



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

Farzin Bagheri Sheykhangafshe^{1*} , Vahid Savabi Niri² , Mona Baheri³ , Seyedeh Atousa Afsarpour⁴ , Ali Fathi Ashtiani⁵

1. Corresponding Author, Ph.D., Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: farzinbagheri@modares.ac.ir
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran. Email: v.savabi@gmail.com
3. Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran. Email: m.baheri73@gmail.com
4. Department of Positive Islamic Psychology, Payame Noor University, Behshahr Branch, Behshahr, Iran. Email: a.afsarpour67@gmail.com
5. Department of Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: fathi@bmsu.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 4 Jun 2025
Revised: 15 Jul 2025
Accepted: 05 Aug 2025
Published: 22 Sep 2025

Keywords:

Breast cancer, cognitive fusion, distress tolerance, posttraumatic growth, spiritual self-care

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the effectiveness of Spiritual Self-Care Training (SSCT) on posttraumatic growth (PTG), distress tolerance, and cognitive fusion in women diagnosed with breast cancer. This quasi-experimental research utilized a pretest-posttest control group design. The statistical population included women referred to cancer treatment and support centers in Tehran in 2024. A total of 34 women were selected through purposive sampling and randomly assigned to either the experimental or control group. Participants completed the Posttraumatic Growth Inventory (PTGI), the Distress Tolerance Scale (DTS), and the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) before and after the intervention. The experimental group received six 90-minute sessions of SSCT, while the control group received no intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS-27. The results indicated that SSCT significantly increased posttraumatic growth and distress tolerance and significantly reduced 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 Sheykhangafshe, F. , Savabi Niri, V. , Baheri, M. , Afsarpour, S. A. & Fathi Ashtiani, A. (2025). 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*, (In Press / Accepted Manuscript). doi: 10.22059/japr.2025.396727.645270



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.645270>

© The Author(s).



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

فرزین باقری شیخانگفشه^{۱*}، وحید صوابی نیری^۲، مونا باهری^۳، سیده اتوسا افسرپور^۴، علی فتحی آشتیانی^۵

۱. نویسنده مسئول، دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران. رایانامه: farzinbagheri@modares.ac.ir
۲. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران. رایانامه: v.savabi@gmail.com
۳. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بهشهر، بهشهر، ایران. رایانامه: m.baheri73@gmail.com
۴. گروه روانشناسی اسلامی مثبت گرا، دانشگاه پیام نور، واحد بهشهر، بهشهر، ایران. رایانامه: a.afsarpour67@gmail.com
۵. گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران. رایانامه: fathi@bmsu.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۴

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۳۱

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 این پژوهش زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و حمایتی سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. ۳۴ زن با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. گروه‌ها با سیاهه رشد پس آسیب (PTGI)، مقیاس تحمل پریشانی (DTS)، و پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش خودمراقبتی معنوی برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت‌کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره توسط SPSS-27 تحلیل شدند. تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش خودمراقبتی معنوی (SSCT) به طور معناداری منجر به 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 که آموزش خودمراقبتی معنوی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر و مکمل در کنار درمان‌های روان‌شناختی برای افزایش تاب‌آوری، ارتقاء رشد روانی پس از آسیب، و کاهش درگیری‌های ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

استناد: باقری شیخانگفشه، ف.، صوابی نیری، و.، باهری، م.، افسرپور، س. آ. و فتحی آشتیانی، ع. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی، و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، (آماده انتشار / پذیرفته شده). doi: 10.22059/japr.2025.396727.645270

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2025.396727.645270>

مقدمه

سرطان پستان^۱ شایع‌ترین سرطان در میان زنان جهان است و یکی از عوامل اصلی مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در جمعیت زنان به‌شمار می‌رود (تانگ و همکاران^۲، 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^۳، ۲۰۲۵). از دست دادن بخشی از بدن که نقش مهمی در هویت زنانه، زیبایی و کارکرد جنسی دارد، فرآیند درمان‌های تهاجمی مانند ماستکتومی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی، و همچنین ترس از مرگ یا بازگشت بیماری، همگی عوامل مهمی هستند که فشار روانی زیادی بر بیماران وارد می‌کنند (ژلنگ و همکاران^۴، ۲۰۲۴). کیم و همکاران^۵ (۲۰۲۵) در یک مطالعه فراتحلیل بین‌المللی با هدف بررسی بار جهانی سرطان پستان، نشان دادند که در سال ۲۰۲۲، بیش از ۲/۳ میلیون مورد جدید و ۶۷۰ هزار مرگ ناشی از این بیماری در سطح جهان رخ داده است. آنان دریافتند که نرخ بروز سالانه در نیمی از کشورهای بررسی‌شده بین 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 پایین شدیدتر خواهد بود. در داخل کشور ایران نیز، نتایج مطالعه فراتحلیل جعفری و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که نرخ بروز استانداردشده 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 هستند. همچنین، نتایج مرور نظام‌مند و فراتحلیل کاظمی‌نیا و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که میانگین شیوع سرطان پستان در زنان ایرانی برابر با ۲۳/۶ درصد است.

رویارویی با رویدادهای آسیب‌زایی مانند سرطان پستان، افزون بر پیامدهای منفی گسترده بر سلامت روان و عملکرد اجتماعی فرد، می‌تواند زمینه‌ساز بروز تغییرات مثبت و عمیق در ابعاد روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی نیز باشد (وان و همکاران^۶، ۲۰۲۴). این تحولات مثبت که در ادبیات علمی با عنوان «رشد پس از ضربه» شناخته می‌شوند، به تجربیاتی اشاره دارند که فراتر از بازگشت صرف به وضعیت پیشین بوده و حاکی از ارتقاء در سازگاری، معناجویی و بازتعریف هدف زندگی پس از بحران هستند (تدسچی و کالهن^۷، 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^۸، ۲۰۲۲). رشد پس از ضربه به عنوان 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^۹، 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^{۱۰}، ۲۰۲۲). در بافت بیماری سرطان پستان، این فرآیند می‌تواند به شکل بازسازی هویت زنانه، بازخوانی معنا و رنج، و پیدایش چشم‌اندازهای نوین از زندگی تجلی یابد (یاستیباس و کارامان^{۱۱}، ۲۰۲۱). پژوهش‌های

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. Yastibaş & Karaman

تجربی نشان می‌دهند که عواملی همچون حمایت اجتماعی مؤثر، تاب‌آوری روان‌شناختی، معنویت درونی و توانایی معنا دادن به تجربه بیماری، از پیش‌بین‌های مهم در تسهیل فرآیند رشد پس از ضربه در این بیماران به‌شمار می‌روند (دوران و همکاران^۱، ۲۰۲۴).

در کنار امکان تجربه‌ی رشد پس از ضربه، فرآیند مواجهه با بیماری سرطان پستان خود با چالش‌های هیجانی قابل‌توجهی همراه است (شیخانگفته و همکاران، ۲۰۲۲). از لحظه‌ی تشخیص بیماری تا گذر از مراحل پیچیده‌ی درمان و سازگاری با زندگی پس از آن، 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^۲، ۲۰۲۵). در این میان، یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی کلیدی که نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه‌ی انطباق فرد 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^۳، ۲۰۰۵). تحمل پریشانی به عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی تاب‌آوری هیجانی، نقشی اساسی در تنظیم هیجانات، حفظ عملکرد روانی-اجتماعی و پایداری روانی بیماران مبتلا به سرطان دارد (بودیساویلیچ و همکاران^۴، ۲۰۲۴). در زمینه‌ی سرطان پستان، شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که پایین بودن سطح تحمل پریشانی با شدت بالاتر نشانه‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، درماندگی ذهنی، و ناتوانی در کنترل هیجانات همراه است؛ در مقابل، تحمل پریشانی بالا می‌تواند منجر به ارتقاء توانمندی روانی، کاهش رفتارهای اجتنابی، افزایش پذیرش بیماری و مشارکت فعال‌تر در مسیر درمان شود (تائو و همکاران^۵، ۲۰۲۳).

علاوه بر تجربه‌های هیجانی، فرآیند ابتلا به سرطان پستان، زنان را در معرض طوفانی از افکار، باورها و تفسیرهای منفی و تهدیدزا قرار می‌دهد که می‌تواند به‌طور جدی ساختار ذهنی و عملکرد روانی آن‌ها را دچار اختلال کند (اوتمان و همکاران^۶، ۲۰۲۳). در چنین شرایطی، نحوه‌ی 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 نقش کلیدی دارد، همجوшы شناختی است؛ حالتی که در آن فرد افکار خود را واقعیت مسلم تلقی کرده و تحت سلطه‌ی محتوای ذهنی منفی قرار می‌گیرد (فلاین و همکاران^۷، ۲۰۲۴). همجوшы شناختی به حالتی اشاره دارد که در آن فرد افکار، باورها یا قضاوت‌های ذهنی خود را واقعیت مسلم تلقی می‌کند و بر اساس آن‌ها رفتار می‌نماید، به‌گونه‌ای که تفکیک بین اندیشه و واقعیت عینی از بین می‌رود (گیلاندرز و همکاران^۸، ۲۰۱۰). در بافت سرطان، این پدیده می‌تواند منجر به تقویت چرخه‌های منفی ذهنی، افزایش درماندگی، کاهش انعطاف‌پذیری روانی و اختلال در سازگاری با بیماری شود (لیو و همکاران^۹، ۲۰۲۲). در بیماران مبتلا به سرطان پستان، همجوшы 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 فرآیند انطباق روانی را به‌شدت مختل کند (اوتمان و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان داده‌اند که سطوح بالای همجوшы شناختی با نشانه‌های شدیدتر اضطراب، افسردگی، اجتناب هیجانی، و کیفیت

1. Duran et al.
2. Saez-Clarke et al.
3. Simons & Gaher
4. Budisavljevic et al.
5. Tao et al.
6. Othman et al.
7. Flynn et al.
8. Gillanders et al.
9. Liu et al.

پایین تر زندگی ارتباط دارد (ترینداد و همکاران^۱، ۲۰۱۸). در مقابل، کاهش همجوشی شناختی از طریق مداخلات مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی، می تواند موجب ارتقاء انعطاف پذیری روانی و تسهیل فرآیند تطابق با واقعیت بیماری شود (آگیر-کاماچو و همکاران^۲، ۲۰۲۵).

بیماران مبتلا به سرطان، به ویژه زنان درگیر سرطان پستان، در جریان مسیر بیماری با طیف گسترده ای از چالش های جسمانی، روان شناختی، اجتماعی و وجودی مواجه می شوند (نور و همکاران^۳، ۲۰۲۴). در کنار درد جسمی، خستگی مزمن، و اختلال در عملکرد روزمره، پیامدهای روانی نظیر اضطراب، افسردگی، احساس بی پناهی و ناامیدی در بسیاری از این بیماران بروز می یابد. با این حال، تجربه بیماری مزمن همچون سرطان، برای بسیاری از بیماران به منزله مواجهه ای عمیق با سؤالاتی بنیادین درباره معنای زندگی، هدف از رنج، مرگ و جاودانگی است (هیندمارچ و همکاران^۴، ۲۰۲۲). در این بافت، خودمراقبتی معنوی به عنوان یکی از ظرفیت های درونی فرد برای بازسازی انسجام روانی و یافتن معنا در بستر بحران، به عنوان عاملی مؤثر در بهبود پیامدهای روانی و افزایش تاب آوری وجودی شناخته می شود (کوماریا و همکاران^۵، ۲۰۲۰). خودمراقبتی معنوی، به مثابه بخشی از مراقبت جامع از خود، به مجموعه ای از فعالیت ها و نگرش هایی اطلاق می شود که از طریق آن ها فرد به تغذیه و مراقبت از بعد معنوی خود می پردازد (وی و همکاران^۶، ۲۰۱۶)؛ از جمله تقویت ارتباط با امر متعالی، بازنگری در ارزش ها، پذیرش واقعیت، معناجویی، تمرین شکرگزاری، دعا، مراقبه، نوشتار تأملی، مشارکت در آیین های دینی و بازیابی حس پیوستگی با جهان هستی (نسوشنو همکاران^۷، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نشان می دهند که آموزش مهارت های خودمراقبتی معنوی، به ویژه در قالب برنامه های ساختارمند مبتنی بر معنویت می تواند منجر به کاهش پریشانی روان شناختی، ترس از عود بیماری، افسردگی، اضطراب و احساس بی معنایی گردد (لیائو و همکاران^۸، ۲۰۲۲). همچنین افزایش درک معنای زندگی، تقویت انسجام هویتی، احساس آرامش درونی، امید به آینده و بهبود کیفیت زندگی، از جمله پیامدهای مثبت شناخته شده این مداخلات هستند (ابوخیت و لازنبی^۹، ۲۰۲۱).

در بافت فرهنگی-دینی ایران، که در آن معنویت و باورهای دینی نقش مهمی در مواجهه با رنج و بحران ایفا می کنند، توجه به آموزش و ارتقاء خودمراقبتی معنوی نه تنها یک ضرورت بالینی بلکه یک مداخله مبتنی بر فرهنگ محسوب می شود (کریمی و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین از منظر روان شناسی معنوی، این نوع مراقبت می تواند به عنوان یکی از مکانیسم های مقابله ای مبتنی بر معنا در کاهش آسیب های روانی و تسهیل فرایند رشد پس از ضربه عمل کند (وونگ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۴). در زمینه اثربخشی مداخلات معنوی در بیماران سرطانی، پژوهش های مروری و فراتحلیل هیندمارچ و همکاران (۲۰۲۲) و نور و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده اند که این مداخلات به طور معناداری موجب کاهش خستگی، درد، اضطراب، افسردگی و استرس روانی می شوند و همچنین بهبود ایمان، معنا در زندگی، سلامت معنوی و کیفیت زندگی را به دنبال دارند. همچنین، متغیرهایی نظیر مرحله سرطان، مدت زمان و فرمت اجرای مداخلات، تخصص ارائه دهندگان و محتوای مفهومی این مداخلات، به عنوان عوامل تعدیل کننده مهم در میزان اثربخشی آن ها شناخته شده اند.

1. Trindade et al.
2. Aguirre-Camacho et al.
3. Nur et al.
4. Hindmarch et al.
5. Komariah et al.
6. Wei et al.
7. Nasution et al.
8. Leão et al.
9. Abu Khait & Lazenby
10. Wong et al.

با توجه به شیوع بالای سرطان پستان و تأثیرات گسترده آن بر ابعاد مختلف زندگی زنان، انجام پژوهش‌های میان‌رشته‌ای در این حوزه یک ضرورت انکارناپذیر است. سرطان پستان نه تنها 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 فرآیندهای شناختی مخرب مانند همجوشی شناختی یا تحمل پایین پریشانی، می‌توانند مانع سازگاری مؤثر با بیماری شوند. در عین حال، ابعاد معنوی و توانمندی‌هایی نظیر خودمراقبتی معنوی و رشد پس از ضربه، به عنوان منابع درونی مهم، نقش چشم‌گیری در بهبود کیفیت زندگی، ارتقاء تاب‌آوری روانی و معنا دادن به رنج دارند. از این رو، پژوهش در این زمینه نه تنها به درک عمیق‌تر تجربه زیسته بیماران منجر می‌شود، بلکه می‌تواند به توسعه مداخلات روان‌شناختی و معنوی مؤثر و فرهنگ‌محور برای ارتقاء سلامت روانی و هستی‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان کمک شایانی نماید. 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 شد.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

طرح پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری این پژوهش زنان مراجعه کننده 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، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. همچنین، برای محاسبه دقیق‌تر حجم نمونه از نسخه ۳.۱.۹.۲ نرم‌افزار جی‌پاور^۱، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد کمتر از ۲ درصد استفاده شد. حجم نمونه اولیه در هر گروه ۱۵ نفر محاسبه گردید، که با احتساب احتمال افت ۱۰ درصدی، در نهایت ۱۷ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان پژوهش 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، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، نداشتن اختلال و مشکل روانی دیگر (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. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. چک لیست جمعیت‌شناختی: این چک‌لیست شامل سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری بود.

۲-۲-۲. سیاهه رشد پس آسیب^۲ (PTGI): این سیاهه را تدسچی و کالهن^۳ در سال ۱۹۹۶ به منظور اندازه‌گیری دستاوردهای شخصی بعد از رویداد آسیب‌زا تهیه کردند. پرسشنامه دارای ۲۱ گویه و ۵ خرده مقیاس ارتباط با دیگران^۴ (۷ گویه)، فرصت‌های جدید^۵ (۵ گویه)، قدرت شخصی^۶ (۴ گویه)، درک ارزش زندگی^۷ (۳ گویه)، و تغییر معنوی^۸ (۲ گویه) است. نمره‌گذاری

1. G*Power

2. Posttraumatic Growth Inventory

3. Relating to Others

4. New Possibilities

5. Personal Strength

6. Appreciation of Life

7. Spiritual Change

این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از صفر (تجربه نکرده‌ام) تا ۵ (تجربه‌ای بسیار زیاد داشته‌ام) است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۵ است که کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده رشد پس آسیبی بیشتر است. **تدسچی و کالهن (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 داخل کشور، **زادافشار و همکاران (۱۴۰۱)** نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ به‌دست آوردند. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ابعاد بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش شد.

۲-۲-۳. مقیاس تحمل پریشانی^۱ (DTS): مقیاس تحمل پریشانی توسط **سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)** معرفی شده است. این مقیاس ابزار خودسنجی و ۱۵ سؤالی است و چهار خرده مقیاس تحمل (۳ سوال)، جذب (۶ سوال)، ارزیابی (۳ سوال) و تنظیم (۳ سوال) دارد و بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ است که کسب نمرات بالاتر به معنای داشتن تحمل پریشانی مطلوب است. در پژوهش **سیمونز و گاهر (۲۰۰۵)** ضرایب آلفای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ آلفای کلی به دست آمده است. نتایج مطالعه **محمدپور و همکاران (۱۴۰۰)** نشان داد که پرسشنامه تحمل پریشانی از همسانی درونی مناسبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های آن بین 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 بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ به‌دست آمد.

۲-۲-۴. پرسشنامه همجوشی شناختی^۲ (CFQ)

پرسشنامه همجوشی شناختی توسط **گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰)** به‌منظور سنجش میزان درگیری افراد با افکار و محتوای ذهنی‌شان طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۲ گویه است که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (از ۱ = هرگز تا ۶ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، دامنه نمرات کل پرسشنامه از ۱۲ تا ۷۲ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتری از همجوشی شناختی و در نتیجه درگیری بیشتر فرد با افکار مزاحم یا ناکارآمد است. این پرسشنامه دارای دو مؤلفه‌ی اصلی همجوشی شناختی (شدت درگیری با افکار، ۳ گویه) و گسست شناختی (میزان فاصله گرفتن یا جدا شدن از محتوای ذهنی، ۹ گویه) است. در پژوهشی که **گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۰)** بر روی نمونه‌ای شامل ۱۰۴۰ دانشجو انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۰ به‌دست آمد. در داخل کشور نیز **پورکمالی (۱۴۰۳)** ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۷ گزارش کرد. در مطالعه پیش رو نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد.

۲-۳. روند اجرای مداخله

پس از هماهنگی‌ها و اخذ رضایت از مسئولین مراکز درمانی و حمایتی سرطان پستان شهر تهران، پژوهشگران با مراجعه به مراکز، ۳۴ خانم مبتلا به سرطان پستان را با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی با کمک قرعه‌کشی در دو گروه مساوی ۱۷ نفری شامل گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. در 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^۳ (۲۰۰۴)** با رویکردی 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 داخل کشور ایران اثربخشی این درمان را تأیید کردند. پژوهشگر با کمک یک متخصص، آموزش خودمراقبتی معنوی را طی ۶ جلسه (هر هفته

1. Distress Tolerance Scale

2. Cognitive Fusion Questionnaire

3. Richards & Bergin

دو جلسه) ۹۰ دقیقه‌ای گروهی 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 جلسات آموزش خودمراقبتی معنوی را دریافت کردند.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش خود مراقبتی 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 به عنوان 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	ارتقاء ظرفیت پذیرش، کنترل خشم و امیدواری در مسیر درمان با تکیه بر مفهوم صبر به عنوان 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.

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های به دست آمده با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۱ توسط SPSS-27 تحلیل شدند. برای این منظور، از آزمون مجذور کای^۲ با توجه به وجود حداقل ۳ فراوانی در هر سطح یا طبقه جهت مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه‌ها، از آزمون ناپارامتریک شاپیرو-ویلک^۳ 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.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

1. Multivariate analysis of covariance
2. Chi-square test
3. Shapiro-Wilk

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)	
	ارشد	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)	
وضعیت تاهل	مجرد	۷ (۴۱/۲)	۶ (۳۵/۳)	۰/۱۴۷
	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. بر اساس نتایج جدول شماره ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر سن، وضعیت تاهل، تحصیلات، و مدت زمان ابتلا به بیماری تفاوت معناداری نداشتند ($P > ۰/۰۵$).

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

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

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
پس‌آزمون	پس‌آزمون	گواه	۵/۴۱	۰/۷۹	۰/۰۹۵	۰/۰۶۹
		آزمایش	۷/۹۴	۱/۷۸	۰/۰۷۸	۰/۰۷۰
		گواه	۵/۵۲	۱/۷۹	۰/۰۹۲	۰/۰۸۳
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۳۵	۰/۹۳	۰/۱۰۲	۰/۰۹۵
		گواه	۹/۴۱	۰/۹۴	۰/۰۹۷	۰/۰۵۵
		آزمایش	۱۱/۸۲	۱/۵۰	۰/۱۰۸	۰/۰۶۹
پس‌آزمون	پس‌آزمون	گواه	۹/۲۹	۰/۸۴	۰/۱۰۳	۰/۰۷۲
		آزمایش	۱۴/۸۲	۱/۵۹	۰/۱۱۸	۰/۰۶۱
		گواه	۱۴/۹۴	۱/۴۳	۰/۱۰۳	۰/۰۷۹
پس‌آزمون	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۱	۲/۵۹	۰/۰۸۹	۰/۰۷۲
		گواه	۱۴/۷۶	۱/۵۶	۰/۰۹۹	۰/۰۶۳
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۵۲	۰/۷۹	۰/۱۰۸	۰/۰۵۴
		گواه	۸/۴۷	۰/۷۱	۰/۱۰۲	۰/۰۷۳
		آزمایش	۱۱/۱۲	۱/۶۱	۰/۰۹۶	۰/۰۵۷
پس‌آزمون	پس‌آزمون	گواه	۸/۶۴	۰/۷۱	۰/۰۸۷	۰/۰۵۴
		آزمایش	۱۰/۴۱	۱/۱۲	۰/۱۰۲	۰/۰۹۳
		گواه	۱۰/۲۹	۱/۰۴	۰/۱۰۹	۰/۰۸۲
پس‌آزمون	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۹۴	۱/۷۱	۰/۰۹۵	۰/۰۶۰
		گواه	۱۰/۴۷	۱/۰۶	۰/۱۰۴	۰/۰۷۴
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱/۴۲	۲/۰۱	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
		گواه	۴۱/۲۹	۱/۸۲	۰/۰۹۳	۰/۰۸۱
		آزمایش	۳۸/۱۷	۲/۷۸	۰/۱۰۵	۰/۰۶۳
پس‌آزمون	پس‌آزمون	گواه	۴۱/۵۳	۱/۸۴	۰/۱۱۷	۰/۰۸۱

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی، و همجوشی شناختی در گروه آزمایش و گواه در جدول شماره 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 این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است ($P > 0/05$).

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس رشد پس از ضربه ($F_{1,33}=1/92, p=0/175 > 0/05$)، تحمل پریشانی ($F_{1,33}=1/95, p=0/172 > 0/05$) و همجوشی شناختی ($p=0/110 > 0/05$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که 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 نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ($\chi^2=356/39 \text{ df}=54, p < 0/01$). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی

ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده 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 پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول شماره ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	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 شماره 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 همجواری شناختی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۳ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ گزارش شده است.

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

متغیرها	مجموع مجزورات	خطای مجموع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	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
همجواری شناختی	۹۸/۷۳۲	۴۳/۴۰	۱	۹۸/۷۳۲	۱/۹۷	۵۰/۰۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۹

با توجه به مندرجات جدول شماره 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 همجواری 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 محاسبه شده ۶۲ درصد از تغییرات ارتباط با

دیگران، ۶۴ درصد از فرصت‌های جدید، ۶۵ درصد از قدرت شخصی، ۶۳ درصد از درک ارزش زندگی، ۶۲ درصد از تغییر معنوی، ۷۱ درصد از تحمل، ۷۰ درصد از جذب، ۶۶ درصد از ارزیابی، ۶۸ درصد از تنظیم و ۶۹ درصد از همجوشی شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که آموزش خودمراقبتی معنوی به طور معناداری منجر به 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 آموزش خودمراقبتی معنوی بر رشد پس از ضربه، تحمل پریشانی، و همجوشی شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر به وضوح نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی به شکل معناداری موجب افزایش رشد پس از ضربه در زنان مبتلا به سرطان پستان گردید. این نتایج با یافته‌های مطالعات **کوماریا و همکاران (۲۰۲۰)**، **لیائو و همکاران (۲۰۲۲)**، و **کریمی و همکاران (۲۰۲۲)** هم‌راستا است. رشد پس از ضربه، به عنوان یک فرآیند 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**). بر اساس نظریه‌های بازسازی شناختی، از جمله مدل **تدسچی و کالهن (۱۹۹۶)**، بحران‌های عمیق منجر به تخریب موقت ساختارهای طرحواره‌ای و نظام معنایی فرد می‌شوند و برای بازیابی تعادل روانی، لازم است که این ساختارها از نو سازماندهی و معنا داده شوند. آموزش خودمراقبتی معنوی با تقویت توانایی‌های درون‌زا و ارتقاء منابع معنوی فرد، فرآیند بازنگری شناختی و معناپردازی را تسهیل می‌کند و به بیماران کمک می‌کند تا درد و رنج ناشی از بیماری را در چارچوبی هدفمند و معنادار بازتعریف کنند (**وونگ و همکاران، ۲۰۲۴**). علاوه بر این، فعالیت‌های خودمراقبتی معنوی نظیر مراقبه، تمرینات تأملی و شناخت مجدد ارزش‌های شخصی، باعث تقویت تنظیم هیجانی از طریق کاهش پاسخ‌های اضطرابی و افزایش پذیرش واقعیت می‌شوند (**کریمی و همکاران، ۲۰۲۲**). این تنظیم هیجانی به نوبه 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 فرآیند معنا محور نقش کلیدی در شکل‌گیری هویتی جدید و ارتقای تاب‌آوری روانی ایفا می‌کند (**دوران و همکاران، ۲۰۲۴**). به گونه‌ای که بیماران قادر می‌شوند بیماری را نه تنها به عنوان تهدیدی آسیب‌زا بلکه به عنوان فرصتی برای رشد روان‌شناختی، بازتعریف ارزش‌ها و تعالی وجودی مشاهده نمایند. بدین ترتیب، آموزش خودمراقبتی معنوی به عنوان یک مداخله روان‌درمانی مؤثر، زمینه‌ساز تحولات سازنده و بهبود کیفیت زندگی در این جمعیت خاص است (**هیندمارچ و همکاران، ۲۰۲۲**). نتایج این مطالعه برای من نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی می‌تواند به‌طور مؤثری بستر مناسبی 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. به نظر می‌رسد خودمراقبتی معنوی با فراهم آوردن 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 بوده و از کاربرد بالینی چنین مداخله‌ای در بهبود کیفیت زندگی روانی بیماران حمایت می‌کند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر به‌روشنی نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی تأثیری معنادار و چشمگیر در ارتقای سطح 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 نور 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 نقش اساسی در فرآیند تطابق روان‌شناختی با بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات ایفا می‌کند (راتسلیف و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران سرطانی به دلیل ماهیت بیماری، درمان‌های پیچیده و پیامدهای جسمی و روانی آن، در معرض بار روانی فراوانی قرار دارند که اگر تحمل پریشانی آنان کافی نباشد، منجر به افزایش اضطراب، افسردگی و حتی کاهش انگیزه برای ادامه درمان می‌شود (سایز-کلارک و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش خودمراقبتی معنوی با تمرکز بر تقویت منابع درونی همچون معنویت، پذیرش و تنظیم هیجانی، به این بیماران کمک می‌کند تا بتوانند هیجانات منفی خود را با آرامش و آگاهی بیشتری تجربه کنند 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 اجازه می‌دهد که از چرخه‌های تفکر منفی و اضطراب‌آور فاصله بگیرند و پذیرش مؤثرتری نسبت به شرایط دشوار خود پیدا کنند (وی و همکاران، ۲۰۱۶). این فرآیند 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 باعث می‌شود که بیماران بتوانند با افزایش صبر، کنترل هیجانی و کاهش رفتارهای اجتنابی، در مسیر درمان و بازتوانی روانی پیشرفت کنند (نور و همکاران، ۲۰۲۴). افزون بر این، تحمل بالاتر پریشانی با کاهش شدت علائم روان‌پریشی و اختلالات اضطرابی همراه بوده و باعث می‌شود بیماران در مواجهه با نااطمینانی‌های بیماری، نگرانی‌های آینده و دردهای جسمی، مقاومت روانی بیشتری از خود نشان دهند (هیندمارچ و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده و تحلیل کیفی تجربه اجرای مداخله، می‌توان چنین استنباط کرد که آموزش خودمراقبتی معنوی با فراهم‌سازی بستر مناسبی برای بازنگری شناختی، تنظیم هیجانی و معنادرزی، به شکل مؤثری در ارتقای ظرفیت تحمل پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان نقش‌آفرینی می‌کند. به نظر می‌رسد این مداخله با تقویت منابع درون‌فردی 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 نه تنها 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 می‌نماید.

همچنین، نتایج مطالعه حاضر به‌وضوح نشان داد که آموزش خودمراقبتی معنوی به‌طور معناداری موجب کاهش سطح همجوشی شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان گردید. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های نسوشنو و همکاران (۲۰۲۰)، ابوخیت و لازنبی (۲۰۲۱)، و وی و همکاران (۲۰۱۶) است و بیانگر آن است که تقویت ظرفیت‌های معنوی و درونی می‌تواند به کاهش درهم‌تنیدگی افکار منفی و فاصله‌گیری مؤثرتر از محتوای ذهنی رنج‌آور منجر شود. 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 فرآیندهای 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 به‌معنای شکستن الگوهای قفل‌شده ذهنی است که افراد را در چرخه‌های فکری منفی گرفتار می‌کند و با محدود کردن انعطاف روانی، بار هیجانی و استرس روانی را افزایش می‌دهد. آموزش خودمراقبتی معنوی با بهبود تنظیم هیجانی و تقویت کنترل درونی، نقش کلیدی در بازسازی نظام

شناختی بیماران ایفا می‌کند و از این طریق، مقاومت روانی آن‌ها در مواجهه با چالش‌های بیماری تقویت می‌شود. این فرآیند نه تنها منجر به ارتقاء کیفیت زندگی و تاب‌آوری روانی بیماران می‌گردد، بلکه بستری برای تجربه معنا و تحول روان‌شناختی فراهم می‌آورد که به‌ویژه در مسیر مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات از اهمیت بسزایی برخوردار است. بدین ترتیب، آموزش خودمراقبتی معنوی به عنوان مداخله‌ای هدفمند و مبتنی بر شواهد علمی، مکانیسم‌های مؤثر روانی-شناختی را فعال ساخته و نقشی راهبردی در بهبود سلامت روانی و ارتقاء سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان ایفا می‌کند.

آموزش خودمراقبتی معنوی از طریق مداخلات هدفمند، این الگوهای شناختی مخرب را نشانه‌گیری کرده و با افزایش آگاهی و پذیرش، امکان فاصله‌گیری شناختی را برای بیمار فراهم می‌آورد (وی و همکاران، ۲۰۱۶). نحوه اثربخشی آموزش خودمراقبتی معنوی در کاهش همجوشی شناختی عمدتاً از طریق تقویت مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تمرین پذیرش هیجانات و افکار رخ می‌دهد (نسوشنو همکاران، ۲۰۲۰). این آموزش‌ها بیماران را قادر می‌سازند تا به جای واکنش‌های اجتنابی یا درگیر شدن کامل با افکار منفی، آن‌ها را به عنوان پدیده‌های گذرا و قابل مدیریت مشاهده کنند (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 فراهم می‌آید. در نتیجه، بیماران قادر می‌شوند از چرخه‌های ذهنی محدودکننده خارج شده و با کاهش همجوشی شناختی، انعطاف‌پذیری روانی خود را ارتقاء دهند (ابوخت و لازنبی، ۲۰۲۱). علاوه بر این، آموزش خودمراقبتی معنوی باعث 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 واسطه این فرآیندها، بیماران می‌آموزند که افکار تهدیدآمیز مربوط به بیماری و مرگ را با پذیرش و آگاهی مدیریت کنند و نه با مقاومت یا اجتناب (آگیر-کاماچو و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر شناختی و هیجانی زمینه‌ساز بهبود کیفیت زندگی، افزایش تاب‌آوری روانی و تجربه معنا در مواجهه با بیماری می‌شود (نور و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، آموزش خودمراقبتی معنوی به عنوان یک مداخله هدفمند روانی-معنوی، از طریق فعال‌سازی مکانیزم‌های شناختی و هیجانی، کاهش همجوشی شناختی را ممکن ساخته و به ارتقاء سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند (وونگ و همکاران، ۲۰۲۴).

یکی از محدودیت‌های اساسی این پژوهش، حجم نمونه نسبتاً محدود و تمرکز جغرافیایی آن صرفاً بر زنان مبتلا به سرطان پستان در 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 همچون 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 ارتقای تاب‌آوری بیماران سرطانی فراهم کرده است. پیشنهاد می‌شود مداخلات مبتنی بر معنویت به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های روان اجتماعی بیماران مبتلا 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 که آموزش خودمراقبتی معنوی به‌عنوان یک مداخله جامع و چندبعدی، توانایی قابل توجهی در بازسازی و تقویت ظرفیت‌های روانی-معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان دارد. این آموزش با ارتقاء رشد پس از ضربه، افزایش تحمل پریشانی و کاهش همجوشی شناختی، فرآیندهای کلیدی انعطاف‌پذیری روانی را فعال کرده 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 نمایند. بدین ترتیب، خودمراقبتی معنوی فراتر از یک استراتژی مقابله‌ای صرف، به عنوان یک مسیر 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 کرده 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 انجام مداخله، اهداف پژوهش به طور کامل و جامع برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین، به منظور رعایت اصول اخلاقی و حفظ محرمانگی اطلاعات، به بیماران اطمینان داده شد که داده‌های جمع‌آوری‌شده صرفاً به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. علاوه بر این، تمامی دستورالعمل‌های کمیته اخلاق در انتشار به‌طور دقیق رعایت شده است.

۶. سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال تشکر را داشته باشند.

۷. حمایت مالی

این پژوهش بدون حمایت مالی انجام شده است.

۸. تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان گزارش نشده است.

منابع فارسی

- باقری شیخانگشسه، ف.، رضازاده خلخالی، ف.، صوابی نیری، و.، ذوالفقارنیا، م.، و میکالانی، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر نشخوار فکری، افسردگی و کارکرد شخصیت زنان مبتلا به پرکاری غده تیروئید. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۵(۳)، ۲۳-۴۰. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695>
- 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)، ۳۲۷-۳۴۱. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.325602.643869>
- محمودپور، ع.، شریعتمدار، 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(۲)، ۲۰۱-۱۸۸. <https://doi.org/10.32598/CMJA.12.2.1166.1>

References

- Abu Khait, A., & Lazenby, M. (2021). Psychosocial-spiritual interventions among Muslims undergoing treatment for cancer: an integrative review. *BMC Palliative Care*, 20, 1-22. <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), 1-12. <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>
- Bagheri Sheykhangafshe, F., Rezazadeh Khalkhali, F., Savabi Niri, V., Zolfagharnia, M., & Mikelani, N. (2024). The efficacy of schema therapy on rumination, depression, and personality function of women with bulimia nervosa. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(3), 23-40. <https://doi.org/10.22059/japr.2024.363123.644695>
- 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(5), 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., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... & 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>
- 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(1), 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
- Kazeminia, M., Salari, N., Hosseini-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(1), 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*, 1-9. <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)

- 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. <https://doi.org/10.32598/CMJA.12.2.1166.1> (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>
- 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
- Nur, I. Z. G. U., Metin, Z. G., Eroglu, H., Semerci, R., & Hatice, P. A. R. S. (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>
- 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* (pp. xv–329). Washington, DC: American Psychological Association. <https://lccn.loc.gov/2003014054>
- Saez-Clarke, E., Walsh, E. A., Lohan, 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), 166–174. <https://doi.org/10.1037/hea0001417>
- Sheykhangafshe, F. B., Kiani, A., Sani, A. A., Doost, A. M. S., & Niri, V. S. (2022). 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://doi.org/10.34172/jsums.2023.654>
- 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. <https://doi.org/10.51847/v2yIIZY1hx>
- Yastibaş, C., & Karaman, İ. Y. (2021). Breast cancer and post-traumatic growth: A systemical review study. *European Psychiatry*, 64(S1), S652. <https://doi.org/10.18863/pgy.817760>
- 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>

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 significant. Patients face distressing experiences due to body image changes, aggressive treatments like mastectomy and chemotherapy, and fears of death or recurrence (Cinek et al., 2025). Studies show a rising global incidence and mortality, particularly in low Human Development Index countries, with Iran also showing a concerning increase (Jafari et al., 2025). This psychological strain can lead to both negative and positive psychological outcomes. One such positive outcome is post-traumatic growth (PTG), which includes deeper appreciation for life, enhanced 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 in psychological adjustment (Saez-Clarke et al., 2025). Low distress tolerance is linked to higher levels of depression, anxiety, and emotional dysregulation, while higher tolerance supports adaptive coping and engagement in treatment (Tao et al., 2023). Another crucial factor is cognitive fusion, where individuals overly identify with negative thoughts, seeing them as facts (Othman et al., 2023). High cognitive fusion is associated with greater psychological distress and lower quality of life. On the other hand, spiritual self-care has emerged as a culturally relevant and effective intervention, particularly in religious societies such as Iran (Nur et al., 2024; Nasution et al., 2020). It involves prayer, reflection, and meaning-seeking, which can reduce psychological distress and enhance existential resilience (Leão et al., 2022; Komariah et al., 2020). The present study, therefore, aims to examine the impact 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 with a confirmed diagnosis of breast cancer, selected purposefully from cancer treatment and support centers in Tehran in 2024, and randomly assigned to experimental (n = 17) and control (n = 17) groups after meeting inclusion criteria such as age (30–50), absence of psychiatric medication or psychological interventions, and no comorbid psychological disorders; participants with more than two session absences, worsening condition, or receiving other interventions were excluded. The sample size was calculated using G*Power software, with 95% confidence and a margin of error of less than 2%. After providing study information and obtaining informed consent, participants entered

the study. The intervention involved spiritual self-care training based on the [Richards and Bergin \(2004\)](#) model with an Islamic approach.

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

1. Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI): Developed by [Tedeschi & Calhoun \(1996\)](#), this 21-item scale assesses positive outcomes following trauma across five subscales: 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): Created by [Simons & Gaher \(2005\)](#), this 15-item self-report scale measures distress tolerance across four subscales: tolerance, absorption, appraisal, and regulation. Responses are scored on a 5-point Likert scale, with total scores ranging from 15 to 75, where higher scores reflect 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. \(2010\)](#), this 12-item scale evaluates cognitive fusion—the extent of entanglement with one's thoughts—using a 6-point Likert scale (1–6). Higher total scores (range: 12–72) indicate stronger cognitive fusion. In this study, Cronbach's alpha was reported at 0.84.

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

Findings

The mean age of women in the experimental group was 41.36 ± 5.93 years, and in the control group, 40.90 ± 6.02 years. Chi-square results (Table 1) showed no significant differences between groups in age, marital status, education, 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 PTG, distress tolerance, and cognitive fusion across groups. Similarly, Box's M test verified the equality of covariance matrices for the dependent variables between the experimental and control groups, supporting this key assumption for multivariate analysis. Bartlett's test of sphericity further revealed a significant correlation among PTG, distress tolerance, and cognitive fusion ($p < 0.01$), justifying the use of multivariate techniques. Additionally, the assumption of homogeneity of regression slopes was evaluated by examining the interaction between dependent variables and the independent variable (intervention) at both pretest and posttest stages. The lack of significant interaction ($p > 0.05$) confirmed that this assumption was met.

MANCOVA demonstrated a significant effect of spiritual self-care training on the dependent variables, indicating that the experimental and control groups differed significantly in at least one of the outcomes: PTG, distress tolerance, or cognitive fusion. The effect size revealed that 73% of the variance between groups could be attributed to the intervention. Subsequent univariate ANCOVA tests identified specific areas of significant change: all subscales of PTG—relating to others ($F = 37.02$), new opportunities ($F = 39.72$), personal strength ($F = 41.08$), appreciation of life ($F = 38.59$), and spiritual change ($F = 36.81$)—as well as distress tolerance subscales—tolerance ($F = 53.35$), absorption ($F = 51.40$), appraisal ($F = 42.62$), regulation ($F = 46.78$)—and cognitive fusion ($F = 50.04$) showed highly significant differences ($p < 0.001$). These results confirm meaningful differences between groups across all measured variables. Effect sizes indicated that the intervention explained 62% of variance in relating to others, 64% in new opportunities, 65% in personal strength, 63% in appreciation of life, 62% in spiritual change, 71% in tolerance, 70% in absorption, 66% in appraisal, 68% in regulation, and 69% in cognitive fusion. Consequently, spiritual self-care training significantly improved PTG, enhanced distress tolerance, and reduced cognitive fusion among women with breast cancer.

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 just 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 focus on women with breast cancer in Tehran, reducing generalizability. Use of purposive sampling and lack of control over variables like social support and baseline spiritual beliefs may have influenced outcomes. Despite these limitations, findings support the effectiveness of spiritual self-care training in enhancing resilience, including increased posttraumatic 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, posttraumatic growth, distress tolerance, cognitive fusion, spiritual self-care

Ethical Considerations

This study was conducted by the ethical principles outlined in the Helsinki Declaration and the ethical code (IR.BMSU.BAQ.REC.1403.092). Before the intervention, the research objectives were thoroughly and comprehensively explained to the participants. Furthermore, to uphold ethical principles and maintain the confidentiality of information, participants were assured that the data collected would be analyzed solely in aggregate form.

Acknowledgments and Financial Support

The authors would like to express their sincere gratitude to all the participants in the study. This research was conducted without any financial support.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

In Press / Accepted Manuscript