



## مقایسه اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت ورزی بر هراس از مرگ در پایان دوره درمان و پیگیری در سوءصرف کنندگان مواد

شهرین رضایی شهری: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تکابن، ایران

ID شهناام ابوالقاسمی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تکابن، ایران (\* نویسنده مسئول) sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

فاطمه اصلاحی فرشمنی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

واقعیت درمانی،  
شفقت ورزی،  
هراس از مرگ،  
اعتیاد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۱۴  
تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱۰/۱۲

**زمینه و هدف:** در افراد سوءصرف کننده مواد، سطح هراس از مرگ تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ از این رو استفاده از روش‌های درمانی برای هراس از مرگ در معنادان ضروری است. حال با توجه اهمیت موضوع و شیوع اعتیاد در جامعه، هدف مطالعه مقایسه اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت ورزی بر هراس از مرگ در معنادان بود.

**روش کار:** جامعه آماری این پژوهش نیمه آزمایشی شامل کلیه معنادان مراجعه کننده به شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلزار بود که در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ به کلینیک‌های این شهرستان چهت ترک اعتیاد مراجعه داشتند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۵ نفر گروه واقعیت درمانی، ۱۵ نفر گروه شفقت ورزی، ۱۵ نفر گروه کنترل (بوزار پژوهش، پرسشنامه هراس از مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و پروتکل‌های درمانی واقعیت درمانی گلاسر (۲۰۱۰) (هر جلسه شصت دقیقه) و درمان شفقت ورزی گیلبرت (۲۰۱۴) (هر جلسه نود دقیقه) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس اندازه مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** نشان می‌دهد که بطور متوسط میزان متغیر اضطراب مرگ در دو گروه مداخله درمانی (واقعیت درمانی و خودشفقت ورزی) نسبت به گروه کنترل در پس آزمون کاهش یافت. در آزمون پیگیری میزان اضطراب مرگ در دو گروه مداخله آموزشی نسبت به پس آزمون اندکی افزایش یافته و در گروه کنترل اندکی کاهش یافته است. از طرفی م شخص شد که واقعیت درمانی نسبت به شفقت ورزی مؤثرتر بود.

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی می‌توان بیان داشت که با استفاده از شیوه درمانی واقعیت درمانی و شفقت ورزی می‌توان هراس از مرگ را در سو مصرف کنندگان مواد را بهبود بخشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Rezaei Shahri S, Abolghasemi S, Eslahi farshami F. Comparing the Effectiveness of Two Approaches Reality Therapy and Compassion Therapy on the Fear of Death at the End of the Treatment and Follow-Up Period in Drug Abusers. Razi J Med Sci. 2023;29(10):392-402.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

## Comparing the Effectiveness of Two Approaches Reality Therapy and Compassion Therapy on the Fear of Death at the End of the Treatment and Follow-Up Period in Drug Abusers

**Shahin Rezaei Shahri:** PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

**Shahnam Abolghasemi:** Associate Prof. in Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonkabon, Iran (\* Corresponding Author) sh.abolghasemi@toniau.ac.ir

**Fatemeh Eslahi farshami:** Assistant Professor, Department of Psychology, Chalus Branch, Islamic Azad University, Chalus, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** Today, there are few countries in the world where the most important and one of the major problems is not the issue of drugs and addiction. The World Health Organization has considered the issue of drugs, including production, transfer, distribution, and consumption, along with three other global issues, namely, the accumulation of weapons of mass destruction, environmental pollution, poverty, and class divisions among the basic issues that affect human life in social dimensions. , economic, cultural, and political threats and challenges in the global arena. Drug addiction is a neurological-psychiatric disorder that is associated with unpleasant habits and a strong desire to consume among its users, and over the years, it has caused many sufferings and tragedies due to the emergence of health problems for its abusers. Substance abuse disorder can make many substance-dependent patients suffer from psychological conditions such as stress, anxiety, and depression. Among the many psychological problems that arise in these people, we can mention a lack of attachment to life, depression, and despair, etc. Also, one of the essential components in addicts and even in depressed patients is problems related to mental health. Among the important factors affecting mental health is the category of death. Facing death and anxiety caused by it is considered as one of the most important components of people's mental health. Death anxiety means constant, abnormal, and morbid fear of death or dying. According to the definition of the British National Health Service, death anxiety is a kind of feeling of panic, fear, or worry when thinking about the process of dying or disconnecting from the world or what happens after death. Considering the importance of addiction disease and its complications, many methods are used to treat it, which can be referred to as self-compassion and reality therapy. Reality therapy is a strategic approach to behavior change; therefore, to explain it, we must first describe the selection theory. In psychology, various approaches such as behavioral therapy, cognitive therapy, psychoanalysis, etc. Therapeutic reality is an approach like other psychological approaches to change the behavior of mental patients in the first place and then to help change the behavior of clients in the process of self-development. Self-compassion training is one of the new interventions in the field of therapy that can increase a person's social support by applying kindness to oneself and others and improving social adjustment. In addition, this approach is effective on people's stress and psychological health. This approach can lead to improvement of distress tolerance and reduction of psychological distress of people. Self-compassion includes three components: self-love vs. self-judgment, human commonality vs. isolation, and mindfulness vs. extreme assimilation. The combination of these three components characterizes a person who has self-compassion. Therefore, it is necessary to

### Keywords

Reality Therapy,

Compassion,

Fear of Death,

Addiction

Received: 05/11/2022

Published: 02/01/2023

use treatment methods for the fear of death in addicts. Now, according to what was said and also the importance of the subject, in this research we intend to investigate the effectiveness of two approaches reality therapy and compassion therapy on the fear of death in drug addicts and compare the effects of these two record therapies. Therefore, the main question of the research is: Is there a significant difference between the effectiveness of the two approaches of reality therapy and self-compassion on the fear of death in drug addicts and the two-month follow-up of the treatment?

**Methods:** The statistical population of this semi-experimental study included all addicts who were referred to six addiction treatment clinics in Galougah city in 1400-1401. The sample of the present study included 45 people (15 people in the reality therapy group, 15 people in the compassion group, and 15 people in the control group). The research tools were Templer's fear of death questionnaire (1970) and Glaser's (2010) reality therapy protocols (60 minutes each session) and Gilbert's (2014) compassion therapy (90 minutes each session). Repeated measure variance analysis was used to analyze the data.

**Results:** It shows that, on average, the death anxiety variable in the two therapeutic intervention groups (reality therapy and self-compassion) decreased compared to the control group in the post-test. In the follow-up test, the level of death anxiety in the two educational intervention groups increased slightly compared to the post-test and decreased slightly in the control group. On the other hand, it was found that reality therapy was more effective than compassion.

**Conclusion:** In general, it can be said that the fear of death in drug users can be improved by using reality therapy and compassion. In the current research, there were some limitations as follows: the available research sample cannot represent all addicts. The results of the present study can be generalized to the third group of drug users with demographic characteristics related to this research, and caution should be observed if the results are generalized to other women suffering from other types of addiction. In this research, it was not possible to control some variables such as family problems. Also, several questionnaires were completed at home, and the existing conditions may affect the way of answering. Considering the effectiveness of the two approaches of reality therapy and compassion therapy, it is suggested that these two approaches be used by therapists during the treatment and withdrawal of addiction so that the patients have more spirit in dealing with the withdrawal of the disease. Considering the effectiveness of these two psychotherapy approaches on mental disorders caused by addiction, it is suggested that therapists and mental health professionals, by holding reality therapy and compassion therapy, should take steps to change the level of mental health and follow-up treatment so that basic steps can be taken in to improve the process of leaving this disease and speeding up the recovery process of patients, it was harvested.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

**Cite this article as:**

Rezaei Shahri S, Abolghasemi S, Eslahi farshami F. Comparing the Effectiveness of Two Approaches Reality Therapy and Compassion Therapy on the Fear of Death at the End of the Treatment and Follow-Up Period in Drug Abusers. Razi J Med Sci. 2023;29(10):392-402.

\*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

## سرمایه‌های ملی را به شدت مورد تهدید قرار می‌دهد

یکی از مؤلفه‌های مهم در افراد معتاد و نیز حتی در بیماران افسرد، مشاهده می‌شود، مشکلات مرتبط با سلامت روان است. از جمله عوامل مهم تأثیرگذار بر سلامت روان، مقوله مرگ است. مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های سلامت روانی افراد به شمار می‌رود (۷). اضطراب مرگ به معنی ترس مداوم، غیرطبیعی و مرضی از مرگ یا مردن است. طبق تعریف سازمان خدمات بهداشت ملی بریتانیا اضطراب مرگ عبارت است از: نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد هنگام فکر کردن در مورد فرایند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد (۸). اضطراب مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن افراد مهم زندگی است. اگر چه مرگ واقعیتی مردن افراد مهم زندگی است و احساسات درباره فرایند مرگ و مردن در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه ریشه دارد، اندیشیدن به مرگ ترستاک است و بیشتر افراد افسرده ترجیح می‌دهند به آن فکر کنند (۹). با توجه به اهمیت بیماری اعتیاد و عوارض آن، روش‌های بسیاری برای درمان آن به کار برده می‌شود که می‌توان به رویکرد خودشافقت ورزی و واقعیت درمانی اشاره کرد. واقعیت درمانی، رویکردی استراتژیک درمانی اشاره کرد. واقعیت رفتار از طریق اصول هستند. رفتار درمانی، به تغییر رفتار از طریق اصول یادگیری می‌پردازد و شناخت درمانی به تغییر رفتار فردی و بهبود وضعیت بهداشت روانی وی از منفی به مثبت با استفاده از اصول برگرفته از علوم و تئوری شناختی می‌پردازد (۱۰). واقعیت درمانی، نیز رویکردی همانند سایر رویکردهای روان‌شناسی، برای تغییر رفتار در وهله نخست بیماران روانی، و سپس در فرایند گسترش خود کمک به تغییر رفتار مراجعین می‌باشد (۱۱). واقعیت درمانی، مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به افراد، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های

## مقدمه

امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش، مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشtar جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (۱). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمی و روانی به هدر رفته است (۲). اعتیاد به مواد یک اختلال عصبی-روان‌پزشکی است که با عادت‌های ناخوشایند و میل شدید به مصرف در بین مصرف کنندگان آن همراه بوده و طی سالیان طولانی با بوجود آمدن مشکلات بهداشتی برای سوء مصرف کنندگان آن باعث بوجود آمدن رنج‌ها و مصیبت‌های زیادی گردیده است (۳). اختلال سوء مصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند (۴). پرخاشگری عصبی، نوسانات شدید خلقی، تحریک‌پذیری بالا، رفتارهای مانیک‌گونه، مشکوک و مخاطره‌آمیز، رفتارهای پر خطر از جمله پرخاشگری به خود و اطرافیان، برخی از عوارض‌های روان‌شناختی اعتیاد می‌باشد که در فرد مصرف کننده مواد به مرور زمان رخ می‌دهد (۵). در این بیماری اهمیت در مان‌ها روان‌شناختی و روش‌های مقابله‌ای (پیشگیری) از اصول اساسی به حساب می‌آید. سالیان متمادی است که بشر به شیوه‌های مختلف مواد مخدر را به امر کاستن از آلام خویش و یا تغییردادن حالات هشیاری خود مورد استفاده قرار داده است. در واقع امروزه وابستگی به مواد مخدر و سوء مصرف آن به صورت یک معضل شخصی، اجتماعی و بهداشتی در آمده است که در کشورهای مختلف منابع انسانی و

بيان شد و نیز اهمیت موضوع، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و شفقت ورزی بر هراس از مرگ در معتادان می باشد و اثرات این دو رویکرد درمانی مورد مقایسه قرار داده می شود. از این رو سؤال اصلی پژوهش این است که: آیا بین اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و خودشفقت ورزی بر هراس از مرگ در معتادان و پیگیری دو ما هه در مان تفاوت معناداری وجود دارد؟

## روش کار

تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.Dubai.REC.1399.017 به تصویب رسید. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه معتادان مراجعه کننده به شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلوبگاه بود که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به کلینیک های شهرستان گلوبگاه جهت ترک اعتیاد مراجعه داشتند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی واقعیت درمانی، ۱۵ نفر گروه شفقت ورزی، ۱۵ نفر گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه گیری خوش های استفاده شد زیرا از بین افراد معتادی که به مراکز ترک اعتیاد (شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلوبگاه) مراجعه داشتند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند که این افراد از لحاظ وضعیت و سطح هراس از مرگ در سطح مطلوبی نبودند و غربالگری شدند و مجدداً بصورت تصادفی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند.

ملاک های ورود برای گروه آزمایش شامل حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل اعتیاد به موارد مخدراز جمله تریاک، عدم سابقه دریافت مداخله روان شناختی و روان پزشکی طی یک سال گذشته، عدم داشتن سابقه ترک اعتیاد. برخوردار نبودن از سطح مطلوب هراس از مرگ بود. ملاک های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش شامل عدم حضور در جلسات مداخله درمانی بیش از دو جلسه، تحت درمان بودن به علت اختلالات روان پزشکی، ابتلا به بیماری های روان تنی دیگر و عدم

مخرب به سازنده، و از همه مهم تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود؛ همچنان که سایر رویکردهای روان شناختی نیز از روش های مخصوص بخود به ایجاد تغییر رفتار مراجعین می پردازند (۱۲). اساس واقعیت درمانی بر این اصل که انسان ها همواره رفتار خود را انتخاب می کنند، استوار است. هر نوع رفتاری که از فرد سر می زند، انتخاب شده است و هر رفتار برای کاهش سطح ناکامی یا ارضای نیاز خاصی انجام می گیرد. اگرچه ممکن است این رفتار ناکارآمد باشد، اما به این علت که فرد راه بهتری برای کاهش ناکامی خود در آن لحظه نمی شناسد، به رفتار خود ادامه می دهد (۱۳).

آموزش خودشفقتی یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که می تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، حمایت اجتماعی فرد را افزایش داده و سبب بهبود سازگاری اجتماعی شود (۱۴). علاوه بر این این رویکرد بر تنیدگی و سلامت روان شناختی افراد مؤثر است (۱۵). این رویکرد می تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد شود (۱۶). خودشفقت ورزی شامل سه مؤلفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، ذهن اگاهی در مقابل همسان سازی افراطی است. ترکیب این سه مؤلفه، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (۱۷).

یافته های پژوهش یو (Yu) و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد درمان گروهی مبتنی واقعیت درمانی در برابر اعتیاد در افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (۱۸). نتایج بدست آمده از تحلیل داده ها در پژوهش هان (Han) و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که به دنبال ارائه درمان شفقت ورزی، اثرات مثبت معنی داری را بر میزان بهزیستی روان شناختی و هراس از مرگ در افراد مبتلا به اعتیاد بر جا گذاشته است (۱۹). نتایج مطالعه کاپریلی (Caprilli) و همکاران (۲۰۰۷) بر روی زنان معتاد نشان داد درمان واقعیت درمانی با کمک درمانگر بر کیفیت زندگی افراد و اختلالات روانی مانند افسردگی مؤثر است (۱۶). بنابراین استفاده از روش های درمانی برای هراس از مرگ در معتادان ضروری است. حال با توجه به آنچه

### جدول ۱ - محتوای جلسات واقعیت درمانی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوا
اول	معرفی اعضا و تعداد جلسات، تعهد کتبی جهت رازداری و ایجاد فضای امن و قابل اعتماد، هر یک از اعضا هدف خود را از شرکت در جلسات ارائه خواهند نمود.
دوم	ابزار خوشحالی توسط درمانگر به هدف برقراری ارتباط، توضیح تفاوت‌ها و شباهت‌های بین انسان‌ها و ارائه نیازهای اساسی انسان مطابق نظریه گلاسر، مقرر خواهد شد به عنوان تکلیف هر یک از اعضا فهرستی از نیازهای اصلی خود را تهیه خواهند کرد و برای پاسخگویی شیوه‌هایی را انتخاب خواهند نمود.
سوم	برداختن به تکلیف جلسه قبل؛ توضیح و تفسیر پیرامون مسئولیت‌پذیری، احساس کفایت و ارزشمندی، ایجاد احساس تعهد با هدف دستیابی اعضا به حس ارزشمندی و محبت واقعی؛ خواسته خواهد شد فهرستی از رفتارهایی را مشخص نمایند که به ارضی نیازهای اصلی آن‌ها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی کمک کند.
چهارم	بررسی جلسات قبل و پاسخ‌دهی به سوالات و اشکالات؛ طرح سوال باز برای وصل فعالیت معنی‌دار گذشته به رفتارهای زمان حال با هدف بیان تجربه موقوفیت در یکی از بخش‌های زندگی، یادآوری کارهای گذشته که احساس خوب و ارزشمندی در فرد ایجاد می‌کند، به عنوان تکلیف گفته خواهد شد یک رفتار اصلی را که بر اساس آن می‌خواهید در زندگی تغییر ایجاد کنید و مولفه‌های آن را مشخص نماید.
پنجم	بررسی تکالیف؛ بیان این سوال که به نظر اعضا رفتارشان تحت کنترل بیرونی یا درونی است؟ توضیحات پیرامون چگونگی کنترل رفتار؛ به عنوان تکلیف گفته خواهد شد فهرستی از رفتارهایی که تحت کنترل درونی و بیرونی است و راهکارهایی جهت کنترل رفتارها ارائه نمایند.
ششم	بررسی تکالیف؛ آگاهی از توانمندی‌ها؛ واقعیتی در مورد جهان اطراف؛ آموزش دنیای کیفی؛ قضاآور ارزشی اعضا در مورد رفتار کنونی.
هفتم	بررسی تکالیف؛ تقویت مسئولیت‌پذیری از طریق دستیابی به اهداف مشخص بدون ناکام کردن دیگران؛ مشخص نمودن اهداف؛ به عنوان تکلیف گفته خواهد شد اهداف خود را تعیین کنند و هدفی را که قبل از همه می‌خواهند به آن برست را مشخص نمایند.
هشتم	مروری کامل بر تمامی برنامه‌های اجرا شده و جمع‌بندی نهایی؛ اخذ پس آزمون.

پژوهش‌های مختلف در سطح جهان جهت سنجش اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است و در کشور ایران نیز ترجیمه، تحلیل عاملی و اعتباریابی شده است، به طور مثال رجبی و بحرانی در سال ۱۳۸۰ آن را روی ۱۳۷ دانشجو در شهر مورد بررسی قرار داده و همسانی درونی آن را ۷۳ درصد گزارش نمودند.

جلسات واقعیت درمانی در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هفت‌های یک جلسه به شرح زیر اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. این مداخله برگرفته از کتاب گلاسر (۲۰۱۰) بود (جدول ۱).

گروه آzman تحت مداخله درمانی مبتنی بر شفقت ورزی در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفت‌های یک جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله درمان مبتنی بر شفقت ورزی بر مبنای پروتکل ارائه شده توسط گیلبرت (۲۰۱۴) اجرا خواهد شد (جدول ۲).

داشتن رضایت در طی مسیر تحقیق و مداخله بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس هراس از مرگ تمپلر بود. مقیاس هراس مرگ تمپلر در سال ۱۹۷۰ تدوین شد و ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ بوده که بیشترین کاربرد را در نوع خود دارد. این مقیاس، پرسشنامه‌ای خود اجرایی متشکل از پانزده سوال بلی – خیر است و بر حسب جواب بلی یا خیر به آن نمره ۱ یا ۰ تعلق می‌گیرد (نمره ۱ در صورتی که پاسخ فرد نشان دهنده وجود اضطراب مرگ باشد و نمره ۰ در صورتی که پاسخ فرد نشان‌گر عدم وجود اضطراب مرگ باشد). امتیاز پرسشنامه از ۰ (عدم وجود اضطراب مرگ) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) که حد وسط مرگ (۱۵) تا ۱۵ (اضطراب مرگ خیلی بالا) که حد وسط آن (۱۵) نقطه برش در نظر گرفته شد. بیشتر از آن (۱۵) اضطراب مرگ بالا و کمتر از آن (۰ تا ۱۵) اضطراب مرگ پایین در نظر گرفته می‌شود. مقیاس سنجش اضطراب مرگ تمپلر یک پرسشنامه استاندارد بوده و در

## جدول ۲- محتوای جلسات شفقت ورزی به تفکیک جلسات

جلسه	محتوای جلسات
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف درمان شفقت ورزی، تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه های آن و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی
دوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنه و تنفس، آشنایی با سیستم های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنیال می کنند و تکالیف خانگی.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند، پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب گارانه و شرم، آموزش همدردی، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی ها به خودشانسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیر شفقت) با توجه به مباحث آموزشی، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی (پرورش ذهن مشقانه)، کاربرد تمرین ها نسبت به خود و دیگران، آموزش بخاشایش و تکالیف خانگی
پنجم	تمرین های پرورش ذهن مشقانه، مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش های مختلف و تکالیف خانگی
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین ایجاد تصاویر مشقانه، آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره و برای دیگران مانند همسر، فرزندان، والدین، دوستان، معلمان و آشنایان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی و تکالیف خانگی
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتان نامه های مشقانه برای خود و دیگران، آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
هشتم	آموزش و تمرین مهارت ها مرور و تمرین مهارت های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی ها تا بتوانند با روش های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در آخر، جمع بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره

واقعیت درمانی، گروه خودشفقت ورزی و گروه کنترل) اضطراب مرگ پس از مداخله آموزشی در جداول شماره ۳ سنجیده شد. این میانگین ها به ما می گویند که میانگین دو گروه آزمایش (مداخله آموزشی) در مقایسه با گروه کنترل در سطح بهتری قرار دارند. کمترین میانگین را در گروه مداخله واقعیت درمانی مشاهده می کنیم.

جدول شماره ۴ نتایج آزمون های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلای، لامبای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) را نشان می دهد. برای معنی داری و غیر معنی داری هر آزمون می توان به مقدار سطح معنی داری دقت نمود که اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. مقادیر مجدداتی Eta مربوط به متغیر وابسته (اضطراب مرگ) در سه گروه ۰/۲۴۹ است. قاعده کلی چنین است که اگر این مقدار بزرگتر از ۰/۱۴ باشد

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از شاخص های آماری و استنباطی به شرح زیر استفاده شد: در سطح آمار تو صیفی میانگین، انحراف معیار و جداول دموگرافیک برای متغیرها در سه گروه و در دو مرحله آزمایش و کنترل استفاده شد. در سطح آمار استنباطی به منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل ضمن رعایت پیش فرض های تحقیق شا مل نر مال بودن، همگنی واریانس ها و همگنی شبیه های رگرسیون، از تحلیل واریانس اندازه مکرر یک طرفه و بررسی تأثیر عضویت گروهی در مرحله پیگیری از آنوا استفاده شد.

### یافته ها

آماره توصیفی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آزمون متغیر مربوط به سه گروه پژوهش (گروه

**جدول ۳**- میانگین و انحراف معیار متغیر اضطراب مرگ در گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون پژوهش

گروه	مراحل آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	انحراف استاندارد	میانگین								
گروه واقعیت‌درمانی	۰/۶۰۴۴	۰/۰۶۴	۰/۳۸۶۷	۰/۱۵۹	۰/۴۶۶۷	۰/۰۱۳۵	۰/۴۹۳۳	۰/۱۲۳	۰/۰۴۹۳۳	۰/۱۱۷	۰/۵۲۸۹	۰/۱۴۷	۰/۵۹۵۶
گروه خودشفقت‌ورزی	۰/۵۶۴۴	۰/۱۳۳	۰/۴۳۱۱	۰/۱۲۳	۰/۰۴۹۳۳	۰/۰۱۱۷	۰/۵۸۶۷	۰/۱۲۶	۰/۰۵۲۸۹	۰/۱۴۷	۰/۰۶۴	۰/۰/۱۳۵	۰/۶۰۴۴
گروه کنترل	۰/۵۹۵۶	۰/۱۲۷	۰/۵۸۶۷	۰/۱۲۶	۰/۰۵۲۸۹	۰/۱۴۷	۰/۰۶۴	۰/۰۶۴	۰/۰۰۰	۰/۰۱۳۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

**جدول ۴**- نتایج آزمون‌های چند متغیره در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر اضطراب مرگ

آزمون	ارزش	F	اندازه	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطای معناداری	مربع اتای جزئی
اثر پیلای	۰/۵۱۶	۲۱/۸۷۵	۲۱/۸۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۰
لامبادی ویلکز	۰/۴۸۴	۲۱/۸۷۵	۲۱/۸۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱/۰۶۷	۲۱/۸۷۵	۲۱/۸۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱/۰۶۷	۲۱/۸۷۵	۲۱/۸۷۵	۲	۴۱	۰/۰۰۰
اثر پیلای	۰/۴۵۱	۶/۱۲۱	۶/۱۲۱	۴	۸۴	۰/۰۰۰
لامبادی ویلکز	۰/۵۶۴	۶/۷۹۸	۶/۷۹۸	۴	۸۲	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۰/۴۷۶	۷/۴۵۹	۷/۴۵۹	۴	۸۰	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۰۷	۱۴/۸۵۷	۱۴/۸۵۷	۲	۴۲	۰/۰۰۰

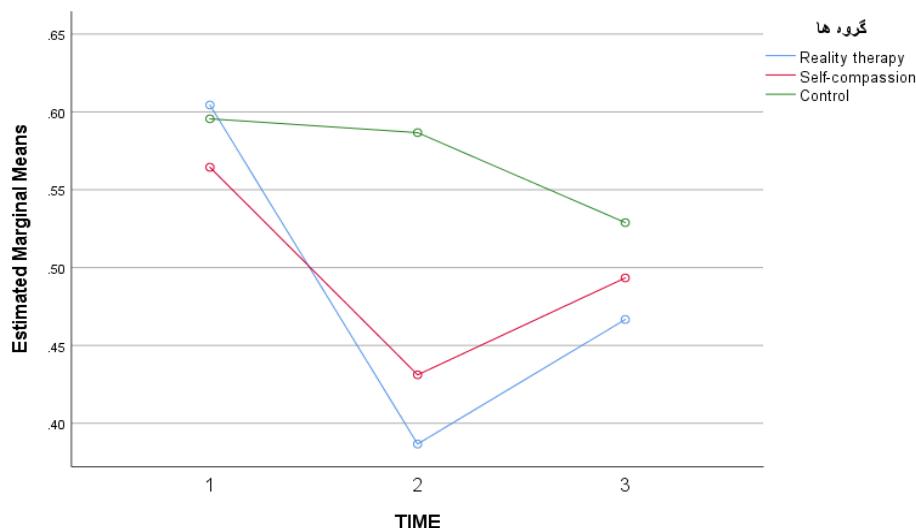
**جدول ۵**- نتایج آزمون‌های اثرات بین موضوعی متغیر اضطراب مرگ

منع	مجموع مربعات نوع III	درجه آزادی مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی
رهگیری	۳۶/۱۵۸	۱	۳۶/۱۵۸	۰/۰۰۰	۰/۹۵۸
گروه	۰/۱۹۱	۲	۰/۰۹۵	۰/۰۹۰	۰/۱۰۸
خطا	۱/۵۷۴	۴۲	۰/۰۳۷	-	-

در نمودار ۱ خط آبی رنگ مربوط به میزان متغیر اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه واقعیت درمانی و خط قرمز رنگ مربوط به متغیر اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه خودشفقت‌ورزی است. خط سبز رنگ مربوط به میزان متغیر اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه کنترل است. این نمودار نشان می‌دهد که بطور متوسط میزان متغیر اضطراب مرگ در دو گروه مداخله درمانی (واقعیت‌درمانی و خودشفقت‌ورزی) نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون (بار دوم) متغیر اضطراب مرگ نسبت به پیش‌آزمون (بار اول) به طور چشمگیری کاهش یافته است. در حالی که در گروه کنترل این متغیر در بار دوم (پس‌آزمون) اندکی کاهش یافته است. در مرحله سوم (آزمون پیگیری) میزان اضطراب مرگ

میزان اندازه اثر زیاد است در جدول شماره ۴ این مقدار برای متغیر مورد نظر به نام گروه ۰/۲۴۹ است این نشان دهنده اثر زیاد است. همچنین نتایج آزمون لامبادی ویلکز در مورد متغیر مذکور معنی دار است و معنی داری در متغیر متغیر وابسته (اضطراب مرگ) نشان دهنده این است که شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است. (F=۶/۷۹۸, p=۰/۰۰۰۱).

نتایج پژوهش جدول شماره ۵ اثرات گروه را نشان می‌دهد که معنی دار شده است به این معنی که میزان متغیر اضطراب مرگ در افراد سه گروه پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون با هم تفاوت دارد. مقدار Eta<sup>۲</sup> نشان می‌دهد که تقریباً ۱۰/۸۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (اضطراب مرگ) برای متغیر گروه به حساب آمده است.



نمودار ۱- میزان تغییرات متغیر اختلال مرگ در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری سه گروه پژوهش

خانواده نیز طبیعی است، اما این ترس در برخی افراد ایجاد می شود و تبدیل به یک مشکل بزرگ و طغيان می شود. نوع تفکر در رابطه با مرگ یکی از مهم ترین ویژگی های هر فرد است و تأثیر زیادی در نوع نگرش خود فرد و اطرافیان به شخصیت و فعالیت یک فرد دارد (۲۲). اگر انسان در ک درستی از مقوله مرگ داشته باشد و از آن نترسد، دیگران بیشتر به او اعتماد می کنند و زندگی برای او آسانتر می شود و برای اهداف زندگی تلاش می کند. بنابراین این ویژگی مهم شخصیتی برای همه افراد به ویژه برای معتادان حائز اهمیت است. شاید افرادی باشند که در زندگی فاقد تفکر هستند، نه تنها مسئولیتی در قبال حفظ سلامتی خود ندارند، بلکه نسبت به زندگی دیگران احساس وظیفه ای نیز ندارند، بنابراین زندگی را برای خود و دیگران سخت می کنند. این گفته به این معنا نیست که آنها نسبت به خود بی تفاوت هستند، بلکه به این معناست که آنها مجردانه در گیر بهبود سلامت و حل مشکلات خود نیستند. بر این اساس لازم است این نوع شخصیت در افراد نهادینه شود (۲۳). واقعیت درمانی یکی از جدیدترین تلاش های درمانگران برای توصیف افراد، تعریف قوانین رفتاری و راههای رسیدن به رضایت، شادی و موفقیت است (۲۴). در این روش درمانی بر رویارویی با واقعیت، مسئولیت پذیری و قضاؤت اخلاقی درباره درستی و

در دو گروه مداخله آموزشی نسبت به پس آزمون اندکی افزایش یافته و در گروه کنترل اندکی کاهش یافته است.

## بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین اثربخشی دو رویکرد واقعیت درمانی و خودشفقت ورزی بر هراس از مرگ در پایان دوره درمان و پیگیری در سو مصرف کنندگان مواد تفاوت معناداری وجود دارد و شیوه درمان واقعیت درمانی در مقایسه با خودشفقت ورزی، در بهبود هراس از مرگ بیماران مؤثرتر بوده است. یافته های این پژوهش با یافته های گزارش شده در تحقیقات مشابه محققین دیگر از جمله یو (Yu) و همکاران (۲۰۰۹)، هان (Han) و همکاران (۲۰۱۰)، کاپریلی (Caprilli) و همکاران (۲۰۰۷) در یک راستاست. وقتی نام ترس از مرگ به میان می آید، بیشتر افراد ترس از وقایع پس از مرگ را فرض می کنند، اما ترس از مرگ تنها به حوادث پس از مرگ محدود نمی شود، بلکه به نحوه مرگ و روند مرگ نیز اشاره می شود. همچنین می تواند باعث ایجاد اضطراب بی سابقه در برخی افراد شود. طبیعی است که افراد با بالا رفتن سن از از دست دادن سلامتی خود و غیره می ترسند (۲۱). احساس ترس از مرگ، پس از مرگ یکی از دوستان یا اعضای

تا آنها را پشت سر بگذارد و با آرامش آنها را تداعی و برطرف نماید. لذا می‌توان صریحاً با استفاده از یک برنامه ساختاری این مهم را آموزش داد تا کاهش استرس در زندگی فرد صورت پذیرد. افراد شفقت ورز به طور دلسوزانه و نه از روی احساسات نامناسب به خود و دنیای اطراف خود می‌نگرند و همواره تلاش می‌کنند تا آن چرا که مناسب است به عنوان مسیر تعالی بخش انتخاب نمایند و مسئولانه در زندگی خود تلاش نمایند. واضح است افرادی که نسبت به خود و دیگران دلسوز و آگاهانه برخورد نمایند، از تعهد و وظیفه‌مداری مناسبی نیز برخوردار هستند و نسبت به محیط اطراف خود ترس و واهمه کمتری دارند (۲۹).

از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به تعداد زیاد گویی‌های پرسشنامه‌ها برای آزمودنی‌ها، استفاده ابزارهای خودکارشده و محدود شدن جامعه پژوهش به افراد معتاد جهت ترک اعتیاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهرستان گلوبه اشاره کرد. بنابراین، به پژوهشگران تقسیم پرسشنامه‌ها به دو یا چند بخش برای کاهش سوگیری در نتیجه خستگی و استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود.

### نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان بیان داشت که با استفاده از شیوه درمانی واقعیت درمانی و شفقت ورزی می‌توان هراس از مرگ را در سو مصرف کنندگان مواد را بهبود بخشد.

### References

- Narod SA. Which Genes for Hereditary Breast Cancer? *N Engl J Med.* 2021;384(5):471-473.
- Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2021;384(5):440-451.
- Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol.* 2021;18(5):259-260.
- Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2016;61:137-45.

نادرستی رفتار و در نتیجه دستیابی به هویت موقیت تاکید می‌شود. این نوع در مان نه تنها برای اکثر رفتارهای غیر عادی، بلکه برای همه افراد عادی و مشکلات مورد علاقه آنها و ایجاد روش صحیح آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. واقعیت درمانی سعی در افزایش لذت و هیجان در زندگی در درون فرد دارد. بنابراین انسان با درک لذت، امید و نشاط سعی می‌کند زندگی خود را در مسیر درست هدایت کند و به همین دلیل نسبت به خود و سلامتی خود فداکار و وظیفه مدار می‌شود. بر این اساس انتظار می‌رود واقعیت درمانی بستر مناسبی برای ایجاد و حفظ مسئولیت افراد در تمامی امور زندگی و در نتیجه کاهش ترس افراد از مرگ باشد (۲۵). از طرفی آگاهی و شناخت مشکلات پیرامون نه تنها انسان را قوی می‌کند، بلکه باعث می‌شود مشکلات را بپذیرد و بر اساس آن آنها را حل کند. این شامل شفقت ورزی به خود است. به طور کلی، شفقت به خود، تشخیص تفاوت بین انجام یک کار بد و بد بودن است. هنگامی که شفقت به خود را تمرین می‌کنید، بدانید که گرفتن تصمیمات بد یا انجام کارهای اشتباه به طور خودکار شما را به یک فرد بد تبدیل نمی‌کند. در عوض متوجه می‌شوید که ارزش شما واقعاً بالا و مطلق است (۲۶). واضح است که افرادی که با خود و دیگران با همدلی و درک رفتار می‌کنند، احساس مسئولیت و وظیفه خوبی دارند و کمتر از اطرافیان خود می‌ترسند و نسبت به محیط اطراف خود ترس و واهمه کمتری دارند. به عنوان نمونه، محقق معتقد است که افراد بیمار، آگاهانه و دلسوزانه به خود و به شناختی که از بیماری و روش‌های درمان آن دارند می‌نگرند. آنها بیشتر مسئول سلامت جسمی و روحی خود هستند، کمتر از حوادث و واقعیت‌های زندگی می‌ترسند و سعی می‌کنند در جهت سلامت گام بردارند (۲۷). آگاهی و باز شناسی مسائل پیرامون، فرد را نه تنها قوی می‌کند بلکه سبب می‌گردد تا مسائل را بپذیرد و به طور مناسب با آنها مقابله نماید. این مهم در برگیرنده شفقت ورزی به خود است (۲۸). بر اساس شیوه درمانی خود شفقت ورزی، فرد با ذهن آگاه و منشی دلسوزانه با زخم‌های قدیمی‌اش ارتباط برقرار می‌کند و در واقع تلاش می‌کند

5. Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns.* 2017;26(6):1173-1178.
6. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 1998;33(11):676-8.
7. Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2020;38(11):1222-1245.
8. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer.* 2019;27(8):3119-3132.
9. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J.* 2019;25(5):343-348.
10. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med.* 2019;20(9):1831-1840.
11. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(4):325-31.
12. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am.* 2003;38(3):495-508.
13. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev.* 2013;34(11):e42-6.
14. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res.* 2017;33:164-168.
15. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2010;27(3):146-55.
16. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(5):399-403.
17. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 1996;98(5):861-7.
18. Yu H, Liu Y, Li S, Ma X. Effects of music on anxiety and pain in children with cerebral palsy receiving acupuncture: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(11):1423-30.
19. Han L, Li JP, Sit JW, Chung L, Jiao ZY, Ma WG. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2010;19(7-8):978-87.
20. Zengin S, Kabul S, Al B, Sarcan E, Doğan M, Yıldırım C. Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure. *Complement Ther Med.* 2013;21(6):689-96.
21. Chen LC, Wang TF, Shih YN, Wu LJ. Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(4):436-41.
22. Jayakar JP, Alter DA. Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract.* 2017;28:122-130.
23. Yinger OS, Gooding LF. A systematic review of music-based interventions for procedural support. *J Music Ther.* 2015;52(1):1-77.
24. Johnson JR, Crespin DJ, Griffin KH, Finch MD, Dusek JA. Effects of integrative medicine on pain and anxiety among oncology inpatients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;2014(50):330-7.
25. Lyu MM, Siah RC, Lam ASL, Cheng KKF. The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2022;78(10):3069-3082.
26. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(6):1181.
27. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology.* 2017;26(3):337-345.
28. Yamani Ardakani B, Tirgari B, Roudi Rashtabadi O. Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2020;29(1):e13191.
29. Henry M, Baas C, Mathelin C. Why do women refuse reconstructive breast surgery after mastectomy?. *Gynecol Obstet Fertil.* 2010;38(3):217-23.