The Effectiveness of Existential Therapy on Self-Care and Psychological Hardiness in Women with Breast Cancer

Solmaz Khojasteh, Jalil Babapour*, Mosatafa Zarean

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

Article Info:

Received: **20 Apr 2026** ***Revised:*** **19 July 2026** ***Accepted*****: 30 July 2026**

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer, the most common cancer among women, is associated with not only significant physical consequences but also substantial psychological challenges. This study aimed to examine the effectiveness of existential therapy in improving self-care and psychological hardiness among women with breast cancer. ***Materials and Methods:*** In this quasi-experimental study with a pretest–posttest design and a control group, 30 women aged 40 to 55 with breast cancer in Tabriz, Iran, in 2025 were selected using convenience sampling and randomly assigned to an intervention group and a control group (15 participants in each group). The intervention group received ten weekly sessions (60 minutes each) of Frankl's existential therapy. Data were collected using the Miller Self-Care Questionnaire and the Kobasa Hardiness Questionnaire, and analyzed using multivariate analysis of covariance. ***Results:*** Our findings showed that after controlling for pre-test scores, existential therapy was significantly associated with increased self-care and psychological toughness in the intervention group. ***Conclusion:*** Existential therapy, as an effective psychological intervention, improves coping capacities and psychological status of women with breast cancer.

Keywords:

1. Dignity Therapy
2. Breast Neoplasms
3. Psychotherapy
4. Long-Term Care
5. Middle Aged

***Corresponding Author:** Jalil Babapour
Email: *babapourj@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

اثربخشی درمان وجودی بر خود مراقبتی و سرسختی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه

سولماز خجسته، جلیل باباپور*، مصطفی زارعان

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله:

دریافت: ۳۱ فروردین ۱۴۰۵ **اصلاحیه:** ۲۸ تیر ۱۴۰۵ **پذیرش:** ۸ مرداد ۱۴۰۵

چـــــکیده

مقدمـــه: سـرطان سینـه، شـایع‌ترین سـرطان در بیـن زنـان، نـه تنهـا بـا پیامدهـای جسـمی قابـل توجـه، بلکـه بـا چالش‌هـای روانشـناختی قابـل توجـهی نیـز همـراه اسـت. ایـن مطالعـه بـا هـدف بررسی اثربخـشی درمـان وجـودی در بهبـود خـود مراقبـتی و سرسـختی روانشـناختی در بیـن زنـان مبـتلا بـه سـرطان سینـه انجـام شـد. **مـــواد و روش‌هـــا:** در ایـن مطالعـه نیمـه تجـربی بـا طـرح پیش‌آزمـون-پس‌آزمـون و گـروه کنتـرل، ۳۰ زن ۴۰ تـا ۵۵ سـاله مبـتلا بـه سـرطان سینـه در تبریـز، ایـران، در سـال ۱۴۰۴ بـا اسـتفاده از نمونه‌گیـری در دسـترس انتخـاب و بـه طـور تصـادفی بـه یـک گـروه مداخلـه و یک گـروه کنتـرل (۱۵ نفـر در هـر گـروه) اختصـاص داده شـدند. گـروه مداخله ده جلسـه هفتگی (هر جلسـه ۶۰ دقیقـه) درمـان وجـودی فرانـکل را دریافـت کردنـد. داده‌هـا بـا اسـتفاده از پرسشـنامه خـود مراقبـتی میلـر و پرسشـنامه سرسـختی کوباسـا جمـع‌آوری و بـا اسـتفاده از تحلیـل کوواریانـس چنـد متغیـره تجزیـه و تحلیـل شـدند. **یافته‌هـــا:** یافته‌هـای مـا نشـان داد کـه پـس از کنتـرل نمـرات پیش‌آزمـون، درمـان وجـودی بـه طـور قابـل توجـهی بـا افزایـش خـود مراقبـتی و سرسـختی روانشـناختی در گـروه مداخلـه مرتبـط بـود. **نتیجه‌گیـــری:** درمـان وجـودی، بـه عنـوان یـک مداخلـه روانشـناختی مؤثـر، ظرفیت‌هـای مقابلـه‌ای و وضعیـت روانشـناختی زنـان مبـتلا بـه سـرطان سینـه را بهبـود می‌بخشـد.

واژه‌های کلیدی:

۱- درمان وجودی
۲- سرطان سینه
۳- روان درمانی
۴- مراقبت طولانی مدت
۵- میانسالی

***نویسنده مسئول:** جلیل باباپور

پست الکترونیک: *babapourj@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

مقدمه

سرطان پستان[1] شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده و یکی از عمده‌ترین علل مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان سراسر جهان محسوب می‌شود (۱). در ایران نیز سرطان پستان رتبه اول بروز را در میان زنان دارا است (۲). پیشرفت‌های چشمگیر در روش‌های تشخیصی و درمانی اگرچه موجب بهبود نرخ بقا شده‌اند، اما خود با چالش‌های جسمانی و روانی- اجتماعی پیچیده‌ای همراه بوده‌اند (۳). بیماران طی فرآیند درمان با عوارضی چون خستگی، تهوع، تغییر در تصویر بدن، ریزش مو و یائسگی زودرس مواجه می‌شوند که کیفیت زندگی آنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). علاوه بر این، ماهیت تهدیدکننده حیات بیماری، بیمار را با پرسش‌های بنیادین و دغدغه‌های وجودی روبه‌رو می‌سازد. ترس از مرگ، احساس تنهایی، جستجوی معنا در رنج، از دست دادن کنترل و حس انزوا، از جمله این دغدغه‌ها هستند که می‌توانند حتی پس از اتمام درمان فعال نیز تداوم یابند (۵).

این بحران‌های وجودی، تأثیر مستقیمی بر رفتارهای سلامت محور و عملکرد روانی فرد می‌گذارند. خودمراقبتی[2] به‌عنوان مجموعه‌ای از اقدامات آگاهانه و آموخته‌شده که فرد به منظور حفظ حیات، ارتقای سلامت و مدیریت عوارض بیماری انجام می‌دهد، سنگ بنای مدیریت موفق بیماری‌های مزمن از جمله سرطان است (۶). در بیماران مبتلا به سرطان پستان، خودمراقبتی مؤثر شامل مدیریت عوارض شیمی‌درمانی[3] و پرتودرمانی[4]، پیروی از رژیم دارویی، تغذیه مناسب، فعالیت بدنی سازگار با شرایط و مراقبت از زخم پس از جراحی است (۷). مطالعات نشان می‌دهند که سطوح بالاتر خودمراقبتی با کاهش عوارض درمان، کاهش بستری‌های مجدد، بهبود کیفیت زندگی و افزایش رضایت از درمان مرتبط است (۸). با این حال، پریشانی روانی و بار وجودی بیماری، اغلب انرژی و انگیزه لازم برای پرداختن به این رفتارها را از بیمار سلب می‌کند (۹).

در این میان، سرسختی روانشناختی[5] به‌عنوان صفت شخصیتی و منبع مقابله‌ای، نقش تعدیل‌کننده کلیدی ایفا می‌کند. این سازه ترکیبی از سه مؤلفه باور است: تعهد؛ تمایل به درگیر شدن در فعالیت‌های زندگی به جای انزوا، کنترل؛ باور به توانایی تأثیرگذاری بر رویدادهای زندگی به جای درماندگی و چالش؛ درک تغییرات و استرس‌ها به‌عنوان فرصتی برای رشد به جای تهدید، افراد سرسخت، رویدادهای استرس‌زایی مانند تشخیص سرطان را به‌عنوان بخشی از زندگی که می‌توان از آن معنایی استخراج کرد و بر آن کنترل داشت، تفسیر می‌کنند (۱۰). پژوهش‌ها حاکی از آن است که سرسختی روانشناختی با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب، کیفیت زندگی بالاتر، تاب‌آوری بیشتر و حتی پاسخ ایمنی بهتر در بیماران سرطانی همراه است (۱۲، ۱۱). در واقع سرسختی روانشناختی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان با اثرات مستقیم و غیر مستقیم معنی‌دار بر تاب آوری و اضطراب مرگ همراه است (۱۳). به نظر می‌رسد سرسختی از یک سو به فرد کمک می‌کند تا در مواجهه با بیماری، احساس کنترل کند و از سوی دیگر، انرژی و انگیزه لازم برای انجام رفتارهای خودمراقبتی را در او تقویت نماید.

در میان رویکردهای روان‌درمانی، درمان وجودی[6] به دلیل همخوانی مفهومی با چالش‌های پیش روی بیماران سرطانی، مورد توجه ویژه قرار گرفته است. بر خلاف برخی رویکردها که بر تغییر افکار یا رفتارهای خاص متمرکزند، درمان وجودی به شرایط اساسی و اجتناب‌ناپذیر هستی انسان می‌پردازد: مرگ، آزادی، تنهایی و پوچی. این درمان به بیمار کمک می‌کند تا با پذیرش واقعیت‌هایی همچون مرگ‌مندی و رنج، مسئولیت انتخاب‌های خود را بپذیرد، معنایی شخصی در تجربه بیماری بیابد و با اصالت بیشتری زندگی کند (۱۴). درمانگر وجودی با ایجاد رابطه‌ای اصیل و مبتنی بر گفت‌وگو، فضایی امن برای کاوش این مضامین فراهم می‌آورد. مداخلاتی مانند بازسازی روایت زندگی، تمرین توجه به لحظه اکنون، بررسی ارزش‌ها و اولویت‌های زندگی و مواجهه سازنده با ترس‌ها، از تکنیک‌های مورد استفاده در این رویکرد هستند (۱۵).

در دو دهۀ اخیر، پژوهش‌های متعددی اثرات مثبت مداخلات مبتنی‌بر معنادرمانی[7] و درمان وجودی را در جمعیت بیماران سرطانی نشان داده‌اند. یک مرور نظام‌مند اخیر نشان می‌دهد که معنادرمانی در زنان مبتلا به سرطان، به کاهش معنی‌دار علائم افسردگی، اضطراب و استرس پس از سانحه و همچنین بهبود معنای زندگی، کیفیت زندگی، ادراک علائم جسمانی و رشد پس از سانحه منجر شده‌اند. این مرور که بر روی ۶ مطالعۀ تجربی انجام شده، الگوی غالب پژوهش‌ها را بر

[1] Breast cancer
[2] Self-Care Behaviors
[3] Chemotherapy
[4] Radiation therapy
[5] Psychological Hardiness
[6] Existential Therapy
[7] Logotherapy

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

متغیرهای روان‌شناختی- هیجانی متمرکز می‌داند (۱۶). در یک کارآزمایی بالینی، درمان معنامحور گروهی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، به‌طور معنی‌داری بهزیستی معنوی و معنای زندگی را افزایش و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۷). در واقع یک ارتباط دو سویه بین افسردگی و معنای زندگی وجود دارد. افسردگی در نتیجه عوامل مختلف منجر به کاهش معنای زندگی می‌شود. به نوبه خود، کاهش معنای زندگی منجر به احساسات مخرب می‌گردد (۱۸). درمان وجودی کوتاه‌مدت در بیماران سرطانی، به ویژه آنان که سطوح بالایی از پریشانی داشتند، کیفیت زندگی را افزایش و ناامیدی را کاهش می‌دهد (۱۹). اثربخشی درمان وجودی- شناختی گروهی بر زنان مبتلا به سرطان پستان نیز تأیید شده است (۲۰). در این راستا بینش‌های ارزشمندی در مورد پریشانی وجودی و فرآیند معناسازی در زنان مبتلا به سرطان پستان با دغدغه‌های باروری ارائه شده است (۲۱). در ایران نیز، اثربخشی معنادرمانی بر راهبردهای مقابله با درد، سرمایهٔ روانشناختی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید شده است (۲۲). همچنین، نشان داده شده است که رویکرد تلفیقی معنادرمانی و امیددرمانی، تحمل ابهام و سرسختی روانشناختی را در زنان مبتلا به سرطان پستان به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد (۲۳). در مطالعه‌ای دیگر، با طرح پیگیری سه‌ماهه، اثربخشی درمان وجودی- شناختی، بر انعطاف‌پذیری روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید شده است (۲۴). درمان وجودی می‌تواند امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی را در زنان دچار بیماری مزمن افزایش دهد (۲۵).

باوجوداین، تحقیقات معدودی به طور خاص به تأثیر این رویکرد بر متغیرهای عملکردی-رفتاری مانند خودمراقبتی و نیز سازه‌های روانشناختی مانند سرسختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته‌اند. تقریباً تمامی پژوهش‌های پیشین بر پیامدهای روانشناختی متمرکز بوده‌اند، اما متغیرهای عملکردی- بالینی مانند خودمراقبتی که نقشی کلیدی در مدیریت عوارض درمان، کاهش بستری‌های مجدد و ارتقای کیفیت زندگی بیماران دارد، به‌طور جدی مغفول مانده است. از سوی دیگر، سازه‌ی سرسختی روانشناختی که به‌عنوان یک منبع مقابله‌ای درونی می‌تواند نقش تعدیل‌کننده‌ی مهمی در مواجهه با استرس‌های مزمن داشته باشد، علی‌رغم هم‌خوانی مفهومی عمیق با مفاهیم کلیدی درمان وجودی (تعهد، کنترل و چالش)، در پژوهش‌های مرتبط با درمان وجودی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس، شکاف پژوهشی اصلی را می‌توان در کمبود مطالعاتی که به‌طور هم‌زمان به بررسی تأثیر درمان وجودی بر هر دو حوزهٔ عملکردی (خودمراقبتی) و شخصیتی (سرسختی) در جمعیت زنان مبتلا به سرطان پستان در بافت فرهنگی ایران پرداخته باشند، خلاصه کرد علاوه براین، نتایج این پژوهش می‌تواند چارچوبی علمی برای یکپارچه‌سازی خدمات روان‌درمانی در مراکز انکولوژی ایران فراهم کند. از منظر بالینی، اثربخشی این مداخله بر افزایش خودمراقبتی می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های ناشی از بستری‌های مکرر، عوارض درمانی و بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی شود. از جنبهٔ اجتماعی، تقویت سرسختی روانشناختی نه تنها بار مراقبت از بیماران را بر دامنهٔ خانواده‌ها کاهش می‌دهد، بلکه با تسهیل بازگشت سریع‌تر بیماران به نقش‌های اجتماعی- شغلی، تأثیرات اقتصادی مثبتی به همراه خواهد داشت. همچنین، این مطالعه با ارائه الگویی فرهنگی- سازگار از درمان وجودی، گامی نوین در حوزهٔ روانشناسی سلامت ایران محسوب می‌شود که قابلیت تعمیم به سایر بیماری‌های مزمن را داراست. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پر کردن بخشی از این خلأ پژوهشی طراحی شد. سؤال اصلی پژوهش این بود که آیا درمان وجودی بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی و افزایش سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، کلینیک‌های تخصصی و بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس غیرتصادفی بود. پس از اخذ مجوزهای لازم و هماهنگی با مراکز، افراد واجد شرایط بر اساس ملاک‌های ورود و خروج شناسایی شدند. ملاک‌های ورود شامل: ۱) تشخیص قطعی سرطان پستان توسط انکولوژیست در حداکثر ۱۲ ماه گذشته، ۲) انجام حداقل یک عمل جراحی مرتبط، ۳) قرار داشتن در بازه سنی ۵۵-۴۰ سال، ۴) نداشتن سابقه بیماری روان‌پزشکی عمده (مثل اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی) بر اساس پرونده پزشکی و گزارش خود فرد، و ۵) تمایل و ارائه رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج شامل: ۱) مصرف منظم داروهای روانپزشکی مؤثر بر خلق و شناخت (مانند ضدافسردگی‌ها، ضداضطراب‌ها یا ضدروان‌پریشی) در دو ماه گذشته، ۲) دریافت همزمان

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

روان‌درمانی دیگر، ۳) وجود متاستاز یا عود بیماری که شرکت در جلسات را ناممکن سازد و ۴) غیبت بیش از دو جلسه از مداخله بود. از بین داوطلبان، تعداد ۳۰ نفر واجد شرایط تشخیص داده شده و به روش تصادفی ساده با همتاسازی سن، در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. محاسبه حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار آماری G*Power، با در نظر گرفتن اندازه اثر[8] ۰/۵، سطح اطمینان ۹۵ درصد و قدرت آماری ۸۰ درصد براساس شاخص کوهن[9] انجام گرفت. حجم نمونه آماری، در حضور دو متغیر مستقل برابر با ۳۰ نفر با مقدار F بحرانی ۴/۲۱ تعیین گردید. لذا حجم نمونه نهایی برای هر گروه حدود ۱۵ نفر برآورد گردید که با حجم نمونه در مطالعات مشابه قبلی همخوانی دارد (۱۹).

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه خودمراقبتی میلر[10]: این پرسشنامه توسط میلر و همکاران (۲۶) طراحی شد و رفتارهای خودمراقبتی را در پنج حیطه اندازه‌گیری می‌کند: رژیم غذایی مناسب (گویه‌های ۱-۴)، عدم استفاده از سیگار (گویه‌های ۵-۸)، فعالیت جسمانی (گویه‌های ۹-۱۲)، استفاده از رژیم دارویی تجویز شده (گویه‌های ۱۳-۱۶) و تعدیل اثر عوامل استرس‌زا (گویه‌های ۱۷-۲۰). هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از «به احتمال کم» (نمره ۱) تا «به احتمال زیاد» (نمره ۴) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از مجموع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید که بین ۲۰ تا ۸۰ نوسان دارد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح مطلوب‌تر خودمراقبتی است. میلر و همکاران پایایی آن را با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۶). در ایران، روایی و پایایی قابل قبولی برای این پرسشنامه در بیماران قلبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش نمودند (۲۷). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۷ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار در نمونه پژوهش است.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی کوباسا[11]: این مقیاس ۲۰ گویه‌ای توسط کوباسا و همکاران (۲۱) برای سنجش میزان سرسختی کلی فرد ساخته شد. اگرچه این پرسشنامه در اصل سه خرده‌مقیاس تعهد، کنترل و چالش را می‌سنجد، اما در بسیاری از پژوهش‌ها از نمره کلی آن استفاده می‌شود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از «هرگز» (نمره ۱) تا «اغلب اوقات» (نمره ۴) تنظیم شده‌اند. نمره کلی بین ۲۰ تا ۸۰ است و نمرات بالاتر بیانگر سرسختی بیشتر است. روایی سازه مناسب پرسشنامه تأیید شده است (۲۸). در ایران، با بررسی دانشجویان، آلفای کرونباخ ۰/۹۱ را برای نمره کل گزارش کردند (۲۹). در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ محاسبه شد که حاکی از پایایی قابل قبول ابزار در جامعه مورد مطالعه است.

روش اجرا و مداخله: پس از اخذ مجوزهای اخلاقی از دانشگاه تبریز با شناسه اخلاق IR.TABRIZU.REC.1404.164 و هماهنگی با مراکز درمانی، افراد واجد شرایط شناسایی و با آنان تماس گرفته شد. اهداف، روش کار، محرمانه بودن اطلاعات و حق انصراف در هر مرحله به طور کامل توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید. سپس، شرکت‌کنندگان هر دو گروه، پرسشنامه‌های پژوهش (پیش‌آزمون) را تکمیل کردند. شرکت‌کنندگان گروه مداخله، تحت درمان وجودی مبتنی بر اصول ویکتور فرانکل قرار گرفتند (۳۰). این مداخله در ۱۰ جلسه هفتگی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای در یکی از مراکز مشاوره‌ی خصوصی شهر تبریز برگزار گردید. خلاصه‌ای از ساختار جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. افراد گروه کنترل، در لیست انتظار قرار گرفتند و در طول دوره پژوهش، مداخله روان‌درمانی ساختاریافته‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات مداخله، از هر دو گروه مجدداً خواسته شد پرسشنامه‌های پژوهش (پس‌آزمون) را تکمیل نمایند. داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ شد.

[8] Effect Size
[9] Cohen's d
[10] Miller Self-Care Questionnaire
[11] Kubasa Psychological Hardiness Questionnaire

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

جدول ۱- ساختار جلسات درمان وجودی فرانکل

جلسه	عنوان	هدف درمانی	محتوای اصلی	تکلیف
اول	آشنایی و مفهوم معنا	معرفی درمان و بررسی تأثیر سرطان بر معنای زندگی	مفهوم اراده معطوف به معنا و بحران وجودی پس از تشخیص سرطان	نوشتن درباره اینکه چه چیزهایی هنوز به زندگی من معنا می‌دهد
دوم	تجربه تشخیص سرطان و بحران وجودی	پردازش هیجانات مرتبط با تشخیص بیماری	بیان روایت شخصی از تشخیص و تأثیر آن بر هویت	نوشتن روایت زندگی قبل و بعد از سرطان
سوم	آزادی نگرش	تقویت احساس اختیار در انتخاب نگرش	مفهوم آزادی در انتخاب نگرش نسبت به رنج	ثبت موقعیت‌هایی که فرد نگرش خود را تغییر داده است
چهارم	ارزش‌های خلاقانه	معنا از طریق عمل و دستاورد	بررسی فعالیت‌های ارزشمند و نقش‌های اجتماعی	انتخاب یک فعالیت معنی‌دار برای هفته آینده
پنجم	ارزش‌های تجربی	معنا از طریق عشق، ارتباط و تجربه	روابط عاطفی، حمایت اجتماعی، عشق	نوشتن درباره رابطه‌ای که زندگی را معنی‌دار کرده
ششم	معنا در رنج	بازتعریف رنج بیماری	دیدگاه فرانکل درباره تبدیل رنج به معنا	بازنویسی تجربه رنج با نگاه معنی‌دار
هفتم	تصویر بدنی و هویت زنانه	بازسازی هویت پس از تغییرات جسمی	بررسی تأثیر درمان‌ها بر تصویر بدنی	تمرین پذیرش و بازتعریف ارزش‌های شخصی
هشتم	مرگ و فناپذیری	مواجهه با اضطراب مرگ	مرگ به‌عنوان انگیزه برای زندگی معنی‌دار	نوشتن نامه‌ای درباره ارزش‌های زندگی
نهم	مسئولیت و آینده	تقویت احساس هدفمندی	تعیین اهداف شخصی و خانوادگی	طراحی برنامه زندگی معنی‌دار
دهم	جمع‌بندی و میراث معنا	تثبیت معنا و امید	مرور دستاوردها و تدوین بیانیه معنا	نگارش بیانیه معنای زندگی

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۴۶/۷ سال با انحراف معیار ۳/۹ سال بود. از نظر سطح تحصیلات، ۷ درصد زیر دیپلم، ۱۲ درصد دیپلم، ۶۱ درصد فوق دیپلم یا لیسانس، ۱۲ درصد فوق لیسانس و ۸ درصد دکتری بودند. ۷۳/۳ درصد متأهل و ۲۶/۷ درصد مجرد یا بیوه بودند. میانگین مدت زمان از تشخیص بیماری ۸/۲ ماه بود. برای اطمینان از همگنی گروه‌ها در پیش‌آزمون، مقایسه‌ی دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی با استفاده از آزمون‌های کای دو[12] و t مستقل انجام شد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ است، که نشان‌دهنده عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه در پیش‌آزمون و همتا بودن گروه‌ها می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای خودمراقبتی و سرسختی روانشناختی در دو گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

مطابق جدول ۳، در گروه مداخله میانگین نمرات خودمراقبتی و سرسختی روانشناختی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. در گروه کنترل، تغییرات چندانی در نمرات مشاهده

جدول ۲ -ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی دو گروه مداخله و کنترل

متغیرها	گروه مداخله (n=۱۵)	گروه کنترل (n=۱۵)	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
سن (میانگین)	۴۷/۶	۴۶/۸	t=۰/۶۸۲	۰/۵۰۴
مدت زمان از تشخیص (ماه)	۸/۱	۸/۳	t=۰/۲۴۵	۰/۸۰۸
سطح تحصیلات	-	-	χ^2=۱/۳۶۵	۰/۷۷۶

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد

گروه	متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مداخله	خود مراقبتی	۶۵	۶/۹	۸۷/۲۷	۴/۴۱
	سرسختی	۴۱/۴۷	۸/۲۴	۵۹/۶	۱۰/۲۷
کنترل	خود مراقبتی	۶۳/۳۳	۷/۴۳	۶۴/۲	۵/۹۳
	سرسختی	۴۴/۱۳	۸/۵۶	۴۲/۹	۷/۹۴

[12] Chi-square

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

نمی‌شود. پیش از انجام تحلیل کوواریانس چندمتغیره، پیش‌فرض‌های آماری آن مورد بررسی قرار گرفت.

برای بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌ها در هر دو گروه، از آزمون کلموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن نشان‌دهنده طبیعی بودن توزیع نمرات برای متغیرها بود. برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیره، فاصله ماهالانوبیس[13] محاسبه شد که هیچ یک از شرکت‌کنندگان دارای فاصله بیشتر از مقدار بحرانی (χ^2=۱۳/۸۲) با ۴ درجه آزادی در سطح (۰/۰۰۱) نبودند. همچنین، آزمون اثرات بین گروهی[14] انجام شد که مقدار آن برابر با ۳/۸۴۲ با سطح معنی‌داری ۰/۲۷۱ بود (P<۰/۰۵). بنابراین فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌های خطا بین دو گروه انجام شد. با توجه به اینکه سطح معنی‌داری در هر دو متغیر بزرگتر از ۰/۰۵ است، فرض همگنی واریانس‌های خطا بین دو گروه تأیید می‌شود. آزمون همگنی شیب رگرسیون نیز نشان داد که اثر تعامل گروه × پیش‌آزمون برای هر دو متغیر معنی‌دار نیست که حاکی از برقراری مفروضه است. خطی بودن روابط بین متغیرهای پیش‌آزمون و پس‌آزمون نیز با بررسی نمودارهای پراکنش[15] تأیید شد. بنابراین، تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره برقرار است. نتایج آزمون اثر چندمتغیره نیز نشان داد که بین دو گروه مداخله و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱ ، Pillai's Trace=۰/۹۶۵، F=۳۲/۴۷). بنابراین، تحلیل‌های جداگانه برای هر متغیر وابسته انجام شد.

مطابق جدول ۵، ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای وابسته (رفتارهای خود مراقبتی و سرسختی روانشناختی) و متغیر همپراش (پیش آزمون) وجود دارد (P<۰/۰۰۱). بنابراین با ۹۹ درصد اطمینان اثربخشی درمان وجودی بر بهبود رفتارهای خود مراقبتی و سرسختی روانشناختی تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این مطالعه، بررسی اثربخشی مداخله

جدول ۴- نتایج آزمون‌های پیش‌فرض برای متغیرهای پژوهش

آزمون پیش فرض	متغیرها	گروه	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
آزمون کلموگروف- اسمیرنوف	خود مراقبتی	گروه مداخله	Z=۰/۱۲۲	۰/۲
		گروه کنترل	Z=۰/۱۸۵	۰/۱۱۳
	سرسختی	گروه مداخله	Z=۰/۱۵۶	۰/۱۵۱
		گروه کنترل	Z=۰/۱۹۳	۰/۰۸۴
آزمون لوین	خود مراقبتی		F=۰/۷۵۴	۰/۳۹۲
	سرسختی		F=۰/۹۱۲	۰/۳۲۸
آزمون همگنی شیب رگرسیون	خود مراقبتی		F=۰/۵۸۷	۰/۴۵۱
	سرسختی		F=۰/۷۴۳	۰/۳۹۸

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثربخشی درمان وجودی بر متغیرهای خودمراقبتی و سرسختی روانشناختی

متغیر	منبع تغییرات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
رفتارهای خود مراقبتی	پیش‌آزمون	۱۷	۲۶۴/۰۵۹	۱۱/۸۷۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۴۴
	گروه	۱	۲۴۵۳/۶۹۵	۱۱۰/۳۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۲
سرسختی روانشناختی	پیش‌آزمون	۱۷	۲۴۹/۴۷۸	۱۴/۷۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۵۴
	گروه	۱	۲۰۷۰/۶۳۰	۱۲۲/۵۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۹۱۱

[13] Mahalanobis distance
[14] Box's M
[15] Scatterplots

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

درمـان وجـودی گـروهی بـر ارتقـای خودمراقبـتی و سرسـختی روانشـناختی در زنـان مبـتلا بـه سـرطان پسـتان بـود. یافته‌هـای پژوهـش حاضـر بـه وضـوح حـاکی از اثربخشی ایـن مداخلـه در دسـتیابی بـه اهـداف فـوق اسـت. تأثیـر مثبـت درمـان وجـودی بـا بـرخی از پژوهش‌هـای پیشیـن همخـوانی دارد. بـرای نمونـه، ناکامـورا و کاواسـه در مطالعـه‌ای بـر بیمـاران سـرطانی دریافتنـد کـه درمـان وجـودی کوتاه‌مـدت منجـر بـه افزایـش کیفیـت زنـدگی و کاهـش ناامیـدی، بـه ویـژه در بیمـارانی کـه سـطوح بـالایی از پریشـانی داشـتند، می‌شـود (۱۹). بریتبـارت و همـکاران نیـز در کارآزمـایی معنی‌درمـانی گـروهی بـرای بیمـاران مبـتلا بـه سـرطان پیشـرفته، بهبـود معنـاداری در بهزیسـتی معنـوی، معنـای زنـدگی و کاهـش اضطـراب گـزارش کردنـد (۱۷). نتایـج مطالعـه کار و همـکاران بینش‌هـای ارزشـمندی را در مـورد تجربیـات بـاروری مرتبـط بـا سـرطان زنـان در مـورد پریشـانی وجـودی و معناسـازی ارائـه می‌دهـد (۲۱). نتایـج پژوهـش سـلیمانی نیـا و همـکاران، نشـان داد کـه درمـان وجـودی بـا تاکیـد بـر مفاهیـمی مثـل آزادی، مسـئولیت پذیـری، معنـا و هـدف در زنـدگی، مـرگ و روابـط بـا دیگـران می توانـد سـبب افزایـش امیـد بـه زنـدگی و رفتارهـای خـود مراقبـتی زنـان مبـتلا بـه دیابـت نـوع دو شـود (۲۵).

در تبییـن یافته‌هـای فـوق می‌تـوان گفـت کـه یـکی از مهم‌تریـن اصـول نظریـه فرانـکل، مفهـوم اراده معطـوف بـه معنـا اسـت. فرانـکل معتقـد بـود کـه انسـان‌ها اساسـاً موجـوداتی معناجـو هسـتند و هنـگامی کـه افـراد معنـایی بـرای زنـدگی خـود پیـدا می‌کننـد، انگیـزه بیشـتری بـرای حفـظ و ارتقـای زنـدگی خـود خواهنـد داشـت (۳۰). در شـرایطی ماننـد سـرطان پسـتان کـه فـرد بـا تهدیـد جـدی سلامـت و حـتی مـرگ مواجـه می‌شـود، یـکی از عمده‌تریـن مسـائلی کـه بیمـاران بـا آن مواجه‌انـد، اسـترس و اضطـراب اسـت و ممکـن اسـت احسـاس پـوچی، ناامیـدی و بی‌انگیزگی در فـرد شـکل گیـرد (۳۱). درمـان وجـودی بـا کمـک بـه بیمـاران بـرای یافتـن معنـا در تجربـه بیمـاری، نگـرش آنـان را نسـبت بـه زنـدگی و سلامـت تغییـر می‌دهـد. هنـگامی کـه بیمـار زنـدگی خـود را ارزشـمند و هدفمنـد می‌بینـد، تمایـل بیشـتری بـرای مراقبـت از بـدن و سلامـت خـود پیـدا می‌کند از سـوی دیگـر، درمـان وجـودی بـر مسـئولیت فـردی تأکیـد دارد. بیمـاران مبـتلا بـه سـرطان، علیرغـم تعـداد بـالای رفتارهـای خودمراقبـتی مـورد اسـتفاده بـرای جلوگیـری از عفونـت، تهـوع/ اسـتفراغ، خونریـزی، کاهـش اشـتها، مشـکل خـواب و یبوسـت، رفتارهـای خودمراقبـتی کلی ضعیـف دارنـد (۳۲). در ایـن رویکـرد، بـه فـرد کمـک می‌شـود تـا بپذیـرد کـه در برابـر زنـدگی و انتخاب‌هـای خـود مسـئول اسـت. ایـن آگاهی می‌توانـد موجـب افزایـش احسـاس تعهـد نسـبت بـه سلامـت و مراقبـت از خـود شـود. پذیـرش و تعهـد منجـر بـه کاهـش سـوگ پیـش از موعـد، اضطـراب پنهـان آشـکار و افزایـش تحمـل نـاکامی در سـرطان می‌شـود (۳۳). زنـان مبـتلا بـه سـرطان سینـه کـه در فرآینـد درمـان وجـودی قرار می‌گیرنـد، می‌آموزنـد کـه حـتی در شـرایط دشـوار بیمـاری نیـز می‌تواننـد نقـش فعـالی در مدیریـت سلامـت خود داشـته باشـند. ایـن احسـاس مسـئولیت در قبـال زنـدگی، انگیـزه بـرای انجـام رفتارهـای خودمراقبـتی ماننـد رعایـت رژیـم درمـانی، پیگیـری جلسـات درمـان، فعالیـت بـدنی مناسـب و مدیریـت اسـترس را افزایـش می‌دهـد (۳۴). در واقـع معنـا درمـانی و درمـان وجـودی موجـب بهبـود معنـی‌دار تنظیـم هیجـان شـده و از ایـن طریق بـا مدیریـت اسـترس، می توانند بـه بهبـود شـرایط درمـانی بیمـاران کمـک نماینـد (۳۵).

در درمـان وجـودی، بیمـاران می‌آموزنـد کـه حـتی در شـرایطی کـه بسـیاری از عوامـل بیـرونی خـارج از کنتـرل آنـان اسـت، هنـوز می‌تواننـد نحـوه مواجهـه بـا شـرایط را انتخـاب کننـد. ایـن درک موجـب افزایـش احسـاس کنتـرل روانشـناختی می‌شـود. هنـگامی کـه بیمـاران احسـاس کننـد کـه همچنـان می‌تواننـد نگـرش و واکنـش خـود را نسـبت بـه بیمـاری انتخـاب کننـد، احسـاس درمانـدگی آنـان کاهـش یافتـه و توانـایی مقابلـه بـا اسـترس افزایـش می‌یابـد (۳۰). همچنیـن درمـان وجـودی می‌توانـد تعهـد بـه زنـدگی و ارزش‌هـای شـخصی را تقویـت کنـد. بسـیاری از بیمـاران سـرطانی پـس از تشـخیص بیمـاری دچـار بحـران معنـا می‌شـوند و ممکـن اسـت احسـاس کننـد زنـدگی هـدف خـود را از دسـت داده اسـت. درمـان وجـودی بـا کمـک بـه بیمـاران در شناسـایی ارزش‌هـا، اهـداف و روابـط معنـی‌دار، احسـاس تعهـد آنـان نسـبت بـه زنـدگی را افزایـش می‌دهـد. ایـن تعهـد موجـب می‌شـود کـه افـراد بـرای مقابلـه بـا مشـکلات انگیـزه بیشـتری داشـته باشـند و در برابـر سـختی‌ها مقاومـت بیشـتری نشـان دهنـد (۳۴). ایـن درمـان بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا بـه جـای جنگیـدن بـا افـکار منـفی یـا اجتنـاب از احساسـات دشـوار، بـا مضامینـی ماننـد مـرگ، رنـج و تنهـایی روبـه‌رو شـوند و آن‌هـا را در چارچـوب گسـترده‌تری از هسـتی خـود بپذیرنـد. ایـن پذیـرش فعـال، از بـار هیجـانی ایـن تجربیـات می‌کاهـد و فضـای روانی را بـرای تجربه‌هـای مثبت‌تـر بـاز می‌کنـد (۳۶، ۳۷).

ایـن مطالعـه بـا محدودیت‌هـایی از جملـه عـدم وجـود مرحلـه پیگیـری بـرای بـررسی مانـدگاری اثـرات مداخلـه همـراه بـود. همچنیـن، اسـتفاده از ابزارهـای خودگـزارش‌دهی ممکـن اسـت تحـت تأثیـر سـوگیری‌های پاسـخ قـرار گرفتـه باشـد. تکـرار مطالعـه بـا نمونـه بزرگتـر بـرای تأییـد انـدازه اثـر توصیـه می‌شـود. کنتـرل نکـردن کامـل بـرخی متغیرهای مزاحـم بالقـوه ماننـد حمایـت اجتمـاعی یـا کیفیـت رابطـه بـا درمانگـران نیـز از محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر محسـوب می‌شـود. لـذا بـر اسـاس یافته‌هـا و محدودیت‌هـای ایـن پژوهـش، پیشـنهاد می‌شـود، دوره‌هـای پیگیـری ۳، ۶ و ۱۲ ماهـه بـرای بـررسی پایـداری اثـرات درمـان وجـودی طـراحی گـردد. پژوهش‌هـایی بـا طـراحی کارآزمـایی تصادفی‌شـده کنترل‌شـده بـا گروه‌هـای مقایسـه فعـال (ماننـد درمـان شـناختی- رفتـاری) انجـام شـود تـا اثربخشـی نسـبی ایـن رویکـرد مشـخص شـود. همچنیـن امـکان به‌کارگیـری فـرم کوتاه‌تـر یـا فـردی ایـن مداخلـه بـرای بیمـارانی کـه

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]
[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

امکان حضور در گروه را ندارند، مورد مطالعه قرار گیرد یافته‌های این پژوهش شواهد تجربی قوی دال بر اثربخشی درمان وجودی گروهی در بهبود وضعیت روانی رفتاری زنان مبتلا به سرطان پستان ارائه می‌دهد. این مداخله نه تنها توانست منابع مقابله‌ای درونی وسرسختی بیماران را تقویت کند، بلکه آنان را به سوی رفتارهای مراقبت از خود سوق داد. چنین تأثیری نشان می‌دهد که پرداختن به دغدغه‌های عمیق وجودی بیماران سرطانی، بخشی ضروری از مراقبت جامع و انسان‌محور از این بیماران است. درمان وجودی، با تکیه بر ظرفیت ذاتی انسان برای معناسازی و رشد در مواجهه با بحران، می‌تواند مسیر بازگشت به زندگی را، هر چند با تعریفی جدید، هموار سازد. ادغام این رویکرد در نظام ارائه خدمات سلامت روان به بیماران سرطانی در ایران، گامی بلند در جهت ارتقای کیفیت مراقبت و احترام به ابعاد انسانی بیماری خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه زنان شرکت‌کننده در این پژوهش که با وجود شرایط دشوار بیماری، با صبر و همکاری ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، صمیمانه تشکر می‌شود. هیچ گونه تضاد منافعی در ارتباط با این پژوهش برای نویسندگان مقاله وجود ندارد.

منابع

1. Siegel RL, Giaquinto AN, Jemal A. Cancer statistics, 2024. CA Cancer J Clin. 2024; 74 (1): 12-49.

2. Mousavi SM, Gouya MM, Ramazani R, Davanlou M, Hajsadeghi N, Seddighi Z. Cancer incidence and mortality in Iran. Ann Oncol. 2009; 20 (3): 556-63.

3. Arnold M, Morgan E, Rumgay H, Mafra A, Singh D, Laversanne M, et al. Current and future burden of breast cancer: Global statistics for 2020 and 2040. Breast. 2022; 66: 15-23.

4. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations Between Breast Cancer Survivorship and Adverse Mental Health Outcomes: A Systematic Review. J Natl Cancer Inst. 2018; 110 (12): 1311-27.

5. Visser A, Post L, Dekker J, van Zuylen L, Konings IR. The meaning-making process in the re-entry phase: A qualitative focus group study with patients treated for breast cancer or melanoma. J Psychosoc Oncol. 2025; 43 (3): 356-72.

6. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing : concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.

7. Bana M, Riedo S, Ribi K. Self-Management Support for Cancer Survivors: A Descriptive Evaluation of the Symptom Navi Training from the Perspective of Health Care Professionals. Current Oncology. 2025; 32 (6): 326.

8. McCorkle R, Ercolano E, Lazenby M, Schulman-Green D, Schilling LS, Lorig K, et al. Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. CA Cancer J Clin. 2011; 61 (1): 50-62.

9. Wu F, Howell D, Fang Q, Chen J, Yuan C. Trajectory Patterns and Factors Influencing Self-management Behaviors in Chinese Patients With Breast Cancer. Cancer Nurs. 2020; 43 (2): E105-e12.

10. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol. 1979; 37 (1): 1-11.

11. Tadayon M, Dabirizadeh S, Zarea K, Behroozi N, Haghighizadeh MH. Investigating the relationship between psychological hardiness and resilience with depression in women with breast cancer. Gulf J Oncolog. 2018; 1 (28): 23-30.

12. Abdollahi A, Panahipour H, Hosseinian S, Allen KA. The effects of perceived stress on hope in women with breast cancer and the role of psychological hardiness. Psychooncology. 2019; 28 (7): 1477-82.

13. Farahbakhsh Beh S, Mehrinejad A, Moazedian A. Structural Model of Quality of Life in Patients with Breast Cancer: The Role of Psychological Hardiness, Religious Orientation, Perceived Social Protection and Self-Efficacy with Mediation of Resilience and Death Anxiety. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2019; 8 (1): 86-98.

14. Thompson C. Existential Psychotherapy. I. D. Yalom, New York: Basic Books, 1980, pp. 524, £9.25. Behavioural Psychotherapy. 1982; 10 (2): 213-4.

15. van Deurzen E. Everyday Mysteries: A Handbook of Existential Psychotherapy: Taylor & Francis; 2009.

16. Aiello-Puchol A, García-Alandete J. A systematic review on the effects of logotherapy and meaning-centered therapy on psychological and existential symptoms in women with breast and gynecological cancer. Supportive Care in Cancer. 2025; 33 (6): 465.

17. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C, et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. Psychooncology. 2010; 19 (1): 21-8.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]

18. Mohammad Nia S, Mashhadi A. The Effect of Meaning of life on the Relationship between Attitude toward Substance Abuse and Depression. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2018; 6 (3): 43-51.

19. Nakamura C, Kawase M. Effects of short-term existential group therapy for breast Cancer patients. Biopsychosoc Med. 2021; 15 (1): 24.

20. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. Psychooncology. 2003; 12 (6): 532-46.

21. Carr AL, Roberts, S., Bonnell, L. N., & Kolva, E. Existential distress and meaning making among female breast cancer patients with cancer-related fertility concerns. . Palliative & supportive care. 2023; 21 (2): 196-204.

22. Fallahi z, Aleyasin SA. The Effectiveness of Logotherapy on Pain Coping Strategies/ Psychological Capital and Death Anxiety in women with Breast Cancer. CMJA. 2024; 14 (1): 54.

23. Mahmoudi M, Dinavizadeh S. The Effectiveness of the Integrated Approach of Meaning Therapy and Hope Therapy on Tolerance of Ambiguity, Alexithymia, and Psychological Hardiness of Women with Breast Cancer. Iranian Journal of Health Psychology. 2024; 7 (1): 33-46.

24. Jalalpour F, Safarzadeh S. Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Existential Therapy on the Psychological Flexibility of Women with Breast Cancer. Iran-J-of-Breast-Dis. 2025; 17(4): 151.

25. Soleimani Nia A, Mansouri, A., Bagherzadeh Golmakani, Z., & Zendehdel, A. . The effectiveness of existential therapy on hope for life and self-care behaviors in women with type 2 diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism (Iran J Diabetes Lipids), . 2022; 22(4): 245-54.

26. Miller P, Wikoff R, McMahon M, Garrett MJ, Johnson N. Development of a health attitude scale. Nurs Res. 1982; 31 (3): 132-6.

27. Niakan M, Pariad, E., Sheikholsalami, F., Kazemnejad E., Asadian Rad, M., Bankdar, H., and Boraki, S. . Self-care behaviors in patients after myocardial infarction. Journal of HOLISTIC NURSING AND MIDWIFERY. 2013; 23 (2): 63-70.

28. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. J Pers Soc Psychol. 1982; 42(1): 168-77.

29. Zare H, Aminpour, A. Investigating the psychometric properties of the Hardiness Test and examining its differences between individuals with university and non-university education. The First Scientific Research Conference on Educational Sciences and Psychology of Social and Cultural Harms in Iran2016.

30. Frankl VE. Logotherapy and existentialism. Psychotherap Theory Res Practice. 1967; 4(3).

31. Einy S, Hashemi Z. The Role of Religious Coping, Spiritual Intelligence, and Spiritual Well-being in Predicting the Perceived Stress of Patients with Cancer. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2020; 8(3): 70-9.

32. Koshy B, Avudaiappan, S. L., & Anand, A. S. . Self-Care Behaviour of Patients With Breast Cancer in the Management of Side Effects of Chemotherapy. Cureus. 2023; 15(9): e44586.

33. Aghili m, mirshekar m, babaee e. The Effectiveness of Acceptance and Commitment on Premature Bereavement, Overt and Covert Anxiety, and Tolerance of Failure in Mothers with Cancerous Children. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 11(3): 57-67.

34. Breitbart W, & Poppito, S. . Meaning-Centered Psychotherapy in the Cancer Setting.: Oxford University Press. ; 2014.

35. Ramezani N, Mahmoudiyan Dastnaee T, Hosseini Almadani SA. Comparing the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Logotherapy on Emotion Regulation in Female University Students with Experience of Romantic Breakup. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2026; 14(2): 32-44.

36. Wong PTP. Existential positive psychology and integrative meaning therapy. Int Rev Psychiatry. 2020; 32(7-8): 565-78.

37. Rastgar Farajzadeh L, Asghari Jafarabadi M, Alirezaei Hoor M, Broumand Esfangareh n. Comparison of The Effectiveness of Face -to- Face and Virtual Training of Basic Cognitive Skills in Mental Rehabilitation Day Care Centers during Covid-19 Pandemic Time. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2021; 10(1): 12-20.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.66224/shefa.14.3.34]