Iranian Journal of Breast Diseases. 2021;14(3):34-45.

Original Article

Comparing the Effects of Spiritual Counseling Based on the Sound Heart Model with Mindfulness Training on the Quality of Life of Women with Breast Cancer

Ghalyanee B[1], Asadzandi M[2*], Abdolmajid Bahraynian S[3], Karimi Zarchi A[4]

[1]Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2]Medicine, Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Department of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Health, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Receive: 25/5/2021
Accepted: 3/10/2021

***Corresponding Author:**
mazandi498@gmail.com

Ethics Approval:
IR.IAU.SRB.REC.1398.149

Abstract

Introduction: Improving the quality of life in cancer patients requires holistic and community-based interventions. The aim of this study was to compare the effectiveness of spiritual counseling based on the sound heart model and mindfulness training in improving the quality of life of women with breast cancer.

Methods: This clinical trial was performed with two experimental groups on women with breast cancer at Baqiyatallah Hospital, Tehran. Thirty eligible volunteer patients were enrolled in the study and randomly assigned to either spiritual counseling or mindfulness training. The interventions were performed in 8 sessions, 30 to 45 minutes, face to face. The quality of life questionnaire was completed by the subjects before and after the intervention. Data were entered in SPSS software (version 22.0). Because the normality of data distribution was not met, the Wilcoxon nonparametric test was used to compare the baseline and postintervention data in each group. In order to compare the effectiveness of the two methods of intervention, we calculated the mean difference in quality of life for each group and used the Mann-Whitney U test to compare the data.

Results: The Wilcoxon test showed that both interventions were effective in improving quality of life ($P < 0.001$). The Mann-Whitney U test showed that spiritual counseling had a greater effect on quality of life than mindfulness training ($P < 0.001$).

Conclusion: Considering the greater effect of spiritual counseling on the patients' quality of life, in comparison with mindfulness training, it is recommended that spiritual therapy be used in the treatment of cancer patients as a means of strengthening the adaptation ability, reducing spiritual distress, and increasing the quality of life of patients.

Keywords: Breast Neoplasms, Counseling, Quality of Life, Mindfulness, Spirituality

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-10-30]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۱۴۰۰؛ ۱۴(۳): ۳۴-۴۵

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم با آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

بهاره قلیانی[۱]، مینو اسد زندی[۲*]، سید عبدالمجید بحرینیان[۳]، علی اکبر کریمی زارچی[۴]

[۱] گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات طب، قرآن و حدیث، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم(عج)، تهران، ایران
[۳] گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۴] گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله اعظم(عج)، تهران، ایران

تاریخ ارسال: ۱۴۰۰/۳/۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۱۱

* **نویسنده مسئول:**
mazandi498@gmail.com

چکیده

مقدمه: کاهش کیفیت زندگی بیماران سرطانی، نیازمند مداخلات کل‌نگر و جامعه‌نگر است. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی مشاوره معنوی مبتنی برمدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی: این کار آزمایی بالینی، با دو گروه آزمایش، برای زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان بقیه‌الله تهران انجام شد. ۳۰ بیمار داوطلب واجد شرایط، وارد مطالعه شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی تخصیص یافتند. مداخله‌های مشاوره معنوی و آموزش ذهن‌آگاهی به مدت ۸ جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای چهره به چهره انجام گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی در دو نوبت قبل و بعد از مداخله توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید. داده‌ها در برنامه نرم‌افزاری SPSS 2.0 وارد شدند. به‌دلیل عدم برقراری مفروض توزیع نرمال، از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون جهت مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله در هر گروه استفاده گردید. به‌منظور مقایسه دو روش مداخله در پس‌آزمون، پس از محاسبه تفاوت کیفیت زندگی هر شرکت‌کننده (قبل و بعد از مداخله مربوطه)، از آزمون مان- ویتنی جهت مقایسه تاثیر دو نوع مداخله بر کیفیت زندگی بیماران استفاده شد.

یافته‌ها: آزمون ویلکاکسون نشان داد که هر دو مداخله بر کیفیت زندگی موثر بودند ($P<۰/۰۰۱$) ولی در زیر مقیاس‌ها در برخی از ابعاد تفاوت مشاهده شد. آزمون من-ویتنی نشان داد که مشاوره معنوی تاثیر بیشتری نسبت به ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران داشت ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به تاثیر بیشتر مشاوره معنوی، در مقایسه با آموزش ذهن‌آگاهی، استفاده از معنویت درمانی در درمان بیماران سرطانی جهت تقویت توان سازگاری، کاهش دیسترس‌های معنوی و افزایش کیفیت زندگی بیماران توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ذهن‌آگاهی، سرطان پستان، کیفیت زندگی، مشاوره، معنویت

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

مقدمه

سرطان پستان، ۳۲٪ سرطان‌های زنان جهان را شامل می‌شود که سالانه، مسبب مرگ بیش از ۷ میلیون نفر است. برآورد می‌شود، تعداد مبتلایان به این بیماری در سال ۲۰۲۰ به ۱۵ میلیون نفر برسد (۱). این بیماری بدخیم و تهدیدکننده حیات، شایع‌ترین سرطان در بین زنان ایرانی است. تعداد مبتلایان درسال ۲۰۱۵، با بیش از ۷ هزار بیمار جدید، حدود ۴۰ هزار مبتلا، گزارش شد. سن بیش از ۴۱٪ بیماران مبتلا در ایران، بین ۴۰ تا ۵۰ سال بوده که ده سال کمتر از میانگین سنی بیماران مشابه در سایر کشورها است (۲)، سرطان، مشکل مهم بهداشتی در کل جهان و نیازمند توجه خاص نظام‌های ارائه خدمات سلامت تمام کشورهاست (۳). اگر چه پیشرفت‌های سه دهه اخیر در درمان انواع سرطان، میزان بهبود بیماران را به حدود ۸۰٪ افزایش داده و بیماری را از یک بیماری حاد و کشنده، به یک بیماری مزمن با میزان بقای بیشتر، تبدیل کرده (۴)، اما به‌رغم افزایش میزان بقا، سرطان همچنان عامل ایجاد تغییرات اساسی در زندگی بیمار و خانواده می‌باشد (۵). عوارض بیماری و روش‌های درمانی آن، پیامدهای منفی طولانی مدت بعد از اتمام درمان، کیفیت زندگی بیماران را کاهش می‌دهد (۶). به نحوی که گاهی اثرات سوء تاخیری جسمی-روانی بهبود یافتگان، هر نوع مزیت افزایش بقاء را خنثی می‌کند (۷). عوارض ناشی از روش‌های تشخیصی و درمانی، درد، مشکلات تغذیه‌ای، مشکلات روانی ناشی از ابتلای به بیماری نظیر استرس، افسردگی و اختلال در روابط زناشویی، همراه با انزوای اجتماعی و مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، خصوصا در بیماران دچار عود مجدد، کیفیت زندگی ٪۳۴ بیماران را کاهش داده (۸)، سبب افت عملکرد هیجانی و ایفای نقش‌های اجتماعی شده است (۹). امروزه توجه به کیفیت زندگی وابسته به سلامت در کنار شاخص‌های پزشکی را در درمان بیماران، ضروری ساخته است (۱۰).

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، دربرگیرنده درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی، با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی، اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق اوست (۱۱). کیفیت زندگی با توجه به عملکرد بیمار و عوارض ناشی از بیماری و درمان، از نظر خود بیماران، اندازه‌گیری می‌شود (۱۲). شواهد نشانگر آن است که احساس بهزیستی، عدم نارضایتی از بیمار بودن، سبب احساس بهتر، انگیزه بیشتری برای مراقبت از خود و افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۱۳). به این جهت امروزه علاوه بر پیشگیری، تشخیص زودرس،کاهش مرگ و میر، موضوع بالا بردن کیفیت زندگی بیماران، مورد تاکید نظام‌های سلامت دنیا است. چرا که بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، سبب افزایش کیفیت زندگی اعضای خانواده و انسجام بیشتر ساختار خانواده می‌شود (۱۴). در این زمینه علاوه بر حمایت اعضای خانواده، خصوصا همسر که کیفیت زندگی بهتر بیماران را پیشگویی می‌کند (۱۵)، ارائه درمان و مراقبت کل‌نگر و جامعه‌نگر از بیمار و خانواده، با توجه به فرهنگ و ارزش‌های ایشان، جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران، توصیه می‌شود (۱۶).

تحقیقات بالینی، در جوامع دینی، معنویت درمانی را به عنوان روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطان پستان توصیه می‌کنند (۱۷). چرا که اعتقاد به خدا، اعمال مذهبی، هدفمند بودن در زندگی، رویکرد معنوی به حوادث زندگی، استراتژی‌های مقابله‌ای فعال مذهبی-معنوی، از طریق یافتن معنای زندگی، سبب افزایش کیفیت زندگی و سازگاری با شرایط استرس‌زای بیماری می‌گردند (۱۸). معنویت درمانی به معنای استفاده از معنویت در درمان بیماران، امروزه مورد توجه پزشکان و اعضای تیم درمان است (۱۹). چرا که باورهای معنوی و داشتن یک زندگی هدفمند و معنادار نقش موثری در بهبود بیماری‌های جسمانی، کاهش دوره نقاهت و تحمل بیماری‌های صعب‌العلاج دارد. کسانی که به آینده می‌اندیشند، هدفی در آینده دارند و در جست و جوی یافتن معنای زندگی هستند؛ می‌توانند شرایط سخت را راحت‌تر تحمل نمایند (۲۰). اما انجام معنویت درمانی، نیازمند مدل علمی جامعه‌نگر و هماهنگ با باورها و فرهنگ جامعه می‌باشد. مدل مراقبت معنوی قلب سلیم بر مبنای معنویت دینی در پی اصلاح نگرش بیماران مبتلا به سرطان، پاسخ معنوی به چرایی ابتلای به بیماری و یافتن معنای زندگی و مصائب آن است (۲۱). بر مبنای شواهد دینی، مصائب زندگی را تجربه‌ای معنوی و چالشی فرا روی بیماران، معرفی می‌کند. تلاش می‌کند تا در جلسات مشاوره، فشارهای روانی ناشی از بیماری را کاهش داده، بیمار را از ترس و اضطراب آینده، اندوه و حسرت از دست دادن سلامت گذشته، به زندگی کردن در زمان حال با صبر و شکرگزاری دعوت نماید (۲۲). بیمار و خانواده را برای دستیابی به سلامت معنوی و

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

برخورداری از قلب سلیم (روح آرام و مطمئن، واجد خوش‌بینی، امیدواری، مثبت اندیشی، سرور و بهجت) یاری می‌نماید. بالاترین سطح کیفیت زندگی (برخورداری از حیات طیبه) را در پرتو تقویت ارتباط بیمار با خدا و با ایمان درمانی، قابل دستیابی می‌داند (۲۳). علاوه برکمک به فرد برای اصلاح عملکرد رفتاری، با آموزش خود مراقبتی معنوی و اصلاح شرایط محیط فیزیکی- روانی- اجتماعی و معنوی بیمار، زمینه ارتقای سلامت معنوی را فراهم می‌سازد. این معنویت درمانی، در پی جلب توجه بیمار به ملکوت عالم هستی و جستجوی خیری در باطن حوادث زندگی است (۲۴).

این در حالی است که ذهن‌آگاهی که حاصل تلفیق سنت‌های معنوی شرقی نظیر فنون مراقبه با رفتار درمانی- شناختی سنتی می‌باشد، تلاش می‌کند تا بیمار توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد به بدن و طبیعت اطرافش معطوف کند. آموزش ذهن‌آگاهی تلاش می‌کند تا بیمار با آگاهی پذیرا و بدون قضاوت و پیش‌داوری، با توجه به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و به نوعی از آگاهی در لحظه جاری و بدون استنتاج لحظه به لحظه برسد (۲۵)، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک کند و توانایی رویارویی با تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها را به‌دست آورد (۲۶). با توجه به این که بیشتر از ۹۰٪ مردم ایران مسلمان هستند، علاوه بر درمان و مراقبت کل‌نگر و تامین نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود، نیازمند مراقبت‌های جامعه‌نگر هماهنگ با ارزش‌های دینی و فرهنگی خود می‌باشند. به دلیل اهمیت کیفیت زندگی در بیماران، تفاوت مبنای فلسفی دو رویکرد معنویت درمانی و ذهن‌آگاهی و شکاف تحقیقاتی موجود در مقایسه اثربخشی دو رویکرد در بیماران مسلمان، با این فرضیه که معنویت درمانی مبتنی بر دیدگاه اسلامی دارای تاثیر بیشتری از ذهن‌آگاهی می‌باشد،

این مطالعه با هدف «مقایسه اثربخشی مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان» انجام شد.

مواد و روش‌ها

این کارآزمایی بالینی برای مقایسه اثر بخشی معنویت درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران به سرطان پستان در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به درمانگاه کنترل سرطان بیمارستان بقیه‌الله تهران بودند. در این تحقیق به دلیل نوع بیماری مورد مطالعه، نوع مداخلات، طول مدت هر مداخله و اجتناب از ایجاد مشکلات اخلاقی، گروه کنترل بیرونی وجود نداشت. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه حیدریان و همکاران (۲۷) و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها تعیین گردید. تعداد نمونه با در نظر گرفتن ۵٪ خطای نوع اول، ۲۰٪ خطای نوع دوم و انحراف معیار ۱۴/۵، برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین گردید. ۳۰ بیمار داوطلب واجد شرایط که فرم رضایتنامه آگاهانه را تکمیل نموده بودند به روش در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. بیماران به‌صورت تصادفی (خارج کردن تصادفی برگه از جعبه) در دو گروه آزمایشی معنویت درمانی و آموزش ذهن‌آگاهی تخصیص یافتند. معیارهای ورود به مطالعه: قادر بودن به برقراری ارتباط و درک مطالب آموزش داده شده، نداشتن سابقه بیماری روانی مزمن در گذشته و اکنون، عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا سابقه اعتیاد به مواد مخدر، آشنا بودن با زبان فارسی، نداشتن بیماری دیگر یا عوارضی که منجر به بستری شدن در بخش مراقبت ویژه شود، سن ۳۵ تا ۵۵ سال، درجه بیماری بین سطح ۱ تا ۳، میزان تحصیلات دیپلم متوسطه به بالا بودند. معیارهای خروج از مطالعه: عدم تمایل به ادامه تحقیق، شرکت همزمان در پژوهش دیگر، بروز بحران مهم در زندگی علاوه بر بحران بیماری در حین مطالعه بودند. تمام نمونه‌ها در اولین جلسه، پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) را تکمیل کردند.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL) در سال ۱۹۹۹ طراحی شد. فرم کوتاه ۲۶ سوالی در چهار حیطه سلامت جسمی با ۷ گویه، سلامت روانی با ۶ گویه، روابط اجتماعی با ۳ گویه و سلامت محیطی با ۸ گویه، کیفیت زندگی را بررسی می‌کند، ۲ سوال اول نیز حیطه کلی کیفیت زندگی را می‌سنجند. در هر حیطه امتیازی بین ۴-۲۰ به‌دست می‌آید که ۴ بدترین و ۲۰ بهترین وضعیت هر حیطه را نشان می‌دهد و در دامنه ۲۰ (پایین‌ترین کیفیت زندگی) تا ۱۰۰ (بالاترین کیفیت

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

زندگی) محاسبه می‌شود. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان پرسشنامه که در ۱۵ مرکز بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۸). نجات و همکاران (۲۰۰۸) برای اعتبارسنجی پرسشنامه در ایران، تعداد ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران را به‌صورت تصادفی انتخاب کرده، شرکت‌کنندگان براساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیرمزمن به ادعای خود ایشان، به ۴ گروه تقسیم شدند. پایایی پرسشنامه با استفاده از همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به‌دست آمد. ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد کم سوال در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد. جهت سنجش عوامل ساختاری پرسشنامه از ماتریس همبستگی سوالات با حیطه‌ها استفاده شد. در ۸۳٪ موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. نتایج حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد (۲۹). یوسفی و همکاران هم در سال ۲۰۱۰ به ارزیابی اعتبار، قابلیت اطمینان، سازگاری داخلی و ساختار ابعادی پرسشنامه در یک جمعیت ناهمگن ایرانی متشکل از ۲۹۵۶ فرد سالم و ۲۹۳۶ بیمار، ساکن مناطق روستایی و شهری در ۳۰ استان ایران پرداختند. نمرات نشانگر سازگاری درونی، اعتبار معیار و اعتبار متمایز بود. تجزیه و تحلیل فاکتورها، شواهدی برای اعتبار سازه برای مدل چهار عاملی این ابزار فراهم کرد. اختلاف امتیازات همه دامنه‌ها بین افراد سالم و بیمار معنادار بود. نتایج نشان داد که پرسشنامه واجد خصوصیات روان‌سنجی کافی بوده و معیار مناسبی برای ارزیابی کیفیت زندگی در جمعیت بزرگسال ایرانی است (۳۰).

مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم اسدزندی (۲۳) و آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر روش کابات ذین (۲۰۰۳) (۲۵) توسط دانشجوی دکترای مشاوره اجرا شدند. در مشاوره معنوی با هدف توانمندسازی خود مراقبتی معنوی، ابتدا برقراری ارتباط معنوی برای جلب اعتماد بیمار، سپس دانش‌افزایی، توسعه ارتباط با خدا، خود، مردم و طبیعت و تقویت انگیزه برای خودمراقبتی معنوی انجام شدند (جدول ۱). در آموزش ذهن‌آگاهی که ترکیبی از تکنیک‌های رفتاری، آرامش‌آموزی و مراقبه است، آموزش کنترل تنفس، توجه، مشاهده حس‌ها و احساسات بدنی، توصیف این احساسات، پذیرش بدون قضاوت آنها و افکار همراه و حضوردر زمان حاضر به‌خصوص در فعالیت‌های روزمره انجام شدند (جدول ۲). مداخله‌ها به تفکیک، طی هشت جلسه حضوری، چهره به چهره، به مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه، یک بار در هفته و با هماهنگی قبلی، اجرا شدند. تمام بیماران داروها و مراقبت‌های روتین را دریافت می‌کردند.

بلافاصله بعد از اتمام مداخلات، مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی، توسط تمام نمونه‌ها تکمیل شد. داده‌ها در برنامه نرم‌افزاری SPSS (version 22.0) وارد و با استفاده از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی توصیف شدند.

از آزمون‌های شاپیرو- ویلک (Shapiro-Wilk Test) جهت توزیع نرمال داده‌ها (P=۰/۰۰۳) و لون (Levine's Test) جهت تساوی واریانس‌ها (P=۰/۰۳۵) استفاده شد. به‌دلیل عدم برقراری مفروض توزیع نرمال، از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون جهت مقایسه نتایج قبل و بعد از مداخله در هر گروه استفاده گردید. به‌منظور مقایسه دو روش مداخله در پس‌آزمون، به‌دلیل عدم برقراری مفروضات آزمون‌های پارامتری، پس از محاسبه تفاوت کیفیت زندگی هر شرکت‌کننده در دو مرحله قبل و بعد از مداخله‌ها، از آزمون مان- ویتنی استفاده شد. در این تحقیق ابتدا کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات IR.IAU.SRB.REC.1398.149 و کد ثبت در سامانه کارآزمایی بالینی IRCT20190715044212N1 اخذ شد. اخذ رضایت کتبی آگاهانه از بیماران شرکت‌کننده در تحقیق، کسب اجازه انتشار یافته‌های تحقیق از دانشگاه آزاد اسلامی، توجه به ضرورت حفظ حریم شخصی بیماران و محرمانه نگه داشتن اطلاعات ایشان، فراهم کردن امکان دسترسی به داده‌ها در فضای ابری جهت ژورنال، موارد اخلاقی مدنظر بودند.

یافته‌ها

در این تحقیق جمعاً ۳۰ نفر در دو گروه مشاوره معنوی قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان ۴۲/۹ سال

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

(۴/۵ سال)، ۱۸ نفر (۶۰٪) متاهل و بیشتر بیماران (۴۳/۳٪) دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند.

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت مشخصات جمعیت شناختی دو گروه از نظر سن، تاهل و تحصیلات از نظر آماری معنی‌دار نبود.

جدول ۴ نشان می‌دهد که در داخل گروه‌ها، تفاوت کیفیت زندگی در هر دو گروه قبل و پس از مداخله آموزشی معنی‌دار بود. گروه مشاوره معنوی قلب سلیم (P<۰/۰۰۱) و گروه آموزش ذهن‌آگاهی (P=۰/۰۰۲). همچنین در گروه مشاوره معنوی، تفاوت زیر مقیاس‌ها در تمام ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط معنی‌دار بود. ولی در گروه آموزش ذهن‌آگاهی تفاوت تنها در دو زیر مقیاس روابط اجتماعی و سلامت محیط معنی‌دار بود.

به‌دلیل عدم برقراری مفروضات تحلیل کواریانس و به‌منظور مقایسه دو روش مداخله در پس‌آزمون، ابتدا تفاوت کیفیت زندگی و نیز زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی هر شرکت‌کننده قبل و بعد از مداخله محاسبه گردید (change score). جهت مقایسه میانگین تغییرات، از آزمون مان- ویتنی استفاده شد.

جدول ۵ بیانگر آن است که میانگین تغییرات کیفیت زندگی دو گروه آزمایشی مشاوره معنوی قلب سلیم و آموزش ذهن‌آگاهی از نظر آماری معنی‌دار است (P<۰/۰۰۱). مقایسه زیر مقیاس‌ها نشان داد که تفاوت سلامت جسمانی (P=۰/۰۰۲)، سلامت روانی (P=۰/۰۳۶)، روابط اجتماعی (P=۰/۰۱۵) و سلامت محیط (P=۰/۰۰۸) معنی‌دار است. با توجه به تغییرات بیشتر میانگین کیفیت زندگی در گروه مشاوره معنوی (۱۴/۶۷) نسبت به گروه آموزش ذهن‌آگاهی (۴/۴) می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره معنوی بر افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان موثرتر از آموزش ذهن-آگاهی است.

جدول ۱: ساختار و محتوای جلسات مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم

عنوان جلسه	اهداف جلسه	تکالیف خانگی
آشنایی و بررسی احساسات و نگرش بیمار به بیماری	برقراری ارتباط درمانی معنوی جهت جلب اعتماد و آماده ساختن مراجع جهت مشاوره	مهمترین رنج‌هایم. با رنج‌هایم چگونه سازگار می‌شوم؟
توجه به جنبه‌های مثبت بیماری بر محور دو سوگرایی	دانش‌افزایی درباره بیماری، علل بروز و روش‌های درمان	بیماری چه جنبه‌های خوبی برایم داشته
توسعه خودآگاهی معنوی	دانش افزایی درباره تاثیر نیات و افکار بر سلامت و اموزش آداب اسلامی خواب	افتخارات من در زندگی چیست
توسعه ارتباطات اجتماعی	ایجاد تمایل درونی برای توسعه روابط اجتماعی و بخشش خطای دیگران	نامه تشکر و قدردانی به دوستم
تقویت ارتباط با طبیعت	کمک به بیمار برای بهره مندی از روش‌های طب مکمل	لذت بردن از لحظه حال و نعمات کوچک
توسعه ارتباط با خدا	آموزش مهارت‌های ایمان درمانی (توکل، تفویض، ذکر، لمس توام با نیایش شفابخش)	معجزات خدا در زندگیم (نامه‌ای به خدا)
مقابله و سازگاری	آموزش دستورالعمل‌های مراقبت معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم	توانایی من در انجام محاسبه نفس روزانه
انگیزش	تقویت انگیزه برای ادامه درمان و خود مراقبتی	عشق به او به من توانایی می‌دهد (من می‌توانم)

جدول ۲: ساختار و محتوای جلسات آموزش ذهن‌آگاهی

عنوان جلسه	اهداف جلسه	تکالیف خانگی

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

معرفی و شرح جلسات – ایجاد رابطه درمانی و اطمینان بخشی بین درمانگر و بیماران	آموزش تکنیک خوردن کشمش -آموزش مدیتیشن اسکن بدن- آموزش مبارزه با افکار خودکار، صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام مدیتیشن	حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها
اجرای مدیتیشن و مباحثه در مورد تفاوت بین افکار و احساسات	موانع تمرین و راه حلهای برنامه ذهن آگاهی - انجام مدیتیشن در حالت نشسته- مدیتیشن اسکن بدن	ذهن‌آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن‌آگاهی روزانه
مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی	تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی با توجه به تمرین در لحظه انجام- توجه به تنفس و توجه به بدن - انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه - تمرین دیدن و شنیدن غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه	مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی، ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره
مدیتیشن نشسته چهاربعدی (توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار) و بحث در مورد استرس	بحث در مورد پاسخ‌های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین - تمرین قدم زدن ذهن آگاه	مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه - تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند
ادامه مدیتیشن نشسته و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن	آموزش و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن	مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره
توجه به احساس و پذیرش احساسات به عنوان احساس	ارایه تمرینی با عنوان خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه با این مضمون که محتوای افکار، اکثرا واقعی نیستند- تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای	انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها با ترجیح شخصی- انجام فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن‌آگاهی روزانه
آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری-بهترین راه مراقبت از خود	آموزش مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود- ارایه تمرینی تعیین رویدادهای خوشایند و ناخوشایند زندگی و تنظیم برنامه‌ای برای رویدادهای خوشایند کافی	انجام ترکیبی از مدیتیشن‌های ترجیحی- تمرین تنفسی سه دقیقه ای در یک رویداد ناخوشایند. –ذهن‌آگاهی یک فعالیت روزمره
استفاده از آموخته و داشته‌ها	استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید -تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای- بحث در مورد روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن	آیا به انتظارات خود دست یافته‌ام؟ آیا شخصیتم رشد کرده؟ آیا مهارت‌های مقابله‌ای من افزایش یافته؟ و آیا دوست دارم تمرین‌های مدیتیشنش را ادامه دهم

جدول ۳: مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	گروه مشاوره معنوی میانگین (انحراف معیار)	گروه آموزش ذهن آگاهی میانگین (انحراف معیار)	P-value
سن (سال)	(۴/۸)۴۲/۷	(۴/۳)۴۳	۰/۸۷۵*
مجرد	(٪۴۶/۷)۷	(٪۳۳/۳)۵	
متاهل	(٪۵۳/۳)۸	(٪۶۶/۳)۱۰	۰/۷۱۰**
تحصیلات کارشناسی و پایین‌تر	(٪۶۰)۹	(٪۶۶/۷)۱۰	
کارشناسی ارشد و بالاتر	(٪۴۰)۶	(٪۳۳/۳)۵	۱/۰۰۰**

* بر اساس آزمون تی مستقل **بر اساس آزمون دقیق فیشر

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی و زیر مقیاس‌ها به تفکیک گروه‌ها قبل و پس از مداخله

متغیر پیامد و ابعاد	مرحله سنجش	میانگین	انحراف معیار	P-value

[Downloaded from ijbd.ir on 2025-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

الف) گروه آزمایشی مشاوره معنوی				
کیفیت زندگی در کل	پیش‌آزمون	۴۵/۶	۰/۷۹	**P<۰/۰۰۱**
	پس‌آزمون	۶۰/۲۷	۲/۰۲	
بعد سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۲/۵۳	۱/۹۲	**P<۰/۰۰۱**
	پس‌آزمون	۱۶/۳۳	۲/۱۶	
بعد سلامت روانی	پیش‌آزمون	۹/۹۳	۱/۵۳	**P<۰/۰۰۱**
	پس‌آزمون	۱۲/۲۷	۱/۵۳	
بعد روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۳/۴۷	۰/۶۴	**P=۰/۰۱۷**
	پس‌آزمون	۵/۳۳	۲/۴۱	
بعد سلامت محیط	پیش‌آزمون	۱۵/۲۰	۰/۶۸	**P<۰/۰۰۱**
	پس‌آزمون	۲۰/۴۰	۳/۸۳	
ب) گروه آزمایشی ذهن‌آگاهی				
کیفیت زندگی در کل	پیش‌آزمون	۴۵/۶	۰/۷۹	P=۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	۶۰/۲۷	۲/۰۲	
بعد سلامت جسمانی	پیش‌آزمون	۱۲/۵۳	۱/۹۲	P=۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	۱۶/۳۳	۲/۱۶	
بعد سلامت روانی	پیش‌آزمون	۹/۹۳	۱/۵۳	P=۰/۱۰۹
	پس‌آزمون	۱۲/۲۷	۱/۵۳	
بعد روابط اجتماعی	پیش‌آزمون	۳/۴۷	۰/۶۴	P=۰/۰۴۶
	پس‌آزمون	۵/۳۳	۲/۴۱	
بعد سلامت محیط	پیش‌آزمون	۱۵/۲۰	۰/۶۸	P=۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	۲۰/۴۰	۳/۸۳	

بحث

با توجه به این که تاثیر مشاوره معنوی بر افزایش کیفیت زندگی بیماران بیشتر از آموزش ذهن‌آگاهی بود، فرضیه تحقیق تایید شد به این معنا که مدل جامعه‌نگر و هماهنگ با باورهای مردم دارای اثربخشی بیشتری است که با یافته‌های مطالعه کریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۶) که نشانگر اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان بیمار است، همخوانی دارد (۳۱). پیشنهاد می‌شود که مراقبت معنوی در کنار مراقبت جسمی روانی و اجتماعی در مراکز بهداشتی و درمانی ارائه شود.

تشخیص و درمان سرطان، سبب ایجاد علایم جسمی مانند درد، اختلال در الگوی خواب و فعالیت، اختلال در عملکرد روان‌شناختی، کاهش مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فردی شده، کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌نماید (۳۲). به این جهت پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، هم ابعاد سلامت جسمی- روانی، روابط اجتماعی و شرایط محیطی مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۳۳). در گروه مشاوره معنوی، تفاوت زیر مقیاس‌ها در تمام ابعاد سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط معنی‌دار بود. ولی در گروه آموزش ذهن‌آگاهی تفاوت تنها در دو زیر مقیاس روابط اجتماعی و سلامت محیط معنی‌دار بودند. تغییر معنادار آماری در بعد سلامت جسمی بیماران گروه مشاوره معنوی می‌تواند به‌دلیل ملاحظات زیر باشد. دیسترس‌های ناشی از بحران بیماری با کاهش عزت نفس، اشکال در برقراری ارتباط، سبب عدم تمایل فرد برای شرکت در برنامه‌های خود مراقبتی می‌شوند، به این جهت در جلسات اول مشاوره معنوی، برقراری ارتباط درمانی معنوی، شفقت به بیماران و جلب اعتماد ایشان تاکید بر ضرورت مراقبت از خود، اجرا شد (۳۴). از بیماران درخواست شد تا به بررسی رنج‌ها و آلام روحی (دیسترس‌های معنوی) خود بپردازند و مهمترین دیسترس‌های معنوی و روش‌هایی را که برای مقابله با آن‌ها به کار می‌برند را یادداشت نمایند. سپس در جلسات دانش افزایی، علل بروز سرطان، نحوه درمان و روش‌های مراقبت از خود، دعای حضرت پیامبر در

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

تسکین درد و بیماری به شکل لمس توام با نیایش شفابخش (۳۵) و آداب اسلامی خواب (۳۶) آموزش داده شدند و بر پیگیری درمان طبی در جهت حفظ سلامت به عنوان امانت الهی تاکید شد. پیشنهاد می‌شود که مراقبت کل‌نگر در درمان بیماران مبتلا به سرطان مورد توجه قرار گیرد.

در بعد سلامت روانی هم انجام مشاوره معنوی سبب ایجاد تغییرات آماری معنادار شد. با توجه به این که عدم پاسخ به چرایی ابتلای به بیماری و دلیل رنج‌های زندگی، می‌تواند سبب دیسترس‌های معنوی متعدد مانند: ناامیدی از رحمت خدا، نارضایتی از سرنوشت، سوءظن به خدا، احساس ناامنی و بی‌اعتمادی (۳۷)، شده و سلامت روانی بیماران را مختل نماید. در جلسات مشاوره معنوی چرایی ابتلای بشر با ذکر زندگی انبیای الهی بیان گردید. بیماران تشویق شدند بر محور دو سوگرایی در عمق رنج بیماری، معنا و هدفی را برای زندگی خود بیابند (۲۲). همچنین در جلسات مشاوره معنوی با توسعه ارتباط فرد با خدا، تقویت باورها و عشق الهی، تلاش شد تا بیمار و خانواده در تجربه استرس‌زای بیماری، با نگرش مثبت به وقایع زندگی، نگاه کنند. با باور به قدرت و رحمت خدا حتی در شرایط سخت بیماری، احساس امنیت، عشق، امید کرده، از خوف و حزن رهیده و به آرامش برسند (۲۲).

این اقدامات با مطالعه لی (Lea) و همکاران، ۲۰۱۵ که معنویت درمانی را به معنای در نظر گرفتن باورهای فرهنگی - مذهبی و ارتباط درونی با یک قدرت برتر می‌دانند که بیماران را به سمت قدرت لایزال خداوند هدایت می‌کند (۳۸). و با یافته‌های سوسا (Sousa) و همکاران در سال ۲۰۱۷ که بر به رسمیت شناختن معنویت به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای و شناسایی نیازهای معنوی، برای برنامه‌ریزی مراقبت تاکید دارد، همخوانی دارند (۳۹) توصیه می‌شود که ایمان درمانی به عنوان محوری‌ترین مراقبت معنوی در بیماران مورد استفاده قرار گیرد (۴۰).

در بعد روابط اجتماعی هم مشاوره معنوی توانست تغییرات آماری معناداری ایجاد کند. در جلسات مشاوره معنوی تقویت ارتباط با عالم طبیعت و بهره‌مندی از نعمات جهان خلقت و توسعه ارتباطات اجتماعی با مهارت عفو واحسان توصیه شد. با انجام تمریناتی نظیر: نوشتن نامه‌ای به خدا یا کسی که دوستش دارم به‌عنوان نامه قدردانی، شریک شدن در شادی‌های نزدیکانم، لذت بردن از کوچکترین شادی‌های زندگی روزمره‌ام، نوشتن افتخارات زندگی‌ام، تلاش شد تا بیمار متوجه نعمات حال حاضر زندگی و توانایی‌هایش شود. این اقدامات توانست تا در بعد روابط اجتماعی (رضایت از خود، روابط خصوصی، حمایت دوستان) را ارتقا بخشد. همچنین از عشق و محبت به مهم‌ترین افراد زندگی بیماران جهت افزایش انگیزه برای ادامه زندگی و تحمل رنج‌های بیماری استفاده شد که با یافته‌های فرانکل درباره تاثیر لوگوس در معنا بخشیدن به زندگی همخوانی دارد (۴۱). پیشنهاد می‌شود که مهارت عفو و احسان و بهره‌مندی از نعمات عالم طبیعت به بیمار و خانواده آموزش داده شوند.

در بعد محیطی کیفیت زندگی، متاسفانه محدودیت در فراهم کردن تسهیلات مالی، امکانات تفریحی، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و بهبود شرایط محل سکونت، وجود داشت. توصیه می‌شود که با توجه به هزینه بالای درمان سرطان پوشش بیمه‌ای گسترده‌تری برای بیماران درنظر گرفته شود و خدمات بازدید منزل رایگان برای مبتلایان انجام شود.

اگر چه تحقیقات محدودی در جامعه مسلمان ایران، با استراتژی معنویت درمانی ریچاردز و برگین (۲۰۰۵) بر مبنای دیدگاه مسیحیت، انجام شده که بر افزایش تاب‌آوری بیماران سرطان پستان (۴۲)، افزایش رضایت از زندگی و امید به زندگی بیماران سرطانی شده است (۴۳، ۴۴). اما علی‌رغم ضرورت جامعه‌نگری و هماهنگی خدمات سلامت معنوی با ارزش‌های دینی و فرهنگی مردم مسلمان ایران، متاسفانه تا کنون در ایران تحقیقی درباره تاثیر مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم در بیماران سرطانی انجام نشده است. به‌نظر می‌رسد که استفاده از مدلی جامعه‌نگر که در پارادایم اسلام طراحی و روان‌سنجی شده، می‌تواند نوآوری این تحقیق محسوب شده و اثربخشی بیشتر مدل را نسبت به آموزش ذهن‌آگاهی توجیه کند.

ارائه خدمات سلامت معنوی یک تخصصی است که باید توسط تیمی متشکل از پزشک معالج بیمار، پرستار، روان‌شناس بالینی، مددکار اجتماعی و روحانی انجام شود. اما در این تحقیق کلیه جلسات مشاوره معنوی توسط مجری تحقیق که دانشجوی دکترای مشاوره بودند انجام شد. حجم کم نمونه‌ها، نداشتن گروه شاهد و اجرای مداخله توسط یک نفر که از محدودیت‌های این پژوهش بود، پیشنهاد می‌شود که با تعداد بیشتر نمونه و در خرده فرهنگ‌های مختلف ایران عزیز، مداخله با کمک همکاران تیم درمان و مراقبت

[Downloaded from ijbd.ir on 2023-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

که آموزش کافی در نحوه اجرای مشاوره معنوی دیده‌اند و دارای مجوز می‌باشند، مداخله تکرار شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به این که تاثیر مشاوره معنوی مبتنی بر مدل قلب سلیم بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان، به‌طور معنی‌داری بیشتر از آموزش ذهن‌آگاهی بود، توصیه می‌شود معنویت درمانی مبتنی بر مدل، در درمان بیماران سرطان جهت تقویت توان سازگاری، کاهش دیسترس‌های معنوی بیماران و ارتقای کیفیت زندگی ایشان مورد توجه قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات می‌باشد. گروه تحقیق صمیمانه‌ترین قدردانی را نسبت به مشارکت‌کنندگان این پژوهش و واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه‌الله ابراز می‌دارند.

تضاد منافع

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

References

1. Shamshirian A, Heydari K, Shams Z, Aref A, Shamshirian D, Tamtaji O, et al. Breast cancer risk factors in Iran: a systematic review & meta-analysis. Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation. 2020; 41(4):1-6. https://doi.org/ 10.1515/hmbci-2020-0021.
2. Tavakkoli L, Kalantari-Khandani B, Mirzaei M, Khanjani N, Moazed V. Breast Cancer Trend, Incidence, and Mortality in Kerman, Iran: A 14-Year Follow-up. Archive Breast Cancer. 2018; 5(3): 122-8. https://doi.org/10.32768/abc.201853122-128
3. Nafissi N, Khayamzadeh M, Zeinali Z, Pazooki D, Hosseini M, Akbari M. Epidemiology and Histopathology of Breast Cancer in Iran versus Other Middle Eastern Countries. Middle East Journal of Cancer. 2018; 9(3): 243-51. https://doi.org/ 10.30476/mejc.2018.42130.
4. Figueroa J.D, Gierach GL, Duggan MA. Risk factors for breast cancer development by tumor characteristics among women with benign breast disease. Breast Cancer Research. 2021; 23(34) :2-12. https://doi.org/10.1186/s13058-021-01410-1
5. Asadzandi M, Shahrabi Farahany S, Abolghasemy H, Saberi M, Ebadi A. Effect of Sound Heart Model- based spiritual counseling on stress, anxiety and depression of parents of children with cancer. Iranian Journal of iatric Hematology Oncology. 2020; 10(2):96-106.
6. Ellehuus C, Starup S, Eckhoff L, Vestergaard H, Naundrup Therkildsen D, et al. Health-related quality of life of patients with hematologic cancer during COVID-19 and their opinions on telehealth consultations- a Danish single site cross-sectional survey , Acta Oncologica. 2021; 60(7):872-80. https://doi.org/10.1080/ 0284186X.2021.1902565.
7. Alemany M, Velasco R, Simó M, Bruna J. Late effects of cancer treatment: consequences for long-term brain cancer survivors. Neuro-oncology Practice. 2020; 8(1):18-30. https://doi.org/10.1093/nop/npaa 039.
8. Chakeri A, Rostami Qadi M. Factors Affecting the Quality Of Life of Cancer Patients. Systematic Reviews in Pharmacy. 2021;12(3):68-70. https://doi.org/10.31838/srp.
9. Zare A, Bahia NJ, Eidy F, Adib N, Sedighe F. The relationship between spiritual well-being, mental health, and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. Journal Family Medicine and primary Care. 2019; 8(5):1701-5. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_131_19.
10. Sharif Nia H, Lehto RH, Seyedfatemi N, Mohammadinezhad M. A path analysis model of spiritual well-being and quality of life in Iranian cancer patients: a mediating role of hope. Support Care Cancer. 2021; 29(10): 6013-19. https://doi.org/ 10.1007/s00520-021-06172-2.
11. Jabbarian J, Rietjens C, Mols F. Untangling the relationship between negative illness perceptions and worse quality of life in patients

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-10-30]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

with advanced cancer-a study from the population-based PROFILES registry. Support Care Cancer. 2021; 29(11): 6411–19. https://doi.org/10.1007/ s00520-021-06179-9

12. Prapa P, Papathanasiou IV, Bakalis V, Malli F, Papagiannis D, Fradelos EC. Quality of Life and Psychological Distress of Lung Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. World Journal of Oncology. 2021; 12(2-3): 61-66. https://doi.org/14740/wjon1371.
13. Kim JH, Cho EH, Jeon TW. The Effects of Long-term Exercise on the Expression of SPARC and OSM in Colon Cancer-induced Mice. Exercise Science. 2016; 25(2):76-84.
14. Muzzatti B, Bomben F, Flaiban C. et al. Quality of life and psychological distress during cancer: a prospective observational study involving young breast cancer female patients. BMC Cancer. 2020; 20(758):1-8. https://doi.org/10.1186/s12885-020-07272-8
15. Akhter T, Pervin S, Goodman A. Quality of Life in Ovarian-Cancer Patients Receiving Chemotherapy. Journal of Cancer Therapy. 2020; 11(11): 695-714. https://doi.org/10.4236/jct.2020.1111059.
16. Asadzandi M. Spiritual Empowerment Program Based on Sound Heart Model in the Cancerous Children's Family. Annals of Nursing Research and Practice. 2018; 3(1): 10-26.
17. Sankhe A, Dalal K, Agarwal V. et al. Spiritual Care Therapy on Quality of Life in Cancer Patients and Their Caregivers: A Prospective Non-randomized Single-Cohort Study. Journal of religion and health. 2017;5 6:725-31. https://doi.org/10.1007/s10943-016-0324-6
18. Feng Y, Liu X, Lin T. et al. Exploring the relationship between spiritual well-being and death anxiety in patients with gynecological cancer: a cross-section study. BMC Palliative Care. 2021; 20(78):1-11. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00778-3
19. Lee YH. Spiritual Care for Cancer Patients. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing. 2019; 30(6): 101-3. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_65_18
20. Livneh H, Martz E, Bodner T. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A preliminary study of its factorial structure. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2016; 13(3): 250-60.
21. Asadzandi M. Sound Heart: Spiritual Nursing Care Model from Religious Viewpoint. Journal of Religion and Health. 2017; 56(6): 2063-75. https://doi.org/10.1007/s10943-015-0038-1.
22. Asadzandi M, Mazandarani HA, Saffari M, Khaghanizadeh M. Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on Spiritual Experiences of Hemodialysis Patients. Journal of religion and health. 2021. Online. https://doi.org/10.1007/ s10943-021-01396-2.
23. Asadzandi M. An Islamic religious spiritual health training model for patients. Journal Religion & Health. Journal of religion and health. 2020; 59(1):173-87. https://doi.org/ 10.1007/s10943-018-0709-9.
24. Asadzandi M, Shahrabi Farahany S, Abolghasemi H, Saberi M, Ebadi A .The effect of spiritual empowerment with multimedia educational method on the spiritual health of the cancerous children's family. Journal of Scientific& Technical Research. 2021; 33(2): 25621-6.
25. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). Constructivism in the Human Sciences. 2003;8(2):73-82.
26. Baminiwatta A, Solangaarachchi I. Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science. Mindfulness. 2021; 12(12):2099-116. https://doi.org/10.1007/s12671-021-01681-x.
27. 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 Journal of Breast Disease. 2016; 9(2):52-9.
28. Bonomi E, Patrick L, Bushnell M, Martin M. Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. Journal of Clinical Epidemiology. 2000; 53(1):19-23.
29. Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh S. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. BMC Health Services Research. 2008; 8(61):1-7. https://doi.org/10.1186/ 1472-6963-8-61.
30. Usefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, et al. Psychometric Properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian Adult Sample. Community Mental Health Journal. 2010;46:139-47. https://doi.org/10.1007/ s10597-009-9282-8
31. Karimi M, Shariatonia K. The effect of spiritual therapy on resilience of women with breast cancer in Tehran. Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2018;19(4):32-7.
32. Ahmadi A, Noormohammadi MR. The Effect of Spiritual Interventions on the Quality of Life among Patients with Common Cancers in Southwest Iran. Biomedical & Pharmacology

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]

Journal. 2017; 10(1):231-6. https://dx.doi.org/10.13005/bpj/ 1102

33. Farahbakhsh S, Mehrinejad A, Moazedian A. Structural Model of Quality of Life in Patients with Breast Cancer: The Role of Psychological Hardiness, Religious Orientation, Perceived Social Protection and Self-Efficacy with Mediation of Resilience and Death Anxiety. Shefaye Khatam. 2019; 8(1):86-98
34. Asadzandi M. Principles of spiritual communication based on religious evidence in the "Sound Heart Model". Journal of Medicine and Therapeutics. 2018; 2(3): 1-5.
35. Asadzandi M. the spiritual method of relieving pain from the perspective of Islam . Journal of Case Reports and Medical Images.2019; 2(1):10-6.
36. Asadizandi M, Saayari R, Sanayi Nasab H, Ebadi A. The Influence of Islamic Ritual Training on Primary Sleep Disorders among Nurses. Journal of Psychiatry and Behavioral Health Forecast. 2018; 1(1):11-8.
37. Asadzandi M. Clients and Patients' Spiritual Nursing Diagnosis of the Sound Heart Model. Journal of Community Medicine & Health Education. 2017; 7(6):1-6.
38. Lea T, Richards PS, Sanders PW, McBride JA, Allen GE. Spiritual pathways to healing and recovery: An intensive single-N study of an eating disorder patient. Spirituality in Clinical Practice. 2015; 2(3):191-7.
39. Sousa F, MeloFreitas S, Silva Farias A, Oliveira Cunha M, Araújo M, Veras V. Religious/Spiritual Coping by People with Cancer Undergoing Chemotherapy: Integrative Literature Review. SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. 2017;13(1):45-51. https://dx.doi.org/ 10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51
40. Abolghasemi H, Asadzandi M. Reinforcing faith, the main care and method of maintaining and improving the spiritual health of patients and clients. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2018; 1(1):49-58.
41. Frankel E. The Wisdom of Not Knowing: Discovering a Life of Wonder by Embracing Uncertainty. Shambhala Publications.2017.
42. Pourakbaran, Elahe, Mohammadi Qara Ghaz Lu, Roghayeh, Mousavi, Seyed Mohammad Reza. Evaluation of the effectiveness of group spiritual therapy on increasing resilience in women with breast cancer. Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019; 62(1):1393-402. https://dx.doi.org/10.22038/MJMS.2019.13994.
43. Kazemi M, Heidari S, Azimpoor A, Babaloo T, Baljani E. The Impact of Spiritual Counseling on Life Satisfaction of Patients with Cancer: A Clinical Trial Study. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2018; 26(5):298-305.
44. Rahmanian M, Moin M, Orki M. The effect of group spiritual therapy on improving the life expectancy and lifestyle of breast cancer patients. Journal of Applied Counseling. 2018; 7(1):101-14.

[Downloaded from ijbd.ir on 2020-10-28]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1400.14.3.5.6]
[DOI: 10.30699/ijbd.14.3.34]