رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۸، شماره پیاپی ۶۵، آبان ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(8), 2021

مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان

Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Logotherapy on Death Anxiety in Females with Breast Cancer

زیبا کیارسی
دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
دکتر سیده علیا عمادیان (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاداسلامی، ساری، ایران.
دکتر رمضان حسن‌زاده
استاد، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Ziba Kiarasi
PhD student, Department of Pychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Dr. Seyedeh Olia Emadian*
Assistant Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
emadiyan.olya1970@gmail.com
Dr. Ramazan Hassanzadeh
Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری مطالعه، شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در بهار ۱۳۹۸ به بیمارستان آراد شهر تهران مراجعه کرده بودند و دارای پرونده پزشکی بودند. از بین آن‌ها ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در یک گروه در انتظار درمان و دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش اول و دوم هر یک به ترتیب درمان متمرکز بر شفقت (طی ۸ جلسه) و معنادرمانی (طی ۸ جلسه) دریافت کردند و گروه در انتظار درمان آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب مرگ DAS (تمپلر، ۱۹۷۰) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار $SPSS_{21}$ انجام گرفت. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ ($F=۹۶/۵۵$ و $p=۰/۰۰۲$) شده است. همچنین، معنادرمانی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ ($F=۱۰۸/۸۵$ و $p=۰/۰۰۰۵$) شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که معنادرمانی ($F=۶۵/۹۱$ و $p<۰/۰۵$) تاثیر بیشتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از معنادرمانی جهت کاهش اضطراب مرگ به صورت موثرتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: *درمان متمرکز بر شفقت، معنادرمانی، اضطراب مرگ، سرطان پستان.*

Abstract
The purpose of this study was to compare the effectiveness of Compassion-Focused therapy and Logotherapy on Death Anxiety in Females with Breast Cancer. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of the study included all females with breast cancer who were referred to Arad hospital and had a medical record in spring 2020. Among them, 45 females were selected by purposive sampling and randomly replaced in a control group (waiting for treatment) and two experimental groups (15 people in each group). The subjects of the first and second experimental groups received Compassion-Focused therapy (during 8 sessions) and Logotherapy (during 8 sessions), respectively. the control group (waiting for treatment) did not receive any intervention. For data collection, the Interpersonal Death Anxiety DAS (Templer, 1970) was used. Data were analyzed by analysis of covariance and LSD in $SPSS_{21}$. The results showed that Compassion-Focused therapy significantly decreased Death Anxiety ($F=96.55$, $p=0.002$). Also, Logotherapy significantly decreased Death Anxiety ($F=108.85$, $p=0.0005$). The results also showed that Logotherapy has a greater effect on Death Anxiety ($F = 65.91$ and $p <0.05$) than Compassion-Focused therapy. According to the results of the present study, Logotherapy can be used to decrease Death Anxiety more effectively than Compassion-Focused therapy in females with Breast Cancer.

Keywords: *Compassion-Focused therapy, Logotherapy, Death Anxiety, Breast Cancer*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۰** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : آبان ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

مقدمه

سرطان،[1] شامل گروهی از بیماری‌هایی است که به وسیله رشد کنترل نشده و گسترش غیرطبیعی سلول‌ها مشخص می‌شود (انجمن سرطان امریکا،[2] ۲۰۱۵؛ برانون، فایست و آپدگراف،[3] ۲۰۱۴). بسیاری از متخصصان متعتقدند که سرطان یک بیماری درمان‌ناپذیر است (حسنی و امام‌وردی، ۱۳۹۶)، به اعتقاد سایر متخصصان نیز عدم کنترل و درمان این بیماری می‌تواند منجر به مرگ شود و به بیانی سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر است. به طوری که پژوهشگران سرطان را جزء سه علت اصلی مرگ بر شمردند (محمدکریمی و شریعت‌نیا، ۱۳۹۶). درمان سرطان بسیار پرهزینه بوده و روز به روز در حال افزایش است. لذا سرطان موجب نگرانی بسیاری از افراد درگیر با سرطان شده است (هانتر و همکاران،[4] ۲۰۱۰). از بین تمامی سرطان‌ها، سرطان پستان[5] سومین سرطان شایع جهان بوده و به عنوان شایعترین سرطان در میان زنان و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است (باوادی، پور شریفی و لطفی کاشانی، ۱۳۹۴). این نوع از سرطان می‌تواند در اثر عوامل متعددی مانند سن، جنس، نژاد، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی، یائسگی دیررس، بارداری در سنین بالا، داشتن سابقه فامیلی در سرطان پستان و یا تخمدان و نیز برخورد با اشعه یونیزان به وجود آید(غریبی اصل، سودانی و غفاری، ۱۳۹۵). عوارض فروان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان پستان و بستری شدن در بیمارستان، تاثیر گوناگونی بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده اش دارد (امانی و همکاران، ۲۰۱۷). وضع ظاهری اکثر بیماران به دلیل ریزش مو و یا از دست دادن یک عضو تغییر می‌کند (سالاری راد، قربانی و باقری، ۱۳۹۴). همچنین، این بیماری عملکرد جنسی و عزت نفس فرد مبتلا را آسیب می‌رساند (دسوزا[6] و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از شایع‌ترین مشکلاتی که بیماران سرطانی حتی پس از پایان دوره درمان با آن مواجه هستند، نگرانی در مورد سلامت روان و هراس از مرگ است که از نظر روانشناسان هستی نگر از رنج آورترین مشکلات روانی و پایین آورنده کیفیت زندگی به شمار می رود (شرمن[7] و همکاران، ۲۰۱۰). پایان‌پذیری مرگ یک واقعیت انکارناپذیر در زندگی انسان است. انسان گر چه نمی‌داند چگونه و چه موقع می‌میرد، ولی می‌داند حتما خواهد مرد (خالق‌خواه، میرمهدی و عباسیان، ۱۳۹۸). در این میان، اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ و به صورت افکار و احساسات منفی، ترس از پایان زندگی همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن و یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهد، تعریف می شود (شرمن و همکاران، ۲۰۱۰). در بررسی شیوع اضطراب مرگ، نتایج پژوهش صالحی و همکاران (۱۳۹۴) که بر روی ۴۸ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمانشاه انجام دادند نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان از اضطراب مرگ بالایی برخوردار هستند که در این میان افرادی که دارای تحصیلات پایین، میانسال و وضعیت اقتصادی ضعیف‌تری بودند، اضطراب مرگ بالاتری داشتند (صالحی و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش سهیل و اکرم (۲۰۱۰) نشان داد اضطراب مرگ بیشتر در بین زنان، افرادی با عقاید مذهبی و معنوی کمتر و افراد مسن دیده می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که اضطراب مرگ با جنسیت، سن و مذهب رابطه دارد (سهیلی و اکرم، ۲۰۱۰).

در این بین، شفقت به خود می‌تواند بسیار سازنده واقع شود. به عبارتی دیگر، شفقت به خود، همان مهربانی و مراقبتی که فرد نسبت به دیگران دارد، باید نسبت به خود نیز داشته باشد (پیرخائفی و صالحی، ۱۳۹۲). افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند، کمتر دچار آسیب‌های روانی می‌شوند (سیمارد و ساوارد،[8] ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (هادیان و جبل عاملی، ۱۳۹۸). خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت[9] می‌تواند بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان سودمند باشد (خلعتبری، همتی ثابت و محمدی، ۱۳۹۷). قنواتی

1 Cancer
2 American Cancer Society (ACS)
3 Brannon, Feist & Updegraff
4 Hunter
5 Breast Cancer
6 Dsouza
7 Sherman
8 Simard & Savard
9 Compassion-Focused therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

و همکاران (۱۳۹۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است (قنواتی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین یافته‌های پژوهشی دیگر در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی (هادی قنوات، ۱۳۹۸؛ سیدجعفری، ۱۳۹۸؛ شیرالی نیا و همکاران، ۱۳۹۷)، افزایش میزان خوش‌بینی (قدم‌پور و منصوری، ۱۳۹۷)، بر تاب‌آوری و امید به زندگی (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۹)، برتنظیم شناختی هیجان (یزدانبخش و همکاران، ۱۳۹۹) بر نشخوار فکری (هادیان و جبل عاملی، ۱۳۹۸) بر سلامت روان (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷)، بر امید به زندگی (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۸) و بر اضطراب مرگ (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹) تایید شده است.

از دیگر درمان‌های سودمند در این زمینه می‌توان از معنادرمانی[1] نام برد؛ که توسط ویکتور امیل فرانکل[2] در سال ۱۹۸۵ بنیان گذاشته شده است. معنادرمانی سومین مکتب روان درمانی اتریشی بعد از مکتب روان تحلیل‌گری زیگموند فروید و مکتب روان شناسی فردی آلفرد آدلر می‌باشد. فرانکل برخلاف فروید که به غریزه جنسی و آدلر که به قدرت‌طلبی انسان‌ها تاکید می‌ورزیدند، مرکز ثقل نظریه خود را بر معناجویی انسان‌ها قرار داد. معنادرمانی رویکردی است که فرد را در یافتن معنای زندگی یاری می‌دهد. براساس این رویکرد، اختلالات روانی حاصل فقدان معنا و مقصود در زندگی و احساس تهی بودن است (پروچسکا و نورکراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۹). معنادرمانی بر معنی هستی انسان و جستجوی او برای رسیدن به این معنی تاکید دارد. بر این اساس، تلاش برای یافتن معنا در زندگی، اساسی‌ترین نیروی محرکه‌ی هر فرد در دوران زندگی اوست (فرانکل، ۲۰۰۴). این احساس معنا در راستای تحقق سه نوع ارزش حاصل می‌شود که عبارتند از: اول) ارزش‌های خلاق، آنچه که فرد به جهان می‌دهد، دوم) ارزش‌های تجربی، آنچه که فرد از جهان دریافت می‌کند، و سوم) ارزش‌های نگرشی، توانایی تغییر نگرش انسان نسبت به شرایط غیرقابل تغییر هستند (اسپینگ،[3] ۲۰۱۳). در راستای پیشینه پژوهش، تحقیقات متعددی دیده می شود که حاصل اثربخشی رویکرد معنادرمانی بر متغیرهای مختلف روانشناختی در جوامع مختلف است. از جمله آن‌ها می‌توان به اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی (کیارسی و همکاران، ۱۴۰۰؛ ممشلی و آلوستانی، ۱۳۹۸؛ حاجی عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶؛ گل‌محمدیان، نظری و پروانه، ۱۳۹۵؛ ولایی و زالی‌پور، ۱۳۹۴؛ قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱)، بر اضطراب (پارپایی و کاکابرائی، ۱۳۹۷؛ محبت‌بهار و همکاران، ۱۳۹۲)، بر عزت نفس و بهزیستی روانشناختی (امانی، احمدی و حمیدی، ۱۳۹۷)، بر تاب‌آوری (فروزنده، مامی و امانی، ۱۳۹۹؛ پناه علی و زنجانی، ۱۳۹۸؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸)، بر میزان شادکامی و احساس تنهایی (فرهنگی، ۱۳۹۹) بر خودانگاره و افسردگی (سویانتی، کلیات و دایلیما[4]، ۲۰۱۸)، بر افسردگی پس از زایمان (السانتی و آپریانی،[5] ۲۰۱۹)، و بر استرس پس از سانحه (سوجیارتی و ارلانگا،[6] ۲۰۱۸) اشاره نمود.

اگرچه تاکنون در رابطه با متغیر اضطراب مرگ در جوامع گوناگون و با روش‌های درمانی متفاوت کار شده است، لیکن با وجود اهمیت اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان و همچنین پژوهش‌های پیشین پیرامون اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت و معنادرمانی؛ وجود اضطراب مرگ در بیماران سرطانی اغلب به میزان اندکی کنترل می‌شود و پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی این درمان‌ها در متغیرهای مدنظر پژوهش حاضر همچنان نیاز به تکمیل دارد. در عین حال، مقایسه اثربخشی این درمان‌ها تلویحات نظری و کاربردی مهمی به همراه خواهد داشت، ضمن اینکه تاکنون هیچ مقایسه‌ای بین دو درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ صورت نگرفته است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر در مراکز درمانی بسیار پرکاربرد است. یافتن تفاوت در زمینه اثربخشی بسیار حائز اهمیت است و می‌تواند ضمن یافتن اثربخشی درمان موثرتر نسبت به درمان دیگر پژوهش، به متخصصان حوزه بهداشت روان کمک کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش

1 Logo therapy
2 Victor Emil Frankl
3 Esping
4 *Daulima* & Suyanti
5 Elsanti & Apriani
6 Sugiarti & Erlangga

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود.جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان آراد شهر تهران بود که در سه ماهه اول سال ۱۳۹۸ مراجعه نمودند و ابتلای آن‌ها به سرطان پستان بر اساس نظر پزشک متخصص تائید شده بود. همچنین مبتلایان، دارای پرونده پزشکی و مراجعات مکرر جهت درمان به بیمارستان آراد بودند. با توجه به افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش نشان دادند، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد و به شیوه تصادفی، به روش قرعه کشی با استفاده از شماره پرونده آن‌ها، در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت مونث، محدوده سنی بین ۲۰ الی ۴۵ سال و کسب رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در جلسات درمانی بود.از جمله ملاک‌های خروج نیز عدم تمایل شرکت در ادامه جلسات درمانی، عدم استفاده از داروهای درمانی خود در طول دوره، قرار گرفتن همزمان تحت آموزش و یا درمان دیگر، در طول دوره بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. همچنین در پایان پژوهش، باتوجه به سودمند بودن معنادرمانی، این مداخله نیز برای اعضای گروه در انتظار درمان اجرا شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب مرگ (DAS)[1]: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها به مرگ را می سنجد. پاسخ به هر یک از آیتم‌ها به صورت پنج درجه‌ای از کاملا مخالفم (۰) تا کاملا موافقم (۴) می‌باشد. در سوالات ۲، ۳، ۵، ۶، ۷ و ۱۵ که سوالات معکوس پرسشنامه هستند، پاسخ به هر یک از آیتم‌ها به صورت پنج درجه‌ای از کاملا مخالفم (۴) تا کاملا موافقم (۰) در نظر گرفته شده است. بدین ترتیب نمره‌های این مقیاس می‌تواند از ۰ تا ۱۵ متغیر باشد که نمره بالاتر از ۸ معرف اضطراب زیاد افراد در مورد مرگ است. ساینو و کلاین[2](۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده است، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی همزمان آن براساس همبستگی با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (ساینو و کلاین، ۱۹۹۶). رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) در ایران پایایی و روایی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و براین اساس ضریب پایایی دو نیمه کردن را ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. روایی مقیاس اضطراب مرگ از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ضریب ۰/۰۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ و ضریب ۰/۳۴ برای همبستگی بین مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار بود (رجبی و بحرانی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه اضطراب مرگ ۰/۶۹ به دست آمد.

روش اجرا

گروه مداخله شفقت درمانی در کنار دریافت مراقبت‌های روتین، در معرض شفقت درمانی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و گروه مداخله معنادرمانی نیز در کنار مراقبت‌های روتین، در معرض معنادرمانی در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه قرار گرفتند. اما اعضای گروه در انتظار درمان هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و مراقبت‌های روتین خود را ادامه دادند. قبل و بعد از مداخله هر دو گروه آزمایش و در انتظار درمان به پرسشنامه اضطراب مرگ پاسخ دادند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز تحلیل کوواریانس تک متغیره و آزمون تعقیبی LSD از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه بیست و یکم استفاده شد.

جدول ۱. برنامه مداخله‌ای معنادرمانی (فرانکل،۱۹۸۶)

جلسه	محتوی جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معارفه، توضیح قوانین، آشنایی با معنادرمانی.
دوم	باور و پذیرش خویشتن و شناخت ویژگی‌های خویش، توجه به آزادی انسان

1Death Anxiety Scale
2Saggino & Kline

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

سوم	آگاهی از مسئولیت پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت
چهارم	شناخت عوامل ایجاد کننده اضطراب و راههای مقابله با آن، شناخت اضطراب وجودیارائه تکلیف.
	صحبت درباره جنبه های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنا ارائه تکلیف.
پنجم	بررسی معنای رنج، ارائه تکلیف.
	شناخت ارزشهای خلاق، ارائه تکلیف.
ششم	شناخت ارزشهای تجربیارائه تکلیف.
هفتم	شناخت ارزشهای نگرشی، ارائه تکلیف
هشتم	خلاصه و جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون

جدول۲.برنامه مداخله‌ای درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت،۲۰۰۹)

جلسه	مراحل	محتوی جلسه
اول	آشنایی با اهداف گروه	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معارفه، توضیح قوانین،بیان نقش عوامل روانشناختی مثبت در بیماری سرطان ، معرفی درمان مبتنی بر شفقت
دوم	آموزش کیفیت زندگی و شادکامی	بررسی نقش کیفیت زندگی در بهزیستی ذهنی، شادکامی و سلامت روان، راههای موفقیت در دستیابی به امیدواری و شادکامی
سوم	آموزش نقش اهداف و ارزشها	آشنایی با اهداف، ارزشها و زندگی معنوی، فلسفه زندگی، تمرین هدف یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، مدل شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی ، دریافت بازخورد.
چهارم	تغییر نگرش	استفاده از گام تغییر نگرش بر پایه اصول شناخت درمانی، آموزش تکنیک تفکر در رفتار، آموزش تکنیک آشنایی با رفتارهای پرخطر، دریافت بازخورد
	تغییر اهداف	آموزش راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها، دریافت بازخورد.
پنجم	آموزش خود شفقت ورزی	آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، دریافت بازخورد
	آموزش خوش‌بینی	آموزش اصول مهم خوش‌بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت گزینی، اصل تنفس آرامش بخش و احساس راحتی و چشم چوشی کردن و بخشش یا اصل کنارگزاردن و به تعویق انداختن، پذیرفتن و یا فراموش کردن.
ششم	آموزش همدلی	آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر... دریافت بازخورد.
هفتم	آموزش کاهش ترس	به کارگیری تکنیک های کاهش ترس و مواجهه با ترسهای روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش‌سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر و ارائه بازخورد
	آموزش مراقبه	آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد.
هشتم	آموزش خودالقایی	ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودالقایی مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر برای بیماران سرطان و ارائه بازخورد.
	خلاصه و مرور	مرور و خاتمه تکنیکهای درمانی مبتنی بر شفقت، اجرای پس‌آزمون

یافته ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

میانگین (و انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش شفقت درمانی ۳۳/۰۰ (۷/۵۴)، در گروه آزمایش معنادرمانی ۳۴/۴۶ (۷/۴۱) و در گروه در انتظار درمان ۳۵/۶ (۵/۶۷) بود. تعداد ۲۴ نفر معادل ۵۳/۳ درصد دارای تحصیلات لیسانس و تعداد ۲۱ نفر معادل ۴۶/۷ درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. تعداد ۱۱ نفر معادل ۲۴/۴ درصد مجرد و تعداد ۳۴ نفر معادل ۷۵/۶ درصد متاهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی متغیر اضطراب مرگ به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

	گروه شفقت درمانی	گروه معنادرمانی	گروه در انتظار درمان
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پیش‌آزمون	۶/۵۳ (۲/۰۹)	۷/۵۳ (۱/۶۴)	۷/۰۶ (۱/۲)
پس‌آزمون	۳/۰۰ (۰/۷۵)	۳/۱۳ (۱/۱۲)	۶/۵ (۱/۱)

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر اضطراب مرگ در هر دو روش درمانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است.

جهت ارزیابی آموزش‌های شفقت درمانی و معنادرمانی بر متغیر پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید. تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت مجموعه‌ای از پیش‌فرض‌هاست. جهت آزمودن یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و پیش‌فرض یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها تایید شد (F=۰/۳۸۱، p=۰/۶۸۵). جهت آزمودن نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد و نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود. در این آزمون، مقدار F در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه شفقت درمانی به ترتیب برابر با ۰/۹۰۳ و ۰/۹۷۰ و سطح معناداری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۱۰۶ و ۰/۸۵۳ بود. همچنین مقدار F در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه معنادرمانی به ترتیب برابر با ۰/۹۳۶ و ۰/۹۷۱ و سطح معناداری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۳۳۴ و ۰/۸۸۶ بود و در نهایت مقدار F در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل به ترتیب برابر با ۰/۹۶۱ و ۰/۹۳۸ و سطح معناداری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۰/۷۱۶ دو ۰/۳۵۸ بود. جهت همگن بودن شیب خط رگرسیون نیز از آزمون رگرسیون استفاده شد و در گروه شفقت درمانی مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۲۰۴، ۰/۷۵۲ و ۰/۴۶۵ بود. در گروه معنادرمانی مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۴۳۲، ۱/۷۲ و ۰/۱۰۸ بود و در نهایت در گروه کنترل مقدار بتای استاندارد شده، مقدار F و سطح معناداری به ترتیب برابر با ۰/۶۶۹، ۳/۲۴ و ۰/۰۶ بود. با توجه به تایید کلیه پیش‌فرض‌های مورد نظر تحلیل کوواریانس تک‌متغیره می‌توان از این آزمون جهت فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد.

پیش از بررسی مؤثرترین روش درمانی، ابتدا به بررسی اثربخش بودن هر یک از دو روش درمانی بر متغیر اضطراب مرگ پرداخته شد. نتایج در جدول ۴ حاکی از اثربخش بودن هر دو درمان بر متغیرهای پژوهش بود.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به تفکیک روش‌های درمانی بر متغیر اضطراب مرگ

گروه	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری	ضریب تاثیر
شفقت درمانی	گروه	۸۸/۱۴۹	۱	۹۶/۵۵	۰/۰۰۰۲	۰/۷۸۱
	خطا	۲۲/۸۱	۲۶			
	کل	۱۱۹/۳۶	۲۹			
معنادرمانی	گروه	۹۵/۰۹	۱	۱۰۸/۸۵	۰/۰۰۰۵	۰/۸۰۱
	خطا	۲۳/۵۸	۲۷			
	کل	۱۲۲/۱۶	۲۹			

با توجه به اثربخش بودن هر یک از روش‌های درمانی بر متغیر اضطراب مرگ (p<۰/۰۵)، به بررسی تفاوت بین دو درمان با استفاده از آزمون آنکوا پرداخته شد که نتایج گویای وجود تفاوت در هر یک از متغیرهای پژوهش بود. نتایج برای متغیر اضطراب مرگ F=۶۵/۹۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

و p=۰/۰۰۰۱ بود. برای تعیین اینکه کدام یک از روش‌ها بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده که نتیجه آن در جدول ۵نشان داده شده است.

جدول۵: مقایسه زوجی اثرات مداخلات شفقت درمانی و معنادرمانی بر اضطراب مرگ

متغیر	مقایسه بین گروه‌ها		تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
اضطراب مرگ	شفقت درمانی	معنادرمانی	۰/۰۹	۰/۳۵۹	۰/۷۹۴
	شفقت درمانی	در انتظار درمان	-۳/۴۱*	۰/۳۵۱	۰/۰۰۰۳
	معنادرمانی	در انتظار درمان	-۳/۵۰*	۰/۳۵۰	۰/۰۰۰۱

نتایج حاصل از جدول ۵ بیانگر آن است که در متغیر اضطراب مرگ میان نمرات گروه در انتظار درمان با هر یک از دو گروه آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۵). از طرفی با توجه به اینکه تفاوت میانگین در گروه معنادرمانی (-۳/۵۰) بیشتر از شفقت درمانی(-۳/۳۱) است، لذا معنادرمانی با اندکی تفاوت نسبت به روش شفقت درمانی توانست بر کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذارتر باشد

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی بر اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی به طور معناداری باعث کاهش اضطراب مرگ می‌شوند. مقایسه درمان ها نیز نشان داد که معنادرمانی موثرتر از درمان متمرکز بر شفقت بوده است. تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر اضطراب مرگ با یافته‌های بهاروندی و همکاران (۱۳۹۹)، هادی قنوات (۱۳۹۸)، سیدجعفری (۱۳۹۸)، شیرالی‌نیا و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. تاثیر معنادرمانی بر اضطراب مرگ با یافته‌های کیارسی و همکاران (۱۴۰۰)، مهشلی و آلوستانی (۱۳۹۸)، حاجی عزیزی و همکاران (۱۳۹۶)، امیرلو و نادری (۱۳۹۶)، گل‌محمدیان و همکاران (۱۳۹۵)، ولایی و زالی‌پور (۱۳۹۴)، و قربانعلی‌پور و اسماعیلی (۱۳۹۱) همسو است.

پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. دور از ذهن نخواهد بود که افرادی که دارای شفقت ورزی هستند، در برابر رویارویی با افکار مربوط به مرگ با فناپذیری و پذیرش این جبر و محدودیت (مرگ) با خود به مهربانی و ملاطفت رفتار نمایند، خود را همانند دیگران دانسته و به جای نشخوار فکری و غرق شدن در افکار مرگ، با ذهن آگاهی بیشتری به این پدیده نگریسته و در نتیجه اضطراب مرگ کمتری را از خود بروز دهند. همچنین ممکن است توجه به مرگ و افزایش اضطراب مرگ سبب افزایش دلسوزی و شفقت در انسان‌ها نسبت به خود شده و ممکن است این عامل سبب افزایش شفقت به خود شده و اضطراب مرگ کمتری را تجربه کنند. این دیالوگ مرگ و مهربانی نسبت به خویش توسط نظریه‌پردازان وجودی از قبیل یالوم (۱۹۹۳) نیز مطرح شده است (شریفی و همکاران، ۱۳۹۸). از طرف دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرینات درمان مبتنی بر شفقت استناد نمود. در این تمرینات بر تن‌آرامی، ذهن آرام و مشفق و ذهن آگاهی تاکید می‌شود، که می‌تواند نقش بسزایی در آرامش فرد و کاهش اضطراب مرگ داشته باشد. درمان مبتنی بر شفقت مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرآیندهای تفکر منفی، با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند همچنین در درمان مبتنی بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آنها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشد (نف[1] ۲۰۱۳). افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر ارزیابی می‌کنند، برخود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین عکس‌العمل‌ها و واکنش‌هایشان در برابر مشکلات‌شان بیشتر بر مبنای واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خود-دفاعی و نه به سمت خود انتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود (سعیدی و همکاران، ۱۳۹۲). در مجموع

[1] Neff

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

باید گفت شفقت درمانی در بین زنان مبتلا به سرطان باعث مهربانی و شفقت نسبت به سختی‌ها، رنج‌ها و تجربیات تلخ بیماری شده و با خود مهربان‌تر شده و کمتر خود را سرزنش می‌کنند. افکار منفی را کاهش داده که این خود موجب کاهش اضطراب مرگ در آن‌ها می‌گردد.

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد معنادرمانی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. معناجویی به زندگی مفهوم واقعی می‌بخشد. از این رو گذرا بودن و انتقال زندگی از معنای آن نمی‌کاهد و آن چه که اهمیت بسیار دارد، شیوه و نگرش فرد نسبت به رنج است و همچنین شیوه‌ای که این رنج را تحمل می‌کند. به همین دلیل انسان‌ها درد و رنجی را که معنا و هدفی دارد با میل تحمل می‌کنند. فرجام‌پذیری و گذرا بودن نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی انسان است، بلکه عمل واقعی با معنی بودن آن نیز به شمار می‌رود. روش معنادرمانی فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگر چه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی را تغییر دهد، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مقابله با آنهارا تغییر دهد و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد. به همین دلیل، آن فرد بر محوری که بین دو قطب شکوفایی و نومیدی کشیده شده است، از ناامیدی که از مظاهر بی‌معنایی زندگی است، به سمت شکوفایی که از طریق معنی صورت می‌گیرد حرکت می‌کند (ولایی و زالی‌پور، ۱۳۹۴). همچنین معنادرمانی به مراجعان در یافتن هدف یا اهدافی برای زندگی خود کمک می‌کند. داشتن هدف از طریق احیای ارزش‌های خلاق، در سایه کار، خدمت به دیگران یا احیای ارزش‌های تجربی و احیای ارزش‌های گرایشی در بیمار، زندگی را بامعنا می‌کند. در این حالت فرد برای رسیدن به هدف و منظوری که برگزیده است مدام در تلاش است. این تکاپو به زندگی او نشاط و شادی می‌بخشد و احساس یاس و بیهودگی را در او از بین می‌برد. همچنین احساس شایستگی برای او به وجود آورده و هستی او را بامعنا می‌کند. در این راه درمانگر توجه مراجع یا بیمار را نسبت به وظایفی که در قبال زندگی دارد جلب کرده و احساس مسئولیت وی را در به انجام رساندن آن وظایف بیدار می‌نماید (قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). در نهایت دیگر دلایل اثربخشی معنادرمانی را می‌توان کمک به مددجویان در مقابله با واقعیت مرگ دانست. آگاهی از مرگ به افراد این فرصت را می‌دهد تا از کمبودهای زندگی آگاه باشد و با شرکت در جلسات گروهی و تبادل افکار و ایده‌ها و یافتن معنا در زندگی، این آگاهی را به دست آورند که زندگی همیشه معنادار است و در هر شرایطی می‌توانیم معنا پیدا کنیم (عراقیان و بکائیان، ۱۳۹۷). معنادرمانی گروهی می‌تواند باعث ارتقای سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان که مشکلات جدی در معنای زندگی دارند، شود. در واقع معنادرمانی باعث گردیده بود تا اضطراب و تلاطم‌های ناشی از سرطان که عمدتا نیز مبتنی بر مرگ و نیستی است، در گروه بیماران آزمایش کاهش پیدا کرده و آنها از آرامش بیشتری برخوردار شوند.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از برتری اثربخشی معنادرمانی نسبت به درمان متمرکز بر شفقت در کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. در زمینه مقایسه این دو روش درمانی بر اضطراب مرگ تاکنون پژوهشی صورت نگرفته بود. گرچه هر دو درمان توانستند بعد از انجام مداخله، اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش دهند، لیکن معنادرمانی توانست با اندکی تفاوت نسبت به درمان متمرکز بر شفقت، اثرپذیری بیشتری بر کاهش اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بگذارد. شاید بتوان دلیل برتری اثربخشی معنادرمانی را نسبت به شفقت درمانی در کمک به مراجعان در رویارویی با واقعیت مرگ بیان کرد. آگاهی از مرگ، حس مسئولیت‌پذیری افراد را نسبت به زندگی افزایش می‌دهد. نتیجه این که افراد با آگاهی از موضوع مرگ خود، تمام تلاش‌شان را در قبال مسئولیتی که در ازای تمام لحظات زندگی دارند، به کار می‌گیرند. همچنین آگاهی از مرگ غیرقابل گریز شوقمندی در رویارویی با فعالیت‌های مخاطره برانگیز را افزایش می‌دهد. آگاهی از مرگ غیرقابل گریز به مراجعان این فرصت را می‌بخشد تا با آگاهی از تقص‌ها باز هم شجاعانه زندگی کنند (قربانعلی‌پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱). در نهایت، زنان مبتلا به سرطان پستان با شرکت در جلسات معنادرمانی و تبادل افکار و عقاید و یافتن معنایی برای آنچه که تا به این روز بر آن‌ها گذشته است، خواه درد و بیماری و خواه مصیبت و فقدان، این توانایی و آگاهی را کسب می‌کنند که زندگی همواره دارای معناست و می‌توان در هر پیشامدی معنا و هدفی یافت. شرکت در بیماران در جلسات گروهی معنادرمانی، تجسم مرگ و پرداختن به احساسات خود نسبت به مرگ در گروه باعث می‌شود که انسان به زندگی با اندیشه‌ای نوین و دید دیگری بنگرد (گل محمدیان و همکاران، ۱۳۹۵)، تا آن‌جا که در پژوهشی بیان شده که نگرش فرد به مرگ بر شیوه برخورد وی نسبت به آمادگی برای مرگ که شرایط استرس‌زایی است، تاثیرگذار است (ون لارهوون[1] و همکاران، ۲۰۱۱). در پایان، افراد باید این واقعیت را بپذیرند که علی‌الرغم اینکه آنها نمی‌توانند برخی از واقایع زندگی خود را تغییر دهند، اما می‌توانند مهارت‌هایی را برای پذیرش تجربیات دردناک کسب کنند که می‌توانند به عنوان هدایای زندگی شناخته شوند. اگر آنها معنای زندگی را پیدا کردند، می‌توانند

1 Van Laarhoven

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

تجربیات دردناک را تغییر دهند. در نتیجه در نظر گرفتن مداخله روانشناختی به عنوان مراقبت روزمره برای کنترل نگرانی‌ها و اضطراب لازم است (ممشلی و آلوستانی، ۱۳۹۸).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از معنادرمانی جهت کاهش اضطراب مرگ به صورت موثرتری نسبت به درمان متمرکز بر شفقت در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند افراد مبتلا به سرطان پستان در بیمارستان آراد تهران، روش نمونه‌گیری که به صورت در دسترس انجام شد، حجم کم نمونه و نیز عدم در نظر گرفتن مدت ابتلا و شدت بیماری در هر شرکت کننده، عدم بررسی مشکلات روانشناختی شرکت کننده‌ها اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از حجم نمونه بیشتری با درنظر گرفتن مدت ابتلا به سرطان پستان و نیز شدت بیماری در هر شرکت‌کننده و در نهایت بررسی سایر مشکلات روانشناختی شرکت‌کننده‌ها در نظر گرفته شود. همچنین در صورت امکان، جلسات پیگیری مرتبا انجام گردد تا مشخص شود آیا درمان روان‌شناختی بر روی افراد مبتلا به سرطان، اثرخود را حفظ کرده‌اند یا خیر.

تقدیر و تشکر: نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همچنین از عوامل بیمارستان آراد شهر تهران که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی عمومی در گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. همچنین این مطالعه دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.134 از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است.

منابع

امانی، ا.، احمدی، س.، و حمیدی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی، بر عزت نفس و بهزیستی روانشناختی دانشجویان دختر دارای نشانگان ضربه عشق. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۴(۳)، ۷۱-۸۶.

امیرلو، ا.، و نادری، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش معنادرمانی بر تصویر ذهنی از خدا، اضطراب مرگ و دینداری در دانش‌آموزان متوسطه دوم شهر اهواز، فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱(۶۷)، ۱-۱۱.

باوادی، ب.، پور شریفی، ح.، لطفی کا شانی، ف. (۱۳۹۴). اثر بخ شی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۸ (۴)،۵۱-۴۱.

بهاروندی، ب.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشـــیدی، ه. (۱۳۹۹). اثربخشـــی درمان مبتنی بر شـــفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضـــطراب مرگ سالمندان. *روان‌شناسی پیری*. ۶(۱)، ۱۳-۲۶.

پارپایی، ر.، وکاکابرائی، ک. (۱۳۹۷). اثربخ شی معنادرمانی بر کاهش افسردگی و ا ضطراب زنان سالمند دارای سندرم آ شیانه خالی. *روان شنا سی پیری*. ۴(۱)، ۵۱-۵۹.

پروچاسکا، ج. او.، و نورکراس، ج. سی. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۹، چاپ یازدهم، تهران، نشر رشد.

پناه علی، ا. و زنجانی، ش. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر تاب آوری زنان دارای نشانه های ناگویی هیجانی. *روان شنا سی بالینی*. ۱۱(۱)، ۵۹-۷۲.

پیرخائفی، ع.، و صالحی، ف. (۱۳۹۲). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه . *روانشناسی سلامت*. ۲(۸)، ۶۱-۶۹.

حاجی‌عزیزی، ا.، بهمنی، ب.، منظری توکلی، و.، و برشـان، ا. (۱۳۹۶). اثربخشـی معنادرمانی گروهی بر اضـطراب مرگ و امید به زندگی سـالمندان مقیم مراکز شبانه‌روزی شهر کرمان. *سالمندی*. ۱۲(۲)، ۲۳۱-۲۲۰.

حسنی، ج.، و امام وردی، ف. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابراز وجود زنان مبتلا به سرطان سینه. *ابن سینا*، ۲(۵۹)، ۲۱-۲۷.

خالق‌خواه، ع.، میرمهدی، ر.، و عباسیان، ش. (۱۳۹۸). مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان پذیر و افراد غیرمبتلا. *سلامت و بهداشت*، ۱۰(۳)، ۳۴۸-۳۵۸.

خلعتبری، ج.، همتی ثابت، و.، و محمدی، ح. (۱۳۹۷). اثربخ شی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و ر ضایت زنا شویی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان*، ۱۱(۳)، ۸-۲۰.

رجبی، غ.، و بحرانی، م. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سوالهای مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، ۵(۲۰)، ۳۳۱-۳۴۴.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

سالاری‌راد، ز.، قربانی، ن.، باقری، ف. (۱۳۹۴). نقش خودمهارگری در نحوه پاسخدهی به استرس ناشی از سرطان سینه. *رویش روانشناسی*، ۴(۱۳)، ۲۲-۱۵.

سعیدی، ض.، قربانی، ن.، و سرافراز، م. (۱۳۹۲). اثربخشی القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *روانشناسی معاصر*، ۸(۱)،۹۱-۱۰۲.

سلیمی،ا.، ارسلان‌ده، ف.، زهراکار، ک.، داورنیا، ر.، و شاکرمی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *افق دانش*. ۲۴ (۲)، ۱۳۱-۱۲۵.

سید جعفری، ج. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر .*فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*. ۸(۳۰)، ۴۰-۵۲.

سید جعفری، ج.، جدی، م.، موسوی، ر.، حسینی، ع. و شکیب مهر، م. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر امید به زندگی سالمندان، *روان‌شناسی پیری*. ۵(۲)، ۱۵۷-۱۶۸.

سیدجعفری، ج.، برجعلی، ا.، شرافتی، ش.، پناهی، م.، دهناشی لاطان، ت.، و عبودیت، س. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری و امید به زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *علوم روانشناختی*، ۹۲(۱۹)، ۹۴۵-۹۵۵.

شریفی ساکی، ش.، علیپور، ا.، آقا یوسفی، ع.، محمدی، م.، و غباری بناب، ب. (۱۳۹۸). رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان متبلا به سرطان پستان با میانجی گری اضطراب مرگ. *روانشناسی سلامت*، ۸(۲۹)، ۵۲-۶۷.

شیرالی‌نیا، خ.، چلداوی، ر. و امان‌الهی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه .*روان شناسی بالینی*. ۱۰(۱)، ۹-۲۰.

صالحی، ف.، محسن‌زاده، ف.، و عارفی، م. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه . *فصلنامه بیماری های پستان*. ۸ (۴)، ۴۰-۳۴.

عراقیان، ش.، و بکاییان، م. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ سالمندان مقیم آسایشگاه. ششمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، *روانشناسی و مشاوره ایران*، تهران.

غریبی اصل، ا.، سودانی، م.، و عطاری، ی. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاورهٔ گروهی شناختی-رفتاری بر خودپنداره و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه .*مجله علمی پزشکی جندی شاپور*. ۱۵(۳)، ۳۳۳-۳۴۵.

فرانکل، و. (۲۰۰۴). انسان در جستجوی معنی، ترجمه صالحیان و میالنی، ۱۳۹۱، تهران، نشر درسا.

فروزنده، ز.، مامی، ش.، و امانی، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی فرانکل به شیوه گروهی بر تاب آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان. *سالمندشناسی*. ۵ (۱)، ۲۹-۱۹.

فرهنگی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران نابارور جانبازان. *روانشناسی نظامی*.۱۱(۴۲)، ۵۵-۶۵.

قاسمی، ن.، قمری، م.، پویامنش، ج.، و فتحی اقدم، ق. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی گروهی و فراشناخت درمانی بر تاب‌آوری و انگیزه پیشرفت دانشجویان. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۳۰ (۶)، ۴۴۲-۴۲۸.

قدم‌پور، ع.، و منصوری، ل. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوش بینی و شفقت به خود دانش آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر .*مطالعات روانشناختی*. ۱۴(۱)، ۵۹-۷۴.

قربانعلی پور، م.، و اسماعیلی، ع. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۳(۹)، ۶۸-۵۳.

قنواتی، س.، و بهرامی، ف.، و گودرزی، ک.، و روزبهانی، م. (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. *آموزش پرستاری*. ۷(۲)،۶۱-۷۰.

کیارسی، ز.، عمادیان،ع.، و فخری، م. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلابه سرطان پستان. نشریه *مراقبت سرطان*. ۲ (۱)، ۱۰-۳.

گل محمدیان، م.، نظری، ح.، و پروانه،ا. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان .*روان‌شناسی پیری*، ۲(۳)، ۱۶۷-۱۷۵.

محبت بهار، س.،گلزاری، م.، اکبری، م.، و مرادی‌جو، م.(۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، *نهمین کنگره بین المللی سرطان پستان*،تهران.

محمدکریمی، م.، و شریعت‌نیا، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۵ (۲)، ۱۱۸-۱۰۷.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]

ممشلی، ل.، و آلوستانی، س.(۱۳۹۸). بررسی تأثیر معنادرمانی بر اضطراب مرگ بیماران سرطانی بیمارستان ۵ آذر گرگان. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۶ (۲)، ۱۱۴-۱۰۷.

ولایی، ن.، و زالی پور، س. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ سالمندان .*روان‌شناسی پیری*. ۱(۱)، ۴۹-۵۵.

هادی قنوات، ش. (۱۳۹۸). اثرشفقت درمانی بر اضطراب در بیماران قلبی و عروقی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی*، ۱(۵)، ۱۰۴-۱۰۹.

هادیان، ص.، جبل‌عاملی ش.(۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر نشخوار فکری دانشجویان دارای اختلال خواب: یک مطالعه شبه تجربی قبل و بعد. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۳۰ (۲)،۹۶-۸۶.

یزدانبخش، ک.، کرمی.، ج. و دریکوند، ف. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان در دانش آموزان قلدر دختر دوره اول متوسطه. *مطالعات روانشناختی*. ۱۶(۱)، ۱۰۷-۱۲۲.

Amani, O., Malekzade Moghani, M., & Peykani, S.(2017). Study of executive function in women with breast cancer undergoing chemotherapy.*Qazvin Univ Med Sci*.20(6),44-36.

American Cancer Society. (2015). *Cancer Facts & Figures* . *Atlanta*: *American Cancer Society*.

Brannon, L., Feist, J. & Updegraff, J. A. (2014). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. USA: Wadsworth, Cengage Learning.

Dsouza, SM., Vyas, N., Narayanan, P., Parsekar, SS., Gore, M., & Sharan, K. (2018). A qualitative study on experiences and needs of breast cancer survivors in Karnataka, India. *Clin Epidemiol Glob Health*. 6(2),69-74.

Elsanti , D., Apriani, E.(2019). Effectiveness of Logo-Therapy Management in Mothers with Depression After Childbirth in the Working Area of Public Health Center Sokaraja II. *Advanced Research in Dynamic and Control Systems*. 12(6), 913-918.

Esping, A. (2013). Auto ethnography as Logo therapy: An Existential Analysis of Meaningful Social Science Inquiry. *Border Educational Research*, 9(1), 59-67.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Journal of Advances in psychiatric treatment*, 15,199–208.

Hunter, S., Love-Jackson, K., Abdulla, R., Zhu, W., Lee, JH., Wells, KJ, et al. (2010). Sun protection at elementary schools: a cluster randomized trial. *Natl Cancer Inst.* 102(7),484-92.

Neff, K. D. (2013). Pommier E. The relationship between selfcompassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing mediators. *Self and Identity*, 12, 160-176.

Sherman, DW., Norman, R., & McSherry, CB.(2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Assoc Nurses AIDS Care.* 21(2), 99-112.

Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of cancer recurrence inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer* 17, 241-251.

Sugiarti. R., & Erlangga, E. (2018). Logo Therapy Conselling for Gifted Children With Post Trauma Stress Symptoms Due to Rob Disaster and Flood. *Psikodimensia*. 17(2), 155-161.

Suhail, K., & Akram, S.(2010). Correlates of death anxiety in Pakistan. Death Studies. 26(1),39-50.

Suyanti, T., Keliat, B., & Daulima, N.(2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermaria clinica*. 28, 98-101.

van Laarhoven, HW., Schilderman, J., Verhagen, CA., Vissers, KC., & Prins, J.(2011). Perspectives on death and an afterlife in relation to quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients. *Pain Symptom Manage*. 41(6),1048-59.

Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety *Scale. Clin* Psychol. 52(3),329-33.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-06]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.8.16.0]