Journal of Spiritual Health

2025, Volume 4, Issue 3
Pages: 700-710
10.30491/JSH.4.3.700

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy versus Spirituality Therapy on Self-Management among Women with Breast Cancer

Sakineh Zamaniyan [1], Jafar Bolhari [2*], Esmat Danesh [3], Hasan Ahadi [1], Shahrbanoo Ghahari [4], Marziyeh Ghahramani [4]

[1] *Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran*
[2] *Spiritual Health Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[3] *Department of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran*
[4] *Department of Mental Health, Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background and Aim: Breast cancer is the most common cancer among women worldwide. Women diagnosed with breast cancer face multiple challenges, including adherence to treatment, symptom management, cooperation with healthcare providers, and prevention of recurrence. Enhanced self-management has been associated with better treatment outcomes. This study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Spirituality Therapy on self-management in women with breast cancer.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a two-month follow-up and three groups (two intervention groups and one control group). The statistical population consisted of women with breast cancer referred to Haft-e-Tir Hospital in Tehran, Iran, in 2017. Twenty-four eligible women were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: ACT, Spirituality Therapy, and control. Each intervention group received eight 90-minute weekly sessions. Self-management was assessed using the Chronic Disease Self-Management Questionnaire (CDSQ) at pretest, posttest, and two-month follow-up, the reliability and validity of which have been confirmed in Persian populations. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS version 21.

Results: Both ACT and Spirituality Therapy significantly improved the symptom management ($F = 0.84$, $P>0.05$), self-efficacy ($F = 0.73$, $P>0.05$), and medical care management ($F = 0.92$, $P>0.05$) components of self-management, with no significant difference between the two interventions. However, ACT was significantly more effective than Spirituality Therapy in improving the physical activity component ($F = 7.16$, $P<0.01$).

Conclusion: Both ACT and spirituality therapy are effective in enhancing symptom management, self-efficacy, and medical care management in women with breast cancer. However, ACT showed superior efficacy in promoting physical activity. Therefore, it is recommended to incorporate ACT and, to a slightly lesser extent, Spirituality Therapy into supportive care programs to improve self-management among women with breast cancer.

Keywords: Breast Cancer, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Spirituality Therapy, Self-Management, Self-Efficacy, Physical Activity, Women.

*Corresponding author: **Jafar Bolhari,** Email: bolharij@gmail.com

Received: 27 July 2025 **Accepted:** 19 November 2025

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

مجله سلامت معنوی
دوره ۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۴
صفحات: ۷۱۰-۷۰۰
10.30491/JSH.4.3.700

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر خود مدیریتی زنان دچار سرطان پستان

سکینه زمانیان[۱]، جعفربوالهری[۲]*، عصمت دانش[۳]، حسن احدی[۱]، شهربانو قهاری[۴]، مرضیه قهرمان[۴]

[۱] گروه روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۲] مرکز پژوهشات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
[۳] گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۴] گروه سلامت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی در میان زنان سراسر جهان است. زنان مبتلا به این بیماری با چالش‌های متعددی از جمله همکاری با درمانگران، پذیرش درمان، کنترل علائم و پیشگیری از عود مواجه هستند. بهبود خودمدیریتی با موفقیت درمانی بیشتری همراه است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و معنویت‌درمانی بر خودمدیریتی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه و با سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) انجام شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان هفت‌تیر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. از میان آنان، ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی و گروه گواه قرار گرفتند. هر یک از گروه‌های مداخله به‌ترتیب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان دریافت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن (CDSQ) بود که در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای هر سه گروه اجرا شد و پایایی و روایی آن مورد تایید قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو درمان (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی) در بهبود مؤلفه‌های «علائم» ($F = ۰/۸۴$؛ $P<۰/۰۵$)، «خودکارآمدی» ($F = ۰/۷۳$؛ $P<۰/۰۵$) و «مراقبت پزشکی» ($F = ۰/۹۲$؛ $P<۰/۰۵$) اثربخش بودند و تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود نداشت. اما در مؤلفه «فعالیت جسمی»، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری مؤثرتر از معنویت‌درمانی بود ($F = ۱۶/۷$؛ $P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی هر دو در بهبود مؤلفه‌های علائم، خودکارآمدی و مراقبت پزشکی خودمدیریتی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثرند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود فعالیت جسمی برتری معناداری دارد. بنابراین به‌کارگیری هر یک از این دو رویکرد (به‌ویژه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) برای ارتقای خودمدیریتی در این بیماران توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: سرطان پستان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی، خودمدیریتی، کیفیت زندگی، زنان.

*نویسنده مسئول: **جعفربوالهری.** پست الکترونیک: bolharij@gmail.com
دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۰۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۸/۲۸

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

مقدمه

سرطان پستان یکی از علل عمده بیماری و مرگ در سراسر جهان است که نه‌تنها سهم عمده‌ای در مرگ‌ومیر و ناتوانی دارد، بلکه بار اقتصادی سنگینی نیز بر بخش دولتی و خصوصی تحمیل می‌کند (۱،۲). افزایش تعداد افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند، همراه با افزایش نرخ بقا و کاهش همزمان مرگ‌ومیر، نشان‌دهنده درگیری مستقیم و غیرمستقیم شمار زیادی از افراد، خانواده‌ها و نهادهای جامعه است و چالش‌های جدیدی مانند مراقبت‌های طولانی‌مدت، مدیریت علائم و مداخلات خودمدیریتی را پیش روی متخصصان قرار داده است(۳،۴). همچنین پیشرفت‌های اخیر، الگوهای قدیمی درمان سرطان را که با اتمام مداخلات پزشکی، درمان نیز خاتمه می‌یافت، به چالش کشیده و خواسته‌های جدیدی از جمله مدیریت بیماری را پیش روی بیماران قرار داده است (۳،۵). با این حال، تقریباً هیچ توجهی به نحوه تعامل زنان مبتلا به سرطان پستان با سیستم مراقبت بهداشتی پس از درمان پزشکی اصلی نشده و مدیریت بیماری به عهده خود بیمار گذاشته شده است؛ در نتیجه بیماران ناگزیر به خودمدیریتی روی می‌آورند (۶).

بخش عمده پژوهش‌ها در زمینه خودمدیریتی بر بیماران مبتلا به دیابت و آسم متمرکز بوده است. شاید در نگاه اول نقش بیمار در مدیریت بیماری سرطان اهمیت کمتری داشته باشد، اما امروزه با استفاده از داروهای شیمی‌درمانی خوراکی، افزایش درمان‌های سرپایی، استفاده از داروهای پیشگیری و کنترل روند بهبود علائم توسط خود بیمار، این نگرش در حال تغییر است (۷،۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد بهبود خودمدیریتی باعث کاهش بستری شدن در بیمارستان، مراجعه به اورژانس و در نهایت کاهش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت می‌شود (۹).

خودمدیریتی یک فرآیند پویا است که در آن افراد به طور فعال مدیریت بیماری مزمن خود را به عهده می‌گیرند و شامل کسب اعتمادبه‌نفس برای مقابله و مدیریت مشکلات پزشکی، مدیریت نقش، مدیریت عاطفی، تبعیت از رژیم دارویی و در پیش گرفتن سبک زندگی سالم است (۱۰،۱۱). بارلو خودمدیریتی را به‌عنوان توانایی فرد در مدیریت علائم، درمان، تغییرات جسمانی، روانی، اجتماعی و سبک زندگی ناشی از بیماری مزمن تعریف کرده است (۱۲).

با توجه به گسترش و پیوستگی درمان سرطان از مراحل پیشگیری، تشخیص زودهنگام، درمان بیماری و نجات از مرگ تا مراقبت‌های پایانی، نیاز به مشارکت بیماران در درمان بیماری افزایش یافته و ارائه مدل‌های جدید و قابل‌قبول مراقبت از بیماران نیز ضروری به نظر می‌رسد (۱۳). محققان تأکید کرده‌اند که تحقیقات بیشتری در زمینه مداخلات اختصاصی مرتبط با خودمدیریتی بیماران ضروری است (۱۴،۱۵).

در میان درمان‌های روان‌شناختی، چارچوب اساسی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه می‌دهد، الگویی بالقوه فردگرایانه برای سازگاری با سرطان است (۱۶). این درمان با این اصل آغاز می‌شود که زندگی پر از درد و رنج است و مهم نیست زندگی ما چقدر خوب باشد، به هر حال با دردهای زیادی همراه خواهد بود. همه انسان‌ها احساسات دردناک فراوانی دارند؛ پس چگونه می‌توان با این درد زندگی کرد و در عین حال زندگی‌ای غنی، کامل و معنادار داشت؟ تفاوت اولیه و بارز درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سایر رویکردهای درمانی، تمرکز بر «درمان رنج» است (۱۷). سرطان نیز بیماری‌ای همراه با درد و رنج فراوان است. بخش‌هایی از این درد و رنج خارج از کنترل بیمار است. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای ایجاد زندگی غنی، کامل و معنادار همراه با پذیرش رنجی است که زندگی به ناچار با خود دارد (۱۸). این رویکرد ابتدا با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شرایط پذیرش ذهنی و عاطفی تجربیات دردناک را فراهم می‌آورد (۱۹) و سپس با ایجاد توانایی انتخاب گزینه‌های عملی مناسب، از تسلط افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات مشکل‌ساز بر فرد جلوگیری می‌کند (۲۰).

خودمدیریتی نیز دقیقاً به منظور پذیرش مسئولیت مدیریت بیماری مزمن و درگیر شدن در فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت طراحی شده است (۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی کلی است که می‌تواند توسعه پروتکل‌های متعدد را تسریع کند (۲۲). پژوهشی نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری از جمله امانت‌داری، قانونمندی و خودمدیریتی در دانش‌آموزان شد(۲۳). همچنین نتایج پژوهش دیگری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و خودمدیریتی را با آموزش روان‌شناختی در کارکنان مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مقایسه کرد، نشان داد هر دو روش در بهبود نگرش و روابط کارکنان با بیماران موفق بودند (۲۴). با این حال، جای پژوهش‌هایی که اثربخشی یا مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر خودمدیریتی زنان مبتلا به سرطان پستان بررسی کرده باشند، خالی به نظر می‌رسد.

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده‌اند معنویت بر شیوه‌های خودمدیریتی افراد تأثیر می‌گذارد. بررسی نقش معنویت در خودمدیریتی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن حاکی از آن است که محور اصلی ارتباط معنویت و خودمدیریتی، «ارتباط با خدا» است؛ به گونه‌ای که خداوند از طریق پزشکان، ایمان و نماز شفا می‌دهد و از معنویت به‌عنوان مکانیسم مقابله‌ای استفاده می‌شود (۲۵،۲۶). برآورده نشدن نیازهای معنوی نیز منجر به کاهش رضایت بیمار و دشواری در رسیدن به اهداف و تصمیمات خودمراقبتی می‌گردد. همان‌طور که درد جسمانی توسط بیمار تعریف می‌شود، میزان ناتوانی یا درد معنوی نیز توسط خود او درک و تعریف می‌شود (۲۷). بنابراین در درمان بیماری باید هر دو نوع درد مورد توجه قرار گیرد. تا دهه ۱۹۹۰ اصطلاح معنویت اغلب مترادف با دین‌داری به کار می‌رفت و تعریف آن با ابهام همراه بود؛ به همین دلیل پژوهشگران، انجام مطالعات طولانی‌مدت بین

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

فرهنگی را برای تعریف دقیق‌تر معنویت توصیه کردند (۲۸،۲۹). در تعریف بومی و مرتبط با فرهنگ اسلامی در ایران، معنویت به‌عنوان بُعد والای وجودی انسان تعریف شده که در همه انسان‌ها به ودیعه نهاده شده تا راه رسیدن به کمال و قرب به الله را طی کنند (۳۰).

مطالعه پیشینه نشان می‌دهد معنویت نقش حیاتی در زندگی بیماران ایفا می‌کند و پژوهشگران به وضوح نیاز به بررسی بیشتر رابطه پیچیده بین معنویت و خودمدیریتی در جمعیت‌های مختلف بیمار را احساس می‌کنند. همچنین بسیاری از زنان مسن آفریقایی-آمریکایی از معنویت به‌عنوان منبع مهمی در تسهیل خودمدیریتی بیماری‌های مزمن خود استفاده می‌کنند. نه تنها از نظر تاریخی حرفه‌ای، خودمدیریتی یکی از اجزای مهم مراقبت از سرطان بوده که به آن کمتر پرداخته شده، بلکه معنویت نیز در خودمدیریتی بیماری‌های مزمن نقش به‌سزایی دارد (۳۱).

با وجود پژوهش‌های مداخله‌ای متعدد بر بیماران مبتلا به سرطان پستان، پژوهشی با هدف ارتقای خودمدیریتی بر اساس مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی یا مقایسه این دو رویکرد انجام نشده یا بسیار محدود بوده است. با توجه به اهمیت خودمدیریتی در تمام مراحل درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان و همچنین نقش معنویت، پذیرش بیماری و تعهد بیماران به درمان، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر خودمدیریتی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و شامل دو گروه مداخله و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان هفت‌تیر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند و مداخله از فروردین تا تیرماه ۱۳۹۷ انجام شد. تعداد ۲۴ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش گمارش تصادفی ساده در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی و گروه کنترل جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به جدول کوهن و در سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد (۳۲) حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن و با در نظر گرفتن توان آزمون ۰/۸۰، سطح معناداری ۰/۰۵ = α، اندازه اثر متوسط (۰/۵۰ = d) و تعداد سه گروه (دو گروه مداخله و یک گروه کنترل) محاسبه شد. بر اساس این جدول، برای طرح واریانس با اندازه‌گیری مکرر و سه گروه، حداقل ۷ نفر در هر گروه و در مجموع ۲۱ نفر مورد نیاز بود. در پژوهش حاضر به‌منظور جبران احتمال ریزش نمونه و افزایش توان آماری، ۸ نفر در هر گروه (در مجموع ۲۴ نفر) در نظر گرفته شد. در پایان مداخله و مرحله پیگیری هیچ ریزشی مشاهده نگردید و تحلیل‌ها بر اساس همان ۲۴ نفر انجام گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به سرطان پستان در مرحله یک یا دو، سن ۲۰ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سیکل، ارائه رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه بود. معیارهای خروج شامل سابقه بیماری‌های جسمی شدید (مانند درد ناتوان‌کننده)، تحت شیمی‌درمانی فعال بودن، ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی شدید (روان‌پریشی، افسردگی شدید، اختلال دوقطبی)، سوءمصرف مواد یا الکل و ناتوانی در برقراری ارتباط کلامی بود.

پس از تصویب پروپوزال و اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد کرج، مجوز لازم از بیمارستان هفت‌تیر اخذ و نمونه‌گیری انجام شد. سپس ۲۴ بیمار واجد شرایط به‌صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. گروه‌های اول و دوم به‌ترتیب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد (جدول ۱) و معنویت‌درمانی (جدول ۲) دریافت کردند و دو ماه پس از پایان جلسات، پیگیری انجام شد. گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد، اما پس از مرحله پیگیری و به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، تحت چهار جلسه دوساعته درمان قرار گرفت.

آزمودنی‌ها در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، پرسشنامه خودمدیریتی بیماری‌های مزمن (CDSQ) را تکمیل کردند. محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از کتاب «راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» (هنرپروران و همکاران، ۱۳۹۶) استخراج شد (۳۳). محتوای جلسات معنویت‌درمانی نیز از کتاب‌های «رویکردهای معنوی در درمان زنان مبتلا به اختلالات خوردن» (هارتمن و همکاران، ۲۰۰۷) و «روان‌درمانی و معنویت» (وست، ۲۰۰۰) اقتباس گردید (۳۴،۳۵).

پرسشنامه خودمدیریتی توسط دانشگاه استنفورد برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۱ گویه و ۷ مقیاس که شامل: سلامت عمومی، نشانه‌ها، فعالیت جسمی، اطمینان در انجام کارها (خودکارآمدی)، فعالیت روزانه، مراقبت پزشکی، استفاده از خدمات سلامتی است؛ که پایایی (آلفای کرونباخ) گزارش‌شده برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۹۲ است. دامنه نمرات کل از ۷ تا ۱۷۰ و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودمدیریتی بهتر است (۳۶). در ایران روایی صوری و محتوایی ابزار توسط متخصصان تأیید و پایایی آلفای کرونباخ آن ۰/۷۳۳ گزارش شده بود (۳۷). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲۶ به‌دست آمد.

در این پژوهش تمامی نکات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانگی اطلاعات شخصی، تحلیل داده‌ها به‌صورت گروهی و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه رعایت شد. پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1396.52 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد کرج به ثبت رسید. داده‌های مربوط به متغیر وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

جدول-۱. هدف، محتوی و تکالیف جلسات مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	هدف	محتوی	تکالیف
اول	آشنایی و راه‌اندازی گروه، ایجاد رابطه درمانی، آشنایی با رویکرددرمانی، ایجاد آمادگی برای تغییر	توصیف کلی رویکرد درمانی، شرح قوانین گروه، ایجاد قرارداد درمانی، یادگیری مدل مراحل تغییر. انجام تن آرامی ذهن آگاهی	ارائه تکلیف تن آرامی ذهن آگاهی و کار برگ تغییرات
دوم	آموزش کنترل مسئله است نه راه‌حل	ایجاد درماندگی خلاق، توضیح کنترل مسئله است نه راه‌حل، جنبه‌های مثبت و منفی کنترل	مرور تکلیف جلسه قبل، تکمیل کار برگ کارهای کنترلی راه‌حل‌هایی بکار گرفته شده
سوم	آمورش اجتناب و آگاهی از پیامدهای اجتناب	تشخیص اجتناب‌ها از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب، آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای اجتناب کنترل	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه کار برگ کارها و افکار اجتنابی و نتایج آن‌ها
چهارم	شناسایی همجوشی‌ها و آموزش تکنیک‌های نا همجوشی	بیان مفهوم همجوشی و گسلش شناختی	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه کار برگ تکنیک‌های گسلش شناختی
پنجم	آموزش ذهن آگاهی	آموزش ارتباط بازمان حال، مفهوم خود به‌عنوان زمینه و تفکیک خود مفهوم‌سازی شده و خود مشاهده‌گر	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه کار برگ انجام چند کار با ذهن آگاهی به کمک حواس پنج‌گانه
ششم	تصریح ارزش‌ها و اهداف و برنامه‌ها	تصریح و روشن‌سازی ارزش‌ها، تصحیح ارزش‌ها، تفکیک ارزش‌ها از اهداف و برنامه‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه کار برگ ارزش‌های شخصی و اهداف
هفتم	آشنایی و تعریف عمل متعهدانه و موانع و تسهیل‌کننده‌های آن	آموزش تعهد به عمل، شناسایی رفتارها مطابق ارزش‌ها، ایجاد تعهد عمل به آن‌ها، تمایز بین تمایل و خواستن	مرور تکلیف جلسه قبل و تکمیل کار برگ عمل متعهدانه
هشتم	مرور و جمع‌بندی و تحکیم جلسات قبل	مرور کلیه جلسات قبل، انجام تن آرامی و تمرینات ذهن آگاهی، اجرای پس‌آزمون	مرور تکلیف جلسه قبل. مشخص کردن روز پیگیری

جدول-۲. هدف، محتوی و تکالیف جلسات معنویت درمانی

جلسات	هدف	محتوی	تکالیف
اول	آشنایی و راه‌اندازی گروه، ایجاد رابطه درمانی، آشنایی با رویکرد درمانی	توصیف کلی رویکرد درمانی، شرح قوانین گروه، گفتگو در مورد معنویت و دین تفاوت آن‌ها و انجام تن آرامی	ارائه برگه ثبت عملکرد روزانه انجام یک کار معنوی، انجام تن آرامی
دوم	بالا بردن هوشیاری نسبت به خود، افکار، احساسات نیازها و ارزش‌ها و اهداف	پرداختن به خودآگاهی و گوش دادن به ندای درون، شناسایی نیازها، ارزش‌های معنوی، اهداف و برنامه‌ها	مرور تکلیف جلسه قبل، ارائه کار برگ ارزش‌ها، نیازها و اهداف
سوم	ارائه مفهوم پایان‌ناپذیری، بالا بردن هوشیاری به نحوه ارتباط، گفتگو و دعا و نیایش درمان‌جو باخدا	گفتگو درباره نوع ارتباط و گفتگو درمان‌جو باخدا و اصلاح آن در صورت لزوم، فهم نحوه دعا و نیایش، کمک به یافتن بهترین شیوه نیایش دعا	مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه تکلیف نوشتن دعا و نیایش از زبان درمان‌جو و خواندن دعا هرروز
چهارم	برقراری ارتباط لذت‌بخش و رضایت‌بخش با مقدسات و انسان‌های دیگر برای کاهش احساس بیگانگی	شروع با شعر بنی‌آدم اعضای یک پیکرند. پرداختن چیستی، اشکال و فواید نوعدوستی، آیین‌ها و کارهای معنوی	مرور تکلیف جلسه قبل و تکمیل کار برگ برگه ثبت عملکرد روزانه تمرین انفرادی نوعدوستی
پنجم	بررسی عدم بخشش، پرداختن به بخشش و کمک به مراجع درد و رنج عدم بخشش	ارزیابی دقیق عدم بخشش احساسات همراه آن، کمک به درمان‌جو تا رنجش را به صورتی عینی‌تر تجربه کند پرداختن بخشش و انواع آن	مرور تکلیف جلسه قبل و تکمیل کار برگ نوشتن نامه به کسی که باعث رنجش درمان‌جو شده است.
ششم	یافتن معنای زندگی. کاهش اضطراب و ترس از مرگ. درک تفاوت درد و رنج	بررسی دیدگاه مراجعین در مورد زندگی، مرگ، کمک به تصحیح و معنادهی مجددشان. آموزش تفاوت درد و رنج	مرور تکلیف جلسه قبل و تکمیل کار برگ کارهایی که دوست دارند قبل از مرگ انجام دهند.
هفتم	آموزش بهترین روش تطبیق‌پذیری بیشتر از طریق ایمان و توکل به خدا و شکرگذاری	گفتگو درباره توکل، ایمان به خدا، قدردانی و شکر گذاری. آموزش سالم‌ترین سبک توکل. آموزش انواع شکرگذاری	مرور تکلیف جلسه قبل، ارائه کار برگ ۱۰ موهبت شایسته شکرگزاری، ثبت عملکرد روزانه تمرین انفرادی توکل به خدا
هشتم	خاتمه جلسات گروه باانگیزه و خاطره‌ای مثبت و تحکیم درمان	مرور کلیه جلسات قبل، انجام تن آرامی، اجرای پس‌آزمون.	مرور تکلیف جلسات قبل. مشخص کردن روز پیگیری

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل وضعیت‌های دامنه سنی، تأهل، تحصیلات و سابقه خدمت شرکت‌کنندگان در جدول ۳ ارائه شد.

علاوه بر توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی استفاده از آزمون کای اسکوئر پیرسون نشان داد که بین سه گروه به لحاظ طبقه سنی، سطح تحصیلات و مدت‌زمان ابتلا به بیماری تفاوت معناداری

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

جدول-۳. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	گروه معنویت درمانی		گروه درمان پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	کمتر از ۵۰ سال	۶	۷۵	۵	۶۲/۵	۵	۶۲/۵
	بیشتر از ۵۰ سال	۲	۲۵	۳	۳۷/۵	۳	۳۷/۵
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۵	۶۲/۵	۵	۶۲/۵	۵	۶۲/۵
	دیپلم	۳	۳۷/۵	۳	۳۷/۵	۳	۳۷/۵
وضعیت تأهل	مجرد	۳	۶۲/۵	۱	۱۲/۵	۳	۳۷/۵
	متأهل	۵	۳۷/۵	۷	۸۷/۵	۵	۶۲/۵
مدت‌زمان ابتلا به بیماری	کمتر از ۱ سال	۵	۶۲/۵	۴	۵۰	۶	۷۵
	۲ تا ۵ سال	۳	۳۷/۵	۳	۳۷/۵	۱	۱۲/۵
	بیشتر از ۵ سال	۶	۷۵	۱	۱۲/۵	۱	۱۲/۵

وجود ندارد ($P>۰/۰۵$، $\chi2(۲) = ۰/۳۷۵$) این یافته‌ها نشان می‌دهد که گروه‌ها به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی همگن بودند.

ابتدا میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی گیری متغیرهای وابسته در زنان مبتلابه سرطان پستان در جدول ۴ ارائه شد.

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ابتدا مفروضه‌های نرمال بودن توسط شاخص شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لون و استقلال متغیر پیش‌آزمون از متغیر عضویت توسط تحلیل واریانس سنجیده شد. همچنین برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از آزمودن موچلی (Mauchly) ارزیابی شد. بعد از اطمینان از تائید مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، شرایط استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم شد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مؤلفه‌های خود مدیریتی نشانه‌ها، مراقبت پزشکی و خودکارآمدی با درجه آزادی بین گروهی و درجه آزادی خطا (۴۰ و ۴)F حاکی از معناداری اجرای متغیرهای مستقل درمان پذیرش و تعهد و معنویت درمانی بر مؤلفه‌های مذکور بود. همچنین اثربخشی با درجه آزادی بین گروهی و درجه آزادی خطا (۴۰ و ۴)F حاکی از معناداری اجرای متغیر مستقل درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه فعالیت جسمی بود. در ادامه به‌منظور سنجش تفاوت اثر درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با اثر معنویت درمانی با گروه کنترل در مؤلفه‌های خود مدیریتی از اثر تعاملی شرایط × زمان مورداستفاده شد؛ که نتایج نشان داد این اثر بر مؤلفه‌های خود مدیریتی در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. به این معنا که دست‌کم اثر یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با اثر دیگر متغیر مستقل یا گروه کنترل به‌صورت معناداری متفاوت بود. برای پاسخ به تفاوت طبق جدول ۶ تحلیل برای هر مؤلفه خود مدیریتی سه بار تکرار و در هر بار تنها اثر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول-۴. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

خود مدیریتی	شاخص آماری	میانگین± انحراف استاندارد اختلال در سلامتی	میانگین± انحراف استاندارد فعالیت جسمی	میانگین± انحراف استاندارد خودکارمدی	میانگین± انحراف استاندارد مراقبت پزشکی
پیش‌آزمون	معنویت درمانی	۳/۷۰ ± ۴/۶۳	۲/۱۲ ± ۳/۲۵	۷/۸۱ ± ۳۴/۱۲	۳/۳۴ ± ۶/۳۸
	پذیرش و تعهد	۲/۶۲ ± ۵/۰۰	۲/۲۰ ± ۲/۳۷	۷/۱۶ ± ۳۳/۷۵	۳/۷۳ ± ۸/۷۷
	کنترل	۱/۵۹ ± ۵/۶۲	۳/۵۴ ± ۳/۵۰	۶/۱۴ ± ۳۶/۶۲	۳/۸۹ ± ۹/۶۲
پس‌آزمون	معنویت درمانی	۴/۱۳ ± ۳/۶۲	۱/۰۷ ± ۳/۵۰	۴/۹۵ ± ۴۸/۲۵	۳/۵۶ ± ۷/۸۸
	پذیرش و تعهد	۳/۵۰ ± ۴/۶۳	۲/۷۴ ± ۸/۱۲	۴/۳۷ ± ۵۳/۰۰	۳/۲۵ ± ۱۱/۵۰
	کنترل	۳/۳۳ ± ۹/۶۰	۲/۳۶ ± ۴/۱۲	۵/۷۸ ± ۳۸/۵۰	۲/۷۲ ± ۸/۳۷
پیگیری	معنویت درمانی	۳/۲۰ ± ۴/۵۹	۱/۹۳ ± ۴/۰۰	۶/۹۵ ± ۴۹/۱۲	۴/۱۳ ± ۱۰/۶۲
	پذیرش و تعهد	۲/۶۹ ± ۴/۸۷	۳/۱۰ ± ۷/۲۵	۷/۰۵ ± ۴۷/۷۵	۳/۴۱ ± ۱۱/۷۵
	کنترل	۲/۸۸ ± ۱۰/۵۰	۱/۶۴ ± ۳/۸۷	۸/۰۱ ± ۳۹/۵۰	۲/۷۶ ± ۶/۷۵

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

جدول-۵. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل و معناداری و اثر تعاملی شرایط × زمان برای هر یک از مؤلفه درون‌گروهی

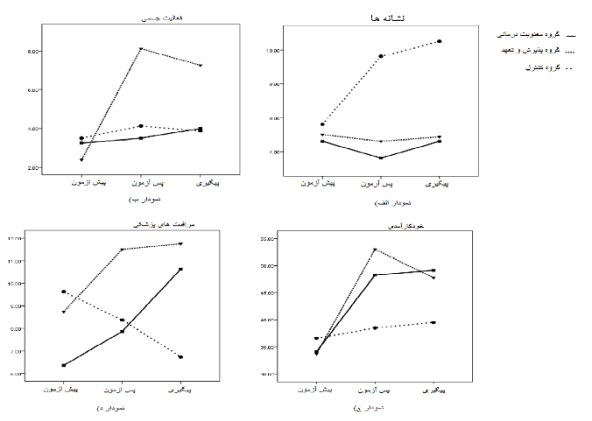
متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	۲η
نشانه‌ها	۸۳/۸۰	۲۰/۹۵	۷/۹۵	۲/۶۳	۰/۰۴۷	۰/۵۶	۲/۶۶	۰/۰۴	۰/۲۱
فعالیت جسمی	۸۶/۱۳	۲۱/۵۳	۵/۸۵	۳/۶۷	۰/۰۱۲	۰/۶۰	۲/۸۷	۰/۰۵	۰/۲۲
خودکارآمدی	۷۳۴/۷۵	۱۸۳/۶۸	۶۴/۰۵	۳/۸۶	۰/۰۳۵	۰/۶۵	۲/۳۳	۰/۰۷	۰/۱۸
مراقبت پزشکی	۱۲۵/۲۲	۳۱/۳۰	۸/۵۵	۳/۶۵	۰/۰۱۲	۰/۶۲	۲/۶۹	۰/۰۴	۰/۲۱

جدول-۶. مقایسه معناداری اثر تعاملی شرایط × زمان به‌صورت بین گروهی برای سه گروه

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میانگین مجذورات خطا	F	سطح معناداری	η^2
نشانه‌ها	گروه اول- دوم	۱/۲۹	۲	۰/۶۴	۷/۷۱	۰/۰۸۴*	۰/۹۲۰	۰/۰۰۶
	گروه اول- سوم	۶۵/۰۴	۲	۳۲/۵۲	۹/۴	۳/۴۵۹*	۰/۰۴۵	۰/۱۹۸
	گروه دوم- سوم	۵۹/۳۷	۲	۲۹/۶۸	۶/۷۳	۴/۴۰۶*	۰/۰۲۲	۰/۲۳۹
فعالیت جسمی	گروه اول- دوم	۶۵/۵۴	۲	۳۲/۷۷	۴/۵۷	۷/۱۶۴*	۰/۰۰۳	۰/۳۳۸
	گروه اول- سوم	۱/۱۲	۲	۰/۵۶	۶/۱۲	۰/۰۹۲	۰/۸۸۴	۰/۰۰۷
	گروه دوم- سوم	۶۲/۵۴	۲	۳۱/۲۷	۶/۸۶	۴/۵۵۶*	۰/۰۱۹	۰/۲۴۶
خودکارآمدی	گروه اول- دوم	۸۶/۳۷	۲	۴۳/۱۸	۵۹/۵۸	۰/۷۲۷*	۰/۴۶۷	۰/۰۴۹
	گروه اول- سوم	۳۹۶/۱۲	۲	۱۹۸/۰۶	۵۵/۷	۳/۵۵۵*	۰/۰۴۵	۰/۲۰۳
	گروه دوم- سوم	۶۱۹/۶۲	۲	۳۰۹/۸۱	۷۶/۸۶	۴/۰۳۱*	۰/۰۲۹	۰/۲۲۴
مراقبت	گروه اول- دوم	۱۲/۵۰	۲	۶/۲۵	۶/۸۱	۰/۹۱*	۰/۴۱۱	۰/۰۶۲
پزشکی	گروه اول- سوم	۷۲/۰۴	۲	۳۶/۰۲	۸/۱۵	۴/۴۱*	۰/۰۲۵	۰/۲۴۰
	گروه دوم- سوم	۱۰۳/۲۹	۲	۵۱/۶۴	۱۰/۷۰	۴/۸۲*	۰/۰۱۶	۰/۲۵۶

گروه اول: معنویت درمانی، گروه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه سوم: کنترل، *معناداری

با توجه به نتایج جدول ۴ مقایسه دوبه‌دو اثر متغیرهای مستقل با یکدیگر نشان می‌دهد که تفاوت اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با اثر معنویت درمانی بر مؤلفه‌های نشانه‌ها (P>۰/۰۵، F = ۰/۰۹۲)، خودکارآمدی (P>۰/۰۵، F = ۰/۷۲۷) و مراقبت پزشکی (P>۰/۰۵، F = ۰/۹۱۸) در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار بود. در مقابل تفاوت اثر آن دو در مؤلفه فعالیت جسمی خود مدیریتی (P<۰/۰۱، F = ۷/۱۶۴) معنادار است. همچنین درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل به‌صورت معنادار در سطح معناداری (P<۰/۰۵) مؤلفه‌های نشانه‌ها، خودکارآمدی و مراقبت پزشکی را در شرکت‌کنندگان بهبود بخشیده‌اند. معنویت درمانی نیز در مقایسه با گروه کنترل به‌صورت معنادار در سطح معناداری (P<۰/۰۵) مؤلفه‌های نشانه‌ها، خودکارآمدی و مراقبت پزشکی را در شرکت‌کنندگان بهبود بخشیده است. به‌علاوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه معنویت درمانی گروه کنترل به‌صورت معنادار در سطح معناداری (P<۰/۰۵) مؤلفه فعالیت جسمی را در شرکت‌کنندگان بهبود بخشیده است. این نتایج بیانگر این هستند که درمان پذیرش و تعهد و معنویت درمانی هر دو باعث بهبود مؤلفه‌های نشانه‌ها، خود کارآمدی و مراقبت پزشکی شدند به‌علاوه درمان پذیرش و تعهد باعث بهبود در فعالیت جسمی نیز گردید.



شکل-۱. نمودارهای مربوط به اثربخشی معنویت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های خود مدیریتی

شکل ۱ نشان‌دهنده مقایسه میانگین نمرات نشانه‌ها، مراقبت پزشکی، خود کارآمدی و فعالیت جسمی در سه گروه در مراحل پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری است. چنانکه مشاهده می‌شود

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

نمرات نشانه‌ها، مراقبت پزشکی، خود کارآمدی و فعالیت جسمی در گروه پذیرش و تعهد و معنویت درمانی نسبت به گروه کنترل افزایش چشمگیری داشته است و این بهبودی در مرحله پیگری همچنان ادامه پیداکرده است همچنین نمرات فعالیت جسمی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با معنویت درمانی و گروه کنترل افزایش چشمگیری داشته است و در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر بهبود خودمدیریتی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان در مؤلفه‌های علائم، خودکارآمدی و مراقبت پزشکی مؤثر بوده‌اند و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه فعالیت جسمی نیز اثربخشی معناداری داشت؛ این اثربخشی تا دو ماه پس از پایان مداخله نیز پایدار ماند. نتایج به‌دست‌آمده با یافته‌های محمدی و همکاران (۳۸)، جهانگیری و همکاران (۳۹)، میرزایی و همکاران (۴۰) و مثو و همکاران (۴۱) همسو و با نتایج عزیزی و قاسمی (۴۲) و میچیو و همکاران (۴۳) ناهمسو است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که معنویت نوعی ارتباط عمیق و معنادار با خود، خدا، دیگران و طبیعت است. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهند که دعا، نیایش، ایمان، حضور در مناسک مذهبی، و تجربه سلامت معنوی، رابطه مستقیمی با خودمدیریتی، امید، و سازگاری بیماران مبتلا به سرطان دارد (۴۴،۴۵) در مداخلات معنویت‌درمانی اخیر نیز نشان داده شده است که پرداختن به نیازهای معنوی، بازسازی رابطه فرد با خود و خدا، و تجربه معنای شخصی، به بهبود رفتارهای مراقبتی و افزایش حس کنترل در بیماران منجر می‌شود (۴۶).

در جلسات معنویت‌درمانی پژوهش حاضر نیز همین الگو دنبال شد. بیماران با تمرکز بر ارتباط با خود، دیگران، طبیعت و خدا آموختند که چگونه نیازهای معنوی خود را شناسایی و برای برآورده ساختن آن‌ها تلاش کنند، به بدن و وضعیت خود احترام بگذارند و خود را همراه با بیماری یا نقص عضو ارزشمند، مقدس و شایسته مراقبت بدانند. همچنین با توجه به ارزش‌های جسمی، خانوادگی، محیطی و الهی آموختند همان‌گونه که مراقبت از خانواده برایشان مهم است، مراقبت از خود نیز ارزشمند است. این فرایند در مطالعات جدید بهبود مراقبت پزشکی، کاهش علائم و ارتقای خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان را پیش‌بینی کرده است (۴۷).

علاوه بر این، پرداختن به بخشش، پذیرش، کاهش خشم، نیایش، و تکنیک‌های آرام‌سازی در مداخلات معنوی — الگوهایی که اثرات آن‌ها در پژوهش‌های اخیر نیز تأیید شده — به تجربه آرامش درونی و کاهش پریشانی معنوی منجر می‌شود (۴۸). چنان‌که در ادبیات جدید نیز اشاره شده است، تغییر در جنبه‌های وجودی و معنوی فرد می‌تواند زمینه‌ساز ارتقای خودمراقبتی و رفتارهای مرتبط با سلامت باشد (۴۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به بیماران می‌آموزد احساسات خود را بدون اجتناب بپذیرند، از محتوای آزاردهنده افکار فاصله بگیرند و رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌ها سامان دهند. پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند ACT از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربی و تقویت عمل ارزش‌محور، به بهبود خودمدیریتی در بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند (۵۰). استفاده از تکنیک‌هایی مانند ناامیدی خلاقانه، شناسایی همجوشی‌های شناختی و آموزش زندگی در لحظه حال نیز در مطالعات جدید باعث افزایش التزام به رفتارهای درمانی و مراقبت پزشکی شده است (۵۱).

شباهت نتایج دو مداخله در مؤلفه‌های علائم، مراقبت پزشکی و خودکارآمدی را می‌توان به این دانست که هر دو درمان به نوعی به ارزش‌ها، معنای زندگی، پذیرش، و بازسازی نگرش فرد نسبت به بیماری می‌پردازند. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند ACT در بسیاری از بیماران، به‌ویژه مبتلایان به سرطان، تجربه‌ای نزدیک به معنویت یکپارچه ایجاد می‌کند و به آن‌ها کمک می‌کند از منابع معنوی و وجودی خود برای سازگاری با بیماری بهره ببرند (۵۲).

در تبیین تفاوت معنادار ACT در مؤلفه فعالیت جسمی نیز می‌توان گفت که یافته‌های اخیر در حوزه ACT برای بیماران دارای درد یا شرایط مزمن نشان داده‌اند که افزایش فعالیت — حتی بدون بهبود درد یا افسردگی — بخش طبیعی و مورد انتظار این رویکرد است (۵۳). مراجعانی که ACT دریافت می‌کنند معمولاً با وجود احساس ناراحتی یا محدودیت، فعالیت‌های معنادار بیشتری انجام می‌دهند و کمتر در چرخه اجتناب گرفتار می‌شوند؛ موضوعی که در مطالعات مربوط به بیماران سرطان پستان نیز به‌طور مکرر دیده شده است (۵۴).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به‌طور معناداری مؤلفه‌های علائم، خودکارآمدی، مراقبت پزشکی و فعالیت جسمی خودمدیریتی را در زنان مبتلا به سرطان پستان بهبود بخشیدند و این بهبود تا دو ماه پس از پایان مداخله نیز پایدار ماند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت پذیرش درد و رنج اجتناب‌ناپذیر بیماری، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، شناسایی ارزش‌های شخصی و تعهد عملی به رفتارهای سلامت‌محور به‌ویژه در حوزه فعالیت جسمی اثربخشی بیشتری از خود نشان داد، در حالی که معنویت‌درمانی با تأکید بر خودآگاهی، توکل، شکرگزاری، بخشش، ارتباط عمیق با خدا و دیگران و بازسازی هویت معنوی بیمار به پذیرش وضعیت موجود و تقویت خودمراقبتی کمک کرد. بر این اساس درمانگران، روان‌شناسان بالینی و مشاوران مراکز انکولوژی می‌توانند درمان

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان مداخله اصلی یا مکمل در برنامه‌های حمایتی-روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان به‌کار گیرند به‌ویژه هنگامی که هدف اصلی افزایش فعالیت جسمی و عملکرد روزمره باشد، معنویت‌درمانی نیز به‌دلیل سازگاری بالا با فرهنگ و باورهای دینی-معنوی جامعه ایرانی می‌تواند به‌عنوان مداخله گروهی کم‌هزینه و قابل‌اجرا در کلینیک‌های سرپایی، انجمن‌های حمایت از بیماران سرطانی و بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد، ترکیب هر دو رویکرد در قالب یک پروتکل ترکیبی ده تا دوازده جلسه‌ای می‌تواند اثربخشی حداکثری بر همهٔ مؤلفه‌های خودمدیریتی ایجاد کند، آموزش پرستاران و کارکنان بخش انکولوژی در زمینه اصول پایه این دو رویکرد به‌منظور ارائه حمایت‌های کوتاه‌مدت و روزمره به بیماران توصیه می‌شود و گنجاندن جلسات خودمدیریتی مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در بسته‌های خدمات حمایتی سازمان‌های بیمه‌گر و خیریه‌های مرتبط با سرطان پستان دسترسی بیماران را به این مداخلات مؤثر افزایش خواهد داد. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به حجم کوچک نمونه و نمونه‌گیری در دسترس، سطح تحصیلات نسبتاً پایین شرکت‌کنندگان، انجام پژوهش تنها در یک بیمارستان تهران و پیگیری کوتاه‌مدت دو ماهه اشاره کرد که همهٔ این موارد تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازند، بنابراین در تحقیقات آتی استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر جغرافیایی و قومی، پیگیری‌های طولانی‌تر و بررسی اثربخشی پروتکل ترکیبی این دو رویکرد پیشنهاد می‌شود.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Jalali FS, Keshavarz K, Seif M, Akrami M, Jafari A, Ravangard R. Economic burden of breast cancer: a case of Southern Iran. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2023;21(1):58.
2. Mohammadpour S, Soleimanpour S, Javan-Noughabi J, Gallehzan NA, Aboutorabi A, Jahangiri R, et al. A systemmatic literature review on indirect costs of women with breast cancer. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2022;20(1):68.
3. Soldato D, Arecco L, Agostinetto E, Franzoi MA, Mariamidze E, Begijanashvili S, et al. The future of breast cancer research in the survivorship field. Oncology and Therapy. 2023;11(2):199-229.
4. Bodai BI, Tuso P. Breast cancer survivorship: a comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. The Permanente Journal. 2015;19(2):48.
5. Franzoi MA, Janni W, Erdmann-Sager J, Kline-Quiroz C, Schäffler H, Pfister K, et al. Long-term follow-up care after treatment for primary breast cancer: strategies and considerations. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2025;45(3):e473472.
6. Tompkins C, Scanlon K, Scott E, Ream E, Harding S, Armes J. Survivorship care and support following treatment for breast cancer: a multi-ethnic comparative qualitative study of women's experiences. BMC Health Services Research. 2016;16(1):401.
7. Brown MC, Haste A, Araújo-Soares V, Skinner R, Sharp L. Identifying and exploring the self-management strategies used by childhood cancer survivors. Journal of Cancer Survivorship. 2021;15(2):344-57.
8. Ucciero S, Lacarbonara F, Durante A, Torino F, Lomper K, Vellone E, et al. Core outcomes of self-care behaviours in patients with breast cancer treated with oral anticancer agents: A systematic review. Cancers. 2024;16(23):4006.
9. Aung ML, Cheng H. Self-management behaviors and associated factors in adult cancer survivors: an integrative review. Cancer Nursing. 2024:10-97.
10. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. Journal of Nursing Scholarship. 2012;44(2):136-44.
11. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling. 2002;48(2):177-87.
12. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. CA: a Cancer Journal for Clinicians. 2011;61(1):50-62.
13. Jefford M, Howell D, Li Q, Lisy K, Maher J, Alfano CM, et al. Improved models of care for cancer survivors. The Lancet. 2022;399(10334): 1551-60.
14. Howell D, Mayer DK, Fielding R, Eicher M, Verdonck-de Leeuw IM, Johansen C, et al. Management of cancer and health after the clinic visit: a call to action for self-management in cancer care. Journal of the National Cancer Institute. 2021;113(5):523-31.
15. Halpern MT, McCabe MS, Burg MA. The Cancer Survivorship Journey: Models of Care, Disparities, Barriers, and Future Directions. American Society of Clinical Oncology Educational Book. American Society of Clinical Oncology. Annual Meeting 2016. pp. 231-239.
16. Mahnaz Aliakbari D, Marzieh Ramezani S, Shafigh M. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Social Adjustment and Resilience in Women with Breast Cancer. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2020;10(1):224.
17. Borges LM, Barnes SM, Farnsworth JK, Drescher KD, Walser RD. Case conceptualizing in acceptance and commitment therapy for moral injury: An active and ongoing approach to

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]
[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

understanding and intervening on moral injury. Frontiers in Psychiatry. 2022;13:910414.
18. Lin R, Song B, Li N, Rong B, Bai J, Liu Y, et al. Efficacy and safety of fentanyl inhalant for the treatment of breakthrough cancer pain: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. BMC Palliative Care. 2024;23(1): 222.
19. Haller H, Breilmann P, Schröter M, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of acceptance-and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. Scientific Reports. 2021;11(1):20385.
20. Han A, Kim TH. The effects of internet-based acceptance and commitment therapy on process measures: Systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research. 2022;24(8): e39182.
21. Schulman-Green D, Feder SL, David D, Rada L, Tesfai D, Grey M. A middle range theory of self-and family management of chronic illness. Nursing Outlook. 2023;71(3):101985.
22. Ruiz FJ, Luciano C, Flórez CL, Suárez-Falcón JC, Cardona-Betancourt V. A multiple-baseline evaluation of acceptance and commitment therapy focused on repetitive negative thinking for comorbid generalized anxiety disorder and depression. Frontiers in Psychology. 2020;11:356.
23. Sharifi Heratme S, Emami Jomaea S, Emami Jomaea R. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Increasing the Component Level (Trustworthiness, Legitimacy, Self-Management) Students' Participation. Fourth International Conference on Recent Innovations in Psychology, Advice and Behavioral Sciences; Tehran, Nikan University, 2017.
24. Clarke S, Taylor G, Lancaster J, Remington B. Acceptance and commitment therapy–based self-management versus psychoeducation training for staff caring for clients with a personality disorder: A randomized controlled trial. Journal of Personality Disorders. 2015;29(2):163-76.
25. Harvey IS, Silverman M. The role of spirituality in the self-management of chronic illness among older African and Whites. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 2007;22(2):205-20.
26. Ghahramani M, Memaryan N, Ghahari S, Malakouti K. When spirituality fades: a qualitative exploration of spiritual deficiencies in suicide ideation and attempt. Mental Health, Religion & Culture. 2024;27(6):571-92.
27. Breitbart W, Butow P, Jacobsen P, Lam W, Lazenby M, Loscalzo M, editors. Psycho-oncology. Oxford University Press; 2021.
28. Memaryan N, Rassouli M, Mehrabi M. Spirituality concept by health professionals in Iran: A qualitative study. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2016;2016(1):8913870.
29. Torskenæs KB, Baldacchino DR, Kalfoss M, Baldacchino T, Borg J, Falzon M, et al. Nurses' and caregivers' definition of spirituality from the C hristian perspective: a comparative study between M alta and N orway. Journal of Nursing Management. 2015;23(1):39-53.
30. Memaryan N. Spirituality in mental health services. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;23(1):6-9.
31. Harvey IS. Self-management of a chronic illness: An exploratory study on the role of spirituality among older African American women. Journal of Women & Aging. 2006;18(3):75-88.
32. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi A. research Methods in Behavioral Sciences. Twenty-Second ed: Tehran: Knowledge Publishing; 2017.
33. Honarparvaran N, Mirzaei Kia H, Niri A, Lotfi M. Practical Guide for TherapistsAcceptance and Commitment Therapy (ACT): Tehran: Hamneshin Publications; 2017. pp. 328.
34. Richards PS, Hardman RK, Berrett ME. Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders. American Psychological Association; 2007.
35. West W. Psychotherapy & spirituality: Crossing the line between therapy and religion: Sage; 2000.
36. BOOK QC. Stanford patient education research center. American Journal of Public Health. 1990;80:446-52.
37. Karimi M, Noroozi K, Mohamadi F, Rezasoltani P. The effect of self management program on self management status and general health of hemodialysis patients. University of Social Welfare and Rehabilitation Nursing Department Master's thesis for Nursing, 2011.
38. Mohammadi SY, Soufi A. The effectiveness of acceptance and commitment treatment on quality of life and perceived stress in cancer patients. Health Psychology. 2020;8(32):57-72.
39. Mami S, Tahmasebian H, Jahangiri MM. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing the severity of perceived pain in women with breast cancer. Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences. 2019;8(1).
40. Mirzaei S, Bagherian-Sararoudi R, Emami MHD, Izadi R, Sharbafchi MR. The effectiveness of internet-based acceptance and commitment therapy on acceptance of illness, emotion regulation, symptom severity reduction, and symptoms interference with function in patients with breast cancer. BMC Psychiatry. 2025;25(1):599.
41. Mathew A, Doorenbos AZ, Jang MK, Hershberger PE. Acceptance and commitment therapy in adult cancer survivors: a systematic review and conceptual model. Journal of Cancer Survivorship. 2021;15(3):427-51.
42. Azizi A, Ghasemi S. Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy, Cognitive-Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Quality of Life in Divorced Women. Counseling Culture and Psychotherapy. 2017;8(29):207-36.
43. Ando M, Morita T. Efficacy of the structured life review and the short-term life review on the spiritual well-being of terminally ill cancer patients. Health. 2010;2(4):342-46.
44. Sherman AC, Merluzzi TV, Pustejovsky JE, Park CL, George L, Fitchett G, et al. A meta-analytic

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]

review of religious or spiritual involvement and social health among cancer patients. Cancer. 2015; 121(21):3779-88.
45. Manouchehri E, Taghipour A, Ebadi A, Homaei Shandiz F, Latifnejad Roudsari R. How do I deal with breast cancer: a qualitative inquiry into the coping strategies of Iranian women survivors. BMC Women's Health. 2022;22(1):284.
46. Prieto-Crespo V, Arevalo-Buitrago P, Olivares-Luque E, García-Arcos A, López-Soto PJ. Impact of spiritual support interventions on the quality of life of patients who receive palliative care: a systematic review. Nursing Reports. 2024;14(3):1906-21.
47. Behrouzfar F, Albehbahani M. Predicting pain tolerance based on spiritual well-being and self-control in cancer patients. Journal of Research in Psychological Health. 2025;19(3):1-16.
48. Argan MT, Argan M. Spiritual Survivors: Strategies for Coping with Breast Cancer. Journal of Internet Applications and Management. 2021;12(2): 87-110.
49. Park CL, Hanna D. Meaning, spirituality, and perceived growth across the cancer continuum: A positive psychology perspective. InPsychological aspects of cancer: A guide to emotional and psychological consequences of cancer, their causes, and their management. Cham: Springer International Publishing. 2022. pp. 91-108.
50. Salari N, Rezaie L, Khazaie H, Bokaee S, Ghasemi H, Mohammadi M, et al. The effect of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in patients with cancer: A systematic review. Current Psychology. 2023;42(7):5694-716.
51. García-Torres F, García-Carmona M, Moreno E, Jurado-González F, Aguilera-Martín Á. Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review. SAGE Open. 2024;14(4):21582440241297 591.
52. Hajibabaei M, Kajbaf B, Esmaeili M, Harirchian MH, Montazeri A. Impact of an existential-spiritual intervention compared with a cognitive-behavioral therapy on quality of life and meaning in life among women with multiple sclerosis. Iranian Journal of Psychiatry. 2020;15(4):322.
53. Van de Graaf DL, Trompetter HR, Smeets T, Mols F. Online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) interventions for chronic pain: A systematic literature review. Internet Interventions. 2021;26:100465.
54. Robertson MC, Cox-Martin E, Liao Y, Flores SA, Shegog R, Markham CM, et al. Acceptance-and mindfulness-based techniques for physical activity promotion in breast cancer survivors: a qualitative study. Supportive Care in Cancer. 2022;30(1):465-73.

[Downloaded from spiritual-health.ir on 2026-11-18]

[DOI: 10.30491/JSH.4.3.700]