

The Effect of Spiritual Intelligence Training on Human Dignity in Patients with Cancer: Clinical Trial

Bibi Maryam Hashemi¹, Saeed Sarabian², Masoud Kashani Lotfabadi³, Sare Hosseini⁴, Azam Mohammadi⁵

1. Ms in Islamic Psychology, Payam Noor University of Gonabad, Gonabad, Iran
2. Assistant Professor of Child and Adolescent Clinical Psychology, Payame Noor University of Mashhad, Mashhad, Iran
3. Ms in Psychiatry clinical, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-Sina psychiatric hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4. Assistant Professor of Radiotherapy and Oncology, Cancer Research Center, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5. Ms in Nursing Psychiatric, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Ibn-Sina psychiatric hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Article Info

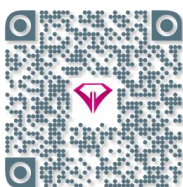
Received: 2018/12/30;
Accepted: 2019/01/8;
Published Online: 2019/03/27



[10.30699/sjnhmf.27.4.209](https://doi.org/10.30699/sjnhmf.27.4.209)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Diagnosis of cancer is associated with fear of dying, which greatly affects the human dignity of the individual. In Iran, the psychological issue of these patients, including human dignity and interventions in this field, has been underestimated. The aim of this study was to determine the effect of spiritual intelligence training on human dignity in cancer patients.

Methods: This randomized clinical trial with control group was performed on 50 cancer patients admitted to Omid Hospital in Mashhad in 2018 – 2019 (May -Jun). The patients were selected by available method and randomly assigned to two groups of intervention (23 patients) and control (n = 27). The intervention group underwent spiritual intelligence training according to King's (2008) model during ten sessions of one and a half hours. The control group received routine care. The data collection tool was a standard patient dignity inventory that was completed in two steps before intervention and 8 weeks after intervention. Data was analyzed using SPSS 21 software, t-paired and t-independent test.

Results: Both groups were homogeneous for demographic variables and there was no statistically significant difference between the two groups. There was no significant difference between the scores of both groups before entering the study ($P = 0.68$). There was a significant difference between the mean scores of the two groups before intervention and 8 weeks after intervention ($P < 0.001$).

Conclusion: Spiritual intelligence training can enhance human dignity in cancer patients. Therefore, it is recommended to use it in hospitals.

Keywords: Spiritual intelligence, Education, Cancer, Human dignity

Corresponding Information:

Bibi Maryam Hashemi, Ms in Islamic Psychology, Payam Noor University of Gonabad, Gonabad, Iran.
Email: hashemem@gmail.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Hashemi B M, Sarabian S, Kashani Lotfabadi M, Hosseini S. The Effect of Spiritual Intelligence Training on Human Dignity in Patients with Cancer: Clinical Trial. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (4)

۲۱۰ تأثیر آموزش هوش معنوی بر شأن انسانی مبتلایان به سرطان

بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی بر شأن انسانی در بیماران مبتلا به سرطان: کارآزمایی بالینی

بی بی مریم هاشمی^{۱*}، سعید سرابیان^۲، مسعود کاشانی لطف آبادی^۳، ساره حسینی^۴، اعظم محمدی^۵

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی اسلامی، دانشگاه پیام نور گناباد، گناباد، ایران
۲. استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۴. استادیار گروه رادیوتراپی و انکولوژی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۵. کارشناسی ارشد روان پرستاری، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، بیمارستان روانپزشکی ابن سینا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

اطلاعات مقاله

چکیده

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۰/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۸

انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۰۷

نویسنده مسئول:

بی بی مریم هاشمی

گروه روانشناسی اسلامی، دانشگاه پیام

نور گناباد، گناباد، ایران

پست الکترونیک:

hashemem96@gmail.com

برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.



مقدمه: تشخیص بیماری سرطان با ترس از مردن همراه است و بر شأن انسانی فرد به شدت تأثیر می‌گذارد. در ایران به مسئله روانی این بیماران از جمله شأن انسانی و مداخلات در این زمینه کمتر پرداخته شده است. هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش هوش معنوی بر شأن انسانی در بیماران مبتلا به کانسر است.

روش کار: این کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل در خرداد و تیرماه ۱۳۹۷-۱۳۹۸ به بررسی ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان انکولوژی امید در شهر مشهد پرداخت. بیماران به روش در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله (۲۳ نفر) و کنترل (۲۷ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله، تحت آموزش هوش معنوی مطابق مدل کینگ (۲۰۰۸) طی ده جلسه ۱ ساعت و نیم قرار گرفتند و گروه شاهد مراقبت‌های معمول را دریافت کردند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد شأن انسانی بود که در دو مرحله قبل از مداخله و ۸ هفته پس از مداخله تکمیل شد. داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های آماری t تست و t مستقل تجزیه تحلیل شد.

یافته‌ها: هر دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک هم‌گن بودند و تفاوت آماری معناداری میان گروه‌ها وجود نداشت. نمره شأن انسانی هر دو گروه پیش از ورود به مطالعه، تفاوت آماری معنی‌داری با هم نداشت ($P=0/186$)، اما میان نمره شأن انسانی دو گروه قبل از مداخله ۸ هفته بعد از مداخله تفاوت آمار معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: آموزش هوش معنوی می‌تواند موجب تقویت شأن انسانی در افراد مبتلا به سرطان شود؛ بنابراین توصیه می‌شود این روش در بیمارستان‌ها به کار رود.

کلیدواژه‌ها: هوش معنوی، آموزش، سرطان، شأن انسانی

مقدمه

بهداشتی تبدیل کرده [۴] و موجب افزایش بار مراقبتی این بیماری در جهان شده است [۵]. سرطان که یکی از تلخ‌ترین تجربیات بشری است، بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد از قبیل ارتباطات خانوادگی، تعاملات اجتماعی، ازدواج و وضعیت شغلی و اقتصادی تأثیر می‌گذارد [۶] و با فشارهای روانی بسیاری همراه است [۷]؛ به طوری که این بیماران علاوه بر مشکلات جسمانی ناشی از ابتلا به سرطان، از مسائل روانی گوناگونی رنج می‌برند؛ از قبیل اضطراب، افسردگی [۸]، اقدام به خودکشی [۹]، رضایت‌نداشتن از تصویر بدنی (به دلیل تغییرات ظاهری و

سرطان سومین علت شایع مرگ (پس از بیماری‌های قلبی-عروقی و حوادث ترومایی) در ایران محسوب می‌شود. سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر به دلیل ابتلا به این بیماری فوت می‌کنند و بیش از ۸۰ هزار مورد جدید به این رقم اضافه می‌شود [۱،۲]. براساس برآورد سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵)، آمار بیماران مبتلا به سرطان از ۱۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۲ به ۱۹/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ و ۲۴ میلیون نفر در سال ۲۰۳۵ افزایش خواهد یافت [۳] که این افزایش روزافزون بیماری سرطان را به یکی از چالش‌های نظام

[۲۲]: به طوری که در ایران نیز شأن انسانی بیمار در دو زمینه اصلی پایه (احساس امنیت، دریافت مراقبت جامع، ارتباطات مؤثر و حریم خصوصی) و متعالی (رضایتمندی و رشد معنوی) ادغام و تعریف شده است [۲۳].

بر اساس نتایج مطالعات متعدد، کاربرد منابع معنویت و مذهب در فرایند تطابق با بیماری سرطان و پیامدهای منفی ناشی از آن بسیار مؤثر است [۲۴]. در همین باره، Pargament و همکاران (۲۰۰۰)، پنج عملکرد مهم معنوی را برای مقابله با استرس‌های زندگی بیان کرده‌اند؛ از قبیل ابتلا به بیماری مهلک سرطان شامل معنادادن به حوادث، ارائه چارچوبی برای دستیابی به احساس کنترل وضعیت‌های دشوار، فراهم کردن راحتی در زمان سختی، برقراری ارتباط صمیمی با سایر افراد و کمک به دیگران در ایجاد تغییرات مهم در زندگی [۲۵]؛ به طوری که معنای وضعیت استرس‌زا از قبیل تشخیص سرطان می‌تواند از دیدگاه معنوی «فرصتی برای رشد» (بازنگری مذهبی خیرخواهانه) و از دیدگاه غیرمعنوی «مجازات خدا» تفسیر شود. تفسیر اول با «سازگاری» و تفسیر دوم با «ناسازگاری» همراه خواهد بود [۲۶]. در همین خصوص، Marsha و Zohar به وجود هوشی به نام هوش معنوی پی بردند که یکی از جنبه‌های کاربردی مفهوم معنویت به شمار می‌آید و در تفسیر فرد از مسائل استرس‌زای زندگی مؤثر است؛ به طوری که از سال ۲۰۰۰ هوش معنوی یکی از جدیدترین سازه‌ها در روان‌شناسی اسلامی و علم مدیریت مرکز توجهات قرار گرفته و دوره‌های آموزشی مربوط به آن ابداع و در سازمان‌ها و سایر مراکز به کار گرفته می‌شود [۲۷]. از ویژگی‌های مهم هوش معنوی، اعتمادبه‌نفس، ارتباطات مؤثر، درک و فهم بین فردی، تغییرات معنادار زندگی و حرکت از مسیر مشکلات است که از طریق آموزش به‌طور مستقل رشد و توسعه می‌یابد [۲۸]. بر اساس مطالعات، هوش معنوی به‌طور مستقل با تمرین‌های گوناگون توجه، تغییر هیجانات و تقویت کردن رفتارهای اخلاقی قابلیت تقویت و ارتقادادن را دارد؛ بدین‌صورت که آموزش هوش معنوی با ادغام دنیای درونی ذهن و معنویت با جهان بیرونی می‌تواند موجب توسعه هوش معنوی در افراد شود و با توجه به زمینه و معنای این ادغام برای افراد، به کمک اشتراک‌گذاری تجربیات معنوی، به بهزیستی روان‌شناختی و سلامت عمومی افراد کمک کند؛ زیرا معنویت در قلب و ذهن هر انسانی وجود دارد و مستقل از آداب و

بیماری طولانی‌مدت)، کیفیت زندگی پایین، احساسی مبنی بر سربار دیگران بودن، نداشتن استقلال، پشیمانی و احساس ندامت به دلیل فرصت‌های از دست داده شده و پیروی نکردن از اصول معنایی زندگی مطابق ارزش‌ها و عقاید [۱۱]؛ درحالی‌که احساس درماندگی، دلسردی و ندامت در افراد مبتلا به سرطان به‌صورت دیسترس‌های وجودی تظاهر می‌کند [۱۲]؛ به طوری که می‌توان گفت پیامدهای منفی سرطان علاوه بر ترس و اضطراب شامل شک و تردید به ارزش‌ها و عقاید مذهبی و تخریب هویت نیز است که می‌تواند بر شأن انسانی بیمار تأثیرگذار باشد [۱۳].

شأن انسانی که یکی از ابعاد اساسی متدهای مددجو محور با هدف ارتقای وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی بیمار است [۱۴]، نوعی ویژگی درونی است که از ماهیت بیماری و نقش آن بر زندگی و هویت فرد تأثیر می‌پذیرد؛ به طوری که از دست دادن استقلال، امنیت و کنترل در میان بیماران مبتلا به سرطان موجب احساس از دست دادن شأن انسانی (Dignity) از سوی بیمار می‌شود [۱۵-۱۶]. واژه «شأن انسانی» که به‌عنوان کیفیت ارزشمندبودن و قابل احترام بودن تعریف می‌شود [۱۷]، از دیدگاه الهیاتی بیان‌کننده این باور است که انسان‌ها جلوه‌ای از خداوند هستند و همه آنها بدون توجه به قابلیت‌ها یا رفتارشان از این جایگاه برخوردارند [۱۸]. این واژه را پژوهشگران و دانشمندان گوناگون در متون علمی به شیوه‌های گوناگونی تعریف کرده‌اند، اما به‌طور کلی تعریفی که در بیشتر منابع پذیرفته است، چهار پارامتر احترام، استقلال، توانمندی و ارتباط است [۱۹]. بر اساس مدل شأن انسانی که Chochinove در سال ۲۰۰۲ طراحی کرده است، مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر شأن انسانی بیماران مبتلا به سرطان، نگرانی‌های مربوط به بیماری (درد، اضطراب، ترس از مرگ و احساس ناامنی درمورد بیماری و درمان آن)، حفظ شأن انسانی (امید، استقلال و عزت نفس) و عوامل اجتماعی (حمایت اجتماعی و تعاملات با دیگران به‌ویژه خانواده و مراقبان بهداشتی) است [۲۰]. از سویی دیگر، به نظر می‌رسد از دست دادن شأن انسانی به حیطه‌ای از نگرانی‌های وجودی یا معنوی (spiritual or existential concerns) خاص در بیماران مبتلا به سرطان اطلاق می‌شود که به‌طور عمده، با دیسترس‌های وجودی (ضد اخلاقیات) در این بیماران همراه است [۲۱] و می‌تواند بر کیفیت مرگ آنها تأثیر بگذارد

بستری در این بیمارستان صورت گرفت. حجم نمونه براساس مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول مقایسه میانگین و انحراف معیارهای دو جامعه «
$$\frac{(z_1 - \alpha/2 + z_1 - \beta)^2 (s_1^2 + s_2^2)}{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)^2}$$
» از طریق محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره کل شأن انسانی در گروه مداخله ($2/3 \pm 95/3$) و شاهد ($2/5 \pm 97/8$) پس از مداخله با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۵ درصد برای هر گروه ۲۴ نفر برآورد شد که با احتساب ۱۵ درصد ریزش حجم نمونه، ۲۷ نفر در هر گروه (در مجموع ۵۴ نفر) در نظر گرفته شد که به صورت تصادفی و براساس جدول اعداد تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه مداخله (۲۷ نفر) و شاهد (۲۷ نفر) تخصیص داده شدند. به این صورت که فهرستی از بیماران مبتلا به سرطان واجد شرایط شرکت در مطالعه تهیه شد و اعدادی به آنها اختصاص داده شد. سپس یک شماره به‌طور تصادفی به روش دستی با حرکت خودکار از جدول اعداد تصادفی انتخاب و دو رقم سمت راست آن در صورت مطابقت با شماره فهرست افراد تا تکمیل ۲۷ نفر برای گروه مداخله در نظر گرفته و فهرست باقیمانده به‌عنوان گروه دوم انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از رنج سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، تشخیص قطعی سرطان توسط آنکولوژیست، حداقل سطح تحصیلات سوم راهنمایی، کلاس I یا II سرطان (طبق آزمایش‌های پاتولوژی)، کسب نمره بین ۲۴ - ۳۰ از آزمون معاینه مختصر روان‌پزشکی (MMSE) که روان‌شناس بالینی اجرا کرد. معیارهای خروج از مطالعه شامل شرکت نکردن در پس‌آزمون، غیبت در یک جلسه یا بیشتر در جلسات مداخله، تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه بودند.

ابزار گردآوری اطلاعات عبارت است از فرم مشخصات اطلاعات دموگرافیک که شامل ۷ پرسش مربوط به سن، جنس، وضعیت تأهل و... بود. پرسشنامه شأن انسانی Chochinov و همکاران شامل ۲۵ پرسش است که با مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ (نمره ۱=بدون مشکل، نمره ۲=مشکل کم، نمره ۳=مشکل متوسط، نمره ۴=مشکل زیاد و نمره ۵=مشکل خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه شامل ۵ بعد اصلی است که هرکدام از آنها فاکتورهایی را در برمی‌گیرد؛ به‌طوری‌که بعد علائم دیسترس (پرسش‌های ۳، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹) به منابع دیسترس فیزیکی و روانی، بعد دیسترس وجودی (پرسش‌های ۴، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹) به احساس اینکه تغییرات فرد چگونه از سوی دیگران احساس

سنت‌های مذهبی افراد است [۲۹]. از آنجا که هوش معنوی مانند مذهب نیست که در هر زمینه فرهنگی متفاوت باشد، احتمالاً مجموعه‌ای از قابلیت‌های جهان‌شمول در این میان وجود دارد که به معنویت با هر دیدگاهی مرتبط است و برای تمامی جوامع بشری قابلیت آموزش دارد [۳۰]. در همین خصوص، King به‌منظور ارتقای هوش معنوی، بسته آموزشی چهارمرحله‌ای را همراه با تمرین عملی که شامل مراحل تفکر انتقادی وجودی (Critical Existential Thinking)، معناسازی شخصی (personal meaning Production)، آگاهی متعالی (Transcendent Awareness) و گسترش خودآگاهی (Conscious State Expansion) است طراحی کرد [۳۱]. به کمک پرورش هوش معنوی می‌توان به بیمار کمک کرد تا با واقعیت‌های هستی‌گرایانه از قبیل آزادی، رنج و مرگ مواجه شود و با آگاهی هوشیارانه و سازگاری با وقایع و تجارب زندگی و پرورش خودآگاهی در جست‌وجوی دائمی معنا در زندگی باشد [۳۲]؛ بنابراین موجب سازگاری مناسب فرد با سرطان و احتمالاً تقویت شأن انسانی در او می‌شود [۳۳]. بر این اساس، نتایج مطالعات نشان می‌دهد آموزش هوش معنوی می‌تواند موجب تقویت سازگاری عاطفی، اجتماعی و جسمانی در بیماران مبتلا به سرطان [۳۴] و تقویت تطابق با بیماری در آنها شود [۳۵]. از سوی دیگر، درمان ترکیبی گروه‌درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان نیز مؤثر است [۱۲]؛ از این‌رو با توجه به شیوع روزافزون تعداد بیماران مبتلا به سرطان در ایران و مشکلات جسمی و روانی همراه با آن، به نظر می‌رسد سلامت روان این بیماران به‌دلیل ماهیت تهدیدآمیز این بیماری در معرض خطر است که لزوم اقدامات مؤثر در این زمینه را ایجاب می‌کند. در ایران به مقوله مهم شأن انسانی که ریشه در دیسترس‌های وجودی حاصل از ابتلا به سرطان دارد و بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان تأثیر می‌گذارد، کمتر پرداخته شده و مطالعات در این زمینه محدود است؛ از این‌رو پژوهشگر مطالعه‌ای با هدف «تأثیر آموزش هوش معنوی بر شأن انسانی در بیماران مبتلا به سرطان» صورت داد.

روش بررسی

این مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه کنترل، در خرداد و تیرماه ۱۳۹۷-۱۳۹۸ در بیمارستان آنکولوژی امید در شهر مشهد و بر بیماران مبتلا به سرطان

می‌شود، بعد وابستگی (پرسش‌های ۱، ۲، ۱۰، ۲۰) به توانایی فرد برای انجام کارهای روزانه، عملکردی بدنی و کاهش حریم شخصی، بعد آرامش ذهنی (پرسش‌های ۱۶، ۱۷، ۱۵) به نگرانی در مورد زندگی معنوی و وجود برخی کارهای ناتمام و بعد حمایت اجتماعی (پرسش‌های ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵) به احساس حمایت‌نشدن از سوی خانواده، جامعه و تیم مراقبت اشاره دارد. دامنه نمره شأن انسانی در این پژوهش ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره ۲۵ نشان‌دهنده بالاترین و نمره ۱۲۵ بیان‌کننده پایین‌ترین سطح شأن انسانی است. نمره کل بالاتر از ۷۵ حاکی از تهدید شأن انسانی بیمار است. همچنین نمرات ۱۸ در علائم دیسترس (رنج نمرات ۳۰-۶)، ۹ در آرامش ذهنی (رنج نمرات ۱۵-۳)، ۱۲ در وابستگی (رنج نمرات ۲۰-۴)، ۱۵ در حمایت اجتماعی (رنج نمرات ۲۵-۵) و ۲۱ در دسترس وجودی (رنج نمرات ۳۵-۷) تهدید شأن انسانی بیمار را نشان می‌دهد [۳۷]. روایی ترجمه و محتوای این ابزار، در مطالعه Vaghee و همکاران در ایران تأیید شده است [۳۸]. پایایی این پرسشنامه پس از ترجمه در مطالعه فوق در بیماران همودیالیزی از طریق آزمون-آزمون مجدد با ضریب هم‌بستگی ۸۴ درصد تأیید شده است [۳۸]. در این مطالعه نیز روایی ترجمه این پرسشنامه را هفت عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با $CVI = 0/88$ و $CVR = 0/92$ تأیید کردند و محاسبه پایایی این پرسشنامه به روش هم‌سانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ ۹۱ درصد صورت گرفت.

نمونه‌گیری ابتدا به روش غیراحتمالی (نمونه‌گیری آسان)، از میان بیماران مبتلا به کانسر بستری در بیمارستان انکولوژی امید در شهر مشهد انجام شد؛ به این صورت که ابتدا بررسی ابتدایی پرونده بیماران با توجه به معیارهای ورود به مطالعه در مورد بیمار صورت گرفت. سپس در بخش‌های مختلف بیمارستان، طی مصاحبه کوتاهی با بیماران واجد شرایط شرکت در مطالعه، از آنها در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و دریافت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در مطالعه دعوت شد. برای گروه مداخله آموزش هوش معنوی براساس مدل King (۲۰۰۸) [۳۱] که مطابق با آموزه‌ها و مثال‌های اسلامی طراحی شده بود، در اتاق آموزشی بیمارستان انکولوژی امید در شهر مشهد اجرا شد. آموزش هوش معنوی طی ده جلسه و هر جلسه به مدت یک ساعت

و نیم دو بار در هفته (روزهای یکشنبه و پنجشنبه) برگزار شد. عناوین جلسات به ترتیب عبارت بودند از:

۱. جلسه اول: تعریف معنویت و ویژگی‌های آن؛
 ۲. جلسه دوم: آموزش آرمیدگی؛
 ۳. جلسه سوم: آموزش مراقبه؛
 ۴. جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های خودآگاهی؛
 ۵. جلسه پنجم: آموزش عوامل مؤثر بر خودآگاهی و موانع رشد خودآگاهی؛
 ۶. جلسه ششم: آموزش در زمینه پرسش‌های اساسی زندگی؛
 ۷. جلسه هفتم: آموزش راه‌های یافتن معنا در زندگی و اهمیت آن در مواجهه با مسائل زندگی؛
 ۸. جلسه هشتم: آموزش تفکر انتقادی و ارتباط آن با پرسش‌های اساسی زندگی؛
 ۹. جلسه نهم: خلق معنای شخصی؛
 ۱۰. جلسه دهم: گسترش آگاهی (جدول ۱). محتوای آموزشی به صورت اسلایدهای پاورپوینت قبل از مداخله تهیه شده و در دو گروه ۱۳ و ۱۴ نفره طی ده جلسه (هر جلسه به مدت یک ساعت و نیم) به صورت دو بار در هفته (گروه ۱۴ نفره: یکشنبه و پنجشنبه و گروه ۱۳ نفره: شنبه و چهارشنبه) از سوی روان‌شناس بالینی با سابقه که در زمینه آموزش هوش معنوی آموزش دیده بود و با نظارت یک انکولوژیست به شیوه بحث گروهی و پرسش و پاسخ اجرا شد. گروه شاهد نیز تحت مراقبت‌های معمول بیمارستان قرار گرفت.
- جمع‌آوری داده‌ها در دو مرحله قبل از مداخله و ۸ هفته پس از مداخله هم‌زمان در دو گروه اجرا شد. به منظور رعایت جوانب اخلاق پژوهشی، دو ماه پس از پایان پژوهش برای گروه شاهد نیز آموزش هوش معنوی طی ده جلسه اجرا شد (جدول ۱).
- در همه مراحل پژوهش، تمام نکات اخلاق در پژوهش مصوب در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مرتبط با مطالعه حاضر، شامل کسب موافقت‌نامه کتبی از کمیته اخلاق دانشگاه، دریافت معرفی‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و ارائه آن به رئیس بیمارستان انکولوژی امید مشهد، دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان در مطالعه، کدگذاری پرسشنامه‌ها برای حفظ اسرار

جدول ۱. محتوای بسته آموزش هوش معنوی براساس مدل کینگ (۲۰۰۸)

عنوان	هدف	محتوا	زمان	شیبۀ آموزش	مدرس
جلسه اول	معارفه و تعریف معنویت و ویژگی‌های آن	با تشویق شرکت‌کنندگان به تحقیر عقاید متعارف خود درباره جهان و تجربیات زندگی‌شان به تعریف معنویت و خصوصیات آن پرداخته شد و طی آن از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا به اهدافشان در زندگی به‌عنوان اصلی‌ترین نیاز معنوی هر انسانی فکر کنند.	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی
جلسه دوم	آموزش آرمیدگی	آموزش تنفس عمیق و آرام‌سازی ذهنی برای کمک به کاهش اضطراب‌های روزانه صورت گرفت؛ بدین ترتیب که از شرکت‌کنندگان خواسته شد «تنفس عمیق بکش... نگهدار... بیرون بده» و با تفکر در مورد خود، تمامی نگرانی‌ها را کنار بگذارند و افکار مزاحم را از ذهنشان خارج کنند.	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی
جلسه سوم	آموزش مراقبه	آموزش براساس دیدگاه اسلام، در چهار مرحله مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاتبه صورت گرفت؛ بدین شکل که از شرکت‌کنندگان خواسته شد از میان افکاری که در ذهن دارند، یکی را انتخاب و سمت‌وسوی آن را جست‌وجو کنند. سپس درباره هر آنچه اراده می‌کنند، بیندیشند و اجازه ندهند اندیشه دیگران بر آنها تحمیل شود.	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکترای روان‌شناسی بالینی
جلسه چهارم	آموزش مهارت‌های خودآگاهی	از شرکت‌کنندگان خواسته شد در مورد اینکه چه کسی هستند و هدف آنها از زندگی چیست، بحث کنند و با تفکر در مورد خود به اجزای خودآگاهی که شامل شناخت احساسات و شناخت توانایی‌های خود است پی ببرند.	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی
جلسه پنجم	آموزش عوامل مؤثر بر خودآگاهی و موانع آن	آموزش به کمک تفکر در زمینه تعریف پذیرش خود، پذیرش دیگران و چگونگی پذیرش خود و دیگران که منجر به خودآگاهی می‌شود، صورت گرفت. همچنین در زمینه موانع خودآگاهی از قبیل توقع و انتظارات بیش‌ازحد، کمال‌طلبی‌ها و غرورها بحث شد.	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکترای روان‌شناسی بالینی
جلسه ششم	آموزش در زمینه پرسش‌های اساسی زندگی	من کیستم؟ آیا این جهان در پی هدفی است؟ من اختیار دارم یا مجبورم؟	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی
جلسه هفتم	آموزش یافتن راه‌های معنا در زندگی	رنج به چه مناسبت و هدف از رنج چیست؟ (با مثال‌هایی از شخصیت‌های مهم مذهبی)	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی
جلسه هشتم	تفکر وجودی انتقادی	طرح پرسش‌هایی درباره اینکه فلسفه زندگی و هدف از آفرینش چیست؟ (با هدف کمک به افراد برای ارتقای اهداف متعالی‌تر در زندگی)	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکترای روان‌شناسی بالینی
جلسه نهم	خلق معنای شخصی	استخراج معنا و هدف شخصی از همه تجربه‌های مادی و روانی، از جمله ظرفیت خلق و انتخاب هدف زندگی	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی
جلسه دهم	گسترش آگاهی	توجه به معنویات، تعمیق روابط بین فردی و مفهوم‌پردازی ویژگی‌های خصلت پاک، شناخت و توصیف معنویات و نقش آنها در زندگی فرد	۱/۵ ساعت	پرسش و پاسخ و بحث گروهی	دکتری روان‌شناسی بالینی

برای توصیف فراوانی داده‌ها از آمار توصیفی و برای مقایسه داده‌ها از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و t مستقل استفاده شد. به منظور مقایسه بین گروهی متغیرها از آزمون t مستقل و برای مقایسه درون گروهی از آزمون t زوج استفاده

شرکت‌کنندگان و اطمینان به آنها برای خروج از پژوهش، در هر زمان در صورت تمایل نداشتن به ادامه مطالعه رعایت شد. تحلیل داده‌های پژوهش در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. به منظور بررسی توزیع نرمال داده‌های کمی از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپروویلیک استفاده شد.

جدول ۲. مقایسه متغیرهای دموگرافیک افراد مبتلا به سرطان به تفکیک گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون	مداخله (۳۳ نفر)		گروه متغیر
	شاهد (۲۷ نفر)	تعداد (درصد)	
$\chi^2 = 0.01$ $df = 1$ $P^* = 0.57$	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	جنس
	۱۸ (۶۶/۷)	۱۵ (۴۵/۲)	مؤنث
$\chi^2 = 0.64$ $df = 3$ $P^{**} = 0.89$	۹ (۳۳/۳)	۸ (۳۴/۸)	مذکر
	۱۶ (۵۹/۳)	۱۵ (۴۵/۲)	متأهل
	۴ (۱۴/۸)	۵ (۲۱/۷)	مجرد
$\chi^2 = 3.82$ $df = 2$ $P^{**} = 0.15$	۲ (۷/۴)	۳ (۱۳)	مطلقه
	۵ (۱۸/۵)	۰	بیوه
	۱۷ (۶۳)	۱۳ (۵۶/۵)	سوم راهنمایی
$\chi^2 = 6.53$ $df = 6$ $P^{**} = 0.37$	۷ (۲۵/۹)	۷ (۳۰/۴)	سطح تحصیلات
	۳ (۱۱/۱)	۳ (۱۳)	دیپلم
	۳ (۳۳/۳)	۸ (۳۴/۸)	تحصیلات دانشگاهی
$\chi^2 = 3.78$ $df = 4$ $P^{**} = 0.44$	۴ (۱۴/۸)	۱ (۴/۳)	روده
	۱ (۳/۷)	۲ (۸/۷)	پستان
	۲ (۷/۴)	۵ (۲۱/۷)	تخمدان
	۶ (۲۲/۲)	۶ (۱/۲۶)	مری
	۲ (۷/۴)	۱ (۴/۳)	معده
	۳ (۱۱/۱)	۰	مغز استخوان
	۱ (۳/۷)	۱ (۴/۳)	رحم
$t = 1.24$ $df = 46/6$ $P^{**} = 0.22$	۸ (۲۹/۶)	۳ (۱۳)	استخدام دولتی
	۱۳ (۴۸/۱)	۱۲ (۵۲/۲)	شغل آزاد
	۵ (۱۸/۵)	۷ (۳۰/۴)	خانه دار
			بیکار
میانگین \pm انحراف معیار			
$t = 0.30$ $df = 48$ $P^{***} = 0.76$	۴۲/۶ \pm ۱۴/۹	۴۳/۹ \pm ۱۶/۵	سن (سال)
$t = 1.24$ $df = 46/6$ $P^{**} = 0.22$	۳/۴ \pm ۲/۸	۲/۵ \pm ۲/۰	طول مدت ابتلا به سرطان (سال)

*** آزمون t مستقل

** آزمون کای اسکور

* تست فیشر

ارزیابی نهایی روی ۵۰ نفر (۲۳ نفر در گروه مداخله و ۲۷ نفر در گروه شاهد) از بیماران مبتلا به کانسر انجام شد (نمودار یک). بیشتر شرکت کنندگان مطالعه حاضر زن (۳۳ نفر یعنی ۶۶ درصد) و متأهل (۳۱ نفر یعنی ۶۲ درصد) با میانگین سنی $43/2 \pm 15/3$ بودند. در مقایسه بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر اطلاعات دموگرافیک بیماران مبتلا به سرطان شرکت کننده در مطالعه، تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$) و دو گروه از این نظر هم گن بودند (جدول ۲).

شد. در آزمون‌های انجام شده، سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری $\alpha = 0.05$ مدنظر بود.

یافته‌ها

از ۵۴ شرکت کننده در مطالعه، ۴ نفر از گروه مداخله (۲ نفر به دلیل شرکت نکردن در پس آزمون، ۱ نفر به دلیل غیبت در بیش از یک جلسه و ۱ نفر به دلیل تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه) در بررسی نهایی داده‌ها حذف شدند و بدین ترتیب

جدول ۳. مقایسهٔ اختلاف میانگین شأن انسانی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سرطان قبل و پس از مداخله بین گروه کنترل و مداخله

P value (paired t-test)	تفاوت مرحله ارزیابی		۸ هفته پس از مداخله	قبل از مداخله	مقیاس
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
t=۶/۸۵ df=۲۲ P=۰/۰۰۱	۳/۳ ± ۲/۳	۱۱/۳ ± ۳/۵	۱۴/۵ ± ۵/۳		گروه مداخله
t=۱/۵۰ df=۲۶ P=۰/۱۵	-/۵ ± ۱/۲	۱۵/۰ ± ۶/۳	۱۵/۵ ± ۷/۰		گروه شاهد
	t=۴/۸ df=۳۹/۷ P=۰/۰۰۱	t=۲/۶ df=۴۱/۸ P=۰/۰۱	t=۰/۵۳ df=۴۸ P=۰/۵۹		P value (Independent t-test)
t=۴/۴۷ df=۲۲ P=۰/۰۰۱	۱/۹ ± ۲/۱	۲/۶ ± ۶/۶	۸/۵ ± ۴/۶		گروه مداخله
t=۰/۹۶ df=۲۶ P=۰/۳۴	-/۲ ± ۱/۰	۹/۲ ± ۴/۸	۹/۴ ± ۵/۲		گروه شاهد
	t=۳/۷ df=۳۰/۴ P=۰/۰۰۱	t=۲/۴ df=۴۱/۹ P=۰/۰۲	t=۰/۶۱ df=۴۸ P=۰/۵۵		value-P (Independent t-test)
t=۵/۵۶ df=۲۲ P=۰/۰۰۱	۲/۹ ± ۲/۵	۱۲/۸ ± ۳/۸	۱۵/۷ ± ۵/۴		گروه مداخله
t=۰/۱۹ df=۲۶ P=۰/۸۵	-/۰۴ ± ۱/۰	۱۷/۲ ± ۹/۳	۱۷/۲ ± ۹/۶		گروه شاهد
	t=۵/۱۳ df=۲۸/۳ P=۰/۰۰۱	t=۲/۲۴ df=۳۵/۵ P=۰/۰۳	t=۰/۶۹ df=۴۸ P=۰/۴۹		P value (Independent t-test)
t=۴/۴۰ df=۲۲ P=۰/۰۰۱	۱/۶ ± ۱/۷	۵/۵ ± ۲/۴	۷/۱ ± ۳/۴		گروه مداخله
t=۰/۰۰ df=۲۶ P=۱/۰۰	-/۰ ± ۰/۵	۷/۶ ± ۴/۵	۷/۶ ± ۴/۸		گروه شاهد
	t=۴/۲۳ df=۲۵/۸ P=۰/۰۰۱	t=۲/۰۸ df=۴۰/۶ P=۰/۰۴	t=۰/۳۸ df=۴۸ P=۰/۷۰		P value (Independent t-test)

وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$)، اما این تفاوت در گروه کنترل از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = ۰/۳۶$) (جدول ۳).

در مقایسهٔ بین گروهی، نتایج آزمون t مستقل نشان داد در مرحلهٔ قبل از مداخله بین میانگین نمرهٔ ابعاد مختلف شأن انسانی (علائم دیسترس، وابستگی و...) دو گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($P < ۰/۰۵$)، اما براساس نتایج t مستقل، بین میانگین تغییرات نمرهٔ ابعاد مختلف شأن انسانی در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۳).

در مقایسهٔ بین گروهی، نتایج آزمون t مستقل نشان داد در مرحلهٔ قبل از مداخله بین میانگین نمرهٔ کل شأن انسانی دو گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت ($P = ۰/۶۸$)، اما نتایج t مستقل نشان داد که بین میانگین تغییرات نمرهٔ کل شأن انسانی در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۳).

در مقایسهٔ درون‌گروهی، نتایج آزمون t زوج نشان داد بین میانگین نمرهٔ کل شأن انسانی پس از مداخله نسبت به قبل از مداخله در گروه مداخله تفاوت آماری معنی‌داری

ادامه جدول ۳. مقایسه اختلاف میانگین شأن انسانی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به سرطان قبل و پس از مداخله بین گروه کنترل و مداخله

P value (paired t-test)	تفاوت مرحله ارزیابی		۸ هفته پس از مداخله		مقیاس
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
t=۴/۳۸ df=۲۲ P=۰/۰۰۱	۱/۳ ± ۱/۴	۷/۶ ± ۲/۵	۸/۹ ± ۳/۶		گروه مداخله
t=۰/۳۳ df=۲۶ P=۰/۷۵	۰/۰۴ ± ۰/۶	۷/۸ ± ۴/۶	۷/۷ ± ۴/۷		گروه شاهد
	t=۴/۲۱ df=۲۸/۳ P=۰/۰۰۱	t=۰/۲۰ df=۴۸ P=۰/۸۴	t=۰/۹۴ df=۴۸ P=۰/۳۵		P value (Independent t-test)
t=۶/۵۸ df=۲۲ P=۰/۰۰۱	۱۱/۰ ± ۸/۰	۴۳/۷ ± ۱۱/۵	۵۴/۷ ± ۱۸/۶		گروه مداخله
t=۰/۹۳ df=۲۶ P=۰/۳۶	۰/۷ ± ۳/۷	۵۷/۸ ± ۲۴/۵	۵۷/۴ ± ۲۶/۵		گروه شاهد
	t=۵/۶۹ df=۲۹/۹ P=۰/۰۰۱	t=۲/۴۶ df=۳۸/۲ P=۰/۰۲	t=۰/۴۱ df=۴۸ P=۰/۶۸		P value (Independent t-test)

افراد مبتلا به سرطان به میزان متوسطی در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته که حداکثر سه تا شش ماه پس از مداخلات دوام داشته است [۳۹]؛ بنابراین از آنجا که در مطالعه حاضر پس از مداخله اجرا شده است [۳۹] می‌توان گفت نتایج مطالعه متاآنالیز تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر است.

سایر مطالعات در زمینه آموزش هوش معنوی بیانگر تأثیر آن بر ارتقای متغیرهایی از قبیل سازگاری عاطفی، اجتماعی و جسمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان [۴۰] و کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس [۳۱] است که می‌تواند تأییدکننده نتایج مطالعه حاضر باشد. همچنین مطالعاتی در داخل و خارج کشور درباره تأثیر گروه‌درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان [۴۲] تأثیر معنویت درمانی بر تطابق با سرطان [۳۵] و تأثیر معنویت و مراقبت‌های معنوی بر بهبود پیامدهای مرتبط با سلامتی در جوانان و نوجوانان مبتلا به سرطان [۴۳] انجام شده است که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سوست. اگرچه نتایج مطالعه Singh و همکاران مبنی بر تأثیر هوش معنوی بر کیفیت زندگی کارکنان سازمان‌های دولتی [۴۴] بر روی

در مقایسه درون‌گروهی، نتایج آزمون t زوج نشان می‌دهد میان میانگین نمره ابعاد مختلف شأن انسانی (علائم دسترس، وابستگی و...) پس از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه مداخله تفاوت آماری معناداری وجود داشت ($P < 0/001$)، اما این تفاوت در گروه کنترل از نظر آماری معناداری نبود ($P < 0/05$) (جدول ۳).

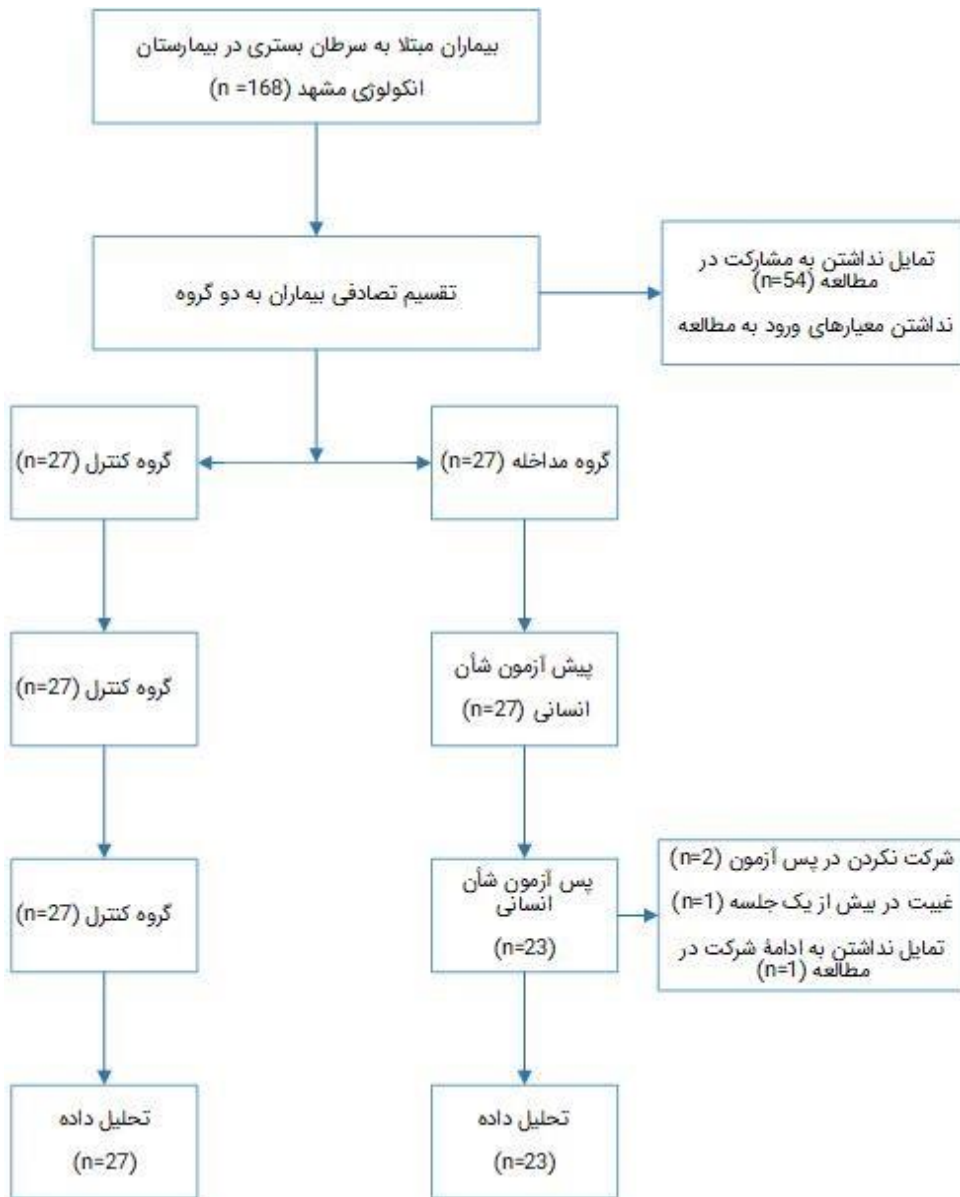
بحث

براساس نتایج مطالعه حاضر، پس از مداخله میانگین نمره کل شأن انسانی و ابعاد مختلف آن در گروه آموزش هوش معنوی در مقایسه با گروه شاهد بهبود معنی‌داری داشت. همچنین مقایسه درون‌گروهی نشان می‌دهد میانگین نمره کل شأن انسانی و ابعاد مختلف آن در گروه آموزش هوش معنوی پس از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله، بهبود معنی‌داری داشته، اما در گروه شاهد معنی‌دار نبوده است.

براساس جست‌وجوهای صورت‌گرفته، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم به بررسی تأثیر آموزش هوش معنوی یا معنویت بر شأن انسانی بپردازد، یافت نشد، اما در همین خصوص نتایج مطالعه مرور سامانمند و متاآنالیز نشان داده است که بلافاصله پس از مداخلات معنوی، کیفیت زندگی

افراد سالم از نظر جسمی انجام شده، اما با نتایج مطالعه حاضر هم‌سوست. یافتن معنای بیماری، راحتی خود را برای مواجهه با ترس‌های وجودی از قبیل ترس از مرگ تقویت کنند [۴۵]؛

نمودار ۱. دیاگرام طرح کانسورت مطالعه



در حالی که نیازهای مراقبت معنوی در سیاست‌های سیستم مراقبت بهداشتی اروپا و در سطح جهانی به‌وضوح انعکاس یافته و در ارتقای سلامت، بهزیستی و بهبود بیماران مبتلا به سرطان بسیار مهم است؛ به‌طوری‌که سازمان بهداشت جهانی، مراقبت‌های تسکینی را شامل مراقبت‌های معنوی ذکر می‌کند که باید مکمل سایر مراقبت‌های سیستم مراقبت سلامت باشد [۴۶].

براساس جست‌وجوها، مطالعه‌ای که نتایج آن متضاد با نتایج مطالعه حاضر باشد یافت نشد. از محدودیت‌های مطالعه

در تفسیر نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت از آنجا که شأن انسانی در بیماران مبتلا به کانسر اغلب تحت تأثیر ترس از مردن و غیرقابل کنترل بودن است [۲۰]، به نظر می‌رسد آموزش‌هایی در زمینه هوش معنوی می‌تواند از طریق تقویت معنویت در بیماران مبتلا به کانسر موجب ارتقای شأن انسانی در آنها شود؛ زیرا معنویت (ارتباط با منبع بزرگ‌تر و احساسات متعالی) جنبه‌های مهمی از زندگی روزانه هر انسان به‌ویژه افراد مبتلا به سرطان است؛ به‌طوری‌که بیشتر این افراد برای سلامتی‌شان دعا می‌کنند و درصدند از طریق

سیاسگزاری

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی اسلامی با کد تصویب ۱۳۲۴/۴۰۳۴/د از دانشگاه پیام نور گناباد است که با کد اخلاقی IR.MUMS.REC.1397.047 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد تصویب شده است. همچنین با کد IRCT20180509039597N1 در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران ثبت و تأیید شده است. بدین‌وسیله بر خود لازم می‌دانم از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه پیام‌نور گناباد و دانشگاه علوم پزشکی مشهد سپاسگزاری می‌کنم. همچنین از همه استادان دانشگاه پیام‌نور گناباد، مسئولان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مسئولان بیمارستان انکولوژی امید و بیماران محترم که به ما در انجام این مطالعه کمک نمودند، تقدیر و تشکر می‌نمایم.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تأمین شده است.

حاضر اجرای این مطالعه بر بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان بود که بیشتر در مرحله حاد بیماری بودند و به دلیل نامساعد بودن شرایط روانی از مشارکت در مطالعه و تکمیل پیش‌آزمون امتناع می‌کردند. از سویی، محل ابتلا به سرطان می‌توانست بر وضعیت بیمار از نظر روانی و جسمانی تأثیر بگذارد و علی‌رغم حضور بیمار در کلاس‌های آموزشی نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. اگرچه این مورد به‌عنوان متغیر مداخله‌گر در اطلاعات دموگرافیک از نظر آماری بررسی شده بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این مطالعه درباره بیماران سرپایی که در مرحله بهبودی از بیماری هستند و از نظر محل ابتلا به سرطان یکسان به شمار می‌آیند، انجام شود.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج مطالعه حاضر، آموزش هوش معنوی می‌تواند موجب بهبود شأن انسانی در بیماران مبتلا به سرطان شود؛ از این‌رو توصیه می‌شود در بیمارستان‌ها علاوه بر درمان‌های جسمانی از سوی تیم پزشکی، از روان‌شناسان آموزش‌دیده برای آموزش هوش معنوی در بیمارستان‌های انکولوژی استفاده شود.

References

1. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaie F, Zendedel K, Majd HA. Spiritual needs of cancer patients: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*. 2015 Jan;21(1):61. [DOI:10.4103/0973-1075.150190] [PMID] [PMCID]
2. INCCCP. Iranian National Comprehensive Cancer Control Program <https://www.cdc.gov/cancer/ncccp/index.htm> 2013 [Last accessed on 2017 Aug 31]
3. Organization WH. fact sheet on cancer <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. 2015 [
4. Rassouli M, Sajjadi M. Cancer care in countries in transition: The Islamic Republic of Iran. In *Cancer Care in Countries and Societies in Transition 2016* (pp. 317-336). Springer, Cham. [DOI:10.1007/978-3-319-22912-6_20]
5. Maule M, Merletti F. Cancer transition and priorities for cancer control. *The lancet oncology*. 2012 Aug 1;13(8):745-6. [DOI:10.1016/S1470-2045(12)70268-1]
6. Bahrami M. Meanings and aspects of quality of life for cancer patients: A descriptive exploratory qualitative study. *Contemporary nurse*. 2011 Aug 1;39(1):75-84. [DOI:10.5172/conu.2011.39.1.75] [PMID]
7. Zhang X, Xiao H, Chen Y. Effects of life review on mental health and well-being among cancer patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017 Sep 1;74:138-48. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.012] [PMID]
8. Tuncer G, Yucel SC. Comfort and anxiety levels of women with early stage breast cancer who receive radiotherapy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014 Jan 1;15(5):2109-14. [DOI:10.7314/APJCP.2014.15.5.2109] [PMID]
9. Lee SJ, Park JH, Park BY, Kim SY, Lee IH, Kim JH, Koh DH, Kim CH, Sohn MS. Depression and suicide ideas of cancer patients and influencing factors in South Korea. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014 Jan 1;15(7):2945-50. [DOI:10.7314/APJCP.2014.15.7.2945] [PMID]
10. Pearson EJ, Morris ME, McKinstry CE. Cancer-related fatigue: a survey of health practitioner knowledge and practice. *Supportive Care in Cancer*. 2015 Dec 1;23(12):3521-9. [DOI:10.1007/s00520-015-2723-8] [PMID]

11. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliative medicine*. 2005 Jul;19(5):371-80. [DOI:10.1191/0269216305pm1038oa] [PMID]
12. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of pain and symptom management*. 2011 Mar 1;41(3):604-18. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010] [PMID]
13. Afrooz R, Rahmani A, Zamanzadeh V, Abdollahzadeh F, Azadi A, Faghany S, Pirzadeh A. The nature of hope among Iranian cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014 Jan 1;15(21):9307-12. [DOI:10.7314/APJCP.2014.15.21.9307] [PMID]
14. Chochinov HM. Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *Bmj*. 2007 Jul 26;335(7612):184-7. [DOI:10.1136/bmj.39244.650926.47] [PMID] [PMCID]
15. Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Escribano X, Balaguer A. Patient perspectives of dignity, autonomy and control at the end of life: systematic review and meta-ethnography. *PloS one*. 2016 Mar 24;11(3):e0151435. [DOI:10.1371/journal.pone.0151435] [PMID] [PMCID]
16. Philipp R, Mehnert A, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krüll A, Vehling S. Detrimental social interactions predict loss of dignity among patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016 Jun 1;24(6):2751-8. [DOI:10.1007/s00520-016-3090-9] [PMID]
17. Parandeh A, Khaghanizade M, Mohammadi E, Mokhtari-Nouri J. Nurses' human dignity in education and practice: An integrated literature review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2016 Jan;21(1):1. [DOI:10.4103/1735-9066.174750] [PMID] [PMCID]
18. Omathuna DP. The place of dignity in everyday ethics. *J Christ Nurs*. 2011 ;28(1):12-8. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0b013e3181fe7606> [DOI:10.1097/CNJ.0b013e3181fe7606.] [PMID]
19. Whitehead J, Wheeler H. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing*. 2008 Mar 27;17(6):381-5. [DOI:10.12968/bjon.2008.17.6.28904] [PMID]
20. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2008 Dec 1;36(6):559-71. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018] [PMID]
21. Vehling S, Mehnert A. Symptom burden, loss of dignity, and demoralization in patients with cancer: a mediation model. *Psycho-Oncology*. 2014 Mar;23(3):283-90. [DOI:10.1002/pon.3417] [PMID]
22. LeBaron VT, Cooke A, Resmini J, Garinther A, Chow V, Quiñones R, Noveroske S, Baccari A, Smith PT, Peteet J, Balboni TA. Clergy views on a good versus a poor death: ministry to the terminally ill. *Journal of palliative medicine*. 2015 Dec 1;18(12):1000-7. [DOI:10.1089/jpm.2015.0176] [PMID] [PMCID]
23. Borhani F, Abbaszadeh A, Rabori RM. New vision for the dignity: understanding the meaning of patient dignity in Iran. *Br J Med Med Res*. 2015 Feb 1;9(2):1-1. [DOI:10.9734/BJMMR/2015/18886]
24. Thuné-Boyle IC, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP. Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*. 2013 Mar;22(3):646-58. [DOI:10.1002/pon.3048] [PMID]
25. Pargament KI, Koenig HG, Perez LM. The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of clinical psychology*. 2000 Apr;56(4):519-43. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200004\)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:4<519::AID-JCLP6>3.0.CO;2-1) [DOI:10.1002/(SICI)1097-4679(200004)56:43.0.CO;2-1]
26. Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the scientific study of religion*. 1998 Dec 1:710-24. [DOI:10.2307/1388152]
27. Marshall IN. *SQ: spiritual intelligence: the ultimate intelligence*. Bloomsbury; 2000.
28. George M. How intelligent are you... really? From IQ to EQ to SQ, with a little intuition along the way. *Training & Management Development Methods*. 2006 Aug 10;20(4):425-36.
29. Vaughan F. What is spiritual intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*. 2003;42(2):16-33. [DOI:10.1177/0022167802422003]
30. Bowell RA. *The seven steps of spiritual intelligence: The practical pursuit of purpose, success, and happiness*. Nicholas Brealey Publishing; 2004.
31. King DB. *Rethinking claims of spiritual intelligence: A definition, model, an measure*. Canada Trent University (Canada); 2008.
32. Nasel DD. *Spiritual orientation in relation to spiritual intelligence: a consideration of traditional Christianity and new age/individualistic Spirituality* The University of South Australia; 2004.
33. Elkins M, Cavendish R. Developing a plan for pediatric spiritual care. *Holistic Nursing Practice*. 2004 Jul 1;18(4):179-84. [DOI:10.1097/00004650-200407000-00002] [PMID]
34. Moazedyan P, Bagheri M. The spiritual intelligence training to family, affective, social and Physical adjustments in breast cancer patients *Biannual Journal of Applied*. 2016;6(1):89-101.
35. Movafagh A, Heidari MH, Abdoljabbari M, Mansouri N, Taghavi A, Karamatinia A, Mehrvar N, Hashemi M, Ghazi M. Spiritual therapy in coping with cancer as a complementary medical preventive practice. *Journal of cancer prevention*. 2017 Jun;22(2):82. [DOI:10.15430/JCP.2017.22.2.82] [PMID] [PMCID]

36. Salajegheh S, Raghbi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *SSU_Journals*. 2014 Jun 15;22(2):1130-9.
37. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristjanson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *Journal of pain and symptom management*. 2008 Dec 1;36(6):559-71.
[DOI:10.1016/j.jpainsymman.2007.12.018] [PMID]
38. Vaghee S, Mazlom S, Davoudi N, Modares Gharav M. The effect of dignity therapy on human dignity in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis. *Evidence Based Care*. 2013 Jul 1;3(2):63-72.
39. Kruizinga R, Hartog ID, Jacobs M, Daams JG, Scherer-Rath M, Schilderman JB, Sprangers MA, Van Laarhoven HW. The effect of spiritual interventions addressing existential themes using a narrative approach on quality of life of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2016 Mar;25(3):253-65.
[DOI:10.1002/pon.3910] [PMID]
40. Moazedyan P, Bagheri M. The spiritual intelligence training to family, affective, social and Physical adjustments in breast cancer patients. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2016;6(1):89-101.
41. Zamani SN, Hajjalizadeh K. Studying effect of instructing spiritual intelligence on life quality and psychological well-being in patients with multiple sclerosis. *South Journal of Educational Psychology and Counseling*. 2015;2(1):28-36.
42. Salajegheh S, Raghbi M. The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer. *SSU_Journals*. 2014 Jun 15;22(2):1130-9.
43. Taylor EJ, Petersen C, Oyedele O, Haase J. Spirituality and Spiritual Care of Adolescents and Young Adults with Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*. 2015;31(3):227-41.
[DOI:10.1016/j.soncn.2015.06.002] [PMID]
44. Singh MP, Sinha J. Impact of spiritual intelligence on quality of life. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2013 May;3(5):1-5.
45. Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, Merluzzi TV, Munoz AR, George L, Snyder MA, Salsman JM. Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer*. 2015 Nov 1;121(21):3760-8.
[DOI:10.1002/cncr.29353] [PMID] [PMCID]
46. van Meurs J, Smeets W, Vissers KC, Groot M, Engels Y. Nurses exploring the spirituality of their patients with cancer: Participant observation on a medical oncology ward. *Cancer nursing*. 2018 Jul;41(4):E39.
[DOI:10.1097/NCC.0000000000000526] [PMID] [PMCID]