



## Comparison of the Effectiveness of Meaning Centered Therapy and Unit-Oriented Therapy on Resilience and Quality of Life in Leukemia Patients

Mahin Bajelan<sup>1</sup> , Ali Zadeh Mohammadi<sup>2\*</sup> , Reza Ghorban Jahromi<sup>3</sup> 

1. Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: [faride.bajelan@gmail.com](mailto:faride.bajelan@gmail.com)
2. Corresponding Author, Department of Psychology, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: [dr\\_zadeh@sbu.ac.ir](mailto:dr_zadeh@sbu.ac.ir)
3. Department of Psychology, Faculty of Literature, Humanities and Social Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: [r.ghorban@srbiau.ac.ir](mailto:r.ghorban@srbiau.ac.ir)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article History:**

Received: 27 Dec 2021  
Revised: 11 Feb 2022  
Accepted: 23 Feb 2022  
Published Online: 8 Jun 2024

**Keywords:**

*Cancer, Meaning Centered Therapy, Quality of Life, Resilience, Unit-Oriented Therapy.*

### ABSTRACT

The aim of this study was to compare the effectiveness of meaning centered therapy and unit-oriented therapy on resilience and quality of life in leukemia patients. The research method was pragmatic in nature with regard to its objective. In terms of data collection, it followed a semi-experimental design comprising a control group and a pre-test-post-test-follow-up phase. The statistical population for this research comprised all leukemia patients referred to Mahyar Charity in Tehran during 2019 and 2020. A random sample of 60 patients was drawn from this population, and they were subsequently assigned into two experimental groups and one control group, with age and gender homogenization. Participants for pre-test, post-test and follow-up responded to the Back Anxiety Inventory (BAI); the Quality-of-Life Questionnaire-Core 30 (QLQ-C30) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). The participants of the first experimental group underwent 7 sessions of 90 minutes of meaning centered therapy and the participants of the second experimental group underwent 7 sessions of 90 minutes of unit-oriented therapy. Analysis of variance with repeated measures and SPSS-24 software were used to analyze the data. On the component of emotional quality of life, the present study found a statistically significant difference between the efficacy of meaning-centered therapy and unity-oriented therapy ( $P=0.001$ ). Regarding resilience, there was no statistically significant distinction between meaning-centered therapy and unit-oriented treatment ( $P=0.635$ ).

**Cite this article:** Bajelan, M., Zadeh Mohammadi, A., & Ghorban Jahromi, R. (2024). Comparison of the Effectiveness of Meaning Centered Therapy and Unit-Oriented Therapy on Resilience and Quality of Life in Leukemia Patients. *Journal of Applied Psychological Research*, 15(1), 255-275. doi: 10.22059/japr.2024.336331.644151.



**Publisher:** University of Tehran Press  
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.336331.644151>

© The Author(s).



## مقایسه اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت‌مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان خون

مهین باجلان<sup>۱</sup>، علی زاده‌محمدی<sup>۲\*</sup>، رضا قربان جهرمی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: [faride.bajelan@gmail.com](mailto:faride.bajelan@gmail.com)

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: [dr\\_zadeh@sbu.ac.ir](mailto:dr_zadeh@sbu.ac.ir)

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: [r\\_ghorban@srbiau.ac.ir](mailto:r_ghorban@srbiau.ac.ir)

### چکیده

### اطلاعات مقاله

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت‌مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان خون بود. پژوهش به‌لحاظ هدف کاربردی و روش پژوهش به‌لحاظ شیوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل تمام بیماران مبتلا به سرطان خون (لوسمی) مراجعه‌کننده به مؤسسه خیریه مهیار در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ در شهر تهران بودند که از میان آن‌ها ۶۰ بیمار به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و با گمارش تصادفی و همگن‌سازی سن و جنس در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان (QLQ-C30) و مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون (CD-RISC) پاسخ دادند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول در هفت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان معناگرا و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم در هفت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان وحدت‌مدار قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد. نتایج نشان داد بین اثربخشی درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا بر مؤلفه کیفیت زندگی احساسی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=0/001$ ). اما بین اثربخشی درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا بر تاب‌آوری ( $P=0/635$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد.

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۶

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹

### کلیدواژه‌ها:

تاب‌آوری، درمان معناگرا، درمان وحدت‌مدار، سرطان، کیفیت زندگی.

**استناد:** باجلان، م.، زاده محمدی، ع.، و قربان جهرمی، ر. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت‌مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان خون.

فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۵(۱)، ۲۵۵-۲۷۵. doi: 10.22059/japr.2024.336331.644151

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.336331.644151>

© نویسندگان



## ۱. مقدمه

سرطان خون<sup>۱</sup> یا لوسمی<sup>۲</sup>، بیماری پیش‌رونده و بدخیم اعضای خون‌ساز بدن به‌ویژه مغز استخوان است که با تکثیر و تکامل ناقص سلول‌های خون و پیش‌سازهای آن در خون و مغز استخوان ایجاد می‌شود. سلول‌های سفید خونی معمولاً در صورت نیاز بدن، به طریقی منظم و کنترل‌شده رشد می‌کنند و تقسیم می‌شوند، اما بیماری لوسمی در این روند اختلال ایجاد می‌کند و رشد سلول‌های خونی را از کنترل خارج می‌سازد. در بیماری لوسمی حاد، مغز استخوان مقدار بسیار زیادی سلول‌های سفید خونی نارس تولید می‌کند و تولید طبیعی سلول‌های سفید خونی نیز متوقف می‌شود که به ازبین‌رفتن توانایی بدن در مقابله با بیماری‌ها می‌انجامد (شیخ‌پور، شیخ‌پور و آقاصرام، ۱۳۹۵). چهار نوع اصلی سرطان خون لوسمی حاد لنفوییدی<sup>۳</sup>، لوسمی حاد میلوئیدی<sup>۴</sup>، لوسمی مزمن لنفوییدی<sup>۵</sup> و لوسمی مزمن میلوئیدی<sup>۶</sup> هستند (لایتفود، اسمین و رومن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷).

سرطان یکی از جدی‌ترین بیماری‌های مزمن و از عوامل تهدیدکننده سلامت جامعه به‌شمار می‌رود (طاهری و همکاران، ۱۳۹۶). همچنین یکی از بیماری‌های شایع و از علل اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان است که میزان بروز آن روزبه‌روز در حال افزایش است. براساس پیش‌بینی‌ها تعداد موارد جدید ابتلا به سرطان در سال ۲۰۲۵ به بیش از ۱۳۰ هزار نفر در ایران خواهد رسید که حدود ۳۵ درصد بیشتر از وضعیت موجود است (صابری نوغابی و همکاران، ۱۳۹۹). سرطان یک بیماری شایع همراه با عوارض متعدد است که از عوامل مرتبط با مرگ‌ومیر نیز به‌شمار می‌آید و بر تمام جنبه‌های زندگی مبتلایان به‌خصوص بر کیفیت زندگی<sup>۸</sup> آنان تأثیرگذار است. از جمله ابعاد روانی متأثر از بیماری سرطان کیفیت زندگی افراد است که در اثر این بیماری کاهش می‌یابد. بین بیماری و کیفیت زندگی، ارتباط متقابل وجود دارد و مشکلات جسمانی و روانی این بیماری اثر مستقیمی بر تمام جنبه‌های کیفیت زندگی می‌گذارد (نایاک و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷).

کیفیت زندگی، درک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در بطن فرهنگ و سیستم‌های ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های افراد تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۰). ارتباط میان بیماری سرطان، کیفیت زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت موضوع مهمی است که به‌طور گسترده در دنیا مطرح است؛ چرا که سرطان از لحاظ علت‌شناسی و درمان، چندعاملی است و عوامل روان‌شناختی در درمان آن مهم هستند. کیفیت زندگی در بیماری، درک ذهنی افراد درباره تأثیر شرایط بالینی در زندگی‌شان است. معمولاً مبتلایان به بیماری مزمن، درک متفاوتی از زندگی دارند و این عامل برای ارزیابی تأثیر یک بیماری مزمن و درمان آن بر بیمار اهمیت بسزایی دارد (بنی‌اسدی و همکاران، ۱۴۰۰).

ظرفیت فردی و روانی که بتواند به فرد کمک کند تا در چنین شرایط دشواری مقاومت ورزد و دچار آسیب نشود و حتی خود را از لحاظ شخصیتی ارتقا ببخشد اهمیت دارد. یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان که موجب سازگاری مؤثر با تغییرات و عوامل تنش‌زا می‌شود و عاملی در جهت مقاومت در برابر مشکلات است، تاب‌آوری است که موجب سازگاری فرد با شرایط تهدیدکننده می‌شود (گرامی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). از آنجا که سازگاری بهتر با عوامل روان‌شناختی-اجتماعی مرتبط با بیماری سرطان و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان تا حد زیادی وابسته به افزایش تاب‌آوری در آنها است، شناسایی و طراحی مداخلات در جهت ارتقای تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان ضروری به‌نظر می‌رسد (عظیمی لولتی و کردان، ۱۳۹۷).

افزایش روند رشد سرطان در دنیا و تأثیر همه‌جانبه آن در کیفیت زندگی انسان، اتخاذ اقدامات مناسب در راستای بهبود

1. blood cancer
2. Leukemia
3. Acute Lymphocytic Leukemia
4. Acute Myeloid Leukemia
5. Chronic Lymphocytic Leukemia
6. Chronic Myeloid Leukemia
7. Lightfoot, Smith, & Roman
8. quality of life
9. Nayak et al.
10. World Health Organization

کیفیت زندگی و مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان معناگرا<sup>۱</sup> را ضروری می‌کند (عابدی و همکاران، ۱۳۹۶). بیماری‌های مزمن چالش‌هایی وجودی را برای مبتلایان به وجود می‌آورد (وهلینگ و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). براساس الگوی معنای زندگی پارک و فولکمن<sup>۳</sup> (۱۹۹۷) و پارک<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) رویدادهای تنش‌زای زندگی همچون ابتلا به سرطان سبب آشفتگی شدیدی در زندگی فرد می‌شود؛ زیرا به‌طور کلی تهدیدی برای معنای زندگی به‌شمار می‌رود. رویکرد معناگرا تمام تغییراتی را که کیفیت زندگی فرد را متأثر می‌سازد، با مفهومی تحت عنوان معنای زندگی مرتبط ساخته است. مطابق این دیدگاه، تغییر در معنای زندگی مشکلی است که تغییر در کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری سرطان را به همراه دارد. در واقع، مبتلایان به سرطان علاوه بر آسیب‌های عمیق جسمانی و عملکردی با مسئله‌زدست‌دادن هدف، بی‌ارزشی و بی‌معنی‌بودن زندگی مواجه می‌شوند. این شیوه بر چهار علاقه مهم تأکید می‌کند که ریشه در هستی‌انسان دارند و عبارت‌اند از: مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی (فرانکل و گلمن<sup>۵</sup>، ۲۰۲۰). طبق نظر بریت‌برت<sup>۶</sup> (۲۰۱۷) سرطان به اشکال مختلف جسمانی، عاطفی-هیجانی، معنوی و وجودی موجب درد و رنج در افراد مبتلا می‌شود و توانایی آن‌ها را برای زندگی ثمربخش محدود می‌کند. در این میان، درمان معناگرا به‌عنوان یک مداخله غیروارویی به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند تا با چالش‌های وجودی خود روبه‌رو شوند و به معنا در زندگی‌شان دست یابند و بدین شکل کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند. بریت‌برت و مسترسون<sup>۷</sup> (۲۰۱۶) چنین عنوان کردند که در میان بیماران مبتلا به سرطان، نگرانی‌های وجودی مهم‌ترین موضوعاتی هستند که موجب پریشانی قابل توجه می‌شوند. برای آن دسته از بیمارانی که در حقیقت با مرگ روبه‌رو هستند، معنای زندگی و حفظ آن نه‌تنها از نظر بالینی و وجودی حائز اهمیت است، بلکه از مفاهیم اصلی مداخله درمانی به‌شمار می‌رود. یک رویکرد معناگرا در مراقبت‌های روانی-اجتماعی برای کاهش ناراحتی‌های وجودی در بیماران مبتلا به سرطان ضروری است. در این میان رویکرد معناگرا از جمله رویکردهای مؤثر در این زمینه به‌شمار می‌رود (فرانکل و گلمن، ۲۰۲۰). مطابق این دیدگاه، بسیاری از بیماران در این مرحله به‌دنبال یافتن معنایی برای زندگی خود هستند و زمینه لازم را برای درک و بینش بهتری از زندگی دارند. این تفکر منشأ ظهور یکی از مهم‌ترین رویکردهای درمانی تحت عنوان «معنادرمانی» شده است؛ بنابراین امروزه یکی از راهبردهای درمانی رایج برای ارتقای کیفیت زندگی در زندگی بیماران صعب‌العلاجی چون سرطان و کاهش اضطراب مرگ این بیماران طی فرایندی که به آن «سم‌زدایی مرگ»<sup>۸</sup> اطلاق می‌شود، درمان با بهره‌گیری از رویکرد معناگرا است. تا امروز، روان‌درمانی معناگرا در هردو قالب گروهی و فردی در میان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بررسی شده و پژوهش‌ها مبین اثربخشی این رویکرد برای این گروه از بیماران به‌ویژه در قالب جلسات فردی است (توماس، میر و ایروین<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴)؛ برای مثال، عابدی و همکاران (۱۳۹۶) نتیجه گرفتند گروه‌درمانی معناگرا می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به‌کار گرفته شود. آرمانی (۱۳۹۸) نیز روش معنادرمانی گروه را به‌عنوان روشی مستقل یا در کنار سایر درمان‌ها در جهت افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی افراد پیشنهاد کرد. در پژوهش کریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۶) مداخله معنویت‌درمانی سبب افزایش تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان شد. کیانی و همکاران (۱۳۹۴) نیز نتیجه گرفتند معنویت‌درمانی و توجه به معنویت در زندگی می‌تواند به‌عنوان تکیه‌گاه روانی، به ارتقای سلامت روان مبتلایان به سرطان در شرایط سخت بیماری کمک کند و در پذیرش بیماری توسط بیمار و بهبود اختلال‌های روان‌شناختی مؤثر باشد. نتایج پژوهش لطفی کاشانی، مفید و سرافراز مهر (۱۳۹۲) نشان داد معنویت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. در پژوهش رضایی، رفاهی و احمدی‌خواه (۱۳۹۱) مشخص شد آموزش معنادرمانی بر کاهش افسردگی مبتلایان به سرطان تأثیر معناداری دارد. یافته‌های دیگر تحقیق نیز نشان داد معنادرمانی به شیوه گروهی در مرحله

1. meaning centered therapy
2. Vehling et al.
3. Park & Folkman
4. Park
5. Frankl & Goleman
6. Breitbart
7. Breitbart & Masterson
8. detoxify death
9. Thomas, Meier, & Irwin

پیگیری نیز تأثیر معناداری بر کاهش میزان افسردگی این بیماران دارد. در پژوهش حمید و همکاران (۱۳۹۰) یافته‌های پژوهش بیانگر کاهش معنادار میانگین نمرات اضطراب و افسردگی و افزایش معنادار میانگین نمرات کیفیت زندگی گروه آزمایش به نسبت گروه گواه بود. در این صورت می‌توان گفت معنادرمانی گروهی موجب کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان می‌شود. در پژوهش دیگری که بریت‌برت و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) انجام دادند، معنادرمانی فردی بر کیفیت زندگی، معنای زندگی، بهزیستی معنوی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بود. در پژوهش بریت‌برت و همکاران (۲۰۱۰) معنادرمانی گروهی موجب بهبود بهزیستی معنوی و احساس معنا و کاهش اضطراب مرگ در مبتلایان به سرطان شد و این نتایج همچنان در دوره پیگیری تداوم داشت.

درک و شناسایی معناداری وقایع زندگی نظیر ابتلا به بیماری نظیر سرطان در رویکرد وحدت‌مدار، یکی از اساسی‌ترین موضوعات در کیفیت و تحول مثبت زندگی انسان است و همواره در سلامت روانی و رضایت‌مندی او از زندگی نقش مهمی داشته است (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۶). رویکرد وحدت‌مدار انسان را پرتاب‌شده در هستی نمی‌بیند و ماهیت و انگیزه‌های روانی انسانی را برآمده از عشق، اتصال، و دل‌بستگی به عالم وحدت می‌داند که به زندگی معنا و هدفی وحدانی می‌دهد (زاده‌محمدی، ۱۳۹۷). رویکرد وحدت‌مدار فهم تازه و معناداری از داستان و وقایع زندگی فرد به وجود می‌آورد که به یکپارچگی و معنایی سازنده منجر می‌شود (زاده‌محمدی، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد کشف معنا در رخدادهای زندگی از طریق نیروی وحدت، موجب پدیدآمدن ظرفیت‌های مثبت برای پذیرش و مقابله سازگارانه با مشکلات می‌شود. بیمار مبتلا به سرطان با روایت وحدانی زندگی خویش در انجام تمرین‌های وحدت‌مدار قادر خواهد بود به خوبی هر آنچه از وقایع زندگی برداشت کرده، شرح و با زندگی خود انطباق دهد و تاب‌آورانه به مقابله با سرطان بپردازد. رویکرد وحدت‌مدار در پی ایجاد انسجام داستان معنادار و غایت‌مداری از اتفاقات زندگی است که فرد را به خوبی با خود و دیگران و هستی هماهنگ و یکپارچه سازد و ذهنی واقعیت‌گرا و در ضمن متصل و ایمن به اصل یکتایی وجود خود ایجاد کند. در این مداخله کمک می‌شود تا افراد معنا و اصالت زندگی را در روابط و جهانی هدف‌دار و غایت‌مدار پیگیری کنند. در نگاه وحدت‌مدار هر اتفاقی در زندگی یک وحدت است و همه رویدادهای آن علی‌رغم تلخی‌ها سرشار از حکمت و هدفی غایی است و به سوی وحدت زندگی حرکت می‌کند. این اندیشه وحدت‌مدار از درون رویدادها و وقایع زندگی، به رنج‌ها درک و غایتی سازنده و معنادار می‌دهد و کمک می‌کند تا فرد به گونه‌ای تازه و مثبت با تجارب زندگی خود ارتباط برقرار کند (زاده‌محمدی، ۱۳۹۵). در این راستا، یافته‌های پژوهش نصیری هانسی و همکاران (۱۳۹۷) نشانگر اثربخشی قابل توجه آموزش روان‌شناسی وحدت‌مدار بر سلامت روانی مادران است. تحول ارزش‌های انسان‌دوستانه، افزایش بهزیستی روانی، بردباری، همدلی، تحقق خویش و حضور وحدت‌یافته، متأثر از شرکت آن‌ها در جلسه‌های آموزش روان‌شناسی وحدت‌مدار بوده است. در پژوهش سوادی، بهمنی و زاده‌محمدی (۱۴۰۰) نتایج نشان داد مداخله فردی از نوع آموزش مفاهیم رویکرد وحدت‌مدار با توجه ویژه به نیازهای بنیادی وجودی و معنوی موجب کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی مادران داغ‌دیده می‌شود. ابراهیمی قیه‌قشلاق، زاده‌محمدی و پناغی (۱۳۹۸) در پژوهشی نتیجه گرفتند آموزش مبتنی بر روان‌شناسی وحدت‌مدار می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ زنان به کار رود.

چنان‌که از پیشینه پژوهش برمی‌آید، رویکرد معناگرا در بهبود کیفیت زندگی و ارتقای تاب‌آوری بیماران سرطانی رویکردی اثربخش است. با توجه به اثربخشی رویکرد معناگرا در ارتقای کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان، این پژوهش، اثربخشی یک نظریه بومی مبتنی بر فلسفه وحدت را که اساس عرفان اسلامی است، در بیماران مبتلا به سرطان بررسی می‌کند. به این ترتیب اثربخشی این دو رویکرد، یعنی رویکرد بومی وحدت‌مدار و رویکرد پدیدارشناسی معناگرا، بر اضطراب و تاب‌آوری و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان مقایسه می‌شود که تازگی این موضوع می‌تواند پژوهش‌ها را به یافته‌های جدیدی مجهز کند؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤال‌های زیر است:

آیا درمان معناگرا بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان خون اثربخش است؟



۰/۷۷، ۰/۷۱ و ۰/۷۴ به‌دست آمد.

### ۲-۲-۲. مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون<sup>۱</sup> (CD-RISC)

مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که تاب‌آوری را در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای «همیشه نادرست = صفر» تا «همیشه درست = ۴» پرسش می‌کند. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و همبستگی درونی بین عوامل را در دامنه‌ای از ۰/۳۰ تا ۰/۷۰ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۷ را به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی مثبت مقیاس تاب‌آوری با ابزار سخت‌رویی کوباسا<sup>۳</sup> (۰/۸۳) و مقیاس حمایت اجتماعی شیهان<sup>۴</sup> (۰/۳۶)، همبستگی منفی این مقیاس با مقیاس استرس ادراک‌شده<sup>۵</sup> (۰/۷۶-) و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان<sup>۶</sup> (۰/۳۲-) را به‌عنوان شاخصی از روایی همگرایی این ابزار گزارش کردند. در هنجاریابی ایرانی این ابزار که کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) انجام دادند، نتایج ضرایب همبستگی روایی هم‌زمان حاکی از همبستگی منفی و معنادار تاب‌آوری و پرخاشگری و همبستگی مثبت و معنادار با خودکارآمدی و رضایت از زندگی بود. مقدار آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن-برون به‌ترتیب ۰/۶۶۹ و ۰/۶۶۵ به‌دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۱ محاسبه شد.

### ۲-۲-۳. پرسشنامه اضطراب بک<sup>۷</sup> (BAI)

پرسشنامه اضطراب بک، استیر و گاربین<sup>۸</sup> (۱۹۸۸) شامل ۲۱ گویه است که در یک طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از اصلاً (صفر) تا شدید (۳) نمره‌گذاری می‌شود. برای این پرسشنامه نقاط برش صفر تا ۷ (هیچ یا کمترین حد اضطراب)، ۸ تا ۱۵ (اضطراب خفیف)، ۱۶ تا ۲۵ (اضطراب متوسط) و ۲۶ تا ۶۳ (اضطراب شدید) گزارش شده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۴۰۰). بک و همکاران (۱۹۸۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی این ابزار را با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون<sup>۹</sup> ۰/۵۱ و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون ۰/۲۵ به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۹۰ به‌دست آمد.

### ۲-۳. روش اجرای مداخلات درمانی

**درمان معناگرا:** در این پژوهش درمان معناگرا که براساس کتاب بریت‌برت و پیپتو (۱۳۹۸) تدوین شده، در هفت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان معناگرا برای مبتلایان به سرطان

هدف	توضیحات
جلسه اول: معرفی مفاهیم درمان و منابع معنا	معرفی و آشنایی با درمان، معرفی و آشنایی کلی بیمار و درمانگر، مروری کلی بر درمان و اهداف درمانی معناگرا، آشنایی با داستان سرطان بیمار، پرس‌وجو و فهم تعریف بیمار از سرطان و معنای آن از دیدگاه او، تعریف درمانگر از معنا تمرین لحظات معنادار، بیان خلاصه‌ای از جلسه، مروری اجمالی بر جلسه بعد (دوم): سرطان و معنا، پیشنهاد خواندن فصل اول کتاب در جست‌وجوی معنا نوشته فرانکل (۱۳۹۱) و خواندن خلاصه‌ای از آن و توضیح آن توسط درمانگر، توضیح درمورد تکلیف تجربی که در اختیار بیمار قرار داده می‌شود، یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد
جلسه دوم: سرطان و معنا، هویت فرد پیش و بعد از بیماری سرطان	بررسی کلی شخصی و پزشکی بیمار، مرور خلاصه‌ای از جلسه اول، تأمل بر جلسه اول، بررسی و گفت‌وگو درباره تکالیف جلسه اول، توجه‌دادن به درک حاصل از جلسه اول و مفهوم معنا (یافتن و کشف معنا، گسترش و حفظ آن در مواجهه با سرطان)، تأمل بر تکلیف جلسه اول با توجه به هویت قبل و بعد از تشخیص سرطان، مرور اجمالی تکالیف جلسه دوم با توجه به هویت فردی بیمار بعد از ابتلا به سرطان، پایان‌دادن به جلسه و یادآوری تکلیف تجربی جلسه دوم و توجه‌دادن به تاریخ و زمان جلسه بعد

1. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
2. Connor & Davidson
3. Kobasa hardiness measure
4. Sheehan Social Support Scale
5. Perceived Stress Scale
6. Sheehan Stress Vulnerability Scale
7. Beck Anxiety Inventory
8. Beck, Steer, & Garbin
9. Hamilton Anxiety Rating Scale

هدف	توضیحات
جلسه سوم: منابع معنا: زندگی به عنوان میراثی که داده شده	بررسی کلی شخصی و پزشکی بیمار، مرور جلسه دوم، تأمل بر جلسه دوم، بررسی و گفت‌وگو درباره تکلیف جلسه دوم، بررسی معنا در بافت گذشته، حال و آینده زندگی شخصی بیمار، بررسی نظریه زندگی از زاویه سرمایه و موهبت‌های داده‌شده به بیمار و پرسش از بیمار درباره تعریف و درک شخصی او از مفهوم میراث در دیدگاه فردی او، تمرین تجربی زندگی به‌عنوان میراثی که به فرد داده شده (میراث گذشته: تأمل بر میراث و سرمایه خانوادگی و دستاوردها و... میراث حال و آینده: تأمل و گفت‌وگو درباره نقش‌های معنادار و دستاوردها، درس‌ها و آموخته‌های زندگی و آنچه بیمار برای دیگری برجای می‌گذارد، مرور جلسه سوم، معرفی جلسه چهارم، ارائه تکلیف جلسه سوم و بیان خلاصه جلسه چهارم، پایان دادن به جلسه و یادآوری تکلیف تجربی و توجه دادن به تاریخ و زمان جلسه بعد
جلسه چهارم: منابع نگرشی معنا، مواجهه با محدودیت‌های زندگی	بررسی وضعیت شخصی و پزشکی بیمار، تأمل و بررسی خلاصه جلسه سوم، بررسی تکلیف جلسه سوم، گفت‌وگو و معرفی و بیان منابع نگرشی معنا با توجه به محدودیت‌های زندگی هنگام مواجهه با بیماری یا پایان زندگی و چگونگی مقابله بیمار با وجود این محدودیت‌ها و با توجه به تشخیص سرطان (حال: بیمار اکنون چگونه با این محدودیت‌ها مواجه شده، آینده: بیمار امیدوار است یا می‌خواهد آیندگان چگونه او را به‌خاطر بیاورند)، منابع خلق معنا، ارائه تکلیف تجربی جلسه چهارم و پیگیری پروژه میراث، پایان دادن به جلسه و یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد
جلسه پنجم: منابع خلق معنا، خلاقیت و شجاعت و مسئولیت‌پذیری	بررسی شخصی و پزشکی بیمار، تأمل و گفت‌وگو درباره جلسه چهارم، بررسی تکلیف جلسه چهارم با توجه به فرایند میراث، گفت‌وگو و معرفی موضوع جلسه پنجم با توجه مجدد به تکالیف و یافته‌های جلسات گذشته، بررسی خلاصه معنای برآمده از خلاقیت و مسئولیت، فهم و درک جوهره خلاقیت و مسئولیت‌پذیری (گذشته: تلاش‌های خلاقانه، حال: خلاقیت از طریق شجاعت و تعهد)، گفت‌وگو و فهم مسئولیت: توانایی فرد برای پاسخ به زندگی، مسئولیت‌های گذشته، حال و آینده و گفت‌وگو درباره کارهای ناتمام، پایان دادن به جلسه با بیان خلاصه‌ای از جلسه، معرفی جلسه بعد منابع تجربه‌ای معنا، ارائه تکلیف تجربه‌ای جلسه پنجم، یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد
جلسه ششم: منابع تجربه‌های معنا، ارتباط با زندگی از طریق عشق، زیبایی، و شوخ‌طبعی	بررسی وضعیت شخصی و پزشکی بیمار، مرور مجدد موضوعات، تکالیف و مفاهیم ساختارمند هفتگی و تغییر جهت به سمت موضوع این جلسه و حرکت به سوی جلسه آخر، بررسی افکار و احساسات بیمار با توجه به نزدیک شدن به پایان جلسات و مداخله درمانی، گفت‌وگو و فهم اتصال با زندگی از طریق تمرین عشق و زیبایی و شوخ‌طبعی، پیگیری پیشرفت پروژه میراث، پایان دادن به جلسه با بیان خلاصه‌ای از جلسه، معرفی جلسه بعد گذار و آخرین تأمل و امیدهایی برای آینده، ارائه تکلیف جلسه ششم، یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد
جلسه هفتم: گذار، آخرین تأمل و امیدهایی برای آینده	بررسی شخصی و پزشکی بیمار، تأمل و خلاصه‌ای بر جلسات گذشته، مرور و مفهوم‌پردازی پروژه میراث، بیان تجربه بیمار از جلسات درمانی و مرور تکالیف و جمع‌بندی مجدد جلسات و یافتن امیدهایی برای آینده، مرور و گفت‌وگو درباره لحظات با معنا در جلسات، قدردانی و تشکر و تقویت تجارب مشترک و متفاوت بیمار و درمانگر و...

### درمان وحدت‌مدار: در این پژوهش درمان وحدت‌مدار که براساس رویکرد روان‌درمانی وحدت‌مدار زاده‌محمدی (۱۳۹۳)

تدوین شده، در هفت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

#### جدول ۲. شرح جلسات درمان وحدت‌مدار

هدف	توضیحات
جلسه اول: آشنایی با درمان	بررسی و آگاهی کامل از شرح حال و شکایات اصلی مراجع، ابراز افکار و احساسات نسبت به بیماری‌اش و گفت‌وگو درباره چرایی و چگونگی اتفاقات
جلسه دوم: گفت‌وگو درباره چیستی خلقت و هدف از حضور انسان در هستی	برای ارتقای درک اتصال وحدت‌مدار و معنادار مراجع با هستی از او درخواست می‌کنیم که در یک ورق A3 شکل هستی را تصور و رسم کند. اینکه هستی چیست و چه هدف و غایتی دارد و هدف انسان از خلقت چیست و زندگی چه معنایی دارد. حضور او در هستی برای چیست، دنبال چیست و سرانجام او چیست و به کجا می‌رود. آماده‌سازی مراجع برای گفت‌وگو درباره وحدت هستی و غایت‌مداری و هدف‌داری آن؛ اینکه هستی تصادفی نیست و در ذات آن هدف دارد و انسان به‌عنوان موحی از آن در مسیر حقیقت جاری آن است.
جلسه سوم: گفت‌وگو درباره مشکل و اینکه ریشه‌های ترس و اضطراب انسانی در جدایی از وحدت هستی و تنهایی است که در اثر قطع دلبستگی‌ها ادراک می‌شود.	هر مشکل کثرتی در وحدت است و با خود معنای وحدت دارد. کثرتی (کثرت) در شکل‌گیری آن مؤثر است که بسیاری از عوامل دست بشر نیست، اما هدفی نهانی دارد. در هر مشکلی، روشنگری و ظرفیت‌های مثبتی وجود دارد که به تعبیر مولوی گنجی در رنج است و زیر ویرانی گنج پنهان است که لازم است به معنای مثبت سختی‌ها و دردهای زندگی هشیار شویم. تمرین مراقبه برای درک و اتصال بی‌واسطه خود در هستی؛ آموزش و انجام تمرین مراقبه با مراجع و انجام خودگویی‌های مثبت در اوج مراقبه برای تجربه تعلق باطنی و بنیادی خود با هستی یگانه؛ برای مثال در حالت مراقبه و اوج احساس یگانگی، مراجع به خود می‌گوید: ای وجود یگانه از وحدت هستی تو هستم و در تو حضور دارم و از وجود لایتناهی تو نیرو و معنا می‌گیرم.



هدف	توضیحات
جلسه چهارم: آگاهی از پذیرش واقعیت اتفاقات زندگی برای زیستن معنادار در وحدت هستی و کاهش اضطراب و تنش	پذیرش واقعیت رخدادهای زندگی و مدارا و تحمل در برابر رنج و سختی آن با دوری از قضاوت‌های شخصی و حضور در درک معنای وحدت‌مدار آن‌ها؛ پذیرش احساسات و قبول رنج و سختی‌ها، توان و بودن در وحدتی را که جاری است تقویت می‌کند. همان حضور در اینجا و اکنونی ما را در او آرامش می‌بخشد.
جلسه پنجم: مفهوم جاودانگی حضور انسان در هستی مرگ به‌عنوان یک تحول و تولد دوباره و آغاز زندگی متعالی دیگر	گفت‌وگو درباره مرگ و اضطراب مرگ: آیا مرگ امری تحولی است و انسان و باقی ماندگار است یا سرانجام مرگ، میرایی و نیستی است. واری‌های آن‌ها؛ پذیرش این‌ها که در زندگی مراجع منشأ اضطراب‌ها و نگرانی‌های اوست و گفت‌وگو درباره چرایی‌های آن‌ها و یافتن معنای تازه برای آن‌ها تمرین: انجام تمرین تولد خویشتن و رهاشدن از قفس رحم مادر و رهاشدن از وابستگی بند ناف و آغاز تحول و پیوستگی‌های جدید و آمادگی برای به درک تحولی تحول و زندگی متعالی دیگر
جلسه ششم: مرور و تحلیل وحدت‌مدار برخی از اتفاقات داستان زندگی مراجع و یافتن آگاهی‌هایی که به رنج او معنا می‌دهد	مرور داستان زندگی مراجع: اگر فرض کنید به تعبیر مولانا جهان و اتفاقات معنا دارند و در هر ویرانی هم گنج پنهانی قابل شناسایی است، با توجه به مباحث جلسات، چه راهبردها و معناهای روان‌شناختی‌ای می‌تواند این بیماری دردناک را که ویرانی جسم شما را هدف قرار داده معنا بخشد؟
جلسه هفتم: جمع‌بندی	مرور جلسات گذشته و بحث درباره تجارب و نظرات

## ۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای آزمون فرضیه‌ها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (طرح آمیخته) به شرط برقراری پیش‌شرط‌های آزمون از جمله نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها خطا، واریانس‌های درون آزمودنی‌ها و ماتریس واریانس-کوواریانس و خطی بودن و نرم‌افزار SPSS-24 و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد.

## ۳. یافته‌ها

### ۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

در پژوهش حاضر در هر گروه ۱۰ زن (۵۸/۸۲ درصد) و ۷ مرد (۴۱/۱۸ درصد) حضور داشتند. نتایج آمار توصیفی نشان داد میانگین و انحراف معیار سنی گروه وحدت‌مدار ۸/۳۴ ± ۴۰/۵۸ و گروه گواه ۷/۴۱ ± ۳۹/۵۰ است. در گروه وحدت‌مدار پنج نفر مجرد (۲۹/۴۱ درصد)، ۸ نفر متأهل (۴۷/۰۶ درصد) و ۴ نفر مطلقه (۲۳/۵۳ درصد) بودند. در گروه گواه ۳ نفر مجرد (۱۸/۷۵ درصد) و ۱۳ نفر متأهل (۸۱/۲۵ درصد) بودند. میانگین طول مدت بیماری برای گروه آزمایش ۱/۵۶ ± ۰/۰۶۷ و برای گروه گواه ۱/۹۸ ± ۰/۰۳۷ بود.

### ۳-۲. شاخص‌های توصیفی

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد و آماره شاپیرو-ویلک مؤلفه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری
کیفیت زندگی شناختی	پیش‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۲/۰۰	۱/۷۳	۰/۹۵۵	۰/۵۴۸
		درمان معناگرا	۱۱/۸۹	۱/۴۸	۰/۸۸۲	۰/۰۵۳
		گواه	۱۲/۶۸	۱/۵۷	۰/۹۲۶	۰/۲۰۹
	پس‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۶/۲۳	۱/۶۴	۰/۹۱۲	۰/۱۰۶
		درمان معناگرا	۱۹/۲۶	۱/۳۴	۰/۹۲۷	۰/۱۵۵
		گواه	۱۲/۲۵	۱/۴۳	۰/۹۲۱	۰/۱۷۵
پیگیری	درمان وحدت‌مدار	۱۶/۷۶	۱/۸۵	۰/۹۳۳	۰/۲۳۸	
	درمان معناگرا	۱۹/۵۷	۱/۳۰	۰/۹۲۵	۰/۱۳۹	
	گواه	۱۲/۳۱	۱/۵۳	۰/۹۳۴	۰/۲۷۸	
کیفیت زندگی جسمانی	پیش‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۰/۹۴	۰/۸۹	۰/۹۵۱	۰/۶۱۷
		درمان معناگرا	۱۰/۳۶	۰/۸۳	۰/۹۱۶	۰/۲۱۹
		گواه	۱۱/۰۰	۰/۸۹	۰/۹۱۸	۰/۲۳۵

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلک	سطح معناداری	
ایفای نقش	پس‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۴/۴۱	۰/۷۱	۰/۹۱۷	۰/۲۳۰	
		درمان معناگرا	۱۴/۰۵	۰/۷۰	۰/۹۰۰	۰/۱۳۲	
		گواه	۱۱/۳۱	۰/۷۰	۰/۹۴۸	۰/۵۷۵	
	پیگیری	درمان وحدت‌مدار	۱۴/۲۳	۰/۷۵	۰/۸۷۳	۰/۰۵۷	
		درمان معناگرا	۱۳/۹۷	۰/۶۲	۰/۹۴۴	۰/۵۱۱	
		گواه	۱۱/۱۸	۰/۸۲	۰/۹۳۶	۰/۴۰۴	
	پیش‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۰/۲۹	۰/۸۴	۰/۹۲۷	۰/۳۱۴	
		درمان معناگرا	۹/۵۷	۰/۶۹	۰/۹۴۴	۰/۵۱۱	
		گواه	۱۱/۴۳	۰/۶۲	۰/۹۰۵	۰/۱۵۷	
	پس‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۴/۳۵	۰/۷۸	۰/۹۳۵	۰/۳۹۶	
		درمان معناگرا	۱۳/۷۳	۰/۶۵	۰/۹۵۳	۰/۶۵۲	
		گواه	۱۱/۵۰	۰/۶۳	۰/۹۳۵	۰/۳۹۸	
پیگیری	درمان وحدت‌مدار	۱۴/۵۲	۰/۷۱	۰/۹۳۴	۰/۳۸۱		
	درمان معناگرا	۱۴/۱۰	۰/۷۳	۰/۹۰۲	۰/۱۴۳		
	گواه	۱۱/۰۰	۰/۷۳	۰/۹۳۸	۰/۴۳۶		
کیفیت زندگی احساسی	پیش‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۵/۷۶	۱/۱۴	۰/۹۳۵	۰/۴۰۰	
		درمان معناگرا	۶/۱۰	۱/۰۴	۰/۹۱۹	۰/۲۴۳	
		گواه	۶/۳۱	۰/۷۹	۰/۹۱۸	۰/۲۳۵	
	پس‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۹/۷۰	۱/۱۰	۰/۹۲۷	۰/۳۰۹	
		درمان معناگرا	۱۱/۶۳	۱/۳۱	۰/۹۰۲	۰/۱۴۳	
		گواه	۵/۹۳	۰/۶۸	۰/۹۱۴	۰/۲۰۹	
	پیگیری	درمان وحدت‌مدار	۱۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۹۱۸	۰/۲۳۹	
		درمان معناگرا	۱۲/۱۵	۰/۸۳	۰/۹۴۵	۰/۵۲۶	
		گواه	۵/۶۸	۰/۷۰	۰/۹۲۶	۰/۳۰۶	
	کیفیت زندگی اجتماعی	پیش‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۶/۱۱	۰/۹۹	۰/۹۴۲	۰/۴۷۷
			درمان معناگرا	۵/۶۳	۰/۸۳	۰/۹۷۷	۰/۹۷۰
			گواه	۵/۶۲	۰/۷۱	۰/۹۵۱	۰/۶۱۰
پس‌آزمون		درمان وحدت‌مدار	۱۰/۵۲	۰/۹۴	۰/۹۱۴	۰/۲۰۸	
		درمان معناگرا	۱۰/۵۷	۱/۰۱	۰/۹۳۲	۰/۴۰۴	
		گواه	۵/۸۷	۰/۶۸	۰/۸۸۳	۰/۰۷۹	
پیگیری		درمان وحدت‌مدار	۱۰/۷۶	۰/۷۵	۰/۹۱۵	۰/۲۰۴	
		درمان معناگرا	۱۰/۷۸	۱/۰۳	۰/۹۳۳	۰/۴۱۵	
		گواه	۵/۸۷	۰/۶۱	۰/۹۷۵	۰/۰۶۴	
تاب‌آوری		پیش‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۸/۸۸	۱/۳۱	۰/۹۱۳	۰/۱۱۳
			درمان معناگرا	۹/۱۰	۱/۱۹	۰/۹۲۳	۰/۱۳۱
			گواه	۹/۰۰	۱/۳۱	۰/۹۰۱	۰/۰۸۴
	پس‌آزمون	درمان وحدت‌مدار	۱۶/۱۷	۱/۲۸	۰/۸۹۰	۰/۰۴۶	
		درمان معناگرا	۱۶/۱۰	۱/۴۱	۰/۹۲۱	۰/۱۱۹	
		گواه	۹/۰۶	۱/۲۸	۰/۹۱۷	۰/۱۴۹	
	پیگیری	درمان وحدت‌مدار	۱۶/۳۵	۱/۳۲	۰/۸۱۰	۰/۰۵۳	
		درمان معناگرا	۱۶/۳۱	۱/۴۱	۰/۹۴۲	۰/۲۹۲	
		گواه	۹/۰۶	۱/۱۸	۰/۹۱۴	۰/۱۳۷	

در پژوهش حاضر مطابق جدول ۳ انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلک مربوط به نمره‌های شرکت‌کننده‌ها را در سه گروه درمان معناگرا، درمان وحدت‌مدار و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد توزیع داده‌ها به استثنای مرحله پس‌آزمون درمان وحدت‌مدار برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری نرمال هستند ( $P > 0.05$ ). در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل

واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی شد. آماره لون<sup>۱</sup> برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای وابسته در سه مرحله برقرار بود ( $P > 0.05$ ). بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی<sup>۲</sup> نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی برقرار است ( $P > 0.05$ )، اما برای متغیر تاب‌آوری برقرار نیست ( $P < 0.01$ ) و بدین جهت از اصلاح گرینهوس-گیسر<sup>۳</sup> یا هیون فلت<sup>۴</sup> استفاده شد.

### ۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

جدول ۴. نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	$\eta^2$
کیفیت زندگی شناختی	اثر گروه	۲	۲۶۳/۶۶	۴۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	اثر زمان	۱/۸۷	۲۷۷/۷۳	۹۱۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
	اثر متقابل	۳/۷۴	۹۸/۳۰	۳۲۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳۰
	اثر گروه	۲	۵۶/۹۴	۴۸/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
کیفیت زندگی جسمانی	اثر زمان	۱/۴۴	۱۳۹/۸۸	۳۲۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸
	اثر متقابل	۲/۸۹	۲۷/۲۸	۶۲/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰
	اثر گروه	۲	۳۸/۹۴	۳۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
ایفای نقش	اثر زمان	۱/۸۶	۱۴۱/۶۱	۵۰۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
	اثر متقابل	۳/۷۳	۳۹/۹۸	۱۴۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
	اثر گروه	۲	۲۰۹/۵۳	۹۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
کیفیت زندگی احساسی	اثر زمان	۱/۷۸	۱۹۱/۹۹	۶۸۱/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳
	اثر متقابل	۳/۵۶	۶۸/۲۵	۲۴۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
	اثر گروه	۲	۱۸۲/۸۲	۱۰۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۴
کیفیت زندگی اجتماعی	اثر زمان	۱/۹۷	۲۰۴/۱۲	۸۶۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
	اثر متقابل	۳/۵۹	۴۴/۳۰	۱۸۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵

جدول ۴ نشان داد درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ( $P = 0.001$ ) اثر افزایش‌دهنده داشتند. اثر زمان موجب افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی ( $P = 0.001$ ) نسبت به مرحله پیش‌آزمون شد. اثر متقابل زمان\*گروه‌ها موجب افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی ( $P = 0.001$ ) نسبت به گروه گواه شد. در ادامه، تحلیل برای هر یک از مؤلفه‌ها سه بار تکرار و در هر بار فقط دو گروه مقایسه شد که نتیجه آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. مقایسه معناداری اثر متقابل گروه\*زمان به‌صورت دوگروهی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	$\eta^2$
کیفیت زندگی شناختی	گروه اول-گروه دوم	۰/۲۵۰	۰/۱۵۴	۰/۲۶۸	۰/۷۱۹	۰/۰۰۸
	گروه اول-گروه سوم	۱۳۳/۱۶	۶۶/۵۸	۳۰۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۷
	گروه دوم-گروه سوم	۳۶۴/۶۴	۱/۷۰	۲۱۳/۴۴	۵۲۶/۷۵	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی جسمانی	گروه اول-گروه دوم	۰/۳۹۴	۰/۳۱۹	۰/۵۲۴	۰/۵۱۰	۰/۰۱۵
	گروه اول-گروه سوم	۵۳/۹۲	۲۶/۹۶	۱۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
	گروه دوم-گروه سوم	۶۶/۲۱	۱/۴۹	۴۴/۲۵	۹۶/۱۸	۰/۰۰۱
ایفای نقش	گروه اول-گروه دوم	۰/۳۹۳	۰/۲۱۵	۰/۷۹۹	۰/۴۴۴	۰/۰۲۳
	گروه اول-گروه سوم	۱۰۵/۱۲	۵۲/۵۶	۲۳۶/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴
	گروه دوم-گروه سوم	۱۲۲/۰۸	۲	۱۹۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
کیفیت زندگی احساسی	گروه اول-گروه دوم	۱۶/۱۹	۸/۷۸	۲۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷

1. Levene's test
2. Mauchly's Test of Sphericity
3. Greenhouse-Geisser
4. Huynh-Feldt

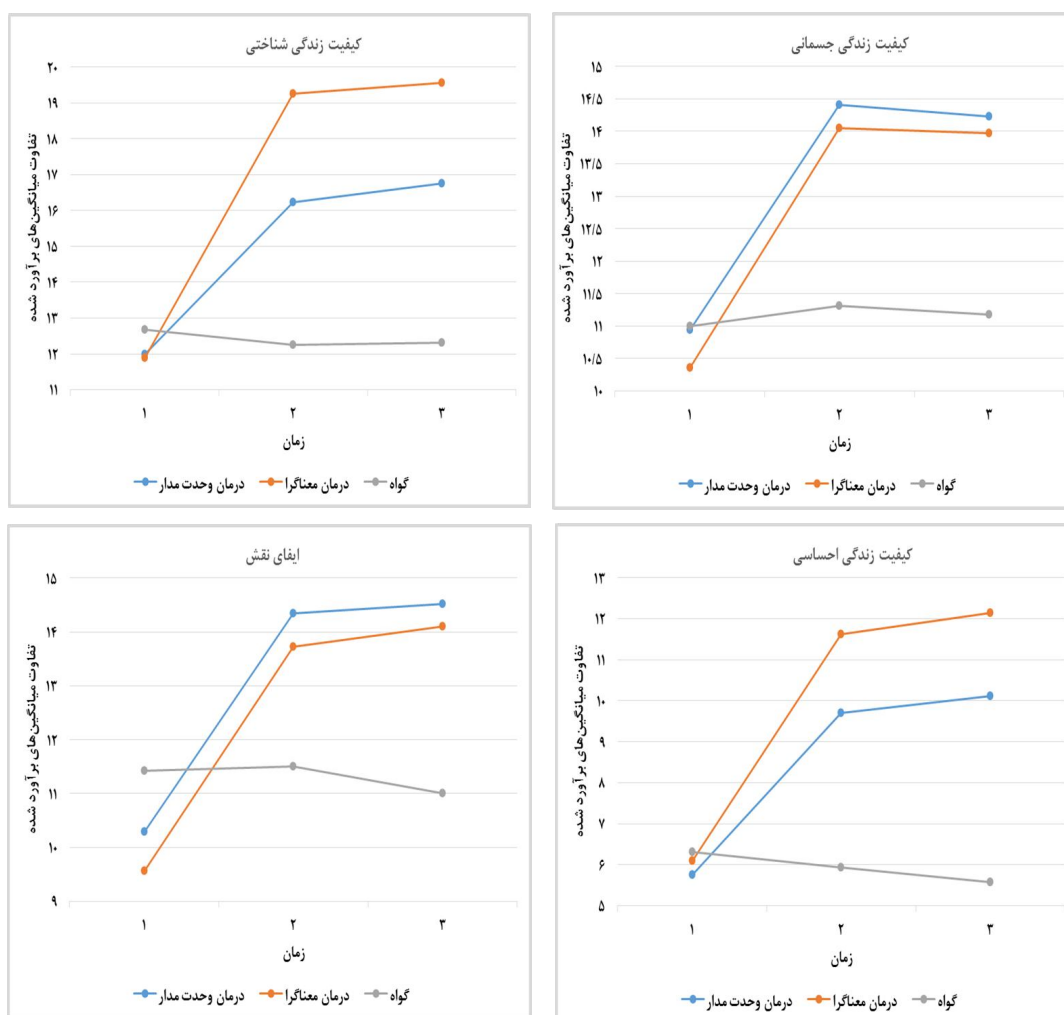
گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η <sup>۲</sup>
گروه اول-گروه سوم	۱۲۰/۴۶	۱/۶۱	۷۴/۵۳	۲۹۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
گروه دوم-گروه سوم	۲۳۱/۶۷	۱/۷۸	۱۲۹/۶۷	۴۱۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
گروه اول-گروه دوم	۱/۶۴	۱/۷۷	۰/۹۲۵	۳/۰۰	۰/۰۶۳	۰/۰۸۱
گروه اول-گروه سوم	۱۰۳/۶۴	۲	۵۱/۸۲	۲۸۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
گروه دوم-گروه سوم	۱۳۷/۰۸	۱/۸۱	۷۵/۳۹	۳۸۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۱

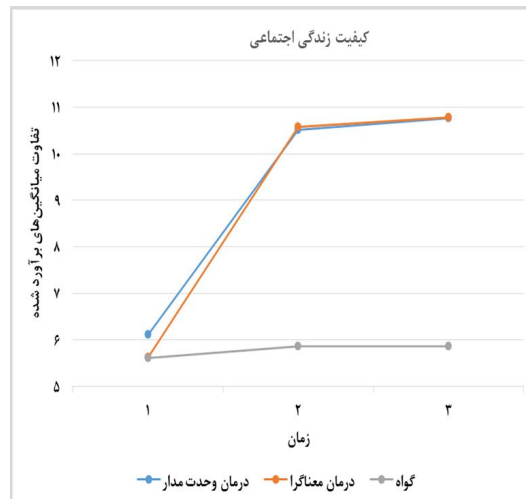
گروه اول: درمان وحدت‌مدار

گروه دوم: درمان معناگرا

گروه سوم: گواه

جدول ۵ نشان داد درمان وحدت‌مدار در مقایسه با گروه گواه بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر افزایش‌دهنده دارد. همچنین نشان داد درمان معناگرا نیز بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر افزایش‌دهنده دارد. همسو با این مطالب، نمودارهای شکل ۱ مشخص کرد میانگین نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه گواه افزایش یافته است. درنهایت براساس جدول ۵، بین اثربخشی درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا بر مؤلفه کیفیت زندگی احساسی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P=۰/۰۰۱$ ).





شکل ۱. تغییرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه پژوهش

جدول ۶. نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر متغیر تاب‌آوری

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	$\eta^2$
اثر گروه	۷۶۰/۰۷	۲	۳۸۰/۰۳	۹۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
تاب‌آوری اثر زمان	۸۱۱/۷۷۳	۱/۷۲	۴۶۹/۳۷	۷۷۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۰
اثر متقابل	۶۶۸/۶۵	۲/۵۴	۲۶۲/۴۸	۱۸۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲

مطابق جدول ۶، درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا بر تاب‌آوری ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر افزایش‌دهنده داشته‌اند. اثر زمان موجب افزایش تاب‌آوری ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به مرحله پیش‌آزمون شده است. اثر متقابل زمان\*گروه‌ها نیز موجب افزایش تاب‌آوری ( $P=۰/۰۰۱$ ) نسبت به گروه گواه شد.

در ادامه تحلیل برای متغیر تاب‌آوری سه بار تکرار و در هر بار تنها دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. مقایسه معناداری اثر متقابل گروه\*زمان به صورت دوگروهی بر متغیر تاب‌آوری

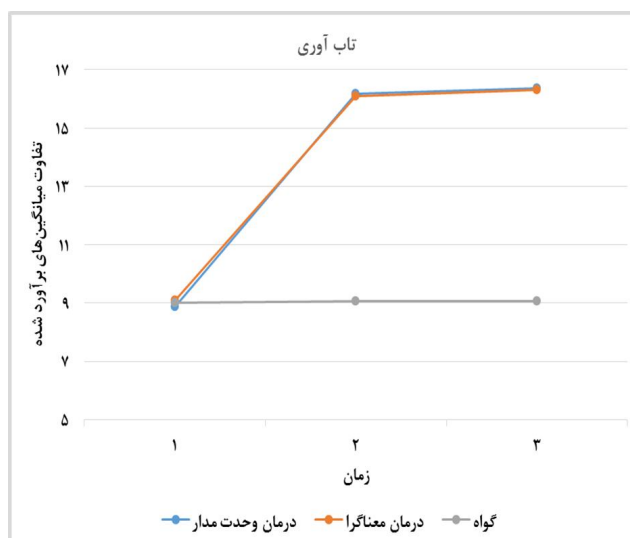
گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	$\eta^2$
گروه اول-گروه دوم	۰/۴۶۴	۱/۴۵	۰/۳۱۹	۰/۳۵۲	۰/۶۳۷	۰/۰۱۰
تاب‌آوری گروه اول-گروه سوم	۲۹۴/۵۴	۲	۱۴۷/۲۷	۳۳۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۵
گروه دوم-گروه سوم	۲۷۸/۴۰	۱/۶۸	۱۷۰/۷۴	۳۰۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳

گروه اول: درمان وحدت‌مدار

گروه دوم: درمان معناگرا

گروه سوم: گواه

مطابق جدول ۷، درمان وحدت‌مدار در مقایسه با گروه گواه بر متغیر تاب‌آوری ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر افزایش‌دهنده دارد. همچنین درمان معناگرا نیز بر متغیر تاب‌آوری ( $P=۰/۰۰۱$ ) اثر افزایش‌دهنده داشته است. همسو با این مطالب، نمودارهای شکل ۲ نشان داد میانگین نمره‌های تاب‌آوری هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در نهایت براساس جدول ۷، بین اثربخشی درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا بر متغیر تاب‌آوری ( $P=۰/۶۳۵$ ) تفاوت معناداری وجود ندارد.



شکل ۲. تغییرات متغیر تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه پژوهش

#### ۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت‌مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بود. مطابق نتایج، درمان معناگرا اثربخشی بیشتری از درمان وحدت‌مدار بر مؤلفه کیفیت زندگی احساسی بیماران دارد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های سواد، بهمنی و زاده‌محمدی (۱۴۰۰)، ابراهیمی قیه قشلاق، زاده‌محمدی و پناغی (۱۳۹۸)، آرمانی (۱۳۹۸)، نصیری هانیس و همکاران (۱۳۹۷)، کریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۶)، عابدی و همکاران (۱۳۹۶)، کیانی و همکاران (۱۳۹۴)، لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲)، رضایی، رفاهی و احمدی‌خواه (۱۳۹۱)، حمید و همکاران (۱۳۹۰)، بریت‌برت و همکاران (۲۰۱۸) و بریت‌برت و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. نتایج پژوهش همچنین نشان داد بین اثربخشی درمان وحدت‌مدار و درمان معناگرا در بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان تفاوتی وجود ندارد. از آنجا که پژوهشی مشابه با این نتیجه یافت نشد، امکان مقایسه فراهم نیست.

در تبیین اثربخشی درمان معناگرا می‌توان گفت از نظر معناگرایان وجودی، این تلاش برای یافتن معنا در زندگی، اساسی‌ترین نیروی محرکه هر فرد در دوران زندگی اوست. تأکید روان‌درمانگران معناگرا بر این نکته که بدون توجه به ارزش‌های خود زندگی کنند، احتمالاً زندگی آنان پوچ و بی‌معنا می‌شود (دیزلیک و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵)، احتمالاً در ترغیب آنان به هدف‌داری و کیفیت بالاتر زندگی مؤثر بوده است. روان‌درمانگران معناگرا کمک می‌کنند تا فرد به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند که نه تنها به تجربه هستی پردازد و کوشش جدی در بالفعل کردن ارزش‌ها از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود که این تأکید می‌تواند به کیفیت و ارتقای زندگی مراجع کمک کند. با توجه به این نکته که در مداخله معنادرمانی، اصل پذیرش مسئولیت اهمیت خاصی دارد، بیمار با حس مسئولیت احساس می‌کند کنترل اوضاع زندگی از دستش خارج نشده و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست بگیرد. از طریق این‌گونه مداخلات به بیمار کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و از آینده‌ای که هنوز نیامده ترس نداشته باشد (دیزلیک و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

فرانکل، وینسلید و کوشنر<sup>۳</sup> (۲۰۰۶) معنای زندگی را در لذت و خوش‌گذرانی نمی‌داند، بلکه تجربه زندگی در لحظه بدون هیچ‌گونه الگوی پیش‌پنداشت و تفسیر را معنای زندگی می‌داند. داشتن درک روشن از هدف در زندگی، احساس جهت‌یابی و هدفمندی، پایه سلامت روانی به‌شمار می‌رود و به احساس معنا در زندگی گذشته و حال منجر می‌شود. سلامت ذهن به معنای

1. Dezelic, G. et al.

2. Dezelic, E. et al.

3. Frankl, W. & Kushner

داشتن هدف و معنا در زندگی است. از نظر فرانکل (۱۳۹۱) اراده معطوف به معنا برای سلامت روان حیاتی است و در اوضاع و شرایط حاد برای بقا ضرورت دارد. فرانکل (۱۳۹۱) معتقد است زندگی تحت هر شرایطی حتی در بدبختی‌های بزرگ نیز دارای معنا است. از دیدگاه او هر موقعیت یا هر لحظه دارای معنایی بالقوه است. ممکن است معنای نهایی آن لحظه هرگز پیدا نشود، بلکه فرد فقط به آن نزدیک شود و آگاه از معانی مختلفی که در هر لحظه وجود دارد، حداقل پاسخ به یکی از آن‌ها می‌تواند به زندگی بامعنا منجر شود. از این‌رو رویکرد یافته این پژوهش نشان داد هر رویکرد معناگرا، چه گونه شرقی آن یعنی وحدت‌مدار و چه گونه غربی آن معناگرایی پدیدارشناس می‌تواند در کاهش اضطراب و نگرانی بیماران دارای سرطان مؤثر باشد و تحمل شکیبایی آنان را افزایش دهد. در رویکرد معناگرا، فرانکل (۱۳۹۱) معتقد است غلبه کردن بر شرایط دشوار و چالش‌برانگیز، به حس معناداری منجر می‌شود و رشد شخصی و فردی مستلزم روبه‌رو شدن با شرایط دشوار مشکلات است. انسان اگر می‌خواهد به سطح عملکرد کامل و خودشکوفای دست یابد لازم است توانایی خود را از طریق روبه‌رو شدن با مشکلات پیدا کند.

نکته دیگر در توجیه این یافته این است که درمورد کسانی که دچار بیماری لاعلاجی نظیر سرطان هستند و اوضاع آن‌ها بحرانی است یا در آستانه مرگ قرار دارند، معنادرمانی می‌تواند یک دیدگاه فلسفی را از رهگذر غلبه برگزیده و متعالی کردن جنبه‌های گذرای زندگی ایجاد کند. معنادرمانی به فرد کمک می‌کند تا در چنین شرایطی که سرنوشت تغییرناپذیر است، به شکل یگانه‌ای پتانسیل انسانی خود را متبلور سازد و تراژدی را به یک پیروزی شخصی تبدیل کند که در چنین تنگنایی که فرد به آن گرفتار شده است، سبب پیشرفت او می‌شود. معنادرمانی به‌عنوان یک کشیش طبی، عالی‌ترین صورت خود را در چنین شرایطی به‌دست می‌آورد. هنگامی که بیمار می‌پذیرد انسان مسئول است، ناگزیر از درک زندگی پیش‌رو است تا بتواند از فرصت‌های پیش‌رو حداکثر استفاده را بکند و در این حالت پتانسیل‌ها و معنای زندگی خود را محقق سازد (حمید و همکاران، ۱۳۹۰).

در تبیین اثربخشی درمان وحدت‌مدار می‌توان گفت در زمان ابتلا بیماری سرطان، بیماران گاهی احساس می‌کنند خداوند آن‌ها را رها کرده است. چنین حالتی به‌ویژه در زمانی مشاهده می‌شود که افراد به خداوند بیشتر احساس نیاز می‌کنند و انتظارات خاصی از او دارند و احساس می‌کنند به انتظارات آن‌ها پاسخ مناسب داده نمی‌شود. در چنین شرایطی است که در عقیده به خدا و ویژگی‌های او به‌منزله چهره دل‌بستگی، دچار تزلزل می‌شوند (علیان‌سب، ۱۳۸۹). بازسازی معنای زندگی بیماران در پذیرش و کنار آمدن با بیماری و احساس ایمنی بیماران بسیار مؤثر است. بیماران مبتلا به سرطان در مواجهه با حوادث تنش‌زا و دردناک زندگی به‌خصوص بیماری لاعلاج، نیاز به فعال شدن تعلق و دل‌بستگی دارند. توجه به وجود ایمن و معناداری مانند خدا نیز در این شرایط سخت همچون کشتی ایمنی است که آرامش می‌بخشد. در واقع وجود خداوند یک گرایش باطنی و درونی از بیان دل‌بستگی است که مانند دیگر چهره‌های دل‌بستگی، در شرایط سخت بیشتر تأثیر را دارد. اصل رویکرد وحدت‌مدار بر پایه اتصال ایمن درونی به وجود یگانه است که نوید جاودانگی می‌دهد. در این رویکرد وقتی بیماران سرطانی مرگ را یک تحول می‌پندارند و جاودانگی و ایمنی خود را در نزدیک شدن به وجود یگانه حس می‌کنند، از اضطراب و نگرانی آن‌ها می‌کاهد و تحمل آنان را در برابر تنش و درد این بیماری افزایش می‌دهد (زاده‌محمدی، ۱۳۹۵).

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، اجرای پروتکل توسط یک نفر برای همه افراد در گروه‌های آزمایش بود که ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر نهاده باشد. در جریان جمع‌آوری اطلاعات به‌وسیله پرسشنامه نیز افراد آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه‌دادن خود کرده باشند و وضعیت جسمانی بیماران نیز شرایط پاسخگویی آن‌ها را به پرسشنامه‌ها تحت تأثیر قرار داده باشد. در پژوهش حاضر، به دلیل شرایط جسمانی و چه‌بسا مرگ عده‌ای از بیماران، بافت شرکت‌کننده‌ها مواجه بودیم. علاوه بر این به دلیل هم‌زمانی مداخلات با شیوع کووید-۱۹ و سپس ترخیص بیماران، دوره پیگیری به‌صورت آنلاین برگزار شد که به دلیل شرایط بیماران با محدودیت‌هایی مواجه بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به‌کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی متغیرهای حاضر بپردازند. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در میان افراد با طبقات اجتماعی-اقتصادی متفاوت و با در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی انجام گیرد. به‌منظور جلوگیری از افت شرکت‌کنندگان پیشنهاد می‌شود جلسات مداخله با فشردگی بیشتری و در مدت کمتری اجرا شود. اثربخشی درمان‌های معناگرا و وحدت‌مدار بر حالات روانی بیماران مبتلا به سرطان، از تلوینات کاربردی پژوهش حاضر است و بنابراین ارائه درمان‌های معناگرا و وحدت‌مدار

به‌عنوان درمانی مکمل درمان‌های پزشکی به بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می‌شود.

## ۵. ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به شرح زیر بود: هر بیمار حق انتخاب شرکت در پژوهش را داشت و در صورت تمایل می‌توانست در هر مرحله بدون محرومیت از خدمات بهداشتی و درمانی از مطالعه انصراف دهد. علاوه‌براین به بیماران یادآوری شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه است و از هرگونه سؤال یا اقدام فیزیکی یا روانی غیرضروری یا بالقوه مضر یا با هرگونه آسیب احتمالی اجتناب شد. همچنین توضیح داده شد که در صورت تمایل بیمار، اطلاعات لازم درخصوص اجرای طرح تحقیقاتی یا هرگونه تغییر در آن ارائه خواهد می‌شود. به بیماران نیز اعلام شد که بابت شرکت در پژوهش هیچ‌گونه هزینه‌ای دریافت نخواهد شد. بر اهمیت صداقت در تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج تحقیقات به بیمار در صورت تمایل نیز تأکید و درنهایت نحوه شکایت از مراجع ذی‌ربط در صورت بروز مشکل به‌وضوح برای بیمار توضیح داده شد.

## ۶. سیاست‌گذاری و حمایت مالی

از تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر، مسئولان محترم مؤسسه خیریه مهیار و دانشگاه آزاد اسلامی قدردانی می‌شود. در اجرای این تحقیق از فرد یا مؤسسه‌ای کمک مالی دریافت نشده است.

## ۷. تعارض منافع

نویسندگان پژوهش حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

## منابع

- ابراهیمی قیه قشلاق، ف. زاده‌محمدی، ع. و پناغی، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی وحدت‌مدار بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ زنان در مرحله‌اشیانه خالی. *روان‌شناسی پیری*. ۴/۵، ۲۷۵-۲۸۸. [https://jap.razi.ac.ir/article\\_1338.html](https://jap.razi.ac.ir/article_1338.html)
- آرامانی، ک. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی دانشجویان. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*. ۷/۳، ۱-۱۴. <https://jnip.ir/article-1-209-fa.html>
- بریت‌برت، و. و پیپتو، ش. (۱۳۹۸). *معنادرمانی گروهی برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته (راهنمای درمان)*: مجموعه درمان‌های اثربخش. ترجمه شهناز گیلی. تهران: ارجمند.
- بنی‌اسدی، ف.، برجلی، ا.، پورشریفی، ح.، و مفید، بهرام. (۱۴۰۰). کیفیت زندگی و ارتباط آن با استرس، اضطراب و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان پروستات: یک مطالعه مقطعی. *طب پیشگیری*. ۴/۸، ۶۹-۷۷. <https://jpm.hums.ac.ir/article-1-566-fa.html>
- حمید، ن. و طالبیان، ل.، و مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و یآوری، ا. ح. (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان. *دست‌آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*. ۲/۱۸، ۱۹۸-۱۸۱. [https://psychac.scu.ac.ir/article\\_11727.html](https://psychac.scu.ac.ir/article_11727.html)
- دلاور، ع. (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی (چاپ نهم)*. تهران: رشد.
- رضایی، آ.، رفاهی، ژ.، و احمدی‌خواه، م. ع. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*. ۷/۳، ۳۷-۴۶. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.7.3.0.37-46>
- زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۳). *جهان‌شناسی وحدت‌مدار*. تهران: قطره.
- زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۵). *مکتب روان‌شناسی وحدت‌مدار، مقایسه تطبیقی با مکاتب: روان‌تحلیلی، رفتارگرایی، انسان‌گرایی، وجودگرایی، شناخت‌گرایی، گشتالت، معناگرایی*. تهران: قطره.
- زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۷). بررسی تطبیقی روان‌شناسی وحدت‌مدار و روان‌شناسی وجودی: تقابل دو رویکرد معناگرایی فطری‌نگر و پدیدارگرا. *روان‌شناسی فرهنگی*. ۱/۲، ۱۵-۳۶. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25887211.1397.2.1.2.6.15-36>
- زاده‌محمدی، ع.، ناظری، آ.، مطیع، م.، و داروئی، پ. (۱۳۹۶). معناداری وقایع زندگی از دیدگاه قرآن و روان‌شناسی وحدت‌مدار: مبنایی برای طراحی تمرین‌های هنری مؤثر. *الهیات تطبیقی*. ۱۸/۱، ۳۷-۵۴. <https://doi.org/10.22108/coth.2017.80271>



- سوادى، ز، بهمنى، ب، و زاده‌محمدى، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش مفاهیم رویکرد وحدت‌مدار بر کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی مادران داغ‌دیده. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. ۱۲(۴۶)، ۲۸۰-۲۵۹.  
<https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.47787.2240>
- شیخ‌پور، ر، شیخ‌پور، ر، و آقا صرام، م. (۱۳۹۵). روشی جدید برای تشخیص لوسمی میلوژنیک و لنفوسیتیک حاد با استفاده از داده‌های بیان ژن و روش‌های یادگیری ماشین. *فصلنامه پژوهشی خون*. ۱۳(۳)، ۲۱۴-۲۰۷-۱۰۱۱-۱-1011.  
[http://bloodjournal.ir/article-1-1011-207-214-\(3\)13](http://bloodjournal.ir/article-1-1011-207-214-(3)13)  
 fa.html
- صابری نوغابی، ا، زروندی، ر، جدی، ح، جمالی نوقابی، ز، مظلوم شهری، س. ب، و نوری، ر. (۱۳۹۹). تأثیر امیددرمانی گروهی بر سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۹(۴)، ۳۸۲-۳۶۹.  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1399.19.4.4.3>
- صفائی، آ، مقیمی دهکردی، ب، و طباطبائی، س. ح. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *ارمغان دانش*. ۱۲(۲)، ۸۸-۷۹.  
<http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-691-fa.html>
- طاهری، ن، آقامحمدیان شریف، ح. ر، و اصغری ابراهیم‌آباد، م. ج. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباط صمیمانه بر افزایش سازگاری و رضایتمندی زناشویی زنان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۵(۴)، ۳۱۲-۳۰۱.  
<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3247-fa.html>
- عابدی، ح. ع، علوی، م، و مزروعی سیدانی، ا. (۱۳۹۶). بررسی معنادرمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان. تهران: جامعه‌نگر. عظیمی لولتی، ح، و کردان، ز. (۱۳۹۷). جنبه‌های روانی - اجتماعی مرتبط با تاب‌آوری در مبتلایان به سرطان: یک مطالعه مروری نقلی. *تعالی بالینی*. ۱۸(۳)، ۴۷-۳۲.  
<http://ce.mazums.ac.ir/article-1-421-fa.html>
- علیانسب، س. ح. (۱۳۸۹). بررسی رابطه دین‌داری و اضطراب مرگ در بین دانشجویان و طلاب شهر قم. *روان‌شناسی و دین*. ۳(۱)، ۶۸-۵۵.  
<https://ravanshenasi.nashriyat.ir/node/86>
- فتحی آشتیانی، ع، و داستانی، م. (۱۴۰۰). *آزمون‌های روان‌شناختی/ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. تهران: بعثت. فرانکل، وی. ای. (۱۳۹۱). *انسان در جست‌وجوی معنا*. ترجمه علی‌اکبر معارفی. تهران: دانشگاه تهران.
- کریمی، م، و شریعت‌نیا، ک. (۱۳۹۶). اثر معنویت‌درمانی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان*. ۱۹(۴)، ۳۷-۳۲.  
<http://goums.ac.ir/journal/article-1-3217-fa.html>
- کیانی، ج، جهان‌پور، ف، عباسی، ف، درویشی، ش، و قلی‌زاده، ب. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه‌کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر. *پرستاری گروه‌های آسیب‌پذیر*. ۲(۵)، ۵۱-۴۰.
- کیهانی، م، تقوایی، د، رجبی، ا، و امیرپور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۴(۱۰)، ۸۶۵-۸۵۷.  
<http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-fa.html>
- گرامی‌نژاد، ن، قربانی‌مقدم، ز، کاظمی مجد، ر، و حسینی، م. (۱۳۹۸). ارتباط تاب‌آوری و تمایل به ترک حرفه در پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۸(۱۱)، ۱۱۱۴-۱۱۰۳.  
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1398.18.11.1.7>
- لطفی کاشانی، ف، مفید، ب، و سرافراز مهر، س. (۱۳۹۲). اثربخشی معنویت‌درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. ۱۸(۲)، ۳۶-۲۷.  
[https://jtbcpr.roudehen.iau.ir/article\\_12.html?lang=fa](https://jtbcpr.roudehen.iau.ir/article_12.html?lang=fa)
- نصیری هانیس، غ، زاده‌محمدی، ع، شهیدی، ش، و یوسفی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش روان‌شناسی وحدت‌مدار بر سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلالات طیف درخودماندگی. *رویش روان‌شناسی*. ۷(۶)، ۱۶-۱.  
<https://frooyesh.ir/article-1-568-fa.html>

## References

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., & de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365–376. <https://doi.org/10.1093/jnci/85.5.365>
- Abedi, H. A., Alavi, M., & Mazrouei Sabdani, A. (2016). *Investigating meaning therapy on the quality of life of cancer patients*. Tehran: Jamia Nagar Publications. (In Persian)
- Aliansab, S. H. (2010). Investigating the relationship between religiosity and death anxiety among students and religious students in Qom. *Psychology and Religion*, 3(1), 55-68. <https://ravanshenasi.nashriyat.ir/node/86> (In Persian)
- Armani, K. (2019). The Effectiveness of Group Logotherapy on Resiliency and Quality of Life of Students [Research]. *Journal of Psychology new Ideas*, 3(7), 1-14. <http://jnip.ir/article-1-209-fa.html> (In Persian)
- Azimi Lolaty, H., & Kordan, Z. (2019). Cancer patients' psychosocial dimensions associated with resilience: a narrative review study. *Clinical Excellence*, 8(3), 32-47. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-421-en.html> (In Persian)
- Baniasadi, F., Borjali, A., Poursharifi, H., & Mofid, B. (2021). Quality of life and its relationship with stress, anxiety, and depression in people with prostate cancer: A cross-sectional study [Review]. *Journal of Preventive Medicine*, 8(4), 69-77. <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-566-fa.html> (In Persian)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Breitbart, W. (Ed.). (2017). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199837229.001.0001>
- Breitbart, W., & Masterson, M. (2016). Meaning-Centered Psychotherapy in the Oncology and Palliative Care Settings. In P. Russo-Netzer, S. E. Schulenberg, & A. Batthyany (Eds.), *Clinical Perspectives on Meaning: Positive and Existential Psychotherapy* (pp. 245-260). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-41397-6\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-41397-6_12)
- Breitbart, W., & Poppito, Sh. R. (2014). *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a treatment manual*. Translated by: Sh. Gili. Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., ... & Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, 124(15), 3231–3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Gibson, C., Pessin, H., Poppito, S., Nelson, C., Tomarken, A., Timm, A. K., Berg, A., Jacobson, C., Sorger, B., Abbey, J., & Olden, M. (2010). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A pilot randomized controlled trial. *Psycho-oncology*, 19(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/pon.1556>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Delavar, A. (2011). *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences* (9<sup>th</sup> Ed.). Tehran: Roshd. (In Persian)
- Dezelic, M., Elias, C., Neale, A. M., & Rok, B. (2014). *Meaning-Centered Therapy Workbook: Based on Viktor Frankl's Logotherapy & Existential Analysis* (1<sup>st</sup> Ed.). Dezelic & Associates, Incorporated.

- Dezelic, M., Ghanoum, G., Potamkin, L. B., Neale, A. M., Elias, C., Breitbart, W. (2015). *Meaning-Centered Therapy Manual: Logotherapy & Existential Analysis Brief Therapy Protocol for Group & Individual Sessions* (1<sup>st</sup> Ed.). Dezelic & Associates, Inc.
- Ebrahimi, F., Zadehmohammadi, A., & Panaghi, L. (2020). Effectiveness of unity-oriented psychology based training on loneliness and death anxiety among women at empty nest stage. *Aging Psychology*, 5(4), 275-288.  
[https://jap.razi.ac.ir/article\\_1338.html?lang=en](https://jap.razi.ac.ir/article_1338.html?lang=en) (In Persian)
- Fathi Ashtiani, A., & Dostani, M. (2021). *Psychological tests/evaluation of personality and mental health*. Tehran: Besat Publications. (In Persian)
- Frankl, V. E. (2012). *Man's search for meaning: an introduction to logotherapy*. Translate by: A. A. Maarefi. Tehran: University of Tehran Press. (In Persian)
- Frankl, V. E., & Goleman, D. (2020). *Yes to Life: In Spite of Everything*. Boston: Beacon Press.
- Frankl, V. E., Winslade, W. J., & Kushner, H. S. (2006). *Man's Search for Meaning*. Boston: Beacon Press.
- Graminejad, N., Ghorbani Moghaddam, Z., Kazemi Majd, R., & Hosseini, M. (2020). Association between resilience and intention to leave profession in critical care nurses in educational hospitals of birjand university of medical sciences in 2018: A descriptive study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 18(11), 1103-1114. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-4432-en.html> (In Persian)
- Hamid, N., Talebian, L., Mehrabizadeh Honarmand, M., & Yavari, A. (2011). The effects of logotherapy on depression, anxiety and quality of life of cancer patients in Ahvaz big oil hospital. *Psychological Achievements*, 18(2), 181-198.  
[https://psychac.scu.ac.ir/article\\_11727.html?lang=en](https://psychac.scu.ac.ir/article_11727.html?lang=en) (In Persian)
- Karimi, M., & Shariatnia, K. (2017). Effect of spirituality therapy on the resilience of women with breast cancer in Tehran, Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 19(4), 32-37.  
<http://goums.ac.ir/journal/article-1-3217-en.html> (In Persian)
- Keyhani, M., Taghvaei, D., Rajabi, A., Amirpour, B. (2015). Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among nursing female. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(10), 857-865. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3254-en.html> (In Persian)
- Kiani, J., Jahanpour, F., Abbasi, F., Darvishi, Sh., & Gholizadeh, B. (2016). Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. *Nursing Journal of the Vulnerable*, 2(4), 40-51. (In Persian)
- Lightfoot, T., Smith, A., & Roman, E. (2017). Leukemia. In S. R. Quah (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health (Second Edition)* (pp. 410-418). Academic Press.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00253-8>
- Lotfi Kashani, F., Mofid, B., & Sarafraz Mehr, S. (2013). Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 8(27), 27-36.  
[https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article\\_12.html?lang=en](https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_12.html?lang=en) (In Persian)
- Nasiri Hanis, G., Zademohammadi, A., Shahidi, S., & Yoosefi, N. (2018). Effectiveness of the unity-oriented psychology training on mental health of mothers of children with autism spectrum disorders [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 7(6), 1-16. <http://frooyesh.ir/article-1-568-fa.html> (In Persian)
- Nayak, M. G., George, A., Vidyasagar, M. S., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B. S., Shashidhara, Y. N., & Kamath, A. (2017). Quality of life among cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 23(4), 445-450. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_82\\_17](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17)
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257-301.  
<https://doi.org/10.1037/a0018301>

- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.2.115>
- Rezaei, A., Refahi, J., & Ahmadi KHah, M. (2012). The Effect of Logo Therapy to Decrease Depression in a Sample of Cancer Patients. *Psychological Methods and Models*, 2(7), 37-46. [https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article\\_1095.html?lang=en](https://jpmmm.marvdasht.iau.ir/article_1095.html?lang=en) (In Persian)
- Saberi Noghabi, E., Zarvandi, R., Jeddi, H., Jamali Noghabi, Z., Mazloum Shahri, S. B., & Noori, R. (2020). The Effect of Group Hope Therapy on Spiritual Health of Cancer Patients: A Semi Experimental Study. *Journal Rafsanjan University of Medical Sciences*, 19(4), 369-382. <http://dx.doi.org/10.29252/jrums.19.4.369> (In Persian)
- Safae. A., Dehkordi Moghimi, B., & Tabatabaie, S. (2007). Reliability and validity of the QLQ-C30 questionnaire in cancer patients. *Armaghan Danesh*, 12(2), 79-88. <http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-691-en.html> (In Persian)
- Savadi, Z., Bahmani, B., & Zadeh Mohammadi, A. (2021). Effectiveness of “unity-oriented psychology concepts instruction” on reducing depression and increasing spiritual well-being in bereaved mothers. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 12(46), 259-280. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.47787.2240> (In Persian)
- Sheikhpour, R., Sheikhpour, R., & Aghasaram, M. A. (2016). New approach for diagnosis of Acute Myeloid and Lymphoblastic Leukemia using gene expression profile and machine learning techniques. *Scientific Journal of Iranian Blood Transfusion Organization*, 13(3), 207-214. <http://bloodjournal.ir/article-1-1011-en.html> (In Persian)
- Taheri, N., Aghamohammadian Sherbaf, H., & Asghari Ebrahimabad, M. J. (2017). The effectiveness of an intimate relationship skills training on increasing marital adjustment and satisfaction in women with cancer. *Nursing and Midwifery Journal*, 15(4), 301-312. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3247-en.html> (In Persian)
- Thomas, L. P., Meier, E. A., & Irwin, S. A. (2014). Meaning-centered psychotherapy: a form of psychotherapy for patients with cancer. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 488. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0488-2>
- Vehling, S., Tian, Y., Malfitano, C., Shnall, J., Watt, S., Mehnert, A., ... & Rodin, G. (2019). Attachment security and existential distress among patients with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.11.018>
- World Health Organization. (2020). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Zadeh Mohammadi, A. (2013). *Unity-oriented cosmology*. Tehran: Ghatreh Publications. (In Persian)
- Zadeh Mohammadi, A. (2015). *Unity-oriented school of psychology, comparative comparison with schools: psychoanalysis, behaviorism, humanism, existentialism, cognitivism, Gestalt, semanticism*. Tehran: Ghatreh Publications. (In Persian)
- Zadeh Mohammadi, A. (2018). A comparative study of unity-oriented psychology and existential psychology: the encounter of innatist and phenomenalist meaning-based approaches. *Cultural Psychology*, 2(1), 15-36. [https://jcp.samt.ac.ir/article\\_92329.html?lang=en](https://jcp.samt.ac.ir/article_92329.html?lang=en) (In Persian)
- Zadeh Mohammadi, A., Nazeri, A., Motia, M., & Darouei, P. (2018). Meaningfulness of life events in the view of quran and unity-oriented psychology approach: A basis for the design of affective artistic practices. *Comparative Theology*, 8(18), 37-54. <https://doi.org/10.22108/coth.2017.80271> (In Persian)