

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی با (SIT) بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران سرطان معده شهرستان اردبیل در سال ۱۴۰۱

زهره محمدزاده ننه کران^۱، علی شاکر دولق^۲، علی خادمی^۱، علیرضا شایگان نژاد^۲

^۱گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران، ^۲گروه گوارش و کبد، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اردبیل، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: سرطان معده در جهان به عنوان چهارمین سرطان شایع و دومین عامل مرگ بر اثر سرطان شناخته می‌شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی با (SIT) بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران سرطان معده شهرستان اردبیل بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان معده شهرستان اردبیل بیمارستان امام خمینی و مرکز شیمی درمانی شفا پرتو شهر اردبیل در مرحله شیمی درمانی - بودند. تعداد ۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزار سنجش در این پژوهش، مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو، پرسشنامه خودکارآمدی درد بندورا بود. که قبل از انجام مداخله گروهی و نیز در پایان جلسه دهم، در سه گروه مورد بررسی قرار گرفت. گروه آزمون اول در معرض معنویت درمانی اسلامی قرار گرفت و گروه آزمون دوم، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT) را دریافت نمود و گروه کنترل هیچ درمان روانشناختی دریافت نکردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کوواریانس، کالموگروف - اسمیرنوف، شاپیرو ویلکز، لوین، تعقیبی بن فرونی، تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس (SIT)، هر دو بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد، اثربخشی معنی‌داری نسبت به گروه کنترل دارند، ولی روش معنویت درمانی اسلامی نسبت به گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در نارسایی هیجانی ($F=11/058$) و خودکارآمدی درد ($F=32/050$) اثر بخش‌تر است ($p \geq 0/01$).

نتیجه‌گیری: با عنایت به یافته‌های موجود، به نظر می‌رسد که SIT با وجود تأکید بر افکار غیر منطقی، جایگزین نمودن آنها با شناخت‌های کارآمد و تجهیز بیمار به گنجینه کاملی از مهارت‌ها، اثربخشی کمتری به نسبت معنویت درمانی اسلامی در کاهش افکار منفی در بیماران سرطان معده دارد، بنابراین مداخلات روان شناختی می‌تواند به عنوان رویکردی مستقل و یا مکمل در کنار درمان‌های دارویی در بیماران سرطان معده حایز اهمیت و دارای کاربردهای بالینی باشد، لذا می‌توان با آموزش معنویت درمانی اسلامی در بهبود نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد آنان اقدام عملی نمود.

واژه‌های کلیدی: معنویت درمانی اسلامی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس، نارسایی هیجانی، خودکارآمدی درد

*نویسنده مسئول: علی شاکر دولق، ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه روانشناسی

Email: ali.shaker2000@gmail.com

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

سرطان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به ترتیب اولین و دومین عامل مرگ می‌باشد. سرطان معده در جهان به عنوان چهارمین سرطان شایع و دومین عامل مرگ بر اثر سرطان شناخته می‌شود (۱). سرطان فاکتور مهم در بار جهانی بیماری در دهه‌های آینده خواهد بود و از میان سرطان‌ها، سرطان دستگاه گوارش دومین سرطان شایع در تمام دنیا است و در بین آنها سرطان معده به عنوان دومین دلیل مرگ ناشی از سرطان است (۲). وجود سرطان و درمان‌هایی نظیر؛ شیمی درمانی و رادیوتراپی، منجر به آشفتگی هیجانی و فشار روانی - رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود، لذا به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به سرطان در معرض فشارهای روانی ناشی از بیماری و عوارض درمانی آن قرار دارند که این می‌تواند آشفتگی‌های روانی و اجتماعی را در آنان ایجاد کند. مفهوم نارسایی هیجانی بر پایه مشاهده بیماران روان تنی استوار است (۳). دشواری‌هایی در شناسایی احساس‌ها، دشواری‌های در توصیف احساس‌ها، سبک تفکر برون‌مدار (۴) ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه‌های هیجانی از جمله ویژگی‌های نارسایی هیجانی هستند (۵). یکی دیگر از ویژگی‌هایی که برخورداری از آن برای بیماران سرطانی امری مهم و ضروری تلقی می‌شود، خودکارآمدی درد می‌باشد (۶). مفهوم خودکارآمدی

عبارت است از توانایی انجام کاری با رسیدن به هدفی که برآیندی خاص را تولید می‌کند و تأثیر مهمی بر عملکرد، احساس و حالت‌های عاطفی فرد دارد (۷). با شناسایی عوامل مرتبط با خودکارآمدی درد می‌توان مداخلات لازم جهت افزایش خودکارآمدی و به تبع آن مشارکت در خودمراقبتی این بیماران را افزایش داد (۸). پژوهش‌هایی در بیماران سرطانی نشان می‌دهد که انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی باعث افزایش بازده در روند درمان و کاهش علایم می‌شود (۹). همچنین سطح بالای خودکارآمدی علایم ناشی از سرطان را در بیماران کاهش می‌دهد (۱۰). در حالی که استرس‌های عاطفی می‌توانند با تأثیر بر حیطه رفتاری - شناختی، موجب کاهش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به سرطان شود (۱۱).

یکی از راه‌های کاهش یا تحمل شرایط بیماری، استفاده از درمان‌های روانشناختی است که در این میان معنویت‌درمانی و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس تأثیرات قابل توجهی داشته‌اند. همچنین پژوهش‌های بسیاری اثربخشی مداخله معنویت و دینداری را بر سلامت روان، افسردگی و اضطراب نشان داده است (۱۲) بنابراین هر دو رویکرد می‌توانند بر کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر باشند، ولی سنجش برتری رویکرد معنوی نسبت به درمان شناختی رفتاری سوال اصلی این پژوهش است، زیرا به طور کلی معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای

معنوی بیمار مبتلا به سرطان در فرآیند درمان‌گری است، باورهایی که با به وجود آوردن تجربیات خاص، موجب تعالی، اخلاق مسئولانه در افراد می‌شود (۱۳). پژوهش‌ها نشان می‌دهد تمام رویکردهای روانشناختی در مورد بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است، اما معنویت درمانی روی رابطه فرد با خود و ملاک‌های معنوی او تأکید می‌کند و پژوهش‌ها نشان می‌دهد مداخلات معنوی، به ویژه با ساختار شناختی رفتاری در مقایسه با موارد متعارف، قادر به کاهش علایم روانی این بیماران است. بنابراین در زنان مبتلا به سرطان، اثربخشی معنویت درمانی به عنوان یک منبع مهم پیش‌بینی، کنترل، انطباق و بهبود مهارت‌های تنظیم هیجانی در طی سال‌های پس از درمان، تأیید شده است. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که معنویت عامل مهمی در سازگاری با شرایط استرس‌زای ناشی از سرطان است (۱۴). معنویت درمانی اسلامی افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچگی در ابعاد زیستی، روانشناختی و اجتماعی بر بعد معنوی مراجع نیز تأکید دارد. معنویت اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش افراد و باز کردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنج‌های زندگی را که بخشی از واقعیت‌اند برای فرد تسهیل می‌کند (۱۲). در تجربه زندگی با سرطان، معنویت به عنوان بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم مطرح می‌شود و به نظر می‌رسد طبیعت تهدید کننده سرطان، نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد (۱۳).

بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان برای سازگاری با بیماری و بالا بردن کیفیت زندگی آنها به دنبال توسل به مذهب هستند. از این طریق است که معنویت، به عنوان منبعی مؤثر برای مقابله با پاسخ‌های جسمانی و روانی مورد توجه قرار می‌گیرد. معنویت، می‌تواند با تأمین منابع حمایتی برای فرد و نیز به شکلی غیرمستقیم‌تر از طریق تأثیرگذاری بر امید، به سازگاری روانی بیشتر منجر می‌شود. به‌زعم محققان مذهب و معنویت از منابع مهم در ایجاد سازگاری افراد با وقایع استرس‌زای زندگی است و سلامت معنوی یکی از جنبه‌های مهم سلامتی است که می‌تواند بر کیفیت زندگی تأثیر گذارد (۱۴). از جمله درمان‌های روانشناختی مؤثر در بهبود بیماران سرطانی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس است. درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس یک بسته راهبردی است که مرکب از عناصری از قبیل؛ افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن‌آرامی و مراقبه، آموزش خودزاد، بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های ابرازگری، افزایش شبکه حمایت اجتماعی و مدیریت خشم می‌باشد (۱۵). اهداف طراحی برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، عبارتند از: جمع‌آوری اطلاعات برای افراد در مورد منابع استرس، ماهیت پاسخ‌های استرس در انسان و انواع راهبردهای مقابله‌ای که در مواجهه با استرس‌ها به کار می‌روند، آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب، از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرام‌بخش، تعدیل و

اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی، ارتقاء مهارت‌های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم، و افزایش دسترسی و استفاده از شبکه‌های حمایت اجتماعی از طریق مهارت‌های بین فردی و ارتباطی اصلاح شده (۱۶) رویکرد شناختی - رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رویکردهای رفتاری است که از جنبه شناختی آن به تشخیص و تغییر الگوهای تفکر تحریف شده و در جنبه رفتاری آن، به شناخت تغییر رفتار ناکارآمد از طریق فعالیت‌های لذتبخش، آرمیدگی، رفتارهای جرأت‌مندانه و سایر رفتارهای کارآمد و مناسب دست می‌یابد (۱۷). با استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس و آرمیدگی می‌توان سطوح استرس را کاهش داد که به نوبه خود می‌تواند به حفظ سلامتی و ارتقاء عملکرد ایمنی و اجتماعی منجر شود (۱۸)، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی با (SIT) بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران سرطان معده شهرستان اردبیل بود.

روش بررسی

این پژوهش مطالعه ای نیمه آزمایشی بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان معده شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱ در حال شیمی درمانی بودند، تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر بیمار بودند که به صورت در دسترس انتخاب

و به صورت تصادفی در سه گروه؛ گروه آزمون اول (گروه معنویت درمانی اسلامی)، گروه آزمون دوم (گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ایمن‌سازی در برابر استرس) و گروه کنترل (فقط درمان معمول شیمی درمانی را دریافت می‌کردند) قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن کمینه ۳۰ و بیشینه ۷۰ سال، داشتن مدت زمان بیماری ۶ ماه تا ۲ سال، بیماری سرطان معده تأیید شده به وسیله پزشک معالج، تمایل به همکاری و شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن، هوشیاری و آگاهی از بیماری، مسلمان بودن، فقدان اختلالات روانی قبل از تشخیص بیماری سرطان، مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن جسمی دیگری به جز سرطان، فقدان تجربه بحران‌های اخیر در زندگی به جز ابتلا به سرطان (همچون طلاق و مرگ عزیزان)، فرم رضایت شرکت در جلسات درمانی، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه و شرکت نکردن هم‌زمان در سایر برنامه‌های آموزشی، عدم غیبت بیش از سه جلسه در جلسات آموزش بود. معیارهای خروج عبارتند از بودند از: مشکلات ذهنی، نابینایی، ناشنوایی یا سابقه ی مشکلات روانشناختی. معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل فرد به ادامه همکاری، غیبت در بیش از ۳ جلسه در برنامه آموزشی و شدت یافتن و بحرانی شدن وضعیت بیمار هنگام اجرای آزمایش بود.

در روند اجرای این پژوهش، ابتدا از میان ۵ مرکز درمانی موجود در شهرستان اردبیل ۲ مرکز

(بیمارستان امام خمینی و مرکز شیمی درمانی شفا پرتو) به صورت تصادفی انتخاب شدند و بیماران مبتلا به سرطان معده که برای درمان و شیمی درمانی به این دو مرکز مراجعه می‌کردند و در آنجا پرونده داشتند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آنها، با رازداری کامل، فقط جهت استفاده علمی بوده و هیچ گونه قضاوت ارزشی برای آنها به همراه ندارد، سپس موافقت شرکت کنندگان واجد شرایط جهت شرکت در پژوهش به صورت گروهی جلب شد. و به آنها در مرکز مشاوره کیمیا جهت شرکت در گروه درمانی، برنامه زمانی داده شد. لازم به ذکر است در جلسه اول با هماهنگی خود شرکت کنندگان برنامه زمانی و مکانی برگزاری جلسات روان درمانی صورت پذیرفت و سپس پیش‌آزمون بر روی همه شرکت کنندگان اجرا شد. بعد از این مرحله برای گروه اول (معنویت درمانی اسلامی) و برای گروه دوم (درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس)، ولی گروه کنترل هیچ درمان روانشناختی دریافت نکرد و در آخرین جلسه، پس از آزمون روی هر سه گروه اجرا شد.

در راستای اندازه‌گیری متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شد: مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (FTAS-20): این مقیاس به وسیله تورنتو (۱۹۹۴) ساخته شده و در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می‌سنجد. در نسخه فارسی "مقیاس نارسایی

هیجانی تورنتو ۲۰" ضرایب الفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب: ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۱۹). پایایی بازآزمایی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو ۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r=0/80$ تا $r=0/87$ برای نارسایی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی هم زمان این مقیاس بر همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت (۲۰). پایایی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو در نمونه ۶۰ نفری پژوهش حاضر در دو نوبت (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) از $r=0/83$ تا $r=0/7$ برای نارسایی هیجانی کل تأیید شد.

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ): این مقیاس به وسیله نیکولاس در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است (۲۱). پرسشنامه خودکارآمدی درد یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است که ۱۰ گویه دارد و بر اساس مقیاس شش درجه‌ای لیکرت (عدم خودکارآمدی از صفر تا خودکارآمدی کامل تا ۶) است. نمره‌گذاری دامنه نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۶۰ می‌باشد. روایی و پایایی پرسشنامه خودکارآمدی درد همبستگی درونی این پرسشنامه بسیار عالی است چنانچه اصغری و نیکولاس الفای کرونباخ آن را برابر با ۰/۹۲ گزارش نمودند (۲۲). ضریب پایایی / الفای

کرونباخ پرسشنامه خودکارامدی درد در نمونه ی ۶۰ نفری پژوهش حاضر در دو نوبت (پیش آزمون و پس آزمون) از $r=0/71$ تا برای خودکارامدی درد تأیید شد. الف) جلسات معنویت درمانی اسلامی میرزایی و همکاران تنظیم شده، در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه برگزار شد که خلاصه‌ای از پروتکل درمانی در ذیل ارایه گردیده است (۲۳).

جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه؛ چالش یادآوری (آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا).

جلسه دوم: بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا و فراخوانی ادراک و باور درمان جویان در مورد معنویت. گفتگو درباره ی اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خود به نیروی مافوق.

جلسه سوم: معنادهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، سؤال راجع به تجارب و احساس خود بعد از توبه، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی.

جلسه چهارم: مراقبت از خود در حفظ آگاهی، امید و انتظار؛ پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا؛ اقدام مسوولانه؛ و سودمندی شخصی و اجتماعی.

جلسه پنجم: نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، شکرگزاری و اثرات آن،

آموزش لبخند و مهربانی. ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم و تفکر خردورزانه راجع به آنها و رسیدن به خشنودی و تاثیر آن بر ارتقای خودباوری، خوداتکایی و عزت-نفس.

جلسه ششم: افزایش خود کنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار؛ پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا؛ اقدام مسوولانه؛ و سودمندی شخصی و اجتماعی.

جلسه هفتم: ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن شده و افکار اتوماتیک را که موجب احساس بیمارگونه است مهار کرده، تاثیر ذکر و تذکر، دعا و مناجات، در سلامت روانی، چگونه دعا کردن و برای چه افرادی دعا کردن، محتوای دعا و یادگیری نحوه ی نیایش و بیان رنج های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.

جلسه هشتم: تاکید بر واقعیت، نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی برای به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه همدلی و مبتنی بر اعتماد متقابل مراجع برای کسب اهداف متعالی، رشد دهنده و معنابخش و پذیرش حکمت‌های خداوندی در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی.

جلسه نهم: خودمهارگری معنوی، با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه جانبه عقل و شرع.

جلسه دهم: صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکر گزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرین و گفتگو در رابطه با نحوه شکرگذاری و توکل و ترسیم مراحل آن، ترسیم تصویر بهترین منظره بدون نگاه به ساعت، ترسیم تصویری زیبا، عدم توجه به زمان (۲۳).

ب) مختصری از محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس (این پکیج به وسیله جان بزرگی و همکاران تنظیم شده) (۲۴).

جلسه اول: ارائه اطلاعات کلی برنامه و هدف، بررسی استرس زها، تاثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش و اجرای آرمیدگی عضلاتی تدریجی برای ماهیچه ها. جلسه دوم: آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی؛ آموزش آرمیدگی عضلاتی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، تکمیل چک لیست دوم نشانه های استرس، مرور تاثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه های جسمی استرس.

جلسه سوم: تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات؛ معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه ها و تاثیرات استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر.

جلسه چهارم: تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات؛ ترکیب تنفس

دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تاثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی.

جلسه پنجم: آموزش خود آزمودنی برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی؛ معرفی آموزش خود آزمودنی و ارائه دستورالعمل های آن، اجرای آموزش خود آزمودنی برای سنگینی و گرما، بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، معرفی گام های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی.

جلسه ششم: آموزش خود آزمودنی برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، مقابله کارآمد؛ معرفی تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خود آزمودنی برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، بحث در مورد یکپارچه کردن مدیریت استرس و آرمیدگی، ارائه تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد، بحث در مورد راهبردهای مقابله ای.

جلسه هفتم: آموزش خود آزمودنی همراه با تصویرسازی و خودالقایی، اجرای پاسخ های مقابله ای مؤثر؛ اجرای تمرین خود آزمودنیها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقایی های مثبت، اجرای مراقبه نور خورشید همراه با خود آزمودنیها، انجام تمرین مقابله کارآمد، معرفی تکنیک نرم کردن برای استرس زهای طاقت فرسا و انجام تمرین آن.

جلسه هشتم: مراقبه مانترا، مدیریت خشم؛ معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه مانترا، بحث در مورد فواید تمرین منظم، بحث در

مورد مفهوم خشم و پاسخ‌های خشم، کمک به خودآرزیابی اعضا از خشم، بحث در مورد خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم.

جلسه نهم: مراقبه شمارش تنفس، آموزش؛ اجرای مراقبه شمارش تنفس و مراقبه نور خورشید همراه با خود آزمودنی‌ها، معرفی سبک‌های بین فردی، بحث در مورد موانع رفتار ابراز گونه، ارائه مؤلفه‌های ارتباط ابراز گری ابراز گرانه، بحث در مورد استفاده از حل مساله برای تعارض ها، بررسی گام‌های رفتار ابراز گرانه تر.

جلسه دهم: تصویرسازی و مراقبه، حمایت اجتماعی و مرور برنامه؛ مرور تمرین‌های آرمیدگی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنه ساحل و مراقبه شمارش تنفس، بحث در مورد حمایت اجتماعی و فواید آن، بحث در مورد موانع حفظ اجتماعی، آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس برای حفظ حمایت اجتماعی، مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی (۲۴).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس، کالموگروف - اسمیرنف، شاپیرو ویلکز، لون و رگرسیون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

از میان بیماران مبتلا به سرطان معده در پژوهش حاضر، بیشتر شرکت کنندگان پژوهش حاضر در هر سه گروه بیشترین فراوانی بامدت

بیماری ۲ و ۳ سال بودند و کمترین فراوانی مدت بیماری ۵ سال داشتند.

سپس با استفاده از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش بررسی شده است.

طبق نتایج جدول ۱ در بیماران مبتلا به سرطان معده میانگین (انحراف معیار) نارسایی هیجانی در سه گروه به ترتیب در پیش‌آزمون ۴۸/۴۰ (۱۱/۸۴) و ۴۵/۳۵ (۱۱/۲۵) و ۴۷/۷۰ (۱۳/۲۲) و در پس‌آزمون ۳۶/۶۰ (۱۰/۳۵) و ۳۵/۵۰ (۸/۸۸) و ۴۹/۰۵ (۱۱) می‌باشد. در خودکارآمدی درد پیش‌آزمون ۲۶ (۳/۸۶) و ۲۶/۶۰ (۴/۹۸) و ۲۵/۴۵ (۳/۵۹) و در پس‌آزمون ۴۹/۴۵ (۹/۰۱) و ۴۱/۸۰ (۱۳/۱۲) و ۲۴/۴۰ (۳/۶۴) می‌باشد. سپس ابتدای آزمون‌های پیش‌فرض تحلیل کواریانس تک متغیره در گروه‌های مورد مطالعه مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به این که کلیه پیش‌فرض‌های آماری و اختصاصی محقق شده است برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کواریانس تک متغیره جهت تعدیل آماری تفاوت‌های اولیه گروه در زمینه یک یا چند متغیری که به متغیر وابسته ربط دارند، اما کنترل نشده‌اند و افزایش احتمال یافتن تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های گروه استفاده شده است، داده‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش در جداول ۱ ارائه شد.

بین اثربخشی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی

بر نارسایی هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان معده تفاوت وجود دارد.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون روش‌های (معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی) اثر متفاوت معنی‌دار بر نارسایی هیجانی دارد، چرا که F محاسبه شده (۱۱/۰۵۸) در سطح $p \geq 0/01$ معنی‌دار است. با توجه به ضریب اتای محاسبه شده (۰/۲۸۰) می‌توان استنباط نمود که روش‌های (معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی) قادر است ۲۸ درصد از واریانس یا تغییرات نارسایی هیجانی را در مطالعه حاضر با توان کامل (۱) تبیین نماید.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد روش معنویت درمانی اسلامی نسبت به روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی و گروه کنترل در بهبود نارسایی هیجانی اثر بخشی متفاوت تر دارد، چرا که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در نارسایی هیجانی، $12/450 -$ در سطح $p \leq 0/01$ به نفع گروه معنویت درمانی اسلامی معنی‌دار است. روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی نسبت به گروه کنترل در بهبود نارسایی هیجانی اثر بخش‌تر است، چرا که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در نارسایی هیجانی، $13/550 -$ در سطح $p \leq 0/01$ معنی‌دار است. به علاوه مندرجات جدول نشان می‌دهد روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی نسبت به گروه کنترل در بهبود

نارسایی هیجانی اثر بخش‌تر است، چرا که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در نارسایی هیجانی، $13/550$ در سطح $p \leq 0/01$ به نفع گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی معنی‌دار است. روی هم رفته روش معنویت درمانی اسلامی نسبت به روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی و گروه کنترل اثر بخش‌تر است. بین اثربخشی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی بر خودکارآمدی درد در بیماران مبتلا به سرطان معده تفاوت وجود دارد.

جدول ۴ نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون روش‌های (معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی) اثر متفاوت معنی‌دار بر خودکارآمدی درد دارد، چرا که F محاسبه شده (۳۲/۰۵۰) در سطح $p \leq 0/01$ معنی‌دار است و با توجه به ضریب اتای محاسبه شده $0/36$ می‌توان استنباط نمود که تفاوت روش‌های (معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی) قادر است ۳۶ درصد از واریانس یا تغییرات خودکارآمدی درد را در مطالعه حاضر با توان کامل تبیین نماید.

جدول ۵ نشان می‌دهد روش معنویت درمانی اسلامی نسبت به گروه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در خودکارآمدی درد اثر بخش‌تر است، چرا که تفاوت میانگین‌های این دو گروه در خودکارآمدی درد، $8/464$ در سطح $p \leq 0/01$ به نفع

گروه معنویت درمانی اسلامی معنی‌دار است. به علاوه مندرجات جدول نشان می‌دهد روش معنویت درمانی اسلامی نسبت به گروه کنترل در خودکارآمدی درد اثربخش‌تر است، چراکه تفاوت میانگین‌های این دو گروه در خودکارآمدی درد، $24/303$ در سطح $p \leq 0/01$ به نفع گروه درمانی معنی‌دار است. در نتیجه روش معنویت درمانی اسلامی نسبت و روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی و درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی نسبت به گروه کنترل اثربخش‌تر است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه بیماران مبتلا به سرطان معده

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	میانگین	انحراف معیار	کنترل
	آماره						
نارسایی هیجانی	پیش آزمون	۴۸/۴۰	۱۱/۸۴	۴۵/۳۵	۱۱/۲۵	۴۷/۷۰	۱۳/۲۲
	پس آزمون	۳۶/۶۰	۱۰/۳۵	۳۵/۵۰	۸/۸۸	۴۹/۰۵	۱۱
خودکارآمدی درد	پیش آزمون	۲۶	۳/۸۶	۲۶/۶۰	۴/۹۸	۲۵/۴۵	۳/۵۹
	پس آزمون	۴۹/۴۵	۹/۰۱	۴۱/۸۰	۱۳/۱۲	۲۴/۴۰	۳/۶۴

جدول ۲: خلاصه تحلیل کواریانس تک متغیره تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی بر نارسایی هیجانی با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون نارسایی هیجانی	۹۷۸۴۸/۸۱۷	۱	۹۷۸۴۸/۸۱۷	۹۵۵/۲۳۵	۰/۰۰۰۱	-	-
گروه	۲۲۶۵/۴۳۳	۲	۱۱۳۲/۷۱۷	۱۱/۰۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۰	۱
خطا	۵۸۳۸/۷۵۰	۵۷	۱۰۲/۴۳۴				

$p \leq 0/01$

جدول ۳: آزمون تعقیبی بونفرنی جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه در نارسایی هیجانی با کنترل پیش‌آزمون

گروه	گروه	تفاوت متغیرها	خطای تفاوت‌ها	سطح معنی‌داری
معنویت درمانی اسلامی	درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	۱/۱۰۰	۳/۲۰۱	۰/۹۸۱
	گروه کنترل	-۱۲/۴۵۰*	۳/۲۰۱	۰/۰۰۱
درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	معنویت درمانی اسلامی	-۱/۱۰۰	۳/۲۰۱	۰/۹۸۱
	گروه کنترل	-۱۳/۵۵۰*	۳/۲۰۱	۰/۰۰۰۱
گروه کنترل	معنویت درمانی اسلامی	۱۲/۴۵۰*	۳/۲۰۱	۰/۰۰۱
	درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	۱۳/۵۵۰*	۳/۲۰۱	۰/۰۰۰۱

$p \leq 0/01$

جدول ۴: خلاصه تحلیل کواریانس تک متغیره تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی بر خودکارآمدی درد با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییر	SS	df	MS	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون خودکارآمدی درد	۱۵/۱۰۹	۱	۱۵/۱۰۹	۵۲/۵۸۷	۰/۰۰۰۱	-	-
گروه	۶۰۵۷/۰۸۱	۲	۳۰۲۸/۵۴۱	۳۲/۰۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۴	۱
خطا	۳۲۲۵/۱۲۴	۵۶	۵۷/۵۹۲				

$p \leq 0/01$

جدول ۵: خلاصه آزمون تعقیبی بونفرنی جهت مقایسه میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه در خودکارآمدی درد با کنترل پیش‌آزمون

گروه	گروه	تفاوت متغیرها	خطای تفاوت‌ها	سطح معنی‌داری
معنویت درمانی اسلامی	شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	۸/۴۶۴*	۲/۴۰۴	۰/۰۰۳
	گروه کنترل	۲۴/۳۰۳*	۲/۴۰۳	۰/۰۰۰۱
درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	معنویت درمانی اسلامی	-۸/۴۶۴*	۲/۴۰۴	۰/۰۰۳
	گروه کنترل	۱۵/۸۳۹*	۲/۴۱۶	۰/۰۰۰۱
گروه کنترل	معنویت درمانی اسلامی	-۲۴/۳۰۳*	۲/۴۰۳	۰/۰۰۰۱
	شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی	-۱۵/۸۳۹*	۲/۴۱۶	۰/۰۰۰۱

$p \leq 0/01$

بحث

سراسر جهان است (۵). در مورد بررسی اثربخشی

روش‌های مداخله روانشناختی بر مشکلات روانی

بیماران مبتلا به سرطان نیز پژوهش‌هایی انجام شده

سرطان یک اصطلاح عمومی برای یک گروه

بزرگ از بیماری‌ها و یکی از علل اصلی مرگ در

است. پژوهش‌گران جهت درمان انواع سرطان ترکیب متفاوتی از مداخلات روانشناختی را به کار برده‌اند که شامل آموزش آگاهی در مورد ارتباط افسردگی با رشد تومورهای سرطانی، کمک در جهت ایجاد راهکارهای مقابله با استرس شامل تمرین آرام‌سازی، تصویرسازی ذهنی، رفتار درمان‌گری شناختی، مدیریت استرس شناختی - رفتاری و گروه درمانی بوده است که اثربخشی هر یک از این درمان‌ها به گونه‌ای به اثبات رسیده است (۲۵). لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی با (SIT) بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران سرطان معده شهرستان اردبیل بود. نتایج نشان داد معنویت درمانی اسلامی بر درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی و هر دو روش نسبت به گروه کنترل اثربخش‌تر است، این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین، از جمله با پژوهش پوراکبران و همکاران (۲۶) و جمشیدی فر و لطفی کاشانی (۲۷) هم‌سو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی بر کاهش استرس از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالارفتن آگاهی لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق بیماران یاد می‌گیرند که با آگاهی و هشیارشدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار را به صورت غیرقضاوتی، پذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش به بیماران در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های

مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن کمک می‌کند. افزون بر این کاربرد و هدف معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری روشن و واضح و غیرقضاوتی می‌باشد و در نتیجه می‌تواند در کاهش افکار هیجانی منفی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی - رفتاری بیماران اثربخش باشد. آموزش معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و افزایش روحیه و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان شده است، معنویت درمانی اسلامی از طریق به چالش کشیدن دیدگاه بیماران درباره خداوند باعث می‌شود تا بیماران به یک بینش و آگاهی درست نسبت به تحریفات شناختی درباره صفات خدا برسند و منجر به تغییرات شناختی و فکری مثبت و مطلوب در بیماران می‌گردد. آنچه در این روش بیان شده به بیماران بینش و شناختی می‌دهد که از این طریق باعث تغییر شناختی افراد درباره صفات خداوند می‌گردد و این فنون به بیماران کمک کرده تا با استرس‌ها و اضطراب‌های روزمره کنار بیایند و در مقابل افسردگی، اضطراب و استرس ناشی از درد جسمانی مزمن آنها محافظت کند.

و نیز نتایج مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر خودکارآمدی درد در بیماران سرطان معده - نشان داد معنویت درمانی اسلامی با درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش

ایمن سازی و هر دو روش نسبت به گروه کنترل اثربخش تر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین، از جمله با پژوهش خضزلو و همکاران (۲۲)، مظفری مطلق و همکاران (۲۸) همسو می‌باشد. نصیری و همکاران (۲۹) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش مراقبت معنوی بر خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به سرطان اثربخش بوده است، گلدستون و بایلی (۳۰) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای موجود در برنامه آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس باعث می‌شود فرد در موقعیت‌های استرس‌زای مقابله با بیماری مزمن به شیوه جدیدی برخورد کند و باورهای قبلی خود را مورد آزمون قرار دهد. این باورها می‌تواند موجب افزایش خودکارآمدی فرد شود. هنگامی که افراد احساس می‌کنند بر محیط زندگی خود کنترل دارند، می‌توانند موجب تغییرات محیطی شوند و این، موجب بازبینی افراد از تجربه‌های موفقیت‌آمیز، افزایش خودکارآمدی آنها در کنترل موقعیت‌های استرس آفرین زندگی و تعمیم آن به موقعیت‌های دیگر زندگی شد و این درک مثبت درونی افراد از خودشان، باعث کنترل فشار روانی و در نتیجه، کاهش استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از آن می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت وقتی افراد مهارت‌هایی را می‌آموزند که سبب می‌شود در مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های تنش‌زا به شیوه کارآمدتری عملی کنند، از این رو سعی می‌شود با کاهش دادن استرس‌ها و تمرکز بار توانایی‌ها و استعدادهای افراد، زندگی شاد

و سالم‌تری ایجاد کنند و از آنایی که آن برنامه سبک‌های شناختی ناسازگارانه و سوگیری‌های فرآیند اطلاعاتی که مرتبط با اضطراب و افسردگی است را هدف قرار می‌دهد، بنابراین سبب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود. همچنین، خودکارآمدی موجب افزایش استفاده از پاسخ‌های مقابله‌ای در بیماران سرطانی می‌شود و باعث بازنگری و ارزیابی مجدد به گونه مثبت در تنظیم هیجانات می‌شود.

این پژوهش نیز همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌ها و مشکلاتی همراه بود که مطمئناً آن را با کاستی‌ها و نواقصی روبرو کرد، با توجه به محدودیت زمانی در پژوهش حاضر مرحله پیگیری صورت نپذیرفته، این مسئله اظهار نظر قطعی در خصوص تداوم اثر بخشی روش درمانی روی نمونه‌های پژوهش با ابهام مواجه می‌سازد. از آن جا که طرح پژوهشی حاضر طرحی گروهی است و در پایان نتایج گروه‌ها با هم مقایسه می‌شوند، تغییرات فردی نادیده گرفته شده است. پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی تنها ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق بوده است که امکان سوگیری در دادن پاسخ به سؤالات وجود دارد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌ها پیگیری به عمل آید. با توجه به مؤثر بودن روش معنویت درمانی اسلامی و روش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی برای بیماران مبتلا به سرطان معده و مقرون به صرفه بودن هم از بعد زمان و هم از بعد اقتصادی، لازم است این دو روش درمانی به عنوان

یک روش کمکی در کنار سایر درمان‌ها به وسیله متخصصین برای بیماران دارای مشکلات روانشناختی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

درمان معنویت درمانی اسلامی نسبت به درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی، تأثیر بیشتری بر نارسایی هیجانی و خودکارآمدی درد در بیماران سرطان معده دارد. چندین مسیر فیزیولوژیکی، رفتاری، روانشناختی برای توجیه اختلاف این اثربخشی‌ها وجود دارد. مسیر اول، تأثیری است که این مداخله بر ادراک بیماری می‌گذارد که به نظر می‌رسد در رهاسازی فرد از افکار منفی و امید به زندگی کمک کننده تر است. در مسیر دوم، معنویت در کنار تعدیل در هیجانات منفی، هیجانات مثبتی مثل عشق، آرامش، بخشش و امید را در فرد به وجود می‌آورد. در مسیر سوم، با کار بر روی رابطه با دیگران، باعث کسب حمایت اجتماعی می‌شود و این، تأثیر معنی‌داری بر سلامت جسمی و روانشناختی دارد. در مسیر چهارم، خود معنویت، سبکی را برای زندگی فرد فراهم می‌آورد که همسو با سلامت جسمی و روانشناختی است. پنجمین مسیر آن است که با ایجاد امید در زندگی و خوشبینی و انتظارات مثبت به ارتقای سلامت می‌انجامد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش بر خورد لازم دانستند از همکاری مسئولین و کارکنان بخش سرطان

بیمارستان امام خمینی اردبیل، مرکز تحقیقات بیماری‌های سرطان گوارش و کبد اردبیل و بیماران و خانواده‌های آنها که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

حمایت مالی

این تحقیق با حمایت مالی و معنوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی روانشناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.071 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور برابر در نوشتن مقاله نقش داشتند.

REFERENCES

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61(2): 69-90.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA: a cancer journal for clinicians* 2005; 55(2): 74-108.
3. Humphreys TP, Wood LM, Parker JD. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences* 2009; 46(1): 43-7.
4. Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research* 2003; 54(5): 435-8.
5. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research* 2011; 190(1): 43-8.
6. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *Bmj*. 2005; 330(7493): 702.
7. Ahlstrand I, Vaz S, Falkmer T, Thyberg I, Björk M. Self-efficacy and pain acceptance as mediators of the relationship between pain and performance of valued life activities in women and men with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation* 2017; 31(6): 824-34.
8. Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, et al. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC Psychiatry* 2015; 15(1): 1-8.
9. Koopman C, Butler LD, Classen C, Giese-Davis J, Morrow GR, Westendorf J, et al. Traumatic stress symptoms among women with recently diagnosed primary breast cancer. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies* 2002; 15(4): 277-87.
10. McCarroll M, Armbruster S, Frasure H, Gothard M, Gil K, Kavanagh M, et al. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. *Gynecologic Oncology* 2014; 132(2): 397-402.
11. Pinquart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2010; 75(2): 122-37.
12. Koenig HG, Pearce MJ, Nelson B, Erkanli A. Effects on daily spiritual experiences of religious versus conventional cognitive behavioral therapy for depression. *Journal of Religion and Health* 2016; 55(5): 1763-777.
13. Zhang M, Huang L, Feng Z, Shao L, Chen L. Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: a meta-analysis. *Minerva Medica* 2016; 108(1): 84-93.
14. Livneh H, Erin M, Todd B. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2022;13(3): 250-60.
15. Mirzaei F, Neshatdoost H, Jabal Ameli S, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of Cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: A Short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2013; 12(1): 79-86.
16. McGregor BA, Antoni MH. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior and Immunity* 2009; 23(2): 159-66.
17. Baghban A, Fatehi Zadeh M, Jazayeri R. The effect of three methods of cognitive-behavioral therapy, communication training and psychological self-help on the level of depression in female students of Isfahan University. *Journal of Counseling Research(Updates) and Consulting Research* 2018; 8(30): 29-44.
18. Aghaei E, Bakhtiari A, Jamali Paghela S. Effectiveness of group therapy stress management on depression and blood pressure in female patients with hypertension. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2013; 2(7): 57-68.
19. Besharat MA, Geranmayepour S, Pournaghdali A, Ofoghi Z, Habibnezhad M, Aghaei SS, et al. Relationship between alexithymia and interpersonal problems: Moderating effect of attachment styles. *Contemporary Psychology* 2014; 9(1): 3-16.
20. Besharat MA, Bazzazian S. Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian population. *scientific-research journal of the faculty of nursing and midwifery. Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services* 2013; 24(84): 61-70.
21. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. *European Journal of Pain* 2007; 11(2): 153-63.

22. Khezerlou H, Akbari M, Jadidi H, Sinai B. Evaluating the effectiveness of a pain self-efficacy model on quality of life in patients with cancer. *Journal of Health and Care* 2019; 21(2): 108-16.
23. Mirzaei F, Neshatdoost H, Jabal Ameli S, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress Management on Depression and Irritability of Women with Premenstrual Syndrome: A Short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013;12(1):79-86.
24. Janbozorgi M, Oraki M, Alipor A, Nequee F. The effect of cognitive-behavioral rehabilitation based on stress immunization training on anxiety, stress and depression in people with coronary artery bypass graft surgery (CABG).
25. Pedram, Mohammad; Mohammadi, Massoud; Naziri, Qasim and Ayenparast, Neda (2018). The effectiveness of cognitive behavioral therapy group on the treatment of anxiety and depression disorders and increasing hope in women with breast cancer; Publication: *Women and society (sociology of women)*. 1(4), 61-76.
26. Poorakbaran A, Mohammadi Qaraqzlu R, Mousavi MR. Investigating the effectiveness of spirituality in group therapy on the cognitive regulation of emotion in women suffering from breast cancer. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2019; 2(4): 122-36.
27. Jamshidifar Z, Lotfi kashani F. Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavior therapy on lowering blood cortisol levels in women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2020; 15(55): 37-46.
28. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari A-A. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive-behavioral therapy in breast cancer pain management. *Iranian Journal of Breast Diseases* 2020; 13(1): 35-45.
29. Nasiri F, Farmer Z, Dozadeh Amami MH, Khanizandi SK, Nasiri M. The effectiveness of spiritual care training on the self-efficacy of women with breast cancer In the selected center of Qom city. *Journal of Nursing and Midwifery Education in Urmia* 2017; 16(12): 864-56.
30. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(2): 288-306.

The Effectiveness of Islamic Therapeutic Spirituality with SIT on Emotional Dysfunction and Pain Self-Efficacy in Gastric Cancer Patients of Ardabil, Iran, in 2022

Mohammadzadeh Nanekaran Z¹, Shaker Dolaq A¹, Khademi A¹, Shaygannejad A²

¹Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran, ²Department of Gastroenterology and Liver, Ardabil Branch, Ardabil Azad University, Iran.

Received: 11 Mar 2023 Accepted: 08 Nov 2023

Abstract

Background & aim: Stomach cancer is the fourth most common cancer in the world and the second cause of cancer death. Therefore, the purpose of the present study was to determine and compare the effectiveness of Islamic therapeutic spirituality with SIT on emotional dysfunction and pain self-efficacy in gastric cancer patients of Ardabil, Iran.

Methods: The present study was semi-experimental using the pre-test-post-test method with a control group, which was conducted in 2022. The statistical population included patients with stomach cancer in Ardabil city, Imam Khomeini Hospital and Shafa Parto Chemotherapy Center in Ardabil city in chemotherapy stage. 60 people were selected as available and were randomly divided into three groups (two experimental groups and one control group). The measurement tool in this research was the Toronto Emotional Dysfunction Scale, the Bandura Pain Self-Efficacy Questionnaire, which was examined in three groups before the group intervention and at the end of the 10th session. The first test group was exposed to Islamic spiritual therapy, and the second test group was exposed to cognitive-behavioral therapy based on immunization training. The control group did not receive any psychological treatment. The collected data were analyzed using statistical tests of covariance and its assumptions (Kalmogorov Smirnov and Shapiro-Wilks test and Levin test), post hoc Bonferroni test.

Results: The results of multivariate covariance analysis indicated that the spirituality of Islamic therapy and cognitive-behavioral therapy based on stress immunity training (SIT), both on emotional dysfunction and pain self-efficacy have a significant effectiveness compared to the control group, but the spiritual method of Islamic therapy compared to the cognitive-behavioral therapy group Re is based on immunization training in emotional failure ($F=11.058$) and pain self-efficacy ($F=32.050$), the effect of trust ($P\leq 0.01$).

Conclusion: Considering the available findings, it seemed that SIT, despite emphasizing irrational thoughts, replacing them with efficient cognitions, and equipping the patient with a complete treasure of skills was less effective than Islamic therapeutic spirituality in reducing negative thoughts in stomach cancer patients. Therefore, these psychological interventions can be important and have clinical applications as an independent or complementary approach along with drug treatments in gastric cancer patients. Therefore, it is possible to take practical action by teaching Islamic spiritual therapy to improve their emotional inadequacy and self-efficacy.

Keywords: Islamic Spirituality, Cognitive behavioral therapy based on immunization against stress, Emotional Failure, Pain Self-Efficacy.

***Corresponding author:** Shaker Dolaq A, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Email: ali.shaker2000@gmail.com

Please cite this article as follows: Mohammadzadeh Nanekaran Z, Shaker Dolaq A, Khademi A, Shaygannejad A. The Effectiveness of Islamic Therapeutic Spirituality with SIT on Emotional Dysfunction and Pain Self-Efficacy in Gastric Cancer Patients of Ardabil, Iran, in 2022. Armaghane-danesh 2024; 29(2): 203-219.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal are freely available to the public.