

Research Paper



The Effectiveness of a Multidimensional Model of Adaptation Improvement Protocol on the Level of Spiritual and Social Health of Women with Breast Cancer



Negar Mazloomalhosseini¹, Reza Rostami^{*2}, Hadi Bahrami Ehsan², Manijeh Firoozi³

1. Phd candidate, Psychology Department, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
2. Professor, Psychology Department, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Associate professor, Psychology Department, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15333

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.10.4](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15333)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15333.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Adaptation, Spiritual health, Social health, Breast cancer

Received: 2022/06/21
Accepted: 2022/07/16
Available: 2023/02/09

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of adaptation protocol based on multidimensional model on the level of spiritual and social health of women with breast cancer. The present study was a quasi-experimental with pre-test and post-test with experimental and control groups. The present study was an applied study and the research method was quasi-experimental and its design was pre-test and post-test with experimental and control groups. The statistical population included patients with breast cancer referred to the specialized clinic of breast diseases in Mashhad. Among them, 30 were selected and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group was trained in adaptation improvement protocol and the control group did not receive any intervention. The research instruments were spiritual well-being questionnaire and social health questionnaire. Data were analyzed by analysis of covariance and SPSS-24 software. The results showed that the adjustment protocol based on the multidimensional model significantly increased the spiritual and social health of women with breast cancer ($P < 0.001$). Multidimensional modeling adaptation protocol improved the level of spiritual and social health in women with breast cancer by creating spiritual, psychological, social, emotional and physical adaptation.



* Corresponding Author: Reza Rostami

E-mail: rrostami@ut.ac.ir

مقاله پژوهشی



اثربخشی پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بر سطح سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان



نگار مظلوم‌الحسینی^۱، رضا رستمی^{۲*}، هادی بهرامی احسان^۳، منیژه فیروزی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15333

DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.68.10.4

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15333.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

سازگاری، سلامت معنوی، سلامت اجتماعی، سرطان پستان

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بر سطح سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. مطالعه‌ی حاضر از نوع کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماری‌های پستان شهر مشهد بود. از بین آنها، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت آموزش پروتکل بهبود سازگاری قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت معنوی و پرسشنامه سلامت اجتماعی بود. داده‌ها با روش آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS-24 تحلیل شدند. نتایج نشان داد پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی موجب افزایش معنادار سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ($P < 0/001$). پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی با ایجاد سازگاری معنوی، روان‌شناختی، اجتماعی، عاطفی و جسمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان موجب بهبود سطح سلامت معنوی و اجتماعی در آنها شد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۴/۲۵

منتشر شده: ۱۴۰۱/۱۱/۲۰

* نویسنده مسئول: رضا رستمی

رایانامه: rrostami@ut.ac.ir

مقدمه

سرطان پستان بعد از سرطان ریه به عنوان دومین عامل مرگ و میر در زنان مطرح است (وارد و همکاران^۱، ۲۰۱۹). در بین زنان، این سرطان شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روان‌شناختی تأثیرگذارترین نوع سرطان است (هیفانتیس، پاپادیمیتریو، پتراکیز، فونتزیلز، رپانا و همکاران^۲، ۲۰۱۳). به طور کلی، تشخیص سرطان موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی همچون اضطراب و استرس در بیمار و خانواده وی می‌شود (پاکی مارتین^۳، ۲۰۰۹). چرا که ابتلای فرد به سرطان می‌تواند بر ابعاد مختلف زندگی اعم از جسمانی، روانی، معنوی و مالی بیماران و اعضای خانواده آنان تأثیرگذار باشد (لطفی کاشانی، وزیری، زین العابدینی و زین العابدینی، ۱۳۹۲). طبق یافته‌های برخی از مطالعات نشان می‌دهد که شیوع افسردگی، پریشانی و سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان ۲۵ تا ۳۰ درصد است (هیفانتیس و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین بیماری سرطان می‌تواند باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی در فرد شود که تأثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد (معروضی، حاجی زاده و غلامی فشارکی، ۱۳۹۹). در واقع تشخیص بیماری سرطان و فرایند درمان آن استرس زیادی را برای فرد ایجاد می‌کند (پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنائی ذاکر، ۱۳۹۷) و استرس نیز باعث اختلال در سیستم‌های فیزیولوژیک از جمله سیستم اتونومیک و سیستم ایمنی بدن می‌شود و این فرایند می‌تواند منجر به تشدید بیماری و بدتر شدن پیش آگهی آن شود (کیفل و شر^۴، ۲۰۱۵). بنابراین حفظ و ارتقای سطح سلامت در بیماران مبتلا به سرطان اهمیت خاصی دارد چرا که می‌تواند تسهیل‌کننده فرایند بهبودی آنها باشد. برخورداری از سلامت معنوی و اجتماعی به ویژه در شرایط استرس‌زا و بحرانی همچون ابتلا به یک بیماری بالقوه مهلک نقش مهمی در ارتقای سطح سلامت و عملکرد کلی فرد ایفا می‌کند.

الگوهای نظری مختلف به اشکال گوناگون به مبحث سلامت پرداخته‌اند. طبق الگوی زیستی - پزشکی^۵، سلامتی یعنی فقدان یک یا چند مورد از موارد مرگ، بیماری، ناراحتی، ناتوانی و نارضایتی. الگوی زیستی پزشکی حاوی این دیدگاه است که برای تمام اختلالات، عوامل جسمی شناخته‌شده یا قابل شناخت وجود دارد. طبق الگوی زیستی - روانی - اجتماعی^۶، سلامتی بر حسب کلیت شخص و نه بر اساس بخش بیماری از بدن تعریف می‌شود. الگوی کلی نگر زیستی - روانی - اجتماعی جنبه‌های فیزیولوژیکی، روانی، هیجانی، اجتماعی، معنوی و محیطی، افراد و جوامع را شامل می‌شود و بر سلامت بهینه، پیشگیری از بیماری و حالت‌های روانی و هیجانی مثبت متمرکز است (اوگدن^۷، ۲۰۲۲). در تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) نیز سلامت تنها به معنی فقدان بیماری یا معلولیت نیست بلکه سلامت دربردارنده مفهوم بهزیستی و کیفیت مثبت

زندگی است. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۳) در تعریف ابعاد وجودی انسان، به ابعاد جسمانی و روانی، اجتماعی و معنوی اشاره دارد و بعد معنوی را در رشد و تکامل انسان اساسی می‌داند. بیماری رنج کشیدن و مواجهه با مرگ همگی تجارب معنوی هستند و معنویت می‌تواند در فرایند بهبودی دارای نقش مهمی است (کلارک، ویلیامز، هانگ، راث و هالت^۸، ۲۰۱۸). معنویت نیرویی در فرد است که وی را برای یافتن معنا، هدف و پیشرفت در زندگی، رنج بردن و مرگ انگیزه می‌دهد و به تقویت امید و رغبت به زندگی کمک می‌کند (هو، جیا و لی^۹، ۲۰۱۹). سلامت معنوی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثابت در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشتن، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود (کلارک، و همکاران، ۲۰۱۸). معنویت به آگاهی فردی از هستی و تجربه احساس و عقاید درونی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند مربوط است و بدین طریق این امکان را فراهم می‌آورد که انسان با خود، خدا و دیگران در صلح به سر برد و به هماهنگی با محیط دست یابد (دادفر، گان، لستر و ابدل-خالک^{۱۰}، ۲۰۲۱). بنابراین معنویت نیروی حیاتی و یکپارچه‌کننده زندگی است که انسان را در دستیابی به تعادل بیشتر جسمی، روانی و بهزیستی اجتماعی یاری می‌رساند. طبق یافته مطالعات موجود بیماران که از سلامت معنوی بالاتری برخوردار هستند از مزایایی همچون تبعیت بهتر از درمان، بهبودی سریعتر، امید به زندگی و سلامت و کیفیت زندگی بهتر خبر می‌دهند (ژانگ، ژو، چن، ان و چن^{۱۱}، ۲۰۲۰).

از سوی دیگر، عملکرد خوب در زندگی، تکالیف و چالش‌های اجتماعی را نیز در برمی‌گیرد. بنابراین سلامت اجتماعی نیز یکی از ابعاد سلامت است که نقش مهمی در تعادل زندگی هر انسان دارد (یو، ژاو، لی، ژانگ و لی^{۱۲}، ۲۰۲۱). طبق تعریف کیز^{۱۳} (۱۹۹۸) سلامت اجتماعی به معنای برداشت و گزارش فرد از کیفیت ارتباطش با دیگران است. یعنی درک فرد از اجتماع به صورت مجموعه‌ای معنادار، قابل فهم، دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی همراه با این احساس که متعلق به جامعه است و خود را در اجتماع و پیشرفت آن سهیم می‌داند (لاتولپ، هامل و گیروکس^{۱۴}، ۲۰۱۷). برخورداری فرد از ذهنیت مثبت نسبت به جامعه برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است (استارگ، کلاسنز، لاگر، ویتکمپ، ویگتر و میجرینگ^{۱۵}، ۲۰۲۱). کیز (۱۹۹۸) در نظریه خود سلامت اجتماعی را به صورت جامع و با شمول ابعاد اجتماعی و محیطی زندگی فرد مفهوم‌سازی نمود و سلامت اجتماعی را دربرگیرنده اجزاء و مؤلفه‌های انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی دانست. انسجام اجتماعی نشان‌دهنده ارزیابی فرد از کیفیت روابطش در جامعه و گروه‌های

9. Hu, Y., Jiao, M., & Li
 10. Dadfar, M., Gunn III, J. F., Lester, D., & Abdel-Khalek
 11. Zhang, Y., Xue, G., Chen, Y., An, K., & Chen
 12. Yu, Y., Zhao, Y., Li, D., Zhang, J., & Li
 13. Keyes
 14. Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux
 15. Sturge, J., Klaassens, M., Lager, D., Weitkamp, G., Vegter, D., & Meijering

1. Ward et al
 2. Hyphantis, Papadimitriou, Petrakis, Fountzilias, Repana & et al
 3. Pukay-Martin
 4. Kiffel, & Sher
 5. Biomedical model
 6. biological-psychological-social model
 7. Ogden
 8. Clark, E. M., Williams, B. R., Huang, J., Roth, D. L., & Holt

سازگاری با بیماری پرداخته‌اند. مدل سازگاری شناختی^۶ بر پذیرش بیماری و احساس کنترل بر آن تأکید دارد. مدل شخصیت بر نقش عوامل شخصیتی همچون خوش بینی یا روان رنجوری در سازگاری و مدل استرس و مقابله^۷ بر راهبردهای مورد استفاده بیمار در برخورد با تکالیف مربوط به سازگاری با بیماری تأکید دارد. بر اساس مدل استرس و مقابله، ابتلا به بیماری مزمن با چالش‌های بسیاری همراه است و در این مدل بر فرایند ارزیابی و مقابله کردن بیمار که توضیح دهنده تفاوت عملکرد بیماران در سازگاری با بیماری است، تأکید می‌شود. اخیراً این مدل به الگوی خودتنظیمی^۸ بسط داده شده است و بر نقش فعال‌تر بیمار در مواجهه با بیماری تأکید دارد (رسارت و همکاران^۹، ۲۰۲۱). سازگاری با بیماری سرطان نقش به‌سزایی در بهبود این بیماری دارد و بیمارانی که قادر به سازگاری با شرایط محدود کننده خود نباشند، بیماری‌شان را خطرناک‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند و از انفعال، ناتوانی بیشتر، کارکرد فردی و اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری خبر می‌دهند (دی ریدر، کوینر، کاجیر و وان میدندراپ^{۱۰}، ۲۰۰۸). بنابراین بیماران مبتلا به سرطان برای بازگشت به زندگی عادی نیازمند کمک‌هایی جهت سازگاری با شرایط بیماری خود هستند و طبق مطالعات صورت گرفته مداخلات روان شناختی مرتبط با سازگاری می‌توانند نقش مهمی را در بهبود این بیماری و عوارض روانی ناشی از آن داشته باشند (دلوسا، دورانگریکیا، سالمو، کوکو و سیکارو، ۲۰۱۷؛ کوگی، مایر، اوپونگ، ۲۰۱۹). در مطالعات مختلف به بررسی تأثیر مداخلات روانشناختی در بیماران سرطانی پرداخته شده است. پیرمردوند چگینی، زهراکار و ثنایی ذاکر (۱۳۹۷) در پژوهشی به این یافته دست پیدا کردند که آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی-رفتاری در کاهش استرس زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان موثر است. لطفی کاشانی، وزیری، زین‌العابدینی و زین‌العابدینی (۱۳۹۲) در مطالعه خود نشان دادند که امید درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان دارای اثربخشی معناداری است. مرادی منش و باباخانی (۱۳۹۶) در بررسی خود نشان دادند که گروه درمانی شناختی-رفتاری در افزایش سطح خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. مظفری مطلق، نجات، توننده و ثمری (۱۳۹۹) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی در کاهش دردهای سرطانی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخشی معنادار دارد. با این حال مطالعات مربوط پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی و بررسی میزان اثربخشی آن در بهبود سطح سلامت مبتلایان به سرطان محدود است. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف پاسخگویی به این سؤال که آیا پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بر سطح سلامت اجتماعی و معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است؟ صورت گرفت.

اجتماعی است و فرد سالم، احساس می‌کند که بخشی از اجتماع است و خود را با دیگرانی که واقعیت اجتماعی را می‌سازند، سهیم می‌داند. افرادی که از پذیرش اجتماعی برخوردارند، اجتماع را به صورت مجموعه‌ای از افراد مختلف درک می‌کنند و به دیگران به عنوان افراد با ظرفیت و مهربان، اعتماد و اطمینان دارند. این افراد، دیدگاه مطلوبی نسبت به ماهیت انسان دارند و با دیگران احساس راحتی می‌کنند. مشارکت اجتماعی، باوری است که طبق آن، فرد خود را عضو مهمی از اجتماع می‌داند و تصور می‌کند چیزهای ارزشمندی برای عرضه به جامعه دارد. مشارکت اجتماعی نزدیک به مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی است. انطباق اجتماعی درک کیفیت، سازمان‌دهی و عملکرد دنیای اجتماعی فرد است. فرد سالم از نظر اجتماعی سعی دارد تا در مورد دنیای اطراف خود بیشتر بداند. انطباق اجتماعی تصور دنیا به صورت منطقی، هوشمند، قابل درک و قابل پیش بینی است. شکوفایی اجتماعی اشاره به باوری دارد که مبتنی بر این است که اجتماع در حال یک تکامل تدریجی است و توانمندی‌های بالقوه‌ای برای تحول مثبت دارد که از طریق نهادهای اجتماعی و شهروندان، شناسایی می‌شود. افراد سالم در مورد شرایط آینده جامعه امیدوار و قادر به شناسایی نیروهای جمعی هستند و معتقدند که خود و سایر افراد از این نیروها و تکامل اجتماع سود می‌برند (دابان و همکاران^۱، ۲۰۲۲).

سرطان پستان از جمله بیماری‌های با شیوع بالا در زنان ایرانی است که سالانه صدمات اقتصادی، روانی و اجتماعی را برای افراد، خانواده‌ها و جامعه در پی دارد (پورفیضی، علی، خدایی، آذرفام و پولادی، ۱۳۹۲). ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، بخاطر اینکه این بیماری‌ها برای یک دوره طولانی ادامه می‌یابند و ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند با استرس روانی و جسمی بیشتر همراه می‌باشد و نیازمند سازگاری فرد با وضعیت بیماری است و در بین بیماران مبتلا به سرطان، افرادی که در سازگاری با بیماری خود مشکل دارند بیشتر در معرض آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی قرار دارند (کوگی، مایر و اوپونگ^۲، ۲۰۱۹). سازگاری با بیماری فرایندی است که در آن فرد بیمار، بیماری خود را می‌پذیرد و لذا بر اساس پذیرش به دست آمده به صورت مساله مدار با رویدادهای مرتبط با بیماری خود مقابله می‌کند (دلوسا، دورانگریکیا، سالمو، کوکو و سیکارو^۳، ۲۰۱۷). بنابراین بعد از تشخیص بیماری سرطان، فرد با یک موقعیت چالش‌زایی مواجه می‌شود که با فرایند عادی زندگی وی تداخل ایجاد می‌کند و به دلیل عدم کارایی راهبردهای مقابله‌ای قبلی به ناچار باید به دنبال راه‌های مقابله‌ای دیگری برای سازگاری با شرایط بیماری خود باشد (وانگ، زانگ، شائو و یژو^۴، ۲۰۲۰). عوامل مختلفی همچون وضعیت اقتصادی-اجتماعی، تجارب فردی، سیستم حمایتی، ادراک فرد از بیماری خود و ویژگی‌های شخصیتی و روانی می‌توانند سازگاری با بیماری را متأثر سازند (وان میرلو و همکاران^۵، ۲۰۱۴). چندین الگوی نظری به بیان چگونگی دستیابی بیماران به

6. cognitive adaptation

7. stress and coping

8. self-regulation

9. Rassart

10. De Ridder, Geenen, Kuijter & Van Middendorp

1. Daban

2. Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong

3. De Luca, Doranricchia, Salerno, Coco, & Cicero

4. Wang, Zhang, Shao & Yez

5. van Mierlo et al

روش

مطالعه‌ی حاضر از نوع کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه هدف در این مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان است که در فاصله ماه‌های اردیبهشت تا دی ماه سال ۱۴۰۰ به کلینیک تخصصی بیماری‌های پستان واقع در شهر مشهد مراجعه نموده‌اند. از بین زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به این کلینیک و با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۳۶ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند و با توجه به ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۱۸ نفر). گروه آزمایش تحت آموزش پروتکل بهبود سازگاری قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت سه نفر از هر گروه به دلیل عدم مشارکت در جلسات یا عدم تکمیل پرسشنامه‌ها حذف شدند و داده‌های مربوط به ۱۵ نفر از هر گروه آزمایش و کنترل وارد مرحله تحلیل شد. لازم به ذکر است که حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه بر این اساس بود که در پژوهش‌های از نوع آزمایشی، حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بودند از: دریافت تشخیص قطعی ابتلا به سرطان پستان (مرحله I تا IIIA)، نداشتن سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی، داشتن حداقل سن ۴۰ و حداکثر ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارت‌اند از: وجود مشکلاتی که امکان حضور مرتب را در جلسات فراهم نکند، غیبت بیش از ۲ جلسه و ناتوانی جسمی برای شرکت در جلسات. طرح این پژوهش با کد IR.UT.PSYEDU.REC.1401.017 در کمیته اخلاق دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران تایید شده است.

پرسشنامه سلامت معنوی: پرسشنامه سلامت معنوی پولوتزین و الیسون^۱ (SWBS) در سال ۱۹۸۲ طراحی شد. این مقیاس ۲۰ سوال دارد که ۱۰ سوال آن سلامت وجودی و ۱۰ سوال سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ سوالات به صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای و از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق دسته بندی شده است. نمرات بالاتر در پرسشنامه سلامت معنوی نشان دهنده سلامت معنوی بیشتر است. در مطالعات متعدد پایایی و روایی پرسشنامه سلامت معنوی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (پولوتزین و الیسون؛ ۱۹۸۲). رحمتی نجارکلائی، حقیقی، بابایی حیدرآبادی، انصاریان و مصری (۱۳۹۳) در مطالعه خود روایی این پرسشنامه را پس از ترجمه به فارسی از طریق روایی محتوا تایید کردند و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش دادند.

پرسشنامه سلامت اجتماعی: پرسشنامه سلامت اجتماعی توسط کبیز (۱۹۹۸) به منظور سنجش سلامت اجتماعی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال و پنج مولفه انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی و شکوفایی اجتماعی است. این ابزار بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) با سوالاتی مانند (من چیزی ارزشمند برای عرضه به جهان دارم.) به سنجش سلامت اجتماعی

می‌پردازد. مقدار حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس بین ۲۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بیشتر است. کبیز طی دو مطالعه با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بُعدی پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۱ گزارش داده است. حیدری و غنایی (۱۳۸۷) در پژوهشی در ایران پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر با ۰/۸۳ به دست آمد. اعتبار سازه ای آن نیز، از طریق تحلیل عاملی نشان داد که تست مورد استفاده از ۵ عامل به نام های شکوفایی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، انطباق اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی اشباع شده است و سهم عامل نخست، بیشتر از دیگر عامل بود.

پروتکل بهبود سازگاری با بیماری: در جدول ۱ شرح جلسات پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی (شامل سازگاری معنوی، سازگاری روان شناختی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری جسمانی) گزارش شده است. این پروتکل از طریق مصاحبه با ۱۰ نفر از متخصصان روانشناسی حوزه سلامت و ۱۰ نفر از متخصصان حوزه جراحی سرطان پستان و بر اساس روش کیفی داده بنیاد طراحی شده است. به منظور بررسی اعتبار محتوایی پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی، پس از استخراج محتوای جلسات، پروتکل طراحی شده در اختیار ۷ نفر از متخصصان حوزه روان-شناسی سلامت قرار گرفت و طبق نظر آنها اصلاحات لازم از نظر علمی و عملی انجام شد. همچنین پروتکل به صورت پایلوت بر روی ۵ بیمار مبتلا به سرطان پستان اجرای مقدماتی شده و ایرادات و نواقص آن رفع گردید.

جدول ۱: پروتکل بهبود سازگاری با بیماری مبتنی بر مدل چندوجهی

جلسه	محتوای جلسات
اول	در این جلسه شرکت کنندگان با بیان مشکلات و هیجانات خود دید کلی نسبت به مشترک بودن استرس و اضطراب و یا احساس خود نسبت به بیماری پیدا می‌کنند، درمانگر در خصوص اهداف مشترک جلسات درمانی، انگیزه‌دهی در خصوص شرکت مستمر در جلسات و نتایج مثبت آن توضیحاتی ارائه می‌دهد. محقق در ابتدای جلسات تنفس صحیح سه مرحله‌ای و تمرینات تنفسی را آموزش می‌دهد.
دوم	این جلسه نیز با تنفس و تن آرامی شروع می‌شود. به شرکت کنندگان در مورد ادراک درد در زمان حال توضیحاتی داده می‌شود و شرکت کنندگان به صورت حرکت لوتوس نشسته و ادراک درد را تمرین می‌کنند. در خصوص جایگاه دعا و چگونگی انجام آن، نقش شکرگذاری و محبت به هستی توضیحات و تمریناتی ارائه می‌شود.
سوم	در این مرحله شرکت کنندگان با انواع هیجانات آشنا می‌شوند، و سپس موقعیت‌هایی که در آن هیجانات بازخوانی می‌شوند را در ذهن خود تداعی می‌کنند تا نسبت به هیجانات خود آگاه شوند. در خصوص خودگویی‌های مثبت و نقش آنها بر عواطف و رفتار توضیحاتی داده شده و سپس جملات مثبت تهیه و مقرر می‌شود آنها را تکرار کنند.
چهارم	درمانگر ابتدا در مورد خطاهای ادراکی توضیحاتی ارائه می‌دهد، سپس به انجام آزمایش خطاهای ادراکی با استفاده از تصاویر دو یا چند پهلو می‌پردازد. مشکلات فرهنگی و اجتماعی مرتبط با بیماری سرطان شرح داده می‌شود و کلیشه‌های فرهنگی که اثر منفی بر روحیات بیماران دارند لیست می‌شوند و

زمان بیماری ۱۰-۶ سال و ۳ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل دارای مدت زمان بیماری ۱۱ سال به بالا بودند. میانگین و انحراف معیار مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات سلامت معنوی و سلامت اجتماعی دو گروه در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مرحله آزمایش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	۵۸/۲۰	۸/۹۵	۵۹/۶۶	۵/۳۴
	پس‌آزمون	۶۸/۷۳	۱۴/۳۶	۵۹/۱۳	۴/۲۷
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۸/۰۶	۸/۶۶	۵۰/۳۳	۶/۷۵
	پس‌آزمون	۵۹/۳۳	۶/۶۳	۴۷/۰۱	۱۱/۵۰

در ادامه از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه تفاوت نمرات پس‌آزمون سلامت معنوی و سلامت اجتماعی دو گروه و با کنترل نمرات پیش‌آزمون استفاده شد. برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد و با توجه به اینکه این مقادیر مابین $\pm 1/96$ بود نشان از نرمال بودن توزیع داده‌ها داشت. همچنین با توجه به معنی‌دار نبودن نمرات آزمون F در آزمون لوین، مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج آزمون F برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در دو گروه معنی‌دار نبود و بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه برابر است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت نمرات سلامت معنوی و سلامت اجتماعی بین دو گروه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات آزادی	درجه	میانگین مجذورات	F	مقدار P	اثر اندازه
سلامت معنوی	پیش‌آزمون	۱۸۲۹۶	۱	۱۸۲۹۶	۱/۶۷	۰/۲۰۵	۰/۰۶
	گروه	۶۱۲۰۲	۱	۶۱۲۰۲	۵/۵۹	۰/۰۲۵	۰/۱۷
	خطا	۲۹۵۹۷۰	۲۷	۱۰۹۶۱			
کل		۲۸۲۵۸۶	۲۹				
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۰۷۱۰	۱	۲۰۷۱۰	۲/۴۷	۰/۱۲۸	۰/۰۸
	گروه	۱۲۶۲۵۲	۱	۱۲۶۲۵۲	۱۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۲۲۶۲۲۲	۲۷	۸۳۷۸			
کل		۳۶۱۰۱۶	۲۹				

بر اساس خطاهای ادراکی و مدیریت هیجانات که آموزش داده شده، به مقابله با هر یک از این کلیشه‌ها پرداخته می‌شود.

پنجم در این جلسه نحوه اثرگذاری باورها بر هیجانات توضیحاتی ارائه می‌شود. هر یک از شرکت‌کنندگان باورهای منفی خود، خودگویی‌های منفی، چرخه‌های معیوب افکار و هیجانات منفی در خصوص بیماری خود را لیست کرده و حین مراقبه سعی می‌کنند، آنها را شناسایی و تحت کنترل درآورند. توجه هشیارانه به حواس بدنی و رفتارهای خودکار مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ششم در این جلسه برای آگاهی بیشتر از زمان حال، مجدداً تمرین واریس بدن انجام شد. شرکت‌کنندگان به تمرین پیاده روی هشیارانه پرداختند. تمرینات عادت شکنانه همچون قدم زدن رو به عقب و سایر عادت شکنی‌ها تمرین شد.

هفتم در این جلسه در خصوص اهمیت عزت نفس توضیحاتی داده می‌شود، و سپس اعضای جلسه مهارت‌ها، توانایی‌ها، نقاط قوت و تجارب موفق قبلی خود را لیست می‌کنند و در خصوص هر یک از قابلیت‌های خود به بحث می‌پردازند.

هشتم در این جلسه عضو خانواده، دوست یا آشنای هر یک از اعضا که در جلسه قبلی معرفی شده بود، برای شرکت در کارگاه دعوت می‌شود. و در خصوص اهمیت روابط دوستانه و دریافت حمایت از دیگران، نقش جملات مثبت و انگیزه‌دهی شرح داده می‌شود.

روش اجرای پژوهش

بعد از اینکه برای جلب همکاری مسئولین کلینیک تخصصی بیماری‌های پستان برای نمونه‌گیری اقدام شد، گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. ۸ جلسه ۴۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای پروتکل بهبود سازگاری برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. تمامی شرکت‌کنندگان در مراحل قبل و بعد از اتمام مداخله، پرسشنامه سلامت معنوی و پرسشنامه سلامت اجتماعی را تکمیل کردند. قبل از شروع اجرای کار، در قالب یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی در خصوص شرایط مطالعه و اهمیت آن ارائه گردید و به سؤالات آن‌ها پاسخ داده شد. همچنین به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد و رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه نیز از آنها کسب شد. همچنین اصل خودداری از آلودگی احساس منفی به بیماران در مورد نوع و پیامدهای بیماری‌شان و بلامانع بودن ترک پژوهش در صورت عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه همکاری نیز رعایت شد.

در این مطالعه، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون تحلیل کوواریانس در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ جهت تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج

از نظر سن، ۶ نفر از بیماران گروه آزمایش ۵۰-۴۰ سال، ۴ نفر ۶۰-۵۱ سال و ۵ نفر ۶۵-۶۱ سال داشتند. در گروه کنترل ۷ نفر ۵۰-۴۰ سال، ۴ نفر ۶۰-۵۱ سال و ۴ نفر ۶۵-۶۱ سال داشتند. ۷ نفر از بیماران گروه آزمایش و ۶ نفر از گروه کنترل تحصیلات سیکل، ۶ نفر از گروه آزمایش و ۸ نفر از گروه کنترل دیپلم و ۲ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه کنترل لیسانس بودند. ۷ نفر از بیماران گروه آزمایش و ۶ نفر از گروه کنترل دارای مدت زمان بیماری ۵-۱ سال، ۵ نفر از گروه آزمایش و ۷ نفر از گروه کنترل دارای مدت

طبق نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۳، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر مداخله بر نمرات پس‌آزمون سلامت معنوی ($P=0/025$)، $F=5/59$) و سلامت اجتماعی ($F=15/08$, $P=0/001$) معنادار است و بعد از مداخله بهبود سازگاری، نمرات سلامت معنوی و سلامت اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار داشته است. اندازه اثر گروه بر سلامت معنوی ۱۷ درصد و بر سلامت اجتماعی ۳۶ درصد می‌باشد و بنابراین اثر گروه قادر به تبیین ۱۷ درصد از تغییرات سلامت معنوی و ۳۶ درصد از تغییرات سلامت اجتماعی بوده است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بر سطح سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. طبق نتایج، پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی موجب افزایش معنادار سطح سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان شد.

در تبیین اثربخشی پروتکل سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بر بهبود سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان باید بیان داشت که این پروتکل آموزشی با دربرداشتن عناصر سازگاری معنوی، سازگاری روان‌شناختی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری جسمانی توانست با تاثیر بر مهم ابعاد زندگی بیماران به فرایند ارتقای سلامت آنها کمک کند. سازگاری معنوی از طریق تلفیقی از آموزش ارزش‌های دینی و مذهبی شامل شناخت خداوند، ادراک حضور خداوند، جایگاه دعا و شکرگذاری، معنای زندگی و بخشش صورت گرفت و توانست به تقویت بعد سلامت معنوی در بیماران تحت مطالعه کمک کند. سازگاری معنوی در قالب آموزش و بازسازی ارزش‌های معنوی و مذهبی با بهبود رابطه فرد با خداوند همراه است که موجب می‌شود تا فرد به سمت دعا و نیایش، یاری رساندن به دیگران، قدردانی کردن، صبر در برابر امور دشوار سوق داده شود و ظرفیت درون روانی‌اش را برای پذیرش نارسایی‌ها و ناتوانایی‌ها تقویت سازد که این می‌تواند در نهایت منجر به بهبود سازگاری با بیماری و افزایش سطح سلامت معنوی و اجتماعی در یک فرد بیمار شود. این نوع سازگاری می‌تواند منجر به ایجاد دیدگاه و نگرش جدیدی نسبت به زندگی شود و مسیر رسیدن به رشد، شکوفایی و تعالی معنوی را از طریق نوع‌دوستی تسهیل ساخته و با سلامت معنوی و اجتماعی همراه باشد (دادفر و همکاران، ۲۰۲۱).

همچنین، سازگاری روان‌شناختی از دیگر عناصر پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی بود. سازگاری روان‌شناختی در این پروتکل آموزشی شامل تقویت مهارت مثبت‌اندیشی، حل مساله و افزایش آگاهی نسبت به خود و شرایط بیماری خود بود. مثبت‌اندیشی می‌تواند به فرد کمک کند تا با اتخاذ نگرش مثبت به زندگی قادر شود تا در کنار پذیرش محدودیت‌های ناشی از بیماری، با تمرکز بر قابلیت‌ها و توانایی‌هایش موضعی فعال در زندگی داشته باشد و با بازسازی زندگی خود، زندگی مورد نظر خود را شخصاً شکل دهد. سازگاری روان‌شناختی و معنوی در قالب مثبت‌اندیشی می‌تواند به فرد کمک کند تا رویدادهای غیرقابل کنترل همچون

ابتلا به بیماری را به گونه‌ای جدید تعبیر کرده و در نتیجه تنش و استرس کمتری را تجربه کند و با نسبت دادن حوادث منفی به نیروهای خارج از خود به سبک خوش‌بینانه‌تری دست یابد. بیمارانی که از مهارت مثبت‌اندیشی و حل مساله برخوردار هستند و نسبت به نقاط ضعف و قوت خود آگاهی دارد، تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس کرده و راحت‌تر می‌تواند با دشواری‌های ناشی از بیماری مقابله کرده و با کنار آمدن با بیماری و ناتوانی خود به سلامت معنوی و اجتماعی خود کمک کند (دی‌ریدر و همکاران، ۲۰۰۸). در فرایند سازگاری عاطفی و هیجانی نیز به فرد بیمار کمک می‌شود تا بجای اجتناب از تعارضات درون روانی و سرکوب هیجانات ناخوشایند ناشی از آن، با این تعارضات مواجهه شوند و هیجانات مربوط به آن را شناسایی و تجربه کنند. بنابراین بیماران با مواجهه با واقعیت هیجانی درون خود به منشأ بسیاری از هیجانات و عواطف منفی خود پی بردند و با تجربه تجارب درونی توانستند هم از شدت بار منفی آن عواطف بکاهند و هم به نگرش جدیدی نسبت به مسائل دست پیدا کنند و با تعریف معنایی جدید برای آنها به سلامت معنوی و اجتماعی خود کمک کنند. در مجموع،

سازگاری معنوی، روان‌شناختی و عاطفی می‌تواند با رشد پس از تروما به عنوان یک تغییر روان‌شناختی مثبت در نتیجه مبارزه با شرایط بسیار پیچیده زندگی همراه باشد که نتیجه آن تقویت حس قدرت شخصی، تغییر دیدگاه در مورد مرگ و زندگی و احساس نزدیک‌تر شدن به دیگران و ارتقای سلامت معنوی و اجتماعی است (کوگی و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین از دیگر عناصر پروتکل بهبود سازگاری مبتنی بر مدل چندوجهی، سازگاری اجتماعی بود. سازگاری اجتماعی موجب افزایش تعامل فرد بیمار با سایر افراد جامعه و تلاش برای شناخت و مشارکت در آن می‌شود. این سازگاری موجب می‌شود تا فرد نسبت به زندگی و اجتماع خود تعهد بیشتری داشته، فعالانه و با انگیزه بالاتری در آن درگیر شود و خود را بخشی از اجتماع بداند و در رشد آن سهیم باشد (استارگ و همکاران، ۲۰۲۱). سازگاری اجتماعی در قالب آموزش مفاهیم مسئولیت‌پذیری و خودکارآمدی موجب می‌شود تا فرد دیگران را افرادی مهربان قابل اطمینان بداند و با آنها احساس راحتی کند و خود را عضو مهمی از اجتماع بداند که می‌تواند با مشارکت اجتماعی به ارتقای جامعه و هم نوعان خود کمک کند. دستیابی به سازگاری معنوی، اجتماعی و روان‌شناختی می‌تواند منبع تأمین‌کننده انرژی و انگیزه معطوف به هدف برای ایجاد یک زندگی هدفمند و با معنا باشد و از طریق تأثیر مثبت بر شیوه تفسیر رویدادها، فرد را به برخی از عوامل مهم سلامتی همچون امید، رضایت و خوش‌بینی مجهز نماید (وانگ و همکاران، ۲۰۲۰). در فرایند سازگاری جسمانی، با کمک به بیماران برای بازسازی شناختی و ادراکی و خطاهای ادراکی و مدیریت آنها، ادراک درد، ادراک حس‌های بدنی و بیماری و عوارض ناشی از آن در آنها اصلاح شد. همچنین با آموزش تمریناتی مانند مدیتیشن و یوگا به آنها کمک شد تا بتوانند بر درد و رنج ناشی از بیماری فایق آیند و با تسهیل روند سازگاری با بیماری به افزایش سطح سلامت خود کمک کنند (دلوسا و همکاران، ۲۰۱۷).

- Clark, E. M., Williams, B. R., Huang, J., Roth, D. L., & Holt, C. L. (2018). A longitudinal study of religiosity, spiritual health locus of control, and health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of religion and health, 57*(6), 2258-2278.
- Daban, F., Pasarín, M. I., Borrell, C., Artazcoz, L., Pérez, A., Fernández, A., ... & Díez, E. (2022). Barcelona Salut als Barris: Twelve years' experience of tackling social health inequalities through community-based interventions. *Gaceta Sanitaria, 35*, 282-288.
- Dadfar, M., Gunn III, J. F., Lester, D., & Abdel-Khalek, A. M. (2021). Love of Life Model: role of psychological well-being, depression, somatic health, and spiritual health. *Mental Health, Religion & Culture, 24*(2), 142-150.
- De Luca, R., Dorangricchia, P., Salerno, L., Coco, G. L., & Cicero, G. (2017). The role of couples' attachment styles in patients' adjustment to cancer. *Oncology, 92*(6), 325-334.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet, 372*(9634), 246-255.
- Hu, Y., Jiao, M., & Li, F. (2019). Effectiveness of spiritual care training to enhance spiritual health and spiritual care competency among oncology nurses. *BMC palliative care, 18*(1), 1-8.
- Hyphantis, T., Papadimitriou, I., Petrakis, D., Fountzilias, G., Repana, D., Assimakopoulos, K., ... & Pavlidis, N. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-Oncology, 22*(9), 2009-2015.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly, 121*-140.
- Kiffel, J., & Sher, L. (2015). Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Frontiers in public health, 3*, 28.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 54*(3), 217-230.
- Latulippe, K., Hamel, C., & Giroux, D. (2017). Social health inequalities and eHealth: a literature review with qualitative synthesis of theoretical and empirical studies. *Journal of medical Internet research, 19*(4), e6731.
- Ogden, J. (2022). Health psychology. In *Health Studies* (pp. 157-200). Palgrave Macmillan, Singapore.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy, 1*.
- Pukay-Martin, N. D. (2010). *Couple connection and cancer: Understanding the mechanisms of partner support for women with breast cancer* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Chapel Hill).
- Rassart, J., Oris, L., Prikken, S., Goethals, E. R., Raymaekers, K., Weets, I., ... & Luyckx, K. (2021). Illness identity and adjusting to type I diabetes: A four-wave longitudinal study. *Health Psychology, 40*(5), 326.
- Sturge, J., Klaassens, M., Lager, D., Weitkamp, G., Vegter, D., & Meijering, L. (2021). Using the concept of activity space to understand the social health of older adults living with memory problems and dementia at home. *Social Science & Medicine, 288*, 113208.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پروتکل بهبود سازگاری با بیماری در برداشتن مولفه‌های سازگاری معنوی، سازگاری روان شناختی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری جسمانی در افزایش سلامت معنوی و اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر بود. از محدودیت‌های می‌توان به محدود بودن جامعه مورد مطالعه به زنان دارای سرطان پستان مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماری‌های پستان واقع در شهر مشهد اشاره کرد و بر این اساس در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را لحاظ نمود. نمونه‌گیری در دسترس نیز از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود تا مطالعات بعدی با در نظر گرفتن گروه نمونه بزرگتر از بیماران سرطانی و نمونه‌گیری تصادفی از آنها انجام شوند تا تفاوت‌های فردی بیشتری لحاظ و اثر آنها کنترل شود. همچنین متخصصان حوزه سلامت می‌توانند یافته‌های مطالعه حاضر را در طراحی مداخلات مربوط به بیماران سرطانی مورد استفاده قرار دهند و به آنها کمک کنند تا با سازگاری بهتر با بیماری خود، سلامت خود را بهبود بخشند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای روانشناسی سلامت می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کنند.

منابع

- پورفیضی، حسین؛ علی، محمد؛ خدایی، فاطمه؛ آذرفام، پروین و پولادی، ناصر. (۱۳۹۲). همه گیر شناسی سرطان پستان در تبریز (۸۸-۱۳۸۵)، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۷(۲)، ۶۲-۵۸.
- پیرمردوند چگینی، بهمن؛ زهراکار، کیانوش و ثنایی ذاکر، باقر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری بر استرس زناشویی زوجین مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۱۱(۴)، ۳۸-۲۸.
- حیدری، غلامحسین و غنایی، زیبا. (۱۳۸۷). هنجاریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۲(۷)، ۴۰-۳۱.
- رحمتی نجار کلائی، فاطمه؛ حقیقی، مرتضی؛ بابایی حیدرآبادی، اکبر؛ انصاریان، احمد و مصری، مهدی. (۱۳۹۳). بررسی وضعیت سلامت معنوی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی. پژوهش در دین و سلامت، ۱۱(۱)، ۱۳-۲۰.
- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام؛ زین‌العابدینی، سیده نرگس و زین‌العابدینی، سیده نیلوفر. (۱۳۹۲). اثربخشی امید درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۴(۲۸)، ۴۵-۵۸.
- مرادی منش، فردین و باباخانی، خدیجه. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان: یک کارآزمایی بالینی. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۱۰(۴)، ۱۷-۷.
- مظفری مطلق، محمد رسول؛ نجات، حمید؛ توننده، حسن؛ ثمری، علی اکبر. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر کاهش دردهای سرطانی بیماران مبتلا به سرطان پستان، بیماری‌های پستان، ۱۳(۱)، ۳۵-۴۵.
- معروضی، پرویز؛ حاجی زاده، ابراهیم و غلامی فشارکی، محمد. (۱۳۹۹). مقایسه بار سرطان پستان در زنان ایرانی با حوزه مدیترانه شرقی و پیش بینی با روش هموارسازی نمایی. کومش، ۲۳(۱)، ۵۷-۶۵.

- Van Mierlo, M. L., Schröder, C., van Heugten, C. M., Post, M. W., de Kort, P. L., & Visser-Meily, J. M. (2014). The influence of psychological factors on Health-Related Quality of Life after stroke: a systematic review. *International journal of stroke*, 9(3), 341-348.
- Wang, X., Zhang, Q., Shao, J., & Ye, Z. (2020). Conceptualisation and measurement of adaptation within the Roy adaptation model in chronic care: a scoping review protocol. *BMJ open*, 10(6), e036546.
- Ward, E. M., Sherman, R. L., Henley, S. J., Jemal, A., Siegel, D. A., Feuer, E. J., ... & Cronin, K. A. (2019). Annual report to the nation on the status of cancer, featuring cancer in men and women age 20–49 years. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 111(12), 1279-1297.
- World Health Organization. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013*. World Health Organization.
- Yu, Y., Zhao, Y., Li, D., Zhang, J., & Li, J. (2021). The relationship between big five personality and social well-being of Chinese residents: The mediating effect of social support. *Frontiers in Psychology*, 11, 613659.
- Zhang, Y., Xue, G., Chen, Y., An, K., & Chen, L. (2020). Factors related to spiritual health in Chinese haemodialysis patients: A multicentre cross-sectional study. *Nursing open*, 7(5), 1536-1543.