

Comparison of the Effectiveness of Spiritual Therapy and Emotion-Focused Therapy on Resilience in Women with Breast Cancer

1. Farshad Samadi¹: PhD Student, Department of Health Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

2. Ashrafsadat Giti Ghoreishi^{2*}: Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

3. Malek Mirhashemi³: Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

*Corresponding Author's Email Address: giti.ghoreishi@yahoo.com



Abstract:

Objective: The aim of the present study was to compare the effectiveness of two psychotherapeutic approaches, including spiritual therapy and emotion-focused therapy, on enhancing resilience in women with breast cancer.

Methods and Materials: The present study was a quasi-experimental research with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of women with breast cancer who referred to Imam Ali Hospital in Bojnurd in 2024. Among them, 45 participants were selected through convenience sampling and were randomly assigned to three groups (two experimental groups and one control group). The first group received 12 sessions of spiritual therapy based on the protocol developed by Richards and Bergin (2006), and the second group received 12 sessions of emotion-focused therapy based on Greenberg's model (2010). The research instrument was the Connor and Davidson Resilience Scale (2003). Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Findings: The results of statistical analysis showed that both psychotherapeutic interventions led to a significant increase in resilience compared to the control group ($p < 0.01$). Moreover, the effectiveness of spiritual therapy in enhancing resilience was significantly greater than that of emotion-focused therapy.

Conclusion: The findings indicate that both spiritual therapy and emotion-focused therapy can contribute to improving resilience in women with breast cancer. However, the use of spirituality-based interventions, due to their alignment with the cultural and religious beliefs of Iranian patients, has greater effectiveness in improving their psychological condition. It is recommended that these approaches be used as complementary treatments in medical centers.

Keywords: Spiritual therapy, Emotion-focused therapy, Resilience, Breast cancer.

How to Cite Samadi, F., Giti Ghoreishi, A., & Mirhashemi, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Spiritual Therapy and Emotion-Focused Therapy on Resilience in Women with Breast Cancer. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(4), 85-102.

Received: date: 31 December 2024

Revised: date: 18 February 2024

Accepted: date: 6 March 2025

Published: date: 14 March 2025



Copyright: © 2024 by the authors.

Published under the terms and

conditions of Creative Commons

Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان

۱. فرشاد صمدی^{ID}: دانشجوی دکتری، روانشناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. اشرف السادات گیتی قریشی^{ID}: استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران، (نویسنده مسئول)

۳. مالک میرهاشمی^{ID}: استاد، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: giti.ghoreishi@yahoo.com

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو رویکرد روان‌درمانی، شامل معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان، بر افزایش تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۴۰۳ بود. از بین آن‌ها ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. گروه اول تحت ۱۲ جلسه معنویت‌درمانی مبتنی بر پروتکل ریچاردز و برگین (۲۰۰۶) و گروه دوم تحت ۱۲ جلسه درمان متمرکز بر هیجان مبتنی بر مدل گرینبرگ (۲۰۱۰) قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل آماری نشان داد که هر دو مداخله روان‌درمانی موجب افزایش معنادار تاب‌آوری در مقایسه با گروه کنترل شدند ($p < 0.01$). همچنین اثربخشی معنویت‌درمانی در ارتقاء تاب‌آوری به‌طور معناداری بیشتر از درمان متمرکز بر هیجان بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که هر دو روش معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان می‌توانند به بهبود تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کنند. با این حال، استفاده از مداخلات مبتنی بر معنویت به دلیل هم‌راستایی با باورهای فرهنگی و دینی بیماران ایرانی، اثربخشی بیشتری در بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان دارد. پیشنهاد می‌شود این رویکردها به‌عنوان مکمل درمان‌های پزشکی در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرند.

کلیدواژگان: درمان شناختی-رفتاری، افعال‌کاری، خودکارآمدی، مقابله‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی، دانشجویان.

نحوه استناددهی: صمدی، فرشاد، گیتی قریشی، اشرف السادات، و میرهاشمی، مالک. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۱(۴)، ۸۵-۱۰۲.



تاریخ دریافت: ۱۱ دی ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۳۰ بهمن ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۶ اسفند ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۴ اسفند ۱۴۰۳



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Breast cancer remains one of the most common types of cancer among women worldwide and is associated with extensive psychological consequences, including anxiety, depression, hopelessness, and reduced resilience (Hulett & Armer, 2016). Consequently, researchers and therapists have emphasized the importance of psychological interventions that can enhance mental health in women diagnosed with breast cancer. One such approach is spiritual therapy, aimed at strengthening hope, meaning, and the sense of belonging to a higher power, thereby improving patients' quality of life (Hosseini et al., 2016). Spirituality, as an essential aspect of human experience, can act as a robust resource for coping with crises like cancer (Agarwal et al., 2020).

Research indicates that spiritual therapy can positively influence biological, psychological, and social dimensions of cancer patients' lives, even creating positive changes at cellular and biological levels (Hosseini et al., 2016). Additionally, the spiritual experiences of cancer patients, particularly those engaged in long-term meditation, highlight the vital role of spirituality in disease acceptance and stress management (Agarwal et al., 2020). Studies on interventions such as gratitude writing have further shown improvements in spiritual health and self-efficacy among breast cancer survivors (Cousin et al., 2024).

In parallel, emotion-focused therapy (EFT) has gained recognition for its effectiveness in enhancing psychological capital and facilitating post-traumatic growth among patients with chronic diseases (Ebrahimi et al., 2022). EFT helps patients identify, experience, and regulate emotions, promoting adaptive emotional responses. Research shows that EFT can also improve marital intimacy among couples dealing with breast cancer (Hedayati et al., 2020).

Resilience, defined as the ability to effectively cope with stress and recover from adversity, is a crucial factor in improving the quality of life for breast cancer patients (Rajabiyan Dehzireh & Heydari, 2020). Variables such as

spiritual health, emotional intelligence, and psychological well-being are closely linked to resilience (Rajabiyan Dehzireh & Heydari, 2020). Spirituality particularly plays an indispensable role in fostering resilience by providing a framework for finding meaning and maintaining hope (Bahrai et al., 2020). As a result, spirituality-based interventions have increasingly garnered attention in health psychology (Bahraei et al., 2022).

Studies have emphasized the cultural relevance of spiritual interventions, noting their greater effectiveness in Iranian contexts compared to mindfulness-based approaches (Ghalyanee et al., 2021). Higher levels of spiritual health are associated with lower levels of existential and pathological anxiety in breast cancer patients (Hosseini Poor Abardeh & Niknam, 2021). Moreover, research during crises such as the COVID-19 pandemic underscored the protective role of spiritual health and resilience (Ansarfardaran et al., 2022). Similarly, studies involving mothers of children with autism spectrum disorder demonstrated improvements in emotional processing and spirituality following interventions (Safikhani, 2022).

The relationship between resilience, emotional regulation, and spiritual health has been affirmed across diverse populations, including women exposed to violence (Haji Heidari & Sajadian, 2023). Overall, the integration of spirituality and emotion-focused approaches appears highly promising in enhancing resilience. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of spiritual therapy and emotion-focused therapy on improving resilience among women with breast cancer.

Methods and Materials

This research employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest structure and a control group. The statistical population consisted of women with breast cancer who attended Imam Ali Hospital in Bojnurd in 2024. Forty-five women meeting inclusion criteria were selected using convenience sampling and randomly assigned into three groups: two experimental groups (spiritual therapy and

emotion-focused therapy) and one control group, each comprising fifteen participants.

Inclusion criteria were being aged between 30 and 55 years, no psychiatric disorders based on the PID-5 screening, at least three weeks since the last chemotherapy session, a confirmed diagnosis of stage 3 breast cancer, no psychiatric medication use, and willingness to participate. Exclusion criteria included initiation of new treatments, detection of metastasis, missing two consecutive therapy sessions, and emergence of disabling physical illnesses.

The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) was used to assess resilience. The spiritual therapy intervention followed Richards and Bergin's (2006) protocol, focusing on building inner peace, meaning, and connection with a higher power across twelve sessions. The emotion-focused therapy followed Greenberg's model (2010), emphasizing emotional awareness, expression, and regulation also across twelve sessions.

Data analysis included descriptive statistics (means and standard deviations) and inferential statistics. Assumptions such as normality (tested by Shapiro-Wilk) and homogeneity of variances (Levene's test) were checked. Multivariate and univariate analyses of covariance (ANCOVA, MANCOVA) were used to evaluate the effectiveness of interventions, with Bonferroni adjustment for pairwise comparisons. SPSS-26 was used for statistical analyses with a significance level set at 0.05.

Findings

Demographic characteristics indicated no significant differences among the three groups regarding age, disease duration, or marital status, confirming the groups' homogeneity. Shapiro-Wilk tests confirmed the normality of resilience scores across groups at pretest, posttest, and follow-up stages.

Multivariate analysis revealed a significant effect of time and the interaction between group and time on resilience scores. Repeated measures ANOVA showed significant differences between groups at different time points, with a large effect size (partial eta-squared > 0.10).

At pretest, there were no significant differences among the groups. However, at posttest and follow-up, both the spiritual therapy group and the emotion-focused therapy group showed significantly higher resilience scores compared to the control group. Moreover, spiritual therapy demonstrated significantly greater effectiveness in increasing resilience compared to emotion-focused therapy.

Bonferroni pairwise comparisons confirmed that resilience improvements from pretest to posttest and from pretest to follow-up were significant for both intervention groups. No significant difference was found between posttest and follow-up, indicating the sustainability of treatment effects over time.

Overall, both interventions improved resilience, but spiritual therapy had a more substantial and enduring impact compared to emotion-focused therapy.

Discussion and Conclusion

The findings revealed that both spiritual therapy and emotion-focused therapy significantly increased resilience among women with breast cancer compared to the control group. Furthermore, spiritual therapy was found to be more effective than emotion-focused therapy in enhancing resilience. These results highlight the importance of integrating spiritual and emotional elements into psychological interventions for this patient population.

Spiritual therapy appeared particularly effective due to its alignment with cultural and religious values, providing patients with a sense of meaning, hope, and acceptance in the face of illness. The emphasis on spirituality may have facilitated patients' coping processes, allowing them to better endure the psychological stresses associated with their condition.

Emotion-focused therapy also proved beneficial, helping patients to identify, express, and regulate their emotions more adaptively. By addressing emotional processing, EFT likely contributed to reductions in maladaptive emotional responses such as fear, shame, and helplessness, thereby promoting resilience.

The study supports the idea that both spiritual and emotional domains are critical for psychological adjustment in chronic illnesses. While both interventions improved resilience, the culturally embedded nature of spiritual therapy may explain its superior effectiveness among Iranian women.

Several limitations should be acknowledged. The relatively small sample size limits the generalizability of the findings. Additionally, the use of convenience sampling introduces the possibility of selection bias. The study focused solely on women with breast cancer, so caution is needed in applying the results to other populations. Future

research should consider larger, randomly selected samples and longer-term follow-up assessments to evaluate the stability of intervention effects over time.

It is recommended that healthcare centers and hospitals incorporate spirituality- and emotion-based interventions into their standard psychological care for cancer patients. Group workshops on spiritual therapy and emotion-focused therapy facilitated by trained psychologists could be particularly beneficial. Educating healthcare staff on the importance of addressing patients' spiritual and emotional needs may further enhance the quality of care provided.

مقدمه

شناسایی، تجربه و تنظیم هیجانات، به بیماران کمک می‌کند تا هیجانات آسیب‌زا را پردازش کرده و به هیجانات سازگارانه دست یابند. اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در بهبود سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند ام‌اس نیز گزارش شده است (Ebrahimi et al., 2022). یافته‌های دیگر نشان داده‌اند که درمان هیجان‌محور می‌تواند صمیمیت زناشویی زوج‌هایی را که با سرطان پستان در زنان دست و پنجه نرم می‌کنند، بهبود بخشد (Hedayati et al., 2020).

تاب‌آوری به عنوان توانایی مقابله مؤثر با شرایط استرس‌زا و بازیابی سریع پس از بحران، یکی از عوامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان محسوب می‌شود (Rajabiyan Dehzireh & Heydari, 2020). مطالعات متعدد تأکید کرده‌اند که متغیرهایی مانند سلامت معنوی، هوش هیجانی و سلامت روان با تاب‌آوری بیماران ارتباط معناداری دارند (Rajabiyan Dehzireh & Heydari, 2020). به ویژه معنویت به دلیل فراهم آوردن چارچوبی برای یافتن معنا در رنج و تقویت امید، نقش بی‌بدیلی در ارتقاء تاب‌آوری بیماران ایفا می‌کند (Bahrai et al., 2020). به همین دلیل، رویکردهای درمانی مبتنی بر معنویت به‌طور فزاینده‌ای در حوزه روان‌شناسی سلامت مورد توجه قرار گرفته‌اند (Bahraei et al., 2022).

در همین زمینه، مطالعه‌ای بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که مشاوره معنوی مبتنی بر مدل "قلب سلیم" در مقایسه با آموزش ذهن‌آگاهی، تأثیر بیشتری در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها داشته است (Ghalyanee et al., 2021). این یافته اهمیت معنویت درمانی به ویژه در بستر فرهنگی-دینی جوامعی نظیر ایران را برجسته می‌کند. افزون بر این، پژوهشی که به بررسی ارتباط بین سلامت معنوی با اضطراب وجودی و اضطراب مرضی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت، نشان داد که سلامت معنوی بالاتر با سطوح

سرطان پستان یکی از رایج‌ترین انواع سرطان در میان زنان سراسر جهان محسوب می‌شود که با پیامدهای روان‌شناختی گسترده‌ای مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی و کاهش تاب‌آوری همراه است (Hulett & Armer, 2016). بر این اساس، توجه به مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان به یکی از دغدغه‌های مهم پژوهشگران و درمانگران تبدیل شده است. یکی از این مداخلات، معنویت‌درمانی است که با هدف تقویت امید، معنا و احساس تعلق به یک قدرت برتر، در بهبود کیفیت زندگی بیماران نقش مهمی ایفا می‌کند (Hosseini et al., 2016). معنویت به عنوان یکی از ابعاد اساسی تجربه انسانی، می‌تواند به مثابه منبعی قوی برای مقابله با بحران‌هایی نظیر ابتلا به سرطان عمل کند (Agarwal et al., 2020).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنویت‌درمانی می‌تواند بر ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان تأثیرگذار باشد و حتی در سطوح سلولی و بیولوژیک نیز تغییراتی مثبت ایجاد کند (Hosseini et al., 2016). افزون بر این، تجارب معنوی بیماران سرطانی به‌ویژه آنانی که پیشینه‌ای از مراقبه طولانی‌مدت داشته‌اند، نشان‌دهنده نقش کلیدی معنویت در پذیرش بیماری و مقابله مؤثر با فشارهای روانی است (Agarwal et al., 2020). این یافته‌ها ضرورت توجه به جنبه‌های معنوی در فرآیند درمانی این بیماران را دوچندان می‌سازد. در همین راستا، مطالعه‌ای بر روی بازماندگان سیاه‌پوست سرطان پستان نشان داد که مداخله مبتنی بر نوشتار شکرگزاری منجر به افزایش سلامت معنوی و بهبود خودکارآمدی ورزشی شد (Cousin et al., 2024). از سوی دیگر، درمان متمرکز بر هیجان به عنوان رویکردی اثربخش برای ارتقاء سرمایه روان‌شناختی و رشد پس از سانحه در بیماران مزمن مورد توجه قرار گرفته است (Ebrahimi et al., 2022). این روش درمانی با تأکید بر

پایین تر اضطراب مرتبط است (Hosseini Poor Abardeh & Niknam, 2021).

از سوی دیگر، سلامت معنوی نه تنها نقش پیشگیرانه در برابر آسیب‌های روانی دارد، بلکه با تنظیم هیجانی بهتر و افزایش تاب‌آوری نیز همراه است (Ansarfardaran et al., 2022). این ارتباط به ویژه در دوران بحران‌هایی نظیر همه‌گیری کروناویروس که فشار روانی بر کادر درمان و بیماران به شدت افزایش یافته بود، مشاهده شد (Ansarfardaran et al., 2022). به طور مشابه، مطالعه‌ای بر روی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم نشان داد که تصویرسازی ذهنی همراه با پردازش شناختی می‌تواند خودکارآمدی، پردازش هیجانی و معنویت را بهبود بخشد (Safikhani, 2022).

در بستر بحران کرونا، تاب‌آوری و تنظیم هیجان در پیش‌بینی افکار خودکشی در زنان قربانی خشونت نیز نقش کلیدی ایفا کرد، به طوری که سلامت معنوی به عنوان متغیر میانجی عمل نمود (Haji Heidari & Sajadian, 2023). این یافته‌ها اهمیت چندجانبه تقویت مؤلفه‌های روانی نظیر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و سلامت معنوی را در مداخلات درمانی برجسته می‌کند. در حوزه سرطان پستان نیز، مرور نظام‌مند مداخلات مبتنی بر معنویت نشان داده است که این مداخلات می‌توانند نتایج روانی-عصبی-ایمنی بیماران را بهبود بخشند (Hulett & Armer, 2016).

در کنار معنویت‌درمانی، مداخلات مبتنی بر هیجان نیز در سال‌های اخیر به دلیل تمرکز بر پردازش هیجانی، ابراز نیازها و تعدیل پاسخ‌های هیجانی نامناسب در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران مؤثر شناخته شده‌اند (Ebrahimi et al., 2022). درمان هیجان‌محور با فعال‌سازی هیجانات اولیه سالم نظیر غم و پذیرش آسیب‌پذیری، به بیماران امکان می‌دهد که مسیر تازه‌ای برای معناپردازی به تجربه‌های دشوار بیابند و از احساسات منفی همچون شرم، ترس و ناامیدی رهایی یابند (Hedayati et al., 2020).

با توجه به مطالب فوق، به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان می‌توانند به‌طور مؤثری به ارتقاء تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کنند. اما با در نظر گرفتن اهمیت باورهای دینی و معنوی در فرهنگ ایرانی، استفاده از مداخلات معنویت‌محور احتمالاً اثربخشی بیشتری خواهد داشت (Bahraei et al., 2022; Ghalyanee et al., 2021). از این رو، مقایسه مستقیم اثربخشی این دو رویکرد بر تاب‌آوری در این گروه از بیماران می‌تواند داده‌های ارزشمندی برای برنامه‌ریزی درمان‌های روان‌شناختی ارائه دهد.

بر همین مبنا، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان است.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است. هدف این مطالعه، مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی، یعنی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان، بر میزان تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۴۰۳ بود. از میان این افراد، ۴۵ نفر که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند: دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل. افراد برای شرکت در پژوهش می‌بایست واجد شرایط زیر باشند:

- (۱) سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال
- (۲) عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بر اساس آزمون PID
- (۳) سپری شدن حداقل سه هفته از آخرین جلسه شیمی‌درمانی
- (۴) داشتن پاتولوژی با تشخیص قطعی سرطان پستان و قرار گرفتن در مرحله ۳(Stage)، جهت اطمینان از صحت تشخیص بیماری

- و جلوگیری از تداخل با سایر بیماری‌های پستان (تأیید از طریق مصاحبه و پرونده پزشکی)
- ۴) ابتدا به بیماری جسمی جدید در حین دوره درمان که توانایی ادامه مشارکت در جلسات درمانی را مختل کند.
- ۵) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی (مانند SSRIها، بنزودیازپین‌ها) (بررسی از طریق مصاحبه با بیمار؛ زیرا مصرف این داروها ممکن است نتایج مداخلات را مخدوش کند)
- ۶) عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده (مانند دیابت کنترل‌نشده، نارسایی قلبی) که می‌توانند موجب کاهش توانایی شرکت در جلسات یا رها کردن روند درمان شوند.
- ۷) عدم شرکت در دوره‌ها یا مداخلات روان‌شناختی مشابه با دو روش درمانی مورد استفاده در پژوهش
- ۸) داشتن تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش (به‌عنوان پیش‌نیاز اخلاقی مشارکت)
- اطلاعات مربوط به این معیارها از طریق مصاحبه حضوری و تکمیل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک گردآوری شد.
- در طول اجرای پژوهش، در صورت وجود هر یک از شرایط زیر، شرکت‌کننده از مطالعه خارج می‌شد:
- ۱) شروع درمان جدید یا مشاهده متاستاز (موضعی یا دور دست) در طول اجرای مداخلات بر اساس نظر پزشک معالج (در این صورت، جهت حفظ یک‌دستی نمونه و اعتبار نتایج، فرد با رعایت اصول اخلاقی از مطالعه حذف می‌گردد)
- ۲) غیبت در دو جلسه متوالی درمانی (به دلیل تأثیر منفی بر روند درمان و نتایج پژوهش؛ یک جلسه غیبت قابل پوشش است ولی دو جلسه غیبت به منزله خروج تلقی می‌شود)
- ۳) عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه همکاری (رعایت اصل اختیار فردی و حقوق شرکت‌کنندگان)
- ۴) ابتلا به بیماری جسمی جدید در حین دوره درمان که توانایی ادامه مشارکت در جلسات درمانی را مختل کند.
- پرسش‌نامه خودسنجی شخصیت PID-۵ (فرم کوتاه): پرسش‌نامه خودسنجی شخصیت PID-۵ (فرم کوتاه)، که توسط کرونگر و همکاران (۲۰۱۲) توسعه یافته است، شامل ۲۵ سؤال می‌باشد که پنج بُعد اصلی شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابعاد عبارت‌اند از: **عواطف منفی**: شامل نگرانی‌ها، ترس‌ها و افکار مزاحم، **گسیختگی**: مربوط به توانایی اعتماد کردن و همکاری با دیگران، **مخالفت‌ورزی**: شامل تمایل به سوءاستفاده از دیگران و جلب توجه، **عدم بازداری (مهارگسیختگی)**: مربوط به کنترل رفتار و دقت فرد و **روان‌پریشی**: شامل افکار و احساسات عجیب و غریب. مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده در ایران نشان داده‌اند که این ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است. دباغی و همکاران (۱۳۹۷) ضریب آلفای کرونباخ کلی این پرسش‌نامه را ۰.۹۳ و برای حوزه‌های مختلف آن بین ۰.۷۱ تا ۰.۸۴ گزارش کرده‌اند. دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خصیصه‌های مختلف نیز بین ۰.۶۰ تا ۰.۸۲ بوده است، به‌جز خصیصه عواطف منفی که مقدار آن ۰.۵۰ به دست آمده است. علاوه بر این، عیدی (۱۴۰۰) در پژوهشی جداگانه، همسانی درونی این پرسش‌نامه را بین ۰.۸۳ تا ۰.۸۹ و ضرایب بازآزمایی آن را بین ۰.۷۷ تا ۰.۸۷ برای خرده‌مقیاس‌ها گزارش کرده است؛ که همگی بیانگر پایایی مطلوب نسخه فارسی این ابزار می‌باشند. از نظر روایی، مطالعات نشان داده‌اند که الگوهای همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه پنج عاملی شخصیت نئو از اعتبار ملاکی مناسبی برخوردار است (دباغی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عیدی، ۱۴۰۰). این یافته‌ها مؤید آن است که نسخه فارسی پرسش‌نامه PID-۵ از کفایت روان‌سنجی لازم برای استفاده در پژوهش‌های بالینی و شخصیت‌شناسی برخوردار است.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (CD-RISC): پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ابزاری معتبر برای سنجش توانایی افراد در مواجهه با استرس و فشارهای روانی است که توسط محمدی (۱۳۸۴) برای استفاده در جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. این پرسش‌نامه در نسخه اصلی شامل ۲۵ سؤال است، اما نسخه ۱۵ سؤالی آن که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته، از اعتبار و پایایی مناسبی برخوردار می‌باشد. این ابزار بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۰ = کاملاً نادرست تا ۴ = همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. تحلیل عاملی انجام‌شده توسط سازندگان، پنج عامل اصلی را در این پرسش‌نامه شناسایی کرده است: شایستگی و استحکام شخصی، اعتماد به غرایز و تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و معنویت. در مطالعات روان‌سنجی انجام‌شده در ایران، این پرسش‌نامه از ویژگی‌های مطلوبی برخوردار بوده است. محمدی (۱۳۸۴) در مطالعه هنجاریابی خود، ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۹ و روایی همگرایی بین ۰.۴۱ تا ۰.۶۴ را گزارش کرده است. سایر پژوهشگران نیز پایایی این ابزار را تأیید کرده‌اند؛ از جمله سامانی و همکاران (۱۳۸۶): آلفای کرونباخ ۰.۷۸، کردمیرزا (۱۳۸۸): آلفای کرونباخ ۰.۹۰، شفیعی‌زاده (۱۳۹۱): آلفای کرونباخ ۰.۹۱. همچنین، روایی سازه این پرسش‌نامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی در مطالعه محمدی (۱۳۸۴) با ضریب ۰.۸۷ مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به شواهد موجود، نسخه فارسی پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون از پایایی و روایی مناسب برخوردار بوده و می‌تواند به عنوان ابزاری معتبر جهت سنجش تاب‌آوری در جمعیت ایرانی مورد استفاده قرار گیرد.

پروتکل درمانی معنویت درمانی: پروتکل مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل معنویت‌درمانی گروهی ریچاردز و برگین (۲۰۰۶) طراحی شده است. این مدل درمانی با تأکید بر ابعاد روانی-معنوی، به تلفیق رویکردهای روان‌شناختی با مفاهیم معنوی و مذهبی می‌پردازد. در جلسه اول، اعضا با

یکدیگر آشنا شدند و درباره مفهوم معنویت و دین، تأثیر آن‌ها در زندگی فردی، ایجاد حس همدلی و مشترک و نیز تفاوت میان دین و معنویت سالم با انواع ناسالم گفت‌وگو کردند. جلسه دوم به خودآگاهی و ارتباط با خود اختصاص داشت که شامل شناسایی و درک احساسات، کنترل آن‌ها با تکنیک‌های تجسم هدایت‌شده، آگاهی از احساسات دیگران و شناسایی نیازها و مسیر دستیابی به آن‌ها بود. در جلسه سوم، به گوش دادن به ندای درونی و کشف معنا و ارزش‌های درونی از طریق توجه به شهود و رهنمودهای معنوی پرداخته شد. در جلسه چهارم، مفهوم خدا و قدرت برتر بررسی و راهکارهای تقویت ارتباط معنوی از طریق نیایش و گفت‌وگوی درونی با خدا آموزش داده شد. جلسه پنجم بر نوع‌دوستی تمرکز داشت و فعالیتی گروهی به منظور تجربه عملی معنویت و افزایش عزت‌نفس و حس مفید بودن اجرا شد. در جلسه ششم، ایجاد پیوند لذت‌بخش با مفاهیم مقدس برای کاهش احساس تنهایی، استرس و اضطراب مدنظر قرار گرفت. جلسه هفتم به پرداختن به رنجش، عدم بخشش و احساس گناه و کمک به درک مفهوم بخشش اختصاص یافت. در جلسه هشتم نیز تمرکز ویژه‌ای بر مفهوم بخشش، افزایش احساسات مثبت و رهایی از تنش‌های درونی صورت گرفت. جلسه نهم به موضوع مرگ، ترس از مرگ و رنج پرداخت و تلاش شد از طریق پذیرش مرگ، اضطراب وجودی کاهش یافته و معنای زندگی تقویت شود. در جلسه دهم، بر ایمان و توکل به خدا با هدف تقویت حس پذیرش و آرامش در مواجهه با مشکلات تأکید شد. جلسه یازدهم به شناسایی مشکلات معنوی و مذهبی و آموزش سبک‌های مؤثر حل مسئله معنوی اختصاص داشت. در نهایت، جلسه دوازدهم با تمرین قدردانی و شکرگزاری، آموزش ابزار احساسات مثبت و تقویت نگرش قدردانانه به زندگی به پایان رسید.

پروتکل درمانی درمان متمرکز بر هیجان: در این پژوهش، از پروتکل درمان متمرکز بر هیجان (Emotion-Focused Therapy) مبتنی بر مدل

گرینبرگ (۲۰۱۵) استفاده شد. درمان متمرکز بر هیجان، رویکردی تجربه‌نگر در روان‌درمانی است که بر شناسایی، پردازش، ابراز و تنظیم هیجانات به‌ویژه در بافت روابط بین‌فردی تمرکز دارد. این درمان، هیجان را به‌عنوان عنصر مرکزی تجربه انسان و کلید تغییر درمانی در نظر می‌گیرد. در جلسه اول، آشنایی با مراجع، معرفی درمانگر، اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی هیجانی اولیه، بررسی نگرانی‌ها و انتظارات مراجع، ایجاد اتحاد درمانی و بررسی علائم غیرکلامی نظیر کیفیت صدا و نحوه روایت انجام شد. در جلسه دوم، مربی‌گری هیجانی با هدف شناسایی و تجربه هیجانات اصلی نظیر غم، خشم، شرم، ترس از بیماری و مرگ، کاوش نیازهای تحقق‌نیافته و بررسی الگوهای انتقاد از خود دنبال شد. جلسه سوم بر توضیح نقش کلام در ابراز هیجان، تکنیک کاوش همدلانه و استفاده از تکنیک دو صندلی برای تعارض‌های درونی تمرکز داشت. در جلسه چهارم، روابط فرد با دیگران، اجرای تکنیک صندلی خالی، تنظیم هیجانی و حمایت برای بخشش یا پذیرش مسئولیت بررسی شد. در جلسه پنجم، بازنمایی صحنه‌های استرس‌زا زندگی، بازسازی موقعیت، و کاوش طرح‌های جایگزین شناختی و هیجانی صورت گرفت. جلسه ششم به پاسخ به مارکر آسیب‌پذیری اختصاص یافت و با استفاده از تکنیک همدلی و تصویرسازی کودک درون، به هیجاناتی نظیر درماندگی، ترس، شرم و ناامیدی پرداخته شد. در جلسه هفتم، معنادرازی به تجربه‌های درونی، کاوش باورهای ناهماهنگ با هیجانات و تسهیل شفقت به خود و خودتسکینی مدنظر قرار گرفت. جلسه هشتم بر پردازش مجدد تجربیات دشوار، تسهیل ابراز خشم جراتمندانه و تبدیل هیجانات ناسازگار به هیجانات سازگار متمرکز بود. در جلسه نهم، مرور مسیر طی‌شده، تجربه غم سازگار، پذیرش آسیب‌پذیری و اعتباربخشی به هیجانات جدید دنبال شد. جلسه دهم به بازبینی احساسات و هیجانات اولیه، اعتماد به هیجانات تازه آشکارشده و تجربه واکنش‌های جدید اختصاص داشت. در جلسه یازدهم، افزایش آگاهی هیجانی و عاملیت از طریق

شناخت پتانسیل انطباقی هیجان و رهایی از هیجانات ناسازگار دنبال شد. نهایتاً، جلسه دوازدهم به مقایسه تجربه هیجانی فعلی و گذشته، گفت‌وگو درباره خودشفقتی، خودتسکینی و جرأت‌ورزی، جمع‌بندی درمان، اجرای پس‌آزمون و برنامه‌ریزی برای جلسه پیگیری پس از ۸ هفته اختصاص یافت. تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح توصیفی، شاخص‌های مرکزی و پراکندگی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیر تاب‌آوری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه گردید. پیش از انجام تحلیل‌های استنباطی، نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی و تأیید شد ($p > 0.05$). در سطح استنباطی و با رعایت مفروضه‌های آماری شامل: نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها (بررسی با آزمون لوین)، همگنی شیب‌های رگرسیونی بود. از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در هر متغیر و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای تحلیل هم‌زمان متغیرهای وابسته استفاده شد. برای انجام مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها و به‌منظور کنترل خطای نوع اول، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری $0.05/0$ در نظر گرفته شد. در مواردی که مفروضه‌های تحلیل‌های پارامتریک برقرار نبود، از آزمون‌های ناپارامتریک معادل استفاده شد. نتایج تحلیل‌ها به تفکیک هر متغیر و مرحله اندازه‌گیری، همراه با اندازه اثر (effect size) و فاصله اطمینان ۹۵ درصد گزارش گردیده است

یافته‌ها

در این پژوهش ۴۵ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان در سه گروه ۱۵ نفری شامل، معنویت درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و گواه مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی جامعه پژوهش سه گروه معنویت درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و گواه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های مداخله و یک گواه در بیماران مبتلا به سرطان پستان (تعداد: ۴۵)

متغیر جمعیت شناختی	گروه		
	معنویت درمانی (تعداد: ۱۵)	درمان متمرکز بر هیجان (تعداد: ۱۵)	گواه (تعداد: ۱۵)
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
وضعیت سنی (سال)			
۳۰-۴۰	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)
۴۱-۵۵	۸ (۵۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	۹ (۶۰)
مدت زمان بیماری (سال)			
۲-۳	۸ (۵۳/۳)	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳)
بالای ۳ سال	۷ (۴۶/۷)	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)
وضعیت تأهل			
متأهل	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)
مجرد	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳)

χ: آزمون کای اسکوتر، F: آزمون آنالیز واریانس

بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه از نظر وضعیت سنی ۳۰-۴۰ سال (۸ نفر در گروه معنویت درمانی، ۸ نفر در گروه درمان متمرکز بر هیجان و ۹ نفر در گروه گواه)، از نظر مدت زمان بیماری ۲-۳ سال (۸ نفر در گروه معنویت درمانی، ۹ نفر در گروه درمان متمرکز بر هیجان و ۸ نفر در گروه گواه) و از نظر وضعیت تأهل مجرد (۹ نفر در گروه معنویت درمانی، ۹ نفر در گروه درمان متمرکز بر هیجان و ۸ نفر در گروه گواه) بودند. بین سه گروه از نظر مشخصات جمعیت شناختی اختلاف معنی‌دار آماری وجود نداشته و سه گروه از لحاظ این متغیرهای جمعیت شناختی همگن بودند ($P > 0.05$).

جدول ۲. بررسی توزیع نرمال متغیر تاب آوری

متغیر	مرحله	معنویت درمانی		درمان متمرکز بر هیجان		گواه	
		آماره شاپیرو ویلک	مقدار احتمال	آماره شاپیرو ویلک	مقدار احتمال	آماره شاپیرو ویلک	مقدار احتمال
تاب آوری	پیش‌آزمون	۰/۹۳۳	۰/۳۰۴	۰/۹۷۷	۰/۹۴۲	۰/۹۶۸	۰/۸۳۱
	پس‌آزمون	۰/۹۶۵	۰/۷۸۴	۰/۹۵۸	۰/۶۶۱	۰/۹۶۹	۰/۸۳۷
	پیگیری	۰/۹۷۴	۰/۹۰۹	۰/۹۸۵	۰/۹۹۲	۰/۹۴۹	۰/۵۰۵

دوره اول، شماره چهارم

نتایج نشان داد که سطح معناداری متغیر تاب آوری در هر یک از گروه-های آموزش معنویت درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بالاتر از ۰/۰۵ بود ($P > ۰/۰۵$). لذا براساس آزمون شاپیرو ویلک در سطح ۰/۰۵ متغیرهای پژوهش معنادار نبود که این به معنی نرمال بودن داده‌ها می‌باشد (جدول فوق). در جدول زیر نتایج آزمون موچلی جهت بررسی کرویت یا برابری واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر تاب آوری گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون موچلی برای بررسی کرویت متغیر تاب آوری

W موچلی	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون-هاوس-گیسر	اپسیلون-هاین-فلت
۰/۱۴	۷۹/۶۲	۲	< ۰/۰۰۱	۰/۵۳	۰/۵۶

نتایج جدول فوق‌نشان می‌دهد که آماره W موچلی برای متغیر تاب آوری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود ($P < ۰/۰۵$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته بصورت معنی‌داری متفاوت است. بنابراین پیش فرض کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش فرض کرویت باعث می‌شود آماره F تحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، از تصحیح گرین-هاوس-گیسر استفاده شد. جدول زیر نتایج آزمون همگنی واریانس (لوین) متغیر تاب آوری در بین گروه‌های مورد مطالعه در مراحل آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون همگنی واریانس (لوین) در متغیر تاب آوری بین گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	زمان	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	مقدار احتمال
تاب آوری	پیش آزمون	۰/۵۴	۲	۴۲	۰/۵۸۶
	پس آزمون	۱/۰۸	۲	۴۲	۰/۳۴۹
	پیگیری	۰/۶۸	۲	۴۲	۰/۵۱۲

نتایج آزمون همگنی واریانس (لوین) نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیر تاب آوری در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). بدین معنی که همگنی واریانس برقرار می‌دهد. است. در ادامه جدول زیر نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر متغیر تاب آوری را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای متغیرهای مستقل بر متغیر تاب آوری

متغیر	منبع اثر	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	P	اندازه اثر
تاب آوری	زمان	۰/۱۶	۱۰۱/۳۰	(۲, ۴۱)	< ۰/۰۰۱	۰/۸۳
	اثر تعاملی	۰/۲۵	۱۹/۷۹	(۴, ۸۲)	< ۰/۰۰۱	۰/۴۹

منطبق بر جدول فوق نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که اثر درون آزمودنی (زمان) در متغیر تاب آوری معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای مستقل میانگین با تغییر همراه بوده است، و همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی

زمان×گروه بر متغیر تاب آوری معنادار می‌باشد. همچنین معناداری اثر متقابل زمان×گروه بدین معنی است که در طول زمان (از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری) میانگین متغیر تاب آوری در یکی از گروه‌های مستقل با تغییر همراه بوده است. بررسی تغییرات میانگین متغیر تاب آوری در گروه‌ها و طی

زمان در ادامه انجام شده است. جدول زیر نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر تاب آوری نشان می‌دهد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در متغیر تاب آوری

متغیر	منابع تغییرات	MS آزمایش	MS خطا	درجه آزادی	آماره F	P	مجذور اتا
تاب آوری	گروه‌ها	۴۸۰/۰۳	۵۸/۹۲	(۲, ۴۲)	۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	مراحل	۱۲۹۵/۹۲	۷/۵۰	(۱/۰۷, ۴۵/۲۴)	۱۷۲/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	تعامل مراحل با گروه	۲۹۰/۲۸	۷/۵۰	(۲/۱۵, ۴۵/۲۴)	۳۸/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۴

با در نظر گرفتن مقادیر اپسیلون در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح $P < ۰/۰۵$ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. برای بررسی اندازه اثر نیز از مجذور اتای جزئی استفاده شد. مقدار مجذور اتای جزئی (۰/۰۱) و کمتر نشانگر اثر کم، (۰/۰۴) تا (۰/۰۹) اثر متوسط و (۰/۱۰) و بیشتر نشانگر اثر زیاد است (هوبرتی، ۲۰۰۲). همانطور که در جدول فوق نشان داده شده است، اثر تعامل مراحل و گروه در متغیر تاب آوری در سطح $۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ تاب آوری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین مجذور اتا برای تمامی متغیرها بیشتر از $۰/۱$ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. با توجه به معنی‌داری تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. بنابراین این یافته‌ها بیانگر آن است که حداقل اثر یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با اثر دیگر متغیر مستقل یا گروه گواه، در متغیر تاب آوری به صورت معناداری متفاوت است.

مقایسه میانگین نمرات متغیر تاب آوری در سه گروه آموزشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است و نتایج در جدول زیر ارائه شده است.

دوره اول، شماره چهارم

جدول ۷. نتایج مقایسه میانگین گروه‌های در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تاب آوری

متغیر	مرحله	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۶	۱/۷۴	۰/۷۳۰
		گواه	-۰/۹۹	۱/۷۱	۰/۵۶۷
		درمان متمرکز بر هیجان	-۱/۵۹	۱/۶۸	۰/۳۴۹
پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۸۱*	۱/۷۴	۰/۰۰۲
		گواه	۱۰/۰۱*	۱/۷۱	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	۴/۲۰*	۱/۶۸	۰/۰۱۷
پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۶/۶۵*	۱/۷۸	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۰/۳۵*	۱/۷۵	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	۳/۷۰*	۱/۷۲	۰/۰۳۷

* $P < 0.001$

با توجه به جدول فوق تفاوت معناداری بین میانگین گروه‌های آموزش معنویت درمانی و گواه در مرحله پیش‌آزمون در متغیر تاب آوری مشاهده نشد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نتایج نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین میانگین نمره متغیر تاب آوری در دو گروه آموزش معنویت درمانی و گواه وجود دارد. بنابراین بیانگر آن است که آموزش معنویت درمانی بر تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بوده است. با توجه به جدول ۹ تفاوت معناداری بین میانگین گروه-های آموزش درمان متمرکز بر هیجان و گواه در مرحله پیش‌آزمون در متغیر تاب آوری مشاهده نشد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نتایج نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین میانگین نمره متغیر تاب آوری در دو گروه آموزش معنویت درمانی و گواه وجود دارد. بنابراین نتایج نشان می‌دهد، آموزش معنویت درمانی بر تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به درمان متمرکز بر هیجان اثربخشی بالاتری داشته است. همچنین جهت بررسی پایداری اثربخشی دو روش آموزشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر متغیر تاب آوری از آزمون مقایسات زوجی با تعدیل بونفرونی در جدول ۱۰ نشان داده شده است.

درمان متمرکز بر هیجان و گواه وجود دارد. بنابراین بیانگر آن است که آموزش درمان متمرکز بر هیجان بر تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان در

جدول ۸. نتایج آزمون مقایسات زوجی براساس تعدیل بونفرونی در متغیر تاب آوری در سه مرحله

متغیر	مراحل	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان
		اختلاف میانگین	مقدار احتمال
تاب آوری	پیش‌آزمون	-۱۲/۰۷*	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱۲/۷۸*	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۰/۷۱	۰/۱۷۰

* $P < 0.001$

نتایج آزمون تعدیل بونفرونی نشان داد، در دو گروه آموزشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان تفاوت معناداری بین دو مرحله پس آزمون و پیگیری در تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده نشد؛ به طوری که میانگین نمرات تاب آوری در مرحله پس آزمون در همسنگی با پیش آزمون افزایش معنادار و این افزایش تا در مرحله پیگیری تداوم داشته است.

بنابراین فرضیه پژوهش تأیید شد؛ به طوری که دو روش آموزشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش بودند. به طوری که نمرات تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش یافته است. همچنین اثربخشی آموزش معنویت درمانی در تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان بالاتر بود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو رویکرد معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش معنادار تاب آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با گروه کنترل شدند. همچنین اثربخشی معنویت درمانی در افزایش تاب آوری به طور معناداری بیشتر از درمان متمرکز بر هیجان بود. این یافته نشان می دهد که بهره گیری از مؤلفه های معنوی و هیجانی می تواند بهبود تاب آوری را در این گروه از بیماران تسهیل کند و موجب ارتقاء سلامت روانی آنان شود.

تطبیق نتایج پژوهش حاضر با پیشینه های موجود بیانگر آن است که معنویت درمانی می تواند نقش مهمی در بهبود تاب آوری بیماران سرطانی ایفا کند. مطالعات قبلی نیز تأکید کرده اند که معنویت به عنوان منبعی درونی برای مقابله با بحران های زندگی، می تواند معنابخشی به رنج و پذیرش شرایط دشوار را تسهیل نماید (Agarwal et al., 2020). پژوهش Agarwal و

همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که تجارب معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان به آنان کمک کرده است تا احساس پذیرش، امید و معنا در زندگی را بازسازی کنند (Agarwal et al., 2020). این نتایج کاملاً با یافته های پژوهش حاضر همخوانی دارد و نقش کلیدی معنویت در ارتقاء تاب آوری را مورد تأیید قرار می دهد.

از سوی دیگر، نتایج این پژوهش با یافته های Cousin و همکاران (۲۰۲۴) نیز هم راستا است. این محققان در مطالعه ای آزمایشی نشان دادند که نوشتار شکرگزاری به عنوان یک مداخله معنویت محور، منجر به افزایش سلامت معنوی و خودکارآمدی بیماران بازمانده از سرطان پستان شد (Cousin et al., 2024). این همسویی نشان می دهد که تأکید بر مؤلفه های معنوی می تواند منابع درونی مقابله ای بیماران را تقویت کرده و تاب آوری آنان را ارتقاء دهد. مطالعه Ghalyanee و همکاران (۲۰۲۱) نیز یافته های پژوهش حاضر را تأیید می کند. آنان دریافتند که مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم تأثیر بیشتری نسبت به آموزش ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان داشت (Ghalyanee et al., 2021). این شواهد تأکیدی دوباره بر اهمیت بهره گیری از مداخلات معنویت محور در درمان بیماران سرطانی به ویژه در زمینه های فرهنگی-دینی نظیر ایران است.

علاوه بر این، یافته های پژوهش حاضر با نتایج Hosseini Poor و Abardeh و Niknam (۲۰۲۱) نیز سازگار است. آنان گزارش کردند که سلامت معنوی بالاتر در بیماران مبتلا به سرطان پستان با سطوح پایین تر اضطراب وجودی و اضطراب مرضی همراه بود (Hosseini Poor, 2021). با توجه به اینکه اضطراب و ترس می توانند تاب آوری بیماران را کاهش دهند، نقش سلامت معنوی در کاهش این هیجانات منفی و تقویت تاب آوری اهمیت ویژه ای می یابد.

کرونا نقش محافظتی در برابر اختلالات روانی داشتند (Ansarfardaran et

al., 2022). این نتیجه با یافته‌های حاضر که نشان‌دهنده اهمیت معنویت در

شرایط بحران بیماری است، همخوانی دارد.

نتایج Haji Heidari و Sajadian (۲۰۲۳) نیز اهمیت تاب‌آوری و تنظیم

هیجان را در پیشگیری از افکار خودکشی در زنان قربانی خشونت برجسته

کرد (Haji Heidari & Sajadian, 2023). این یافته‌ها تأکید مجددی بر

نقش راهبردهای هیجانی و معنوی در ارتقاء سلامت روانی دارند.

در نهایت، مطالعه Bahrai و همکاران (۲۰۲۰) نیز ارتباط مثبت میان

معنویت، شادی زناشویی و تاب‌آوری را با میانجی‌گری تنظیم هیجان گزارش

کردند (Bahrai et al., 2020). این یافته، حمایت نظری بیشتری برای مدل

ترکیبی معنویت-هیجان در ارتقاء تاب‌آوری فراهم می‌آورد.

مجموع این شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بهره‌گیری از مداخلات

مبتنی بر معنویت و هیجان می‌تواند به عنوان استراتژی مؤثری برای افزایش

تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد. معنویت به

عنوان منبع معنا و امید و درمان متمرکز بر هیجان به عنوان ابزاری برای پردازش

عمیق هیجانات منفی، هر دو می‌توانند مکمل یکدیگر باشند و به بهبود سلامت

روانی بیماران کمک کنند.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر اندازه نمونه نسبتاً کوچک آن بود

که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. همچنین، استفاده از نمونه‌گیری

در دسترس ممکن است منجر به ایجاد سوگیری انتخاب شده باشد. افزون بر

این، پژوهش تنها بر زنان مبتلا به سرطان پستان متمرکز بود و نتایج ممکن

است قابل تعمیم به دیگر گروه‌های بیمار نباشد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان

به فقدان پیگیری بلندمدت برای ارزیابی پایداری تغییرات اشاره کرد.

توصیه می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و تصادفی

استفاده شود تا اعتبار بیرونی نتایج افزایش یابد. همچنین، مطالعات آینده

نتایج این مطالعه همچنین با پژوهش‌های مرتبط با درمان متمرکز بر هیجان

همخوانی دارد. درمان متمرکز بر هیجان با تأکید بر تجربه، ابراز و تنظیم

هیجانات اصلی، می‌تواند به تسهیل پردازش هیجانی، کاهش هیجانات

ناسازگار و افزایش هیجانات سازگار منجر شود (Ebrahimi et al., 2022).

مطالعه Ebrahimi و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان

در بهبود سرمایه روان‌شناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به

بیماری‌های مزمن مؤثر است (Ebrahimi et al., 2022).

یافته‌های Hedayati و همکاران (۲۰۲۰) نیز از نتایج پژوهش حاضر

حمایت می‌کنند. آنان دریافتند که درمان هیجان‌محور موجب افزایش صمیمیت

زناشویی در زوج‌هایی شد که زنان آنان با سرطان پستان دست و پنجه نرم

می‌کردند (Hedayati et al., 2020). این نتایج بیانگر آن است که درمان

متمرکز بر هیجان نه تنها در زمینه‌های بین‌فردی بلکه در بهبود منابع

روان‌شناختی فردی مانند تاب‌آوری نیز اثربخش است.

افزون بر این، پژوهش Bahraei و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که

تاب‌آوری خانوادگی با متغیرهایی چون شادی زناشویی، نیازهای روان‌شناختی

و معنویت رابطه مثبت دارد و تنظیم هیجان به عنوان متغیر میانجی در این مدل

ایفای نقش می‌کند (Bahraei et al., 2022). این یافته‌ها نیز از اهمیت تلفیق

مداخلات معنوی و هیجانی برای ارتقاء تاب‌آوری در بیماران حمایت می‌کند.

مطالعه Barghi Irani و Dehghan Saber (۲۰۲۱) نیز بیانگر آن بود

که هر دو روش معنویت‌درمانی و ذهن‌آگاهی می‌توانند باورهای غیرمنطقی و

اضطراب سالمندان را کاهش دهند (Barghi Irani & Dehghan Saber, 2021).

این نتایج گویای آن است که مداخلات معنویت‌محور نه تنها در

بیماران سرطانی بلکه در سایر گروه‌های آسیب‌پذیر نیز کاربرد دارند.

از دیدگاهی دیگر، Ansarfardaran و همکاران (۲۰۲۲) نیز در پژوهش

خود به این نتیجه رسیدند که سلامت معنوی و تاب‌آوری در دوران بحران

این مقاله مستخرج از رساله دکتری است. در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به حاضر یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Agarwal, K., Fortune, L., Heintzman, J. C., & Kelly, L. L. (2020). Spiritual Experiences of Long-Term Meditation Practitioners Diagnosed with Breast Cancer: An Interpretative Phenomenological Analysis Pilot Study. *Journal of religion and health*, 59(5), 2364-2380. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-00995-9>
- Ansarfardaran, F., Najabat, M., Mahmoudi, A., & Shamsaei, M. (2022). A model of psychological well-being among nurses based on the variables of spiritual health, resilience, and family emotional climate during the COVID-19 pandemic and its effect on nurses' tolerance of emotional disturbance. *Health System Research*, 18(2), 126-120.
- Bahraei, Z., Hosseini Almadani, S., & Baseri, A. (2022). The modeling family resilience based on marital happiness, basic psychological needs and spirituality with the mediating role of emotion regulation. *Islamic Life Style*, 5(4), 85-98. <https://www.sid.ir/FileServer/JF/GHA3008113990413>
- Bahrai, J., Hosseini al-Madani, S. A., & Basri, A. (2020). Modeling family resilience based on marital happiness, basic psychological needs and spirituality with the mediating role of emotion regulation. *Health-Oriented Lifestyle Quarterly*, 4(4), 112-124. <https://www.sid.ir/paper/985783/en>
- Barghi Irani, Z., & Dehghan Saber, L. (2021). The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Based Therapy and Spiritual Therapy on Irrational Beliefs and Anxiety in the Older Women. *Aging Psychology*, 6(4), 339-321. <https://doi.org/10.22126/jap.2021.5945.1492>
- Cousin, L., Braithwaite, D., Anton, S. D., Zhang, Z., Lee, J. H., Leewenburgh, C., & Lyon, D. E. (2024). A Pilot Study of a Gratitude Journaling Intervention to Enhance Spiritual Well-Being and Exercise Self-Efficacy in Black Breast Cancer Survivors. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4903270/v1>
- Ebrahimi, S., ahmadi, k., & farokhi, n. (2022). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Capital and Post Traumatic Growth in Women with Multiple Sclerosis [Quantitative-Research]. 2 *Journal of Nursing Education*, 11(3), 85-96. <https://doi.org/10.22034/JNE.11.3.85>
- Ghalyanee, B., Asadzandi, M., Bahraynian, S. A., & Karimi Zarchi, A. A. (2021). Comparing the Effects of Spiritual Counseling Based on the Sound Heart Model with Mindfulness Training on the Quality of Life of Women with Breast Cancer. *Iran-J-of-Breast-Dis*, 14(3), 34-45. <https://doi.org/10.30699/ijbd.14.3.34>

می‌توانند به بررسی اثرات طولانی مدت این مداخلات از طریق پیگیری‌های چندماهه یا چندساله بپردازند. پیشنهاد می‌شود مقایسه این رویکردها با دیگر رویکردهای درمانی نظیر شناخت درمانی یا ذهن آگاهی نیز در دستور کار قرار گیرد. بررسی تفاوت‌های فرهنگی، جنسیتی و سنی در پاسخ به مداخلات معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان نیز می‌تواند حوزه‌ای غنی برای پژوهش‌های آتی باشد.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود که مراکز درمانی و بیمارستان‌ها مداخلات مبتنی بر معنویت و هیجان را به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان ارائه دهند. برگزاری کارگاه‌های گروهی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان با حضور روانشناسان متخصص می‌تواند در برنامه‌های حمایتی بیماران گنجانده شود. همچنین، آموزش کارکنان درمانی در زمینه شناخت اهمیت سلامت معنوی و پردازش هیجانی بیماران می‌تواند به ارتقاء کیفیت مراقبت‌های روان‌شناختی کمک کند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این پژوهش با اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و با شماره IR.NKUMS.REC.۱۴۰۳.۱۹۳ اجرا شده است.

مشارکت نویسندگان

- Haji Heidari, B., & Sajadian, E. (2023). The Role of Resilience, Emotion Regulation, and Spiritual Health in Predicting Suicidal Ideation in Women Victims of Violence During the COVID-19 Pandemic. *Iranian-Islamic Family Studies*, 3(3), 52-75.
<https://sanad.iau.ir/en/Journal/iifsj/Article/921430/FullText>
- Hedayati, M., Haji Alizadeh, K., Hedayati, M., & Fathi, E. (2020). Effectiveness of Emotionally Focused Couples Therapy on the Marital Intimacy of Couples Coping with Breast Cancer in Women. *Iran-J-of-Breast-Dis*, 13(3), 30-42.
<https://doi.org/10.30699/ijbd.13.3.30>
- Hosseini, L., Kashani, F. L., Akbari, S., Akbari, M. E., & Mehr, S. S. (2016). The Islamic Perspective of Spiritual Intervention Effectiveness on Bio-Psychological Health Displayed by Gene Expression in Breast Cancer Patients. *Iranian Journal of Cancer Prevention, In Press*(In Press).
<https://doi.org/10.17795/ijcp-6360>
- Hosseini Poor Abardeh, F. S., & Niknam, M. (2021). The Relationship Between Spiritual Health With Existential Anxiety and Morbid Anxiety in Female Patients With Breast Cancer. *HBI_Journals*, 24(3), 360-371.
<https://doi.org/10.32598/jams.24.3.5952.2>
- Hulett, J. M., & Armer, J. M. (2016). A Systematic Review of Spiritually Based Interventions and Psychoneuroimmunological Outcomes in Breast Cancer Survivorship. *Integrative Cancer Therapies*, 15(4), 405-423.
<https://doi.org/10.1177/1534735416636222>
- Rajabiyan Dehzireh, M., & Heydari, S. (2020). The relationship between spiritual intelligence and emotional intelligence and resilience, life satisfaction and mental health of the spouses [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 9(5), 105-116. <http://frooyesh.ir/article-1-1936-en.html>
<http://frooyesh.ir/article-1-1936-en.pdf>
- Safikhani, F. (2022). The effectiveness of grammatical mental imagery with cognitive processing on self-efficacy, emotional processing and spirituality in mothers of students with autism spectrum disorder. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 3(2), 12-22.
<https://doi.org/10.22034/injoeas.2022.160609>