J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/07/08 *Accepted:2025/09/16*

The Effectiveness of Group Reality Therapy on Spiritual Health, Perceived Social Support and Mental Toughness in Colon Cancer Patients

Farzin Bagheri Sheykhangafshe (Ph.D.)[1], Nahid Rezaei (M.A.)[2], Mina Azarian Ghurtlar (M.A.)[3], Maryam Panahi (M.A.)[4], Ali Fathi Ashtiani (Ph.D.)[5]

1.Corresponding author: Ph.D., Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. Email: farzinbagheri@modares.ac.ir Tel: +982182885048
2.M.A in General Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Shiraz Branch, Shiraz, Iran
3.M.A in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran
4.Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ardabil Branch, Ardabil, Iran
5.Professor, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Colorectal cancer is a life-threatening disease that affects not only physical health but also the psychological and social well-being of patients. This study aimed to investigate the effectiveness of group reality therapy on spiritual health, perceived social support, and mental toughness in patients with colorectal cancer.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest and a control group. The statistical population consisted of patients who referred to cancer treatment and support centers in Tehran in 2024. A total of 36 patients who had received a confirmed diagnosis of colorectal cancer from a specialist were selected through convenience sampling and randomly assigned to the experimental group (n=18) and the control group (n=18). Data collection instruments included the Spiritual Health Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and the Mental Toughness Scale. The experimental group received 10 sessions of 60minute group reality therapy. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: Findings indicated that group reality therapy significantly improved religious health (F= 42/73), existential health (F=61/44), family support (F=45/98), friends' support (F=53/77), support from other important people(F= 43/88), and mental toughness (F=48/01) in patients with colorectal cancer (p< 0/001).

Conclusion: Group reality therapy may be effective in enhancing psychological capacities, strengthening social support resources, and increasing resilience in patients facing life-threatening illnesses. This approach, by emphasizing personal responsibility and improving interpersonal relationships, may help patients better adapt to the disease and the treatment process.

Keywords: Group Reality Therapy, Spiritual Health, Social Support, Mental Toughness, Colon Cancer

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

This Paper Should be Cited as:
Author: Farzin Bagheri Sheykhangafshe, Nahid Rezaei, Mina Azarian Ghurtlar, Maryam Panahi, Ali Fathi Ashtiani. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Spiritual Health, Perceived…….Tolooebehdasht Journal. 2025;24(5)91-107.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره پنجم
آذر و دی
شماره مسلسل:۱۱۳

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۴/۱۷
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۶/۲۵

اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ

نویسندگان: فرزین باقری شیخانگفشه[۱]، ناهید رضایی[۲]،مینا آذریان قورتلار[۳]، مریم پناهی[۴]، علی فتحی آشتیانی[۵]

۱.نویسنده مسئول: دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

شماره تماس: ۰۲۱۸۲۸۸۵۰۴۸ :Email: farzinbagheri@modares.ac.ir

۲.کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز، ایران

۳.کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

۴.کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۵.استادگروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان روده بزرگ یکی از بیماری‌های تهدیدکننده زندگی است که علاوه بر پیامدهای جسمانی، سلامت روانی و اجتماعی بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و حمایتی سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بودند. ۳۶ نفر از بیمارانی که از متخصص تشخیص قطعی سرطان روده را دریافت کرده بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) جای‌دهی شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس سلامت معنوی، چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی بود. گروه آزمایش، ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای واقعیت‌درمانی گروهی را دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد واقعیت‌درمانی گروهی به طور معناداری باعث افزایش سلامت مذهبی (F=۴۲/۷۳)، سلامت وجودی (F=۶۱/۴۴)، حمایت خانواده (F=۴۵/۹۸)، حمایت دوستان (F=۵۳/۷۷)، حمایت افراد مهم دیگر (F=۴۳/۸۸)، و استحکام روانی (F=۴۸/۰۱) بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ شده است (P<۰/۰۰۱).

نتیجه‌گیری: واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند در ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی، تقویت منابع حمایتی اجتماعی و افزایش تاب‌آوری بیماران در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مؤثر باشد. به نظر می‌رسد این رویکرد با تأکید بر مسئولیت‌پذیری فردی و بهبود روابط بین‌فردی، به سازگاری بهتر بیماران با شرایط بیماری و فرایند درمان کمک کند.

واژه‌های کلیدی: واقعیت‌درمانی گروهی؛ سلامت معنوی؛ حمایت اجتماعی؛ استحکام روانی؛ سرطان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

سرطان روده بزرگ یکی از شایع‌ترین و چالش‌برانگیزترین سرطان‌های دستگاه گوارش در جهان است و حدود ۱۰ درصد موارد جدید سرطان را تشکیل می‌دهد. سالانه بیش از ۱/۹ میلیون مورد جدید ابتلا گزارش می‌شود و در ایران نیز بروز آن با حدود ۱۲ تا ۱۵ مورد در هر ۱۰۰ هزار نفر، روندی افزایشی داشته و این بیماری را در زمره سرطان‌های شایع کشور قرار داده است(۱). تشخیص سرطان روده بزرگ تجربه‌ای تهدیدکننده است که با اضطراب، نگرانی از پیامدهای درمان و تغییرات گسترده در سبک زندگی همراه می‌شود(۲). درمان‌های رایج از جمله جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی علاوه بر عوارض جسمانی، فشار روانی قابل توجهی ایجاد می‌کنند و نیازمند حمایت پزشکی، روانی و اجتماعی چندبعدی هستند(۳). نتایج مطالعات مروری نشان می‌دهد که نرخ بقای بیماران در ایران تحت تأثیر مرحله تشخیص و دسترسی به درمان متغیر است. هرچند برخی پژوهش‌ها به بهبود نسبی بقای پنج‌ساله در سال‌های اخیر اشاره کرده‌اند، اما تشخیص زودهنگام، درمان مؤثر و حمایت‌های روانی-اجتماعی همچنان برای ارتقای بقای بیماران ضروری است(۴).

سلامت معنوی به احساس معنا، هدف و انسجام در زندگی و نیز توانایی فرد در بهره‌گیری از باورها و ارزش‌های درونی برای سازگاری با شرایط دشوار اشاره دارد(۵). سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد حیاتی سلامت روانی بیماران سرطانی شناخته می‌شود و نقش مهمی در مقابله با پیامدهای روانی و جسمانی بیماری دارد(۶). بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ با تجربه تهدید سلامت و تغییرات بنیادین در سبک زندگی، اغلب با پرسش‌های وجودی، اضطراب ناشی از آینده و نیاز به معنا در زندگی مواجه می‌شوند(۷). سلامت معنوی می‌تواند توانمندی بیماران در مواجهه با استرس‌های ناشی از بیماری و درمان را افزایش دهد و به کاهش اضطراب، افسردگی و احساس بی‌قدرتی کمک کند(۸). فرایند معنابخشی به تجربه بیماری و اتصال به منابع درونی و اعتقادی می‌تواند تاب‌آوری روانی بیماران را تقویت کرده و کیفیت زندگی آن‌ها را بهبود دهد(۶). سلامت معنوی نه تنها به بیماران کمک می‌کند با درد و محدودیت‌های جسمانی کنار بیایند، بلکه انگیزه و امید آنان برای ادامه درمان را افزایش می‌دهد و حس کنترل بر شرایط زندگی را تقویت می‌کند(۹).

حمایت اجتماعی ادراک‌شده به برداشت و ارزیابی فرد از میزان در دسترس بودن و کفایت حمایت‌های عاطفی، اطلاعاتی و عملی از سوی خانواده، دوستان و سایر منابع اشاره دارد(۱۰). حمایت اجتماعی ادراک‌شده یکی از عوامل تعیین‌کننده در سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان است و می‌تواند به‌طور مستقیم بر توانایی فرد برای مقابله با بیماری تأثیر بگذارد(۱۱). هنگامی که بیماران احساس کنند از سوی خانواده، دوستان و تیم درمان حمایت می‌شوند، اضطراب و احساس تنهایی کاهش یافته و انگیزه برای پیگیری درمان و مقابله با چالش‌های ناشی از بیماری افزایش می‌یابد(۱۲). این حمایت می‌تواند شامل پشتیبانی عاطفی، اطلاعاتی و عملی باشد و نقش مهمی در کاهش استرس و افسردگی بیماران ایفا کند(۱۳). افرادی که حمایت کافی احساس می‌کنند، مقاومت بیشتری در برابر استرس‌های درمان و عود بیماری نشان می‌دهند و کیفیت روابط خانوادگی و اجتماعی آن‌ها نیز حفظ می‌شود(۱۴).

استحکام روانی به عنوان توانایی فرد برای مقابله با فشارها و بحران‌های زندگی، یکی دیگر از عوامل کلیدی حمایتی در

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

مواجهه با بیماری‌های مزمن مانند سرطان روده بزرگ است(۱۵). بیمارانی که دارای استحکام روانی بالاتری هستند، بهتر می‌توانند با استرس‌های ناشی از درمان، درد و محدودیت‌های جسمانی کنار بیایند و از کاهش انگیزه یا افسردگی جلوگیری کنند(۱۶). استحکام روانی همچنین باعث می‌شود که بیماران توانایی بیشتری در بازسازی الگوهای مثبت فکری و رفتاری داشته باشند و چالش‌های روانی ناشی از بیماری را به فرصت‌هایی برای رشد و یادگیری تبدیل کنند(۱۷). علاوه بر توان مقابله‌ای فرد، استحکام روانی بر سازگاری اجتماعی و تعاملات خانوادگی بیماران نیز تأثیر مثبت دارد(۱۸). افرادی که از استحکام روانی برخوردارند، بهتر می‌توانند روابط خود را مدیریت کنند، حمایت اجتماعی را دریافت کنند و با احساس امید و هدفمندی، کیفیت زندگی خود را حفظ نمایند(۱۹).

سرطان روده بزرگ یکی از بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده زندگی است که علاوه بر تأثیر بر سلامت جسمانی، پیامدهای روانی و اجتماعی قابل توجهی برای بیماران به همراه دارد(۲۰). از این رو، مدیریت این بیماری نیازمند رویکردی جامع است که در کنار درمان‌های پزشکی، ابعاد روانی، معنوی و اجتماعی بیمار را نیز در نظر بگیرد(۲۱). در این میان، مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان مکمل درمان‌های رایج مانند جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی می‌توانند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی ایفا کنند(۲۲). یکی از این رویکردها، واقعیت‌درمانی گروهی است که بر مسئولیت‌پذیری فرد، انتخاب‌های آگاهانه و ارتقای کیفیت زندگی تأکید دارد(۲۳). این رویکرد با تقویت حمایت اجتماعی و تاب‌آوری روانی، به بیماران کمک می‌کند تا واکنش‌ها و رفتارهای خود را در مواجهه با بیماری بهتر بشناسند و راهبردهای سازنده‌تری برای مدیریت فشارهای روانی ناشی از تشخیص و درمان‌های طولانی‌مدت اتخاذ کنند(۲۴).

ساختار گروهی واقعیت‌درمانی مزیت‌های روانی و اجتماعی چشمگیری دارد، زیرا بیماران می‌توانند تجربیات خود را با دیگر افرادی که شرایط مشابهی دارند به اشتراک بگذارند(۲۵). این تعامل باعث کاهش احساس تنهایی و اضطراب، افزایش همدلی و دریافت حمایت عاطفی می‌شود و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر را در شرایط واقعی زندگی تقویت می‌کند(۲۶). مشارکت فعال در گروه همچنین انگیزه بیمار برای پیگیری درمان‌های پزشکی و مسئولیت‌پذیری در مراقبت از خود را افزایش می‌دهد و به ایجاد حس کنترل و توانمندی شخصی کمک می‌کند(۲۷). علاوه بر حمایت روانی و اجتماعی، واقعیت‌درمانی گروهی به بیماران سرطانی کمک می‌کند تا اهداف و ارزش‌های زندگی خود را بازتعریف کرده و تمرکز خود را از محدودیت‌ها و بیماری به انتخاب‌های مثبت و سازنده معطوف کنند(۲۸). این فرایند موجب بهبود سلامت روان، افزایش استحکام روانی و ارتقای کیفیت زندگی می‌شود و اثرات منفی استرس، اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری و درمان‌های طولانی‌مدت را کاهش می‌دهد(۲۹).

به دلیل شیوع روزافزون سرطان روده بزرگ و پیامدهای گسترده روانی، اجتماعی و معنوی ناشی از این بیماری، توجه به مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی ضروری به نظر می‌رسد. با وجود اهمیت این ابعاد، شواهد پژوهشی درباره اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی در این بیماران محدود است.

از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی و حمایتی سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ خورشیدی بودند. با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش ۳۶ نفر از بیمارانی که از متخصص تشخیص قطعی سرطان روده را دریافت کرده بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. همچنین، برای محاسبه دقیق‌تر حجم نمونه از نسخه ۳.۱.۹.۲ نرم‌افزار جی‌پاور، با سطح اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد کمتر از ۲ درصد استفاده شد. حجم نمونه اولیه در هر گروه ۱۶ نفر محاسبه گردید، که با احتساب احتمال افت ۱۰ درصدی، در نهایت ۱۸ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد. پس از شناسایی افراد واجد شرایط و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گواه (۱۸ نفر) جایدهی شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به سرطان روده بزرگ، عدم دریافت همزمان مداخلات روان‌شناختی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال و نداشتن اختلالات روانی دیگر بر اساس بررسی پرونده پزشکی بود. همچنین غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان، تشدید بیماری و دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی از جمله معیارهای خروج از پژوهش محسوب می‌شد.

مقیاس سلامت معنوی توسط پولوتزین و الیسون(۳۰) طراحی شده است و شامل ۲۰ گویه است که ۱۰ گویه با شماره زوج سلامت مذهبی و ۱۰ گویه با شماره فرد سلامت وجودی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره کلی سلامت معنوی که از مجموع نمرات دو زیرمقیاس به‌دست می‌آید، در بازه ۲۰ تا ۱۲۰ قرار دارد. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس شش‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود. اعتبار و پایایی این مقیاس توسط پولوتزین و الیسون(۳۰) در بین دانشجویان به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۹۱ گزارش شده است. در مطالعه دهشیری و همکاران(۳۱) روایی و پایایی نسخه فارسی مقیاس سلامت معنوی در دانشجویان ایرانی بررسی شد. پایایی ابزار با آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌های سلامت مذهبی ۰/۷۹ و سلامت وجودی ۰/۷۳ گزارش شد. نتایج تحلیل عاملی نیز ساختار دو بعدی مقیاس (سلامت مذهبی و وجودی) را تأیید و روایی سازه آن را مناسب نشان داد. در مطالعه حاضر، به‌منظور بررسی روایی محتوایی پرسشنامه، گویه‌ها در اختیار تعدادی از متخصصان حوزه روان‌شناسی قرار گرفت تا درباره ضرورت و تناسب آن‌ها نظر دهند. برای محاسبه نسبت روایی محتوا، هر گویه بر اساس مقیاس سه‌گزینه‌ای «ضروری است»، «مفید است اما ضروری نیست» و «ضروری نیست» ارزیابی و مقدار آن با استفاده از فرمول لاوشه محاسبه شد. همچنین برای تعیین شاخص روایی محتوا، میزان ارتباط، وضوح و سادگی گویه‌ها بررسی گردید. نتایج نشان داد مقدار شاخص روایی محتوا ۰/۸۶ و نسبت روایی محتوا ۰/۸۳ است که بیانگر مناسب بودن روایی محتوایی پرسشنامه است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس سلامت مذهبی ۰/۹۰ و برای زیرمقیاس سلامت وجودی ۰/۸۲ به‌دست آمد.

مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده در ابتدا، زیمت و همکاران(۳۲) به منظور سنجش کیفیت ارتباط با خانواده،

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

CC BY-NC 4.0

دوستان و افراد مهم دیگر، ۲۴ گویه را طراحی نمودند که شهرت اجتماعی، احترام و حمایت اجتماعی را شامل می‌شدند که سه مولفه حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب خانواده، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب دوستان و حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب افراد مهم دیگر را در بر می‌گرفتند. پس از انجام بررسی‌های اولیه، در نهایت ۱۲ گویه به منظور بررسی سه مولفه نامبرده انتخاب گردیدند. پاسخ دهی و نمره‌گذاری مقیاس از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) است که نمره‌ای در دامنه بین ۱۲ تا ۸۴ حاصل می‌گردد که نمرات بیشتر بیانگر ادراک بیشتر حمایت از جانب منابع اجتماعی خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر است. در مطالعه زیمت و همکاران(۳۲) آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب افراد مهم دیگر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب خانواده و حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب دوستان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. در داخل کشور نیز ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است(۳۳). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ کل مقیاس و و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب افراد مهم دیگر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب خانواده و حمایت اجتماعی ادراک‌شده از جانب دوستان به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۸۴ به‌دست آمد.

مقیاس استحکام روانی یک ابزار خودسنجی است که شامل ۱۴ گویه است که توسط شرد و همکاران(۳۴) طراحی شده است. پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت، از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۵) انجام می‌شود. دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین ۱۴ تا ۷۰ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده استحکام روانی بیشتر است. این پرسش‌نامه بر اساس مفهوم استحکام روانی از دیدگاه روان‌شناسی مثبت و با تأکید بر «طرز فکر» طراحی شده است. این دیدگاه بر توانایی‌های افراد برای غلبه بر سختی‌ها و رشد و شکوفایی در شرایط مختلف زندگی تمرکز دارد و مؤلفه‌های خودباوری، تعهد، پشتکار و مدیریت هیجان را در بر می‌گیرد(۳۴). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در داخل کشور ۰/۸۹ به‌دست آمد(۳۵). در پژوهش حاضر، پایایی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۷ گزارش شد.

واقعیت‌درمانی گروهی یکی از رویکردهای شناختی-رفتاری مبتنی بر نظریه انتخاب ویلیام گلاسر(۳۶) است که بر مسئولیت‌پذیری فرد، انتخاب آگاهانه رفتار و ارضای سالم نیازهای اساسی تأکید دارد. این رویکرد با تمرکز بر زمان حال و تقویت احساس کنترل درونی، به افراد کمک می‌کند تا با پذیرش واقعیت‌های زندگی، رفتارهای مؤثرتر و سازگارانه‌تری را در مواجهه با چالش‌های روان‌شناختی و جسمانی انتخاب کنند.

در این پژوهش، نمرات آغازین افراد انتخاب‌شده به‌عنوان خط پایه (پیش‌آزمون) در متغیرهای سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و استحکام روانی ثبت شد. گروه آزمایش آموزش واقعیت‌درمانی گروهی(۳۶) را طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کرد. پرسشنامه‌ها بلافاصله پس از پایان مداخلات درمانی (مرحله پس‌آزمون) مجدداً توسط بیماران گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از اجرای طرح به

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات فردی آنان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و مشارکت در پژوهش داوطلبانه بوده و افراد می‌توانند در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری انصراف دهند. افزون بر این، اعضای گروه کنترل این امکان را داشتند که پس از پایان پژوهش، در صورت تمایل، از مداخلات درمانی مذکور بهره‌مند شوند. شایان ذکر است که مداخله واقعیت‌درمانی توسط پژوهشگر در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی «ندای درون» در استان تهران اجرا شد. پروتکل این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است و شامل خلاصه و محتوای اصلی ۱۰ جلسه درمان است.

جدول ۱: جلسات مداخله واقعیت‌درمانی گروهی(۳۶)

جلسه	اهداف	مداخله
۱	شکل‌گیری گروه، ایجاد اتحاد درمانی و احساس تعلق	خوشامدگویی، معرفی اعضا، تبیین قوانین و ساختار جلسات، معرفی واقعیت‌درمانی، ایجاد فضای امن و حمایتی
۲	افزایش خودشناسی، پذیرش خویشتن و ارتقای سلامت معنوی	آموزش خودشناسی، بررسی اضطراب از دیدگاه واقعیت‌درمانی، تأکید بر معنا و هدف زندگی در مواجهه با بیماری
۳	ارتقای مسئولیت‌پذیری و احساس کنترل بر زندگی	بحث گروهی درباره مسئولیت‌ها، اصلاح رفتارهای غیرمسئولانه، تقویت انتخاب‌های آگاهانه
۴	افزایش آگاهی نسبت به کنترل رفتار خود و دیگران	آموزش نظریه کنترل، بررسی رفتارهای کنترل‌کننده، تأکید بر کنترل رفتار خود و پذیرش محدودیت‌ها
۵	اصلاح انتخاب‌ها جهت ارضای سالم نیازها	بررسی انتخاب‌های درست و نادرست، آموزش تصمیم‌گیری مسئولانه، تقویت امید و هدفمندی
۶	تقویت روابط بین‌فردی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده	آموزش عادات پیونددهنده و تخریب‌کننده رفتار، بررسی ارتباط‌های موفق و ناموفق، افزایش همدلی گروهی
۷	افزایش پذیرش واقعیت بیماری و کاهش انکار	بررسی واقعیت‌های پذیرفته و انکارشده، تحلیل پیامدهای پذیرش واقعیت، آموزش مؤلفه‌های رفتار
۸	تقویت استحکام روانی در مواجهه با مشکلات	آموزش مقابله فعال، شناسایی منابع درونی قدرت، تصویرسازی ذهنی از غلبه بر چالش‌ها
۹	شکل‌گیری هویت توفیق و افزایش خودارزشمندی	آموزش هویت توفیق و شکست، شناسایی موانع و تسهیل‌کننده‌ها، تقویت خودکارآمدی
۱۰	تثبیت تغییرات و تقویت حمایت اجتماعی ادراک‌شده	مرور جلسات، بیان تغییرات فردی، جمع‌بندی آموخته‌ها، تقویت پیوند گروهی و برنامه‌ریزی آینده

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی بیماران گروه آزمایش ۵/۲۴±۳۷/۹۱ سال و بیماران گروه گواه ۵/۱۱±۳۸/۲۵ سال بود. بر اساس نتایج جدول شماره ۲، نتایج آزمون مجذور کای مشخص کرد که گروه‌های آزمایش و گواه از نظر دامنه سنی، مدت زمان بیماری، تحصیلات، و جنس تفاوت معناداری نداشتند(P>۰/۰۵).

در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون نمرات سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک شده و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ در گروه آزمایش و گواه در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است (P>۰/۰۵).

نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس واقع سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی در گروه‌ها برابر است (P<۰/۰۰۱). نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است (MBox=۴۶/۱۹ ،F=۱/۷۷ ،p=۰/۱۸۲>۰/۰۵). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است (P<۰/۰۱).

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متتغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است (P>۰/۰۵). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۴).

با توجه به جدول ۴، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۷۷ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

با توجه به مندرجات جدول ۵، آماره F برای سلامت مذهبی (F=۴۲/۷۳)، سلامت وجودی (F=۶۱/۴۴)، حمایت خانواده

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

(F=۴۵/۹۸)، حمایت دوستان (F=۵۳/۷۷)، حمایت افراد مهم دیگر (F=۴۳/۸۸)، و استحکام روانی (F=۴۸/۰۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۶۰ درصد از تغییرات سلامت مذهبی، ۶۸ درصد از سلامت وجودی، ۶۲ درصد از حمایت خانواده، ۶۵ درصد از حمایت دوستان، ۶۱ درصد از حمایت افراد مهم دیگر، و ۶۳ درصد از استحکام روانی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که واقعیت‌درمانی گروهی به طور معناداری منجربه افزایش سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ شده است.

جدول۲: مقایسه فراوانی اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه

متغیرها	سطوح	آزمایش تعداد (درصد)	گواه تعداد (درصد)	*مقدار P
دامنه سنی	۳۷ تا ۴۰	۳ (۱۶/۶)	۵ (۲۷/۷)	
	۴۱ تا ۴۵	۹ (۵۰)	۹ (۵۰)	۰/۲۰۹
	۴۶ تا ۵۱	۶ (۳۳/۴)	۴ (۲۲/۳)	
مدت زمان بیماری	۱ تا ۲	۸ (۴۴/۴)	۸ (۴۴/۴)	
	۳ تا ۴	۶ (۳۳/۴)	۷ (۳۸/۸)	۰/۳۳۹
	۵ به بالا	۴ (۲۲/۳)	۳ (۱۶/۶)	
تحصیلات	دیپلم	۳ (۱۶/۶)	۲ (۱۱/۱)	
	کارشناسی	۱۰ (۵۵/۶)	۱۱ (۶۱/۱)	۰/۱۸۷
	ارشد	۵ (۲۷/۸)	۵ (۲۷/۸)	
جنس	زن	۸ (۴۴/۴)	۷ (۳۸/۸)	۰/۳۱۵
	مرد	۱۰ (۵۵/۶)	۱۱ (۶۱/۱)	

*آزمون مجذور کای، P<۰/۰۵ اختلاف معنادار

جدول۳: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو- ویلک	سطح معناداری
سلامت مذهبی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۰/۳۸	۱/۴۷	۰/۱۰۸	۰/۰۵۹
		گواه	۳۹/۸۸	۱/۶۰	۰/۱۱۰	۰/۰۵۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۴/۴۵	۱/۴۶	۰/۰۹۶	۰/۰۶۳
		گواه	۳۹/۳۸	۱/۸۲	۰/۰۸۷	۰/۰۵۱
سلامت وجودی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۳/۳۸	۱/۴۰	۰/۰۹۵	۰/۰۶۲
		گواه	۴۲/۸۳	۱/۹۹	۰/۱۰۳	۰/۰۷۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۷/۳۸	۱/۰۹	۰/۱۱۴	۰/۰۸۳
		گواه	۴۱/۶۱	۱/۷۴	۰/۰۸۴	۰/۰۵۲

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

حمایت خانواده	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۱	۱/۳۳	۰/۱۰۲	۰/۰۶۷
		گواه	۱۴/۰۵	۱/۵۹	۰/۰۹۹	۰/۰۵۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۷/۶۱	۱/۸۲	۰/۱۱۲	۰/۰۸۱
		گواه	۱۳/۵۱	۱/۳۹	۰/۱۱۷	۰/۰۹۰
حمایت دوستان	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۶۱	۱/۴۸	۰/۱۰۸	۰/۰۵۳
		گواه	۱۶/۲۲	۱/۸۵	۰/۰۹۱	۰/۰۶۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۹/۶۶	۱/۷۴	۰/۱۱۵	۰/۰۷۹
		گواه	۱۵/۷۲	۱/۹۰	۰/۰۹۵	۰/۰۶۰
حمایت افراد مهم دیگر	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵/۶۶	۱/۵۵	۰/۰۹۷	۰/۰۵۱
		گواه	۱۵/۱۱	۱/۹۳	۰/۱۱۶	۰/۰۸۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۹/۰۱	۱/۴۸	۰/۰۸۹	۰/۰۶۱
		گواه	۱۴/۷۷	۱/۶۳	۰/۰۹۶	۰/۰۵۵
استحکام روانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۱/۴۵	۲/۶۵	۰/۰۹۴	۰/۰۵۴
		گواه	۴۱/۱۱	۲/۴۵	۰/۱۱۲	۰/۰۷۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۸۸	۲/۶۹	۰/۱۱۷	۰/۰۶۵
		گواه	۴۰/۷۲	۲/۱۱	۰/۰۹۲	۰/۰۶۴

جدول۴: نتایج تحلیل کواریانس بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی	سطح‌معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۷۴	۱۳/۱۵	۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۲۶	۱۳/۱۵	۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
آزمون اثر هتلینگ	۳/۴۳	۱۳/۱۵	۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۳	۱۳/۱۵	۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱

جدول۵: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر روی میانگین پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجموع میانگین	آماره F	معناداری	اندازه اثر
سلامت مذهبی	۱۸۰/۵۴	۱	۱۸۰/۵۴	۴۲/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
سلامت وجودی	۲۹۱/۲۶	۱	۲۹۱/۲۶	۶۱/۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۸
حمایت خانواده	۱۳۲/۷۱	۱	۱۳۲/۷۱	۴۵/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
حمایت دوستان	۱۲۲/۰۷	۱	۱۲۲/۰۷	۵۳/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
حمایت افراد مهم دیگر	۱۴۰/۵۹	۱	۱۴۰/۵۹	۴۳/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۱
استحکام روانی	۱۷۸/۸۱	۱	۱۷۸/۸۱	۴۸/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۳

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی واقعیت درمانی گروهی بر سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ انجام شد. پژوهش حاضر نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی توانست سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ را بهبود دهد. این رویکرد به بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با بیماری، معنا و هدف زندگی خود را بازنگری کنند(۲۳). همچنین جلسات گروهی فضایی برای تبادل تجربیات و نگرش‌های مختلف درباره زندگی و بیماری فراهم می‌کند و به بیماران امکان می‌دهد نگرانی‌های وجودی و چالش‌های ناشی از تهدید بیماری را بهتر مدیریت کرده و پاسخ‌های سازنده‌تری برای آن‌ها بیابند(۲۵).

افزون بر این، واقعیت‌درمانی گروهی با تأکید بر انتخاب آگاهانه و مسئولیت‌پذیری فردی، بیماران را به تقویت جنبه‌های معنوی زندگی و فاصله گرفتن از احساس ناتوانی تشویق می‌کند(۲۸). این فرایند می‌تواند در بیمارانی که با ناامیدی، افسردگی یا تجربه فقدان روبه‌رو هستند نقش بازسازی‌کننده داشته باشد و با تقویت احساس معنا و امید در زندگی، انگیزه ادامه درمان را افزایش دهد(۳۶).

یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی مطالعات پیشین که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی و معناگرا می‌توانند سلامت معنوی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را بهبود بخشند همسو است(۲۰، ۲۳). با این حال، برخی پژوهش‌ها نیز گزارش کرده‌اند که تأثیر این مداخلات بر سلامت معنوی ممکن است در همه بیماران یکسان نباشد و به عواملی مانند شرایط فردی، زمینه‌های فرهنگی یا نوع و مدت مداخله وابسته باشد(۲۹). به نظر می‌رسد اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی در این پژوهش به آن دلیل باشد که این رویکرد با ایجاد فضای تعامل و حمایت متقابل در گروه، به بیماران کمک می‌کند تا احساس تنهایی و درماندگی خود را کاهش دهند و با تمرکز بر انتخاب‌ها و مسئولیت‌های فردی، نگرش فعال‌تری نسبت به زندگی و بیماری اتخاذ کنند. چنین فرایندی می‌تواند زمینه تقویت احساس معنا، امید و پیوند با دیگران را فراهم سازد و در نهایت به بهبود سلامت معنوی بیماران منجر شود.

نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی توانست حمایت اجتماعی ادراک‌شده بیماران را به طور قابل توجهی افزایش دهد. جلسات گروهی فرصتی فراهم می‌کند تا بیماران با افرادی که شرایط مشابهی دارند ارتباط برقرار کنند و تجربه‌های عاطفی و عملی خود را به اشتراک بگذارند. این تعامل به کاهش احساس انزوا و تقویت حس تعلق و همدلی کمک می‌کند و بیماران درمی‌یابند که در مواجهه با بیماری تنها نیستند و منابع حمایتی در دسترس دارند(۲۴). افزون بر این، واقعیت‌درمانی گروهی می‌تواند مهارت‌های ارتباطی و اثربخشی بین‌فردی بیماران را تقویت کند. بیماران می‌آموزند چگونه نیازها و احساسات خود را به شکل مؤثرتری بیان کنند، از دیگران درخواست حمایت داشته باشند و در تعاملات خانوادگی و اجتماعی مشارکت فعال‌تری نشان دهند(۲۹).

چنین مهارت‌هایی به بهبود کیفیت روابط و افزایش ادراک حمایت اجتماعی منجر می‌شود و می‌تواند در کاهش استرس و اضطراب بیماران نقش داشته باشد(۳۳). در نهایت، افزایش حمایت اجتماعی ادراک‌شده ممکن است انگیزه بیماران برای

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

پیگیری درمان و مشارکت در مراقبت از خود را تقویت کرده و به سازگاری بهتر آن‌ها با شرایط بیماری کمک کند(۲۱).

یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی مطالعات پیشین که نشان داده‌اند مداخلات گروهی و رویکردهای مبتنی بر تعامل اجتماعی می‌توانند سطح حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را افزایش دهند همسو است(۲۴،۲۹). به نظر می‌رسد اثربخشی واقعیت درمانی گروهی در این پژوهش به آن دلیل باشد که این رویکرد با ایجاد فضای تعامل و مشارکت در گروه، امکان تبادل تجربه‌ها و دریافت بازخورد از دیگران را فراهم می‌کند. چنین فضایی می‌تواند احساس درک شدن و حمایت متقابل را در بیماران تقویت کرده و آن‌ها را به برقراری ارتباط مؤثرتر با اعضای خانواده، دوستان و اطرافیان ترغیب کند؛ فرایندی که در نهایت به افزایش ادراک حمایت اجتماعی منجر می‌شود.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ پس از شرکت در جلسات واقعیت درمانی گروهی بهبود یافت. این رویکرد با تأکید بر مسئولیت‌پذیری فردی، انتخاب‌های آگاهانه و تمرکز بر رفتارهای قابل کنترل، به بیماران کمک می‌کند توانایی مدیریت فشارهای هیجانی و استرس‌های ناشی از بیماری را افزایش دهند. در این فرایند بیماران می‌آموزند واکنش‌های خود را آگاهانه‌تر مدیریت کنند و از پاسخ‌های هیجانی و ناسازگار فاصله بگیرند(۳۶). همچنین تبادل تجربه‌ها در فضای گروهی و مشاهده شیوه‌های مقابله‌ای سایر بیماران می‌تواند احساس امید، انگیزه و اعتماد به نفس بیشتری برای مواجهه با چالش‌های درمان ایجاد کند(۲۵). در نتیجه، بیماران با تمرکز بر توانمندی‌ها و منابع درونی خود، احساس کنترل بیشتری بر شرایط زندگی پیدا می‌کنند و مهارت‌های مقابله‌ای آن‌ها تقویت می‌شود. تقویت استحکام روانی می‌تواند پیامدهایی مانند افزایش انگیزه برای ادامه درمان، کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی و خانوادگی را به همراه داشته باشد(۲۷). بر این اساس، واقعیت‌درمانی گروهی به عنوان یک مداخله روان‌شناختی می‌تواند در کاهش پیامدهای روانی بیماری و افزایش توان سازگاری بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ نقش داشته باشد(۲۲).

یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری، معناگرا و گروهی می‌توانند استحکام روانی یا تاب‌آوری بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را افزایش دهند. در پژوهش‌های انجام‌شده در مجلات داخلی نیز گزارش شده است که مداخلات گروهی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، بیماران قلبی و افراد مبتلا به دیابت می‌توانند به بهبود سازگاری روان‌شناختی، افزایش تاب‌آوری و تقویت توان مقابله با استرس‌های بیماری منجر شود(۴).

برای نمونه، نتایج برخی پژوهش‌های ایرانی نشان داده‌اند که مداخلات گروهی مبتنی بر واقعیت‌درمانی یا رویکردهای مشابه در بیماران مبتلا به سرطان پستان و بیماری‌های مزمن دیگر با افزایش توان مقابله‌ای، بهبود سازگاری روانی و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی همراه بوده است. با این حال، برخی مطالعات نیز نشان داده‌اند که میزان تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر شاخص‌هایی مانند استحکام روانی ممکن است به عواملی همچون شدت بیماری، ویژگی‌های شخصیتی بیماران،

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

حمایت خانوادگی و مدت زمان مداخله وابسته باشد و در همه گروه‌ها به یک اندازه مشاهده نشود(۱).با وجود نتایج مثبت حاصل از این مطالعه، برخی محدودیت‌ها باید در نظر گرفته شوند. این پژوهش در یک مرکز درمانی و حمایتی شهر تهران انجام شد و شرایط خاص این مرکز ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مراکز تأثیر گذارد. همچنین، پیگیری طولانی‌مدت پس از پایان مداخلات انجام نشد و اثرات پایدار واقعیت‌درمانی بر سلامت معنوی، حمایت اجتماعی و استحکام روانی بیماران در دوره‌های طولانی مشخص نیست. بر اساس این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثرات واقعیت‌درمانی گروهی را در مراکز مختلف و با پیگیری‌های طولانی‌مدت بررسی کنند و همچنین ترکیب این مداخلات با سایر روش‌های روان‌شناختی و حمایتی برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران مورد مطالعه قرار گیرد. علاوه بر این، توجه به متغیرهای فرهنگی و اجتماعی بیماران می‌تواند به درک بهتر تأثیر مداخلات روان‌شناختی کمک کند.

در مجموع، واقعیت‌درمانی گروهی به عنوان یک مداخله روان‌شناختی هدفمند، توانست سلامت معنوی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و استحکام روانی بیماران مبتلا به سرطان روده بزرگ را به طور همزمان بهبود بخشد. این درمان با تقویت مسئولیت‌پذیری، انتخاب آگاهانه و مهارت‌های مقابله‌ای، بیماران را قادر ساخت تا معنای تجربه بیماری را بازتعریف کرده، روابط اجتماعی خود را بهبود دهند و با تاب‌آوری روانی بالاتر، فشارهای هیجانی و استرس‌های ناشی از بیماری را مدیریت کنند.

یافته‌ها نشان می‌دهند که واقعیت‌درمانی گروهی فراتر از کاهش پیامدهای روانی و افزایش حمایت اجتماعی، به عنوان یک ابزار بازسازی و تقویت ظرفیت‌های درونی بیماران عمل می‌کند و مسیر رشد روانی، اجتماعی و معنوی آنان را همزمان تسهیل می‌نماید، به طوری که بیماران نه تنها با بیماری بهتر کنار می‌آیند، بلکه توانمندی و اعتماد به نفس لازم برای مشارکت فعال در مراقبت و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت خود را نیز پیدا می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

به منظور رعایت اصل رازداری، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل از پژوهش به‌صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت و کلیه اطلاعات فردی آنها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. اطلاعات این پژوهش با کد اخلاق IR.BMSU.BAQ.REC.1403.092 در کمیته اخلاق در پژوهش ثبت شده است.

سهم نویسندگان

در این پژوهش، تمامی نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش مقاله مشارکت داشته‌اند. فرزین باقری شیخانگفشه مسئول طراحی مطالعه، گردآوری داده‌ها و نگارش پیش‌نویس اولیه بوده است. ناهید رضایی در تحلیل داده‌ها و تفسیر نتایج مشارکت داشته است. مینا آذریان قورتلار در تدوین چارچوب نظری و بازبینی متون علمی همکاری کرده است. مریم پناهی در ویرایش نهایی و اصلاح ساختار نگارشی مقاله نقش داشته و علی فتحی آشتیانی در نظارت علمی بر فرایند پژوهش و تأیید نهایی نسخه ارسالی به نشریه مشارکت داشته است. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده‌اند.

حمایت مالی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

این پژوهش بدون دریافت هیچ‌گونه حمایت مالی از نهادها، سازمان‌ها یا مؤسسات پژوهشی انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع علمی، مالی، یا شخصی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی بیمارانی که با صبوری و دقت در این پژوهش شرکت کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. همچنین از مسئولان محترم که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، نهایت سپاسگزاری به عمل می‌آید.

References

1-Kazemi E, Zayeri F, Baghestani A & at al. Trends of colorectal cancer incidence, prevalence and mortality in worldwide from 1990 to 2017. Iranian Journal of Public Health. 2023;52(2):436.

2-Majano SB, Lyratzopoulos G, de Wit NJ & et al. Mental health morbidities and time to cancer diagnosis among adults with colon cancer in England. JAMA network open. 2022;5(10):e2238569.

3-Xia S. Effect of cognitive behavioral stress management on anxiety, depression, and quality of life in colorectal cancer patients post tumor resection: a randomized, controlled study. Irish Journal of Medical Science. 2023;192(4):1637-44.

4-Rahimi F, Rezayatmand R, Tabesh E & at al. Incidence of colorectal cancer in Iran: A systematic review and meta-analysis. Journal of Research in Medical Sciences. 2024;29(1):65.

5-Okere CA, Sak Dankosky N, Yerris V & et al. Spiritual interventions: Improving the lives of colorectal cancer survivors-A systematic literature review. Journal of Advanced Nursing. 2024;80(12):4758-76.

6-Cheng Q, Lu W, Duan Y & et al. Spiritual well-being and its association with hope and meaning in life among gastrointestinal cancer patients: a cross-sectional study. Supportive Care in Cancer. 2023;31(4):243.

7-Son J, Lee J, Hwang S & ae al. Exploring the spiritual detriments of the quality of life among patients with advanced cancers undergoing palliative chemotherapy. Cancer Research. 2026;86(7):1233.

8-Atlas M, Hart TL. Appraisals of cancer, religious/spiritual coping, and hope in patients with colorectal cancer. Journal of psychosocial oncology. 2023;41(3):337-54.

9-Jetan M, Daifallah A, Rabayaa MK & et al. The impact of spiritual well-being on the quality of

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

 CC BY-NC 4.0

life of cancer patients: A cross-sectional study. Integrative Cancer Therapies. 2023;22:15347354231210841.

10-Bou-Samra P, Scott P, Cheng H & et al. Social support is associated with survival in patients diagnosed with gastrointestinal cancer. Journal of gastrointestinal cancer. 2022;53(4):854-61.

11-Li Q, Liu L, Gu Z & et al. Sense of coherence mediates perceived social support and depressive and anxiety symptoms in cervical cancer patients: a cross-sectional study. BMC psychiatry. 2023;23(1):312.

12-Dun L, Xian-Yi W, Si-Ting H. Effects of cognitive training and social support on cancer-related fatigue and quality of life in colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Integrative cancer therapies. 2022;21:15347354221081271.

13-Pasek M, Goździalska A, Jochymek M & et al. Social support in a cancer patient-informal caregiver dyad: a scoping review. Cancers. 2023;15(6):1754.

14-Zou J, Jia H, Wang J & et al. Social isolation as a significant risk factor for depression in colorectal cancer patients post-colostomy: a cross-sectional study. Frontiers in Psychiatry. 2025;16:1588314.

15-Lin C, Diao YE, Dong Z & et al. The effect of attention and interpretation therapy on psychological resilience, cancer-related fatigue, and negative emotions of patients after colon cancer surgery. Annals of palliative medicine. 2020;9(5):3261270-3270.

16-Zou Y, Yang Q, Guan B & et al. Survey on mental health status and quality of life and correlation among patients with permanent stoma of colorectal tumor. Computational and mathematical methods in medicine. 2022;2022(1):5792312.

17-Yu H, Ryu E. The Role of Inner Strength in Korean Colorectal Cancer Survivors on the Journey from Treatment to New Normal: A Qualitative Study. Korean Journal of Adult Nursing. 2025;37(3):332-43.

18-Lin X, Zhang Y, Zhang R & et al. Post Surgery Loneliness and Its Influencing Factors in Elderly Patients With Breast Cancer: A Cross Sectional Study. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2025;31(5):e70177.

19-Luo D, Eicher M, White K. Resilience in adults with colorectal cancer: Refining a conceptual model using a descriptive qualitative approach. Journal of advanced nursing. 2023;79(1):254-68.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

 CC BY-NC 4.0

20-Dong J, Guo J. Effects of comprehensive noise reduction management combined with reality therapy on anxiety and depression in hospitalised patients with breast cancer. Noise and Health. 2023;25(119):211-9.

21-Chow H, Hon J, Chua W & et al. Effect of virtual reality therapy in reducing pain and anxiety for cancer-related medical procedures: a systematic narrative review. Journal of pain and symptom management. 2021;61(2):384-94.

22-Garrett BM, Tao G, Taverner T & et al. Patients perceptions of virtual reality therapy in the management of chronic cancer pain. Heliyon. 2020;6(5):e03916.

23-Chen Y, Meng H, Chen Q & et al. Virtual reality therapy in managing cancer pain in middle-aged and elderly: a systematic review and meta-analysis. PeerJ. 2024;12:e18701.

24-Li M, Yu Z, Li H & et al. Effects of Virtual Reality Therapy for Patients With Breast Cancer During Chemotherapy: Randomized Controlled Trial. JMIR Serious Games. 2024;12(1):e53825.

25-Biskupiak Z, Ha VV, Rohaj A & et al. Digital therapeutics for improving effectiveness of pharmaceutical drugs and biological products: preclinical and clinical studies supporting development of drug+ digital combination therapies for chronic diseases. Journal of clinical medicine. 2024;13(2):403.

26-Tian MY, Lee MH, Kim JH & et al. Effectiveness of Virtual Reality Therapy on Static Postural Control and Dynamic Balance in Stroke Patients: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression of Randomized Controlled Trials. Medicina. 2025;62(1):90.

27-Seiler A, Schettle M, Amann M & et al. Virtual reality therapy in palliative care: a case series. Journal of Palliative Care. 2026;41(1):19-27.

28-Chuan A, Hatty M, Shelley M & et al. Feasibility of virtual realitydelivered pain psychology therapy for cancer-related neuropathic pain: a pilot randomised controlled trial. Anaesthesia. 2023;78(4):449-57.

29-Li M, Yu Z, Li H & et al. Correction: Effects of Virtual Reality Therapy for Patients With Breast Cancer During Chemotherapy: Randomized Controlled Trial. JMIR Serious Games. 2024;12:e67718.

30-Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982; 224–237.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

 CC BY-NC 4.0

31-Dehshiri G, Sohrabi F, Jafari E & et al. Students assess the psychometric properties of the scale of spiritual well-being. Psychological writings. 2008;4(3):129-44.[Persian]

32-Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG & et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Journal of Personality Assessment. 1988; 52(1): 30–41.

33-Bagheri Sheykhangafshe F, Shabahang R, Savabi Niri V & et al. Employee Parenting Energy Correlations of Working Mothers: Perceived Social Support, Job Stress, and Perceived Discrimination. TB; 2022; 21 (1) :28-42.[Persian]

34-Sheard M, Golby J, Van Wersch A. Progress toward construct validation of the Sports Mental Toughness Questionnaire (SMTQ). European Journal of Psychological Assessment. 2009;25(3):186-93.

35-Sheykhangafshe FB, Abolghasemi A, Kafi Masouleh SM. Comparison Dark Triad Traits of Personality, Cognitive Decision-Making and Mental Toughness in Natural, Supplement and Steroid Bodybuilders. Sport Psychology Studies, 2019; 8(29): 19-38.[Persian]

36-Glasser W. Choice theory: A new psychology of personal freedom. New York: Harper Perennial; 1999.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i5.21979]

 CC BY-NC 4.0