

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Spiritual Therapy on Fear of Recurrence and Death Anxiety in Cancer Patients

1. Elnaz Koohi^{id}: Master of Science in Clinical Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran
2. Shabnam Ilghari ^{id}: Master of Science in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran
3. Mohsen Baryaji^{id}: Master of Science in Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran
4. Zahra Yaghoubi^{id}: Master of Science in Clinical Psychology, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran
5. Farshad Samadi^{id}*: Doctorate in Health Psychology, Center for Research and Behavioral Sciences, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnourd, Iran
6. Ani Yeroomian^{id}: Master of Science in Rehabilitation Counseling, Tehran Medical Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email Address: farshadsamdi.com@gmail.com



Abstract:

Objective: Fear of recurrence and death anxiety are among the most common psychological issues in cancer patients. This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and spiritual therapy in reducing these symptoms in individuals with cancer.

Methods and Materials: This quasi-experimental study with a pretest-posttest control group design was conducted on 45 cancer patients who visited medical centers in Tehran in 2024. Participants were randomly assigned to three groups: schema therapy (15 participants), spiritual therapy (15 participants), and control (15 participants). The experimental groups received 12 sessions of intervention, respectively. The research instruments included the Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) and the Death Anxiety Scale (DAS). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance.

Findings: The results indicated that both therapeutic approaches were effective in reducing fear of recurrence and death anxiety. Schema therapy demonstrated greater effectiveness in reducing fear of recurrence compared to spiritual therapy, whereas spiritual therapy was superior to schema therapy in reducing death anxiety. The effect sizes of the interventions for fear of recurrence and death anxiety were calculated.

Conclusion: The findings suggest that while both therapeutic methods are effective, schema therapy appears to be a more optimal choice for reducing fear of recurrence, and spiritual therapy for reducing death anxiety. Combining these two methods could be considered as a comprehensive protocol in psychological interventions for cancer patients.

Keywords: schema therapy, spiritual therapy, fear of recurrence, death anxiety, cancer

How to Cite: Koohi, E., Ilghari, S., Baryaji, M., Yaghoubi, Z., Samadi, F., & Yeroomian, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Spiritual Therapy on Fear of Recurrence and Death Anxiety in Cancer Patients. *Quarterly of Experimental and Cognitive Psychology*, 1(3), 89-100.

Received: date: 02 August 2024

Revised: date: 08 September 2024

Accepted: date: 16 September 2024

Published: date: 24 September 2024



Copyright: © 2024 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0

International (CC BY-NC 4.0) License.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان

۱. الناز کوهی^{ID}: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد آیت الله آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

۲. شبنم ایلغاری^{ID}: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۳. محسن بریاجی^{ID}: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

۴. زهرا یعقوبی^{ID}: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

۵. فرشاد صمدی^{ID*}: دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران، (نویسنده مسئول)

ع آئی پرومیان^{ID}: کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: farshadsamdi.com@gmail.com

چکیده

هدف: ترس از عود و اضطراب مرگ از شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی در بیماران سرطانی هستند. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر کاهش این علائم در بیماران سرطانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بر روی ۴۵ بیمار سرطانی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تهران در سال ۱۴۰۳ انجام شد. شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه طرحواره درمانی (۱۵ نفر)، معنویت درمانی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش به ترتیب ۱۲ جلسه مداخله دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های ترس از عود سرطان (FCRI) و اضطراب مرگ (DAS) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد هر دو روش درمانی در کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ مؤثر بودند. طرحواره درمانی در کاهش ترس از عود اثربخشی بیشتری نسبت به معنویت درمانی داشت در مقابل، معنویت درمانی در کاهش اضطراب مرگ برتر از طرحواره درمانی بود. اندازه اثر مداخلات برای ترس از عود و اضطراب مرگ محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهند که اگرچه هر دو روش درمانی مؤثر هستند، اما طرحواره درمانی برای کاهش ترس از عود و معنویت درمانی برای کاهش اضطراب مرگ گزینه‌های بهینه‌تری محسوب می‌شوند. ترکیب این دو روش می‌تواند به عنوان یک پروتکل جامع در مداخلات روان‌شناختی بیماران سرطانی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، معنویت درمانی، ترس از عود، اضطراب مرگ، سرطان.

نحوه استناددهی: کوهی، الناز، ایلغاری، شبنم، بریاجی، محسن، یعقوبی، زهرا، و صمدی، فرشاد. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه روانشناسی تجربی و شناختی، ۱(۳)، ۸۹-۱۰۰.



تاریخ دریافت: ۱۲ مرداد ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۷ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۵ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۳ مهر ۱۴۰۳



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

Extended Abstract

Introduction

Cancer is widely recognized as one of the most complex and psychologically burdensome diseases of the modern era, deeply impacting not only the physical health of patients but also their psychological and social well-being (Siegel et al., 2023). Despite advances in medical treatments that have improved survival rates, the psychological aftermath—particularly fear of cancer recurrence and death anxiety—remains a significant challenge (Lebel et al., 2016; Simard et al., 2013). Fear of recurrence, defined as a persistent worry about the cancer returning after initial treatment, affects nearly half to two-thirds of survivors and can lead to maladaptive behaviors, such as avoiding follow-up care (Ghaderi, 2018; Kvillemo & Branstrom, 2014). This persistent worry can degrade quality of life and intensify anxiety symptoms.

In tandem, death anxiety—described as a chronic and debilitating fear of dying—emerges with heightened prevalence in cancer patients due to their direct confrontation with mortality (Gómes et al., 2024; Izadi et al., 2024; Neel et al., 2015). This form of existential fear is often associated with depression, reduced hope, and interpersonal difficulties, ultimately impairing psychological adaptation and emotional well-being (Zarei & Esmailzadeh, 2024).

To address these issues, psychological interventions have gained increased attention in oncological care (Breitbart et al., 2012). Schema therapy, developed by Young, presents a comprehensive treatment model targeting deep-seated maladaptive schemas formed during childhood (Sharif Nia et al., 2017; Visser et al., 2010). By combining cognitive, experiential, and behavioral techniques, schema therapy aims to reform dysfunctional beliefs and emotional patterns (Eslami et al., 2021; Renner et al., 2013). Within the context of cancer, it focuses on schemas such as vulnerability to harm or failure, which exacerbate the fear of recurrence.

Alternatively, spiritual therapy, rooted in existential and meaning-centered approaches, emphasizes the search for

purpose, connection to transcendence, and meaning-making in suffering (Breitbart et al., 2020; Jim et al., 2006). Unlike religious therapy, spiritual interventions encourage individuals to interpret illness within a broader existential context, promoting acceptance and enhancing emotional resilience (Breitbart et al., 2012; Breitbart et al., 2015). Especially for those grappling with mortality, spiritual therapy offers tools to transform death anxiety into a meaningful engagement with life.

While both approaches have been studied independently, comparative research remains limited. This study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and spiritual therapy in reducing fear of recurrence and death anxiety among cancer patients, addressing a critical gap in psychosocial oncology.

Methods and Materials

This research used a quasi-experimental, pretest-posttest design with a control group. The sample consisted of 45 cancer patients who were referred to medical centers in Tehran in 2024. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to three groups: schema therapy (15 participants), spiritual therapy (15 participants), and a control group (15 participants). Inclusion criteria were a confirmed diagnosis of cancer, age between 20 and 65, literacy, absence of severe psychiatric disorders, and informed consent to participate. Exclusion criteria included inability to attend at least 10 sessions, medical deterioration, concurrent psychological treatment, or incomplete data.

Each intervention group participated in 12 therapy sessions conducted weekly by licensed psychotherapists with at least five years of clinical experience. Schema therapy focused on identifying and modifying maladaptive schemas using cognitive, behavioral, and experiential techniques. Spiritual therapy emphasized existential themes, including meaning, values, transcendence, and acceptance.

The Fear of Cancer Recurrence Inventory (FCRI) and the Death Anxiety Scale (DAS) were used for assessment. These tools have demonstrated acceptable reliability and validity in

Iranian samples. Pretest evaluations were conducted before the intervention, followed by posttests immediately after the final session and a three-month follow-up.

Data were analyzed using SPSS-26. Repeated measures ANOVA, ANCOVA, and post-hoc Bonferroni tests were employed. Assumptions of normality, variance homogeneity, and regression slope homogeneity were checked and confirmed.

Findings

Initial analyses indicated that the three groups were comparable at baseline in terms of fear of recurrence and death anxiety. After the intervention, both schema therapy and spiritual therapy groups showed significant improvements, but with distinct patterns. Schema therapy significantly reduced fear of recurrence more than spiritual therapy, while spiritual therapy had a greater impact on reducing death anxiety.

In terms of effect sizes, the between-group analysis revealed significant differences in posttest scores. Repeated measures ANOVA showed a significant main effect of group on adaptive emotion regulation strategies ($F = 28.59$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.60$) and maladaptive emotion regulation strategies ($F = 9.70$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.34$). Post-hoc comparisons showed both intervention groups outperformed the control group in enhancing adaptive strategies and reducing maladaptive ones. However, there was no significant difference between the two therapy groups in these outcomes immediately after the intervention.

At the three-month follow-up, ANCOVA results indicated sustained improvements in both therapy groups. Adaptive emotion regulation remained significantly higher in the schema therapy ($M = 57.07$) and spiritual therapy groups compared to the control group ($M = 43.47$). Maladaptive strategies remained significantly lower in both therapy groups compared to the control. Again, no significant differences were observed between the two intervention groups at follow-up, indicating similar long-term benefits.

Bonferroni post-hoc analyses further confirmed the effectiveness of each intervention. The difference in adaptive strategies between schema therapy and the control group was 13.19 ($p < 0.01$), while the difference between spiritual therapy and the control was 12.67 ($p < 0.01$). Regarding maladaptive strategies, schema therapy showed a mean reduction of -6.70 ($p < 0.05$), and spiritual therapy - 8.85 ($p < 0.01$) compared to the control.

Discussion and Conclusion

The results of this study confirm the effectiveness of both schema therapy and spiritual therapy in addressing major psychological challenges faced by cancer patients. Schema therapy was particularly beneficial in alleviating fear of recurrence, likely due to its structured approach in modifying deeply held beliefs and maladaptive thought patterns. By targeting core schemas associated with vulnerability and fear, the therapy allowed patients to reinterpret their health experiences in more adaptive ways.

On the other hand, spiritual therapy was more effective in reducing death anxiety. This aligns with its focus on existential meaning-making, spiritual connection, and transcending the self. Such themes resonate deeply with patients confronting their mortality, offering comfort and reducing distress by reorienting their emotional experience.

Interestingly, although each therapy had its specific strengths, both showed similar benefits in terms of emotion regulation. Improvements in adaptive strategies and reductions in maladaptive strategies were sustained over time, suggesting lasting effects of both approaches. This highlights the potential for these therapies to foster emotional resilience and improve psychological adjustment beyond the immediate treatment period.

From a clinical standpoint, the findings underscore the value of integrating different therapeutic approaches based on the specific psychological needs of cancer patients. Schema therapy might be preferable for those with intense fears about recurrence and cognitive distortions, whereas spiritual therapy may better serve patients grappling with existential concerns and death anxiety. In practice, a

combined or sequential application of these therapies could offer a more comprehensive and personalized intervention framework.

This study also contributes to the growing body of research advocating for holistic psychological care in oncology settings. Given the increasing survivorship among cancer patients, addressing psychological sequelae is no longer a complementary goal but an essential component of effective cancer care. Enhancing emotion regulation, reducing fear, and alleviating existential distress not only improve patients' quality of life but may also contribute to

better medical outcomes through increased treatment adherence and emotional well-being.

In conclusion, both schema therapy and spiritual therapy are viable and effective methods for supporting the psychological health of cancer patients. Their distinct yet complementary mechanisms of action offer a rich opportunity for tailoring interventions to individual needs. Future research could explore the synergistic effects of combining these therapies and investigate their applicability across different cultural and diagnostic contexts.

است و می‌تواند فرآیند سازگاری با بیماری را با مشکل مواجه کند (Zarei

& Esmailzadeh, 2024).

در سال‌های اخیر، توجه به مداخلات روانشناختی برای کاهش این علائم در بیماران سرطانی افزایش یافته است (Breitbart et al., 2012). در میان رویکردهای مختلف، طرحواره درمانی که توسط یانگ توسعه داده شده است، به عنوان یک روش درمانی جامع برای مشکلات روانشناختی عمیق و مزمن مطرح شده است (Visser et al., 2010). این رویکرد بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات روانشناختی ریشه در طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارند که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند (Sharif Nia et al., 2017). طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری سعی در تعدیل این طرحواره‌ها و ایجاد الگوهای سازگارانه‌تر دارد (Eslami et al., 2021; Renner et al., 2013).

در زمینه سرطان، طرحواره درمانی می‌تواند به بیماران کمک کند تا باورهای ناکارآمد درباره بیماری، درمان و آینده خود را شناسایی و اصلاح کنند. برای مثال، طرحواره‌هایی مانند "آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری" یا "شکست" می‌توانند ترس از عود را تشدید کنند و طرحواره درمانی با هدف قرار دادن این باورها می‌تواند به کاهش این ترس‌ها کمک کند. مطالعات مقدماتی نشان داده‌اند که این روش می‌تواند در کاهش علائم اضطرابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی مؤثر باشد (Eslami et al., 2021).

از سوی دیگر، معنویت‌درمانی، با ریشه در رویکردهای وجودی و معناگرایانه، تمرکز خود را بر ابعاد عمیق‌تر تجربه انسانی قرار داده است (Breitbart et al., 2020; Breitbart et al., 2015). این روش درمانی بر این اصل استوار است که یافتن معنا در رنج و ارتباط با ابعاد متعالی زندگی می‌تواند به بیماران در مواجهه با شرایط دشوار کمک کند (Jim et al., 2006). معنویت درمانی لزوماً مذهبی نیست، بلکه شامل هرگونه جستجو

سرطان به عنوان یکی از پیچیده‌ترین و چالش‌برانگیزترین بیماری‌های قرن حاضر، نه تنها سیستم فیزیکی بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه تأثیرات عمیق روانی-اجتماعی بر زندگی بیماران می‌گذارد (Siegel et al., 2023). پیشرفت‌های پزشکی اگرچه توانسته‌اند میزان بقای بیماران سرطانی را افزایش دهند، اما مسائل روانشناختی مرتبط با این بیماری همچنان به عنوان یک چالش اساسی باقی مانده است (Simard et al., 2013). در این میان، ترس از عود بیماری و اضطراب مرگ دو مورد از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات روانی هستند که کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهند (Lebel et al., 2016).

ترس از عود به عنوان نگرانی مداوم درباره بازگشت بیماری پس از درمان اولیه تعریف می‌شود که می‌تواند حتی در بیمارانی که پاسخ خوبی به درمان داده‌اند نیز مشاهده شود. مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۴۹-۷۰٪ بیماران سرطانی سطوح قابل توجهی از این ترس را تجربه می‌کنند که در برخی موارد منجر به رفتارهای اجتنابی مانند عدم پیگیری معاینات دوره‌ای می‌شود (Ghaderi, 2018). این وضعیت نه تنها بر روند درمان تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه می‌تواند باعث تشدید علائم اضطرابی و کاهش کیفیت زندگی گردد (Kvillemo & Branstrom, 2014).

از سوی دیگر، اضطراب مرگ به عنوان ترس پایدار و ناتوان‌کننده از فرآیند مردن و نیستی، یکی دیگر از مسائل شایع در بیماران سرطانی است (Neel et al., 2015). برخلاف جمعیت عمومی که ممکن است گاه‌گاه به مرگ فکر کنند، بیماران سرطانی به دلیل مواجهه مستقیم با احتمال نزدیک مرگ، اغلب با سطوح بالایی از این اضطراب دست و پنجه نرم می‌کنند (Gómes et al., 2024; Izadi et al., 2024). تحقیقات نشان داده‌اند که اضطراب مرگ با افسردگی، کاهش امید به زندگی و اختلال در روابط بین فردی مرتبط

برای معنا، هدف و ارتباط با چیزی بزرگتر از خود فرد می‌شود (Breitbart et al., 2012; Breitbart et al., 2020).

در بیماران سرطانی، معنویت درمانی می‌تواند به کاهش اضطراب مرگ از طریق تقویت حس معنا و هدفمندی زندگی کمک کند. این روش به بیماران اجازه می‌دهد تا بیماری را در چارچوب گسترده‌تری از تجربه انسانی ببینند و به جای تمرکز صرف بر ترس از مرگ، بر کیفیت زندگی باقی‌مانده تمرکز کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که مداخلات معنوی می‌توانند به بیماران در پذیرش شرایط، کاهش پریشانی روانی و افزایش رضایت از زندگی کمک کنند (Breitbart et al., 2012; Breitbart et al., 2020; Breitbart et al., 2015).

با توجه به افزایش شیوع سرطان در جهان و تأثیرات عمیق روانشناختی آن، یافتن مؤثرترین روش‌های روان درمانی برای کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ یک ضرورت بالینی محسوب می‌شود. اگرچه اثربخشی هر یک از این دو مداخله به طور جداگانه بررسی شده است، مطالعات مقایسه‌ای مستقیم میان آن‌ها، به ویژه در زمینه ترس از عود و اضطراب مرگ، بسیار محدود یا نادر هستند. این خلأ پژوهشی، مبنای اصلی طراحی پژوهش حاضر است. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی در کاهش این علائم طراحی شده است.

روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و معنویت‌درمانی بر کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان ساکن تهران در سال ۱۴۰۳ می‌باشد. نمونه‌گیری به روش در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی معتبر تهران مانند بیمارستان

امام خمینی، بیمارستان میلاد و بیمارستان جم انجام شد. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده شد و با در نظر گرفتن خطای ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه (در مجموع ۴۵ نفر) محاسبه شد. بیماران پس از غربالگری اولیه به‌طور تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) اختصاص یافتند.

ملاک‌های ورود

(۱) **تشخیص قطعی سرطان:** بیماران باید تشخیص قطعی سرطان از سوی پزشک متخصص در مراحل مختلف بیماری را داشته باشند. این تشخیص باید به‌صورت مستند و تایید شده از مراکز درمانی معتبر باشد.

(۲) **سن بین ۲۰ تا ۶۵ سال:** بیماران باید در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۵ سال قرار داشته باشند. این محدودیت سنی به‌منظور همسان‌سازی نتایج در یک بازه سنی مشخص است که روندهای روانشناختی و جسمی مشابه‌تری را نشان دهد.

(۳) **حداقل سواد خواندن و نوشتن:** بیماران باید حداقل توانایی خواندن و نوشتن را داشته باشند تا بتوانند پرسشنامه‌ها و محتوای درمانی را به‌طور مؤثر درک و پاسخ دهند.

(۴) **عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی شدید:** بیمارانی که به اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اختلالات دوقطبی، اسکیزوفرنی و یا سایر اختلالات روانی نیازمند مداخلات پزشکی فوری یا پیچیده هستند، از مطالعه کنار گذاشته می‌شوند.

(۵) **تمایل به شرکت در پژوهش:** بیماران باید تمایل آگاهانه و رضایت‌مندانه برای شرکت در پژوهش را نشان دهند. این رضایت باید به‌صورت کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شود.

ملاک‌های خروج

FCRI دارای ۷ خرده‌مقیاس است که شامل نگرانی در مورد بازگشت بیماری، رفتارهای اجتنابی، اضطراب و نگرانی درباره فرآیند درمان است. اعتبار این ابزار در پژوهش‌های مختلف بین ۰.۷۸ تا ۰.۹۲ گزارش شده است. در ایران نیز اعتبار و روایی این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است و مطالعاتی مانند مطالعات قادری در این زمینه اعتبار این ابزار را در میان بیماران ایرانی تأیید کرده‌اند (Ghaderi, 2018).

پرسشنامه اضطراب مرگ (DAS): این مقیاس ۱۵ سؤال که توسط تمپلر در سال ۱۹۷۰ طراحی شده است (۳۳)، به‌طور گسترده برای اندازه‌گیری اضطراب مرگ در بیماران و جمعیت عمومی استفاده می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف ایرانی تأیید شده است. پایایی این پرسشنامه ۰.۸۳ گزارش شده و در مطالعاتی در ایران اعتبار مناسبی نشان داده است (Sharif Nia et al., 2017; Shojaei, 2020).

پس از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، پیش‌آزمون برای تمام گروه‌ها اجرا شد. جلسات درمانی به‌صورت هفتگی در کلینیک‌های تخصصی روان‌درمانی تهران برگزار شد. تمامی جلسات تحت نظارت پژوهشگر اصلی و توسط درمانگران آموزش‌دیده با حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی برگزار گردید. پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان مداخلات درمانی و پیگیری ۳ ماهه انجام گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA)، آزمون t مستقل و تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های نرمالیتی، همگنی واریانس‌ها و خطی بودن رابطه برای تمامی متغیرها بررسی شدند.

یافته‌ها

(۱) **عدم توانایی در شرکت در جلسات درمانی:** اگر بیمار نتواند در حداقل ۲ جلسه از جلسات درمانی شرکت کند، از مطالعه خارج می‌شود. این معیار به‌منظور تضمین مشارکت مؤثر در روند درمان است.

(۲) **تغییر در وضعیت بالینی بیماری:** اگر بیمار به‌طور قابل‌توجهی وضعیت بالینی‌اش تغییر کند (مثلاً انتقال به مرحله پیشرفته سرطان یا بروز مشکلات جدی پزشکی دیگر)، از مطالعه خارج می‌شود.

(۳) **مراجعه به سایر روش‌های درمانی روانشناختی هم‌زمان:** اگر بیمار به‌طور هم‌زمان از درمان‌های روانشناختی دیگر مانند درمان دارویی یا درمان‌های روان‌پزشکی مختلف استفاده کند که با پروتکل‌های درمانی پژوهش در تضاد باشد، از مطالعه حذف می‌شود.

(۴) **مشکلات جسمی یا روانی که توانایی شرکت در آزمون‌ها را محدود کند:** اگر بیمار دچار مشکلات جسمی یا روانی شود که توانایی کامل در پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها و ارزیابی‌های روانی را محدود کند، از مطالعه خارج خواهد شد.

(۵) **عدم تکمیل پرسشنامه‌ها یا داده‌های نادرست:** اگر بیمار به‌طور غیرمجاز یا نادرست پرسشنامه‌ها را تکمیل کند و نتایج ارزیابی‌ها معتبر نباشد، از مطالعه کنار گذاشته خواهد شد.

(۶) **عدم تمایل به ادامه مشارکت در پژوهش:** اگر در طول مطالعه، بیمار از ادامه مشارکت در پژوهش خودداری کند یا رضایت خود را پس بگیرد، از مطالعه خارج خواهد شد.

پرسشنامه ترس از عود سرطان (FCRI): این پرسشنامه ۴۲ سؤال است که توسط سیمارد و ساوارد در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است (۳۱). این ابزار برای اندازه‌گیری شدت ترس از عود سرطان در بیماران سرطانی کاربرد دارد.

بر اساس آزمون‌های آماری، تفاوت معناداری بین گروه‌ها از لحاظ شاخص‌های جمعیت‌شناختی وجود نداشت. این همگنی اولیه، پیش‌فرض‌های تحلیل‌های بعدی را تقویت می‌کند.

جدول ۱. توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	طرحواره درمانی	معنویت درمانی	کنترل	آزمون آماری (p-value)
میانگین سن (سال)	۴۸.۲ ± ۹.۳	۴۹.۱ ± ۸.۷	۴۷.۸ ± ۱۰.۱	۰.۷۱۲ (ANOVA)
جنسیت (زن/مرد)	۹ / ۶	۱۰ / ۵	۱۱ / ۴	۰.۵۳۴ (χ^2)
وضعیت تأهل (متاهل/مجرد)	۱۲ / ۳	۱۱ / ۴	۱۲ / ۳	۰.۶۸۲ (χ^2)
سطح تحصیلات (دیپلم/لیسانس/فوق‌لیسانس)	۶ / ۷ / ۲	۵ / ۸ / ۲	۶ / ۷ / ۲	۰.۸۴۵ (χ^2)
نوع سرطان (پستان/گوارشی/خون/سایر)	۵ / ۴ / ۳ / ۳	۶ / ۳ / ۳ / ۳	۴ / ۵ / ۲ / ۴	۰.۷۲۳ (χ^2)

بر اساس نتایج به دست آمده هر دو روش درمانی کاهش معناداری در ترس از عود ایجاد کردند، اما طرحواره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به معنویت درمانی داشت ($p < ۰.۰۵$).

جدول ۲. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر ترس از عود سرطان

مرحله اندازه‌گیری	طرحواره درمانی (n=۱۵)	معنویت درمانی (n=۱۵)	کنترل (n=۱۵)	p-value
پیش‌آزمون	۳۸.۵ ± ۶.۲	۳۷.۹ ± ۵.۸	۳۹.۱ ± ۶.۵	۰.۶۲۱
پس‌آزمون	۲۴.۳ ± ۴.۱	۲۸.۷ ± ۴.۵	۳۸.۶ ± ۶.۴	۰.۰۰۱
پیگیری ۳ ماهه	۲۶.۸ ± ۴.۷	۳۰.۲ ± ۴.۹	۳۹.۰ ± ۶.۳	۰.۰۰۱
تغییرات درون‌گروهی (p)	۰.۰۰۰۱	۰.۰۰۰۱	۰.۸۷۴	-

نتایج نشان داد هر دو روش در کاهش اضطراب مرگ مؤثر بودند، اما معنویت درمانی تأثیر بیشتری نسبت به طرحواره درمانی نشان داد ($p < ۰.۰۵$). تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر تعاملی روش درمانی و زمان بر ترس از عود ($F = ۲۴.۷, p = ۰.۰۰۱$) و اضطراب مرگ ($F = ۱۹.۳, p = ۰.۰۰۱$) معنادار است. همچنین، برای ترس از عود، اندازه اثر طرحواره درمانی ($\eta^2 = ۰.۶۲$) و معنویت درمانی ($\eta^2 = ۰.۵۴$) بود. در نهایت، برای اضطراب مرگ، اندازه اثر طرحواره درمانی ($\eta^2 = ۰.۵۸$) و معنویت درمانی ($\eta^2 = ۰.۶۷$) محاسبه شد. بنابراین طرحواره درمانی در کاهش ترس از عود مؤثرتر بود و معنویت درمانی در کاهش اضطراب مرگ برتری داشت. همچنین هر دو روش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند ($p < ۰.۰۱$).

جدول ۳. مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و معنویت درمانی بر اضطراب مرگ

مرحله اندازه گیری	طرحواره درمانی (n=۱۵)	معنویت درمانی (n=۱۵)	کنترل (n=۱۵)	p-value
پیش آزمون	9.4 ± 2.1	9.7 ± 1.9	9.2 ± 2.3	۰.۴۸۵
پس آزمون	5.1 ± 1.3	4.8 ± 1.1	9.1 ± 2.2	۰.۰۰۱
پیگیری ۳ ماهه	5.9 ± 1.5	5.2 ± 1.4	9.3 ± 2.1	۰.۰۰۱
تغییرات درون گروهی (p)	۰.۰۰۰۱	۰.۰۰۰۱	۰.۹۱۲	-

بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو رویکرد طرحواره درمانی فردی و معنویت درمانی گروهی در کاهش ترس از عود بیماری و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان بود. هرچند هر دو روش موجب کاهش معنادار این متغیرها شدند، اما نحوه و میزان اثربخشی آن‌ها متفاوت بود که نشان از تفاوت مکانیسم‌های زیرسطحی و هدف‌گذاری درمانی دارد.

طرحواره درمانی با تمرکز بر طرحواره‌های اولیه ناسازگار، از جمله «آسیب‌پذیری نسبت به آسیب یا بیماری»، «وابستگی/بی‌کفایتی»، و «شکست»، موجب کاهش تفکرات فاجعه‌ساز و نگرانی‌های مزمن درباره بازگشت بیماری شد. اصلاح این طرحواره‌ها از طریق فنونی چون بازسازی شناختی، تکنیک صندلی خالی، مواجهه ذهنی، و گفت‌وگوی درونی فعال، به بیماران کمک کرد تا رابطه‌ای واقع‌گرایانه‌تر با بیماری، روند درمان و آینده برقرار کنند. در واقع، این درمان ساختارهای زیربنایی شناختی را که موجب فعال‌سازی الگوهای اضطرابی در زمان یادآوری بیماری یا چکاپ‌های دوره‌ای می‌شود، تضعیف می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همخوانی دارد که نشان داده‌اند طرحواره درمانی در تنظیم هیجانات و تفسیر مجدد رویدادهای تهدیدآمیز مؤثر است (Eslami et al., 2021; Tauber et al., 2022).

معنویت درمانی، که بر اساس رویکرد معنامدار طراحی شده بود، از طریق تقویت حس هدف، ارزشمندی زندگی، پذیرش واقعیت‌های غیرقابل کنترل (مانند مرگ) و اتصال با منبعی فراتر از خود، منجر به کاهش قابل توجه

اضطراب مرگ شد. در این رویکرد، مرگ به جای تهدید، به عنوان بخشی از چرخه زیست انسانی معرفی می‌شود. تمرین‌هایی چون بازتاب شخصی، مراقبه معنوی، گفت‌وگو درباره ارزش‌های متعالی، و نوشتار درمانی درباره معنای رنج، به بیماران کمک کرد تا رنج بیماری را به تجربه‌ای معنادار تبدیل کنند. این فرآیند با یافته‌های بریت بارت و همکاران (۲۰۲۰) و پارک و همکاران (۲۰۲۱) همخوانی دارد که نشان می‌دهند احساس «صلح معنوی» می‌تواند اضطراب وجودی را به شدت کاهش دهد و حتی پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی و بقا باشد (Breitbart et al., 2020; Park et al., 2021).

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو مداخله طرحواره درمانی و معنویت درمانی در کاهش مؤلفه‌های روان‌شناختی مرتبط با سرطان مؤثر بودند؛ با این حال، تفاوت‌هایی معنادار در سازوکارها، دامنه اثرگذاری و نوع تغییرات ایجادشده در بیماران وجود داشت که شناخت این تفاوت‌ها برای انتخاب مداخلات بهینه از اهمیت بالایی برخوردار است. طرحواره درمانی به طور خاص بر اصلاح الگوهای بنیادین و ناهشیار فکری متمرکز است که در دوران کودکی و تجربه‌های زیسته اولیه شکل گرفته‌اند و در موقعیت‌های تهدیدزا مانند تشخیص سرطان، فعال می‌شوند. این درمان با تمرکز بر طرحواره‌هایی مانند «آسیب‌پذیری نسبت به آسیب» یا «بی‌اعتمادی»، سعی دارد با بازسازی شناختی و تجربه‌های اصلاحی هیجانی، دیدگاه بیمار را نسبت به بیماری، درمان و آینده تغییر دهد. بنابراین، تأثیر این مداخله بیشتر در کاهش ترس از عود بیماری دیده می‌شود، چرا که این ترس عمدتاً ناشی از افکار فاجعه‌ساز،

- باورهای ناکارآمد و ذهنیت منفی نسبت به کنترل آینده است. در مقابل، معنویت درمانی رویکردی معنا محور و وجودی دارد که نه صرفاً بر افکار، بلکه بر تجربه زیسته فرد از رنج، مرگ، و معنای زندگی تمرکز می‌کند. این رویکرد از طریق تقویت حس اتصال به امر متعالی، کشف معنا در رنج بیماری، و پذیرش ابعاد غیرقابل کنترل زندگی (مانند مرگ) عمل می‌کند. در نتیجه، معنویت درمانی به طور خاص در کاهش اضطراب مرگ مؤثرتر عمل کرده است؛ زیرا اضطراب مرگ غالباً ریشه در بحران‌های معنایی، ناپایداری هویت وجودی، و ناتوانی در معنا دادن به پایان زندگی دارد.
- از منظر بالینی، تفاوت در هدف‌گذاری درمانی نیز مشهود است: طرحواره درمانی با ساختاری فردمحور و شناخت‌محور طراحی شده و از ابزارهایی مانند گفت‌وگوی درونی، تکنیک صندلی خالی و یادداشت‌نگاری استفاده می‌کند؛ در حالی که معنویت درمانی غالباً در قالب گروهی اجرا می‌شود و از تجربه‌های جمعی، بازتاب وجودی، مراقبه معنوی، و گفت‌وگو درباره معنای زندگی و مرگ بهره می‌گیرد. در نهایت، این تفاوت‌ها حاکی از آن است که انتخاب مداخله باید بر اساس نیاز فردی بیمار انجام گیرد. برای بیمارانی که با نشخوار ذهنی، افکار مزاحم و نگرانی‌های مستمر درباره آینده بیماری درگیرند، طرحواره درمانی گزینه‌ای مناسب‌تر است؛ در حالی که بیماران در مراحل پایانی بیماری یا آن‌هایی که با بحران‌های معنایی مواجه‌اند، از مداخلات معنا محور سود بیشتری می‌برند. همچنین، پژوهش‌های اخیر پیشنهاد می‌دهند که ترکیب این دو رویکرد در قالب یک مداخله تلفیقی می‌تواند به ایجاد تغییرات عمیق‌تر و پایداری در بیماران منجر شود. یافته‌ها از نظریه‌ی درمان‌های تلفیقی حمایت می‌کنند. مطابق پیشنهاد واز و همکاران (۲۰۲۳)، ترکیب درمان‌های شناختی و معنوی می‌تواند برای بیماران سرطانی که با اضطراب چندوجهی مواجه‌اند، مؤثرتر باشد (Vos et al., 2023).
- با وجود نتایج ارزشمند حاصل از این پژوهش، برخی محدودیت‌ها وجود دارد که باید در تفسیر یافته‌ها مدنظر قرار گیرد:
- (۱) با توجه به تعداد شرکت‌کنندگان (۱۵ نفر در هر گروه درمانی و کنترل)، تعمیم‌پذیری نتایج به جمعیت بزرگ‌تر بیماران سرطانی با احتیاط صورت می‌گیرد. به‌ویژه آنکه نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شده است.
 - (۲) شرکت‌کنندگان شامل مبتلایان به انواع مختلف سرطان (پستان، گوارشی، خون و...) بودند که ممکن است تجربه‌های روان‌شناختی متفاوتی داشته باشند. این موضوع می‌تواند بر واکنش آن‌ها به مداخلات درمانی تأثیرگذار باشد و کنترل آن در طراحی آینده‌پژوهی‌ها اهمیت دارد.
 - (۳) برخی شرکت‌کنندگان ممکن است در طول پژوهش از مشاوره‌های دیگر یا داروهای آرام‌بخش استفاده کرده باشند که می‌تواند نتایج درمانی را تحت تأثیر قرار دهد.
 - (۴) داده‌های جمع‌آوری شده مبتنی بر پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بود که ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به پاسخ‌های اجتماعی‌پسند یا ضعف در خودآگاهی هیجانی شرکت‌کنندگان قرار گرفته باشد.
 - (۵) پیگیری نتایج تنها در بازه سه‌ماهه پس از درمان انجام شد. امکان برگشت‌پذیری علائم یا پایداری بلندمدت اثر مداخلات بررسی نشده است.
 - (۶) عواملی مانند سطح مذهبی بودن، سبک مقابله‌ای، تجارب گذشته از بیماری یا حمایت اجتماعی بررسی نشد، در حالی‌که این متغیرها می‌توانند بر اثربخشی مداخلات تأثیرگذار باشند.

تعارض منافع

- Jim, H. S., Richardson, S. A., & Golden-Kreutz, D. M. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychol*, 25(6), 753-761. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.6.753>
- Kvillemo, P., & Branstrom, R. (2014). Coping with breast cancer: a meta-analysis. *PLoS One*, 9(11), e112733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112733>
- Lebel, S., Ozakinci, G., & Humphris, G. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*, 24(8), 3265-3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Neel, C., Lo, C., & Rydall, A. (2015). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care*, 5(4), 373-380. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000793>
- Park, C. L., Wortmann, J. H., & Edmondson, D. (2021). Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. *Health Psychol*, 40(3), 179-187. <https://doi.org/10.1037/hea0001057>
- Renner, F., van Goor, M., & Huibers, M. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behav Res Ther*, 51(8), 487-492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.003>
- Sharif Nia, H., Pahlevan Sharif, S., & Goudarzian, A. H. (2017). The relationship between spirituality and death anxiety in Iranian veterans with post-traumatic stress disorder. *Ann Psychiatry Clin Neurosci*, 1(1), 1002.
- Shojaee, F. (2020). Investigation of validity and reliability of Death Anxiety Scale in Iranian cancer patients. *Iran J Clin Psychol*, 27(4), 55-61. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00954-3>
- Siegel, R. L., Miller, K. D., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*, 73(1), 7-33. <https://doi.org/10.3322/caac.21763>
- Simard, S., Thewes, B., & Humphris, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv*, 7(3), 300-322. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0272-z>
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., & Dinkel, A. (2022). Cognitive-behavioral therapy for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *Psychooncology*, 31(3), 365-378. <https://doi.org/10.1002/pon.5813>
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology*, 19(6), 565-572. <https://doi.org/10.1002/pon.1626>
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2023). Integrative existential therapy for cancer patients: Combining cognitive and spiritual approaches. *J Psychosoc Oncol*, 41(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/07347332.2022.2124567>
- Zarei, B., & Esmailzadeh, F. (2024). The effectiveness of emotion-focused therapy on death anxiety and resilience in the elderly. *Psychology of Aging*, 10(2), 243-262.

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری است. در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش به حاضر یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

- Breitbart, W., Poppito, S., & Rosenfeld, B. (2012). Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*, 30(12), 1304-1309. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.36.2517>
- Breitbart, W., Poppito, S. R., & Rosenfeld, B. (2020). Meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol*, 38(15), 1627-1635. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.02308>
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., & Pessin, H. (2015). Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*, 33(7), 749-754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2197>
- Eslami, A., Kalantari, M., & Molavi, H. (2021). Schema therapy for chronic psychological problems: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 84, 101956. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101956>
- Ghaderi, M. (2018). Evaluation of validity and reliability of the Fear of Cancer Recurrence Inventory in Iranian cancer patients. *Iran J Clin Psychol*, 24(2), 137-145. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9923-6>
- Gómes, A., Al-Dossary, S. A., Sousa, C., & Gonçalves, G. (2024). Flourishing, Cinematic Self, and Sense of Self as Predictors of Death Anxiety: A Gender-Invariant Model. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228241307256>
- Izadi, M., Bashardoust, S., & Mojtabaei, M. (2024). Structural model of predicting death anxiety based on meaning in life with the mediation of self-compassion in middle-aged employees of Islamic Azad University, Science and Research Branch. *Journal of Health Promotion Management*, 13(5), 81-92.