

مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان *comparison of the effectiveness of Compassion-Focused therapy and Logotherapy on posttraumatic growth in Females with Breast Cancer*

Ziba Kiarasi

Candidate PhD Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Seyedeh Olia Emadian (Corresponding author)

Associate of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: emadian2012@yahoo.com

Ramazan Hassanzadeh

Professor of Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Abstract

Aim: The purpose of this study was to compare the effectiveness of Compassion-Focused therapy and Logotherapy on posttraumatic growth in Females with Breast Cancer.

Method: The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with the control group. The statistical population of the study included all female with breast cancer who 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 posttraumatic growth PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) was used. Data were analyzed by analysis of covariance and LSD in SPSS₂₁.

Results: The results showed that Compassion-Focused therapy significantly increased posttraumatic growth y ($F=122.56$, $p=0.001$). Also, Logotherapy significantly increased posttraumatic growth ($F=15.9$, $p=0.0004$). The results also showed that Compassion-Focused therapy has a greater effect on posttraumatic growth ($F = 53.05$ and $p < 0.05$) than Logotherapy.

Conclusion: According to the results of the present study, Compassion-Focused therapy can be used to increase posttraumatic growth more effectively than Logotherapy in females with Breast Cancer.

Keywords: Compassion-Focused therapy, Logotherapy, post traumatic growth, Breast Cancer.

زیبا کیارسی

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

سیده علیا عمادیان (نویسنده مسئول)

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

Email: emadian2012@yahoo.com

رمضان حسن زاده

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. روش: 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 کنترل 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 کنترل در انتظار درمان آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه رشد پس از سانحه PTGI (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی LSD در نرم‌افزار SPSS₂₁ انجام گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت به طور معناداری باعث افزایش رشد پس از سانحه ($F=122/56$ و $p=0/001$) شده است. همچنین، معنادرمانی به طور معناداری باعث افزایش رشد پس از سانحه ($F=15/9$ و $p=0/0004$) شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت ($F=53/05$ و $p<0/05$) تاثیر بیشتری نسبت به معنادرمانی دارد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت جهت افزایش رشد پس از سانحه به صورت موثرتری نسبت به معنادرمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

کلمات کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، معنادرمانی، رشد پس از سانحه، سرطان پستان.

مقدمه

سرطان^۱، شامل گروهی از بیماری‌هایی است که به وسیله رشد کنترل نشده و گسترش غیرطبیعی سلول‌ها مشخص می‌شود (انجمن سرطان آمریکا^۲، ۲۰۱۵؛ برانون، فایست و آپدگراف^۳، ۲۰۱۴). بسیاری از متخصصان معتقدند 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 برشمردند (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^۴، ۲۰۱۰). از بین تمامی سرطان‌ها، سرطان پستان^۵ 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، پورشریفی 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^۶ و همکاران، ۲۰۱۷).

اثرات مضر تشخیص سرطان و درمان آن بر سلامت روانی و کیفیت زندگی به مدت طولانی گزارش شده است (هو^۷ و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر، تحقیقات زیادی دریافتند که به دنبال تجارب تهدیدکننده‌ی زندگی مانند سرطان، افراد تغییرات روان‌شناختی مثبتی نشان می‌دهند که از آن تحت عنوان رشد پس آسیبی یاد می‌شود (روینی و اسکوولی^۸، ۲۰۱۲؛ اوچویا^۹ و همکاران، ۲۰۱۷؛ اوچویا و همکاران، ۲۰۱۳؛ پاتو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۵؛ شگری و همکاران، ۱۳۹۳). با توجه به مدل رشد پس آسیبی، تغییرات مثبت در چندین حوزه قابل مشاهده است: (۱) خودپنداره (ارزیابی جدید قدرت شخصی و انعطاف‌پذیری)، (۲) قدردانی از امکانات جدید در زندگی، (۳) روابط اجتماعی (احساس نزدیکی عاطفی با دیگران به خصوص خانواده و دوستان، ۴) فلسفه‌ی زندگی (مرتب‌سازی مجدد ارزش‌ها و اولویت‌ها)، (۵) بهبود معنویت (افزایش شرکت در فعالیت‌های مذهبی) (صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷). رشد پس آسیبی و

¹ Cancer

² American Cancer Society (ACS)

³ Brannon, Feist & Updegraff

⁴ Hunter

⁵ Breast Cancer

⁶ Dsouza

⁷ Ho

⁸ Ruini, Vescovelli

⁹ Ochoa

¹⁰ Patou

پیشانی با هم اتفاق می‌افتند و رشد پس آسیبی و سازگاری روان‌شناختی از هم مستقل هستند (تدسچی و کالهن^۱، ۲۰۰۴). رشد پس آسیبی نتیجه‌ی تجربه‌ی فرد از رویدادی آسیب‌زاست که فرد به رشدی فراتر از سطح قبلی عملکرد خود دست می‌یابد و تغییرات زندگی طولانی و بینش عمیق‌تری را تجربه می‌کند. براساس این مدل، رویداد آسیب‌زا عمیقاً حس امنیت و آسیب‌ناپذیری فرد، اهداف و اینکه چطور استرس‌های احساسی خود را کنترل کند، مختل می‌کند و بعد از این شوک احساسی، فعالیت یادآوری با هدف جستجو برای معنی، با توجه به آن چیزی که اتفاق افتاده و مدیریت احساس شروع می‌شود (کرمیو^۲ و همکاران، ۲۰۱۶).

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 (پیرخانی و صالحی، ۱۳۹۲). افرادی که نسبت به خود شفقت بالاتری دارند، کمتر دچار آسیب‌های روانی می‌شوند (سیمارد و ساوارد^۳، ۲۰۰۹). مطالعات نشان داده که افرادی که از شفقت بالاتری نسبت به خود برخوردارند، سطوح پایین‌تر افسردگی، اضطراب و نشخوار را در موقعیت‌های اجتماعی چالش‌برانگیز تجربه می‌کنند و از رضایت زندگی بالاتری نیز برخوردارند (هادیان و جبل‌عاملی، ۱۳۹۸). خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت^۴ می‌تواند بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان سودمند باشد (خلعتبری، همتی ثابت و محمدی، ۱۳۹۷). قنواتی 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)، بر تنظیم شناختی هیجان (یزدانبخش و همکاران، ۱۳۹۹) بر نشخوار فکری (هادیان و جبل‌عاملی، ۱۳۹۸) بر سلامت روان (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۷)، بر امید به زندگی (سیدجعفری و همکاران، ۱۳۹۸)، بر اضطراب مرگ (بهاروندی و همکاران، ۱۳۹۹) و بر رشد پس از سانحه (نواب، دهقانی و کرباسی، ۱۳۹۸؛ تقی‌پور و نائینیان، ۱۳۹۷؛ نواب، دهقانی و صالحی، ۱۳۹۶) تایید شده است.

از دیگر درمان‌های سودمند در این زمینه می‌توان از معنادرمانی^۵ نام برد؛ که توسط ویکتور امیل فرانکل^۶ در سال ۱۹۸۵ بنیان گذاشته شده است. معنادرمانی سومین مکتب روان‌درمانی اتریشی بعد از مکتب روان‌تحلیل‌گری زیگموند فروید و مکتب روان‌شناسی 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

¹ Tedeschi, Calhoun

² Cormio

³ Simard & Savard

⁴ Compassion-Focused therapy

⁵ Logo therapy

⁶ Victor Emil Frankl

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^۱، ۲۰۱۳). در راستای پیشینه پژوهش، پژوهشی که مستقیماً رشد پس از سانحه را با مداخله معنادرمانی تحت تاثیر قرار دهد یافت نشد اما تحقیقات متعددی دیده می‌شود 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؛ ممثلی و آل‌وستانی، ۱۳۹۸؛ حاجی عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶؛ گل محمدیان، 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 (سویانتي، کلیات و دایلیما^۲، ۲۰۱۸)، بر افسردگی پس از زایمان (السانتي و آپریانی^۳، ۲۰۱۹)، بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی (محمدی و رحیم‌زاده، ۱۳۹۷)، بر خودباوری و احساس بی‌ارزشی (تجلی‌فر و همکاران، ۱۳۹۹) و بر استرس پس از سانحه (سوجیارتی و ارلانگا^۴، ۲۰۱۸) اشاره نمود.

اگرچه تاکنون در رابطه با متغیر رشد پس از سانحه در جوامع افراد مبتلا به سرطان و با روش‌های درمانی متفاوت کار شده است، لیکن با وجود اهمیت رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان و همچنین پژوهش‌های پیشین پیرامون اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت و معنادرمانی؛ وجود رشد پس از سانحه در بیماران سرطان پستان اغلب به میزان اندکی کنترل می‌شود و پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی این درمان‌ها در متغیرهای مدنظر پژوهش حاضر همچنان نیاز به تکمیل دارد. ضمن اینکه پژوهشی در خصوص تاثیر مداخله معنادرمانی بر رشد پس از سانحه به چشم نمی‌خورد. در عین حال، مقایسه اثربخشی این درمان‌ها یافته‌های نظری و کاربردی مهمی به همراه خواهد داشت، ضمن اینکه تاکنون هیچ مقایسه‌ای نیز بین دو درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر رشد پس از سانحه 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 مشخص کردن اثربخشی درمان مبتنی متمرکز بر شفقت و معنادرمانی بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان و نیز تعیین درمان برتر در زمینه رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان است.

¹ Esping

² Suyanti, Keliat & Daulima

³ Elsanti & Apriani

⁴ Sugiarti & Erlangga

روش

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 تأیید 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 قرعه‌کشی با استفاده از شماره پرونده آن‌ها، در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل در انتظار درمان) 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، با توجه به سودمند بودن درمان متمرکز بر شفقت، این مداخله نیز برای اعضای گروه کنترل در انتظار درمان اجرا شد.

ابزار

پرسشنامه رشد پس از سانحه (PTGI)^۱: این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که توسط تدریجی و کالهن (۱۹۹۶) به منظور ارزیابی تغییرات خود ادراکی افراد، مرتبط با تجربه حوادث آسیب‌زا ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ عبارت در مقیاس لیکرت با دامنه صفر (اصلاً) تا پنج (خیلی زیاد) تشکیل شده است. دامنه نمرات آزمودنی‌ها در این مقیاس بین صفر تا ۱۰۵ است. این پرسشنامه از پنج خرده‌مقیاس تشکیل شده است که حوزه‌های مربوط به رشد را اندازه‌گیری می‌کند، که شامل ادراک افزایش یافته از ارزش زندگی (۳ماده)، تغییر در اولویت‌های زندگی (۵ماده)، ایجاد روابط گرم و صمیمانه با دیگران (۷ماده)، ادراک افزایش یافته از توانایی‌های خویشتن (۴ ماده) و تغییر و تحولات معنوی و مذهبی و عرفانی (۲ ماده) است. تدریجی و کالهن (۲۰۰۴) پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶ و روایی همگرایی این پرسشنامه از طریق رابطه با مذهب‌گرایی، خوش‌بینی و ابعاد اصلی شخصیت (NEO) معنی دار ($p < ۰/۰۰۱$) به دست آمد. در ایران سیدمحمودی (۱۳۹۳) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن را معادل ۰/۹۴ به دست آورد. همچنین به منظور تعیین روایی همگرا از طریق رابطه با پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی واتسون^۲ و همکاران (۱۹۹۸) و پرسشنامه جهت‌گیری زندگی شیبور و کارور معنی دار به دست آورد (سیدمحمودی، رحیمی، محمدی و هادیان‌فر، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه رشد پس از سانحه ۰/۸۲ به دست آمد.

^۱ Posttraumatic Growth Scale

^۲ Watson

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 کنترل در انتظار درمان هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و مراقبت‌های روتین خود را ادامه دادند. قبل و بعد از مداخله هر دو گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به پرسشنامه رشد پس از سانحه 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	محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی و معارفه، توضیح قوانین، آشنایی با معنادرمانی.
دوم	باور و پذیرش خویشتن و شناخت ویژگی‌های خویش، توجه به آزادی انسان
سوم	آگاهی از مسئولیت‌پذیری و نقش آن در به دست آوردن موفقیت.
چهارم	شناخت عوامل ایجادکننده اضطراب و راههای مقابله با آن، شناخت اضطراب وجودی، ارائه تکلیف.
پنجم	صحبت درباره جنبه‌های متفاوت عشق و راهی برای رسیدن به معنا، ارائه تکلیف.
ششم	بررسی معنای رنج، ارائه تکلیف.
هفتم	شناخت ارزشهای اخلاق، ارائه تکلیف.
هشتم	شناخت ارزشهای تجربی، ارائه تکلیف.

جدول ۲. 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، بیان فلسفه زندگی، تمرین هدف‌یابی و آشنایی با اصول شفقت درمانی، مدل شناسایی حوزه‌هایی که باعث نگرانی هستند، 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
پنجم	تغییر اهداف آموزش خود شفقت ورزی	آموزش راهبرد تغییر اهداف و معیارها با استفاده از تکنیک کسب بینش و هشیاری، آموزش تغییر اولویت‌ها، دریافت بازخورد. آموزش اصول مهم شفقت شامل اصل سبک زندگی، دریافت بازخورد
ششم	آموزش خوش‌بینی	آموزش اصول مهم خوش‌بینی، اصل صمیمیت با دوستان، اصل خلوت‌گزینی، اصل تنفس آرامش بخش و احساس راحتی و چشم‌پوشی کردن و بخشش یا اصل کنارگذاشتن و به تعویق انداختن، پذیرفتن و یا فراموش کردن.
هفتم	آموزش همدلی آموزش کاهش ترس	آموزش نوشتن نامه مبتنی بر شفقت آموزش تکنیک‌های مبتنی بر همدلی و ایجاد رابطه همدلانه موثر... دریافت بازخورد. به کارگیری تکنیک‌های کاهش ترس و مواجهه با ترسهای روانشناختی مبهم، ارائه راهکارهای آرامش‌سازی تنفسی و کسب حمایت اجتماعی موثر و ارائه بازخورد
هشتم	آموزش مراقبه آموزش خودلقایی	آموزش مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری خود و مواجهه با نیازهای درونی خود و خود ترحمی و ایجاد بخشش به خود و ارائه بازخورد. ارائه راهکارهای افزایش کیفیت زندگی، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی مبتنی بر شفقت درمانی و خودلقایی مثبت، اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر برای بیماران سرطان و ارائه بازخورد.
خلاصه و مرور		مرور و خاتمه تکنیک‌های درمانی مبتنی بر شفقت اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

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 کنترل 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 کنترل در انتظار درمان در جدول ۳ نمایش داده شده است.

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر رشد پس از سانحه به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

گروه شفقت درمانی	گروه معنادرمانی	گروه کنترل در انتظار درمان	
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۳/۸۰) ۷۴/۹۳	۴/۸) ۶۹/۸۶	۳/۱۳) ۷۳/۲۶	پیش‌آزمون
۲/۵۹) ۹۲/۸۰	۴/۹۶) ۸۰/۵۳	۵/۳۱) ۶۶/۰۶	پس‌آزمون

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر رشد پس از سانحه در هر دو روش درمانی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش 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 آزمون یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و پیش‌فرض یکسان بودن واریانس مشاهدات بین گروه‌ها تایید شد ($p=0/685$, $F=0/381$). جهت آزمون 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 و 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 رشد پس از سانحه پرداخته شد. نتایج در جدول ۴ حاکی از اثربخش بودن هر دو درمان بر متغیر پژوهش بود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس به تفکیک روش‌های درمانی بر متغیر رشد پس از سانحه

گروه	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره	سطح معناداری
شفقت درمانی	گروه	۱۱۰۷/۰۹	۱	۱۲۲/۵۶	۰/۰۰۱
	خطا	۲۳۵/۱۴	۲۷		
	کل	۳۱۴۰/۹۶	۲۹		
معنادرمانی	گروه	۱۶۳/۹۳	۱	۱۵/۹	۰/۰۰۰۴
	خطا	۲۷۸/۳۸	۲۷		
	کل	۹۲۶/۷	۲۹		

با توجه به اثربخش بودن هر یک از روش‌های درمانی بر متغیر رشد پس از سانحه ($p < ۰/۰۵$)، به بررسی تفاوت بین دو درمان با استفاده از آزمون آنکوا پرداخته شد که نتایج گویای وجود تفاوت در متغیر پژوهش بود. نتایج برای متغیر رشد پس از سانحه $F=۵۳/۰۵$ و $p=۰/۰۰۰۴$ بود. برای تعیین اینکه کدام یک از روش‌ها بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شده که نتیجه آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی اثرات مداخلات شفقت درمانی و معنادرمانی بر رشد پس از سانحه

متغیر	مقایسه بین گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد میانگین	سطح معناداری
رشد پس از سانحه	شفقت درمانی	۹/۹۹	۱/۳۱	۰/۰۰۰۲
	شفقت درمانی	۱۵/۵۶*	۱/۵۳	۰/۰۰۰۹
	معنادرمانی	-۵/۵۶*	۱/۲۶	۰/۰۰۰۰۷

نتایج حاصل از جدول ۵ بیانگر آن است که در متغیر رشد پس از سانحه میان نمرات گروه کنترل 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 درمان متمرکز بر شفقت (۱۵/۵۶) بیشتر از معنادرمانی (-۵/۵۶) است، لذا درمان متمرکز از شفقت با اندکی تفاوت نسبت به روش معنادرمانی توانست بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذارتر باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و معنادرمانی بر رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان متمرکز بر شفقت و معنادرمانی به طور معناداری باعث افزایش رشد پس از سانحه می‌شوند. مقایسه درمان‌ها نیز نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موثرتر از معنادرمانی بوده است. تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر رشد پس از سانحه با یافته‌های نواب، دهقانی و کرباسی (۱۳۹۸)، تقی‌پور و نائینیان (۱۳۹۷) و نواب، دهقانی و صالحی (۱۳۹۶) همسو است. تاثیر معنادرمانی بر رشد پس از سانحه با یافته‌های محمدی‌فر و رحیم‌زاده (۱۳۹۷) و تجلی‌فر و همکاران (۱۳۹۹) همسو است.

پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند منجر به افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان شود.

در مجموع 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 افزایش رشد پس از سانحه در آن‌ها می‌گردد. شفقت به خود، با احساس دوست داشتن خود و نگرانی و

مراقبت در مورد دیگران مرتبط است، اما به معنای خودمحوری و یا ترجیح نیازهای خود به دیگران نیست (بیرنی^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). با وجود اینکه داشتن احساس شفقت به خود، با این موضوع که فرد به طور خشن و قضاوتی با خود رفتار کند در تناقض است، اما جز ذهن آگاهانه این مولفه شامل این است که فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را مطرح کند (پائولی و مکپرسون^۲، ۲۰۱۰). درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر، و رفتارهای تسکین بخش باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام شود (گیلبرت^۳، ۲۰۱۴). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت، افراد یاد می‌گیرند 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 باشند (کلی^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنها تغییر می‌یابد. در تمرین‌های خودشفقتی بر تمرین آرامی، ذهن آرامی، شفقت به خود و ذهن آگاهی تاکید می‌شود که نقش به سزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (نفر و جرمر^۵، ۲۰۱۳) که تمامی این موارد ذکر شده منجر به افزایش رشد پس آسیب می‌شود.

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد معنادرمانی می‌تواند منجر به افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان شود. معنایابی 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 آنها را 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 با معنا 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 با معنا 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).

1 Birnie

2 Pauley, McPherson

3 Gilbert

4 Kelly

5 Neff, Germer

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 تجربیات دردناک را تغییر دهند (ممشلی و آلستانی، ۱۳۹۸). معنادرمانی گروهی توانست باعث ارتقای سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان که مشکلات جدی در معنای زندگی دارند، شود.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از برتری اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به معنادرمانی در افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. در زمینه مقایسه این دو روش درمانی بر رشد پس از سانحه تاکنون پژوهشی صورت نگرفته بود.

گرچه هر دو درمان توانستند بعد از انجام مداخله، رشد پس از سانحه زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش دهند، لیکن درمان متمرکز بر شفقت توانست نسبت به معنادرمانی، منجر به اثرپذیری بیشتری بر افزایش رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به سرطان پستان شود.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت جهت افزایش رشد پس از سانحه، به صورت موثرتری نسبت به معنادرمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد برای رویارویی با سرطان، نیاز به تغییرات مثبت در افراد مبتلا به این بیماری است که از میان درمان‌های متعدد، این تغییرات مثبت از طریق راهکارهای موجود در درمان متمرکز بر شفقت امکان پذیر است.

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 در نظر گرفتن مدت ابتلا به سرطان پستان و نیز شدت بیماری در هر شرکت کننده و در نهایت بررسی سایر مشکلات روانشناختی شرکت کننده‌ها در نظر گرفته شود. همچنین در صورت امکان، جلسات پیگیری مرتباً انجام گردد تا مشخص شود آیا درمان روان‌شناختی بر روی افراد مبتلا به سرطان، اثر خود را حفظ کرده‌اند یا خیر.

تشکر و قدردانی

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.

منابع مالی

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 که بدون حمایت مالی صورت گرفته است.

منابع

- امانی، احمد، احمدی، سرور، حمیدی، امید. (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، ایران، نادری، فرح. (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، بیتا، پورشریفی، حمید، لطفی کاشانی، فرح. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کُش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۸(۴): ۵۱-۴۱.
- بهاروندی، بهناز، کاظمیان مقدم، کبری، هارون رشیدی، همایون. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر توانایی تحمل ابهام و اضطراب مرگ سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۶(۱): ۱۳-۲۶.
- پارپایی، رزیتا، کاکابرائی، کیوان. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان سالمند دارای سندرم آشیانه خالی. *روانشناسی پیری*، ۴(۱): ۵۹-۵۱.
- پروچاسکا، جان. او، و نورکراس، جیمز. سی. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۹، چاپ یازدهم، تهران، نشر رشد.
- پناه علی، امیر و زنجانی، شروین. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر تاب‌آوری زنان دارای نشانه‌های ناگویی هیجانی. *روانشناسی بالینی*، ۱۱(۱): ۵۹-۷۲.
- پیرخانفی، علیرضا، و صالحی، فاطمه. (۱۳۹۲). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه. *روانشناسی سلامت*، ۲(۸): ۶۹-۶۱.
- تجلی‌فر، مهدخت، حیاتی، مژگان، قدرتی میرکوهی، مهدی. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر خودباوری و احساس بی‌ارزشی در سالمندان. *روانشناسی پیری*، ۴(۶): ۳۸۷-۳۹۹.
- تقی پور، رقیه، نایینیان، محمدرضا. (۱۳۹۷). نقش شفقت به خود در رشد پس از سانحه زنان مبتلا به سرطان پستان، ششمین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی، روانشناسی و مشاوره ایران، تهران.
- حاجی‌عزیزی، امیرحسین، بهمنی، بهناز، منظری توکلی، وحید، و برشان، ادیبه. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه‌روزی شهر کرمان. *سالمندی*، ۱۲(۲): ۲۲۰-۲۳۱.
- حسینی، جعفر، امام وردی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابراز وجود زنان مبتلا به سرطان سینه. *ابن سینا*، ۲(۵۹): ۲۷-۲۱.
- خالق‌خواه، علی، میرمهدی، رضا، عباسیان، شکیبا. (۱۳۹۸). مقایسه سلامت معنوی، امید به زندگی و اضطراب مرگ در دو گروه بیماران سرطانی درمان‌پذیر و افراد غیرمبتلا. *سلامت و بهداشت*، ۱۰(۳): ۳۵۸-۳۴۸.
- خلعتیری، جواد، همتی ثابت، وحید، و محمدی، حبیبه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان*، ۱۱(۳): ۲۰-۸.
- رجبی، غلامرضا، بحرانی، محمود. (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤالات مقیاس اضطراب مرگ. *مجله روانشناسی*، ۵(۲۰): ۳۴۴-۳۳۱.
- سالاری راد، زهرا، قربانی، نیما، باقری، فریبرز. (۱۳۹۴). نقش خودمهارگری در نحوه پاسخدهی به استرس ناشی از سرطان سینه. *روانشناسی*، ۴(۱۳): ۲۲-۱۵.
- سعیدی، ضحی، قربانی، نیما، سرافراز، مهدی، شریفیان، محمدحسین. (۱۳۹۲). اثربخشی القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه. *روانشناسی معاصر*، ۸(۱): ۹۱-۱۰۲.
- سلیمی، آرمان، ارسلان‌ده، فرشته، زهراکار، کیانوش، داورنیا، رضا، و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیبل اسکلروزیس. *افق دانش*، ۲۴(۲): ۱۲۵-۱۳۱.
- سید جعفری، جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و نشانه‌های بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۳۰): ۵۲-۴۰.
- 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): ۱۶۸-۱۵۷.

- سیدجعفری، جواد، برحعلی، احمد، شرافتی، شاهین، پناهی، مهدی، دهناشی لاطان، تاجماه، و عبودیت، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۲): ۹۴۵-۹۵۵.
- سیدمحمودی، جواد، رحیمی، چنگیز، محمدی، نواله، هادیان‌فر، حبیب. (۱۳۹۳). افزایش رشد پس از سانحه در طی زمان و رابطه آن با سبک‌های مقابله با استرس و خوش‌بینی در افراد مبتلا به HIV مثبت. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۴(۲): ۱۶۵-۱۸۶.
- شریفی ساکی، شیدا، علیپور، احمد، آقا یوسفی، علیرضا، محمدی، محمدرضا، غباری بناب، باقر. (۱۳۹۸). رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ. *روانشناسی سلامت*، ۸(۲۹): ۶۷-۵۲.
- شکری، امید، صالحی، راحله، صفایی، مریم، و عبدالخالقی، معصومه. (۱۳۹۳). استرس ادراک شده و بهزیستی هیجانی در بیماران سرطانی: نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله مذهبی. *پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۸(۴): ۱۳-۲.
- شیرالی‌نیا، خدیجه، چلداوی، رحیم، و امان‌الهی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۰(۱): ۲۰-۹.
- صالحی، راحمه، و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۷). رشد پس‌آسیبی در بیماران مبتلا به سرطان، فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، ۲(۱۲): ۱۳-۱.
- صالحی، فرخنده، محسن‌زاده، فرشاد، و عارفی، مختار. (۱۳۹۴). بررسی شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه. *فصلنامه بیماریهای پستان*، ۸(۴): ۳۴-۴۰.
- عراقیان، شیما، بکایان، مهدی. (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، آرام، سودانی، منصور، و عطاری، یوسفعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر خودپنداره و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۱۵(۳): ۳۴۵-۳۳۳.
- فرانکل، ویکتور. (۲۰۰۴). *انسان در جستجوی معنی*، ترجمه صالحیان و میانی، ۱۳۹۱، تهران، نشر درسا.
- فروزنده، زهرا، مامی، شهرام، و امانی، امید. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی فرانکل به شیوه گروهی بر تاب‌آوری، افسردگی و کیفیت زندگی سالمندان. *سالنامه‌شناسی*، ۵(۱): ۱۹-۲۹.
- فرهنگی، عبدالحسین. (۱۳۹۹). اثربخشی معنادرمانی بر میزان شادکامی و احساس تنهایی همسران ناباور جانبازان. *روانشناسی نظامی*، ۱۱(۴۲): ۶۵-۵۵.
- قاسمی، نعمت‌اله، قمری، محمد، پویامنش، جعفر، فتحی‌اقدام، قربان. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی گروهی و فراشناخت درمانی بر تاب‌آوری و انگیزه پیشرفت دانشجویان. *مجله مطالعات علوم پزشکی*، ۳۰(۶): ۴۲۸-۴۴۲.
- قدم پور، عزت‌اله، و منصوری، لیلیا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش میزان خوش‌بینی و شفقت به خود دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۱): ۷۴-۵۹.
- قربانعلی پور، مسعود، و اسماعیلی، علی. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ در سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۹): ۶۸-۵۳.
- قناتی، سجاده، و بهرامی، فاطمه، و گودرزی، کوروش، روزبهانی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر کیفیت زندگی و شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر اهواز. *آموزش پرستاری*، ۷(۲): ۷۰-۶۱.
- کیارسی، زیبا، عمادیان، سیده‌علیا، و فخری، محمدکاظم. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۱): ۳-۱۰.
- گل محمدیان، محسن، نظری، حسنا، و پروانه، آذر. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و سازگاری اجتماعی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۲(۳): ۱۷۵-۱۶۷.
- محبت بهار، سحر، گلزاری، محمود، اکبری، محمد اسماعیل، و مرادی‌جو، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نهمین کنگره بین‌المللی سرطان پستان، تهران.
- محمدکریمی، محسن، شریعت‌نیا، کاظم. (۱۳۹۶). اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر تهران. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۵(۲): ۱۰۷-۱۱۸.
- محمدی، سعیدیونس، و رحیم‌زاده، کتایون. (۱۳۹۷). اثربخشی معنادرمانی بر سلامت معنوی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری ایدز در شهر تهران. *روانشناسی سلامت*، ۷(۲۵): ۱۲۰-۱۰۶.

- ممشلی، لیلا، و آلوستانی، سودابه. (۱۳۹۸). بررسی تأثیر معنادرمانی بر اضطراب مرگ بیماران سرطانی بیمارستان ۵ آذر گرگان. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۶ (۲): ۱۰۷-۱۱۴.
- نواب دانشمند، مژگان، دهقانی، اکرم، صالحی، مهرداد. (۱۳۹۶). بهبود علایم روانشناختی و رشد پس از سانحه با استفاده از شفقت در مانی گروه محور، چهارمین همایش تازه های روان شناسی مثبت نگر، بندرعباس.
- نواب، مژگان، دهقانی، اکرم، کرباسی، افسانه. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر شفقت بر رشد پس از سانحه در مادران کودکان با اختلال نارسانی توجه/فزون کنشی، فصلنامه سلامت روان کودک، ۱ (۶): ۲۵۰-۲۳۹.
- ولایی، ناصر، زالی پور، سمیه. (۱۳۹۴). اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ سالمندان. روان شناسی پیری. ۱ (۱): ۵۵-۴۹.
- هادی قنوت، شکوه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانی بر اضطراب در بیماران قلبی و عروقی. فصلنامه مطالعات روانشناسی و علوم تربیتی، ۱ (۵): ۱۰۹-۱۰۴.
- هادیان، صفورا، جبل عاملی، شیدا. (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): ۸۶-۹۶.
- یزدانبخش، کامران، کرمی، جهانگیر، و دریکوند، فتنه. (۱۳۹۹). اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تنظیم شناختی هیجان در دانش آموزان قلدر دختر دوره اول متوسطه. مطالعات روانشناختی. ۱۶ (۱): ۱۲۲-۱۰۷.
- 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.
- Cormio, C., Muzzatti, B., Romito, F., Mattioli, V., & Annunziata, M.A. (2016). Posttraumatic growth and cancer: a study 5 years after treatment end. *Supportive Care in Cancer*. 46(11), 1230-1237.
- Kelly, A.C., Wisniewski, L., Martin Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group based compassion focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: a pilot randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. 24(2), 475-487
- 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.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 53(1), 6-41.
- Ho, S., Rajandram, R.K., Chan, N., Samman, N., McGrath, C., Zwahlen, R.A. (2011). The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncology*. 47 (2), 121-124.
- 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.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J.M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 17(1), 28-37.
- Ochoa, C., Castejon, V., Sumalla, E.C., Blanco, I. (2013). Posttraumatic growth in cancer survivors and their significant others: Vicarious or secondary growth? *Terapia Psicologica*. 31, 81-92.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychol Psychother*. 83(2), 129-143.
- Patou, M., Moradi, A., Allahyari, A.A., payandeh, M. (2015). psychometric properties of the Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC) in patients with cancer. *rph*. 9 (1), 3-13.
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2012). The Role of Gratitude in Breast Cancer: Its Relationships with Post-traumatic Growth, Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies*. 14(1), 263-274.
- Neff, K.D., Germer, C.K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Clin Psychol*. 69(1), 28-44.
- 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.
- 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.
- Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004). Target Article:"Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*. 15(1), 1-18.
- Horton-Deutsch ,SL., Horton, JM. (2003). Mindfulness: Overcoming intractable conflict. Archives of Psychiatric Nursing major patients. *CytoJournal*, 17(4):186-93.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R.(2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): *a randomised controlled trial. the lancet*. 386: 63-73 .
- Zvolensky, M., J, Bernstein, A., Vujanovic, A. (2011). *Distress tolerance: Theory, Research, and Clinical Application*. New York: Guilford Press.
- Lengacher, CA., Reich, RR., Paterson, CL., Shelton, M., Shivers, S., Ramesar, S., Pleasant, ML., Budhrani-Shani, P., Groer, M., Post-White, J., Johnson-Mallard, V. (2019). A large randomized trial: effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for breast Cancer (BC) survivors on salivary cortisol and IL-6. *Biological research for nursing*, 21(1):39-49