گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۸، دوره ۲۱، صفحه ۷۳-۶۷

اثر بخشی روان درمانی مذهبی–معنوی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

فرزانه نصیری (MSc)[۱]، زهره کشاورز (MD,PhD)[۱*]، محمدحسن دوازده امامی (PhD)[۲]، سعید کریم‌خانی زندی (MD)[۳]، ملیحه نصیری (PhD)[۴]

۱-گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲-گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳-گروه رادیوتراپی انکولوژی، بیمارستان کامکار عرب نیا، دانشکده علوم پزشکی قم، قم، ایران
۴-گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

دریافت:۹۷/۲/۲۰، اصلاح: ۹۷/۷/۲۱، پذیرش: ۹۷/۸/۲۸

خلاصه

سابقه وهدف: سرطان پستان در سراسر جهان یکی از سرطان‌های شایع می‌باشد که باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود از آنجائیکه یکی از اقدامات حمایتی استفاده از آموزه های معنوی می باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر مراقبت مذهبی بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۶ در زنان مبتلا به سرطان پستان ارجاع داده شده به مراکز درمانی قم که حداقل دو ماه از تشخیص آن ها گذشته بود انجام شد. که در این میان ۷۰ نفر به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۶ جلسه روان درمانی مذهبی- معنوی با محوریت ارتباط با(خداوند، دیگران، خود و محیط) اجرا شد و کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی با میانگین نمره ۰-۱۰۰ ارزیابی شد.

یافته‌ها: یافته ها تفاوت آماری معنی داری بین ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و مداخله در سلامت کل و کیفیت زندگی کل (۵۷/۶۱±۹/۴۲) در مقابل (۶۰±۱۹/۵۱) (p=۰/۰۰۲) حیطه سلامت جسمی (۴۶/۲۲±۱۹/۵۳) در مقابل (۶۱/۳۵±۱۳/۳۶)، (p=۰/۰۱۶) سلامت روانی (۵۷/۸۵±۲۴/۱۶) در مقابل (۶۷/۵۵±۱۳/۲۴)، (p=۰/۰۰۵) سلامت اجتماعی (۵۴/۲۸±۲۴/۴۵) در مقابل (۶۲/۷۹±۱۸/۳۵) (p<۰/۰۰۱) و سلامت محیط (۶۲/۰۵±۳/۵۵) در مقابل (۶۷/۳۳±۳۳/۴۳) (p=۰/۰۴۸) نشان داد که نتایج در طول زمان پایدار بود.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که مداخله روان درمانی مذهبی معنوی موجب افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان می شود.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، کیفیت زندگی، روان درمانی مذهبی- معنوی.

مقدمه

سرطان یکی از علل اصلی مرگ در کل جهان می‌باشد که در بین سرطان‌ها، سرطان پستان در سراسر جهان ۱/۷ میلیون مورد جدید (۱۱/۹ درصد) ۵۲۲هزار (۶/۴ درصد) مرگ را به خود اختصاص داده است. به طوری که دومین علت شایع مرگ ناشی از سرطان در بین زنان محسوب می شود(۲و۱) تشخیص و درمان سرطان پستان، زنان را با بحران های زیادی در زندگی روبه رو می‌کند، که حتی اگر درمان شوند نسبت به زنانی که سالم هستند خستگی و اضطراب و افسردگی در آن‌ها بیشتر است و سطح بالایی از اضطراب و استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند (۴و۳)، که باعث کاهش سطح سلامتی و کیفیت زندگی می شود (۵) محققان موسسه ملی سرطان آمریکا با بررسی ۱۲۶۶۸۵ فرد مبتلا به سرطان و افراد سالم اعلام نمودند که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم کیفیت زندگی پایین تری دارند(۶). کیفیت زندگی، یک مفهوم انتزاعی می باشد و توسط دیگران قابل مشاهده و اندازه گیری نسبت و بر درک فرد از جنبه های مختلف زندگی در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و عملکرد شناختی استوار می باشد(۷). اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (۸). همچنین شواهدی وجود که نشان می دهد کیفیت زندگی پیش آگهی مهمی در موقعیت های درمانی محسوب می شود. به همین خاطر سنجش کیفیت زندگی در بیماری صعب العلاج اهمیت خاصی دارد (۱۰و۹). بیماری سرطان موجب تغییرات متعدد در کیفیت زندگی می‌شود به همین خاطر کاهش میزان کیفیت زندگی در افراد سرطانی به وضوح دیده می‌شود(۱۱). پژوهش ها نشان داده که استفاده از دعا در افراد سرطانی منجر به بهبود کیفیت زندگی این بیماران می شود. معنویت و مذهب پارادایم های جدیدی برای پاسخگویی به چالش های آینده هستند به طوری که ارضای نیازهای متعالی افراد را می توان در مدل مربوط به معنویت و مذهب جستجو کرد. بیشترین منبعی که در میان منابع معنوی و مذهبی مورد استفاده قرار گرفته، دعا است. به

▣ این مقاله حاصل پایان نامه فرزانه نصیری دانشجوی کارشناسی ارشد رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران می باشد.

* مسئول مقاله: دکتر زهره کشاورز
آدرس: تهران، تقاطع ولی عصر و نیایش، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری مامایی. تلفن: ۸۸۶۵۵۳۶۶-۰۲۱
E-mail: z.keshavarz@sbmu.ac.ir

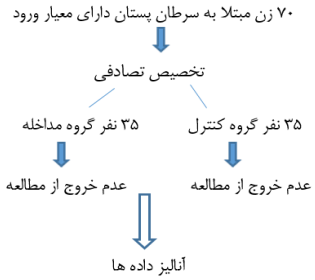
[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]

نظر می رسد استفاده مکرر از تجارب معنوی در کنار روش‌های درمانی اثرات مثبتی در بیماران سرطانی دارد (۸) در مطالعه ای که با هدف بررسی رابطه بین دینداری و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفت، بین همه خرده مقیاس های دینداری و کیفیت زندگی ارتباط مستقیم معنی داری یافت شد (۱۱). مطالعه Ahmadifaraz و همکاران نشان داد که قران و نیایش باعث افزایش سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان می شود(۱۲). مطالعه دیگری نشان داد که آموزشهای مذهبی و معنوی از جمله نماز و دعا در بیماران می تواند در افزایش رضایت آنها از کیفیت زندگی موثر باشد.

یافته های پژوهشی نشان می دهدکه در بیماران سرطانی که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی نیز مهم تر باشد(۱۳). به زعم Newton و همکاران بیشتر مبتلایان به سرطان از اعمال مذهبی به عنوان یک استراتژی به منظور سازش با شرایط خود بهره می برند، بنابراین می توان مذهب را یک مکانیسم تعدیل کننده و کاهنده مشکلات روانشناختی بیماران سرطانی در نظر گرفت (۱۴). براساس مطالعات انجام شده معنویت و مداخلات معنوی ازجمله دعا و ذکرهای مذهبی بر کیفیت زندگی تاثیر دارد و باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان می شود(۱۷-۱۵). بنابراین با توجه به مبانی ارائه شده مبنی بر اینکه بیماری سرطان به عنوان یک رویداد تنش زا، باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شود و با توجه شیوع بالای سرطان پستان و افزایش قابل توجه زنان مبتلا به سرطان پستان ، و از طرفی نیاز روزافزون این بیماران به مراقبت های حمایتی، معنوی، این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی روان درمانی مذهبی-معنوی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش نیمه تجربی دوسوکور بعد از تصویب در کمیته اخلاق دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران با کد اخلاق PHNM.SBMU.Ir.۱۳۹۵.۶۴۴ و ثبت در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT۲۰۱۷۱۱۰۶۰۳۷۲۷۹N۲ به صورت پیش آزمون پس آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل در زنان مبتلا به سرطان پستان که به مراکز منتخب شهر قم ارجاع شده بودند، انجام شد. حجم نمونه براساس مطالعه Bolhari و همکاران در نظر گرفته شد که با فاصله اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ حجم نمونه برابر۳۲ نفر در هر گروه و در مجموع ۶۴ نفر در نظر گرفته شد(۱۸) که با در نظر گرفتن ریزش نمونه(۱۰ درصد) ۳۵ نمونه در هر گروه در نظر گرفته شد. از میان افراد مراجعه کننده، به روش نمونه گیری در دسترس ۳۵ نفر برای هر گروه بر اساس پرونده پزشکی و مصاحبه بالینی و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و از این رو عوامل مداخله گر از جمله سطح درآمد و اعتقاد به مبانی اولیه دین اسلام کنترل شد و افراد منتخب به صورت تصادفی در دو گروه کنترل وآزمایش قرار گرفتند. بیماران با ملیت ایرانی با حداقل سن ۱۸ و حداکثر سن ۶۵ سال، اثبات تشخیص قطعی سرطان پستان (درهرکدام از مراحل ۱تا۴) با آزمایشات آسیب شناسی، گذشت حداقل ۲ ماه از دریافت تشخیص، عدم ابتلا به بیماری های شدید روانی از جمله اختلالات سایکوتیک یا دو قطبی که نیاز به بستری داشته باشد، عدم مواجهه با رویداد تنش زای دیگری مثل طلاق و مرگ یکی از نزدیکان نزدیک طی یک سال گذشته، اگاه به زمان و مکان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی صحبت به زبان فارسی، عدم ناتوانی و معلولیت و داری دین اسلام وارد مطالعه شدند و در صورت عدم رضایت بیماران جهت ادامه مطالعه، فوت بیمار، غیبت بیش از دو جلسه از مطالعه خارج شدند(نمودار ۱).



نمودار۱. دیاگرام مطالعه

از میان زنان مبتلا به سرنان پستان که معیارهای ورود به پژوهش را دارا بودند، پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش و کسب رضایت نامه آگاهانه کتبی از بیماران جهت شرکت در پژوهش نمونه گیری به عمل آمد. و پس از تعیین دو گروه به روش فوق طی تماس تلفنی با اعضای گروه آزمایشی زمان تشکیل جلسه به اطلاع آنان رسانده شد، گروه مداخله تحت مداخله روان درمانی مذهبی-معنوی قرار گرفتند که هر جلسه به صورت گروه های ۵-۱ نفره برگزار گردید که کلاس های آموزشی برای هر گروه مداخله شامل ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که با فاصله ۱ هفته برگزار گردید. در مجموع ۶ جلسه آموزشی برای هر گروه برگزار گردید. ولی گروه کنترل تا پایان مطالعه به جز پروتکل معمول درمان بدخیمی، اقدام درمانی دیگری دریافت نکردند. در پایان پیگیری ۲ ماهه برای رعایت مسائل اخلاقی دوره مشابه برای گروه کنترل اجرا گردید. بسته آموزشی روان درمانی مذهبی- معنوی برای بیماران مبتلا به سرطان با تکیه بر برخی اصول درمانی مذهبی Richards و همکاران با تأکید بر آموزه های اسلامی(دعا، خواندن کتب مقدس، رفتن به مکانهای مذهبی، بخشش) است (۱۹) و براساس نیازها و اولویت‌های معنوی و با مشاوره روحانیون بر جسته در حیطه دین و سلامت و مشاوران روان شناسی توسط پژوهشگر طراحی گردید که برای تهیه این بسته آموزشی از کتاب ها و مقالات مذهبی و روانشناسی کمک گرفته شد. برای تایید این بسته آموزشی، این بسته در اختیار چندین روحانی برجسته که دارای فعالیت در راستای مشاوره بودند و همچنین به سه نفر از اساتید روان شناسی داده شد که این بسته توسط آن‌ها تایید شد.

جلسه اول با معرفی درمانگر و آشنا شدن اعضا با یکدیگر، بیان اطلاعات کلی برنامه، توضیح در مورد ساختار برنامه، توضیح اهمیت کیفیت زندگی، اهمیت معنویت، پذیرش بیماری، تعیین دعا برای تمرین در طول هفته شروع شد. جلسه دوم شامل تاثیر دعا و نیایش بر سلامتی، شناخت شرایط قبل دعا، اهمیت قرائت قرآن، تاثیرذکر داستان های قرآنی، تلاوت دعا در جلسه بود. جلسه سوم شامل ارتباط با خدا از طریق: راه های شکرگزاری نعمت ها، اهمیت شکرگزاری، تاثیر توکل بر خداوند در تحمل بیماری و مشکلات، ذکر داستان های قرآنی بود. جلسه چهارم شامل ارتباط با خود از طریق: راه کارهای تقویت عزت نفس، تاثیر صبر بر تحمل بیماری، اهمیت صبر در اسلام بود. تلاوت دعا مرتبط با افزایش صبر و ذکر داستان های قرآنی بود. جلسه پنجم شامل: ارتباط با دیگران از طریق: اهمیت

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]

ارتباط مناسب با فرزند و همسر، آداب همسرداری، راهای ارتباط موثر با دیگران، اهمیت بخشش دیگران، ذکر داستان های قرانی و جلسه ششم شامل بحث در مورد ارتباط با طبیعت از طریق: اهمیت نگاه به طبیعت، تاثیر ارتباط با طبیعت در سلامتی، اهمیت ترحم به حیوانات و ذکر داستان های قرآنی بود.

در مجموع قبل از مداخله، پایان جلسه، ۶ و ۲ ماه پس از پایان جلسه، کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می شود به سن و گروه بیماری خاص اختصاص ندارد(۲۰). این پرسشنامه شامل ۲۶ عبارت می باشد که کیفیت زندگی را در چهار حیطه مرتبط با سلامت یعنی حیطه سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی، سلامت روانی و سلامت محیط را مورد ارزیابی قرار می دهد. حیطه سلامت جسمی جمع نمرات سوالات ۳- ۴- ۱۰- ۱۵- ۱۶- ۱۷- ۱۸ در پرسشنامه است. حیطه سلامت روان جمع نمرات سوالات ۵- ۶- ۷- ۱۱- ۱۹- ۲۶ است. حیطه سلامت اجتماعی جمع نمرات سوالات ۲۰-۲۱ -۲۲ است. حیطه سلامت محیط جمع نمرات سوالات۸- ۹- ۱۲-۱۳- ۱۴- ۲۳- ۲۴ ۲۵در پرسشنامه است. کیفیت زندگی و سلامت عمومی کلی جمع نمرات سوالات ۱و ۲ است. پس از به دست آوردن نمرات خام هر حیطه قابل تبدیل با امتیازی با دامنه صفر تا ۱۰۰ است(۱۶). این پرسشنامه اولین بار توسط Nejat و همکاران ترجمه و روایی شده است. در این مطالعه ضریب آلفای پرسشنامه برای افراد سالم در حیطه جسمانی۰/۷۰، در حیطه روانی ۰/۷۳، در حیطه اجتماعی۰/۵۵و حیطه محیطی ۰/۸۴ به دست آمد و ضریب پایایی روش باز آزمایی ۰/۷ محاسبه شد(۱۷). به منظور تحلیل داده های پژوهش از نرم افزار SPSS۲۱ و آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون تی مستقل، آزمون من ویتنی، آزمون دقیق فیشر و کای دو استفاده شد و $p<0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سن زنان در گروه مداخله و گروه کنترل به ترتیب ۴۴/۷۴±۷/۹۶ و ۴۵/۴۱±۹/۵۳ سال می‌باشد که از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نداشتند. دو گروه از لحاظ وضعیت تاهل و نوع درمان تفاوت معنی داری نداشتند و اکثرا متاهل بودند. کیفیت زندگی و تمام ابعاد آن (حیطه سلامت جسمی، حیطه سلامت روانی، حیطه سلامت اجتماعی و حیطه محیط) پس از روان درمانی مذهبی در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله بیشتر از گروه کنترل بود و به عبارتی تغییرات کیفیت زندگی و ابعاد ان در گروه مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود ($p<0/05$)(جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات ابعاد کیفیت زندگی قبل از مداخله، بعد از مداخله و بعد از پیگیری دو ماهه در گروه کنترل و مداخله در زنان مبتلا به سرطان پستان

ابعاد کیفیت زندگی	قبل از مداخله Mean±SD			بعد از مداخله Mean±SD			بعد از پیگیری دو ماهه Mean±SD		
	کنترل	مداخله	P-value	کنترل	مداخله	P-value	کنترل	مداخله	P-value
سلامت و کیفیت زندگی کلی	۵۳/۳۶±۱۶/۰۷	۵۲/۹۶±۱۰/۵۰	۰/۶۵	۵۷/۶۱±۹/۴۲	۶۰±۱۹/۵۱	۰/۰۰۲	۵۵/۶۱±۹/۲۲	۵۹±۱۹/۵۱	۰/۰۱
بعد جسمی	۴۶/۷۳±۲۰/۳۳	۴۹/۵۹±۲۵/۶۶	۰/۱	۴۶/۲۲±۱۹/۵۳	۶۱/۳۵±۱۳/۳۶	۰/۰۱۶	۴۶/۲۲±۱۹/۵۳	۵۸/۳۵±۱۳/۳۶	<۰/۰۰۱
بعد روانی	۶۰±۲۱/ ۴۸	۵۳/۲۱±۱۷/۹۰	۰/۱۴	۵۷/۸۵±۲۴/۱۶	۶۷/۵۵±۱۳/۲۴	۰/۰۰۵	۵۵/۸۵±۲۴/۱۶	۶۵/۵۵±۱۳/۲۴	۰/۰۲
بعد اجتماعی	۵۴/۵۲±۲۴/۵۳	۵۱/۴۲±۲۵/۹۲	۰/۵۸	۵۴/۲۸±۲۴/۴۵	۶۲/۷۹±۱۸/۳۵	۰/۰۰۱	۵۱/۲۸±۲۴/۴۵	۶۰/۷۹±۱۸/۳۵	۰/۰۰۱
بعد محیط	۵۹/۴۶±۲۶/۰۵	۶۳/۵۷±۲۷/۳۴	۰/۳۹	۶۲/۰۵±۳۸/۵۵	۶۷/۳۳±۳۳/۴۳	۰/۰۴۸	۵۸/۰۵±۳۸/۵۵	۶۶/۳۳±۳۳/۴۳	۰

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه روان درمانی-مذهبی و استفاده از آموزه های دینی در زنان مبتلا به سرطان باعث افزایش تمام ابعاد کیفیت زندگی (حیطه سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و محیط) شد که در پیگیری دو ماهه هم تداوم داشت که نتایج این مطالعه با برخی مطالعات هم‌خوانی دارد، Taghadosi و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که درمان مرور زندگی با رویکرد معنوی و استفاده از آزمون‌های دینی از جمله دعا، اندیشه معنوی و مراقبه، بخشایش گری، همراهی و خدمت و تمرکز منطبق بر رشد روانی، اجتماعی باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان می شود(۲۱). همچنین Bolhari و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که حمایت معنوی و توجه به نیازهای معنوی بیماران از جمله در افراد مبتلا به سرطان، در بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس و اضطراب موثر می‌باشد (۱۸). همچنین مطالعات مختلفی نشان داده است که معنویت و مداخلات معنوی و استفاده از آموزه های معنوی بر کیفیت زندگی اثر می گذارد و باعث افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان می‌شود (۲۳و۲۲) در نتیجه براساس مطالعات ارتباط مثبت و معنی‌داری بین معنویت و امید به زندگی وجود دارد. همچنین معنویت باعث افزایش کیفیت زندگی و سطح سلامتی می‌شود و سازگاری در برابر سرطان را افزایش می دهد و مقاومت افراد را برای روبه رو شدن با مشکلات افزایش می دهد (۲۴-۲۶). Coleman در مطالعه خود بیان کرده است که مذهب و معنویت باعث افزایش دریافت حمایت های اجتماعی می شود که این خود، باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود (۲۷). با این وجود نتایج این مطالعه با برخی مطالعات هم‌خوانی ندارد، Lotfie و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان، اثربخشی مداخله معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان که نیمه آزمایشی با اندازه گیری مکرر به صورت ۶ جلسه روان درمانی مبتنی بر مداخلات معنوی با رویکرد اسلامی که شامل ۶ مؤلفه روانی-معنوی خودآگاهی، نیایش، توکل و توسل، صبر، شکر و طلب بخشش بود، به فاصله هر روز و به مدت ۹۰ دقیقه قرار گرفتند که نتایج این مطالعه عدم تاثیر مراقبت معنوی بر حیطه سلامت جسمی و حیطه سلامت محیط بود(۲۸). Colgrove و همکاران معتقد بودند معنویت تاثیری بر عملکرد جسمانی ندارد(۲۹). با توجه به این نتایج پیشنهاد می گردد که به دلیل حضور پررنگ فرهنگ معنوی/مذهبی در جامعه ایرانی و مقوله معنویت به عنوان یک مقوله مهم، بیشتر مورد توجه متخصصان و مسؤولین

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]

قرار گیرد. لذا طراحی و اجرای چنین برنامه هایی به صورت گسترده تر و بر اساس نیازهای آموزشی و حمایتی بیماران پیشنهاد می گردد.

ملاحظات اخلاقی: نویسندگان اعلام می دارند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط، از جمله محرمانه بودن پرسشنامه ها، رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران و کمیته تحقیقات دانشکده پرستاری و مامایی جهت حمایت از این تحقیق و تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]

The Effectiveness of Religious-Spiritual Psychotherapy on the Quality of Life of Women with Breast Cancer

F. Nasiri (MSc)[1], Z. Keshavarz (MD, PhD)*[1], M.H. Davazdahemami (PhD)[2], S. Karimkhani Zandi (MD)[3], M. Nasirii (PhD) [4]

1.Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
2.Department of Clinical Psychology, School of Medical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
3.Department of Radiotherapy and Oncology, Kamkar Hospital, Qom University of Medical Sciences, Qom, I.R.Iran
4.Department of Statistics, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran

J BabolUniv Med Sci; 21; 2019; PP: 67-73

Received: May 10th 2018,Revised: Oct 13th 2018, Accepted: Nov 19th 2018.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Breast cancer is one of the most common cancers around the world that leads to a decreased quality of life. Since one of the supportive measures is the use of spiritual teachings, the present study was conducted to investigate the effect of religious care on the quality of life of women with breast cancer.

METHODS: This quasi-experimental study was conducted in 2017 among women with breast cancer who referred to Qom health centers at least two months after their diagnosis. Seventy subjects were selected through convenience sampling and were randomly assigned to intervention and control groups. For the intervention group, 6 sessions of religious – spiritual psychotherapy were held with the focus of communication with God, other people, self and environment. The quality of life of the subjects was evaluated before the intervention, immediately after the intervention and two months after that using The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) with mean score of 0 – 100.

FINDINGS: The results showed a significant difference between the dimensions of quality of life in the control and intervention groups: total health and quality of life (57.61±9.42) vs. (60±19.51) (p=0.002), physical health (46.22±19.53) vs. (61.35±13.36) (p=0.016), mental health (57.85±24.16) vs. (67.55±13.24) (p=0.005), social health (54.88±24.44) vs. (62.79±18.35) (p<0.001), and environmental health (62.05±3.55) vs. (67.33±33.43) (p=0.048), indicating that the results were stable over time.

CONCLUSION: The results of the study showed that religious–spiritual psychotherapy increases the quality of life of women with breast cancer.

KEYWORDS: *Breast Cancer, Quality of Life, Religious, Spiritual Psychotherapy*

Please cite this article as follows:

Nasiri F, Keshavarz Z, Davazdahemami MH, Karimkhani Zandi S, M. Nasirii. The Effectiveness of Religious-Spiritual Psychotherapy on the Quality of Life of Women with Breast Cancer. J BabolUniv Med Science. 2019;21:67-73.

***Corresonding Author: Z. Keshavarz (MD, PhD)**
Address: Department of Midwifery and Reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Intersection of Valiasre and Niyaiesh, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran
Tel: +98 21 88655366
E-mail: z.keshavarz@sbmu.ac.ir

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]

References

1.Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA: Cancer J Clin. 2016;66(1):7-30.

2.Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):E359-86.

3.Hagen KB, Aas T, Kvaløy JT, Eriksen HR, Søiland H, Lind R. Fatigue, anxiety and depression overrule the role of oncological treatment in predicting self-reported health complaints in women with breast cancer compared to healthy controls. Breast. 2016;28:100-6.

4.Rezaei Ardani A, Farid Hoseini F, Borhani Moghani M, Seyfi H. Cognitive behavioral stress management effects on quality of life and negative emotions in women with breast cancer. Iranian J Obstet, Gynecol Infertil. 2015;18(154):8-18.

5.Sahin ZA, Tan M. Quality of life and symptom experience of breast cancer patients undergoing chemotherapy. Holist Nurs Pract. 2016;30(4):193-200.

6.Smith AW, Reeve BB, Bellizzi KM, Harlan LC, Klabunde CN, Amsellem M, et al. Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. Health Care Financ Rev. 2008;29(4):41-56.

7.Li Q, Lin Y, Qiu Y, Gao B, Xu Y. The assessment of health-related quality of life and related factors in Chinese elderly patients undergoing chemotherapy for advanced cancer: a cross-sectional study. European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society. 2014 Aug;18(4):425-35. PubMed PMID: 24721179. Epub 2014/04/12. eng.

8.Vahedi S, Badri Gargari R, Gholami S. Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between the attachment styles and emotional problems: a path analysis. Iranian J Psych Behav Sci. 2016;10(4): e4013.

9.Hojati H, Motlagh M, Nouri F, Sharifnia Sh, Mohammadnezhad E, Heydari B. Relationship between different dimensions of prayer and spiritual health in hemodialysis patients. Iranian J Crit Care Nurs. 2010;2(4):149-52. [In Persian]

10.Akbari ME, Asadi Lari M, Akbari A, Mousavi R, Mousavi M, editors. Spiritual care, neglected aspects of health in cancer management. Palliative medicine in the 21st century Congress; 2010.

11.Zargani A, Nasiri M, Hekmat K, Abbaspour Z, Vahabi S. A Survey on the relationship between religiosity and quality of life in patients with breast cancer: a study in iranian muslims. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5(2):217-222.

12.Ahmadifaraz M, Reisi Dehkordi N, Mosavizadeh R, Ghaderi S. The effect of group spiritual intervention based on the quran and prayer on spiritual health of patients with cancer. J Isfahan Med Sch. 2015;32(320):2454-63.[In Persian]

13.Zeilani R, Seymour JE. Muslim women's experiences of suffering in Jordanian intensive care units: a narrative study. Intens Crit Care Nurs. 2010;26(3):175-84.

14.Newton AT, McIntosh DN. Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. Int J Psychol Religion. 2010;20(1):39-58.

15.Memaryan N, Jolfaei AG, Ghaempanah Z, Shirvani A, Vand HD, Ghahari S, et al. Spiritual care for cancer patients in iran. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(9):4289-94.

16.Hosseini L, Kashani FL, Akbari S, Akbari ME, Sarafraz Mehr S. The Islamic perspective of spiritual intervention effectiveness on bio-psychological health displayed by gene expression in breast cancer patients. Iranian J Cancer Prev. 2016;9(2):e6360.

17.Kruizinga R, Hartog ID, Jacobs M, Daams JG, Scherer-Rath M, Schilderman JB, et al. The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Psycho-Oncol. 2016;25(3):253-65.

18.Richards P, Bergin AE. Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy. Washington DC: Am Psychol Assoc; 2005.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]

19.Taghadosi M, Fahimifar A. Effect of life review therapy with spiritual approach on the life quality among cancer patients. Feyz. 2014; 18 (2) :135-44.
20.Bolhari J, Naziri G, Zamanian S. Effectiveness of spiritual group therapy in reducing depression, anxiety, and stress of women with breast cancer. Sociol Women . 2012;3(1):85-115.
21.Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. Eur J Cancer Care. 2016;25(6):961-9.
22.Paloutzian RF, Park CL. Handbook of the psychology of religion and spirituality: Guilford Publications; 2014.
23.Osorio IHS, Goncalves LM, Pozzobon PM, Gaspar Junior JJ, Miranda FM, Lucchetti ALG, et al. Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. Med Teach. 2017;39(10):1057-64.
24.Mirjalili RA, Besharat MA, Koochi S. The moderating role of self-efficacy on the relationship between alexithymia and severity of pain in chronic pain patients. Proced-Soc Behav Sci. 2011;30:149-53.
25.Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, Fitchett G, Jim HS, et al. A meta-analytic review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. Cancer. 2015;121(21):3779-88.
26.Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. Curr Opin Psychiatry. 2014;27(5):358-63.
27.Coleman CL. Spirituality and sexual orientation: relationship to mental well-being and functional health status. J Adv Nurs. 2003;43(5):457-64.
28.Jim HS, 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.
29.Colgrove LA1, Kim Y, Thompson N. The effect of spirituality and gender on the quality of life of spousal caregivers of cancer survivors. Ann Behav Med. 2007;33(1):90-8.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1398.21.1.11.6]
[DOI: 10.22088/jbums.21.1.67]