

## Original Article

### Comparison of Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy and Cognitive Behavioral Therapy based on Immunization Training against Stress on Emotional Failure and Anxiety Sensitivity on Patients with Stomach Cancer

Zohreh Mohammadzadeh NaneKaran<sup>1</sup>, Ali Shaker Dioulagh\*<sup>1</sup>, Ali Khademi<sup>1</sup>,  
Alireza Shaygannejad<sup>2</sup>

1. Department of Psychology, Islamic Azad University, Urmia branch, Urmia, Iran

2. Department of Internal, School of Medicine, University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +984433688119, E-mail: ali.shaker2000@gmail.com

#### Article info

##### Article history:

Received: Sep 18, 2022

Accepted: Aug 22, 2024

##### Keywords:

Islamic Spiritual Therapy

Cognitive Behavioral  
Therapy based on  
Immunization Training

Emotional Failure

Anxiety Sensitivity

Stomach Cancer

#### ABSTRACT

**Background:** Since cancer patients struggle with psychological problems, this study aimed to compare the effectiveness of Islamic spiritual therapy and cognitive behavioral therapy based on immunization training against stress on emotional failure and anxiety sensitivity on patients with stomach cancer in Ardabil.

**Methods:** This was a quasi-experimental study with a pre-test and post-test with a control group design. The study population consisted of patients with stomach cancer who referred to Imam Khomeini hospital and Shafa Parto chemotherapy center in Ardabil in 1401 (from 21 March 2022 to 20 March 2023). A total of 60 patients were selected by convenience sampling and randomly divided into 3 groups (two experimental groups and one control group). Data were collected using the emotional dysfunction scale and the anxiety sensitivity questionnaire before the group intervention and at the end of the 10<sup>th</sup> session for all 3 groups. The intervention groups received the Islamic spiritual therapy, and the cognitive behavioral therapy based on immunization training against stress independently. The control group did not receive any psychological treatment. The collected data were analyzed using statistical tests of covariance and Bonferroni post-hoc tests using SPSS-23 software.

**Results:** The result of the multi-purpose analysis of covariance showed that the two methods of Islamic spiritual therapy and cognitive behavioral therapy based on immunization training against stress were effective on emotional failure ( $f=11.058$ ) and anxiety sensitivity ( $f=65.502$ ). But the effect of Islamic spiritual therapy compared to cognitive behavioral therapy method based on immunization training against stress was higher in the study variables ( $p \leq 0.01$ ).

**Conclusion:** According to the results, Islamic spiritual therapy and cognitive behavioral therapy based on immunization training against stress have a positive effect on emotional failure and anxiety sensitivity. While, comparing Islamic spiritual therapy to cognitive behavioral therapy method based on immunization training against stress, it is more effective on emotional failure and anxiety sensitivity. Therefore, applying this therapeutic method alongside other treatments and advices for patients with stomach cancer is recommended.

How to cite this article: Mohammadzadeh NaneKaran Z, Shaker Dioulagh A, Khademi A, Shaygannejad A. Comparison of Effectiveness of Islamic Spiritual Therapy and Cognitive Behavioral Therapy based on Immunization Training against Stress on Emotional Failure and Anxiety Sensitivity on Patients with Stomach Cancer. Journal of Health & Care. 2024;26(2):215-226.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

## مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به سرطان معده

زهرا محمدزاده ننه کران<sup>۱</sup>؛ علی شاکر دولق<sup>۱\*</sup>؛ علی خادمی<sup>۱</sup>؛ علیرضا شایگان نژاد<sup>۲</sup>

۱. گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۲. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۴۳۳۶۸۸۱۱۹ ایمیل: ali.shaker2000@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** به دلیل مواجهه بیماران سرطانی با مسائل روانشناختی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به سرطان معده شهر اردبیل انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش، یک مطالعه‌ی نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل بود. از بین بیماران مبتلا به سرطان معده مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) و مرکز شیمی درمانی شفا پرتو شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱، تعداد ۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزار سنجش در این پژوهش، مقیاس نارسایی هیجانی و پرسشنامه حساسیت اضطرابی بود که قبل از انجام مداخله گروهی و در پایان جلسه دهم در هر سه گروه، تکمیل شد. گروه آزمون اول در معرض معنویت درمانی اسلامی قرار گرفتند و گروه آزمون دوم، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس را دریافت نمودند و گروه کنترل، درمان روانشناختی خاصی را دریافت نکردند. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی، تجزیه و تحلیل شدند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-23 استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که هر دو روش معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس، بر نارسایی هیجانی ( $F=11/058$ ) و حساسیت اضطرابی ( $F=65/502$ )، تاثیر داشتند. ولی تاثیر روش معنویت درمانی اسلامی روی متغیرهای پژوهش در مقایسه با روش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بیشتر بود ( $p \leq 0/01$ ).

**نتیجه گیری:** بر اساس نتایج، معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس، بر نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی تاثیر داشتند. مقایسه اثربخشی دو روش فوق نشان داد که تاثیر روش معنویت درمانی اسلامی روی نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی در مقایسه با روش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بیشتر بود. بنابراین، استفاده از این روش درمانی به عنوان یک روش کمکی در کنار سایر درمان‌ها و توصیه‌ها برای بیماران مبتلا به سرطان معده، توصیه می شود.

**واژه‌های کلیدی:** معنویت درمانی اسلامی، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی، نارسایی هیجانی، حساسیت اضطرابی، سرطان معده

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۷ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۱

**مقدمه**

امروزه، یکی از اولویتهای مهم سلامت در جهان، سرطانها هستند که دومین علت مرگ در دنیا بهشمار میروند (۱،۲). در سال ۲۰۲۰، بیش از ۱۹ میلیون بیمار جدید مبتلا به سرطان و تقریباً ۱۰ میلیون مرگ ناشی از این بیماری در جهان گزارش شد (۳). پیشبینی می شود موارد جدید سرطان در ایران از ۱۱۲ هزار مورد در سال ۱۳۹۳ به ۱۶۰ هزار مورد در سال ۱۴۰۴ برسد که حدود ۴۳ درصد رشد را نشان می دهد (۴). به طور تخمینی، سالانه ۶/۸ میلیون مورد جدید سرطان در دنیا شناسایی می شود که از این تعداد، ۳/۱ میلیون نفر به دلیل سرطان فوت می کنند (۵). سرطان معده، پنجمین سرطان شایع دنیا و دومین علت اصلی مرگ در اثر سرطانها است (۶). سالانه حدود یک میلیون مورد جدید مبتلا به سرطان معده در دنیا شناسایی می شود (۷). بیشترین میزان بروز سرطان معده در کشورهای آسیایی می باشد که به طور خاص مرگ و میر بالای این سرطان در ملت های شرق آسیا و آسیای مرکزی مانند ایران و ترکمنستان مشاهده شده است (۸). خطر ابتلا به سرطان معده در برخی از نواحی ایران پایین است؛ در حالی که مناطق شمال و شمال غربی ایران از مناطق پرخطر سرطان معده به شمار می روند (۹). بیماران مبتلا به سرطان در معرض فشارهای روانی ناشی از بیماری و عوارض درمانی آن قرار دارند که این می تواند آشفتگی های روانی و اجتماعی را در آنان ایجاد کند. مفهوم نارسایی هیجانی بر پایه مشاهده بیماران روان تنی استوار است (۱۰). دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، سبک تفکر برون مدار، ظرفیت تخیلی محدود، توانایی ضعیف در همدلی، تمایل شدید برای رفتار تکانشی و گرایش زیاد به توصیفات نامتمایز از تجربه های هیجانی از جمله ویژگی های نارسایی هیجانی می باشد (۱۱).

یکی دیگر از ویژگی هایی که در بیماران سرطانی دیده می شود، حساسیت اضطرابی است که در آن فرد از

نشانه های بدنی مرتبط با انگیزگی اضطرابی می ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می شود که این نشانه ها به پیامدهای بالقوه آسیب زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می شوند (۱۲). از ویژگی های افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا، ارزیابی منفی و ترس از علایم اضطراب است که این امر موجب افزایش شدت علایم اضطراب در شخص می شود (۱۳). در این میان، حساسیت اضطرابی به عنوان یک متغیر شناختی، نشان دهنده تفاوت های فردی است (۱۴) که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی مشخص می شود و نشان دهنده گرایش به فاجعه نمایی در رابطه با پیامدهای چنین احساساتی است (۱۵).

وجود مشکلات روانشناختی فوق در بیماران مبتلا به سرطان، سبب کاهش عملکرد سیستم ایمنی فرد شده و او را در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل می کند (۱۶). لذا، با استفاده از تکنیک های روان درمانی مؤثر، می توان سطوح استرس را در این بیماران کاهش داده و به حفظ سلامتی و ارتقاء عملکرد ایمنی و اجتماعی آنها کمک نمود (۱۷). یکی از روش های روان درمانی مؤثر، درمان شناختی- رفتاری است. این روش، تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به بیمار کمک می کند الگوهای تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را شناسایی و تغییر دهد؛ به نحوی که بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود ایجاد کند (۱۸). در این روش درمانی، بر فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری های انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه بالینی تاکید می شود. از مهمترین اهداف درمان شناختی- رفتاری، تقویت انگیزه بیمار، آموزش مهارت های مقابله ای، ایجاد تغییر در وابستگی ها، تقویت کنترل عواطف دردناک، بهبود عملکرد بین فردی و تقویت مهارت های اجتماعی می باشد (۱۹). معنویت درمانی یکی دیگر از رویکردهای مؤثر در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان می باشد. معنویت درمانی به معنای در نظر گرفتن باورهای معنوی بیمار مبتلا به

سرطان در فرآیند درمانگری است، باورهایی که با وجود آوردن تجربیات خاص، موجب تعالی و اخلاق مسئولانه در افراد می‌شود. درمان معنوی روی رابطه فرد با خود و ملاک‌های معنوی او تأکید می‌کند و با ساختارشناختی رفتاری در مقایسه با موارد متعارف، منجر به کاهش علایم روانی در بیماران می‌شود (۲۰). با این حال، خلأ مطالعاتی در زمینه معنویت درمانی روی سرطان معده وجود دارد و تحقیقات کمتری در این حوزه انجام شده است. بنابراین، بررسی و تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به شناخت بهتر اثرات معنویت درمانی بر سرطان معده و بهبود روند درمانی بیماران کمک کند. شهر اردبیل با داشتن رتبه اول در کشور از نظر شیوع سرطان معده، یک واقعیت نگران کننده است که نیازمند بررسی و تحقیقات دقیق تر در این زمینه می‌باشد. انجام تحقیقات جامع و دقیق در حوزه درمان مشکلات روانشناختی ناشی از این بیماری می‌تواند در تحمل مشکلات جسمانی بیماری و روند درمان طبی این افراد، کمک کننده باشد. لذا این پژوهش، با هدف مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به سرطان معده شهر اردبیل انجام شد.

### روش کار

این پژوهش، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان معده مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) و مرکز شیمی درمانی شفا پرتو شهر اردبیل در سال ۱۴۰۱ بودند. با توجه به اینکه در تحقیقات آزمایشی، حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده (۲۱) و از آنجا که در این پژوهش، دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود داشت، لذا از بین جامعه پژوهش، تعداد ۶۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و

به روش تصادفی در سه گروه ۲۰ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل تشخیص بیماری سرطان معده توسط پزشک معالج، بازه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن مدت بیماری ۱ تا ۴ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، آگاهی از بیماری خود، مسلمان بودن، فقدان اختلالات روانی قبل از تشخیص بیماری سرطان، مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن جسمی دیگر به جز سرطان، فقدان تجربه بحران‌های اخیر در زندگی به جز ابتلا به سرطان (همچون طلاق و مرگ عزیزان)، توانایی شرکت در جلسات درمانی گروه و شرکت نکردن هم‌زمان در سایر برنامه‌های آموزشی بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تمایل فرد به ادامه همکاری، غیبت بیش از ۳ جلسه در برنامه آموزشی و شدت یافتن بحرانی شدن وضعیت بیمار هنگام اجرای آزمایش بود. جهت جمع آوری داده‌ها از مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو و پرسشنامه حساسیت اضطرابی استفاده شد.

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو<sup>۱</sup> (FTAS-۲۰)، در سال ۱۹۹۴ ساخته شده و با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌دهی می‌شود. محدوده نمرات پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ می‌باشد. در نسخه فارسی مقیاس، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است (۲۲). همچنین، روایی همزمان ابزار در همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی، بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). پایایی مقیاس برای

<sup>۱</sup> Inadequate Scale of Toronto

شیمی درمانی مراجعه کرده بودند به صورت داوطلبانه انتخاب و موافقت شرکت کنندگان واجد شرایط جهت شرکت در پژوهش به صورت گروهی جلب شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها، با رازداری کامل، فقط جهت استفاده علمی است. سپس، به آنها جهت شرکت در جلسات گروه درمانی در مرکز مشاوره کیمیا، برنامه زمانی داده شد. لازم به ذکر است، با هماهنگی خود شرکت کنندگان برنامه زمانی و مکانی برگزاری جلسات روان درمانی صورت پذیرفت و سپس پیش‌آزمون روی همه شرکت کنندگان اجرا شد. بعد از این مرحله، برای گروه اول جلسات معنویت درمانی اسلامی میرزایی و همکاران (۲۷) (جدول ۱) و برای گروه دوم درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس جان بزرگی و همکاران (۲۸) (جدول شماره ۲) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت سه ماه اجرا شد. در آخرین جلسه، پس‌آزمون روی هر سه گروه انجام گرفت. همچنین برای قدردانی از گروه کنترل، بعد از اتمام مطالعه حاضر، روش روان درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس روی آنها اجرا گردید. جهت تحلیل آماری داده‌ها، از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس) استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

نارسایی هیجانی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/83$ ، تایید شد. پرسشنامه حساسیت اضطرابی توسط فلوید<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) طراحی شده است. این ابزار، یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۶ سوالی است که براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۱ تا خیلی زیاد = ۵)، نمره داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۸۰ متغیر بوده و نمرات ۱۶-۲۶ نشان‌دهنده حساسیت اضطرابی پایین، ۲۶-۳۳ حساسیت اضطرابی متوسط و بالاتر از ۳۳، حساسیت اضطرابی بالا می‌باشد (۲۴). نتایج پژوهش ریس<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۶ نشان داد که این آزمون از چهار بعد، تشکیل شده و بار عاملی هر سؤال روی عامل مربوطه، بالاتر از  $0/40$  است (۲۵). در ایران نیز، پایایی آن در پژوهش سرداری (۱۳۹۸)، براساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و تصفیگی برای کل پرسشنامه به ترتیب  $0/95$ ،  $0/93$  و  $0/97$  به دست آمد. بررسی روایی همزمان نیز از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه SCL-90 انجام شد که ضریب همبستگی  $0/86$  حاصل آن بود (۲۶). در پژوهش حاضر نیز، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ،  $0/71$  محاسبه شد.

روش انجام کار به این صورت بود که ابتدا با مراجعه به بیمارستان امام خمینی (ره) و مرکز درمانی شفا پرتو اردبیل، بیماران مبتلا به سرطان معده که برای

<sup>1</sup> Floyd

<sup>2</sup> Reiss

جدول ۱. خلاصه جلسات معنویت درمانی اسلامی

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه (آگاهی از معنای معنویت و تعریف آن از نظر هر یک از اعضا).
دوم	بررسی وجود اعتقاد به نیروی برتر و مقدس در اعضا و فراخوانی ادراک و باور مددجویان در مورد معنویت. گفتگو درباره اینکه دانش و نیروی معنوی دیگری برای حل مشکل وجود دارد، سپردن کامل خود به نیروی مافوق.
سوم	معنادهی به حوادث زندگی با توجه به ارزش‌ها، اهداف و اعتقادات، گفتگو راجع به احساس گناه، توبه، بخشش خود، بخشش دیگران، توصیف عظمت و رحمانیت خداوند و بیان نعمت‌های وی.
چهارم	مراقبت از خود، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا، اقدام مسئولانه و سودمندی شخصی و اجتماعی.

پنجم	نوع دوستی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی، شکرگزاری و اثرات آن، ایجاد روشنگری و بصیرت برای کشف داشته‌ها و موهبت‌های درونی و بیرونی خداوندی که در اختیار داریم.
ششم	افزایش خودکنترلی در حفظ آگاهی، امید و انتظار، پذیرش، شکیبایی، پایداری، تحمل و مدارا.
هفتم	ذکر و احساس حضور که باعث هدفمندی ذهن و مهار افکار بیمارگونه می‌شود، یادگیری نحوه نیایش و بیان رنج‌های عمقی خود با خداوند با توجه مثبت به حکمت‌های خداوندی.
هشتم	تاکید بر واقعیت و پذیرش حکمت‌های خداوند در مسائلی که قابل تغییر نیست با تمرینات عملی و ترسیم الگوی بهبودی.
نهم	خودمهارگری معنوی با تسلط دادن قوای عقلانی بر سایر قوا و یاری خواهی از خداوند و چگونگی قرار دادن تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل همه جانبه عقل و شرع.
دهم	صحبت درباره مرگ، علت ترس از مرگ، معاد و زندگی پس از مرگ، شکرگزاری، ایمان، توکل به خدا، تمرین و گفتگو در رابطه با نحوه شکرگذاری و توکل و ترسیم مراحل آن، ترسیم تصویری زیبا، عدم توجه به زمان.

**جدول ۲. خلاصه جلسات روان درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی در برابر استرس**

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، ارائه اطلاعات کلی برنامه و هدف، بررسی عوامل تنش زا، تاثیرات جسمی تنش، پیامدهای احتمالی تنش مزمن بر سلامتی، آموزش و اجرای آرامسازی عضلانی تدریجی برای عضلات.
دوم	آرامسازی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی؛ آموزش آرامسازی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، تکمیل چک لیست دوم نشانه‌های استرس، مرور تاثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس.
سوم	تنفس، تصویرسازی، آرامسازی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات؛ معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرامسازی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای.
چهارم	ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرامسازی عضلانی تدریجی منغل همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تاثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی.
پنجم	معرفی آموزش خودآزمودنی و ارائه دستورالعمل‌های آن، اجرای آموزش خودآزمودنی در برابر سنگینی و گرما، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی.
ششم	معرفی تنفس دیافراگمی، اجرای آموزش خودآزمودنی برای ضربان قلب و تنفس، بحث در مورد یکپارچه کردن مدیریت استرس و آرامسازی، ارائه تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد، بحث در مورد راهبردهای مقابله ای.
هفتم	اجرای تمرین خودآزمودنیها همراه با تصویرسازی بصری و خودالقایهای مثبت، اجرای مراقبه نور خورشید همراه با خودآزمودنیها، انجام تمرین مقابله کارآمد، معرفی تکنیک نرم کردن برای استرس زهای طاقت فرسا و انجام تمرین آن.
هشتم	معرفی مراقبه، ارائه حالات بدنی مراقبه و اجرای مراقبه مانترا، بحث در مورد فواید تمرین منظم، بحث در مورد مفهوم خشم و پاسخ‌های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث در مورد خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم.
نهم	اجرای مراقبه شمارش تنفس، معرفی سبک‌های بین فردی، بحث در مورد موانع رفتار ابرازگونه، ارائه مؤلفه‌های ارتباط ابرازگری ابراز گرانه، بحث در مورد استفاده از حل مساله برای تعارضها، بررسی گام‌های رفتار ابراز گرانه تر.
دهم	مرور تمرین‌های آرامسازی، اجرای تمرین تصویرسازی صحنه ساحل و مراقبه شمارش تنفس، مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی.

**یافته‌ها**

نتایج همچنین نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار نمرات نارسایی هیجانی در سه گروه معنویت درمانی اسلامی، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی و کنترل به‌ترتیب  $11/84 \pm 8/4$ ،  $11/25 \pm 5/35$  و  $13/22 \pm 7/4$  و در پس‌آزمون  $10/35 \pm 6/36$ ،  $8/88 \pm 5/35$  و  $11/00 \pm 9/05$  بود. در متغیر

نتایج نشان داد که بیشتر شرکت کنندگان در هر سه گروه، در محدوده سنی ۶۰-۷۱ سال قرار داشتند و بیشترین سطح تحصیلات، بیماران مبتلا به سرطان معده در دو گروه آزمایش، دیپلم و در گروه کنترل، سیکل بود (جدول ۳).

حساسیت اضطرابی نیز، در پیش‌آزمون به ترتیب  $۵۶/۶۰ \pm ۱۵/۱۷$  و  $۵۳/۶۵ \pm ۱۴/۰۱$ ،  $۵۵/۴۵ \pm ۱۰/۰۳$  و در پس‌آزمون  $۳۴/۹۰ \pm ۸/۲۲$ ،  $۲۹/۳۵ \pm ۷/۳۴$  و  $۳۴/۹۰ \pm ۸/۲۲$  بود (جدول ۴).

جدول ۳. توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	معنویت درمانی اسلامی		درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی		کنترل
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
سن	۲۵	۵	۳۵	۷	۲۵
	۶۰-۴۱	۱۵	۶۵	۱۳	۷۵
مدت بیماری (سال)	۲-۱	۹	۷۰	۱۴	۷۰
	۴-۳	۱۱	۳۰	۶	۳۰
سطح تحصیلات	ابتدایی	۳	۵	۱	۲۰
	سیکل	۳	۲۵	۵	۴۰
	دیپلم	۸	۵۰	۱۰	۲۵
	دانشگاهی	۶	۵	۱	۱۵
جمع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰

جدول ۴. میانگین نمرات متغیرهای حساسیت اضطرابی و نارسایی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه	معنویت درمانی اسلامی		درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن سازی		کنترل
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
نارسایی هیجانی	پیش‌آزمون	۴۸/۴۰	۱۱/۸۴	۴۵/۳۵	۱۱/۲۵	۱۳/۲۲
	پس‌آزمون	۳۶/۶۰	۱۰/۳۵	۳۵/۵۰	۸/۸۸	۱۱
حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	۵۵/۴۵	۱۰/۰۳	۵۳/۶۵	۱۴/۰۱	۱۵/۱۷
	پس‌آزمون	۲۹/۳۵	۷/۳۴	۳۴/۹۰	۸/۲۲	۱۵/۲۰

کرویت نیز رد نشد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون کوواریانس برقرار بود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میزان اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر نارسایی هیجانی، معنی‌دار بود ( $F=۱۱/۰۵۸, p<۰/۰۰۱$ ). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر نارسایی هیجانی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند. بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که بین گروه معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در نارسایی هیجانی، تفاوت معناداری وجود داشت و با توجه به تفاوت میانگین‌ها، معنویت درمانی اسلامی اثربخش‌تر بود ( $p<۰/۰۵$ ) (جدول ۵).

به منظور مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی بر نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به سرطان معده از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های زیربنایی این آزمون به شرح زیر مورد بررسی قرار گرفت؛ ابتدا از آزمون شاپیرو- ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ( $p>۰/۰۵$ ). سپس، از آزمون لوین استفاده شد که بر اساس نتایج آن، برابری واریانس در گروه‌ها رد نشد ( $p>۰/۰۵$ ). در نهایت، نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که سطح معنی‌داری بزرگتر از  $۰/۰۵$  می‌باشد، لذا فرض

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی بر نارسایی هیجانی با کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آزمون
نارسایی هیجانی	۹۷۸۴۸/۸۱۷	۱	۹۷۸۴۸/۸۱۷	۹۵۵/۲۳۵	<۰/۰۰۱	-	-
گروه	۲۲۶۵/۴۳۳	۲	۱۱۳۲/۷۱۷	۱۱/۰۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۰	۱
خطا	۵۸۳۸/۷۵۰	۵۷	۱۰۲/۴۳۴				

گروه معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در متغیر حساسیت اضطرابی، تفاوت معناداری وجود داشت و با توجه به تفاوت میانگین‌ها، تاثیر معنویت درمانی اسلامی بیش از درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی بود ( $p < ۰/۰۵$ ) (جدول ۶).

همچنین، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میزان اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر حساسیت اضطرابی، معنی‌دار بود ( $F=۶۵/۵۰۲, p < ۰/۰۰۱$ ). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیر حساسیت اضطرابی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با یکدیگر تفاوت معنی‌داری داشتند. بررسی نتایج آزمون بونفرونی نیز نشان داد که بین

جدول ۶. خلاصه تحلیل کواریانس تک متغیره تفاوت اثربخشی روش‌های درمانی بر حساسیت اضطرابی با کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آزمون
حساسیت اضطرابی	۳۵۰۸/۶۰۷	۱	۳۵۰۸/۶۰۷	۶۱/۵۱۰	۰/۰۰۱	-	-
گروه	۷۴۷۲/۶۰۲	۲	۳۷۳۶/۳۰۱	۶۵/۵۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳	۱
خطا	۳۱۹۴/۲۹۳	۵۶	۵۷/۰۴۱				

از این طریق بیماران یاد می‌گیرند که با آگاهی و هشیارشدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار را به صورت غیرقضاوتی، پذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش به بیماران در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن کمک می‌کند. در معنویت درمانی اسلامی هم درمانگر هر یک از تحریفات شناختی درباره صفات خداوند را از طریق به چالش کشیدن به اصلاح دیدگاه بیماران درباره خداوند پرداخته تا بیماران به یک بینش و آگاهی درست نسبت به تحریفات شناختی درباره صفات خدا برسند و منجر به تغییرات شناختی و فکری مثبت و مطلوب در بیماران گردد. افزون بر آن از طریق فنون و روش‌های شناختی دیگر مانند پژوهش در قرآن، متون دینی و دعاهای معنوی و مذهبی؛ داستان‌های قرآنی، مطالعه کتاب‌ها و منابع شناختی در

### بحث

هدف از این مطالعه مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به سرطان معده بود. نتایج نشان داد که معنویت درمانی اسلامی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی و هر دو روش نسبت به گروه کنترل، در بهبود نارسایی هیجانی اثربخش تر بود. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پوراکیران و همکاران، و جمشیدی‌فر و همکاران همسو می‌باشد (۲۹،۳۰). در تبیین این یافته می‌توان گفت که روش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی مبتنی بر کاهش استرس از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالارفتن آگاهی لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و



روانشناسی درباره صفات خداوند است. آنچه بیان شده به بیماران بینش و شناختی می‌دهد که از این طریق باعث تغییر شناختی افراد درباره صفات خداوند می‌گردد و این فنون به بیماران کمک می‌کند تا با استرس‌ها و اضطراب‌های روزمره کنار بیایند و در مقابل افسردگی، اضطراب و استرس ناشی از درد جسمانی مزمن آنها محافظت کنند.

نتایج مقایسه اثربخشی معنویت درمانی اسلامی با درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر حساسیت اضطرابی در بیماران مبتلا به سرطان معده نیز نشان داد که معنویت درمانی اسلامی با درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی و هر دو روش نسبت به گروه کنترل اثربخش‌تر بود. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های پیشین، از جمله مطالعات حدادی کوهسار و همکاران، محمدیان آکردی و همکاران، کیوزاکی<sup>۱</sup> و همکاران، الیسون<sup>۲</sup> و همکاران، ریچارد<sup>۳</sup> و همکاران، باررا<sup>۴</sup> و همکاران و بساک نژاد و همکاران، همسو می‌باشد (۳۱-۳۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت هر دو شیوه درمانی با فرایند تفکر و باورها سروکار دارند. رفتار درمانی شناختی با فرایندهای تفکر و باورهای غیرمنطقی افراد سروکار دارد و تأکید آن بر رفتار کلامی و تصورات ذهنی بیماران مبتلا به سرطان معده در رابطه با خودشان و جهان پیرامونشان و آینده است. در معنویت درمانی نیز تغییرات شناختی و فکری مدنظر است؛ یعنی مراجعان به درک آگاهانه و منطقی از عالم، انسان، خدا، دنیای دیگر و ارتباط آنها با یکدیگر نایل می‌شوند و دیگر اینکه در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تأکید می‌شود. در درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی، نحوه عملکرد و یا رفتار شدیداً بر الگوی افکار و عواطف تأثیر می‌گذارد. در معنویت درمانی اسلامی

تغییرات رفتاری و عاطفی نیز مطرح است. بدین معنی که عملکرد مراجعان در جهت اعمال اجتماعی سازنده و رضایت بخش برای خود و دیگران پیش می‌رود و هیجان‌های مثبت، لذت بخش، خوشایند، امیدوارکننده و شادی بخش رشد می‌یابند. شاید بتوان گفت که اساساً هم درمان شناختی- رفتاری و هم تغییر و توجه در مذهب، در درجه اول شامل نوعی واقع نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش ارایه می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی را دربر می‌گیرد. اما تفاوت‌هایی نیز در این دو روش درمانی وجود دارد که آنها را از یکدیگر متمایز می‌کند؛ اولاً، هدف درمان شناختی- رفتاری، بازسازی شناختی به صورت کمک به مددجویان در تغییر الگوهای فکری غلط است. اما هدف اصلی و نهایی درمان معنوی- مذهبی همان چیزی است که در متون دینی برای خلقت مطرح شده است یعنی ایمان به خداوند و پرستش او. رسیدن به این هدف که در درمان معنوی- مذهبی به عنوان یک هدف نهایی و غایی دنبال می‌شود به آشکارشدن درون مایه زندگی و یافتن انگیزش محوری در زندگی می‌انجامد که وحدت بخش وجود فرد خواهد شد. ثانیاً، درمان شناختی- رفتاری به ارزش‌ها و اخلاقیات که از جمله عوامل فرهنگی هستند بی توجه است ولی ارزش‌ها و اخلاقیات نقش زیادی در مشاوره و روان درمانی معنوی ایفا می‌کنند. بنابراین، با وجود تفاوتی که بین دو شیوه درمانی وجود دارد شابهت زیادی بین این دو روش وجود دارد که می‌تواند توجیه‌کننده این باشد. به کارگیری فنون درمانی مانند تن‌آرامی و مواجه شدن با محرک‌های اضطراب‌زا و همچنین استفاده از فنون حساسیت زدایی منظم در پژوهش حاضر کمک کرد که آزمودنی‌ها بتوانند علایم جسمانی اضطراب خودشان را کاهش دهند و نشانه‌های جسمانی حساسیت اضطرابی در آنان کاهش یابد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از آنجا که طرح پژوهشی حاضر، یک طرح گروهی بود و در

<sup>1</sup> Koszycki

<sup>2</sup> Ellison

<sup>3</sup> Richard

<sup>4</sup> Barrera

درمان‌ها و توصیه‌ها برای بیماران دچار مشکل مورد استفاده قرار گیرد.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، در این مقاله هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکترای تخصصی روانشناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.071 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل می‌باشد. نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از همکاری مسئولین و کارکنان بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل و مرکز شیمی درمانی شفا پرتو شهر اردبیل، همچنین بیماران و خانواده‌های آنها که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، صمیمانه تشکر نمایند.

پایان، نتایج گروه‌ها با هم مقایسه شدند، بنابراین، تغییرات فردی نادیده گرفته شده است. همچنین، پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی تنها ابزار گردآوری داده‌ها در این تحقیق بود، لذا امکان سوگیری در دادن پاسخ به سؤالات وجود داشت. بعلاوه، با توجه به محدودیت زمانی پژوهش، پیگیری وضعیت متغیرها در شرکت کنندگان انجام نشد.

### نتیجه گیری

با توجه به موثر بودن روش معنویت درمانی نسبت به درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزش ایمن‌سازی در بهبود نارسایی هیجانی و حساسیت اضطرابی بیماران و مقرون به صرفه بودن هم از بعد زمان و هم از بعد اقتصادی، لازم است این روش درمانی توسط متخصصین برای بیماران دارای تعارض بیشتر مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این روش درمانی به عنوان یک روش کمکی در کنار سایر

### References

- 1- Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International Journal of Cancer*. 2021;149(4):778-89.
- 2- Mohammadi E, Aminorroaya A, Fattahi N, Azadnajafabad S, Rezaei N, Farzi Y, et al. Epidemiologic pattern of cancers in Iran: current knowledge and future perspective. *The Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2020;20(1):825-29.
- 3- Roshandel G, Ferlay J, Ghanbari-Motlagh A, Partovipour E, Salavati F, Aryan K, et al. Cancer in Iran 2008 to 2025: recent incidence trends and short-term predictions of the future burden. *International Journal of Cancer*. 2021;149(3):594-605.
- 4- Maroof M, Faizi N, Thekkur P, Raj S, Goel S. Is the rule of halves in hypertension valid uniformly across India? a cross-sectional analysis of national family health survey-4 data. *Indian Journal of Public Health*. 2022;66(3):269-75.
- 5- Mehrabi F, Hekmatpou D, Abolfathi A. The relationship between demographic characteristics and quality of life in patients with cancer. *Journal of Community Health*. 2019;5(1):8-15. [Persian]
- 6- Gantuya B, El Serag HB, Matsumoto T, Ajami NJ, Uchida T, Oyuntsetseg K, et al. Gastric mucosal microbiota in a Mongolian population with gastric cancer and precursor conditions. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2020;51(8):770-80.
- 7- Ferreira RM, Pereira-Marques J, Pinto-Ribeiro I, Costa JL, Carneiro F, Machado JC, et al. Gastric microbial community profiling reveals a dysbiotic cancer-associated microbiota. *Gut*. 2018;67:226-36.
- 8- Rawla P, Barsouk A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Gastroenterology Review*. 2019;14(1):26-38.
- 9- Gantuya B, El-Serag HB, Matsumoto T, Ajami NJ, Oyuntsetseg K, Azzaya D, et al. Gastric microbiota in Helicobacter pylori-negative and -positive gastritis among high incidence of gastric cancer area. *Cancers*. 2019;11(4):504.

- 10- Humphreys TP, Wood LM, Parker JD. Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Journal of Personality and Individual Differences*. 2009;46(1):43-47.
- 11- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;54(5):435-38.
- 12- Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review. *Journal of Psychiatry Research*. 2011;190(1):43-48.
- 13- Gross J. Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*. 1999;13(5): 551-73.
- 14- Hatton C, McNicol S, Doubleday, K. Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in pre-adolescent children. *Clinical Psychology Review*. 2006;26(7):817-33.
- 15- Richeya JA, Schmidt NB, Hofmann SG, Timpano KR. Temporal and structural dynamics of anxiety sensitivity in predicting fearful responding to a 35% CO<sub>2</sub> challenge. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24(4):423-32.
- 16- Zhang M, Huang L, Feng Z, Shao L, Chen L. Effects of cognitive behavioral therapy on quality of life and stress for breast cancer survivors: a meta-analysis. *Minerva Medica*. 2017;108(1):84-93.
- 17- Aghaei E, Bakhtiary A, Jamalipagaleh S. Effectiveness of group therapy stress management on depression and blood pressure in female patients with hypertension. *Journal of Health Psychology*. 2013;2(7):57-68. [Persian]
- 18- Johannsen M, O'Toole MS, O'Connor M, Jensen AB, Zachariae R. Clinical and psychological moderators of the effect of mindfulness-based cognitive therapy on persistent pain in women treated for primary breast cancer-exploratory analyses from a randomized controlled trial. *Acta Oncologica*. 2017;56(2):321-28.
- 19- Chang KL, Fillingim R, Hurley RW, Schmidt S. Chronic pain management: nonpharmacological therapies for chronic pain. *FP Essentials*. 2015;432:21-26.
- 20- Vonarx N, Hyppolite SR. Religion, spirituality, and cancer: the question of individual empowerment. *Journal of Integrative Cancer Therapies*. 2013;12(1):69-80.
- 21- Delavar A. Research methods in psychology and educational sciences. Tehran; 2017. [Persian]
- 22- Besharat MA, Geranmayepour S, Pournaghdali A, Ofoghi Z, Habibnezhad M, Aghaei Sabet SS. Relationship between alexithymia and interpersonal problems: moderating effect of attachment styles. *Journal of Contemporary Psychology*. 2014;9(1):3-16.
- 23- Besharat MA. The relationship between emotional dysfunction and anxiety, depression, psychological helplessness and psychological well-being. *Journal of Tabriz University Psychology*. 2007;3(10):24-46. [Persian]
- 24- Sarmad Z, Hejazi E, Bazargan A. Research method in transport sciences. Tehran: Agah Publishing; 2022. [Persian]
- 25- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ. Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*. 1986;24(1):1-8.
- 26- Sardari T. The effectiveness of cognitive behavioral therapy group on anxiety sensitivity and psychological distress of women applying for divorce in Islamshahr city. Master thesis. Faculty of Psychology. Islamic Azad University: Qom branch; 2018.
- 27- Mirzaei F, Neshatdoost H, Jabal Ameli S, Darekordi A, Kazerani F. Efficacy of cognitive-behavioral stress management on depression and irritability of women with premenstrual syndrome: a short report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2013;12(1):79-86. [Persian]
- 28- Janbozorgi M, Oraki M, Alipor A, Nequee F. The effect of cognitive-behavioral rehabilitation based on stress immunization training on anxiety, stress and depression in people with coronary artery bypass graft surgery (CABG). *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2018;7(2):12-22. [Persian]
- 29- Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhazlou R, Mosavi MR. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2019;2(4):122-36. [Persian]
- 30- Jamshidifar Z, Lotfi Kashani F. Comparison of the effectiveness of spiritual therapy and cognitive-behavior therapy on lowering blood cortisol levels in women with breast cancer. *Journal of Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2020;15(55):37-46. [Persian]

- 31- Haddadi Kuhsar AA, Moradi A, Ghobari Bonab B, Imani F. Comparing the effectiveness of spiritual therapy based on Iranian culture with mindfulness based on reduction stress (MBSR) in reducing depression, anxiety and stress in patients with chronic pain. *Journal of Clinical Psychology Studies*. 2018;8(31):1-30. [Persian]
- 32- Mohammadian Akerdi E, Asgari P, Hassanzadeh R, Ahadi H, Naderi F. Effects of cognitive-behavioral group therapy on increased life expectancy of male patients with gastric cancer. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2016;18(6):42-46. [Persian]
- 33- Koszycki D, Raab K, Aldosary F, Bradwejn J. A multifaith spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: a pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*. 2010;66(4):430-41.
- 34- Ellison CG, Burdette AM, Hill TD. Blessed assurance: religion, anxiety, and tranquility among US adults. *Social Science Research*. 2009;38(3):656-67.
- 35- Richard J, Santen MD, Sellin MD. Breast cancer prevention. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2007;92(2):33-39.
- 36- Barrera TL, Zeno D, Bush AL, Barber CR, Stanley MA. Integrating religion and spirituality into treatment for late-life anxiety: three case studies. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012;19(2): 346-58.
- 37- Basaknejad S, Badri Ali Kordi A, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of mindfulness based stress reduction on impulsivity and anxiety sensitivity among students with peptic ulcers. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2019;26(4):453-59. [Persian]