



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

شهبین رضایی شهری: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
¹ شهنام ابوالقاسمی: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (* نویسنده مسئول) sh.abolghasemi@toniau.ac.ir
فاطمه اصلاحی فرشمی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد چالوس، دانشگاه آزاد اسلامی، چالوس، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

واقعیت درمانی،
شفقت ورزی،
هراس از مرگ،
اعتیاد

زمینه و هدف: در افراد سوء مصرف کننده مواد، سطح هراس از مرگ تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ از این رو استفاده از روش‌های درمانی برای هراس از مرگ در معتادان 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 معتادان بود.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش نیمه آزمایشی شامل کلیه معتادان مراجعه کننده به شش کلینیک ترک اعتیاد شهر استان گلستان بود که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به کلینیک‌های این شهرستان جهت ترک اعتیاد مراجعه داشتند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (۱۵ نفر گروه واقعیت درمانی، ۱۵ نفر گروه شفقت ورزی، ۱۵ نفر گروه کنترل) بود. ابزار 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 خودشفقت‌ورزی) نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش یافت. در آزمون پیگیری میزان اضطراب مرگ در دو گروه مداخله آموزشی نسبت به پس‌آزمون اندکی افزایش یافته و در گروه کنترل اندکی کاهش یافته است. از طرفی مشخص 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 سوء مصرف کنندگان مواد را بهبود بخشید.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: 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 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.

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, Tonekabon, 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.

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 کشتار 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 مصرف‌کنندگان 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 مصرف‌کننده 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 مصرف‌کنندگان آن همراه بوده و طی سالیان طولانی با بوجود آمدن مشکلات بهداشتی برای سوء مصرف‌کنندگان 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 پرخطر از جمله پرخاشگری به خود و اطرافیان، برخی از عوارض‌های روان‌شناختی اعتیاد می‌باشد که در فرد مصرف‌کننده مواد به مرور زمان رخ می‌دهد (۵). در این بیماری اهمیت درمان‌ها 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 تغییر دادن 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

سرمایه‌های ملی را به شدت مورد تهدید قرار می‌دهد (۶).

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 زیست‌شناختی و روان‌شناختی است و احساسات درباره فرایند مرگ و مردن در چگونگی اجتماعی شدن فرد در جامعه ریشه دارد، اندیشیدن به مرگ ترسناک 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 خودشفقت‌ورزی و واقعیت‌درمانی اشاره کرد. واقعیت‌درمانی، رویکردی استراتژیک نسبت به تغییر رفتار است؛ بنابراین برای تبیین آن ابتدا باید به توصیف تئوری انتخاب، پرداخت. در روان‌شناسی رویکردهای مختلفی مانند رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، روان‌تحلیلی‌گری و غیره در حوزه تغییر رفتار فعال هستند. رفتاردرمانی، به تغییر رفتار از طریق اصول یادگیری می‌پردازد و شناخت‌درمانی 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). واقعیت‌درمانی، 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). واقعیت‌درمانی، مجموعه‌ای از تکنیک‌ها، روش‌ها و ابزارهایی است برای کمک به افراد، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب‌های

بیان شد و نیز اهمیت موضوع، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی دو رویکرد واقعیت‌درمانی و شفقت‌ورزی بر هراس از مرگ در معتادان می‌باشد و اثرات این دو رویکرد درمانی مورد مقایسه قرار داده می‌شود. از این رو سؤال اصلی پژوهش این است که: آیا بین اثربخشی دو رویکرد واقعیت‌درمانی و خودشفقت‌ورزی بر هراس از مرگ در معتادان و پیگیری دو ماهه در مان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

تحقیق حاضر طرح نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون 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 مراجعه‌کننده به شش کلینیک ترک اعتیاد شهر ستان گلوگاه بود که در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به کلینیک‌های شهرستان گلوگاه جهت ترک اعتیاد مراجعه داشتند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی واقعیت‌درمانی، ۱۵ نفر گروه شفقت‌ورزی، ۱۵ نفر گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده شد زیرا از بین افراد معتادی که به مراکز ترک اعتیاد (شش کلینیک ترک اعتیاد شهرستان گلوگاه) 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.

ملاک‌های ورود برای گروه آزمایش شامل حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل اعتیاد به موارد مخدر از جمله تریاک، عدم سابقه دریافت مداخله روان‌شناختی و روان‌پزشکی طی یک سال گذشته، عدم داشتن سابقه ترک اعتیاد. برخوردار نبودن از سطح مطلوب هراس از مرگ بود. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش شامل عدم حضور در جلسات مداخله درمانی بیش از دو جلسه، تحت درمان بودن به علت اختلالات روان‌پزشکی، ابتلا به بیماری‌های روان‌تنی دیگر و عدم

مخرب به سازنده، و از همه مهم‌تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود؛ هم‌چنان‌که سایر رویکردهای روانشناختی نیز از روش‌های مخصوص بخود به ایجاد تغییر رفتار مراجعین می‌پردازند (۱۲). اساس واقعیت‌درمانی بر این اصل که انسان‌ها همواره رفتار خود را انتخاب می‌کنند، استوار است. هر نوع رفتاری که از فرد سر می‌زند، انتخاب شده است و هر رفتار برای کاهش سطح ناکامی یا ارضای نیاز خاصی انجام می‌گیرد. اگرچه ممکن است این رفتار ناکارآمد باشد، اما به این علت که فرد راه بهتری برای کاهش ناکامی خود در آن لحظه نمی‌شناسد، به رفتار خود ادامه می‌دهد (۱۳).

آموزش خودشفقتی یکی از مداخلات جدید حوزه درمانی است که می‌تواند 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 روانشناختی افراد مؤثر است (۱۵). این رویکرد می‌تواند منجر به بهبود تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی افراد شود (۱۶). خودشفقت‌ورزی شامل سه مؤلفه محبت نسبت به خود در برابر قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، ذهن‌آگاهی در مقابل همسان‌سازی افراطی است. ترکیب این سه مؤلفه، مشخصه فردی است که بر خود شفقت دارد (۱۷).

یافته‌های پژوهش یو (Yu) و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد درمان گروهی مبتنی واقعیت‌درمانی در برابر اعتیاد در افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (۱۸). نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها در پژوهش هان (Han) و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که به دنبال ارائه درمان شفقت‌ورزی، اثرات مثبت معنی‌داری را بر میزان بهزیستی روان‌شناختی 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 واقعیت‌درمانی با کمک درمانگر بر کیفیت زندگی افراد و اختلالات روانی مانند افسردگی مؤثر است (۱۶). بنابراین استفاده از روش‌های درمانی برای هراس از مرگ در معتادان ضروری است. حال با توجه به آنچه

جدول ۱- محتوای جلسات واقعیت‌درمانی 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 | ابراز 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 | پرداختن 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 ارضای نیازهای اصلی آن‌ها و در نتیجه حس کفایت و ارزشمندی کمک کند. |
| چهارم | بررسی جلسات قبل و پاسخ‌دهی به سؤالات و اشکالات؛ طرح سؤال باز برای وصل فعالیت معنی‌دار گذشته به رفتارهای زمان حال با هدف بیان تجربه موفقیت 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 کنند. |
| پنجم | بررسی تکالیف؛ بیان این سؤال 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؛ قضاوت 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 برسند را مشخص نمایند. |
| هشتم | مروری کامل بر تمامی برنامه‌های اجرا شده و جمع‌بندی نهایی؛ اخذ پس‌آزمون. |

پژوهش‌های مختلف در سطح جهان جهت سنجش اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است و در کشور ایران نیز ترجمه، 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 واقعیت‌درمانی 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 آزمون 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 درمانی 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 صفر 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 آن (۶/۷) نقطه برش در نظر گرفته شد. بیشتر از آن (۷ تا ۱۵) اضطراب مرگ بالا و کمتر از آن (۰ تا ۶) اضطراب مرگ پایین در نظر گرفته می‌شود. مقیاس سنجش اضطراب مرگ تمپلر یک پرسشنامه استاندارد بوده و در

جدول ۲- محتوای جلسات شفقت‌ورزی به تفکیک جلسات

| جلسه | محتوا |
|-------|---|
| اول | برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی و تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف درمان شفقت‌ورزی، تبیین آزار عاطفی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آموزش خودشفقتی |
| دوم | آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین‌های وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم اینکه افراد احساس کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال می‌کنند 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 خودتخریب‌گارانه و شرم، آموزش همدردی، ارائه تکالیف خانگی |
| چهارم | مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیر شفقت) با توجه به مباحث آموزشی، ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی (پرورش ذهن مشفقانه)، کاربرد تمرین‌ها نسبت به خود و دیگران، آموزش بخشایش و تکالیف خانگی |
| پنجم | تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، 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 چالش‌های مختل و تکالیف خانگی |
| ششم | مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته و به کارگیری این روش‌ها 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 نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت |
| هشتم | آموزش و تمرین مهارت‌ها مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند با روش‌های مختل با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و در آخر، جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره |

واقعیت‌درمانی، گروه خودشفقت‌ورزی و گروه کنترل) اضطراب مرگ پس از مداخله آموزشی در جداول شماره ۳ سنجیده شد. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین دو گروه آزمایش (مداخله آموزشی) در مقایسه با گروه کنترل در سطح بهتری قرار دارند. کمترین میانگین را در گروه مداخله واقعیت‌درمانی مشاهده می‌کنیم.

جدول شماره ۴ نتایج آزمون‌های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) را نشان می‌دهد. برای معنی‌داری و غیر معنی‌داری هر آزمون می‌توان به مقدار سطح معنی‌داری دقت نمود که اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. مقادیر مجذوراتی 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 داده‌های پژوهش از شاخص‌های 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 پیش‌فرض‌های تحقیق شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون، از تحلیل واریانس اندازه مکرر یک طرفه و بررسی تأثیر عضویت گروهی در مرحله پیگیری از آن‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

آماره توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 | | پیگیری آزمون | |
|--------------------|-------------|------------------|-----------|------------------|----------|------------------|--------------|------------------|
| | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| گروه واقعیت‌درمانی | ۰/۶۰۴۴ | ۰/۰۶۴ | ۰/۳۸۶۷ | ۰/۱۵۹ | ۰/۴۶۶۷ | ۰/۱۳۵ | | |
| گروه خودشفقت‌ورزی | ۰/۵۶۴۴ | ۰/۱۳۳ | ۰/۴۳۱۱ | ۰/۱۲۳ | ۰/۴۹۳۳ | ۰/۱۱۷ | | |
| گروه کنترل | ۰/۵۹۵۶ | ۰/۱۲۷ | ۰/۵۸۶۷ | ۰/۱۲۶ | ۰/۵۲۸۹ | ۰/۱۴۷ | | |

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

| آزمون | ارزش | اندازه F | درجه آزادی | | سطح معناداری | مربع اتای جزئی | اثر |
|-------------------|-------|----------|------------------|----------------|--------------|----------------|-----------------|
| | | | درجه آزادی فرضیه | درجه آزادی خطا | | | |
| اثر پیلای | ۰/۵۱۶ | ۲۱/۸۷۵ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۶ | اثر تعداد آزمون |
| لامبدای ویکلز | ۰/۴۸۴ | ۲۱/۸۷۵ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۶ | |
| اثر هتلینگ | ۱/۰۶۷ | ۲۱/۸۷۵ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۶ | |
| بزرگترین ریشه روی | ۱/۰۶۷ | ۲۱/۸۷۵ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۱۶ | |
| اثر پیلای | ۰/۴۵۱ | ۶/۱۲۱ | ۴ | ۸۴ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۲۶ | اثر * گروه |
| لامبدای ویکلز | ۰/۵۶۴ | ۶/۷۹۸ | ۴ | ۸۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۴۹ | |
| اثر هتلینگ | ۰/۴۷۶ | ۷/۴۵۹ | ۴ | ۸۰ | ۰/۰۰۰ | ۰/۲۷۲ | |
| بزرگترین ریشه روی | ۰/۷۰۷ | ۱۴/۸۵۷ | ۲ | ۴۲ | ۰/۰۰۰ | ۰/۴۱۴ | |

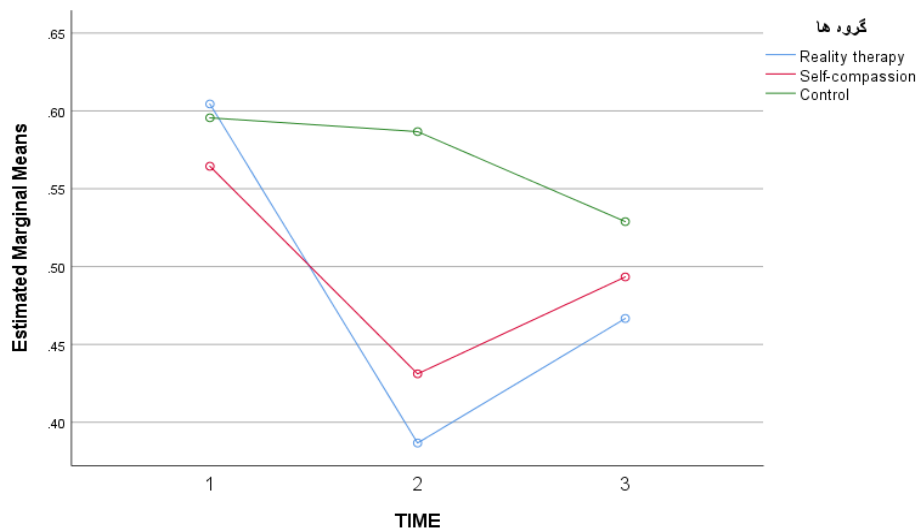
جدول ۵- نتایج آزمون‌های اثرات بین موضوعی متغیر اضطراب مرگ

| منبع | مجموع مربعات نوع III | درجه آزادی | مجدور میانگین | اندازه F | سطح معناداری | مربع اتای جزئی |
|--------|----------------------|------------|---------------|----------|--------------|----------------|
| رهگیری | ۳۶/۱۵۸ | ۱ | ۳۶/۱۵۸ | ۹۶۴/۸۷۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۹۵۸ |
| گروه | ۰/۱۹۱ | ۲ | ۰/۰۹۵ | ۲/۵۴۷ | 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 واقعیت‌درمانی 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 لامبدای ویکلز در مورد متغیر مذکور معنی‌دار است و معنی‌داری 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 معنی‌دار 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 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 اضطراب مرگ در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری سه گروه پژوهش

خانواده نیز طبیعی است، اما این ترس در برخی افراد ایجاد می‌شود و تبدیل به یک مشکل بزرگ و طغیان می‌شود. نوع تفکر در رابطه با مرگ یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های هر فرد است و تأثیر زیادی در نوع نگرش خود فرد و اطرافیان به شخصیت و فعالیت یک فرد دارد (۲۲). اگر انسان درک درستی از مقوله مرگ داشته باشد و از آن نترسد، دیگران بیشتر به او اعتماد می‌کنند و زندگی برای او آسانتر می‌شود و برای اهداف زندگی تلاش می‌کند. 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 وظیفه‌ای نیز ندارند، بنابراین زندگی را برای خود و دیگران سخت می‌کنند. این گفته به این معنا نیست که آنها نسبت به خود بی تفاوت هستند، بلکه به این معناست که آنها مجدانه درگیر 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 تلاش‌های 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، مسئولیت‌پذیری و قضاوت اخلاقی درباره درستی و

در دو گروه مداخله آموزشی نسبت به پس‌آزمون 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 سوء 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. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مشابه محققین دیگر از جمله یو (Yu) و همکاران (۲۰۰۹) (۱۸)، هان (Han) و همکاران (۲۰۱۰) (۱۹)، کاپریلی (Caprilli) و همکاران (۲۰۰۷) (۱۶) در یک راستاست. وقتی نام ترس از مرگ به میان می‌آید، بیشتر افکار ترس از وقایع پس از مرگ را فرض می‌کنند، اما ترس از مرگ تنها به حوادث پس از مرگ محدود نمی‌شود، بلکه به نحوه مرگ و روند مرگ نیز اشاره می‌شود. همچنین می‌تواند باعث ایجاد اضطراب بی سابقه در برخی افراد شود. طبیعی است که افراد با بالا رفتن سن از دست دادن سلامتی خود و غیره می‌ترسند (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 آن‌چرا 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 واکنش کمتری دارند (۲۹).

از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه‌ها برای آزمودنی‌ها، استفاده ابزارهای خودگزارش‌دهی و محدود شدن جامعه پژوهش به افراد معتاد جهت ترک اعتیاد مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد شهرستان گلوگاه 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 واقعیت‌درمانی و شفقت‌ورزی می‌توان هراس از مرگ را در سو مصرف‌کنندگان مواد را بهبود بخشید.

References

1. Narod SA. Which Genes for Hereditary Breast Cancer? *N Engl J Med*. 2021;384(5):471-473.
2. 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.
3. Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(5):259-260.
4. 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 موفقیت تاکید می‌شود. این نوع در مان نه تنها برای اکثر رفتار های غیر عادی، بلکه برای همه افراد عادی و مشکلات مورد علاقه آنها و ایجاد روش صحیح آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. واقعیت‌درمانی 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 وظیفه‌مدار می‌شود. بر این اساس انتظار می‌رود واقعیت‌درمانی 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 وظیفه‌خوبی دارند و کمتر از اطرافیان خود می‌ترسند و نسبت به محیط اطراف خود ترس و واکنش 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 دربرگیرنده 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, Yildirim 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, Crespín 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.