



Comparison the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Logotherapy on Pain Catastrophizing & Quality of Life in Women with Breast Surgery Experience

Mehdi Javanshir¹, Hadi Smkhani Akbarinejad², Masoumeh Roshany Golanbar³

1. MA Student in General Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

2. Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

3. MA Student in Family Counselling, University Of Tehran Aras International Campus, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The purpose of this study was to compare the effectiveness of acceptance & commitment therapy (ACT) with logotherapy (LT) on pain catastrophizing & quality of life in women with breast surgery experience.

Materials and Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The study population consisted of all women with breast cancer who were undergoing postmastectomy radiotherapy in Tabriz in 2022. In total, 45 women were selected by a purposive sampling method, and divided into three groups, 15 each. The intervention groups received their respective treatments over 8 sessions of 1.5 hours. The control group did not receive any intervention. The research tools were the 13-question questionnaires of pain catastrophizing by Sullivan et al and the 36-question quality of life questionnaires. Data were analyzed with repeated measures analysis of variance.

Results: In the pretest, mean and standard deviation of ACT for pain catastrophizing was $(40/00 \pm 4/97)$ & for quality of life was $(39/93 \pm 4/72)$; in LT for for pain catastrophizing was $(39/07 \pm 4/31)$ & for quality of life was $(40/73 \pm 5/02)$; and in the control group for pain catastrophizing was $(39/47 \pm 4/29)$ & for quality of life was $(40/33 \pm 3/69)$. Both treatments compared to the control group, reduced pain catastrophizing and increased quality of life of patients after the test ($p < 0.001$). In the follow-up phase, the effect of these two treatments on pain catastrophizing and quality of life was lasting ($p < 0.001$). The effect of these two treatments on pain catastrophizing and quality of life at posttest and follow-up was not different ($p > 0.05$).

Conclusion: acceptance & commitment therapy & logotherapy reduce the pain catastrophizing and increases quality of life in women with breast surgery experience.

Keywords: Acceptance & Commitment Therapy, Logotherapy, Pain Catastrophizing, Quality of Life, Mastectomy

► Please cite this paper as:

Javanshir M, Smkhani Akbarinejad H, Roshany Golanbar M [Comparison the Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy with Logotherapy on Pain Catastrophizing & Quality of Life in Women with Breast Surgery Experience (Persian)]. J Anesth Pain 2023;13(4): 57-71.

Corresponding Author: Hadi Smkhani Akbarinejad, Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Email: hadiakbarinejad@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان

مهدی جوانشیر^۱، هادی اسمخانی اکبری نژاد^{۲*}، معصومه روشنی گلنبر^۳

۱. دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

۳. دانشجوی کارشناس ارشد مشاوره خانواده، پردیس بین‌المللی ارس دانشگاه تهران، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌مداخله‌ای با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ۴۵ نفر با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدفمند و از میان کلیه زنان ماستکتومی شده شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ که مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. اعضای گروه‌های مداخله، درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند، و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌های ۱۳ سوالی فاجعه‌پنداری درد سالیوان و همکاران و ۳۶ سوالی کیفیت زندگی بودند. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

یافته‌ها: در پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای فاجعه‌پنداری درد ($40/00 \pm 4/97$) و کیفیت زندگی ($39/93 \pm 4/72$)، در معنادرمانی برای فاجعه‌پنداری درد ($39/07 \pm 4/31$) و کیفیت زندگی ($40/73 \pm 5/02$)، و در گروه گواه برای فاجعه‌پنداری درد ($39/47 \pm 4/29$) و کیفیت زندگی ($40/33 \pm 3/69$) بود. هر دو درمان در مقایسه با گروه گواه، فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان را در پس‌آزمون به‌ترتیب کاهش و افزایش دادند ($p < 0/001$). در مرحله پیگیری، اثر این دو درمان بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی ماندگار بود ($p < 0/001$). تأثیر این دو درمان بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری یکسان بود ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی موجب کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده‌اند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنادرمانی، فاجعه‌پنداری درد، کیفیت زندگی، ماستکتومی

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری نژاد، تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

مقدمه

سرطان پستان (breast cancer) دومین عامل مرگومیر پس از سرطان ریه می‌باشد^(۱). طی چهار دهه اخیر، سرطان پستان جزو بیش‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار گرفته است^(۲)؛ به‌طوری‌که در کشور از کل مبتلایان به سرطان، ۱۰٫۷ درصد از آن‌ها به سرطان پستان مبتلا هستند، و از هر هشت زن ایرانی در فاصله سنی ۴۵ تا ۵۵ سال یک نفر مستعد ابتلا به آن است^(۳). مطالعه Harirchi و همکاران نشان داد سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود^(۴).

مداخلات پزشکی مختلفی برای درمان سرطان پستان وجود دارد^(۵) که جراحی ماستکتومی (mastectomy) یکی از رایج‌ترین آن‌هاست^(۶). ماستکتومی برداشت حداکثری از بافت پستان، شامل نوک پستان و هاله اطراف آن و غدد لنفاوی زیر بغل است^(۷). در ایران ۸۱٪ جراحی‌ها از نوع ماستکتومی است^(۸). جراحی پستان سبب بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد و بر ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی-اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد^(۹). بعد از ماستکتومی، زنان تغییرات فیزیکی مختلفی را تجربه می‌کنند که ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهایی که درباره بدن‌شان دارند را به سمت منفی سوق می‌دهد^(۱۰).

این امر سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی نظیر فاجعه‌پنداری درد (pain catastrophizing)^(۱۱) و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی (quality of life)^(۱۲) می‌شود. احساس درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان و ماستکتومی‌شده شایع است^(۱۱) و فاجعه‌سازی درد به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به‌عنوان اضطراب قلمداد، و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند^(۱۳). سطح بالای اضطراب مرتبط با درد و فاجعه‌سازی آن، به اجتناب از فعالیت‌هایی که گمان می‌رود درد را گسترش می‌دهند کمک می‌کند که

به‌نوبه خود اغلب اوقات به شرطی‌زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به‌صورت یک چرخه درمی‌آید. همچنین گوش‌به‌زنگی نسبت به محرک‌های درد را به‌دنبال دارد^(۱۴).

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد^(۱۵). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد^(۱۵). بررسی‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران قلبی پایین است^(۱۶).

در مداخلاتی که پس از درمان سرطان جهت بهبودی هرچه بهتر و سازگاری سریع‌تر با مشکلات برآمده از درمان آن صورت می‌گیرد، لازم است مداخلات روان‌شناختی از جمله مشاوره (counseling) و روان‌درمانی (psychotherapy) نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی نقش موثری در گواه یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی شده دارند^(۱۶)، که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance & commitment therapy) و معنادرمانی (logotherapy) از جمله آن‌ها هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صرفاً یک مداخله روان‌شناختی برآمده از موج‌های اول و دوم رویکردهای رفتاری‌ست؛ در حالی‌که معنادرمانی جزو مداخلات فرآیندمحوری‌ست که بر پایه فلسفه اگزیستانسیالیسم (xistentialism) بنا شده است، از این‌رو دلیل انتخاب این دو درمان در این پژوهش این است که این دو درمان که ماهیتی متفاوت دارند را با هم مقایسه کنیم. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای

امروزه با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاریست که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین‌حال، فرضیه‌های اساسی آن‌ها را که معتقدند این دو درمان بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی‌شده مؤثر می‌باشند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام‌یک از آن‌ها، روش مناسب‌تری هستند. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی تأثیر متفاوتی بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان دارند؟

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.IAU.ABHAR.REC.1400.056) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌مداخله با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود که در آن از دو گروه مداخله و یک گروه گواه استفاده گردید. متغیرهای مستقل، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و متغیرهای وابسته، فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام بودند. برنامه‌های مداخله در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بود که به‌دلیل ابتلا به سرطان پستان عمل جراحی ماستکتومی انجام

پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شيوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد^(۱۷). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آن‌ها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌هایشان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود^(۱۸). این درمان بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی^(۱۹) و کیفیت زندگی^(۲۰) زنان مبتلا به سرطان پستان، و فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه^(۲۱) بیماران اثربخش است.

در سال ۱۹۲۶ Frankl در یک سخنرانی، برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می‌کند. سطح اول، معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم، «فرامعنا» نام دارد که هر شخصی به‌دنبال زندگی خود است^(۲۲). معنادرمانی با در نظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به‌جای بدبینی و انزوا، انسان را به‌تالش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آن‌چه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوبشان نیست، بلکه بی‌معنا شدن زندگی است که مصیبت‌بار است. اگر رنج شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود^(۲۳). از این‌رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد^(۲۴). این درمان بر ترس از پیشرفت بیماری و درد و رنج^(۲۵) و سلامت روان و کیفیت زندگی^(۲۶) بیماران مبتلا به سرطان پستان، و اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات^(۲۷) اثربخش است.

می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: سنین بین ۳۵ تا ۵۵ سال، تأهل، باقی ماندن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ جلسه از پرتودرمانی، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از سرطان پستان، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی. (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند). پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های مداخله و گواه (به‌شيوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شيوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرار گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان، اعضای گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد PCS: این پرسشنامه توسط Sullivan و همکاران ساخته شده^(۲۸) و هدف آن ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درد و مکانیزم اثر این فاجعه‌سازی است. این پرسشنامه ۱۳ سوالی دارای سه خرده‌مقیاس نشخوار، بزرگ‌نمایی و درماندگی می‌باشد و این سه خرده‌مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به‌صورت لیبرتی از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) می‌باشد و شرکت‌کنندگان از بین آن‌ها برای توصیف ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب می‌کنند. حداقل نمره

داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. نمونه‌گیری به طریق هدفمند صورت پذیرفت. پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در بین بیماران زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی هم‌تاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های فاجعه‌پنداری درد Sullivan و همکاران و کیفیت زندگی در بین ۸۸ بیمار اجرا شد و از بین ۵۳ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند ۴۵ نفر انتخاب، و به‌صورت تصادفی (به‌شيوه قرعه‌کشی) به دو گروه مداخله ۱ و ۲ (هر کدام ۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار G پاور ($a=0/05$ ، اندازه اثر: $0/15$) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌مداخله‌ای گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، و یک دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون)، و چهار ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آن‌ها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آن‌ها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم رصد

کردند (جدول ۱). همچنین، اعضای گروه مداخله ۲، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Anderson^(۳۱) دریافت کردند (جدول ۲). اعضای گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفونی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد^(۳۸). در پژوهش Sullivan و همکاران آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار را ۰/۷۰، بزرگ‌نمایی را ۰/۵۹، درماندگی را ۰/۸۳ و نمره کل پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند^(۳۸). در پژوهش محمدی و همکاران^(۳۹) آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگ‌نمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی SF-۳۶: این پرسشنامه شامل ۳۶ سوال با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف^(۱) تا عالی^(۵)) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامت جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش شده برای آن‌ها به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۵، ۰/۷۱، ۰/۸۵، ۰/۹۰، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است^(۳۰). حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیش‌تر است. این پرسشنامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسشنامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از پایایی و روایی لازم برخوردار است^(۳۰). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Lillis و Hayes^(۱۷) دریافت

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد گواه و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن‌ها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکالیف
هشتم	آموزش تعهد به‌عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

جدول ۲: محتوای جلسات و پروتکل معنادرمانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنادرمانی
سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی؛
ششم	غلبه بر یأس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی، اجرای پس‌آزمون

نتایج

جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۲/۷۳±۵/۶۳ سال، و میانگین و انحراف معیار تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آن‌ها ۲۴/۴۲±۲/۶۵ بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و تعداد

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	P
سن	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۳/۶۷±۶/۲۷	* ۰/۱۶۰
	معنادرمانی	۴۰/۴۷±۳/۵۴	
	گواه	۴۴/۰۷±۶/۲۸	
	کل	۴۲/۷۳±۵/۶۳	
تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی	معنادرمانی	۲۴/۲۷±۳/۰۳	* ۰/۶۵۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۴/۰۷±۲/۸۴	
	گواه	۲۴/۹۳±۲/۰۸	
	کل	۲۴/۴۲±۲/۶۵	

نوع آزمون: واریانس یک‌راهه *اختلاف معنی‌دار $p < ۰/۰۵$

(۰/۵۵۰) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده شده (۰/۴۳۹) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. پس، این پیش‌فرض نیز برقرار است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر این تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه شده در سطح ($p < ۰/۰۵$) معنی‌دار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای فاجعه‌پنداری درد ($F = ۲/۴۷$) و کیفیت زندگی ($F = ۲/۱۱$) به ترتیب در سطح ($۰/۶۲۴$ و $۰/۳۸۱$) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کرویت موخلی (۰/۶۵۰) متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح خطای داده شده (۰/۶۷۲) و مقدار کرویت موخلی

به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های مداخله با گروه گواه است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات فاجعه‌پنداری درد گروه‌های درمانی کم‌تر از نمرات گروه گواه، و نمرات کیفیت زندگی گروه‌های درمانی بیش‌تر از نمرات گروه گواه است؛ اما نمره فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی در کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش کیفیت زندگی، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

بر زنان با تجربه جراحی پستان پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه گواه معنادار می‌باشد ($P < 0/001$). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه گواه معنادار می‌باشد ($P < 0/001$). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین گروهی

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
فاجعه‌پنداری درد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۰/۰۰ \pm ۴/۹۷	۳۱/۶۷ \pm ۴/۹۶	۳۲/۰۰ \pm ۵/۰۱	$P < 0/001$ *
	معنادرمانی	۳۹/۰۷ \pm ۴/۳۱	۳۰/۸۰ \pm ۴/۶۰	۳۱/۱۳ \pm ۴/۵۰	$P < 0/001$ *
	گواه	۳۹/۴۷ \pm ۴/۲۹	۳۸/۸۷ \pm ۴/۷۱	۳۸/۹۳ \pm ۴/۸۰	$p = 0/716$
کیفیت زندگی	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$p = 0/853$	$p < 0/001$ *	$p < 0/001$ *	-
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۹/۹۳ \pm ۴/۷۲	۴۹/۶۰ \pm ۶/۰۲	۴۹/۴۷ \pm ۵/۹۷	$P < 0/001$ *
	معنادرمانی	۴۰/۷۳ \pm ۵/۰۲	۵۰/۹۳ \pm ۶/۰۵	۵۰/۷۳ \pm ۵/۷۶	$P < 0/001$ *
	گواه	۴۰/۳۳ \pm ۳/۶۹	۴۱/۱۳ \pm ۳/۵۲	۴۱/۶۰ \pm ۳/۲۹	$p = 0/763$
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$p = 0/889$	$p < 0/001$ *	$p < 0/001$ *	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته

* اختلاف معنی‌دار $p < 0/05$

و معنادرمانی بوده است. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی نشان داد که بین نمرات متغیر احساس انسجام روانی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر کیفیت زندگی (۰/۳۷) نشان می‌دهد که ۳۷٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بوده است.

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است (جدول ۵). اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری درد بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر فاجعه‌پنداری نشان داد که بین نمرات متغیر فاجعه‌پنداری درد در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به دست آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد (۰/۴۰) نشان می‌دهد که ۴۰٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و گواه

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا
فاجعه‌پنداری درد	زمان	۰/۹۰	۲/۰۵۲	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	زمان*مداخله	۰/۷۹	۱۳/۹۸۱	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
کیفیت زندگی	زمان	۰/۸۸	۱/۶۳۹	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	زمان*مداخله	۰/۷۵	۱۲/۷۵۲	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

*اختلاف معنی‌دار $p < 0.05$

و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله با گروه مداخله، معنادار بوده است ($P < 0.001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله نسبت به یکدیگر معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۶). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد

گروه گواه می‌باشد؛ اما نمرات فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش کیفیت زندگی به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست.

معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی با گواه می‌باشد؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله به‌ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره

جدول ۶: مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه	گروه معنادرمانی در مقایسه با گروه گواه	گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی
فاجعه‌پنداری درد	تفاوت میانگین‌ها -۷/۲۰۰ سطح معناداری *۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها -۸/۰۶۷ سطح معناداری *۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها ۰/۸۶۷ سطح معناداری ۱/۰۰۰
کیفیت زندگی	تفاوت میانگین‌ها ۸/۴۶۷ سطح معناداری *۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها ۹/۸۰۰ سطح معناداری *۰/۰۰۱	تفاوت میانگین‌ها -۱/۳۳۳ سطح معناداری ۱/۰۰۰

$p < 0/05$ اختلاف معنادار

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان بود، که به‌صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر دارند، و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش کیفیت زندگی دارد و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات فاجعه‌سازی درد کاهش و

کیفیت زندگی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های مداخله‌ای با نزدیک‌شدن به‌پایان مداخله بر روی نمرات فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش دانش‌نیا و همکاران^(۱۹) اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. همچنین می‌توان به پژوهش اسمی و همکاران^(۲۰) اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی

بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. علاوه بر این‌ها، می‌توان به نتیجه پژوهش‌های عزت‌پناه و لطیفی^(۳۱) اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران تأثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از جراحی ماستکتومی توانسته است مقاومت آن‌ها را درباره مشکلاتشان که برآمده از جراحی ماستکتومی است بیش‌تر کند و از این‌رو فاجعه‌سازی درد آن‌ها کاهش و احساس انسجام روانی آن‌ها افزایش یابد.

تفسیر مردم از احساس درد و پاسخ‌های آن‌ها نسبت به آن، تعیین‌کننده تجربه درد در آن‌هاست. افکار فاجعه‌ساز درد پیش‌بینی‌کننده افسردگی و ناتوانی عملکرد در آینده است^(۳۲). در جلسات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی و ضمیر مشاهده‌کننده، توجه افراد به افکار و حالات ذهن و همچنین، بودن در زمان حال جلب می‌شود که در نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله این تأثیر دیده می‌شود^(۱۷).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیراتی که بر تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد^(۳۳). معنادرمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. لازم به ذکر است که در جست‌وجوهای انجام‌شده هیچ پژوهشی پیدا نشد که اثربخشی معنادرمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان را مورد

بررسی قرار داده باشد، اما می‌توان به نتایج پژوهش جوان‌بخت کشیکانی و حق‌جو^(۳۵) که نشان دادند معنادرمانی بر ترس از پیشرفت بیماری و درد و رنج بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است اشاره کرد. همچنین می‌توان به نتیجه پژوهش حسینیان و همکاران^(۳۶) اشاره کرد که نشان دادند معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخش است. علاوه بر این می‌توان به نتیجه پژوهش حق‌دوست و همکاران^(۳۷) که نشان دادند معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات تأثیر دارد اشاره کرد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. مطالعه حاضر همانند پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که معنادرمانی با بهره‌گیری از اصول درمانی خود که مشخصاً با بی‌معنایی زندگی چالش می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا مقدرات زندگی خود را پذیرفته و معنای شخصی خود را کسب کند، توانسته است فاجعه‌سازی درد زنان با تجربه جراحی پستان را کاهش و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش دهد.

فاجعه‌پنداری درد به‌سادگی نتیجه تفسیر تکانه‌های عصبی که به‌طور مستقیم از نورون‌های حسی به مغز فرستاده می‌شوند نیست، بلکه پیام درد قبل از ورود به مغز می‌تواند تحت تأثیر دیگر محرک‌های ورودی از جمله افکار، هیجانات، لمس و فشار در قسمت دروازه درد در شاخ پشتی نخاع قرار گیرد^(۳۷). به‌نحوی که افکار و هیجانات منفی دروازه درد را باز کند و اطلاعات بیش‌تری درباره درد به مغز برساند و بالعکس افکار و هیجانات مثبت دروازه درد را بسته نگه داشته و پیام درد را محدود می‌کنند^(۳۴). معنادرمانی باعث کاهش افکار منفی درمورد فاجعه‌سازی درد و ارسال آن و در نتیجه شدت درد احساس شده می‌شود.

معنادرمانی با انسان و دنیای او سر و کار دارد، و به فرد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم

خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ دهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر این‌ها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات همنا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی آنها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های سرطان پستان، و در کلینیک‌های روانشناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی در زمینه کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده هادی اسمخانی اکبری‌نژاد بود. مهدی جوانشیر اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از افراد ماستکتومی شده را بر عهده داشت و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، انتخاب آزادانه، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک است مواجه شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم معنادرمانی، فرد مسئولیت‌پذیری بیش‌تری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث می‌شود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامون‌شان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی آن‌ها پس از درک معنا و هدف خود در زندگی‌شان بیش‌تر می‌شود^(۳۵).

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر فاجعه‌سازی درد و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان مقایسه نکرده است. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به این بیماران کمک کنند تا بیماری و مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند، که متعاقباً کیفیت زندگی آنان افزایش پیدا کرده و فاجعه‌پنداری درد در آنان کم‌تر شده است.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۳۵-۵۵ ساله ماستکتومی‌شده شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان ماستکتومی‌شده جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و

References

1. Lategan B. Breast malignant, males, children Breast cancer WHO classification of breast tumors. PathologyOutlines.com, Inc. 2019.
2. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, AyyinParast N. Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Group Therapy On The Treatment Of Anxiety & Depression Disorders & On Raising Hope In Women With Breast Cancer. *JWS* 2011; 1(4):61-75. [in Persian].
3. Sadegi Somee Aliyayi R, KHodabakhshi Kolayi A, Akbari MS, Kohsariyan M, KalthorniyaGolkar M. Body image and self-esteem: A comparison of two groups of women with breast cancer. *IQJBD* 2012; 5(2, 3):16-29. [in Persian].
4. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: Results of multi-center stud. *APJCP* 2004; 5(1):24-27. [in Persian].
5. Burguin A, Diorio C, Durocher F. Breast Cancer Treatments: Updates and New Challenges. *J. Pers. Med* 2021; 11(8): 1-54.
6. Keelan S, Flanagan M, Hill ADK. Evolving Trends in Surgical Management of Breast Cancer: An Analysis of 30 Years of Practice Changing Papers. *Front. Oncol* 2021; 11:622621.
7. Bawoke G, Kejela S, Alemayehu A, Bogala GT. Experience with modified radical mastectomy in a low-income country: a multi-center prospective observational study. *BMC Surgery* 2021; 21(1): 371.
8. Najafi M, Ebrahimi M, Kaviani A, Hashemi E, Montazeri A. Breast Conserving Surgery versus Mastectomy: Cancer Practice by General Surgeons in Iran. *BMD Cancer* 2005; 5(5):35. [in Persian].
9. Koçan S, Gürsoy A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health* 2016; 12(4): 134-150.
10. Brunet JB, Sabiston CM, Burke Sh. Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *BIJ* 2013; 10(3):344-35.
11. Bovbjerg DH, Keefe FJ, Soo M, Manculich J, Van Denburg A, Zuley ML, et al. Persistent breast pain in post-surgery breast cancer survivors and women with no history of breast surgery or cancer: associations with pain catastrophizing, perceived breast cancer risk, breast cancer worry, and emotional distress. *Acta Oncol* 2019; 58(5): 763-768.
12. Kuliński W, Kosno M. Quality of life in women after mastectomy. Clinical and social study. *Wiad Lek* 2021; (3 cz 1): 429-435.
13. Whitney CA, Dorfman CS, Shelby RA, Keefe FA, Gandhi V. Reminders of Cancer Risk and Pain Catastrophizing: Relationships with Cancer Worry and Perceived Risk in Women with a First-Degree Relative with Breast Cancer. *Fam Cancer* 2019; 18(1): 9-18.
14. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M. Post-Treatment Symptoms of Pain, Anxiety, Sleep Disturbance, and Fatigue in Breast Cancer Survivors. *Pain Manag Nurs* 2019; 20(2): 146-151.
15. Daly LE, Dolan RD, Power DG, Ní Bhuachalla É, Sim W, Cushen SJ, et al. Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer* 2020; 126(12): 2872-2882.
16. Sebri V, Durosini I, Triberti S, Pravettoni G. The Efficacy of Psychological Intervention on Body Image in Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic-Review and Meta-Analysis. *Front Psychol* 2021; 12: 1-15.
17. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016:134-135.
18. Burckhardt R, Manicavasagar V, Batterham PJ, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. *PJSP* 2016; 57: 41-52.
19. Daneshnia F, Davoodi H, Taghvaei D, Heidari H.

- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Catastrophizing Pain and Body Image Concern in the Women with Breast Cancer. *JACP* 2021; 11(43): 1-12. [in Persian].
20. Esmi Z, paivastegar M, Parhoon H, kazemi rezaei A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life, Mental Health and Self-care Behavior in Breast Cancer Patients. *IJPN* 2019; 7(5): 44-53.
 21. EzzatPanah F, Latifi Z. Effectiveness training based on acceptance, commitment and compassion on pain catastrophizing, distress tolerance and post traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. *QJHP* 2020; 8(4): 127-144. [in Persian].
 22. McDonald M J, Wong P T R, Gingras D T. Meaning-in-life measures and development of a Brief Version of the Personal Meaning Profile. In P. T. P. Wong (Ed.), *Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications* 2012:357-382. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
 23. Frankel, V. *Man search for meaning*. (Translated by Nehzat Salehian & Mahin Milani). 56en ed. Tehran: Rasa; 2019: 23-24. [in Persian].
 24. Prochaska J, Norcross, J. *Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis*. (Translated by Yahya SeyedMohammadi). 56en ed. Tehran: Ravan; 2016: 219-220. [in Persian].
 25. Javanbakht Keshikani S, Haghjo F. Effectiveness of Logo Therapy to the fear of disease progression and pain control in Women with Breast Cancer. *JNIP* 2021; 8(12): 1-12. [in Persian].
 26. Hosseinian S, Ghasemzadeh S, Taziki T. The effectiveness of group logo therapy on mental health and quality of life in women with breast cancer. *CWFS* 2013; 8(25): 7-31. [in Persian].
 27. Haghdoost M, Saraj Khoami N, Makvand M. The Effect of Logotherapy on Death Anxiety, Pain Catastrophizing, Pain Acceptance, and Pain Intensity in Patients With Prostate Cancer. *JSMJ* 2021; 20(3): 216-225. [in Persian].
 28. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess* 1995; 7(4): 524-532.
 29. Mohammadi S, Dehghani M, Heidari M, Sedaghat M, Khatibi A. The evaluation of pain-related psychological similarities among patients with musculoskeletal chronic pain and their spouses. *J Behavior Sciences* 2013; 7(1): 57- 66. [in Persian].
 30. Rafiei N, Sharifian Sani M, Rafiey H, Behnampour N, Foroozesh K. Reliability and Validity of Persian Version of "Quality of Life Index". *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 24(116): 75-83. [in Persian].
 31. Andreason A. Logo therapy and spirituality, a course in Viktor Frankls Logotherapy. Available at: URL: www.workshaper.org.uk; 2007. <http://www.workshaper.org.uk/>
 32. Schutze R, Rees C, Preece M, Schutze M. Low Mindfulness Predicts Pain Catastrophizing in a Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Pain* 2010; 148(1): 120-127.
 33. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2013; 20(3): 264-281.
 34. Wilski M, Tasiemski T. Illness perception, treatment beliefs, self-esteem, and self-efficacy as correlates of self-management in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2016; 133(5): 338-345.
 35. Suyanti TS, Keliat BA, Catharina Daulima NH. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermería Clínica* 2018; 28(1): 98-108.