MEJDS. 2019; 9:84.

Published online 2019 Nov. **Research Article**

Spiritual therapy on post-traumatic growth in women with breast cancer

Taghavi Behbahani A[1], *Nazari AM[2], Shahid Sales S[3], Khajeh Vand A[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran;
2. Department of nursing and midwifery, Shahroud University of medical sciences, Shahrood, Iran;
3. Associate Professor of Oncology Radiotherapy,Radiation oncology cancer research center, Mashhad University of medical sciences, Mashhad, Iran;
4. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** Amnazariy@yahoo.com

Received: 2018 August 1; **Accepted:** 2018 September 8

Abstract

Background & Objective: Breast cancer is one of the most important diseases in women. Women with breast cancer suffer from different psychical and psychological problems. Researchers have shown that there are some psychological problems in this disease, including low self–efficacy, anxiety, depression, and low quality of life. Thus, it seems that post–traumatic growth (PTG) of women with breast cancer is important to be investigated. Post–traumatic growth is a factor that pays attention to the adaptation to psychological challenges. Post–traumatic growth is not about returning to the same life as it was previously experienced before a period of traumatic suffering. However, instead, it is about undergoing significant 'life–changing' psychological shifts in thinking and relating to the world that contributes to a personal process of change that is deeply meaningful. Psychological interventions have been done to help for increasing this factor and related–factors of breast cancer. The spiritual intervention has been considered as an effective therapeutic method in recent years. Religion and spirituality provide a series through which human beings can understand the meaning of their lives. That is why spirituality, a strong predictor of hope and mental health, is an important source of physical health and improvement of the condition of the disease. We have a particular need for intervention in patients with cancer. However, in this study, we applied spiritual therapy to improve post–traumatic growth in women with breast cancer.

Methods: The method of present study was a semi–experimental study with pre–posttest with a 3 month follow–up and control group design. The population was women with breast cancer at Omid hospital of Mashhad (Khorasan–e–Razavi province, Northeast of Iran). After considering the inclusion and exclusion of criteria, an availability sampling method was conducted to recruit subjects. The study carried out in 2017. First, we randomly assigned 14 patients for each group (control and experimental groups), then we conducted pretests for each group using PTG questionnaire (Tedeschi, Calhoun, 1996; this 21–item scale includes factors of new possibilities, relating to others, personal strength, spiritual change, and appreciation of life, the reliably and validity of this scale is good). Next, experimental group received the spiritual therapy (12 sessions, 120 minutes) and control group did not receive any programs. After the program, both groups were assessed as a posttest and after three months, were again measured as a follow– up session. Finally, the data analyzed by SPSS22 and using a repeated measure of ANOVA and descriptive indexes such as arithmetic mean and standard deviation.

Results: The mean age of the experimental and control group was 47.92 (SD=9.77) and 46.85 (SD=8.72), respectively. In the result section, we first examined ANOVA assumptions. The findings showed that all assumptions were homolog. After that, the results showed that the spiritual therapy had a significant effect on factors of new possibilities, relating to others, personal strength, spiritual change, and appreciation of life ($p<0.05$). Moreover, the results showed that the spiritual therapy significantly influence on the total score of post–traumatic growth ($p<0.05$).

Conclusion: Spiritual therapy was an acceptable intervention to improve post–traumatic growth in women with breast cancer. It is recommended to use this program for women with breast cancer.

Keywords: Spiritual therapy, Post trauma growth, Breast cancer, Women.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۸۴.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر رشد پس از سانحه (PTG) در زنان مبتلا به سرطان پستان

آزاده تقوی بهبهانی[۱]، *علی‌محمد نظری[۲]، سودابه شهید ثالث[۳]، افسانه خواجه‌وند[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی،واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران؛

۲. دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران؛

۳. دانشیار رادیوتراپی انکولوژی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛

۴. گروه روان‌شناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Amnazariy@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۰ مرداد۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ شهریور۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: محققان نشان دادند زنان مبتلا به سرطان سینه مشکلات روان‌شناختی دارند و به‌منظور ارتقای سطح توانمندی‌های روان‌شناختی، نیازمند مداخلات روان‌شناختی‌اند. تحقیق حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ بودند که از این میان در هر گروه (گواه و آزمایش) ۱۴ نفر به‌صورت تصادفی گمارش شدند و به پرسش‌نامهٔ رشد و تحول پس از سانحه (تدشهی و کالهون، ۱۹۹۶) پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش طی ۱۲ جلسهٔ ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت. پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و مجدد پس از سه ماه هر دو گروه پیگیری شدند. روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرهٔ کل رشد و تحول پس از سانحه در گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب ۶۸/۰۷، ۷۹/۹۲ و ۷۸/۵۰ بود. بنابراین، نمرهٔ رشد و تحول پس از سانحه افزایش داشت. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر متقابل گروه و زمان معنادار بود؛ بنابراین، متغیر رشد پس از سانحه در سطح معناداری ($p<۰/۰۵$) افزایش داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش، معنویت‌درمانی گروهی می‌تواند موجب ارتقای رشد پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان پستان شود.

کلیدواژه‌ها: معنویت‌درمانی، رشد پس از سانحه (PTG)، سرطان پستان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

۱ مقدمه

سرطان مقوله‌ای پیچیده است و تغییرات جسمانی و روانی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند؛ بنابراین، دانستن این تغییرات برای مقابله با آن اهمیت فراوانی دارد. دربارهٔ سازگاری افراد با سرطان هیچ معیار مشخصی وجود ندارد و هر فرد واکنش متفاوت و منحصربه‌فردی را به سرطان از خود نشان می‌دهد (۱). تشخیص، درمان و عود سرطان پستان می‌تواند اثرات آسیب‌زایی بر کیفیت و رضایت زندگی بیماران مبتلا به آن داشته باشد (۲).

ناامیدی از جمله شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در افراد پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان پستان است (۳). دربارهٔ بیماری‌های جسمانی مزمن از جمله سرطان پستان می‌توان گفت که علاوه بر ناامیدی، بدبینی، احساس ناکارآمدی و نگرانی مفرط ممکن است یکی از بیماری‌های هم‌بود با آن باشد. بعضی از داروهای ضدسرطان نیز می‌تواند سبب تغییرات عاطفی شود (۴). در زنان مبتلا به سرطان پستان، اضطراب درمان‌نشده، به مشکلاتی در خصوص ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و مختل‌شدن کیفیت و رضایت از زندگی منجر می‌شود (۵)؛ بنابراین، مشکلاتی که پس از مبتلاشدن به سرطان سینه پیش می‌آید، سبب مشکلات روان‌شناختی مانند استرس، اضطراب، کاهش کارآمدی و کیفیت زندگی می‌شود. بر همین اساس به نظر می‌رسد افرادی که به سرطان سینه مبتلا هستند، در رشد و تحولات روان‌شناختی دچار مشکل می‌شوند.

رشد پس از سانحه[1] (PTG) به تغییرات شخصی و روان‌شناختی مثبتی گفته می‌شود که پس از وقوع حادثه‌ای سخت ایجاد شده است و نتیجهٔ مبارزهٔ فرد علیه این حادثهٔ استرس‌زاست که اهمیت انطباقی دارد (۶). تجربهٔ حادثه‌های دشوار می‌تواند در حوزه‌های متعددی به رشد فرد منتهی شود که عبارت است از: افزایش ارزش زندگی، به‌وجودآمدن اولویت‌ها و امکانات جدید، ایجاد درکی از توانایی شخصی، شناسایی روش‌ها و جهت‌های جدید در زندگی، بهبود و افزایش روابط نزدیک با دیگران و تغییرات معنوی (۷). ازاین‌رو آموزش برخی راهکارهای مناسب این بیماران برای مقابله با تجربهٔ بیماری و فائق‌آمدن بر ابعاد آسیب‌شناسانهٔ ناشی از دوره‌های تشخیص و درمان و پیگیری، ضروری است.

مفاهیم متعددی دربارهٔ چگونگی رویارویی با مشکلات و تنش‌های ناشی از بیماری‌های مزمن وجود دارد که یکی از این مفاهیم سلامت معنوی است (۸). در ایران بسیاری از اختلالات روانی‌عاطفی در تعامل با مسائل معنوی و مذهبی قرار دارد و بدون حساسیت به این تعامل، تشخیص و درمان، موفقیت‌آمیز نخواهد بود (۹). متغیر مستقل در این پژوهش مداخلهٔ معنویت است. در این مداخله به آموزش راهبردهای مرتبط با معنویت و معنابخشی به زندگی پرداخته می‌شود. مداخلهٔ معنویت، نوعی آموزش مداخله‌ای است که به‌دنبال تقویت بخشش، گذشت، پذیرش، رضایت با توجه به فنون مراقبه و *مثنوی معنوی* است. در این مداخله علاوه بر تأکید بر نکات معنویت، به احساسات و هیجانات نیز پرداخته می‌شود (۱۰). برخی از پژوهش‌های بنیادی، روابط مثبتی بین افزایش معنویت و پیامدهای سلامتی پیدا کردند و بسیاری از بیماران دوست دارند پزشکان دربارهٔ معنویت از آن‌ها پرس‌وجو کنند (۱۱). همچنین معنویت و تجربه‌های معنوی بر انعطاف‌پذیری شخصی، حرمت خود (۱۲) و سلامت روانی (۱۳) نیز اثرگذارند.

مطالعات پیشین نشان داده مداخلات مبتنی بر معنویت بر امیدواری (۱۴)، سلامت روان و کیفیت زندگی (۱۵) افراد مبتلا به سرطان سینه اثربخش بوده است؛ برای مثال، محمد کریمی و شریعت‌نیا (۱۵) نشان دادند مداخلهٔ معنوی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارد. گفتنی است پژوهشی که نشان‌دهندهٔ تأثیر مداخلات مبتنی بر معنویت بر رشد و تحول پس از سانحه باشد، یافت نشد؛ اما مطالعات گارلیک و همکاران (۱۶) از درمان‌های مبتنی بر معنویت بر متغیرهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان سینه حمایت کرده‌اند. همچنین جعفری و همکاران (۱۷) نشان دادند معنویت‌درمانی می‌تواند باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شود. رتجر و همکاران (۱۸) نیز گزارش کردند معنویت‌درمانی برای توانمندسازی‌های روان‌شناختی سودمند است. بوالهری و همکاران (۱۹) گزارش کردند معنویت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی باعث کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

با توجه به اینکه سرطان سینه از شایع‌ترین بیماری‌های زنان شناخته می‌شود و از آنجا که این افراد مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب، استرس، افسردگی و مشکلات مرتبط با رشد و تحول را پس از مبتلاشدن به بیماری دارند، از مهم‌ترین اقداماتی که می‌توان برای افزایش رشد و تحول آن‌ها پس از بیماری انجام داد، ارائهٔ درمان‌های روان‌شناختی است که با توجه به مکانیزم‌های مداخلهٔ مبتنی بر معنویت، در این پژوهش از مداخلهٔ معنویت استفاده شد. بر اساس آنچه ذکر شد و با توجه به نقش مثبت رشد پس از سانحه در تغییرات روان‌شناختی، اشخاص پس از مواجهه با تروما و با توجه به تناسب محتوای بستهٔ درمانی معنویت‌درمانی در ارتقای این عامل و با درنظرداشتن اینکه تاکنون پژوهشی مستقیماً این مسئله را بررسی نکرده است، در این پژوهش اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان بررسی شد.

۲ روش بررسی

روش تحقیق این مطالعه، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعهٔ آماری، شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان سینهٔ بیمارستان امید در شهر مشهد بود که در سال ۱۳۹۶ مراجعه داشتند. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی، ابتدا به شرکت‌کنندگان فرم مربوط به رضایت اخلاقی داده شد. این فرم شامل تأیید اختیاری‌بودن حضور در پژوهش، تعهد به شرکت در جلسات و آگاهی از موردتأییدبودن مداخله بود. افراد واجد شرایط که رضایت خود را برای شرکت در مطالعه بیان کردند، به‌صورت تصادفی به دو گروه اختصاص یافتند. شرکت‌کنندگان در دو گروه ۱۵نفره به‌صورت تصادفی ساده جای گرفتند که با توجه به افت آزمودنی به دو

[1] Post Traumatic Growth (PTG)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

گروه ۱۴ نفره تقسیم شدند. معیار نمونه‌گیری بر اساس ماهیت پژوهش بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود، بنابراین توصیه شده است که حداقل در هر گروه ۸ نفر گمارش شوند (۲۰).
معیارهای ورود بر اساس جنس (زنان)، سن (سنین ۳۰ تا ۶۰)، سطح تحصیلات (حداقل سیکل) و مدت بیماری (یک سال) بود که توسط پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی محقق‌ساخته به دست آمد. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: بیماری متاستاتیک و بستری در بیمارستان، ناتوانی‌های جسمانی به‌علت بیماری‌های جانبی، دریافت روان‌درمانی به شیوه‌های دیگر.
ابزار پژوهش:
ـ پرسش‌نامهٔ جمعیت‌شناختی: فرمی محقق‌ساخته است که در آن شاخص‌های سنی، تحصیلات، درآمد، شغل و مدت ابتلا بررسی شده است.
ـ پرسش‌نامهٔ رشد و تحول پس از رخداد آسیب‌زا[1]: تدشهی و کالهون در سال ۱۹۹۶، پرسش‌نامهٔ رشد یا تحول پس از سانحه را برای ارزیابی تغییرات خودادراکی افراد مرتبط با تجربهٔ حوادث و نتایج مثبت ناشی از تجربهٔ آسیب‌زا تهیه کردند که از ۲۱ عبارت در مقیاس لیکرت با دامنهٔ ۰ تا ۵ تشکیل شده است و ۵ خرده‌مقیاس دارد که نمره‌گزاری آن بر اساس نمرهٔ ۰ تا ۵ است. این پرسش‌نامه نمرهٔ برش ندارد و صرفاً نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ همان صفت است. خرده‌مقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱. رابطه با دیگران[2] (سؤالات ۶، ۸، ۹، ۱۵، ۱۶ و ۲۱)؛ ۲. امکانات جدید[3] (سؤالات ۳، ۷، ۱۱، ۱۴ و ۱۷)؛ ۳. قدرت شخصی[4] (سؤالات ۴، ۱۰، ۱۲ و ۱۹)؛ ۴. تغییرات معنوی[5] (سؤال ۵)؛ ۵. درک عمیق زندگی[6] (سؤالات ۱، ۲ و ۱۳) (۲۱). ارزیابی اولیهٔ PTGI در دانشگاه نشان داد که این مقیاس با همسانی درونی نهایی مقیاس ۰/۹۰ و با همسانی درونی مقیاس‌های جداگانه و اندازه‌گیری‌شده از ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ اعتبار دارد. اعتبار دوماههٔ بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد (۲۱). تدشهی و کالهون (۲۱) همچنین گزارش کرده‌اند که PTGI شواهدی برای روایی سازه نشان داده است. افرادی که حادثهٔ آسیب‌زایی را تجربه کرده بودند، در مقایسه با افرادی که حادثهٔ آسیب‌زایی را تجربه نکرده بودند، نمرهٔ بیشتری در PTGI به دست آوردند. در ایران، سیدمحمودی، رحیمی و محمدی جابر (۲۲) ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را بررسی کرده‌اند. آن‌ها روایی این پرسش‌نامه را مطلوب گزارش کرده و همچنین پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۲ گزارش کردند.
روند اجرای پژوهش: معنویت‌درمانی را هاتز (۱۰) پروتکل‌بندی کرده است. این مداخله با هدف تقویت معنویت با استفاده از دعاهای معنوی، مدیتیشن و آموزش‌های مرتبط با بخشش و پذیرش، اجرا می‌شود. این مداخله در جمعیت زنان مبتلا به سرطان سینه به‌شیوهٔ گروهی اجرا شده است (۱۹). محتوای معنویت‌درمانی در جدول ۱ دیده می‌شود.

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات معنویت‌درمانی برای مبتلایان به سرطان پستان

جلسه	عنوان جلسات	محتوا
اول	معارفه و معرفی مداخله	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با فضای جلسات، بررسی ارتباط با خود و دیگران و طبیعت پیرامون، نظارت بیرونی دربارهٔ هیجانات گرمی که به برخی از افراد دارند، بیان گزیده‌ای از دعاهای *مثنوی معنوی* که پژوهشگر انتخاب کرده است.
دوم	خودآگاهی و گوش‌دادن به ندای درونی	تقویت خودآگاهی افراد، معرفی خود به‌صورت مثبت، من چه‌کسی هستم؟، آموزش شفقت‌ورزی به خود در قالب تمرین مراقبه‌ای، آشنایی با بدن دردمند و مهرورزی با آن، بررسی بیماری و وضعیت حاکم بر آن و بیان احساسات و هیجانات.
سوم	خودانگاره	انجام‌دادن مدیتیشن (تجسم فکری و تصویرسازی خلاق)، تمرین، تمرین مجدد شفقت‌ورزی به خود و آموزش مراقبت از خود، تکنیک‌های آرام‌سازی آگاهانهٔ عضلات ریز و درشت بدن.
چهارم	معنای زندگی	تمرین آرامش ذهن، به‌صورت تمرینی شمردن نفس و آگاهی از تنفس به‌منظور تجربهٔ سکوت و مشاهده و نظارت بدون قضاوت افکار و هیجانات، بررسی و نگریستن به افکار منفی به‌عنوان ناظر بیرونی، یافتن معنای زندگی. تکلیف: بررسی و یادداشت‌برداری روزانهٔ شخص از مواردی که معنای زندگی‌اش تمرین و پیگیری می‌شود.
پنجم	نوع‌دوستی	مرور احساسات و هیجانات فرد با دیگران (دوستان، خانواده و ...)، ایجاد اندیشه‌ورزی مثبت به دیگر هم‌نوعان، تمرین مراقبهٔ مشفقانه با خود و با هم‌نوعان. تکلیف: لازم است در هر روز حداقل سه مورد از رفتارها با معنای زندگی هم‌سو شود. (به‌صورت یادداشت روزانه نگاشته شده، در صورت تمایل جلسهٔ آینده به درمانگر تحویل داده شود.)
ششم	ارتباط با مقدسات و	آموزش تمرین ذهن‌آگاهی (به‌منظور حضور پررنگ‌تر در لحظه، افزایش دقت و تمرکز، ارتباط مؤثر و

1. The post traumatic growth inventory
2. Relating to others
3. New possibilities
4. Personal strength
5. Spiritual change
6. Appreciation of life

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

	طبیعت	قوی با خود). تکلیف: ارتباط مشفقانه با طبیعت و بررسی احساسات و هیجانات شخص پس از شفقت‌ورزی به طبیعت.
هفتم	رنجش و بخشش خود	بحث شناختی دربارهٔ ناتوانی انسان برای به‌کنترل‌درآوردن خیلی از موقعیت‌ها، معنای پذیرش و واگذاری و تسلیم، گزیده‌ای از *مثنوی معنوی* مربوط به مقام تسلیم و رضا.
هشتم و نهم	بخشش	مفهوم توبه (ندامت)، تمرین مراقبه‌ای بخشش خود و بخشش دیگر هم‌نوعان، ارتباط با خدا، کاهش احساس گناه.
دهم و یازدهم	ایمان به خدا و شکرگزاری	شکرگزاری، بررسی تمام داشته‌های باارزش در زندگی، بررسی مجدد تمام آنچه با وجود بیماری به دست آورده‌اند و به تغییر زندگی به‌شکل مثبت در آن‌ها منجر شده است. بحث دربارهٔ معنای بخشش و گذشت و انجام‌دادن تمرین‌های مراقبه‌ای برای بخشیدن خود و دیگران.
دوازدهم	جلسهٔ پایانی	مرور تمام جلسات گذشته و بررسی مجدد تمام تکالیفی که افراد در جلسات انجام داده‌اند و در صورت لزوم انجام‌دادن تمرینات جلسات قبلی و مقایسهٔ نتیجهٔ آن با تمرینات قبلی، خوانش گزیده‌ای از *مثنوی معنوی* مولوی در باب شکرگزاری.

پس از اینکه از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه گرفته شد، نمونه‌ها در دو گروه گواه و آزمایش گمارش شدند. سپس به‌عنوان پیش‌آزمون، پرسش‌نامه به دو گروه داده شد و پس از اجرای مداخلهٔ معنویت‌درمانی (۱۲ جلسه، هر جلسه ۱۲۰ دقیقه) در گروه آزمایش، مجدد از هر دو گروه به عنوان پس‌آزمون، پرسش‌نامه گرفته شد. پس از گذشت سه ماه به‌عنوان یک جلسهٔ پیگیری، شرکت‌کنندگان در هر دو گروه، مجدداً بر اساس پرسش‌نامهٔ پژوهش ارزیابی شدند. پژوهش حاضر دارای کد اخلاقی، از دانشگاه آزاد گرگان بود.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از دو روش توصیفی و استنباطی استفاده شد. شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف‌معیار بود و شاخص‌های استنباطی شامل آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف، آزمون لون، ام‌باکس و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بود. از ارزش p کمتر از ۰/۰۵، برای بررسی سطح معناداری استفاده شد. نرم‌افزار مورداستفاده برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، SPSS نسخهٔ ۲۲ بود.

۳ یافته‌ها

نتایج توصیفی و استنباطی به شرح زیر بود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی سن شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین	انحراف‌معیار	آمارهٔ کولموگروف–اسمیرنوف	مقدار احتمال
گروه آزمایش	۴۷/۹۲	۹/۷۷	۰/۳۷۲	۰/۹۹۶
گروه گواه	۴۶/۸۵	۸/۷۲		

با توجه به جدول ۲، میانگین سنی گروه آزمایش و گواه به‌ترتیب، ۴۷/۹۲ و ۴۶/۸۵ بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی رشد و تحول پس از سانحه در دو گروه گواه و آزمایش

متغیر		گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
پیش‌آزمون	شیوه‌های جدید	۱۵/۵۰	۴/۰۳	۱۵/۴۲	۴/۶۰
	ارتباط با دیگران	۲۱/۵۰	۴/۵۳	۲۱/۷۸	۳/۸۰
	قدرت شخصی	۱۴/۰۰	۳/۳۲	۱۳/۵۷	۳/۷۳
	ارزش زندگی	۹/۸۵	۱/۷۹	۹/۰۷	۱/۸۱
	تغییر معنوی	۷/۲۱	۱/۸۴	۶/۱۴	۲/۰۳
	نمرهٔ کل رشد پس از سانحه	۶۸/۰۷	۱۳/۱۵	۶۶/۰۰	۱۳/۳۸
پس‌آزمون	شیوه‌های جدید	۱۷/۶۸	۳/۶۹	۱۵/۳۵	۴/۴۶
	ارتباط با دیگران	۲۶/۴۲	۵/۲۷	۲۱/۷۱	۳/۶۶
	قدرت شخصی	۱۶/۳۵	۲/۷۳	۱۳/۳۵	۳/۶۷
	ارزش زندگی	۱۱/۵۰	۱/۹۵	۹/۲۱	۱/۷۶
	تغییر معنوی	۸/۰۰	۱/۸۸	۶/۳۵	۱/۷۳

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

پیگیری	نمرهٔ کل رشد پس از سانحه	۷۹/۹۲	۱۱/۹۵	۶۶/۰۰	۱۲/۹۶
	شیوه‌های جدید	۱۷/۲۸	۳/۷۷	۱۵/۸۵	۴/۰۹
	ارتباط با دیگران	۲۶/۱۴	۵/۲۰	۲۱/۹۲	۳/۶۶
	قدرت شخصی	۱۶/۰۰	۲/۵۱	۱۳/۲۱	۳/۵۱
	ارزش زندگی	۱۱/۳۵	۱/۸۲	۹/۶۴	۲/۴۹
	تغییر معنوی	۷/۷۱	۱/۸۱	۶/۷۱	۱/۴۸
	نمرهٔ کل رشد پس از سانحه	۷۸/۵۰	۱۱/۵۵	۶۷/۳۵	۱۲/۰۹

جدول ۳، نشان‌دهندهٔ شاخص‌های توصیفی متغیر رشد و تحول پس از سانحه با توجه به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه است. همان طور که قابل‌مشاهده است، میانگین خرده‌مقیاس‌ها و نمرهٔ کل رشد و تحول پس از سانحه در گروه آزمایش در پیش‌آزمون نسبت به پس‌آزمون افزایش داشت و این افزایش در دورهٔ پیگیری حفظ شد؛ اما نمرات در گروه گواه تغییرات محسوسی نداشتند. در بخش یافته‌های استنباطی، به بررسی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته شده است. همان طور که می‌دانیم برای اجرای این آزمون چندین مفروضهٔ اصلی وجود دارد: اول اینکه باید متغیر وابسته از نوع فاصله‌ای باشد و دوم اینکه پژوهش حداقل دو گروه داشته باشد که این دو مفروضه رعایت شده است. مفروضهٔ دیگر بررسی نرمال‌بودن داده‌هاست که در این پژوهش از آزمون کولموگروف‌ـ اسمیرنوف استفاده شد. همچنین مفروضهٔ دیگر، بررسی همگنی کوواریانس بین گروه‌هاست که از آزمون ام‌باکس استفاده شد. علاوه بر مفروضه‌های گفته‌شده، دیگر مفروضه، بررسی همگنی واریانس‌هاست که در این زمینه از آزمون لون استفاده شد. پس از بررسی مفروضه‌های پژوهش، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر درمان با توجه به پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری استفاده شد.

نتایج آزمون کولموگروف‌ـ اسمیرنوف نشان داد متغیرهای پژوهش نسبت نرمال دارند ($p>۰/۰۵$). بر همین اساس مفروضهٔ نرمال‌بودن آزمون تحلیل واریانس تأیید شد. با توجه به نتایج آزمون لون، مفروضهٔ همگنی واریانس‌ها تأیید شد ($p>۰/۰۵$). همچنین، باتوجه به نتایج آزمون ام‌باکس می‌توان گفت فرض صفر کوواریانس‌ها بین گروه‌ها برابر بود ($p>0.05$)؛ بنابراین، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای پژوهش استفاده کرد.

جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر آموزش معنوی بر رشد و تحول پس از سانحه

شاخص	شیوه‌های جدید	ارتباط با دیگران	قدرت شخصی	ارزش زندگی	تغییر معنوی	نمرهٔ کل رشد و تحول پس از سانحه
موچلی W	۰/۶۹	۰/۴۱	۰/۴۱	۰/۹۳	۰/۷۷	۰/۶۱
گرینهوس‌ـ گیزر	۰/۷۶	۰/۶۳	۰/۶۳	۰/۹۴	۰/۸۱	۰/۷۲
ارزش اثر پیلایی	۰/۶۳	۰/۸۰	۰/۵۵	۰/۴۱	۰/۲۷	۰/۸۷
اندازهٔ F اثر پیلایی	۲۱/۴۲	۵۰/۰۰	۱۵/۲۸	۸/۶۶	۴/۸۲	۸۴/۰۴
اندازهٔ F (زمان)	۲۴/۹۷	۷۶/۹۳	۱۱/۰۴	۱۷/۴۲	۸/۵۷	۱۰۵/۷۵
اندازهٔ F (زمان و گروه)	۲۰/۲۷	۷۵/۲۸	۱۷/۹۶	۷/۹۲	۲/۹۶	۸۷/۲۷
مقدار احتمال (زمان)	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۰۱
مقدار احتمال (گروه و زمان)	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۴۹	<۰/۰۰۰۱
اندازهٔ اثر (زمان)	۰/۴۹	۰/۷۴	۰/۲۹	۰/۴۰	۰/۲۴	۰/۸۰
اندازهٔ اثر (گروه و زمان)	۰/۴۳	۰/۷۴	۰/۴۰	۰/۲۳	۰/۱۰	۰/۷۷

جدول ۴، نشان‌دهندهٔ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور بررسی تأثیر آموزش معنوی بر متغیر رشد و تحول پس از سانحه است. ابتدا مقدار اپسیلون گرینهوس‌ـ گیزر بررسی شد. همان طور که مشاهده می‌شود، مقدار اپسیلون گرینهوس‌ـ گیزر برای زیرمقیاس‌های ارتباط با دیگران، قدرت شخصی و نمرهٔ کل رشد و تحول پس از سانحه کمتر از ۰/۷۵ بود؛ بنابراین در آزمون Huynh-Feldt، از مقدار F برای بررسی زمان و گروه استفاده شد و مابقی با توجه به نتایج گرینهوس‌ـ گیزر تحلیل شدند.

همان طور که مشاهده می‌شود، منابع مرتبط با زمان در تمامی متغیرها معنادار است. همچنین، منابع گروه‌ـ زمان در تمامی متغیرها نیز معنادار است. با توجه به درنظرگرفتن طرح گروه گواه و پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری، نتایج نشان داد آموزش معنوی بر تمامی زیرمقیاس‌های رشد و تحول پس از سانحه تأثیر معناداری دارد ($p<۰/۰۰۰۱$). تأثیر این مداخله بر شیوه‌های جدید ۴۳درصد ($p<۰/۰۰۰۱$)، ارتباط با دیگران ۷۴درصد ($p<۰/۰۰۰۱$)، قدرت شخصی ۴۰درصد ($p<۰/۰۰۰۱$)، ارزش زندگی ۲۳درصد ($p<۰/۰۰۱$)، تغییر معنوی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

۱۰درصد ($p<۰/۰۴۹$) و نمرهٔ کل رشد و تحول پس از سانحه ۷۷درصد ($p<۰/۰۰۰۱$) بود. بنابراین آموزش معنوی تأثیر معناداری بر رشد و تحول پس از سانحه داشت.

۴ بحث

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش معنویت در ارتقا و رشد پس از سانحه و مؤلفه‌های آن (ارتباط با دیگران، امکانات جدید، قدرت شخصی، تغییر معنوی، درک عمیق زندگی) در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد و این اثر در پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار بود. در این راستا، یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های کامیان و همکاران (۱۴)، محمد کریمی و شریعت‌نیا (۱۵)، گارلیک و همکاران (۱۶)، بوالهری و همکاران (۱۹)، جعفری و همکاران (۱۷) و رتجر و همکاران (۱۸)، از لحاظ تأثیر مداخله‌های مبتنی بر معنویت بر متغیرهای روان‌شناختی، هم‌سو است؛ اما از لحاظ اینکه به‌طور مستقیم تأثیر این مداخله بر رشد و تحول پس از سانحه در این بیماران بررسی شده باشد، پیشینهٔ پژوهشی یافت نشد. بنابراین، تفاوت عمدهٔ پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی، توجه به متغیر رشد و تحول پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان سینه است.

برای مثال، محمد کریمی و شریعت‌نیا (۱۵) نشان دادند معنویت‌درمانی، مداخله‌ای مؤثر بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان سینه است. همچنین رتجر و همکاران (۱۸) گزارش کردند مداخلات روان‌شناختی و مبتنی بر معنویت می‌توانند به‌طور معناداری بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و متغیرهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه تأثیر داشته باشند؛ بنابراین به نظر می‌رسد مداخلات مبتنی بر معنویت، مکانیزم‌های مفیدی برای ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی افراد سرطانی دارند.

برای تبیین نتایج می‌توان به مکانیزم‌های این مداخله اشاره کرد. از جمله تمرین‌هایی که در این برنامهٔ آموزشی استفاده می‌شد، تمرین‌های ذهن‌آگاهی، مراقبه، شکرگزاری و خواندن *مثنوی معنوی* بود. در واقع، در طی تمرین ذهن‌آگاهی، افراد با جریان ثابتی از افکار، احساسات و تجاربی که ابتدا مجبور به تأیید و تصدیق آن‌ها هستند، مواجهه می‌شوند و سپس توجه خود را متمرکز بر تنفس می‌کنند. این چنین آن‌ها می‌توانند در انتقال و تعویض توجه خود حرفه‌ای و ماهر شوند که مستلزم توجهی انعطاف‌پذیر است؛ یعنی آن‌ها می‌توانند توجه خود را از یک موضوع به موضوع دیگر انتقال دهند. به‌عبارت دیگر، این فن کمک می‌کند زنان مبتلا به سرطان سینه، توجه خود را به احساسات منفی دربارهٔ بیماری کاهش دهند و پس از تمرین این فن، به حالت انعطاف‌پذیری در توجه برسند. در این راستا، پژوهش‌ها تأکید کرده‌اند تمرین ذهن‌آگاهی نقش مؤثری را بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی، کارآمدی، درک بهتر زندگی و ارتباطات پس از بیماری در افراد با سرطان سینه دارد (۲۳،۲۴).

همچنین از طرفی دیگر، تمرین‌های مرتبط با *مثنوی معنوی* و شکرگزاری باعث شد رشد و تحول پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان سینه ارتقا پیدا کند. به نظر می‌رسد بخش مهمی از این تأثیرات به‌دلیل گزیده‌هایی دربارهٔ پذیرش در *مثنوی معنوی* بوده است. پژوهش‌ها در این راستا گزارش کرده‌اند از بخش‌های بسیار مهم یک مداخلهٔ اثربخش، آموزش چگونگی پذیرش خود و بیماری است (۲۵). به‌عبارت دیگر، زمانی که پذیرش یک بیمار به علائم و بیماری خود افزایش پیدا می‌کند، بر رشد و تحول مثبت وی تأثیر می‌گذارد (۲۶). دیگر مکانیزم این مداخله، راز و نیاز و شکرگزاری است. در واقع ارتباط با خدا و آگاهی ذهنی از یک تجربهٔ معنوی در حین رازونیاز، می‌تواند باعث افزایش سلامت معنوی و روانی شود. در این پژوهش، تمرین‌های موجود دربارهٔ شکرگزاری و ذهن‌آگاهی در زمینهٔ معنویت، باعث شد ارزش زندگی‌کردن، درک خود و ارتباط با دیگران افزایش پیدا کند. پژوهش‌های پیشین نشان داده ارتباط با خدا عاملی مهم برای برقراری ارتباط حسنه با افراد جامعه است که می‌تواند نوعی تحول اجتماعی باشد (۱۹،۲۷)؛ بنابراین، مکانیزم‌های درونی *مثنوی معنوی* در مداخلهٔ آموزش معنویت حائز اهمیت است.

از آنجا که امکان کنترل موقعیت‌هایی مانند هم‌سان‌سازی وضعیت اجتماعی و اقتصادی و پیش‌بینی اتفاقات زندگی و بحران‌های بیماری کاری بس دشوار و در واقع غیرممکن است، به نظر می‌رسد دقت بیشتری برای کنترل این متغیر و متغیرهای دیگر لازم است و در اینجا جزو محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آید. شایان ذکر است بیماران به‌علت روند پیشرفت بیماری، اثرات متعدد و واکنش‌های فراوانی با توجه به تفاوت‌های فردی، اجتماعی، خانوادگی و حمایتی نشان می‌دهند که به بررسی در ابعاد مختلف نیاز دارد. در این راستا توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، طبقهٔ اجتماعی‌اقتصادی به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر خنثی شود. دیگر محدودیت‌های این پژوهش عبارت‌اند از: کنترل‌نکردن دیگر وقایع همچون پیشرفت بیماری و مسائل اقتصادی که ممکن است هم‌زمان با اجرای متغیر مستقل رخ داده باشد، همتاسازی‌نکردن از نظر هوشی و پختگی روانی و معنوی در شرکت‌کنندگان طی پژوهش که بر اعتبار بیرونی اثر می‌گذارد، استفاده از ابزار خودسنجی و خودگزارشی مراجع که ممکن است سبب سوگیری در پژوهش شده باشد. از لحاظ نظری به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش را با کنترل متغیر ویژگی‌های شخصیتی و راهکارهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان پستان اجرا کنند و همچنین پژوهش‌های مشابهی با رویکرد معنوی در زمینهٔ درمان بیماران سایکوسوماتیک صورت دهند. به‌علاوه در مراحل بعدی پژوهش می‌توان به بررسی معنویت‌درمانی بر روی بیماران مبتلا در مراحل مختلف بیماری نیز پرداخت. همچنین از لحاظ کاربردی، توصیه می‌شود مداخلات مبتنی بر معنویت به‌عنوان مداخله‌ای مکمل در کنار درمان‌های پزشکی به‌منظور ارتقای کارکردهای فردی‌اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه استفاده شود.

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد معنویت‌درمانی گروهی بر متغیر رشد پس از سانحه و مؤلفه‌های آن (ارتباط با دیگران، امکانات جدید، قدرت شخصی، تغییر معنوی، درک عمیق زندگی) در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر افزایشی داشته است و این اثربخشی در پیگیری سه‌ماهه نیز دیده می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش‌ها نشان‌دهندهٔ تأثیر معنویت‌درمانی بر رشد و تحول پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان سینه بود. به‌عبارتی، معنویت‌درمانی مکانیزم‌های مؤثر برای افزایش تحولات پس از سانحه، مانند ارتباط با دیگران، امکانات جدید، قدرت شخصی، تغییر معنوی و درک عمیق زندگی را داشته است.

۶ تشکر و قدردانی

تشکر و قدردانی از استادان گران‌قدر و پرستاران بیمارستان امید و امتنان از تمام بیمارانی که با شرکت در جلسات گروه، آموزه‌های تجربی و باطنی زیادی در اختیارمان قرار دادند و همچنین فرصت پژوهش را فراهم ساختند. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد گرگان است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر روی گروه موردمطالعه، از دانشگاه آزاد گرگان با شماره‌نامهٔ ۱۵۲/۳ صادر شده است.

References

1. Cancer Genome Atlas Network. Comprehensive molecular portraits of human breast tumors. Nature. 2012;490(7418):61-70. doi:10.1038/nature11412
2. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. J Exp Clin Cancer Res. 2008;27(1):1-31. doi:10.1186/1756-9966-27-32
3. Jacobsen PB, Jim HS. Consideration of quality of life in cancer survivorship research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011;20(10):2035-41. doi:10.1158/1055-9965.EPI-11-0563
4. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry. 2008;30(2):112-26. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008
5. Bidstrup PE, Christensen J, Mertz BG, Rottmann N, Dalton SO, Johansen C. Trajectories of distress, anxiety, and depression among women with breast cancer: Looking beyond the mean. Acta Oncol. 2015;54(5):789-96. doi: 10.3109/0284186X.2014.1002571
6. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma & Transformation: growing in the aftermath of suffering. First edition. California, USA: Sage Publication; 1995. doi:10.4135/9781483326931
7. Tedeschi RG, Calhoun LG, Gullickson T. Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering. PsycCRITIQUES. 1997;42(2):172-3. doi:10.1037/000626
8. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. Cancer. 2015;121(21): 3760–8. doi:10.1002/cncr.29353
9. Piderman KM, Johnson ME, Frost MH, Atherton PJ, Satele DV, Clark MM, et al. Spiritual quality of life in advanced cancer patients receiving radiation therapy. Psycho-Oncology. 2014;23(2):216-21. doi:10.1002/pon.3390
10. Hartz GW, Koenig HG. Spirituality and mental health: clinical applications (Haworth pastoral press). First edition. Abingdon, United Kingdom: Routledge; 2005.
11. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, health, and the discipline of Psychology. Am Psychol. 2004;59(1): 54-5. doi:10.1037/0003-066X.59.1.54
12. Gaston-Johansson F, Haisfield-Wolfe ME, Reddick B, Goldstein N, Lawal TA. The relationships among coping strategies, religious coping, and spirituality in African American women with breast cancer receiving chemotherapy. Oncol Nurs Forum. 2013;40(2):120-31. doi:10.1188/13.ONF.120-131
13. Gilbert PD. Spirituality and mental health: A very preliminary overview. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(6):594-8. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f0eee1
14. Kamian S, Taghdisi MH, Azam K, Estebsari F, Ranjbaran S, Geravand A. Evaluating effectiveness of spiritual health education on increasing hope among breast cancer patients. Journal of Health Education and Health Promotion. 2014;2(3):208-14. [Persian] http://journal.ihepsa.ir/article-1-193-en.html
15. Mohammad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in Tehran. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2017;15(2):107-18. [Persian] http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3064-en.html
16. Garlick M, Wall K, Corwin D, Koopman C. Psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer. J Clin Psychol Med Settings. 2011;18(1):78-90. doi:10.1007/s10880-011-9224-9
17. Jafari N, Zamani A, Farajzadegan Z, Bahrami F, Emami H, Loghmani A. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: a randomized controlled trial. Psychol Health Med. 2012;18(1):56-69. doi:10.1080/13548506.2012.679738
18. Rettger J, Wall K, Corwin D, Davidson AN, Lukoff D, Koopman C. In psycho-spiritual integrative therapy for women with primary breast cancer, what factors account for the benefits? Insights from a multiple case analysis. Healthcare. 2015;3(2):263-83. doi:10.3390/healthcare3020263
19. Bolhari J, Naziri Gh, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. Sociology of Women. 2012;3(9):87-117. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]

20. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155-9. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
21. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. J Trauma Stress. 1996;9(3):455-71. doi:10.1007/BF02103658
22. Seyed Mahmoodi SJ, Rahimi Ch, Mohammadi Jaber N. Psychometric properties of posttraumatic growth inventory in an Iranian sample. Journal of Psychological Models and Methods. 2013;3(12):93-108. [Persian]
23. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;84(4):822-48. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
24. Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast-and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. J Clin Oncol. 2012;30(12):1335-42. doi:10.1200/JCO.2010.34.0331
25. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1-25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
26. Loprinzi PD. Factors influencing the disconnect between self-perceived health status and actual health profile: implications for improving self-awareness of health status. Prev Med. 2015;73:37-9. doi:10.1016/j.ypmed.2015.01.002
27. Henderson WM, Fitz B, Mencken FC. Judgmental God image, social embeddedness, and social trust among the highly religious in the United States. J Con Rel. 2016;32(1):1-14. doi:10.1080/13537903.2017.1256639

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.72.4]