مقایسه تاثیر دو برنامه مداخله ای شناخت درمانی گروهی و معنویت محور گروهی مبتنی بر دیدگاه اسلام در طب تسکینی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان

عبادالله مرادی ذلانی*[۱]، مسعود آذربایجانی[۱]، حمیدرضا حسن‌آبادی[۲]، مهدی احمدی فراز[۳]

۱) پژوهشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، گروه روان شناسی، قم، ایران

۲) دانشکده روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳) مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۲ **تاریخ پذیرش:۹۹/۰۵/۰۴**

چکیده

مقدمه: پژوهش ها درباره اثر مداخله های معنوی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در جمعیت بیماران مبتلا به سرطان پستان کافی نبوده و به یافته های متناقض منتهی شده است. این مطالعه به منظور مقایسه تاثیر مداخله معنویت محور مبتنی بر دیدگاه اسلام در طب تسکینی با شناخت درمانی گروهی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است.

مواد و روش ها: ۲۶ زن مسلمان ۵۸-۳۶ ساله مبتلا به سرطان پستان در یک طرح پیش آزمون، (میان آزمون)، پس آزمون، پی گیری با گروه کنترل در مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء اصفهان و بخش انکولوژی بیمارستان شهید مصطفی خمینی ایلام در سال ۱۳۹۷ در این مطالعه شرکت کردند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه هفتگی درمان معنویت محور مبتنی بر دیدگاه اسلام و گروه کنترل نیز هم زمان همین تعداد جلسه شناخت درمانی گروهی مبتنی بر مدل فری به مثابه درمان معیار دریافت کرد. از پرسش نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان(QoL-BC56) و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی(HADS) برای گردآوری داده ها استفاده شد و داده ها با تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر تحلیل گردید.

یافته های پژوهش: تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر نشان داد که مداخله معنویت محور اسلامی به تغییرات معنادار آماری در کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی منجر نشده است؛ اما از چشم انداز معناداری بالینی در نمره های اضطراب در هر دو گروه پیشرفت مشاهده شد، بدین معنی که ۶۱/۵۳ درصد شرکت کنندگان دو گروه کاهش معنی دار نمره های اضطراب را نشان دادند. بر حسب نسبت بهبود بیماران در افسردگی، شناخت درمانی گروهی به صورت آشکاری موثرتر از درمان معنویت محور بود(میزان بهبود بیماران ۷۶/۴۲ درصد در برابر ۵۳/۴۸ درصد بود).

بحث و نتیجه گیری: بر اساس یافته ها، مداخله معنویت محور از نظر معناداری بالینی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی بیماران شده است؛ اما کیفیت زندگی آنان را ارتقاء نبخشیده است.

واژه های کلیدی: مداخله مبتنی بر معنویت اسلامی، شناخت درمانی گروهی، سرطان پستان، کیفیت زندگی، اضطراب، افسردگی، طب تسکینی

* نویسنده مسئول: پژوهشکده علوم رفتاری، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، گروه روان شناسی، قم، ایران

Email: h5002ry@gmail.com

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

مقدمه

پژوهشگرانی که سرطان پستان را مطالعه می کنند در خلال سال های دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ پیشگام بررسی تاثیر معنویت بر حوزه مطالعات زیستی-پزشکی این بیماری بودند؛ در همین حال مجموعه چشمگیری از پژوهش های منتشر شده در ۴۰ سال گذشته نشان دهنده رابطه مثبت مذهب و سلامت است(۱،۲).

در چارچوب چنین رویکردی، زمینه یابی های انجام شده نشان می دهد که بخش چشمگیری از جمعیت جهان دارای باورها و اعتقادات مذهبی هستند و اعمال مذهبی را انجام می دهند. نمونه آن یک زمینه یابی جهانی بر روی جمعیت های ۱۴۳ کشور(n =140000) بود که در آن معلوم شد در ۳۲ کشور توسعه یافته، برای ۹۲ درصد مردم، مذهب بخش مهمی از زندگی تلقی می شد(۳). شواهد زیادی نشان می دهد که مقابله مذهبی یا معنوی می تواند بر سازگاری روان شناختی، اجتماعی و جسمانی افراد در موقعیت های بحرانی اثر بگذارد؛ اما اغلب این مطالعات در کشورهایی صورت گرفته است که فرهنگ مسلط در آن ها یهودی-مسیحی بوده است؛ و در باره کاربرد روش های مقابله مذهبی-معنوی در جمعیت های غیریهودی-مسیحی به ویژه مسلمانان اطلاعات اندکی در دست است(۴).

از سوی دیگر پژوهشگرانی در شرق آسیا نظیر چیو(۵) از چشم انداز بسیار گسترده تری به مقابله معنوی نگریسته اند. وی در بررسی خود بر روی مهاجران چینی مبتلا به سرطان پستان ساکن ایالات متحده دریافت که روابط خانوادگی، ارزش های ملی-فرهنگی، مذهب، درمان های بدیل(مثل ورزش، مراقبه، استفاده از گیاهان دارویی و برخی برنامه های غذایی در کنار استفاده از طبیعت)، فعالیت‌های خلاق(آثار هنری و نوشتاری) و گروه های حمایتی(نظیر انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان پستان) از عواملی است که به فرد نیروی معنوی می بخشد.

اما مولفانی مثل کومینگز و پارگامنت(۶) در برداشتی مخالف، به چنین دیدگاه هایی روی خوش نشان نداده اند و می گویند، مقابله مذهبی همواره با پیامدهای سلامت ارتباط مثبت ندارد. آن ها اظهار می دارند که بسیاری از مطالعات برای مقابله مذهبی به مثابه پیش بینی کننده سلامت، حمایت محدودی به دست آورده اند یا چنین حمایتی را کسب نکرده اند و مدعی اند که مثلاً در مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب و بیماری های تهدیدکننده زندگی، معیارهای مختلف مقابله مذهبی با کیفیت زندگی و پیامدهای جسمی ارتباطی نداشته است. این محققان گفته اند، حتی بررسی های دیگر دریافته اند که مقابله مذهبی با پیامدهای منفی، نظیر کنترل ضعیف گلیسمیک در بیماران مبتلا به دیابت ارتباط داشته است.

از چشم انداز الگوهای مقابله مبتنی بر معنویت، پیرس، افلاکسیر و کولمان در دو دوره زمانی و جدا از هم، از دو نوع الگوی مقابله مذهبی سخن به میان آورده اند. این محققان دو گونه الگوی مقابله مثبت و منفی را شناسایی کردند که تلویحات بالقوه مهمی برای سلامت دارند. آن ها اظهار داشته اند که روش های الگوی مقابله مذهبی مثبت تجلی معنای معنویت و رابطه‌ی ایمن با خداوند، اعتقادی را مطرح می کند که مشخصه آن این است که باید معنا را در زندگی پیدا کرد و با دیگران پیوند معنوی داشته باشند. این مسئله با پیامدهای مثبت از جمله عزت نفس بالا، کیفیت بهتر زندگی، سازگاری روان شناختی و رشد معنوی وابسته به استرس ارتباط دارد. برعکس مقابله منفی(از قبیل روی گردانی از دین) تجلی رابطه کمتر ایمن با خداوند است که به دیدگاهی بدبینانه در مورد جهان و تعارض های مذهبی درباره معنا اشاره دارد و با پیامدهای منفی از جمله افسردگی، پریشانی هیجانی، و کیفیت پایین زندگی و ضعف در مسئله گشایی ارتباط دارد(۶،۷). در چنین بافتاری است که هبرت و همکاران(۸) نیز اعلام کردند که روش های مقابله منفی در زنان مبتلا به سرطان پستان، سلامت روانی پایین‌تر و رضایت کمتر از زندگی را پیش بینی کرده است. در عین حال برخی مولفان مخالف به کارگیری روش های مقابله مبتنی بر معنویت هستند، از جمله آن ها پوچالسکی و همکاران(۹) هستند که می گویند باورهای معنوی و مذهبی می تواند از راه ایجاد پریشانی هیجانی، بیماری را وخیم تر سازد.کومینگز و پارگامنت(۶) می گویند یک اتهام عمومی به مذهب آن بوده است که مذهب افراد را از مقابله فعالانه با استرسورها باز می دارد؛ زیرا چشم به راه دخالت نیروهای

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

ماورا طبیعی هستند که امکان دارد هرگز صورت مادی به خود نگیرد. یا در جهت گیری دیگری لوونتال(۱۰) به جنبه های مذهبی مقابله که با سلامت روان بهتر همراه بوده است، اشاره می کند. این جنبه ها عبارتند از: ۱- اعتقاد به عدالت و خیرخواهی خداوند، ۲-خداوند را به عنوان حمایت کننده تجربه کردن ۳-انجام آیین های مذهبی، ۴-جستجوی حمایت از راه مذهب. کوتاه سخن این که در این حوزه دیدگاه ها، یافته ها و تبیین های متناقض فراوان است.

بر طبق اطلاعات انجمن سرطان امریکا، سالانه ۳/۱ میلیون زن در جهان مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می شوند که حدود ۴۶۵ هزار نفر از این بیماران نیز سالانه جان خود را از دست می دهند(۱۱). از نظر شیوع اختلال های هیجانی، در مطالعه ای بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان در کرمان، رمضانی، شیوع ۴۰ درصدی افسردگی را گـــزارش کرد و در یک مطالعه آینده نگر منتظری و همکاران دریافتند که ۴۸ درصد بیماران مبتلا به سرطان پستان سطوح شدیدی از اضطراب را تجربه می کردند(۱۲،۱۳).

پژوهش نشان داده است آن چه بر سلامت معنوی بیماران ایرانی مبتلا به سرطان تاثیر زیادی دارد اطلاع یافتن از پیش آگهی بیماری است نه تشخیص سرطان به خودی خود؛ و البته پیش آگهی ضعیف به کاهش سلامت معنوی نیز منجر خواهد شد(۱۴).

سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را به مثابه ادراک فردی از زندگی، ارزش ها، اهداف، معیارها و علائق در چارچوب فرهنگ تعریف کرده است. در عین حال توجه به این نکته ضروری است که اکنون به کیفیت زندگی به صـــورت روزافـــزونی به عنوان معیاری برای اندازه گیری مطالعات اولیه پیامدی به منظور ارزیابی تاثیر درمان نگریسته می شود(۱۵).

مواد و روش ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی در چارچوب طرح پیش آزمون-(میان آزمون درباره HADS)-پس آزمون- پی گیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء در اصفهان و بخش انکولوژی بیمارستان شهید مصطفی خمینی ایلام در سال ۹۷-۱۳۹۶ بود که دست کم یک سال از قطـــعی شدن تشخیص بیماری آن ها سپری شده بود و در دامنه ۵۸-۳۶ سال قرار داشتند. از میان مراجعان دو مرکز بالا، سرانجام ۲۶ بیمار با توجه به معیارهای ورود و خروج به شیوه نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و به صورت تصادفی نیز در گروه آزمایش(n=13) و کنترل(n =13) جایگزین شدند. در فرآیند اجرای پژوهش، پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی ایلام و پژوهشگاه حوزه و دانشگاه در اصفهان، بر اساس فهرست اطلاعات بیماران، به صورت تصادفی با بیماران مبتلا به سرطان پستان تماس تلفنی گرفته می شد و از آن ها برای حضور در مرکز آلاء و انجام مصاحبه اولیه دعوت به عمل می آمد.

این فرآیند در مرکز آموزشی درمانی شهید مصطفی خمینی ایلام با مراجعه حضوری مکرر پژوهشگر به بخش انکولوژی تا کامل شدن نمونه مورد نظر با همان شرایط مرکز آلاء ادامه یافت. سپس بر اساس معیارهای ورود و خروج و مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-5، در هر دو مرکز آلاء اصفهان و بیمارستان شهید مصطفی خمینی ایلام نمونه ها انتخاب شدند.

افراد گروه آزمایش، پس از امضای فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ مداخله گروهی معنویت محور مبتنی بر دیدگاه اسلام را در ۸ جلسه هفتگی دریافت کردند و اعضای گروه کنترل نیز پس از امضای فرم رضایت آگاهانه؛ ۸ جلسه هفتگی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد مایکل فری M. Free را تجربه نمودند. با توجه به این که پژوهش حاضر در زمره مطالعات مقایسه ای است، به منظور رفع مشکلات اخلاقی، از گروه کنترل بدون دریافت مداخله یا فهرست انتظار استفاده نگردید. جلسه های مداخله در اصفهان در مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء و با حضور استاد ناظر مداخله معنویت محور و در ایلام در مرکز مشاوره خانواده آموزش و پرورش استان ایلام برگزار گردید.

ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: زن بودن و ابتلا به سرطان پستان، پیرو دین اسلام بودن(به دلیل آن که یکی از سطوح مداخله مبتنی بر آموزه های اسلام بود)، سواد حداقل خواندن و نوشتن، توانایی تکلم به زبان فارسی، رضایت جهت حضور فعال و همکاری در

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

جلسه ها، قرار داشتن در دامنه ۶۰-۳۵ سال. ملاک های خروج شامل سوء مصرف مواد در زمان مداخله، داشتن بدخیمی دیـــگر علاوه بر کارسینوم پستان، ابتلا به اختلال های جدی روان پزشکی و عدم توافق با پروتکل درمانی.

پرسش نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان(Qol-BC56): چارچوب اصلی این پرسش نامه را پژوهشگران مرکز ملی سرطان شهر هوپ(Hope) در ایالت کالیفرنیای ایالات متحده به منظور بررسی کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تدوین کردند. نسخه فارسی آن حاوی ۵۶ ماده در چهار حوزه وضعیت عمومی (سلامت جسمی و روانی)، فعالیت جسمی، وضعیت اجتماعی-عملکرد شغلی و وضعیت خواب است. این پرسش نامه بر اساس طیف لیکرت ۵ بخشی نمره گذاری می شود(۱۶). به منظور بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه، محققان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و استادان بیماری های زنان دانشگاه علوم پزشکی تهران و محققان دانشگاه تربیت مدرس در مطالعه ای بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران، ضریب پایایی ۹۰/۰ را برای آن گزارش کردند(۱۶،۱۷).

مقیاس بالینی اضطراب و افسردگی(HADS): پرسش نامه ای است که زیگموند و اسنیز آن را در سال ۱۹۸۳ معرفی کردند(۱۸) HADS ابزاری ساده است که تکمیل آن تنها ۵-۲ دقیقه وقت می گیرد و از این رو در بیماران صعب العلاج پذیرفتنی است(۱۹). HADS حاوی چهارده عبارت است. نمره گذاری هر عبارت به صورت ۰ تا ۳ است. مطالعات بسیاری نشان دهنده پایایی و اعتبار مناسب آن است. ضریب پایایی همسانی درونی HADSa ۸۰/۰ و برای HADSd ۷۹/۰ گزارش شده است(۱۹). در ایران در مطالعه ای بر روی ۱۶۷ بیمار مبتلا به سرطان پستان ضریب آلفای کرونباخ برای HADSa ۸۷/۰ و برای HADSd ۸۶/۰ اعلام شد(۲۰).

پروتکل مداخله معنویت محور گروهی مبتنی بر دیدگاه اسلام: به منظور طراحی این پروتکل به قرآن کریم و نرم افزارهای قرآنی مراجعه شد و آیات مرتبط با موضوع جلسه های مداخله استخراج گردید. برای درک دقیق تر آیات اســـتخراج شـــده از تفسیر المیزان، نهج البلاغه، احیاء علوم دین امام محمد غزالی، جامع السعادات، اصول کافی و الرساله العلیه فی الاحادیث النبویه نیز استفاده گردید. اعتبار محتوایی فرم اولیّه پروتکل را ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی گروه الهیات و معارف اسلامی دانشگاه های ایلام، علوم پزشکی ایلام و دانشکده علوم قرآنی ایلام ارزیابی کردند و میانگین ضریب اعتبار ۸ جلسه پیشنهادی مداخله CVR = 83/0 به دست آمد و از این رو نشان داده شد که این پروتکل ابزاری مناسب برای هدف مزبور است(جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱. محتوای دستورالعمل جلسه های مداخله‌ی مبتنی بر معنویت اسلامی

جلسه	محتوا
یکم	مرور کارهای پیش از شروع مداخله، تکمیل پرسش نامه ها(پیش آزمون)، ... تکلیف خانگی
دوم	قدرت مطلق خداوند، بیان تعدادی از آیات مربوط به قدرت الهی و بحث گروهی... تکلیف خانگی
سوم	معنویت اسلامی، بیان تعدادی از آیات مربوط و بحث گروهی، تکلیف خانگی، تکمیل HADS (میان آزمون)
چهارم	توکل، بیان تعدادی از آیات مربوط به توکل، بحث گروهی، تکلیف خانگی
پنجم	ابتلا، بیان تعدادی از آیات مربوط به ابتلا و امتحان، بحث گروهی، تکلیف خانگی
ششم	صبر، بیان تعدادی از آیات مربوط به صبر، بحث گروهی، تکلیف خانگی
هفتم	رجا، بیان تعدادی از آیات مربوط به رجا و امیدواری، بحث گروهی، تکلیف خانگی
هشتم	جمع بندی، نتیجه گیری، چگونگی حفظ دستاوردها، پس آزمون، تعیین زمان پیگیری، اختتام

یافته های پژوهش

نتایج بخش توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه آزمایش ۴۶/۰۸±۷/۶۹ و در گروه کنترل ۴۷/۰۸±۵/۲۷، میانگین و انحراف معیار سال های تحصیل در گروه آزمایش ۱۰/۶۱±۲/۸۷ و در گروه کنترل ۹/۹۲±۴/۵۷ و میانگین

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

و انحراف معیار سال های سپری شده از تشخیص بیماری در گروه آزمایش ۱/۷۱±۲/۵۳ و در گروه کنترل ۱/۴۴±۳/۳۸ بود.

نتایج تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر نشان داد که اثر مداخله معنویت محور گروهی بر افزایش نمره مقیاس کلی کیفیت زندگی بیماران(QoL56BC) از نظر آماری معنادار نبوده است. پایداری در طی زمان، پایداری با توجه به نمره های اولیه و پایداری نمره ها در هر دو گروه معنادار نبوده است. این بدان معنا است که تغییر نمره ها از پس آزمون به پیگیری معنادار نبوده و این تغییر در هر دو گروه تفاوت نداشته است(جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر بر سه بار اندازه گیری مقیاس کلی کیفیت زندگی بیماران

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	14278/620	1	14278/620	15/501	۰/001	۰/403
مداخله	1818/402	1	1818/402	1/974	۰/173	۰/079
خطای بین گروهی	21185/918	23	921/127			
زمان	285/096	1/000	285/096	1/442	۰/242	۰/059
زمان× پیش آزمون	153/288	1/000	153/288	۰/775	۰/388	۰/033
زمان×گروه	9/134	1/000	9/134	۰/046	۰/832	۰/002
خطای درون گروهی	4547/712	23/000	197/727			

نتایج تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر نشان داد که مداخله معنویت محور گروهی، نمره های خرده مقیاس اضطراب HADSa را لحاظ آماری به صورت معناداری کاهش نداده است(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل کوواریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر بر چهار بار اندازه گیری خرده مقیاس اضطراب مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	183/016	1	183/016	8/494	۰/008	۰/27
مداخله	17/237	1	17/237	8/000	۰/380	۰/034
خطای بین گروهی	459/599	23	21/548			
زمان	14/423	1/423	10/134	۰/863	۰/036	۰/165
زمان× پیش آزمون	37/616	1/423	26/423	2/252	۰/089	۰/361
زمان×گروه	۰/990	1/423	۰/696	۰/059	۰/059	۰/057
خطای درون گروهی	384/23	32/732	11/739			

نتایج تحلیل کوواریانس اندازه گیری های مکرر نشان داد که مداخله معنویت محور گروهی مبتنی بر دیدگاه اسلام بر کاهش نمره های خرده مقیاس افسردگی(HADSd) تاثیر معناداری نداشته است(جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با اندازه گیری های مکرر بر چهار بار اندازه گیری خرده مقیاس افسردگی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	P	η^2
پیش آزمون	570/680	1	570/680	33/203	۰/000	۰/59
مداخله	15/733	1	15/773	۰/918	۰/348	۰/038
خطای بین گروهی	395/320	23	17/188			
زمان	۰/388	1/578	۰/246	۰/014	۰/970	۰/001
زمان× پیش آزمون	31/029	1/578	19/667	1/100	۰/331	۰/046
زمان×گروه	40/92	1/578	25/938	1/451	۰/246	۰/059
خطای درون گروهی	648/509	36/287	17/871			

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

اما علاوه بر معناداری آماری، توجه به یافته ها از زاویه ملاک های دیگر لازم و جالب است. یکی از ملاک های ارزیابی نتایج درمان های روان شناختی که کازدین(۲۱) آن را پیشنهاد کرده است «درصد بهبود درمانجویان» است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ۶۱/۵۳ درصد بیماران تحت هر دو مداخله بهبود چشمگیری را از نظر کاهش اضطراب کسب کرده بودند؛ اما در افسردگی میزان بهبود بیماران تحت مداخله معنویت محور گروهی ۵۳/۴۸ درصد و در بیماران تحت شناخت درمانی گروهی ۷۳/۹۲ درصد بود؛ این میزان های بهبود بالاتر از ۵۰ درصد، به عنوان موفقیت آمیز بودن درمان شناخته می شود(۲۲).از آن جا که بهبود در نمره مقیاس کلی کیفیت زندگی کمتر از ۲۵ درصد بود مداخله معنویت محور(و هم چنین شناخت درمانی گروهی) را باید مقرون به شکست تلقی کرد.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش به منظور تعیین تاثیر مداخله معنویت محور مبتنی بر دیدگاه اسلام در طب تسکینی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و مقایسه آن با تاثیر شناخت درمانی گروهی، انجام شد. یافته ها نشان داد که مداخله معنویت محور بر سه متغیر مزبور تاثیر معنادار آماری نداشته است. تا آن جا که نگارندگان اطلاع دارند بخش عمده ای از مطالعاتی که در ایران انجام شده است، معنادار بودن مداخله های معنوی یا مذهبی را گزارش کرده اند(۲۳،۲۴)؛ اما در پرتو معناداری بالینی، یافته های جالبی به دست آمد: ۶۱/۵۳ درصد بیماران تحت هر دو مداخله، بهبود چشمگیری در اضطراب نشان دادند؛ در افسردگی نسبت بهبود در گروه تحت شناخت درمانی بالاتر بود(۷۶/۹۲ درصد در برابر ۵۳/۴۸ درصد).از این رو اتکاء صرف بر معناداری آماری و غفلت از دیگر ملاک ها می تواند به درکی نادرست از تاثیر مداخله های روان شناختی بینجامد، زیرا مثلاً اگر نمونه مورد نظر به اندازه کافی بزرگ باشد، هر نوع تاثیری از نظر آماری معنادار خواهد شد، بنا بر این نتیجه ای ممکن است از نظر آماری معنادار باشد؛ اما از نظر عملی پیش پا افتاده باشد. مثلاً، در آزمون یک درمان جدید برای افسردگی، تفاوت متوسط دو امتیاز در پرسش نامه افسردگی بک میان گروه آزمایش و گروه کنترل ممکن است در یک نمونه بزرگ به معناداری آماری برسد، اما هر دو گروه هم چنان به افسردگی شدید مبتلا باشند، چنین نتیجه ای از نظر بالینی نامربوط تلقی خواهد شد(۲۵). در کیفیت زندگی هر دو مداخله موفقیتی به دست نیاوردند. با توجه به این یافته ها مطالبی قابل طرح است: نخست این که بیماری های تهدیدکننده زندگی نظیر سرطان ها می توانند ساختارهای بنیادین نظیر طرحواره های حوزه خودگردانی یا جدایی–طرد را فعال سازند. صرف نظر از تروماتیک بودن تشخیص سرطان، ماهیت تقریباً درمان ناپذیر و احتمال متاستازهای بعدی، این بیماری می تواند چالش های جدی وجودی نظیر اضطراب های وجودی و تنهایی را نیز برانگیزد. از این رو به نظر می رسد درمان شناختی یا درمان های مبتنی بر معنویت که شناخت را هدف درمان انتخاب می‌کنند، یعنی مداخله هایی که در واقع کار بر روی شاخ و برگ ها تلقی می شود، آن قدرها نتواند در این بیماران مقرون به توفیق باشد؛ زیرا سازه هایی نظیر کیفیت زندگی چند بعدی هستند. در پژوهش حاضر ابعاد سلامت جسمی–روانی، فعالیت جسمانی، وضعیت اجتماعی–عملکرد شغلی و الگوهای خواب مدنظر بوده است؛ همه این ابعاد از خود بیماری و درمان های بعضاً طاقت فرسای آن مثل شیمی درمانی تاثیر جدی می پذیرند. بی تردید کارسینوم پستان بر وضعیت روان شناختی، جسمی، اقتصادی و شغلی بیمار و خانواده اثر می گذارد؛ آن وقت آیا بدون حمایت های کافی، مناسب و به موقع اقتصادی و مالی، اجتماعی و خانوادگی، صرفاً با برگزاری فلان تعداد جلسه روان درمانی، کیفیت زندگی بیمار می تواند ارتقاء یابد؟

نکته دوم این که همان گونه که کازدین می گوید یافته هایی که در آن ها تفاوت ها معنی دار نیست به دلیل پرسش های بالقوه‌ای که مطرح می کنند می تواند بسیار حائز اهمیت باشد. به عنوان نمونه در برنامه های درمانی بسیار پر هزینه که برای جمعیت خاصی مطرح می شوند و در عین حال تاثیر اندکی دارند، تجدید نظر شود. وی نمونه یافته های ارزشمند فاقد تفاوت در درمان سرطان را از فیشر نقل می کند و می گوید پژوهش نشان داده است که از نظر بسیاری زنان مبتلا به سرطان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

پستان، ماستکتومی رادیکال(برداشتن تمام بافت پستان) بر حسب مرگ و میر درازمدت، موثرتر از لامپکتومی (جراحی محدود که در آن تومور و مقدار کمی از بافت پیرامون برداشته می شود) نیست. کازدین می گوید این یافته حاکی از عدم تفاوت در نتیجه بسیار مهم است، زیرا این دو نوع درمـــان از نـظر هزینه، مخاطرات تاثیر روان شناختی و دیگر اقدام های سنجشی بسیار متفاوت هستند.

کازدین تاکید می کند که ارزش مطالعه می تواند به وسیله عملـکرد مطـالعه در مفهوم سازی و کفایت روش شناخـتی سنجـیده شود نه به وسیله یافتن تفاوت های معنـادار(آماری). وی اضافه می کند که مفهوم سازی و طراحی یک پژوهش، متضمن هیچ گونه رابطه ضروری با پیامد آزمایش نیست. بسیاری از مطالعات سرهم بندی شده، بد و ناشیانه طراحی شده و دارای کنترل بسیار ضعیف می تواند به تفاوت های گروهی معنادار منتهی شود، در واقع عمل جهت دار سوگیری های آزمایشگر ممکن است به صورت مستقیم به تفاوت های گروهی منجر شده باشـد. برعکـس آزمایش هایی که با دقت انجام شده اند و کنترل خاص در مورد آن ها اعمال گردیده، امکان دارد به خوبی تاثیری را نشان ندهند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی در پژوهشکده علوم رفتاری پژوهشگاه حوزه و دانشگاه قم است و با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1396.1031 مجوز انجام گرفته است. پژوهشـگران لازم می دانند از مشارکت کنندگان محترم در پژوهـش، از آقای ناجی مدیر محترم مرکز پیشگیری و کنـترل سرطان آلاء در اصفهان و همـکاران ارجمندشان، و هم چنین از آقای دکتر کوروش سایه میری و آقای دکتر علی شریفی اعضای مـحترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، خانم نـظر و همکاران محترمشان در بخش انکـولوژی بیـمارستان شـهید مصطفی خمـینی ایلام صمـیمانه سـپاسـگزاری کنـند.

تعـارض منـافع: نویسـندگان مقاله حاضرهیچ گونه تعارض منافعی ندارند.

References

1. Watts F. Spiritual healing. 2 th ed. Cambridge Uni Publication. 2011; P. 129-30.
2. Marche A. Religion health and the care of seniors. J Coun Psychol Heal 2006; 2 :50-61.
3. Bonelli R, Dew RE, Koenig HG, Rosmarin DH, Vasegh S. Religious and spiritual factors in depression review and integration of research. J Dep Res Treat 2012; 2:1-8. doi. 10. 1155/ 2012/ 962860.
4. Aflakseir A, Coleman PG. Initial development of the iranian religious coping scale. J Musl Ment Heal 2011; 1: 44- 61.
5. Chiu L. Spiritual resources of chineses immigrants with breast cancer in USA. Int J Nurs Stud2001; 38: 164-75.
6. Cummings JP, Pargament KI. Medicine for the spirit religious coping in individuals with medical conditions. Religions2010:1: 28-53; doi.10. 3390/ re 11010028.
7.Pearce MJ, A Critical Review of the forms and Values of Religious Coping among informal caregivers. J Rel Heal 2005; 44:3:231-6. doi. 10- 1007/ S 10993- 004-1147- 4.
8. Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M. Positive and negative religious coping and wellbeing in women with breast cancer. J Pall Med 2009; 12:23-7. doi.10. 1089/ jpm. 2008. 0250
9. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis S, Barid P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care the report of the consensus conference. J Pall Med 2009; 12:885-904.
10. Loewenthal KM. The psychology of religion. 2th ed. Oneworld Oxford Publication.2000; P.130-1.
11. Shahkhodabandeh S, Bigloo MH, Asadi M. Breast cancer in iran and in the world Tehran Iran. 7th Int Cong Breast Cancer 2011; 91.
12. Ramazani T. [Depression and psychological consultation among breast cancer in chemotherapy centers of Kerman]. J Psychiat Clin Psychol 2001; 6: 4-10. (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

13. Montazeri A, Harrirchi I, Vahdani M. Anxiety and depression in iranian breast cancer patients before and after diagnosis. Eur J Can 2000; 2: 151-4.
14. Seyedrasooli A, Rahmani A, Zamanzadeh V, Aliashrafi Z, Nikanfar A. Association between perception of prognosis and spiritual wellbeing among cancer patients. J Care Sci 2014; 3: 47-55. doi. 10. 5681/ jcs. 2014006.
15. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Oman Med J 2009; 24: 204-7. doi.105001/ omj 2009, 40.
16. Hassanpourdehkoridi A. [Relationship between cancer and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy in Tehran]. Tehran Nurs Sch Uni Med Sci 2003;2: 83- 7. (Persian)
17. Nematollahi A. [Quality of life in Women with breast cancer in Tehran]. Tehran Nurs Sch Uni Med Sci 2003; 2:103-8.
18. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiat Scan 1983; 67: 361-70.
19. Bazgova R, Jarosova D, Hajnova E. Assessing anxiety and depression with respect to quality of life in cancer in patients with receiving palliative care. Eur J Onc Nurs 2015; 3:1-6.
20. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The hospital anxiety and depression scale translation and validation study of the iranian version. Heal Qual life Outc 2003; 1:1-10. doi.10. 1186/ 1477-1525- 1- 14.
21. Kazdin AE. Research design in clinical psychology. Allyn Bac 1992; 2:.368-75.
22. Hamidpour H. [Importance of methodology in behavioral-cognitive research]. J Baztabe Danesh 2008; 3: 49- 56. (Persian)
23. Vaziri SH, Lotfikashani F. The role of relaxation in mental health improvement of cancer patients. 3th Int Cong Sup Pall Care Cancer Tehran Iran.2001; 7.
24. Mehdipourraberi R, Nematollahi MS. Effects of recommended prayers on quality of life in cancer patients. 3th Int Cong Sup Pall Care Cancer Tehran Iran.2001; 6.
25.Barker C, Pistrang N, Elliot R. 1th ed. Research methods in clinical and counselling psychology. Tehran Sokhan Publication. 2001; P.347-8.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]

Comparison of the Effects of two Interventional Programs of Group Cognitive Therapy with Group Islamic-based spiritual Intervention in Palliative care on Quality of life, Anxiety, and Depression in patients with Breast Cancer

*Moradizalani E[*1], Azarbayejani M[1], Hassanabadi HR[2], Ahmadifraz, M[3]*

(Received: November 3,2019 Accepted: July 25,2020)

Abstract

Introduction: Studies investigating effects of spiritual interventions on the quality of life, anxiety and depression in patients with breast cancer are insufficient and contradictory. Therefore, this study aimed to compare the impact of spiritual intervention based on Islam with group cognitive therapy in palliative care on the quality of life, anxiety and depression in women with breast cancer.

Materials & Methods: A total of 26 Muslim women with breast cancer aged 36-58 years participated in this study with a pre (Mid) and posttest design, as well as a follow up and a control group. They were selected from the patients referred to Ala cancer prevention and control center in Isfahan, Iran, and the oncology ward of Mustafa Khomeini Medical University Hospital in Ilam, Iran, during 2018. Subsequently, they were randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight weekly sessions of Islamic-based intervention. On the other hand, the control group received group cognitive therapy based on the Free model as standard therapy in the same sessions and at the same time.
Quality of Life Inventory and Hospital Anxiety and Depression Scale were utilized to collect data. The data were then analyzed using repeated measures ANCOVA. *Ethics code:* IR.IUMS.REC.1396.1031

Findings: According to the results of repeated measures ANCOVA, Islamic-based intervention showed no statistically significant differences in terms of quality of life, anxiety, and depression scores. However, regarding the clinical significance perspective, an improvement was observed in anxiety scores in both groups. In other words, 61.53% of participants in both groups obtained a significant reduction in anxiety level. Considering the improvement of depression levels, cognitive group therapy was more effective than Islamic-based intervention in the reduction of depression levels (76.42% vs 53.48%).

Discussions & Conclusions: According to the findings, regarding the clinical significance perspective, Islamic-based intervention decreased anxiety and depression levels significantly; however, the data showed no improvements in the quality of the life of the patients.

Keywords: Anxiety, Breast cancer, Depression, Group cognitive therapy, Islamic based intervention, Palliative medicine, Quality of life

1. Dept of Behavioral Sciences, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran
2. Dept of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. Ala Prevention and Cancer Control Center, Isfahan, Iran
** Corresponding author Email: h5002ry@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2024-03-28]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.3.93]