Iranian Journal of Breast Diseases. 2021; 14(2):50-63.

Original Article

Effectiveness of Transpersonal Therapy (Spiritual Therapy, Yoga-Meditation) in Reducing Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial

Sajadian A[1,2] , Zahrakar K[1*], Asadpour E[1]

[1]Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
[2]Department of Integrative Oncology and Quality of Life, Cancer Quality of Life Research Group, Breast Cancer Research Center, Motamed Cancer Institute, ACECR, Tehran, Iran

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-12-09]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]

[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

Receive: 9/3/2021
Accepted: 9/7/2021

[*]**Corresponding Author:**
dr_zahrakar@yahoo.com

Ethics Approval:
IR.KHU.REC.1398.057

Abstract

Introduction: Psycho-spiritual therapy (mind-body spirituality) is a multidimensional, transpersonal, and integrative intervention for breast cancer survivors. This study aimed to determine the effectiveness of counseling based on transpersonal psychotherapy (spirituality therapy, mind and body) in reducing the fear of recurrence in breast cancer survivors.

Methods: This was a randomized controlled clinical trial with a pretest-posttest design conducted in Motamed cancer clinic, Tehran. Iran. Thirty breast cancer patients who had finished their treatment were randomly allocated to either an experimental or a control group, 15 patients each. Both groups completed the Persian version Fear of Cancer Recurrence Inventory. Then, the experimental group participated in transpersonal therapy for 14 sessions, a 2-hour session every week. Both groups completed the aforementioned questionnaire again immediately and two months after the intervention. The data were analyzed with an independent *t* test and the analysis of variance for repeated measures.

Results: In the experimental group, the mean fear of recurrence was significantly lower immediately (58.87± 17.86) and at the 2-month follow-up (54.07± 11.88) compared with the baseline (106.80± 15.32) ($P< 0.001$). However, no difference was observed in the control group. Also, there were significant differences between the two groups in the mean scores for all components of fear of recurrence, including triggers, severity, psychological distress, coping strategies, functioning impairments, and insight ($P< 0.001$), except for reassurance.

Conclusion: Based on the findings of the present study, counseling based on transpersonal psychotherapy can reduce the fear of recurrence and stress and increase adaptation and insight in cancer patients. This method increases relaxation, reduces stress, contributing to improved quality of life.

Keywords: Transpersonal Therapy, Spirituality, Yoga, Meditation, Fear of Recurrence, Breast Cancer

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۱۴۰۰؛ ۱۴(۲): ۵۰-۶۳

مقاله پژوهشی

بررسی مداخله درمان فرافردی (معنویت درمانی، یوگا– مدیتیشن) بر کاهش ترس از عود در بقایافتگان سرطان پستان: یک کارآزمایی بالینی

اکرم‌السادات سجادیان[1،2]، کیانوش زهراکار[1*]، اسماعیل اسدپور[1]

[1] دپارتمان مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
[2] دپارتمان کیفیت زندگی و طب فراگیر، گروه کیفیت زندگی سرطان، مرکز تحقیقات سرطان پستان، پژوهشکده سرطان معتمد، جهاددانشگاهی، تهران، ایران

تاریخ ارسال: ۱۳۹۹/۱۲/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۲۹

* **نویسنده مسئول:**
dr_zahrakar@yahoo.com

چکیده

مقدمه: درمان فرافردی (معنویت درمانی، یوگا- مدیتیشن) یک روش مداخله‌ای چند جانبه، فرافردی و از روش‌های طب مکمل و جایگزین برای بیماران بقایافته از سرطان پستان محسوب می‌شود. استفاده از این روش درمانی در کنار درمان‌های رایج، با هدف کاهش ترس از عود در بیماران بقا یافته سرطان پستان انجام می‌شود.

روش بررسی: مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از بیماران پس از درمان سرطان پستان، با روش تصادفی از بین مراجعین به کلینیک سرطان معتمد جهاددانشگاهی، به شکل تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. برای هر دو گروه، پرسشنامه ترس از عود سرطان تکمیل شد. سپس، گروه آزمایش در جلسات آموزشی معنویت درمانی به همراه یوگا و مدیتیشن به مدت ۱۴ جلسه دو ساعته شرکت کردند. در جلسات ابتدا معنویت درمانی توضیح داده شده سپس حرکات یوگا در سرطان پستان مناسب هرجلسه انجام و سپس بر مبنای معنویت مراقبه انجام می‌شد. پس از اتمام دوره آموزشی، به فاصله دو ماه، مجدداً پرسشنامه ترس از عود برای بیماران هر دو گروه تکمیل شد. سپس داده‌ها با استفاده از روش آماری آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس یک متغیره برای بررسی‌های مکرر، بررسی و نتایج ثبت شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات ترس از عود در گروه آزمایش، پیش‌آزمون (۱۵/۳۲±۱۰۶/۸۰) در پس‌آزمون (۱۷/۸۶±۵۸/۸۷) و پیگیری (۱۱/۸۸±۵۴/۰۷) نسبت به قبل از مداخله کمتر شده و تفاوت معنی‌دار بود (P<۰/۰۰۱)؛ ولی در گروه کنترل، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات ترس از عود در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان داد میانگین نمرات مولفه‌های ترس از عود شامل: محرک‌ها، شدت، سازگاری، اختلالات عملکرد، بینش در گروه آزمایش بعد از مداخله با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری داشتند (P<۰/۰۰۱) و تنها مولفه اطمینان نسبت به خود در زمان قبل و بعد از مداخله بین گروه آزمایش و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود نداشت (P=۰/۲۱۵).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش حاضر، مشاوره مبتنی بر روان‌درمانی فرافردی می‌تواند باعث کاهش ترس از عود و استرس، افزایش سازگاری در بیماران مبتلا به سرطان پستان شود. بنابراین با استفاده گسترده از این گونه مداخلات می توان به افزایش آرامش و کاهش تنش در این بیماران کمک کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان فرافردی، معنویت، یوگا، مدیتیشن، ترس از عود، سرطان پستان

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

مقدمه

سرطان یک بیماری تهدیدکننده زندگی است. سالانه بیش از ۷/۶ میلیون مرگ در جهان به سبب ابتلا به این بیماری است. طبق پیش‌بینی‌های انجام شده، تـا سـال ۲۰۳۰ با افزایش پنجاه درصدی در موارد ابتلا، تعداد موارد ابتلای جدید به بیش از ۲۸ میلیون می‌رسد (۱). سرطان پستان شایع‌ترین سرطان بین زنان در ایران بوده (۲)، به‌طوری‌که رتبه اول در سرطان‌های زنان را داشته و با میزان بروز استاندارد شده سنی ۳۳/۲ بالاتر از موارد گزارش شده سرطان پوست است (۳). میزان بقای کلی ۵ ساله سرطان پستان در زنان ۷۲٪ است (۲).

تشخیص سرطان پستان بحران جدی در زندگی فرد مبتلا بوده و ممکن است موجب ایجاد تزلزل افکار و دیدگاه‌های فردی و تقویت احساس ناامیدی شود. به‌طوری‌که بیماران اغلب بعد از طی مراحل انکار و خشم پس از واقعه، احساس شکست، بدبینی نسبت بـــه آینده و درماندگی را تجربه کرده و بعضاً انگیزه حیات را از دست داده و دایم به مرگ قریب‌الوقوع می‌اندیشند (۴). منبع افکار نگران کننده عدم اطمینان به آینده و ترس از بازگشت بیماری است. ترس از عود سرطان[1] رایج‌ترین اضطراب وجودی و منبع پریشانی در افراد با سابقه سرطان است (۵). ترس از عود با احتمال بین ۳۰-۷۷٪ (۶- ۸)، مهم‌ترین عارضه ابتلا به سرطان پستان است. نگرانی بازگشت بیماری به‌طور فراگیر بر افکار و عملکرد بیماران تاثیر گذاشته و موجب تولید افکار مزاحم، نشخوار فکری، سازگاری پایین و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارامدی در مواجهه با مسائل و تاب‌آوری کم می‌باشد. انعطاف‌پذیری کم نسبت به مشکلات، موجب پریشانی روان‌شناختی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی در این بیماران است (۶، ۷، ۹- ۱۲). این بیماران بسیاری اوقات در معرض پریشانی عاطفی مداوم و عوارضی مانند: انتساب بیماری به خود، انتظار تأثیر منفی داشتن، نشخوار فکری و ترس از عود بیماری هستند (۶، ۱۳، ۱۴) مطالعات موجود مداخلات روان‌شناختی را برای کاهش ترس از عود و سایر عوارض ناشی از بیماری در این زنان ضروری دانسته‌اند (۶، ۷، ۱۵ و ۱۶). درمان فرافردی با اجزای معنویت درمانی، یوگا و مراقبه، متناسب با باورها و بعد متعالی بیماران بوده و موجب ارتقای روحی این افراد است. مطالعات نشان می‌دهند با تمرین و ممارست بر منابع معنوی آرامش درونی با اتصال به منبع الهی و برتر هستی فراهم می‌شود (۱۷). درمان فرافردی[2] از رشته‌های درمانی طب مکمل و جایگزین بوده که در موارد مختلف دارای مراحل چندگانه‌ای است. درمان فرافردی در بستر معنویت قرار داشته و از مفهوم مذهب و معنویت آغاز شده و به مفهوم خودآگاهی، خودشناسی، ارزش‌های معنوی ورود کرده؛ سپس به سطوح مختلف ارتباطات می‌پردازد. این ارتباطات شامل، ارتباط با منبع آفرینش (گفتگو با خداوند با اذکار، یادآوری مقدسات یا هرگونه رفتار معنوی فردی)، ارتباط با دیگران و نوع دوستی و تمرکز بر انجام فعالیت‌های نوع دوستانه و سپس ارتباط با جهان هستی و آیات و برکات و آفرینش‌های خداوند، مناسک دینی و یا هر روش‌معنوی که افراد اتخاذ می‌کنند مانند اعتقاد به طبیعت و...، پس از ارتباط، روش سازگاری و راهکارهای مقابله‌ای هر فرد مرور شده، و به بررسی احساسات ناشی از رنج، تعریف رنج، گناه و مفهوم سرزنش پرداخته؛ سپس مفاهیمی مانند بخشش (خود و دیگران؛ با تکیه با منبع معنوی)؛ مرگ، ترس از مرگ مرورشده، و معنویت نهفته در آن و رشد ناشی از سختی‌ها و مفهوم توکل به عمق جان افراد نفوذ کرده؛ نهایتاً با فرآیند حل مساله با معنویت؛ قدردانی و سپاسگزاری (۱۸) اتمام می‌یابد. در این فرآیند یوگا و مراقبه به‌عنوان محرک و هماهنگ‌کننده جسم و ذهن کاربرد موثری دارد (۱۹، ۲۰). این درمان با استفاده بجا از ذهن و بدن، در کاهش عدم قطعیت‌ها و ترس‌ها در بیماران بقا یافته سرطان موثر بوده (۵) و به‌عنوان یک درمان تکمیلی بر ابعاد اجتماعی، عاطفی و روانی و به‌طور کلی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی موثر بوده و موجب افزایش کیفیت خواب، خلق مثبت، کاهش اضطراب، افسردگی، ترس از عود، امید به زندگی، سازگاری، تاب‌آوری و کاهش مشکلات شناختی و علایم همزمان در بیماران است (۱۷، ۱۸، ۲۱ و ۲۴). با توجه به این که بیماران مبتلا به سرطان پستان همواره نگران بوده و عدم قطعیت در مورد درمان‌ها یکی از دغدغه‌هایشان است (۲۵)؛ این درمان با افزایش تمرکز بر نیروهای وجودی هستی و تقویت پشتوانه معنوی از میزان

[1] Fear of Cancer Recurrence (FCR)

[2] Transpersonal Therapy

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

نگرانی و ترس از عود در آن‌ها کاسته (۲۶) و موجب افزایش توانمندی مقابله با چالش‌های ناشی از ابتلا به سرطان پستان، در مراحل مختلف درمان تا ادامه زندگی بوده و بهزیستی معنوی در سایه ارتباط متقابل را برایشان به ارمغان می‌آورد (۲۷). امروزه مطالعات روان‌شناختی زیادی برای رفع عوارض ناشی از درمان در این بیماران انجام می‌شود ولی متاسفانه استقبال زیادی از این درمان‌ها نمی‌شود، این موضوع می‌تواند به علت عدم تمرکز کافی بر جنبه‌های منحصر به فرد مشکلات روان‌شناختی بیماران باشد. بیماران مبتلا به سرطان پستان نیازمند آشنایی کامل با روش‌های درمانی ساده و مناسب با شرایط جسمی و فرهنگی خود هستند. هزینه‌های زیاد درمانی و عدم سهولت دسترسی به درمان‌ها و درمانگران متبحر، موجبات عدم رغبت و بازداری برای شرکت در گروه‌های درمانی را فراهم آورده است (۲۸-۳۰). با توجه به خلا موجود و نیاز بیماران، روش درمان فرافردی، با ترکیب معنویت‌درمانی و یوگای سرطان پستان به همراه مراقبه، با تمرکز بر تاثیرات همزمان ذهن-بدن در التیام دردهای ناشی از عوارض جراحی و برطرف شدن مشکلات شناختی (۵۶) و نیز ایجاد زمینه‌ای برای مثبت‌اندیشی و تاکید بر معنویت هر فرد، برای غلبه بر ترس و کاهش اضطراب، افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران (۳۱- ۳۴) انتخاب شد. مطالعات نشان می‌دهد، استفاده از روش‌های درمانی چندوجهی توانایی ایجاد آگاهی و انگیزش بخشی برای ورود هرچه زودتر به زندگی عادی را ایجاد کرده و زمینه‌ساز تحرک در این بیماران است. درمان فرافردی شامل معنویت درمانی و یوگا- مراقبه است که هر یک به‌تنهایی یا باهم، در کاهش عوارض و افزایش تحمل بیماران سرطان پستان مؤثرند؛ مطالعات مختلف نشان می‌دهند اتخاذ راهبردهای معنوی در افزایش کیفیت زندگی و کاهش ترس‌ها و افزایش تاب‌آوری در سرطان پستان (۵۷-۶۳) و یوگا- مراقبه نیز در کاهش دیسترس مؤثر بوده‌اند (۶۴- ۶۹) بنابراین درمان فرافردی علاوه بر تکیه بر ابعاد شناختی این بیماران در بستر معنویت درمانی، به همراه یوگا و مراقبه، به نیازهای دیگر آنان که مربوط به جسم و ذهن است نیز پاسخ می‌دهد (۳۸، ۵۶، ۷۰).

این مطالعه با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر یوگا و مراقبه در بستر معنویت درمانی بر ترس از عود بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل ۱۵۰ بیمار درمان شده سرطان پستان به روش در دسترس بودند که به کلینیک پیگیری سرطان معتمد در سال ۹۸ مراجعه کرده بودند. با توجه به معیارهای ورود ۳۰ نفر از آنان که نمرات بالاتر از میانگین در ترس از عود داشتند، انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن بالای ۲۰ سال و حداقل توانایی خواندن و نوشتن، موافقت آگاهانه بیمار برای شرکت در مطالعه، داشتن نمره کمتر از میانگین در پرسشنامه ترس از عود، اتمام همه درمان‌های مرسوم (جراحی، شیمی‌درمانی، رادیوتراپی)، عدم متاستاز بیماری یا بیماری ناتوان‌کننده و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی دیگر. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز تشخیص متاستاز یا هرگونه بیماری حاد مانند کرونا در حین مطالعه، غیبت دو جلسه متوالی در مطالعه، خواست بیمار مبنی بر عدم تمایل به ادامه جلسات، استفاده از داروهای روان‌پزشکی و یا هر نوع آرام‌بخش حین درمان، همچنین هرگونه مصرف الکل، روان‌گردان و مخدرها در نظر گرفته شد.

این مقاله دارای کد اخلاق IR.KHU.REC.1398.057 از دانشگاه خوارزمی تهران و کد کارآزمایی بالینی IRCT20200422047170N1 می‌باشد. پژوهشگر برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، در ابتدای طرح، هدف جلسات گروه و ماهیت آن‌ها را برای شرکت‌کنندگان توضیح داد و حق خروج از مطالعه برای آن‌ها در نظر گرفته شد. شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در طرح ثبت نام کردند. در طول اجرای طرح، گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند. به آنان توضیح داده شد امکان برگزاری دوره درمان فرافردی پس از ۲ ماه برایشان وجود دارد. همه بیماران، ابتدا پرسشنامه‌های ترس از عود را پر کردند. سپس بیماران به‌صورت تصادفی در ۲ گروه،

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

جایگزین شدند. گروه مداخله در ۱۴ جلسه ۲ ساعته تحت مشاوره فرافردی (یوگا- مراقبه و معنویت‌درمانی) قرار گرفته و در آخرین جلسه، پس‌آزمون برگزار شد. قبل از شروع مطالعه در مورد اهداف تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات به تمام شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. درمان فرافردی بر بستر معنویت درمانی برای درک بهتر مفهوم زندگی و آرامش بر اساس پروتکل معنویت درمانی پارگامنت ۲۰۱۱ (۱۸، ۳۵، ۳۶) و انجام حرکات یوگا برای ایجاد هماهنگی و همگام شدن جسم و ذهن، و مراقبه برای تقویت ذهن و نهایتاً درک کامل آرامش با تمرین تمرکز واقع شده است. در هر جلسه حرکات یوگایی با دستورالعمل حرکتی- تنفسی (به تناسب شرایط بیماران بین یک تا ۳ حرکت) به همراه مراقبه متعالی با آزاد گذاشتن توجه انجام شد (۳۷-۴۰). شرکت‌کنندگان موظف شدند تمرینات را روزانه یک‌بار تا هفته بعد انجام دهند.

لازم به ذکر است با توجه به اپیدمی کرونا، جلسات ابتدایی حضوری بوده (با تعداد کمتر و رعایت پروتکل‌های بهداشتی) و با اجازه اساتید و نیز تاکید در انجام مشاوره گروهی، گروه‌های مجازی تشکیل و ادامه پروتکل درمانی و پیگیری جلسات، از طریق گروه‌های مجازی انجام شد.

جلسات به شرح زیر اجرا شد.

جلسه اول: معارفه اعضا و برقراری ارتباط اولیه، قوانین گروه، ساختار و اهداف جلسات، تعریف رویکرد فرافردی و آماده‌سازی، آشنایی اولیه با یوگا و مراقبه گفتگو در مورد مفهوم معنویت و دین و تاثیر آن در زندگی.

جلسه دوم: ایجاد یک رابطه درمانی، بحث در باب درک تفاوت بین کلمه دین (یا مذهب) و معنویت و همچنین تفاوت دین (یا مذهب) و معنویت سالم از ناسالم و بیمارگونه، خودآگاهی و ارتباط با خود (شناسایی و درک احساسات و درک و کنترل آن‌ها، آگاهی از احساسات دیگران، شناسایی نیازها با استفاده از تکنیک‌های مراقبه و انجام یوگا.

جلسه سوم: توضیحاتی در مورد گوش دادن به ندای درونی (کشف دوباره معنا و ارزش‌های معنوی از راه گوش دادن به ندای درون و بررسی اعتماد یا عدم اعتماد به آن و همچنین شناخت احساسات و شهود و رهنمودهای معنوی.

جلسه چهارم: بحث در مورد ارتباط با منبع آفرینش، کلمه خدا و ارتباط با خدا (یا هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگوی با خدا).

جلسه پنجم: بحث و گفتگو در مورد مفهوم نوع‌دوستی (مثلاً انجام کاری معنوی به‌صورت گروهی با هدف تجربه عملی معنویت و افزایش عزت نفس، حس مفید و خوب در بیماران).

جلسه ششم: بررسی افکار در مورد ارتباط با مقدسات و گفتگو در مورد چگونگی ایجاد ارتباطی لذت‌بخش با مقدسات یا هر اعتقاد معنوی در راستای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس، اضطراب و ترس.

جلسه هفتم: بررسی تفکرات در مورد انواع دیگر ارتباطات و نیز نحوه ارتباط با آداب و مناسک دینی، مذهبی یا معنوی هر فرد در راستای افزایش آرامش و افزایش راهبردهای انطباقی.

جلسه هشتم: بحث و گفتگو در باب معنایابی در زندگی و معنای رنج، کاهش احساس گناه (با استفاده از نیروی معنویت درونی) و پیدا کردن ریشه رنج و گناه خود و دیگران.

جلسه نهم: مفهوم بخشش (کاهش احساسات منفی تنش‌زا از طریق افزایش احساسات مثبت حاصله از بخشش و مصالحه)، جستجوی ریشه عدم بخشش دیگران و بخشش خود (کاهش احساسات منفی تنش‌زای حاصله از عدم بخشش، از طریق کاهش عدم بخشش و کمک به مراجع برای درک مفهوم و مزایای بخشش و کاهش احساس گناه ناشی از نبخشیدن خود و دیگران.

جلسه دهم: جستجوی افکار پیرامون پایان زندگی و تعابیر افراد از مفهوم مرگ و ترس از مرگ و رنج (کاهش اضطراب و ترس از مرگ و به تبع آن کاهش اضطراب فرد، یافتن معنا در زندگی.

جلسه یازدهم: بررسی جایگاه توکل و مفاهیم همراه آن، رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان و توکل به خداوند یا معنویت هر فرد و کاهش احساس اضطراب و استرس.

جلسه دوازدهم: بررسی انطباق با مسایل پیرامونی و راهکارهای انتخابی افراد گروه، چگونگی استفاده از روش

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

حل مساله با معنویت یا مذهب (شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مساله).

جلسه سیزدهم: مفهوم قدردانی و شکرگزاری (ایجاد توانایی ابراز احساسات مثبت)، تقویت برنامه جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی.

جلسه چهاردهم: برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، ارائه راهکار برای مشکلات احتمالی، باز گذاشتن راه برای احتمال درخواست جلسات تکمیلی، برنامه‌ریزی برای جلسه ۲ ماه آینده. پس از انجام مداخلات هر دو گروه مجدد پرسشنامه ترس از عود را پر کردند. سپس دو ماه بعد، جهت بررسی پایداری تاثیر مشاوره فرافردی، نیز آزمون پیگیری، انجام گرفت. برای رعایت اخلاق پژوهش در آخر مطالعه جلسات درمان فرافردی برای گروه کنترل نیز برگزار شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ترس از عود سرطان، توسط سیمارد و همکاران تدوین شد که یک ابزار خودگزارشی است که ترس از عود سرطان را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند (۴۱). این پرسشنامه در ایران توسط باطنی و همکاران ۲۰۱۹ اعتباریابی شد (۴۲). این مقیاس شامل ۴۲ سوال است که به‌صورت لیکرت یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود و گزینه «اعتقاد دارم که درمان شده‌ام و بیماری‌ام بازگشت نخواهد کرد» به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه اطلاعات بالینی معنی‌داری را درباره ماهیت ترس از عود سرطان و نیز نمرات را برای ۷ مولفه شامل: راه‌اندازها با ۸ سوال، شدت با ۹ سوال، آشفتگی با ۴ سوال، اختلال عملکرد با ۶ سوال، بینش با ۳ سوال، اطمینان با ۳ سوال و مقابله با ۹ سوال هستند. نمرات هر یک از مولفه‌ها برای رسیدن به یک نمره کلی با هم جمع می‌شوند و نمرات بیشتر نشان‌دهنده ترس از عود بیشتر سرطان است.

روش تجزیه و تحلیل آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از تحلیل واریانس به شیوه اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. سطح معنی‌داری در این تحقیق $p= ۰/۰۵$ تعیین شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان پستان پس از درمان، با میانگین سنی ۸/۰±۴۷/۱ سال و دامنه سنی بین ۲۷ تا ۶۳ سال بودند. در مقایسه مشخصات جمعیتی دو گروه آزمون و کنترل (با استفاده از آزمون‌های t مستقل و کای- دو) تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. از نظر جمعیتی ۴۶٪ آنان دارای دیپلم، ۶۰٪ خانه‌دار و ۸۰٪ متاهل بودند. از نظر تعداد فرزندان ۱۳٪ بدون فرزند، ۵۹٪ یک تا دو فرزند داشتند و ۹۳٪ هر ۳ درمان را انجام داده بودند. همچنین نتایج بررسی‌ها نشان داد که تفاوتی در خصوصیات جمعیتی و نمره میانگین ترس از عود و مولفه‌های آن در گروه‌های آزمون و کنترل در پیش‌آزمون وجود نداشت (جدول۱). ضریب W ماچلی برای متغیرها استفاده و مشاهده شد که پیش‌فرض کرویت برای ترس از عود و مولفه‌های آن رعایت شده است.

ترس از عود و تمامی مولفه‌های ترس از عود، جز مولفه اطمینان بخشی و مقابله، در گروه آزمایش نسبت به کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بوده و در پیگیری نیز ثابت مانده است. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان برای ترس از عود به‌طورکلی و مولفه‌های آن معنادار شده‌اند؛ بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها در مورد هر مورد به تفکیک بررسی شده است. همچنین اثر تعامل باتوجه به مقادیرF، در سطوح معناداری مشاهده می‌گردد (جدول ۲).

در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر (مقایسه‌های زوجی)، تفاوت ترس از عود و مولفه‌های آن از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$) تنها بین مولفه اطمینان وارسی نسبت به عود در آینده در دو گروه در پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۳).

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

جدول ۱: مشخصات جمعیتی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش n=۱۵ تعداد (٪)	گروه کنترل n=۱۵ تعداد (٪)	P
سن	۴۷(±۹)	۴۵(±۷)	۰/۳۵۰
تحصیلات			
زیر دیپلم/ دیپلم	۸(۵۰)	۷(۵۰)	۰/۶۴۲
دانشگاهی/ دکترا	۷(۵۰)	۷(۵۰)	
شغل			
خانه‌دار	۹(۶۰)	۹(۶۰)	۰/۶۴۵
کارمند	۶(۴۰)	۶(۴۰)	
تاهل			
مجرد	۴(۲۷)	۵(۳۳)	۰/۵
متاهل	۱۱(۷۳)	۱۰(۶۷)	
ترس ازعود کلی (پیش‌آزمون)	۱۰۶/۸۰ ± ۱۵/۳۲	۱۰۷/۲۰ ± ۱۰/۷۱	۰/۹۳
تحرکات (پیش‌آزمون)	۲۴/۴۰ ± ۵/۸۸	۲۶ ± ۵/۳۵	۰/۶۲۹
شدت (پیش‌آزمون)	۵/۶۴ ± ۲۳/۲۰	۴/۸۳ ± ۲۴/۳۳	۰/۵۵
سازگاری (پیش‌آزمون)	۶ ± ۲۳	۳ ±۱۸	۰/۰۰۵
دیسترس (پیش‌آزمون)	۲ ± ۸	۳/۰۳ ± ۹	۰/۰۶۱
اختلالات عملکرد (پیش‌آزمون)	۴/۰۱۵ ± ۱۳	۲ ± ۱۵/۰۶۶۷	۰/۰۵۳
بینش (پیش‌آزمون)	۱ ± ۶	۳ ± ۷/۰۶۶	۰/۰۵۱
اطمینان (پیش‌آزمون)	۲ ± ۸	۱ ± ۸	۰/۰۱۰

جدول ۲: نتایج آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی ترس از عود

اثرات-منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
درون آزمودنی- زمان	ترس از عود کلی	۱۲/۰۳	۱	۱۲/۰۳	۶۸/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	ترس از عود کلی	۲۱۷/۸۰۰	۱	۲۱۷/۸۰۰	۶۷۲/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸
درون آزمودنی- زمان	محرک‌ها	۱۹/۲۰۰	۱	۱۹/۲۰۰	۳۹/۵۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	محرک‌ها	۲۰۹/۰۹	۱	۲۰۹/۰۹	۷۲۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۵
درون آزمودنی- زمان	شدت	۳۰	۱	۳۰	۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	شدت	۲۳۱/۲۰	۱	۲۳۱/۲۰	۲۹۹/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۹۵۵
درون آزمودنی- زمان	پریشانی	۱۰/۸۰۰	۱	۱۰/۸۰۰	۶۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳۱
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	پریشانی	۳۰/۴۲	۱	۳۰/۴۲	۴۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
درون آزمودنی- زمان	اختلال عملکرد	۱۷/۶۳۳	۱	۱۷/۶۳۳	۵۰/۷۲۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	اختلال عملکرد	۶۹/۶۸۹	۱	۶۹/۶۸۹	۷۹/۲۴۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵
درون آزمودنی- زمان	بینش	۲/۸۴۴	۱	۲/۸۴۴	۱۸/۴۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	بینش	۳۰/۴۲۲	۱	۳۰/۴۲۲	۹۳/۰۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶۹
درون آزمودنی- زمان	اطمینان و وارسی	۰/۷۱۱	۱	۰/۷۱۱	۷/۷۲۴	۰/۰۱۵	۰/۳۵۶
تعامل زمان گروه (اثر تعامل)	اطمینان و وارسی	۶۹/۶۸۹	۱	۶۹/۶۸۹	۲۲۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۲

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

جدول۳: مقایسه زوجی مراحل سنجش درمان فرافردی در متغیر ترس از عود بیماران مبتلا به سرطان پستان

متغیر	مرحله I	مرحلهJ	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
ترس کلی از عود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۳	۰/۱۵۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۲۶۷	۰/۱۵۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۶۷	۰/۱۸۲	۱
محرک‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۳	۰/۲۱۱	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۶۰۰	۰/۲۵۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۲۸۸	۰/۷۸۶
اختلال عملکرد در اثر فکر به عود	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۵۳	۰/۲۳۶	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۱۵۳	۰/۲۱۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰	۰/۱۳۸	۱
بینش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۸۰۰	۰/۱۴۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳۳	۰/۱۶۵	۰/۰۱۸
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۵۳	۰/۳۱۱
شدت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۴۰۰	۰/۱۶۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۲	۰/۱۹۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۶۰۰	۰/۱۶۳	۰/۰۰۸
پریشانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۷۳۳	۰/۱۵۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱/۲۰۰	۰/۱۴۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۶۷	۰/۱۹۲	۰/۰۸۷
اطمینان و وارسی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۴۰۰	۰/۱۶۴۳	۰/۰۸۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶۷	۰/۱۸۲	۰/۴۹۳
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۳	۰/۰۹۱	۰/۴۹۳

بحث

در این پژوهش ترس از عود و تمامی مولفه‌های ترس از عود، بجز مولفه اطمینان بخشی، در گروه درمان فرافردی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بوده و در پیگیری نیز ثابت مانده است. همچنین نتایج مربوط به مقایسه جفتی نمرات نشان داد که نمرات تمام مؤلفه‌های ترس از عود در زمان پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، به‌طور معناداری پایین‌تر بوده ولی تفاوتی بین نمرات پیش و پس‌آزمون و پیگیری در مورد نمرات مؤلفه اطمینان و وارسی برای عدم بازگشت بیماری نسبت به گروه کنترل وجود نداشت.

با توجه به اثربخشی درمان فرافردی بر ترس از عود در این مطالعه، مطالعات دیگر نیز این نتایج را تایید می‌کنند. هی لوک (۲۰۱۰) معتقد است درمان مبتنی بر ذهن- بدن و معنویت، ترس از عود بیماران را از طریق ایجاد امید، صمیمیت، برقراری ارتباط و ابراز احساسات، تصدیق و تجربه سپاس و فراوانی کاهش داده، و موجب افزایش آگاهی از خرد و هدایت درونی و ارتباط با ناخودآگاه فرد می‌شود. همچنین لوپز (۲۰۲۰) و کرومیو (۲۰۱۴) معتقدند درمان فرافردی به افراد کمک می‌کند تا احساس آسیب‌پذیری و ناتوانی عاطفی و ترس از مرگ را در خود کاهش داده و بهزیستی روان‌شناختی خود را تقویت و سازگاری بیشتری در بیماری‌ها به‌دست آورند (۴۳- ۴۵).

همچنین کینی ۲۰۰۳ در مطالعه‌ای مشابه تاثیر مداخلات ذهن- بدن و معنویت را در یک مدل مفهومی با توسعه اراده فردی و با استفاده ازمنابع درمانی درونی بررسی کرده و معتقد است، این درمان قدرت شفابخشی داشته و کاهش دیسترس ناشی از پیشرفت بیماری را سبب می‌شود. به‌دنبال این درمان انتظارات مثبت بیشتر شده و توانایی غلبه بر ترس از عود و افزایش کیفیت زندگی بالاتر می‌رود (۴۶). بنابراین در استفاده از درمان فرافردی با کاهش احساس آسیب‌پذیری، ترس‌های ناشی از ضعف درونی نیز کمتر شده و بدین ترتیب جرأت پذیرش

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

مسئولیت در ادامه راه پس از درمان نیز افزایش می‌یابد. البته برای اثبات این موارد طراحی و اجرای مداخلات پژوهشی لازم است.

نتایج این مطالعه نشان داد مولفه اطمینان و وارسی برای عدم بازگشت نسبت به قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت. این مطلب نشانگر ثابت ماندن ترس ایجابی در مراقبت از خود است. هم‌راستا با این یافته، رپیتو و راجرز (۱۹۷۸)، معتقدند ترس ایجابی انگیزه لازم جهت محافظت از خود را فراهم ساخته و موجب ایجاد تحرک در افراد است. توسل به ترس تحت شرایط زیر می‌تواند قدرت اقناع کنندگی پیام را افزایش دهد: ۱ـ مخاطب متقاعد شود که خطرهای اشاره شده جدی هستند. ۲ـ مخاطب باور کند که خطرها محتملند. ۳ـ مخاطب بپذیرد که توصیه‌های مورد نظر مؤثّرند. ۴ـ مخاطب متقاعد شود که می‌تواند توصیه‌ها و کنش‌های درخواستی را اجرا کند (۴۷).

این مطالب نشانگر این است که ترس محرک مراقبت از خود، در شرایط بحرانی نه‌تنها اضطراب‌آور نیست بلکه مفید است. پیگیری روند درمان در این مطالعه، نشانگر این بود که بیماران با آگاهی از روند و پیش‌آگهی بیماری سرطان پستان و انجام تمرینات یوگا و مراقبه در بستر معنویت، متمرکزتر شده و ترس ایجابی یا به عبارت بهتر هشیاری حفظ سلامتی، را با ترس دایم و نگرانی‌های مختل‌کننده زندگی جابجا کردند. بنابراین مداخله فرافردی، به‌عنوان راهی موثر در ارتقای اراده افراد نسبت به مراقبت از خود و در جلوگیری از ترس‌های نابجا موفق بوده است.

چنانچه مطالعات گسترده‌تری در استفاده از این روش و سایر روش‌های روان‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان، مخصوصاً سرطان پستان انجام شود و قابلیت استفاده از این روش به اثبات برسد؛ این روشی می‌تواند به عنوان روشی جذاب و مفید در این بیماران استفاده شده و به آنان کمک کند.

در این مطالعه مشاهده می‌شود، بیماران پس از مداخلات درمانی، با پذیرش قابل کنترل بودن شدت و پریشانی ترس، محرک‌ها را کنترل کرده و در نهایت به کنترل ترس از عود دست یافتند. فاردل (۲۰۱۶) همراستا با نتایج این مطالعه توجه به نوع پردازش را مورد توجه قرار داده و مسئله ترس از عود را نیازمند اصلاح می‌داند. فاردل معتقد است؛ ترس از عود چند بعدی بوده و با توجه به اهمیت پردازش شناختی در توسعه و نگهداری ترس از عود؛ اهمیت نگرانی درمورد حوادث آسیب‌زای گذشته، اعتقادات و باورهای بیمار در مورد ماهیت سرطان، می‌توانند شدت آسیب‌پذیری به ترس از عود را افزوده و زمینه‌ساز کنارآیی ناکارآمد با نگرانی شامل نشخوار فکری، توجه به اطلاعات مربوط به تهدید، توجه متمرکز به خود و تلاش برای کنترل، جلوگیری یا سرکوب افکار در مورد عود احتمالی باشند (۴۸). با توجه به اینکه شدت ترس و پریشانی ناشی از بیماری و عود احتمالی، مانع صحبت کردن در مورد بیماری و مواجهه با عوارض ناشی از ابتلا شده و بالطبع عدم آگاهی از جوانب بیماری و ترس مبهم از شرایط ناشناخته، اضطراب و نگرانی به همراه دارد. این شرایط زمینه‌ساز اتخاذ مکانیسم‌های اجتنابی و ناکارآمد سازگاری در ادامه مسیر بیماری در این بیماران است. بنابراین با انجام مداخلات ذهن- بدن (فرافردی) بیماران توانمندی انتخاب راهکارهای کارآمد حل مساله را به‌دست آورده و از شدت ترس و پریشانی ایشان کاسته شده و واکنش‌های سازگارانه بروز می‌دهند.

بنابر نتایج به‌دست آمده از این مطالعه، ترس از عود و هریک از مولفه‌های آن نه تنها در مرحله پس از مداخله کاهش نشان می‌دهند بلکه اثرات درمانی (کاهش ترس از عود) حتی در زمان پیگیری نیز ادامه‌دار بود. هال و همکاران (۲۰۱۸)، همسو با این مطالعه، در مروری بر مطالعات کارآزمایی بالینی در مورد تاثیر مداخلات ذهن- بدن در سرطان‌ها به این نتیجه رسیدند که بیشتر مداخلات بدن-ذهن نه‌تنها بر کاهش ترس از عود به‌طورکلی تاثیرگذار است؛ بلکه هر یک از مولفه‌ها مانند اطمینان‌بخشی، عدم قطعیت‌ها و نیز شدت ترس‌ها نیز از این مداخلات سود برده و تعدیل می‌شوند و نه‌تنها در مدت مداخله بلکه برای ادامه زندگی پس از سرطان نیز سودمند هستند (۵). از طرف دیگر در این مطالعه، بیماران، دوره درمان طولانی‌تر را مفید ارزیابی کرده و معتقد بودند، درمان‌های روان‌درمانی طولانی (بیش از ۱۲ جلسه) برای حفظ و ماندگاری آموزش مفیدتر است.

همچنین از درمان توامان جسم و بدن (یوگا- مراقبه) بسیار استقبال کرده و تقاضای ادامه این درمان‌ها را داشتند. بنابراین با افزایش طول درمان و مراقبت از افکار، اصلاح شناخت‌ها و افکار مربوط به تهدید حیات اتفاق افتاده و در این مسیر همراهی درمانگر با بیمار، کمک

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

کننده در کنترل افکار مزاحم و به تبع آن افزایش خودمراقبتی بجای توجه افراطی و ترس از آینده خواهد بود، بدین ترتیب با تکرار تمرینات اثرات درمان، در زمان طولانیتری باقی خواهد ماند.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد، در این بیماران افزایش ارزیابی مثبت نسبت به عملکردها و اطمینان به خود وجود داشت. دولت آبادی (۲۰۱۶) همسو با این مطالعه، در بررسی معنویت و تاثیر آن بر کاهش استرس و تسلط بر خود در بیماران مبتلا به سرطان پستان؛ معتقد است نقش واسطه‌ای معنویت موجب بهبود عملکردهای شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۴۹). برآورد مثبت در ارزیابی امور، موجب بهبود عملکرد شده و این مهم در اثر تغییر بینش و بر اثر توجه به معنویت مثبت فردی و در کنار پرورش توانمندی‌های جسمی- ذهنی امکان‌پذیر است. بنابراین با انجام مداخلات ذهن- بدن پس از اتمام درمان‌های سرطان پستان، احتمال تغییر نگرش و اصلاح دید وجود دارد.

در این مطالعه همچنین مولفه‌های ترس شدید و ناتوان کننده، اختلال عملکرد و محرک‌های ترس از عود در گروه آزمایش کاهش محسوسی داشته و در زمان پیگیری نیز ثابت ماندند. این نتایج همسو با دیگر مطالعات مانند بوتو و همکاران (۲۰۱۲)؛ اوه و همکاران (۲۰۱۲) و کواکیک (۲۰۱۱) بود که آنان نیز در کارآزمایی‌های کنترل شده‌ای، درمان‌های متشکل از مدیتیشن و برخی حرکات ورزشی و یوگا را بر ترمیم عملکردهای شناختی و کاهش دیسترس، شدت ترس و افزایش کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل موثر یافتند (۱۲، ۵۰، ۵۱). با توجه به اینکه بیش از ۷۰٪ افراد دارای تفکرات معنوی هستند (۴۹)، بنابراین قابل پیش‌بینی خواهد بود چنانچه ترکیبی از درمان‌های معنوی به همراه روش‌های مکمل و مناسب با شرایط جسمی و روانی بیماران به‌کار رود، احتمالاً کاهش معنی‌داری در استرس ادراک شده و ارزیابی مثبت نسبت به عملکردهای درمانی و عمومی اتفاق بیافتد.

در این مطالعه کاهشی در میانگین مولفه‌های سازگاری نسبت به ترس از عود و اطمینان نسبت به وارسی در آینده نشان نداد. چنگ (۲۰۱۹) همسو با این مطالعه نشان داد سبک‌های مقابله با سرطان، بقا یا عود سرطان را پیش‌بینی نمی‌کنند (۵۲). بدین معنی که سبک‌های سازگاری در افراد مختلف در طول زمان تغییر زیادی ندارند (۱۵). زیرا افراد سبک سازگاری انتخابی خود را در امور مختلف از جمله مواجهه با عوارض بیماری داشته و لزومی به تغییر آن نمی‌بینند، البته آنچه مهم است استفاده از سبک مناسب در حل مساله است که بایستی در بررسی مولفه‌های مختلف سازگاری بررسی گردد. از طرف دیگر اطمینان نسبت به وارسی برای پیگیری درمان و احساس سلامتی لازم بوده و نباید از حساسیت نسبت به این مولفه کاسته شود. بنابراین با توجه به خواست بیماران چنانچه روان‌درمانی در مدت زمان طولانی‌تر و متناسب با نیاز بیماران انجام شود احتمال تغییر نگرش و به‌دنبال آن تغییر سبک مقابله‌ای، از سبک اجتنابی به حل مساله امکان‌پذیر است.

همچنین در نتایج مشاهده می‌شود، بینش نسبت به بیماری و عود آن، تفاوت معناداری نسبت به قبل از مداخله داشت. کینی (۲۰۰۳) و مهرابان (۲۰۲۰) در مطالعات خود همسو با نتایج این مطالعه نشان دادند، مداخلات درمانی ذهن- بدن و معنویت در بیماران، موجب افزایش شناخت و بینش عمیق‌تر نسبت به خود و موجب ایجاد تجربه‌های رشد دهنده مربوط به بیماری سرطان در زندگی شخصیشان شده است (۴۶، ۵۵). افزایش بینش به بیماری، با کاهش ترس و افزایش توانمندی همراه است که کواکیک (۲۰۱۱) نیز در مطالعه خود مداخلات روان‌شناختی و یوگا را موجب افزایش آرامش و توانایی این بیماران ذکر کرده است (۵۱). همچنین همسو با این مطالعه، ویک برگ (۲۰۰۳) و وئو (۲۰۱۱) انجام مداخلات روان‌شناختی شامل مراقبت‌های معنوی و یوگا و مدیتیشن منظم، را لازمه آگاهی‌بخشی و افزایش بینش، کاهش احساس منفی و خودتنظیمی رفتارها در این بیماران در تمامی سنین گزارش کرده‌اند (۵۳، ۵۴).

بنابراین با انجام مداخلات مناسب ایجاد بصیرت و آگاهی نسبت به شرایط موجود، نگرانی‌ها رفع یا کمتر شده و افزایش مسئولیت‌پذیری و رشد فردی اتفاق می‌افتد. پس از اتمام مداخلات، افزایشی در ظرفیت تغییر، درک مناسب از موقعیت اتفاق افتاده و برنامه‌ریزی و حل مساله به‌خوبی انجام شد. در این بیماران نگرانی و نشخوار فکری به مراتب کمتر بوده ولی اولویت مراقبت از خود به صورت یک فرض همیشگی و بدون ترس و نگرانی ناتوان کننده در برنامه‌ریزی زندگی آنان قرار گرفت.

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

محدودیت این مطالعه مربوط به زمان انجام آن بوده که مصادف با زمان همه‌گیری کرونا بود و برای انجام صحیح مداخلات، زمان بیشتری به‌طول انجامید. همچنین برای رعایت حقوق بیماران، جابجایی بیماران به‌صورت جداگانه و با رعایت پروتکل‌های بهداشتی انجام شد.

پیشنهاد می‌شود با توجه به تجربه کسب شده در این مطالعه، در شرایط مشابه از بسته‌های درمانی مناسب برای مداخلات مجازی استفاده شود. چنانچه قسمت اعظم مداخلات به صورت مجازی انجام شود، بیماران از مزیت‌های آن مانند سهولت یادگیری، عدم جابجایی و نیز پیشگیری از بیماری‌های ثانویه برخوردار خواهند شد. پیشنهاد می‌شود درمان فرافردی به‌عنوان درمان مکمل برای تمامی بیماران، از ابتدای درمان تا زمان فراقت از درمان انجام شود. همچنین درمان فرافردی برای سایر متغیرها مانند اضطراب و افسردگی و... نیز اجرا و اثربخشی آن آزمون شود. با توجه به اظهارات بیماران در مورد اثربخشی این درمان در کاهش ورم دست (ناشی از ادم لنفاوی) توصیه می‌شود پژوهش‌هایی در این زمینه طراحی و اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود به جهت افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری درمان فرافردی، در پروژه‌های بزرگتر و با تعداد بیشتری از انواع بیماران مبتلا به سرطان اجرا شده و اثربخشی آن آزمون شود. پیشنهاد می‌شود پروتکل درمانی فرافردی برای بیماران مبتلا به سرطان به صورت مجازی تهیه و آزمایش و اجرا شود. نتایج این مطالعه مربوط به یک مرکز بوده که توصیه می‌شود در سایر مراکز درمانی و برای سایر مبتلایان به سرطان نیز انجام شود.

پیشنهاد می‌شود درمان فرافردی در شهرستان‌های دیگر نیز انجام شده یا به‌صورت مجازی برگزار شود، تا امکان استفاده تعداد بیشتری از بیماران فراهم شده و تعمیم‌پذیری مطالعه نیز افزایش یابد. توصیه می‌شود این درمان با سایر درمان‌های هم‌گروه یا غیر هم‌گروهی مقایسه شده و در صورت برتری به یک دستورالعمل برای بیماران تبدیل شود.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از اجرای درمان فرافردی در بیماران بقا یافته سرطان پستان ترس از عود مجدد سرطان، به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل کاهش داشت. در بررسی زیر مولفه‌های ترس از عود نیز، نتایج به‌خوبی نشانگر کاهش ترس در مولفه‌های محرک‌های ترس، شدت ترس، پریشانی، اختلال عملکرد ناشی از فکر عود وجود داشت ولی مولفه اطمینان و وارسی نسبت به آینده تفاوتی نشان ندادند که منطقی می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد مداخلات معنویت، یوگا و مدیتیشن نه‌تنها موجب رفع نگرانی و کاهش ترس از عود در بیماران شده بلکه آرامش بیشتری در زندگی آنان حاکم می‌شود. همچنین بنابر اظهارات بیماران، از نظر فیزیکی، افزایش توانمندی‌های حرکتی در دست طرف مبتلا اتفاق می‌افتد. لذا این نتایج می‌تواند چارچوب مناسبی باشد برای پژوهشگران، درمانگران و متخصصین حوزه سلامت برای طراحی مداخلات مناسب برای این بیماران باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دوره دکتری رشته مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران با کد اخلاق می‌باشد IR.KHU.REC.1398.057 بدین وسیله از مسئولین محترم پژوهشکده سرطان معتمد و نیز از مدیریت، پرسنل و بیماران کلینیک بیماری‌های پستان جهاددانشگاهی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-12-09]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

References

1. Bao T, Basal C, Seluzicki C, Li SQ, Seidman AD, Mao JJ. Long-term chemotherapy-induced peripheral neuropathy among breast cancer survivors: prevalence, risk factors, and fall risk. Breast cancer research and treatment. 2016; 159(2):327-33.
2. Nafissi N, Khayamzadeh M, Zeinali Z, Pazooki D, Hosseini M, Akbari ME. Epidemiology and histopathology of breast cancer in Iran versus other Middle Eastern countries. Middle East Journal of Cancer. 2018; 9(3):243-51.
3. Ahmadi A, Ramazani R, Rezagholi T, Yavari P. Incidence pattern and spatial analysis of breast cancer in Iranian women: Geographical Information System applications. Eastern Mediterranean Health Journal. 2018; 24(4): 360-7.
4. Porakbaran E. Mohamadi GR, Mosavi MR. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2018; 61(4):1131-41.
5. Hall DL, Luberto CM, Philpotts LL, Song R, Park ER, Yeh GY. Mind body interventions for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta analysis. Psycho oncology. 2018; 27(11):2546-58.
6. Şengün İnan F, Üstün B. Fear of recurrence in Turkish breast cancer survivors: A qualitative study. Journal of Transcultural Nursing. 2019; 30(2):146-53.
7. Lebel S, Beattie S, Arès I, Bielajew C. Young and worried: Age and fear of recurrence in breast cancer survivors. Health Psychology. 2013; 32(6):695-705.
8. Sarizadeh M, Rafieinia P, Sabahi P, Tamaddon M R. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-being among hemodialysis patients: A randomized clinical trial study. Koomesh. 2019; 21(1):61-66.
9. Butow PNF, J. Smith, A. Fear of cancer recurrence: an overview and Australian perspecive. Cancer Forum. 2015; 39(2):95-100.
10. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. Frontiers in psychiatry. 2019; 10:208-43.
11. Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzade F. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: A Randomized Trial. Iranian Quartery Journal of Breast Disease. 2016; 9(2):45-52.
12. Butow PN, Fardell JE, Smith A. Fear of cancer recurrence: an overview and Australian perspecive. 2015; 39(2):95-100.
13. Gorini A, Riva S, Marzorati C, Cropley M, Pravettoni G. Rumination in breast and lung cancer patients: Preliminary data on an Italian Sample. Psycho-oncology. 2017 ;27(2):703-5.
14. Fisher PL, Byrne A, Salmon P. Metacognitive Therapy for Emotional Distress in Adult Cancer Survivors: A Case Series. Cognitive therapy and research. 2017; 41(6):891-901.
15. Dunn LB, Langford DJ, Paul SM, Berman MB, Shumay DM, Kober K, et al. Trajectories of fear of recurrence in women with breast cancer. Supportive Care in Cancer. 2015; 23(7): 2033-43.
16. Tauber NM, O'Toole MS, Dinkel A, Galica J, Humphris G, Lebel S, et al. Effect of psychological intervention on fear of cancer recurrence: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Oncology. 2019; 37(31):2899-915.
17. Rahmanian M, Moein Samadani M, Oraki M. Effect of group spirituality therapy on hope of life and life style improvement of breath cancer patients. Biannual Journal of Applied Counseling. 2017; 7(1):101-14.
18. Pargament KI. Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred: Guilford Press; 2011. Guilford Press. books.google.com
19. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. 2nd ed. SAGE pub. Washington, DC: American Psychological Association. 2005.
20. Nakamura Y, Lipschitz DL, Kuhn R, Kinney AY, Donaldson GW. Investigating efficacy of two brief mind-body intervention programs for managing sleep disturbance in cancer survivors: a pilot randomized controlled trial. Journal of Cancer Survivorship. 2013; 7(2): 165-82.
21. Nidich SI, Fields JZ, Rainforth MV, Pomerantz R, Cella D, et al. A randomized controlled trial of the effects of transcendental meditation on quality of life in older breast cancer patients. Integrative cancer therapies. 2009; 8(3):228-34.
22. Şirin T GF. Investigation of the Spiritual Care Effects on Anxiety, Depression, Psychological Distress and Spiritual Levels of Turkish Muslim Radiotherapy Patients. Journal of Religion and Health. 2020; 1(1):1-19.
23. Salabifard S TB, Rafiepoor A. The Effect of Spiritual Therapy on Posttraumatic Growth, Self- Compassion and Hope in Women with

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

Breast Cancer. Journal of Health Promotion Management. 2020; 9(6):25-36.

24. Taleghani F, Yekta ZP, Nasrabadi AN, Käppeli S. Adjustment process in Iranian women with breast cancer. Cancer Nurs. 2008; 31(3): 32-41.
25. Busick BS. Living with Cancer: A Transpersonal Course. The Hospice Journal. 1989; 5(2):67-78.
26. Thomas JC, Burton M, Quinn Griffin MT, Fitzpatrick JJ. Self-transcendence, spiritual well- being, and spiritual practices of women with breast cancer. Journal of Holistic Nursing. 2010; 28(2):115-22.
27. Khatibian M, Shakerian A. The effectiveness of cognitive- behavioral group therapy on reducing depression, anxiety and stress in women with breast cancer. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 1393; 19(4):91-9.
28. Pir-Irani S, Soleimankhani H, Abdollah Motamedi Shalamzari A, Sayyad S. The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Reduction of Intrusive Thoughts, Avoidance, Hyper arousal and Pain Intensity and Improvement of Quality of Life in Women with Breast Cancer. bjcp 2019; 13(2):99-108.
29. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari A. Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive-Behavioral Therapy in Breast Cancer Pain Management. ijbd. 2020; 13(1):35-45.
30. Herschbach P, Book K, Dinkel A, Berg P, Waadt S, Duran G, et al. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. Supportive care in cancer. 2010; 18(4):471-9.
31. Habibi Asgarabad M. Explanation of the Spiritual Experiences of Breast Cancer Patients: A Hermeneutic Phenomenological Study. Health, Spirituality and Medical Ethics. 2020; 7(2):9-19.
32. Ghahari S, Fallah R, Bolhari J, Moosavi SM, Razaghi Z, Akbari ME. Effectiveness of cognitive-behavioral and spiritual- religious interventions on reducing anxiety and depression of women with breast cancer. Article in Persian] Know Res Appl Psychol. 2012; 13(4):33-40.
33. Dickinson S. Post-traumatic growth in the twenty-first century: how current trends may threaten our ability to grow after trauma. The Journal of Positive Psychology. 2020:1-9.
34. Ahmad F, binti Muhammad M, Abdullah AA. Religion and spirituality in coping with advanced breast cancer: perspectives from Malaysian Muslim women. Journal of religion and health. 2011; 50(1):36-45.
35. Lukoff D, Turner R, Lu FG. Transpersonal psychology research review: Psychospiritual dimensions of healing. Journal of Transpersonal Psychology. 1993; 25:11-28.
36. Kollak I, Utz-Billing I. Yoga and Breast Cancer: A Journey to Health and Healing. 2010. Demos Medical Publishing.
37. Holland JC. Psycho-oncology.2010. Oxford University Press.
38. Kreinberg GA, Translated by:Dehghani M, Najarian B, Shirafkan A. Khodarahmi S. Stress control. Roshd Pub. Tehran. 2008.
39. Sherman KJ. Guidelines for developing yoga interventions for randomized trials. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2012: 1-16.
40. Cramer H, Rabsilber S, Lauche R, Kümmel S, Dobos G. Yoga and meditation for menopausal symptoms in breast cancer survivors-a randomized controlled trial. Cancer. 2015; 121(13):2175-84.
41. Simard S, Savard J. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. Supportive care in cancer. 2009; 17(3):241-51.
42. Bateni FS, Rahmatian M, Kaviani A, Simard S, Soleimani M, Nejatisafa A. The Persian Version of the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI): Translation and Evaluation of Its Psychometric Properties. Archives of Breast Cancer. 2019 ;174-80.
43. Gill Lopez P. Practitioner self-care: Mind–body best practice. Interventions for mental health professionals. American Psychological Association. Washington, DC .2020.
44. Haylock PJ. Advanced cancer: a mind-body-spirit approach to life and living. Seminars in Oncology Nursing. 2010; 26(3):183-94.
45. Cormio C, Romito F, Viscanti G, Turaccio M, Lorusso V, Mattioli V. Psychological well-being and posttraumatic growth in caregivers of cancer patients. Frontiers in psychology. 2014; 5(1342):1-8.
46. Kinney CK, Rodgers DM, Nash KA, Bray CO. Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. Journal of Holistic Nursing. 2003; 21(3):260-79.
47. Rippetoe PA, Rogers RW. Effects of components of protection-motivation theory on adaptive and maladaptive coping with a health threat. Journal of personality and social psychology. 1987; 52(3):596-604.
48. Fardell JE, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Girgis A, et al. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]

cognitive processing formulation. Journal of Cancer Survivorship. 2016; 10(4):663-73.

49. Dolatabadi A. A mediation and correlational study of aspects of spirituality on the treatment effects of quality of life, mood, stress, and depression in cancer patients and survivor participants in psycho-spiritual integrative therapy. ProQuest LLC. Palo Alto, California, Sofia University. 2016.
50. Oh B, Butow PN, Mullan BA, Clarke SJ, Beale PJ, et al. Effect of medical Qigong on cognitive function, quality of life, and a biomarker of inflammation in cancer patients: A randomized controlled trial. Supportive Care in Cancer. 2012; 20(6):1235-42.
51. Kovačič T, Kovačič M. Impact of relaxation training according to Yoga In Daily Life® system on perceived stress after breast cancer surgery. Integr Cancer Ther. 2011; 10(1):16-26.
52. Cheng CT, Ho SMY, Liu WK, Hou YCh, Lim LCh, et al. Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. Supportive Care in Cancer. 2019; 27(3):933-41.
53. Vickberg SMJ. The Concerns About Recurrence Scale (CARS): a systematic measure of women's fears about the possibility of breast cancer recurrence. Annals of Behavioral Medicine 2003; 25(1):16-24.
54. Wu P. The Relationship between Mind-Body-Spirit Integration and Spontaneous Remission of Cancer: A Multiple-Case Study. ProQuest LLC Pub. Palo Alto, California, Sofia University. 2020.
55. Mehraban S, Khalilzadeh N, Sharifi M, Asmari-Bardezard Y. The Effectiveness of Group Spiritual Therapy on Facilitating the Post-Traumatic Growth Process in Women with Breast Cancer. Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat. 2020; 6(3):7-17.
56. Ganz PA, Kwan L, Castellon SA, Oppenheim A, Bower JE, Silverman DH, et al. Cognitive complaints after breast cancer treatments: examining the relationship with neuropsychological test performance. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2013; 105(11):791-801.
57. Würtzen H, Dalton, SO, Christensen J, Andersen KK, Elsass P, Flyger H L, Johansen C. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. Acta Oncologica. 2015; 54(5): 712-19.
58. Voiß P, Höxtermann MD, Dobos G, Cramer H. Mind-body medicine use by women diagnosed with breast cancer: results of a nationally representative survey. Supportive Care in Cancer. 2019; 28:1077-82.
59. Warner AS. Exploration of psychological and spiritual well-being of women with breast cancer participating in the art of living program. Institute of Transpersonal Psychology. LLC. Palo Alto, California.2006.
60. Sherra KS, Shahda M, Khalil DM. The role of culture and faith healers in the treatment of mood disorders in rural versus urban areas in United Arab Emirates. Egyptian Journal of Psychiatry. 2017; 38(2):79-89.
61. Sohmer O. Addressing Persistent Challenges in Transpersonal Psychology: Cooperative Inquiry as an Innovative Response. Journal of Transpersonal Psychology.2020;52(1):78-112.
62. Suhami N, Muhamad M, Krauss S. The Islamic healing approach to cancer treatment in Malaysia. J Biol Agric Healthcare. 2014; 4(6):104-10.
63. Vich MA. Changing definitions of transpersonal psychology. Journal of Transpersonal Psychology. 1992; 24(1):99-100.
64. Kishan P. Yoga and spirituality in mental health: Illness to wellness. Indian Journal of Psychological Medicine. 2020; 42(5):411-20.
65. Butzer B. The Value of Transpersonal Research Methods for Studying Yoga and Mindfulness in Schools. University of New York in Prague. 2019.
66. Vadiraja H, Rao RM, Nagarathna R, Nagendra H, Patil S, Diwakar RB, Ajaikumar B. Effects of yoga in managing fatigue in breast cancer patients: A randomized controlled trial. Indian Journal of Palliative Care. 2017; 23(3):247-52.
67. Taso CJ, Lin HS, Lin WL, Chen SM, Huang WT, Chen SW. The effect of yoga exercise on improving depression, anxiety, and fatigue in women with breast cancer: a randomized controlled trial. Journal of Nursing Research. 2014; 22(3):155-64.
68. Culos-Reed SN, Carlson L, Daroux L, Hately-Aldous S. Discovering the physical and psychological benefits of yoga for cancer survivors. International Journal of Yoga Therapy. 2004; 14(1):45-52.
69. Butler LD, Waelde LC, Hastings TA, Chen XH, Symons B, et al. Meditation with yoga, group therapy with hypnosis, and psychoeducation for long-term depressed mood: a randomized pilot trial. Journal of Clinical Psychology. 2008; 64(7):806-20.
70. Philbin K. Transpersonal integrative yoga therapy: a protocol for grief and bereavement. International Journal of Yoga Therapy. 2009; 19(1):129-41.

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-12-09]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.2.1.0]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.2.50]