مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۲، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۳
صفحه: ۱۱۳۹-۱۱۳۰

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 22, No. 2, May-Jun 2014
Pages: 1130-1139

تأثیر درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان

صادق سلاجقه*[1]، مهوش رقیبی[2]

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد رابر، کرمان، ایران
۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، سیستان و بلوچستان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۹

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش میزان اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمان سرطان شهر کرمان سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه تعداد ۲۶ نفر از افراد مبتلا به انواع سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی به روش نمونه‌گیری در دسترس پس از مصاحبه بالینی انتخاب و در دو گروه ۱۳ نفری کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. سپس همه ۲۶ نفر به وسیله پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر مورد آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش ۱۱ جلسه دو ساعته در مداخلات گروه درمانی معنوی و شناختی شرکت کردند، ولی گروه کنترل هیچ مداخله درمانی را دریافت نکردند. در پایان دوباره ابزار پژوهش بر روی همه افراد گروه نمونه اجرا گردید. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان دادند که درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی در کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است ($p\leq ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی شناختی می‌تواند اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان را کاهش دهد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب مرگ، سرطان، گروه درمانی معنوی و شناختی

*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۳۴-۷۴۵۲۰۴۱۱، پست الکترونیکی: sa_salajegheh@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

مقدمه

اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود. از آنجایی که مرگ هرگز تجربه نشده و هیچکس آن را به وضوح لمس نکرده، همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند ولی هر کس بنابر عوامل معینی درجات مختلفی از اضطراب مرگ را تجربه می‌کند(۱). یکی از بیماری‌هایی که اضطراب زیادی را در مورد مرگ ایجاد می‌کند، سرطان است و علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، همچنان به عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. سرطان به عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیرواقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد(۲).

تحقیقات نشان داده‌اند که بهزیستی معنوی با بهزیستی جسمی و روانشناختی در میان بیماران مزمن مرتبط است و معنویت به ویژه هنگام مواجهه بیماران با مرگ نقش برجسته‌ای را در بهزیستی جسمی و روانی آنان ایفا می‌کند(۳). معنویت، بعدی از انسان است که ارتباط و یکپارچگی او را با عالم هستی نشان می‌دهد. ارتباط و یکپارچگی به انسان امید و معنا می‌دهد و او را از محدوده زمان و مکان و علایق مادی فراتر می‌برد وحدت در هستی به وسیله افراد معنوی مشاهده می‌شود(۴). معنویت، ترس از مرگ را کاهش می‌دهد و هوش معنوی زمانی نمایان می‌شود که فرد زندگی‌اش را با معنویت کامل سپری می‌کند(۵)، برخورداری از فلسفه شخصی پیشرفته درباره مرگ ترس را کاهش می‌دهد و بدین ترتیب افرادی که دیدگاه مذهبی متزلزلی دارند مرگ را ترسناک‌تر می‌دانند(۶). ادراک ناقص انسان از مذهب و خدا و آموزه‌های نادرست سبب می‌گردد که او مرگ را به منزله ورود به دنیایی پر از درد و رنج تصور کرده و به این دلیل از مرگ بهراسد(۱). تجربیات مذهبی و معنوی می‌توانند تغییرات زیادی را در فعال سازی مدارهای معینی از مغز ایجاد کنند. معنویت می‌تواند به فعال کردن یا نافعال کردن سیستم‌های مغز برای همدلی یا غمخواری کمک کند، همچنین می‌تواند سیستم‌های مغزی را برای انعکاس افکار، خودآگاهی، و تنظیم حالات هیجانی تسهیل یا بازدارد(۷). بعضی از محققین با اشاره به شواهد تجربی متعدد معتقدند که مذهب نقش زیادی در پیشگیری و درمان اختلالات روانی دارد و گروه درمانی‌های شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مؤثرند(۸). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهمتر باشد(۹). در مطالعه Taylor بر روی قربانیان سرطان مشاهده شد که بعضی قربانیان، سرطان را به عنوان یک مبارزه یا آزمایش الهی که از طرف خدا برای ایمان آنها طرح شده است، می‌دانستند، در حالی که عده‌ای دیگر آن را به عنوان یک تهدید در نظر می‌گرفتند(۱۰). در مطالعه دیگری McClain و همکاران نشان دادند که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد(۱۱). در مطالعه Strawbridge و همکاران افرادی که بیش از یک بار در هفته در مراکز مذهبی حضور یافتند، ۲۴٪ کمتر از گروه شاهد احتمال مرگ داشتند(۱۲).

مطالعات نشان داده‌اند که درمان معنوی می‌تواند اثرات مثبت عمیقی بر کارکرد مراجعان داشته باشد، بعضی از مطالعات به این مطلب پرداخته‌اند که معنویت می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامتی از فشارخون بالا گرفته تا بهبود کارکرد جسمی داشته باشد. نتایج مطالعات مربوط به آیین‌ها و اعمال معنوی (مثل نماز و مراقبه)، بهبود در سلامت جسمی و روانی را نشان داده‌اند. باورهای معنوی به طور مستقیم می‌توانند بر روشی که افراد تجربیاتشان را تفسیر می‌کنند اثر بگذارد و این به آن معنا است که این باورها می‌توانند باعث افزایش سلامت روانی شوند(۱۳). به طور خلاصه معنویت یکی از ابعاد زندگی انسانی است و هنگامی که افراد به اتاق مشاوره و درمان وارد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

می‌شوند، بعد معنوی خود را پشت در نمی‌گذارند بلکه باورهای معنوی، اعمال، تجارب، ارزش‌ها، ارتباطات و چالش‌های معنوی خود را نیز به همراه خود به اتاق مشاوره و درمان می‌آورند(۶). رویکردهای معنویت درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان مسایل مهم معنوی درمان‌جویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه ایمان و معنویت درمان‌جویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌ایی استفاده کنند که بیانگر احترام و ارزش قائل شدن درمانگر نسبت به مسایل معنوی درمانجو باشد(۱۴).

در سال‌های اخیر علاقه خاصی به روان شناسی مذهبی و معنوی به وجود آمده است اما اغلب زمینه‌هایی که علاقه مندان را به خود جلب کرده است، در حوزه خاصی مانند تحول ایمان مذهبی و یا جنبه‌های روان شناختی اجتماعی مذهبی بوده است. پژوهش‌های کمی در زمینه ترکیب گروه درمانی به شیوه معنوی و مذهبی انجام گرفته است. این مطالعات در ایران محدود به روان درمانی با رویکرد معنوی بوده و کمتر به شکل ترکیبی استفاده شده است. به عنوان مثال در یک بررسی توسط Rahmati و همکاران بر درمان علایم بیماران اسکیزوفرنیک(۱۵)، Bolhari و همکاران بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه(۱۶)، Yaghobi و همکاران بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان(۱۷)، Hamid و همکاران (۱۸)، رویکرد معنوی یا مذهبی را به صورت جدا یا ترکیبی در درمان بکار برده‌اند و تأثیر آن را معنی‌دار گزارش کرده‌اند.

با توجه به این که اغلب بیماران سرطانی دچار اضطراب در خصوص مرگ و درگیر تحریف‌های شناختی و افکار منفی علایم خود (مثلاً بیماری من خطرناک و غیر قابل علاج است و درمان نخواهم شد) هستند و در درمان‌های شناختی هدف تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است(۱۹) و این که این اشتغالات ذهنی بهداشت جسمانی و روانی آنها را دچار مخاطره می‌سازد. یکی از روش‌های روان‌درمانی که در این خصوص می توان به کار برد درمان شناختی است که به واسطه آن باورها و افکار منفی در خصوص بیماری را در بیماران می‌توان تغییر داد(۲۰). با توجه به مباحث مطرح شده زمان آن رسیده است که راهکارهای معنوی، با نظریه و روش‌های علمی روان درمانی ترکیب شود. از آنجا که در ایران تاکنون بررسی علمی در مورد تأثیر ترکیب این دو روش روان‌درمانی بر روی اضطراب مرگ در بیمارانی که در معرض مرگ واقعی هستند و هر لحظه افکار و تصورات ناشی از واقعه مرگ، آنها را رنج می‌دهد انجام نشده، پژوهش حاضر به بررسی این موضوع در بیماران سرطانی پرداخته است.

روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه تجربی بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی مراجعه‌کننده به مراکز درمان سرطان شهر کرمان است که پس از بررسی بیماران و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای شرایط لازم (نداشتن اختلال روانی دیگر- نداشتن بیماری جسمی شدید دیگر- میزان تحصیلات پنجم ابتدایی تا دیپلم) برای پژوهش مورد نظر مشخص گردیدند و تمامی آزمودنی‌ها ابزار پژوهش را تکمیل کردند. سپس بر اساس روش نمونه گیری در دسترس، دو گروه ۱۳ نفره که بر اساس سن، جنس و تحصیلات همتا شده بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (که در هر گروه کنترل و آزمایش، تعداد ۵ زن و ۸ مرد با دامنه سنی ۶۰-۳۵ سال و میزان تحصیلات پنجم ابتدایی تا دیپلم حضور داشتند). با توجه به این که به دلیل ماهیت روان درمانی‌های گروهی استفاده از نمونه با حجم بالا در گروه‌ها مقدور نیست لذا محقق در ابتدا با در نظر گرفتن شرایط عملی، حداکثر حجم نمونه را به عنوان نمونه مقدماتی یا اصلی انتخاب می‌نماید و پس از جمع‌آوری داده‌ها، بر اساس نتایج تحلیل (سطح معنی‌داری α=۰/۰۵، اندازه اثر و توان آماری ۰/۸) می‌توان درباره کفایت حجم نمونه قضاوت نمود(۲۱). پس از آن اعضای گروه آزمایش با رضایت خودشان به مدت ۱۱ هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه دو ساعته وارد درمان شدند. بعد از اجرای پس آزمون روی دو گروه، این روش درمانی به صورت فشرده برای گروه کنترل هم آموزش داده شد.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

ابزارهای پژوهش مصاحبه بالینی ساختار یافته محور I, II در DSM- IV و مقیاس اضطراب مرگ تمپلر بود.

الف) مصاحبه بالینی ساختار یافته محور I, II در DSM- IV شامل: بررسی اختلالات محور یک و دو راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی و بررسی تاریخچه زندگی و معاینه روانی بیماران بود. این مصاحبه یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است و بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود. مطالعات گوناگون از جمله Willam و همکاران(۲۲) و Martin و همکاران حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است(۲۳). در مطالعه Sharifi و همکاران که با هدف سنجش پایایی و قابلیت اجرای این مصاحبه بالینی صورت گرفت در مرحله نخست: «ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه»؛ مرحله دوم: «مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی». نتایج به شرح زیر بود: پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می توان از این ابزار در تشخیص گذاری‌های بالینی، پژوهشی و آموزش استفاده کرد(۲۴).

ب) مقیاس اضطراب مرگ تمپلر ۱۹۷۰ از ۱۵ ماده تشکیل شده است، نگرش افراد را به موضوعات مربوط به مرگ اندازه می‌گیرد و در مقایسه با مقیاس‌های مشابه، طیف وسیعی از تجارب مربوط به مرگ را دربرمی‌گیرد. این بخش شامل ۱۵ سوأل صحیح ـ غلط بود و بر حسب جواب صحیح یا غلط به آن نمره ۰ یا ۱ تعلق می‌گرفت نمره ۱ در صورتی که پاسخ فرد نشان‌دهنده وجود اضطراب باشد و نمره صفر در صورتی که پاسخ فرد نشانگر عدم وجود اضطراب باشد مثلاً در سوال: فکر مرگ هیچگاه مرا ناراحت نمی‌کند پاسخ صحیح نشانگر عدم وجود اضطراب در فرد است و این یعنی کسب امتیاز ۰ و پاسخ غلط نشان‌دهنده وجود اضطراب مرگ در فرد کسب نمره ۱ است. امتیاز پرسشنامه از ۰ (عدم وجود اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) بود که حد وسط آن(۷-۶) نقطه برش در نظر گرفته شد، بیشتر از آن(۷-۱۵) اضطراب مرگ بالا و کمتر از آن (۰-۶) اضطراب مرگ پایین است.

پیرامون اعتبار مقیاس اضطراب مرگ Rajabi و همکارش ضریب پایایی تنصیفی را ۰/۶ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. برای بررسی روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه آن ۰/۰۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی و ۰/۳۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بود"(۲۵).

جهت انجام روش مداخله، ابتدا آرام سازی (ریلکسیشن) آموزش داده شد و به عنوان یکی از تکالیف خانگی هر روز لحاظ شد، سپس در هر جلسه ابتدا تکالیف جلسه قبل بررسی و مورد بحث قرار می‌گرفت، سپس بحث‌های لازم برای جلسه جدید تمرین و در پایان جلسه تکالیف جدید به اعضای گروه داده شد. در تهیه پروتکل درمان، ترکیبی از طرح درمان معنوی، Hartz (۲۶) و مدل شناختی بک استفاده شد(۲۷).

خلاصه ساختار جلسات بدین شرح بود:

جلسه اول: خوش آمدگویی، توضیح در مورد فلسفه کار و تعیین زمان جلسات و مدت آن، بیان اهداف، گفتگو در مورد معنویت و دین و تأثیر این نگرش‌ها بر زندگی فرد، اجرای پیش آزمون

جلسه دوم: خودآگاهی و ارتباط با خود و گوش دادن به ندای درونی، آموزش تشخیص رویدادهای برانگیزاننده منفی، شناخت افکار و تأثیر آنها بر رفتار و سلامت، شناخت افکار مرتبط با مذهب و معنویت مثل معنا و هدف. صحبت در مورد اضطراب و علایم آن و صحبت در مورد مرگ و شناخت افکار ناخوشایند و افکار منفی، تکلیف خانگی.

جلسه سوم: خودانگاره، صحبت در مورد حقیقت و معنا در زندگی، صحبت در مورد اضطراب از مرگ و به چالش کشیدن افکار منفی و غیرمنطقی در مورد اضطراب مرگ، تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: کلمه خدا و ارتباط با خدا و هر قدرت برتری که درمانجو به آن ایمان دارد و نیایش و گفتگو با خدا، بررسی افکار به کمک بیماران و جایگزینی افکار منفی و غیرمنطقی (مثلاً بیماری من درمان ناپذیر است و...)، تأثیر بر کاهش

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

اضطراب و ایجاد آرامش، تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: نوع دوستی (انجام کارهای معنوی به صورت گروهی)، بررسی تعالیم مذهبی در خصوص مرگ و ترس از آن، مرور رفتار منطقی و خوشایند و به دنبال آن مرور افکار منطقی مرتبط، تکلیف خانگی

جلسه ششم: ارتباط با مقدسات، نوشتن نامه به خدا (قدرت برتر)، شناخت هر چه بیشتر تحریف‌های شناختی مثل افکار همه یا هیچ در مورد کمک خدا برای درمان، شخصی سازی و دیگر تحریف‌های شناختی، تکلیف خانگی.

جلسه هفتم: رنجش و عدم بخشش و احساس گناه و بخشش خود، بررسی افکار غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی در این خصوص، تکلیف خانگی.

جلسه هشتم: مرگ و ترس از مرگ و رنج، ایمان به بخشش و بحث در خصوص بخشودگی و افکار غرمنطقی و تحریف‌های شناختی مرتبط، تکلیف خانگی.

جلسه نهم: ایمان و توکل به خدا، امید و تأثیر آن در نگرش‌های و آرامش فرد، بررسی افکار در مورد ایمان و توکل در کاهش اضطراب، تکلیف خانگی.

جلسه دهم: قدردانی و شکرگزاری از خالق هستی، امید، بحث در خصوص تأثیرات امید در کاهش اضطراب و جایگزینی افکار منطقی در برابر اضطراب مرگ، تکلیف خانگی در این خصوص.

جلسه یازدهم: بیان احساسات توسط بیماران و بحث در مورد آنها، بررسی تغییراتی که بیماران در وضعیت خود (اضطراب از جنبه های جسمی و ...) احساس کرده‌اند، بررسی تغییرات شناختی، اجرای پس آزمون- تشکر و قدردانی از شرکت و همکاری اعضاء گروه.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

همان طور که جدول یک نشان می‌دهد میانگین اضطراب گروه کنترل بیشتر از گروه آزمایش می‌باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار میزان اضطراب مرگ دو گروه

گروه‌ها	تعداد	میانگین ± انحراف معیار
کنترل	۱۳	۰/۹۲±۸/۲۳
آزمایش	۱۳	۰/۸۰±۴/۱۵

مقدار F، جهت تفاوت بین گروه‌ها (کنترل و آزمایش) در سطح معنی‌داری p≤۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد(جدول ۲). این بدین معنا است که تفاوت معنی‌داری بین نمره‌های اضطراب مرگ گروه‌های آزمایش و کنترل (با کنترل عامل آزمون) وجود دارد. لذا فرضیه پژوهش مبنی بر این که روش درمانی معنوی شناختی باعث کاهش میزان اضطراب مرگ در گروه آزمایش می‌شود، تأیید می‌گردد. اندازه اثر هم که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده، نشان‌دهنده درصدی از واریانس نمرات اضطراب مرگ می‌باشد که در اثر اجرای عمل آزمایش به وجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۸۷ می‌باشد که با تبدیل به درصد ۸۷٪ می‌شود، بدین معنا که حدود ۸۷ درصد از تغییرات نمرات اضطراب مرگ ناشی از اجرای روش درمانی می‌باشد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی باعث ۸۷٪ تغییر در نمره‌های اضطراب مرگ شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مقایسه نمره های اضطراب مرگ دو گروه

منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	مقدارF	P-Value	مجذور اتا
بین گروهی	۱۰۰/۸۰	۱	۱۰۰/۸۰	۱۵۷/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷
پیش آزمون	۳/۲۸	۱	۳/۲۸	۵/۱۴	۰/۰۳	۰/۱۸
خطا	۱۴/۷۱	۲۳	۰/۶۴	–	–	–

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی بر کاهش علایم اضطراب مرگ بیماران سرطان بود. نتایج نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر، در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات کلی علایم اضطراب مرگ نسبت به گروه گواه به دست آورد. پس فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر درمان ترکیبی گروه درمانی معنوی و شناختی در کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است، تأیید می‌گردد. تحقیقات نشان داده‌اند که بهزیستی معنوی با بهزیستی جسمی و روانشناختی در میان بیماران مزمن مرتبط است و معنویت و اصلاح تحریف‌های شناختی به ویژه هنگام مواجهه بیماران با مرگ نقش برجسته‌ای را در بهزیستی جسمی و روانی آنان ایفا می‌کند(۳). معنویت، ترس از مرگ را کاهش می‌دهد و هوش معنوی زمانی نمایان می‌شود که فرد زندگی‌اش را با معنویت کامل سپری می‌کند، برخورداری از فلسفه شخصی پیشرفته در باره مرگ که بر درمان شناختی نیز تأکید دارد، ترس را کاهش می‌دهد و بدین ترتیب افرادی که دیدگاه مذهبی متزلزلی دارند مرگ را ترسناک‌تر می‌دانند. ادراک ناقص انسان از مذهب و خدا و آموزه‌های نادرست سبب می‌گردد که او مرگ را به منزله ورود به دنیایی پر از درد و رنج تصور کرده و به این دلیل از مرگ بهراسد(۱). بعضی از محققین با اشاره به شواهد تجربی متعدد معتقدند که مذهب نقش زیادی در پیشگیری و درمان اختلالات روانی دارد و گروه درمانی‌های شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران بستری مبتلا به اختلالات خلقی مؤثرند(۸). پژوهش‌های مختلف نیز اثربخشی این رویکرد گروه درمانی را در مشکلات روانی ـ رفتاری مورد تأئید قرار داده‌اند. Sanayi و همکارش در تحقیقی نشان دادند که آموزش مفاهیم مذهبی و شرکت در گروه درمانی‌های مبتنی بر محتواهای دینی و معنوی تأثیر معنی‌داری در کاهش اضطراب بیماران دارد و در آنها نگرشی مثبت نسبت به خود، محیط و آینده ایجاد می‌کند(۲۸). بنابراین نیایش، خواندن کتاب‌های وحی، یا حضور در مراسم مذهبی از جمله منابعی هستند که بعضی افراد مذهبی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند(۲۹). نتایج پژوهش McClain و همکاران نشان داد که سلامت معنوی اثر قوی بر ناامیدی پایان زندگی در بیماران مبتلا به سرطان دارد(۳۰). برای بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل انتهایی بیماری خود قرار دارند، آرامش معنوی و مذهبی ممکن است حتی از سلامت جسمی و روانی مهمتر باشد(۳۱).

نتایج این پژوهش در زمینه اضطراب با پژوهش‌های Anderson و همکاران، Tsai و همکاران، Yaghobi و همکاران که روی اضطراب دانشجویان انجام داده‌اند، Jaw و همکارش که نیاز به مراقبت روانی معنوی را مرتبط با کاهش ترس از مرگ مرتبط دیدند، Montazeri و همکاران، Sanayi و همکارش، McCalin و همکاران همسو است(۳۵-۳۲،۲۸،۱۷). از دلایل و تبیین‌هایی که می‌توان در مورد اثربخشی این روش به آن اشاره کرد این است که آرام‌سازی که در شروع و پایان هر جلسه و کارهایی که در طول جلسات درمان از قبیل دعا، نیایش، ارتباط با خدا، توکل به خدا، بخشش و غیره از بعد معنوی و تمرکز بر روی برداشت‌ها و افکار و اصلاح افکار هم در بعد شناختی که یکی از ابعاد سلامت معنوی جنبه شناختی آن است و شامل جستجوی معنا، هدف، حقیقت در زندگی، عقاید و ارزش‌ها می‌شود، انجام می‌شد توانسته باعث ایجاد تجربیات جدید معنوی و شناختی روزانه شود که خود کاهش دهنده اضطراب است و عوامل معنوی مهم دیگر مثل بخشش و بخشودگی و واگذاری مشکلات به خدا (قدرت برتر) نیز می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. از تبیین‌های دیگر نیز می‌توان به این مطلب اشاره کرد که در جامعه ما مذهب و معنویت از جایگاه ویژه‌ای برخوردارند و مذهب از مؤثرترین تکیه‌گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در تمامی عمر فراهم سازد و فرد را از بی‌معنایی به ویژه مواقع سخت و بحرانی نجات دهد و شناخت‌های فرد را تحت تأثیر قرار داده و باورهای مثبت را جایگزین باورهای منفی کند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

مهمترین محدودیت پژوهش حاضر، عدم وجود یک ساختار مفهومی روشن و یکپارچه برای گروه درمانی معنوی و شناختی بود. به علاوه پژوهش‌های کمی در زمینه ترکیب گروه درمانی به شیوه معنوی و شناختی انجام گرفته است. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به روش نمونه‌گیری و نبود مطالعات مشابه در این زمینه اشاره کرد تا بتوان مقایسه‌های بهتری به عمل آورد. از آنجایی که در کشور مردم به باورهای دینی اعتقاد دارند، پیشنهاد می‌شود مداخلاتی در این زمینه و مشابه با رویکردهای تلفیقی دیگر جهت تأثیر در روند درمان یا افزایش تحمل، کارایی و سلامت روان این بیماران طراحی و اجرا شود.

References:

1- Naderi F, Roushani Kh. ***Relationship of spiritual intelligence and social intelligence with death anxiety in old women***. J Women and Culture 2012; 2(6): 55-67. [Persian]

2- Mardani-Hamule M, Sharak Vahed A. ***Relationship between mental health and quality of life cancer patient***. J Shahid Sadoughi Med Sci 2010; 18(2): 111-17. [Persian]

3- Aten JD, Leach MM. ***Spirituality and the therapeutic process: a comprehensive resource intake to termination***. USA; Washington, DC: American Psychological Association; 2009.p.1-75.

4- Ghobaribona B, Motavalipoor A, Hakimirad E, Habibiasgarabad M. ***Relationship between anxiety and depression with spirituality in Tehran University Students***. J Applied Psychol 2009; 3(2): 110-23. [Persian]

5- Levin M. ***Spiritual intelligence: awakening the power of your spirituality and intuition***. London: Hodder & Stoughton; 2000.

6- Pargament KI. ***Spirituality integrated psychotherapy: understanding and addressing the Sacred***. New York: Guilford Press; 2007.

7- Griffith JL. ***Religion that heals, religion that harms: a guide for clinical practice***. New York: The Guilford Press; 2010.

8- Masoudzadeh A, Setareh J, Mohammadpour RA, Modanlookordi M. ***A survey of death anxiety among personnel of a hospital in Sari.*** J Mazandaran Univ Med Sci 2008; 18(67): 84-90. [Persian]

9- Leung RK, Chiu TY, Chen CY. ***The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients***. J Pain Symptom Manage 2006; 31(5): 449-56.

10- Taylor SE. ***Adjustment to thereatening events: a theory of cognitive adaptation***. Am Psychol 1983; 38(11): 1161-73.

11- Mc Clain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. ***Effect of spiritual well-being on end-of life despair in terminally-ill cancer patients***. Lancet 2003; 361(9369): 1603-7.

12- Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. ***Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years***. Am J Public Health 1997; 87(6): 957-61.

13- Upton JC. ***Religion and psychology: research progress.*** Nova Sci Publishers Inc; 2008.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

14- Richards PS, Hardman RK, Berrett M. ***Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders***. Washington: American Psychological Association; 2007.

15- Rahmati M, Falahikhoshknab M, Rahgozar A, Rahgozar M. ***The effect of religious-spiritual group therapy on mental symptoms of schizophrenic patients***. J Res Nurse 2011; 5(6): 13-20. [Persian]

16- Bolhari J, Naziri Q, Zamanian S. ***Effectiveness of spiritual group therapy on decrease of depression, anxiety and stress in women with breast cancer***. J Women Social 2013; 3(1): 85-116. [Persian]

17- Yaghobi H, Sohrabi F, Mohamadzade A. ***Comparison of CBT and Religion-spiritual psychotherapy Based on eslam in reduce of anxiety in students***. J Behav Sci 2013; 10(2): 99-107. [Persian]

18- Hamid N, Boshlide K, Aydibaygi M, Dehghanizadeh Z**.** ***Effectiveness of C B T focus psychotherapy on woman divorsed depression***. J Family Counsel Psychother 2012; 1(1): 54-64. [Persian]

19- Yousofi N. ***Effective of cognitive therapy focused on religion and logotherapy on decrease of anxiety and aggression in students***. J Concel Psychother 2012; 3(10): 137-58. [Persian]

20- Herbert TB, Cohen S, Marsland AL, Bachen EA, Rabin BS, Muldoon MF, et al. ***Cardiovascular reactivity and the course of immune response to an acute psychological stressor***. J Psychosom Med 1994; 56(4): 337-44.

21- Molavi H**.** ***Practical guidance of 10-13-14 SPSS for behavior sciences***. Esfahan: Pouyesh Andisheh; 2008; [Persian]

22- Williams BW, Miriam MB, Soitzer M, Borus MJ, Kane HG, Rounsaville B, et al. ***The Structured clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multisite –test-retest reliability***. Arch General Psychiatry 1992; 49(5): 630-36.

23- Martin CS, Pollock NK, Bukstein OG, Levin KG. ***Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents***. J Drug Alcohol Dependence 2000; 59(2): 173-76.

24- SHarifi V, Asadi M, Mohamadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. ***Validity and reliability of The Structured clinical Interview for DSM-IV (SCID)*****.** J New Cognitive Sci 2005; 6(1-2): 1&2. [Persian]

25- Rajabi Q, Bahrani M. ***The factor analysis of death anxiety scales***. J Psychol 2002; 5(4): 332-44. [Persian]

26- Hartz G. ***Spirituality and mental health: clinical applications***. Trans Kamkar A, Jafari I. Tehran: Ravan Publication; 2008. [Persian]

27- Beck JS. ***Cognitive therapy: Basics and beyond***. Trans Dorahaki I, Abedi MR. Tehran: Golhaye Mohammadi Pub; 2003. [Persian]

28- Sanayi B, Nasiri H. ***The effect of Religious – cognitive group therapy on decrease of anxiety and depression in patients of mood disorders at Esfahan Noor center***. J Iranian Counseling Association; 2001. [Persian]

29- Meraviglia MG. ***critical analysis of spirituality and its empirical indicators. Prayer and meaning in life.*** Journal of Holist Nursing 1999; 17(1): 18-33.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

30- McClain CS, Rosentald B, Breitbart W. ***Effect of spiritual Well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients***. Lancet 2003; 361(9369): 1603-7.

31- Leung KK, Chiu TY, Chen CY. ***The influence of awareness of terminal condition on spiritual well-being in terminal cancer patients***. J Pain Symptom Manage 2006; 31(5): 449-56.

32- Anderson T, Watson M, Davidson R. ***The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study***. J Palliative Med 2008; 22(2): 814-821.

33- Jaw T, chih H. ***Fear of death and good death among the young and elderly terminal cancers in Taiwan***. J Pain Symptom Manage 2005; 29(4): 334-51.

34- Montazeri A, Jarvandi S, Vahdani M, Sajadian A, Ebrahimi M, Mahmoodi MH. ***Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group***. J Patient Educ Couns 2001; 45(3): 195-98.

35- McClain J, Rosenfeld B, Kosiniski A, Pessin H, Cimino J, Breitbart W. ***Belief in an after life, spiritual well-being and end of life despair in patients with advanced cancer***. J General Hospital Psychiatry 2004; 26(6): 484-86.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

The Effect of Combined Therapy of Spiritual-Cognitive Group Therapy on Death Anxiety in Patients with Cancer

Salajegheh S(MA)*[*1], Raghibi M(PhD)[2]

[1]*Department of Psychology, Payamnoor University, Rabor Branch,Kerman, Iran*
[2]*Department of Psychology, University of Sistan and Baloochestan, Sistan and Bloochestan, Iran*

Received: 16 Mar 2013 ***Accepted:*** 31 Oct 2013

Abstract

Introduction: The current study aims to examine the effectiveness of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on decreasing the death anxiety of patients with cancer who referred to cancer treatment centers of Kerman in 2012.

Methods: To this aim after a clinical interview, 26 patients with cancer, referred to treatment centers, were selected using convenient sampling method. The study participants were randomly divided into two groups of control and experimental, each including 13 patients. Then, all 26 patients were scrutinized by Templar's death anxiety questionnaire. The experimental group participated in eleven 2-hour sessions of spiritual-cognitive group therapy; however, the control group received no intervention therapy. At the end, a post-test was conducted on all individuals in the sample group (26 patients). After collecting the questionnaires, the gathered data was analyzed applying SPSS software along with covariance analysis (ANCOVA).

Results: The study results indicated that the combined therapy of spiritual- cognitive group therapy was significantly effective ($p \leq 0/001$) in reducing death anxiety of patients with cancer.

Conclusion: The combined therapy of spiritual-cognitive group therapy can decrease the death anxiety in patients with cancer.

Keywords: Cancer; Death Anxiety; Spiritual-Cognitive Group Therapy

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-25]

This paper should be cited as:
Salajegheh S, Raghibi M. ***The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer***. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(2): 1130-39.

Corresponding author: Tel: +98 034 74520411, Email: sa_salajegheh@yahoo.com