

اثربخشی روان‌درمانی مذهبی معنوی با تأکید بر دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه بر نگرش به بیماری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان

علی شریفی ریگی^۱، سیدعلی مرعشی^{۲*}، نجمه حمید^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۰۸/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۶/۱۱/۲۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: سرطان به درجات مختلفی در ابعاد گوناگون زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیرات منفی می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر اثربخشی روان‌درمانی مذهبی - معنوی با تأکید بر اهمیت دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه بر نگرش به بیماری و سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز بود.

مواد و روش کار: در یک طرح تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان شهر اهواز با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تخصیص یافتند. گروه مداخله ۶ جلسه مداخله روان‌درمانی مذهبی - معنوی با تأکید بر اهمیت دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه را به‌صورت گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای ۲ جلسه دریافت کرد. ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر و مقیاس نگرش به بیماری کلنر بود، که در دو مرحله‌ی قبل از مداخله و پایان مداخله تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها آمار توصیفی و برای تعیین سطح معنی‌داری از آزمون ANCOVA ($P < 0/01$) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج آزمون‌های تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که روان‌درمانی مذهبی - معنوی با تأکید بر اهمیت دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه باعث افزایش سلامت روان ($P < 0/005$) و نیز تقویت نگرش مثبت نسبت به بیماری ($P < 0/002$) در افراد گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون شد و تفاوت آن معنی‌دار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر مثبت این مداخله در بهبود سلامت روان و نیز تقویت نگرش مثبت نسبت به بیماری، می‌توان گفت که این مداخله برای بیماران مبتلا به سرطان در کنار درمان‌های دیگر می‌تواند مناسب باشد و پیشنهاد می‌شود از آن به‌عنوان رویکرد درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز مشاوره استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: روان‌درمانی مذهبی معنوی، نگرش به بیماری، سلامت روان، سرطان

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره دوم، پیاپی ۱۰۳، اردیبهشت ۱۳۹۷، ص ۸۱-۹۱

آدرس مکاتبه: اهواز، بلوار گلستان، دانشگاه شهید چمران، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۶۱۱۳۵۱۵

Email: sayedalimarashi@scu.ac.ir

مقدمه

افسردگی نسبت به جمعیت عادی دارای مشکلات جدی است (۲) پژوهش نیوتن و مک‌لاندش^۴ (۲۰۱۰) نشان می‌دهد که اکثر بیماران سرطانی از مذهب و معنویت به‌عنوان یک راهبرد در جهت سازش‌یافتگی استفاده می‌کنند، لذا مذهب را می‌توان یک عامل مهم در جهت تعدیل و کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران سرطانی در نظر گرفت و بیشترین منبعی که در میان منابع معنوی و مذهبی

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد مبتلایان به آن روزبه‌روز در حال افزایش است (۱). سرطان به درجات مختلفی در ابعاد گوناگون زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیرات منفی می‌گذارد. شواهد نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان از نظر شاخص‌های کلی سلامت روان نظیر اضطراب و

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۲ استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۴ Newton & McInotsh

عمل (تمایلات) پیرامون بیماری می‌باشد (۱۳). نگرش نسبت به بیماری از جمله عواملی است که می‌تواند سلامت روان و احساس رنج را در بیماران صعب‌العلاج تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌های پژوهشی زیادی حاکی ارتباط مثبت بین آموزه‌های دینی و دیدگاه (نگرش) بیماران در قبال بیماری خود است (۱۴-۱۷). زیلانی و سیمور^۱ (۲۰۱۰) معتقدند در نتیجه آموزش مفاهیم دینی بعضی مبتلایان، بیماری خود را آزمایشی الهی می‌دانند و معتقدند که بیماری آنان قسمتی از خواست و اراده خداست و به خاطر چنین نگرشی نسبت به بیماری می‌توانند رنج حاصل از بیماری را تحمل کنند (۱۸). یادآوری معنای دعا و راه‌هایی که حضور خدا و ارتباط با او تجربه می‌شود، منبع غنی برای بیماران تلقی می‌شود، زیرا زمانی که فرد از نظر جسمی ناتوان شده و در بیماران بستری شده است، ذهنیت پردازی می‌تواند او را قادر سازد که به مکانی دیگر سفر کند، که این مکان شاید شفا دهنده و التیام‌بخش باشد و تحمل بیماری را در شخص افزایش دهد (۱۹). به نظر می‌رسد دعا درمانی در بیماران مبتلا به سرطان از طرق مختلف به ویژه اتخاذ رویکرد توحیدی، ارزیابی شناختی آنان را تحت تأثیر قرار داده و به ایجاد امید، انرژی و معنای زندگی در آنان کمک می‌کند. به علاوه، بیماران با دعا ارتباط دارند و نفس دعا خواندن حسی معنوی مثبت برای آنان ایجاد می‌کند و با تکرار دعا، تغییر نگرش در بیماران ایجاد می‌شود چنانچه در روان‌شناسی اجتماعی یکی از الگوهای تغییر نگرش، دعا خواندن و توجه به مفهوم دعا است (۵). در پژوهشی که باهدف بررسی تأثیر معنویت درمانی اسلامی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت نتایج نشان داد که معنویت درمانی اسلامی به‌عنوان شیوه درمانی مناسب برای بهبود کیفیت زندگی و ابعاد شناختی و جسمانی بیمارانی است که از سرطان رنج می‌برند (۱۶). با عنایت به مطالب ذکر شده و نظر به اهمیت بررسی درمان‌هایی با محوریت مذهب و تعالیم اسلامی، غنای محتوایی دعا‌های ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده و توجه به آثار و پیامدهای سوء روان‌شناختی سرطان و همچنین از آنجاکه تاکنون اثربخشی روان‌درمانی مذهبی-معنوی با تأکید بر اهمیت دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ در افراد سرطانی صورت نپذیرفته، از این رو پژوهش حاضر در پی این نکته است که آیا روان‌درمانی مذهبی-معنوی با تأکید بر مضامین دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده بر نگرش به بیماری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد؟

مواد و روش کار

مورد استفاده قرار گرفته، دعا است (۳-۵). دعای شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده موضوع اصلی آن دعا در هنگام بیماری، طلب عافیت و شکرگزاری است. به نظر می‌رسد در این دعا، واکنش‌های انکار، خشم، اضطراب، ناامیدی و افسردگی که به ترتیب پس از شنیدن خبر ابتلا به بیماری سرطان ممکن است در مبتلایان ایجاد شود و سلامت روانی او را به مخاطره اندازند، با استفاده از القای نگرش معنوی و تبیین محتوای دعا نظیر؛ جنبه‌های مثبت بیماری، درک فواید معنوی و اخروی بیماری خنثی شود. محتوای دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده در واقع نوعی شناخت درمانی با اتکا بر واقعیات دینی است که فرایندهای مخرب روانی ناشی از مواجهه با بیماری را مهار می‌کند. به این ترتیب سطح سلامتی روانی فرد ارتقاء یافته و آنگاه با مکانیسم‌های روان‌تنی علائم جسمی نیز بهتر می‌شوند (۶). تحقیقات زیادی حاکی از تأثیرگذاری مثبت مذهب و معنویت بر بهبود سلامت روان افراد است (۷-۱۰). در مطالعه‌ای که باهدف بررسی تأثیر مداخله معنوی مبتنی بر دعا و قرآن بر سلامت روان و سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت، نتایج حاکی از افزایش سلامت روان و سلامت معنوی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل بود. در این پژوهش بیان شد که استفاده از مضامین دعا به‌عنوان رویکرد کارکردگرا برای تغییر نگرش و باور بیماران بسیار مهم است (۵). در پژوهشی که باهدف تعیین تأثیر معنویت و مذهب بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت، نتایج حاکی از تأثیر مثبت مذهب و معنویت بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بود. در این پژوهش بیان شد که معنویت می‌تواند به‌عنوان تأمین‌کننده اصلی و عمده انرژی به نحوی غیرمستقیم از طریق تأثیر مثبت بر تفسیر رویدادها، بیمار را به برخی از نیرومندی‌های روانی نظیر شادکامی و خوش‌بینی و امید مجهز می‌کند و به کاهش آشفتگی روانی، افسردگی و بهبود سلامت روان بیماران کمک کند، همچنین معنویت این فرصت را به بیمار می‌دهد که به برخی از شیوه‌های کنترل ترومای روانی دست یابد (۱۱). در مطالعه دیگری نتایج نشان داد که معنادرمانی توأم با قرآن و دعا باعث کاهش علائم اضطراب و افسردگی و بهبود کارکرد نظام ایمنی افراد (سلول T) می‌شود (۱۰).

از مشکلات شایع دیگر در مبتلایان به بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر سرطان که مدت زیادی از تشخیص آنان نمی‌گذرد، انکار، عدم پذیرش بیماری، منفی‌بافی و باورهای یأس‌آور نسبت به بیماری و هستی است. به بیان دیگر، سرطان با اختلال در نگرش افراد ارتباط دارد (۱۲). منظور از نگرش نسبت به بیماری، ترکیبی از شناخت‌ها (اعتقادات و باورها)، احساسات (هیجان‌ها و عواطف) و آمادگی برای

¹. Zeilani&Saymour

تشخیص به سرطان داده شده‌اند، را شامل نمی‌شد. از مهم‌ترین معیارهای خروج می‌توان به عدم تمایل به شرکت در ادامه جلسات و تشخیص ابتلا به اختلال عمده روان‌پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی اشاره کرد.

ابزارهای پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

مقیاس نگرش به بیماری (IAS)^۴: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۷ توسط کلنر^۵ طراحی شد. ۲۹ گویه دارد که بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ گزینه‌ای از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات دو گویه ۲۲ و ۲۶ اطلاعات اضافی ارائه می‌دهد ولی در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شود (۲۰). این ابزار شامل ۹ خرده مقیاس است که عبارت‌اند از: نگرانی در مورد بیماری، نگرانی درباره درد، عادات سلامت، باورهای خودبیمارپنداری، هراس از مرگ، هراس از بیماری، اشتغال ذهنی در مورد بدن، تجربه‌های درمانی؛ آثار و نشانه‌ها. در پژوهش کلنر پایایی ۰/۷۶ و روایی آن ۰/۷۳ ذکر شد. در پژوهش‌های بعدی که در مورد ساختار عاملی این پرسشنامه صورت گرفت ۵ عامل شناسایی شد (۲۱). در ایران این مقیاس توسط عطری فرد و شعیری مورد بررسی قرار گرفت (۲۲). در این پژوهش پنج عامل ترس از بیماری و ناخوشایندی، فراوانی درمان، باورهای خودبیمارپندارانه و آثار علائم، رفتار سلامتی و هراس از مرگ مورد شناسایی قرار گرفتند که هریک به ترتیب شامل ۷، ۱۰، ۳، ۴، ۳ آیتم هستند. بررسی همسانی درونی زیرمقیاس‌ها حاکی از آن است که همگی زیرمقیاس‌ها دارای همسانی درونی مطلوبی می‌باشند (بالای ۰/۷۰). پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۴: این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر^۵ (۱۹۷۲) ساخته شده و مبتنی بر روش خود گزارش دهی است، ۲۸ گویه دارد و دارای ۴ خرده مقیاس است (۲۳). نمره‌گذاری به روش لیکرتی صفر تا سه است. خیلی کم‌تر از معمول نمره صفر و کم‌تر از معمول با نمره ۱ و در حد معمول با امتیاز ۲ و بیشتر از معمول با امتیاز ۳ تعریف شده و دامنه امتیاز آن از صفر تا ۸۴ است. این ابزار دارای ۴ خرده مقیاس نیز می‌باشد که گویه‌های ۱ الی ۷ بیانگر مقیاس سؤالات جسمانی، گویه‌های ۸ الی ۱۴ بیانگر مقیاس اضطراب، گویه‌های ۱۵ الی ۲۱ بیانگر اختلال در کنش اجتماعی و گویه‌های ۲۲ الی ۲۸ بیانگر مقیاس افسردگی است. پایایی این مقیاس در پژوهش گلدبرگ و هیلر ۰/۸۸ ذکر شد. همچنین اعتبار پرسشنامه مزبور با استفاده از ۲ روش دوباره سنجی

این پژوهش، در گروه پژوهش‌های تجربی قرار می‌گیرد. طرح تحقیق آن به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه این پژوهش را بیماران که به انجمن‌های خیریه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان در شهر اهواز (انجمن رهپویان طریقت سیدالشهدا (ع)، انجمن حمایت از بیماران سرطانی قائم (عج)، موسسه خیریه امدادگران عاشورا) مراجعه می‌کردند، تشکیل می‌داد، که از بین این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر بر اساس پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط شرکت‌کنندگان، به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کاملاً محرمانه خواهد ماند و نیازی به درج نام نیست و همه شرکت‌کنندگان در جلسه پیش‌آزمون به سؤالات سلامت روان و نگرش به بیماری پاسخ دادند. در ادامه پژوهش آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند و پس از تعیین دو گروه به روش فوق طی تماس تلفنی با اعضای گروه آزمایشی زمان تشکیل جلسه به اطلاع آنان رسانیده شد. گروه مداخله به صورت هفته‌ای ۲ جلسه تحت مداخله روان‌درمانی مذهبی- معنوی با تأکید بر اهمیت دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده قرار گرفتند. پس از اتمام ۶ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) از گروه تحت مداخله خواسته شد به مدت ۲ هفته دیگر دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده را هر روز به مدت ۲۰ دقیقه بخوانند و به مفاهیم آن توجه کنند، سپس هر دو گروه دوباره در یک جلسه پس‌آزمون جمع شدند و به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. در نهایت گروه کنترل هم پس از اتمام جلسات، مداخله در مورد آنان به مدت ۲ جلسه (با رضایت گروه) صورت گرفت.

معیارهای ورود و خروج شامل موارد زیر بود:

نمونه‌گیری از بین بیمارانی (زن و مرد) که گروه سنی آنان بین ۲۰ الی ۶۵ سال است و حداقل دو ماه و حداکثر یک سال از آغاز تشخیص و درمان آنان می‌گذشت، انجام شد، چراکه افراد تازه تشخیص داده شده فرصت کم‌تری برای تطابق با وضعیت بیماری خود داشتند. همچنین توانایی‌های جسمانی لازم، تمایل به شرکت در جلسات، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی دیگر و همچنین عدم شرکت در جلسات دیگر روان‌درمانی، هم‌زمان با مداخله، از معیارهای ورود به پژوهش بودند. بنابراین نمونه حاضر، کودکان، افراد ناتوان، افراد لائیک، بیماران در حین شیمی‌درمانی و بستری در بیمارستان، بیماران انتهایی^۱، افراد مشکوک که به‌تازگی

4. Goldberg Health Questionnaire

5. Goldberg & Hillier

1. End Stage

2. Illnes Attitude Scale

3. Kellner

و آلفای کرونباخ بررسی شده که به ترتیب ضرایب ۰/۷۰ و ۰/۹۰ حاصل گردید (۲۴). پایایی این مقیاس در پژوهشی در ایران به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ ذکر شد (۲۴). همچنین پایایی این مقیاس در پژوهش کنونی به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۹ به دست آمد.

پروتکل درمانی:

شرح کلی جلسات بدین گونه بود: ابتدا ضمن ارائه مفهومی صحیح از ایمان به خدا و آثار و پیامدهای نگرش ایمانی به فرد کمک شد تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و نسبت به نظم جهان هستی، حکمت و خیرخواهی خداوند و همچنین شکرگزاری در سختی و امیدواری نسبت به رحمت الهی توجه و تمرکز بیشتری داشته باشد. پس از ارائه صدای (آوا) دعاها شماره

۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده در ابتدای جلسات درمانی از آنان خواسته می‌شد به معانی دعا خوب توجه کنند. در ادامه پس از بیان احساسات بیماران در مورد دعا و بازخورد توسط درمانگر و اعضا، به بررسی آموزه‌های قرآنی مرتبط با محتوای دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده (۲۵)، مکانیزم‌های روان‌شناختی موجود در دعاها ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده (۶، ۲۶)؛ آموزش راهبردهای مقابله‌ای معنوی در بیماران مبتلا به سرطان و همچنین برخی اصول درمانی مذهبی ریچاردز و برگین^۱ با تأکید بر آموزه‌های اسلامی (دعا، خواندن کتب مقدس، رفتن به مکان‌های مذهبی، بخشش) پرداخته می‌شد (۲۷).

جلسه اول: آشنایی با قوانین گروه مانند محرمانه ماندن و لزوم حضور مداوم تا انتهای درمان، دادن کتابچه آموزشی با محتوای دعا و فواید آداب دعا به بیماران. توضیح کلی درباره مفهوم دعای بیماری و دعای تندرستی صحیفه سجاده و تأثیر آن در کاهش آلام روانی. به‌منظور مقابله با انکار و عدم پذیرش بیماری، که از اولین و شایع‌ترین واکنش‌ها در بیماران مبتلا به سرطان که مدت زیادی از تشخیص سرطان در آنان نمی‌گذرد، از چندین راهبرد مقابله‌ای معنوی استفاده گردید. مثلاً ابتدا اطلاعات صحیحی در مورد بیماری با استفاده از محتوای دعای بیماری صحیفه سجاده و توجه به پیامدهای نیک و مثبت بیماری (آزمایش الهی، وعده همراهی خداوند به صابران، بخشش گناهان و پاک‌سازی روح) به بیمار داده شد. در ادامه از فن تعمیم (اشاره به موارد مشابه ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج) با ذکر مثال‌هایی از قرآن در مورد ابتلای اولیای خدا (حضرت ایوب) به بیماری‌های صعب‌العلاج و وعده همراهی خداوند با صابران، ارائه شد. به‌منظور ایجاد روحیه و انرژی بیشتر در آنان، به بررسی گرایش‌های خرافاتی در رابطه با بیماری پرداخته شد و سپس با تقویت درک درست نسبت به بیماری در حکمت الهی و اتخاذ نگرش توحیدی به بیماری، به پذیرش و دوری از هیجان‌های مخرب ناشی از بیماری در آنان کمک شد.

جلسه دوم: آموزش اعتقاد به آزمایش الهی بودن رویدادهای ناخوشایند نظیر بیماری و تقویت معرفت به حکمت و خیرخواهی الهی (وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ: لکن چه بسیار شود که چیزی را مگره شمارید ولی به حقیقت خیر و صلاح شما در آن بوده، و چه بسیار شود چیزی را دوست دارید و درواقع شرّ و فساد شما در آن است و خدا (به مصالح امور) داناست و شما نادانید)، درک فواید معنوی و اخروی بیماری با استفاده از محتوای دعای بیماری و دعای تندرستی، درک نعمت‌های مستور در بیماری، مقایسه نحوه نگرش به بیماری از منظر مادی و توحیدی و کمک به آنان در اتخاذ نگرش توحیدی. کشف معنای درد و رنج بیماری از نظر امام سجاد (ع) نظیر: نیاز به بخشیده شدن، رشد معنوی، آزمایش الهی. یکی دیگر از واکنش‌های شایع در بیماران مبتلا به سرطان خشم است لذا آموزش راهبردهای مقابله‌ای معنوی به‌منظور کنترل خشم نظیر: تمرین‌های شناختی مثبت نگری و خوش‌بینی به خدا (مثلاً اندیشیدن به رویدادهای جالب توجه دینی) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فنون توجه برگردانی ارائه شد. آشنایی با مفهوم صبر به‌عنوان یکی از مهم‌ترین راهبردهای مقابله‌ای معنوی در زمان سختی. در آموزش صبر از شیوه‌هایی چون چالش فکری، بحث گروهی، دادن الگو یا سرمشق در قالب احادیث یا متون قرآنی استفاده شد.

جلسه سوم: مرور جلسه قبل، پرسش و پاسخ، بسط حوزه معنایی و کاربردی دعا، به‌منظور غلبه بر ناامیدی پس از بیماری، تقلیل واکنش‌های اضطرابی، و همچنین ایجاد آرامش روانی با آموزش چندین راهبرد مقابله‌ای معنوی نظیر انواع ذکر درمانی. به‌منظور کاهش درد و آلام روانی در آنان فنون توجه برگردانی (با توجه به پیامدهای نیک بیماری در منظر الهی) آموزش داده شد. آموزش راهبرد خودآگاهی معنوی با تأکید بر معنای زندگی و باور مثبت نسبت به خدا، مورد آماج قراردادن باورهای منفی و پوچ نسبت به بیماری و درک فواید معنوی و اخروی بیماری با استفاده از آموزه‌های قرآنی مرتبط با دعای بیماری و دعای تندرستی

جلسه چهارم: مرور جلسه قبل، پرسش و پاسخ و ارزیابی تکالیف، توسعه روش‌های سازگاران از قبیل تفکر مثبت و امیدوارانه نسبت به بیماری با تقویت درک درست نسبت به بیماری و خیرخواهی خداوند با تمرکز بر محورهای توجه به قدرت لایزال الهی، رشد مهارت‌های معنوی

¹. Richards & Bergin

نظیر توکل و اعتماد به خداوند و نقش توکل در جلوگیری از خودگویی‌های منفی. به‌منظور کاهش انفعال و بی‌کاری که از پیامدهای درماندگی و ناامیدی در افراد مبتلا به سرطان است؛ مداخله رفتاری - معنوی نظیر تشویق بیماران به شرکت در مناسک و رفتارهای معنوی (نماز جماعت، دعا، خواند قرآن، ارتباط بیشتر با دعا و لزوم توجه به معانی آن) به آنان توصیه شد. آشنایی با مفهوم شکر گذاری.

جلسه پنجم: مرور جلسه قبل و پرسش و پاسخ و ارزیابی تکالیف، موفقیت‌های شناسایی شده در تکالیف خانگی یک‌به‌یک شناسایی و به زبان آورده شود سپس از خداوند شکرگزاری شود. تسلط مفهومی استفاده از دعا، تقویت امید به بهبودی، بحث درباره مثبت نگری و خوش‌بینی با استناد به آیات قرآن، توسعه معنای شکرگزاری از خداوند و طلب تندرستی، آموزش توجه بیشتر به جنبه‌های مثبت وقایع منفی و لزوم صبوری به‌منظور کاهش آشفتگی روانی آنان.

جلسه ششم: مرور جلسه قبل، پرسش و پاسخ و ارزیابی تکالیف، جمع‌بندی و خلاصه کردن مباحث پیشین توسط اعضا، عمق بخشیدن به نماز و نیایش (از طریق مراقبه، آموزش تفسیرهای مبتنی بر آموزه‌های قرآنی در ارتباط دعای بیماری و دعای تندرستی) و رعایت کردن آداب درونی از قبیل حضور قلب به همراه آداب بیرونی (طهارت بدن، زمان و مکان مناسب و...) موجب می‌شود که افراد معنای عرفانی در نماز و نیایش پیدا کنند و رفتارهای مذهبی را از حالت کلیشه‌ای و تقلیدی به حالت ارتباط معنی‌دار درآورند، حل مسئله با رویکرد معنوی (فرایندی چندبعدی است که فقط محدود به اعمال و رفتارهای دینی-معنوی (مانند نیایش، نماز، دعا و رفتن به زیارت گاه) نیست، بلکه به‌صورت جامع و وسیع کلیه ابعاد انسان را در برمی‌گیرد، از جمله نگرش فرد نسبت به مشکل، ابعاد هیجانی و احساسی فرد، جستجوی معنا در مشکل پیش آمده، طلب تندرستی و سلامتی

یافته ها

در پژوهش حاضر در گروه کنترل ۵ نفر مجرد و ۱۰ نفر متأهل و در گروه آزمایش ۶ نفر مجرد و ۹ نفر متأهل شرکت کردند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۴/۰۶ و در گروه کنترل ۴۵/۶ بود. انحراف معیار در گروه کنترل ۶/۱۸ و گروه آزمایش ۵/۸۳ بود.

به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش از نرم‌افزار 19spss در سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره و برای بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون لوین و ام باکس استفاده شد.

جدول (۱): مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش قبل از مداخله در دو گروه

آزمون آماری t	کنترل	مداخله	گروه‌ها
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	متغیرهای پژوهش
p=۰/۴۰۳	۵۰/۸۶±۱۱/۶	۵۴/۰۶±۸/۸۵	سلامت روان
p=۰/۸۸۸	۹۲/۲۶±۹/۸۵	۹۱/۸۰±۸/۰۶	نگرش به بیماری

جدول (۲): مقایسه میانگین نمرات متغیرهای پژوهش بعد از مداخله در دو گروه

آزمون آماری t	کنترل	مداخله	گروه‌ها
	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	متغیرهای پژوهش
p=۰/۰۵	۵۳/۰۶±۱۰/۱۱	۴۵/۲۶±۸/۸	سلامت روان
p=۰/۰۰۴	۹۲±۷/۷۴	۸۳/۳۳±۷/۱۹	نگرش به بیماری

موردبررسی و متغیر کمکی (کوواریت) است. در این پژوهش پیش-آزمون‌های سلامت روان و نگرش به بیماری به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و پس‌آزمون‌های آن‌ها، به‌عنوان متغیرهای وابسته تلقی شدند. آزمون خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی کوواریانس را برآورده می‌کند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بنیادی‌ترین فرض برای تحلیل کوواریانس، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته‌ی

نگرش به بیماری (I=0/48) و همچنین آزمون خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت روان (I=0/53) معنی‌دار می‌باشند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، مفروضه خطی بودن محقق شده است. فرض دیگر عدم هم خطی چندگانه است. در این پژوهش پیش-آزمون‌های سلامت روان و نگرش به بیماری به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت) تلقی شدند. همبستگی بین پیش‌آزمون‌ها

(سلامت روان و نگرش نسبت به بیماری)، I=-0/07 می‌باشد. با توجه این مقدار، از مفروضه‌های هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای تصادفی کمکی (کوواریت‌ها)، اجتناب شده است. برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج حاصل از همگنی واریانس‌ها در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول (۳). نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
نگرش به بیماری	۱	۲۸	۰/۱۶	۰/۶۸
سلامت روان	۱	۲۸	۰/۱۲	۰/۷۲

فرض همگنی رگرسیون، یک موضوع کلیدی در کوواریانس است. لازم به توضیح است که در این پژوهش سلامت روان و نگرش به بیماری به‌عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به‌عنوان متغیرهای کمکی تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) در همه سطوح

عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری برقرار باشد. آنچه موردنظر است تعامل غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کوواریت‌ها (پیش-آزمون) می‌باشد. جدول شماره ۴، نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) را در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه کنترل) نشان می‌دهند.

جدول (۴). نتایج حاصل از آزمون شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه آزمایش و گروه کنترل)

پس‌آزمون‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
نگرش به بیماری	۴۳۰/۷۲	۲	۲۱۵/۳۶	۱/۷۷	۰/۱۳
سلامت روان	۵۹۳/۷۶	۲	۲۹۶/۸۸	۱/۶۱	۰/۱۶

چندمتغیری (مانکوا) صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

با توجه به اینکه داده‌ها، مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس را محقق می‌کنند، لذا تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس

جدول (۵). نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نگرش به بیماری و سلامت روان گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	توان آماری	معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۴۶۳	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۵۳۲	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
اثر هتینگ	۰/۸۸۱	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۸۱	۱۱/۰۱۲	۲	۲۵	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان

داشت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (نگرش نسبت به بیماری و سلامت روان) بین دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، تحلیل کوواریانس

در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول (۶). نتایج حاصل از تحلیل ANCOVA در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نگرش به بیماری و سلامت روان

بیماران مبتلا به سرطان							
متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	اندازه اثر	توان آماری	معنی‌داری
نگرش به بیماری	۴۸۸/۱۱	۱	۴۸۸/۱۱	۱۱/۹۶۴	۰/۳۱	۰/۹۱	۰/۰۰۲
سلامت روان	۵۵۱/۵۲	۱	۵۵۱/۵۲	۹/۶۱۷	۰/۲۷	۰/۸۴	۰/۰۰۵

نتایج جدول ۶، حاکی از تأثیرگذاری معنی‌دار مداخله روان‌درمانی مذهبی معنوی با تأکید بر دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه بر نگرش به بیماری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از متغیرهای نگرش به بیماری و سلامت روان تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی معنوی مذهبی با تأکید بر دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه موجب افزایش سلامت روان و نیز تقویت نگرش مثبت به بیماری در گروه آزمایش شده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روان‌درمانی مذهبی معنوی با تأکید بر دعاهاى شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه موجب تقویت نگرش مثبت به بیماری در مبتلایان به سرطان شده است که این نتیجه با یافته‌های پیشین (۱۸-۱۴) مبنی بر تأثیر مثبت آموزه‌ها و مفاهیم دینی بر نگرش به بیماری همسو است. در تبیین مطلب فوق می‌توان ذکر کرد که یکی از مشکلات شایع در مبتلایان به بیماری‌های صعب-العلاج نظیر سرطان، انکار و عدم پذیرش بیماری، منفی‌بافی و باورهای یأس‌آور نسبت به بیماری خود و هستی است. به بیان دیگر، سرطان با اختلال در نگرش ارتباط دارد (۱۲). پس در کنار درمان‌های پزشکی باید نگرش بیماران مبتلا به سرطان را در خصوص بیماری و فلسفه زندگی اصلاح نمود تا فشارهای روانی ناشی از بیماری کاهش یابد. در مداخله روان‌درمانی مذهبی-معنوی با تأکید بر اهمیت دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجادیه، پذیرش بیماری و مورد آماج قرار دادن باورها و ارزیابی‌های شناختی بیمار به‌خصوص در مورد بیماری نقش کلیدی دارد، زیرا باورها و نگرش‌های مبتلایان نسبت به بیماری خود اغلب بر چگونگی مقابله و سازگاری آن‌ها با بیماری و شرایط موجود تأثیر می‌گذارد (۲۶). در این مداخله درمانی

که پذیرش، تحمل و تفکر مثبت نسبت به بیماری از مؤلفه‌های اصلی آن است، با افزایش تفکر مثبت و امیدوارانه و درک نعمت‌های مستور در بیماری از جمله بخشش گناهان، درک فواید معنوی و اخروی بیماری، منزلت بیماری در حکمت الهی و وعده همراهی خدا با صابران^۱ نگاه به بیماری از جهان‌بینی مادی به جهان‌بینی توحیدی^۲ تغییر کرد و در سایه کسب چنین بینشی، بیمار توانست چشم‌اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامانی درد و رنج خود را ببیند و نگرش واقعی‌تری هم نسبت به بیماری خود پیدا کند و علی‌رغم اینکه قبلاً این بیماری را کشنده و ناتوان‌کننده می‌پنداشت، پس از درمان درک درست‌تری نسبت به بیماری خود پیدا کرد و به‌عنوان بخشی از زندگی خود آن را پذیرفته بود. در همین زمینه، زیلانی و سمور (۲۰۱۰) معتقدند، در نتیجه‌ی آموزش مفاهیم مذهبی و معنوی، برخی از مبتلایان بیماری خود را امتحانی الهی می‌دانند و معتقدند که بیماری آنان قسمتی از خواست و اراده خداست و به خاطر وجود چنین نگرشی می‌توانند رنج حاصل از بیماری را تحمل کنند و به فرجام بیماری خود "دید" بهتری داشته باشند (۱۸). همچنین کاظمی و شریعت‌نیا در پژوهش خود بیان می‌کنند که معنویت و آموزه‌های دینی از طریق یافتن معنای زندگی، در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان با شرایط موجود مؤثر است و مداخلات معنوی مبتنی بر دعا چون ارزیابی‌های شناختی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باعث نگرش مثبت نسبت به زندگی و بیماری خود می‌شود (۱۶). در همین زمینه، کوئینگ^۱ معتقد است در نتیجه آموزش مفاهیم دینی، پذیرش بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر سرطان در افراد راحت‌تر صورت می‌گیرد، زیرا احساس کنترل در افراد مذهبی به‌واسطه دعا افزایش می‌یابد (۵). به نظر می‌رسد بیمار با اعمالی از قبیل ذکر، دعا، نیایش سعی می‌کند در آن لحظه همه افکار و خاطره‌ها از جمله فشارها و سختی‌ها را از ذهن خود دور کند و تنها متوجه خیرخواهی و رحمت خداوند شود. احتمالاً مکانیزم این رفتار شبیه روش‌های توجه برگردانی و آرام‌سازی است که مورد استفاده

¹. Koing

برخی از روان‌درمانگران است. ولی تفاوت مهم در معنادگی و توجه به معاد و اصل توحید در رویکردی معنوی است (۱۷).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به افزایش سلامت روان در نتیجه مداخله روان‌درمانی معنوی مذهبی معنوی با تأکید بر دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده در بیماران مبتلا به سرطان در گروه مداخله در قیاس با گروه کنترل اشاره کرد که این نتیجه با یافته‌های پژوهشی پیشین (۵-۸) و (۱۰، ۱۱) همسو است. در تبیین مطلب فوق می‌توان بیان کرد که برخی بیماران مبتلا به سرطان پس از تشخیص و اطلاع از بیماری، خود را نزدیک مرگ می‌بینند و دامنه‌ای از واکنش‌ها نظیر انکار، خشم، اضطراب، افسردگی و ناامیدی ممکن است پس از شنیدن خبر ابتلا به بیماری در آنان ایجاد شود و در نتیجه امید به زندگی را از دست داده، که این مسئله آنان را بسیار آسیب‌پذیرتر می‌کند (۲۴). محتوای دعای شماره ۱۵ صحیفه سجاده به‌گونه‌ای طراحی شده که در ابتدا با پذیرش واقعیت بیماری و مواجه شدن با آن مکانیسم انکار را می‌شکند. سپس با تأکید بر مدت طولانی بهره‌مندی قبلی از سلامتی و با توجه دادن به کارکردهای مثبت بیماری از جمله بخشش گناهان، بیداری برای توبه و پاداش و جبران اخروی، واکنش خشم را خنثی می‌کند. در فرازهای دیگر دعا تسلط خداوند بر پدیده بیماری و خارج نبودن آن از حیطه قدرت خدا مورد اعتراف قرار گرفته و به‌این‌ترتیب غیرقابل کنترل بودن و غیرقابل پیش‌بینی بودن بیماری برای انسان با قدرت و آگاهی خداوند بر بیماری جبران گردیده و به‌این‌ترتیب اضطراب خنثی می‌شود. در پایان از خداوند طلب بخشش شده تا برای بخشش نیازی به تحمل سختی بیماری نباشد و فرد شایسته بهبود گردد و به‌این‌ترتیب ناامیدی بدل به امید شده و افسردگی مهار می‌شود (۶). بنابراین محتوای دعای ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده در واقع نوعی شناخت درمانی با اتکا بر واقعیات دینی است که فرایندهای مخرب روانی ناشی از مواجهه با بیماری را مهار می‌کند. به‌این‌ترتیب سطح سلامتی روانی فرد ارتقاء یافته و آنگاه با مکانیسم‌های روان‌تنی علائم جسمی نیز بهتر می‌شوند. در واقع ابعاد مختلف روان‌درمانی مذهبی - معنوی با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق - بهزیستی هیجانی بیمار ایفا نماید و مهارت‌های ایمانی نظیر ذکر، و همچنین درگیر شدن در فعالیت‌های لذت‌بخش معنوی باعث تغییرات خلقی مطلوب می‌شود. به‌علاوه انسان به هنگام دعا و نیایش، از مشکلات زندگی به خدا پناه می‌برد و با ابراز رنج و اندوه از خدا می‌خواهد که در حل مشکلات و برآوردن نیازهایش به وی کمک کند و این بازگو

کردن مشکلات سبب تخلیه هیجانی و کاهش اضطراب می‌شود و به ایجاد آرامش روحی روانی فرد کمک می‌کند. همچنین بیمار در سایه اتصال به خدا و منابع معنوی به حس قوی‌تری از امنیت دست می‌یابد و توان سازگاری او با مشکلات روانی و جسمی ناشی از بیماری به شکل کارآمدتری بالاتر می‌رود. در واقع معنویت از طریق دعا به‌عنوان ملجأ و پناهگاهی امن به زندگی بیمار معنا می‌بخشد و این همان چیزی است که هدف درمانگران می‌باشد (۲۶). کوئینگ معتقد است که هنگام دعا و نیایش ترشح هورمون‌های استرس (کورتیزول، اپی نفرین) متوقف شده و سیستم دفاعی بدن تقویت می‌شود که نتیجه این کار آرام شدن فرد است (۵). در واقع معنویت درمانی اسلامی بدون انکار واقعیت درد و رنج، با ارتقای بینش توحیدی و بازکردن پنجره‌های جدید بر افق ذهن افراد و تبیین حکمت اجزای مختلف زندگی، تحمل دردها و رنج‌های زندگی را که بخشی از واقعیت زندگی مادی است، برای بیمار تسهیل می‌کند که پیامد آن افزایش سازگاری با بیماری و سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان است.

بنابراین با توجه به پژوهش حاضر می‌توان گفت که مداخله روان‌درمانی مذهبی معنوی با تأکید بر دعا‌های شماره ۱۵ و ۲۳ صحیفه سجاده موجب افزایش سلامت و نگرش مثبت به بیماری در مبتلایان به سرطان می‌شود. به همین جهت در صورت فراهم شدن زمینه‌های مساعد می‌توان از این مداخله درمانی در قلمرو درمان‌های مکمل برای تقویت نگرش مثبت به بیماری و افزایش سلامت بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر اینکه، عدم کنترل نوع سرطان، امکان کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر نظیر وضعیت اقتصادی، اجتماعی - فرهنگی وجود نداشت، همچنین اجرای ابزارهای ساختمند و عدم کنترل دقیق پیش‌فرض‌های مذهبی و نداشتن دوره پیگیری به دلیل مشکلات خاص بیماران افراد نیز از جمله محدودیت‌های این پژوهش بوده است که پیشنهاد می‌شود این موارد در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی بالینی در دانشگاه شهید چمران اهواز است که از مسئولین مربوطه تشکر می‌شود. همچنین از مسئولین انجمن‌های حمایت از بیماران سرطانی در شهر اهواز و تمام بیمارانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نموده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

- Hojjati H, Hekmati N, Khandousti S, Mirzaali J, G A. An Investigation into the Dimensions of

- Prayer in Cancer Patients. *Relig Health* 2015;3(1): 65-72. (Persian)
2. Khodaveirdyzadeh R, Rahimi R, Rahmani A, Ghahramanian A, Kodayari N, J E. Spiritual/religious coping strategies and their relationship with illness adjustment among iranian breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016;17(8): 4095-9.
 3. Valeberg BT, EK G. Symptoms in the cancer patient–Of importance for their caregivers' quality of life and mental health? *Eur J Oncol Nurs* 2013;20(1): 46-51.
 4. Newton AT, DN M. Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *Int J Psychol Relig* 2010;20(1): 39-58.
 5. Ahmadi-Faraz M, Raeisi N, Mosavizadeh R, S G. The Impact of Spiritual Intervention Based on Quran and Prayer on Mental Health and Spiritual Health of Cancer Patients. *J Sch Med* 2014;320(32): 2454-64. (Persian)
 6. Marashi A, Sekhavatpour Z. Effectiveness of Sajjadi's 15th on the Mental Health of Cancer Patients. The 1st conference on the health of the body and soul from the perspective of the Qur'an and the sciences. Malayer; 2017. (Persian)
 7. Akhbardeh M. Role of spiritual Beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study. *Quran Med* 2017; 2 (1 and 2) :5-9.
 8. Zargani A, Nasiri M, Hekmat K, Abbaspour Z. A Survey on the Relationship between Religiosity and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Study in Iranian Muslims. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018;5(2): 217-29.
 9. Shaheen Al, Ahwal M, Al Zaben F, Sehlo MG, Khalifa DA, Koening HG. Religious beliefs, practices, and health in colorectal cancer patients in Saudi Arabia. *Psychooncology* 2016;25(3):292–9.
 10. Hamid N, Veisi S. The Effectiveness of Theology Qur'an and prayer for depression and T-cell support. *Quran Interdisciplinary Studies Journal* 2012;20(3): 27-38. (Persian)
 11. Ng GC, Mohamed S, Sulaiman AH, NZ Z. Anxiety and depression in cancer patients: the association with religiosity and religious coping. *J Relig Health* 2017;56(2): 575-90.
 12. Drake K. Quality of life for cancer patients: from diagnosis to treatment and beyond. *Nurs Manag J* 2012;43(2): 20-5.
 13. Khalid A, Aslam N. Psychological distress among patients with epilepsy. *Indian J Psychol Med* 2011;33(1): 45-60.
 14. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016;25(6): 961-9.
 15. Balboni MJ, Babar A, Dillinger J, Phelps AC, George E, Block SD, et al. "It depends": viewpoints of patients, physicians, and nurses on patient-practitioner prayer in the setting of advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(5): 836-47.
 16. Karimi M, Shariatniya K. The Effectiveness of Spirituality Therapy on the Quality of Life of Cancer Women in Tehran. *J Urmia Nurs Midwifery* 2017;15(2): 106-18. (Persian)
 17. Yaghubi H, Faramarzi S. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Spiritual Therapy with Emphasis on Islamic teachings on Anxiety Reduction. *J Res Behav Sci* 2012;10(2): 99-108. (Persian)
 18. Zeilani R, JE S. Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: a narrative study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(3): 175-84.
 19. Jafari N, Farajzadegan Z, Zamani A BF, Emami H, Loghmani A. Spiritual therapy to improve the

- spiritual well-being of Iranian women with breast cancer: a randomized controlled trial. *J Evid Based Complementary Altern Med* 2013;2(1): 11-9.
20. Kellner R. Abridged manual of the illness attitude scales. University of New Mexico, Department of Psychiatry, School of Medicine; 1987. P. 20-39.
21. Ghorbanalipour M, M M. The effectiveness of control and assurance in reducing anxiety disorder. *J Clinic Psycho*. 2016;8(3): 89-97. (Persian)
22. Atrifard M, Shaeiri M. Factor making and psychometric properties of feedback scale in relation to IAS in Iranian samples. *J Danesh Univer Med Sci* 2006;1(16): 11-7. (Persian)
23. Goldberg DP, Hiller VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *J Psycho Med* 1979;9(1): 139-45.
24. Farahani M, Zarh Z, Ghorbani M. Impact of prayer on the mental health of nursing students. *J Complement Med* 2012;2(2): 135-47. (Persian)
25. Ansariyan H. Commentary on SahifehSajjadiyeh. Tehran: Azadi Publishing; 2006. (Persian)
26. Yektayi M. Pleasure of illness in the light of the wisdom of illness from the perspective of SahifehSajjadiyeh. *J Daneshr Med*. 2011;18(12): 1-9. (Persian)
27. Ghahari S, Bolhari J. Spiritual coping strategies for cancer patients. Tehran: Roshd Publishing; 2017. (Persian)

THE EFFICACY OF SPIRITUAL / RELIGIOUS PSYCHOTHERAPY – EMPHASIZING THE IMPORTANCE OF 15TH AND 23TH PRAYERS OF SAHIFEHSAJJADIYEH- ON MENTAL HEALTH AND ATTITUDE TOWARD DISEASE IN CANCER PATIENTS

Ali Sharifi Rigi¹, Sayad Ali Marashi^{*2}, Najmeh Hamid³

Received: 02 Nov, 2017; Accepted: 10 Feb, 2018

Abstract

Background & Aims: Cancer has a negative impact on the various aspects of life in patients with cancer in varying degrees. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of religious-spiritual psychotherapy with emphasis on the importance of prayers No. 15 and 23 of SahifehSajjadiyeh on the attitude toward illness and mental health in cancer patients in Ahvaz city.

Material & Methods: In a pre-test-post-test design with control group, 30 cancer patients in Ahvaz were selected using available sampling method and randomly assigned to two intervention and control groups (each group consisted of 15 subjects). The intervention group received 6 sessions (weekly 2 sessions) of 90 minutes religious-spiritual psychotherapy intervention with emphasis on the importance of prayers No. 15 and 23 of SahifehSajjadiyeh. The instruments used were Goldberg and Hillier mental health questionnaire and the Illness Attitude Scales (IAS) of Kellner, completed in two stages before and end of intervention. Descriptive statistics were used to analyze the data and to determine the significance level, the test ANOVA, ($p < 0.01$) was used.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that spiritual / religious psychotherapy - emphasizing the importance of 15th and 23th prayers of SahifehSajjadiyeh-increased mental health ($P < 0/005$) and positive attitude toward illness ($P < 0/002$) in cancer patients of the experimental group in comparison to the control group in post-test.

Conclusion: Considering the positive effect of this intervention on improving mental health and also strengthening the positive attitude toward illness, this intervention can be appropriate for cancer patients along with other treatments and could be used as a treatment approach in hospitals and counseling centers.

Keywords: spiritual / religious psychotherapy, health mental, attitude toward disease, cancer patients

Address: Faculty of psychology and educational sciences, Ahvaz shahid chamran University

Tel: (+98) 9161113515

Email: sayedalimarashi@scu.ac.ir

¹ M.Sc. Clinical psychology, Ahvaz shahid chamran University, Ahvaz, Iran

² Assistant Professor of psychologys, Ahvaz shahid chamran University, Ahvaz, Iran (Corresponding Author)

³ Associate professor of psychology, Ahvaz shahid chamran University, Ahvaz, Iran