Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
No 67, Volume 17, Issue 3

Original Article

A Comparison of the Effectiveness of Spiritual Therapy and Emotion-Focused Therapy on Treatment Adherence and Coping Styles in Women with Breast Cancer

Farshad Samadi[1], Ashrafsadatgiti Ghoreishi[2*], Malek Mirhashemi[3]

[1] Ph.D. Student in Health Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran
[3] Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

***Corresponding author:** Ashrafsadatgiti Ghoreishi, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. Email: giti.ghoreishi@iau.ac.ir

DOI: **10.22034/nkums.17.3.83**

How to Cite this Article:
Samadi F, Ghoreishi A, Mirhashemi M. A Comparison of the Effectiveness of Spiritual Therapy and Emotion-Focused Therapy on Treatment Adherence and Coping Styles in Women with Breast Cancer. J North Khorasan Univ Med Sci. 2025;17(3):83-94. DOI: 10.22034/nkums.17.3.83

Received: 01 July 2025
Accepted: 10 August 2025

Keywords:
Breast Cancer
Coping Styles
Emotion-Focused Therapy
Spiritual Therapy
Treatment Adherence

Abstract

Introduction: Breast cancer is one of the most common chronic diseases among women, and, in addition to physical complications, it leads to psychological consequences such as anxiety, depression, and reduced adherence to treatment. This study aimed to compare the effectiveness of spiritual therapy and emotion-focused therapy on treatment adherence and coping styles in women with breast cancer.

Method: This semi-experimental study was conducted with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population included all women with breast cancer who were referred to Imam Ali Hospital in Bojnourd, Iran, in 2024. Forty-five participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: spiritual therapy, emotion-focused therapy, and a control group. Data collection tools included the Morisky Medication Adherence Scale and the Endler and Parker Coping Styles Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS (version 26).

Results: The results showed that both interventions, compared to the control group, significantly improved treatment adherence and enhanced adaptive coping styles. Spiritual therapy had the greatest impact on improving treatment adherence, while emotion-focused therapy was more effective in reducing maladaptive coping styles.

Conclusion: This study indicates that spiritual therapy, emphasizing meaning and hope, and emotion-focused therapy, focusing on processing suppressed emotions, can be used as complementary approaches to improve psychological adjustment in women with breast cancer.

Copyright *© 2025 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۷، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان

فرشاد صمدی[۱]، اشرف السادات گیتی قریشی[۲*]، مالک میرهاشمی[۳]

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
[۲] استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
[۳] استاد، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*نویسنده مسئول: اشرف السادات گیتی قریشی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: giti.ghoreishi@iau.ac.ir

DOI: 10.22034/nkums.17.3.83

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹

واژگان کلیدی:
معنویت‌درمانی
درمان هیجان‌مدار
تبعیت از درمان
سبک‌های مقابله‌ای
سرطان پستان

چکیده

مقدمه: سرطان پستان از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن زنان است که علاوه بر عوارض جسمانی، پیامدهای روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و کاهش تبعیت از درمان دارد. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) بجنورد در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنان ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه معنویت‌درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده، پرسش‌نامه تبعیت از درمان موریسکی و پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر بود. تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری موجب بهبود تبعیت از درمان و ارتقای سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه شدند. همچنین معنویت‌درمانی بیشترین اثر را بر بهبود تبعیت از درمان داشت، در حالی‌که درمان متمرکز بر هیجان در کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناسازگارانه اثربخش‌تر بود.

نتیجه‌گیری: این پژوهش بیانگر آن است که معنویت‌درمانی با تاکید بر معنا و امید و درمان متمرکز بر هیجان با پردازش هیجانات سرکوب‌شده می‌توانند به‌عنوان رویکردهای مکمل در بهبود سازگاری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان به‌کار روند.

مقدمه

بیماری‌های مزمن (Chronic diseases)، از جمله سرطان، یکی از چالش‌های اصلی سلامت عمومی در جهان مدرن به شمار می‌روند. سرطان پس از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین عامل مرگ‌ومیر در سطح جهانی و در ایران پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و سوانح، سومین عامل مرگ‌ومیر است [۱]. با افزایش امید به زندگی و روند سالمندی جمعیت، انتظار می‌رود میزان بروز سرطان در ایران طی دو دهه آینده بیش از دو برابر شود [۲]. سالانه حدود ۱۵۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان در ایران گزارش می‌شود و بیش از ۴۰ هزار نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند [۲].

سرطان به گروهی از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که از تکثیر غیرطبیعی سلول‌های جهش‌یافته ناشی می‌شوند. این سلول‌ها تعادل طبیعی تقسیم سلولی، مرگ برنامه‌ریزی‌شده (آپوپتوز) و تمایز سلولی را مختل می‌کنند [۳] تومورهای بدخیم (Malignant)، برخلاف تومورهای خوش‌خیم (Benign)، توانایی متاستاز به سایر نقاط بدن را دارند و از طریق سیستم لنفاوی یا گردش‌خون گسترش می‌یابند [۴]. اگرچه عوامل ژنتیکی، شیمیایی، تابش اشعه و سبک زندگی در بروز سرطان نقش دارند، علت دقیق آن در بسیاری از موارد ناشناخته است [۴]. سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان ایرانی و همچنین دومین سرطان شایع در زنان ایالات متحده پس از سرطان پوست محسوب می‌شود [۴]. این بیماری یکی از مهم‌ترین تهدیدهای سلامت زنان در سراسر جهان است که هم از نظر شیوع و هم از نظر پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی، اهمیت ویژه‌ای دارد. از نظر پاتولوژیک، سرطان پستان عمدتا از سلول‌های بافت پستان منشأ می‌گیرد که در بیشتر موارد مربوط به مجاری شیری (کارسینوم مجرای مهاجم:

Invasive ductal carcinoma) یا لوبول‌ها (کارسینوم لوبولار مهاجم) است [۵]. علائم اولیه شامل وجود توده بدون درد در پستان، تغییر در اندازه، شکل یا قوام پستان، تغییرات پوستی مانند قرمزی، پوسته‌پوسته شدن یا فرورفتگی پوست و در مواردی ترشح یا فرورفتگی نوک پستان می‌باشد [۶]. عوامل متعددی در بروز این بیماری نقش دارند؛ از جمله عوامل هورمونی (مانند سطوح بالای استروژن)، سابقه خانوادگی یا ژنتیکی (مانند جهش ژن‌های BRCA1 و BRCA2)، سبک زندگی ناسالم (مانند تغذیه نامناسب، عدم فعالیت بدنی، چاقی و مصرف الکل) و قرار گرفتن در معرض عوامل محیطی [۶]. با این حال، در بسیاری از بیماران هیچ عامل خطر شناخته‌شده‌ای وجود ندارد، که اهمیت غربالگری و خودآزمایی منظم را دوچندان می‌سازد. روش‌های درمانی رایج برای سرطان پستان شامل جراحی (ماستکتومی یا لامپکتومی)، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی، هورمون‌درمانی و استفاده از داروهای هدفمند ضد تومور (آنتی‌نئوپلاسمی) است [۷، ۸]. پیشرفت‌های اخیر در زمینه غربالگری، تصویربرداری دقیق، تشخیص زودهنگام و درمان‌های فردمحور مبتنی بر پروفایل ژنتیکی تومور، موجب بهبود چشمگیر در نرخ بقای بیماران و کاهش میزان مرگ‌ومیر شده است [۹]. با وجود این پیشرفت‌ها، بسیاری از بیماران در طول مسیر درمان با چالش‌های روان‌شناختی قابل‌توجهی مانند اضطراب، افسردگی، ترس از بازگشت بیماری و احساس ناامیدی مواجه هستند. این وضعیت ممکن است باعث کاهش تبعیت از درمان، اختلال در کیفیت زندگی و حتی قطع روند درمانی شود [۱۰، ۱۱]. ازاین‌رو، توجه به ابعاد روانی، اجتماعی و معنوی درمان، به اندازه درمان جسمانی حائز اهمیت است و مداخلات روان‌شناختی و حمایتی مکمل در مدیریت جامع این بیماری نقش مهمی ایفا می‌کنند.

تبعیت از درمان (Adherence to Treatment)، یکی از عوامل کلیدی در بهبود و درمان موثر بیماران مبتلا به سرطان است [۱۲]. سازمان جهانی بهداشت، تبعیت از درمان را میزان پایبندی بیمار به توصیه‌های پزشکی در مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی و تغییرات سبک زندگی تعریف می‌کند [۱۳]. با وجود انگیزه بالای بیماران سرطانی، میزان پایبندی آن‌ها متغیر بوده و از ۱۶ تا ۱۰۰ درصد گزارش شده است [۱۴]. شایع‌ترین موارد عدم تبعیت شامل تاخیر در شروع درمان، مصرف نادرست دارو و رعایت نکردن زمان‌بندی مصرف است. عوارض جانبی درمان‌ها، به‌ویژه در سرطان پستان و همچنین عوامل روان‌شناختی مانند درک بیماری، وضعیت عاطفی و روابط اجتماعی، از دلایل مهم کاهش تبعیت به شمار می‌روند [۱۵، ۱۶]. توجه به این موضوع می‌تواند به کاهش عوارض، افزایش اثربخشی درمان و پیشگیری از پیامدهای بالینی جدی کمک کند و اهمیت غربالگری و تقویت تبعیت از درمان را برجسته می‌سازد [۱۷].

یکی از عوامل اساسی در تعیین وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، نحوه کنارآمدن با بیماری و نوع راهبردهای مقابله‌ای آن‌ها با استرس‌های ناشی از تشخیص و درمان است [۱۸]. در روان‌شناسی سلامت، راهبردهای مقابله‌ای به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای روانی-اجتماعی شناخته می‌شوند که رابطه بین استرس و پیامدهای سلامت روان را تعدیل می‌کنند. شواهد علمی نشان می‌دهند که خود استرس لزوما عامل آسیب روانی نیست، بلکه نحوه ادراک فرد از استرس و شیوه‌ای که برای مقابله با آن انتخاب می‌کند، در بروز اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی نقش کلیدی دارد [۱۹]. راهبردهای مقابله‌ای موثر و مسئله‌مدار، که بر حل منطقی و هدفمند مشکل تمرکز دارند، با کاهش پیامدهای منفی روانی و ارتقای سلامت روانی در ارتباط هستند. در مقابل، استفاده از شیوه‌های هیجان‌مدار و اجتنابی ممکن است منجر به تشدید استرس، اختلالات هیجانی و حتی مزمن شدن مشکلات روان‌شناختی شود [۲۰، ۲۱]. تحقیقات داخلی نیز نشان داده‌اند که راهبردهای شناختی و حل‌مسئله با کاهش نشانه‌های آسیب‌شناختی رابطه دارند، در حالی که شیوه‌های هیجان‌مدار با افزایش این نشانه‌ها همراه هستند [۲۲]. مطالعات اخیر در جمعیت بیماران سرطانی نشان می‌دهند که این بیماران به‌طور معناداری بیش از جمعیت عمومی از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند، که این الگوی ناکارآمد می‌تواند به افزایش پریشانی روانی و کاهش کیفیت زندگی منجر شود [۲۳]. بنابراین، آموزش و ارتقای راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه به‌ویژه در بیماران سرطانی، گامی ضروری برای بهبود سلامت روانی و کاهش بار روان‌شناختی ناشی از بیماری است.

در مجموع، تشخیص سرطان و فرآیند درمان آن ضمن تضعیف سیستم ایمنی بدن، به‌طور معناداری پایبندی به درمان و سبک‌های مقابله‌ای بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۴]. مطالعات اخیر نشان می‌دهد مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته می‌توانند نقش کلیدی در بهبود تبعیت از درمان و تقویت سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه داشته باشند[۲۵]. تلفیق درمان‌های روان‌شناختی با ملاحظات معنوی و فرهنگی می‌تواند نقش مهمی در بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به سرطان ایفا کند. معنویت‌درمانی رویکردی روان‌درمانی است که با تمرکز بر باورهای معنوی، هدفمندی زندگی، ارتباط با خالق یا نیروی برتر و پذیرش شرایط سخت، به ارتقای سلامت روان، کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش تاب‌آوری در بیماران کمک می‌کند [۲۶] . این روش، به‌ویژه در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات مانند سرطان، نتایج مثبتی در کاهش رنج‌های وجودی نشان داده است [۲۷]. این روش با تقویت حس معنا و هدف در زندگی، پریشانی روانی را کاهش داده و پایبندی به درمان را بهبود می‌بخشد [۲۸]. همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد مداخلات یکپارچه‌نگر معنوی نتایج بالینی بهتری در بیماران سرطانی دارند [۲۹]. این مداخلات تاب‌آوری و پایبندی به درمان را افزایش داده، پریشانی روانی را کاهش می‌دهند و سیستم ایمنی را تقویت می‌کنند [۲۶،۲۷، ۳۰]

یکی از مهم‌ترین درمان‌های روان‌شناختی که از کارآمدی بالایی در حوزه درمان بیماری‌های مزمن و سرطان برخوردار است، درمان هیجان‌مدار می‌باشد. درمان متمرکز بر هیجان (EFT) یک رویکرد روان‌درمانی انسان‌گرایانه است که با تمرکز بر شناسایی، تجربه، ابراز و بازسازی هیجانات، به تغییر الگوهای ناکارآمد رفتاری و ارتقای سلامت روانی کمک می‌کند. این درمان بر نقش هیجان به‌عنوان عامل اصلی تغییر در فرآیند درمان تاکید دارد [۳۱]. این روش با تاکید بر دلبستگی‌های سازگارانه، اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد [۳۲] بررسی پژوهش‌ها نشان می‌دهد درمان متمرکز بر هیجان بر پرخاشگری زنان مبتلا به سرطان، اضطراب بیماران اماس [۳۳]، تحمل پریشانی بیماران نابارور [۳۴]، افسردگی و شادکامی [۳۵]، امید به زندگی و کاهش درد در سرطان بدخیم و انعطاف‌پذیری هیجانی [۳۶] موثر است.

با توجه به اهمیت تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در بهبود وضعیت

روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش‌ها در این زمینه‌ها به نقش درمان‌های معنویت‌مدار و هیجان‌مدار پرداخته‌اند. اما شکاف‌های قابل توجهی در تحقیقات موجود وجود دارد؛ بیشتر مطالعات بر تاثیر مداخلات درمانی استاندارد مانند شیمی‌درمانی و جراحی تمرکز کرده‌اند و تاثیر درمان‌های روان‌شناختی و معنویت‌مدار در بهبود کیفیت زندگی و وضعیت روان‌شناختی این بیماران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. علاوه بر این، بیشتر پژوهش‌ها تنها به بررسی تاثیر یکی از درمان‌ها (مانند درمان‌های هیجان‌مدار یا معنویت‌مدار) پرداخته‌اند و اثربخشی ترکیبی این درمان‌ها در بهبود تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌طور همزمان به‌ندرت مورد بررسی قرار گرفته است. از سوی دیگر، مطالعات موجود اغلب به گروه‌های خاصی از بیماران محدود شده‌اند و کمبود پژوهش‌های جامع که تاثیر این درمان‌ها را در دوره‌های مختلف بیماری ارزیابی کنند، احساس می‌شود. این پژوهش با پرکردن این شکاف‌های پژوهشی، با هدف بررسی همزمان تاثیر درمان‌های معنویت‌مدار و هیجان‌مدار بر تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان، نوآوری قابل توجهی را در حوزه درمان‌های روان‌شناختی سرطان پستان به همراه خواهد داشت. همچنین، این پژوهش می‌تواند مبنای جدیدی برای طراحی مداخلات بالینی موثر در جهت ارتقای تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان فراهم آورد. لذا، هدف اصلی این پژوهش پاسخگویی به این سوال خواهد بود که آیا بین اثربخشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان (متغیر مستقل) بر تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای (متغیر وابسته) بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی است و از نظر روش‌شناسی، در زمره مطالعات نیمه‌آزمایشی قرار می‌گیرد. در این مطالعه از طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. شرکت‌کنندگان پس از اجرای مداخله و نیز یک ماه و نیم پس از پایان آن، مورد پیگیری قرار گرفتند. متغیرهای مستقل شامل معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بودند که به‌صورت انحصاری در گروه آزمایش اجرا شدند. تاثیر این مداخلات بر متغیرهای وابسته (تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای) با مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش با گروه کنترل ارزیابی گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام علی (ع) شهر بجنورد در سال ۱۴۰۳ می‌باشد. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power و با در نظر گرفتن سطح معناداری α=۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۹۰، برای طراحی با مقایسه میان‌گروهی و درون‌گروهی، ۴۵ نفر تعیین شد (۱۵ نفر در هر گروه: دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل). روش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند از میان بیماران مراجعه‌کننده جهت شیمی‌درمانی انجام شد. بیمارانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند و برای شرکت در مطالعه اعلام آمادگی و رضایت آگاهانه کرده بودند، وارد فرایند گمارش تصادفی شدند تا در یکی از سه گروه پژوهش قرار گیرند.

معیارهای ورود و خروج از مطالعه

معیارهای ورود:

افراد برای شرکت در پژوهش می‌بایست واجد شرایط زیر باشند:

- سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال
- عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بر اساس آزمون PID
- سپری شدن حداقل سه هفته از آخرین جلسه شیمی‌درمانی
- داشتن پاتولوژی با تشخیص قطعی سرطان پستان و قرار گرفتن در مرحله ۳ (Stage3)، جهت اطمینان از صحت تشخیص بیماری و جلوگیری از تداخل با سایر بیماری‌های پستان (تایید از طریق مصاحبه و پرونده پزشکی)
- عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی (مانند SSRI، بنزودیازپین‌ها) (بررسی از طریق مصاحبه با بیمار؛ زیرا مصرف این داروها ممکن است نتایج مداخلات را مخدوش کند)
- عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده (مانند دیابت کنترل‌نشده، نارسایی قلبی) که می‌توانند موجب کاهش توانایی شرکت در جلسات یا رهاکردن روند درمان شوند.
- عدم شرکت در دوره‌ها یا مداخلات روان‌شناختی مشابه با دو روش درمانی مورد استفاده در پژوهش
- 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.

معیارهای خروج:

در طول اجرای پژوهش، در صورت وجود هر یک از شرایط زیر، شرکت‌کننده از مطالعه خارج می‌شد:

شروع درمان جدید یا مشاهده متاستاز (موضعی یا دوردست) 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)

غیبت در دو جلسه متوالی درمانی (به دلیل تاثیر منفی بر روند درمان و نتایج پژوهش؛ یک جلسه غیبت قابل پوشش است ولی دو جلسه غیبت به منزله خروج تلقی می‌شود)

عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه همکاری (رعایت اصل اختیار فردی و حقوق شرکت‌کنندگان)

ابتلا به بیماری جسمی جدید در حین دوره درمان که توانایی ادامه مشارکت در جلسات درمانی را مختل کند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش ابزار جمع آوری داده‌ها عبارت بودند از آزمون خودسنجی شخصیت PID، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳)، مقیاس تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن سید فاطمی و همکاران (۱۳۹۷) و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس (۱۹۸۴). همچنین جهت آموزش معنویت درمانی از بسته آموزشی معنویت درمانی ریچاردز و برگین (۲۰۰۷) و جهت آموزش درمان متمرکز بر هیجان از بسته آموزشی درمان متمرکز بر هیجان گرینبرگ (۲۰۱۰) استفاده شد.

۱.پرسش‌نامه خودسنجی شخصیت PID-5 (فرم کوتاه):پرسش‌نامه

خودسنجی شخصیت PID-5 (فرم کوتاه)، که توسط کروئگر و همکاران (۲۰۱۲) توسعه یافته است [۳۶]، شامل ۲۵ سوال می‌باشد که پنج بُعد اصلی شخصیت را مورد سنجش قرار می‌دهد. این ابعاد عبارتند از:

- عواطف منفی: شامل نگرانی‌ها، ترس‌ها و افکار مزاحم
- گُسیختگی: مربوط به توانایی اعتمادکردن و همکاری با دیگران
- مخالفت‌ورزی: شامل تمایل به سوءاستفاده از دیگران و جلب توجه
- عدم بازداری (مهارگسیختگی): مربوط به کنترل رفتار و دقت فرد
- 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 [۳۷] 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 [۳۸] 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 [۳۷، ۳۸] این یافته‌ها مؤید آن است که نسخه فارسی پرسش‌نامه PID-5 از کفایت روان‌سنجی لازم برای استفاده در پژوهش‌های بالینی و شخصیت‌شناسی برخوردار است.

۲.پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن: پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن، طراحی‌شده توسط سیدفاطمی و همکاران [۳۹]، برای سنجش پایبندی بیماران به پروتکل‌های درمانی در بیماری‌های مزمن توسعه یافته است. این ابزار شامل ۴۰ گویه در هفت خرده‌مقیاس (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) با نمره‌گذاری لیکرت پنج‌درجه‌ای است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تبعیت بهتر هستند. پایایی کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۵۱ تا ۰/۸۶ گزارش شده است. این ابزار برای جمعیت ایرانی معتبر است، اما خرده‌مقیاس‌های تعهد و تردید نیاز به بررسی روان‌سنجی بیشتری دارند.

۳. پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس – فولکمن: پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن [۴۰] ابزاری ۶۶ سوالی برای سنجش راهبردهای مقابله‌ای افراد در مواجهه با استرس است. این پرسش‌نامه که تکمیل آن حدود ۱۰ دقیقه زمان می‌برد، میزان استفاده از راهکارهای مختلف مقابله را بر اساس مقیاسی مشخص ارزیابی می‌کند. مطالعات مختلف از جمله پژوهش‌های ماهان [۴۱] و بشردوست [۴۲] پایایی و اعتبار مناسب این ابزار را تأیید کرده‌اند، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ که نشان‌دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. این پرسش‌نامه به‌طور گسترده در پژوهش‌های روان‌شناختی مورد استفاده قرار گرفته است.

پروتکل درمانی معنویت درمانی

پروتکل مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل معنویت‌درمانی گروهی ریچاردز و برگین [۴۳] طراحی شده است. این مدل درمانی با تأکید بر ابعاد روانی– معنوی، به تلفیق رویکردهای روان‌شناختی با مفاهیم معنوی و مذهبی می‌پردازد.

پروتکل درمانی درمان متمرکز بر هیجان

در این پژوهش، از پروتکل درمان متمرکز بر هیجان مبتنی بر مدل گرینبرگ [۴۴] 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.

شیوه اجرای پژوهش

برای اجرای این پژوهش، ابتدا نامه معرفی از سوی دانشگاه خطاب به رئیس بخش انکولوژی بیمارستان امام علی (ع) در شهر بجنورد تهیه و تحویل داده شد. پس از اخذ موافقت مسئولان مربوطه، نسخه‌ای از پرسش‌نامه‌ها و پروتکل‌های درمانی به بیمارستان ارائه گردید. پس از انجام هماهنگی‌های لازم، پژوهشگر در محل بیمارستان حاضر شد و با بیماران مراجعه‌کننده مصاحبه اولیه در خصوص اهداف و مراحل مطالعه انجام داد. بیمارانی که علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند، فرم رضایت‌نامه آگاهانه و فرم‌های مربوط به اطلاعات دموگرافیک و معیارهای ورود را تکمیل کردند. در نتیجه این مرحله، افراد واجد شرایط برای شرکت در مطالعه شناسایی شدند. در گام بعد، از بین افراد واجد شرایط و داوطلب، ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل دو گروه آزمایش (معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان) و یک گروه کنترل جای‌گذاری شدند. سپس، جلسه‌ای توجیهی برای اعضای هر سه گروه برگزار شد که در آن، فرآیند پژوهش، مزایای شرکت در مطالعه، قوانین جلسات درمانی و حقوق شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. در مرحله بعد، پیش‌آزمون شامل پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل گردید. پس از مرحله پیش‌آزمون، مداخلات درمانی آغاز شد. درمان معنویت‌درمانی برای گروه آزمایشی اول و درمان متمرکز بر هیجان برای گروه آزمایشی دوم، هر کدام طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی توسط پژوهشگر در سالن جلسات بیمارستان اجرا گردید. لازم به ذکر است پژوهشگر پیش‌تر در دوره‌های آموزشی هر دو روش درمانی شرکت کرده و گواهینامه پایان دوره معتبر دریافت کرده است. در این مدت، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرده و در لیست انتظار باقی ماندند. پس از پایان جلسات درمانی، آزمودنی‌های هر سه گروه مجددا پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند (مرحله پس‌آزمون). همچنین، یک و نیم ماه (۴۵ روز) پس از پایان جلسات درمانی، مرحله پیگیری اجرا شد و شرکت‌کنندگان سه گروه بار دیگر با استفاده از همان ابزارها ارزیابی شدند. در پایان فرآیند پیگیری، از همکاری شرکت‌کنندگان تشکر شد و برای گروه کنترل نیز جلسات درمانی مطابق تعهد اخلاقی برگزار گردید. نهایتا، داده‌های به‌دست‌آمده وارد رایانه شد و با استفاده

از نرم‌افزار نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

تجزیه وتحلیل داده‌ها: داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد. نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو–ویلک (P>۰/۰۵۰) تایید شد. در سطح استنباطی، با رعایت مفروضه‌های نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب‌های رگرسیونی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) برای بررسی تفاوت گروه‌ها و از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) برای تحلیل هم‌زمان متغیرهای وابسته استفاده شد. مقایسه‌های زوجی با آزمون بونفرونی و در صورت نقض مفروضه‌های پارامتریک، با آزمون‌های ناپارامتریک انجام شد. تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد و نتایج شامل اندازه اثر و فاصله اطمینان ۹۵ درصد گزارش گردید.

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: محتوای جلسات معنویت درمانی

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین، تاثیر آن در زندگی فرد، ایجاد همدلی و حس مشترک و تفاوت میان دین و معنویت سالم با انواع ناسالم آن
دوم	خودآگاهی و ارتباط با خود؛ شامل شناسایی و درک احساسات، کنترل آن‌ها از طریق تکنیک‌های تجسم هدایت‌شده، آگاهی از احساسات دیگران و شناسایی نیازها و مسیر دستیابی به آن‌ها
سوم	گوش دادن به ندای درونی؛ کشف معنا و ارزش‌های درونی از طریق توجه به شهود و رهنمودهای معنوی
چهارم	بررسی مفهوم خدا و قدرت برتر و تقویت ارتباط معنوی از طریق نیایش و گفت‌وگوی درونی با خدا
پنجم	نوع‌دوستی؛ انجام فعالیتی گروهی با هدف تجربه عملی معنویت، افزایش عزت‌نفس و حس مفید بودن
ششم	ارتباط با مقدسات؛ ایجاد پیوند لذت‌بخش با مفاهیم مقدس برای کاهش تنهایی، استرس و اضطراب
هفتم	پرداختن به رنجش، عدم بخشش و احساس گناه؛ کمک به درک مفهوم بخشش و کاهش بار عاطفی آن
هشتم	تمرکز بر مفهوم بخشش؛ افزایش احساسات مثبت، رهایی از تنش‌های درونی و ایجاد مصالحه درونی
نهم	مرگ، ترس از مرگ و رنج؛ کاهش اضطراب وجودی و یافتن معنا در زندگی از طریق پذیرش مرگ
دهم	ایمان و توکل به خدا؛ تقویت حس پذیرش و آرامش در مواجهه با مشکلات از طریق اعتماد به خدا
یازدهم	حل مسائل معنوی و مذهبی؛ شناسایی مشکلات درونی و آموزش سبک‌های موثر در حل مسئله معنوی
دوازدهم	قدردانی و شکرگزاری؛ تمرین و آموزش ابراز احساسات مثبت و تقویت نگرش قدردانانه به زندگی

جدول ۲: محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان

جلسات	محتوا
اول	آشنایی با مراجع، معرفی درمانگر، اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی هیجانی اولیه، بررسی نگرانی‌ها و انتظارات مراجع، ایجاد اتحاد درمانی و بررسی علائم غیرکلامی مانند کیفیت صدا، برانگیختگی هیجانی و نحوه روایت
دوم	مربی‌گری هیجانی؛ شناسایی و تجربه هیجانات اصلی (غم، خشم، شرم، ترس از بیماری و مرگ)، کاوش نیازهای تحقق‌نیافته، بررسی انتقاد از خود، خودترساننده و خودانسدادی
سوم	توضیح نقش کلام در ابراز هیجانی، عمق‌بخشی به تجربه هیجان، تکنیک کاوش همدلانه، استفاده از تکنیک دو صندلی برای تعارض‌های درونی و ارزشیابی خود، تعمیق تجربه هیجانات دردناک
چهارم	بررسی روابط با دیگران و اشخاص مهم زندگی، اجرای تکنیک صندلی خالی، تمایز هیجانات اولیه و ثانویه، تنظیم هیجانی، حمایت برای بخشش یا مسئول دانستن دیگری
پنجم	تکنیک بازنمایی صحنه‌های استرس‌زا زندگی (مثلاً دریافت خبر ابتلا به سرطان)، تسهیل تجربه مجدد موقعیت، کاوش طرح‌های جایگزین شناختی و هیجانی
ششم	پاسخ به مارکر آسیب‌پذیری؛ تکنیک همدلی و تصویرسازی کودک درون، پرداختن به هیجاناتی مانند درماندگی، ترس، شرم و ناامیدی، حمایت از حس آسودگی و خشم محافظتی
هفتم	معناپردازی به تجربه‌های درونی (مارکر اعتراض معنا)، کاوش باورهای ناهماهنگ با هیجانات، استفاده از استعاره و تکنیک‌های همدلانه، تسهیل شفقت به خود و خودتسکینی
هشتم	پردازش مجدد تجربیات دشوار، تقویت ابراز هیجانات ثانویه، تسهیل خشم جرات‌مندانه، ابراز نیازها، واژه‌گزینی هیجانی و تبدیل هیجان‌های ناسازگار به هیجانات سازگار
نهم	مرور مسیر طی‌شده، بررسی هیجانات ناسازگار دردناک (ترس از مرگ، طرد، شرم، گناه)، تجربه غم سازگار، پذیرش آسیب‌پذیری و اعتباربخشی به پاسخ‌های هیجانی جدید
دهم	بازبینی احساسات و هیجانات اولیه، تشویق به اعتماد به هیجانات تازه آشکارشده، تجربه واکنش‌های جدید در پاسخ به نیازها و روایت‌های جدید
یازدهم	افزایش آگاهی هیجانی و عاملیت؛ شناخت پتانسیل انطباقی هیجان، تسهیل رهایی از هیجانات ناسازگار و پذیرش هیجانات اولیه سالم مانند غم یا ناامیدی
دوازدهم	مقایسه تجربه هیجانی فعلی و گذشته، گفت‌وگو درباره خودشفقتی، خودتسکینی و جرات‌ورزی، جمع‌بندی درمان، اجرای پس‌آزمون و برنامه‌ریزی جلسه پیگیری پس از هشت هفته

جدول۳: مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های مداخله و یک گواه در بیماران مبتلا به سرطان پستان (تعداد: ۴۵)

متغیر جمعیت شناختی	گروه			نتیجه آزمون
	معنویت درمانی (تعداد: ۱۵) تعداد (درصد)	درمان متمرکز بر هیجان (تعداد: ۱۵) تعداد (درصد)	گواه (تعداد: ۱۵) تعداد (درصد)	
وضعیت سنی (سال)				۲(χ^2)=۰/۱۸
۴۰-۳۰	۸(۵۳/۳)	۸(۵۳/۳)	۹(۶۰)	p:۰/۹۱۴

۵۵-۴۱	۷(۴۶/۷)	۷(۴۶/۷)	۶(۴۰)	
مدت زمان بیماری (سال)				۲(χ۲)=۰/۱۸ p:۰/۹۱۴
۳-۲	۸(۵۳/۳)	۹(۶۰)	۸(۵۳/۳)	
بالای ۳ سال	۷(۴۶/۷)	۶(۴۰)	۷(۴۶/۷)	
وضعیت تأهل				۲(χ۲)=۰/۱۸ p:۰/۹۱۳
متأهل	۶(۴۰)	۶(۴۰)	۷(۴۶/۷)	
مجرد	۹(۶۰)	۹(۶۰)	۸(۵۳/۳)	

χ: آزمون کای اسکوئر، 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. تبین سه گروه از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی اختلاف معنادار آماری وجود نداشته و سه گروه از لحاظ این متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن بودند (P>۰/۰۵). جدول ۴ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی نشان داده شده است. متغیرها از طریق تحلیل کوواریانس کنترل شده‌اند تا اثرات آن‌ها بر نتایج حذف گردد و مقایسه دقیق‌تری بین گروه‌ها انجام شود.

با توجه به جدول ۴، میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های تبعیت از درمان در سه گروه معنویت‌درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییراتی نشان داده است. این تغییرات حاکی از آن است که در دو گروه درمانی، نمرات خرده‌مقیاس‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته‌اند. همچنین، نمره تردید در اجرای درمان که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود، در این دو گروه کاهش یافته است که بیانگر بهبود در تبعیت از درمان می‌باشد. در مقابل، تغییرات چشمگیری در گروه گواه مشاهده نشده و نمرات اغلب خرده‌مقیاس‌ها ثابت یا بدون بهبود معنادار باقی مانده‌اند. این یافته‌ها مؤید آن است که مداخلات مبتنی بر معنویت و هیجان‌مداری می‌توانند به شکل مؤثری تبعیت از درمان را در بیماران مبتلا به سرطان پستان ارتقا دهند.

فرضیه ۱: بین اثربخشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تبعیت از درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت معنادار وجود دارد. قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و فرض کرویت (فرضیه همگنی و تشابه واریانس‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری) بررسی شد.

÷با توجه به جدول ۵ تفاوت معناداری بین میانگین گروه‌های آموزش معنویت درمانی و گواه در مرحله پیش‌آزمون در مولفه‌های تبعیت از درمان مشاهده نشد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نتایج نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین میانگین نمره مولفه‌های تبعیت از درمان در دو گروه آموزش معنویت درمانی و گواه وجود دارد. بنابراین بیانگر آن است که آموزش معنویت درمانی بر مولفه‌های تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بوده است. با توجه به جدول ۵ تفاوت معناداری بین میانگین گروه‌های آموزش درمان متمرکز بر هیجان و گواه در مرحله پیش‌آزمون در مولفه‌های تبعیت از درمان مشاهده نشد. اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نتایج نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین میانگین نمره مولفه‌های تبعیت از درمان در دو گروه آموزش درمان متمرکز بر هیجان و گواه وجود دارد. بنابراین بیانگر آن است که آموزش درمان متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش بوده است.

بنابراین، فرضیه اول پژوهش تایید شد. نتایج نشان داد که هر دو روش آموزشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش بودند. در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات مولفه‌هایی نظیر اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان در هر دو گروه درمانی به‌طور معناداری افزایش یافت. همچنین، نمره تردید در اجرای درمان که به صورت معکوس تفسیر می‌شود، در هر دو گروه به‌طور معناداری کاهش یافت، که این خود نشان‌دهنده بهبود تبعیت از درمان است. علاوه بر این، مقایسه بین دو گروه مداخله نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در مولفه‌هایی مانند توانایی تطابق، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان اثربخشی بیشتری نسبت به معنویت‌درمانی داشته است و تفاوت بین گروه‌ها از نظر آماری معنادار بوده است (P <۰/۰۱)

فرضیه ۲: بین اثربخشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت معنادار وجود دارد.

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و فرض کرویت (فرضیه همگنی و تشابه واریانس‌ها در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری) بررسی شد.

بر اساس جدول۶، در مرحله پیش‌آزمون هیچ تفاوت معناداری در مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای بین گروه‌های آموزش معنویت‌درمانی، درمان متمرکز بر هیجان و گواه مشاهده نشد. با این‌حال، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت‌های معناداری در میانگین نمرات این مولفه‌ها بین گروه‌های آموزشی و گواه وجود داشت که نشان‌دهنده اثربخشی هر دو روش درمانی بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان پستان است. همچنین، مقایسه بین دو گروه آموزشی نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان نسبت به معنویت‌درمانی اثربخشی بیشتری در بهبود مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای دارد.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک سه گروه مورد مطالعه (تعداد: ۴۵)

متغیر	مرحله	معنویت‌درمانی (میانگین ± انحراف معیار)	درمان متمرکز بر هیجان (میانگین ± انحراف معیار)	گواه (میانگین ± انحراف معیار)
اهتمام در درمان	پیش‌آزمون	۴٫۱۰ ± ۲۸٫۴۰	۳٫۹۵ ± ۲۷٫۸۶	۴٫۳۵ ± ۲۸٫۲۰
	پس‌آزمون	۴٫۲۵ ± ۳۳٫۰۶	۳٫۸۸ ± ۳۴٫۵۳	۴٫۰۱ ± ۲۸٫۶۶
	پیگیری	۳٫۹۲ ± ۳۴٫۱۳	۴٫۰۶ ± ۳۵٫۶۰	۴٫۲۲ ± ۲۸٫۲۰
تمایل به مشارکت	پیش‌آزمون	۳٫۷۵ ± ۲۵٫۰۶	۳٫۶۸ ± ۲۴٫۱۳	۳٫۹۰ ± ۲۴٫۸۰
	پس‌آزمون	۳٫۵۹ ± ۲۹٫۶۰	۳٫۴۴ ± ۳۰٫۲۶	۳٫۸۷ ± ۲۵٫۱۳
	پیگیری	۳٫۳۳ ± ۳۰٫۴۶	۳٫۲۰ ± ۳۱٫۱۳	۳٫۸۰ ± ۲۴٫۹۳
توانایی تطابق	پیش‌آزمون	۴٫۱۱ ± ۲۲٫۳۳	۳٫۸۲ ± ۲۲٫۷۳	۴٫۲۳ ± ۲۳٫۰۶
	پس‌آزمون	۳٫۹۰ ± ۲۷٫۹۳	۳٫۵۵ ± ۲۸٫۶۶	۳٫۷۷ ± ۲۳٫۲۶
	پیگیری	۳٫۶۸ ± ۲۸٫۷۳	۳٫۲۰ ± ۲۹٫۵۳	۳٫۹۶ ± ۲۳٫۱۳
تلفیق درمان با زندگی	پیش‌آزمون	۳٫۴۰ ± ۲۱٫۸۶	۳٫۳۳ ± ۲۱٫۶۰	۳٫۵۲ ± ۲۱٫۹۳
	پس‌آزمون	۳٫۲۸ ± ۲۵٫۱۳	۳٫۱۰ ± ۲۵٫۶۶	۳٫۲۷ ± ۲۲٫۱۳
	پیگیری	۳٫۳۵ ± ۲۶٫۰۱	۲٫۹۸ ± ۲۶٫۶۰	۳٫۳۱ ± ۲۲٫۰۶
چسبیدن به درمان	پیش‌آزمون	۲٫۸۵ ± ۱۸٫۶۰	۳٫۰۱ ± ۱۷٫۹۳	۳٫۲۰ ± ۱۸٫۱۳
	پس‌آزمون	۲٫۷۹ ± ۲۲٫۴۰	۲٫۶۸ ± ۲۳٫۰۰	۲٫۹۴ ± ۱۸٫۴۶
	پیگیری	۲٫۶۰ ± ۲۳٫۱۳	۲٫۳۳ ± ۲۳٫۸۶	۳٫۱۰ ± ۱۸٫۳۳
تعهد به درمان	پیش‌آزمون	۳٫۶۵ ± ۲۴٫۳۳	۳٫۵۰ ± ۲۳٫۶۰	۳٫۷۴ ± ۲۳٫۹۳
	پس‌آزمون	۳٫۵۸ ± ۲۸٫۱۳	۳٫۳۳ ± ۲۹٫۲۰	۳٫۶۲ ± ۲۴٫۲۰
	پیگیری	۳٫۵۰ ± ۲۹٫۲۰	۳٫۱۰ ± ۳۰٫۲۶	۳٫۵۵ ± ۲۴٫۰۰
تردید در اجرای درمان	پیش‌آزمون	۳٫۴۰ ± ۱۹٫۸۰	۳٫۵۵ ± ۲۰٫۱۳	۳٫۳۳ ± ۱۹٫۷۳
	پس‌آزمون	۳٫۱۵ ± ۱۵٫۵۳	۳٫۰۰ ± ۱۳٫۸۶	۳٫۴۸ ± ۱۹٫۴۶
	پیگیری	۳٫۰۲ ± ۱۴٫۸۶	۲٫۸۵ ± ۱۲٫۹۳	۳٫۴۱ ± ۱۹٫۸۰

جدول ۵: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مولفه‌های تبعیت از درمان

متغیر	مرحله	گروه		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
اهتمام در درمان	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۸۰۰	۱/۳۲۲	۰/۵۴۸
			گواه	۰/۵۳	۱/۳۲۲	۰/۶۸۹
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۰/۲۶	۱/۳۲۲	۰/۸۴۱
	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۶۰۰	۱/۴۳۶	<۰/۰۰۱
			گواه	-۳/۶۰	۱/۴۳۶	۰/۰۱۶
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۹/۲۰	۱/۴۳۶	<۰/۰۰۱
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۷۳	۱/۱۸	<۰/۰۰۱
			گواه	-۳/۸۰	۱/۱۸	۰/۰۰۲
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۹/۵۳	۱/۱۸	<۰/۰۰۱
تمایل به مشارکت	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۰/۱۳	۱/۲۳	۰/۹۱۵
			گواه	۰/۶۶	۱/۲۳	۰/۵۹۳
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۰/۸۰	۱/۲۳	۰/۵۲۲
	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۱/۲۶	۱/۴۷	۰/۳۹۶
			گواه	-۳/۸۰	۱/۴۷	۰/۰۱۴
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۵/۰۶	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۲	۱/۲۶	۰/۱۲۲
			گواه	-۳/۹۳	۱/۲۶	۰/۰۰۳
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۵/۹۳	۱/۲۶	<۰/۰۰۱
توانایی تطابق	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۱/۴۰	۱/۱۳	۰/۲۲۴
			گواه	۰/۲۰	۱/۱۳	۰/۸۶۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۱/۲۰	۱/۱۳	۰/۲۹۶
	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۴/۹۳	۱/۲۳	<۰/۰۰۱
			گواه	-۳/۴۰	۱/۲۳	۰/۰۰۹
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۸/۳۳	۱/۲۳	<۰/۰۰۱

	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۲۰	۱/۱۰	<۰/۰۰۱
			گواه	-۳/۵۳	۱/۱۰	۰/۰۰۳
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۸/۷۳	۱/۱۰	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۲۰	۰/۷۵	۰/۷۹۳
			گواه	۰/۴۰	۰/۷۵	۰/۵۹۹
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۰/۲۰	۰/۷۵	۰/۷۹۳
تلفیق درمان با زندگی	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۳۳	۱/۰۱	۰/۷۴۲
			گواه	-۲/۸۰	۱/۰۱	۰/۰۰۸
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۳/۱۳	۱/۰۱	۰/۰۰۳
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۳۳	۰/۹۵	۰/۷۳۰
			گواه	-۳/۴۶	۰/۹۵	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۳/۸۰	۰/۹۵	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۰/۴۰	۰/۸۷	۰/۶۴۹
			گواه	۱/۴۰	۰/۸۷	۰/۱۱۷
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۱/۸۰	۰/۸۷	۰/۰۴۶
چسبیدن به درمان	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۲۰	۰/۹۵	۰/۰۰۲
			گواه	۳/۵۳	۰/۹۵	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۶/۷۳	۰/۹۵	<۰/۰۰۱
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۰۶	۱/۰۴	۰/۰۰۵
			گواه	۴/۴۶	۱/۰۴	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۷/۵۳	۱/۰۴	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۰/۱۳	۰/۸۷	۰/۸۷۹
			گواه	-۰/۰۶	۰/۸۷	۰/۹۳۹
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۰/۰۶	۰/۸۷	۰/۹۳۹
تعهد به درمان	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۶۶	۱/۰۶	۰/۰۰۱
			گواه	۲/۸۰	۱/۰۶	۰/۰۱۲
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۶/۴۶	۱/۰۶	<۰/۰۰۱
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۴/۲۶	۰/۶۶	<۰/۰۰۱
			گواه	۵/۲۶	۰/۶۶	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۹/۵۳	۰/۶۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۰/۵۳	۰/۷۵	۰/۴۸۱
			گواه	۰/۴۰	۰/۷۵	۰/۵۹۷
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۰/۱۳	۰/۷۵	۰/۸۶۰
تردید در اجرای درمان	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۳/۵۳	۰/۹۶	<۰/۰۰۱
			گواه	۲/۸۰	۰/۹۶	۰/۰۰۶
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۶/۳۳	۰/۹۶	<۰/۰۰۱
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۴/۳۳	۰/۹۹	<۰/۰۰۱
			گواه	۳/۰۰	۰/۹۹	۰/۰۰۴
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۷/۳۳	۰/۹۹	<۰/۰۰۱

* P<۰/۰۰۱

جدول۶: نتایج مقایسه میانگین گروه‌های در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای

متغیر	مرحله	گروه		تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۳/۴۰	۲/۰۲	۰/۱۰۱
			گواه	۳/۹۴	۱/۹۹	۰/۰۵۵
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۰/۵۴	۱/۹۶	۰/۷۸۴
سبک مقابله هیجان مدار	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۱۱/۳۳	۲/۷۳	<۰/۰۰۱
			گواه	۱۵/۳۰	۲/۶۹	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۲۶/۶۴	۲/۶۴	<۰/۰۰۱
	پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۱۰/۹۵	۲/۶۹	<۰/۰۰۱
			گواه	۱۵/۰۱	۲/۶۵	<۰/۰۰۱
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۲۵/۹۷	۲/۶۰	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	-۰/۵۹	۰/۷۳	۰/۴۲۵
			گواه	۰/۲۰	۰/۷۲	۰/۷۷۸
		درمان متمرکز بر هیجان	گواه	۰/۷۹	۰/۷۰	۰/۲۶۸
سبک مقابله مسئله مدار	پس‌آزمون	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۵۱	۰/۹۶	<۰/۰۰۱
			گواه	-۱/۹۱	۰/۹۴	۰/۰۴۹

	درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۷/۴۲	۰/۹۳	<۰/۰۰۱
پیگیری	معنویت درمانی	درمان متمرکز بر هیجان	۵/۶۴	۰/۹۰	<۰/۰۰۱
		گواه	-۱/۹۲	۰/۸۹	۰/۰۳۸
	درمان متمرکز بر هیجان	گواه	-۷/۵۶	۰/۸۷	<۰/۰۰۱

* P<۰/۰۰۱

بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید شد؛ به‌طوری‌که دو روش آموزشی معنویت درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلابه سرطان پستان اثربخش بودند. به‌طوری‌که نمره در مولفه سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار افزایش یافته که بیانگر بهبود در این مولفه و نمره در مولفه سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار کاهش یافته که بیانگر بهبود سبک‌های مقابله‌ای در این مولفه‌ها می‌باشد. هم‌چنین اثربخشی آموزش درمان متمرکز بر هیجان در مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای در مقایسه با معنویت درمانی بالاتر بود و تفاوت معناداری بین مولفه‌های مذکور وجود داشت.

بحث

فرضیه اول: بین اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر تبعیت از درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس یافته‌های پژوهش و نتایج تحلیل واریانس، فرضیه اول تایید شد. هر دو مداخله‌ی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان منجر به افزایش معنادار در تبعیت بیماران از درمان شدند. در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نمرات مولفه‌هایی مانند: اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان به‌طور معناداری افزایش یافت. همچنین، میزان تردید در اجرای درمان که به‌صورت معکوس تفسیر می‌شود، کاهش معناداری نشان داد. این تغییرات نشانگر بهبود چشمگیر در میزان پایبندی بیماران به برنامه درمانی در دو گروه مداخله است. از سوی دیگر، مقایسه میان دو مداخله نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان در برخی مولفه‌ها مانند توانایی تطابق، چسبیدن به درمان و تعهد به درمان، اثربخشی بالاتری نسبت به معنویت‌درمانی داشته است. این یافته‌ها حاکی از آن است که تمرکز بر هیجان‌ها و بازسازی هیجانی می‌تواند به بهبود ارتباط بیمار با درمان و افزایش انگیزه‌ی درونی برای تداوم آن کمک کند. یافته‌های حاضر با نتایج پژوهش‌های لوکر و کلاپتون [۴۵] همسو است که نشان دادند پردازش هیجانی موثر، مشارکت بیمار را در فرآیند درمان افزایش می‌دهد. همچنین، نتایج این مطالعه با دیدگاه‌های بشارت و همکاران [۴۶] و غباری‌بناب [۴۷] و رضایی و همکاران [۴۸] هم‌راستا است که بر نقش مولفه‌های معنوی و تنظیم هیجانی در ارتقای انگیزه و تبعیت درمانی بیماران تاکید دارند. در مجموع، به نظر می‌رسد درمان متمرکز بر هیجان از طریق تاثیر مستقیم بر پذیرش هیجانی، درک فرد از نیازهای درمانی و تجربه عاطفی بیماری، در برخی ابعاد تبعیت از درمان موثرتر عمل کرده است.

فرضیه دوم: بین اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان پستان تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های حاصل از تحلیل آماری این فرضیه نشان داد که هر دو روش مداخله‌گرانه، یعنی معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان(EFT) در بهبود سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش بودند. به‌طور خاص، نمرات سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه افزایش معناداری یافت و در مقابل، نمرات سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار کاهش معنادار داشت (P< ۰/۰۱) این تغییرات نشان‌دهنده گرایش بیشتر بیماران به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگار و هدفمند در مواجهه با بیماری است. همچنین، مقایسه بین دو گروه مداخله نشان داد که درمان متمرکز بر هیجان اثربخشی بیشتری نسبت به معنویت‌درمانی دارد؛ به‌ویژه در کاهش سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و افزایش سبک مسأله‌مدار، تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بود. این برتری را می‌توان به سازوکار EFT نسبت داد که با شناسایی، ابراز و پردازش هیجانات منفی، به بیماران کمک می‌کند هیجانات سرکوب‌شده را مدیریت کرده و به‌جای واکنش‌های هیجانی، پاسخ‌های مقابله‌ای فعال‌تری اتخاذ کنند. در همین راستا، جانسون [۴۹] و لوکر و کلاپتون [۴۵] نیز اثربخشی EFT را در ارتقای مقابله‌ی مسئله‌محور در بیماران مزمن گزارش کرده‌اند. از سوی دیگر، معنویت‌درمانی نیز نقش مثبتی در بهبود سبک‌های مقابله‌ای ایفا کرد، اما تمرکز اصلی آن بر معناپردازی، پذیرش، امید و اتصال به نیرویی متعالی بود. این فرآیند گرچه به کاهش نگرانی‌های وجودی و ایجاد آرامش درونی کمک می‌کند، اما تاثیر آن بر اصلاح واکنش‌های رفتاری هیجانی در سطح روزمره ممکن است نسبت به EFT محدودتر باشد. این یافته با مطالعات غباری‌بناب [۴۷] ، رضایی و همکاران [۴۸] و بای و مینگو [۲۸] هم‌راستا است که نشان داده‌اند تقویت مولفه‌های معنوی می‌تواند از طریق افزایش پذیرش و معناطلبی، سبک‌های مقابله‌ای موثر را در بیماران تقویت کند. در مجموع، این نتایج بر اهمیت طراحی مداخلات ترکیبی مبتنی بر هیجان و معنا تاکید دارد؛ مداخلاتی که همزمان به تنظیم هیجانی و معناپردازی در تجربه بیماری توجه داشته باشند تا سازگاری روانی و رفتاری بیماران را بهبود دهند.

با وجود طراحی علمی و تلاش برای کنترل متغیرهای موثر، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که تفسیر و تعمیم یافته‌ها را با احتیاط همراه می‌سازد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به تعمیم‌ناپذیری نتایج (به دلیل نمونه‌گیری از گروه خاصی از زنان مبتلا به سرطان پستان در یک منطقه جغرافیایی مشخص)، محدودیت در مداخلات (تمرکز بر دو رویکرد درمانی خاص بدون بررسی سایر روش‌های روان‌درمانی) و کنترل‌نشدن متغیرهای زمینه‌ای مانند حمایت خانوادگی یا باورهای دینی اشاره کرد. این عوامل می‌توانند به عنوان متغیرهای مداخله‌گر عمل کرده و در نتیجه، دقت نتایج و میزان اثربخشی مداخلات را تحت تاثیر قرار دهند.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان دادند که هر دو مداخله معنویت‌درمانی و درمان متمرکز بر هیجان به‌طور معناداری تبعیت از درمان و سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار بیماران مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشیدند، با برتری درمان متمرکز بر هیجان در مولفه‌هایی نظیر بازنمایی هیجانی و

کنترل درمان. در نتیجه پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی از ترکیب این دو رویکرد در برنامه‌های حمایتی بیماران استفاده کنند، با تاکید بر جلسات درمان متمرکز بر هیجان برای پردازش احساسات و کارگاه‌های معنویت‌درمانی برای تقویت امید و معنا، تا تبعیت درمانی و سازگاری روانی بیماران ارتقا یابد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران گرامی که با صبر، همراهی و مشارکت صمیمانه خود در این پژوهش همکاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری نمایند. همچنین از پرسنل محترم بخش غربالگری و درمان سرطان بیمارستان امام علی (ع) که در فرایند اجرای تحقیق نهایت همکاری را مبذول داشتند، تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

حمایت مالی

این مقاله حمایت مالی ندارد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله تایید می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافع مالی، سازمانی یا شخصی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت کامل اصول اخلاقی پژوهش‌های پزشکی و روان‌شناختی و بر اساس کد اخلاق IR.NKUMS.REC.1403.193 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی انجام شد. پیش از شروع پژوهش، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان اخذ گردید که در آن اهداف، روش اجرا، مزایا، محدودیت‌ها و حقوق مشارکت‌کنندگان به‌طور شفاف توضیح داده شده بود. اطلاعات جمع‌آوری‌شده با رعایت اصل محرمانگی نگهداری و به‌صورت کدگذاری‌شده مورد تحلیل قرار گرفت تا هویت افراد قابل شناسایی نباشد. همچنین به شرکت‌کنندگان تاکید شد که مشارکت در مطالعه کاملا داوطلبانه است و امکان انصراف در هر مرحله بدون پیامد منفی برای آنان وجود دارد.

References

1. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. Global Cancer Observatory; 2021 [cited 2025 Jul 1]. [Link]
2. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzadeh F. The effectiveness of mindfulness training on resilience and reduced rumination in female patients with breast cancer: A randomized trial. Iran J Breast Dis. 2023;9(2):52–59. [Link]
3. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2022. Atlanta: American Cancer Society; 2022. [Link]
4. American Cancer Society. Breast cancer facts & figures 2021–2022 [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; 2022 [cited 2025 Jul 1]. [Link]
5. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO Press; 2018. [Link]
6. Vartak J. The role of hope and social support on resilience in cancer Patients. Indian J Ment Health. 2015;2(1):35-42. [DOI:10.2174/97898149986661210101]
7. Abdollahzadeh R, Moodi M, Allahyari A, Khanjani N. The relationship between spiritual intelligence and resiliency of patients suffering from cancer in South Khorasan State. Nurs Vulnerables. 2015;2(3):15–24. [Link]
8. World Health Organization. Early detection and treatment of breast cancer. Geneva: WHO; 2021.[Link]
9. Aliyari Khaneshi Vatan F, Askarian M. The relationship between resilience and cognitive emotion regulation and obsessive rumination of women with breast cancer. Eur Online J Nat Soc Sci. 2015;4(1):1265–1274. [Link]
10. Labisi O. Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients. J Psychosoc Oncol. 2006;24(1):43-50. [DOI:10.1300/J077v24n01_04]
11. Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Szemik S. Selected psychological aspects and medication adherence in oncological patients. Cancer Med. 2020;9(3):943–950. [DOI: 10.1002/cam4.2691] [PMID: 31837119]
12. Connor KM, Davidson JR. 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] [PMID: 12964174]
13. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva: WHO; 2003. [Link]
14. Matzka M, Köck-Hódi S, Jahn P, Mayer H. Relationship among symptom clusters, quality of life, and treatment-specific optimism in patients with cancer. Support Care Cancer. 2018;26(8):2685–2693. [DOI: 10.1007/s00520-018-4102-8] [PMID: 29473117]
15. Dang TH, Wickramasinghe N, Jayaraman PP, Burbury K, Alexander M, Whitechurch A, et al. Safety and adherence to medications and self-care advice in oncology (SAMSON): a pilot randomised controlled trial. BMJ Open. 2024;14(7):e079122. [DOI: 10.1136/bmjopen-2023-079122] [PMID: 39043598]
16. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. [Link]
17. Liao WC, Chen PH, Wang JD, Lin CC. The efficacy of digital interventions on adherence to oral systemic anticancer therapy among patients with cancer: systematic review and meta-analysis. JMIR Cancer. 2025; 11:e64208. [DOI: 10.2196/64208] [PMID: 40239191]
18. Negash BT, Alelign Y. Stress and coping strategies of cancer among adult cancer patients in Hawassa University comprehensive specialized hospital cancer centre in 2024: patient, family and health professional perspective. BMC Cancer. 2025;25:621. [DOI: 10.1186/s12885-025-14023-0] [PMID: 40197141]
19. Omari M, Al-Jarrah M, Al-Jarrah T, Al-Qaoud D. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: a systematic review. Womens Health (Lond). 2024;20:17455057241276232. [DOI:10.1177/17455057241276232]
20. Mitchell HR, Kirshenbaum AP, Zimmer S, Sofis MJ. Posttraumatic stress symptoms and unmet needs in cancer survivorship. J Psychosoc Oncol. 2025;1-14. [DOI:10.1080/07347332.2025.2509985]
21. Baziliansky S, Cohen M. Emotion regulation and psychological distress in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Stress Health. 2021;37(1):3–18. [DOI:10.1002/smi.2972]
22. Tavakoli M, Iranmanesh M. Cognitive fatigue role on perfectionism, psychological flexibility and stress coping strategies. Res Cogn Behav Sci. 2016;5(2):111–126.

[Link]
23. Mohlin Å, Bendahl P-O, Hegardt C, Richter C, Hallberg IR, Rydén L. Psychological Resilience and Health-Related Quality of Life in 418 Swedish Women with Primary Breast Cancer: Results from a Prospective Longitudinal Study. Cancers. 2021;13(9):2233. [DOI:10.3390/cancers13092233]
24. Raphael D, Frey R, Moeke-Maxwell T, Gott M. Psychosocial interventions for post-treatment haematological cancer survivors: An integrative review. J Psychosoc Oncol. 2024;43(3):435-461. [DOI:10.1080/07347332.2024.2401394]
25. Martinez-Calderon J, García-Muñoz C, Cano-García FJ, Heredia-Rizo AM, et al. Psychological and spiritual interventions to enhance meaning in adults diagnosed with cancer: a systematic review with meta-analysis and meta-regression. Support Care Cancer. 2023;31(9):523. [DOI:10.1007/s00520-023-07986-y]
26. Shirinabadi Farahani A, Ashrafizadeh H, Akbari ME, Motefakker S, Khademi F, et al. The mediating role of spiritual health in adherence to treatment in patients with cancer. Int J Cancer Manag. 2022;15(5):e127820. [DOI:10.5812/ijcm-127820]
27. Puchalski CM, Sbrana A, Ferrell B, Jafari N, King S, Balboni T, et al. Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. ESMO Open. 2019;4(1): e000465. [DOI: 10.1136/esmoopen-2018-000465] [PMID: 30962955]
28. Austin PD, Lee W, Keall R, Lovell MR. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: An umbrella review of systematic reviews. Palliat Med. 2025;39(1):70–85. [DOI: 10.1177/02692163241287650] [PMID: 39412883]
29. Hansen MS, Ismail S, Prasetyo A. Effectiveness of spiritual-based interventions in enhancing quality of life among breast cancer patients: A systematic review. J Health Nutr Res. 2025;4(2):491–503. [DOI:10.56303/jhnresearch.v4i2.406]
30. Mascaro JS, Palmer PK, Ash MJ, Florian MP, Kaplan DM, Palitsky R, et al. A randomized controlled trial of a compassion-centered spiritual health intervention to improve hospital inpatient outcomes. PLoS One. 2025;20(3):e0313602. [DOI: 10.1371/journal.pone.0313602] [PMID: 40029890]
31. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: coaching clients to work through their feelings. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2015. [Link]
32. Hedayati M, Hajializadeh K, Hedayati M, Fathi E. An investigation of the effectiveness of emotionally-focused couple's group therapy (EFCT) on relational aggression of couples with breast cancer in wives: A semi-experimental study. Iran J Breast Cancer. 2021;13(4):40–56. [DOI;10.30699/ijbd.13.4.40]
33. Sanagavi Moharrar G, Shirazi M, Mohammadi R, Maghsoodloo F. Effectiveness of emotional therapy on reducing anxiety and depression in patients with multiple sclerosis. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2019;61(Suppl1):190–200. [DOI:10.22038/mjms.2019.14605]
34. Faqih S, Kazemi H. The effectiveness of emotionally focused therapy on distress tolerance in infertile couples in Isfahan. J Community Health. 2018;12(1):22-29. [DOI: 10.22123/chj.2018.110652.1068]
35. Doshmanfana S, Mosafer A, Mostafaei N, Samadifard N, Yekta MR. The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion dysregulation and resilience in patients with chronic pain and depressive symptoms. Health Nexus. 2025;3(1):123-130. [DOI:10.61838/kman.hn.3.1.13]
36. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. Psychol Med. 2012;42(9):1879–1890. [DOI: 10.1017/S0033291711002674] [PMID: 22153017]
37. Shojaei Z, Mohammadi A, Zarei M. Psychometric properties of the Persian version of personality inventory for DSM-5 (PID-5) in psychiatric patients. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2020;14(4):e87974. [DOI:10.5812/ijpbs.87974]
38. Amini M, Dabbaghi P, Lotfi M. The investigation of psychometric properties of the Persian version of Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in soldiers. J Military Med. 2018;20(2):145-153. [Link]
39. Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study.koomesh. 2018;20(2):179-191. [Link]
40. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984. [Link]
41. Mahan PL. Coping strategies and psychological distress: A longitudinal analysis [dissertation]. Los Angeles: University of California; 1997.
42. Sobhani S, Fathali Lavasani F, Moniri R, Farahani H, Samadi A. Validity and reliability of the persian version of the adaptive coping with disease (AKU) questionnaire for Iranian patients with chronic diseases. IJPCP 2024;30(1). [DOI:10.32598/ijpcp.30.2152.2]
43. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. 2nd ed. Washington,DC:American Psychological Association;2006. [Link]
44. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association;2015. [DOI:10.1037/14692-000]
45. Akoğlu B. Emotion-focused therapy in cancer. in: savaş e, editor. psychotherapy for cancer patients. Cham: Springer Nature; 2025:187–207. [DOI:10.1007/978-3-031-88804-5_10]
46. Besharat MA, Salehi M, Rostamian A, Ghorbani N. Comparison of the effectiveness of couple-based cognitive-emotional-behavioral intervention and patient-centered intervention on the relationship quality of couples in patients with rheumatoid arthritis: A preliminary study. Iran J Health Educ Health Promot. 2015;3(2):95–104. [Link]
47. Ghobari Bonab B. Counseling and psychotherapy with a spiritual approach. Tehran: Aarun Publications; 2009. [Persian]. [Link]
48. Rezaei M, Seyedfatemi N, Hosseini F. Spiritual Well-being in Cancer Patients who Undergo Chemotherapy. J Hayat. 2009;14(4 and 3) :33-39. [Link]
49. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. New York: Guilford Press; 2019. [Link]