

## اثربخشی مداخله معنوی / دینی بر مقابله معنوی و آسایش روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان

زینب قائم‌پناه<sup>۱</sup>، پروین رفیعی‌نیا<sup>۲\*</sup>، پرویز صباحی<sup>۳</sup>، شاهرخ مکوند حسینی<sup>۴</sup>

### چکیده

باتوجه به شیوع بالای سرطان پستان و ماهیت تهدیدکننده آن نیاز به معنویت و دین اهمیت زیادی پیدا می‌کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله معنوی / دینی بر مقابله معنوی / دینی و آسایش روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. در این پژوهش، از الگوی نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد در نمونه آماری ۶۰ نفره با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است. مداخلات به مدت ۶ تا ۸ جلسه برای گروه آزمون انجام و پرسش‌نامه‌های مقابله معنوی / دینی پارگامنت و آسایش روان‌شناختی ریف در دو گروه اجرا شد. داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که مداخله مبتنی بر معنویت / دین به‌طور معناداری در افزایش مقابله معنوی / دینی مثبت و کاهش مقابله معنوی / دینی منفی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر بوده است، اما این مداخله بر آسایش روان‌شناختی آن‌ها در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها تأثیر معناداری نداشته است. نتیجه این پژوهش نشان داد که مداخله معنوی / دینی منبعی مؤثر برای مقابله معنوی / دینی با مشکلات معنوی / دینی شناخته می‌شود و این مداخله می‌تواند در برنامه درمانی این گروه از بیماران به کار برده شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، مداخله معنوی / دینی، مقابله معنوی / دینی، آسایش روان‌شناختی.

۱. دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (p\_rafieinia@semnan.ac.ir) (نویسنده مسئول).

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

## The effectiveness of spiritual / religious intervention on spiritual coping and psychological well-being of women with cancer

Zeinab Ghaempanah<sup>1</sup>

Parvin Rafieinia<sup>2\*</sup>

Parviz Sabahi<sup>3</sup>

Shahrokh Makvand Hosseini<sup>4</sup>

### Abstract

Due to the high prevalence of breast cancer and its threatening nature, the need for spirituality/religion is very important. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of spiritual/religious intervention on spiritual/religious coping and psychological well-being in women with breast cancer.

In this study, a quasi-experimental design with pre-test and post-test design with a control group was used in a statistical sample of 60 people using the available sampling method. The interventions were performed for 6 to 8 sessions for the experimental group, and the Pargament Spiritual/Religious Coping and Ryff Psychological well-being Questionnaires were administered to the two groups. Research data were analyzed using analysis of covariance.

Findings of this study indicate that spiritual/religious intervention has been significantly effective in increasing positive spiritual/religious coping and reducing negative spiritual/religious coping in women with breast cancer. But this intervention did not have a significant effect on their psychological well-being in any of the subscales. In other words, this intervention was able to increase the level of spiritual/religious coping in the experimental group. This study showed that spiritual/religious intervention is an effective basis for spiritual/religious coping with spiritual/religious problems, and this intervention can be used in the treatment plan of this group of patients.

**Keywords:** Breast cancer, psychological well-being, spiritual/religious coping, spiritual/religious intervention.

- 
1. PhD in Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
  2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran (p\_rafieinia@semnan.ac.ir).
  3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.
  4. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

## مقدمه

شیوع بیماری‌های مزمن همچون سرطان در جهان رو به افزایش است؛ به طوری که براساس گزارش گلوبکس در سال ۲۰۱۲ میزان ابتلای بزرگسالان به سرطان حدود ۱۴/۱ میلیون نفر و این میزان برای سال ۲۰۲۵ حدود ۲۰ میلیون نفر پیش‌بینی شده است (فرلی، ۲۰۱۹). این افزایش ابتلا در ایران نیز چشمگیر بوده است؛ به طوری که ۱۳۷۷۶ مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده شده است و شیوع بالای آن مستلزم توجه و رسیدگی بیشتری خواهد بود (عبدالهیان و حیدرپور، ۱۳۹۸). این درحالی است که طبق شواهد، ابتلا به سرطان پستان به منزله یک بیماری تهدیدکننده حیات، مشکلاتی در ارتباط بیمار با خود و اطرافیان به وجود می‌آورد؛ تجربه‌هایی از جمله مشکلات روان‌شناختی، وابستگی به اطرافیان برای انجام کارهای شخصی و درمانی، تغییر در مسئولیت‌ها و روابط میان‌فردی و درون‌فردی به دنبال تجربه سرطان پستان ایجاد می‌شود (بیرو و همکاران، ۲۰۱۹). فرد به ناتوانی و مرگ که پیش از این دور از خود فرض می‌کرده است توجه می‌کند و آنگاه فرایند جست‌وجو و تلاش برای تکامل معنای زندگی آغاز می‌شود. این فرایند بیماران را به تأمل و جست‌وجوی درونی برای پیدا کردن منبع سازگاری وامی‌دارد (پوچالسکی، ۲۰۱۳). پرسش‌های زیادی در ارتباط با مفهوم زندگی، معنا، ارزش‌ها از ذهن بیمار می‌گذرد که باید به آن‌ها توجه کرد و پاسخ داد (احمدی‌فراز و همکاران، ۱۳۹۶؛ پوچالسکی، ۲۰۰۱، ۲۰۱۳). شاید پاسخ به پرسش‌ها خیلی آسان نباشد، اما بی‌توجهی به آن‌ها نیز خلاف عملکرد حرفه‌ای - اخلاقی و بی‌احترامی به شأن بیمار است. این در حالی است که معنویت / دین یکی از مؤلفه‌های مهم در مقابله با بیماری‌ها و استرس‌زاهای زندگی است که مانند سپر در مقابل این رویدادهای ادراک‌شده عمل می‌کند (آست<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱) و از این طریق به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌کند (باکرات<sup>۲</sup> و همکاران، زیر چاپ). مقابله معنوی / دینی طبق نظر پارگامنت بر دو نوع تقسیم‌بندی می‌شود؛ مقابله مثبت و منفی که مقابله دینی مثبت<sup>۳</sup> سبک‌هایی از رویارویی با رویدادهای منفی زندگی است که در آن‌ها فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تغییرات مثبت مرتبط با یاری خداوند به استقبال آن می‌رود (پارگامنت و برانت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). برای مثال، فرد معتقد

1. Usset
2. Bockrath
3. positive religious coping
4. Pargament & Brant

است که در هنگام رویارویی با یک رویداد دردناک خدا او را تنها نخواهد گذاشت، اما در شکل دیگری از مقابله که با نام مقابله دینی منفی<sup>۱</sup> نام گذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می کند. برای مثال، فرد معتقد است که خدا در لحظه های سخت وی را تنها خواهد گذاشت. در مطالعات اخیر به بررسی سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا سرطان به منزله یک رویداد استرس زا پرداخته شده و نتایج حاکی از آن است که مداخلات و مراقبت معنوی/دینی می تواند در سبک مقابله ای افراد تأثیر گذار باشد و در سازگار شدن آن ها با شرایط بیماری و نحوه رویارویی آن ها و میزان اضطراب و افسردگی و... اثر مثبتی بگذارد (خداوردزاده و همکاران ۲۰۱۶، گال و بیلودو ۲۰۲۰؛ گاردو - اورتگا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). این درحالی است که بیماران مبتلا به سرطان که حمایت معنوی/دینی را در گذران بیماری دریافت کرده اند دارای آسایش<sup>۳</sup> روان شناختی بهتری نیز شدند (پوچالسکی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). آسایش روان شناختی از طریق نقش های میانجی شناختی - اجتماعی و هیجانی می تواند از باورها و آموزه های دینی متأثر شود (فاطمیما<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که حمایت های معنوی/دینی را از گروه ها و افراد اطراف خود دریافت می کنند ارتباط مؤثر بهتری را با دیگران دارند و حمایت اجتماع معنوی/دینی برای آن ها در مواجهه با بیماری اثربخش است (شرایبر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). همسو با این نتایج احساس تعلق و وابستگی به مرجع هستی و رابطه درونی با قدرت والا نه تنها برای بیماران آرامش بخش است، بلکه در هدف یابی و کسب معنا برای رنج های بیماران کمک می کند (ریچاردسون و پارکر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳). احساس صمیمیت و امکان درک شدن توسط معبود و مرجع معنوی/دینی، پذیرش بدون قید شرط او و گفت و گوهای درونی معنوی/دینی می تواند برای رشد و تعالی بیماران و تحمل سختی های بیماری اثر گذار باشد و مسیر بیماری را برای بیماران دارای معنا و هدف کند (هبرت<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). این ابعاد وجودی می تواند در آسایش روان شناختی آن ها و کسب آرامش در گذران بیماری مفید واقع شود.

1. negative religious coping
2. Garduño-Ortega
3. well-being
4. Puchalski
5. Fatima
6. Schreiber
7. Richardson Gibson & Parker
8. Hebert

جست‌وجوی انجام‌شده از نویسندگان مقاله پیش‌رو در پایگاه‌های مختلف اطلاع‌رسانی نشان از ضعف‌الگوی مداخلاتی معنوی/دینی مشکل‌مدار جهت برای رفع مشکلات معنوی/دینی بیماران مبتلا به سرطان پستان است. با توجه به اینکه معنویت ممکن است تفاسیر شخصی متفاوتی داشته باشد و در نحوه آشکارسازی آن عواملی مانند سن، نژاد، جنس، و فرهنگ و ... اثرگذار است؛ این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی مدل مداخله معنوی/دینی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان با توجه به مشکلات معنوی/دینی شناسایی شده در ایران (قائم‌پناه و همکاران، ۲۰۲۰) بر مؤلفه‌های آسایش روان‌شناختی و مقابله معنوی/دینی آن‌ها صورت گرفت. از این‌رو پرسشی که این تحقیق به دنبال پاسخ‌گویی آن است که آیا بسته مداخله معنوی/دینی تدوین شده بر مقابله معنوی/دینی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

## روش

طرح این پژوهش شبه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مبتلا به سرطان سینه است. حجم نمونه در مرحله اجرای آزمایشی (مقدماتی)، ۱۶ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس<sup>۱</sup> و برای اجرای اصلی بسته مداخله معنوی/دینی، با استفاده از از نرم‌افزار جی پاور<sup>۲</sup>، با در نظر گرفتن توان ۰/۷۵ و اندازه اثر متوسط در سطح آلفا ۰/۰۵ تعداد ۲۲ نفر در هر گروه برآورد شد که در اجرای انجام‌شده هر گروه ۳۰ نفر شرکت داشتند. ابتدا بسته مداخله معنوی/دینی برای ۱۶ بیمار به صورت پایلوت اجرا شد تا شناسایی ابهامات، بهبود امکان‌سنجی و همچنین روشن شدن راهکارهای مداخلاتی و تمرکز مداخله بر هدف تحقیق برای اجرای هرچه بهتر طرح کمک کند. سپس نمونه‌گیری به صورت در دسترس در سه بخش بیمارستان‌های رسول اکرم و فیروزگر انجام گرفت و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. به منظور جلوگیری از خطر انتشار کاربندی بیشتر افراد گروه کنترل از بیماران حاضر در بیمارستان رسول اکرم و افراد گروه مداخله از بین بیماران بستری در بیمارستان فیروزگر انتخاب شدند. معیار ورود در این مرحله توانایی برای برقراری ارتباط، معرفی متخصص سرطان (پزشک معالجشان)، سرطان پستان ابتدایی یا مکرر غیرمنتشر<sup>۳</sup> (مراحل ۰-۳) در ۱۰

1. convenience sampling
2. Power
3. metastatic

سال گذشته، قادر به صحبت کردن، خواندن و درک زبان فارسی، تمایل و رضایت به شرکت در پژوهش، گذشت حداقل ۶ ماه از شروع درمان، حداقل یک دوره شیمی درمانی انجام گرفته بود، عدم بهره‌گیری از خدمات روان‌شناختی، وجود مشکلات و چالش‌های معنوی/دینی پس از بیماری (طبق مصاحبه اولیه)، عدم مصرف هرگونه داروی روان‌پزشکی و شرایط پایدار طبی. افراد در گروه آزمایشی ضمن دریافت درمان داورویی، تحت مداخله معنوی/دینی قرار گرفتند، اما افراد گروه کنترل تنها درمان داورویی را دریافت کردند. پس از خاتمه مرحله پژوهشی و اجرای پس‌آزمون یک هفته پس از خاتمه برنامه مداخلتی، به منظور رعایت موازین اخلاقی برای بیماران گروه کنترل و گروه مداخله یک تا دو جلسه مداخله حمایت روان‌شناختی نیز اجرا شد. پیش از اجرای مداخله آزمودنی‌های انتخاب‌شده در هر گروه پس از کسب اطلاعات کامل از روش انجام مطالعه و اهداف آن و اخذ رضایت‌نامه در پیش‌آزمون اقدام به پر کردن ابزار پژوهش کردند. پژوهش حاضر کد اخلاق (IR.IUMS.REC.1398.489) از دانشگاه علوم پزشکی ایران دریافت کرده است.

## ابزار

پرسش‌نامه مقابله معنوی/دینی: «مقابله معنوی/دینی مثبت» سبک‌هایی از مواجهه شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تفسیرهای مثبت مرتبط با یاری معبود به استقبال رویدادها می‌رود (پارگامنت و همکاران، ۲۰۱۱). برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک، خدا او را تنها نخواهد گذاشت. اما در شکل دیگری از مقابله که با نام «مقابله منفی» نام‌گذاری شده است، فرد رابطه اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌کند. برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت مرا تنها نخواهد گذاشت. پرسش‌نامه مقابله معنوی/دینی توسط پارگامنت در سال ۲۰۰۰، ساخته شده است و میزان مقابله معنوی/دینی آزمودنی در مقابله با یک حادثه منفی در زندگی را می‌سنجد (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰). این مقیاس ۱۰۰ ماده و ۱۷ زیرمقیاس را شامل می‌شود که سبک‌های گوناگون مقابله معنوی/دینی را نشان می‌دهد. در پژوهش حاضر از نسخه ۱۴ گویه‌ای این مقیاس استفاده شده که برگرفته از فرم اصلی و بلند آن است و سبک‌های مقابله‌ای مثبت و منفی را موردسنجش قرار می‌دهد. هریک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل ۷ ماده آزمون مقابله معنوی/دینی هستند و شیوه

نمره‌گذاری به صورت لیکرت با چهار گزینه از هیچ‌وقت تا همیشه (صفر تا ۳) انجام می‌گیرد. بررسی «اعتبار» و «روایی» آزمون در ایران انجام شده و حاکی از آن است هم‌بستگی بین نمرات حاصل از کاربرد هم‌زمان دو مقیاس جهت‌گیری دینی و مقابله معنوی/دینی به میزان ۰/۶ است. میزان اعتبار آزمون، در ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس «مقابله معنوی/دینی مثبت» ۰/۸۶ و در زیرمقیاس «مقابله دینی منفی» ۰/۶۵ گزارش شده است (افلاک سیر و همکاران، ۲۰۱۱). این نتایج با نتایج حاصل از پژوهشی که توسط پارگامنت و همکاران در سال ۲۰۰۰ بین خانواده‌های دارای کودکان اوتیستیک انجام شده بود، همخوانی دارد.

۲. پرسش‌نامه آسایش روان‌شناختی ریف: مقیاس آسایش روان‌شناختی ریف شامل شش خرده‌مقیاس است که در پژوهش حاضر از نسخه ۱۸ گویه‌ای آن استفاده شد. ابعاد آسایش روان‌شناختی مدل ریف مشتمل بر پذیرش خود، تسلط محیطی، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد فردی و استقلال است (ریف و کیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۵). بیانی و همکاران این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی آن از طریق تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته شده است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). دایرندانک<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه را به روش آلفای کرونباخ از ۰/۵۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است (دایرندانک، ۲۰۰۵). در پژوهش دیگری ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی را به روش آلفای کرونباخ برای پذیرش خود، تسلط بر محیط، روابط مثبت با دیگران، هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۲ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند (لیندفورس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین در پژوهش بیانی و همکاران همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ به دست آمده است (بیانی و همکاران، ۲۰۰۸).

### بسته مداخلاتی معنوی/دینی

جلسه‌های مداخله معنوی/دینی توسط روان‌شناس دارای صلاحیت حرفه‌ای یک بار در هفته و به صورت فردی برگزار شده است که ۶ تا ۸ جلسه و معمولاً ۴۵ دقیقه طول می‌کشند. جدول ۱ به طور مختصر کلیات مداخله را نشان می‌دهد و لازم به ذکر است که

1. Ryff & Keyes  
2. Dierendonck  
3. Lindfors

برنامه مداخله معنوی/دینی با انعطاف و بسته به شرایط بیمار مورد استفاده قرار گرفته شده است.

جدول ۱ بسته مداخله معنوی/دینی مبتنی بر مشکلات معنوی/دینی بیماران مبتلا به سرطان پستان

| مشکلات معنوی/دینی           | مقاصد مداخلاتی  | راهکارها  |
|-----------------------------|---|---|
| زیر سؤال جست‌وجوی علت معنوی | پاسخ به سؤال علت معنوی/دینی                                 | بیان قانون کلی خداوند برای خلقت و عالم هستی   |
| ارزش‌های معنوی/دینی         | تسهیل و تشویق توبه و طلب بخشش در زمان بحران                 | تیبین بیماری از منظر متون دینی  |
| مشکلات معنوی/دینی           | احساس گناه واقعی  | بیان گرفتاری‌ها و بیماری‌های امامان، پیامبران الهی و عرفا   |
| مشکلات معنوی/دینی           | هم‌فکری برای نقش بیمار در فرایند بیماری                     | کشف یا خلق معنای بیماری منحصربه‌فرد بیمار (معنایابی اتفاقات زندگی مثل بیماری)   |
| مشکلات معنوی/دینی           | ذکر مثال در مورد علت بیماری‌های دیگر و جایگاه خداوند        | بیان گرفتاری‌ها و بیماری‌های امامان، پیامبران الهی و عرفا   |
| مشکلات معنوی/دینی           | عَدالت و تفکیک میان عدالت انصاف الهی                        | درخواست از بیمار برای بیان اتفاقات خوب زندگی‌اش   |
| مشکلات معنوی/دینی           | انصاف الهی و بیماری شدن                                     | داستان‌گویی معنوی/دینی در خصوص حکمت و علل رخدادها   |
| مشکلات معنوی/دینی           | عَدالت و تفکیک میان عدالت انصاف الهی                        | درخواست از بیمار برای ارائه مثال‌هایی از عدالت و انصاف الهی   |
| مشکلات معنوی/دینی           | پرسش از بیمار در خصوص ماندگاری متعلقات دنیا و پایداری زندگی | پرسش از بیمار در خصوص ماندگاری متعلقات دنیا و پایداری زندگی   |
| مشکلات معنوی/دینی           | معامله با خدا   | توصیف نگرش بیمار در ارتباط با خدا، مرور تجارب زندگی بیمار در ارتباط با باور به خدا، کشف چگونگی تأثیر آن بر باورهای کنونی و اثر آن در نگاه به بیماری |
| مشکلات معنوی/دینی           | توصیف نگرش بیمار  | پرسش از علت انجام یا عدم انجام عبادات و پذیرش دستورات دینی  |
| مشکلات معنوی/دینی           | معامله با خدا   | ابراز ناآگاهی انسان از آینده و حکمت‌ها  |
| مشکلات معنوی/دینی           | معامله با خدا   | ارائه مثال‌های نقض در مورد افراد مختلف و نحوه مطالبه از خداوند  |
| مشکلات معنوی/دینی           | معامله با خدا   | گفت‌وگو پیرامون دعا و اجابت آن  |
| مشکلات معنوی/دینی           | معامله با خدا   | ارجاع نگرانی‌های بیمار (تحت کنترل و خارج از کنترل) به برنامه‌ریزی و توکل  |

ادامه جدول ۱

| مشکلات معنوی / دینی  | مقاصد مداخلاتی  | راهکارها   |
|--|---|--|
| از دست ارتباط فاقد<br>دادن ایمان صمیمیت با<br>یا تردید در خدا<br>دین | توضیح احساسات و<br>رابطه عاطفی با<br>خداوند                                       | همراهی با بیمار در تجربه احساسات نسبت به خدا؛<br>نام‌گذاری و بازتاب احساسات و هیجانات<br>(به‌خصوص خشم)<br>کمک به بیمار برای بررسی و مشخص کردن<br>احساسات خود در ارتباط با خدا<br>تشویق به گفت‌وگو با خدا و بیان احساساتش به او<br>(بدون حضور افراد دیگر)<br>تأکید بر این موضوع که مشخصه نیروی الهی،<br>بخشایش بزرگوارانه و عشق نسبت به هر کسی<br>است که اظهار ندامت می‌کند و به دنبال<br>بخشایش است<br>تقویت و یادآوری نقاط و تجارب مثبت گذشته<br>ذکر مستندات دینی در خصوص عدم گناه در<br>شکایت به خدا؛ بیان منطقی بودن دین و حق<br>ابراز احساسات در بیماری<br>بیان پذیرش بنده توسط خدا براساس ظرفیت و<br>شرایط او؛ شرح نگرش متون دینی نسبت به بیمار<br>تشویق به رابطه با معصومین به منزله همدردان و<br>کسانی که تجربه مشترک با بیمار دارند<br>کشف علل مؤلفه‌های عاطفی بیمار (مانند ترس،<br>طرد، آرامش، پذیرش، رهاشدگی) نسبت به<br>باورها و مناسک دینی بعد از بیماری |
| سستی باورهای<br>معنوی / دینی   | شناسایی باورهای<br>معنوی / دینی<br>سست‌شده و<br>جایگزینی با باورهای<br>مورد پذیرش | کمک به مراجع برای شناسایی باورها و اعتقادات<br>متزلزل شده<br>شرح مراحل رشد معنوی در دوران زندگی<br>شناسایی تعارض‌های دینی با جامعه<br>تلقی بیماری به منزله جرعه یا تلنگری برای نگرش<br>جدید، پرسش از بیمار درمورد تصمیم او در حل<br>تعارض‌ها<br>درخواست از بیمار برای بیان نگرانی‌هایش از<br>وضعیت اعتقادی؛ تأیید بیمار در تأمل و تعمق در<br>اعتقادات و باورها؛ ارائه مستندات در خصوص<br>مراحل ایمانی و لزوم شک و تعقل<br>بهره‌مندی از آموزه‌های دینی بر حسب نیاز و آرامش<br>شخصی فارغ از سوء برداشت‌ها و استفاده دیگران   |

ادامه جدول ۱

| مشکلات معنوی / دینی                       | مقاصد مداخلاتی                               | راهکارها  |
|---|--|---|
| سستی رفتارهای معنوی / به کارگیری تلاش های | پیشنهاد انجام اعمال دینی یا نیایش در حد توان |   |
| دینی                                      | روزانه برای ارتباط با                        | بیمار؛ بررسی این تجربه  |
|   | خدا  | بیان اعمالی که ترک شده است؛ بیان احساسات بعد از ترک آن‌ها؛ تمایل و خواست قلبی بیمار |
|   |  | تشویق به انجام کارهای معنوی دلخواه  |
|   |  | نقش نیت با استناد به متون دینی؛ شرح آن‌ها   |
|   |  | در خصوص نحوه انجام اعمال در زمان بیماری   |
|   |  | پرسش در خصوص راه‌های ارتباط با خدا؛ انواع عبادت                                     |
|   |  | پرسش در مورد فایده و مضرات عملکردهای دینی و معنوی                                   |
|   |  | درخواست از بیمار برای گفت‌وگوی درونی با خدا   |
|   |  | تشویق بیمار به شرکت در مراسم‌های مذهبی و معنوی جمعی و همراهی دیگران                 |

به منظور تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس. نسخه ۲۳ در سطح توصیفی و استنباطی تحلیل داده‌ها استفاده شده است. ابتدا آمارهای توصیفی مربوط به متغیر پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش ارائه شده است. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهشی از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شده است.

**یافته‌ها**

ابتدا ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه

| کنترل | آزمایش | ویژگی‌ها            |                                    |
|-------|--------|---------------------|------------------------------------|
| ۴۸/۵۳ | ۵۰/۵۳  | میانگین             | سن                                 |
| ۱۰/۷۵ | ۱۱/۴۸  | انحراف استاندارد    |                                    |
| ۳۱    | ۲۷     | حداقل               |                                    |
| ۶۸    | ۷۸     | حداکثر              |                                    |
| ۱۲    | ۱۸     | زیر دیپلم           | فراوانی بر حسب تحصیلات             |
| ۱۶    | ۸      | دیپلم               |                                    |
| ۱     | ۴      | کارشناسی            |                                    |
| ۱     | ۰      | بالا تر از کارشناسی |                                    |
| ۲۹    | ۲۶     | خانه‌دار            | فراوانی بر حسب شغل                 |
| ۰     | ۳      | شاغل                |                                    |
| ۱     | ۱      | از کار افتاده       |                                    |
| ۲۴    | ۲۴     | تهران               | فراوانی بر حسب محل سکونت           |
| ۶     | ۶      | شهرستان             |                                    |
| ۲۶    | ۲۸     | متاهل               | فراوانی بر حسب وضعیت تأهل          |
| ۲     | ۰      | مجرد                |                                    |
| ۲     | ۲      | بیوه                |                                    |
| ۲۳    | ۵      | رسول اکرم           | فراوانی بر حسب بیمارستان محل بستری |
| ۷     | ۲۵     | فیروزگر             |                                    |

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است دامنه سنی شرکت‌کنندگان در دو گروه بین ۲۷ تا ۷۸ سال و با میانگین ۵۰ سال برای گروه آزمایش و ۴۸ سال برای گروه کنترل بوده است. اغلب در مقطع تحصیلی دیپلم و زیر دیپلم و خانه‌دار بوده‌اند. برای تحلیل یافته‌ها ابتدا میانگین و انحراف استاندارد هر دو گروه محاسبه و در جدول ۳ نشان داده شده است.

برای بررسی سؤال پژوهش که تعیین اثربخشی مداخله معنوی/دینی بر آسایش روان‌شناختی و مقابله دینی بود، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره استفاده شد؛ لذا ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، شامل همگنی ماتریس‌های کوواریانس (آزمون ام باکس)، هم‌بستگی نسبی بین متغیرهای وابسته (آزمون بارتلت) و پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها (آزمون لون)، بررسی شد. ابتدا از آزمون ام باکس برای بررسی همگنی

ماتریس کوواریانس استفاده شد که با توجه به مقدار M باکس (۴۲/۳۷) و مقدار F (۱/۷۹) و سطح معناداری (۰/۰۱۴) پیش فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید نمی‌شود.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مقابله معنوی/دینی و آسایش روان‌شناختی

| متغیرها               | گروه   | پیش‌آزمون |                  | پس‌آزمون |                  |
|-----------------------|--------|-----------|------------------|----------|------------------|
|                       |        | میانگین   | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد |
| مقابله دینی منفی      | کنترل  | ۱۰/۷      | ۴/۸۹             | ۱۰/۱۶    | ۳/۸۹             |
|                       | آزمایش | ۱۰/۸      | ۴/۳۵             | ۳/۵۰     | ۲/۸۰             |
| مقابله دینی مثبت      | کنترل  | ۶/۸۳      | ۴/۷۹             | ۷/۴۳     | ۴/۱۳             |
|                       | آزمایش | ۸/۴۰      | ۵/۰۹             | ۱۴/۰۶    | ۴/۲۶             |
| (آسایش روان‌شناختی)   | کنترل  | ۶۰/۶۳     | ۱۱/۰۳            | ۶۲/۶۰    | ۵/۲۶             |
|                       | آزمایش | ۶۲/۷۶     | ۱۱/۴۳            | ۶۳/۶۰    | ۴/۹۰             |
| استقلال               | کنترل  | ۱۰/۵۳     | ۲/۰۴             | ۹/۸۳     | ۲/۰۸             |
|                       | آزمایش | ۱۰/۳۶     | ۲/۰۲             | ۱۰/۴۰    | ۱/۶۵             |
| تسلط بر محیط          | کنترل  | ۸/۹۳      | ۲/۶۱             | ۱۱/۳۶    | ۲/۰۹             |
|                       | آزمایش | ۹/۶۰      | ۱/۹۵             | ۱۰/۹۰    | ۱/۴۲             |
| رشد فردی              | کنترل  | ۱۰/۷۰     | ۲/۰۱             | ۹/۹۶     | ۱/۶۷             |
|                       | آزمایش | ۱۰/۸۰     | ۱/۸۸             | ۱۰/۴۰    | ۱/۱۹             |
| ارتباط مثبت با دیگران | کنترل  | ۱۰/۱۰     | ۲/۶۵             | ۱۰/۶۶    | ۲/۳۶             |
|                       | آزمایش | ۱۰/۹۳     | ۲/۶۶             | ۱۰/۰۰    | ۱/۴۶             |
| هدمندی در زندگی       | کنترل  | ۱۰/۳۰     | ۲/۰۳             | ۱۰/۲     | ۱/۸۲             |
|                       | آزمایش | ۱۰/۹۶     | ۱/۰۲             | ۱۰/۷۶    | ۲/۰۷             |
| پذیرش خود             | کنترل  | ۱۰/۰۶     | ۳/۸۱             | ۱۰/۵۶    | ۱/۶۵             |
|                       | آزمایش | ۱۰/۱۰     | ۳/۰۴             | ۱۱/۱۳    | ۱/۳۳             |

به منظور هم‌بستگی نسبی بین متغیر وابسته در مرحله پس‌آزمون از آزمون کرویت بارتل استفاده شد و مقدار  $\chi^2$  دو (۳۹/۷۹) معنادار شده ( $p < ۰/۰۵$ ) و پیش فرض کرویت تأیید شد.

با هدف بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که پیش فرض همگنی واریانس‌ها در نمره کل آسایش روان‌شناختی تأیید نشد، لذا در زیرمقیاس‌های آن مورد بررسی قرار گرفت که در زیرمقیاس‌های تسلط بر محیط و رشد

فردی تأیید نشده، ولی در زیرمقیاس‌های استقلال، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود تأیید شده است، چراکه سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. اما هیچ‌یک از زیرمقیاس‌های آسایش روان‌شناختی در سطح ۰/۰۰۱ معنادار نبوده است. همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده است پیش فرض واریانس در زیرمقیاس مقابله معنوی/دینی مثبت، پیش فرض همگنی واریانس‌ها تأیید، اما در زیرمقیاس مقابله معنوی/دینی منفی در سطح ۰/۰۰۱ تأیید نشده است.

جدول ۴ نتایج آزمون لون به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌ها در آسایش روان‌شناختی و مقابله معنوی/دینی

| سطح معناداری | درجه آزادی | F     | زیرمؤلفه‌های آسایش روان‌شناختی |
|--------------|------------|-------|--------------------------------|
| ۰/۱۷         | ۱          | ۱/۹۱  | استقلال                        |
| ۰/۰۳۱        | ۱          | ۴/۸۶  | تسلط بر محیط                   |
| ۰/۰۳۳        | ۱          | ۴/۷۸  | رشد فردی                       |
| ۰/۰۵۶        | ۱          | ۳/۸۱  | ارتباط مثبت با دیگران          |
| ۰/۵۵         | ۱          | ۰/۳۵  | هدفمندی در زندگی               |
| ۰/۴۰۰        | ۱          | ۰/۷۱  | پذیرش خود                      |
| ۰/۷۵         | ۱          | ۰/۱۰  | مقابله معنوی/دینی مثبت         |
| ۰/۰۰۱        | ۱          | ۱۲/۴۱ | مقابله معنوی/دینی منفی         |

با هدف بررسی مداخله معنوی/دینی بر آسایش روان‌شناختی بیماران با کنترل اثر پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نمره کل آسایش روان‌شناختی در پیش‌آزمون به‌منزله متغیر کورویت (همپراش) و خرده‌مقیاس‌های آسایش روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون به‌منزله متغیر وابسته در بین دو گروه مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج این تحلیل در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری آسایش روان‌شناختی در دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون

| منبع تغییرات       | آزمون | ارزش | F    | سطح معناداری | مجدوراتای جزئی | توان آزمون |
|--------------------|-------|------|------|--------------|----------------|------------|
| اثر پیلا           | ۰/۱۳  | ۱/۳۳ | ۰/۲۶ | ۰/۱۳         | ۰/۴۷           |            |
| لامبدای ویلکز      | ۰/۸۶  | ۱/۳۳ | ۰/۲۶ | ۰/۱۳         | ۰/۴۷           |            |
| اثر هتلینگ         | ۰/۱۵  | ۱/۳۳ | ۰/۲۶ | ۰/۱۳         | ۰/۴۷           | گروه       |
| بزرگ‌ترین ریشه روی | ۰/۱۵  | ۱/۳۳ | ۰/۲۶ | ۰/۱۳         | ۰/۴۷           |            |

باتوجه به مقدار F و سطح معناداری ( $p > 0/05$ ) در آزمون‌های چندمتغیره نتایج نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیره‌های وابسته (آسایش روان‌شناختی) در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون بین دو گروه تفاوت معناداری ندارد.

به‌منظور بررسی مداخله معنوی / دینی بر مولفه‌های آسایش روان‌شناختی بیماران، از اثرات بین‌آزمودنی مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که مقدار F و سطح معناداری ( $p > 0/05$ ) آزمون‌های چندمتغیره نتایج نشان می‌دهد که بین هیچ‌یک از مؤلفه‌های آسایش روان‌شناختی در دو گروه و در مرحله پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۶ نتایج این بررسی نشان داده شده است.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس مؤلفه‌های آسایش روان‌شناختی دو گروه در مرحله پس‌آزمون

| منبع تغییرات | متغیرهای وابسته       | مجموع مربعات | درجه آزادی | F    | سطح معناداری | مجذور اتای جزئی | توان آزمون |
|--------------|-----------------------|--------------|------------|------|--------------|-----------------|------------|
| گروه         | استقلال               | ۲/۷۹         | ۱          | ۰/۹۰ | ۰/۳۴         | ۰/۰۱۶           | ۰/۱۵       |
|              | تسلط بر محیط          | ۳/۱۴         | ۱          | ۰/۹۶ | ۰/۳۳         | ۰/۰۱۷           | ۰/۱۶       |
|              | رشد فردی              | ۲/۶۳         | ۱          | ۱/۲۳ | ۰/۲۷         | ۰/۰۲۱           | ۰/۱۹       |
|              | ارتباط مثبت با دیگران | ۳/۴۳         | ۱          | ۱/۱  | ۰/۲۸         | ۰/۰۲۰           | ۰/۱۸       |
|              | هدفمندی در زندگی      | ۲/۹۵         | ۱          | ۰/۸۴ | ۰/۳۶         | ۰/۰۱۵           | ۰/۱۴       |
|              | پذیرش خود             | ۳/۵۸         | ۱          | ۱/۶۸ | ۰/۲۰         | ۰/۰۲۹           | ۰/۲۴       |

با هدف بررسی اثر مداخله معنوی / دینی بر مقابله معنوی / دینی منفی و مثبت بیماران از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول‌های ۷ و ۸ گزارش داده شده است.

جدول ۷ نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون مولفه مقابله دینی / معنوی منفی دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

| توان آزمون | سطح معناداری | F      | مجذور اتای جزئی | میانگین مربعات | درجه آزادی | مجموع مربعات | منبع تغییرات |
|------------|--------------|--------|-----------------|----------------|------------|--------------|--------------|
| ۱/۰۰۰      | ۰/۰۰۰۱       | ۶۰/۹۰۹ | ۰/۵۷۱           | ۶۷۰/۱۹         | ۱          | ۶۷۰/۱۹       | گروه         |

باتوجه به مقدار F ( $60/90$ ) و سطح معناداری آن ( $p < 0/001$ )، تفاوت معناداری بین میانگین نمره‌های مقابله معنوی منفی دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر

پیش‌آزمون وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمره‌های مؤلفه‌ی مقابله‌ی منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، به طور معناداری کاهش یافته است. همان‌طور که در جدول ۳ نیز نشان داده شد میانگین محاسبه‌شده برای مقابله‌ی معنوی/دینی منفی در گروه کنترل تغییر معناداری نداشته است در حالی که در گروه آزمایش از ۱۰/۸ به ۳/۵۰ تغییر داشته و حاکی از استفاده‌ی کم‌تر از راهکارهای مقابله‌ی منفی در بین این گروه از بیماران بوده است. نتایج مقایسه‌ی مقابله‌ی معنوی/دینی مثبت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون در جدول ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸ نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌ی مقابله‌ی دینی/معنوی مثبت دو گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون

| توان آزمون | مجذور اتای جزئی | سطح معناداری | F     | درجه‌ی آزادی | مجموع مربعات | منبع تغییرات |
|------------|-----------------|--------------|-------|--------------|--------------|--------------|
| ۱/۰۰۰      | ۰/۴۵۵           | ۰/۰۰۰۱       | ۴۷/۵۷ | ۱            | ۴۸۴/۸۶       | گروه         |

باتوجه به مقدار  $F(۴۷/۵۷)$  و سطح معناداری آن ( $p < ۰/۰۰۱$ ) مقابله‌ی معنوی/دینی مثبت در بین افراد گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در مرحله‌ی پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۳ نیز نشان داده شد میانگین محاسبه‌شده برای مقابله‌ی معنوی/دینی مثبت در گروه کنترل تغییر معناداری نداشته است، در حالی که در گروه آزمون از ۸/۴۰ به ۱۴/۶۰ تغییر داشته و حاکی از استفاده‌ی بیشتر از راهکارهای مقابله‌ی معنوی/دینی مثبت در بین این گروه از بیماران بوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله‌ی معنوی/دینی، بر آسایش روان‌شناختی و مقابله‌ی معنوی/دینی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج حاصل از پژوهش حاکی از آن است که راهکارهای مداخله‌ی طراحی‌شده می‌تواند به منزله‌ی شیوه‌ی مناسبی برای افزایش مقابله‌ی معنوی/دینی مثبت و کاهش مقابله‌ی معنوی/دینی منفی بیماران باشد که به سرطان پستان مبتلا شده‌اند. این در حالی است که مداخله‌ی دینی/معنوی برای بیماران گروه آزمایش به نسبت گروه کنترل تأثیری بر آسایش روان‌شناختی آن‌ها نداشته است. این نتایج با تحقیقات انجام‌شده توسط محققان دیگر همسوست و مغایرت‌هایی را

نشان می‌دهد. درخصوص یافته اول این گونه استنباط می‌شود که مداخله معنوی / دینی توانسته است نحوه مقابله بیماران در مؤلفه‌های دینی / معنوی را تغییر دهد که با پژوهش‌های مشابه از جمله میراندا<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان، احمد و همکاران (۲۰۲۰) همسوست. پژوهش‌های مروری که در کشورهای مختلف در مورد این موضوع صورت گرفته است، حاکی از آن است که بهره‌گیری از مداخلات معنوی / دینی بر جنبه‌های گوناگون از جمله مقابله معنوی / دینی در بین بیماران مبتلا به سرطان اثربخش است (کازلاس - گراو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴؛ پوک جا اوه<sup>۳</sup> و کیم، ۲۰۱۴؛ زینگ و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماران با دریافت راهکارهای مداخلات معنوی / دینی، به درک بیشتر و عمیق‌تری نسبت به چالش‌ها و نیازهای معنوی / دینی خود دست یافته‌اند و این امر سبب شده که در مواجهه با شرایط بیماری و دغدغه‌های معنوی / دینی مقابله مثبتی داشته باشند. مداخلات معنوی / دینی سبب افزایش آگاهی بیماران از مفاهیم معنویت و حیطه‌های آن و ارزش‌های غنی می‌شود و توانمندی بیماران را در شناخت و ارزیابی نیازهای معنوی خود توسعه می‌دهد (برجلیلو و همکاران، ۲۰۱۶). بیماران در مواجهه با بیماری سرطان چالش‌ها و نیازهای معنوی از جمله نگرانی‌های وجودی و معنایی، ناامیدی و تعارض در باورها، خشم به خدا و رها شدن توسط او را تجربه می‌کنند (پوچالسکی، ۲۰۱۲) که لزوم بهره‌گیری از مداخلات و مراقبت معنوی / دینی در نظام سلامت و پژوهش‌های مختلف را نشان می‌دهد (کلی<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ پنتاریس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). با توجه به مقاصد مداخله، مشکلات معنوی / دینی بیماران از جمله علت‌یابی دینی / معنوی برای ابتلا به بیماری، ناتوانی برای پاسخ‌گویی به چالش عدالت و بی‌حاصل ماندن اعمال گذشته آن‌ها مورد بحث قرار گرفتند و علاوه بر آگاهی و شناخت هیجانات خود، طبق مستندات دینی / معنوی مورد تأیید بیماران، معرفت و نگرش متفاوتی مطرح شده است. از این طریق بیمار برای سؤالات و مشغله‌های معنوی / دینی خود پاسخ‌های گسترده‌تر با ابعاد جدیدی خواهد داشت. این الگو با روش‌های مداخله با رویکرد مستقیم برای حل مشکلات همسوست که از طریق آن بیمار با استفاده از تغییرات رفتاری و شناختی موقعیت چالش برانگیز را مدیریت می‌کند (پارگامنت و

1. Miranda TPS
2. Casellas-Grau
3. Pok-ja Oh
4. Kelly
5. Pentaris

همکاران، ۲۰۰۴). بیماران با استفاده از راهکارهای عملی و پاسخ‌های مشخص به سؤالاتی درخصوص رفتارها و نگرش‌های تزلزل‌یافته و رابطه فاقده صمیمیت با معبود و منبع معنوی/دینی توانسته‌اند تغییرات مثبتی را پس از جلسه‌ها مداخله ایجاد کنند. از آنجایی که سیستم باوری و بافت فرهنگی در مداخلات و مراقبت‌های معنوی/دینی حائز اهمیت است، مداخله معنوی/دینی ارائه‌شده در این تحقیق منطبق با فرهنگ و باورهای بومی بوده و از طرح‌واره‌ها و روایت‌های آشنا برای بیماران استفاده شده است که می‌تواند در اثربخشی آن نقش مهمی داشته باشد. بنابراین دسترسی بیماران به مداخله معنوی/دینی منطبق با مشکلات و چالش‌های آن‌ها در اثربخشی آن برای کسب مقابله بهتر و مثبت مؤثر بوده که همسو با تحقیقات انجام گرفته توسط کوزکی و گال (گال ۲۰۰۰؛ کوزکی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) است که این اثربخشی را ناشی از افزایش مهارت سازگاری می‌دانند. مقابله مثبت معنوی/دینی از طریق ایمان به خدا، افکار مثبتی را در تجارب استرس‌زا برای بیماران ایجاد می‌کند و مقاومت آن‌ها را در برابر بیمارهای تهدیدکننده‌ای مانند سرطان افزایش می‌دهد (گال و بیلودیو، ۲۰۲۰). مستندات دینی/معنوی موقعیت غیرقابل درک و رنج آور بیماری را بخشی از نظم و حکمت الهی قلمداد می‌کند که می‌تواند سبب نزدیکی و رابطه صمیمانه معنوی بیمار با معبود خود شود. ضمن تأیید و تصدیق اجرای اعمال نیک گذشته، بازتعریف و هدف‌گذاری اجرای فرایض دینی را با بیمار انجام می‌دهد و نحوه دعا و اجابت آن را طبق مستندات و باورهای فرهنگی و دینی با بیمار به اشتراک می‌گذارد. راهکارهای ارائه‌شده در مداخله معنوی/دینی بیماران را به مشارکت فعال در برنامه درمانی دعوت می‌کند. دریافت مداخله معنوی/دینی می‌تواند ارزیابی شناختی بیماران را در مواجهه با بیماری تحت تأثیر قرار دهد و رفتارهای معنوی موردپسند و آرامش‌دهنده آن‌ها را تقویت کند و از این طریق ارتباط معنوی/دینی آن‌ها را تقویت کند (مکینلی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). دین‌داری هنوز یکی از موضوعات مهم در مقابله با بیماری سرطان به حساب می‌آید و یک مؤلفه حیاتی در مواجهه با ناملایمات است. برطبق نظریه استرس و مقابله، افراد از راهکارهای گوناگونی استفاده می‌کنند. دین به منزله منبع حمایتی بر کاهش استرس بسیار مؤثر است. تا جایی که مقابله مثبت دینی می‌تواند روابط معنوی متعالی و معنایی در زندگی را رقم بزند (کونینگ و کوهن، ۲۰۰۲). در مداخله اجراشده به لزوم

---

1. Koszycki  
2. Mckinley

تفکر و بهره‌گیری از باورهای دینی تأکید شده و افراد گروه آزمایش براساس چالش‌هایی که مطرح می‌کردند توصیه‌ها و بحث‌هایی در این زمینه دریافت کردند تا از باورهای دینی خود بتوانند در موقعیت بیماری استفاده کنند. با توجه به اینکه به عبادت‌های موردپسند و آرامش‌بخش تشویق می‌شدند و ایمان آن‌ها با وجود تزلزل و شک، ارزنده‌سازی و ارزشمند قلمداد می‌شد، رابطه دینی/معنوی آن‌ها تقویت شده و این سبب حمایت معنوی/دینی و به‌دنبال آن کسب معنا در بیماری شده است. جلب حمایت‌های دینی و باورهای درونی و مقابله بهتر با بیماری در تحقیقات گذشته نیز نشان داده شده است (کاندا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). آگاهی و بررسی باورها و احساسات دینی/معنوی برای بیماران در کسب مقابله مثبت مؤثر بوده و شناخت ارزش‌های دینی/معنوی آن‌ها در جلسه‌های مداخله و گشت‌وگذار در تجارب آن‌ها از دیگر عوامل مهم در تبیین این بخش از نتایج است. از منظر دیگر می‌توان گفت که در مداخله ارائه‌شده جنبه‌های تجربه‌شناختی، رفتاری و معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان ارائه شده است. جنبه شناختی جست‌وجوی معنا و هدف زندگی و بیماری در نظر گرفته شده است و از جنبه‌های معنوی، احساس امید، عشق و ارتباط در نظر گرفته می‌شد و از جنبه رفتاری عبادت و رابطه معنوی/دینی بود. بهره‌گیری و توجه به این جنبه‌های سه‌گانه در مطالعات گذشته انجام شده است. به‌طوری که گالو و بیلندو پاسخ به سؤالات چرا من و علت یابی معنوی برای بیماری را بررسی کرده (گال و بیلودیو، ۲۰۱۷)، کستنبوم<sup>۲</sup> و همکارانش (۲۰۱۷) تجارب معنوی/دینی را در بیماران مورد مطالعه قرار داد و برون و جانگک لزوم بهره‌گیری و اثربخش بودن عبادت و دعا را برای بیماران اظهار داشتند (برون و دی جانگک، ۲۰۲۰). به‌نظر می‌رسد برای مثال پرداختن به علت بیماری و استناد به متون دینی، گفت‌وگو در خصوص علت عبادت و اعمال نیک در گذشته و مرور تجارب متعدد در زندگی در حفظ ارزش‌های معنوی/دینی بیمار مؤثر بوده است. گفت‌وگو در خصوص اعتماد و درک حکمت الهی، صبر و نقش‌پذیری بیمار در تقویت مثبت راهکار مقابله‌ای مؤثر بوده است. تشویق و تمرین ارتباط صمیمانه با منبع اعتقادی و خداوند و ترمیم رابطه عاطفی بیمار با خدا ضمن همدلی و بهنجار دانستن این احساسات و پذیرش آن توسط خداوند در بُعد هیجانی کمک‌کننده بوده است، زیرا وقتی انسان از نزدیک بودن به خدا مطمئن است اعتماد و اعتقاد به حکمت او ایجاد می‌شود. در

1. Canada  
2. Kestenbaum

قرآن آمده است که خداوند مؤمنان را این‌گونه توصیف می‌کند: «کسانی که کار خود را به خدا واگذار می‌کنند، خداوند از بندگان آگاه است». پذیرش اراده و حکمت خدا، باعث می‌شود بین خدا و بیمار نوعی دوستی و محبت ایجاد شود و او در برابر رنج بیماری مقاومت می‌کند (موسوی و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین، از هرگونه تهدید، ترس و استرس خلاص می‌شوند و احساس راحتی و قرابت با معبود خود می‌کنند (گودت<sup>۱</sup> و جانکوفسکی، ۲۰۱۳). این درحالی است که طبق آموزه‌های دینی، امید به رحمت الهی و باور به شفا در بیماری، باعث کاهش احساس پوچی و ناامیدی می‌شود و نگاه بیماران را به فرایند درمان و بهبودی مثبت می‌کند (پیشنمازی و همکاران ۱۳۹۶، هان و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از مؤلفه‌هایی که در مداخله معنوی/دینی به کار گرفته شده این است که بیماران احساس عذاب وجدانی را که از مرتکب شدن به گناه تجربه می‌کنند و آن را عامل بیمار شدن خود می‌دانند مورد توجه قرار دهند. تشویق و ترغیب او به طلب بخشش و نحوه این امر در این مداخله وجود دارد که منطبق بر گزارش تحقیقات انجام شده است و آن را مؤثر می‌دانند (اویون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). البته این امر همسو با تشویق بیماران به ارتباط صمیمانه با خدا و گفت‌وگوهای درونی، می‌تواند اثربخش باشد و در رابطه قلبی و کسب آرامش در آنان بیشتر کمک کند (دوبی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹).

طبق نظر پارگامنت مقابله دینی/معنوی مثبت در شرایط بیماری لزوماً قابل تعمیم و استفاده در دیگر شرایط استرس‌زا نیستند و نحوه مقابله افراد و تطبیق آن‌ها با در نظر گرفتن ساختار روانی و پیچیدگی‌های آن متفاوت خواهد بود (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر نیز هر چند مقابله افراد در بُعد معنوی و دینی بالاتر رفت، اما در آسایش روان‌شناختی آن تأثیری نداشته است. اگرچه مرور متون حاکی از آن است که معنویت/دین همانند مؤلفه‌های روان‌شناختی بر آسایش بیماران تأثیرگذار است (موسا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷)، اما تحقیقات در خصوص معنویت/دین در بین بیماران مبتلا به سرطان نشان داده‌اند که اجماعی بین مستندات در خصوص تعریف معنویت/دین وجود ندارد که این عدم اجماع نظر در تبیین یافته‌ها می‌تواند مؤثر باشد (الینگتون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). نقشی که معنویت/دین در رابطه با آسایش روان‌شناختی یا پریشانی روان‌شناختی بازی می‌کند مشخص نشده

1. Gaudette
2. Uyun
3. Dube
4. Musa
5. Ellington

است (شرایبر<sup>۱</sup> و بروکوپ، ۲۰۱۲). در تحقیقات انجام شده که رابطه بین آسایش روان‌شناختی و معنویت / دین را بررسی کرده‌اند غالباً مرحله بیماری و مدت زمانی که از بیماری آن‌ها گذشته است به درستی اظهار نشده است. همچنین مؤلفه‌هایی مانند کیفیت زندگی، رشد بعد از سانحه، سلامت روانی و رضایت از زندگی را در مقالات و مستندات با عبارت آسایش در نظر می‌گیرند و لزوماً از پرسش‌نامه‌های آسایش روان‌شناختی استفاده نشده است. در مطالعات بسیاری، رابطه بین نحوه مقابله دینی / معنوی، باورهای دینی، خدا باوری و آسایش روان‌شناختی را مثبت اظهار کرده‌اند (آنو<sup>۲</sup> و واسکونسل، ۲۰۰۵) و رابطه تصویر مثبت از خداوند با خوش‌بینی و امید معنادار و مثبت گزارش شده است (گال و همکاران، ۲۰۰۹)؛ هرچند در مطالعه دیگری رابطه بین تصویر از خدا و آسایش روان‌شناختی در زنانی که تحت حمایت معنوی بودند معنادار نبوده است (امیدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ شرایبر، ۲۰۱۱). گال و همکارانش (۲۰۰۹) اذعان داشتند که زنان مبتلا به سرطان پستان که با خداوند رابطه داشتند و تسلیم او بودند آسایش هیجانی بهتر و سطح پریشانی پایینی را گزارش کردند؛ درحالی که این بیماران که درخواست شفاعت از خدا و آسایش بالایی داشتند پس از عمل جراحی پریشانی زیادی را تجربه می‌کردند. گال بر این باور است که هرچقدر زنان چالش بیشتری با باورهای دینی خود داشتند آسایش هیجانی آن‌ها پایین‌تر و پریشانی هیجانی بیشتری را اظهار می‌کردند. در این مطالعه بیماران که به فعالیت‌های دینی به منزله حواس‌پرتی از توجه به بیماری استفاده کرده بودند، بعد از شش ماه از عمل جراحی، پریشانی هیجانی کم‌تری داشتند. با وجود رابطه مثبت و اثرگذار معنویت / دین بر آسایش روان‌شناختی که در مطالعات نشان داده شده است، در برخی تحقیقات این رابطه را تأیید نکرده و اظهار کردند که معنویت و دین نقش جزئی در آسایش روان‌شناختی دارد (موفق و همکاران، ۲۰۱۷) و راهکارهای دینی / معنوی در آسایش روان‌شناختی بیماران و کاهش پریشانی آن‌ها مؤثر نبوده است (مانینگ - والش<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵) و مسیر مستقیمی بین مقابله معنوی / دینی و آسایش روان‌شناختی وجود ندارد (زوینگمن<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶). برای مثال ریچاردسون گیبسون<sup>۵</sup> و پارکر (۲۰۰۳) اذعان داشته‌اند که رویکرد دینی / معنوی با واسطه «امید» می‌تواند با آسایش رابطه داشته باشد و

1. Shreiber
2. Ano
3. Manning-Walsh
4. Zwingmann
5. Richardson Gibson

این تأثیر به‌طور مستقیم و خطی نیست. به‌طور خلاصه می‌توان گفت بین معنویت/دین و آسایش روان‌شناختی در بین زنان مبتلا به سرطان پستان با استفاده از تعاریف مختلف از هر دو سازه با واژگان مختلف (دین/معنویت، اعمال دینی، تصویر از خدا، مقابله دینی، ادراک دین‌داری و آسایش - آسایش روان‌شناختی، پریشانی روان‌شناختی، نگرش مثبت، آسایش هیجانی، بهداشت روان، رضایت از زندگی، سازگاری روان‌شناختی، و کیفیت زندگی) معنویت/دین نقش میانجی درخصوص آسایش روان‌شناختی بازی می‌کند. تعاریف مختلف برای این دو سازه تا به امروز در تحقیقات مشکل‌ساز است. در نتیجه نقش اختصاصی این دو مؤلفه شفاف و روشن نیست. به‌طور کلی به نظر می‌رسد که در جهت مثبت به هم پیوند خورده‌اند.

همسو با تحقیقات انجام‌شده می‌توان گفت بهبود و تغییر مثبت در وضعیت بیماری می‌تواند تأثیر مداخلات معنوی/دینی را بهتر مشخص کند. همان‌طور که در برخی مطالعات نشان داده شده است مقابله منفی دینی در بیمارانی که تشخیص بیماری را دریافت کردند و مدت زمان کم‌تری از روند درمانی را پشت‌سر گذاشتند بیشتر است و تغییر در آسایش روان‌شناختی نیز پس از پیش‌روی روند درمان و بهبودی رخ می‌دهد (استانتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ گال و گیرگوس و همکاران، ۲۰۰۹؛ گال و کریست جانسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ هربرت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). الینگتون و لی و همکارانشان (۲۰۱۷) اذعان داشتند که نوع چالش‌های معنوی می‌تواند در آسایش روان‌شناختی مؤثر باشد. کسانی که شک‌های دینی/معنوی از قبل بیماری داشتند، رابطه آشفته و منفی با خدا دارند و یا تعاملات اجتماعی و بین‌فردی منفی را در محیط‌های دینی تجربه کرده‌اند، رابطه منفی قوی بین چالش‌های معنوی و پریشانی روان‌شناختی ابراز می‌دارند که لزوم اجرای طرح‌های طولانی‌مدت و شناخت دقیق چالش را نشان می‌دهد. این در حالی است که مؤلفه‌های میانی مانند شخصیت می‌تواند در اثربخشی مداخله معنوی/دینی بر آسایش بیمارانی مؤثر باشد (ویسر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در مطالعه حاضر مشکلات معنوی/دینی بیمارانی به‌خصوص طبقه دوم به ابعاد شناختی و اعتقادی مربوط بوده و بیمارانی تزلزل در باورهای دینی خود را گزارش کرده‌اند؛ به‌طوری‌که اعمال مذهبی خود را نیز ترک کرده‌اند. نتایج حاکی از آن است که کارگیری مداخله حاضر فقط توانسته است بر نحوه مقابله آن‌ها تأثیر

---

1. Stanton  
2. Herbert  
3. Visser

بگذارد، اما در آسایش روان‌شناختی بیماران تأثیر نداشته است و همسو با یافته گزارش شده می‌توان گفت نوع مشکلات معنوی/دینی می‌تواند در اثر بخشی مداخلات مهم باشد. به نظر می‌رسد مداخله معنوی/دینی در این پژوهش با شناخت احساسات و نحوه ابراز آن، جلب همدلی با استفاده از الگوهای دینی و نیز تشویق به رابطه عاطفی و صمیمی با خدا و تصحیح الگوهای فکری توانسته است اثر خود را بر مقابله مثبت معنوی/دینی نشان دهد.

از نظر شرایبر و بروکوپ (۲۰۱۲) ارزیابی سیستم اعتقادی بیماران دارای سرطان پستان در رابطه با آسایش روان‌شناختی آن‌ها مفید است، چراکه افراد را قادر می‌سازد تا وقایع زندگی از جمله تجربه بیماری را از آن طریق تفسیر کنند. سکولار، معنوی و دینی بودن بیماران، می‌تواند بر الگوی رفتارهای سلامت و بهداشتی مانند شیوه زندگی (رژیم غذایی، استفاده از الکل/داروها) و تصمیمات درمانی تهاجمی یا غیرتهاجمی تأثیر بگذارد؛ کمک به این افراد برای درک بهتر سیستم اعتقادی و منابع مرتبط ممکن است باعث بهبود آسایش آن‌ها در طول چالش‌های مرتبط با تشخیص و درمان بیماری آن‌ها شود (شرایبر و بروکوپ، ۲۰۱۲). از منظر پژوهشی وضوح تعریف مفهومی در مورد آسایش روان‌شناختی و دین و معنویت امکان بررسی دقیق‌تر روابط و مداخلات بالینی را فراهم می‌کند.

در مجموع می‌توان گفت بیماران مبتلا به سرطان پستان مشکلاتی در خصوص مسائل معنوی/دینی خود گزارش کردند که برای آن‌ها ناخوشایند است که رسیدگی به آن‌ها مستلزم به کارگیری مداخلات مرتبط و منطبق با آن‌هاست. مداخله معنوی/دینی طراحی شده کاملاً مبتنی بر مشکلات معنوی/دینی این گروه از بیماران به صورت اختصاصی است. هرچند این مداخله نحوه مقابله معنوی/دینی بیماران را تغییر داده و به سمت مقابله مثبت سوق داده است، اما تأثیری در آسایش روان‌شناختی بیماران نداشته که ممکن است جلسه‌ها و زمان بیشتر در اجرای بسته مداخله این اثر بخشی را متأثر کند.

دین رویکردی سیستماتیک برای مقابله با عوامل استرس‌زا در زندگی در اختیار افراد قرار می‌دهد. مسلماً، راهبردهای مقابله‌ای معنوی/دینی را می‌توان تا حد زیادی خاص فرهنگ در نظر گرفت. این امر در زمینه‌های فرهنگی اجتماعی ایران به وضوح قابل مشاهده است. در این مطالعه، ابتدا در هر دو گروه مشکلات معنوی/دینی ارزیابی شد، با استفاده از مداخله مبتنی بر این مشکلات، سعی کردیم مشکلات معنوی/دینی آن را در نظر بگیریم و مداخله را برای گروه آزمایش اجرا کنیم. با این حال محدودیت‌هایی در اجرای این

پژوهش از جمله استفاده از نسخه کوتاه پرسش‌نامه آسایش روان‌شناختی و نیز شیوع بیماری کرونا و نگرانی از ابتلا به این بیماری ممکن است در وضعیت روان‌شناختی بیماران تأثیر گذاشته باشد و به منزله عامل مداخله‌گر نتایج را مخدوش کرده باشد. عدم اجرای ارزیابی در مرحله پیگیری مداخله از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بوده است. پیشنهاد می‌شود این مداخله در نمونه‌های مشابه در بیماران تکرار شود تا بتوان از مجموع یافته‌های به‌دست آمده در پژوهش‌های آتی کمک گرفت و اثربخشی این مداخله را به‌دست آورد. پیشنهاد می‌شود این مداخله به‌صورت مقایسه‌ای با الگوهای مشابه اجرا شود و بررسی مقایسه‌ای انجام گیرد و نیز تغییرات اختصاصی در علائم روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب یا به‌صورت عمومی مانند کیفیت زندگی و سلامت روان سنجیده شود. همچنین در پژوهش‌های آتی مطالعات مدل‌یابی معادلات ساختاری و بررسی متغیرهای میانجی و واسطه‌ای دخیل در اثربخشی و عدم اثربخشی این مداخله می‌تواند انجام گیرد.

## منابع

- احمدی فراز، م.، شعری‌افچی، م.ر.، موسوی‌زاده، ر.، رئیسی، ن.، و قادری، س. (۱۳۹۶). *درآمدی بر مبنای مراقبت معنوی*. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- امیدی، ا.، فرهوش، م.، احمدی، م. ر.، و افتخار، ر. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای تصور از خدا در رابطه سبک‌های دلبستگی با رضایت از زندگی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۴ (۱)، ۱۰۳-۸۱.
- بیانی، ع. ا.، کوچکی، ع. م.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۴ (۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- پیشنمازی، ی. م.، تیبیک، م. ت.، و براتی‌سده، ف. (۱۳۹۶). طراحی مداخله بازسازی دینی و بررسی اثربخشی آن بر سلامت روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱ (۲)، ۴۸-۲۳.
- عبدالهیان صومعه‌سرای، ط.، و حیدرپور، پ. (۱۳۹۸). بررسی شیوع عوامل خطر سرطان پستان در زنان ۳۰-۵۹ ساله مراکز ارائه خدمات جامع سلامت روستایی شهرستان صومعه‌سرا در سال ۱۳۹۷. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۷ (۱۲)، ۹۶۵-۹۷۴.
- Ahmad, F., Binti Muhammad, M., & Abdullah, A.A. (2020). Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. *Journal of religion and health*, 2(5), 36-45.
- Aflakseir, A., & Coleman, P. G. (2011). Initial development of the Iranian religious coping scale. *Journal of Muslim Mental Health*, 6(1), 44-61
- Ano, G.G., & Vasconcelles, E.B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 461-80.
- Biro, E., Kahan, Z., Kalman, J., Rusz, O., Pakaski, M., Irinyi, T., . . . & Hamvai, C. (2019). Cognitive functioning and psychological well-being in breast cancer patients on endocrine therapy. *in vivo*, 33(4), 1381-1392 .

- Bockrath, M. F., Pargament, K. I., Wong, S., Harriott, V. A., Pomerleau, J. M., Homolka, S. J., ... & Exline, J. J. (In press). Religious and spiritual struggles and their links to psychological adjustment: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication.
- Borjalilu, S., Shahidi, S., Mazaheri, M.A., & Emami, A.H. (2016). Spiritual care training for mothers of children with cancer: Effects on quality of care and mental health of caregivers. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(2), 545-52.
- Brown, G., & de Jong, J. (2020). Prayer in Cancer: What the Patients Said. *Health and Social Care Chaplaincy*, 8(1), 27-43.
- Casellas-Grau A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(1), 9-19.
- Canada, A.L., Murphy, P.E., Stein, K., Alcaraz, K.I., Leach, C.R., & Fitchett, G. (2020). Examining the impact of cancer on survivors' religious faith: A report from the American Cancer Society study of cancer survivors-I. *Psycho-Oncology*. online publication.
- Dierendonck, V. D. (2005). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-648.
- Dube, S. (2019). Therapeutic Silence in Spiritual Care: Lessons from Eli and Job's Friends. *Asia-Africa Journal of Mission and Ministry*, 19, 43-62.
- Ellington, L., Billitteri, J., Reblin, M., Clayton, M.F, editors. (2017). Spiritual care communication in cancer patients. *Seminars in oncology nursing*. Elsevier.
- Fatima, S., Sharif, S., & Khalid, I. (2018). How does religiosity enhance psychological well-being? Roles of self-efficacy and perceived social support. *Psychology of Religion and Spirituality*, 10(2), 119-127.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D., Piñeros, M. & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, 144(8), 1953-1941.
- Gall, T.L., & Bilodeau, C. (2017). Why me?"-women's use of spiritual causal attributions in making sense of breast cancer. *Psychology & Health*, 32(6), 709-727.
- Gall, T. L., & Bilodeau, C. (2020). The role of positive and negative religious/spiritual coping in women's adjustment to breast cancer: A longitudinal study. *Journal of psychosocial oncology*, 38(1), 103-117
- Gall, T.L. (2000). Integrating religious resources within a general model of stress and coping: Long-term adjustment to breast cancer. *Journal of Religion and Health*, 39(2), 167-82.
- Gall, T.L, Guirguis-Younger, M., Charbonneau, C., Florack, P. (2009). The trajectory of religious coping across time in response to the diagnosis of breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(11), 1165-1178.
- Gall, T.L., Kristjansson, E., Charbonneau, C., & Florack, P. (2009). A longitudinal study on the role of spirituality in response to the diagnosis and treatment of breast cancer. *Journal of behavioral medicine*, 32(2), 174-186
- Garduño-Ortega, O., Morales-Cruz, J., Hunter-Hernández, M., Gany, F., & Costas-Muñiz, R. (2021). Spiritual Well-Being, Depression, and Quality of Life Among Latina Breast

- Cancer Survivors. *Journal of religion and health*, 1-13.
- Gaudette, H., & Jankowski, K.R. (2013). Spiritual coping and anxiety in palliative care patients: A pilot study. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 19(4), 131-139.
- Ghaempanah, Z., Rafieinia, P., Sabahi, P., Makvand Hosseini, Sh., & Memaryan, N. (2020). Spiritual Problems of Women with Breast Cancer in Iran: A Qualitative Study. *Health Spiritual Med Ethics*, 7(1), 9-15.
- Han, H.R., Cho, E.J., Kim, D., & Kim, J. (2009). The report of coping strategies and psychosocial adjustment in Korean mothers of children with cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(9), 956-964.
- Hebert, R., Zdaniuk, B., Schulz, R., & Scheier, M. (2009). Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of palliative medicine*, 12(6), 537-545.
- Khodaveirdyzadeh, R., Rahimi, R., Rahmani, A., Ghahramanian, A., Kodayari, N., & Eivazi, J. (2016). Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among Iranian breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 7(8), 90-95.
- Kelly, E.P., Paredes, A.Z., Tsilimigras, D.I., Hyer, J.M., & Pawlik, T.M. (2020). The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surgical Oncology*.
- Kestenbaum, A., Shields, M., James, J., Hocker, W., Morgan, S., Karve, S., et al. (2017). What impact do chaplains have? A pilot study of spiritual AIM for advanced cancer patients in outpatient palliative care. *Journal of pain and symptom management*, 54(5), 707-714.
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F., & Bradwejn, J. (2010). A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of clinical psychology*, 66(4), 430-441.
- Koenig, H.G., & Cohen, H.J. (2002). *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*. New York: Oxford University Press.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff Psychological Well-being Scales in Swedish male and female white-collar workers. *Personality and Individual Differences*, 40, 1213-1222
- Manning-Walsh, J. (2005). Social support as a mediator between symptom distress and quality of life in women with breast cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(4), 482-493.
- McKinley, C.E., Roh S., & Lee, Y.S. (2020). American Indian Women Cancer Survivors' Spiritual and Religious Coping Practices. *Journal of Religion and Health*. 59, 2430-2441
- Miranda, T.P.S., Caldeira S., de Oliveira, H.F., Iunes, D.H., Nogueira, D.A., Chaves, Ed. CL, et al. (2020). Intercessory Prayer on Spiritual Distress, Spiritual Coping, Anxiety, Depression and Salivary Amylase in Breast Cancer Patients During Radiotherapy: Randomized Clinical Trial. *Journal of religion and health*, 59(1), 365-380.
- Mousavi, F.S., Bonab, B.G., Karimi, J.P., & Rashidi, M. (2015). The role of trusting in god in predicting mental health of tehran university students. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 1(4), 1-15.

- Movafagh, A., Heidari, M.H., Abdoljabbari, M., Mansouri, N., Taghavi, A., Karamatinia, A., et al. (2017). Spiritual therapy in coping with cancer as a complementary medical preventive practice. *Journal of cancer prevention*, 22(2), 82-95.
- Musa, A.S. (2017) Spiritual care intervention and spiritual well-being: Jordanian Muslim Nurses' Perspectives. *Journal of Holistic Nursing*, 35(1), 53-61.
- Pargament, K. I., & Brant, C. R. (1998). *Religion and coping*. In *Handbook of religion and mental health* (pp. 111-128). Academic Press.
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., ... & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO open*, 4(1), 1-12.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*, 56(4), 519-543.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The Brief RCOPE: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, 2(1), 51-76.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J.(2004) Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of health psychology*, 9(6),713-30.
- Pok-Ja Oh, R., Kim, S.H., editors. (2014).The effects of spiritual interventions in patients with cancer: a meta-analysis. *Oncology nursing forum;Oncology Nursing Society*, 41(5), 290-301
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. Paper presented at the Baylor University Medical Center Proceedings.
- Puchalski, C.M. (2012). Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of oncology*, 23(suppl\_3), 49-55.
- Puchalski, C. M. (2013). Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn*, 123(9), 491-497.
- Pentaris, P. (2019).Religion, Belief, and Spirituality in Health Care. *Handbook of Health Social Work*. 279-301.
- Richardson Gibson, L.M., Parker, V. (2003). Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control*, 10(5\_suppl), 52-59.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Schreiber, J.A., Brockopp, D.Y.(2012). Twenty-five years later—what do we know about religion/spirituality and psychological well-being among breast cancer survivors? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(1), 82-94.
- Schreiber, J.A, editor(2011). *Image of God: effect on coping and psychospiritual outcomes in early breast cancer survivors*. Oncology Nursing Forum.
- Stanton, A.L, Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., et al.(2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875-891.

- Uyun, Q., Kurniawan, I.N., & Jaufalaily, N. (2019). Repentance and seeking forgiveness: the effects of spiritual therapy based on Islamic tenets to improve mental health. *Mental Health, Religion & Cultur*, 22(2), 94-185.
- Usset, T. J., Butler, M., & Harris, J. I. (2021). Building spiritual strength: A group treatment for posttraumatic stress disorder, moral injury, and spiritual distress. In book: Addressing moral injury in clinical practice.
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 19(6), 565-572
- Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 97(35).1-11
- Zwingmann, C., Wirtz, M., Müller, C., Körber, J., Murken, S.(2006). Positive and negative religious coping in German breast cancer patients. *Journal of behavioral medicine*, 29(6), 533-547.