
6.Emanuel EJ, Fairclough DL, Wolfe P, Emanuel LL. Talking with terminally ill patients andtheircaregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful? Arch Intern Med 2004; 164: 1999-5.
7.Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. J Assoc Nurses AIDS Care 2010; 21: 99-13.
8.Shain MT, Kevin RB, Huihua l, Eng Choon LL, Krishna LK. Depression and anxiety in cancer patients in a tertiary general hospital in Singapore. Asia J Psychiatr 2013; 5: 113-10.
9.Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. Lancet Oncol 2013; 14: 721-11.
10.Cohen L, Warnek C, Rachel Fouladi R, Chaoul-Reich A. Psychological adjustment and sleep quality randomized of the effects of atibet a yoga intervention in patients with lymphoma. Am canc soc 2004; 100: 2253-6.
11.Mosher C, Danoff-Burg SH. A review of age differences in psychological adjustment to Breeastcancer. J Psychosoc Oncol 2005; 23:101-13.
12.Weissman, MM. The assessment of Social adjustment. Arch Gen Psychiatr 1975; 32: 125-36.
13.Paterson C, Jones M, Rattray J, Lauder W. Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature. Eur J Oncol Nurs 2013; 17: 750-9.
14.Monteiro S, Torres A, Morgadinho R, Pereira A. Psychosocial outcomes in young adults with cancer: emotional distress, quality of life and personal growth. Eur J Oncol Nurs 2013; 27: 299-6.
15.Ryff C, Singer B, Love G. Positive health: Connecting well-being with biology. Phil Trans Roy Soc and Biol Sci 2004; 359: 1383-11.
16.Cathy L, Campbell L, Campbell C. Psychosocial Interventions for Cancer Pain. Patient Educ Counsel 2012; 89: 15-9.
17.Lien K, Zeng L, Zhang L, Nguyen J, Giovanni JD, Popovic M, Jamani R et al. Predictive factors for well-being in adanced cancer patients referres for palliative radiotherapy. Clin Oncol 2012; 24: 443-8.
18.William Li, Violeta L, Chung O, Yan H, Chiu S. The impact of cancer on the physical, psychological and social well-being of childhood. Cancer Surviv 2013; 17: 214-5.
19.Lambert NM, Dollahite DC. The Threefold Cord: Marital commitment in Religious Couples. J Fam Issues 2008; 29: 592-22.
20.Thuné-Boyle I, Stygall J, Keshtgar M, Newman S. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. Soc Sci Med 2006; 63: 151-13.
21.Wachholtz A, Pargament K. Is Spirituality a Critical Ingredient of Meditation? Comparing the Effects of Spiritual Meditation, Secular Meditation, and Relaxation on Spiritual, Psychological, Cardiac, and Pain Outcomes. J Behav Med 2005; 28: 369-16.
22.Al-Sabwah MN, Abdel-Khalek AM. Religiosity and death distress in Arabic college students. Death Stud 2006; 30: 365-

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

75.
23.Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. Death Stud 2002; 26: 39-11.
24.Arnold PyneD. A model of religion and death. J Soc Econ 2010; 39: 46-54.
25.Aliakbaridehkordi M, Oraki M, Irani Z, Kiarad S. [The examination of relationship between religious orientation with self-alienation depression and death anxiety in students of payame nor university]. Islamic Uni J 2012; 49: 165-80. (Persian)
26.Karekla M, Constantinou M. religious coping and cancer: proposing an acceptance andcommitment therapy approach. Cognit Behav Pract 2010; 17: 371-10.
27.Reynolds N, Mrug S, Guion K. Spiritual coping and psychological adjustment of adolescents with chronic illness: the role of cognitive attributes, age and disease group. J Adolesc Health 2013; 52: 559-6.
28.Hamid N, Ahmadian A, Akbari Shaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. Hormozgan Med J 2011; 3:213-21. (Persian)
29.Schnoll RA, Harlow LL, Brower L. Spirituality, Demographic and Disease Factors, and Adjustment to Cancer. Canc Pract 2000; 8: 298-5.
30.Livneh H, Erin M, Todd B. Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Preliminary Study of its Factorial Structure. J Clin Psychol Med Set 2004; 13: 250-5.
31.Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S etal. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK valida-tion. Health Qual Life Outcome 2007; 5:241-6.
32.Clarke A, Friede T, Putz R, Ashdown J, Martin S, Blake A etal. Warwick-Edi-
Winnipeg, M.B, Department of Psychology, University of Manitoba; 2000.
nburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland. A mixed methods assessment. Publ Health 2011; 11: 487-94.
33.Rajabi G. Validity and reliability of the persian version of the mental well-being scale in cancer patients. Health Psychol 2013; 1: 331-82.
34.Weissman MN, paykel ES. The depressed woman:a study of social relationship. chicago: University of Chicago press; 1974.
35.Riahi Nia A. [The comparison of social adjustment and mental health of male and female married nurses and staff in Ahvaz city]. J Islamic Azad Uni 2001;5:432-7. (Persian)
36.Rajabi G, Bohrani M. [Factorial analysis of death anxiety scale]. Psyche J 2001; 4: 331-13. (Persian)
37.Richards SP, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. USA: American Psychological Association; 2005.
38.Simoni JM, Marton MG, Kerwin J. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. J Counsel Psychol 2002; 49: 139-8.
39.Miller G. Incorporating Spirituality in Counseling and Psychotherapy: Theory and Technique. New Jersey: Willey & Sons; 2003.
40.Richards PS. Religious devoutness in college students: Relations with emotional, and social adjustment and psychological well-being. J Counsel Psychol 1991; 38: 189-10.
41.Schludermann EH, Schludermann SM. Adjustment Scale, Technical report

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]

Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Religious Believes on Death Anxiety, Social Adjustment and Subjective Well-being in the Cancer Patients

Jani S[1], Molaee M[2], Jangi-Gojebiglou S[3], Pouresmali A[4]*

(Recived: 24 December, 2013 Accepted: 18 May, 2014)

Abstract

Introduction: Considering the importance of spiritual interventions in the treatment of mental problems, the aim of this research was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on religious beliefs on death anxiety, social adjustment and mental well-being in cancer patients.

Materials & Methods: This research was a semi-experimental study with pre/post test and a control group design. 30 cancer patients were selected through convenient sampling method as the sample group in Arezo Charity Institution in Parsabade Mogan city (N=300). The instruments used in this research were Mental Well-being and Social Adjustment and Death Anxiety Scales. The participants in the experimental group were under cognitive therapy based on religious beliefs for 8 sessions each lasting 2 hours. For statistical examination, the analysis of covariance (MANCOVA) was used.

Findings: Results showed that there was a significant difference between the mean score of pre-test and post-test of both experimental and control groups.The cognitive therapy based on religious beliefs decreased death anxiety scores and also increased the scores of social adjustment and mental well-being in the experimental group rather than the control group.

Discussion & Conclusion: Due to the efficacy of cognitive therapy based on religious believes in cancer patients, we can benefit this method as a complementary therapy beside medical treatments and therefore use it to improve the mentioned psychological problems in these patients.

Keywords: Cancer, death anxiety, cognitive therapy based on religious believes, social adjustment, subjective well-being

1.Dept of Counseling, Parsabad Moghan Branch, Islamic Azad University, Parsabad, Iran
2.Dept of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, University of Tehran, Iran
3.Dept of Psychology, Payam-E- Noor University, Tehran, Iran
4.Dept of General Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
** Corresponding author*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-10]