

Comparison of the effectiveness of meaning centered therapy and unit-oriented therapy on resilience and quality of life in leukemia patients

Mahin Bajelan¹ , Ali Zadeh Mohammadi^{2*} , Reza Ghorban Jahromi³ 

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

2. Corresponding Author, Department of Psychology, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. Email: 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

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

Received: 27 Dec 2021 Revised: 11 Feb 2022 Accepted: 23 Feb 2022 Online Published: 17 Apr 2024

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 in terms of purpose was practical and the research method in terms of data collection method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of this study included all patients with leukemia referred to Mahyar Charity in 2019 and 2020 in Tehran city, from which 60 patients were randomly selected and randomly and by age and gender homogenized assigned into two experimental groups and one control group. Participants for pre-test, post-test and follow-up responded to the Beck 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. The results of the present study showed that there was a significant difference between the effectiveness of unity-oriented therapy and meaning centered therapy on the component of emotional quality of life ($P=0.001$). There was no significant difference between the effectiveness of unit-oriented treatment and meaning centered therapy on the resilience ($P=0.635$).

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

Extended Abstract

Aim

Outcomes in patients with leukemia are highly variable, ranging from treatment-related mortality to relapse-free survival. However, resistance to treatment is common (often manifested as relapse from remission), especially in older patients. Choice of treatment ranges from purely palliative care to standard-of-care therapy to investigational therapy. Recent developments in therapies for leukemia include novel treatments and targeted therapy, contributing to a decrease in treatment-related mortality, and a prolongation of overall survival. Across all leukemia types, measures of treatment success are increasingly becoming patient-centric, rather than focused on clinical outcomes, reflecting recognition of the significant impact of leukemia on patient quality of life. Due to recent changes in how leukemia is treated, such as more intensive chemotherapy and increased use of stem cell transplants, there is an urgent need for greater understanding of quality of life at different points in the patient journey (Pemberton-Whiteley et al., 2023). The available evidence shows that almost all cancer patients, including those with blood cancers, experience a complex array of challenges that threaten their physical, psychological, and spiritual well-being. Evaluating health-related QOL informs an integral part of treatment effectiveness and burden of disease (Wang et al., 2020). At some point, most people will be exposed to one (or more) potentially life-threatening traumatic experiences that can influence mental health and result in conditions (Southwick et al., 2014). Resilience is the capacity and dynamic process of adaptively overcoming stress and adversity while maintaining normal psychological and physical functioning (Wu et al., 2013). It has been shown that it can promote cancer patients and their families to effectively alleviate and positively cope with multiple

stresses triggered by the disease, inspire their confidence and wish to withstand the risks, and have an important and positive implication in assisting patients and their families to accept the state of the disease and to successfully accommodate the crisis (Sun et al., 2024). Patients who have been diagnosed with cancer have numerous physical, psychological, social, and spiritual concerns that need to be addressed. To date, few psychological interventions have directly addressed spirituality, with psychologically-based cancer care more often being focused on providing psycho-educational, cognitive-behavioral, or support group interventions. Meaning-centered psychotherapy is a term which includes new therapeutic approaches designed to enhance meaning, spiritual well-being, and quality of life (Thomas et al., 2014). In addition, meaningful understanding and identification of life events such as cancer is one of the most fundamental issues in the quality and positive development of human life in a unit-oriented therapy and has always played an important role in his mental health and satisfaction with life (Zadeh-Mohammadi, 2018). 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.

Methodology

The research method in terms of purpose was practical and the research method in terms of data collection method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of this study included all patients with leukemia referred to Mahyar Charity in 2019 and 2020 in Tehran city, from which 60 patients were randomly selected and randomly and by age and gender homogenized assigned into two experimental groups and one control group. 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.

Findings

The results of the present study showed that there was a significant difference between the effectiveness of unity-oriented therapy and meaning centered therapy on the component of emotional quality of life ($P=0.001$). There was no significant difference between the effectiveness of unit-oriented treatment and meaning centered therapy on the resilience ($P=0.635$).

Conclusion

Meaning-centered psychotherapy is existential in nature, and postulated that the creation of meaning is a primary force of human motivation. This psychotherapy suggested that people desire to find meaning in their existence, and have the ability to find meaning even during times of great suffering. Furthermore, finding meaning could help decrease suffering and perhaps lead to psychological well-being in the future (Thomas et al., 2014). In unit-oriented therapy, when cancer patients see death as a transformation and feel their immortality and safety in approaching the one being, it reduces their anxiety and worry and increases their tolerance against the tension and pain of this disease (Zadeh Mohammadi, 2015).

Ethical Considerations

The ethical considerations in the present research were as follows: every patient had the right to choose participation in the research, and if desired, the patient could withdraw from the study at any stage without being deprived of healthcare services. Additionally, patients were reminded that their personal information is confidential, and any unnecessary or potentially harmful physical or psychological questioning or procedures would be avoided, with compensation for any potential harm. Furthermore, it was explained that if the patient wished, necessary information regarding the implementation of the research plan or any changes to it would be provided. On the other hand, patients were informed that they would not receive any financial compensation for participating in the research, and the importance of honesty and integrity in data analysis and the provision of research results to the patient, if desired, was also emphasized. Finally, the procedure for complaining with the appropriate authorities in case of any problems was clearly explained to the patient.

Acknowledgments

This research received no financial support. Appreciation is extended to all those who assisted in conducting this research.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in the present research.

مقایسه اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون

مهین باجلان^۱، علی زاده محمدی^{۲*}، رضا قربان جهرمی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: faride.bajelan@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی، پژوهشکده خانواده دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. رایانامه: dr_zadeh@sbu.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات، علوم انسانی و اجتماعی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. رایانامه: r.ghorban@srbiau.ac.ir

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

دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۶ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۱/۲۲ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۴ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۱/۲۹

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون بود. روش پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و روش پژوهش به لحاظ شیوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام بیماران مبتلابه 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 جهت 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 تحت ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان معناگرا و شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم تحت ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان وحدت مدار قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-24 استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اثربخشی درمان وحدت مدار و درمان معناگرا بر مؤلفه کیفیت زندگی احساسی تفاوت معنادار وجود داشت ($P=0/001$). بین اثربخشی درمان وحدت مدار و درمان معناگرا بر تاب‌آوری ($P=0/635$) تفاوت معنادار وجود نداشت.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، درمان معناگرا، درمان وحدت مدار، سرطان، کیفیت زندگی.

۱. مقدمه

سرطان خون^۱ یا لوسمی^۲، بیماری پیشرونده و بدخیم اعضای خون ساز بدن به ویژه مغز استخوان است که با تکثیر و تکامل ناقص سلول های خون و پیش سازهای آن در خون و مغز استخوان ایجاد می شود. سلول های سفید خونی معمولاً در صورت نیاز بدن، به طریقی منظم و کنترل شده رشد کرده و تقسیم می شوند، اما بیماری لوسمی در این روند اختلال ایجاد نموده و رشد سلول های خونی را از کنترل خارج می نماید. در بیماری لوسمی حاد، مغز استخوان مقدار بسیار زیادی سلول های سفید خونی نارس تولید می کند و تولید طبیعی سلول های سفید خونی نیز متوقف می شود که منجر به از بین رفتن توانایی بدن در مقابله با بیماری ها می شود (شیخ پور، شیخ پور و آقاصرام، ۱۳۹۵). چهار نوع اصلی سرطان خون لوسمی حاد لنفوئیدی^۳، لوسمی حاد میلوئیدی^۴، لوسمی مزمن لنفوئیدی^۵ و لوسمی مزمن میلوئیدی^۶ هستند (لایتفود، اسمین و رومن^۷، ۲۰۱۷).

سرطان یکی از جدی ترین بیماری های مزمن و از عوامل تهدیدکننده سلامت جامعه به شمار می رود (طاهری و همکاران، ۱۳۹۶). سرطان یکی از بیماری های شایع و از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است که میزان بروز آن روز به روز در حال افزایش است. بر اساس پیش بینی ها تعداد موارد جدید ابتلاء به سرطان در سال ۲۰۲۵ به بیش از ۱۳۰ هزار نفر در ایران خواهد رسید که حدود ۳۵ درصد بیش تر از وضعیت موجود است (صابری نوغابی و همکاران، ۱۳۹۹). سرطان یک بیماری شایع همراه با عوارض متعدد است که از جمله عوامل مرتبط با مرگ و میر نیز به شمار می آید و بر تمام جنبه های زندگی مبتلایان به خصوص بر کیفیت زندگی^۸ آنان تأثیرگذار است. از جمله ابعاد روانی متأثر از بیماری سرطان کیفیت زندگی افراد است که در اثر این بیماری کاهش می یابد. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و مشکلات جسمانی و روانی این بیماری اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد (نایاک و همکاران^۹، ۲۰۱۷).

کیفیت زندگی به عنوان درک یک فرد از موقعیت خود در زندگی در بطن فرهنگ و سیستم های ارزشی که در آن زندگی می کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی های افراد تعریف شده است (سازمان جهانی بهداشت^{۱۰}، ۲۰۲۰). ارتباط میان بیماری سرطان، کیفیت زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت موضوع مهمی است که به طور گسترده در دنیا مطرح است، چراکه سرطان از لحاظ علت شناسی و درمان چندعاملی است که عوامل روان شناختی در درمان آن مهم هستند. کیفیت زندگی در بیماری، درک ذهنی افراد درباره تأثیر شرایط بالینی در زندگی شان است و معمولاً افراد با بیماری مزمن، درک متفاوتی از زندگی دارند و این عامل برای ارزیابی تأثیر یک بیماری مزمن و درمان آن بر روی بیمار اهمیت به سزایی دارد (بنی اسدی و همکاران، ۱۴۰۰).

ظرفیت فردی و روانی که بتواند به فرد کمک کرده تا در چنین شرایط دشواری مقاومت کرده و دچار آسیب نشود و حتی خود را از لحاظ شخصیتی ارتقاء ببخشد اهمیت دارد. یکی از مهم ترین توانایی های انسان که باعث سازگاری مؤثر با تغییرات و عوامل تنش زا شده و عاملی در جهت مقاومت در برابر مشکلات است، تاب آوری است که موجب سازگاری موفقیت آمیز فرد با شرایط تهدیدکننده می شود (گرامی نژاد و همکاران، ۱۳۹۸). از آنجاکه سازگاری بهتر با عوامل روان شناختی - اجتماعی مرتبط با بیماری سرطان و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان تاحدزیادی وابسته به افزایش تاب آوری در آنهاست، شناسایی و طراحی مداخلات در جهت ارتقای تاب آوری در بیماران مبتلا به سرطان ضروری به نظر می رسد (عظیمی لولتی و کردان، ۱۳۹۷).

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

افزایش روند رشد سرطان در دنیا و تأثیر همه جانبه آن در کیفیت زندگی انسان، اتخاذ اقدامات مناسب در راستای بهبود کیفیت زندگی و مداخلات روان‌درمانی از جمله درمان معناگرا را ضروری می‌نماید (عابدی و همکاران، ۱۳۹۶). بیماری‌های مزمن چالش‌های وجودی را برای افراد مبتلا به آن‌ها به وجود می‌آورد (وهلینگ و همکاران^۲، ۲۰۱۹). براساس الگوی معنای زندگی پارک و فولکمن^۳ (۱۹۹۷) و پارک^۴ (۲۰۱۰) رویدادهای تنش‌زای زندگی همچون ابتلا به سرطان باعث آشفتگی شدیدی در زندگی فرد می‌شود زیرا تهدیدی برای معنای زندگی به‌طور کلی به‌شمار می‌رود. رویکرد معناگرا تمام تغییراتی که کیفیت زندگی فرد را متأثر می‌سازد را با مفهومی تحت عنوان معنای زندگی مرتبط ساخته است. مطابق با این دیدگاه تغییر در معنای زندگی مشکلی است که تغییر در کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری سرطان را به همراه دارد. در واقع، بیماران مبتلا به سرطان علاوه بر آسیب‌های عمیق جسمانی و عملکردی با مسئله از دست دادن هدف، بی‌ارزشی و بی‌معنی بودن زندگی مواجه می‌شوند. این شیوه بر چهار علاقه مهم که ریشه در هستی انسان دارند و عبارت‌اند از مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند (فرانکل و گلمن^۵، ۲۰۲۰). طبق نظر بریت‌برت^۶ (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 غیردارویی به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند تا با چالش‌های وجودی خود روبرو شوند و به معنا در زندگی‌شان دست یابند و بدین شکل کیفیت زندگی خود را ارتقاء بخشند. بریت‌برت و مسترسون^۷ (۲۰۱۶) چنین عنوان کردند که در میان جمعیت بیماران مبتلا به سرطان، نگرانی‌های وجودی مهم‌ترین موضوعاتی هستند که موجب پریشانی قابل توجه می‌شوند. برای آن دسته از بیماران که در حقیقت با مرگ روبرو هستند، معنای زندگی و حفظ آن نه تنها از نظر بالینی و وجودی حائز اهمیت هستند، بلکه مفاهیم اصلی مداخله درمانی به‌شمار می‌روند و 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 است (فرانکل و گلمن، ۲۰۲۰). مطابق با این دیدگاه بسیاری از بیماران در این مرحله به دنبال یافتن "معنایی برای زندگی" خود هستند و زمینه لازم 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 ارتقاء کیفیت زندگی در زندگی بیماران صعب‌العلاجی چون سرطان و کاهش اضطراب مرگ این بیماران طی فرایندی که به آن "سم‌زدایی مرگ"^۸ اطلاق می‌شود، درمان با بهره‌گیری از رویکرد معناگرا است. تا به امروز، روان‌درمانی معناگرا در هر دو قالب گروهی و فردی در میان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته بررسی شده است و نتایج حاصل از پژوهش‌ها مبین اثربخشی این رویکرد برای این گروه از بیماران به‌ویژه در قالب جلسات فردی است (توماس، میر و ایروین^۹، ۲۰۱۴). به‌عنوان مثال، عابدی و همکاران (۱۳۹۶) چنین نتیجه گرفتند که گروه‌درمانی معناگرا می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد. آرمانی (۱۳۹۸) نیز روش معنادرمانی گروه را به‌عنوان روشی مستقل و یا در کنار سایر درمان‌ها در جهت افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی افراد پیشنهاد کرده است. در پژوهش کریمی و شریعت‌نیا (۱۳۹۶) مداخله معنویت درمانی سبب افزایش تاب‌آوری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان گردید. کیانی و همکاران (۱۳۹۴) نتیجه گرفتند معنویت درمانی و توجه به معنویت در زندگی می‌تواند به عنوان تکیه‌گاه روانی به ارتقاء سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان در شرایط سخت بیماری‌ها 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 که معنویت‌درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. در

-
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

پژوهش رضایی، رفاهی و احمدی خواه (۱۳۹۱) نتایج نشان داد که آموزش معنادرمانی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان تاثیر معناداری دارد. یافته‌های دیگر تحقیق نشان داد که معنادرمانی به شیوه گروهی در مرحله پیگیری نیز تاثیر 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 که در این صورت می‌توان بیان داشت که معنادرمانی گروهی باعث کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود. در پژوهش دیگری که توسط بریت‌برت و همکاران^۱ (۲۰۱۸) انجام شد معنادرمانی فردی بر کیفیت زندگی، معنای زندگی، بهزیستی معنوی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بود. در پژوهش بریت‌برت و همکاران^۲ (۲۰۱۰) معنادرمانی گروهی موجب بهبود بهزیستی معنوی و احساس معنا و کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا 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 وحدت مدار 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 (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۹۶). رویکرد وحدت مدار انسان را پرتاب شده 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 (زاده محمدی، ۱۳۹۷). رویکرد وحدت مدار فهم تازه و معناداری از داستان و وقایع زندگی فرد به وجود می‌آورد که به یکپارچگی و معنایی سازنده منجر می‌شود (زاده محمدی، ۱۳۹۷). به نظر می‌رسد کشف معنا در رخدادهای زندگی از طریق نیروی وحدت، موجب پدیدآیی ظرفیت‌های مثبت برای پذیرش و مقابله سازگارانه با مشکلات موجود می‌شود. بیمار مبتلا به سرطان با روایت وحدانی زندگی خویش در انجام تمرین‌های وحدت‌مدار، قادر خواهد بود به‌خوبی هر آنچه از وقایع زندگی برداشت کرده، شرح و با زندگی خود انطباق دهد و تاب‌آورانه به مقابله با سرطان بپردازد. رویکرد وحدت مدار در پی ایجاد انسجام داستان معنادار و غایت‌مداری از اتفاقات زندگی است که فرد را به‌خوبی با خود و دیگران و هستی هماهنگ و یکپارچه کند 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 خویشان را در روابط و جهانی هدف‌دار و غایت‌مدار پیگیری نمایند. در نگاه وحدت مدار هر اتفاقی در زندگی یک وحدت است و همه رویدادهای آن علی‌رغم تلخی‌ها سرشار از حکمت و هدفی غایی است و به‌سوی وحدت زندگی حرکت می‌کند. با این اندیشه وحدت‌مدار از درون رویدادها و وقایع زندگی، به رنج‌ها درک و غایتی سازنده و معنادار می‌دهد و کمک می‌کند تا فرد به گونه تازه و مثبت با تجارب زندگی خود ارتباط برقرار کند (زاده محمدی، ۱۳۹۵). در این راستا، یافته‌های پژوهش نصیری هانیس و همکاران (۱۳۹۷) نشانگر اثربخشی قابل‌توجه آموزش روان‌شناسی وحدت‌مدار بر سلامت روانی مادران بود؛ تحول ارزش‌های انسان دوستانه، افزایش بهزیستی روانی، بردباری، همدلی، تحقق خویش و حضور وحدت یافته متأثر از شرکت آنها در جلسه‌های آموزش روان‌شناسی وحدت‌مدار بوده است. در پژوهش سوادی، بهمنی و زاده محمدی (۱۴۰۰) نتایج نشان داد مداخله فردی از نوع آموزش مفاهیم رویکرد وحدت مدار با توجه ویژه به نیازهای بنیادی وجودی و معنوی موجب کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی معنوی مادران داغ‌دیده شد. ابراهیمی قیه قشلاق، زاده محمدی و پناغی (۱۳۹۸) در پژوهشی چنین نتیجه گرفتند که آموزش مبتنی بر روان‌شناسی وحدت‌مدار می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات روان‌شناختی مؤثر بر کاهش احساس تنهایی و اضطراب مرگ زنان مورد استفاده قرار گیرد.

چنانچه 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 در نظر دارد همچنانکه خلاء پژوهشی در این زمینه مشاهده می‌شود، اثربخشی یک نظریه بومی مبتنی بر فلسفه وحدت، که اساس عرفان اسلامی است را در بیماران مبتلا به سرطان بررسی کند. لذا در پژوهش حاضر اثربخشی این دو رویکرد

1. Breitbart, Pessin et al.

2. Breitbart, Rosenfeld et al.

یعنی رویکرد بومی وحدت مدار و رویکرد پدیدارشناسی معناگرا بر اضطراب و تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران دارای سرطان مقایسه می‌شود که تازگی این موضوع می‌تواند پژوهش‌ها را به یافته‌های جدیدی مجهز کند، بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به سؤال‌های زیر بود:

- آیا درمان معناگرا بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون اثربخش است؟
- آیا درمان وحدت مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون اثربخش است؟
- آیا بین اثربخشی درمان معناگرا و درمان وحدت مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون تفاوت وجود دارد؟

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

روش پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و روش پژوهش به لحاظ شیوه جمع‌آوری اطلاعات از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام بیماران زن و مرد مبتلابه سرطان خون (لوسمی) مراجعه‌کننده به مؤسسه خیریه مهیار در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ در شهر تهران بودند که از میان آنها ۶۰ نفر با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه برای پژوهش‌های نیمه آزمایشی ۱۵ نفر پیشنهاد شده (دلاور، ۱۳۹۰) و با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با تصادفی‌سازی و همگن‌سازی سن و جنس در گروه آزمایش اول تحت جلسات معنادرمانی، گروه آزمایش دوم تحت جلسات درمان وحدت مدار و یک گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص سرطان خون، نداشتن مشکل در شنوایی یا تکلم به دلیل عوارض سرطان، حداقل سواد سیکل، استفاده نکردن از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه، عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن روانی و جسمی و سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال که همه این موارد با مصاحبه نیمه ساختاریافته و مطالعه پرونده بیماران بررسی شد، رضایت شرکت در تحقیق و کسب نمره حداقل ۵ در مقیاس اضطراب بک بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم ادامه درمان، عدم رضایت در ادامه همکاری حداقل دو جلسه غیبت بود.

پژوهش حاضر در مؤسسه خیریه مهیار در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شد. نمونه مورد بررسی را در پژوهش حاضر بیماران مبتلابه سرطان خون تشکیل می‌دادند که به مؤسسه خیریه مهیار ارجاع داده شده بودند و به مدت ۶ تا ۸ هفته در این مؤسسه اقامت داشتند که یکی از مردان گروه گواه در طی انجام پژوهش فوت شدند. در پژوهش حاضر گروه اول به تنهایی تحت ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنادرمانی فردی توسط پژوهشگر که در زمینه معنادرمانی خود نیز کتبی را ترجمه کرده، قرار گرفتند. گروه دوم به تنهایی تحت ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان وحدت مدار فردی توسط پژوهشگر قرار گرفتند. دوره پیگیری ۱ ماه بعد برای هر ۳ گروه انجام شد که در مورد برخی از بیماران به دلیل ترخیص زودتر؛ به صورت آنلاین صورت گرفت. بیماران هر دو گروه آزمایش در دو روز مختلف هفته در مداخله شرکت می‌کردند. جهت کسب رضایت اخلاقی فرم رضایت شرکت در طرح به بیماران ارائه شد. اصول اخلاقی پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه ماندن و رازداری برای همه شرکت‌کنندگان رعایت گردید. در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای دموگرافیک از روش‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان^۱ (QLQ-C30)

پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان آرونسون و همکاران^۱ (۱۹۹۳) شامل ۳۰ گویه است که ۵ حیطه عملکردی: جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی و ۹ حیطه علائم و یک حیطه کلی کیفیت زندگی را از ۰

1. Quality of Life Questionnaire-Core 30(QLQ-C30)

تا ۱۰۰ مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آرونسون و همکاران (۱۹۹۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ $0/86$ و تمایز بیماران قبل و بعد از درمان را به عنوان شاخصی از روایی واگرایی ابزار گزارش کردند. صفایی، مقیمی دهکردی و طباطبائی (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای حیطه‌های عملکردی: جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی و کیفیت زندگی کلی به ترتیب $0/76$ ، $0/77$ ، $0/77$ ، $0/77$ و $0/73$ گزارش کردند. در مطالعه صفایی و همکاران (۱۳۸۶) روایی تمایز در تمام گویه‌ها به جز گویه ۴ حیطه عملکرد جسمانی مشاهده شد. نتایج مقایسه گروه‌های شناخته شده نیز نشان داد که بیماران با درجه بالاتر، عملکردهای ضعیف‌تر و علائم بیشتری از بیماری را بر اساس پرسشنامه گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ را برای حیطه‌های عملکردی: جسمانی، ایفای نقش، احساسی، شناختی و اجتماعی و کیفیت زندگی کلی به ترتیب $0/73$ ، $0/75$ ، $0/77$ ، $0/71$ و $0/74$ به دست آمد.

۲-۲-۲. مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون^۲ (CD-RISC)

مقیاس تاب‌آوری کانر دیویدسون^۳ (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که تاب‌آوری را در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای «همیشه نادرست = ۰» تا «همیشه درست = ۴» مورد پرسش قرار می‌دهد. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ و همبستگی درونی بین عوامل را در دامنه‌ای از $(0/30)$ تا $(0/70)$ و ضریب باز آزمایی $0/87$ را به عنوان شاخصی از همسانی درونی و همبستگی مثبت مقیاس تاب‌آوری با ابزار سخت رویی کوباسا^۴ ($0/83$) و مقیاس حمایت اجتماعی شیهان^۵ ($0/36$)، همبستگی منفی این مقیاس با مقیاس استرس ادراک شده^۶ ($-0/76$) و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان^۷ ($-0/32$) را به عنوان شاخصی از روایی همگرایی این ابزار گزارش کردند. در هنجاریابی ایرانی این ابزار که توسط کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) 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 به ترتیب برابر با $0/669$ و $0/665$ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار $0/71$ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب بک^۸. پرسشنامه اضطراب بک، استیر و گارین^۹ (۱۹۸۸) شامل ۲۱ گویه است که در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از اصلاً = ۰ تا شدید = ۳ نمره‌گذاری می‌شود. برای این پرسشنامه نقاط برش $7-0$ = هیچ یا کم‌ترین حد اضطراب؛ $8-15$ = اضطراب خفیف؛ $25-16$ = اضطراب متوسط و $63-26$ = اضطراب شدید گزارش شده است (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۴۰۰). بک و همکاران (۱۹۸۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ $0/92$ و همبستگی این ابزار را با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون^{۱۰} برابر با $0/51$ و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون برای $0/25$ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار $0/90$ به دست آمد.

۲-۳. روش اجرای مداخلات درمانی

درمان معناگرا. در این پژوهش درمان معناگرا که براساس کتاب بریت‌برت و پیتو (۱۳۹۸) تدوین شده، در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود.

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

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان معناگرا برای بیماران مبتلابه سرطان

هدف	توضیحات
جلسه اول: معرفی مفاهیم درمان و منابع معنا	<p>- 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- پرس و جو و فهم تعریف بیمار از سرطان و معنای آن از دیدگاه او- تعریف درمانگر از معنا</p> <p>- تمرین لحظات معنادار- در پایان بیان خلاصه‌ای از جلسه- مروری اجمالی بر جلسه بعد (دوم): سرطان و معنا- پیشنهاد خواندن فصل اول کتاب در جستجوی معنا نوشته فرانکل (۱۳۹۱) و خواندن خلاصه‌ای از آن و توضیح آن توسط درمانگر- توضیح در مورد تکلیف تجربی که در اختیار بیمار قرار داده می‌شود- یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد</p>
جلسه دوم: سرطان و معنا، هویت فرد پیش و بعد از بیماری سرطان	<p>- بررسی کلی شخصی و پزشکی بیمار- مرور خلاصه‌ای از جلسه اول- تأمل بر جلسه اول- بررسی و گفتگو پیرامون تکالیف جلسه اول- توجه دادن 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- پایان دادن به جلسه و یادآوری تکلیف تجربی جلسه دوم و توجه دادن به تاریخ و زمان جلسه بعد.</p>
جلسه سوم: منابع معنا: "زندگی به‌عنوان میراثی" که داده شده	<p>- بررسی کلی شخصی و پزشکی بیمار- مرور خلاصه‌ای از جلسه دوم- تأمل بر جلسه دوم- بررسی و گفتگو پیرامون تکلیف جلسه دوم- بررسی معنا در بافت گذشته، حال و آینده زندگی شخصی بیمار- بررسی نظرگاه زندگی از زاویه سرمایه و موهبت‌های داده شده به بیمار و پرسش از بیمار پیرامون 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 دستاوردهای حاصل شده و ... میراث حال و آینده: تأمل و گفتگو پیرامون نقش‌های معنادار و دستاوردها، درس‌ها و آموخته‌های زندگی و آنچه بیمار برای دیگری بر جای می‌گذارد- خاتمه جلسه با خلاصه‌ای از 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.</p>
جلسه چهارم: منابع نگرشی معنا، مواجهه با محدودیت‌های زندگی	<p>- بررسی وضعیت شخصی و پزشکی بیمار- تأمل و بررسی خلاصه جلسه سوم- بررسی تکلیف جلسه سوم - گفتگو و معرفی و بیان منابع نگرشی معنا با توجه به محدودیت‌های زندگی هنگام مواجهه با بیماری و 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 و یا می‌خواهد چگونه آیندگان او را به خاطر بیاورند- پنجم: منابع خلق معنا- ارائه تکلیف تجربی جلسه چهارم و پیگیری پروژه میراث- پایان دادن به جلسه و یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد.</p>
جلسه پنجم: منابع خلق معنا، خلاقیت- شجاعت و مسئولیت‌پذیری	<p>بررسی شخصی و پزشکی بیمار- تأمل و گفتگو پیرامون جلسه چهارم- بررسی تکلیف جلسه چهارم با توجه به پروسه میراث- گفتگو 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)- گفتگو و فهم مسئولیت: توانایی فرد برای پاسخ به زندگی- مسئولیت‌های گذشته، حال و آینده و گفتگو پیرامون کارهای ناتمام- پایان دادن به جلسه با</p>

هدف	توضیحات
	بیان خلاصه‌ای از جلسه- معرفی جلسه بعد منابع تجربه‌ای معنا- ارائه تکلیف تجربه‌ای جلسه پنج- یادآوری تاریخ و زمان جلسه بعد.
جلسه ششم: منابع تجربه‌ای معنا، ارتباط با زندگی از طریق عشق، زیبایی، و شوخ‌طبعی	بررسی وضعیت شخصی و پزشکی بیمار- بررسی پروژه میراث- بیان و تأمل بر خلاصه‌ای از جلسه پنجم و مرور تکلیف جلسه پنجم- معرفی و گفتگو پیرامون موضوع جلسه ششم (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- گفتگو 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 گفتگو پیرامون لحظات با معنا در جلسات- قدردانی و تشکر و تقویت تجارب مشترک و متفاوت بیمار و درمانگر ...

درمان وحدت مدار. در این پژوهش درمان وحدت مدار که براساس رویکرد روان‌درمانی وحدت مدار زاده محمدی (۱۳۹۳) تدوین شده، در ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا می‌شود.

جدول ۲. شرح جلسات درمان وحدت مدار

هدف	توضیحات
جلسه اول: آشنایی با درمان	بررسی و آگاهی کامل از شرح حال و شکایات اصلی مراجع، ابزار افکار و احساسات نسبت به بیماری‌اش و گفتگو پیرامون چرایی و چگونگی اتفاقات.
جلسه دوم: گفتگو پیرامون چیستی خلقت و هدف از حضور انسان در هستی. آشنایی با وحدت هستی و بزرگی‌های آن.	برای ارتقا درک اتصال وحدت‌مدار و معنادار مراجع با هستی از او درخواست می‌کنیم که: در یک ورق A3 شکل هستی را تصور و رسم کند. این که هستی چیست و چه هدف و غایتی دارد و هدف انسان از خلقت چیست و زندگی چه معنایی دارد. دارد. حضور تو در هستی برای چیست، دنبال چه هستی و سرانجام تو چیست و به کجا می‌روی. آماده‌سازی مراجع برای گفتگو پیرامون وحدت هستی و غایت‌مداری و هدف‌داری آن. این که هستی تصادفی نیست و در ذات آن هدف دارد و انسان به‌عنوان موجدی از آن در مسیر حقیقت جاری آن است.
جلسه سوم: گفتگو پیرامون مشکل و این که وحدت است 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 کثیری (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 پنهانی است که لازم است به معنای مثبت سختی‌ها و دردهای زندگی هشیار شویم.
جلسه چهارم: آگاهی از پذیرش واقعیت اتفاقات و زندگی برای زیستن معنادار در وحدت هستی و	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: که ای وجود یگانه از وحدت هستی تو هستم و در تو حضور دارم و از وجود لایتناهی تو نیرو و معنا می‌گیرم.
	پذیرش واقعیت رخدادهای زندگی و مدارایی 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

هدف	توضیحات
کاهش اضطراب و تنش	که جاری است را تقویت می کند همان حضور در اینجا و اکنونی ما را در او آرامش می بخشد.
جلسه پنجم: مفهوم جاودانگی حضور انسان در هستی مرگ به عنوان یک تحول و تولد دوباره و آغاز زندگی متعالی دیگر	گفتگو پیرامون مرگ و اضطراب مرگ آیا مرگ امری تحولی است و انسان و باقی و ماندگار است یا سرانجام مرگ میرایی و نیستی است. واری ترس هایی که در زندگی مراجع منشأ اضطرابها و نگرانی های اوست و گفتگو پیرامون چرایی های آنها و یافتن معنای تازه برای آنها. تمرین انجام تمرین تولد خویشتن و رهاشدن از قفس رحم مادر و رها شدن از وابستگی بند ناف و آغاز تحول و پیوستگی های جدید و آمادگی برای به درک تحولی تحول و زندگی متعالی دیگر.
جلسه ششم: مرور و تحلیل وحدت مدار برخی از اتفاقات داستان زندگی مراجع و یافتن آگاهی-هایی که به رنج او معنا می دهد.	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 راهبرها و معنای روان شناختی می تواند این بیماری دردناک که ویرانی جسم شمارا هدف قرار داده است معنا بخشد.
جلسه هفتم: جمع بندی	مرور جلسات گذشته و بحث پیرامون تجارب و نظرات

۲-۴. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

جهت آزمون فرضیه ها و مقایسه متغیرهای وابسته در پیش آزمون و پس آزمون از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (طرح آمیخته) به شرط برقراری پیش شرطهای آزمون از جمله نرمال بودن توزیع داده ها، همگنی واریانس ها خطا، واریانس های درون آزمودنی ها و ماتریس واریانس- کوواریانس و خطی بودن و نرم افزار SPSS-24 و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد.

۳. یافته ها

۳-۱. توصیف جمعیت شناختی

در پژوهش حاضر در هر گروه ۱۰ زن (۵۸/۸۲ درصد) و ۷ مرد (۴۱/۱۸ درصد) حضور داشتند. نتایج آمار توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سنی گروه وحدت مدار $40/58 \pm 8/34$ و گروه گواه $39/50 \pm 7/41$ بود. در گروه وحدت مدار ۵ نفر مجرد (۲۹/۴۱ درصد)، ۸ نفر (۴۷/۰۶ درصد) متأهل و ۴ نفر (۲۳/۵۳ درصد) مطلقه بودند. در گروه گواه ۳ نفر (۱۸/۷۵ درصد) مجرد و ۱۳ نفر (۸۱/۲۵ درصد) متأهل بودند. میانگین طول مدت بیماری برای گروه آزمایش $1/56 \pm 0/067$ و برای گروه گواه $1/98 \pm 0/037$ بود.

۳-۲. شاخص های توصیفی

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد و آماره شاپیرو-ویلکز مؤلفه های کیفیت زندگی و تاب آوری

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	سطح معناداری
کیفیت زندگی شناختی	پیش آزمون	درمان وحدت مدار	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
	پس آزمون	درمان وحدت مدار	۱۶/۲۳	۱/۶۴	۰/۹۱۲	۰/۱۰۶
		درمان معناگرا	۱۹/۴۶	۱/۲۴	۰/۹۲۷	۰/۱۵۵
		گواه	۱۲/۲۵	۱/۴۳	۰/۹۳۱	۰/۱۷۵
پیگیری	درمان وحدت مدار	۱۶/۷۶	۱/۸۵	۰/۹۳۲	۰/۲۳۸	

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	سطح معناداری	
کیفیت زندگی جسمانی	پیش آزمون	درمان معناگرا	۱۹/۵۷	۱/۳۰	۰/۹۲۵	۰/۱۳۹	
		گواه	۱۲/۳۱	۱/۵۳	۰/۹۳۴	۰/۲۷۸	
		درمان وحدت مدار	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	
		درمان وحدت مدار	۱۴/۴۱	۰/۷۱	۰/۹۱۷	۰/۲۳۰	
	پس آزمون	درمان معناگرا	۱۴/۰۵	۰/۷۰	۰/۹۰۰	۰/۱۳۲	
		گواه	۱۱/۳۱	۰/۷۰	۰/۹۴۸	۰/۵۷۵	
		درمان وحدت مدار	۱۴/۲۳	۰/۷۵	۰/۸۷۳	۰/۰۵۷	
		درمان معناگرا	۱۳/۹۷	۰/۶۲	۰/۹۴۴	۰/۵۱۱	
		گواه	۱۱/۱۸	۰/۸۳	۰/۹۳۶	۰/۴۰۴	
		درمان وحدت مدار	۱۰/۲۹	۰/۸۴	۰/۹۲۷	۰/۳۱۴	
ایفای نقش	پیش آزمون	درمان معناگرا	۹/۵۷	۰/۶۹	۰/۹۴۴	۰/۵۱۱	
		گواه	۱۱/۴۳	۰/۶۲	۰/۹۰۵	۰/۱۵۷	
		درمان وحدت مدار	۱۴/۳۵	۰/۷۸	۰/۹۳۵	۰/۳۹۶	
	پس آزمون	درمان معناگرا	۱۳/۷۳	۰/۶۵	۰/۹۵۳	۰/۶۵۲	
		گواه	۱۱/۵۰	۰/۶۳	۰/۹۳۵	۰/۳۹۸	
		درمان وحدت مدار	۱۴/۵۲	۰/۷۱	۰/۹۳۴	۰/۳۸۱	
	پیگیری	درمان معناگرا	۱۴/۱۰	۰/۷۳	۰/۹۰۲	۰/۱۴۳	
		گواه	۱۱/۰۰	۰/۷۳	۰/۹۳۸	۰/۴۳۶	
		درمان وحدت مدار	۵/۷۶	۱/۱۴	۰/۹۳۵	۰/۴۰۰	
	کیفیت زندگی احساسی	پیش آزمون	درمان معناگرا	۶/۱۰	۱/۰۴	۰/۹۱۹	۰/۲۴۳
			گواه	۶/۳۱	۰/۷۹	۰/۹۱۸	۰/۲۳۵
			درمان وحدت مدار	۹/۷۰	۱/۱۰	۰/۹۲۷	۰/۳۰۹
پس آزمون		درمان معناگرا	۱۱/۶۳	۱/۲۱	۰/۹۰۲	۰/۱۴۳	
		گواه	۵/۹۳	۰/۶۸	۰/۹۱۴	۰/۲۰۹	
		درمان وحدت مدار	۱۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۹۱۸	۰/۲۳۹	
پیگیری		درمان معناگرا	۱۲/۱۵	۰/۸۳	۰/۹۴۵	۰/۵۲۶	
		گواه	۵/۶۸	۰/۷۰	۰/۹۲۶	۰/۳۰۶	
		درمان وحدت مدار	۱۰/۱۱	۰/۹۲	۰/۹۱۸	۰/۲۳۹	

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	سطح معناداری
کیفیت زندگی اجتماعی	پیش‌آزمون	درمان وحدت مدار	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 وحدت مدار	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 وحدت مدار	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 وحدت مدار	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 وحدت مدار	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 وحدت مدار	۱۶/۳۵	۱/۲۲	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 با جدول ۳ انحراف معیار و آماره شاپیرو-ویلکز مربوط به نمره‌های شرکت‌کننده‌ها را در ۳ گروه درمان معناگرا، درمان وحدت مدار و گواه در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، توزیع داده‌ها به استثنای مرحله پس‌آزمون درمان وحدت مدار برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی و تاب‌آوری نرمال بودند ($P > 0/05$). در ادامه پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفت. آماره لون^۱ برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود بنابراین، مفروضه همگنی واریانس برای متغیرهای وابسته در ۳ مرحله برقرار بود ($P > 0/05$). بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی^۲ نشان داد فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها برای مؤلفه‌های کیفیت زندگی برقرار ($P > 0/05$) و برای متغیر تاب‌آوری برقرار نبود ($P < 0/01$) و بدین جهت از اصلاح گرینهوس-گیسر^۳ یا هیون فلت^۴ استفاده شد.

۳-۳. آزمون فرضیه‌ها

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

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

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
اثر گروه	۵۲۷/۳۳	۲	۲۶۳/۶۶	۴۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
کیفیت زندگی شناختی	۵۱۹/۸۴	۱/۸۷	۲۷۷/۷۳	۹۱۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
اثر متقابل	۳۶۸/۰۱	۳/۷۴	۹۸/۳۰	۳۲۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳۰
اثر گروه	۱۱۳/۸۹	۲	۵۶/۹۴	۴۸/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
کیفیت زندگی جسمانی	۲۰۲/۶۹	۱/۴۴	۱۳۹/۸۸	۳۲۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸
اثر متقابل	۷۹/۰۶	۲/۸۹	۲۷/۲۸	۶۲/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰
اثر گروه	۷۷/۸۸	۲	۳۸/۹۴	۳۸/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۹
ایفای نقش	۲۶۴/۱۲	۱/۸۶	۱۴۱/۶۱	۵۰۴/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
اثر متقابل	۱۴۹/۱۵	۳/۷۳	۳۹/۹۸	۱۴۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳
اثر گروه	۴۱۹/۰۷	۲	۲۰۹/۵۳	۹۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۹
کیفیت زندگی احساسی	۳۴۲/۶۳	۱/۷۸	۱۹۱/۹۹	۶۸۱/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۹۳۳
اثر متقابل	۲۴۳/۵۹	۳/۵۶	۶۸/۲۵	۲۴۲/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸
اثر گروه	۳۶۵/۶۴	۲	۱۸۲/۸۲	۱۰۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۴
کیفیت زندگی اجتماعی	۳۶۶/۷۱	۱/۹۷	۲۰۴/۱۲	۸۶۶/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
اثر متقابل	۱۵۹/۱۸	۳/۵۹	۴۴/۳۰	۱۸۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۵

جدول ۴ نشان داد درمان وحدت مدار 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 تنها دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت که نتیجه آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. مقایسه معناداری اثر متقابل گروه*زمان به صورت دو گروهی بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی

گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
گروه اول - گروه دوم	۰/۲۵۰	۱/۶۱	۰/۱۵۴	۰/۲۶۸	۰/۷۱۹	۰/۰۰۸
کیفیت زندگی شناختی	۱۳۳/۱۶	۲	۶۶/۵۸	۳۰۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۷
گروه دوم - گروه سوم	۳۶۴/۶۴	۱/۷۰	۲۱۳/۴۴	۵۳۶/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲
گروه اول - گروه دوم	۰/۳۹۴	۱/۲۳	۰/۳۱۹	۰/۵۲۴	۰/۵۱۰	۰/۰۱۵
کیفیت زندگی جسمانی	۵۳/۹۲	۲	۲۶/۹۶	۱۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۲
گروه دوم - گروه سوم	۶۶/۲۱	۱/۴۹	۴۴/۲۵	۹۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۹۴۲
گروه اول - گروه دوم	۰/۳۹۳	۱/۸۲	۰/۲۱۵	۰/۷۹۹	۰/۴۴۴	۰/۰۲۳
ایفای نقش	۱۰۵/۱۲	۲	۵۲/۵۶	۲۳۶/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴

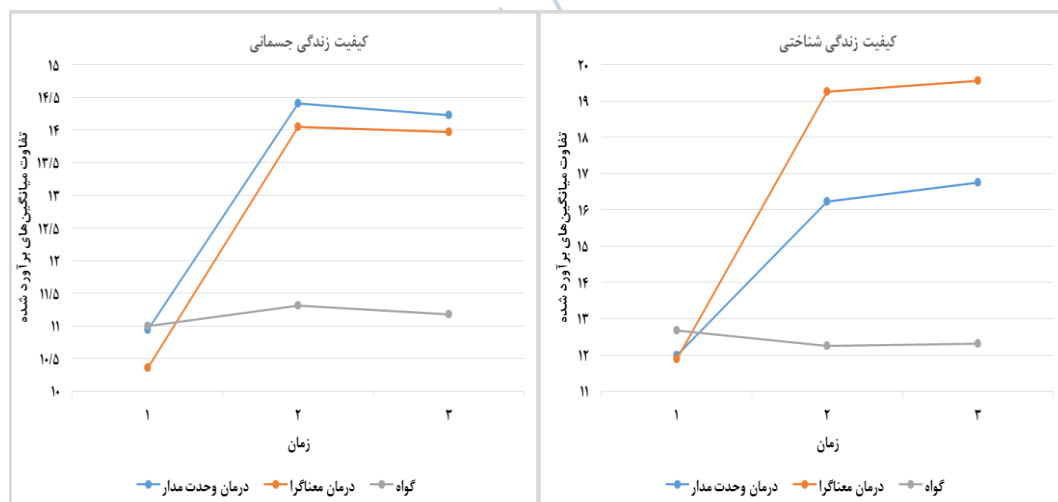
گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
گروه دوم - گروه سوم	۱۲۲/۰۸	۲	۶۱/۰۴	۱۹۳/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
گروه اول - گروه دوم	۱۶/۱۹	۱/۸۴	۸/۷۸	۲۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
گروه اول - گروه سوم	۱۲۰/۴۶	۱/۶۱	۷۴/۵۳	۲۹۹/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
گروه دوم - گروه سوم	۲۳۱/۶۷	۱/۷۸	۱۲۹/۶۷	۴۱۷/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
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

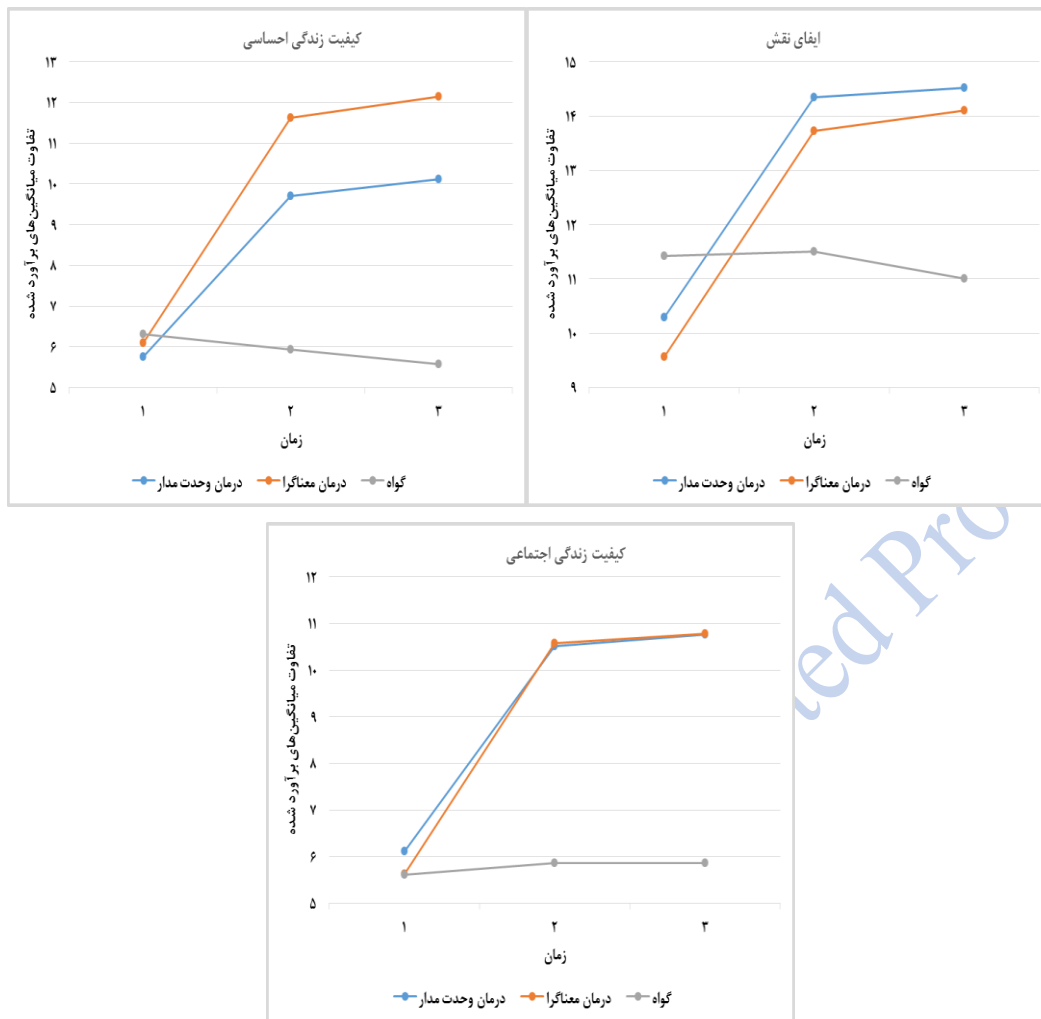
گروه اول: درمان وحدت مدار

گروه دوم: درمان معناگرا

گروه سوم: گواه

جدول ۵ نشان داد که درمان وحدت مدار در مقایسه با گروه گواه بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ($P=۰/۰۰۱$) اثر افزایشی داشت. همچنین جدول فوق نشان داد که درمان معناگرا نیز بر مؤلفه‌های کیفیت زندگی ($P=۰/۰۰۱$) اثر افزایشی داشت. همسو با مطالب فوق نمودارهای شکل ۱ نشان داد که میانگین نمره‌های مؤلفه‌های کیفیت زندگی هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه گواه افزایش یافت. در نهایت جدول ۵ نشان داد که بین اثربخشی درمان وحدت مدار و درمان معناگرا بر مؤلفه کیفیت زندگی احساسی تفاوت معنادار وجود داشت ($P=۰/۰۰۱$).





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	η^2
اثر گروه	۷۶۰/۰۷	۲	۳۸۰/۰۳	۹۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
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

جدول ۶ نشان داد درمان وحدت مدار و درمان معناگرا بر تاب‌آوری ($P=۰/۰۰۱$) اثر افزایش‌دهنده داشتند. اثر زمان موجب افزایش تاب‌آوری ($P=۰/۰۰۱$) نسبت به مرحله پیش‌آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه‌ها 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 دو گروهی بر متغیر تاب‌آوری

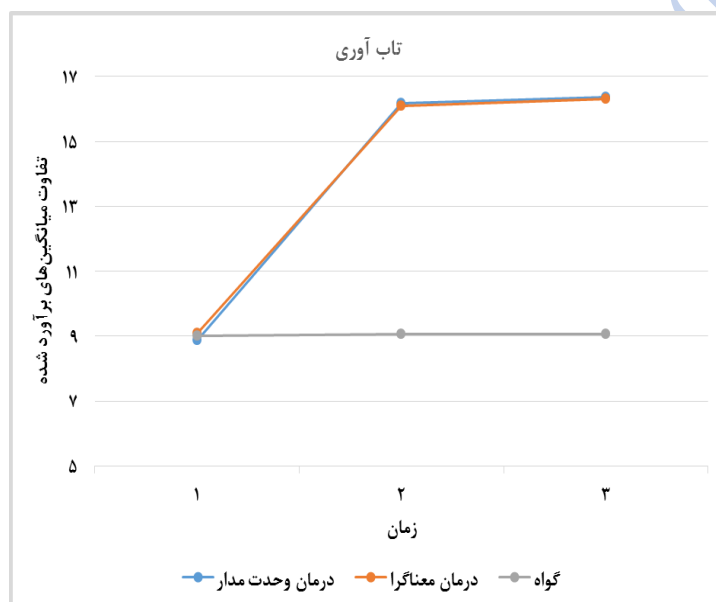
گروه‌های مورد مقایسه	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	η^2
گروه اول - گروه دوم	۰/۴۶۴	۱/۴۵	۰/۳۱۹	۰/۳۵۲	۰/۶۳۷	۰/۰۱۰
گروه اول - گروه سوم	۲۹۴/۵۴	۲	۱۴۷/۲۷	۳۳۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۹۱۵
گروه دوم - گروه سوم	۲۷۸/۴۰	۱/۶۸	۱۷۰/۷۴	۳۰۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳

گروه اول: درمان وحدت مدار

گروه دوم: درمان معناگرا

گروه سوم: گواه

جدول ۷ نشان داد که درمان وحدت مدار در مقایسه با گروه گواه بر متغیر تاب‌آوری ($P=0/001$) اثر افزایشی داشت. همچنین جدول فوق نشان داد که درمان معناگرا نیز بر متغیر تاب‌آوری ($P=0/001$) اثر افزایشی داشت. همسو با مطالب فوق نمودارهای شکل ۲ نشان داد که میانگین نمره‌های تاب‌آوری هر دو گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافت. در نهایت جدول ۷ نشان داد که بین اثربخشی درمان وحدت مدار و درمان معناگرا بر متغیر تاب‌آوری ($P=0/635$) تفاوت معناداری وجود نداشت.



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 وحدت مدار بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان معناگرا اثربخشی بیشتری نسبت به درمان وحدت مدار بر مؤلفه کیفیت زندگی احساسی بیماران داشت. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهش‌های سوادى، بهمنی و زاده محمدی (۱۴۰۰)؛ ابراهیمی قیه قشلاق، زاده محمدی و پناغی (۱۳۹۸)؛ آرمانی (۱۳۹۸)؛ نصیری هانیس و همکاران (۱۳۹۷)؛ کریمی و شریعت نیا (۱۳۹۶)؛ عابدی و همکاران (۱۳۹۶)؛ کیانی و همکاران (۱۳۹۴)؛ لطفی کاشانی و همکاران (۱۳۹۲)؛ رضایی، رفاهی و احمدی خواه (۱۳۹۱)؛ حمید و همکاران (۱۳۹۰)؛ بریت‌برت و همکاران (۲۰۱۸) و بریت‌برت و همکاران (۲۰۱۰) همسو بود. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد بین اثربخشی درمان وحدت مدار و درمان معناگرا در بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلابه سرطان تفاوت وجود ندارد. از آنجا که پژوهشی مشابه با این نتیجه یافت نشد، امکان مقایسه فراهم نشد.

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. تاکید روان‌درمانگران معناگرا بر این نکته که بدون توجه به ارزش‌های خود زندگی نمایند، احتمالاً زندگی آنان پوچ و بی‌معنا می‌گردد (دیزلیک و همکاران، ۲۰۱۵)؛ احتمالاً در ترغیب آنان به هدف‌داری و کیفیت بالاتر زندگی مؤثر بوده است. روان‌درمانگران معناگرا کمک می‌کنند تا مراجع به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند که نه تنها به تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود که این تأکید می‌تواند به کیفیت و ارتقا 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 که کنترل اوضاع زندگی از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد. 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 است، ترس نداشته باشد (دیزلیک و همکاران، ۲۰۱۴).

فرانکل، وینسلید و کوشنر^۳ (۲۰۰۶) معنای زندگی را در لذت و خوش‌گذرانی نمی‌دانند، بلکه تجربه زندگی در لحظه بدون هیچ‌گونه الگوی پیش‌پنداشت و تفسیر را معنای زندگی می‌دانند. داشتن درک روشنی از هدف در زندگی، احساس جهت‌یابی و هدفمندی، پایه سلامت روانی به شمار می‌رود و به احساس معنا در زندگی گذشته و حال منجر می‌شود. سلامت ذهن به معنای 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 حداقل بقا ضرورت دارد. **فرانکل (۱۳۹۱)** معتقد است زندگی تحت هر شرایطی حتی در بدبختی‌های بزرگ نیز دارای معنا است. او عنوان کرد که 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 معنای مختلفی که در هر لحظه وجود دارد، حداقل پاسخ به یکی از آن‌ها می‌تواند منجر به زندگی بامعنا شود. از این رو رویکرد یافته این پژوهش نشان داد که هر رویکرد معناگرا به گونه شرقی آن یعنی وحدت مدار 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 روبرو شدن با شرایط سخت و دشوار مشکلات است. انسان اگر می‌خواهد به سطح عملکرد کامل و خودشکوفای دست یابد لازم است که توانایی خود را از طریق روبرو شدن با سختی و مشکلات پیدا کند.

نکته دیگر در توجیه این یافته این‌که در مورد 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 نماید. معنادرمانی به فرد کمک می‌کند تا در چنین شرایطی که سرنوشت غیرقابل تغییر است، به شکل یگانه‌ای پتانسیل انسانی خود را متبلور سازد و تراژدی را به یک پیروزی شخصی تبدیل کند و در چنین تنگنایی که فرد به آن گرفتار شده است، باعث پیشرفت او می‌شود. معنادرمانی به‌عنوان یک کشیش طبی، عالی‌ترین صورت خود را در چنین شرایطی به دست می‌آورد. هنگامی که بیمار می‌پذیرد انسان مسئول است، ناگزیر به درک زندگی پیش روی خود است تا بتواند از فرصت‌های پیش رو حداکثر استفاده را بنماید و در این حالت پتانسیل‌ها و معنای زندگی خود را محقق کند (**حمید و همکاران، ۱۳۹۰**).

در تبیین اثربخشی درمان وحدت مدار 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 که به انتظارات آنها پاسخ مناسب داده نمی‌شود. در چنین شرایطی است که آنها در عقاید خود به خدا و ویژگی‌های او به منزله چهره دلبستگی، دچار تزلزل می‌شوند (**علیانسب، ۱۳۸۹**)؛ بازسازی معنای زندگی بیماران در

1. Dezelic, Ghanoum et al.

2. Dezelic, Elias et al.

3. Frankl, Winslade, & Kushner

پذیرش و کنار آمدن با بیماری و احساس ایمنی بیماران بسیار مؤثر است. بیماران دارای سرطان در مواجهه با حوادث تنش‌زا و دردناک زندگی به خصوص 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 همانند دیگر چهره‌های دلبستگی، در شرایط سخت بیشتر تأثیر به‌سزا دارد اصل رویکرد وحدت مدار بر پایه اتصال ایمن درونی به وجود یگانه است که نوید جاودانگی می‌دهد. در این رویکرد وقتی بیماران سرطانی مرگ را یک تحول می‌نگرند و جاودانگی و ایمنی خود را در نزدیک شدن به وجود یگانه حس می‌کند از اضطراب و نگرانی آنها کاهش و تحمل آنان در برابر تنش و درد این بیماری را می‌افزاید (زاده محمدی، ۱۳۹۵).

هر پژوهشی در بطن خود محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر اجرای پروتکل توسط یک نفر برای همه افراد در گروه‌های آزمایش بود که ممکن است نتایج پژوهش را تحت تأثیر قرار داده باشد. در پژوهش حاضر ممکن است در جریان جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه هم افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند و هم اینکه وضعیت جسمانی بیماران شرایط پاسخگویی آن‌ها را به پرسشنامه‌ها تحت تأثیر قرار داده باشد. در پژوهش حاضر به دلیل شرایط جسمانی و چه بسا مرگ عده‌ای از بیماران پژوهشگر با افت شرکت‌کننده‌ها مواجه بود. در پژوهش حاضر به دلیل همزمانی مداخلات با شیوع کووید-۱۹ و سپس ترخیص بیماران دوره پیگیری به صورت آنلاین برگزار شد که به دلیل شرایط بیماران با محدودیت‌هایی مواجه بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران آتی با انجام پژوهش کیفی با به کارگیری مصاحبه عمیق به بررسی متغیرهای حاضر بپردازند. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در افراد با طبقات اجتماعی-اقتصادی متفاوت و با در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی صورت گیرد. به جهت جلوگیری از افت شرکت‌کنندگان پیشنهاد می‌شود جلسات مداخله با فشردگی بیشتری و در مدت زمان کم‌تری اجرا شود. اثربخشی درمان‌های معناگرا و وحدت مدار بر حالات روانی بیماران مبتلابه سرطان از تلویحات کاربردی پژوهش حاضر است و بنابراین ارائه درمان‌های معناگرا و وحدت مدار به عنوان درمانی مکمل درمان‌های پزشکی به بیماران مبتلابه 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، بیمار می‌توانست در هر مرحله بدون محرومیت از خدمات بهداشتی و درمانی از مطالعه انصراف دهد. علاوه بر این، به بیماران یادآوری شد که اطلاعات شخصی آنها محرمانه است و از هرگونه سؤال یا اقدامات فیزیکی یا روانی غیرضروری یا بالقوه مضر با جبران هر گونه آسیب احتمالی اجتناب شد. همچنین توضیح داده شد که در صورت تمایل بیمار، اطلاعات لازم در خصوص اجرای طرح تحقیقاتی و یا هرگونه تغییر در آن ارائه خواهد می‌شود. از سوی دیگر به بیماران اطلاع داده شد که بابت شرکت در پژوهش هیچ گونه غرامت مالی دریافت نخواهند کرد و بر اهمیت صداقت در تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارائه نتایج تحقیقات به بیمار در صورت تمایل نیز تأکید و در نهایت نحوه شکایت از مراجع ذیربط در صورت بروز مشکل به وضوح برای بیمار توضیح داده شد.

۶. تقدیر و تشکر و حمایت مالی

بدین وسیله از تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر، مسئولین محترم مؤسسه خیریه مهیار و دانشگاه آزاد اسلامی تشکر و قدردانی می‌شود. در اجرای این تحقیق از فرد و یا موسسه ای کمک مالی دریافت نشده است.

۷. تعارض منافع

نویسندگان پژوهش حاضر هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکردند.

منابع

ابراهیمی قیه قشلاق، ف. زاده محمدی، ع. و پناغی، ل. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر روان‌شناسی وحدت‌مدار بر احساس تنهایی و اضطراب مرگ زنان در مرحله آشیانه خالی. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۴)، ۲۷۵-۲۸۸. https://jap.razi.ac.ir/article_1338.html

- آرامانی، ک. (۱۳۹۸). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر تاب آوری و کیفیت زندگی دانشجویان. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*، ۳ (۷)، ۱۴-۱. <https://jnip.ir/article-1-209-fa.html>
- بریت‌برت، وی.، و پیپتو، ش. (۱۳۹۸). *معنادرمانی گروهی برای بیماران مبتلابه سرطان پیشرفته (راهنمای درمان): مجموعه درمان‌های اثربخش*. ترجمه شهناز گیلی. انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۴).
- بنی اسدی، ف.، برجلی، ا.، پورشرفی، 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*، ۱ (۴)، ۶۹-۷۷. <https://jpm.hums.ac.ir/article-1-566-fa.html>
- حمید، ن.، و طالبیان، ل.، و مهرابی زاده هنرمند، م.، و یاوری، ا. ح. (۱۳۹۰). اثربخشی معنادرمانی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. *دست آوردهای روان‌شناختی (علوم تربیتی و روان‌شناسی)*، ۱۸ (۲)، ۱۹۸-۱۸۱. https://psychac.scu.ac.ir/article_11727.html
- دلاور، ع. (۱۳۹۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد، چاپ نهم.
- رضایی، آ.، رفاهی، ژ.، و احمدی خواه، م. ع. (۱۳۹۱). اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۳ (۷)، ۳۷-۴۶. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.22285516.1391.2.7.3.0>
- زاده محمدی، ع. (۱۳۹۳). *جهان‌شناسی وحدت‌مدار*. تهران: انتشارات قطره.
- زاده محمدی، ع. (۱۳۹۵). *مکتب روان‌شناسی وحدت‌مدار، مقایسه تطبیقی با مکاتب: روان‌تحلیلی، رفتارگرایی، انسان‌گرایی، وجودگرایی، شناخت‌گرایی، گشتالت، معناگرایی*. تهران: انتشارات قطره.
- زاده محمدی، ع. (۱۳۹۷). بررسی تطبیقی روان‌شناسی وحدت‌مدار و روان‌شناسی وجودی: تقابل دو رویکرد معناگرایی فطری‌نگر و پدیدارگرا. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۲ (۱)، ۱۵-۳۶. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25887211.1397.2.1.2.6>
- زاده محمدی، ع.، ناظری، آ.، مطیع، م.، و داروئی، پ. (۱۳۹۶). معنا‌داری وقایع زندگی از دیدگاه قرآن و روان‌شناسی وحدت‌مدار: مبانی برای طراحی تمرین‌های هنری مؤثر. *الهیات تطبیقی*، ۱ (۱۸)، ۳۷-۵۴. <https://doi.org/10.22108/coth.2017.80271>
- سوادی، ز.، بهمنی، ب.، و زاده محمدی، 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. <http://bloodjournal.ir/article-1-1011-fa.html>
- صابری نوغابی، ا.، زروندی، ر.، جدی، ح.، جمالی نوقابی، ز.، مظلوم شهری، س. ب.، و نوری، ر. (۱۳۹۹). تأثیر امید درمانی گروهی بر سلامت معنوی بیماران مبتلابه سرطان: یک مطالعه نیمه تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۹ (۴)، ۳۸۲-۳۶۹. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1399.19.4.4.3>
- صفاقی، 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 شریفاف، ح. ر.، و اصغری ابراهیم آباد، م. ج. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباط صمیمانه بر افزایش سازگاری و رضایتمندی زناشویی زنان مبتلابه 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: انتشارات جامعه نگر.
- عظیمی لولتی، ح.، و کردان، ز. (۱۳۹۷). جنبه‌های روانی - اجتماعی مرتبط با تاب‌آوری در مبتلایان به سرطان: یک مطالعه مروری نقلی. *تعالی بالینی*، ۱ (۳)، ۴۷-۳۲. <http://ce.mazums.ac.ir/article-1-421-fa.html>
- علیاناسب، 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: انتشارات بعثت.
- فرانکل، وی. ای. (۱۳۹۱). *انسان در جستجوی معنا*. ترجمه علی اکبر معارفی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۶).

- کریمی، م.، و شریعت نیا، ک. (۱۳۹۶). اثر معنویت درمانی بر تاب آوری 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.، جهان پور، ف.، عباسی، ف.، درویشی، ش.، و قلی زاده، ب. (۱۳۹۴). بررسی اثر بخشی معنویت درمانی بر سلامت روان بیماران سرطانی مراجعه کننده به مرکز سرطان شهر بوشهر. *پرستاری گروه های آسیب پذیر*، ۲ (۵)، ۵۱-۴۰. magiran.com/p1537058
- کیهانی، م.، تقوایی، د.، رجبی، ا.، و امیرپور، ب. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب آوری 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>
- گرامی نژاد، ن.، قربانی مقدم، ز.، کاظمی مجد، ر.، و حسینی، م. (۱۳۹۸). ارتباط تاب آوری و تمایل به ترک حرفه در پرستاران بخش های ویژه بیمارستان های 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>
- نصیری هائیس، غ.، زاده محمدی، ع.، شهیدی، ش.، و یوسفی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش روان شناسی وحدت مدار بر سلامت روانی مادران کودکان دچار اختلالات طیف درخودماندگی. *رویش روان شناسی*، ۷ (۶)، ۱۶-۱. <https://frooyesh.ir/article-1-568-fa.html>
- لطفی کاشانی، ف.، مفید، ب.، و سرافراز مهر، س. (۱۳۹۲). اثربخشی معنویت درمانی بر کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۸ (۲۷)، ۳۶-۲۷. https://jtbcp.roudehen.iau.ir/article_12.html?lang=fa

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. (1389). 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).
- 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
- Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R. M., Marziliano, A. M., Masterson, M., Tobias, K., & 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., & Poppito, Sh. R. (2014). *Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a treatment manual*. Translated by Shahnaz Gili (2019). Tehran: Arjmand. (In Persian).
- 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>
- 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).
- 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>
- Delaware, A. (1390). Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. 9th edition, 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* (1st 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* (1st 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 (in Persian).
- Fathi Ashtiani, A., and 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 Maarefi, A. A. Tehran, The 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 (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. magiran.com/p1537058 (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>
- LotfiKashani, F., Mofid, B., & SarafrazMehr, 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://jtbcpr.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
- 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 (in Persian).
- Saberi Noghahi, E., Zarvandi, R., Jeddi, H., Jamali Noghahi, Z., Mazloun 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* 2016; 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., Rydall, A., Zimmermann, C., Hales, S., Lo, C., & 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., 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).
- 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 (in Persian).