

تأثیر مداخله معنوی گروهی مبتنی بر قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان

دکتر مهدی احمدی فراز^۱، نگار ریسی^۲، روح اله موسوی زاده^۳، سلیمان قادری^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: بیماری سرطان فرد را دچار مشکلات وجودی، احساسی، روانی و معنوی می‌کند. با توجه به نیاز بیماران در بعد معنوی، تأثیر استفاده از مضامین دعایی و قرآنی بر سلامت معنوی در این بیماران بررسی گردید.

روش‌ها: در این پژوهش نیمه تجربی، گروه درمانی معنوی، در سه دوره، در سال ۱۳۹۳ در مرکز کنترل سرطان در اصفهان برگزار شد. دوره‌ها شامل ۶ جلسه و در ۴ محور اصلی ارتباطی (با خدا، با خود، با دیگران و با طبیعت) و با رویکرد شناختی- رفتاری بود. پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سؤالی سلامت معنوی Ellison و Palutzian، که خرده مقیاس‌های سلامت معنوی مذهبی و وجودی را اندازه‌گیری می‌کند، توسط بیماران قبل و بعد از مداخله تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری آزمون Paired-t و تکنیک لیکرت برای امتیازدهی، در سطح معنی‌داری $P > 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین، نظرسنجی از ۱۲ نفر از بیماران انجام شد.

یافته‌ها: قبل از اجرای مداخله، میانگین نمره‌ی سلامت معنوی افراد گروه، ۵۹ بود که پس از مداخله، به ۷۷ تغییر یافت ($P = 0/01$). میانگین تغییرات در سلامت معنوی مذهبی، ۱۰/۵ و در سلامت معنوی وجودی، ۵ و تفاوت این تغییرات بین هر دو مورد، معنی‌دار بود ($P = 0/01$)؛ هر چند این تغییرات در زمینه‌ی سلامت معنوی وجودی کمتر بود. نظرسنجی حاکی از تغییر نگاه به دعا و احساس آرامش بیشتر، توجه به قدرت خدا و نعمت‌های موجود و کاهش احساس گناه بود.

نتیجه‌گیری: اثر بخشی مداخلات معنوی در بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده شده است. در این پژوهش نیز با استفاده از مضامین دعا، سلامت معنوی بیماران بهبود یافت. با توجه به نتایج، بهتر است جلسات به سمت پاسخ‌گویی بیشتر به مشکلات وجودی بیماران پیش رود.

واژگان کلیدی: معنویت، سرطان، سلامت

ارجاع: احمدی فراز مهدی، ریسی نگار، موسوی زاده روح اله، قادری سلیمان. تأثیر مداخله معنوی گروهی مبتنی بر قرآن و نیایش بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۳؛ ۳۲ (۳۲۰): ۲۴۶۳-۲۴۵۴

بافت های سالم می‌شود. بیماری سرطان، اثرات قابل توجهی بر زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آن‌ها بر جای می‌گذارد؛ به طوری که تشخیص و درمان‌های آن باعث ایجاد تغییر در مسیر زندگی شخصی،

مقدمه

سرطان نوعی بیماری است که در آن سلول‌ها توانایی تقسیم و رشد عادی خود را از دست می‌دهند و این موضوع، منجر به تسخیر، تخریب و فاسد شدن

۱- استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی و مراقب معنوی، مرکز کنترل سرطان انتخاب، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوراسگان و روان‌شناس، مرکز کنترل سرطان انتخاب، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی دکتری، گروه معارف اسلامی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مراقب معنوی، مرکز کنترل سرطان انتخاب، اصفهان، ایران

۴- کارشناس ارشد، روان‌شناس، مرکز کنترل سرطان انتخاب، اصفهان، ایران

فعالیت های روزانه، شغل، ارتباطات و نقش های خانوادگی فرد مبتلا می شود و با سطح بالای استرس روان شناختی در این افراد همراه می باشد (۱). به طور کلی، امروزه روش های درمانی بیماری های سرطان باعث بقای بیشتر بیماران شده اند. اگر چه موفقیت در درمان برای طولانی نمودن عمر بیماران موهبتی بزرگ می باشد، اما بالا بردن بقای بیماران به تنهایی کافی نیست؛ چرا که بیماران فقط نمی خواهند زنده بمانند، بلکه می خواهند زندگی کنند و در این راستا، به طور روزافزون خدمات مراقبتی- بهداشتی که به افراد مبتلا به سرطان داده می شود، بدین جهت سوق یافته است که در توسعه و ایجاد مداخلاتی برای افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان، مداخلاتی نیز در راستای بهبود کیفیت زندگی آن ها صورت گیرد که مداخلات روان شناسی و معنوی از آن جمله است (۲).

بیماران مبتلا به سرطان اغلب بعد از انکار و خشم دچار افسردگی می شوند که اغلب با برخی از احساسات و رفتارها از جمله احساس ضایعه و فقدان، شکست، نومیدی و یأس، درماندگی، احساس بی معنایی و پوچی، بدبینی نسبت به آینده، کاهش عزت نفس و احساس بی ارزشی و بی کفایت بودن همراه است. این شرایط، نشانه های روان شناختی و جسمانی بیماری را تشدید می کند و بیمار دچار هراس و اضطراب می شود. وقتی که زندگی در ترس و اضطراب می گذرد، مفید بودنش را از دست می دهد. خشم و حسادت بیماران مبتلا به سرطان نیز ناشی از استرس و احساس بی لیاقتی است که همگی این شرایط به ناامیدی و از دست دادن کنترل منتهی می گردد (۳).

تحقیقات بسیاری روی معنویت و سلامت انجام شده است و در اکثر آن ها، سلامت معنوی تأثیر مستقیمی بر سلامت داشته است. سلامت معنوی، هسته ی مرکزی سلامت در انسان است؛ از این رو، ایجاد و بهبود سلامت معنوی ممکن است یکی از راه های مناسب سازگاری با بیماری باشد. سلامت معنوی فرایندی مبهم و پیچیده از تکامل انسان است که رابطه ی هماهنگ را بین نیروهای درونی فرد فراهم می کند و با ویژگی هایی مثل ثبات در زندگی، صلح، داشتن ارتباط نزدیک با خدا، خود، جامعه و محیط که یکپارچگی و تمامیت فرد را تعیین می کند، مشخص می شود.

سرطان می تواند سلامت معنوی بیماران را به طور جدی به خطر بیندازد. از این رو، بیمار دچار اختلالات روحی مثل احساس تنهایی، افسردگی و از دست دادن امید و معنا در زندگی شود (۴). در پژوهش های مختلف، اثربخشی مداخلات معنوی بر سلامت افراد به اثبات رسیده است. از جمله پژوهش کاشانی که به بررسی اثربخشی مداخله ی معنوی بر ارتقای کیفیت زندگی مادران کودکان مبتلا به سرطان پرداخته است و همچنین پژوهش Renz و همکاران که در زمینه ی مراقبت تسکینی روی بیماران انجام شده است و نتایج آن حاکی از افزایش تحمل درد در اثر تجربیات معنوی و کاهش اضطراب و افسردگی است (۵). همچنین در پژوهش دیگری تأثیر معنویت در بیماران مبتلا به سرطان بررسی شده است و در نهایت، روان درمانی گروهی معنامحور برای این بیماران پیشنهاد شده است (۶).

از این رو، بهتر است مداخله ای طراحی شود که با استفاده از مفاهیم معنوی به ارتقا و بهبود سلامت

روش‌ها

این پژوهش دارای دو بخش بود: بخش اول شامل گزارش موردی درمانی و بخش دوم یک پژوهش نیمه آزمایشی بود. گروه درمانی معنوی در سه دوره در تاریخ‌های ۹۲/۷/۳۰، ۹۲/۱۱/۱۵ و ۹۳/۲/۷ در مرکز کنترل سرطان انتخاب برگزار شد. حجم نمونه‌ی این مطالعه شامل ۶۶ بیمار مبتلا به سرطان در گروه سنی ۲۶-۷۰ سال بود. معیار ورود به پژوهش بیماران مبتلا به سرطان در مرحله‌ی I و II است که از تشخیص خود آگاهی دارند و باید حداقل یک دوره‌ی شیمی درمانی را بگذرانند و در سطح عملکردی حداقل توانایی انجام فعالیت‌های سبکی مثل کار منزل و اداری را داشته باشند.

امید افزایش معنوی یک مداخله‌ی گروهی محتوا محور در ۶ جلسه است که به ۴ محور اصلی می‌پردازد تا از این طریق امید بیماران را افزایش دهد. این چهار محور عبارت از ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت است؛ چرا که بیشتر مشکلات روحی و روانی از داشتن روابط ناسالم است (۱۰). مداخله‌ی این گروه با رویکرد شناختی رفتاری تبیین شد. در این رویکرد، تأکید زیادی می‌شود که مفاهیم به طور عملیاتی بیان شوند. قسمت اعظم درمان بر اساس رویکرد این جا و اکنون صورت گرفت. هدف عمده‌ی درمان عبارت از کمک به بیمار به نحوی است که بتواند تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد (۱۱). در این روش، تلاش می‌شود تا محتوای منفی افکار مربوط به خود، جهان و آینده در بیماران کاهش یابد (۱۲).

دعا گاهی به عنوان مقابله‌ی مذهبی به کار می‌رود و نگاه به دعا ابزاری و مشکل محور است؛ به گونه‌ای

معنوی بیماران پردازد. با توجه به تعریف معنویت که عنوان می‌دارد: «معنویت معنایابی و معنابخشی به ابعاد وجودی انسان در چهار مدار ارتباطی (خدا، خود، دیگران و طبیعت) بر اساس الگوهای نیایشی است»، مداخله‌ای طراحی شد که با استفاده از دعا در این چهار محور در بیماران تغییر نگرش ایجاد کند (۷). بیماران با دعا ارتباط دارند و نفس دعا خواندن یک حس معنوی مثبت برای آنان ایجاد می‌کند و با تکرار دعا، تغییر نگرش در بیماران ایجاد می‌گردد. چنانچه در روان‌شناسی اجتماعی یکی از الگوهای تغییر نگرش، دعای مکرر می‌باشد (۸).

بیماران به دلیل بار روانی که این بیماری برایشان دارد، به مداخلات معنوی نیاز دارند. از سوی دیگر، آموزه‌های دین مبین اسلام بر امید بخشی از سلامت معنوی است، تأکید ویژه دارند، از جمله آیه‌ی ۸۷ سوره‌ی یوسف «يَا بَنِيَّ اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِنْ يُوسُفَ وَأَخِيهِ وَلَا تَأْسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَأْسُ مِنَ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» ای پسران من! بروید و از یوسف و برادرش جستجو کنید و از رحمت خدا نومید مباشید؛ چرا که جز گروه کافران کسی از رحمت خدا نومید نمی‌شود (۹). از این رو، پژوهشگران بر آن شدند تا مداخله‌ای را طراحی نمایند که با استفاده از مضامین دعایی و قرآنی و با تکیه بر اصول گروه‌درمانی در روان‌شناسی، سلامت معنوی را در بیماران مبتلا به سرطان افزایش دهند.

هدف در این مداخله، تغییر نگرش بیمار بر اساس مضامین دعا متناسب با نوع باور غلط بیمار می‌باشد و ادعیه‌ی برگرفته از صحیفه‌های ائمه (ع) انتخاب و به بیماران ارائه گردیده است.

ارتباط با خود، بحث برانگیز است، دو جلسه به آن اختصاص داده می‌شد (در مورد صبر و تغییر نگرش در باب صبر و ارایه‌ی راهکار معنوی بابت ارتقای صبر). در پایان، مناجات گروهی متناسب با موضوع داشتن صبر جمیل انجام می‌شد.

جلسه‌ی چهارم: اجرای تکلیف در طول هفته گذشته و تأثیر آن بررسی می‌شد و مبحث ارتباط با خود با این پرسش که «ارتباطان با خودتان چگونه است؟» آغاز و ماشین رفتار (تئوری انتخاب) مطرح می‌شد. هدف از این جلسه دعوت افراد به مسئولیت‌پذیری و ایجاد انگیزه برای تغییر بود. همچنین مباحث دینی در زمینه‌ی ارتباط با خود (بخشش خود، عزت نفس و ...) ارایه می‌گردید. در پایان، مناجات گروهی متناسب با موضوع ارتباط با خود با در نظر گرفتن این که ما بنده‌ی خداوند هستیم، انجام می‌شد.

جلسه‌ی پنجم: اجرای تکلیف در طول هفته‌ی گذشته و تأثیر آن بررسی می‌شد و بحث در مورد ارتباط با دیگران در زمینه‌ی بخشش و ارتباط مؤثر و علت ضعف‌های ارتباطی مطرح می‌گردید. پرسش آغازین این بحث این بود که «ارتباط شما با دیگران چگونه است؟ قبل و بعد از بیماری تغییری کرده یا نه و آیا راضی هستید یا نه؟». در پایان، مناجات گروهی متناسب با موضوع بخشش دیگران در مقابل خداوند انجام می‌شد.

جلسه‌ی ششم: اجرای تکلیف در طول هفته‌ی گذشته و تأثیر آن بررسی می‌شد و بحث در مورد ارتباط با طبیعت و استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و دعا در این رابطه مطرح می‌گردید و مطالب ارایه شده در گروه جمع‌بندی می‌شد. دعاهای ارایه شده به اعضای گروه در جدول پیوست آمده است.

که فرد هنگام مشکل از دعا بهره می‌جوید، اما در دیدگاه جامع بدیع و کارکرد گرا، دعا یک الگوی شناختی است که توجه به مضمون و مفهوم آن می‌تواند نگرش فرد را به خود، خدا و خلق و هستی تغییر دهد (۷).

در این پژوهش، با چنین نگاهی به دعا، یک برنامه‌ی گروهی برای ارتقای امید در بیماران تدوین شد. خلاصه‌ی جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه‌ی اول: هدف: آشنایی اعضای گروه با هم و با رهبر گروه و آشنایی با قوانین گروه و تعداد جلسات و مدت آن و به دست آوردن مفهوم امید از دیدگاه بیماران با این پرسش که «امید یعنی چه؟». بعد از جمع‌آوری نظرات بیماران، بیان ارتباط این مفاهیم با چهار محور مورد بحث گروه توسط رهبر گروه انجام می‌شد و مقدمه‌ی بسیار کوتاهی در زمینه‌ی ارتباط با خدا به بیماران گفته می‌شد و به بیماران تکلیف داده می‌شد و جلسه پایان می‌یافت. تکلیف: دعایی در زمینه‌ی امید به آن‌ها داده می‌شد تا در طول هفته از آن استفاده کنند. در پایان، مناجات گروهی متناسب با موضوع امید انجام می‌شد.

جلسه‌ی دوم: اجرای تکلیف در طول هفته‌ی گذشته و تأثیر آن بررسی می‌شد و ضمن یادآوری مباحث قبل، ادامه‌ی مطالب مربوط به ارتباط با خدا و تأثیر آن روی سلامتی انسان و بحث در مورد «چرا من؟» مطرح می‌گردید. به بیماران دعا داده می‌شد و از اذکار الهی برای تغییر نگرش بیماران نسبت به بیماری استفاده می‌گردید. در پایان، مناجات گروهی متناسب با موضوع ارتباط با خدا انجام می‌شد.

جلسه‌ی سوم: اجرای تکلیف در طول هفته‌ی گذشته و تأثیر آن بررسی می‌شد. از آن جا که مبحث

جدول ۱. خلاصه‌ی دعاها یا مفاهیم اعتقادی ارائه شده در جلسات مراقبت معنوی

جلسه	خلاصه‌ی دعاها
جلسه‌ی اول	یا فارح الهم و کاشف الغم یا رحمان الدنيا و الاخره و رحیمهما امید به رحمت الهی: ای آن که هر گاه بندگان چیزی بخواهند به آنان عطا می‌نمایی و... یا رحمان - سبحان الله
جلسه‌ی دوم	نیایش پانزدهم (فایده‌ی سلامتی و بیماری): سپاس برای توست که همواره از سلامتی جسمی برخوردار بوده‌ام و ستایش برای توست بر این بیماری که در تم پدید آوردی. ای معبود من! نمی‌دانم کدام یک از این دو حالت به شکرگزاری سزاوارتر است ... یا ایها الذین آمنوا اصبروا و صابروا: ای افرادی که ایمان آورده اید صبر کنید و همدیگر را به صبر سفارش دهید. ان الله یحب الصابرين: همانا خداوند صبر کنندگان را دوست دارد.
جلسه‌ی سوم	دعا: اللهم هب لی مع کل بلیه صبرا و مع کل نعمه شکرا: خدایا در هر آزمایش و سختی به من صبر عنایت کن و در هر نعمتی شکر. اعزنی و لاتبتلینی بالکبر (از دعای مکارم الاخلاق): خدایا مرا عزیز کن و با تکبر آزمایش نکن. طلب عزت واقعی: والعزیز من اعزته عبادتک: عزیز کسی است که بندگی تو او را عزیز کرده باشد. طلب بندگی: عبدنی لک و لا تفسد عبادتی بالعجب: مرا بنده‌ی خود بگردان و این بندگی را با تکبر نابود نکن.
جلسه‌ی چهارم	دعا در زمینه‌ی بخشش دیگران: اللهم ان کان صادقا فاغفر لی و ان کان کاذبا فاغفر له خدایا اگر او راست می‌گوید، مرا ببخش و اگر او دروغ می‌گوید، او را ببخش.
جلسه‌ی پنجم	دعا در زمینه‌ی طبیعت: اللهم خلصنی من کل غم و هم بحق محمد و آل محمد کما تخلص اللین ... خدایا مرا از هر غم و اندوهی رها کن؛ همان گونه که شیر گوارا را از بین آلودگی‌ها و خون‌ها رها کردی.
جلسه‌ی ششم	

در بخش دوم پژوهش، پرسش‌نامه‌ی ۲۰ سؤالی سلامت معنوی Palutzian & Ellison که خرده مقیاس‌های سلامت معنوی مذهبی و وجودی را اندازه‌گیری می‌کند، مورد استفاده قرار گرفت. در این پرسش‌نامه، متغیر سلامت معنوی به عنوان فلسفه‌ی مرکزی و حاصل برآورده شدن نیاز به هدف معنا، عشق و بخشش در نظر گرفته شده است و سلامت وجودی به حس هدفمندی و رضایت از زندگی و همچنین سلامت مذهبی و رضایت حاصل از ارتباط با خداوند اطلاق شده است. روایی این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی از طریق اعتبار محتوایی و پایایی آن از طریق ضریب Cronbach's alpha ۰/۸۲ تعیین شده است. این پرسش‌نامه توسط بیماران قبل و بعد از مداخله تکمیل شد.

داده‌ها با استفاده از روش آماری آزمون t زوجی و تکنیک لیکرت برای امتیازدهی، در سطح معنی داری

یافته‌ها

حجم نمونه‌ی این مطالعه شامل ۶۶ بیمار زن مبتلا به سرطان که در گروه سنی ۷۰-۲۶ سال بود. ۸۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان‌های زنان و ۱۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان‌های مربوط به دستگاه گوارش و ۱۰ درصد بیماران مبتلا به سایر سرطان‌ها بودند. قبل از اجرای مداخله، میانگین نمره‌ی سلامت معنوی افراد گروه ۵۹ بود که پس از مداخله به ۷۷ تغییر یافت و آزمون آماری نشان دهنده‌ی بهبود نمره‌ی سلامت معنوی در گروه مورد مطالعه بود.

($P = 0/010$) در سلامت معنوی مذهبی، میانگین تغییرات $10/5$ و در سلامت معنوی وجودی 5 بود. آزمون آماری نشان دهنده‌ی بهبود نمره‌ی سلامت معنوی مذهبی و وجودی در گروه مورد مطالعه بود ($P = 0/010$). هر چند این تغییرات در زمینه‌ی سلامت معنوی وجودی کمتر بود.

در پایان مطالعه، نظر گروه به صورت کیفی در مورد این که «چه تغییراتی در خود احساس می‌کنند؟»، پرسیده شد که پاسخ بعضی از آن‌ها آمده است.

- از وقتی آمدم این کلاس‌ها را، زندگی عوض شده خیلی آرام‌تر شدم.

- روحیه‌ام خیلی بهتر شده.

- هر موقع ناراحت می‌شم، از این دعاها می‌خونم، حالم خیلی بهتر می‌شه.

- از وقتی آمدم این کلاس‌ها، دخترم می‌گه: روحیه‌ات خیلی بهتر شده، منم بپر این کلاس‌ها که می‌ری.

- می‌دونید ما قبلا هم دعا می‌کردیم، ولی نه با این نگاه که توی این کلاس‌ها گفته شد. الان موقع دعا کردن و بعدش خیلی احساس سبکی می‌کنم.

- از بین جلسات آن جلسه تغییر نگاه به صبر و آیات قرآن که خونده شد، از همه بیشتر به من کمک کرد.

- بعد ذکر «یا رحمان» و گفتن نعمت‌های خدا احساس بهتری داشتم؛ چون فکر کردم چقدر ناشکرم هنوز خیلی چیزهای خوب دارم، اما فقط روی این بیماری تمرکز کردم.

- این که توی این کلاس‌ها گفته شد که بیماری عقوبت نیست و اولیای خدا هم بیمار می‌شوند، آرامم کرد؛ چون همیشه فکر می‌کردم من یک کاری تو

زندگیم کردم که الان این بلا سرم اومده. این بیانات، نشان از مؤثر بودن مداخله‌ی گروهی است. البته برخی از بیماران نیز تعداد جلسات را کم دانستند و یک نفر از بیماران نیز در زمینه‌ی صبر عنوان کرد: «چیزی که شما می‌گویید، ما را ظلم پذیر می‌کند».

بحث

شواهدی وجود دارد که بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج از باورهای دینی برای مقابله با این بیماری استفاده می‌کنند (۱۳). از این رو، در پژوهش حاضر هم از باورهای دینی و به ویژه از دعا برای افزایش امید بیماران استفاده شده است.

در این مداخله‌ی گروهی (تحت عنوان امید‌افزایی معنوی)، از دعا در ۴ محور ارتباط با خدا، ارتباط با خود، ارتباط با دیگران و ارتباط با طبیعت برای ارتقای امید در بیماران استفاده شد. رستگاری و فرهنگی در پژوهش خود، مدلی را ارائه می‌دهند که این مدل دارای ابعاد چهارگانه‌ی ارتباط فرافردی، ارتباط درون فردی، ارتباط میان فردی و ارتباط برون فردی با نشانگرهای مربوط به آن است و نتیجه‌ی این ارتباطات را معنویت می‌دانند. به عبارت دیگر، معنویت با چهار گونه ارتباط یک فرد با نیروی برتر، خویشتن خویش با دیگران و با محیط تعریف شده است (۱۴)؛ که با محورهای اصلی مداخله‌ی انجام شده در این پژوهش همخوانی دارد. در بررسی‌های پژوهشگران در زمینه‌ی مداخلات معنوی انجام شده در حیطه‌ی سلامت، مداخله‌ای که مشابه پژوهش حاضر به ارتباطات چهارگانه پرداخته باشد، یافت نشد. از جمله‌ی این پژوهش‌ها، مطالعه‌ی Delaney و همکاران بود. این مطالعه به بررسی تأثیر مداخلات

معنویت محور بر کیفیت زندگی و افسردگی بیماران قلبی می‌پردازد. در این مطالعه، مداخلات شامل جلسات موسیقی، تجسم هدایت شده با استفاده از لوح فشرده و دعا کردن بود و افراد افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی را نشان دادند (۱۵).

در مطالعه‌ی Ikedo و همکاران به بررسی تأثیر عبادت و آرام‌سازی در طول بیهوشی عمومی بر بهبودی بیماران بعد از جراحی قلب پرداخته شده است و نتایج، تفاوت معنی‌داری را در این گروه‌ها نشان نداد. در این مطالعه، در طول جراحی هدفون روی گوش بیمار قرار داده می‌شد و دستگاه پخش لوح فشرده روشن می‌شد. در گروه عبادت، یک دعا که مطابق با مذاهب بزرگ جهان طراحی شده بود، پخش می‌شد و در گروه آرام‌سازی، تکنیک‌های آرام‌سازی برای بیماران پخش می‌شد؛ اما تفاوتی در بهبودی بیماران بعد از جراحی در دو گروه مشاهده نشد (۱۶).

Wachholtz و Pargament در پژوهشی، تأثیر مراقبه‌ی معنوی و مراقبه‌ی غیر دینی و آرام‌سازی بر درد، سلامت روان و سلامت معنوی را مقایسه نمودند. افراد سه گروه، تکنیک‌ها را به مدت ۲۰ دقیقه در روز و برای دو هفته انجام دادند. در گروه مراقبه‌ی معنوی، افراد از یکی از جملات تلقینی که خدا صلح و آرامش است (God is peace)، خدا خوب است (God is good)، خدا مسرت و خوشی است (God is joy) و خدا عشق است (God is love)، استفاده می‌کردند. در گروه مراقبه‌ی غیر دینی، افراد از یکی از عبارات تلقینی من خرسندم (I am content)، من خوشحالم (I am happy)، من مسرورم (I am joyful)، من خوبم (I am good) استفاده

کردند. گروه آرام‌سازی نیز از تکنیک‌های معمول آرام‌سازی که تمرکز بر بدن و تنفس دارند، استفاده کردند. نتایج نشان داد کاهش افسردگی، افزایش تحمل درد، بهبود خلق و سلامت معنوی در گروه مراقبه‌ی معنوی بیشتر از دو گروه دیگر بوده است (۱۷).

مطالعه‌ای با هدف بررسی مفهوم معنویت و نقش آن در درمان سرطان از دید مردان با سرطان پروستات -یک مطالعه‌ی کیفی با رویکرد گراند تئوری- توسط Walton و Sullivan انجام شد و سه دسته‌ی موضوعی شامل دعا کردن، دریافت حمایت از سوی دیگران و سازگاری با سرطان پدیدار گشت. بر اساس یافته‌های این مطالعه، دعا کردن نقش مهمی در سازگاری این بیماران با سرطان داشت (۱۸). در پژوهش حاضر نیز دعا یکی از ابزارهای اصلی درمان است؛ البته با یک نگاه بدیع و نو به دعا و توجه به مضامین آن به عنوان ابزار اصلی تغییر باور در بیماران. بررسی تأثیر آیات سوره‌های فاتحه‌الکتاب و توحید بر بیماران مبتلا به بیماری MS پژوهشی است که در آن، مداخله شامل قرائت سوره فاتحه‌الکتاب و توحید برای بیماران و قرار دادن دست درمانگر بر سر اعضا بود و نتایج نشان داد پس از دعا درمانی، تمام شاخص‌های کیفیت زندگی در بیماران بهبود یافته است (۱۹).

در مطالعه‌ای دیگر، خلاصه‌ی جلسات معنویت درمانی چنین گزارش شده است: جلسه‌ی اول آشنا شدن، جلسه‌ی دوم نماز جماعت و سخنرانی مذهبی، جلسه‌ی سوم نماز جماعت و قرائت زیارت عاشورا، جلسه‌ی چهارم نماز جماعت و دعای کمیل، جلسه‌ی پنجم نماز جماعت، سخنرانی مذهبی و تفسیر قرآن، جلسه‌ی ششم نماز جماعت، سخنرانی مذهبی و ذکر زندگی ائمه (ع)، جلسه‌ی هفتم نماز جماعت و

نتیجه‌گیری نهایی این که اثربخشی مداخلات معنوی در بسیاری از پژوهش‌ها به اثبات رسیده است. در این پژوهش نیز با در نظر گرفتن چهار محور اصلی ارتباطی (خدا، خود، خلق و خلقت) و با استفاده از مضامین دعا، بهبود سلامت معنوی بیماران مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از افزایش معنی‌دار نمره‌ی سلامت معنوی بیماران در پایان مطالعه بود. با توجه به نتایج، بهتر است محتوای جلسات به سمت پاسخگویی بیشتر به مشکلات وجودی بیماران پیش رود.

گرفتن بازخورد، جلسه‌ی هشتم اتمام جلسات و ارایه‌ی پرسش‌نامه. نتایج این پژوهش تأثیر این جلسات را روی علایم جسمانی و اضطرابی و نیز اختلال خواب بیماران، مثبت ارزیابی کرد و نشان داد که این مداخله، تأثیری بر افسردگی و کارکرد اجتماعی شرکت‌کنندگان نداشته است (۲۰). همان‌طور که مشاهده می‌شود، در هیچ یک از پژوهش‌های انجام شده، مداخله‌ی معنوی مشابه مداخله‌ی مطالعه‌ی حاضر یافت نشد که به دعا رویکرد کارکردگرا داشته و از مضامین دعا برای تغییر نگرش بیماران استفاده کرده باشد.

References

1. Yanez B, Thompson EH, Stanton AL. Quality of life among Latina breast cancer patients: a systematic review of the literature. *J Cancer Surviv* 2011; 5(2): 191-207.
2. Valeberg BT, Grov EK. Symptoms in the cancer patient: of importance for their caregivers' quality of life and mental health? *Eur J Oncol Nurs* 2013; 17(1): 46-51.
3. Akechi T, Hirai K, Motooka H, Shiozaki M, Chen J, Momino K, et al. Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Jpn J Clin Oncol* 2008; 38(12): 867-70.
4. Rezaei M, Seyed Fatemi N, Givari A, Hoseini F. Relation between prayer activity and spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy. *Iran Journal of Nursing* 2008; 20(52): 51-61. [In Persian].
5. Lotfi-Kashani F, Vaziri SH, Arjmand S. Spiritual intervention effectiveness in reducing distress in mothers of children with cancer. *Journal of Medical Ethics* 2010; 6(20): 173-86. [In Persian].
6. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer* 2002; 10(4): 272-80.
7. Ahmadi Faraz M. *Sahife Sajadieh with references to mental health*. Qom, Iran: Maaref Publication; 2013. [In Persian].
8. Azarbaijani M. *Social psychology with the attitude of Islamic texts*. Tehran, Iran: Samt Publication; 2008. [In Persian].
9. 87 Verse, Surah Yusuf, Holy Quran.
10. Glasser W, Zunin L. Reality therapy. *Current Psychiatric Therapies* 1972; 12: 58-61.
11. Hawton K. *Cognitive Behaviour Therapy for psychiatric problems: a practical guide*. 2nd ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 1989. p. 456.
12. Free ML. *Cognitive Therapy in Groups: Guidelines and Resources for Practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2007. p. 381.
13. Bolhari J. Institutionalization of spirituality in the concept of spiritual health. *Med Ethics* 2010; 4(14): 105-12. [In Persian].
14. Rastegari A, Farhangi AA. Formulating incentive model based on staff's spirituality. *Daneshvar Med* 2006; 13(20): 1-24. [In Persian].
15. Delaney C, Barrere C, Helming M. The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease: a pilot study. *J Holist Nurs* 2011; 29(1): 21-32.
16. Ikedo F, Gangahar DM, Quader MA, Smith LM. The effects of prayer, relaxation technique during general anesthesia on recovery outcomes following cardiac surgery. *Complement Ther Clin Pract* 2007; 13(2): 85-94.
17. Wachholtz AB, Pargament KI. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular

- meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med* 2005; 28(4): 369-84.
18. Walton J, Sullivan N. Men of prayer: spirituality of men with prostate cancer: a grounded theory study. *J Holist Nurs* 2004; 22(2): 133-51.
19. Etefagh L, Azma K, Jahangir A. Prayer therapy: using verses of Fatiha alKitab, Qadr and Towhid surahs on patients suffering from Tunnel Karp syndrome nterdisciplinary. *Interdisciplinary Journal of Research of the Qur'an* 2013; 1(2): 27-31. [In Persian].
20. Gholami A, Beshlideh K. The effect of spiritual therapy on mental health of divorced women. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* 2011; 1(3): 331-48. [In Persian].

The Effect of Group Spiritual Intervention Based on the Quran and Prayer on Spiritual Health of Patients with Cancer

Mehdi Ahmadifaraz PhD¹, Negar Reisi-Dehkordi MSc², Rohallah Mosavizadeh MSc³,
Soleiman Ghaderi MSc⁴

Original Article

Abstract

Background: Cancer causes emotional, psychological and spiritual problems. According to the spiritual needs of patients, in this study, we decided to explore the effect of Quran and prayer context on spiritual health of the patients with cancer.

Methods: In this semi-experimental study, spiritual group therapy was conducted 3 times, during 2014, in Entekhab Cancer Control Center in Isfahan, Iran. Groups met on six sessions on 4 main communication axes (with God, with themselves, with others and with nature) with cognitive behavioral approach. Palutzian and Ellison spiritual health questionnaire, with 20 items and 2 subscales (existential and religious health) were completed by the patients before and after the intervention. Data were analyzed using paired-t test at a significance level of $P < 0.05$; the survey was conducted on 12 patients.

Findings: Before intervention, the mean score of the group's spiritual health was 59 and after it, changed to 77 ($P = 0.01$). The mean changes in religious spiritual health and existential spiritual health were 10.5 and 5, respectively. These changes were significant ($P = 0.01$ for both); although, the changes were less in existential spiritual health. The survey showed that attitude to pray, feeling calm, and the power of the God was changed.

Conclusion: The efficacy of spiritual interventions has been shown in many studies. In this study, using the themes of prayer, spiritual well-being improved. According to the results, it is better to respond to the existential needs of the patients.

Keywords: Spirituality, Cancer, Health

Citation: 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

1- Assistant Professor, Department of Islamic Education, Ashrafi Esfahani University AND Spiritual Care Provider, Entekhab Cancer Control Center, Isfahan, Iran

2- PhD Candidate, Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch AND Psychologist, Entekhab Cancer Control Center, Isfahan, Iran

3- PhD Candidate, Department of Islamic Education, Isfahan University of Medical Sciences AND Spiritual Care Provider, Entekhab Cancer Control Center, Isfahan, Iran

4- Psychologist, Entekhab Cancer Control Center, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Rohallah Mosavizade MA, Email: s.r.mosavizadeh@gmail.com