



Original Article

Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Spiritual Distress among Women with Breast Cancer: A Quasi-Experimental Study in Mashhad

Mehrnoosh Khademi¹ , Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi^{2*} , Fatemeh Shahaibizadeh³

¹ Ph.D. Candidate in Psychology, Department of Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Bi.C., Islamic Azad University, Birjand, Iran

***Corresponding author:** Bahram Ali Ghanbari Hashem Abadi, Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: ghanbarih@um.ac.ir

DOI: [10.66224/nkums.18.3.108](https://doi.org/10.66224/nkums.18.3.108)

How to Cite this Article:

Khademi M, Ghanbari Hashem Abadi B, Shahaibizadeh F. Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Reducing Spiritual Distress among Women with Breast Cancer: A Quasi-Experimental Study in Mashhad. J North Khorasan Uni Med Sci. 2026;18(3):108-116. DOI:10.66224/nkums.18.3.108

Received: April 06, 2026

Accepted: July 13, 2026

Keywords:

Acceptance and commitment therapy
Breast neoplasms
Spiritual distress
Schema therapy

Abstract

Introduction: Spiritual distress is a common consequence of chronic and life-threatening illnesses and may become more intense and complex in religious societies during collective crises. Therefore, identifying psychotherapeutic interventions and examining their effectiveness in reducing this type of distress are of particular practical importance. The present study aimed to compare the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Schema Therapy in reducing spiritual distress among women with breast cancer.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a two-month follow-up and a control group. The study population consisted of women with breast cancer who were referred to medical centers in Mashhad, Iran. A total of 43 participants were selected using convenience sampling method and randomly assigned to two intervention groups and one control group. The therapeutic interventions were delivered in a group format over ten 90-minute sessions. Data were collected using the Spiritual Distress Scale. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) and the Bonferroni post hoc test in SPSS software (version 25).

Results: The results indicated that both interventions significantly reduced spiritual distress, compared to the control group ($F = 88.25$, $\eta^2 = 0.819$, $P < 0.001$). Post hoc analysis showed that both treatments were effective in reducing spiritual distress; however, the effect size of Schema Therapy ($d = 1.90$) was larger than that of Acceptance and Commitment Therapy ($d = 1.07$). No significant difference was observed between the posttest and follow-up scores ($P > 0.05$), indicating that the treatment effects remained stable over time.

Conclusion: The findings of the study suggest that both therapeutic interventions can be effective in reducing spiritual distress among women with breast cancer. However, Schema Therapy may be more effective in reducing this type of distress. These results may be useful in designing psychological interventions that are appropriate to the individual and cultural characteristics of women with breast cancer patients.



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان: مطالعه نیمه آزمایشی در مشهد

مهرنوش خادمی^۱ ID، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^۲ ID، فاطمه شهابی زاده^۳ ID

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران
^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

*نویسنده مسئول: بهرامعلی قنبری هاشم آبادی، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: ghanbarih@um.ac.ir

DOI: 10.66224/nkums.18.3.108

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۱/۲۷	چکیده
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۲	مقدمه: پریشانی معنوی یکی از پیامدهای شایع بیماری‌های مزمن و تهدیدکننده حیات است که در جوامع مذهبی و در شرایط بحران‌های جمعی می‌تواند شدت و پیچیدگی بیشتری پیدا کند. از این رو، شناسایی و تبیین کارآمدی مداخلات روان درمانی در کاهش این نوع پریشانی اهمیت کاربردی ویژه‌ای دارند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کاهش پریشانی معنوی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.
واژگان کلیدی:	روش کار: این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با پیگیری دوماهه و گروه کنترل انجام شد. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر مشهد بود که از میان آنان ۴۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی در دو گروه درمانی و یک گروه کنترل تخصیص داده شدند. مداخلات درمانی به صورت گروهی و طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاس پریشانی معنوی بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.
پریشانی معنوی	یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار پریشانی معنوی شدند ($F=88/25, \eta^2=0/819, P<0/01$)؛ نتایج آزمون تعقیبی نشان داد هر دو درمان در کاهش پریشانی معنوی مؤثر بودند، با این حال، اندازه اثر طرحواره درمانی ($d=1/9$) در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($d=1/07$) بزرگ‌تر بود. تفاوت معناداری بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($P>0/05$) که بیانگر پایداری اثر درمان‌ها در طول زمان است.
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند هر دو مداخله درمانی می‌توانند در کاهش پریشانی معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشند، با این حال طرحواره درمانی ممکن است اثر بیشتری در کاهش این نوع پریشانی داشته باشد. این نتایج می‌تواند در طراحی مداخلات روان‌شناختی متناسب با شرایط فردی و فرهنگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد توجه قرار گیرد.
طرحواره درمانی	
نئوپلاسم پستان	

مقدمه

سرطان پستان^۱ شایع‌ترین بدخیمی در میان زنان (در ایران و در سطح جهان) است و بار روانی و معنوی قابل توجهی بر بیماران تحمیل می‌کند. در ایران، سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان

تشخیص داده می‌شود که این بیماری را به دومین علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان تبدیل کرده است [۱، ۲]. فراتر از چالش‌های جسمی، سرطان پستان با مجموعه‌ای از مشکلات

احساسات منفی همانندسازی کرده یا سعی در اجتناب از تجربیات دردناک دارند [16، 17]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد می‌تواند پریشانی روانی و اضطراب را کاهش دهد و در عین حال کیفیت و معنای زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد [18، 19]. ازسوی دیگر، طرحواره‌درمانی^۹ که مبتنی بر مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه^{۱۰} است، بر این فرض استوار است که این طرحواره‌ها از نیازهای برآورده‌نشده دوران کودکی شکل می‌گیرند و الگوهای شناختی-عاطفی ناپایدار ایجاد می‌کنند [20]. تشخیص سرطان پستان می‌تواند طرحواره‌هایی مانند «نقص/شرم» و «رهاشدگی» را فعال کند و منجر به اختلال در هویت زنانه، بیگانگی معنوی و ترس از طرد شود [21، 22]. طرحواره‌درمانی با بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری، به بازسازی طرحواره‌ها و بهبود تنظیم هیجان کمک می‌کند و شواهد نشان می‌دهد که اجرای گروهی آن می‌تواند منجر به کاهش معنادار طرحواره‌های ناسازگار و بهبود هیجان‌پذیری در بیماران مبتلا به سرطان پستان شود [23، 24].

از دیدگاه نظری، درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد و طرحواره‌درمانی دو رویکرد فلسفی متمایز را در مورد تغییر روان‌شناختی ارائه می‌دهند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش افکار و احساسات دردناک بدون تلاش برای تغییر محتوای آنها تأکید می‌کند، درحالی‌که طرحواره‌درمانی بر بازسازی مستقیم باورهای ناسازگارانه بنیادی تمرکز دارد [25، 26]. این تمایز نظری، اهمیت مقایسه اثربخشی این دو درمان را در کاهش جنبه‌های وجودی و شناختی پریشانی معنوی برجسته می‌سازد.

شواهد تجربی نشان می‌دهند که هر دو رویکرد درمانی به‌صورت جداگانه موجب کاهش پریشانی روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شوند [27، 28]. بااین‌حال، مطالعات تطبیقی مستقیم میان این دو درمان با تمرکز بر پریشانی معنوی، به‌ویژه در بازماندگان ایرانی سرطان پستان، بسیار محدود است. پژوهش‌های موجود بیشتر بر متغیرهایی همچون اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری^{۱۱} و رشد پساتروما^{۱۲} متمرکز بوده‌اند [28-31]، و بعد معنوی پریشانی که یکی از مؤلفه‌های اصلی رنج در بیماران سرطانی است کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

علاوه بر این، مطالعات تطبیقی مستقیم میان این دو درمان با تمرکز بر پریشانی معنوی، به‌ویژه در بازماندگان ایرانی سرطان پستان، بسیار محدود است. در واقع، خلأ پژوهشی در مقایسه مستقیم درمان‌های یکپارچه‌نگر مانند طرحواره‌درمانی با درمان‌های موج سوم مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این زمینه خاص همچنان احساس می‌شود. ازسوی دیگر، به‌نظر می‌رسد اثربخشی این درمان‌ها می‌تواند تحت‌تأثیر زمینه‌های فرهنگی و اعتقادی بیماران قرار گیرد؛ بااین‌حال، شواهد در این زمینه نیازمند بررسی بیشتر است.

ازاین‌رو، مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر

روان‌شناختی، ازجمله ترس از عود، اختلال در تصویر بدنی و مشکلات روابط بین‌فردی همراه است؛ به‌طوری که بیش از هفتاد درصد از بازماندگان، ترس از عود بیماری را گزارش کرده‌اند. این مشکلات می‌توانند هویت و کیفیت زندگی زنان را به‌طور معناداری تحت‌تأثیر قرار دهند [3-5].

یکی از پیامدهای مهم روان‌شناختی سرطان پستان، پریشانی معنوی^۱ است که در درصد بالایی از بیماران مشاهده می‌شود [6]. این وضعیت با احساس بی‌معنایی، ناامیدی و گسست از منابع معنادار مانند باورهای مذهبی و روابط اجتماعی مشخص می‌شود و اغلب با اضطراب، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد [7، 8]. با توجه به نقش محوری باورهای دینی و هنجارهای فرهنگی در شکل‌دهی هویت زنان در ایران، تجربه پریشانی معنوی می‌تواند از پیچیدگی ویژه‌ای برخوردار باشد [9]. ارزش‌های فرهنگی و مذهبی ممکن است هم به‌عنوان منابع معنا و هم به‌عنوان عوامل خطر برای بروز پریشانی معنوی عمل کنند. تشخیص سرطان می‌تواند این نظام‌های اعتقادی را به چالش بکشد و برخی از زنان ممکن است بیماری خود را به‌عنوان مجازات یا آزمایشی از سوی خداوند تلقی کنند [10، 11]. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که زنان مبتلا به سرطان پستان گاه از آموزه‌های مذهبی و معنوی برای مواجهه با بحران‌های وجودی و تسهیل سازگاری با بیماری استفاده می‌کنند [12]. ازسوی دیگر، محدودیت‌های فرهنگی در ابراز هیجان‌های منفی و موضوعات مرتبط با بیماری‌های خاص زنان، گاه مانع دریافت حمایت اجتماعی مؤثر شده و به تشدید احساس انزوا می‌انجامد [13].

یافته‌های بحرینیان و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از آن است که ماهیت تهدیدکننده سرطان به‌صورت چشمگیری نیازهای معنوی بیماران را افزایش می‌دهد و در پی آن، بحران‌های معنایی، تزلزل در ایمان مذهبی و ضعف در سازوکارهای مقابله‌ای بروز می‌کند. آنان بر این تأکید کردند که بی‌اعتمادی به آینده و احساس تنهایی می‌تواند به تشدید این مشکلات منجر شود [14]. همچنین، محمدی‌یگانه و همکاران (۲۰۲۵) بیان داشته‌اند که استرس‌های روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی با تضعیف عملکرد سلول‌های ایمنی همراه است، درحالی‌که سلامت معنوی و مشارکت در فعالیت‌های مذهبی، از طریق ایجاد حس معنا، آرامش روانی و کاهش ترشح هورمون‌های استرس‌زا مانند کورتیزول^۲ شرایط مطلوبی برای عملکرد بهینه سیستم ایمنی فراهم می‌آورد [15].

در این زمینه، درمان مبتنی بر پذیرش-تعهد^۳، که براساس مدل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و چهارچوب شش‌وجهی پذیرش^۴، فاصله‌گیری شناختی^۵، تماس با لحظه اکنون (ذهن آگاهی)^۶، خود مشاهده‌گر^۷، ارزش‌ها^۸ و اقدام متعهدانه^۹ بنا شده است، فرایندهای ناسازگار مانند آمیختگی شناختی^{۱۰} و اجتناب تجربی^{۱۱} را هدف قرار می‌دهد. این فرایندها زمانی رخ می‌دهند که بیماران به‌شدت با افکار و

9. Committed Action
10. Cognitive fusion
11. Experiential avoidance
12. Schema Therapy
13. Early maladaptive schemas
14. Resilience
15. Posttraumatic growth

1. Spiritual Distress
2. Cortisol
3. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
4. Acceptance
5. Defusion
6. Mindfulness
7. Self as Context
8. Values

استاندارد درمانی، توسط یک درمانگر واحد که در هر دو رویکرد آموزش رسمی دیده بود و تحت نظارت منظم (سوپرویزن) استاد ناظر قرار داشت، ارائه گردید. همچنین، برای رعایت کورسازی^۴، جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و تحلیل آماری داده‌ها توسط پژوهشگرانی انجام شد که از تخصیص گروهی شرکت‌کنندگان بی‌اطلاع بودند.

الف) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمانی هیز و همکاران [۳۳] طراحی و در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروهی، به صورت هفتگی و طی دو ماه و نیم اجرا شد. این برنامه با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یعنی پذیرش، گسلش شناختی، تماس با لحظه حال، خود به عنوان زمینه، شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه ارائه شد. در جلسات ابتدایی، چهارچوب درمان، اهداف و اصول درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی شد و از استعاره‌ها و تمرین‌های تجربی برای ایجاد ناامیدی خلاقانه نسبت به راهبردهای ناکارآمد کنترل و اجتناب استفاده گردید. در جلسات میانی، بر تمایز بین کنترل و پذیرش، افزایش آگاهی هیجانی، تماس با تجربه‌های درونی ناخوشایند، شفاف‌سازی ارزش‌های فردی متناسب با زمینه فرهنگی و کاهش همانندسازی با افکار از طریق تکنیک‌های گسلش شناختی تأکید شد. در جلسات پایانی، تمرکز اصلی بر تقویت حضور در لحظه حال، مشاهده خود به عنوان زمینه، برنامه‌ریزی و اجرای رفتارهای ارزش‌محور و افزایش اقدام متعهدانه در مواجهه با رنج مرتبط با بیماری بود. در طول مداخله، تکالیف خانگی متناسب با محتوای هر جلسه ارائه و در جلسات بعدی بازبینی شد. جلسه پایانی به جمع‌بندی، تثبیت مهارت‌ها و توانمندسازی شرکت‌کنندگان در به کارگیری ارزش‌های انسانی و معنوی در زندگی روزمره اختصاص داشت.

ب) طرحواره درمانی

مداخله براساس مدل یانگ و همکاران [۳۴] طراحی و به صورت گروهی اجرا شد. این برنامه شامل ۱۰ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و هفتگی، طی دو ماه و نیم اجرا گردید. هدف آن شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تقویت حالت «بزرگسال سالم» و جایگزینی الگوهای مقابله‌ای سازگار بود. در جلسات اولیه، چهارچوب درمان، اهداف و قرارداد درمانی معرفی شد و با تمرکز بر ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها، نقش خانواده، فرهنگ و تجارب اولیه زندگی در شکل‌گیری آنها بررسی گردید. در جلسات میانی، از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری برای ارزیابی اعتبار طرحواره‌ها، شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، افزایش آگاهی هیجانی و پاسخ‌دهی به نیازهای هیجانی ارضاننده استفاده شد. همچنین، با توجه به زمینه فرهنگی شرکت‌کنندگان، راهبردهای ابراز هیجان و تغییر رفتارهای ناسازگار به صورت تدریجی آموزش داده شد. در جلسات پایانی، تمرکز اصلی بر الگویشکی رفتاری، غنی‌سازی خزانه رفتاری سالم، پیش‌بینی و مدیریت موقعیت‌های فعال‌کننده طرحواره و تثبیت مهارت‌های آموخته شده بود. در پایان دوره، پس از آزمون اجرا گردید و

پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی در کاهش پریشانی معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج این پژوهش می‌تواند به تبیین مکانیسم‌های روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری معنوی بیماران و توسعه مداخلات متناسب با شرایط فرهنگی و اجتماعی جامعه کمک کند.

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل زنان ۲۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۱۴۰۳ به پلی‌کلینیک تخصصی صنعت نفت و مرکز تخصصی رادیوتراپی و انکولوژی رضا در شهر مشهد مراجعه کرده بودند. براساس پرونده پزشکی و گزارش پاتولوژی تأیید شده و با ارجاع پزشکان انکولوژیست و دعوت مستقیم در کلینیک‌ها، از میان ۵۰ نفر داوطلب، ۴۵ نفر واجد شرایط با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی و با استفاده از روش قرعه‌کشی به سه گروه ۱۵ نفره شامل گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، گروه طرحواره درمانی و گروه کنترل تخصیص یافتند. در طول مطالعه، دو نفر به دلایل شخصی انصراف دادند: یک نفر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل انصراف از ادامه جلسات و یک نفر از گروه طرحواره درمانی به علت عدم حضور در جلسات پیگیری. تحلیل نهایی روی ۴۳ شرکت‌کننده (۱۴ نفر در هر گروه درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل) انجام گرفت.

ملاک‌های ورود شامل زنان ۲۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به سرطان پستان که حداقل سه ماه از پایان درمان‌های پزشکی آنان (جراحی، شیمی درمانی یا پرتودرمانی) گذشته بود، حداقل مدرک تحصیلی دوره راهنمایی داشتند، در شش ماه گذشته داروهای روان‌پزشکی مصرف نکرده و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را اعلام کرده بودند. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمانی، دریافت هم‌زمان سایر مداخلات روان‌شناختی، ابتلا به اختلالات شدید روانی (براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته^۱) یا بروز بحران‌های روانی شدید مانند عود بیماری، تجربه سوگ یا طلاق در طول دوره اجرای پژوهش بود.

برای سنجش پریشانی معنوی از مقیاس پریشانی معنوی^۲ طراحی شده توسط کاوو و همکاران [۳۲] استفاده شد. این مقیاس شامل ۳۰ گویه در چهار بُعد «رابطه با خود، رابطه با دیگران، رابطه با خدا و نگرش به مرگ» است و با طیف لیکرت چهاردرجه‌ای (از ۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود؛ بدین ترتیب، نمره کل بین ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر است. در مطالعه کاوو و همکاران (۲۰۱۰) خرده‌مقیاس‌های چهار حوزه، روایی محتوایی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ داشته و شاخص روایی محتوایی ۰/۸۳ به دست آمد. همچنین، پایایی کلی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. در مطالعه غیور کاظمی و همکاران (۲۰۲۲)، روایی محتوایی از سوی استادان و همچنین پایایی به روش همسانی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۴ تأیید شد [۶].

برای کنترل اثر درمانگر^۳، هر دو مداخله براساس پروتکل‌های

3. Therapist Effect
4. Blinding

1. SCID-5
2. Spiritual Distress Scale(SDS)

ارزیابی پیگیری دو ماه پس از مداخله به منظور بررسی پایداری اثرات درمان در هر سه گروه انجام شد.

ج) گروه کنترل

گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و فقط تحت مراقبت استاندارد انکولوژیک (ویزیت دوره‌ای و پیگیری درمان پزشکی) قرار داشت. پس از پایان پژوهش، دو جلسه کارگاه آموزشی کوتاه (درون‌نگری مبتنی بر معنا) برای اعضای گروه کنترل برگزار شد تا اصول اخلاق پژوهش رعایت گردد. همه شرکت‌کنندگان پیش از ورود به مطالعه، رضایت‌نامه کتبی آگاهانه را امضا کردند و مجاز بودند هر زمان که بخواهند بدون پیامد منفی از ادامه پژوهش انصراف دهند. تمامی اطلاعات محرمانه ماند و به شکل کدگذاری شده نگهداری شد. تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت. سطح معناداری برای رد یا تأیید فرضیه پژوهش ۰/۰۵ نظر گرفته شد.

یافته‌ها

براساس نتایج آزمون خی‌دو بین گروه‌ها از نظر وضعیت تحصیلی ($\chi^2=11/91$, $P>0/05$)، وضعیت تأهل ($\chi^2=3/37$, $P>0/05$) و وضعیت شغلی ($\chi^2=6/8$, $P>0/05$)، تفاوت آماری معناداری مشاهده نشد؛ بنابراین گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با یکدیگر همگن بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه طرحواره‌درمانی ($3/49 \pm 52/79$)، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($47/99 \pm 8/89$) و در گروه کنترل ($47/29 \pm 7/71$) سال بود.

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد که میانگین نمرات پریشانی معنوی در هر دو گروه مداخله‌ای، یعنی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ درحالی‌که در گروه کنترل تغییر محسوس مشاهده نمی‌شود. الگوی میانگین‌ها همچنین نشان می‌دهد که میزان کاهش نمرات پریشانی معنوی در گروه طرحواره‌درمانی بیشتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. باین‌حال، تفسیر این تفاوت باید براساس نتایج آزمون‌های استنباطی انجام شود.

جهت بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های آماری، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلک بررسی شد که نتایج نشان داد توزیع نمرات پریشانی معنوی در هر سه گروه در مراحل مختلف سنجش از توزیع نرمال ($P>0/05$) برخوردار است. همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج

نشان داد واریانس گروه‌ها در تمامی مراحل سنجش ($P>0/05$) همگن است. علاوه‌براین، آزمون موجلی انجام شد که مقدار آن برابر با ۰/۵۲۴ و $\chi^2=25/197$ با $P=0/09$ بود که نشان‌دهنده تأیید مغروضه کرویت است. یافته‌های جدول (۲) نشان می‌دهد که اثر متقابل گروه و زمان بر متغیر پریشانی معنوی معنادار است ($F=88/52$, $P<0/001$) که اندازه اثر آن نیز بزرگ است ($\eta^2=0/819$). این نتیجه بیانگر آن است که الگوی تغییرات نمرات پریشانی معنوی در طول زمان، در سه گروه با یکدیگر متفاوت بوده است. در ادامه، به منظور مقایسه نمرات پریشانی معنوی بین گروه‌ها با کنترل اثر پیش‌آزمون، تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت میانگین نمرات پریشانی معنوی سه گروه (دو مداخله و کنترل) از نظر آماری معنادار است ($F=5/866$, $P=0/006$)، همچنین اثر پیش‌آزمون به صورت کنترل‌شده معنادار باقی مانده است ($F=175/678$, $P=0/001$). اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون نیز معنی‌دار گزارش شده ($F=5/327$, $P=0/001$) که نشان‌دهنده تأثیر متفاوت مداخلات درمانی بر کاهش پریشانی معنوی با در نظر گرفتن سطوح اولیه متغیر است. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت بین مراحل زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در دو گروه مداخله‌ای، آزمون تعقیبی بنفرونی اجرا شد. یافته‌های جدول (۴) نشان می‌دهد که در هر دو گروه مداخله، کاهش معناداری در پریشانی معنوی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری ($P<0/001$) وجود دارد. از نظر اندازه اثر، میزان کاهش پریشانی معنوی در گروه طرحواره‌درمانی بیشتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود؛ به‌گونه‌ای که اندازه اثر برای مقایسه پیش‌آزمون تا پس‌آزمون در گروه طرحواره‌درمانی ($d=1/90$) و در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($d=1/07$) به‌دست آمد. همچنین، در مقایسه پیش‌آزمون تا پیگیری، اندازه اثر در گروه طرحواره‌درمانی ($d=1/74$) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($d=0/98$) بود. تفاوت بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از گروه‌ها معنادار نبود ($P>0/05$) که نشان‌دهنده پایداری تأثیر درمان‌ها در طول زمان است. به‌منظور بررسی تفاوت بین دو رویکرد درمانی، مقایسه مستقیم دو گروه مداخله‌ای در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پریشانی معنوی در گروه طرحواره‌درمانی به‌طور معناداری کمتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود ($P=0/034$) که بیانگر اثربخشی بیشتر طرحواره‌درمانی در کاهش پریشانی معنوی است.

جدول ۱. میانگین (M) و انحراف معیار (SD) نمرات پریشانی معنوی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	پیش‌آزمون (M ± SD)	پس‌آزمون (M ± SD)	پیگیری (M ± SD)
طرحواره‌درمانی	۵۸/۲۸ ± ۸/۲۰	۴۲/۲۱ ± ۷/۸۷	۴۳/۲۸ ± ۶/۷۳
پذیرش و تعهد	۵۸/۰۷ ± ۷/۲۳	۴۹/۶۴ ± ۹/۵۸	۴۹/۰۴ ± ۹/۰۶
کنترل	۵۸/۹۳ ± ۹/۵۰	۵۸/۶۰ ± ۱۰/۲۹	۵۸/۵۳ ± ۹/۲۹

جدول ۲. نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی اثر متقابل گروه و زمان بر نمرات پریشانی معنوی

آزمون	مقدار	F	df	df خطا	P	اندازه اثر (η^2)
لامبدای ویلکز	۰/۱۸۱	۸۸/۲۵	۲	۳۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۹

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پریشانی معنوی بین گروه‌های مداخله و کنترل

منبع تغییرات	SS	MS	F	P
گروه	۲۵۴۶/۰۶۴	۱۲۷۳/۰۳۲	۵/۸۶۶	۰/۰۰۶
پریشانی معنوی (پیش‌آزمون)	۱۳۵۴/۹۷۹	۱۳۵۴/۹۷۹	۱۷۵/۶۷۸	۰/۰۰۰۱
تعامل گروه «پیش‌آزمون»	۷۷۶/۳۲۳	۳۸۸/۱۶۱	۵۰/۳۲۷	۰/۰۰۰۱

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مراحل مختلف در گروه‌های مداخله

متغیر	مرحله مقایسه	میانگین تفاوت	خطای استاندارد	P	دکوهن
پریشانی معنوی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون				
طرحواره‌درمانی		۱۶/۰۷	۲/۵۵	۰/۰۰۰۱	۱/۹
پذیرش و تعهد		۸/۴۲	۶/۸۰	۰/۰۰۰۱	۱/۰۷
پریشانی معنوی	پیش‌آزمون-پیگیری				
طرحواره‌درمانی		۱۵/۰۰	۲/۷۱	۰/۰۰۰۱	۱/۷۴
پذیرش و تعهد		۹/۰۳	۶/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
پریشانی معنوی	پس‌آزمون-پیگیری				
طرحواره‌درمانی		- ۱/۰۷	۲/۶۱	۰/۱۴۹	۰/۱۱
پذیرش و تعهد		۰/۶۰	۱/۵۱	۰/۹۹۰	۰/۰۰۱

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو مداخله به‌طور معناداری موجب کاهش پریشانی معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شوند. نتایج تحلیل کوواریانس آمیخته حاکی از وجود اثر متقابل معنادار گروه و زمان بود که بیانگر الگوهای متفاوت تغییر پریشانی معنوی در طول زمان میان سه گروه است. اگرچه، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری را نشان دادند، اما طرحواره‌درمانی کاهش بیشتری را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ایجاد کرد.

این نتایج با یافته‌های موشر و همکاران^۱ (۲۰۱۸) همسو است که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در کاهش آشفتگی روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان گزارش کردند [۱۹]. مطالعه غیورکاظمی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد رویکرد ترکیبی ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی، پریشانی معنوی زنان سرطانی را کاهش می‌دهد [۶]. به‌طور مشابه، علی و همکاران^۲ (۲۰۲۴) نیز اثربخشی این رویکرد درمانی را در بهبود سلامت روان و عملکرد شناختی بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال^۳ پیشرفته تأیید کردند [۱۸]. همسویی این یافته‌ها بیانگر نقش سازوکارهای پذیرش، ذهن‌آگاهی و بازسازی شناختی در کاهش رنج معنوی بیماران سرطانی است. باوجود اثربخشی هر دو رویکرد بر کاهش پریشانی معنوی، تفاوت‌هایی در سازوکار اثرگذاری

مشاهده شد. طرحواره‌درمانی از طریق بازسازی شناختی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه مانند نقص/شرم و رهاشدگی، امکان بازتعریف عمیق‌تر باورهای فرد نسبت به خود، بیماری و معنای رنج را فراهم می‌سازد [۳۵، ۳۶]. تکنیک‌های شناختی و تجربی این رویکرد، مانند بررسی شواهد موافق و مخالف، نامه‌نگاری به بخش شرمگین وجود و گفت‌وگوی خیالی با والدین، به تقویت «بزرگسال سالم» و ایجاد دیدگاهی متعادل‌تر نسبت به خود منجر می‌شود. در بافت فرهنگی ایران که ارزش‌هایی همچون حفظ آبرو، احساس گناه مذهبی و توکل بر خداوند نقش محوری دارند، فرایند بازسازی شناختی-هیجانی طرحواره‌درمانی با این ارزش‌ها هم‌افزایی فرهنگی یافته و این امر می‌تواند با میزان کاهش مشاهده‌شده در پریشانی معنوی در گروه طرحواره‌درمانی مرتبط باشد [۶، ۳۵]. بنابراین، کارآمدی بالاتر طرحواره‌درمانی در این جامعه به‌نظر می‌رسد ناشی از اصلاح ساختارهای بنیادی باور و معنا در چهارچوب فرهنگی-مذهبی باشد، نه صرفاً تغییر در سطح شناخت‌های سطحی.

در مقابل، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش، گسست شناختی و شفاف‌سازی ارزش‌ها، به بیماران می‌آموزد که افکار ناخوشایند مرتبط با بیماری (مانند «این بیماری مجازات گناهان من است») صرفاً رویدادهای ذهنی گذرا هستند، نه واقعیت‌های

3. colorectal cancer

1. Mosher et al.

2. Ali et al.

همه مراجعان قرار نگیرد. در چنین شرایطی، فرایند پذیرش و معنایی نه از مسیر تسریع، بلکه از طریق کاهش سرعت، مکث درمانی و بازسازی تدریجی معنا امکان پذیر می شود.

در مقابل، طرحواره درمانی با تمرکز مستقیم بر باورهای بنیادین، الگوهای هیجانی و نیازهای ارضانده می تواند تا حدی با تجربه روان شناختی بیماران در مواجهه با بیماری های مزمن همخوانی بیشتری داشته باشد و امکان پردازش عمیق تر پریشانی معنوی را فراهم آورد. این یافته ها نشان می دهند که انتخاب مداخله روان درمانی نباید صرفاً بر مبنای مدت زمان یا ساختار درمان، بلکه باید بر اساس تناسب آن با بافت فرهنگی، شرایط اجتماعی و وضعیت روانی مراجعان صورت گیرد.

در مجموع، یافته های پژوهش حاضر نشان می دهند که هر دو رویکرد درمانی می توانند در کاهش پریشانی معنوی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشند، هرچند در این نمونه طرحواره درمانی تأثیر بیشتری را نشان داد. این تفاوت احتمالاً به تمرکز طرحواره درمانی بر بازسازی باورهای بنیادین و نظام معنایی فرد مرتبط است، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از مسیر پذیرش تجربه های درونی و تعهد به ارزش ها عمل می کند؛ بنابراین تفاوت میان این دو رویکرد را می توان به عنوان دو مسیر متفاوت تغییر روان شناختی در مواجهه با رنج معنوی در نظر گرفت. بر این اساس، انتخاب مداخله روان درمانی مناسب ممکن است نیازمند توجه به ویژگی های فردی بیماران، زمینه فرهنگی و شرایط روانی آنان باشد. انجام پژوهش های بیشتر در بافت های فرهنگی مختلف می تواند به روشن تر شدن نقش و سازوکارهای این مداخلات در کاهش پریشانی معنوی کمک کند.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود که باید در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. از جمله این محدودیت ها می توان به طراحی نیمه آزمایشی، اجرای تک مرکزی در شهر مشهد، استفاده از نمونه گیری در دسترس و محدودیت دسترسی به بیماران واجد شرایط اشاره کرد. همچنین، برخی متغیرهای بالینی، از جمله مدت زمان ابتلا به بیماری (طول دوره تشخیص) و تفاوت در سوابق درمانی شرکت کنندگان، به طور کامل کنترل نشدند و این امر می تواند بر میزان پریشانی معنوی و پاسخ آنان به مداخلات روان شناختی اثرگذار بوده باشد. علاوه بر این، متغیرهایی مانند سطح باورهای دینی، حمایت اجتماعی و تاب آوری شناختی در این پژوهش اندازه گیری نشدند و دوره پیگیری نیز نسبتاً کوتاه (دو ماه) بود؛ بنابراین تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می شود پژوهش های آینده با نمونه های بزرگ تر و دوره های پیگیری طولانی تر انجام شوند. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند انعطاف پذیری روان شناختی، تنظیم هیجانی و اصلاح طرحواره ها و نیز متغیرهای تعدیل گر مانند سطح دین داری، حمایت اجتماعی و شدت بیماری می تواند به درک دقیق تر سازوکارهای اثرگذاری این مداخلات کمک کند. استفاده از روش های ترکیبی کمی-کیفی نیز می تواند به روشن تر شدن فرایندهای تغییر درمانی در بیماران مبتلا به سرطان کمک نماید. در سطح کاربردی، نتایج این مطالعه نشان

بیرونی [۳۷]. این رویکرد با مفاهیم بومی همچون صبر، توکل و تسلیم در برابر اراده الهی هم راستا است و از این طریق در بازتعریف معنا و هدف زندگی نقش دارد [۳۵]. با این حال، ماهیت غیرمستقیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب می شود اثر آن در کاهش پریشانی معنوی نسبت به طرحواره درمانی به صورت تدریجی تری مشاهده شود. مطالعات پیشین عمدتاً به آثار غیرمستقیم مداخلات روان شناختی بر مؤلفه های مرتبط مانند اضطراب، افسردگی، الکسیتیمیا^۱، رشد پس از سانحه و خودشیفتگی پرداخته اند [۳۶، ۳۸، ۳۹]. این پژوهش ها نشان داده اند که درمان های روان شناختی از طریق بهبود تنظیم هیجانی و کاهش نشانه های روانی، بر ابعاد معنوی تأثیر غیرمستقیم می گذارند [۳۵، ۴۰]. با این حال، پژوهش های معدودی اثر مستقیم طرحواره درمانی بر ابعاد معنوی را بررسی کرده اند [۲۲، ۴۱، ۴۲] و شواهد محدودی از تأثیر مستقیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این زمینه وجود دارد [۳۳، ۳۷، ۴۳].

در مجموع، یافته های پژوهش حاضر نشان می دهند که طرحواره درمانی با کاهش بیشتری در پریشانی معنوی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه بود؛ امری که ممکن است با تمرکز این رویکرد بر باورهای بنیادین و طرحواره های مرتبط با معنا و هویت مرتبط باشد. طرحواره درمانی با هدف گیری مستقیم الگوهای ناسازگار شناختی-هیجانی، امکان بازسازی فعال نظام معنایی فرد را فراهم می آورد، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد عمدتاً از مسیر تدریجی پذیرش تجربه دردناک، گسلش شناختی و تعهد به ارزش ها عمل می کند. کاهش پریشانی معنوی در این چهارچوب، صرفاً پیامد بهبود نشانه های روانی نیست، بلکه نشان دهنده تحولی عمیق در نظام معنا، ارزش ها و تفسیر فرد از رنج و بیماری است. چنین تحولی در بستر فرهنگی و مذهبی ایران، که معنا، ایمان و پیوندهای جمعی نقش محوری در سازگاری با بحران دارند، می تواند عمق و پایداری بیشتری پیدا کند. این یافته ها به ویژه در شرایطی که جامعه ایرانی در سال های اخیر با تجربه های مزمن ناامنی، فشارهای اقتصادی و تهدیدهای جمعی مواجه بوده است، اهمیت دوچندان می یابد. در چنین زمینه ای، بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، از جمله سرطان پستان، نه تنها با تهدید جسمانی بیماری، بلکه با انباشت رنج های وجودی و معنایی در سطح فردی و جمعی روبه رو هستند. بنابراین، مداخلات روان درمانی که بتوانند به بازسازی معنا، تقویت امید و ایجاد انسجام ارزشی کمک کنند، نقش حیاتی در ارتقای تاب آوری روانی-معنوی بیماران ایفا می کنند.

در تبیین یافته ها، اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معمولاً به عنوان یک مداخله کوتاه مدت و نسبتاً سریع الاثر معرفی می شود، نتایج این پژوهش نشان می دهد که در بافت فرهنگی-مذهبی ایران و در برخی زمینه های اجتماعی و فرهنگی، الگوی پاسخ به مداخلات درمانی ممکن است متفاوت باشد؛ بنابراین بررسی مقایسه ای بیشتر میان رویکردهای درمانی در زمینه های فرهنگی مختلف ضروری به نظر می رسد. مفاهیم محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند پذیرش، گسلش شناختی، استعاره ها و تصویرسازی های ذهنی، ممکن است مستلزم سطحی از آمادگی شناختی و ظرفیت تأمل درونی باشند که در شرایط فشار روانی بالا و تجربه استرس های مداوم، به راحتی در دسترس

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش قسمتی از رساله دکتری تخصصی در رشته روان‌شناسی دارای کد اخلاق IR.IAU.BIRJAND.REC.1403.029 از کمیته اخلاق در پژوهش علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که در ارتباط با این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافع مالی، علمی یا شخصی وجود ندارد.

References

1. Soleimani M, Ayyoubzadeh SM, Jalilvand A, Ghazisaeedi M. Exploring the geospatial epidemiology of breast cancer in Iran: identifying significant risk factors and spatial patterns for evidence-based prevention strategies. *BMC Cancer*. 2023;23(1):1219. [DOI: 10.1186/s12885-023-11555-1] [PMID: 38082251]
2. Haghpanah S, Hosseini-Bensenjan M, Ramzi M, Khosravizadegan Z, Rezaianzadeh A. Investigating the trends of incidence rates of breast cancer in Southern Iran: a population-based survey. *BMC Women's Health*. 2023;23(1):589. [DOI: 10.1186/s12905-023-02757-7] [PMID: 37950182]
3. Yao H, Xiong M, Cheng Y, Zhang Q, Luo Y, Ding X, et al. The relationship among body image, psychological distress, and quality of life in young breast cancer patients: a cross-sectional study. *Front Psychol*. 2024;15:1411647. [DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1411647] [PMID: 39233880]
4. Jun HS, Lee K. Association between fear of cancer recurrence, fatigue, and healthy lifestyle behaviors among breast cancer survivors in South Korea. *Cancer Nurs*. 2024;47(2):E134-E141. [DOI: 10.1097/NCC.0000000000001203] [PMID: 36648326]
5. Khalilnejad N, Asgari P, Ahmadian H, Eslami Shahrabaki H. The effectiveness of quality of life therapy on psychological well-being and social adjustment in breast cancer patients. *J Toloo Behdasht*. 2024;23(5):34-49. [Link]
6. Ghayour Kazemi F, Shahhabizadeh F, Safara M, Shahidsales S. Comparing the effects of transdiagnostic intervention and mindfulness-based schema therapy on spiritual distress in women with breast cancer: a clinical trial. *J Health Spiritual Med Ethics*. 2022;9(2):63-74. [Link]
7. Nagy DS, Isaic A, Motofelea AC, Popovici DI, Diaconescu RG, Negru SM, et al. The role of spirituality and religion in improving quality of life and coping mechanisms in cancer patients. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(23):2349. [DOI: 10.3390/healthcare12232349] [PMID: 39684971]
8. Leão DCMR, Pereira ER, Pérez-Marfil MN, Silva RMCRA, Mendonça AB, Rocha RCNP, et al. The importance of spirituality for women facing breast cancer diagnosis: a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6415. [DOI: 10.3390/ijerph18126415] [PMID: 34199288]
9. Martins H, Caldeira S, Vieira M, Campos de Carvalho E, Flanagan J. Spiritual distress in patients with cancer

می‌دهد که مداخلات روان‌درمانی می‌توانند به‌عنوان مکملی برای درمان‌های پزشکی در کاهش پریشانی معنوی بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد توجه قرار گیرند. با این حال، ارائه توصیه‌های گسترده در سطح سیاست‌گذاری مستلزم انجام مطالعات چندمرکزی با طراحی‌های روش‌شناختی قوی‌تر است.

تشکر و قدردانی

از همکاری شرکت‌کنندگان، مدیریت و کارکنان پلی‌کلینیک تخصصی صنعت نفت مشهد و مرکز تخصصی رادیوتراپی و انکولوژی رضا در مشهد صمیمانه قدردانی می‌شود.

- initiating chemotherapy: a cross-sectional study. *J Nurs Scholarsh*. 2021;53(5):578-584. [PMID: 34310843] [DOI: 10.1111/jnu.12670]
10. B Sulaiman S, Mohd Noor NA. Breast cancer illness and spiritual healing. *Global J Hum Soc Sci*. 2021;21(A11):11-18. [DOI:10.34257/GJHSSAVOL21IS11PG11]
11. Almuhtaseb MIA, Alby F, Zuccheromaglio C, Fatigante M. Religiosity as a cultural resource for Arab-Palestinian women's coping with cancer. *SAGE Open*. 2020;10(1):2158244019898730. [Link]
12. Mehrabi E, Hajian S, Simbar M, Houshyari M. Religion, spirituality and coping with breast cancer: a phenomenological study. *J Res Relig Health*. 2016;2(2):12-23. [Link]
13. Landi G, Pakenham KI, Benassi M, Giovagnoli S, Tossani E, Grandi S. A model of the effects of parental illness on youth adjustment and family functioning: the moderating effects of psychological flexibility on youth caregiving and stress. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4902. [DOI: 10.3390/ijerph18094902] [PMID: 34064517]
14. Bahreinian ARH, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi M. The effectiveness of spiritual group therapy on improving quality of life and mental health in women with breast cancer. *J Res Relig Health*. 2017;3(1):64-78. [Link]
15. Mohammadi-Yeganeh S, Paryan M, Ahmadizad-Firouzjaei A. The role of spiritual health and meditation in strengthening the immune system and combating breast cancer: a review study. *J Res Relig Health*. 2025;11(2):112-128. [Link]
16. Aravind A, Agarwal M, Malhotra S, Ayyub S. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on mental health issues: a systematic review. *Ann Neurosci*. 2024;32(4):321-327. [DOI: 10.1177/09727531241300741] [PMID: 39703872]
17. Hayes SC, Strosahl KD, Strosahl K. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer Science & Business Media; 2004. [Link]
18. Ali EA, Khedr MA, Alabdullah AAS, Farghaly Abdelaliam SM, El-Ashry AM. Effect of acceptance and commitment therapy-based interventions on mental health and cognitive impairment for patients with advanced colorectal cancer. *Public Health Nurs*. 2024;41(4):745-759. [DOI: 10.1111/phn.13333] [PMID: 38716748]
19. Mosher CE, Secinti E, Li R, Hirsh AT, Bricker J, Miller KD, et al. Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer

- patients: a pilot randomized trial. *Support Care Cancer*. 2018;26(6):1993-2004. [DOI: [10.1007/s00520-018-4045-0](https://doi.org/10.1007/s00520-018-4045-0)] [PMID: 29327085]
20. Nissling L, Weineland S, Vernmark K, Radvogin E, Engström AK, Schmidt S, et al. Effectiveness of and processes related to internet-delivered acceptance and commitment therapy for adolescents with anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Res Psychother*. 2023;26(2):681. [DOI: [10.4081/ripppo.2023.681](https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.681)] [PMID: 37401474]
 21. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. Hamidpour H, Andooz Z, translators. Tehran: Arjmand; 1998. [Link]
 22. Zavari N, Sadati SZ, Hoseini MS, Zadhan Z. The effectiveness of schema therapy on post-traumatic growth and self-compassion in women with breast cancer. *PWJ*. 2025;6(2):1-10. [Link]
 23. Sobhani Z, Hosseini SV, Honarparvaran N, Khazraei H, Amini M, Hedayati A. The effectiveness of an online video-based group schema therapy in improving the cognitive emotion regulation strategies in women who have undergone bariatric surgery. *BMC Surg*. 2023;23(1):98. [DOI: [10.1186/s12893-023-02010-w](https://doi.org/10.1186/s12893-023-02010-w)] [PMID: 37106316]
 24. Brunet J, Price J, Harris C. Body image in women diagnosed with breast cancer: a grounded theory study. *Body Image*. 2022;41:417-431. [DOI: [10.1016/j.bodyim.2022.04.012](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.04.012)] [PMID: 35526352]
 25. Hayes SC, Hofmann SG. Process-based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland (CA): New Harbinger Publications; 2018. [Link]
 26. Karimzadeh Y, Rahimi M, Goodarzi MA, Tahmasebi S, Talei A. Posttraumatic growth in women with breast cancer: emotional regulation mediates satisfaction with basic needs and maladaptive schemas. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1943871. [DOI: [10.1080/20008198.2021.1943871](https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943871)] [PMID: 34262671]
 27. Fan M, Wang Y, Zheng L, Cui M, Zhou X, Liu Z. Effectiveness of online mindfulness-based interventions for cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Jpn J Clin Oncol*. 2023;53(11):1068-1076. [DOI: [10.1093/jjco/hyad101](https://doi.org/10.1093/jjco/hyad101)] [PMID: 37567587]
 28. Arntz A, Jacob G. Schema therapy in practice: an introductory guide to the schema mode approach. Chichester: John Wiley & Sons; 2017. [Link]
 29. Taklavi S, Nazari V. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on appearance schema and shame/guilt emotion in married women with breast cancer. *J Health Care*. 2025;26(4):407-417. [Link]
 30. Rahimi CHR, Mahmoudfakhe H. Comparison of schema therapy and mindfulness-based stress reduction on post-traumatic growth and psychological capital in women with breast cancer. *Iran J Breast Dis*. 2023;16(3):46-64. [Link]
 31. Alizadeh N, Mirzaian B, Abbasi G. The effect of schema therapy on psychological capital and vulnerable attachment in women with breast cancer. *Med Surg Nurs J*. 2021;10(2):e117043. [Link]
 32. Ku YL, Kuo SM, Yao CY. Establishing the validity of a spiritual distress scale for cancer patients hospitalized in southern Taiwan. *Int J Palliat Nurs*. 2010;16(3):134-138. [DOI: [10.12968/ijpn.2010.16.3.47325](https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.3.47325)] [PMID: 20357706]
 33. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011. [Link]
 34. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006. [Link]
 35. Mehdipour P, editor. Cancer genetics and psychotherapy. Cham: Springer; 2017. [Link]
 36. Farsham A, Shamsian M. Effectiveness of emotional schema therapy on anxiety, cognitive emotion regulation, and coping strategies in cancer patients: single-subject design. *Iran J Psychol Behav Sci*. 2022;27: not available.
 37. Dehaghi AA, Dolatshahi B, Taremi F, Pourshahbaz A, Ansar H. Evaluation of an acceptance and commitment therapy with religious content to control obsessive-compulsive disorder, dysfunctional beliefs, feeling guilty, scrupulosity, and thought control among Muslims in Iran. *J Educ Health Promot*. 2024;13:272. [DOI: [10.4103/jehp.jehp_760_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_760_23)] [PMID: 39309981]
 38. Safarzadeh S, Sevari K. Implementation of acceptance and commitment therapeutic theory (ACT) on anxiety personality trait, alexithymia, and adherence to treatment in women with breast cancer. *CPAP*. 2020;18(1):17-27. [Link]
 39. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: a meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*. 2019;10(8):1455-1473. [Link]
 40. Kashdan TB, Disabato DJ, Goodman FR, Doorley JD, McKnight PE. Understanding psychological flexibility: a multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychol Assess*. 2020;32(9):829-850. [DOI: [10.1037/pas0000834](https://doi.org/10.1037/pas0000834)] [PMID: 32614192]
 41. Ahmadi F, Khodayarifard M, Zandi S, Khorrami-Markani A, Ghobari-Bonab B, Sabzevari M, et al. Religion, culture and illness: a sociological study on religious coping in Iran. *Ment Health Relig Cult*. 2018;21(7):721-736. [Link]
 42. Jacob G, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U, et al. A schema therapy-based eHealth program for patients with borderline personality disorder (prioivi): naturalistic single-arm observational study. *JMIR Ment Health*. 2018;5(4):e10983. [DOI: [10.2196/10983](https://doi.org/10.2196/10983)] [PMID: 30559092]
 43. Stockton D, Kellett S, Berrios R, Sirois F, Wilkinson N, Miles G. Identifying the underlying mechanisms of change during acceptance and commitment therapy (ACT): a systematic review of contemporary mediation studies. *Behav Cogn Psychother*. 2019;47(3):332-362. [DOI: [10.1017/S1352465818000553](https://doi.org/10.1017/S1352465818000553)] [PMID: 30284528]