Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 5, Issue 4, PP 1-21

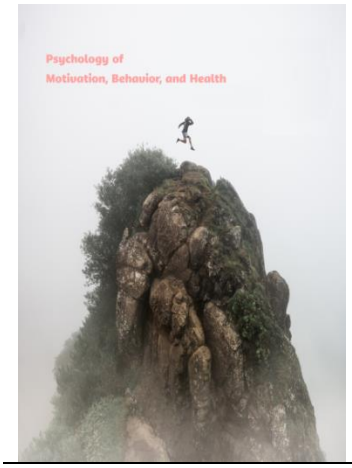
Comparison of the Effectiveness of Spirituality Therapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy of Psychological Adjustment in Patients with colorectal Cancer.

Fateme Rahmani[1], Mohammad Rajabi[2*], Mehdi Nayyeri[3]

[1] Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
[2] Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran
[3] Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.

*Corresponding Author's Email: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

Received:	Revised:	Accepted:	Initial Puplish:	Final Publish:
26 August 2026	13 October 2026	22 November 2026	24 November 2026	06 November 2027



How to Cite:
Rahmani, F., Rajabi, M., & Nayyeri, M. (2026). Comparison of the Effectiveness of Spirituality Therapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy of Psychological Adjustment in Patients with colorectal Cancer.. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(4), 1-21.

Abstract

Introduction and Aim: Colorectal cancer is associated not only with substantial physical consequences but also with psychological distress and difficulties in adjustment to the disease, highlighting the need for effective psychological interventions. This study aimed to compare the effectiveness of spirituality therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving psychological adjustment to cancer among women with colorectal cancer.

Methodology: This quasi-experimental intervention study employed a pretest–posttest design with a control group and a two-month follow-up and was conducted during 2024–2025 at Omid Hospital in Mashhad, Iran. Fifty-one eligible women with active medical records for colorectal cancer were randomly allocated to spirituality therapy, ACT, and control groups, with 17 participants in each group; following attrition, 45 participants were included in the final analysis. Spirituality therapy was delivered in twelve 60-minute group sessions, whereas ACT was administered in eight 90-minute group sessions; the control group received routine medical care only. Psychological adjustment was assessed at pretest, posttest, and follow-up using the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC). Data were analyzed using mixed-design repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc comparisons in SPSS version 26.

Findings: Inferential analyses demonstrated that both interventions produced significant changes in psychological adjustment and its dimensions over time compared with the control condition ($p<0.05$), with the intervention effects largely maintained at follow-up. No statistically significant difference was observed between spirituality therapy and ACT regarding their overall effectiveness in improving psychological adjustment to cancer ($p>0.05$). The two interventions showed comparable effects on helplessness/hopelessness, anxious preoccupation, cognitive avoidance, and fatalistic thinking. However, spirituality therapy produced a significant improvement in fighting spirit and demonstrated a greater advantage than ACT for strengthening this specific component of adjustment.

Conclusion: Both spirituality therapy and ACT may serve as useful complementary psychological interventions alongside routine medical care for improving psychological adjustment among women with colorectal cancer. Although their overall effectiveness was comparable, spirituality therapy may provide an additional advantage in enhancing patients' fighting spirit.

Keywords: Spirituality Therapy; Acceptance and Commitment Therapy; Psychological Adjustment to Cancer; Colorectal Cancer; Fighting Spirit.

Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Colorectal cancer is one of the most important malignancies worldwide and contributes substantially to cancer-related morbidity, mortality, and long-term disability. Recent global estimates indicate that colorectal cancer remains among the most prevalent cancers and constitutes a major public health burden across different regions of the world (Bray et al., 2026). Beyond the physical burden of the disease and its medical treatments, patients frequently experience a wide range of psychological, interpersonal, and existential difficulties. These difficulties may be intensified by surgery, chemotherapy, radiotherapy, functional gastrointestinal changes, uncertainty regarding recurrence, and prolonged dependence on medical care. In patients with colorectal cancer, health-related quality of life is influenced by a combination of clinical, psychological, and social factors, highlighting the need for comprehensive supportive care in addition to routine oncological treatment (Luo et al., 2024; Naeimabadi et al., 2024).

Psychological adjustment to cancer is a multidimensional process through which patients attempt to adapt cognitively, emotionally, and behaviorally to the threats and limitations imposed by the disease. It involves how patients appraise cancer, respond to uncertainty, regulate distress, maintain hope, and continue meaningful activities despite physical and emotional challenges. Previous evidence has shown that psychosocial adjustment in cancer is affected by coping style, psychological resources, social support, resilience, and illness-related beliefs (Bridou & Robieux, 2026; Zhu et al., 2024). Among patients with colorectal cancer, this process can become especially difficult when treatment leads to an ostomy or major alterations in bowel function. Such changes may adversely affect body image, sexuality, interpersonal relationships, and self-perception, particularly among women (Johnson et al., 2025; Redeker et al., 2025). These challenges reinforce the importance of identifying psychological interventions capable of improving adjustment to cancer.

Spirituality has increasingly been recognized as an important resource in coping with cancer. The diagnosis of cancer may evoke fundamental questions regarding suffering, meaning, mortality, hope, and the future. Spiritual resources may help patients reconstruct the meaning of illness, preserve a sense of purpose, strengthen hope, and maintain psychological resilience during treatment. Previous studies have demonstrated associations between spiritual well-being and better psychosocial adjustment among cancer patients (Gutierrez-Rojas et al., 2025; Senmar et al., 2020). Spiritual interventions have also been shown to improve psychological, spiritual, and quality-of-life outcomes in cancer populations (Izgu et al., 2024; Sun et al., 2024). Evidence from Iranian studies similarly supports the use of spirituality-based interventions among women with cancer (Fardi & Lotfi Kashani, 2023; Momennasab et al., 2024).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT), on the other hand, is a third-wave behavioral therapy that emphasizes psychological flexibility rather than direct elimination of distressing thoughts and emotions. ACT aims to enhance acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, self-as-context, values clarification, and committed action (Harris, 2019; Hayes, 2016). These processes may be particularly relevant to cancer because many sources of distress, including fear of recurrence, treatment side effects, and uncertainty about the future, cannot be fully controlled. Systematic reviews and meta-analyses have shown that ACT can reduce psychological distress and improve psychological flexibility and quality of life in patients with cancer (Fawson, 2024; Jiang et al., 2024; Kang et al., 2026). Clinical evidence also supports the application of ACT among patients with colorectal cancer (Khedr et al., 2024).

Although spirituality therapy and ACT differ theoretically, both may improve adjustment by changing how patients relate to illness-related suffering. Spirituality therapy emphasizes meaning, hope, forgiveness, spiritual connection, and acceptance of suffering, whereas ACT emphasizes acceptance of internal experiences and engagement in value-consistent behavior. Comparative studies in cancer populations suggest that both approaches may improve psychological outcomes, including quality of life, hope, existential anxiety, psychological distress, and self-management (Abdi et al., 2023; Ahmadi et al., 2021; Moin et al., 2023; Zamanian et al., 2025). However, direct evidence comparing these interventions in women with colorectal cancer remains limited. Therefore, the present study aimed to compare the effectiveness of spirituality therapy and Acceptance and Commitment Therapy on psychological adjustment to cancer among women with colorectal cancer.

Methodology

This study was a quasi-experimental intervention with a pretest-posttest control-group design and a two-month follow-up. The study was conducted from October 2024 to October 2025 at Omid Hospital in Mashhad, Iran. The statistical population consisted of women with colorectal cancer who had active medical records at the hospital and whose diagnoses had been established by oncology specialists using clinical and paraclinical assessments.

The required sample size was estimated using G*Power version 3.1 based on an effect size of 0.25, a significance level of 0.05, and statistical power of 0.90. Although the minimum required sample was 39, 51 participants were recruited to compensate for anticipated attrition. Participants were selected through convenience and voluntary sampling from 135 initially eligible patients. After screening and obtaining written informed consent, 51 eligible women were randomly allocated into three groups of 17 participants each: spirituality therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and control. Following attrition of six participants, the final analyses were conducted on 45 participants, including 15 in the spirituality therapy group, 14 in the ACT group, and 16 in the control group.

Eligibility criteria included being a woman diagnosed with colorectal cancer, age between 30 and 70 years, having an active medical record at Omid Hospital, having an educational level from elementary school to associate degree, being able to attend therapeutic sessions, absence of a diagnosed psychiatric disorder, provision of informed consent, obtaining a moderate or higher score on the psychological adjustment to cancer scale, no receipt of ACT or spirituality therapy during the previous year or during the study period, and no psychoactive substance abuse. Withdrawal from treatment or absence from more than two sessions constituted exclusion criteria.

Data were collected using a demographic questionnaire and the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC). The demographic questionnaire assessed age, education, employment status, family history of cancer, duration of colorectal cancer, disease stage, type of medical treatment, and recurrence. The Mini-MAC consisted of 29 items and measured five dimensions: fighting spirit, anxious preoccupation, fatalistic thinking, helplessness/hopelessness, and cognitive avoidance. Items were scored on a four-point Likert scale.

The spirituality therapy intervention consisted of twelve 60-minute group sessions conducted twice weekly. The intervention emphasized meaning, hope, spiritual connection, acceptance of suffering, introspection, management of fear and anxiety, forgiveness, meditation, self-monitoring, patience, responsibility, and maintenance of hope and awareness. The ACT intervention consisted of eight weekly 90-minute group sessions based on the six-process model of psychological flexibility. Sessions addressed acceptance, cognitive defusion, present-moment awareness, mindfulness, self-as-context, values clarification, identification of barriers to valued living, and committed action. The control group received routine medical care only. All participants completed assessments at pretest, posttest, and two-month follow-up.

Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation. One-way analysis of variance and chi-square tests were used to assess baseline group equivalence. Inferential analyses included the Shapiro-Wilk test for normality, Levene's test for homogeneity of variance, Mauchly's test for sphericity, mixed-design repeated-measures analysis of variance, and Bonferroni post-hoc comparisons. When the sphericity assumption was violated, the Huynh-Feldt correction was applied. Statistical significance was set at 0.05.

Findings

The three groups were homogeneous in terms of age range, educational level, and duration of illness, with no statistically significant baseline differences in these demographic characteristics ($p>0.05$). Descriptive findings demonstrated substantial reductions from pretest to posttest in helplessness/hopelessness, anxious preoccupation, cognitive avoidance, and fatalistic thinking in both intervention groups, whereas changes in the control group were generally smaller.

The assumptions required for repeated-measures analysis were adequately examined. Shapiro-Wilk tests indicated normal distribution of the variables across groups and measurement stages ($p>0.05$), and Levene's tests confirmed homogeneity of variances ($p>0.05$). However, Mauchly's test showed that the sphericity assumption was violated ($W=0.001$, $\chi^2=403.807$, $df=209$, $p=0.001$); therefore, corrected degrees of freedom were used.

The repeated-measures analysis revealed a significant main effect of group membership ($F=19.870$, $p=0.001$, $\eta^2=0.486$), indicating significant differences among the spirituality therapy, ACT, and control groups. The main effect of measurement stage was also significant ($F=306.396$, $p=0.001$, $\eta^2=0.879$), demonstrating

substantial changes in psychological adjustment scores across pretest, posttest, and follow-up. In addition, the group × time interaction was statistically significant ($F=7.391$, $p=0.001$, $\eta^2=0.260$), showing that the pattern of change over time differed significantly across the three groups. The corresponding effect sizes suggested that group membership, time, and their interaction accounted for 48.6%, 87.9%, and 26.0% of the observed variance, respectively.

Bonferroni post-hoc comparisons indicated that both spirituality therapy and ACT differed significantly from the control group in helplessness/hopelessness, anxious preoccupation, cognitive avoidance, and fatalistic thinking. For helplessness/hopelessness, both spirituality therapy and ACT significantly differed from the control group ($p=0.018$). For anxious preoccupation, both interventions significantly differed from the control condition ($p=0.001$). Similar significant differences were observed for cognitive avoidance ($p=0.001$ for both interventions versus control) and fatalistic thinking ($p=0.007$ for spirituality therapy versus control and $p=0.008$ for ACT versus control).

Direct comparisons between spirituality therapy and ACT showed no statistically significant differences in helplessness/hopelessness, anxious preoccupation, cognitive avoidance, fatalistic thinking, or fighting spirit (all $p>0.05$). However, in the fighting-spirit dimension, spirituality therapy differed significantly from the control group ($p=0.002$), whereas ACT did not show a statistically significant difference from the control group ($p=0.446$). Across measurement stages, significant changes were observed from pretest to posttest and from pretest to follow-up in most adjustment dimensions. Differences between posttest and follow-up were generally nonsignificant, indicating relative maintenance of therapeutic gains. Fighting spirit was an exception, for which significant differences were also observed between posttest and follow-up.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that both spirituality therapy and Acceptance and Commitment Therapy were effective in improving psychological adjustment among women with colorectal cancer. The significant effects of group, time, and the group × time interaction indicate that the observed changes were not merely attributable to the passage of time but were related to participation in the psychological interventions. Both approaches were particularly effective in reducing maladaptive adjustment patterns, including helplessness/hopelessness, anxious preoccupation, cognitive avoidance, and fatalistic thinking.

The comparable effectiveness of the two interventions may be explained by their shared functional emphasis on altering patients' relationship with illness-related distress. Although spirituality therapy and ACT employ different conceptual frameworks, both approaches encourage patients to move away from rigid, fear-driven responses and toward more adaptive engagement with their experience. Spirituality therapy may achieve this through meaning reconstruction, hope, forgiveness, spiritual connection, and acceptance of suffering. ACT, in contrast, targets experiential avoidance, cognitive fusion, and behavioral restriction by enhancing psychological flexibility and value-based action. These different therapeutic pathways may ultimately produce similar improvements in several dimensions of psychological adjustment.

The significant effect of spirituality therapy on fighting spirit is especially noteworthy. The intervention repeatedly emphasized hope, perseverance, meaning, self-awareness, patience, personal responsibility, and active engagement with illness. These components may have been particularly effective in strengthening a more active and purposeful orientation toward cancer. By comparison, ACT does not necessarily promote a "fighting" stance toward illness; rather, it emphasizes willingness to experience discomfort while continuing meaningful action. Consequently, improvement in ACT may occur through mechanisms that are not fully captured by the fighting-spirit construct.

The relative stability of improvements at the two-month follow-up also suggests that both interventions may produce changes that extend beyond the immediate treatment period. The skills taught in both approaches can be incorporated into everyday life. Participants receiving spirituality therapy were encouraged to continue practices related to introspection, forgiveness, meditation, hope, and self-monitoring, while those receiving ACT were trained in acceptance, mindfulness, defusion, values clarification, and committed action. Continued use of these skills may account for the maintenance of gains after treatment.

Overall, the present findings support the integration of both spirituality therapy and ACT into psychosocial care for women with colorectal cancer. Both interventions appear capable of reducing maladaptive psychological responses to cancer and improving adjustment over time. Their overall effectiveness was broadly comparable, although spirituality therapy

showed an additional advantage in relation to fighting spirit. These findings suggest that intervention selection may be guided not only by overall efficacy but also by patients' individual needs, preferences, beliefs, coping styles, and specific adjustment difficulties. Spirituality therapy may be particularly suitable for patients who place strong importance on meaning, hope, and spiritual resources, whereas ACT may be especially useful for individuals struggling with experiential avoidance, cognitive entanglement, and difficulty accepting uncontrollable aspects of illness. The study therefore provides support for both approaches as complementary components of comprehensive psycho-oncological care for women with colorectal cancer.

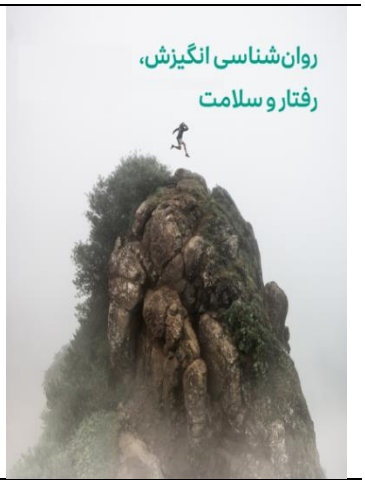
مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی با سرطان در مبتلایان به سرطان کولورکتال

فاطمه رحمانی[۱]، محمد رجبی[۲*]، مهدی نیری[۳]

[۱] گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
[۲]. گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
[۳]. گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: mohammad.rajabi@iau.ac.ir

دریافت شده	اصلاح شده	پذیرفته شده	انتشار اولیه	انتشار نهایی
۴ شهریور ۱۴۰۵	۲۱ مهر ۱۴۰۵	۱ آذر ۱۴۰۵	۳ آذر ۱۴۰۵	۱۵ آبان ۱۴۰۶



نحوه استناددهی:

رحمانی، فاطمه.، رجبی، محمد.، و نیری، مهدی. . (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی با سرطان در مبتلایان به سرطان کولورکتال. روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت، ۵(۴)، ۲۱-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: سرطان کولورکتال علاوه بر پیامدهای جسمانی، می‌تواند با پریشانی روان‌شناختی و اختلال در سازگاری بیماران با بیماری همراه باشد و ضرورت استفاده از مداخلات روان‌شناختی مؤثر را برجسته سازد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلا به سرطان کولورکتال انجام شد.

روش‌شناسی: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود که در سال‌های ۲۰۲۴–۲۰۲۵ در بیمارستان امید مشهد انجام شد. از میان زنان مبتلا به سرطان کولورکتال دارای پرونده درمانی فعال، ۵۱ نفر واجد شرایط انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه معنویت‌درمانی، ACT و کنترل، هر یک ۱۷ نفر، گمارده شدند؛ پس از ریزش آزمودنی‌ها، تحلیل نهایی بر روی ۴۵ شرکت‌کننده انجام شد. معنویت‌درمانی طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و ACT طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، در حالی که گروه کنترل مراقبت‌های معمول را دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از نسخه کوتاه مقیاس سازگاری روانی با سرطان (Mini-MAC) در سه مرحله گردآوری و با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل‌های استنباطی نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب تغییر معنادار سازگاری روانی و مؤلفه‌های آن در طول زمان شدند ($p<۰.۰۵$) و آثار ایجادشده در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی حفظ شد. مقایسه دو مداخله نشان داد که بین معنویت‌درمانی و ACT از نظر تأثیر کلی بر سازگاری روانی تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰.۰۵$). همچنین، دو مداخله از نظر درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه اثربخشی مشابهی داشتند. بااین‌حال، معنویت‌درمانی در مؤلفه روحیه مبارزه‌طلبی اثر معناداری نشان داد و نسبت به ACT مزیت بیشتری در تقویت این مؤلفه داشت.

نتیجه‌گیری: معنویت‌درمانی و ACT هر دو می‌توانند به‌عنوان مداخلات روان‌شناختی مکمل در کنار مراقبت‌های پزشکی برای بهبود سازگاری روانی زنان مبتلا به سرطان کولورکتال مورد استفاده قرار گیرند. با وجود اثربخشی کلی مشابه دو رویکرد، معنویت‌درمانی ممکن است برای تقویت روحیه مبارزه‌طلبی بیماران سودمندی بیشتری داشته باشد.

کلیدواژگان: معنویت‌درمانی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ سازگاری روانی با سرطان؛ سرطان کولورکتال؛ روحیه مبارزه‌طلبی.

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

سرطان همچنان یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان به شمار می‌رود و افزایش بار بیماری، مرگ‌ومیر و پیامدهای گسترده جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی آن، ضرورت توجه هم‌زمان به درمان پزشکی و مراقبت‌های حمایتی را برجسته ساخته است. برآوردهای جهانی جدید نشان می‌دهد که سرطان کولورکتال در زمره شایع‌ترین بدخیمی‌ها در سطح جهان قرار دارد و سهم قابل‌توجهی از موارد ابتلا و مرگ ناشی از سرطان را به خود اختصاص می‌دهد (Bray et al., 2026). اهمیت این بیماری صرفاً به میزان بروز و مرگ‌ومیر آن محدود نیست، بلکه ماهیت مزمن و تهدیدکننده بیماری، دوره‌های طولانی درمان، احتمال عود، عوارض ناشی از جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی و تغییراتی که در عملکرد روزمره فرد ایجاد می‌شود، می‌تواند ابعاد مختلف زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و مرتبط با درمان قرار دارد و مراقبت جامع از این بیماران مستلزم توجه به ابعادی فراتر از کنترل تومور و نشانه‌های جسمانی است (Naeimabadi et al., 2024). همچنین، بازماندگان سرطان کولورکتال پس از پایان درمان نیز با طیفی از نیازهای برآورده‌نشده، از جمله نگرانی‌های روان‌شناختی، مشکلات مربوط به عملکرد روزمره، ترس از عود و نیاز به حمایت‌های مستمر مواجه هستند (Luo et al., 2024).

پیامدهای سرطان کولورکتال در برخی بیماران به‌ویژه در صورت انجام کولوستومی یا ایجاد استوما پیچیده‌تر می‌شود. وجود استوما ممکن است تغییرات عمیقی در تصویر بدنی، عزت‌نفس، عملکرد جنسی، روابط صمیمانه و نقش‌های خانوادگی ایجاد کند و سازگاری فرد با بیماری را دشوارتر سازد. مرورهای اخیر نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال دارای استوما در مقایسه با بیماران بدون استوما، مشکلات بیشتری در حوزه تصویر بدنی و عملکرد جنسی تجربه می‌کنند (Redeker et al., 2025). این مسئله در زنان می‌تواند از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، زیرا تغییرات بدن و عملکرد دفع ممکن است با ادراک زنانگی، جذابیت، روابط زناشویی و احساس کنترل بر بدن ارتباط پیدا کند (Johnson et al., 2025). علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که برخورداری از کولوستومی می‌تواند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در برخی ابعاد کاهش دهد و بار روانی و اجتماعی بیماری را افزایش دهد (Dahouri et al., 2025). بنابراین، تجربه سرطان کولورکتال را نمی‌توان صرفاً از منظر بیماری جسمانی بررسی کرد، بلکه باید آن را تجربه‌ای چندبعدی دانست که می‌تواند ساختار روان‌شناختی و اجتماعی زندگی بیمار را نیز دگرگون سازد.

یکی از مفاهیم اساسی در فهم واکنش بیماران به سرطان، سازگاری روان‌شناختی با بیماری است. سازگاری روانی فرایندی پویا است که طی آن فرد می‌کوشد با پیامدهای جسمانی، شناختی، هیجانی و اجتماعی بیماری کنار بیاید، معنای جدیدی برای شرایط خود ایجاد کند و در عین مواجهه با تهدیدهای ناشی از بیماری، عملکرد و تعادل روانی خود را تا حد ممکن حفظ کند. شواهد نشان می‌دهد که سازگاری روانی بیماران سرطانی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله شدت علائم، حمایت اجتماعی، منابع روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای، باورهای فردی و شرایط درمان قرار دارد (Zhu et al., 2024). مرور نظام‌مند منابع روان‌شناختی در بزرگسالان مبتلا به سرطان نیز نشان داده است که عواملی مانند امید، تاب‌آوری، معنا در زندگی، خودکارآمدی و منابع مقابله‌ای می‌توانند نقش مهمی در نحوه مواجهه بیماران با بیماری ایفا کنند (Bridou & Robieux, 2026). تجربه بیماران از مسیر دستیابی به تاب‌آوری نیز نشان می‌دهد که سازگاری با سرطان غالباً حاصل فرایندی تدریجی از بازسازی شناختی، پذیرش تغییرات، استفاده از حمایت‌های اجتماعی و یافتن منابع جدید معنا و امید است (Khok et al., 2024).

برای ارزیابی سازگاری روانی با سرطان، الگوهای شناختی و رفتاری مقابله با بیماری اهمیت ویژه‌ای دارند. مقیاس سازگاری روانی با سرطان و نسخه کوتاه آن، Mini-MAC، از ابزارهای شناخته‌شده برای سنجش پاسخ‌های مقابله‌ای بیماران سرطانی است و ابعادی مانند روحیه مبارزه‌طلبی، درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه را در بر می‌گیرد. مطالعات روان‌سنجی نشان داده‌اند که این ابزار قابلیت مناسبی برای بررسی الگوهای سازگاری روانی در بیماران سرطانی دارد (Czerw et al., 2021). در مطالعات ایرانی نیز رابطه میان سازگاری روانی با سرطان و کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته و نشان داده شده است که شیوه پاسخ

شناختی و هیجانی بیمار به بیماری می‌تواند با کیفیت زندگی مرتبط باشد (Patoo et al., 2018). همچنین، پژوهش‌های انجام‌شده در بیماران سرطانی ایرانی نشان داده‌اند که سازگاری روانی با بیماری با سلامت معنوی ارتباط دارد و منابع معنوی می‌توانند بخشی از فرایند انطباق بیمار با سرطان را توضیح دهند (Senmar et al., 2020).

در سال‌های اخیر، معنویت به‌عنوان یکی از منابع بالقوه مهم در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان مورد توجه فزاینده قرار گرفته است. مواجهه با سرطان ممکن است پرسش‌های بنیادینی درباره معنا، مرگ، رنج، امید، هویت و آینده ایجاد کند و بیمار را با نوعی بحران وجودی روبه‌رو سازد. در چنین شرایطی، معنویت می‌تواند به فرد کمک کند تجربه بیماری را در چارچوبی معنادارتر تفسیر کند، احساس امید و پیوند خود را حفظ کند و منابع درونی و بین‌فردی جدیدی برای مقابله با رنج پیدا کند. در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، نیازهای معنوی بخش مهمی از مراقبت جامع به شمار می‌روند و توجه به آن‌ها می‌تواند بر تجربه بیماری و کیفیت مراقبت اثرگذار باشد (Balboni, 2024). همچنین، یافته‌های جدید نشان داده‌اند که معنویت با تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران تحت درمان سرطان ارتباط دارد و می‌تواند در حفظ ظرفیت مقابله با فشارهای ناشی از بیماری نقش داشته باشد (Gutierrez-Rojas et al., 2025). در بافت فرهنگی ایران نیز روش‌های مقابله اسلامی و منابع معنوی با بهزیستی روان‌شناختی، سازگاری و تحمل درد در بیماران سرطانی مرتبط گزارش شده‌اند (Azimzadeh et al., 2020).

معنویت‌درمانی بر همین مبنا شکل گرفته است و تلاش می‌کند با استفاده از معنا، امید، ارتباط، بخشایش، پذیرش رنج، خودآگاهی و منابع معنوی فرد، به بیمار در بازسازی تجربه بیماری و مواجهه سازگارانه‌تر با آن کمک کند. در متون درمانی ایرانی، معنویت‌درمانی به‌عنوان رویکردی ساختاریافته برای بیماران سرطانی توسعه یافته و چارچوب‌هایی برای استفاده بالینی از مؤلفه‌های معنوی در فرایند درمان ارائه شده است (Akbari et al., 2016; Vaziri et al., 2018). مرور ادبیات زیست‌پزشکی فارسی نیز نشان داده است که مداخلات معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان با پیامدهای روان‌شناختی مطلوبی همراه بوده‌اند، اگرچه ناهمگونی پروتکل‌ها و پیامدهای مورد بررسی همچنان از محدودیت‌های این حوزه است (Fardi & Lotfi Kashani, 2023).

شواهد تجربی ایرانی نیز نشان داده‌اند که معنویت‌درمانی گروهی می‌تواند کیفیت زندگی و توانمندسازی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود دهد (Momennasab et al., 2024).

شواهد حاصل از مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌ها نیز ظرفیت درمانی مداخلات معنوی را تأیید کرده‌اند. یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل نشان داد که مداخلات معنوی در افراد مبتلا به سرطان می‌توانند بر پیامدهای روان‌شناختی و معنوی اثر مثبت داشته باشند و به بهبود تجربه بیماران از بیماری کمک کنند (Izgu et al., 2024). در حوزه سرطان کولورکتال نیز مرور نظام‌مند مطالعات نشان داده است که مداخلات معنوی می‌توانند در بهبود برخی ابعاد زندگی بازماندگان این بیماری مؤثر باشند، هرچند تعداد مطالعات اختصاصی در این جمعیت هنوز محدود است (Okere et al., 2024). همچنین، مداخلات معنامحور که از نظر مفهومی با بخشی از اهداف معنویت‌درمانی همپوشانی دارند، در کاهش پریشانی وجودی و بهبود پیامدهای سلامت روان بیماران و بازماندگان سرطان مؤثر گزارش شده‌اند (Wang et al., 2025). فراتحلیل کارآزمایی‌های تصادفی نیز نشان داده است که معنادرمانی می‌تواند بر معنویت، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان اثر مطلوب داشته باشد (Sun et al., 2024).

در کنار رویکردهای معنوی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یکی از رویکردهای مهم موج سوم رفتاردرمانی در سال‌های اخیر در روان‌انکولوژی مورد توجه قرار گرفته است. ACT بر این فرض استوار است که تلاش مداوم برای کنترل، حذف یا اجتناب از افکار و هیجان‌های ناخوشایند می‌تواند به افزایش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و تشدید پریشانی منجر شود. در مقابل، این رویکرد به فرد آموزش می‌دهد که تجربه‌های درونی ناخوشایند را با پذیرش و آگاهی بیشتری تجربه کند و هم‌زمان رفتارهای خود را در راستای ارزش‌های شخصی سازمان دهد (Hayes, 2016). در چارچوب بالینی ACT، فرایندهایی مانند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به کار گرفته می‌شوند (Harris, 2019). منابع درمانی اختصاصی بیماران سرطانی نیز نشان داده‌اند که اصول ACT را می‌توان با شرایط خاص سرطان و فرایند ادامه درمان تلفیق کرد و از آن برای کمک به بیماران در مواجهه با عدم قطعیت، ترس،

عوارض جسمانی و تصمیم‌های دشوار مرتبط با درمان استفاده نمود (Johnson et al., 2021).

انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکی از سازوکارهای اصلی اثر ACT محسوب می‌شود و پژوهش‌های جدید اهمیت آن را در تغییرات درمانی تأیید کرده‌اند. مرور جامع و فراتحلیل سازوکارهای ACT نشان داده است که تغییر در ابعاد انعطاف‌پذیری و کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌تواند بخش مهمی از اثرات درمانی این رویکرد را تبیین کند (Macri & Rogge, 2024). در بیماران مبتلا به سرطان نیز فرایندهایی مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی با سطوح بالاتر پریشانی ارتباط دارند و هدف قرار دادن این فرایندها می‌تواند به کاهش مشکلات روان‌شناختی کمک کند (Fawson, 2024). مرور دامنه‌ای مفهوم پذیرش در بیماران سرطانی نیز نشان داده است که پذیرش بیماری یک سازه چندبعدی است که با انطباق بهتر، کاهش کشمکش با تجربه بیماری و توانایی بیشتر برای ادامه فعالیت‌های معنادار زندگی ارتباط دارد (Dekker et al., 2025).

شواهد تجربی درباره ACT در بیماران سرطانی در مجموع امیدوارکننده است. یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل کارآزمایی‌های بالینی تصادفی نشان داد که ACT می‌تواند پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان را کاهش دهد و بر اضطراب، افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثر مثبت داشته باشد (Jiang et al., 2024). فراتحلیل جدیدتری نیز نشان داده است که ACT می‌تواند بر پیامدهای روان‌تنی و کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به سرطان اثر مطلوب داشته باشد (Kang et al., 2026). در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال پیشرفته نیز مداخلات مبتنی بر ACT با بهبود برخی شاخص‌های سلامت روان و عملکرد شناختی همراه بوده‌اند (Khedr et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که ACT می‌تواند در جمعیت‌های سرطانی که با محدودیت‌های جسمانی، عدم قطعیت و فشارهای روان‌شناختی مداوم مواجه هستند، کاربرد بالینی قابل‌توجهی داشته باشد.

مطالعات ایرانی نیز از سودمندی ACT در جمعیت بیماران سرطانی حمایت می‌کنند. در زنان مبتلا به سرطان پستان، این رویکرد با بهبود ادراک بیماری، رفتارهای خودمراقبتی و پایبندی به درمان همراه بوده است (Khanbabaei et al., 2023). همچنین، مقایسه ACT با درمان شناختی وجودی نشان داده است که این درمان می‌تواند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهد (Jalalpour & Safarzadeh, 2024). با توجه به اینکه حفظ انعطاف‌پذیری، پذیرش تجربه بیماری و تداوم رفتارهای همسو با ارزش‌ها از اجزای مهم سازگاری روانی با سرطان به شمار می‌روند، این یافته‌ها مبنای نظری مناسبی برای بررسی ACT در زنان مبتلا به سرطان کولورکتال فراهم می‌کنند.

از سوی دیگر، مطالعاتی که معنویت‌درمانی و ACT را به‌صورت مستقیم مقایسه کرده‌اند، نشان می‌دهند که هر دو رویکرد می‌توانند آثار سودمندی داشته باشند، اما ممکن است از سازوکارهای متفاوتی عمل کنند. در پژوهش‌هایی بر بیماران مبتلا به سرطان، معنویت‌درمانی و ACT هر دو با افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی همراه بوده‌اند (Abdi et al., 2023). در مطالعه‌ای دیگر، هر دو رویکرد در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر گزارش شدند (Ahmadi et al., 2021). همچنین، مقایسه این دو مداخله در کاهش اضطراب وجودی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داده است که هر دو می‌توانند در مواجهه با نگرانی‌های بنیادی مرتبط با بیماری نقش داشته باشند (Moin et al., 2023). شواهد خارج از جمعیت سرطان نیز نشان داده‌اند که ACT و معنویت‌درمانی می‌توانند بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثرگذار باشند و در برخی پیامدها اثربخشی نزدیک به یکدیگر داشته باشند (Zarei et al., 2024).

با این حال، شواهد موجود درباره برتری نسبی یکی از این دو رویکرد هنوز قطعی نیست. مطالعه‌ای بر زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که ACT و معنویت‌درمانی هر دو می‌توانند برخی مؤلفه‌های خودمدیریتی را بهبود دهند و در بسیاری از پیامدها تفاوت آشکاری میان دو روش وجود ندارد (Zamanian et al., 2025). این مسئله از نظر نظری قابل انتظار است، زیرا با وجود تفاوت‌های مفهومی، هر دو رویکرد بر تغییر رابطه فرد با تجربه بیماری، کاهش درگیری ناکارآمد با رنج و بازگشت به زندگی معنادار تأکید دارند. معنویت‌درمانی بیشتر بر یافتن معنا، امید، پیوند، بخشایش و استفاده از منابع معنوی متمرکز است، در حالی که ACT از طریق افزایش پذیرش، گسلش شناختی، حضور در لحظه و رفتار ارزش‌محور عمل می‌کند. بنابراین، ممکن است هر دو رویکرد

در سطح کلی سازگاری پیامدهای مشابهی ایجاد کنند، اما بر برخی ابعاد اختصاصی سازگاری آثار متفاوتی داشته باشند.

در این میان، توجه به ویژگی‌های خاص جمعیت زنان مبتلا به سرطان کولورکتال اهمیت ویژه‌ای دارد. بخش عمده پژوهش‌های ایرانی مقایسه‌ای درباره ACT و معنویت‌درمانی بر زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است و تعمیم مستقیم یافته‌های آن‌ها به سرطان کولورکتال با محدودیت همراه است. بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال ممکن است علاوه بر تهدیدهای عمومی سرطان، با مشکلات اختصاصی مربوط به عملکرد دستگاه گوارش، تغییرات دفع، استوما، تصویر بدنی، عملکرد جنسی و محدودیت‌های اجتماعی مواجه باشند (Johnson et al., 2025; Redeker et al., 2025). علاوه بر این، تفاوت در نیازهای روان‌شناختی پس از درمان و بار بیماری می‌تواند نوع پاسخ به مداخلات روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهد (Luo et al., 2024; Naeimabadi et al., 2024). بنابراین، بررسی مستقیم این مداخلات در زنان مبتلا به سرطان کولورکتال ضروری است.

همچنین، سازگاری با سرطان صرفاً به کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی محدود نمی‌شود و شامل شیوه ارزیابی بیماری، مقابله با تهدید، حفظ امید، مدیریت افکار و احساسات ناخوشایند و ادامه مشارکت در فعالیت‌های معنادار زندگی است. حتی مداخلاتی که مستقیماً برای درمان سازگاری طراحی نشده‌اند می‌توانند از طریق کاهش نشانه‌های مرتبط با استرس و تجربه آسیب‌زا بر فرایند انطباق بیماران اثرگذار باشند؛ برای مثال، مداخلات مواجهه‌ای در بیماران ایرانی مبتلا به سرطان پستان از نظر امکان‌پذیری و پذیرش‌پذیری برای مشکلات مرتبط با استرس پس از سانحه مورد بررسی قرار گرفته‌اند (Zolfa et al., 2023). این امر نشان می‌دهد که حوزه روان‌انکولوژی نیازمند مداخلاتی است که نه‌تنها کاهش نشانه‌ها، بلکه بازسازی ظرفیت‌های سازگاری و مقابله‌ای بیمار را هدف قرار دهند.

از منظر کاربرد بالینی نیز تعیین اینکه کدام مداخله برای کدام جنبه از سازگاری سودمندتر است اهمیت دارد. ممکن است معنویت‌درمانی برای بیمارانی که نیاز بیشتری به معنا، امید، بخشایش و منابع معنوی دارند مناسب‌تر باشد، در حالی که ACT برای بیمارانی که با اجتناب تجربه‌ای، درگیری شناختی و دشواری در پذیرش تجربه‌های غیرقابل‌کنترل مواجه‌اند مزیت بیشتری داشته باشد. شواهد موجود نشان می‌دهند که هر دو رویکرد قابلیت استفاده در مراقبت از بیماران سرطانی را دارند، اما هنوز داده‌های کافی برای مقایسه مستقیم آثار آن‌ها بر ابعاد مشخص سازگاری روانی در سرطان کولورکتال وجود ندارد (Fawson, 2024; Izgu et al., 2024; Jiang et al., 2024). افزون بر این، نتایج مطالعات بین‌المللی باید با توجه به زمینه فرهنگی، باورهای معنوی و ویژگی‌های جمعیت ایرانی تفسیر شوند، زیرا منابع معنوی و شیوه‌های مواجهه با بیماری ممکن است تحت تأثیر زمینه فرهنگی قرار داشته باشند (Azimzadeh et al., 2020; Senmar et al., 2020).

بر این اساس، با وجود گسترش شواهد درباره اثربخشی معنویت‌درمانی و ACT در حوزه سرطان، خلأ پژوهشی مشخصی در زمینه مقایسه مستقیم این دو رویکرد بر سازگاری روانی با سرطان، به‌ویژه در زنان مبتلا به سرطان کولورکتال، وجود دارد. بیشتر پژوهش‌های پیشین یا بر پیامدهایی مانند اضطراب، افسردگی، کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، امید به زندگی، خودمدیریتی و اضطراب وجودی تمرکز داشته‌اند، یا در جمعیت زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده‌اند (Abdi et al., 2023; Ahmadi et al., 2021; Moin et al., 2023; Zamanian et al., 2025). از سوی دیگر، شواهد موجود درباره نیازهای اختصاصی بیماران کولورکتال و اهمیت سازگاری روان‌شناختی در این گروه، انجام مطالعاتی را توجیه می‌کند که به‌طور مستقیم تغییرات ابعاد مختلف سازگاری را در پاسخ به مداخلات متفاوت بررسی کنند (Dahouri et al., 2025; Khedr et al., 2024; Okere et al., 2024). چنین مقایسه‌ای می‌تواند علاوه بر روشن‌تر کردن اثربخشی نسبی دو رویکرد، به انتخاب مداخلات متناسب‌تر در چارچوب مراقبت‌های روان‌انکولوژیک کمک کند.

بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلا به سرطان کولورکتال انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مداخله‌ای نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود که از اکتبر

۲۰۲۴ تا اکتبر ۲۰۲۵ در بیمارستان امید شهر مشهد انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان کولورکتال مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد بود که دارای پرونده درمانی فعال بودند و تشخیص بیماری آنان بر اساس ارزیابی‌های بالینی و پاراکلینیکی متخصصان آنکولوژی در پرونده پزشکی ثبت شده بود. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار G*Power نسخه ۳.۱ و با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰.۲۵، سطح معناداری ۰.۰۵ و توان آماری ۰.۹۰ محاسبه شد که حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۳۹ نفر برآورد گردید. با توجه به احتمال ریزش شرکت‌کنندگان در طول مداخله و مرحله پیگیری، ۵۱ نفر وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و داوطلبانه انجام گرفت؛ به این صورت که ابتدا پرونده ۱۳۵ بیمار دارای شرایط اولیه بررسی شد و پس از غربالگری، ۵۱ زن واجد معیارهای ورود که رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را امضا کرده بودند، انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان با روش تخصیص تصادفی ساده در سه گروه ۱۷ نفری شامل گروه معنویت‌درمانی، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل قرار گرفتند. در طول مطالعه ۶ نفر از شرکت‌کنندگان از پژوهش خارج شدند و تحلیل نهایی داده‌ها بر روی ۴۵ نفر انجام شد. معیارهای ورود شامل زن بودن، ابتلا به سرطان کولورکتال، قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال، داشتن پرونده فعال درمانی در بیمارستان امید مشهد، برخورداری از سطح تحصیلات ابتدایی تا فوق‌دیپلم، توانایی حضور منظم در جلسات درمانی، نداشتن اختلال روان‌پزشکی تشخیص‌داده‌شده، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، کسب نمره متوسط یا بالاتر در مقیاس سازگاری روان‌شناختی با سرطان، عدم دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا معنویت‌درمانی طی یک سال پیش از ورود به مطالعه و در طول اجرای پژوهش، و نداشتن سوءمصرف مواد روان‌گردان بود. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و غیبت در بیش از دو جلسه مداخله در نظر گرفته شد. پیش از شروع مداخلات، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. سپس گروه نخست معنویت‌درمانی و گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را علاوه بر مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل صرفاً تحت مراقبت‌های رایج پزشکی قرار گرفت. پس از پایان مداخلات، پس‌آزمون اجرا شد و دو ماه بعد نیز مرحله پیگیری انجام گرفت. پس از پایان مطالعه، به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت‌کنندگان گروه کنترل در صورت تمایل امکان دریافت مداخله درمانی را داشتند. این پژوهش برگرفته از رساله دکتری و دارای کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1401.040 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام بود. پس از اخذ مجوز اخلاق و دریافت اجازه کتبی از معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اجرای پژوهش با نظارت متخصص آنکولوژی و عضو هیئت علمی دانشگاه در بیمارستان امید مشهد آغاز شد. اهداف مطالعه، نحوه اجرای جلسات، محرمانگی اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و حق خروج از مطالعه در هر مرحله بدون ایجاد پیامد درمانی، پیش از ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش برای آنان توضیح داده شد.

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات پایه شرکت‌کنندگان و بررسی همگنی گروه‌ها طراحی شد. این پرسشنامه شامل اطلاعاتی درباره سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه خانوادگی ابتلا به سرطان، مدت زمان ابتلا به سرطان کولورکتال، مرحله بیماری، نوع درمان پزشکی دریافت‌شده و سابقه عود بیماری بود. اطلاعات حاصل از این پرسشنامه علاوه بر توصیف ویژگی‌های نمونه، برای بررسی معیارهای ورود و خروج، تعیین برخی متغیرهای کنترل و ارزیابی همگنی اولیه گروه‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس کوتاه سازگاری روان‌شناختی با سرطان یا Mini-MAC که توسط واتسون و همکاران تدوین شده است، برای ارزیابی پاسخ‌های شناختی و رفتاری بیماران در مواجهه با سرطان به کار رفت. این ابزار دارای ۲۹ گویه و پنج خرده‌مقیاس شامل روحیه مبارزه‌طلبی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، تفکر تقدیرگرایانه، درماندگی و ناامیدی و اجتناب شناختی است. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ به معنای «قطعاً در مورد من صدق نمی‌کند» تا ۴ به معنای «قطعاً در مورد من صدق می‌کند» نمره‌گذاری می‌شوند و کسب نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از راهبرد مقابله‌ای مربوط به همان بعد است. در مطالعه اصلی، ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس مطلوب گزارش شد و ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌ها بین ۰.۶۲ تا ۰.۸۸ قرار داشت. نسخه فارسی مقیاس نیز در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس درماندگی و ناامیدی ۰.۹۴، اجتناب شناختی ۰.۷۶، دل‌مشغولی نگران‌کننده ۰.۹۰،

تقدیرگرایی ۰.۷۷، روحیه مبارزه‌طلبی ۰.۸۰ و برای کل مقیاس ۰.۸۴ گزارش شده است. این مقیاس در پژوهش حاضر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه برای هر سه گروه اجرا شد تا تغییرات سازگاری روان‌شناختی و ابعاد آن در طول زمان ارزیابی شود.

مداخله معنویت‌درمانی بر اساس محتوای کتاب «مداخلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان: معنویت‌درمانی» و بسته «راهنمای معنویت‌درمانی» طراحی و در قالب ۱۲ جلسه گروهی ۶۰ دقیقه‌ای با تواتر دو جلسه در هفته اجرا شد. محور اصلی مداخله بر بازشناسی معنا، امید، ارتباط، منابع معنوی، پذیرش رنج، بخشایش، خودآگاهی و تقویت ظرفیت فرد برای مواجهه سازگارانه‌تر با تجربه بیماری متمرکز بود. در جلسه نخست، اعضای گروه با یکدیگر و با اهداف درمان آشنا شدند و برداشت شخصی آنان از معنویت، باور به نیروی برتر یا مقدس و معنای فردی تجربه معنوی مورد بررسی قرار گرفت. جلسه دوم بر درون‌نگری و بازنگری تجربه‌های فردی و وضعیت جسمانی و روانی متمرکز بود. در جلسه سوم، منابع ترس و اضطراب مرتبط با بیماری شناسایی شد و تمرین‌هایی برای شناخت و مدیریت ترس، کاهش اضطراب و کسب آرامش انجام گرفت. جلسه چهارم به موضوع تداوم زندگی، میراث فرد و برداشت شرکت‌کنندگان از آنچه از خود در زندگی بر جای می‌گذارند اختصاص داشت. در جلسه پنجم، پیامدهای کینه‌ورزی و مهرورزی مورد بررسی قرار گرفت و شرکت‌کنندگان به تمرین محبت، کاهش خصومت و جایگزینی نگرش‌های مبتنی بر مهر تشویق شدند. جلسات ششم و هفتم بر مراقبه، محاسبه نفس، خودنظارتی و افزایش آگاهی نسبت به افکار، احساسات و رفتارهای فرد تمرکز داشتند. جلسات هشتم و نهم به بخشایش خود و دیگران، حل‌وفصل خشم معطوف به خود، دیگران و جهان، پذیرش، شکیبایی، پایداری، اقدام مسئولانه و ارتقای سودمندی فردی و اجتماعی اختصاص یافتند. در جلسات دهم و یازدهم، خودکنترلی، حفظ آگاهی، امید و انتظار، تحمل و مدارا، پایداری، محاسبه، مراقبه و خودپایی تقویت شد. در جلسه دوازدهم، مفاهیم و مهارت‌های آموخته‌شده مرور و یکپارچه‌سازی شد، شرکت‌کنندگان برای ادامه تمرین‌ها پس از پایان جلسات تشویق شدند و ضمن اعلام پایان مداخله، پس‌آزمون اجرا شد. این مداخله به‌صورت گروهی در اتاق جلسات سلامت روان بیمارستان و توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دارای گواهی تخصصی در معنویت‌درمانی اجرا شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس مدل شش‌فرایندی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تدوین‌شده توسط هیز و همکاران و با استفاده از محتوای آموزشی مرتبط با کاربرد ACT در بیماران مبتلا به سرطان طراحی و در قالب ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. پیش از شروع جلسات اصلی، یک پیش‌جلسه برای آشنایی اولیه با شرکت‌کنندگان، ایجاد رابطه درمانی، توضیح موضوع پژوهش، ایجاد اعتماد، اجرای پیش‌آزمون و تنظیم قرارداد درمانی برگزار شد. در جلسه نخست، اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر آشنا شدند، قوانین گروه شامل حضور منظم، انجام تکالیف، رازداری و احترام متقابل توضیح داده شد و مفاهیم اصلی ACT شامل پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، محدودیت تلاش برای کنترل افکار و هیجان‌ها و اقدام متعهدانه معرفی شد؛ همچنین از استعاره «مسافران اتوبوس» برای تبیین رابطه فرد با افکار و احساسات ناخوشایند استفاده شد. جلسه دوم بر شناسایی اجتناب تجربه‌ای و اجتناب شناختی، جایگزینی تمایل و پذیرش به جای اجتناب، تماس با لحظه اکنون، ذهن‌آگاهی و تمرین تنفس آگاهانه متمرکز بود و از استعاره «طناب‌کشی با هیولا» استفاده شد. در جلسه سوم، فرایند گسلش شناختی، نحوه عملکرد ذهن، فاصله گرفتن از افکار و کاهش همانندسازی با محتوای ذهنی آموزش داده شد و تمرین‌های مرتبط با قضاوت‌های ذهنی و گسلش شناختی انجام گرفت. جلسه چهارم به شناسایی و روشن‌سازی ارزش‌های زندگی، اولویت‌بندی ارزش‌ها، شناسایی موانع رفتار ارزش‌مدار و تقویت اقدام متعهدانه اختصاص یافت. در جلسه پنجم، مفهوم «خود به‌عنوان زمینه» با استفاده از استعاره صفحه شطرنج آموزش داده شد و موانع درونی زندگی ارزشمند بررسی شد. جلسه ششم بر ذهن‌آگاهی، گسلش، تمرکز آگاهانه بر فعالیت‌های روزمره، از جمله خوردن آگاهانه، و کاهش سلطه قواعد زبانی و شناختی متمرکز بود. در جلسه هفتم، پایداری دستاوردهای درمانی، بررسی تکالیف جلسات قبلی، ارائه راهکارهای عملی برای مقابله با موانع و برنامه‌ریزی برای تداوم رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها مورد تأکید قرار گرفت. در جلسه هشتم، تمامی مفاهیم و تمرین‌های درمان مرور و یکپارچه شد،

شرکت‌کنندگان برای ادامه تمرین‌ها پس از پایان درمان تشویق شدند و پس‌آزمون اجرا شد. هدف محوری این پروتکل افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه بود. این مداخله نیز به‌صورت گروهی در اتاق جلسات سلامت روان بیمارستان و توسط همان درمانگر دارای گواهی تخصصی در ACT اجرا شد.

به‌منظور اطمینان از کفایت علمی، تناسب محتوای جلسات با اهداف مطالعه و استاندارد بودن اجرای دو مداخله، روایی محتوایی پروتکل‌های معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد پیش از اجرا توسط ۷ نفر از استادان و متخصصان روان‌شناسی ارزیابی شد. ارزیابی روایی محتوایی با استفاده از نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا انجام گرفت. بر اساس ارزیابی متخصصان، مقدار CVR برای پروتکل ACT برابر با ۰.۹۱ و برای پروتکل معنویت‌درمانی برابر با ۰.۶۸ بود که هر دو بالاتر از مقدار بحرانی مورد قبول قرار داشتند. شاخص CVI نیز در ابعاد مورد ارزیابی برای هر دو پروتکل در دامنه مطلوب قرار گرفت. بر اساس بازخورد متخصصان، پروتکل معنویت‌درمانی نیازمند اصلاحات جزئی بود و اصلاحات نگارشی و محتوایی مورد نظر پیش از اجرای نهایی در پروتکل اعمال شد.

تحلیل داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی، از فراوانی و درصد برای توصیف متغیرهای طبقه‌ای و از میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرهای کمی و نمرات سازگاری روان‌شناختی با سرطان استفاده شد. به‌منظور بررسی همگنی اولیه سه گروه از نظر متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی، متناسب با سطح اندازه‌گیری متغیرها از تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون کای‌دو استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌های اصلی، پیش‌فرض‌های آماری لازم بررسی شد؛ نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو–ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لون و فرض کرویت با آزمون موچلی ارزیابی گردید. در مواردی که فرض کرویت برقرار نبود، از اصلاح مناسب درجه آزادی برای کنترل خطای نوع اول استفاده شد. برای بررسی هم‌زمان تغییرات متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت بین سه گروه معنویت‌درمانی، ACT و کنترل و همچنین اثر تعاملی زمان × گروه، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. در صورت مشاهده تفاوت معنادار، مقایسه‌های زوجی بین مراحل اندازه‌گیری و بین گروه‌های پژوهش با استفاده از آزمون تعقیبی بنفرونی انجام گرفت. علاوه بر سطوح معناداری آماری، اندازه اثر نیز برای تعیین شدت اثر مداخلات گزارش شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در تحلیل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، داده‌های ۴۵ زن مبتلا به سرطان کولورکتال شامل ۱۵ نفر در گروه معنویت‌درمانی، ۱۴ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۶ نفر در گروه کنترل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون کای‌دو نشان داد که سه گروه از نظر دامنه سنی، سطح تحصیلات و مدت ابتلا به سرطان کولورکتال تفاوت آماری معناداری نداشتند و سطح معناداری تمامی مقایسه‌ها بیش از ۰.۰۵ بود. بنابراین، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای مورد بررسی همگن بودند و تفاوت‌های مشاهده‌شده در مراحل بعدی را نمی‌توان به ناهمگنی اولیه گروه‌ها نسبت داد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه گروه طی مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	n	پیش‌آزمون M±SD	پس‌آزمون M±SD	پیگیری M±SD
درماندگی و ناامیدی	معنویت‌درمانی	۱۵	۲۰.۲٦۷±۲.۵۷٦	۱٤.٦۰۰±۱.٦۸۲	۱٤.۲٦۷±۱.۳۳۵
	پذیرش و تعهد	۱٤	۲۰.٤٦۷±۲.۷۲۲	۱۳.۹۳۳±۱.۹٤٤	۱٤.۷۳۳±۲.۳۷٤
	کنترل	۱٦	۱۹.٦۰۰±۱.٦۳۹	۱۷.۳۳۳±۱.٦۳۳	۱۷.۷۳۳±۲.۳٤٤
دل‌مشغولی نگران‌کننده	معنویت‌درمانی	۱۵	۱۸.۸۰۰±۱.۷۸۱	۱۳.۳۳۳±۱.۵٤۳	۱۳.۵۳۳±۱.۵۹۸
	پذیرش و تعهد	۱٤	۱۹.٦٦۷±۲.٦۱۰	۱۳.۳۳۳±۱.۸۷۷	۱٤.۰٦۷±۱.۷۵۱
	کنترل	۱٦	۱۸.۸۰۰±۱.۷٤۰	۱۸.۰۰۰±۱.۸۱۳	۱۷.٤٦۷±۱.۷٦۷

اجتناب شناختی	معنویت‌درمانی	۱۵	۹.۱۳۳±۰.۹۱۵	۷.۴۰۰±۰.۷۳۷	۷.۰۶۷±۰.۹۶۱
	پذیرش و تعهد	۱۴	۹.۲۶۷±۱.۲۲۳	۷.۴۰۰±۱.۰۵۶	۷.۶۰۰±۰.۹۱۰
	کنترل	۱۶	۹.۲۶۷±۱.۰۳۳	۸.۶۶۷±۰.۸۱۷	۹.۴۰۰±۱.۱۸۳
تفکر تقدیرگرایانه	معنویت‌درمانی	۱۵	۱۴.۰۰۰±۱.۴۱۴	۱۰.۸۶۷±۱.۴۰۷	۱۱.۰۰۰±۱.۲۵۴
	پذیرش و تعهد	۱۴	۱۴.۱۳۳±۱.۴۰۷	۱۱.۲۶۷±۱.۷۵۱	۱۰.۵۳۳±۱.۴۰۷
	کنترل	۱۶	۱۴.۱۳۳±۱.۳۰۲	۱۳.۶۶۷±۱.۶۳۳	۱۲.۶۰۰±۱.۸۸۲
روحیه مبارزه‌طلبی	معنویت‌درمانی	۱۵	۱۲.۴۰۰±۰.۸۲۸	۹.۷۳۳±۱.۵۸۰	۹.۴۰۰±۱.۱۸۳
	پذیرش و تعهد	۱۴	۱۲.۶۶۷±۰.۹۰۰	۱۱.۲۰۰±۱.۵۶۸	۹.۸۶۷±۱.۲۴۶
	کنترل	۱۶	۱۲.۰۶۷±۱.۱۶۳	۱۲.۲۰۰±۱.۰۸۲	۱۰.۹۳۳±۱.۵۳۴

بررسی شاخص‌های توصیفی جدول ۱ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های سازگاری روانی در سه گروه نسبتاً نزدیک بود؛ در حالی که پس از اجرای مداخلات، کاهش قابل‌توجهی در نمرات درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه در هر دو گروه آزمایشی مشاهده شد. برای نمونه، میانگین درماندگی و ناامیدی در گروه معنویت‌درمانی از ۲۰.۲۶۷ در پیش‌آزمون به ۱۴.۶۰۰ در پس‌آزمون و ۱۴.۲۶۷ در پیگیری کاهش یافت و در گروه پذیرش و تعهد نیز از ۲۰.۴۶۷ به ۱۳.۹۳۳ و سپس ۱۴.۷۳۳ رسید. در مقابل، تغییرات گروه کنترل در بیشتر مؤلفه‌ها محدودتر بود. الگوی کلی میانگین‌ها نشان داد که اثرات حاصل از هر دو مداخله در مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی باقی مانده بود، هرچند قضاوت درباره معناداری آماری این تغییرات نیازمند نتایج تحلیل استنباطی بود.

پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو–ویلک نشان داد که در تمامی متغیرها و در هر سه مرحله اندازه‌گیری، سطح معناداری بیشتر از ۰.۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود. همچنین، نتایج آزمون لون در تمامی خرده‌مقیاس‌ها و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود و مقادیر p همگی بیش از ۰.۰۵ به دست آمد؛ ازاین‌رو، فرض همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد. با این حال، آزمون کرویت موچلی نشان داد که فرض کرویت برقرار نبود($W=۰.۰۰۱$ ، $\chi^2=۴۰۳.۸۰۷$، $df=۲۰۹$، $p=۰.۰۰۱$). بنابراین، برای اصلاح درجات آزادی در آزمون‌های درون‌گروهی از ضریب اصلاح اپسیلن هین–فلت برابر با ۰.۱۸۱ استفاده شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای سازگاری روانی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	η^2	توان آزمون
عضویت گروهی	۲۶.۰۱۳	۲.۰۰۰	۱۳.۰۰۷	۱۹.۸۷۰	۰.۰۰۱	۰.۴۸۶	۱.۰۰۰
خطای بین‌گروهی	۲۷.۴۹۳	۴۲.۰۰۰	۰.۶۵۵	—	—	—	—
مراحل	۸۵۸۴.۰۰۹	۸.۷۵۵	۹۸۰.۵۰۲	۳۰۶.۳۹۶	۰.۰۰۱	۰.۸۷۹	۱.۰۰۰
مراحل × عضویت گروهی	۴۱۴.۱۱۶	۱۷.۵۰۹	۲۳.۶۵۱	۷.۳۹۱	۰.۰۰۱	۰.۲۶۰	۱.۰۰۰
خطای درون‌گروهی	۱۱۷۶.۶۷۶	۳۶۷.۶۹۸	۳.۲۰۰	—	—	—	—

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر اصلی عضویت گروهی بر نمرات سازگاری روانی معنادار بود ($F=۱۹.۸۷۰$، $p=۰.۰۰۱$، $\eta^2=۰.۴۸۶$)، به این معنا که بین سه گروه معنویت‌درمانی، پذیرش و تعهد و کنترل از نظر نمرات سازگاری روانی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین، اثر

اصلی مراحل اندازه‌گیری معنادار بود (F=۳۰۶.۳۹۶، p=۰.۰۰۱، η^2=۰.۸۷۹) که نشان می‌دهد نمرات سازگاری روانی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری تغییر کرده است. افزون بر این، اثر تعاملی مراحل × عضویت گروهی نیز معنادار بود (F=۷.۳۹۱، p=۰.۰۰۱، η^2=۰.۲۶۰)، بنابراین الگوی تغییرات نمرات در طول زمان در سه گروه یکسان نبود. اندازه اثر نشان داد که عضویت گروهی ۴۸.۶ درصد، مراحل اندازه‌گیری ۸۷.۹ درصد و تعامل مراحل و گروه ۲۶.۰ درصد از تغییرات نمرات سازگاری روانی را تبیین کردند. توان آماری ۱.۰۰۰ برای هر سه اثر نیز بیانگر کفایت توان آزمون برای شناسایی تفاوت‌های موجود بود.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های سازگاری روانی

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	p
درماندگی و ناامیدی	معنویت‌درمانی – پذیرش و تعهد	۲.۲۲۰	۰.٦۳۹	۱.۰۰۰
	معنویت‌درمانی – کنترل	۱.۸٤٤	۰.٦۳۹	۰.۰۱۸
	پذیرش و تعهد – کنترل	۱.۸٤٤	۰.٦۳۹	۰.۰۱۸
دل‌مشغولی نگران‌کننده	معنویت‌درمانی – پذیرش و تعهد	۰.٤٦۷	۰.۵۵۱	۱.۰۰۰
	معنویت‌درمانی – کنترل	۲.۸٦۷	۰.۵۵۱	۰.۰۰۱
	پذیرش و تعهد – کنترل	۲.٤۰۰	۰.۵۵۱	۰.۰۰۱
اجتناب شناختی	معنویت‌درمانی – پذیرش و تعهد	۰.۲۲۲	۰.۲۷۱	۱.۰۰۰
	معنویت‌درمانی – کنترل	۱.۲٤٤	۰.۲۷۱	۰.۰۰۱
	پذیرش و تعهد – کنترل	۱.۰۲۲	۰.۲۷۱	۰.۰۰۱
تفکر تقدیرگرایانه	معنویت‌درمانی – پذیرش و تعهد	۰.۰۲۲	۰.٤٦۳	۱.۰۰۰
	معنویت‌درمانی – کنترل	۱.۵۱۱	۰.٤٦۳	۰.۰۰۷
	پذیرش و تعهد – کنترل	۱.٤۸۹	۰.٤٦۳	۰.۰۰۸
روحیه مبارزه‌طلبی	معنویت‌درمانی – پذیرش و تعهد	۰.۷۳۳	۰.۳۳۲	۰.۰۹۹
	معنویت‌درمانی – کنترل	۱.۲۲۲	۰.۳۳۲	۰.۰۰۲
	پذیرش و تعهد – کنترل	۰.٤۸۹	۰.۳۳۲	۰.٤٤٦

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۳ نشان داد که بین معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچ‌یک از پنج خرده‌مقیاس سازگاری روانی تفاوت معناداری وجود نداشت؛ به‌طوری‌که برای درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه مقدار p برابر با ۱.۰۰۰ و برای روحیه مبارزه‌طلبی برابر با ۰.۰۹۹ بود. در مقابل، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مؤلفه‌های درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه تفاوت معناداری نشان دادند؛ به‌گونه‌ای که برای معنویت‌درمانی در مقایسه با کنترل به ترتیب p=۰.۰۱۸، p=۰.۰۰۱، p=۰.۰۰۱ و p=۰.۰۰۷ و برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با کنترل به ترتیب p=۰.۰۱۸، p=۰.۰۰۱، p=۰.۰۰۱ و p=۰.۰۰۸ به دست آمد. در خرده‌مقیاس روحیه مبارزه‌طلبی، تفاوت میان معنویت‌درمانی و گروه کنترل معنادار بود (p=۰.۰۰۲)، اما تفاوت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار نبود (p=۰.۴۴۶). بنابراین، اگرچه دو مداخله از نظر اثر کلی و اغلب ابعاد سازگاری روانی عملکرد مشابهی داشتند، معنویت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل در مؤلفه روحیه مبارزه‌طلبی نیز اثر معناداری نشان داد، در حالی که چنین اثری برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری روانی با سرطان در زنان مبتلا به سرطان

کولورکتال انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب تغییر معنادار در سازگاری روانی با سرطان شدند و اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان × گروه همگی از نظر آماری معنادار بودند. به‌طور مشخص، در مؤلفه‌های درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه، هر دو روش معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی معناداری داشتند. همچنین، بین دو مداخله در این چهار مؤلفه تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مؤلفه روحیه مبارزه‌طلبی، معنویت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل اثر معناداری نشان داد، اما تفاوت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل معنادار نبود. در عین حال، مقایسه مستقیم معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچ‌یک از خرده‌مقیاس‌های سازگاری روانی تفاوت معناداری را نشان نداد. افزون بر این، تغییرات ایجادشده از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در اغلب ابعاد پایدار بود و تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در بیشتر مؤلفه‌ها معنادار نبود؛ موضوعی که می‌تواند بیانگر تداوم نسبی اثرات هر دو مداخله در فاصله پیگیری باشد.

یافته اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی هر دو مداخله در بهبود الگوهای سازگاری روانی با شواهد پیشین در حوزه روان‌انکولوژی همسو است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سازگاری بیماران با سرطان فرایندی چندبعدی است و تحت تأثیر منابع روان‌شناختی، سبک‌های مقابله، باورهای معنوی، انعطاف‌پذیری و نحوه مواجهه فرد با تهدید بیماری قرار می‌گیرد (Bridou & Robieux, 2026; Zhu et al., 2024). از این منظر، هر دو مداخله مورد استفاده در پژوهش حاضر بر مؤلفه‌هایی تمرکز دارند که مستقیماً با فرایند سازگاری ارتباط دارند. معنویت‌درمانی از طریق تقویت معنا، امید، ارتباط، بخشایش، پذیرش رنج و استفاده از منابع معنوی عمل می‌کند، در حالی که ACT با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کاهش اجتناب تجربه‌ای، پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند و تداوم رفتار ارزش‌محور طراحی شده است (Harris, 2019; Hayes, 2016). بنابراین، اگرچه مسیرهای درمانی این دو رویکرد متفاوت است، هر دو می‌توانند به کاهش پاسخ‌های ناسازگارانه در مواجهه با سرطان و تقویت ظرفیت بیمار برای ادامه زندگی در شرایط بیماری کمک کنند.

اثربخشی معنویت‌درمانی در کاهش درماندگی و ناامیدی و دل‌مشغولی نگران‌کننده را می‌توان در چارچوب نقش معنا و امید در تجربه سرطان تبیین کرد. ابتلا به سرطان اغلب با احساس تهدید، عدم قطعیت نسبت به آینده و پرسش‌های وجودی درباره مرگ، رنج و معنای زندگی همراه است. مداخلات معنوی با کمک به بیمار برای بازسازی معنای تجربه بیماری، شناسایی منابع امید، احساس ارتباط با خود، دیگران و امر متعالی و پذیرش محدودیت‌های موجود می‌توانند شدت درماندگی و نگرانی را کاهش دهند. این تبیین با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات معنوی در بیماران سرطانی با بهبود پیامدهای روان‌شناختی، کاهش آشفتگی و ارتقای کیفیت زندگی همراه‌اند (Izgu et al., 2024; Sun et al., 2024). همچنین، مطالعه Momennasab و همکاران نشان داد که معنویت‌درمانی گروهی می‌تواند در زنان مبتلا به سرطان پستان باعث بهبود کیفیت زندگی و توانمندسازی شود (Momennasab et al., 2024). مرور ادبیات فارسی نیز از ظرفیت معنویت‌درمانی در بهبود پیامدهای روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان حمایت کرده است (Fardi & Lotfi Kashani, 2023).

نتایج مربوط به اثربخشی معنویت‌درمانی با شواهدی که رابطه میان سلامت معنوی و سازگاری روانی را نشان داده‌اند نیز سازگار است. Senmar و همکاران گزارش کردند که سازگاری روانی با بیماری در بیماران سرطانی ایرانی با سلامت معنوی ارتباط دارد (Senmar et al., 2020). Azimzadeh و همکاران نیز نشان دادند که روش‌های مقابله اسلامی و بهزیستی روان‌شناختی با سازگاری بیماران مبتلا به سرطان مرتبط است (Azimzadeh et al., 2020). همچنین، یافته‌های جدید نشان داده‌اند که معنویت با تاب‌آوری روان‌شناختی بیماران در حال دریافت درمان سرطان ارتباط دارد (Gutierrez-Rojas et al., 2025). این شواهد می‌تواند توضیح دهد که چرا مداخله‌ای که مستقیماً منابع معنوی را فعال می‌کند، قادر است ابعادی از سازگاری مانند ناامیدی، نگرانی و تلقی بیمار از شرایط خود را تحت تأثیر قرار دهد.

اثربخشی ACT بر مؤلفه‌های سازگاری روانی نیز با مبانی نظری این رویکرد و یافته‌های پژوهش‌های قبلی همخوان است. در ACT، هدف اصلی حذف یا کنترل افکار و هیجان‌های ناخوشایند نیست، بلکه تغییر رابطه فرد با این تجربه‌ها و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است.

بیماران مبتلا به سرطان با موقعیت‌هایی مانند ترس از عود، نگرانی از مرگ، عوارض درمان و عدم قطعیت روبه‌رو هستند که بسیاری از آن‌ها تحت کنترل مستقیم بیمار قرار ندارند. تلاش مداوم برای سرکوب یا اجتناب از این تجربه‌ها می‌تواند پریشانی بیشتری ایجاد کند. در مقابل، ACT از طریق پذیرش، گسلش شناختی و تمرکز بر رفتارهای همسو با ارزش‌ها می‌تواند به بیمار کمک کند در حضور تجربه‌های ناخوشایند نیز عملکرد سازگارانه‌تری داشته باشد (Hayes, 2016; Macri & Rogge, 2024). یافته‌های Fawson نیز نشان می‌دهد فرایندهای انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مانند اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی با پریشانی بیشتر در بیماران سرطانی مرتبط‌اند (Fawson, 2024).

یافته‌های حاضر در خصوص ACT با نتایج مرورهای نظام‌مند و فراتحلیل‌های اخیر نیز همسو است. Jiang و همکاران نشان دادند که ACT در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند پریشانی روان‌شناختی را کاهش دهد و بر اضطراب، افسردگی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثر مثبت داشته باشد (Jiang et al., 2024). Kang و همکاران نیز در فراتحلیل جدید خود گزارش کردند که ACT بر پیامدهای روان‌تنی و کیفیت زندگی بزرگسالان مبتلا به سرطان تأثیر مطلوب دارد (Kang et al., 2026). در بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال پیشرفته نیز Khedr و همکاران نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ACT می‌توانند سلامت روان و برخی پیامدهای شناختی را بهبود دهند (Khedr et al., 2024). همچنین، Jalalpour و Safarzadeh در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخشی ACT را در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گزارش کردند (Jalalpour & Safarzadeh, 2024). این همسویی نشان می‌دهد که ACT می‌تواند در جمعیت‌های مختلف سرطان، از جمله بیماران کولورکتال، ظرفیت بالینی قابل‌توجهی داشته باشد.

یکی دیگر از یافته‌های مهم پژوهش این بود که در مؤلفه‌های درماندگی و ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه، تفاوت معناداری بین معنویت‌درمانی و ACT مشاهده نشد. این نتیجه نشان می‌دهد که با وجود تفاوت در چارچوب نظری و تکنیک‌های درمانی، هر دو مداخله می‌توانند به میزانی مشابه بر برخی ابعاد اصلی سازگاری روانی اثر بگذارند. این یافته با نتایج Abdi و همکاران همسو است که نشان دادند معنویت‌درمانی گروهی و ACT هر دو می‌توانند امید به زندگی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی را افزایش دهند (Abdi et al., 2023). همچنین، Ahmadi و همکاران در مقایسه ACT و معنویت‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، اثربخشی هر دو رویکرد را در کاهش پریشانی روان‌شناختی گزارش کردند (Ahmadi et al., 2021). Moin و همکاران نیز نشان دادند هر دو روش در کاهش اضطراب وجودی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر هستند (Moin et al., 2023).

مشابه بودن اثر دو مداخله را می‌توان از منظر همپوشانی عملکردی آن‌ها نیز توضیح داد. اگرچه معنویت‌درمانی بیشتر بر معنا، امید، ارتباط معنوی و پذیرش رنج تأکید دارد و ACT بر پذیرش تجربه‌های درونی، گسلش شناختی، حضور در لحظه و ارزش‌ها تمرکز می‌کند، هر دو در نهایت می‌کوشند از درگیری ناکارآمد بیمار با رنج بکاهند و او را به سمت مواجهه‌ای فعال‌تر و معنادارتر با بیماری هدایت کنند. این همپوشانی می‌تواند سبب شود که پیامدهایی مانند کاهش ناامیدی و نگرانی در هر دو روش به شکلی نزدیک به هم تغییر کند. یافته‌های Zamanian و همکاران نیز نشان داد که ACT و معنویت‌درمانی در برخی مؤلفه‌های خودمدیریتی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخشی مشابهی دارند (Zamanian et al., 2025). همچنین، نتایج Zarei و همکاران در یک جمعیت غیرسرطانی نیز نشان داد که هر دو رویکرد می‌توانند بر تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اثرگذار باشند (Zarei et al., 2024).

در زمینه تفکر تقدیرگرایانه، اثربخشی هر دو مداخله می‌تواند از مسیر تغییر نحوه تفسیر بیماری توضیح داده شود. در ACT، بیمار تشویق می‌شود افکار خود را به‌عنوان رویدادهای ذهنی مشاهده کند و از همانندسازی کامل با آن‌ها فاصله بگیرد. بنابراین، افکار تقدیرگرایانه لزوماً به‌عنوان واقعیت‌های قطعی پذیرفته نمی‌شوند. از سوی دیگر، معنویت‌درمانی نیز با بازسازی معنا و تأکید بر مسئولیت، امید و امکان انتخاب در مواجهه با رنج، می‌تواند نگرش منفعلانه و تقدیرگرایانه را کاهش دهد. این موضوع با یافته‌هایی که اهمیت پذیرش و انعطاف در بیماران سرطانی را برجسته کرده‌اند سازگار است (Dekker et al., 2025; Macri & Rogge, 2024). همچنین، معنویت در صورتی که به‌صورت سازگارانه و مبتنی بر معنا و امید تجربه شود، می‌تواند به جای افزایش انفعال، به تقویت تاب‌آوری و مشارکت فعال بیمار در فرایند

درمان کمک کند (Balboni, 2024; Gutierrez-Rojas et al., 2025).

در مورد روحیه مبارزه‌طلبی، نتایج نشان داد که معنویت‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل اثر معناداری داشت، در حالی که ACT در این مقایسه به سطح معناداری نرسید. این تفاوت می‌تواند به محتوای خاص معنویت‌درمانی مربوط باشد. در این مداخله، امید، معنا، خودکنترلی، بخشایش، پایداری، مسئولیت‌پذیری، مراقبه و ارتباط با منابع معنوی به‌طور مستقیم و مکرر تقویت می‌شوند. این مؤلفه‌ها می‌توانند احساس توانمندی در برابر بیماری و نگرش فعال‌تر نسبت به ادامه زندگی و درمان را افزایش دهند. پژوهش‌های مختلف نیز نشان داده‌اند که معنویت می‌تواند با تاب‌آوری، احساس هدف و توانایی مواجهه فعال با سرطان مرتبط باشد (Gutierrez-Rojas et al., 2025; Khok et al., 2024). همچنین، مداخلات معنامحور و معنوی با بهبود امید و پیامدهای روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان همراه بوده‌اند (Sun et al., 2024; Wang et al., 2025).

با این حال، عدم معناداری تفاوت ACT با گروه کنترل در روحیه مبارزه‌طلبی نباید به معنای عدم اثربخشی کلی ACT تفسیر شود. ACT لزوماً بر مفهوم «مبارزه» با بیماری تأکید ندارد، بلکه بیشتر بر پذیرش واقعیت‌های غیرقابل‌کنترل و حرکت در جهت ارزش‌ها تمرکز می‌کند. از نظر نظری، فلسفه ACT حتی ممکن است از مفهوم مبارزه مستقیم با تجربه ناخوشایند فاصله بگیرد و به جای آن بر ایجاد فضای روان‌شناختی برای تجربه درد، ترس و عدم قطعیت تأکید کند (Hayes, 2016). از این رو، ممکن است ابزار Mini-MAC و مؤلفه روحیه مبارزه‌طلبی، تمام تغییراتی را که در ACT رخ می‌دهد به‌طور کامل منعکس نکند. یافته‌های مطالعاتی که ACT را با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش مرتبط دانسته‌اند نیز این تبیین را تقویت می‌کند (Dekker et al., 2025; Jalalpour & Safarzadeh, 2024).

پایداری نسبی نتایج در مرحله پیگیری نیز از یافته‌های قابل توجه پژوهش بود. در بیشتر مؤلفه‌ها تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد که می‌تواند نشان‌دهنده حفظ اثرات درمانی در فاصله دوماهه باشد. این امر احتمالاً به ماهیت مهارت‌محور هر دو مداخله مربوط است. در معنویت‌درمانی، شرکت‌کنندگان تمرین‌هایی مانند درون‌نگری، مراقبه، محاسبه نفس، بخشایش و حفظ امید را فرامی‌گیرند که قابلیت ادامه در زندگی روزمره دارند. در ACT نیز مهارت‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی، پذیرش و اقدام متعهدانه می‌توانند پس از پایان جلسات نیز مورد استفاده قرار گیرند. شواهد مربوط به اثربخشی ACT و مداخلات معنوی در مطالعات پیشین نیز نشان می‌دهد که این رویکردها می‌توانند تغییراتی فراتر از دوره فعال درمان ایجاد کنند (Izgu et al., 2024; Jiang et al., 2024). با این حال، برای نتیجه‌گیری قطعی درباره دوام بلندمدت اثرات، پیگیری‌های طولانی‌تر ضروری است.

نتایج پژوهش حاضر از منظر بالینی نیز اهمیت دارد، زیرا زنان مبتلا به سرطان کولورکتال با مجموعه‌ای از چالش‌های خاص از جمله تغییرات جسمانی، مشکلات مرتبط با تصویر بدنی، اختلال در عملکرد جنسی، نگرانی درباره عود و در برخی موارد استوما مواجه‌اند (Johnson et al., 2025; Redeker et al., 2025). این عوامل می‌توانند کیفیت زندگی و سازگاری روانی را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهند (Dahouri et al., 2025; Naeimabadi et al., 2024). همچنین، بازماندگان سرطان کولورکتال نیازهای روانی و حمایتی متعددی دارند که بخشی از آن‌ها در مراقبت‌های معمول پاسخ داده نمی‌شود (Luo et al., 2024). بنابراین، استفاده از مداخلاتی مانند ACT و معنویت‌درمانی می‌تواند بخشی از خلأ موجود میان درمان پزشکی و نیازهای روان‌شناختی بیماران را پوشش دهد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که معنویت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو می‌توانند سازگاری روانی زنان مبتلا به سرطان کولورکتال را بهبود دهند و در کاهش مؤلفه‌های ناسازگارانه‌ای مانند درماندگی، ناامیدی، دل‌مشغولی نگران‌کننده، اجتناب شناختی و تفکر تقدیرگرایانه مؤثر باشند. مشابهت اثربخشی این دو روش با شواهد پیشین درباره نقش منابع معنوی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران سرطانی همخوان است (Fawson, 2024; Senmar et al., 2020). همچنین، مزیت مشاهده‌شده برای معنویت‌درمانی در مؤلفه روحیه مبارزه‌طلبی می‌تواند نشان‌دهنده اهمیت ویژه معنا، امید و منابع معنوی در ایجاد نگرش فعال‌تر نسبت به بیماری باشد. با توجه به اینکه پژوهش‌های قبلی عمدتاً بر سرطان پستان

متمرکز بوده‌اند (Abdi et al., 2023; Ahmadi et al., 2021; Zamanian et al., 2025)، نتایج حاضر شواهد مستقیمی درباره کاربرد این دو رویکرد در زنان مبتلا به سرطان کولورکتال فراهم می‌کند و می‌تواند به توسعه مداخلات روان‌شناختی متناسب‌تر در این جمعیت کمک کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه به زنان مبتلا به سرطان کولورکتال مراجعه‌کننده به یک مرکز درمانی در شهر مشهد اشاره کرد که تعمیم یافته‌ها به مردان، بیماران سایر مناطق جغرافیایی و مراکز درمانی را محدود می‌کند. همچنین، نمونه‌گیری اولیه به‌صورت در دسترس و داوطلبانه انجام شد و این موضوع می‌تواند احتمال سوگیری انتخاب را افزایش دهد. حجم نمونه نیز با وجود کفایت آماری، نسبتاً محدود بود و ریزش تعدادی از شرکت‌کنندگان در طول مطالعه می‌تواند بر برآورد دقیق اثر مداخلات تأثیر گذاشته باشد. استفاده از ابزار خودگزارشی یکی دیگر از محدودیت‌ها بود، زیرا پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری مطلوبیت اجتماعی، وضعیت هیجانی لحظه‌ای یا برداشت فرد از پرسش‌ها قرار گرفته باشند. دوره پیگیری نیز تنها دو ماه بود و بنابراین درباره پایداری بلندمدت اثرات نمی‌توان نتیجه‌گیری قطعی داشت. افزون بر این، تفاوت در تعداد و مدت جلسات دو مداخله ممکن است به‌عنوان یک عامل مداخله‌گر بالقوه در مقایسه اثربخشی آن‌ها مطرح باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی و با مشارکت زنان و مردان مبتلا به سرطان کولورکتال انجام شوند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. استفاده از دوره‌های پیگیری شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند اطلاعات دقیق‌تری درباره پایداری اثرات درمانی فراهم کند. همچنین، مقایسه مداخلات با تعداد و مدت جلسات همسان می‌تواند امکان قضاوت دقیق‌تری درباره اثربخشی نسبی آن‌ها ایجاد کند. بررسی سازوکارهای میانجی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، معنای زندگی، امید، تاب‌آوری، اجتناب تجربه‌ای و سلامت معنوی نیز می‌تواند مشخص کند که هر مداخله از چه مسیرهایی بر سازگاری روانی اثر می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از مصاحبه‌های بالینی، ارزیابی‌های کیفی و شاخص‌های رفتاری استفاده شود و نقش متغیرهایی مانند مرحله بیماری، وجود استوما، نوع درمان پزشکی و مدت زمان ابتلا نیز به‌عنوان تعدیل‌گر مورد بررسی قرار گیرد.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود غربالگری سازگاری روانی و نیازهای معنوی به‌صورت منظم در برنامه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال گنجانده شود و بیمارانی که سطوح بالاتر درماندگی، ناامیدی، نگرانی یا اجتناب شناختی دارند برای دریافت خدمات روان‌شناختی ارجاع داده شوند. معنویت‌درمانی می‌تواند به‌ویژه برای بیمارانی مناسب باشد که منابع معنوی، معنا، امید و نگرش فعال نسبت به بیماری برای آنان اهمیت بیشتری دارد، در حالی که ACT می‌تواند برای بیمارانی که با اجتناب تجربه‌ای، درگیری شدید با افکار منفی و دشواری در پذیرش شرایط غیرقابل‌کنترل مواجه‌اند مفید باشد. همچنین، آموزش این دو رویکرد به روان‌شناسان سلامت و اعضای تیم‌های روانانکولوژی و ادغام آن‌ها در کنار مراقبت‌های پزشکی معمول می‌تواند به ارائه مراقبت جامع‌تر کمک کند. انتخاب نوع مداخله بهتر است با توجه به نیازها، ترجیحات، باورها و شرایط روان‌شناختی هر بیمار انجام شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Abdi, K., Arefi, M., Afsharnia, K., & Amiri, H. (2023). The effectiveness of spiritual group therapy and acceptance and commitment therapy in increasing life expectancy and quality of life among cancer patients. *Health Spiritual Med Ethics*, *10*(1), 27-34. https://doi.org/10.32598/hsmej.10.1.417

Ahmadi, S. A., Vaziri, S., Ahi, G., Lotfi Kashani, F., & Akbari, M. E. (2021). Comparing the effects of acceptance and commitment therapy and spiritual therapy on psychological distress in patients with breast cancer. *MEJDS*, *11*, 36.

Akbari, M. E., Javaherian, M., Hajian, P., & Sadeghi, F. (2016). *Psychological interventions in cancer patients (therapeutic spirituality)* (1st ed.). Mohsen Publications.

Azimzadeh, N., Bayazi, M. H., & Shakerinasab, M. (2020). The relationship between Islamic coping methods and psychological well-being with adaptation and pain tolerance in patients with breast cancer. *J Health Psychol*, *9*(33), 145-160.

Balboni, T. A. (2024). Spirituality in advanced cancer: implications for care in oncologic emergencies. *Ann Palliat Med*, *13*(3), 568-574. https://doi.org/10.21037/apm-23-40

Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., & Soerjomataram, I. (2026). Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. *CA Cancer J Clin*, *76*(4). https://doi.org/10.3322/caac.70090

Bridou, M., & Robieux, L. (2026). Psychological resources in adults with cancer: a systematic review of quantitative studies. *Cancers (Basel)*, *18*(15), 2525. https://doi.org/10.3390/cancers18152525

Czerw, A., Religioni, U., Szymański, F., Nieradko-Heluszko, A., Męka, D., & Hering, D. (2021). Normalization of the Mini-MAC (Mental Adjustment to Cancer) questionnaire among cancer patients. *Int J Environ Res Public Health*, *18*(23), 12603. https://doi.org/10.3390/ijerph182312603

Dahouri, A., Sahebihagh, M. H., Gilani, N., & Sheikhnezhad, L. (2025). Health-related quality of life in patients with colorectal cancer: a comparison between those with and without colostomy. *J Caring Sci*, *14*(3), 173-181. https://doi.org/10.34172/jcs.025.33640

Dekker, J., Welling, C., & Labots, M. (2025). Acceptance in patients with cancer: a scoping review. *Cancer Rep (Hoboken)*, *8*(11), e70324. https://doi.org/10.1002/cnr2.70324

Fardi, D., & Lotfi Kashani, F. (2023). Spiritual therapy and breast cancer: a scoping review of the Persian biomedical literature. *Payesh*, *22*(4), 423-432.

Fawson, S. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychol Rev*, *18*(3), 456-477. https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2261518

Gutierrez-Rojas, A., Manco-Herrera, C., Nuñez-Escarcena, X., Loayza-Ramirez, L., Sanca-Valeriano, S., & Rodriguez-Pantigoso, W. (2025). The influence of spirituality on psychological resilience in cancer patients undergoing oncological treatment: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*, *24*, 136. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01768-5

Harris, R. (2019). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies (republished article). *Behav Ther*, *47*(6), 869-885. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006

Izgu, N., Metin, Z. G., Eroglu, H., Semerci, R., & Pars, H. (2024). Impact of spiritual interventions in individuals with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*, *71*, 102646. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102646

Jalalpour, F., & Safarzadeh, S. (2024). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Existential Cognitive Therapy on Psychological Flexibility in Women with Breast Cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases*, *17*(4), 151-170. http://ijbd.ir/article-1-1131-fa.html

Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol*, *14*, 1253266. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266

Johnson, A., Delduca, C., & Morris, R. (2021). *Living your life with cancer through acceptance and commitment to continued treatment: flying above the storm*. Namai Elm.

Johnson, C., Martinez, A., & Dains, J. (2025). Psychosocial impact of ostomies in women with colorectal cancer: an integrative review. *J Adv Pract Oncol*, *16*(7). https://doi.org/10.6004/jadpro.2025.16.7.4

Kang, Z., Xu, Y., Li, H., Arbing, R., Chen, W. T., & Ke, X. (2026). Acceptance and commitment therapy for psychosomatic outcomes and quality of life in adults with cancer: systematic review and meta-analysis. *Eur J Oncol Nurs*, *81*, 103141. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2026.103141

Khanbabaei, N., Mojtabaie, M., & Sabet, M. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy on disease perception, self-care behaviors, and treatment adherence in female patients with breast cancer. *J Psychol Sci*, *22*(128), 59-80. https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.1565

Khedr, M. A., Ali, E. A., Alabdullah, A. A. S., Farghaly Abdelaliem, S. M., & El-Ashry, A. M. (2024). Effect of acceptance and commitment therapy-based interventions on mental health and cognitive impairment for patients with advanced colorectal cancer. *Public Health Nurs*, *41*(4), 745-759. https://doi.org/10.1111/phn.13333

Khok, X. W., Ng, W. H. D., Lee, A. Y., Yoon, H. J., Devi, M. K., & Johnston, B. (2024). Journey towards resiliency: a systematic review and meta-synthesis of cancer patients' experiences. *Eur J Oncol Nurs*, *71*, 102640. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102640

Luo, X., Xu, H., Zhang, Y., Liu, S., Xu, S., & Xie, Y. (2024). Identifying the unmet needs of post-treatment colorectal cancer survivors: a critical literature review. *Eur J Oncol Nurs*, *70*, 102570. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102570

Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: a comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, *110*, 102432. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432

Moin, Z., Abolmaali Alhoseini, K. H., & Seirafi, M. (2023). A comparison of effectiveness of spiritual therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on reducing existential anxiety in women with breast cancer. *Q J Couns Psychother*, *14*(56), 39-66.

Momennasab, M., Ghorbani, F., Yektatalab, S., Magharei, M., & Tehranineshat, B. (2024). The effect of spiritual group therapy on the quality of life and empowerment of women with breast cancer: a randomized clinical trial in Iran. *J Relig Health*, *63*(2), 1504-1522. https://doi.org/10.1007/s10943-024-02009-4

Naeimabadi, Z., Bana Derakhshan, H., Rassouli, M., & Ebadi, A. (2024). Health-related quality of life and related factors in patients with colorectal cancer in Iran: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*, *103*(14), 2088-2097. https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001058

Okere, C. A., Sak-Dankosky, N., Yerris, V., & Kvist, T. (2024). Spiritual interventions: improving the lives of colorectal cancer survivors—a systematic literature review. *J Adv Nurs*, *80*(12), 4758-4776. https://doi.org/10.1111/jan.16196

Patoo, M., Allahyari, A. A., Moradi, A. R., Payandeh, M., & Hassani, L. (2018). Studying the relation between mental adjustment to cancer and health-related quality of life in breast cancer patients. *Int J Cancer Manag*, *11*(7).

Redeker, C., Grunfeld, E., & Miles, A. (2025). The impact of an ostomy on body image and sexual function of patients with colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, *34*(8), e70249. https://doi.org/10.1002/pon.70249

Senmar, M., Hasannia, E., Moeinoddin, A., Lotfi, S., Hamedi, F., & Habibi, M. (2020). Psychosocial adjustment to illness and its relationship with spiritual wellbeing in Iranian cancer patients. *Int J Chronic Dis*, *2020*, 5742569. https://doi.org/10.1155/2020/5742569

Sun, M., Tian, X., Peng, Y., Wang, Z., Lu, Y., & Xiao, W. (2024). Effects of meaning therapy on spirituality, psychological health, and quality of life in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asia Pac J Oncol Nurs*, *11*(4), 100388. https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100388

Vaziri, S., Lotfi Kashani, F., & Akbari, M. E. (2018). *Spirituality therapy guide* (2nd ed.). Shahid Beheshti University of Medical Sciences Cancer Center.

Wang, Z., Xu, D., Yu, S., Liu, Y., Han, Y., & Zhao, W. (2025). Effectiveness of meaning-centered interventions on existential distress and mental health outcomes in cancer survivors and their family caregivers: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs*, *22*(1), e12752. https://doi.org/10.1111/wvn.12752

Zamanian, S., Bolhari, J., Danesh, E., Ahadi, H., Ghahari, S., & Ghahremani, M. (2025). Comparing Acceptance and Commitment Therapy and Spiritual Therapy for Self-Management in Women with Breast Cancer. *Journal of Spiritual Health*, *4*(3), 700-710. http://spiritual-health.ir/article-1-273-fa.html

Zarei, F., Hojatkhah, S. M., Zabet, M., & Taheri, S. (2024). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and spiritual therapy on increasing resilience and psychological flexibility in mothers of children with physical disabilities. *J Mod Psychol Res*, *73*, 108-118. https://doi.org/10.22034/JMPR.2024.59270.5935

Zhu, H., Yang, L., Yin, H., Yuan, X., Gu, J., & Yang, Y. (2024). The influencing factors of psychosocial adaptation of cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Serv Insights*, *17*. https://doi.org/10.1177/11786329241278814

Zolfa, R., Moradi, A., Mahdavi, M., Parhoon, H., Parhoon, K., & Jobson, L. (2023). Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in Iranian patients with breast cancer. *Psychooncology*, *32*(1), 68-76.