

# Comparing the Effectiveness of Spiritual Therapy Based on Sound Heart Model and Mindfulness Training on the Resiliency of Patients With Breast Cancer (Comparing the Spiritual Therapy and Mindfulness Training)

Ghalyanee B<sup>1</sup>, \*Bahraynian SA<sup>2</sup>, Asadzandi M<sup>3</sup>, Karimi Zarchi A<sup>4</sup>

## Author Address

1. PhD Student in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. PhD in Clinical Psychology, Full Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

3. PhD in Research Management, Research Fellow, Medicine, Quran and Hadith Research Center, Assistant Professor, Anesthesiology Department, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

4. PhD in Epidemiology, Full Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Baqiyatallah Azam University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author E-mail: [Majid.bahraynian@gmail.com](mailto:Majid.bahraynian@gmail.com)

Received: 2020 September 27; Accepted: 2021 May 3

## Abstract

**Background & Objectives:** Psychosocial problems of breast cancer patients, such as anxiety, depression, anger, sadness and despair, along with spiritual distress like a misunderstanding of illness as divine punishment, despair of God's mercy, and dissatisfaction with destiny, should be considered in oncology health services. More than 90% of Iranians are Muslims. They believe in God, the management of the world by God, the existence of the soul in man and the universe, life after death, and the feedback of their verbal and non-verbal behaviors. The Sound Heart spiritual care model is designed and validated based on religious evidence. This model is in harmony with the religious culture of the patients. In third-wave psychotherapy, mindfulness, as the result of combining Eastern spiritual traditions such as meditation techniques with traditional cognitive-behavioral therapy, seeks to draw the patient's attention from dysfunctional thoughts and feelings to the body and the nature around him. This study was conducted to compare the effectiveness of spiritual therapy based on the Sound Heart Model and Mindfulness training based on Kabat-Zinn perspective on the resilience of patients with breast cancer.

**Methods:** This quasi-experimental research was carried out with a pretest-posttest design with two experimental groups in 2019. The samples consisted of women with breast cancer treated in Baqiyatallah Hospital in Tehran City, Iran, to investigate the effect of two types of interventions on patients' resilience. In this study, due to the type and duration of intervention, the type of disease and to avoid creating moral ambiguities, there was no external control group. Thirty eligible volunteer patients were included in the study by the available sampling method. Samples were randomly assigned to two experimental groups (1 and 2). The inclusion criteria were as follows: being able to communicate and understand the taught material; lacking a history of chronic mental illness in the past and present; not taking psychotropic drugs or having a history of drug addiction; lacking familiarity with the Persian language; not having other diseases or complications leading to hospitalization in the intensive care unit; being 35–55 years old; scoring the degree of disease level between 1 and 3; having education more than a high school diploma. The exclusion criteria were unwillingness to continue the research, simultaneous participation in another research, and the occurrence of an important crisis in life in addition to the crisis of the disease during the study. After explaining the purpose of the research and obtaining informed written consent, for each group, the intervention was performed in eight sessions, face to face, 30–45 minutes, once a week, with prior coordination for each patient. The samples completed the Connor-Davidson Resilience Scale (Connor and Davidson, 2003) before and after the intervention. The collected data were entered into the SPSS version 22 and described using centrality and dispersion indices. The paired t test was used to compare the results before and after the interventions. To compare the two intervention methods in the posttest, covariance analysis was used.

**Results:** The results of the paired t test to compare before and after the interventions showed a significant difference between the mean scores of the resilience variable in the pretest and posttest stages in the experimental groups ( $p < 0.001$ ). The analysis of covariance showed that the mean resilience in the posttest was significantly different between the two spiritual therapies based on sound heart and mindfulness training, after eliminating the effect of the pretest ( $p < 0.001$ ). Due to the high average resilience in spiritual therapy based on a sound heart (57.33) compared to mindfulness training (52.26), this treatment was more effective than mindfulness training.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, spiritual therapy and mindfulness training has a positive and greater effect on patients' resilience. So, spiritual therapy based on a sound heart model which is in harmony with the culture and values of the Muslim people of Iran is recommended for the treatment of cancer patients.

**Keywords:** Resilience, Mindfulness, Breast cancer, Spiritual therapy.

## مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان (مقایسه معنویت‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی)

بهاره قلیانی<sup>۱</sup>، \*سیدعبدالمجید بحرینیان<sup>۲</sup>، مینو اسدزندی<sup>۳</sup>، علی‌اکبر کریمی زارچی<sup>۴</sup>

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛  
 ۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، استادنام، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشت، تهران، ایران؛  
 ۳. دکترای مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، محقق مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، استادیار گروه هوشبری دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج)، تهران، ایران؛  
 ۴. دکترای اپیدمیولوژی، استادنام، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم (عج)، تهران، ایران.  
 \*رایانامه نویسنده مسئول: [Maïd.bahrainian@gmail.com](mailto:Maïd.bahrainian@gmail.com)

تاریخ دریافت: ۶ مهر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۵ اردیبهشت ۱۴۰۰

### چکیده

**زمینه و هدف:** باتوجه به اهمیت مشکلات روانی اجتماعی و معنوی بیماران مبتلا به سرطان، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

**روش بررسی:** روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش برای زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان بقیه‌الله تهران، در سال ۱۳۹۸ انجام شد. سی بیمار داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش قرار گرفتند. مداخله‌های معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی به‌مدت هشت جلسه ۴۵ تا ۳۰ دقیقه‌ای چهره به چهره روی بیماران انجام گرفت و آزمودنی‌ها مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) را در دو نوبت قبل و بعد از مداخله تکمیل کردند. داده‌ها در برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. آزمون تی زوجی برای مقایسه نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر گروه مداخله و نیز تحلیل کوواریانس برای مقایسه تأثیر دو گروه درمانی بر تاب‌آوری بیماران به‌کار رفت.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون تی زوجی نشان داد، در هر گروه آزمایش بین میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ ). نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، میانگین متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون بین معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی، پس از حذف اثر پیش‌آزمون اختلاف معناداری داشت ( $p < 0/001$ ). باتوجه به بیشتر بودن میانگین تاب‌آوری در معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم (۵۷/۳۳) درمقایسه با آموزش ذهن‌آگاهی (۵۲/۲۶)، معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم درمقایسه با آموزش ذهن‌آگاهی مؤثرتر بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش و تأثیر مثبت مداخله‌ها به‌تنهایی بر تاب‌آوری بیماران، به‌لحاظ تأثیر بیشتر معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم، پیشنهاد می‌شود این نوع مداخله برای بیماران سرطانی در اولویت قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** تاب‌آوری، ذهن‌آگاهی، سرطان پستان، معنویت‌درمانی.

دارد؛ درحالی‌که تاکنون بیشتر سرمایه‌گذاری‌ها در بخش درمان صورت گرفته و از پرداختن به روان‌درمانی و مداخله‌هایی نظیر معنویت‌درمانی<sup>۱۱</sup> و آموزش ذهن‌آگاهی<sup>۱۲</sup> غفلت شده است (۱۶).

معنویت‌درمانی به معنای ارتباط قلبی با قدرت مطلق الهی بر مبنای باورهای فرهنگی مذهبی بیماران است (۱۷). انجام معنویت‌درمانی مانند هر مداخله دیگری به بهره‌گیری از مدل علمی جامعه‌نگر نیاز دارد تا ضمن بیان چگونگی اجرای درمان، با فرهنگ و باورهای بیمار و خانواده هماهنگ باشد (۱۸)؛ زیرا یافته‌های جامعه‌شناسی پزشکی نشان داده است، مفهوم سلامتی و بیماری، اتخاذ شیوه درمان و مراقبت، حتی واکنش بیمار به بیماری تحت تأثیر فرهنگ جوامع قرار دارد (۱۹). ضروری است تا در درمان کل‌نگر و جامعه‌نگر با توجه به باورهای جامعه و نیاز و فرهنگ مردم هر جامعه، از مدلی سازگار با اعتقادات فرهنگی آن جامعه و در عین حال پاسخ‌گو به تمام نیازهای زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار و خانواده، استفاده شود (۲۰). مدل مراقبت معنوی قلب سلیم، مبتنی بر معنویت ادیان ابراهیمی بر مبنای شناخت‌شناسی و حیانی و با استفاده از شواهد دینی (آیات قرآن و روایات معتبر شیعه) طراحی و اعتباربخشی شده است (۲۱) و هدف از معنویت‌درمانی را رسیدن به قلب سلیم (روح آرام و مطمئن، سرشار از اعتماد، عشق، امید، بهجت، خشنودی، رضا) می‌داند (۲۲). همچنین بر اصلاح چهار بُعد ارتباطی انسان (ارتباط با خدا، دیگران، خود، عالم طبیعت) تأکید می‌کند و به بُعد ملکوتی انسان (روح) توجه دارد (۲۳). این مدل با اقتباس مفهوم روح یا قلب از قرآن، قلب سلیم را سلامت معنوی و هدف درازمدت مداخلات معرفی می‌کند (۲۴). این مدل درمانی با تأکید بر مراقبت از خود و مراقبت در منزل، از مشارکت بیمار و خانواده وی در مراقبت کمک می‌گیرد و علائق فرد را در انتخاب شیوه درمان معنوی محترم می‌شمارد و از بیمار و خانواده وی حمایت می‌کند تا بیمار با زندگی کردن در زمان حال با تاب‌آوری و صبر همراه با شکرگزاری، از ترس و اضطراب آینده واندوه و حسرت گذشته در امان بماند (۲۵).

ذهن‌آگاهی به معنای توجه خاص، هدفمند، در زمان حال و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف شده است و آگاهی ناشی از توجه به هدف، در لحظه جاری، بدون استنتاج و لحظه به لحظه را شامل می‌شود (۲۶) که با آرامش ذهنی و روان‌شناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد (۲۷).

باتوجه به کاهش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان (۲۸) و ضرورت توجه به مشکلات روانی، اجتماعی و معنوی بیماران، ضرورت انجام مداخلات کل‌نگر و جامعه‌نگر برای افزایش تاب‌آوری ایشان، با در نظر گرفتن کمبود تحقیقات انجام‌شده در این حوزه در کشور احساس می‌شود. ذهن‌آگاهی حاصل تلفیق سنت‌های معنوی شرقی نظیر فنون مراقبه با رفتاردرمانی شناختی سنتی است تا بیمار

تکثیر غیرعادی سلول‌های بدن و انتشار به بافت‌های اطراف، ویژگی بیماری چندعاملی و تهدیدکننده حیات و بدخیم سرطان<sup>۱</sup> است (۱). سرطان پستان، به عنوان شایع‌ترین سرطان در زنان دنیا و ایران (۲) با میزان بروز ۳۸ نفر در ۱۰ هزار نفر در جهان، مسئول ۱۵ درصد از مرگ‌های مرتبط با سرطان در کل زنان دنیا است (۳). سالانه بالغ بر ۵۱ هزار بیمار جدید مبتلا به سرطان در کشور ایران شناسایی می‌شود و ۳۵ هزار مرگ ناشی از آن اتفاق می‌افتد (۴). این سرطان، ۷۶ درصد از سرطان‌های شایع زنان ایران را تشکیل می‌دهد (۵)؛ به نحوی که مجموع مبتلایان به سرطان پستان در ایران ۴۱ هزار نفر گزارش شده است و سالیانه بیش از ۷ هزار بیمار جدید به این تعداد، اضافه می‌شود (۶). امروزه تشخیص سرطان، دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع نیست؛ اما طبیعت مزمن این بیماری و شرایط جسمی بیماران، بر درک از خود، درک از دنیا و مدیریت زندگی بیمار اثر می‌گذارد و سبب می‌شود بسیاری از بیماران برای خود آینده‌ای متصور نباشند و نگاهی مثبت به آینده و دنیای پیرامون خود نداشته باشند (۷). تشخیص بیماری، موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیق نظیر اضطراب<sup>۲</sup>، افسردگی شدید<sup>۳</sup>، غم، ناامیدی<sup>۴</sup> و عصبانیت<sup>۵</sup> در بیمار و خانواده وی می‌شود (۸) که بیمار را برای مقابله با آن‌ها نیازمند تاب‌آوری<sup>۶</sup> می‌کند (۹). تاب‌آوری، به معنای توانایی بهبودی پس از شرایط سخت و تطبیق با آن شرایط، غلبه بر خطرات و اجتناب از پیامدهای منفی آن‌ها (۱۰) و کنار آمدن موفقیت‌آمیز با عوامل استرس‌زا و موقعیت‌های دشوار است و باعث مقاومت در شرایط دشوار می‌شود (۱۱) تا فرد تاب‌آور بتواند پس از تنشی شدید در مدت زمان کوتاهی به شرایط اولیه خود بازگردد و زندگی روزمره را دوباره شروع کند (۱۲). تاب‌آوری، بدون محدود کردن تنش‌ها یا از بین بردن مشکلات زندگی، به افراد قدرت مقابله سالم، فائق شدن بر سختی‌ها و حرکت با جریان زندگی را می‌دهد (۱۳). فرد تاب‌آور، با مشارکت فعال و سازنده، قادر به برقراری تعادل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در مقابل شرایط مخاطره‌آمیز است (۱۴)؛ همچنین توانایی سازگاری مؤثر با عوامل خطر و برقراری مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا را دارد و مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته وی، سرعت و میزان بهبودی بعد از رویارویی با تنش را افزایش می‌دهد (۷).

مطالعات بیانگر آن است که بیش از ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، برای مقابله با پریشانی حاصل از بیماری، از انواع درمان‌های مکمل نظیر تن‌آرامی<sup>۸</sup>، هیپنوز<sup>۹</sup> و موسیقی‌درمانی<sup>۱۰</sup> در کنار درمان‌های پزشکی مانند جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی استفاده می‌کنند (۱۵)؛ اما با توجه به فراوانی و پایداری اختلال‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان و تأثیر بیماری بر عملکرد اجتماعی ایشان، استفاده از مداخلات برای افزایش تاب‌آوری در این گروه اهمیت زیادی

7. Resilience  
8. Relaxation  
9. Hypnosis  
10. Music Therapy  
11. Spiritual Therapy  
12. Mindfulness Training

1. Cancer  
2. Anxiety  
3. Major depression  
4. Sadness  
5. Frustration  
6. Anger

توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد به بدن و طبیعت اطرافش معطوف کند؛ درحالی‌که معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم برخاسته از معنویت دین اسلام در پی جلب توجه بیمار به ملکوت عالم هستی و باطن حوادث زندگی است. به دلیل شکاف تحقیقاتی که در زمینه اثربخشی معنویت‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری مبتلایان به سرطان وجود دارد، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

## ۲ روش بررسی

روش این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش برای مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری بیماران انجام گرفت. جامعه پژوهش را زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه کنترل سرطان بیمارستان بقیه‌الله تهران تشکیل دادند. در این تحقیق به دلیل نوع بیماری مطالعه‌شده، نوع و طول مدت مداخله و اجتناب از ایجاد مشکلات اخلاقی، گروه کنترل بیرونی وجود نداشت. مطالعه با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1398.149 از دانشگاه آزاد اسلامی و کد کارآزمایی بالینی IRCT20190715044212N1 ثبت شد و در سال ۱۳۹۸ اجرا شد. حجم نمونه با توجه به نتایج پژوهش حیدریان و همکاران (۲۹) و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها تعیین شد. تعداد نمونه با در نظر گرفتن ۵ درصد خطای نوع اول، ۲۰ درصد خطای نوع دوم و انحراف معیار ۱۴/۵، برای هر گروه پانزده نفر تعیین شد. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: قادر بودن به برقراری ارتباط و درک مطالب آموزش داده‌شده؛ نداشتن سابقه بیماری روانی مزمن در گذشته و اکنون؛ مصرف نکردن داروهای روان‌گردان یا نداشتن سابقه اعتیاد به مواد مخدر؛ آشنابودن با زبان فارسی؛ نداشتن بیماری دیگر یا عوارض منجر به بستری در بخش مراقبت ویژه؛ سن ۳۵ تا ۵۵ سال؛ درجه بیماری بین سطح ۱ تا ۳؛ میزان تحصیلات بیشتر از دیپلم متوسطه. معیارهای خروج بیماران از مطالعه، تمایل نداشتن به ادامه تحقیق، شرکت هم‌زمان در پژوهش دیگر و بروز بحران مهم در زندگی علاوه بر بحران بیماری در حین مطالعه بود. سی نفر بیمار داوطلب

واجد شرایط که فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند به روش در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. بیماران به صورت تصادفی (برداشتن تکه‌های کاغذ از یک جعبه) در دو گروه آزمایشی معنویت‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی قرار گرفتند.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات درمانی زیر به کار رفت. تمام نمونه‌ها در اولین جلسه، پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناختی و مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون<sup>۱</sup> ارائه‌شده توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ را تکمیل کردند (۳۰). این مقیاس دارای ۲۵ گویه در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً نادرست= صفر، به ندرت= ۱، گاهی درست= ۲، اغلب درست= ۳، همیشه درست= ۴) با پنج خرده‌مقیاس تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است (۳۰). کانر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله‌ای چهار هفته‌ای ۰/۸۷ به دست آمد (۳۰). این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران هنجاریابی شد که برای تعیین پایایی مقیاس روش آلفای کرونباخ به کار رفت و ضریب پایایی ۰/۸۹ بود (۳۱).

مداخلات معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل مراقبت معنوی قلب سلیم توسط اسدزندی طراحی و اعتباربخشی شد (۲۱). آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر روش کابات‌زین ترکیبی از تکنیک‌های رفتاری، آرامش‌آموزی و مراقبه است که شامل آموزش کنترل تنفس، توجه، مشاهده حس‌ها و احساسات بدنی، توصیف این احساسات، پذیرش بدون قضاوت آن‌ها و افکار همراه و حضور در زمان حاضر به‌خصوص در فعالیت‌های روزمره می‌شود (۲۶). اجرای این دو مداخله برای گروه‌های معنویت‌درمانی قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی مطابق با جدول‌های ۱ و ۲ به تفکیک صورت گرفت. پس از تشریح هدف تحقیق و کسب رضایت کتبی آگاهانه، برای هر گروه، مداخله طی هشت جلسه حضوری، چهره به چهره به مدت ۴۵ تا ۳۰ دقیقه، یک‌بار در هفته و با هماهنگی قبلی انجام شد. تمام بیماران داروها و مراقبت‌های روزمره را دریافت کردند. بلافاصله بعد از اتمام مداخلات، مجدد پرسش‌نامه تاب‌آوری، توسط تمام نمونه‌ها تکمیل شد.

جدول ۱. برنامه اجرایی آموزشی معنویت‌درمانی (۲۱)

جلسه	عنوان جلسه	اهداف جلسه	مهارت‌های معنوی آموزش داده‌شده
اول	آشنایی و بررسی احساسات و نگرش بیمار به بیماری	آماده‌کردن مراجع برای مشاوره و بررسی دیسترس <sup>۲</sup> معنوی بیمار، کمک به بیمار به منظور مطلع شدن از احساس درماندگی و ترس تهدید یا غم و اندوه و حالات عاطفی خود، و شناختن دانش و مهارت‌های معنوی به‌عنوان عامل کسب قدرت به‌منظور سازگاری	بررسی بیمار و آموزش مهارت تفکر منطقی
دوم	توجه به جنبه‌های مثبت بیماری بر محور دوسوگرایی، بیان مفهوم آزمایش الهی	توسعه شجاعت، خوش‌بینی، امید و مثبت‌اندیشی، شفاف‌سازی چرایی ابتلای بیمار به بیماری	آموزش ذکر، لمس توأم با نیایش شفابخش
سوم	تأثیر ابعاد مختلف سلامت بر یکدیگر و خودآگاهی معنوی	شفاف‌سازی و شناسایی تأثیر نیت‌ها و افکار بر عواطف و کارکرد سیستم عصبی-ایمنی و غدد درون‌ریز	آموزش بررسی و توجه به افکار و عواطف خود، آموزش

۲. Distress

۱. Connor-Davidson Resilience Scale

مهارت تهیه چک لیست معنوی روزانه	ایجاد تمایل درونی برای توسعه روابط خانوادگی، اجتماعی	توسعه ارتباطات اجتماعی	چهارم
مهارت عفو استفاده از روش های طب مکمل	کمک به مراجع برای بهره‌مندی از نعمت‌های عالم خلقت و توجه به نغمه تسبیح موجودات عالم	بهره‌گیری از خلقت	پنجم
آموزش مهارت حل مسئله	شناسایی و تأیید و تصدیق ارزش‌های مراجع و کمک برای کسب انگیزه (تمایل درونی) تغییر رفتار و حالات معنوی خود	انگیزش و ارزش‌ها	ششم
آموزش ایمان‌درمانی، خوش‌بینی و حسن‌ظن	کمک به بیمار برای آموختن ایمان‌درمانی به‌عنوان روش درمانی به‌منظور تغییر رفتار و حالات معنوی خود	توسعه ارتباط با خدا به‌عنوان عامل ایجاد امید، شهادت، خوش‌بینی، استقامت	هفتم
آموزش دستورعمل‌های مبتنی بر شواهد دینی در مدل قلب سلیم	ایجاد توان سازگاری مسئله‌محور با بیماری و ایجاد توان سازگاری احساس‌محور با بیماری	مقابله و سازگاری	هشتم

#### جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش ذهن‌آگاهی (۲۶)

فرایند	ردیف
معرفی شرکت‌کنندگان و شرح مختصری از جلسات، تکنیک خوردن کشمش، سپس به‌مدت سی دقیقه مدیتیشن اسکن بدن، صحبت درباره احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط‌دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها	اول
انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث درباره این تجربه، بحث درباره تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه‌حل‌های برنامه ذهن‌آگاهی برای آن، بحث در زمینه تفاوت بین افکار و احساسات، انجام مدیتیشن در حالت نشسته تکالیف: ذهن‌آگاهی رویدادی خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره	دوم
تمرین دیدن و شنیدن به‌نحوی غیرقضاوتی و به‌مدت دو دقیقه، مدیتیشن نشسته و نفس‌کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی، بحث درباره تکالیف خانگی، تمرین سه‌دقیقه‌ای فضای تنفسی (شامل توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن)، انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن‌آگاه تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین سه‌دقیقه‌ای فضای تنفسی و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید و ذهن‌آگاهی رویدادی ناخوشایند	سوم
مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (مدیتیشن نشسته چهاربُعدی)، بحث درباره پاسخ‌های استرس و واکنش فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین، تمرین قدم‌زدن ذهن‌آگاه تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن‌آگاه، تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند انجام مدیتیشن نشسته، اجرای حرکات ذهن‌آگاه بدن	چهارم
تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره	پنجم
تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، بحث درباره تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی، ارائه تمرینی با عنوان «خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه» با این مضمون که محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند، پذیرش احساسات به‌منزله احساس تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها با ترجیح شخصی، انجام فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت جدید روزمره	ششم
مدیتیشن چهاربُعدی و آگاهی درباره هر آنچه در لحظه به‌هشیاری وارد می‌شود، بهترین راه مراقبت از خود چیست؟ ارائه تمرین بیان شرکت‌کنندگان درباره رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی‌شان، چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؟ آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن‌ها، تمرین تنفسی سه‌دقیقه‌ای در رویدادی ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره جدید	هفتم
اسکن، استفاده از آموخته‌هایشان تاکنون، تمرین فضای تنفسی سه‌دقیقه‌ای، بحث در زمینه روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن، مطرح‌شدن سؤالاتی درباره کل جلسات نظیر اینکه آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده است؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله آن‌ها افزایش یافته است؟ آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشن خود را ادامه دهند؟	هشتم

داده‌های جمع‌آوری شده در برنامه نرم‌افزاری SPSS نسخه ۲۲ وارد شده و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی توصیف شدند. از آزمون تی زوجی برای مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله‌ها استفاده شد. به‌منظور مقایسه دو روش مداخله پس‌آزمون، روش تحلیل کوواریانس به‌کار رفت. به‌منظور رعایت مفروضات تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از آزمون لون برای بررسی تساوی واریانس‌ها و از آزمون F برای بررسی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه مطالعه‌شده استفاده شد.

به‌کار رفت. به‌منظور رعایت مفروضات تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از آزمون لون برای بررسی تساوی واریانس‌ها و از آزمون F برای بررسی همگنی شیب رگرسیون در دو گروه مطالعه‌شده استفاده شد.

### ۳ یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع روی سی نفر در دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم ( $n=15$ ) و آموزش ذهن‌آگاهی ( $n=15$ ) به تفکیک دو گروه معنویت‌درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی در جدول ۳ مطالعه صورت گرفت. میانگین (انحراف معیار) سن کل بیماران ۴۲/۹ آمده است.

جدول ۳. توزیع آزمودنی‌ها برحسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	گروه معنویت‌درمانی	گروه آموزش ذهن‌آگاهی
تحصیلات	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
فوق دیپلم و لیسانس	۳ (۲۰/۰)	۳ (۲۰/۰)
فوق‌لیسانس	۶ (۴۰/۰)	۷ (۴۳/۳)
دکتری و بیشتر	۶ (۴۰/۰)	۵ (۳۶/۷)
تأهل	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
مجرد	۵ (۳۳/۴)	۴ (۲۶/۷)
متأهل	۸ (۵۳/۳)	۱۰ (۶۶/۶)
مطلقه	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، توزیع تحصیلات در دو گروه درمانی مطالعه‌شده یکسان بوده است؛ همچنین دو گروه از نظر وضعیت تأهل توزیع یکسانی داشتند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه مطالعه‌شده

گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار احتمال
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم	۴۵/۲۷	۸/۸۰	۵۷/۳۳	۹/۸۷	<۰/۰۰۱
آموزش ذهن‌آگاهی	۴۶/۹۳	۷/۲۳	۵۲/۲۶	۸/۲۴	<۰/۰۰۱

برای اینکه مشخص شود در پس‌آزمون بین دو گروه افزایش معنادار بوده است یا خیر از تحلیل کوواریانس استفاده شد. پیش از انجام تحلیل کوواریانس، آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد، توزیع نمرات تاب‌آوری در پس‌آزمون در دو گروه نرمال بود. آزمون لون نیز مشخص کرد، واریانس‌های دو گروه همگن بود. به علاوه شیب خط رگرسیون برای نمرات تاب‌آوری در دو گروه یکسان به دست آمد؛ بنابراین انجام تحلیل کوواریانس معتبر بود که نتایج انجام آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم، میانگین تاب‌آوری از ۴۵/۲۷ در پیش‌آزمون به ۵۷/۳۳ در پس‌آزمون افزایش یافته است؛ همچنین در گروه آموزش ذهن‌آگاهی، میانگین تاب‌آوری از ۴۶/۹۳ در پیش‌آزمون به ۵۲/۲۶ در پس‌آزمون تغییر پیدا کرده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در هر دو گروه افزایش میانگین تاب‌آوری درخور توجه است. نتایج آزمون تی زوجی برای مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله‌ها نشان داد، در هر گروه بین میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه اثربخشی درمان معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری

منبع تغییرات	مقدار F	مقدار احتمال	مجذور اتا
اثر پیش‌آزمون	۵۳/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
اثر گروه	۱۵/۰۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۹

بر اساس جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون در پس‌آزمون بین دو گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی در نمره تاب‌آوری تفاوت معنادار وجود داشت ( $p < 0/001$ ). با توجه به میانگین‌های نمرات پس‌آزمون، از آنجا که میانگین گروه معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم از گروه آموزش ذهن‌آگاهی بیشتر است، می‌توان به این نتیجه رسید که معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم از آموزش ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری داشته است.

### ۴ بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد، معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم در مقایسه با آموزش ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری

بیماران مبتلا به سرطان داشت.

در تبیین اثربخش‌تر بودن رویکرد معنویت‌درمانی در مقایسه با رویکرد ذهن‌آگاهی می‌توان گفت، معنویت‌درمانی با تقویت ارتباط با خدا، سبب سازگاری بهتر با مشکلات می‌شود، منابع روانی و عاطفی همچون امیدواری، معنا و هدف، توانمندی، پذیرش، تحمل رنج و سازگاری با استرس را افزایش می‌دهد و در پرتوی باور به حضور خدا، تنهایی را کم می‌کند (۳۲). معنویت با تقویت و فعال‌سازی باورهای معنوی، به زندگی بیمار رنگ و بوی معنوی و مذهبی می‌بخشد و بر ابعاد مختلف سلامت، جنبه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک بیماران تأثیر می‌گذارد؛ همچنین با تغییر نگرش و اصلاح افکار، به یافتن معنا برای رویدادهای مشکل و آسیب‌زا در زندگی کمک کرده و حوادث را به‌عنوان آزمایشی الهی و تجربه معنوی معرفی می‌کند و باعث ایجاد احساس کنترل بر موقعیت‌ها و افزایش عزت‌نفس می‌شود (۳۳). وست، تجارب معنوی را شامل مفاهیمی چون ارتباط، لذت، قدرت، آرامش و راحتی، دریافت یاری، هدایت و عشق خدا، آگاهی از حضور خدا و احساس نزدیکی به خدا در تک‌تک لحظات زندگی معرفی کرد که فرد را از احساس پوچی، تنهایی و بی‌ارزشی نجات می‌دهد (۳۴).

در این تحقیق جلسات معنویت‌درمانی بر مبنای مدل مشاوره معنوی قلب سلیم اجرا شد. روایات، صبر و بردباری را رأس ایمان و حاصل باور به فانی بودن دنیا، عاقبت‌اندیشی، توجه به پیامدهای حوادث و رفتارها و برخورداری از مقام زهد و پارسایی می‌دانند که سبب آسان‌شدن مصیبت‌های دنیا و سبقت‌گرفتن در امور خیر، امیدواری به رحمت الهی، وابستگی‌نداشتن به دنیا، خویشتن‌داری در مصائب و مشکلات، حوصله در انجام کارها و پناه‌بردن به خدا در هنگام مصائب می‌شود (۳۵).

قرآن کریم ویژگی‌های مهم‌تر صابران را توکل به خدا در تمام امور (آیه ۱۵۵ سوره بقره، آیه ۴۲ سوره نحل)، توجه به مشکلات زندگی به‌عنوان امتحان الهی (نظیر ترس، گرسنگی و نقصان و کاستی اموال و ثمرات) و تسلیم و تفویض امور (واگذاری مشکلات) به خدا (آیه ۱۲ سوره ابراهیم) دانسته است (۳۵)؛ بنابراین در جلسات مشاوره و معنویت‌درمانی، تلاش شد تا با تغییر نگرش بیمار و خانواده به بیماری، ایشان به اجر عظیم این صبر مقدس امیدوار شوند. این اقدام با یافته‌های علمی همخوانی دارد. در جامعه ایران، ۹۸ درصد مردم مسلمان هستند و معنویت دینی نقش مهمی در زندگی آنان، به‌خصوص در مواجهه با شرایط بحرانی، بازی می‌کند (۳۳).

معنویت دینی به‌عنوان شیوه‌ای از تجربه زندگی، حاصل آگاهی از بُعدی فراتر، همراه با ارزش‌های قابل تشخیص در رابطه با خود، دیگران، طبیعت و کل زندگی است (۳۶) که سبب معنابخشی به زندگی، ایجاد امیدواری و خوش‌بینی، احساس کنترل و کارآمدی در افراد می‌شود (۳۷)؛ همچنین به‌واسطه احساس ارتباط با قدرت برتر (خدا) با دستاوردهایی نظیر عشق، دلسوزی، تحمل، صبر، قناعت، بخشش،

حس مسئولیت، حس هماهنگی و تطابق همراه است و برای فرد و دیگران شادی و بهجت به ارمغان می‌آورد (۳۸). یونگ<sup>۱</sup>، اریک فروم<sup>۲</sup>، آلپورت<sup>۳</sup>، آدلر<sup>۴</sup> و ویلیام جیمز<sup>۵</sup> در مشاوره و روان‌درمانگری، معنویت‌درمانی را ضروری می‌دانند. انجمن روان‌شناسی و مشاوره آمریکا نیز با تأکید فزاینده‌ای بر بُعد معنوی مشاوره و روان‌شناسی، اظهار می‌دارد که مشاوران و روان‌شناسان سلامت روان، باید مداخلات خود را بر اساس معنویت و مذهب مراجعان تنظیم کنند. انجمن روان‌پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که پزشکان گرایش مذهبی و معنوی بیماران را در نظر بگیرند (به نقل از ۳۹)؛ چراکه مراقبت از بیمار به‌معنای توجه به تمام نیازهای او (از جمله نیاز معنوی) است و اعضای تیم درمان باید برای سلامت معنوی بیماران و مراجعان خدمات متناسبی ارائه دهند (۴۰). مفهوم صبر یا تاب‌آوری با توانایی سازگاری مثبت در مصیبت‌ها و آسیب‌های روانی، به‌عنوان سبکی مقابله‌ای پایدار، سبب می‌شود فرد به موقعیت‌های تنش‌زای زندگی، پاسخ مناسب دهد، بدون آسیب روانی، بتواند مشکلات را پشت سر بگذارد و با انعطاف‌پذیری خود را در برابر مشکلات حفظ کند (۴۱). اسلام سلامت را امانت الهی معرفی می‌کند و افراد را مسئول حفظ و ارتقای سلامت خود می‌داند. آیات قرآن بر خودمراقبتی معنوی تأکید دارد (سوره مائده آیه ۱۰۵ و آیات سوره حشر).

در جلسات معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم با توجه به توان خودمراقبتی بیمار و مشارکت خانواده به‌عنوان عامل مراقبت از خود، ضمن احترام به علایق ایشان (۴۲)، روش محاسبه نفس روزانه و دستورعمل‌های مراقبت معنوی در بی‌تابی، آموزش داده شد تا در بیمار احساس خودنظم‌دهی، خودکنترلی، خودپنداره مثبت و عزت‌نفس و خودمختاری که از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است، تقویت شود (۴۳). برای ایجاد شهامت مواجهه با بحران بیماری، تلاش شد تا رحمت خدا در زندگی کنونی بیماران، از بیان خود ایشان کشف و تأکید شود؛ درعین حال بیماران به بیان داستان زندگی خود و شرایطی که در زندگی گذشته به‌منزله بحران اتفاق افتاده و با لطف خدا، به‌خوبی برطرف شده است، به‌عنوان تجربه معنوی تشویق شدند. این یافته‌ها با شواهد علمی که معنویت را عامل مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از بیماری‌های مزمن دانستند (۴۴-۴۶) و مطالعه لیتوینچوک و گرو که معنویت‌درمانی را در یافتن معنای زندگی در روند بیماری مؤثر بیان کرد (۴۷)، همخوانی دارد.

تقویت ارتباط بیمار با خود و برشمردن نعمت‌های کثیری که حتی در شرایط سخت بیماری، بیمار هنوز از آن‌ها بهره‌مند است، ارتباط با مردم بر مبنای عفو و احسان و توجه به نغمه تسبیح عالم طبیعت، در جلسات مشاوره بر اساس تفسیر حضرت امیرالمؤمنین علی علیه‌السلام از آیه آخر سوره یس که فرمودند: «توجه به باطن و ملکوت عالم یعنی که خدا را قبل از هر چیزی، همراه با آن و بعد از آن ببینی» (۴۸) انجام شد. این مطلب با یافته‌های پژوهش فیسچر و همکاران درباره سنجش هویت مذهبی و راهبردهای مقابله‌ای ترجیح داده‌شده بین فردی و

4. Adler

5. William James

1. Jung

2. Erich Fromm

3. Allport

## ۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، مصوب کمیته اخلاق آن دانشگاه با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1398.149 است. برای شرکت در این پژوهش از تمام بیماران رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد. رضایت برای انتشار: اجازه انتشار یافته‌های تحقیق از دانشگاه آزاد اسلامی اخذ شده است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد: باتوجه به ضرورت حفظ حریم شخصی بیماران، امکان دسترسی به داده‌ها در فضای ابری برای نشریه فراهم است؛ ولی مشخصات بیماران در اختیار عموم قرار داده نمی‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند. منابع مالی: تمامی منابع تأمین اعتبار برای مطالعه توسط دانشجو پرداخت شده است.

مشارکت نویسندگان: نویسنده اول انجام مداخله مشاوره معنوی و آموزش ذهن‌آگاهی را برای بیماران بر عهده داشت و در تحلیل داده‌ها مشارکت کرد. همچنین در نگارش نسخه دست‌نوشته همکاری داشت. نویسنده مسئول نظارت بر شیوه مداخله گروه دوم (آموزش ذهن‌آگاهی) را انجام داد و در نگارش نسخه دست‌نوشته همکاری کرد. نویسنده سوم شیوه مداخله گروه اول (مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم) را طراحی و نظارت کرد و در نگارش و بازبینی دست‌نوشته نقش اصلی داشت. نویسنده چهارم تحلیل و تفسیر داده‌ها را انجام داد و در نگارش بخش روش و یافته‌ها نظارت کرد. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خوانده و تأیید کردند.

درون‌فردی در بین افراد مسلمان و مسیحی همخوانی دارد. یافته‌های پژوهش آن‌ها نشان داد، وابستگی‌های معنوی مسیحیان و مسلمانان به‌منظور کنار آمدن با مشکلات و رویدادهای استرس‌زا کم‌کننده است و هویت معنوی انواع گوناگون روش‌های مقابله را پرورش می‌دهد (۴۹). آموزش مهارت‌های ایمان‌درمانی نظیر دعا، لمس توأم با نیایش شفاف‌بخش، ذکر و آداب اسلامی خواب سعی شد تا بیمار احساس نزدیکی بیشتری به خدا کند (۴۹). به بیمار توصیه شد هنگام خواب قلب خود را از کینه پاک کند تا دچار نشخوار فکری و اختلال خواب نشود (۵۰). حیدریان و همکاران اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی را بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان نشان دادند (۲۹).

محدودیت‌های مهم‌تر این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و محدودیت در اعمال کنترل بر متغیرهایی مانند شدت پیشرفت سرطان بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج پژوهش باید احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود برای افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش و تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها، پژوهشی مشابه با پژوهش حاضر به‌روش نمونه‌گیری تصادفی، با حجم نمونه بیشتر و باوجود گروه کنترل انجام شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، تأثیر معنویت‌درمانی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان بیشتر از روش ذهن‌آگاهی است. استفاده از معنویت‌درمانی در درمان و مراقبت بیماران سرطانی می‌تواند با تقویت صبر و بردباری، دیسترس‌های معنوی بیماران را کاهش دهد.

## ۶ تشکر و قدردانی

گروه تحقیق صمیمانه‌ترین قدردانی را به مشارکت‌کنندگان این پژوهش ابراز می‌دارد.

## References

1. Armstrong K, Eisen A, Weber B. Assessing the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2000;342(8):564–71. <https://doi.org/10.1056/nejm20002243420807>
2. Fazeli Z, Najafian Zade M, Eshtati B, Almasi Hashiani A. Five-year evaluation of epidemiological, geographical distribution and survival analysis of breast cancer in Markazi province, 2007-2011. *Journal of Arak University of Medical Science*. 2014;16(11):73–80. [Persian] <http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-2444-en.pdf>
3. Mousavi SM, Montazeri A, Mohagheghi MA, Jarrahi AM, Harirchi I, Najafi M, et al. Breast cancer in Iran: an epidemiological review. *Breast J*. 2007;13(4):383–91. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2007.00446.x>
4. Ahmadifard M, Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of integrative approach logotherapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;7(1):66–74. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-1265-en.pdf>
5. Yavari P, Mosavizadeh MA, Sadrolhfez i B, Khodabakhshi R, Madani H, Mehrabi Y. Reproductive characteristics and the risk of breast cancer: a case-control study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2006;1(3):11–9. [Persian] <https://irje.tums.ac.ir/article-1-192-en.pdf>
6. EnayatRad M, Salehinia H. An investigation of changing patterns in breast cancer incidence trends among Iranian women. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):27–35. [Persian] [http://jsums.medsab.ac.ir/article\\_534\\_afe397e73b01f17a3b144041c0dc8caa.pdf](http://jsums.medsab.ac.ir/article_534_afe397e73b01f17a3b144041c0dc8caa.pdf)
7. Sabariego C, Brach M, Herschbach P, Berg P, Stucki G. Cost-effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for dysfunctional fear of progression in cancer patients. *Eur J Health Econ*. 2011;12(5):489–97. <https://doi.org/10.1007/s10198-010-0266-y>

8. Akechi T, Okuyama T, Onishi J, Morita T, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD005537. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005537.pub3>
9. Emami M, Askarizade G, Faziltpour M. Effectiveness of cognitive-behavioral stress management group therapy on resilience and hope in women with breast cancer. *Positive Psychology Research*. 2018;3(4):1-14. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22108/ppls.2018.106094.1217>
10. Mason G, Pulvirenti M. Former refugees and community resilience: 'Papering over' domestic violence. *British Journal of Criminology*. 2013;53(3):401-18. <https://doi.org/10.1093/bjc/azs077>
11. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clin Psychol*. 2002;58(3):307-21. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
12. Buckingham A, Richardson EJ. The relationship between psychological resilience and pain threshold and tolerance: optimism and grit as moderators. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021;28(3):518-28. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09731-7>
13. Abdi N, Taghdisi MH, Naghdi S. The effects of hope promoting interventions on cancer patients: a case study in Sanandaj, Iran, in 2007. *Armaghane Danesh*. 2009;14(3):13-21. [Persian] <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-609-en.pdf>
14. Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2015;24(12):1639-45. <https://doi.org/10.1002/pon.3834>
15. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018;124(15):3231-9. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
16. Waddell C, Godderis R, Hua J, McEwan K, Wong W. Preventing and treating anxiety disorders in children and youth. Vancouver: Children's Mental Health Policy Research Program; 2004.
17. Lea T, Richards PS, Sanders PW, McBride JA, Allen GEK. Spiritual pathways to healing and recovery: an intensive single-N study of an eating disorder patient. *Spirituality in Clinical Practice*. 2015;2(3):191-201. <https://doi.org/10.1037/scp0000085>
18. Asadzandi M. Moshavere manavi [Spiritual counselling]. Tehran: Rasane Takhassosi Pub; 2016. [Persian]
19. Asadzandi M. Sound heart: spiritual nursing care model from religious viewpoint. *J Relig Health*. 2017;56(6):2063-75. <https://doi.org/10.1007/s10943-015-0038-1>
20. Asadzandi M. Access to the sound heart identifies the concept of spiritual health. *Medical Figh*. 2015;6(19-18):143-74. [Persian] <https://doi.org/10.22037/mfj.v6i19-18.8092>
21. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. *J Relig Health*. 2020;59(1):173-87. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0709-9>
22. Asadzandi M. Sound heart, spiritual health from the perspective of Islam. *Journal of Religion and Theology*. 2019;2(4):22-9.
23. Asadzandi M. Effect of spiritual health (sound heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. *Clinical Journal of Nursing Care and Practice*. 2018;2(1):018-24. <https://dx.doi.org/10.29328/journal.cjncp.1001008>
24. Saeedi Taheri Z, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on GHALBE SALIM model on spiritual experience in patients with coronary artery disease. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;1(3):45-53. [Persian] <http://ijpn.ir/article-1-125-en.pdf>
25. Akbarpour Mazandarani H, Asadzandi M, Saffari M, Khaghanizadeh M. Effect of spiritual care based on Sound-Heart Consulting Model (SHCM) on spiritual health of hemodialysis patients. *Journal of Critical Care Nursing*. 2017;10(4):1-6. [Persian] <http://jccnursing.com/article-1-382-en.pdf>
26. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*. 2003;8(2):73-83.
27. DeMore M, Cohen LL. Distraction for pediatric immunization pain: a critical review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2005;12(4):281-91. <https://doi.org/10.1007/s10880-005-7813-1>
28. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. *Front Psychiatry*. 2019;10:208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
29. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. The effectiveness of mindfulness training on reducing rumination and enhancing resilience in female patients with breast cancer: a randomized trial. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2016;9(2):52-9. [Persian] <http://ijbd.ir/article-1-529-en.pdf>
30. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor -Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76-82. doi: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
31. Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafi'i AH, Jokat B, Pourshahbaz A. Investigation of resilience factors in people at risk of drug abuse. *Quarterly Journal of New Psychological Research*. 2006;1(2&3):193-214. [Persian]. [http://ensani.ir/file/download/article/20120325122038\\_-1019\\_-15.pdf](http://ensani.ir/file/download/article/20120325122038_-1019_-15.pdf)

32. Abolghasemi H, Asadzandi M. Reinforcing faith, the main care and method of maintaining and improving the spiritual health of patients and clients. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2018;1(1):39–48. [Persian] <https://ijhp.ir/article-1-26-en.pdf>
33. Asadi M, Asadzandi M, Ebadi A. The effect of spiritual care based on «GHALBE SALIM» model on spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery. Iranian Journal of Cardiovascular Nursing. 2013;2(2):30–9. [Persian] <http://journal.icns.org.ir/article-1-175-en.pdf>
34. West W. Psychotherapy and spirituality: crossing the line between therapy and religion. London: SAGE Publications Ltd; 2000. <https://dx.doi.org/10.4135/9781446218174>
35. Muhammad ibn Ya'qub al-Kulayni. Kitab al-Kafi. Tehran: Osveah Pub; 2012, pp:40–51. [Persian]
36. Tabatabai MH. Tafsir al-Mizan. Qom: Daftar Entesharat Aslami Pub; 2020. [Persian]
37. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: understanding and addressing the sacred. New York, NY, US: Guilford Press; 2007.
38. Salmani K, Nematollahzadeh Mahani SS, Shahbazi S, Ostovar Z, Ganji L. Compare the attribution styles, spiritual experiences, and resilience of women with breast cancer and healthy women. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017;5(20):5–20. [Persian] [https://hpj.journals.pnu.ac.ir/mobile/article\\_3362\\_b0d35e3f40d9ee6e6354a13d6bb3f114.pdf](https://hpj.journals.pnu.ac.ir/mobile/article_3362_b0d35e3f40d9ee6e6354a13d6bb3f114.pdf)
39. Miller G. Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: theory and technique. John Wiley & Sons; 2003.
40. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. Am Psychol. 2003;58(1):24–35. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.24>
41. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. Medical Ethics. 2011;4(14):105–12. [Persian] <https://doi.org/10.22037/mej.v4i14.3796>
42. Arce E, Simmons AN, Stein MB, Winkielman P, Hitchcock C, Paulus MP. Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. J Affect Disord. 2009;114(1–3):286–93. [Persian] <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.08.015>
43. Asadzandi M. Spiritual empowerment program based on sound heart model in the cancerous children's family. Annals of Nursing Research and Practice. 2018;3(1):1026.
44. Asadzandi M, Eskandari A, Khademolhosseini SK, Ebadi A. Designing and validation religious evidence-based guidelines of sound heart pastoral care model for hospitalized patients. Journal of Medical Sciences. 2018;1(1):1–9.
45. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effect of spirituality therapy on the resilience of women with breast cancer in Tehran, Iran. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2018;19(4):32–7. [Persian] <http://goums.ac.ir/journal/article-1-3217-en.pdf>
46. Taghizadeh M, Miralaei M. Study of spiritual group therapy on increase of resiliency in female multiple sclerosis patients in Esfahan. Quarterly Journal of Health Psychology. 2013;2(7):82–102. [Persian] [https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article\\_673\\_ec874fc166b7ac241bc9b4afdfc02596.pdf](https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_673_ec874fc166b7ac241bc9b4afdfc02596.pdf)
47. Litwinczuk KM, Groh CJ. The relationship between spirituality, purpose in life, and well-being in HIV-positive persons. J Assoc Nurses AIDS Care. 2007;18(3):13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2007.03.004>
48. Qara'at M. Tafsir Noor. Tehran: Markaz Farhangi Darshaie az Quran; 2018. [Persian]
49. Fischer P, Ai AL, Aydin N, Frey D, Haslam SA. The relationship between religious identity and preferred coping strategies: an examination of the relative importance of interpersonal and intrapersonal coping in Muslim and Christian faiths. Review of General Psychology. 2010;14(4):365–81. <https://doi.org/10.1037/a0021624>
50. Asad Zandi M, Sayari R, Ebadi A, Sanainasab H. Abundance of depression, anxiety and stress in militant Nurses. Journal Mil Med. 2011;13(2):103–8. [Persian] <http://militarymedj.ir/article-1-774-en.pdf>