



Comparison of the Effectiveness of Integrative Psychotherapy, Spiritual Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy on Distress in Patients with Breast Cancer

Shovan Sheydaei Aghdam¹, Farah Lotfi Kashani^{2*},
Shahram Vaziri³, Afsaneh Khajevand Khoshli⁴

1- PhD, Department of Health Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

2- PhD, Department of clinical Psychology, Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3- PhD, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

4- PhD, Department of Health Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran

Citation: heydaei Aghdam, S. , lotfi kashani, F. , vaziri, S. and Khajevand Khoshli, A. (2020). Comparison of the Effectiveness of Integrative Psychotherapy, Spiritual Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy on Distress in Patients with Breast Cancer. *Clinical Psychology Achievements*, 5(4), 28-36

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of integrative psychotherapy, spiritual therapy, and cognitive-behavioral therapy on distress in patients with breast cancer. To this end, through semi-experimental research with pretest-posttest, control group, and follow-up process, 60 women with breast cancer in Shohadaye Tajrish Hospital in Tehran were selected using in access sampling method and were randomly assigned into three experimental and one control groups. The groups were tested before and after the intervention with the Kessler psychological distress scale (K10). Group therapy sessions were separately held for all three groups once a week for eight 90-minute sessions. The control group received no intervention. After finishing the study and two months later, the groups were reexamined by the Kessler psychological distress scale. The results of multivariate covariance analysis showed that integrative psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, and spiritual therapy could reduce distress in patients under therapy, and their effect was sustained in the follow-up test. These therapies, in addition to other interventions such as medication therapy and medical interventions, seem to be effective in reducing distress in patients with breast cancer.

Keywordw: Integrative Psychotherapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Spiritual therapy, Distress,

* Corresponding Author: Farah Lotfi Kashani

E-mail: lotfi.kashani@gmail.com



© 2020 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر پیشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

شوان شیدائی اقدم^۱، فرح لطفی کاشانی^{۲*}، شهرام وزیری^۳، افسانه خواجهوند خوشلی^۴

۱. دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران
۲. دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۴. دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر پیشانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. بدین‌منظور طی یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری، ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در ۳ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل کاربندی شدند. گروه‌ها قبل و بعد از مداخله با پرسش‌نامه ارزیابی پیشانی روان‌شناختی کسلر (K10) مورد آزمایش قرار گرفتند. جلسات گروه درمانی جداگانه برای هر سه گروه یک‌بار در هفته به‌مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارائه شد و بر روی گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از اتمام پژوهش و ۲ ماه بعد از آن نیز گروه‌ها مجدداً با پرسش‌نامه ارزیابی پیشانی روان‌شناختی کسلر مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان یکپارچه‌نگر، درمان شناختی-رفتاری و معنویت درمانی بر کاهش پیشانی بیماران تحت آموزش، مؤثر بوده است و این تأثیر در آزمون پیگیری پایدار بوده است. به‌نظر می‌رسد که این درمان‌ها می‌توانند در کنار سایر مداخلات مثل دارودرمانی و مداخلات پزشکی، در کاهش پیشانی این بیماران مؤثر باشند.

کلیدواژه‌ها: درمان یکپارچه‌نگر، درمان شناختی-رفتاری، معنویت درمانی، پیشانی، سرطان پستان

مقدمه

سرطان یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامت عمومی در جهان است (Siegel et al., 2018). باتوجه به تحقیقات موجود، شیوع مشکلات روان‌شناختی در بین بیماران مبتلا به سرطان ۲۵ تا ۳۰ درصد است (Zabora et al., 2001). وقتی فرد پی می‌برد که مبتلا به سرطان است، واکنش‌های روان‌شناختی همچون ترس از مرگ، بدریختی، ناتوانی، ترس از متروک شدن و از دست دادن استقلال، ترس از گسستگی روابط، عملکرد نقش و وضع مالی، انکار، اضطراب، خشم و احساس گناه شایع است (Sadock & Sadock, 2011). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علاوه بر این پیامدهای روان‌شناختی، ابتلاء به سرطان پستان می‌تواند منجر به پریشانی هم شود. (Brunault et al., 2016). پریشانی روان‌شناختی به‌عنوان یک تجربه هیجانی ناخوشایند چندعاملی تعریف شده است که شامل عوامل روان‌شناختی (شناختی، هیجانی، رفتاری)، اجتماعی و معنوی می‌باشد که این عوامل در توانایی مواجهه مؤثر بیماران با بیماری سرطان، علایم جسمانی و درمان بیماری اثر می‌گذارد (Guan et al., 2017). پریشانی در بیماران مبتلا به سرطان کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد و تأثیر منفی بر بقاء آن‌ها می‌گذارد (Cha et al., 2017). تجربه فشار روانی شدید چه پس از گرفتن تشخیص و چه در حین درمان بین بیماران بسیار معمول است (Soleimani et al., 2018). پریشانی روانی می‌تواند بر میزان اثربخشی درمان تأثیر داشته باشد (Lotfi Kashani et al., 2015). علاوه براینکه پریشانی روانی بر سرعت و میزان بهبودی بیماران می‌تواند اثربخش باشد، سایر ابعاد زندگی فرد را هم دربرمی‌گیرد. (Jørgensen et al., 2015). شیوه‌های مختلفی در کاهش مشکلات این بیماران به‌کار گرفته شده که یکی از این درمان‌ها که علاقه متخصصان بالینی را به خود جلب کرده است درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. منظور از این درمان، درمانی است که آمیزه‌ای از فنون شناخت درمانی و رفتار درمانی است. رویکرد شناختی-رفتاری بر این فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. در درمان تکنیک‌ها و روش‌های تغییر این افکار مورد توجه قرار می‌گیرند. تأکید عمده در تمامی فنون این درمان، بر تغییر شناخت‌های سازش نایافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به‌جای آن‌هاست. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این درمان در دامنه وسیعی از اختلال‌ها و علایم روان‌پزشکی اثربخش است (Butler et al., 2006). درمان شناختی-رفتاری از جمله درمان‌های با بهترین حمایت پژوهشی می‌باشد و به‌طور گسترده در مداخلات از آن استفاده شده است و نتایج پژوهش‌ها نشان داده که در افزایش طول عمر و سازگاری بهتر با بیماری (Lambert, 2013)، افزایش کیفیت زندگی (Luque et al., 2016 De la Torre-) اثربخش است و همچنین به‌عنوان یک ابزار سلامت مهم هم‌زمان با مداخلات پزشکی در درمان سرطان باید مورد توجه قرار گیرد (Guzmán-Castellanos et al., 2016). مداخله‌ی معنوی، به‌عنوان یک روش درمانی مؤثر در سال‌های اخیر، مورد توجه قرار گرفته است. یافته‌های متعدد حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین سلامت معنوی و سلامت روان (اضطراب، پریشانی و افسردگی) است (Larson, 2004; Romero et al., 2006). به‌علت طبیعت تهدیدکننده‌ی سرطان، تشخیص این بیماری باعث می‌شود که نیازهای معنوی بیماران به‌گونه‌ای چشم‌گیر افزایش یابد و متعاقب این نیاز نقش جستجوی معنویت به‌عنوان منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی به سرطان مورد توجه قرار گیرد. در درمان معنویت‌گرا، درمانگر، درمانجو را به کاوش در موضوع‌ها و مسائل معنوی که با بهبود و بازیابی سلامت او مرتبط هستند دعوت می‌کند (Meraviglia, 2006). اعتقادات معنوی با تمام جنبه‌های سلامتی فرد همراه بوده به‌طوری‌که عادات روزانه زندگی را هدایت کرده و منشأ حمایت، قدرت و بهبودی است (Khorrami Markani et al., 2015). معنویت درمانی به این دلیل که تشخیص سرطان یک تهدید واقعی و مداوم را برای بیمار ایجاد می‌کند، به‌خصوص اینکه هیچ "سیگنال ایمنی" وجود ندارد که نشان‌دهنده رفع تهدید باشد (جونز و پاین، ۲۰۰۰؛ لیل و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از Curran et al., 2017) منجر به استفاده افراد از منابع معنوی برای مقابله با بیماری می‌شود.

یکی دیگر از مداخلاتی که می‌تواند مورد توجه قرار گیرد درمان یکپارچه‌نگر است. میل به نگرستن از ورای مرزهای رویکردهای تک‌مکتبی، برای پی‌بردن به این‌که از سایر رویکردها چه می‌توان آموخت و چگونه درمان‌جویان

می‌توانند از آن بهره‌مند شوند، انگیزه‌ی یکپارچه کردن روان درمانی بوده است. هدف از انجام این کار، بهتر کردن اثربخشی و کارایی روان درمانی است. درمان یکپارچه‌نگر نوعی از روان‌درمانی است که مطابق پژوهش انجام‌شده توسط لطفی کاشانی و وزیری (۱۳۷۵) عوامل مؤثر رویکردهای روان درمانی گوناگون را به چهار وجه تقسیم می‌کند. این چهار وجه به شرح زیر است: برقراری رابطه‌ی درمانی، ایجاد امید و انتظار درمانی، آگاهی‌افزایی، نظم‌بخشی رفتار (پوزش و همکاری، ۱۳۹۱). چهار وجه فوق فرایند مشترک نظام‌داری ایجاد می‌کنند که ویژه‌ی رویکرد خاصی نیست. در این فرایند طی برقراری رابطه‌ی درمانی و به‌کارگیری اصول یادگیری و نظم‌بخشی رفتار زمینه برای ایجاد امید و انتظار درمان و افزایش آگاهی در مراجع مهیا می‌شود و به بهبودی مراجع و کنترل وضعیت موجود می‌انجامد. اهمیت مقایسه این سه درمان در این پژوهش به این دلیل است که هر درمان اهداف متفاوتی را دنبال می‌کند. دلیل انتخاب درمان شناختی-رفتاری، تأکید این درمان بر کاهش خطاهای شناختی افراد در تعمیم دادن و تفسیر موقعیت‌ها براساس باورهای شخصی آن‌هاست، اما در معنویت درمانی فرد با روبه‌رو شدن با رسالت خویش، صبر، توکل، بخشش، دعا و نیایش و حکمت در می‌یابد که رنج بیماری بیهوده نیست و این عامل موجب افزایش توانایی مواجهه مؤثر با بیماری است. درمان یکپارچه‌نگر نیز بر فرایند مشترک و نظام‌داری در رویکردهای مختلف روان درمانی اشاره می‌کند که ویژه رویکردی خاص نیست و در اثربخشی درمان نقش مؤثری دارند. باتوجه به آنچه که آمد در این پژوهش به بررسی مقایسه بین اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌پردازیم.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش، یک طرح نیمه‌آزمایشی بود که با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. بدین طریق که از میان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران، ابتدا ۶۰ نفر با روش در دسترس انتخاب شدند که به چهار گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. هر چهار گروه قبل و بعد از آموزش با پرسش‌نامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر مورد آزمون قرار گرفتند. سپس هر یک از گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی-رفتاری، معنویت درمانی و درمان یکپارچه‌نگر قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه ارزیابی پریشانی روان‌شناختی کسلر ۱۰ (K10) (the Kessler psychological distress scale): این پرسش‌نامه ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی می‌باشد که وضعیت روانی بیمار را طی دوره یک‌ماهه اخیر بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه توسط کسلر و در سال ۲۰۰۱ به صورت ۱۰ سؤالی تدوین شده است. پاسخ سؤالات به صورت ۵ گزینه‌ای (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی اوقات، بندرت و هرگز) می‌باشد و بین (۴-۰) نمره‌گذاری می‌گردد. لذا حداکثر نمره در K10 برابر ۴۰ می‌باشد (کسلر، ۲۰۰۱). پرسش‌نامه پریشانی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربالگری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی است. وزیری و لطفی کاشانی در یک مطالعه پژوهشی، پایایی پرسش‌نامه کسلر K10 را با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰ و با روش دونیمه‌سازی معادل ۰/۸۶ به دست آوردند. آن‌ها با به دست آوردن همبستگی نمرات این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه سلامت عمومی GHQ28 اعتبار این آزمون را معادل ۰/۸۰ گزارش کردند (به نقل از وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۱).

یافته‌ها

برای بررسی تأثیر درمان‌های انجام‌شده در کاهش پریشانی آزمودنی‌ها بعد از حذف داده‌های پرت، داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که نتایج آن در زیر آورده شده است.

جدول ۱. آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه گروه‌ها در پریشانی

منبع تغییرات	وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	مجزورات
گروه	پریشانی ۲	۱۶۰/۳۴	۳	۵۳/۴۴	۶۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	پریشانی ۳	۲۰۶/۱۸	۳	۶۸/۷۳	۴۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲
	پریشانی ۲	۴۱/۲۸	۵۰	۰/۸۲			
خطا	پریشانی ۳	۷۶/۵۶	۵۰	۱/۵۳			
	پریشانی ۲	۲۸۴/۹۸	۵۴				
	پریشانی ۳	۳۴۰/۱۰	۵۴				
کل							

جدول ۱ نشان می‌دهد که بین میانگین‌های گروه‌ها در پس‌آزمون نمرات پریشانی ($\eta^2=0/79$; $P<0/001$)؛ $F_{3,50}=64/73$ و نمرات پیگیری پریشانی ($\eta^2=0/72$; $P<0/001$; $F_{3,50}=44/88$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر برای هر دو نمره در حد زیاد است. به منظور بررسی این مسأله که در کدام یک از گروه‌های درمانی تفاوت وجود دارد، اقدام به اجرای مقایسه‌های پسینی بونفرونی شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آزمون مقایسه‌های جفتی بونفرونی گروه‌ها در پس‌آزمون پریشانی

گروه (میانگین)	شناختی-رفتاری	یکپارچه‌نگر	معنویت	کنترل
شناختی-رفتاری (۱۵/۰۴)	-			
یکپارچه‌نگر (۱۴/۰۴)	*-۱	-		
معنویت (۱۳/۰۴)	**۱/۹۹-	۰/۹۹-	-	
کنترل (۱۷/۷۸)	**۲/۷۴-	**۳/۷۴-	**۴/۷۴-	-

جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه شناختی-رفتاری، یکپارچه‌نگر و معنویت در پس‌آزمون پریشانی به‌طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. میانگین نمرات گروه یکپارچه‌نگر تفاوت معنی‌داری با گروه معنویت ندارد.

جدول ۳. آزمون مقایسه‌های جفتی بونفرونی گروه‌ها در پیگیری پریشانی

گروه	شناختی-رفتاری	یکپارچه‌نگر	معنویت	کنترل
شناختی-رفتاری (۱۴/۴۸)	-			
یکپارچه‌نگر (۱۳/۴۰)	-۱/۰۷	-		
معنویت (۱۲/۸۹)	*-۱/۵۹	۰/۵۱-	-	
کنترل (۱۷/۹۹)	**۳/۵۱-	**۴/۵۸-	**۵/۱۰-	-

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات گروه شناختی-رفتاری، یکپارچه‌نگر و معنویت در پیگیری پریشانی به‌طور معنی‌داری کمتر از میانگین نمرات گروه کنترل است. میانگین نمرات گروه یکپارچه‌نگر تفاوت معنی‌داری با گروه معنویت ندارد. میانگین نمرات گروه یکپارچه‌نگر تفاوت معنی‌داری با گروه شناختی-رفتاری ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر سه درمان یکپارچه‌نگر، معنویت درمانی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی اثربخش‌اند و نمرات پیگیری هم‌ثبات این اثربخشی را نشان می‌دهد. برای مقایسه اثربخشی درمان‌ها، مقایسه جفت‌های بونفرونی انجام شد که نتایج نشان داد میانگین نمرات گروه شناختی-رفتاری با گروه یکپارچه‌نگر و

معنویت در پس‌آزمون پریشانی به‌طور معنی‌داری متفاوت است و به‌ترتیب معنویت درمانی و درمان یکپارچه‌نگر اثربخشی بیشتری دارند. میانگین نمرات گروه یکپارچه‌نگر تفاوت معنی‌داری با گروه معنویت ندارد. یافته‌های به‌دست آمده با نتایج (Park et al. (2020)، Hall et al. (2020) و Kim et al. (2011) همسو بوده است؛ علاوه بر این یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش پوزش و همکاران (۱۳۹۱) و Lotfi Kashani et al. (2015) نیز همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی درمان یکپارچه‌نگر بر پریشانی بیماران مبتلا به سرطان می‌توان گفت که مطابق با استدلال لطفی کاشانی (۱۳۷۵) درمان یکپارچه‌نگر، فرایند مشترک نظام‌داری را در روان‌درمانی ایجاد می‌کنند که ویژه رویکرد خاصی نیست. در این فرایند برقراری رابطه درمانی و به‌کارگیری اصول یادگیری و نظم‌بخشی رفتار زمینه را برای ایجاد امید و انتظار درمان و افزایش آگاهی در بیمار فراهم کرده و موجب بهبودی فرد مبتلا به سرطان می‌شود. در یک رابطه درمانی مناسب، برای فرد فرصت مناسبی فراهم می‌شود تا از احساس و رفتاری که قبلاً متوجه آن نبوده آگاه شود و به بینشی نوین درباره وضعیت کنونی نائل شده و از احساسات و اقدامات خود، آگاهی بیشتری پیدا کند که به‌نوبه خود، بخشی از درمان است. در این فرایند با ایجاد امید و انتظار بهبودی به‌عنوان بخش مهمی از درمان، روحیه درمانجو بهبود می‌یابد و نهایتاً ایجاد تغییرات رفتاری در درمانجو میسر شده و زمینه‌ای برای بهبود از طریق تنظیم پاسخ‌های وی فراهم می‌شود. فرد می‌آموزد که پاسخ به استرس و پریشانی خود را با آگاهی، امید به بهبودی و نظم‌بخشی رفتار کاهش دهد. همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر پریشانی بیماران مبتلا به سرطان می‌توان گفت که این نتایج به عواملی از قبیل کاربرد روش‌های شناختی و رفتاری مانند آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی که اثربخشی آن در مورد اختلالات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی در پژوهش‌های قبلی به تأیید رسیده است (جمشیدی‌فر و لطفی کاشانی، ۱۳۹۹). افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن خودشان را قربانیانی درمانده می‌بینند و این تجربه مجدد تروما سیستم‌های هشدار مغز را فعال می‌کند و باعث تداوم نشانه‌ها می‌شود و افراد تروماتیک ممکن است همیشه احساس ناامنی کنند (Abbass & Schubiner, 2018) و به‌همین دلیل با گریز از پرداختن به مسائل مربوط به بیماری اضطراب را فرونشانی می‌کنند. این رویکرد با تمرکز بر اینجا و اکنون و ارائه راهکارهایی مبتنی بر حل مسأله تلاش می‌کند که واکنش‌های انطباقی در فرد به‌جای گریز ایجاد کند و با کاهش تنش‌های روانی و گسترش روابط و فعالیت‌های اجتماعی به‌دنبال سلامت روان این افراد است (سروش و همکاران، ۱۳۹۳) و نه تنها در بهبود بهداشت روانی و جسمی بیماران مبتلا به سرطان مفید واقع می‌شود، بلکه می‌تواند بقای آنان را نیز افزایش دهد (Sarafino & Smith, 2014). در تبیین اثربخشی معنویت درمانی بر پریشانی بیماران مبتلا به سرطان می‌توان گفت که معنویت به‌عنوان منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی مورد توجه قرار می‌گیرد (Meraviglia, 2006) و می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به‌شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به سازگاری روانی بیشتر منجر شود (Simoni et al., 2002). وقتی افراد با مشکل مشترک در کنار هم جمع می‌شوند، بار حاصل از بیماری برای هریک از بیماران کم شده و به‌دنبال آن بسیاری احساس‌های منشعب از تنهایی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی، کاهش پیدا کرده و فرد دیگر خود را تنها نمی‌داند؛ علاوه بر آن به اشتراک گذاشتن احساس‌های هم‌سو، فرصت مناسبی از رشد ذهنی را برای جستجوی مسیرهای نو معنی‌دارتر زندگی می‌گشاید.

همانطور که در بالا آمد و نتایج نشان داده، هر سه درمان در کاهش پریشانی اثربخش بودند اما معنویت درمانی اثربخشی بیشتری را نشان داده است. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که اثربخشی درمان معنوی در کاهش پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان مکانیسم‌های اثری دارد که آن را از درمان یکپارچه‌نگر و درمان شناختی-رفتاری متفاوت می‌کند: اعمال مذهبی با فعال کردن لوب فرونتال مغز سبب افزایش توجه موردنیاز برای تفکر، نیایش و اعمال مذهبی و... می‌گردد (جمشیدی‌فر و لطفی کاشانی، ۱۳۹۹) که این التزام معنوی ممکن است با تأثیر بر فعالیت غدد درون‌ریز و دستگاه عصبی و سیستم ایمنی بر حساسیت در مقابله با بیماری اثر بگذارد. یکی از وظایف سیستم ایمنی مبارزه با رشد بی‌رویه سرطان‌ها و تومورها و جلوگیری از متاستاز آن‌ها با به‌کارگیری مکانیسم‌های مختلف است

و فاکتورهای روانی و استرس‌ها از طریق مسیر نورواندوکراین یا غدد درون‌ریز و سیستم ایمنی در مبارزه با سرطان‌ها تأثیر می‌گذارند، به‌طوری‌که استرس، عملکرد سلول‌های T که نقش مبارزه‌ای با تومورهای سرطانی را دارند، تضعیف می‌کنند (Koenig et al., 2016). مکانیسم اثر دیگر، تفکر عمیق یا مدیتیشن و سایر اعمال مذهبی است که سبب افزایش ترشح برخی واسطه‌های شیمیایی عصبی در مغز نظیر گابا، ملاتونین و سروتین شده و بر تجارب عرفانی تأثیر شگرفی می‌گذارد. همچنین مشخص شده که طی تفکر عمیق حین عبادت، فعالیت‌های نیمکره چپ افزایش یافته و بر پاسخ ایمنی از نظر آنتی‌بادی‌ها و فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی (NK) تأثیرگذار می‌شوند؛ علاوه بر این اعمال مذهبی از طریق افزایش ارتباط بین لوب فرونتال، لیمبیک، هیپوتالاموس و هسته‌های آمیگدال فرد را تحت تأثیر بیشتری قرار می‌دهند (حسینی، ۱۳۹۴). درواقع تأثیرات دوطرفه بین سیستم اعصاب مرکزی و سیستم ایمنی که در اعمال مذهبی و سایر اعمال مشابه رخ می‌دهد، نه تنها سبب تغییراتی در عملکرد مغز می‌شود بلکه بر سیستم ایمنی مؤثر بوده و نیز با تأثیر بر سیستم خودکار سبب کاهش فشار خون، ضربان قلب و تنفس و کاهش سطح کورتیزول در بدن می‌شود و نهایتاً استرس، اضطراب و ترس کاهش می‌یابد (Lau et al., 2018).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. نمونه‌ها براساس قابلیت در دسترسی از یک بیمارستان در شهر تهران انتخاب شدند، که محدودیت‌هایی در تعمیم‌پذیری ایجاد می‌کرد و باتوجه به اینکه همه افراد نمونه در استیج ۲ یا ۳ بیماری بودند، امکان جداسازی آن‌ها به دو گروه یکسان ممکن نبود و فقط به‌شکل تصادفی در گروه‌ها گمارش شدند. همچنین در کاربندی گروه‌ها، بیماری از استیج ۱ نتوانستیم قرار دهیم. بدیهی است که برای ارتقای اعتبار بیرونی و تعمیم‌پذیری، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نمونه‌گیری از واحدهای بیشتری از نقاط مختلف انتخاب شود و باتوجه به نتایج این پژوهش در پژوهش‌های آینده، از درمان‌های یکپارچه‌نگر، شناختی-رفتاری و معنویت درمانی برای درمان سایر مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همچنین برای درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران با انواع دیگر سرطان استفاده شود.

منابع

پوزش، فریبا، لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام. (۱۳۹۱). *اثربخشی روان‌درمانی چهارعاملی در کاهش پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

جمشیدی‌فر، زهرا و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۹). *مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح کورتیزول خون در زنان مبتلا به سرطان پستان*. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۱۵ (۵۵)، ۴۶-۳۷.

حسینی، لیلی. (۱۳۹۴). *بررسی تأثیر معنویت درمانی بر تغییر بیان ژن در بیماران مبتلا به سرطان*. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

سروش، مریم، حجازی، الهه، شعاع کاظمی، مهرانگیز و گرانیپایه، لعبت. (۱۳۹۳). *ویژگی‌های روان‌شناختی و امید به آینده در زنان مبتلا به سرطان پستان*. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۷ (۴)، ۶۳-۵۲.

وزیری، شهرام و لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۱). *سبک‌های هویت و پریشانی روانی*. اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی، ۷ (۲۶)، ۷۷-۸۶.

Abbass, A., & Schubiner, H. (2018). *Hidden from view: A clinician's guide to psychophysiology disorders*. England: Psychophysiology Press, LLC

- Brunault, P., Champagne, A. L., Huguet, G., Suzanne, I., Senon, J. L., ... & Camus, V. (2016). Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(5), 513-520.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17-31.
- Cha, K. M., Chung, Y. K., Lim, K. Y., Noh, J. S., Chun, M., ... & Kim, N. H. (2017). Depression and insomnia as mediators of the relationship between distress and quality of life in cancer patients. *Journal of Affective Disorders*, 1(217), 260-265.
- Curran, L., Sharpe, L., & Butow, P. (2017). Anxiety in the context of cancer: A systematic review and development of an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 56, 40-54.
- De la Torre-Luque, A., Gambara, H., López, E., & Cruzado, J. A. (2016). Psychological treatments to improve quality of life in cancer contexts: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(2), 211-219.
- Guzmán-Castellanos, S., Cortés-Ibáñez Francisco, O., & Allende-Perez, S. (2016). Palliative care, impact of cognitive behavioral therapy to cancer patients. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 217, 1063-1070.
- Hall, B. C., Short, V. M., Giberson, S., & Howe-Martin, L. (2020). A cognitive behavioral therapy group for adolescent and young adult cancer patients: A review of a pilot program. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 9(3), 422-425.
- Jørgensen, L., Garne, J. P., Sogaard, M., & Laursen, B. S. (2015). The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(6), 612-618.
- Khorrami Markani, A., Khodayarifard, M., Yaghmaei, F., Abbasi, M., & Didarlo, A. (2015). Spiritual experience of nurses in oncology: An qualitative study. *History of Medical Journal*, 6(21), 185-209.
- Kim, Y., Carver, C. S., Spillers, R. L., Crammer, C., & Zhou, E. S. (2011). Individual and dyadic relations between spiritual well-being and quality of life among cancer survivors and their spousal caregivers. *Psycho-Oncology*, 20(7), 762-770.
- Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., & Erkanli, A. (2016). Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of Religion and Health*, 55(5), 1763-1777.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. United States: John Wiley & Sons.
- Larson, C. A. D. (2004). *Spiritual, psychosocial, and physical correlates of well-being across the breast cancer experience*. PhD Thesis, Tucson, AZ: The University of Arizona.
- Lau, B. H., Chow, A., Wong, D., Chan, J., Chan, C., ... & Chan, C. (2018). Study protocol of a randomized controlled trial comparing integrative body-mind-spirit intervention and cognitive behavioral therapy in fostering quality of life of patients with lung cancer and their family caregivers. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 15(3), 258-276.
- Lotfi Kashani, F., Vaziri, S. H., Akbari, M. E., Mousavi, S. M., & Smaeeli Far, N. (2015). Effectiveness of four-factor psychotherapy in decreasing distress of women with breast cancer. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159(2014), 214-218.
- Meraviglia, M. (2006). Effects of spirituality in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 1-7.

- Ng, C. G., Mohamed, S., Kaur, K., Sulaiman, A. H., Zainal, N. Z., Taib, N. A., & MyBCC Study group. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS One*, 15; 12 (3).
- Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., ... & Fujisawa, D. (2020). Mindfulness-Based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer-a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 381-389.
- Romero, C., Friedman, L. C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., & Liscum, KR. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29-36.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. United States: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. United States: John Wiley & Sons.
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2019). Cancer statistics. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 69(1), 7-34.
- Simoni, J. M., Martone, M. G., & Kerwin, J. F. (2002). Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 139-147.
- Soleimani, M. A., Bahrami, N., Yaghoobzadeh, A., Parker, A., & Chan, Y. H. (2018). Sexual distress and sexual function in a sample of Iranian women with gynecologic cancers. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 47-53.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10(1), 19-28.