Iranian Journal of Breast Diseases. 2026; 19(2):38-52

Original Article

Comparing the Effectiveness of Spiritual Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety about Illness and Body Image in Women Recovered from Breast Cancer

Sheyda Rasouli Azad[1], Farah Lotfi Kashani[2]✉, Shahram Vaziri[2]

[1]Department of Health Psychology, RO.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran
[2]Department of Clinical Psychology, TMS, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Women who have recovered from breast cancer may continue to experience persistent psychological consequences even after completing medical treatment. Worry about illness recurrence and body image disturbance are among the most common psychological problems in this population and may adversely affect quality of life, psychological adjustment, and social functioning. Therefore, identifying effective psychological interventions for these women is of considerable clinical importance. The present study aimed to compare the effectiveness of Spiritual Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on worry about illness and body image in women recovered from breast cancer.

Methods: This interventional study used a semi-experimental pretest-posttest design with two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of women aged 30-50 years who had recovered from breast cancer and whose recovery had been confirmed by a specialist physician within the previous 1-4 years. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: Cognitive-Behavioral Therapy, Spiritual Therapy, and control (15 participants per group). Data were collected using the Penn State Worry Questionnaire and Cash's Body Image Disturbance Questionnaire. The two intervention groups each received eight weekly 90-minute sessions, while the control group received no intervention during the study period. Data were analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance in SPSS version 26, with the significance level set at 0.05.

Results: The findings showed that both Cognitive-Behavioral Therapy and Spiritual Therapy significantly reduced worry about illness and improved body image compared with the control group. After controlling for pretest scores, a significant difference was observed among the groups in worry about illness ($F=45.04$, $P<0.001$, $\eta^2=0.68$, Power=1.000). Bonferroni post hoc comparisons indicated that both intervention groups differed significantly from the control group, whereas the difference between Cognitive-Behavioral Therapy and Spiritual Therapy was not statistically significant. Regarding body image, a significant difference was also observed among the groups ($F=15.03$, $P<0.001$, $\eta^2=0.33$, Power=1.000). Both interventions were more effective than the control group, and Spiritual Therapy showed greater improvement in some dimensions of body image disturbance.

Conclusion: The results suggest that both Cognitive-Behavioral Therapy and Spiritual Therapy can be beneficial psychological interventions for women recovered from breast cancer. These approaches may help reduce worry about illness and improve body image. The patient's predominant psychological concerns may therefore guide the choice of intervention; however, further studies with larger samples and follow-up assessments are needed to clarify the comparative effectiveness and long-term outcomes of these interventions.

Keywords: Spiritual Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Worry about Illness, Body Image, Breast Cancer

Received: 2026/01/31
Accepted: 2026/05/31

***Corresponding Author:**
f.lotfi@iau.ir

Ethics Approval:
IR.IAU.R.REC.1402.008

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

Copyright © 2026 Rasouli Azad et al. Published by Breast Cancer Research Center, ACECR
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Introduction

Breast cancer is one of the most common cancers among women worldwide and remains a major public health concern because of its high incidence and broad health-related consequences (1). Recent cancer statistics also indicate that breast cancer continues to be one of the leading cancers affecting women, which highlights the importance of survivorship care (2).

Despite advances in diagnosis and treatment, many women who survive breast cancer continue to experience psychological difficulties after completing medical treatment. Fear or worry about cancer recurrence is one of the most frequently reported psychological concerns among cancer survivors (3). This concern may develop from a normal response to cancer into a clinically significant problem when it becomes persistent, intrusive, and difficult to control (4). Worry about recurrence may also be accompanied by heightened attention to bodily symptoms and threatening interpretations of physical changes (5).

Body image disturbance is another important psychological issue among women who have recovered from breast cancer. Cancer and its treatments may alter physical appearance and bodily functioning, which can negatively affect body image (6). Difficulties related to body image may influence emotional adjustment, interpersonal relationships, sexuality, and overall quality of life in adult cancer patients (7).

Psychological interventions can play an important role in helping patients adjust to these challenges. Cognitive-Behavioral Therapy focuses on identifying and modifying dysfunctional thoughts, emotional responses, and maladaptive behaviors (8). Evidence from meta-analytic reviews supports the efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy across a range of psychological problems (9). In the context of illness-related worry, Cognitive-Behavioral Therapy may help patients modify catastrophic interpretations of bodily sensations and improve coping strategies.

Spiritual Therapy may also be useful for women recovering from breast cancer. Spiritual and religious factors have been associated with health-related outcomes in cancer patients (10). Interventions focused on spiritual well-being may help cancer patients through meaning-making, hope, acceptance, and psychological adjustment (11).

Although both Cognitive-Behavioral Therapy and Spiritual Therapy may be beneficial for women recovered from breast cancer, comparative studies examining their effectiveness on worry about illness and body image remain limited. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of Spiritual Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on worry about illness and body image in women recovered from breast cancer.

Materials and Methods

The present study was an interventional study with a semi-experimental pretest-posttest design including two experimental groups and one control group. The statistical population consisted of women aged 30-50 years who had recovered from breast cancer and had been referred to medical centers in Tehran. According to a specialist physician, participants had experienced recovery from breast cancer within the previous 1-4 years.

The sample consisted of 45 eligible women who were selected through convenience sampling and then randomly assigned to three groups: Cognitive-Behavioral Therapy, Spiritual Therapy, and a control group. Each group included 15 participants. Inclusion criteria included age between 30 and 50 years, a minimum educational level of a high school diploma, recovery from breast cancer within the past 1-4 years, absence of severe psychiatric disorders, and willingness to participate in the study. Exclusion criteria included absence from more than three intervention sessions, development of an acute physical or

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

psychological condition during the study, and initiation of a new psychiatric medication.

At the pretest stage, all participants completed the Penn State Worry Questionnaire and Cash's Body Image Disturbance Questionnaire. The Cognitive-Behavioral Therapy group and the Spiritual Therapy group then participated in eight weekly 90-minute intervention sessions. The control group received no intervention during the study period. After completion of the intervention sessions, the posttest was administered to all three groups.

Ethical considerations were observed throughout the study. Written informed consent was obtained from all participants. Confidentiality of information was ensured. Participants were informed that they could withdraw from the study at any time. The study was approved by the Research Ethics Committee with the code IR.IAU.R.REC.1402.008. Data were analyzed using univariate and multivariate analysis of covariance in SPSS version 26. The significance level was set at 0.05.

Results

Data from 45 women who recovered from breast cancer, aged between 30 and 50 years, were analyzed. The mean age of participants was 48.4±3.8 years in the Cognitive-Behavioral Therapy group, 43.7±3.6 years in the Spiritual Therapy group, and 45.5±4.3 years in the control group. These findings indicated relative homogeneity among the groups with respect to age.

Descriptive findings showed that the mean scores of worry about illness and body image were relatively similar across the three groups at the pretest stage. At the posttest stage, the mean scores of worry about illness decreased in both experimental groups. No considerable change was observed in the control group.

The results of analysis of covariance showed that, after controlling for pretest scores, there was a significant difference among the three groups in worry about illness: $F=45.04$, $P<0.001$, $\eta^2=0.68$, Power=1.000. Bonferroni post hoc comparisons indicated that Cognitive-Behavioral Therapy significantly reduced worry about illness compared with the control group. Bonferroni post hoc comparisons also indicated that Spiritual Therapy significantly reduced worry about illness compared with the control group. The difference between the Cognitive-Behavioral Therapy group and the Spiritual Therapy group was not statistically significant.

Regarding body image, the results of analysis of covariance showed a significant difference among the groups after controlling for pretest scores: $F=15.03$, $P<0.001$, $\eta^2=0.33$, Power=1.000. Cognitive-Behavioral Therapy significantly improved body image compared with the control group. Spiritual Therapy also significantly improved body image compared with the control group. The Spiritual Therapy group showed greater improvement in some dimensions of body image disturbance.

Table 1: Summary of the main statistical and comparative findings

Variable	Statistical result	Effect size	Comparative finding
Worry about illness	F=45.04, P<0.001	$\eta^2=0.68$, Power=1.000	Both interventions significantly reduced worry about illness relative to the control group; no significant difference was observed between the two intervention groups.
Body Image	F=15.03, P<0.001	$\eta^2=0.33$, Power=1.000	Both interventions significantly improved body image relative to the control group; Spiritual Therapy showed greater improvement in some dimensions of body image disturbance

Discussion

The findings of the present study showed that both Cognitive-Behavioral Therapy and Spiritual Therapy were effective in reducing worry about illness among women who had recovered from breast cancer.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

These findings are consistent with previous evidence indicating that fear of cancer recurrence is a common and clinically important concern among cancer survivors (3). Fear or worry about recurrence may become problematic when it is persistent, distressing, and associated with impaired functioning (4).

Cognitive-Behavioral Therapy may reduce illness-related worry by targeting maladaptive thoughts and interpretations related to bodily sensations. Cognitive-Behavioral Therapy is based on the assumption that dysfunctional thoughts and beliefs influence emotional distress and behavioral responses (8). Meta-analytic evidence also supports the general efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for psychological difficulties (9). Therefore, in women recovered from breast cancer, this approach may help reduce threatening interpretations of bodily symptoms and improve coping with health-related concerns.

The findings also showed that both interventions improved body image. Body image problems are common among cancer patients and may be related to treatment-related physical changes (6). These difficulties can affect emotional well-being, interpersonal functioning, and quality of life (7).

Spiritual Therapy may contribute to improvement in body image by helping patients find meaning in illness-related experiences and accept bodily changes. Spirituality has been associated with physical and psychological health-related outcomes in cancer patients (10). Spiritual well-being interventions may also support adjustment through hope, meaning-making, acceptance, and inner peace (11). In the present study, Spiritual Therapy showed greater improvement in some dimensions of body image disturbance, which may be related to its emphasis on acceptance, meaning, and reconstruction of attitudes toward the body.

However, these explanatory interpretations should be considered with caution. Mediating variables such as catastrophic thinking, coping styles, spiritual coping, and acceptance of bodily changes were not directly measured in this study. Therefore, future studies should examine these possible mechanisms more directly.

Several limitations should also be noted. The relatively small sample size and the use of convenience sampling may limit the generalizability of the findings. The lack of follow-up assessment also limits conclusions about the long-term stability of the intervention effects. Future studies with larger samples, randomized sampling methods, and longitudinal follow-up designs are recommended.

Conclusion

The results of this study suggest that both Cognitive-Behavioral Therapy and Spiritual Therapy can be useful psychological interventions for women who have recovered from breast cancer. These interventions may help reduce worry about illness and improve body image. The selection of intervention may be guided by the patient's primary psychological concerns and therapeutic goals. Further research with larger samples and follow-up assessments is needed to clarify the comparative effectiveness and long-term outcomes of these therapeutic approaches.

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660.
2. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(1):17-48. doi:10.3322/caac.21763.
3. Cincidda C, Pizzoli SFM, Pravettoni G, Castelnuovo G. Fear of cancer recurrence: A systematic review of psychological interventions. Front

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

Psychol. 2022; 13:836017. doi:10.3389/fpsyg. 2022.836017.
4. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Thewes B, Prins J, Dinkel A, et al. From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2016;24(8):3265-8. doi:10.1007/s00520-016-3272-5.
5. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation. J Cancer Surviv. 2009;3(1):1-11. doi:10.1007/s11764-008-0072-y.
6. Sebri V, Durosini I, Triberti S, Pravettoni G, Castelnuovo G. Body image disorders in cancer patients: A systematic review. Support Care Cancer. 2021;29(6):2509-23. doi:10.1007/s00520-020-05788-5.
7. Fingeret MC, Teo I, Epner DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. J Clin Psychol Med Settings. 2014;21(4):309-23. doi:10.1007/s10880-014-9418-6.
8. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
9. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2012;36(5):427-40. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
10. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. Cancer. 2015;121(21):3760-8. doi:10.1002/cncr.29353.
11. Bouwhuis-Van Keulen M, Vertommen T, van den Akker O. Spiritual well-being interventions in cancer care: A systematic review and meta-analysis. Psychooncology. 2024;33(1):12-25. doi:10.1002/pon.6234.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

مقاله‌پژوهشی

مجله علمی
بیماری‌های پستان ایران
۱٤۰۵؛۱۹(۲):۳۸-۵۲

مقایسه اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی–رفتاری بر نگرانی درباره بیماری و تصویر بدن در زنان بهبود یافته از سرطان پستان

شیدا رسولی آزاد[۱]، فرح لطفی کاشانی[۲]✉، شهرام وزیری[۲]

[۱]گروه روانشناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
[۲]گروه روانشناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: بازماندگان سرطان پستان، حتی پس از دریافت تشخیص بهبودی، با پیامدهای روان‌شناختی پایداری از جمله نگرانی درباره عود بیماری و آشفتگی تصویر بدن مواجه‌اند که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به‌طور معناداری کاهش دهد. شناسایی مداخلات روان‌شناختی مؤثر و مقایسه اثربخشی آن‌ها در این گروه از بیماران، از اولویت‌های بالینی و پژوهشی محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی درباره بیماری و تصویر بدن در زنان بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای با طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری، با توجه به آمار وزارت بهداشت، شامل زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله بهبود یافته از سرطان پستان بود که طی ۱ تا ۴ سال گذشته از سوی پزشک متخصص تشخیص بهبودی دریافت کرده بودند. ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی–رفتاری (۱۵ نفر)، معنویت‌درمانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه آشفتگی تن‌انگاره کش و کاتلین فیلیپس (۱۹۹۹) و پرسشنامه نگرانی مولینا و بورکوویک (۱۹۹۴) بود. مداخلات در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس یک و چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله معنویت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار نگرانی درباره بیماری و بهبود تصویر بدن شدند ($P<0.05$). اثر گروه بر نگرانی درباره بیماری معنادار بود ($F=45.04$)، اما تفاوت بین دو گروه مداخله از نظر آماری معنادار نبود. همچنین اثر گروه بر تصویر بدن نیز معنادار بود ($F=15.03$) و معنویت‌درمانی در برخی ابعاد تصویر بدن بهبود بیشتری نشان داد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد هر دو رویکرد درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی می‌توانند به‌عنوان مداخلات مؤثر روان‌شناختی در ارتقای سلامت روان زنان بهبود یافته از سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرند. به نظر می‌رسد انتخاب مداخله درمانی می‌تواند بر اساس نیاز غالب بیماران، به‌ویژه نگرانی درباره بیماری یا مشکلات مرتبط با تصویر بدن، به‌صورت هدفمند انجام شود.

واژه‌های کلیدی: معنویت درمانی، درمان شناختی-رفتاری، نگرانی درباره بیماری، تصویر بدن، سرطان پستان

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۱۱/۱۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۳/۱۰

✉ **نویسنده مسئول:**
f.lotfi@iau.ir

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان محسوب می‌شود و روند بروز آن در دهه‌های اخیر به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته است. بر اساس گزارش‌های جهانی، در سال ۲۰۲۰ بیش از ۲/۳ میلیون مورد جدید سرطان پستان در زنان شناسایی شده است که این بیماری را به شایع‌ترین سرطان در میان زنان تبدیل می‌کند (۱). در مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده در ایران نیز، سرطان پستان به‌عنوان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان، به‌ویژه در مناطق شمال غرب کشور، گزارش شده است که این موضوع اهمیت توجه به پیامدهای جسمانی و روان‌شناختی این بیماری را ضروری ساخته است (۲). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در تشخیص و درمان، پیامدهای روان‌شناختی این بیماری همچنان یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت محسوب می‌شود.

افزایش میزان بقا در زنان مبتلا به سرطان پستان موجب شده است که تمرکز پژوهش‌ها از صرف درمان جسمانی به بررسی کیفیت زندگی و پیامدهای روان‌شناختی پس از درمان معطوف شود. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که زنان بهبود یافته از سرطان پستان با مشکلات روان‌شناختی پایدار از جمله اضطراب، افسردگی، ترس از عود بیماری و نارضایتی از تصویر بدن مواجه هستند که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به‌طور معناداری کاهش دهد (۳). ترس از عود سرطان، به‌ویژه در سال‌های پس از پایان درمان، یکی از شایع‌ترین نگرانی‌های این بیماران است و می‌تواند حتی در غیاب نشانه‌های بالینی بیماری ادامه یابد (۴). این ترس با افزایش اضطراب، کاهش سازگاری روان‌شناختی و افت کیفیت زندگی همراه است (۵).

در کنار نگرانی از عود بیماری، اختلال در تصویر بدن یکی دیگر از پیامدهای مهم روان‌شناختی سرطان پستان محسوب می‌شود. تصویر بدن به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی شامل مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری تعریف می‌شود که نقش مهمی در سلامت روان و سازگاری فردی ایفا می‌کند (۶). تغییرات جسمانی ناشی از جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی می‌تواند موجب نارضایتی از تصویر بدن و افزایش مشکلات روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شود (۷). مطالعات نشان داده‌اند که تغییر در طرحواره‌های مربوط به جذابیت بدنی و ظاهر، با افزایش اضطراب و کاهش سازگاری روان‌شناختی همراه است (۸). همچنین، زنانی که اهمیت بیشتری برای ظاهر جسمانی خود قائل هستند، در برابر این تغییرات آسیب‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند (۹).

نگرانی از عود سرطان به‌عنوان ترس یا دغدغه مداوم نسبت به بازگشت یا پیشرفت بیماری تعریف می‌شود (۱۰). اگرچه این نگرانی واکنشی منطقی به تهدید واقعی سرطان محسوب می‌شود، اما در سطوح بالا می‌تواند منجر به اختلال در عملکرد فردی، اجتماعی و روانی شده و پیامدهای منفی گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشد (۱۱). ازاین‌رو، شناسایی و مداخله مؤثر در این حوزه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

با توجه به تمرکز غالب نظام‌های مراقبت سلامت بر جنبه‌های جسمانی سرطان و توجه محدود به پیامدهای روان‌شناختی، استفاده از مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد ضروری به نظر می‌رسد. در این میان، معنویت‌درمانی به‌عنوان یک مداخله مکمل، با تقویت معنا، امید و منابع درونی می‌تواند به کاهش اضطراب و نگرانی از عود بیماری کمک کند (۱۲). شواهد پژوهشی نقش تمرینات معنوی را در کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأیید کرده‌اند (۱۳). همچنین، این رویکرد از طریق تغییر نگرش نسبت به بیماری و تقویت پیوندهای معنوی، سازگاری روان‌شناختی بیماران را بهبود می‌بخشد (۱۴،۱۵). درمان شناختی-رفتاری نیز یکی از رویکردهای اثربخش مبتنی بر شواهد است که با شناسایی و اصلاح افکار منفی و غیرمنطقی مرتبط با بیماری، می‌تواند به کاهش نگرانی از عود و اضطراب سلامت کمک کند (۱۶). استفاده از تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و حل مسئله، موجب کاهش استرس و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران می‌شود (۱۷،۱۸). علاوه بر این، درمان شناختی-رفتاری از طریق اصلاح نگرش نسبت به تغییرات جسمانی می‌تواند به بهبود تصویر بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان کمک کند (۱۹،۲۰).

با وجود شواهد موجود درباره اثربخشی هر یک از این مداخلات، پژوهش‌های مقایسه‌ای اندکی به بررسی همزمان تأثیر معنویت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر نگرانی از بیماری و تصویر بدن در زنان بهبود یافته از سرطان پستان پرداخته‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی بر نگرانی درباره بیماری و تصویر بدن در زنان بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دارای دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل است. با توجه به اینکه نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی انجام نشد، اما گمارش آزمودنی‌ها به گروه‌ها به‌صورت تصادفی صورت گرفت، طرح پژوهش در زمره‌ی مطالعات نیمه‌آزمایشی قرار می‌گیرد.

جامعه آماری شامل زنان بزرگسال با دامنه‌ی سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده و طبق نظر پزشک متخصص، طی ۱ تا ۴ سال گذشته بهبود کامل از سرطان پستان یافته بودند. انتخاب این دامنه سنی بر اساس آمارهای اپیدمیولوژیک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با هدف همخوانی بیشتر با ویژگی‌های جمعیت بالینی زنان بهبود یافته از سرطان پستان انجام شد.

روش نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و از میان افراد واجد ملاک‌های ورود به پژوهش انجام شد. بدین ترتیب، از میان زنان بهبودیافته از سرطان پستان که به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند، افرادی انتخاب شدند که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و امکان همکاری منظم، حضور مستمر در جلسات درمانی و تکمیل مراحل پژوهش برای آنان فراهم بود. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان، گمارش آنان به سه گروه درمان شناختی–رفتاری، معنویت‌درمانی و کنترل به‌صورت تصادفی انجام شد. این روش با توجه به ماهیت مداخله‌ای مطالعه، محدود بودن جامعه هدف و لزوم پیگیری بالینی شرکت‌کنندگان، مناسب تشخیص داده شد.

حجم نمونه شامل ۴۵ نفر بود که بر اساس جدول مورگان و استیونز (۱۹۹۶) و با در نظر گرفتن سطح خطای ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و احتمال ریزش آزمودنی‌ها (سرمد و همکاران، ۱۳۹۵) تعیین شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آن‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (هرکدام ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. این حجم نمونه با توجه به ماهیت نیمه‌آزمایشی طرح و نتایج مطالعات مشابه، از کفایت آماری لازم برای تشخیص تفاوت‌های معنادار بین گروه‌ها برخوردار بود.

در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های نگرانی مولینا و بورکوویک (۱۹۹۴) و آشفتگی تن‌انگاره کش و کاتلین فیلیپس (۱۹۹۹) به‌عنوان پیش‌آزمون بین هر سه گروه توزیع گردید. سپس گروه آزمایش اول تحت درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت معنویت‌درمانی قرار گرفتند. هر یک از مداخلات طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی برگزار شد و گروه کنترل در این فاصله هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون‌ها از سه گروه مجدداً به عمل آمد. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان پژوهش، مداخلات درمانی برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز اجرا شد.

معیارهای ورود به پژوهش شامل:

۱- نداشتن سابقه‌ی اختلالات شدید روان‌پزشکی (مانند اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی) بر اساس سوابق پرونده‌ی پزشکی

۲- دارا بودن سن ۳۰ تا ۵۰ سال و تحصیلات حداقل دیپلم

۳- گذشت ۱ تا ۴ سال از بهبودی سرطان پستان

۴- رضایت آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش

معیارهای خروج از پژوهش شامل:

۱- غیبت بیش از سه جلسه درمانی

۲- ابتلا به هرگونه بیماری حاد جسمی یا روانی یا شروع درمان دارویی جدید در طول اجرای پژوهش

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ)

این پرسشنامه ۱۶ گویه‌ای توسط مولینا و بورکوویک در سال ۱۹۹۴ (۲۱) برای ارزیابی خصیصه نگرانی و به دست آوردن ویژگی‌های افراطی، فراگیر و کنترل ناپذیر نگرانی آسیب شناختی تدوین شده است که روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای از یک (به هیچ وجه) تا پنج (بسیار زیاد) پاسخ داده می‌شود که مجموع نمرات آن از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت نگرانی بیشترست. اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۶-۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی دو تا ده هفته‌ای آن ۰/۷۴–۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران، شیرین‌زاده دستگردی و همکاران (۲۲) اعتبار همسانی درونی آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و اعتبار بازآزمایی چهار هفته‌ای را ۰/۷۷ گزارش کردند. در پژوهش حاضر اعتبار همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. از آنجا که نگرانی، یک متغیر پنهان در این پژوهش بود، متغیرهای آشکار آن بر اساس دسته‌بندی گونه‌ها ایجاد شد. چهار متغیر آشکار نگرانی عبارتند از: ۱) تمایل نداشتن به نگرانی، ۲) همیشه

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

نگران بودن، ۳) عدم توانایی در کنترل و توقف نگرانی و ۴) موقعیت‌های نگران کننده.

پرسشنامه آشفتگی تن‌انگاره کش (BIDQ)

این پرسشنامه توسط توماس کش و کاتلین فیلیپس در سال ۱۹۹۹ بر اساس اصلاح پرسشنامه‌ی اختلال بد شکلی بدن فیلیپس تهیه شده است (۲۳). این پرسشنامه آشفتگی تن‌انگاره کش، هفت مقیاس شامل نگرانی‌های مربوط به ظاهر، اشتغال ذهنی با نگرانی‌ها، تجارب حاصل از پریشانی هیجانی، اختلال در عملکردهای اجتماعی، شغلی و سایر فعالیت‌های مهم، تداخل با زندگی اجتماعی، تداخل با عملکرد در مدرسه، شغل یا سایر وظایف مهم و اجتناب رفتاری است. در این پرسشنامه، پنج آیتم فرعی دیگر که شامل سوالات باز پاسخ هستند برای شفاف سازی پاسخ‌ها کمک می‌کند و می‌تواند در حیطه‌ی بالینی یا تحقیقات کیفی مفید باشد. به گزارش کش و گراسو این ابزار از انسجام درونی با ضریب آلفای ۰/۹۰ در جمعیت زنان، ۰/۸۸ در جمعیت بالینی مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، ۰/۹۲ در جمعیت بالینی مبتلا به بی اشتهایی روانی و ۰/۹۰ در افراد مبتلا به بولیمیا و از پایایی ۰/۸۸ برخوردار است (۲۴). این پرسشنامه در ایران توسط کاشانی و همکاران اعتباریابی و ترجمه شده است. شاخص روایی محتوا ۰/۰۸ بود. مقدار پایایی از طریق سنجش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۰۸۶ به دست آمد. نمره بالاتر نشان دهنده آشفتگی بیشترست. پایایی خرده مقیاسهای این پرسشنامه به شیوه‌ی باز آزمایی برای نگرانی‌های مربوط به ظاهر (۰/۷۴۶)، اشتغال ذهنی با نگرانی‌ها (۰/۷۵۸)، تجارب حاصل از پریشانی هیجانی (۰/۸۰۱)، اختلال در عملکردهای اجتماعی، شغلی و سایر فعالیتهای مهم (۰/۷۹۰)، تداخل با زندگی اجتماعی (۰/۸۰۳)، تداخل با عملکرد در مدرسه، شغل یا سایر وظایف مهم (۰/۷۹۷) و اجتناب‌های رفتاری (۰/۸۴۷) بدست آمد.

پروتکل درمان شناختی-رفتاری

درمان شناختی-رفتاری براساس پروتکل کلارک و همکاران (۲۵) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار و به مدت دو ماه اجرا شد. محتوای جلسات شامل آموزش رابطه افکار، هیجانات و رفتار، شناسایی افکار ناکارآمد، اصلاح باورهای منفی، آموزش مهارت حل مسئله و افزایش سازگاری روان‌شناختی بود.

جدول۱: خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

Table 1: Summary of Cognitive-Behavioral Therapy Sessions

Session	Session Content
First session	Introduction of participants to one another, overview of the session structure, relevant rules and regulations, explanation of the procedure, introduction to breast cancer, and administration of the pretest
Second session	Increasing awareness of the cognitive-behavioral therapeutic approach
Third session	Explaining the relationship between automatic thoughts and emotions, identifying distorted automatic thoughts during sessions, and challenging these thoughts
Fourth session	Exploring distressing thoughts and emotions, identifying stressful situations for the participant, and teaching how to use the daily record of dysfunctional automatic thoughts
Fifth session	Familiarizing the patient with negative schemas and presenting strategies for modifying beliefs
Sixth session	Familiarizing and training the patient regarding cognitive logical errors in different situations, and identifying and challenging maladaptive core and underlying assumptions
Seventh session	Teaching and practicing problem-solving skills, and preparing a new list of schemas and new adaptive assumptions
Eighth session	Teaching the technique of valuing happiness and administering the posttest

پروتکل معنویت درمانی

مداخله معنویت درمانی با اقتباس از الگوی ریچارد و همکاران (۲۰۰۷) در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک‌بار اجرا شد. این پروتکل بر خودآگاهی معنوی، کشف معنا، ارتباط با خداوند، بخشش، توکل، شکرگزاری و کاهش اضطراب وجودی تمرکز داشت. جلسات توسط پژوهشگری آموزش‌دیده در حوزه معنویت‌درمانی برگزار شد و از کاربرگ‌ها و محتوای آموزشی کمک گرفته شد و در هر جلسه سعی بر رفع ابهامات و پاسخ به سوال‌های احتمالی از سوی درمانگر وجود داشت.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

جدول۲: خلاصه جلسات معنویت درمانی

Table 2: Summary of Spiritual Therapy Sessions

Session	Session Content
First session	Introduction of participants to one another, overview of the session structure, relevant rules and regulations, explanation of the procedure, introduction to breast cancer, and administration of the pretest
Second session	Increasing awareness of the cognitive-behavioral therapeutic approach
Third session	Explaining the relationship between automatic thoughts and emotions, identifying distorted automatic thoughts during sessions, and challenging these thoughts
Fourth session	Exploring distressing thoughts and emotions, identifying stressful situations for the participant, and teaching how to use the daily record of dysfunctional automatic thoughts
Fifth session	Familiarizing the patient with negative schemas and presenting strategies for modifying beliefs
Sixth session	Familiarizing and training the patient regarding cognitive logical errors in different situations, and identifying and challenging maladaptive core and underlying assumptions
Seventh session	Teaching and practicing problem-solving skills, and preparing a new list of schemas and new adaptive assumptions
Eighth session	Teaching the technique of valuing happiness and administering the posttest

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه بشکل کتبی، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. همچنین زمان شرکت در پژوهش، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی مختار بودند. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.R.REC.1402.008 است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

به‌منظور بررسی اثر مداخلات، از تحلیل کوواریانس یک‌متغیره برای هر متغیر وابسته و تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی هم‌زمان متغیرها استفاده شد. پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون‌ها پیش از انجام تحلیل‌ها بررسی و تأیید شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری آزمون ها 0.05 در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

در این پژوهش، داده‌های مربوط به ۴۵ زن با دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال که در سال ۱۴۰۳ به بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کرده و از جانب پزشک متخصص طی یک تا ۴ سال گذشته، تشخیص بهبود از سرطان پستان دریافت کردند، مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی-رفتاری ۴۸/۴ سال با انحراف معیار ۳/۸، در گروه معنویت‌درمانی ۴۳/۷ سال با انحراف معیار ۳/۶ و در گروه کنترل ۴۵/۵ سال با انحراف معیار ۴/۳ بود که نشان‌دهنده همگنی نسبی گروه‌ها از نظر سن است.

بررسی شاخص‌های توصیفی که در جدول ۳ آورده شده است، نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات نگرانی درباره بیماری و مؤلفه‌های تصویر بدن در سه گروه در دامنه‌ای نسبتاً مشابه قرار داشت. در مرحله پس‌آزمون، کاهش میانگین نمرات نگرانی درباره بیماری و اغلب مؤلفه‌های تصویر بدن در هر دو گروه آزمایشی مشاهده شد، در حالی که در گروه کنترل تغییر معناداری مشاهده نگردید. این الگو حاکی از اثربخشی اولیه مداخلات درمانی است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌ها

Table 3: Descriptive Indices of the Research Variables Across Groups

		Group								
		Spiritual Therapy			Cognitive-Behavioral Therapy			Control		
		Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N
Worry about illness	Pretest	44.6	3.3	15	45.7	3.1	15	42.7	3.5	15
	Posttest	33.1	4.1	15	31.5	4.8	15	42.6	2.5	15
Appearance-related concerns	Pretest	43.2	3.5	15	43.2	4.1	15	41.8	2.8	15
	Posttest	29.9	3.4	15	31.6	3.5	15	41.2	2.3	15
Preoccupation with concerns	Pretest	21.3	3.1	15	23.2	3.1	15	21.4	2.9	15
	Posttest	20.7	3.4	15	22.6	3.2	15	20.3	2.7	15
Emotional distress experiences	Pretest	32.1	3.1	15	31.2	2.5	15	3.06	4.1	15
	Posttest	36.2	3.4	15	34.3	2.5	15	30.6	4.1	15
Impairment in social, occupational, and other important activities	Pretest	20.8	1.5	15	21.1	1.6	15	19.8	2.4	15
	Posttest	15.5	1.8	15	17.6	1.7	15	20	2.3	15
Interference with social life	Pretest	19.1	0.74	15	19.1	0.84	15	18.6	0.7	15
	Posttest	13.8	0.75	15	13.9	0.85	15	18.4	0.6	15
Interference with school, work, or other important duties	Pretest	23.5	1.2	15	23.5	1.4	15	23.6	1.3	15
	Posttest	18.8	1.6	15	19.1	1.3	15	22.9	1.5	15
Behavioral avoidance	Pretest	23.7	1.3	15	24	1.7	15	25.8	0.9	15
	Posttest	18.1	1.4	15	18	1.5	15	25.3	1.1	15

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش (میانگین و انحراف معیار) را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر سه گروه نشان می‌دهد.

بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون از نرمالیت برخوردار است (P>0.05). همچنین، نتایج آزمون لون بیانگر برقرار بودن فرض همگنی واریانس‌های خطا بود (P>0.05). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد این مفروضه برای متغیرهای نگرانی درباره بیماری و تصویر بدن برقرار است. بنابراین، شرایط لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس فراهم بود.

نتایج تحلیل کوواریانس برای نگرانی درباره بیماری

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر نگرانی درباره بیماری در مرحله پس‌آزمون وجود دارد (F=45.04, P<0.001). اندازه اثر به دست آمده (۰/۶۸) نشان می‌دهد که ۶۸ درصد از واریانس نمرات نگرانی درباره بیماری به اثر مداخلات درمانی مربوط است که بیانگر اثربخشی قوی و معنادار مداخلات است. توان آماری برابر با ۱ نیز کفایت حجم نمونه و قدرت آزمون را تأیید می‌کند.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای نگرانی درباره بیماری

Table 4: Results of Univariate Analysis of Covariance for Worry About Illness

Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	P-value	Effect Size	Statistical Power
Group	1103.1	2	551.55	45.04	0.001	0.68	1.000
Error	500.2	41	12.2				
Total	72033	45					

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای نگرانی درباره بیماری

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که میانگین نمرات نگرانی درباره بیماری در هر دو گروه درمان شناختی–رفتاری و معنویت‌درمانی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است (P<0.001). با این حال، تفاوت بین دو گروه درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی از نظر آماری معنادار نبود (P=0.123). بنابراین، هر دو مداخله در کاهش نگرانی درباره بیماری اثربخش بودند، اما بر اساس نتایج آزمون تعقیبی، برتری آماری معناداری برای هیچ‌یک از دو مداخله نسبت به دیگری مشاهده نشد.

جدول ۵: آزمون بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین نمرات نگرانی درباره بیماری

Table 5: Bonferroni Test for Pairwise Comparison of Mean Scores of Worry About Illness

Group (I)	Group (J)	Mean Difference (I–J)	Standard Error	P-value
Spiritual Therapy	Cognitive-Behavioral Therapy	1.4	0.66	0.123
	Control	-2.7*	0.68	0.001
Cognitive-Behavioral Therapy	Spiritual Therapy	-1.4	0.66	0.123
	Control	-4.1*	0.68	0.001
Control	Spiritual Therapy	2.7*	0.68	0.001
	Cognitive-Behavioral Therapy	4.1*	0.68	0.001

نتایج تحلیل کوواریانس برای تصویر بدن

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین سه گروه از نظر نمره کل تصویر بدن در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=15.03, P<0.001). اندازه اثر بدست آمده (۰/۳۳) نشان می‌دهد که حدود ۳۳ درصد از واریانس نمرات تصویر بدن در مرحله پس‌آزمون، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، به تفاوت بین گروه‌ها و مداخلات درمانی مربوط بوده است؛ بنابراین، اثر مشاهده شده از نظر آماری و کاربردی قابل‌توجه است. نتایج مقایسه‌های تعقیبی نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود تصویر بدن شدند. با این حال، معنویت‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری کاهش بیشتری در آشفتگی تصویر بدن نشان داد. نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که تفاوت بین معنویت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در برخی ابعاد تصویر بدن، از جمله نگرانی درباره قسمت‌های غیرجذاب بدن و استرس و پریشانی ناشی از نقص بدن، معنادار بود. بر این اساس، می‌توان نتیجه گرفت که معنویت‌درمانی در بهبود تصویر بدن، به‌ویژه در ابعاد هیجانی و ارزشیابی منفی از بدن، اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری داشته است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار نگرانی درباره بیماری و بهبود تصویر بدن در زنان بهبودیافته از سرطان پستان شدند. این یافته با مطالعاتی که بر تداوم مشکلات روان‌شناختی و نگرانی‌های سلامت‌محور پس از پایان درمان‌های پزشکی سرطان تأکید دارند همسو است (۲۵). همچنین پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند نقش مهمی در بهبود سازگاری روانی و ارتقای کیفیت زندگی بازماندگان سرطان ایفا کنند (۲۶).

در تبیین یافته‌های مربوط به نگرانی درباره بیماری می‌توان گفت نتایج پژوهش حاضر تا حدی با مبانی نظری درمان شناختی-رفتاری همخوانی دارد. در این رویکرد، نگرانی‌های سلامت‌محور با افکار ناکارآمد، تفسیرهای تهدیدآمیز از نشانه‌های جسمانی و نشخوار ذهنی مرتبط دانسته می‌شوند. از این رو، مداخلات شناختی-رفتاری با شناسایی و بازنگری افکار ناکارآمد و آموزش راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند به کاهش نگرانی‌های مرتبط با بیماری کمک کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند با کاهش تفسیرهای تهدیدآمیز از نشانه‌های

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

جسمانی به کاهش ترس از عود سرطان کمک کند (۲۷). همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد این رویکرد در کاهش اضطراب سلامت و نگرانی‌های پایدار پس از سرطان مؤثر است (۲۳). علاوه بر این، برخی مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات شناختی-رفتاری می‌توانند با افزایش احساس کنترل روان‌شناختی و کاهش نشخوار ذهنی مرتبط با بیماری همراه باشند (۲۴). با این حال، از آنجا که در پژوهش حاضر متغیرهای میانجی به‌طور مستقیم اندازه‌گیری نشده‌اند، این تبیین‌ها باید با احتیاط تفسیر شوند.

در مورد تصویر بدن، نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی در برخی ابعاد تصویر بدن بهبود بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری ایجاد کرده است. این یافته را می‌توان تا حدی در چارچوب نظری معنویت‌درمانی تبیین کرد؛ زیرا این رویکرد بر معنابخشی به تجربه بیماری، پذیرش شرایط دشوار زندگی و تقویت امید تأکید دارد. چنین فرایندهایی ممکن است به بیماران کمک کند تا با تغییرات جسمانی ناشی از بیماری و درمان سازگارتر شوند و ارزیابی منفی کمتری نسبت به بدن خود داشته باشند. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مداخلات معنوی می‌توانند با تقویت احساس معنا و امید، به کاهش آشفتگی هیجانی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کمک کنند (۱۲). همچنین گزارش شده است که رویکردهای مبتنی بر معنویت می‌توانند نگرش افراد نسبت به بدن و هویت شخصی را پس از بیماری‌های تهدیدکننده زندگی بهبود بخشند (۲۹). افزون بر این، برخی مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات معنوی با کاهش نارضایتی از تصویر بدن و افزایش پذیرش خود در زنان مبتلا به سرطان همراه هستند (۳۰).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که پیامدهای روان‌شناختی پس از سرطان پستان ماهیتی چندبعدی دارند و مداخلات مختلف ممکن است از مسیرهای متفاوتی بر آن‌ها اثر بگذارند. برخی پژوهش‌ها نیز بر ضرورت انتخاب مداخلات روان‌شناختی متناسب با نیازها و مشکلات غالب بیماران تأکید کرده‌اند (۱۳). همچنین استفاده از رویکردهای مکمل یا ترکیبی می‌تواند در برخی موارد به بهبود بیشتر سازگاری روان‌شناختی بازماندگان سرطان کمک کند (۳۰).

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، محدود بودن نمونه به زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله بهبودیافته از سرطان پستان در شهر تهران و عدم گزارش مرحله پیگیری در مطالعه اشاره کرد. همچنین داده‌ها بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی گردآوری شدند که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرند. علاوه بر این، در این پژوهش متغیرهای میانجی احتمالی مانند افکار فاجعه‌آمیز، اضطراب سلامت، امید، معنا در زندگی و پذیرش بدن اندازه‌گیری نشدند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی هر دو می‌توانند در کاهش نگرانی درباره بیماری و بهبود تصویر بدن در زنان بهبودیافته از سرطان پستان مؤثر باشند. با این حال، تفاوت دو مداخله در کاهش نگرانی درباره بیماری از نظر آماری معنادار نبود، در حالی که معنویت‌درمانی در برخی ابعاد تصویر بدن بهبود بیشتری نشان داد. بنابراین انتخاب مداخله درمانی می‌تواند با توجه به نیازهای روان‌شناختی بیمار، نوع مشکل غالب و قضاوت بالینی درمانگر انجام شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، طرح‌های تصادفی‌سازی‌شده و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر انجام شوند تا پایداری اثرات و سازوکارهای احتمالی این مداخلات با دقت بیشتری بررسی شود.

سپاسگزاری

از تمامی زنان در پژوهش، مدیران و کارکنان همکاری کننده که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49. doi:10.3322/caac.21660.
2. Zahedi A, Rafiemanesh H, Enayatrad M, Ghoncheh M, Salehiniya H, Makhsosi BR. Incidence, trends and epidemiology of cancers in North West of Iran. Asian Pac J

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

Cancer Prev. 2015;16(16):7189-93. doi:10.7314/APJCP.2015.16.16.7189.
3. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. CA Cancer J Clin. 2023;73(1):17-48. doi:10.3322/caac.21763.
4. Cincidda C, Pizzoli SFM, Pravettoni G, Castelnuovo G. Fear of cancer recurrence: A systematic review of psychological interventions. Front Psychol. 2022; 13:836017. doi:10.3389/fpsyg. 2022.836017.
5. Maheu C, Lebel S, Courbasson C, Lefebvre M, Neron S, Fields A, et al. Randomized trial of therapist-guided and self-guided internet-delivered cognitive-behavioral therapy for fear of cancer recurrence. Psychooncology. 2023;32(6):890-9. doi:10.1002/pon.6123.
6. Cash TF, Grasso K. The norms and stability of new measures of the multidimensional body image construct. Body Image. 2005;2(2):199-203. doi: 10.1016/j.bodyim.2005.03.007.
7. Sebri V, Durosini I, Triberti S, Pravettoni G, Castelnuovo G. Body image disorders in cancer patients: A systematic review. Support Care Cancer. 2021;29(6):2509-23. doi:10.1007/s00520-020-05788-5.
8. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. Eur J Cancer. 2001;37(2):189-97. doi:10.1016/S0959-8049(00)00353-1.
9. Fingeret MC, Teo I, Epner DE. Managing body image difficulties of adult cancer patients: Lessons from available research. J Clin Psychol Med Settings. 2014;21(4):309-23. doi:10.1007/s10880-014-9418-6.
10. Lebel S, Ozakinci G, Humphris G, Thewes B, Prins J, Dinkel A, et al. From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. Support Care Cancer. 2016;24(8):3265-8. doi:10.1007/s00520-016-3272-5.
11. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: Development and initial validation. J Cancer Surviv. 2009;3(1):1-11. doi:10.1007/s11764-008-0072-y.
12. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. Cancer. 2015;121(21):3760-8. doi:10.1002/cncr.29353.
13. Bouwhuis-Van Keulen M, Vertommen T, van den Akker O. Spiritual well-being interventions in cancer care: A systematic review and meta-analysis. Psychooncology. 2024;33(1):12-25. doi:10.1002/pon.6234.
14. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religious, spiritual, and secular faith practices in predicting health outcomes among cancer survivors. J Clin Oncol. 2015;33(12):1421-7. doi:10.1200/JCO.2014.59.9125.
15. Saalabi Fard S, Aghajani M, Farahani H. Effectiveness of spiritual therapy on psychological distress in women with breast cancer. Iran J Cancer Care. 2020;2(3):45-53. doi:10.52547/ijca.2.3.45.
16. Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
17. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. Cogn Ther Res. 2012;36(5):427-40. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
18. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer; 1984.
19. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. In: Cash TF, Smolak L, editors. Body image: A handbook of science, practice, and prevention. New York: Guilford Press; 2011. p. 39-47.
20. Nezu AM, Nezu CM, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy: A treatment manual. New York: Springer; 2013.
21. Molina S, Borkovec TD. The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties. In: Davey GCL, Tallis F, editors. Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment. Wiley, 1994. p. 265-83.
22. Cash TF, Phillips KA, Santos MT, Hrabosky JI. Measuring "negative body image": Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. Body Image. 2004;1(4):363-72. doi:10.1016/j.bodyim.2004.06.001.
23. Lin C, Tian H, Chen L, Yang Q, Wu J, Ji Z, et al. The efficacy of cognitive behavioral therapy for cancer: A scientometric analysis. Front Psychiatry. 2022; 13:1030630. doi:10.3389/fpsyt. 2022.1030630.
24. Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, Houghton K. Cognitive behavioral therapy. Ghasemzadeh H, translator. Tehran: Arjomand Publications; 2018.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]

25. Sajjadian AS, Zahrakar K, Asadpour E. The effect of transpersonal therapy intervention (spiritual therapy, yoga meditation) on reducing fear of recurrence in breast cancer survivors: A clinical trial. Iran Breast Dis J. 2021;14(2):50-63. doi:10.52547/ibd.14.2.50.
26. Zanganeh Gheshlaghi M, Shayegan Manesh Z, Bankdari N. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depression and anxiety in women with breast cancer. Mashhad J Med Sci. 2021. doi:10.22038/mjms. 2021.17869.
27. Saalabi Fard S, Tajeri Buk M, Rafiei Pour A. The effect of spiritual therapy on post-traumatic growth, self-compassion, and hope in women with breast cancer. J Health Promot Manag. 2020;9(6):37-48. doi:10.52547/jhpm.ir.9.6.37.
28. Kaplan JL, Porter RS. Information on medical care for women. Zolanvary M, translator. Tehran: Myayarelm Publications; 2006.
29. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Pineros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. Int J Cancer. 2021;149(4):778-89. doi:10.1002/ijc. 33588.
30. Salsman JM, Fitchett G, Merluzzi TV, Sherman AC, Park CL. Religion, spirituality, and health outcomes in cancer: A case for a meta-analytic investigation. Cancer. 2015;121(21):3754-9. doi:10.1002/cncr.29349.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.66224/ijbd.19.2.3]