Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2023, Vol 13, NO 4



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

Mehdi Javanshir[1], Hadi Smkhani Akbarinejhad[2], 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±4/97) & for quality of life was (39/93±4/72); in LT for for pain catastrophizing was (39/07±4/31) & for quality of life was (40/73±5/02); and in the control group for pain catastrophizing was (39/47±4/29) & for quality of life was (40/33±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 Akbarinejhad 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 Akbarinejhad, Dept of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

Email: hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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[1]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[2*]، معصومه روشنی گلنبر[3]

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 دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۸ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۸

چکیده

زمینـــه و هـــدف: هـدف پژوهـش حاضـر مقایسـه اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـا معنادرمانـی بـر فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان بـود.

مـــواد و روش‌هـــا: ایـن پژوهـش نیمه‌مداخلـه‌ی بـا طـرح پیش‌آزمـون- پس‌آزمـون و پیگیـری بـا گـروه گـواه بـود. ۴۵ نفـر بـا داشـتن ملاک‌هـای ورود به‌مطالعـه بـا روش نمونه‌گیـری هدفمنـد و از میـان کلیـه زنـان ماسـتکتومی شـده شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۰ کـه مشـغول گذرانـدن دوره پرتودرمانـی خـود بودنـد انتخـاب و به‌صـورت تصادفـی در دو گـروه مداخلـه و یـک گـروه گـواه، هـر کـدام ۱۵ نفـر قـرار گرفتنـد. اعضـای گروه‌هـای مداخلـه، درمـان مختـص خـود را در ۸ جلسـه ۱/۵ سـاعته (۲ مـاه، هفتـه‌ای یـک جلسـه) دریافـت کردنـد، و گـروه گـواه هیـچ درمانـی را دریافـت نکردنـد. ابـزار پژوهـش، پرسشـنامه‌های ۱۳ سـوالی فاجعه‌پنـداری درد سـالیوان و همـکاران و ۳۶ سـوالی کیفیـت زندگـی بودنـد. تجزیـه و تحلیـل یافته‌هـا از طریـق آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر انجـام گرفـت.

یافته‌هـــا: در پیش‌آزمـون، میانگیـن و انحـراف معیـار درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـرای فاجعه‌پنـداری درد (۴۰/۰۰±۴/۹۷) و کیفیـت زندگـی (۳۹/۹۳±۴/۷۲)، در معنادرمانـی بـرای فاجعه‌پنـداری درد (۳۹/۰۷±۴/۳۱) و کیفیـت زندگـی (۴۰/۷۳±۵/۰۲)، و در گـروه گـواه بـرای فاجعه‌پنـداری درد (۳۹/۴۷±۴/۲۹) و کیفیـت زندگـی (۴۰/۳۳±۳/۶۹) بـود. هـر دو درمـان در مقایسـه بـا گـروه گـواه، فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان را در پس‌آزمـون به‌ترتیـب کاهـش و افزایـش دادنـد ($p<۰/۰۰۱$). در مرحلـه پیگیـری، اثـر ایـن دو درمـان بـر فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی مانـدگار بـود ($p<۰/۰۰۱$). تأثیـر ایـن دو درمـان بـر فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری یکسـان بـود ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیـــری: براسـاس یافته‌هـای ایـن پژوهـش می‌تـوان نتیجـه گرفـت کـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و معنادرمانـی موجـب کاهـش فاجعه‌پنـداری درد و افزایـش کیفیـت زندگـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان شـده‌اند.

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

نویسنده مسئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، تبریز، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی
پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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 به‌سرطان 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 به‌سمت 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 به‌سرطان پستان و ماستکتومی‌شده شایع است[۱۱] و فاجعه‌سازی درد به‌مجموع 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 به‌محرک‌های 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[۱۲].

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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شیوه‌های 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 اولین‌بار 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 درنظر 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 بی‌معناشدن 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.

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، درنظر 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. نمونه گیری 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 (به‌شیوه 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=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌مداخلهی 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 هروقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات هم رصد 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 به‌غیر از سرطان پستان، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم برخورداری از جلسات مشاوه 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 (به‌شیوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شیوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطلعه، یعنی سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرا 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 خرده مقیاس افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کنند. پرسشنامه به‌صورت لیکرتی 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد[۲۸]. 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[۲۸]. در پژوهش محمدی و همکاران[۲۹] 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 سلامتش می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش‌شده برای آن‌ها به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، 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 به‌دست 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 به‌دست 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 به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Hayes و Lillis[۱۷] دریافت کردند (جدول ۱). همچنین، اعضای گروه مداخله ۲، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Andreson[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 بونفرنی استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به‌پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی وکم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکالیف
سوم	کمک به‌مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد گواه و پی بردن به‌بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
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 سه‌بُعدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکرد دهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
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 تمرکزآگاهی، 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۲/۷۳±۵/۶۳ سال، و میانگین و انحراف معیار تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آن‌ها ۲۴/۴۲±۲/۶۵ بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که بین سه گروه از نظر سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی‌مانده 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 باقی‌مانده 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 $p<0/05$

در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر z محاسبه شده در سطح ($p<0/05$) معنی‌دار نیست. در آزمون امباکس، چون F متغیرهای فاجعه‌پنداری درد ($F=2/47$) و کیفیت زندگی ($F=2/11$) به‌ترتیب 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 داده‌شده (۰/۶۷۲) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۵۰) متغیر کیفیت زندگی در سطح خطای داده‌شده (۰/۴۳۹) معنی‌دار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس- کوواریانس 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 ($P<0/001$). 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 ($P<0/001$). علاوه بر این تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

بـر زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان پـس از چهـار مـاه پیگیـری مانـدگار بـوده اسـت (P<۰/۰۰۱). نتایـج آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه نشـان می‌دهنـد کـه اختـلاف میانگیـن نمـره فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی در گروه‌هـای مداخلـه بـا گـروه گـواه معنـادار می‌باشـد (P<۰/۰۰۱). نتایـج مقایسـه‌های زوجـی بـرای مرحلـه پیگیـری نیـز نشـان از آن دارنـد کـه اختـلاف میانگیـن نمـرات فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی در گروه‌هـای مداخلـه بـا گـروه گـواه معنـادار می‌باشـد (P<۰/۰۰۱). ازسـوی دیگـر، نتایـج آزمـون تعقیبـی بونفرونـی حاکـی از آن هسـتند کـه معنـی‌داری تغییـرات بین‌گروهـی به‌دلیـل تفـاوت تغییـرات گروه‌هـای مداخلـه بـا گـروه گـواه اسـت؛ به‌طـوری کـه هـم در پس‌آزمـون و هـم در پیگیـری، نمـرات فاجعه‌پنـداری درد گروه‌هـای درمانـی کم‌تـر از نمـرات گـروه گـواه، و نمـرات کیفیـت زندگـی گروه‌هـای درمانـی بیش‌تـر از نمـرات گـروه گـواه اسـت؛ امـا نمـره فاجعه‌پنـداری درد و کیفیـت زندگـی گروه‌هـای مداخلـه متفـاوت از یکدیگـر نمی‌باشـد؛ بنابرایـن، درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد و معنادرمانـی در کاهـش فاجعه‌پنـداری درد و افرایـش کیفیـت زندگـی، نسـبت بـه یکدیگـر برتـری ندارنـد.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار ± میانگین	پیگیری انحراف معیار± میانگین	سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
فاجعه پنداری درد	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۰/۰۰±۴/۹۷	۳۱/۶۷±۴/۹۶	۳۲/۰۰±۵/۰۱	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	معنادرمانی	۳۹/۰۷±۴/۳۱	۳۰/۸۰±۴/۶۰	۳۱/۱۳±۴/۵۰	P<۰/۰۰۱*	
	گواه	۳۹/۴۷±۴/۲۹	۳۸/۸۷±۴/۷۱	۳۸/۹۳±۴/۸۰	p =۰/۷۱۶	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p =۰/۸۵۳	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-
کیفیت زندگی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۹/۹۳±۴/۷۲	۴۹/۶۰±۶/۰۲	۴۹/۴۷±۵/۹۷	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	معنادرمانی	۴۰/۷۳±۵/۰۲	۵۰/۹۳±۶/۰۵	۵۰/۷۳±۵/۷۶	P<۰/۰۰۱*	
	گواه	۴۰/۳۳±۳/۶۹	۴۱/۱۳±۳/۵۲	۴۱/۶۰±۳/۲۹	p =۰/۷۶۳	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p =۰/۸۸۹	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته

*اختلاف معنی‌دار p <۰/۰۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده برای متغیر فاجعه‌پنداری درد (۰/۴۰) نشان می‌دهد که ۴۰٪ از تغییرات این متغیر مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده 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.

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	اثر پیلایی	۰/۹۰	۲/۰۵۲	۲/۰	۴۱/۰	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۷۹	۱۳/۹۸۱	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰
کیفیت زندگی	زمان	اثر پیلایی	۰/۸۸	۱/۶۳۹	۲/۰	۲۶/۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۰/۷۵	۱۲/۷۵۲	۴/۰	۸۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷

نوع آزمون: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

*اختلاف معنی‌دار $p<۰/۰۵$

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 و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله با گروه مداخله، معنادار بوده است ($P<۰/۰۰۱$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله نسبت به‌یکدیگر معنادار نمی‌باشد ($P>۰/۰۵$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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 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.

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	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری درد	-۷/۲۰۰	*۰/۰۰۱	-۸/۰۶۷	*۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	۱/۰۰۰
کیفیت زندگی	۸/۴۶۷	*۰/۰۰۱	۹/۸۰۰	*۰/۰۰۱	-۱/۳۳۳	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[19] 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[20] اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

بـر پذیـرش و تعهـد بـر سـلامت روان، کیفیـت زندگـی و رفتارهـای خـود مراقبتـی بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان پسـتان اثربخـش اسـت. عـلاوه بـر این‌هـا، می‌تـوان بـه نتیجـه پژوهش‌هـای عزت‌پنـاه و لطیفـی[۲۱] اشـاره کـرد کـه نشـان دادنـد درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر فاجعه‌پنـداری درد، تحمـل پریشـانی و رشـد پـس از سـانحه بیمـاران تأثیـر دارد. نتایـج پژوهـش حاضـر بـا نتایـج پژوهش‌هـای مذکـور همسـو می‌باشـد. ایـن پژوهـش هماننـد پژوهش‌هـای قبلـی بـه ایـن نتیجـه رسـید کـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـا کمـک بـه پذیـرش فعالانـه مشـکلات برآمـده از جراحـی ماسـتکتومی توانسـته اسـت مقاومـت آن‌هـا را دربـاره مشکلات‌شـان کـه برآمـده از جراحـی ماسـتکتومی اسـت بیش‌تـر کنـد و از ایـن‌رو فاجعه‌سـازی درد آن‌هـا کاهـش و احسـاس انسـجام روانـی آن‌هـا افزایـش یابـد.

تفسـیر مـردم از احسـاس درد و پاسـخ‌های آن‌هـا نسـبت بـه آن، تعیین‌کننـده تجربـه درد در آن‌هاسـت. افـکار فاجعه‌سـاز درد پیش‌بینی‌کننـده افسـردگی و ناتوانـی عملکـرد در آینـده اسـت[۳۲]. در جلسـات درمانـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـا اسـتفاده از فنـون ذهن‌آگاهـی و ضمیـر مشـاهده‌کننده، توجـه افـراد بـه افـکار و حـالات ذهـن و همچنیـن، بـودن در زمـان حـال جلـب می‌شـود کـه در نمره‌هـای پس‌آزمـون و پیگیـری گروه‌هـای مداخلـه ایـن تأثیـر دیـده می‌شـود[۱۷].

درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـا تـأثیراتی کـه بـر تنظـیم هیجـان و تغییـرات رفتـاری فـرد می‌گـذارد، منجـر به‌تغییراتـی در سـبک زندگـی و نگـرش بـه زنـدگی در فـرد می‌شـود؛ پذیـرش شـرایط، بـدون تـلاش بـرای تغییـر آن می‌توانـد مسـتقیماً در بهبـود کیفیـت زنـدگی مـوثر باشد[۳۳]. معنادرمانـی بـر فاجعه‌سـازی درد و کیفیـت زندگـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان اثربخـش اسـت. لازم به‌ذکـر اسـت کـه در جسـت‌وجوهای انجام‌شـده هیـچ پژوهشـی پیـدا نشـد کـه اثربخشـی معنادرمانـی بـر فاجعه‌سـازی درد و کیفیـت زندگـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان را مـورد بررسـی قـرار داده باشـد، امـا می‌تـوان به‌نتایـج پژوهـش جوان‌بخـت کشـیکانی و حق‌جـو[۲۵] کـه نشـان دادنـد معنادرمانـی بـر تـرس از پیشـرفت بیمـاری و درد و رنـج بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان پسـتان اثربخـش اسـت اشـاره کـرد. همچنیـن می‌تـوان بـه نتیجـه پژوهـش حسـینیان و همـکاران[۲۶] اشـاره کـرد کـه نشـان دادنـد معنادرمانـی گروهـی بـر سـلامت روان و کیفیـت زندگـی زنـان مبتـلا بـه سـرطان سـینه اثربخـش اسـت. عـلاوه بـر ایـن می‌تـوان بـه نتیجـه پژوهـش حق‌دوسـت و همـکاران[۲۷] کـه نشـان دادنـد معنادرمانـی بـر فاجعه‌پنـداری درد، پذیـرش درد و شـدت درد بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان پروسـتات تأثیـر دارد اشـاره کـرد. نتیجـه پژوهـش حاضـر بـا نتایـج پژوهش‌هـای مذکـور همسـو می‌باشـد. مطالعـه حاضـر هماننـد پژوهش‌هـای قبلـی نشـان می‌دهـد کـه معنادرمانـی بـا بهره‌گیـری از اصـول درمانـی خـود کـه مشـخصاً بـا بی‌معنایـی زندگـی چالـش می‌کنـد و فـرد را قـادر می‌سـازد تـا مقـدرات زندگـی خـود را پذیرفتـه و معنـای شـخصی خـود را کسـب کنـد، توانسـته اسـت فاجعه‌سـازی درد زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان را کاهـش و کیفیـت زندگـی آن‌هـا را افزایـش دهـد.

فاجعه‌پنـداری درد به‌سـادگی نتیجـه تفسـیر تکانه‌هـای عصبـی کـه به‌طـور مسـتقیم از نورون‌هـای حسـی بـه مغـز فرسـتاده می‌شـوند نیسـت، بلکـه پیـام درد قبـل از ورود به‌مغـز می‌توانـد تحـت تأثیـر دیگـر محرک‌هـای ورودی از جملـه افـکار، هیجانـات، لمـس و فشـار در قسـمت دروازه درد در شـاخ پشـتی نخـاع قرارگیـرد[۲۷]. به‌نحـوی کـه افـکار و هیجانـات منفـی دروازه درد را بـاز کنـد و اطلاعـات بیش‌تـری دربـاره درد بـه مغـز برسـاند و بالعکـس افـکار و هیجانـات مثبـت دروازه درد را بسـته نگـه داشـته و پیـام درد را محـدود می‌کننـد[۳۴]. معنادرمانـی باعـث کاهـش افـکار منفـی درمـورد فاجعه‌سـازی درد و ارسـال آن و درنتیجـه شـدت درد احساس‌شـده می‌شـود.

معنادرمانـی بـا انسـان و دنیـای او سـر و کار دارد، و بـه فـرد ایـن فرصـت را می‌دهـد تـا بـا نگرانی‌هـا و مفاهیـم

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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 خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ دهی محتمل به‌نظر 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 کلنیک‌های 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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, KalhorniyaGolkar 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, Flanagam 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]

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 Anxity, 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-14]