



## The Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Post-Traumatic Growth, Distress Tolerance, and Cognitive Fusion in Women with Breast Cancer

Farzin Bagheri Sheykhgafshe<sup>1\*</sup>  , Vahid Savabi Niri<sup>2</sup>  , Mona Baheri<sup>3</sup>  ,  
Seyedeh Atousa Afsarpour<sup>4</sup>  , Ali Fathi Ashtiani<sup>5</sup>  

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran.
3. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran.
4. Department of Positive Islamic Psychology, Payame Noor University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran.
5. Department of Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Corresponding Author: Ph.D., Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: [farzinbagheri@modares.ac.ir](mailto:farzinbagheri@modares.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**  
Received: 04 Jun 2025  
Revised: 15 Jul 2025  
Accepted: 05 Aug 2025  
Published: 01 Jul 2026

**Keywords:**  
*Breast Cancer,*  
*Cognitive Fusion,*  
*Distress Tolerance,*  
*Posttraumatic Growth,*  
*Spiritual Self-Care.*

### ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the efficacy of Spiritual Self-Care Training (SSCT) on posttraumatic growth (PTG), distress tolerance, and cognitive fusion in women diagnosed with breast cancer. A pretest-posttest control group design was implemented in this quasi-experimental investigation. The statistical population encompassed women who were referred to cancer treatment and support centers in Tehran in 2024. A total of 34 women were randomly assigned to the experimental and control groups through purposive sampling. Before and after the intervention, participants completed the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), the Distress Tolerance Scale (DTS), and the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ). However, the control group did not receive any intervention, whereas the experimental group was administered six 90-minute sessions of SSCT. SPSS-27 was employed to conduct multivariate analysis of covariance (MANCOVA) on the data. The results indicated that SSCT significantly enhanced posttraumatic growth and distress tolerance, while simultaneously significantly reducing cognitive fusion in the experimental group ( $P < 0.001$ ). These findings suggest that spiritual self-care training can serve as an effective and complementary intervention alongside psychological therapies to foster resilience, promote posttraumatic psychological growth, and reduce cognitive entanglement in women with breast cancer.

**Cite this article:** Bagheri Sheykhgafshe, F., Savabi Niri, V., Baheri, M., Afsarpour, S. A., & Fathi Ashtiani, A. (2026). The Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Post-Traumatic Growth, Distress Tolerance, and Cognitive Fusion in Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychological Research*, 17(2), 95-110. doi:10.22059/japr.2025.396727.64527



© Author(s) retain the copyright.  
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.64527>

**Publisher:** University of Tehran Press.

## **The Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Post-Traumatic Growth, Distress Tolerance, and Cognitive Fusion in Women with Breast Cancer**

### **Extended Abstract**

#### **Aim**

Breast cancer is the most prevalent cancer among women worldwide and a leading cause of cancer-related mortality (Tang et al., 2024). Despite advancements in early detection and treatment, the psychological burden of the disease remains substantial. Patients experience significant distress due to body image changes, aggressive treatments such as mastectomy and chemotherapy, and fears of death or recurrence (Cinek et al., 2025). Studies indicate a rising global incidence and mortality rate, particularly in low Human Development Index countries, with a concerning increase also reported in Iran (Jafari et al., 2025). This psychological burden may lead to both negative and positive psychological outcomes. One such positive outcome is post-traumatic growth (PTG), which includes a deeper appreciation of life, improved relationships, spiritual development, and a redefined sense of self. Factors facilitating PTG include social support, resilience, spirituality, and meaning-making (Wan et al., 2024).

In this context, distress tolerance—the ability to endure emotional discomfort without avoidance—is critical for psychological adjustment (Saez-Clarke et al., 2025). Low distress tolerance is associated with higher levels of depression, anxiety, and emotional dysregulation, whereas higher tolerance supports adaptive coping and engagement in treatment (Tao et al., 2023). Another important construct is cognitive fusion, in which individuals become overly identified with their negative thoughts, perceiving them as factual (Othman et al., 2023). High cognitive fusion is associated with greater psychological distress and lower quality of life. Conversely, spiritual self-care has emerged as a culturally relevant and effective intervention, particularly in religious contexts such as Iran (Nur et al., 2024; Nasution et al., 2020). It involves practices such as prayer, reflection, and meaning-making, which can reduce psychological distress and enhance existential resilience (Leão et al., 2022; Komariah et al., 2020). Therefore, the present study aimed to examine the effect of spiritual self-care training on PTG, distress tolerance, and cognitive fusion among women with breast cancer.

#### **Methodology**

The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test–post-test control group. The sample consisted of 34 women diagnosed with breast cancer, who were purposefully selected from cancer treatment and support centers in Tehran in 2024 and then randomly assigned to experimental ( $n = 17$ ) and control ( $n = 17$ ) groups. Inclusion criteria included age between 30 and 50 years, no use of psychiatric medication or participation in psychological interventions, and absence of comorbid psychological disorders. Participants who missed more than two sessions, experienced deterioration in condition, or received additional interventions were excluded.

The sample size was determined using G\*Power software with a 95% confidence level and a margin of error of less than 2%. After receiving study information and providing informed consent, participants entered the study. The intervention consisted of spiritual self-care training based on the Richards and Bergin (2004) model with an Islamic approach.

The instruments used to measure the study variables were as follows:

- 1. Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI):** Developed by Tedeschi and Calhoun (1996), this 21-item scale assesses positive outcomes following trauma across five dimensions: relating to others, new possibilities, personal strength, appreciation of life, and spiritual change. Items are rated on a 6-point Likert scale (0–5), with higher scores indicating greater PTG. Cronbach's alpha in this study ranged from 0.81 to 0.86.
- 2. Distress Tolerance Scale (DTS):** Developed by Simons and Gaher (2005), this 15-item self-report scale measures distress tolerance across four dimensions: tolerance, absorption, appraisal, and regulation. Responses are rated on a 5-point Likert scale, with total scores ranging from 15 to 75; higher scores indicate greater distress tolerance. Internal consistency in this study ranged from 0.80 to 0.87.

**3. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ):** Developed by Gillanders et al. (2014), this 12-item scale assesses cognitive fusion—the extent to which individuals become entangled with their thoughts—using a 6-point Likert scale (1–6). Higher scores (range: 12–72) indicate stronger cognitive fusion. In this study, Cronbach’s alpha was 0.84.

Data were analyzed using MANCOVA in SPSS-27. Chi-square tests were used for demographic comparisons, and the Shapiro–Wilk test was used to assess normality. A significance level of 0.05 was considered.

## Findings

The mean age of women in the experimental group was  $41.36 \pm 5.93$  years, and in the control group,  $40.40 \pm 6.02$  years. Chi-square test results indicated no statistically significant differences between the experimental and control groups in age, marital status, education level, or duration of illness ( $P > 0.05$ ).

**Table 1.** Comparison of Demographic Characteristics Between Experimental and Control Groups (N = 34)

Variable	Categories	Experimental n (%)	Control n (%)	P value
Age (years)	30–36	4 (23.5%)	5 (23.5%)	0.168
	37–43	8 (47.1%)	9 (52.9%)	
	44–50	5 (29.4%)	3 (17.6%)	
Illness duration	1–2 years	8 (47.1%)	7 (41.2%)	0.354
	3–4 years	6 (35.3%)	8 (47.1%)	
	≥5 years	3 (17.6%)	2 (11.8%)	
Education	Diploma	4 (23.5%)	5 (29.4%)	0.206
	Bachelor’s	9 (52.9%)	8 (47.1%)	
	Master’s	4 (23.5%)	4 (23.5%)	
Marital status	Single	7 (41.2%)	6 (35.3%)	0.147
	Married	10 (58.8%)	11 (64.7%)	

Levene’s test confirmed the homogeneity of variances for the study variables. Box’s M test indicated equality of covariance matrices between the experimental and control groups, supporting the assumptions required for multivariate analysis. In addition, the assumption of homogeneity of regression slopes was tested through the interaction between the independent variable (intervention) and dependent variables at pretest and posttest stages, and no significant interaction was observed ( $P > 0.05$ ), confirming that this assumption was met.

The results of the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed a statistically significant overall effect of the intervention. Pillai’s Trace (0.735), Wilks’ Lambda (0.265), Hotelling’s Trace (2.768), and Roy’s Largest Root (2.768) all indicated significant group differences ( $F = 3.599$ ,  $P < 0.001$ ), with an effect size of 0.73. The statistical power was 1.00, indicating adequate sample size. Follow-up univariate ANCOVA results demonstrated significant differences between the experimental and control groups across all dimensions of post-traumatic growth (PTG), distress tolerance, and cognitive fusion.

For PTG, significant effects were observed in relating to others ( $F = 37.02$ ,  $\eta^2 = 0.62$ ), new possibilities ( $F = 39.72$ ,  $\eta^2 = 0.64$ ), personal strength ( $F = 41.08$ ,  $\eta^2 = 0.65$ ), appreciation of life ( $F = 38.59$ ,  $\eta^2 = 0.63$ ), and spiritual change ( $F = 36.81$ ,  $\eta^2 = 0.62$ ). Regarding distress tolerance, significant improvements were found in tolerance ( $F = 53.35$ ,  $\eta^2 = 0.71$ ), absorption ( $F = 51.40$ ,  $\eta^2 = 0.70$ ), appraisal ( $F = 42.62$ ,  $\eta^2 = 0.66$ ), and regulation ( $F = 46.78$ ,  $\eta^2 = 0.68$ ). Finally, cognitive fusion showed a significant reduction in the experimental group compared to the control group ( $F = 50.04$ ,  $\eta^2 = 0.69$ ).

Overall, the findings indicated that spiritual self-care training significantly improved post-traumatic growth and distress tolerance while reducing cognitive fusion among women with breast cancer, with effect sizes ranging from moderate to large across all outcomes.

## Conclusion

This study explored the impact of spiritual self-care training on PTG, distress tolerance, and cognitive fusion in women diagnosed with breast cancer. The findings indicated that the intervention significantly

promoted PTG and distress tolerance while reducing levels of cognitive fusion. These results are in line with previous studies by Komariah et al. (2020), Leão et al. (2022), and Nasution et al. (2020), which also highlight the positive role of spirituality-based interventions in enhancing psychological well-being among cancer patients.

Techniques such as meditation and reflective exercises supported patients in managing negative emotions and rebuilding psychological resilience, allowing them to view their illness as an opportunity for growth rather than merely a threat (Leão et al., 2022). Moreover, the training improved distress tolerance, enabling women to endure psychological stress more effectively without impulsive reactions or avoidance (Nasution et al., 2020). It also led to a meaningful reduction in cognitive fusion, helping patients distance themselves from negative, rigid thoughts by cultivating mindfulness and acceptance (Nur et al., 2024). These outcomes contributed to greater psychological flexibility, reduced emotional suffering, and improved overall quality of life, demonstrating that spiritual self-care is a valuable psychospiritual intervention for enhancing mental health in breast cancer patients (Komariah et al., 2020).

This study was limited by its small sample size and its focus on women with breast cancer in Tehran, which reduces generalizability. The use of purposive sampling and the lack of control over variables such as social support and baseline spiritual beliefs may have influenced the outcomes. Despite these limitations, the findings support the effectiveness of spiritual self-care training in enhancing resilience, including increased post-traumatic growth, improved distress tolerance, and reduced cognitive fusion. This approach helped patients cope more effectively and find meaning in their illness experience. Spiritual self-care is not just a coping strategy but a pathway to improved mental health, identity reconstruction, and quality of life. Integrating such interventions into cancer care protocols is strongly recommended.

**Keywords:** Breast Cancer, Cognitive Fusion, Distress Tolerance, Posttraumatic Growth, Spiritual Self-Care.

### **Ethical Considerations**

This study was conducted in accordance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki and the approved ethical code (IR.BMSU.BAQ.REC.1403.092). Before the intervention, the research objectives were thoroughly and clearly explained to the participants. Furthermore, to uphold ethical standards and ensure confidentiality, participants were assured that the collected data would be analyzed only in aggregate form.

### **Acknowledgments and Funding**

The authors would like to express their sincere gratitude to all participants in this study. This research received no financial support.

### **Conflict of Interest**

The authors declare no conflicts of interest.

---

**Cite this article:** Bagheri Sheykhangafshe, F., Savabi Niri, V., Baheri, M., Afsarpour, S. A., & Fathi Ashtiani, A. (2026). The Effectiveness of Spiritual Self-Care Training on Post-Traumatic Growth, Distress Tolerance, and Cognitive Fusion in Women with Breast Cancer. *Journal of Applied Psychological Research*, 17(2), 95-110. doi:10.22059/japr.2025.396727.64527



© Author(s) retain the copyright.

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.64527>

**Publisher:** University of Tehran Press.

---



## اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

فرزین باقری شیخانگفته<sup>۱\*</sup>، وحید صوابی نیری<sup>۲</sup>، مونا باهری<sup>۳</sup>، سیده آتوسا افسرپور<sup>۴</sup>،  
علی فتحی آشتیانی<sup>۵</sup>

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
  ۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
  ۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بهشهر، بهشهر، ایران.
  ۴. گروه روان‌شناسی اسلامی مثبت گرا، دانشگاه پیام نور، واحد بهشهر، بهشهر، ایران.
  ۵. گروه روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
- \*نویسنده مسئول: دکترای تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.  
رایانامه: [farzinbagheri@modares.ac.ir](mailto:farzinbagheri@modares.ac.ir)

## اطلاعات مقاله

## چکیده

## نوع مقاله:

پژوهشی

## تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۱۰

## کلیدواژه‌ها:

تحمل پریشانی،  
خودمراقبتی معنوی،  
رشد پس از ضربه،  
سرطان پستان،  
همجوشی شناختی.

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش پژوهش شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و حمایتی سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. ۳۴ زن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جای‌دهی شدند. گروه‌ها با سیاهه رشد پس‌آسیب (PTGI)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS)، و پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ) سنجش شدند. پس از ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش خودمراقبتی معنوی برای گروه آزمایش، بار دیگر شرکت‌کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌وسیله نرم‌افزار SPSS-27 تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش خودمراقبتی معنوی (SSCT) به‌طور معناداری سبب افزایش رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و کاهش همجوشی شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ( $P < 0/001$ ). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد آموزش خودمراقبتی معنوی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر و مکمل در کنار درمان‌های روان‌شناختی برای افزایش تاب‌آوری، تقویت رشد روانی پس از آسیب و کاهش درگیری‌های ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

**استناد:** باقری شیخانگفته، ف، صوابی نیری، و، باهری، م، افسرپور، س. آ. و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۵). اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۷(۲)، ۹۵-۱۱۰. doi:10.22059/japr.2025.396727.64527

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.64527>

© نویسنده‌گان.



## ۱. مقدمه

سرطان پستان<sup>۱</sup> شایع‌ترین سرطان در میان زنان جهان است و یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در جمعیت زنان به‌شمار می‌رود (تانگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در روش‌های تشخیص زودهنگام و درمان، بار روانی ناشی از این بیماری همچنان سنگین است و تأثیرات عمیقی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی مبتلایان دارد (سینک و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۵). از دست دادن بخشی از بدن که نقش مهمی در هویت زنانه، زیبایی و کارکرد جنسی دارد، فرایند درمان‌های تهاجمی مانند ماستکتومی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی و همچنین ترس از مرگ یا بازگشت بیماری، همگی عوامل مهمی هستند که فشار روانی زیادی به بیماران وارد می‌کنند (ژانگ و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴). کیم و همکاران<sup>۵</sup> (۲۰۲۵) در یک مطالعه فراتحلیل بین‌المللی با هدف بررسی بار جهانی سرطان پستان نشان دادند در سال ۲۰۲۲، بیش از ۲/۳ میلیون مورد جدید و ۶۷۰ هزار مرگ ناشی از این بیماری در جهان رخ داده است. آنان دریافتند که نرخ بروز سالانه در نیمی از کشورهای بررسی‌شده از ۱ تا ۵ درصد در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۵۰، میزان ابتلا ۳۸ درصد و مرگ‌ومیر ۶۸ درصد افزایش یابد که این افزایش به‌ویژه در کشورهای با شاخص توسعه انسانی ضعیف شدیدتر خواهد بود. در ایران نیز نتایج مطالعه فراتحلیل جعفری و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد نرخ بروز استاندارد شده سنی برابر با ۳۲/۱۰ در هر صد هزار نفر، نرخ بروز خام برابر با ۲۹ در هر صد هزار نفر و درصد تغییر سالانه برابر با ۷/۵۴ درصد است. این اعداد بیانگر افزایش چشمگیر و نگران‌کننده در میزان ابتلا به سرطان پستان در ایران طی سال‌های اخیر است. همچنین نتایج مرور نظام‌مند و فراتحلیل کاظمی‌نیا و همکاران (۲۰۲۲) مشخص کرد میانگین شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۳/۶ درصد است.

رویارویی با رویدادهای آسیب‌زایی مانند سرطان پستان، افزون بر پیامدهای منفی گسترده برای سلامت روان و عملکرد اجتماعی فرد می‌تواند زمینه‌ساز تغییرات مثبت و عمیق در ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی نیز باشد (وان و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۴). این تحولات مثبت که در مطالعات این حوزه با عنوان «رشد پس از ضربه» شناخته می‌شوند، به تجربیاتی اشاره دارند که فراتر از بازگشت صرف به وضعیت پیشین و حاکی از افزایش سازگاری، معناجویی و بازتعریف هدف زندگی پس از بحران هستند (تدسچی و کالهن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶). در میان زنان مبتلا به سرطان پستان که اغلب با تهدید مرگ، تغییر در تصویر بدنی و چالش‌های پیچیده روانی-اجتماعی مواجه‌اند، این نوع از رشد روانی به‌گونه‌ای قابل تأمل بروز می‌یابد (فو و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۲). رشد پس از ضربه به‌عنوان مفهومی کلیدی، بیانگر تغییرات مثبت در خودادراکی، روابط بین‌فردی و نگرش به زندگی است که پس از مواجهه با بحران‌های شدید حاصل می‌شود (هوانگ و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۵). این سازه روان‌شناختی شامل مؤلفه‌هایی نظیر افزایش قدرشناسی نسبت به زندگی، تحکیم ارتباطات انسانی، درک عمیق‌تر از معنویت، احساس توانمندی فردی و بازنگری در اولویت‌های زندگی است (میچالسزیک و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۲). در بافت بیماری سرطان پستان، این فرایند می‌تواند به شکل بازسازی هویت زنانه، بازخوانی معنا و رنج و پیدایش چشم‌اندازهای نوین از زندگی تجلی یابد (یاستیباس و کارامان<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۱). پژوهش‌های تجربی نشان می‌دهد عواملی مانند حمایت اجتماعی مؤثر، تاب‌آوری روان‌شناختی، معنویت درونی و توانایی معنادادن به بیماری، از پیش‌بین‌های مهم در تسهیل فرایند رشد پس از ضربه در این بیماران به‌شمار می‌روند (دوران و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۴). در کنار امکان تجربه رشد پس از ضربه، فرایند مواجهه با بیماری سرطان پستان، خود با چالش‌های هیجانی زیادی همراه است (شیخانگفشه و همکاران، ۲۰۲۳). از لحظه تشخیص بیماری تا گذر از مراحل پیچیده درمان و سازگاری با زندگی پس از آن،

1. breast cancer
2. Tang et al.
3. Cinek et al.
4. Zhang et al.
5. Kim et al.
6. Wan et al.
7. Tedeschi & Calhoun
8. Fu et al.
9. Huang et al.
10. Michalczyk et al.
11. Yastıbaş & Karaman
12. Duran et al.

بیماران با طیفی از هیجانات آزاردهنده مانند ترس از مرگ، اضطراب ناشی از عدم قطعیت، اندوه ناشی از کاهش توانایی‌های جسمی، احساس خشم، و ناتوانی در کنترل شرایط روبه‌رو هستند (سایز-کلارک و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۵). در این میان، یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی کلیدی که نقشی تعیین‌کننده در نحوه انطباق با شرایط دشوار بیماری ایفا می‌کند، تحمل پریشانی است؛ ظرفیتی برای پذیرش و مدیریت تجربه‌های هیجانی ناخوشایند بدون واکنش‌های تکانشی یا اجتناب‌گرایانه (سیمونز و گاهر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی به‌عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی تاب‌آوری هیجانی، نقشی اساسی در تنظیم هیجانات، حفظ عملکرد روانی-اجتماعی و پایداری روانی بیماران مبتلا به سرطان دارد (بودیساولیویک و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). در زمینه سرطان پستان، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد تحمل اندک پریشانی نشانه‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، درماندگی ذهنی و ناتوانی در کنترل هیجانات را تشدید می‌کند. در مقابل، تحمل زیاد پریشانی می‌تواند سبب افزایش توانمندی روانی، کاهش رفتارهای اجتنابی، افزایش پذیرش بیماری و مشارکت فعال‌تر در مسیر درمان شود (تاو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۳).

علاوه بر تجربه‌های هیجانی، فرایند ابتلا به سرطان پستان، زنان را در معرض طوفانی از افکار، باورها و تفسیرهای منفی و تهدیدزا قرار می‌دهد که می‌تواند ساختار ذهنی و عملکرد روانی آن‌ها را دچار اختلال جدی کند (اوتمان و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). در چنین شرایطی، نحوه برخورد ذهنی فرد با محتوای شناختی منفی، نقشی تعیین‌کننده در شدت آشفتگی روان‌شناختی و میزان سازگاری او با بیماری ایفا می‌کند. یکی از متغیرهای روان‌شناختی مهم که در این زمینه نقشی کلیدی دارد، همجوشی شناختی است؛ حالتی که در آن، فرد افکار خود را واقعیت مسلم تلقی می‌کند و تحت سلطه محتوای ذهنی منفی قرار می‌گیرد (فلاین و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۴). همجوشی شناختی حالتی است که در آن فرد افکار، باورها یا قضاوت‌های ذهنی خود را واقعیت مسلم تلقی می‌کند و براساس آن‌ها رفتار می‌کند؛ به‌گونه‌ای که مرز بین اندیشه و واقعیت عینی از بین می‌رود (گیلاندرز و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). در بافت سرطان، این پدیده می‌تواند موجب تقویت چرخه‌های منفی ذهنی، افزایش درماندگی، کاهش انعطاف‌پذیری روانی و اختلال در سازگاری با بیماری شود (لیو و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۲). در بیماران مبتلا به سرطان پستان، همجوشی شناختی ممکن است با افکاری مانند «من ضعیفم»، «این بیماری پایان زندگی من است» یا «من دیگر ارزشمند نیستم» همراه باشد که چسبندگی به این افکار می‌تواند فرایند انطباق روانی را به‌شدت مختل کند (اوتمان و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که همجوشی شناختی زیاد با نشانه‌های شدیدتر اضطراب، افسردگی، اجتناب هیجانی و نیز کیفیت پایین‌تر زندگی ارتباط دارد (ترینداد و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸). در مقابل، کاهش همجوشی شناختی از طریق مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌تواند سبب افزایش انعطاف‌پذیری روانی و تسهیل فرایند تطابق با واقعیت بیماری شود (آگیر-کاماچو و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۵).

مبتلایان به سرطان، به‌ویژه زنان مبتلا به سرطان پستان در جریان مسیر بیماری با طیف گسترده‌ای از چالش‌های جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و وجودی مواجه می‌شوند (ایزگو و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۴). در کنار درد جسمی، خستگی مزمن و اختلال در عملکرد روزمره، پیامدهای روانی نظیر اضطراب، افسردگی، احساس بی‌پناهی و ناامیدی در بسیاری از این بیماران بروز می‌یابد. با این حال، تجربه بیماری مزمن مانند سرطان، برای بسیاری از بیماران به‌منزله مواجهه‌ای عمیق با سؤالاتی بنیادین درباره معنای زندگی، هدف از رنج، مرگ و جاودانگی است (هیندمارچ و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۲). در این بافت، خودمراقبتی معنوی به‌عنوان یکی از ظرفیت‌های درونی فرد برای بازسازی انسجام روانی و یافتن معنا در بستر بحران به‌عنوان عاملی مؤثر در بهبود پیامدهای

1. Saez-Clarke et al.
2. Simons & Gaher
3. Budisavljevic et al.
4. Tao et al.
5. Othman et al.
6. Flynn et al.
7. Gillanders et al.
8. Liu et al.
9. Trindade et al.
10. Aguirre-Camacho et al.
11. Izgu et al.
12. Hindmarch et al.

روانی و افزایش تاب‌آوری وجودی شناخته می‌شود (کوماریا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰). خودمراقبتی معنوی، به‌مثابه بخشی از مراقبت جامع از خود، به مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و نگرش‌هایی اطلاق می‌شود که از طریق آن‌ها فرد به تغذیه و مراقبت از بعد معنوی خود می‌پردازد (وی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶)؛ از جمله تقویت ارتباط با امر متعالی، بازنگری در ارزش‌ها، پذیرش واقعیت، معناجویی، تمرین شکرگزاری، دعا، مراقبه، نوشتار تأملی، مشارکت در آیین‌های دینی و بازیابی حس پیوستگی با جهان هستی (نسوشن و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های خودمراقبتی معنوی، به‌ویژه در قالب برنامه‌های ساختارمند مبتنی بر معنویت می‌تواند پریشانی روان‌شناختی، ترس از عود بیماری، افسردگی، اضطراب و احساس بی‌معنایی را کاهش دهد (لیائو و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). همچنین افزایش درک معنای زندگی، تقویت انسجام هویتی، احساس آرامش درونی، امید به آینده و بهبود کیفیت زندگی، از پیامدهای مثبت شناخته‌شده این مداخلات هستند (ابوخیت و لازنبی<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱).

در بافت فرهنگی-دینی ایران که معنویت و باورهای دینی نقش مهمی در مواجهه با رنج و بحران ایفا می‌کنند، توجه به آموزش و تقویت خودمراقبتی معنوی نه‌تنها یک ضرورت بالینی، بلکه مداخله‌ای مبتنی بر فرهنگ محسوب می‌شود (کریمی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین از منظر روان‌شناسی معنوی، این نوع مراقبت می‌تواند به‌عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای مبتنی بر معنا در کاهش آسیب‌های روانی و تسهیل فرایند رشد پس از ضربه عمل کند (وونگ و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۴). در زمینه اثربخشی مداخلات معنوی در بیماران سرطانی، پژوهش‌های مروری و فراتحلیل هیندمارچ و همکاران (۲۰۲۲) و ایزگو و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که این مداخلات به‌طور معناداری موجب کاهش خستگی، درد، اضطراب، افسردگی و استرس روانی می‌شوند و همچنین تقویت ایمان، معنا در زندگی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی را به دنبال دارند. به‌علاوه متغیرهایی نظیر مرحله سرطان، زمان و فرمت اجرای مداخلات، تخصص ارائه‌دهندگان و محتوای مفهومی این مداخلات، به‌عنوان عوامل تعدیل‌کننده مهم در میزان اثربخشی آن‌ها شناخته شده‌اند.

با توجه به شیوع چشمگیر سرطان پستان و تأثیرات گسترده آن بر ابعاد مختلف زندگی زنان، انجام پژوهش‌های میان‌رشته‌ای در این حوزه ضرورتی انکارناپذیر است. سرطان پستان نه‌تنها یک بیماری زیستی، بلکه یک تجربه پیچیده روانی-اجتماعی و معنوی است که می‌تواند ساختار هویتی، شناختی و وجودی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. پیامدهای روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، ترس از عود بیماری و اختلال در تصویر بدن، به همراه فرایندهای شناختی مخرب مانند همجوشی شناختی یا تحمل کم پریشانی می‌توانند مانع سازگاری مؤثر با بیماری شوند. درعین‌حال، ابعاد معنوی و توانمندی‌هایی نظیر خودمراقبتی معنوی و رشد پس از ضربه، به‌عنوان منابع درونی مهم، نقش چشمگیری در بهبود کیفیت زندگی، افزایش تاب‌آوری روانی و معنادادن به رنج دارند. از این‌رو، پژوهش در این زمینه نه‌تنها به درک عمیق‌تر تجربه زیسته بیماران منجر می‌شود، بلکه می‌تواند به رشد مداخلات روان‌شناختی و معنوی مؤثر و فرهنگ‌محور برای افزایش سلامت روانی و هستی‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان کمک شایانی بکند. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف تعیین آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی، و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

## ۲. روش

### ۱-۲. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و حمایتی سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش، ۳۴ نفر از زنانی که از متخصص تشخیص قطعی سرطان پستان را دریافت کرده بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای

1. Komariah et al.
2. Wei et al.
3. Nasution et al.
4. Leão et al.
5. Abu Khait & Lazenby
6. Wong et al.

محاسبه دقیق‌تر حجم نمونه از نسخه ۳.۱.۹.۲ نرم‌افزار جی‌پاور<sup>۱</sup>، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد کمتر از ۲ درصد استفاده شد. حجم نمونه اولیه در هر گروه ۱۵ نفر بود که با احتساب احتمال افت ۱۰ درصدی، در نهایت ۱۷ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی (قرعه‌کشی) در گروه آزمایش (۱۷ نفر) و گواه (۱۷ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به سرطان پستان، عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی دیگر، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی، سن ۳۰ تا ۵۰ و نیز نداشتن اختلال و مشکل روانی دیگر (براساس بررسی پرونده بیمار) بود. غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، تشدید بیماری و دریافت سایر مداخلات روانی معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند.

## ۲-۲. روش اجرای مداخله درمانی

پس از هماهنگی‌ها و اخذ رضایت از مسئولان مراکز درمانی و حمایتی سرطان پستان شهر تهران، با مراجعه به مراکز، ۳۴ زن مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی و با قرعه‌کشی در دو گروه مساوی ۱۷ نفری شامل گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابتدا توضیحاتی کلی به زنان داده شد و پس از اخذ رضایت از آنها، شرکت‌کنندگان وارد پژوهش شدند. به منظور بررسی و درمان بیماران از آموزش خودمراقبتی معنوی ریچاردز و برگین<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) با رویکرد اسلامی استفاده شد. همچنین وی و همکاران (۲۰۱۶) با استفاده از آموزش خودمراقبتی معنوی توانستند سلامت روانی و معنوی را در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش دهند. میرزایی و همکاران (۱۴۰۱) نیز در ایران اثربخشی این درمان را تأیید کردند. پژوهشگر به کمک یک متخصص، آموزش خودمراقبتی معنوی را طی شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی (هفته‌ای دو جلسه) در کلینیک خدمات روان‌شناسی و مشاوره انجام داد. در جدول ۱، شرح مختصر محتوای جلسات آموزش خودمراقبتی معنوی ارائه شده است. به منظور رعایت موارد اخلاقی، گروه گواه نیز بعد از گرفتن پس‌آزمون، در جلسات آموزش خودمراقبتی معنوی شرکت کردند.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش خودمراقبتی معنوی (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۴)

جلسات	هدف	محتوای دوره
۱	ایجاد احساس تعلق گروهی، اعتماد و آماده‌سازی ذهنی برای مشارکت فعال در جلسات خودمراقبتی معنوی	معارفه و آشنایی اعضا با یکدیگر، بیان اهداف دوره، معرفی قوانین گروه (محرمانگی، احترام، حضور منظم)، توضیح تعداد جلسات، تقسیم پرسشنامه‌ها بین گروه آزمایش و گواه، ایجاد فضای حمایتی برای گفت‌وگو درباره تجربیات فردی با سرطان پستان، تعیین گروه‌ها توسط پژوهشگر
۲	تقویت اتکای معنوی و کاهش استیصال روانی با بهره‌گیری از مفاهیم دینی در کنار درمان پزشکی	معرفی روش‌های خودمراقبتی معنوی با تأکید بر نقش توکل به خداوند و توسل به ائمه در مدیریت اضطراب و نگرانی‌های ناشی از سرطان، استفاده از منابع معنوی برای افزایش قدرت روانی
۳	افزایش آرامش روانی از طریق تمرین دعا به‌عنوان تکنیک معنوی کاهش استرس	بررسی نقش دعا و نیایش در آرام‌سازی ذهن، تقویت امید و تسهیل حل مسائل روان‌شناختی و اجتماعی مرتبط با بیماری و درمان
۴	توانمندسازی بیماران در بازسازی معنای زندگی و ارتقای تاب‌آوری هیجانی	آموزش مفهوم شکرگزاری (حتی در دل رنج بیماری) و بررسی تأثیر آن بر دیدگاه مثبت به زندگی، کاهش هیجانات منفی و بهبود کیفیت روانی-معنوی
۵	افزایش ظرفیت پذیرش، کنترل خشم و امیدواری در مسیر درمان با تکیه بر مفهوم صبر به‌عنوان نیروی تحول‌زا	آموزش مراحل صبر و گفت‌وگو درباره ارزش روان‌شناختی و معنوی صبر در مواجهه با رنج جسمی، درد درمان و نااطمینانی‌های آینده، در پایان، ارائه بسته آموزشی شامل کتابچه و فایل صوتی برای مرور مطالب
۶	ارزیابی آموخته‌ها، تقویت حفظ رفتارهای معنوی مفید و تشویق به خودمراقبتی مستمر در دوره پس از درمان	جمع‌بندی مطالب جلسات پیشین، مرور تجارب و تمرین‌های عملی، ارائه راهکارهایی برای تداوم خودمراقبتی معنوی در زندگی روزمره، تکمیل نهایی پرسشنامه‌ها توسط گروه‌های آزمایش و گواه

## ۲-۳. ابزارهای سنجش

### ۲-۳-۱. چک‌لیست جمعیت‌شناختی

این چک‌لیست شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری بود.

### ۲-۳-۲. سیاهه رشد پس‌آسیب<sup>۳</sup> (PTGI)

1. G\*Power  
2. Richards & Bergin  
3. Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)

این سیاهه را تدسچی و کالهون (۱۹۹۶) به منظور اندازه‌گیری دستاوردهای شخصی بعد از رویداد آسیب‌زا تهیه کردند. پرسشنامه دارای ۲۱ گویه و ۵ خرده‌مقیاس ارتباط با دیگران<sup>۱</sup> (۷ گویه)، فرصت‌های جدید<sup>۲</sup> (۵ گویه)، قدرت شخصی<sup>۳</sup> (۴ گویه)، درک ارزش زندگی<sup>۴</sup> (۳ گویه) و تغییر معنوی<sup>۵</sup> (۲ گویه) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت است: از صفر (تجربه نکرده‌ام) تا ۵ (تجربه‌های بسیار زیاد داشته‌ام). دامنه نمرات از صفر تا ۱۰۵ است و کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده رشد پس‌آسیبی بیشتر است. تدسچی و کالهون (۱۹۹۶) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش کردند. روایی همگرا با متغیرهایی مانند تاب‌آوری، معنا در زندگی و سلامت روانی تأیید شده است. در ایران نیز زادافشار و همکاران (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ به دست آوردند. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش شد.

#### ۲-۳-۳. مقیاس تحمل پریشانی<sup>۶</sup> (DTS)

مقیاس تحمل پریشانی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) معرفی شده است. این مقیاس ابزار خودسنجی و ۱۵ سؤالی است و چهار خرده‌مقیاس تحمل (۳ سؤال)، جذب (۶ سؤال)، ارزیابی (۳ سؤال) و تنظیم (۳ سؤال) دارد و براساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات از ۱۵ تا ۷۵ است. کسب نمرات بالاتر به معنای تحمل پریشانی مطلوب است. در پژوهش سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ آلفای کلی به دست آمده است. نتایج مطالعه محمودپور و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد پرسشنامه تحمل پریشانی از همسانی درونی مناسبی برخوردار است؛ به طوری که ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین ضریب پایایی کل پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول ابزار در سنجش تحمل پریشانی است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ محاسبه شد.

#### ۲-۳-۴. پرسشنامه همجوشی شناختی<sup>۷</sup> (CFQ)

پرسشنامه همجوشی شناختی توسط گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) به منظور سنجش میزان درگیری افراد با افکار و محتوای ذهنی‌شان طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۲ گویه است که براساس یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای (از ۱=هرگز تا ۶=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین، دامنه نمرات پرسشنامه از ۱۲ تا ۷۲ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده همجوشی شناختی و در نتیجه درگیری بیشتر فرد با افکار مزاحم یا ناکارآمد است. این پرسشنامه دارای دو مؤلفه اصلی همجوشی شناختی (شدت درگیری با افکار ۳ گویه) و گسست شناختی (میزان فاصله گرفتن یا جداشدن از محتوای ذهنی با ۹ گویه) است. در پژوهشی که گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰) روی ۱۰۴۰ دانشجو انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۰ به دست آمد. در ایران نیز پورکمالی (۱۴۰۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۷ گزارش کرد. در مطالعه پیش‌رو ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

#### ۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره<sup>۸</sup> به وسیله SPSS-27 تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای<sup>۹</sup> با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک<sup>۱۰</sup> برای ارزیابی نرمال بودن توزیع فراوانی متغیرهای کمی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

1. relating to others
2. new possibilities
3. personal strength
4. appreciation of life
5. Spiritual Change
6. Distress Tolerance Scale (DTS)
7. Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ)
8. multivariate analysis of covariance
9. chi-square test
10. Shapiro-Wilk

## ۳. یافته‌ها

## ۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

جدول ۲. مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه (۳۴ نفر)

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	مقدار P*
سن بیمار	۳۰ تا ۳۶	۴ (۲۳/۵)	۵ (۲۳/۵)	۰/۱۶۸
	۳۷ تا ۴۳	۸ (۴۷/۱)	۹ (۵۲/۹)	
	۴۴ تا ۵۰	۵ (۲۹/۴)	۳ (۱۷/۶)	
مدت زمان ابتلا	۱ تا ۲	۸ (۴۷/۱)	۷ (۴۱/۲)	۰/۳۵۴
	۳ تا ۴	۶ (۳۵/۳)	۸ (۴۷/۱)	
	۵ به بالا	۳ (۱۷/۶)	۲ (۱۱/۷)	
تحصیلات	دیپلم	۴ (۲۳/۵)	۵ (۵۲/۹)	۰/۲۰۶
	کارشناسی	۹ (۵۲/۹)	۸ (۴۷/۱)	
وضعیت تأهل	ارشد	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)	۰/۱۴۷
	مجرد	۷ (۴۱/۲)	۶ (۳۵/۳)	
	متاهل	۱۰ (۵۸/۸)	۱۱ (۶۴/۷)	

\* آزمون مجذور کای،  $P < ۰/۰۵$  اختلاف معنادار

میانگین و انحراف معیار سنی زنان گروه آزمایش  $۴۱/۳۶ \pm ۵/۹۳$  سال و زنان گروه گواه  $۴۰/۹۰ \pm ۶/۰۲$  سال بود. براساس نتایج جدول ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری تفاوت معناداری ندارند ( $P > ۰/۰۵$ ).

## ۳-۲. توصیف شاخص‌های پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
ارتباط با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۱	۱/۵۸	۰/۱۰۹	۰/۰۶۵
		گواه	۱۷/۲۹	۱/۴۴	۰/۱۱۷	۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۰/۳۵	۱/۴۹	۰/۰۹۸	۰/۰۵۶
		گواه	۱۷/۵۲	۲/۳۹	۰/۱۱۵	۰/۰۸۰
فرصت‌های جدید	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۵۸	۱/۵۸	۰/۰۹۳	۰/۰۵۸
		گواه	۱۵/۴۷	۱/۵۴	۰/۱۰۲	۰/۰۹۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۸/۲۹	۲/۱۴	۰/۱۲۱	۰/۰۸۲
		گواه	۱۵/۶۴	۱/۵۳	۰/۱۳۲	۰/۰۷۲
قدرت شخصی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۷۶	۱/۲۵	۰/۱۱۴	۰/۰۵۲
		گواه	۱۳/۸۸	۱/۰۵	۰/۰۸۶	۰/۰۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۰۱	۱/۵۸	۰/۰۷۹	۰/۰۶۰
		گواه	۱۳/۷۰	۱/۲۱	۰/۱۰۱	۰/۰۷۷
درک ارزش زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۴۷	۱/۰۶	۰/۰۹۶	۰/۰۷۰
		گواه	۹/۴۱	۱/۰۱	۰/۱۰۳	۰/۰۶۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۲۹	۱/۶۸	۰/۱۰۷	۰/۰۸۷
		گواه	۹/۵۸	۱/۰۱	۰/۰۹۵	۰/۰۷۱
تغییر معنوی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵/۴۷	۰/۸۷	۰/۱۱۴	۰/۰۸۲
		گواه	۵/۴۱	۰/۷۹	۰/۰۹۵	۰/۰۶۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۷/۹۴	۱/۷۸	۰/۰۷۸	۰/۰۷۰
		گواه	۵/۵۲	۱/۷۹	۰/۰۹۲	۰/۰۸۳
تحمل	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۳۵	۰/۹۳	۰/۱۰۲	۰/۰۹۵
		گواه	۹/۴۱	۰/۹۴	۰/۰۹۷	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۱/۸۲	۱/۵۰	۰/۱۰۸	۰/۰۶۹
		گواه	۹/۲۹	۰/۸۴	۰/۱۰۳	۰/۰۷۲
جذب	پیش‌آزمون	۱۴/۸۲	۱/۵۹	۰/۱۱۸	۰/۰۶۱	
	گواه	۱۴/۹۴	۱/۴۳	۰/۱۰۳	۰/۰۷۹	

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
ارزیابی	پس آزمون	آزمایش	۱۷/۴۱	۲/۵۹	۰/۰۸۹	۰/۰۷۲
	پس آزمون	گواه	۱۴/۷۶	۱/۵۶	۰/۰۹۹	۰/۰۶۳
	پیش آزمون	آزمایش	۸/۵۲	۰/۷۹	۰/۱۰۸	۰/۰۵۴
	پیش آزمون	گواه	۸/۴۷	۰/۷۱	۰/۱۰۲	۰/۰۷۳
تنظیم	پس آزمون	آزمایش	۱۱/۱۲	۱/۶۱	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
	پس آزمون	گواه	۸/۶۴	۰/۷۱	۰/۰۸۷	۰/۰۵۴
	پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۴۱	۱/۱۲	۰/۱۰۲	۰/۰۹۳
	پیش آزمون	گواه	۱۰/۲۹	۱/۰۴	۰/۱۰۹	۰/۰۸۲
همجوشی شناختی	پس آزمون	آزمایش	۱۲/۹۴	۱/۷۱	۰/۰۹۵	۰/۰۶۰
	پس آزمون	گواه	۱۰/۴۷	۱/۰۶	۰/۱۰۴	۰/۰۷۴
	پیش آزمون	آزمایش	۴۱/۴۲	۲/۰۱	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
	پیش آزمون	گواه	۴۱/۲۹	۱/۸۲	۰/۰۹۳	۰/۰۸۱
		آزمایش	۳۸/۱۷	۲/۷۸	۰/۱۰۵	۰/۰۶۳
		گواه	۴۱/۵۳	۱/۸۴	۰/۱۱۷	۰/۰۸۱

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون نمرات رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و همجوشی شناختی در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به جدول، آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ( $P > 0/05$ ).

### ۳-۳. بررسی پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد واریانس رشد پس از ضربه ( $p = 0/110 > 0/05$ )، تحمل پریشانی ( $F_{1, 33} = 1/95$ ;  $p = 0/172 > 0/05$ ) و همجوشی شناختی ( $F_{1, 33} = 2/71$ ;  $p = 0/175 > 0/05$ ) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز مشخص کرد ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $F = 0/79$ ;  $p = 0/864 > 0/05$ ). میزان معناداری آزمون باکس از  $0/05$  بیشتر است. در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و همجوشی شناختی مشخص کرد که رابطه بین آن‌ها معنادار است ( $\chi^2 = 356/39$ ;  $df = 54$ ;  $p < 0/01$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. شایان ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نیست و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است ( $P > 0/05$ ).

### ۳-۴. آزمون فرضیه‌ها

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی‌بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام گرفت (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس روی میانگین نمرات پس آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۷۳۵	۳/۵۹۹	۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۶۵	۳/۵۹۹	۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
آزمون اثر هتلینگ	۲/۷۶۸	۳/۵۹۹	۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۲/۷۶۸	۳/۵۹۹	۱۰	< ۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود. به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی، و همجوشی شناختی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۳ درصد کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون ۱

است که بر کفایت حجم نمونه دلالت دارد، اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطة‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین	آماره F	معناداری	اندازه اثر
ارتباط با دیگران	۶۲/۴۶۳	۳۷/۱۱	۱	۶۲/۴۶۳	۱/۶۸	۳۷/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
فرصت‌های جدید	۵۴/۹۵۸	۳۰/۴۳	۱	۵۴/۹۵۸	۱/۳۸	۳۹/۷۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
قدرت شخصی	۴۷/۰۲۶	۲۵/۱۸	۱	۴۷/۰۲۶	۱/۱۴	۴۱/۰۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
درک ارزش زندگی	۵۷/۳۴۷	۳۲/۶۹	۱	۵۷/۳۴۷	۱/۴۸	۳۸/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
تغییر معنوی	۴۶/۸۳۲	۲۷/۹۹	۱	۴۶/۸۳۲	۱/۲۷	۳۶/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
تحمل	۵۴/۹۴۴	۲۲/۶۵	۱	۵۴/۹۴۴	۱/۰۳	۵۳/۳۵	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
جذب	۶۴/۵۳۹	۲۷/۶۰	۱	۶۴/۵۳۹	۱/۲۵	۵۱/۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
ارزیابی	۵۰/۱۹۴	۲۵/۹۰	۱	۵۰/۱۹۴	۱/۱۷	۴۲/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۶
تنظیم	۴۶/۷۷۳	۲۱/۹۹	۱	۴۶/۷۷۳	۱/۰۱	۴۶/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
همجوشی شناختی	۹۸/۷۳۲	۴۳/۴۰	۱	۹۸/۷۳۲	۱/۹۷	۵۰/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۹

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای ارتباط با دیگران ( $F=۳۷/۰۲$ )، فرصت‌های جدید ( $F=۳۹/۷۲$ )، قدرت شخصی ( $F=۴۱/۰۸$ )، درک ارزش زندگی ( $F=۳۸/۵۹$ )، تغییر معنوی ( $F=۳۶/۸۱$ )، تحمل ( $F=۵۳/۳۵$ )، جذب ( $F=۵۱/۴۰$ )، ارزیابی ( $F=۴۲/۶۲$ )، تنظیم ( $F=۴۶/۷۸$ ) و همجوشی شناختی ( $F=۵۰/۰۴$ ) در سطح  $۰/۰۰۱$  معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه‌شده، ۶۲ درصد تغییرات ارتباط با دیگران، ۶۴ درصد فرصت‌های جدید، ۶۵ درصد قدرت شخصی، ۶۳ درصد درک ارزش زندگی، ۶۲ درصد تغییر معنوی، ۷۱ درصد تحمل، ۷۰ درصد جذب، ۶۶ درصد ارزیابی، ۶۸ درصد تنظیم و ۶۹ درصد همجوشی شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است. در نتیجه می‌توان گفت آموزش خودمراقبتی معنوی به‌طور معناداری سبب افزایش رشد پس از ضربه (ارتباط با دیگران، فرصت‌های جدید، قدرت شخصی، درک ارزش زندگی و تغییر معنوی)، تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم) و کاهش همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است.

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی روی رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. نتایج نشان داد آموزش خودمراقبتی معنوی به شکل معناداری موجب افزایش رشد پس از ضربه در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. این نتیجه با یافته‌های کوماریا و همکاران (۲۰۲۰)، لیائو و همکاران (۲۰۲۲) و کریمی و همکاران (۲۰۲۲) هم‌راستا است. رشد پس از ضربه، به‌عنوان یک فرایند چندبعدی روان‌شناختی، به تغییرات مثبت و تحولات بنیادینی اشاره دارد که پس از مواجهه با استرس‌ورهای شدید و تهدیدهای وجودی، مانند تشخیص سرطان، در سطوح شناختی، هیجانی و معنوی در فرد شکل می‌گیرد (یاستیاس و کارامان، ۲۰۲۱). براساس نظریه‌های بازسازی شناختی، از جمله مدل تدسچی و کالهن (۱۹۹۶)، بحران‌های عمیق سبب تخریب موقت ساختارهای طرحواره‌ای و نظام معنایی فرد می‌شوند و برای بازیابی تعادل روانی، لازم است این ساختارها از نو سازمان‌دهی و معنا داده شوند. آموزش خودمراقبتی معنوی با تقویت توانایی‌های درون‌زا و تقویت منابع معنوی فرد، فرایند بازنگری شناختی و معنای‌داری را تسهیل و به بیماران کمک می‌کند تا درد و رنج بیماری را در چارچوبی هدفمند و معنادار بازتعریف کنند (وونگ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه‌براین، فعالیت‌های خودمراقبتی معنوی نظیر مراقبه، تمرینات تأملی و شناخت مجدد ارزش‌های شخصی سبب تقویت تنظیم هیجانی از طریق کاهش پاسخ‌های اضطرابی و افزایش پذیرش واقعیت می‌شوند (کریمی و همکاران، ۲۰۲۲).

این تنظیم هیجانی به‌نوبه خود ظرفیت افراد را برای تحمل و مدیریت هیجانات منفی افزایش می‌دهد و زمینه را برای بازسازی هویت روانی فراهم می‌آورد (کوماریا و همکاران، ۲۰۲۰). در زمینه بیماران مبتلا به سرطان، این فرایند معنامحور نقشی کلیدی در شکل‌گیری هویتی جدید و ارتقای تاب‌آوری روانی ایفا می‌کند (دوران و همکاران، ۲۰۲۴)؛ به‌گونه‌ای که بیماران قادر

می‌شوند بیماری را نه تهدیدی آسیب‌زا، بلکه فرصتی برای رشد روان‌شناختی، بازتعریف ارزش‌ها و تعالی وجودی ببینند. به این ترتیب، آموزش خودمراقبتی معنوی به‌عنوان یک مداخله روان‌درمانی مؤثر، زمینه‌ساز تحولات سازنده و بهبود کیفیت زندگی در این جمعیت خاص شده است (هیندمارچ و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج مطالعه پیش‌رو مشخص کرد آموزش خودمراقبتی معنوی می‌تواند بستر مناسب و مؤثری برای رشد روان‌شناختی پس از آسیب در زنان مبتلا به سرطان پستان فراهم آورد. یافته‌ها حاکی از آن است که با فعال‌سازی منابع معنوی درونی، بیماران توانسته‌اند رنج ناشی از بیماری را به شکلی هدفمند بازتعریف کنند. به‌نظر می‌رسد خودمراقبتی معنوی با فراهم‌آوردن زمینه‌ای برای بازسازی شناختی، معناپردازی و تنظیم هیجانی، مسیر تحول مثبت و سازگارانه با بحران را هموار می‌سازد. این امر با نظریه‌های رشد پس از ضربه و نتایج پژوهش‌های پیشین هم‌راستا است و کاربرد بالینی چنین مداخله‌ای را در بهبود کیفیت زندگی روانی بیماران تأیید می‌کند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد آموزش خودمراقبتی معنوی تأثیری معنادار و چشمگیری در افزایش تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان دارد. این نتایج در راستای مطالعات پیشین از جمله پژوهش‌های وونگ و همکاران (۲۰۲۴)، هیندمارچ و همکاران (۲۰۲۲) و ایزگو و همکاران (۲۰۲۴) قرار دارد و مؤید آن است که تقویت ابعاد معنوی و درونی فرد می‌تواند نقش مهمی در بهبود ظرفیت مواجهه با تجارب هیجانی دشوار و ناپایداری‌های روانی ایفا کند. تحمل پریشانی، به معنای توانایی افراد برای مواجهه مؤثر و پایدار با هیجانات منفی و استرس‌های روانی شدید بدون فرار یا واکنش‌های تکانشی است که این ویژگی نقشی اساسی در فرایند تطابق روان‌شناختی با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات ایفا می‌کند (راتسلیف و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران سرطانی به‌دلیل ماهیت بیماری، درمان‌های پیچیده و پیامدهای جسمی و روانی آن، در معرض بار روانی فراوانی قرار دارند که اگر تحمل پریشانی آنان کافی نباشد، اضطراب و افسردگی آن‌ها افزایش و انگیزه آنان برای ادامه درمان کاهش می‌یابد (سایز-کلارک و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش خودمراقبتی معنوی با تمرکز بر تقویت منابع درونی مانند معنویت، پذیرش و تنظیم هیجانی، به این بیماران کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات منفی خود را با آرامش و آگاهی بیشتری پشت سر بگذارند و واکنش‌های مقابله‌ای کارآمدتری به آن‌ها نشان دهند (لیائو و همکاران، ۲۰۲۲).

تمرینات معنوی مانند مراقبه، دعا، تمرین شکرگزاری و تفکر تأملی، علاوه بر کاهش فعال‌سازی سیستم عصبی سمپاتیک و افزایش تنظیم سیستم عصبی پاراسمپاتیک، به بیماران کمک می‌کند از چرخه‌های تفکر منفی و اضطراب‌آور فاصله بگیرند و پذیرش مؤثرتری در قبال شرایط دشوار خود داشته باشند (وی و همکاران، ۲۰۱۶). این فرایند به بازسازی انعطاف‌پذیری روانی کمک می‌کند و ظرفیت فرد را برای مواجهه با فشارهای روانی طولانی‌مدت بیماری افزایش می‌دهد. از دیدگاه نظریه‌های روان‌شناسی سلامت، افزایش تحمل پریشانی سبب می‌شود بیماران بتوانند با افزایش صبر، کنترل هیجانی و کاهش رفتارهای اجتنابی، در مسیر درمان و بازتوانی روانی پیشرفت کنند (ایزگو و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، تحمل بیشتر پریشانی با کاهش علائم روان‌پریشی و اختلالات اضطرابی همراه است و سبب می‌شود بیماران در مواجهه با نااطمینانی‌های بیماری، نگرانی‌های آینده و دردهای جسمی، مقاومت روانی بیشتری از خود نشان دهند (هیندمارچ و همکاران، ۲۰۲۲). براساس یافته‌ها و تحلیل کیفی تجربه اجرای مداخله می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش خودمراقبتی معنوی با فراهم‌سازی بستر مناسبی برای بازنگری شناختی، تنظیم هیجانی و معناپردازی، به شکل مؤثری در ارتقای ظرفیت تحمل پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش آفرینی می‌کند. به‌نظر می‌رسد این مداخله با تقویت منابع درونی و ارتقای ارتباط فرد با جنبه‌های معنوی زندگی توانسته است چارچوبی پایدار برای مواجهه مؤثر با تنش‌های روانی و هیجانات منفی فراهم آورد. از این‌رو، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش خودمراقبتی معنوی نه‌تنها به‌عنوان رویکردی مکمل در درمان‌های روان‌شناختی بیماران سرطانی قابل توصیه است، بلکه ظرفیت آن برای افزایش سازگاری روانی و تاب‌آوری بیماران، ضرورت توجه بیشتر به مداخلات مبتنی بر معنویت را در حوزه سلامت روان تأیید می‌کند.

همچنین براساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش خودمراقبتی معنوی به‌طور معناداری موجب کاهش همجوشی شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان شد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های نسوشن و همکاران (۲۰۲۰)، ابوخیت و لازنبی (۲۰۲۱) و وی و همکاران (۲۰۱۶) است و نشان می‌دهد تقویت ظرفیت‌های معنوی و درونی به کاهش درهم‌تنیدگی افکار منفی و

فاصله‌گیری مؤثرتر از محتوای ذهنی رنج‌آور منجر می‌شود. چنین تغییری نقشی اساسی در بهبود عملکرد روانی، افزایش آگاهی متعادل و کاهش واکنش‌پذیری شناختی در مواجهه با استرس‌های مزمن ایفا می‌کند. این اثرگذاری ناشی از فعال‌سازی فرایندهای شناختی و هیجانی مبتنی بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و پذیرش است که امکان فاصله‌گیری آگاهانه و انعطاف‌پذیرانه از افکار منفی و خودمخرب را فراهم می‌آورد. کاهش همجوشی شناختی به معنای شکستن الگوهای قفل‌شده ذهنی است که افراد را در چرخه‌های فکری منفی گرفتار می‌کند و با محدودکردن انعطاف روانی، بار هیجانی و استرس روانی را افزایش می‌دهد. آموزش خودمراقبتی معنوی با بهبود تنظیم هیجانی و تقویت کنترل درونی، نقشی کلیدی در بازسازی نظام شناختی بیماران ایفا می‌کند و مقاومت روانی آن‌ها را در مواجهه با چالش‌های بیماری افزایش می‌دهد. این فرایند نه تنها سبب تقویت کیفیت زندگی و تاب‌آوری روانی بیماران می‌شود، بلکه بستری برای تجربه معنا و تحول روان‌شناختی فراهم می‌آورد که به‌ویژه در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات، از اهمیت بسزایی برخوردار است. به این ترتیب، آموزش خودمراقبتی معنوی به‌عنوان مداخله‌ای هدفمند و مبتنی بر شواهد علمی، مکانیسم‌های مؤثر روانی-شناختی را فعال می‌کند و نقشی راهبردی در بهبود سلامت روانی و افزایش سازگاری مبتلایان به سرطان پستان ایفا می‌کند.

آموزش خودمراقبتی معنوی از طریق مداخلات هدفمند، این الگوهای شناختی مخرب را نشانه‌گیری می‌کند و با افزایش آگاهی و پذیرش، امکان فاصله‌گیری شناختی را برای بیمار فراهم می‌آورد (وی و همکاران، ۲۰۱۶). اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی در کاهش همجوشی شناختی عمدتاً از طریق تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تمرین پذیرش هیجان‌ات و افکار رخ می‌دهد (نسوشن همکاران، ۲۰۲۰). این آموزش‌ها کمک می‌کنند بیماران به‌جای واکنش‌های اجتنابی یا درگیر شدن کامل با افکار منفی، آن‌ها را پدیده‌هایی گذرا و قابل‌مدیریت بدانند (ریچاردز و برگین، ۲۰۰۴). تمرین‌هایی مانند مراقبه معنوی، تأمل بر ارزش‌های شخصی و تمرین شکرگزاری موجب گسترش فضای ذهنی بیمار می‌شوند و به تدریج امکان بازنگری و بازسازی شناختی را فراهم می‌آورند. در نتیجه بیماران قادر می‌شوند از چرخه‌های ذهنی محدودکننده خارج شوند و با کاهش همجوشی شناختی، انعطاف‌پذیری روانی خود را ارتقا دهند (ابوخیث و لازبئی، ۲۰۲۱). علاوه‌براین، آموزش خودمراقبتی معنوی سبب تقویت تنظیم هیجانی و افزایش حس کنترل درونی می‌شود که این دو عامل کلیدی در شکستن چرخه همجوشی شناختی و کاهش تأثیر منفی افکار خودمخرب هستند (لیائو و همکاران، ۲۰۲۲). به کمک این فرایندها، بیماران می‌آموزند که افکار تهدیدآمیز مربوط به بیماری و مرگ را با پذیرش و آگاهی مدیریت کنند و نه با مقاومت یا اجتناب (آگیر-کامپو و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر شناختی و هیجانی زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی، افزایش تاب‌آوری روانی و تجربه معنا در مواجهه با بیماری می‌شود (ایزگو و همکاران، ۲۰۲۴)؛ بنابراین، آموزش خودمراقبتی معنوی به‌عنوان یک مداخله هدفمند روانی-معنوی، با فعال‌سازی مکانیسم‌های شناختی و هیجانی، کاهش همجوشی شناختی را ممکن می‌سازد و سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان را تقویت می‌کند (وونگ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از محدودیت‌های اساسی این پژوهش، حجم نسبتاً محدود نمونه و تمرکز جغرافیایی آن بر شهر تهران بود که قابلیت تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌ها و مناطق را با چالش مواجه می‌سازد. همچنین استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و عدم کنترل دقیق بر متغیرهای مداخله‌گر مانند حمایت اجتماعی یا سطح باورهای معنوی اولیه می‌تواند بر نتایج اثرگذار باشد. با این حال، یافته‌های این مطالعه شواهد ارزشمندی در حمایت از اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی در افزایش تاب‌آوری بیماران سرطانی فراهم کرده است. پیشنهاد می‌شود مداخلات مبتنی بر معنویت به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های روان‌اجتماعی مبتلایان به سرطان، در پروتکل‌های درمانی مراکز تخصصی گنجانده شود. همچنین انجام پژوهش‌های طولی با طراحی‌های آزمایشی دقیق‌تر و در جمعیت‌های متنوع می‌تواند مسیر توسعه و به‌کارگیری این مداخلات را در نظام سلامت روان کشور هموارتر سازد.

نتیجه‌گیری کلی پژوهش حاضر نشان می‌دهد آموزش خودمراقبتی معنوی به‌عنوان مداخله‌ای جامع و چندبعدی، توانایی زیادی در بازسازی و تقویت ظرفیت‌های روانی-معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان دارد. این آموزش با افزایش رشد پس از ضربه، افزایش تحمل پریشانی و کاهش همجوشی شناختی، فرایندهای کلیدی انعطاف‌پذیری روانی را فعال و به بیماران کمک می‌کند تا نه تنها با فشارهای روانی ناشی از بیماری مقابله کنند، بلکه تجربه بیماری را به فرصتی برای معنایابی و تحول شخصی

تبدیل کنند. به این ترتیب، خودمراقبتی معنوی فراتر از یک راهبرد مقابله‌ای صرف، به‌عنوان مسیری فعال در بازسازی هویت، تقویت سلامت روان و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مطرح می‌شود. این یافته‌ها اهمیت ادغام مداخلات معنوی در مراقبت‌های جامع سرطان را تأیید می‌کند و نقش حیاتی آن‌ها را در بهبود نتایج درمانی و سلامت کلی بیماران برجسته می‌سازد.

## ۵. ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با رعایت اصول اخلاقی مندرج در اعلامیه هلسینکی و کد اخلاق IR.BMSU.BAQ.REC.1403.092 انجام شده است. پیش از مداخله، اهداف پژوهش به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین به‌منظور رعایت اصول اخلاقی و حفظ محرمانگی اطلاعات، به بیماران اطمینان داده شد که داده‌ها صرفاً به‌صورت گروهی تحلیل خواهد شد. علاوه‌براین، تمامی دستورالعمل‌های کمیته اخلاق در انتشار به‌طور دقیق رعایت شدند.

## ۶. سپاسگزاری و حمایت مالی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر را داشته باشند. این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

## ۷. تعارض منافع

در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

## منابع

- پورکمالی، ط. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری کنشی و همجوشی شناختی مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۵(۱)، ۲۲۲-۲۰۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.336138.644145>
- زادافشار، س.، خردمند، م.، کاظمیان، ح.، و اکرمی، ن. (۱۴۰۱). پیش‌بینی استرس تروماتیک کرونا و رشد پس از آسیب در پرستاران بخش مراقبت بیماران کرونایی براساس حمایت اجتماعی ادراک‌شده: نقش میانجی شفقت خود و تنظیم شناختی هیجان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۳(۳)، ۳۴۱-۳۲۷. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.325602.643869>
- محمودپور، ع.، شریتمدار، آ.، برجلی، ا.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۴۰۰). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در سالمندان. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۲(۴۶)، ۶۴-۴۹. <https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341>
- میرزایی، س.، بکماز کاروان، م.، رسولی، ع.، و شمسی، ا. (۱۴۰۱). تأثیر آموزش خودمراقبتی معنوی بر تاب‌آوری پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه کووید-۱۹. *فصلنامه طب مکمل*، ۱۲(۴)، ۲۰۱-۱۸۸. <http://cmja.arakmu.ac.ir/article-1-880-fa.html>

## References

- Abu Khait, A., & Lazenby, M. (2021). Psychosocial-spiritual interventions among Muslims undergoing treatment for cancer: An integrative review. *BMC Palliative Care*, 20, 51. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00746-x>
- Aguirre-Camacho, A., Hylland, A. A., Moriconi, V., Bellido-Esteban, A., & Tirado-Muñoz, J. (2025). The impact of objective/sensationalist media on young women's concern and misconceptions about breast cancer: An experimental study. *BMC Women's Health*, 25(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03751-x>
- Budisavljevic, A., Dedic Plavetic, N., Klaric, K., Kelemenic-Drazin, R., & Letica-Crepulja, M. (2024). The impact of newly diagnosed early breast cancer on psychological resilience, distress levels, and the perception of health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 677. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060677>
- Cinek, B. Y., Varan, M. P., Yaprak, G., & Altıntaş, M. (2025). Cognitive emotion regulation and its impact on sexual function, body image, and depression in breast cancer survivors. *Psychiatry Investigation*, 22(3), 330-338. <https://doi.org/10.30773/pi.2024.0349>

- Duran, S., Varol, U., Tekir, Ö., & Soytürk, A. H. (2024). Resilience's impact on quality of life and post-traumatic growth in breast cancer patients during treatment. *Breast Cancer*, 31, 807-814. <https://doi.org/10.1007/s12282-024-01594-2>
- Flynn, M. K., Hernandez, J. O., Fraire, J. V., Hobbs, S. C., & Malnar, C. S. (2024). Weight stigma and healthcare avoidance among women with obesity: The moderating roles of body image-related psychological inflexibility and cognitive fusion. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100814. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100814>
- Fu, X., Sun, J., Wang, X., Cui, M., & Zhang, Q. (2022). Research progress on influencing factors and intervention measures of post-traumatic growth in breast cancer patients. *Frontiers in Public Health*, 10, 927370. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.927370>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Hindmarch, T., Dalrymple, J., Smith, M., & Barclay, S. (2022). Spiritual interventions for cancer pain: A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003102>
- Huang, S., Huang, M., Long, F., & Wang, F. (2025). Post-traumatic growth experience of breast cancer patients: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *PLOS ONE*, 20(1), e0316108. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316108>
- Izgu, N., Metin, Z. G., Eroglu, H., Semerci, R., & Pars, H. (2024). Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 102646. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102646>
- Jafari, M., Nassehi, A., Moayeri, H., Baghi, V., & Ghanei Gheshlagh, R. (2025). The prevalence of breast self-examination practice among women in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*, 23, 14. <https://doi.org/10.1007/s40944-024-00943-5>
- Karimi, R., Mousavizadeh, R., Mohammadirizi, S., & Bahrami, M. (2022). The effect of a spiritual care program on the self-esteem of patients with cancer: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(1), 71-74. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_118\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_118_21)
- Kazemian, M., Salari, N., Hosseinian-Far, A., Akbari, H., Bazrafshan, M. R., & Mohammadi, M. (2022). The prevalence of breast cancer in Iranian women: A systematic review and meta-analysis. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*, 20, 14. <https://doi.org/10.1007/s40944-022-00613-4>
- Kim, J., Harper, A., McCormack, V., Sung, H., Houssami, N., Morgan, E., & Fidler-Benaoudia, M. M. (2025). Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. *Nature Medicine*, 31, 1154–1162. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03502-3>
- Komariah, M., Hatthakit, U., & Boonyoung, N. (2020). Impact of Islam-based caring intervention on spiritual well-being in Muslim women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Religions*, 11(7), 361. <https://doi.org/10.3390/rel11070361>
- Leão, D. C. M., Pereira, E. R., Silva, R. M. C., Rocha, R. C. N., Cruz-Quintana, F., & García-Caro, M. P. (2022). Spiritual and emotional experience with a diagnosis of breast cancer: A scoping review. *Cancer Nursing*, 45(3), 224-235. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000936>
- Liu, Y., Liu, W., Ma, Y., Yang, X., Zhou, H., Zhang, T., & Shao, S. (2022). Research on body image cognition, social support and illness perception in breast cancer patients with different surgical methods. *Frontiers in Psychology*, 13, 931679. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.931679>
- Mahmoudpour, A., Shariatmadar, A., Borjali, A., & Shafiabadi, A. (2021). Psychometric properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the elderly. *Quarterly of Educational Measurement*, 12(46), 49-64. <https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341> (In Persian)

- Michalczyk, J., Dmochowska, J., Aftyka, A., & Milanowska, J. (2022). Post-traumatic growth in women with breast cancer: Intensity and predictors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6509. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116509>
- Mirzaee, S., Bekmaz, K., Rasooli, A., & Shamsi, A. (2022). Effect of spiritual self-care education on the resilience of nurses working in the intensive care units dedicated to COVID-19 patients in Iran. *Complementary Medicine Journal (CMJA)*, 12(2), 188–201. <http://dx.doi.org/10.32598/CMJA.12.2.1166.1> (In Persian)
- Nasution, L. A., Afyanti, Y., & Kurniawati, W. (2020). Effectiveness of spiritual intervention toward coping and spiritual well-being on patients with gynecological cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 273-279. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_4\\_20](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_4_20)
- Othman, N. A., Abdel-Fattah, M. A., & Ali, A. T. (2023). A hybrid deep learning framework with decision-level fusion for breast cancer survival prediction. *Big Data and Cognitive Computing*, 7(1), 50. <https://doi.org/10.3390/bdcc7010050>
- Pourkamali, T. (2024). Efficacy of cognitive therapy based on mindfulness on mental flexibility and cognitive fusion in the patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 207-222. <https://doi.org/10.22059/japr.2023.336138.644145> (In Persian)
- Ratcliff, C. G., Fowler, S. N., Sinclair, K. L., Prinsloo, S., Chaoul, A., Zepeda, S. G., & Cohen, L. (2021). Who benefits most from a brief mindfulness intervention to reduce anxiety during stereotactic breast biopsy: The moderating effect of trait mindfulness, spiritual well-being, and distress tolerance. *Mindfulness*, 12, 1127-1137. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01581-6>
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Eds.). (2004). *Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10652-000>
- Saez-Clarke, E., Walsh, E. A., Lovan, P., Plotke, R., Ream, M., Popok, P., & Antoni, M. H. (2025). Distress tolerance and perceived cancer-related cognitive impairment in nonmetastatic breast cancer. *Health Psychology*, 44(2), 166-170. <https://doi.org/10.1037/hea0001417>
- Sheykhangafshe, F. B., Kiani, A., Sani, A. A., Doost, A. M. S., & Niri, V. S. (2023). Quality of life in cancer patients during the coronavirus 2019 pandemic: A systematic review study. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 25(1), 48-55. <https://j.skums.ac.ir/Article/jskums-654>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29, 83-102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Tang, W. Z., Mangantig, E., Iskandar, Y. H. P., Cheng, S. L., Yusuf, A., & Jia, K. (2024). Prevalence and associated factors of psychological distress among patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 14(9), e077067. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077067>
- Tao, L., Zhong, T., Hu, X., Fu, L., & Li, J. (2023). Higher family and individual resilience and lower perceived stress alleviate psychological distress in female breast cancer survivors with fertility intention: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 31(7), 408. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07853-w>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Trindade, I. A., Marta-Simões, J., Ferreira, C., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Chronic illness-related cognitive fusion explains the impact of body dissatisfaction and shame on depression symptoms in breast cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 886-893. <https://doi.org/10.1002/cpp.2323>
- Wan, X., Zhang, Y., Peng, Q., Zhang, Y., Lu, G., Liu, S., & Chen, C. (2024). A study of the relationship and mediating effects of perceived stress and post-traumatic growth in patients

- undergoing postoperative chemotherapy for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 71, 102659. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102659>
- Wei, D., Liu, X. Y., Chen, Y. Y., Zhou, X., & Hu, H. P. (2016). Effectiveness of physical, psychological, social, and spiritual intervention in breast cancer survivors: An integrative review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 226-232. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.189813>
- Wong, L. P., Khoo, E. M., & Shuib, R. (2024). Studying the impact of self-care training on the life quality of breast cancer patients. *Clinical Cancer Investigation Journal*, 13(2), 50-56.
- Yastıbaş, C., & Karaman, İ. Y. (2021). Breast cancer and post-traumatic growth: A systemical review study. *European Psychiatry*, 64(S1), S652. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1732>
- Zadafshar, S., Kheradmand, M., Kazemian, H., & Akrami, N. (2022). Predicting Covid-19 traumatic stress and post-traumatic growth in nurses of coronavirus patient care unit based on perceived social support: The mediating role of self-compassion and cognitive emotion regulation. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(3), 327-341. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.325602.643869> (In Persian)
- Zhang, S., Jin, Z., Bao, L., & Shu, P. (2024). The global burden of breast cancer in women from 1990 to 2030: Assessment and projection based on the global burden of disease study 2019. *Frontiers in Oncology*, 14, 1364397. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1364397>