

## مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و زندگی درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان

تخمدان

### Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and life therapy on rumination in women with ovarian cancer

**Samira Shakerian**

PhD student in Psychology, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Dr. Ramazan Hasanzadeh**

Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

**Dr. Asghar Norouzi\***

Assistant Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

[asg.norouzi@iaui.ir](mailto:asg.norouzi@iaui.ir)

سمیرا شاکریان

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

دکتر رمضان حسن‌زاده

استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

دکتر اصغر نوروزی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

#### Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and life therapy on rumination in women with ovarian cancer. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population included women with ovarian cancer referred to a cancer specialist clinic in Sari in 2025. 45 people were selected using a non-random sampling method and were randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). Data collection was performed using the Rumination Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Dialectical behavior therapy based on the Linehan model protocol and life therapy based on the Hassanzadeh protocol were implemented in groups for eight 90-minute sessions each. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that the rumination scores of both intervention groups decreased significantly compared to the control group in the pre-test, post-test and follow-up stages ( $P < 0.05$ ); the findings also showed that there was a significant difference in the reduction of rumination between the two intervention groups in the post-test and follow-up stages ( $P < 0.05$ ); in fact, dialectical behavior therapy had a greater effect on reducing rumination compared to life therapy. Overall, it can be concluded that both dialectical behavior therapy and life therapy were effective in reducing rumination; but the effect of dialectical behavior therapy was greater compared to life therapy.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy, Life Therapy, Rumination, Ovarian Cancer.

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و زندگی درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصص سرطان در شهر ساری در سال ۱۴۰۴ بودند. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS؛ نولن-هوکسما و مارو، ۱۹۹۳) انجام شد. رفتار درمانی دیالکتیک بر پروتکل الگوی لینهان و زندگی درمانی بر اساس پروتکل حسن‌زاده هر یک به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شدند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که نمرات نشخوار فکری هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری داشته است ( $P < 0.05$ )؛ همچنین یافته‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه مداخله در کاهش نشخوار فکری تفاوت معنادار وجود داشت ( $P < 0.05$ )؛ در واقع رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با زندگی درمانی تأثیر بیشتر بر کاهش نشخوار فکری داشته است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک و زندگی درمانی هر دو بر کاهش نشخوار فکری مؤثر بوده‌اند؛ اما تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با زندگی درمانی بیشتر بوده است.

**واژه‌های کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیک، زندگی درمانی، نشخوار فکری، سرطان تخمدان.

سرطان تخمدان یک بیماری بدخیم و پیشرونده است که در آن سلول‌های سرطانی در تخمدان‌ها رشد می‌کنند و عملکرد زندگی روزمره را مختل می‌سازد (چومهایلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). فراتر از علائم جسمی، تشخیص و درمان سرطان تخمدان عمیقاً بر سلامت روان و کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد؛ مطالعات نشان می‌دهد که زنان مبتلا به سرطان تخمدان حداقل سه برابر بیشتر از جمعیت عمومی از افسردگی، اضطراب و اختلالات سازگاری رنج می‌برند (جانستون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). بسیاری از آنها دچار پریشانی مداوم، اختلال خواب، درد و مشکل در انجام فعالیت‌های روزانه می‌شوند و بیش از ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند که این بیماری کیفیت زندگی آنها را مختل کرده است (ژو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که میزان اضطراب در طول و بعد از درمان افزایش می‌یابد و تقریباً دو سوم بیماران احساس استرس و پریشانی روانشناختی بالایی را گزارش می‌کنند که می‌تواند بر افزایش شدت علائم بیماری و عود آن تأثیر بگذارد (موکشاگوندام<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۴).

افسردگی، اضطراب، نگرانی مداوم، احساس گناه، گوشه‌گیری اجتماعی و علائم روان‌تنی، مشکلات خواب و گریه غیرقابل کنترل از نشانگان روانشناختی رایج در بین مبتلایان به سرطان تخمدان است (وانگ<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۵). این علائم اغلب به صورت افکار منفی غیرقابل توقف و نگرانی‌های مداوم در مورد عود سرطان، مرگ و از دست دادن عملکرد جسمی بروز می‌کنند که در قالب نشخوار فکری تعریف می‌شوند (هیل و واتکینز<sup>۶</sup>، ۲۰۱۷). نشخوار فکری، یک فرآیند شناختی کلیدی در این بیماران، شامل تمرکز تکراری و منفعل بر افکار پریشان‌کننده مرتبط با بیماری آنها است که می‌تواند باعث شکل‌گیری نشانگان افسردگی و اضطراب شود (بداوی و انگرام<sup>۷</sup>، ۲۰۲۵). تعامل بین نشخوار فکری و علائم روانشناختی نشان می‌دهد که نشخوار فکری، وضعیت بهداشت روان را مختل می‌کند؛ از این رو اجرای مداخلات روانشناختی به منظور کاهش پاسخ‌های نشخواری نقش مهمی در بهبود و ارتقاء سلامت این بیماران دارد.

بر اساس پژوهش‌های پیشین رفتار درمانی دیالکتیک یک مداخله کارآمد در بهبود نشخوار فکری است (وکیلی و همکاران، ۱۴۰۳؛ طاهری دقیانی و همکاران، ۲۰۱۹؛ جانکز<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۴). رفتار درمانی دیالکتیک شامل مهارت‌های است که به بیماران کمک می‌کند تا افکار خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و درگیری خودکار در تفکر منفی تکرار شونده که از ویژگی‌های نشخوار فکری است را کاهش می‌دهد (رحمانیان و همکاران، ۱۴۰۳). تحقیقات نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیک با آموزش بیماران برای قطع چرخه‌های فکری معیوب و جایگزینی آنها با استراتژی‌های مقابله‌ای سازگارتر، نشخوار فکری را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد و تاب‌آوری روانشناختی را بهبود می‌بخشد (شیرینی ناژوانی و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات همچنین نشان می‌دهد که رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند خوداندقتی و تکانشگری، عواملی که اغلب نشخوار فکری را تقویت می‌کنند، کاهش دهد و در نتیجه چرخه الگوهای فکری منفی را بشکند (کریمی امام وردیخان و همکاران، ۱۴۰۳). کریمی امام وردیخان و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهشی نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس موقتی که ۱۰ جلسه رفتاردرمانی دیالکتیک را به صورت گروهی دریافت کردند در مقایسه با گروه کنترل تکانشگری و نشخوار فکری کمتری در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون گزارش کردند.

از سوی دیگر، زندگی درمانی نیز با تجهیز بیماران مزمن به ابزارهای روانشناختی برای مدیریت بهتر استرس و سازگاری با چالش‌های مداوم سلامتی، نقش حیاتی در افزایش سلامت روانشناختی آنها ایفا می‌کند (صادق پور و همکاران، ۱۴۰۴؛ بیک زاده اسکوئی و همکاران، ۱۴۰۴). زندگی درمانی با کمک به افراد برای روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف هدفمند و تفسیر مجدد تجربیات استرس‌زا در یک چارچوب زندگی معنادار، باعث ارتقاء سلامت روان افراد می‌شود (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲). مطالعات نشان داده‌اند که افزایش معنا در زندگی و خوداندیشی مثبت، تمایلات افسردگی و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد (محمدیان امیری، ۲۰۲۴). این مدل درمانی با ادغام بازسازی شناختی با کاوش وجودی، تمرکز مکرر بر شکست‌ها و دردها را کاهش می‌دهد و مقابله فعالانه را گسترش می‌دهد (صیادفرد و همکاران، ۲۰۲۴). صادق پور و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهشی نشان دادند که زندگی درمانی در مقایسه با درمان هیجان مدار به‌طور معنادار تأثیر بیشتر بر افزایش پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب در مرحله پیگیری داشته است. همچنین بیک زاده اسکوئی

1 Chomhail  
2 Johnston  
3 Zhao  
4 Mokshagundam  
5 Wang  
6 Hill & Watkins  
7 Badawi & Ingram  
8 Junkes

و همکاران (۱۴۰۴) در پژوهش دیگری نشان دادند که زندگی درمانی نسبت به آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به‌طور معنادار تا مرحله پیگیری دارای اثربخشی بیشتری بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است؛ در واقع زندگی درمانی نسبت به آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری تأثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته است. مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و زندگی‌درمانی بر نشخوار فکری از اهمیت بالایی برخوردار است، زیرا هر دو درمان، نشخوار فکری را از طریق مداخلات متمایز مورد بررسی قرار می‌دهند؛ رفتاردرمانی دیالکتیک در درجه اول با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل‌پیشانی و تنظیم هیجان، اختلال در تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهد که با افزایش توانایی فرد در مشاهده افکار بدون قضاوت و مدیریت هیجانات شدید بدون غرق شدن، به‌طور مستقیم نشخوار فکری را کاهش می‌دهد. این رویکرد همچنین تکانشگری و خودانتقادی را کاهش می‌دهد و حلقه‌های بازخورد منفی که نشخوار فکری را حفظ می‌کنند، مختل می‌کند (کریمی امام وردیخان و همکاران، ۱۴۰۳). در مقابل، زندگی‌درمانی بر کمک به افراد در ایجاد معنا، خودپنداره مثبت و مهارت‌های حل مسئله سازگارانه تمرکز دارد که تغییر از تفکر منفی انتزاعی و تکراری به شناخت‌سازنده‌تر و هدفمندتر را تسهیل می‌کند (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲).

در مجموع، انجام این پژوهش از نظر کاربرد نتایج در زنان مبتلا به سرطان تخمدان از اهمیت و ضرورت برخوردار است. بیماران مبتلا به سرطان تخمدان اغلب پریشانی روانشناختی شدیدی را تجربه می‌کنند که بر سلامت روان و کیفیت زندگی آنها تأثیر منفی می‌گذارد (جانستون و همکاران، ۲۰۲۴). درک اینکه کدام مداخلات مؤثرتر است می‌تواند در تعیین خط مقدم روان‌درمانی برای این گروه حساس مؤثر باشد و به متخصصان و سیاست‌گذاران در تدوین برنامه‌های درمانی این بیماران کمک کند. همچنین نکته قابل توجه دیگر که ضرورت انجام اینگونه از پژوهش‌ها را برجسته می‌سازد؛ حلاء پژوهشی مشاهده شده در بررسی مطالعات پیشین است؛ که در هیچ یک از آنها به مقایسه این دو مداخله روانشناختی بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به سرطان تخمدان نپرداخته‌اند. بر این اساس این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و زندگی‌درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان انجام شد.

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصص سرطان در شهر ساری در سال ۱۴۰۴ بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از کلینیک فوق تخصص سرطان در شهر ساری انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش (اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم سابقه اختلالات روانشناختی، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل، وجود سلامت جسمانی در حد انجام آزمون همچون نداشتن مشکل بینایی، شنوایی و عملکرد دست، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، دارا بودن حداقل سواد سیکل عدم نیاز به جراحی یا شیمی‌درمانی) با استفاده از یک مصاحبه بالینی ساختار یافته توسط پژوهشگر انجام شد. معیارهای خروج هم عبارتند از: شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان؛ نیاز به بستری، جراحی و شیمی‌درمانی، فوت کردن در طول جلسات درمان، مهاجرت و نقل مکان و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اطلاعات هویتی آنها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت‌نامه آگاهانه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پرورپوزال این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.047 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت درمان گروهی قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و پس از گذشت سه ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

### ابزار سنجش

**مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS):**<sup>۱</sup> این مقیاس توسط نولن- هوکسما و مارو<sup>۲</sup> (۱۹۹۳) طراحی و اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۲۲ سوال و بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای که از هرگز (۱) تا اغلب اوقات (۴) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و نمرات بیشتر نشان دهنده نشخوار فکری بیشتر است. نمرات در مقیاس پاسخ‌های نشخواری همبستگی قوی (I=۰/۶۲) با نمره افسردگی بر اساس (پرسشنامه افسردگی بک) داشت که نشان دهنده روایی همگرا است؛ همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش شده است (لی و کیم<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). همچنین در نمونه ایرانی روایی همگرا با پرسشنامه افسردگی بک (I=۰/۷۹) و همسانی دورنی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است (چگینی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

**مداخله رفتار درمانی دیالکتیک:** رفتار درمانی دیالکتیک بر اساس الگوی لینهان<sup>۴</sup> (۱۹۸۷) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی اجرا شد؛ همچنین قبلاً این پروتکل در ایران توسط شهبازی مقدم و همکاران (۱۴۰۴) اجرا شده است. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات ارائه شده است. خلاصه محتوا در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد کردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کار گروه، رازداری، حضور مرتب جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات خانوادگی.
دوم	آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزاء آن و تاثیراتش که شامل هیجان چطور عمل می‌کند، آسیب پذیری در برابر تجربه‌های هیجانی منفی، واکنشی بودن، زمان رسیدن به تعادل.
سوم	آموزش تکنیک پذیرش خود و همسر که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در روابط است.
چهارم	آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زبانبار می‌شود.
پنجم	آموزش تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی سازی مجدد، شرطی سازی با جعبه و آلبوم است.
ششم	آموزش تکنیک فعال سازی مجدد روابط که شامل راه‌های مختلف با هم بودن، موقعیت‌های دارای تعارض، موقعیت‌های لذت بخش می‌شود.
هفتم	آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم انگاری خواسته‌ها، بیش انگاری خواسته‌ها می‌شود.
هشتم	آموزش تکنیک مدیریت مسائل و راه حل‌های گفتگو کردن که شامل مدیریت مساله در مقابل حل مساله، تعیین مسئله، تجزیه و تحلیل مسئله می‌شود.

**زندگی درمانی:** این درمان در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل حسن‌زاده (۱۴۰۰) به صورت گروهی ارائه شد؛ همچنین این پروتکل در پژوهش صادق پور و همکاران (۱۴۰۴) استفاده شده است. در جدول ۲ خلاصه جلسات زندگی درمانی ارائه شده است.

1 Ruminative Response Scale (RRS)

2 Nolen-Hoeksema & Morrow

3 Lee & Kim

4 Linehan

### جدول ۲: خلاصه جلسات زندگی درمانی

جلسات	محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه لازم است، ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارایه تکلیف در زمینه تدوین قطب‌نمای یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
سوم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیررفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور، ارایه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
چهارم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق برای زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق برای زندگی در سلامت روانی افراد، بحث و گفتگو در مورد الفبای زندگی، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
پنجم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث و گفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد امید به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
ششم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی، بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
هفتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت‌اندیشی و فضا سازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
هشتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی مطالب جلسات قبلی، ارایه بازخورد به اعضای گروه و قدردانی از حضورشان، و اجرای پس‌آزمون

### یافته‌ها

در مطالعه حاضر، در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ( $48/21 \pm 9/77$ )، رفتار درمانی دیالکتیک ( $44/25 \pm 10/25$ ) و زندگی درمانی ( $46/73 \pm 9/11$ ) بود. میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا به بیماری گروه کنترل ( $6/1 \pm 11/18$ ) و زندگی درمانی ( $5/57 \pm 1/32$ ) و زندگی درمانی ( $5/47 \pm 1/43$ ) تقریباً مشابه بود. از نظر تحصیلات در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰ درصد) سیکل و دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی یا کارشناسی ارشد بودند؛ در گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) سیکل و دیپلم و ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) کارشناسی یا کارشناسی ارشد بودند؛ همچنین در گروه زندگی درمانی ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) سیکل و دیپلم و ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) کارشناسی یا کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت اشتغال در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) شاغل و ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) غیر شاغل بودند؛ در گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۱۲ نفر (۸۰ درصد) شاغل و ۳ نفر (۲۰ درصد) غیر شاغل بودند؛ همچنین در گروه زندگی درمانی ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) شاغل و ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) غیر شاغل بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر نشخوار فکری و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

### جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر نشخوار فکری به تفکیک گروه‌ها

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	آماره	شاپیرو ویلک
پیش‌آزمون	زندگی درمانی	۶۰/۸۴	۶/۳۳	۰/۹۴	۰/۳۴
پیش‌آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۶۱/۳۷	۹/۹۸	۰/۹۷	۰/۸۶
	کنترل	۶۱/۳۰	۹/۴۴	۰/۸۸	۰/۰۵
پس‌آزمون	زندگی درمانی	۴۶/۲۷	۵/۴۱	۰/۹۴	۰/۳۶
	رفتار درمانی دیالکتیک	۳۶/۷۷	۷/۹۴	۰/۹۰	۰/۰۸

## Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and life therapy on rumination in women with ovarian cancer

۰/۲۵	۰/۹۳	۸/۳۰	۶۱/۰۷	کنترل
۰/۱۱	۰/۹۱	۷/۵۵	۴۵/۹۴	زندگی درمانی
۰/۱۱	۰/۹۰	۵/۳۸	۳۶/۳۲	رفتار درمانی دیالکتیک
۰/۲۶	۰/۹۳	۱۰/۳۵	۶۰/۵۸	کنترل

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات پیش‌آزمون نشخوار فکری در دو گروه آزمایش (زندگی درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک) و کنترل تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون میانگین نمرات نشخوار فکری گروه آزمایش (زندگی درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک) به مراتب متفاوت از میانگین نمرات گروه کنترل بوده و در گروه‌های آزمایش روند کاهشی داشته است؛ همچنین این مقادیر در مرحله پیگیری در دو گروه آزمایش (زندگی درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک) و گروه کنترل تقریباً ثابت بوده است. نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال است ( $P > 0.05$ )؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر نشخوار فکری به تفکیک مراحل سنجش ( $F = 0.076, P = 0.47$ ) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است ( $M = 18/43; F = 1/37; P > 0.05$ ). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر نشخوار فکری ( $W = 0.096, P = 0.46$ ) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص  $F$  در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر نشخوار فکری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار $F$	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
	اثر پیلاپی	۰/۶۸	۴۳/۸۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۸	۱
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۴۳/۸۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۸	۱
	اثر هتلینگ	۲/۱۳	۴۳/۸۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۸	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۲/۱۳	۴۳/۸۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۶۸	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان ( $F = 43/81, P = 0.01$ )، اثر پیلاپی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای نشخوار فکری در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار $F$	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
نشخوار فکری	زمان	۵۳۴۷/۷۹	۲	۲۶۷۳/۸۹	۴۳/۹۷	۰/۰۱	۰/۵۱	۱
	زمان*گروه	۲۹۹۳/۸۱	۴	۷۸۴/۴۵	۱۲/۳۱	۰/۰۱	۰/۳۷	۱
	خطا	۵۱۰۸/۱۸	۸۴	۶۰/۸۲				
	بین گروه‌هی	۵۹۸۳/۱۰	۲	۲۹۹۱/۵۵	۲۹/۲۱	۰/۰۱	۰/۵۸	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر نشخوار فکری ( $\eta^2=0/58$ ,  $F=29/21$ ,  $P=0/01$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر نشخوار فکری

مراحل سنجش	زندگی درمانی		رفتار درمانی دیالکتیک		کنترل	
	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	۱۴/۵۷	۰/۰۱	۲۴/۶۰	۰/۰۱	۰/۲۳	۱/۰۰
پیش‌آزمون پیگیری	۱۴/۹۰	۰/۰۱	۲۵/۰۵	۰/۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
پس‌آزمون پیگیری	۰/۳۳	۱/۰۰	۰/۴۵	۱/۰۰	۰/۴۹	۱/۰۰
مقایسه بین گروهی	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
رفتار درمانی دیالکتیک * کنترل	۱۶/۱۶	۰/۰۱	۹/۹۶	۰/۰۱	۶/۲۰	۰/۰۱
رفتار درمانی دیالکتیک * زندگی درمانی						

نتایج جدول فوق‌گویی این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P>0/05$ )، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد ( $P<0/05$ )؛ اما بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت که نشان‌دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پس‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع می‌توان گفت که هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث کاهش نشخوار فکری شده‌اند. نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های رفتار درمانی دیالکتیک و کنترل ( $P=0/01$ ) تفاوت معناداری وجود داشت؛ همچنین بین گروه‌های زندگی درمانی و کنترل ( $P=0/01$ ) تفاوت معنادار وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش نشخوار فکری تا مرحله پیگیری داشته است؛ اما بین دو گروه مداخله رفتار درمانی دیالکتیک و زندگی درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0/01$ ) در واقع رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به زندگی درمانی تاثیر معنادار بیشتری بر کاهش نشخوار فکری در طول زمان داشته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و زندگی درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان بود. یافته اول نشان داد که رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان داشته است. در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که اثربخشی این درمان را بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان مورد آزمون قرار دهد؛ اما در مطالعات پیشین نشان داده شده است که رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش نشخوار فکری سایر بیماران و افراد مبتلا به سایر اختلالات روانشناختی موثر بوده است؛ بر این اساس این یافته با پژوهش‌های وکیلی و همکاران (۱۴۰۳)، طاهری دقیانی و همکاران (۲۰۱۹) و جانکز و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین می‌توان بیان کرد که این درمان در کاهش نشخوار فکری مؤثر است زیرا مستقیماً مکانیسم‌های اساسی ایجاد تفکر منفی تکرار شونده را هدف قرار می‌دهد؛ این درمان مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی را به افراد آموزش می‌دهد که با بهبود پاسخ‌های به‌هنجار به احساسات ناراحت‌کننده، به قطع الگوهای نشخوار فکری کمک می‌کند (شیرینی نازوانی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین این مداخله از طریق تمرین ذهن‌آگاهی، آگاهی از افکار نشخواری را افزایش می‌دهد و به اعضای گروه اجازه می‌دهد تا آنها را بدون قضاوت مشاهده کنند، نه اینکه درگیر آنها شوند (وکیلی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین رفتار درمانی دیالکتیک با افزایش ظرفیت پذیرش، سرسختی در برابر احساسات دشوار را که اغلب باعث تداوم نشخوار فکری می‌شود، کاهش می‌دهد؛ این درمان همچنین انعطاف‌پذیری شناختی و حل مسئله سازگاران را ایجاد می‌کند و به جای تفکر تکراری، فعال‌سازی رفتاری را گسترش می‌دهد (کریمی امام وردیخان و همکاران، ۱۴۰۳).

یافته دوم نشان داد که زندگی درمانی در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معناداری بر کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان داشته است. در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که اثربخشی این درمان را بر نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان و سایر گروه‌ها مورد آزمون قرار دهد؛ اما در مطالعات پیشین نشان داده شده است که زندگی درمانی بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (بیک زاده اسکویی و همکاران، ۱۴۰۴)، اشتیاق، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲) موثر بوده است؛ بنابراین مقایسه همسویی یا عدم همسویی این یافته با پژوهش‌های قبلی دارای محدودیت است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که زندگی درمانی با توانمندسازی بیماران مزمن برای ایفای نقش‌های فعال در سلامت خود، پاسخ‌های سازگاران به استرس مزمن را تقویت می‌کند (حسن‌زاده، ۱۴۰۰)؛ در نتیجه با بهبود مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌محور بیماران کمتر درگیر نشخوار فکری می‌شوند و بهتر می‌توانند با موقعیت‌های چالش برانگیز مقابله کنند. همچنین زندگی درمانی با تمرکز بر حوزه‌های معنادار زندگی می‌تواند نقش موثری بر ادراک افراد از زندگی و تفسیر رویدادهای آن داشته باشد؛ زمانی که افراد بتوانند تجارب و اتفاقات زندگی خود را معنا بخشند، می‌توانند با گشودگی و پذیرش بالاتری با آن‌ها ارتباط برقرار کنند و در نتیجه کمتر درگیر نشخوار و عواطف منفی می‌شوند (صادق پور و همکاران، ۱۴۰۴).

یافته سوم نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه به زندگی درمانی؛ تاثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری داشته است؛ در بررسی مطالعات پیشین پژوهشی یافت نشد که این دو مداخله را مورد مقایسه قرار داده باشد؛ بر این اساس مقایسه نتایج با محدودیت همراه است. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه استنباط نمود که رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با زندگی درمانی تأثیر قوی‌تری بر کاهش نشخوار فکری دارد، زیرا مستقیماً مکانیسم‌های شناختی-هیجانی را که تفکر منفی تکرار شونده را تقویت می‌کنند، هدف قرار می‌دهد. رفتار درمانی دیالکتیک مهارت‌های ذهن‌آگاهی را آموزش می‌دهد که چرخه خودکار افکار مزاحمی را که نشخوار فکری را تقویت می‌کنند، قطع می‌کند (کریمی امام وردیخان و همکاران، ۱۴۰۳). رفتار درمانی دیالکتیک با بهبود تحمل پریشانی و تنظیم هیجان به افراد کمک می‌کند تا هیجانات دشوار را شناسایی، برجسب‌گذاری و تعدیل کنند، نه اینکه بیش از حد به آنها فکر کنند و در نتیجه نشخوار فکری کمتری تجربه می‌کنند (طاهری دقیانی و همکاران، ۲۰۱۹). رفتار درمانی دیالکتیک همچنین از تکنیک‌های رفتاری ساختاریافته مانند عمل متضاد، تحلیل زنجیره‌ای و تمرین مهارت‌های تنظیم هیجان استفاده می‌کند که همگی اجتناب تجربه‌ای، درگیری بیش از حد شناختی و واکنش‌پذیری عاطفی را کاهش می‌دهند و در نتیجه افراد کمتر درگیر نشخوار فکری می‌شوند (دقیانی و همکاران، ۲۰۱۹). در مقابل، زندگی درمانی در درجه اول بر معناسازی، شفاف‌سازی ارزش‌ها و ایجاد زندگی هدفمند تمرکز دارد. اگرچه برای افزایش رضایت از زندگی و کاهش پریشانی روانشناختی مفید است، اما فرآیندهای شناختی-عاطفی (مانند تثبیت توجه، اختلال در تنظیم هیجان و اجتناب تجربی) که نشخوار فکری را حفظ می‌کنند، به طور مستقیم اصلاح نمی‌کند (حسن‌زاده، ۱۴۰۰).

از مجموع یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک و زندگی درمانی هر دو نقش موثری بر کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان داشته است؛ اما رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با زندگی درمانی تاثیر بیشتری داشته است. نتایج این مطالعه دلالت بر این دارد که مداخله رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با زندگی درمانی، برای کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان تخمدان مناسب‌تر و کارآمدتر است.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از زنان مبتلا به سرطان تخمدان شهر ساری به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که مشابه عنوان پژوهش حاضر باشد، بر این اساس بررسی همسویی و ناهمسویی یافته‌ها با پیشینه پژوهش با محدودیت همراه است؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به این موضوع پرداخته شود. همچنین در این مطالعه ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن کنترل نشده است؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. در زمینه کاربردی اجرای رفتار درمانی دیالکتیک و سپس زندگی درمانی به منظور کاهش نشخوار فکری این بیماران پیشنهاد می‌شود.

## منابع

بیک زاده اسکویی، ع، نوروزی، الف، و میرزائیان، ب. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی زندگی درمانی و آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۶)، ۱۵۱-۱۶۰. <http://frooyesh.ir/article-1-6377-fa.html>

- چگینی، الف. ع.، جعفری، س.، نظری، و. و چگینی، الف. (۱۴۰۳). اثربخشی بسته آموزش گروهی سازش یافتگی زنان بعد از رویداد طلاق بر بهزیستی ذهنی و نشخوار فکری زنان مطلقه. *رویش روان‌شناسی*، ۱۳ (۸)، ۲۴۱-۲۵۰. <http://frooyesh.ir/article-1-5333-fa.html>
- حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). *روان‌شناسی زندگی (زندگی درمانی)*. تهران: انتشارات ویرایش.
- حسن‌زاده، ر. و طالبی، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفیت زندگی در زنان نابارور. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی در مشاوره*، ۶ (۱)، ۳۸-۱۹. [https://www.jarci.ir/article\\_705015.html](https://www.jarci.ir/article_705015.html)
- رحمانیان، م.، کردمیرزا نیکوزاده، ع. الف.، عبدالحسینی، الف.، آگاه هریس، م. و شهامت، ن. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر تحمل پریشانی، باورهای غیرمنطقی، نشخوار خشم در مبتلایان وسواس فکری عملی. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱۵ (۵۵)، ۴۸-۶۲. <https://doi.org/10.22054/jcps.2025.79751.3049>
- شهبازی مقدم، م.، جعفری، د. و بهرامی، م. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر خودانتقادی نوجوانان بدسرپرست. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۶)، ۱۷۱-۱۸۰. <http://frooyesh.ir/article-1-6273-fa.html>
- صادق پور، م.، میرزائیان، ب. و نوروزی، الف. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و زندگی درمانی بر پایبندی به درمان در بیماران عروق کرونری قلب با نشانگان اضطراب. *رویش روان‌شناسی*، ۱۴ (۵)، ۱۴۱-۱۵۰. <http://frooyesh.ir/article-1-6281-fa.html>
- عاشوری، الف.، حسن زاده، ر. و محمود جانلو، م. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی زندگی درمانی با واقعیت درمانی بر اشتیاق به زندگی، و سلامت معنوی بیماران مبتلا به ام اس. *مجله مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۷ (۶۸)، ۵۵۹-۵۳۵. <https://civilica.com/doc/2195011>
- کریمی امام وردیخان، ش.، حسن زاده، ر. و عمادیان، س. ع. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر تکانشگری و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس موکنی. *فصلنامه طب مکمل*، ۱۴ (۴)، ۷۵-۸۳. <http://cmja.arakmu.ac.ir/article-1-1007-fa.html>
- وکیلی، م.، باقرزاده گلمکانی، ز. و بلقان آبادی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خودسرزنشگری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به پرخوری. *مجله علوم روانشناختی*، ۳۳ (۱۴۰)، ۲۱۷-۱۹۹. <http://psychologicalscience.ir/article-1-2342-fa.html>
- Badawi, J. C., & Ingram, R. E. (2025). Co-rumination and depression: A systematic review and future directions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 44(1), 29-59. <https://doi.org/10.1521/jscp.2025.44.1.002>
- Chomhail, C. N. G., Ward, J., & Dowling, M. (2024). Fear of recurrence in women with ovarian cancer: A qualitative evidence synthesis. *European Journal of Oncology Nursing*, 68, 102487. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102487>
- Hill, E. M., & Watkins, K. (2017). Women with ovarian cancer: examining the role of social support and rumination in posttraumatic growth, psychological distress, and psychological well-being. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 24(1), 47-58. <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9482-7>
- Johnston, E. A., Veenhuizen, S. G., Ibiebele, T. I., Webb, P. M., van der Pols, J. C., & OPAL Study Group. (2024). Mental health and diet quality after primary treatment for ovarian cancer. *Nutrition & Dietetics*, 81(2), 215-227. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12861>
- Junkes, L., Gherman, B. R., Appolinario, J. C., & Nardi, A. E. (2024). Dialectical Behavior Therapy as an intervention for Treatment Resistant Depression in adults: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 19(5), e0303967. <https://econpapers.repec.org/article/plopon00/0303967.htm>
- Lee, S., & Kim, W. (2014). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the revised Korean version of ruminative response scale. *Psychiatry Investigation*, 11(1), 59. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3942553/>
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders*, 1(4), 328-333. <https://psycnet.apa.org/record/1990-10352-001>
- Mohammadian Amiri, A., Hassanzadeh, R., & Heydari, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Life Therapy on Emotion Regulation and Attitudes Towards Eating in Women with Obesity. *Health Nexus*, 2(2), 68-76. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.8>
- Mokshagundam, S., McGree, M. E., Tapia, A. L., Fought, A. J., Ishitani, K. P., Lee, M. K., ... & Kumar, A. (2024). Physical and psychological distress amongst patients undergoing neoadjuvant chemotherapy for advanced ovarian cancer. *Gynecologic oncology*, 190, 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2024.08.024>
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & emotion*, 7(6), 561-570. <https://doi.org/10.1080/02699939308409206>
- Sayadifard, R., Atashpour, S. H., & Yousefi, Z. (2024). Comparison of the Effectiveness of Quality of Life Therapy, Positive Psychotherapy, and Compassion Therapy on Anger Management in Abused Women. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 5(3), 32-41. [https://iase-ijeas.com/article\\_202184.html](https://iase-ijeas.com/article_202184.html)
- Shirani Nazhvani, M., Khayatan, F., & Farhadi, H. (2025). The Effectiveness of Resilient Dialectical Behavior Therapy and Dialectical Behavior Therapy on Coping Strategies and Resilience in Women Experiencing Marital Burnout. *Women's Health Bulletin*, 12(1), 10-20. <https://doi.org/10.30476/whb.2024.103918.1312>
- Taheri Daghiyan, A., Qasemi Motlagh, M., & Mehdian, H. (2019). The effectiveness of dialectical behavior therapy on anxiety and rumination in depressed patients. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 62, 264-274. [https://mjms.mums.ac.ir/article\\_14535\\_en.html](https://mjms.mums.ac.ir/article_14535_en.html)
- Wang, G., Zhou, Q., & Ou, M. (2025). A qualitative study on rumination in young and middle-aged ovarian cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 33(7), 618. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-025-09677-2>

## Comparing the effectiveness of dialectical behavior therapy and life therapy on rumination in women with ovarian cancer

Zhao, J., Zhu, D., Yang, Y., Tian, C., Liu, C., Chang, F., & Han, T. (2025). Understanding the effectiveness of an online support group in enhancing recovery identity and health-related quality of life of middle-aged and older ovarian cancer patients: A randomized controlled trial. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, & Policy*, 17(S1), S196-S205. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40569778/>