Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2024, Vol 14, No 4



Comparison of the Effectiveness of Logotherapy with Acceptance & Commitment Therapy on Pain Catastrophizing and Sense of Mental Coherence in Women with Breast Surgery Experience

Nazanin AminKazemi[1], Fateme Mohammadi[2], Hadi Smkhani Akbarinejhad[3*]

1. *MA in General Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*
2. *MA in General Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*
3. *Dept of Psychology, University College of Nabi AKram, Tabriz, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: The purpose of this study was to compare the effectiveness of logotherapy (LT) with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on pain catastrophizing and sense of mental coherence in women who have undergone breast surgery.

Material and Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest controlled design, including a follow-up. The study population consisted of all women with breast cancer who underwent postmastectomy radiotherapy in Tabriz in 2023. A purposive sampling method was used to select 45 women, who were divided into three groups, with 10 participants in each group. The intervention groups received their respective treatments over 8 sessions, each lasting 1.5 hours. The control group did not receive any intervention. All participants in the three groups completed the 13-item Pain Catastrophizing Scale by Sullivan et al and the 35-item Sense of Coherence Questionnaire by Flensberg, both before and 4 months after the intervention. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance.

Results: The results showed that LT (30.1±5.3) and ACT (29.9±5.4), compared to the control group (37.6±5.2), significantly reduced pain catastrophizing in women who underwent breast surgery in the post-test ($P<0.001$). These results also showed a lasting effect in the follow-up stage ($P<0.001$). Additionally, the results indicated that LT (55.2±3.5) and ACT (55.0±2.9), compared to the control group (48.8±3.5), significantly increased the sense of mental coherence in women who underwent breast surgery in the post-test ($P<0.001$). These results also showed a lasting effect in the follow-up stage ($P<0.001$). The results further revealed no significant difference between the two treatments in terms of their effect on pain catastrophizing and sense of mental coherence in the post-test and follow-up stages ($P>0.05$).

Conclusion: Both logotherapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective in reducing pain catastrophizing and increasing the sense of mental coherence in women who have undergone breast surgery.

Keywords: Logotherapy, Acceptance & Commitment Therapy, Pain Catastrophizing, Sense of Mental Coherence, Mastectomy

Please cite this paper as:
Amin Kazemi N, Mohammadi F, Smkhani Akbarinejhad H [Comparison of the Effectiveness of Logotherapy with Acceptance & Commitment Therapy on Pain Catastrophizing and Sense of Mental Coherence in Women with Breast Surgery Experience (Persian)]. J Anesth Pain 2024;14(4): 1-13.

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 2026-11-22]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۲

مقایسه اثربخشی معنادرمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان

نازنین امین کاظمی[۱]، فاطمه محمدی[۲]، هادی اسمخانی اکبری‌نژاد[۳*]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
۳. گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۶ تاریخ بازبینی: .... تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۵

چکیده

زمینـه و هـدف: هـدف پژوهـش حاضـر مقایسـه اثربخشـی معنادرمانـی بـا درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر فاجعه‌پنـداری درد و احسـاس انسـجام روانـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان بـود.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش نیمه‌آزمایشـی 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 ماستکتومی‌شـده شـهر تبریـز در سـال ۱۴۰۱ 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. هـر سـه گـروه، پیـش، پـس و ۴ مـاه پـس از مداخلـه به‌پرسشـنامه‌های ۱۳ سـوالی فاجعه‌پنـداری درد سـالیوان و همـکاران و ۳۵ سـوالی احسـاس انسـجام فلسـنبرگ پاسـخ دادنـد. تجزیـه و تحلیـل یافته‌هـا از طریـق آزمـون تحلیـل واریانـس آمیختـه بـا اندازه‌گیـری مکـرر انجـام گرفـت.

نتایـج: نتایـج نشـان داد کـه معنادرمانـی (۵/۳±۳۰/۱) و درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد (۵/۴±۲۹/۹) در مقایسـه بـا گـروه گـواه (۵/۲±۳۷/۶) در پس‌آزمـون منجـر بـه کاهـش فاجعه‌پنـداری درد زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان شـده‌اند (P<۰/۰۰۱) و ایـن نتایـج در مرحلـه پیگیـری نیـز نشـان از مانـدگاری اثـر دارد (P<۰/۰۰۱). همچنیـن، نتایـج نشـان داد کـه معنادرمانـی (۳/۵±۵۵/۲) و درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد (۲/۹±۵۵/۰) در مقایسـه بـا گـروه گـواه (۳/۵±۴۸/۸) در پس‌آزمـون، منجـر بـه افزایـش احسـاس انسـجام روانـی زنـان بـا تجربـه جراحـی پسـتان شـده‌اند (P<۰/۰۰۱) و ایـن نتایـج در مرحلـه پیگیـری نیـز نشـان از مانـدگاری اثـر دارد (P<۰/۰۰۱). همچنیـن نتایـج نشـان داد تأثیـر ایـن دو درمـان بـر فاجعه‌پنـداری درد و احسـاس انسـجام روانـی در مراحـل پس‌آزمـون و پیگیـری متفـاوت از هـم نیسـت (P>۰/۰۵).

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

واژه‌های کلیدی: معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فاجعه‌پنداری درد، احساس انسجام روانی، ماستکتومی

نویسـنده مسـئول: هادی اسمخانی اکبری‌نژاد، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران

پست الکترونیک: Hadiakbarinejhad@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

مقدمه

سرطان پستان (breast cancer) دومین عامل مرگ‌ومیر پس از سرطان ریه است[۱]. طی چهار دهه اخیر، سرطان پستان در زمره بیش‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار گرفته است[۲]؛ به‌طوری‌که از کل مبتلایان به سرطان در ایران، 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 متنوعی برای درمان سرطان پستان وجود دارد[۵] ه 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 کشور 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 فاجعه‌سازی درد (pain catastrophizing)[۱۱] و کاهش احساس انسجام روانی (sense of mental coherence)[۱۲] می‌شود.

احساس درد در بیماران مبتلا به‌سرطان پستان و ماستکتومی‌شده شایع است[۱۱] و فاجعه‌سازی درد به‌مجموع پاسخ‌های شناختی و کار 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].

احساس انسجام روانی به‌عنوان توانایی فرد در تشخیص استرسورهای زندگی و سپس بهره‌برداری کارآمد از منابع مقابله‌ای هماهنگ با استرسورها و حفظ سلامتی است[۱۲]. احساس انسجام روانی اظهار می‌کند که تا چه حد فرد دارای احساس اطمینان فراگیر، با ثبات و پویا است تا محرک‌های درونی و بیرونی در طول زندگی را ساختاریافته، قابل پیش‌بینی و شفاف بداند و منابع لازم برای رویارویی با این محرک‌ها را در دسترس انگارد و در نهایت این مطالبات برخاسته از محرک‌ها را چالش‌هایی ارزشمند بداند که ارزش صرف انرژی و زمان را دارد[۱۵]. Moyersو Hagger در پژوهشی نشان دادند که بین احساس انسجام روانی و سلامت جسمانی رابطه وجود دارد[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 کنترل و کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی‌شده دارند(۱۷) که معنادرمانی (logotherapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance & commitment therapy) از جمله آن‌ها هستند. معنادرمانی جزو مداخلات فرآیندمحوری‌ست که بر پایه فلسفه اگزیستانسیالیسم (existentialism) بنا شده است، در حالی‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی برآمده از موج‌های اول و دوم رویکردهای رفتاری‌ست؛ از این‌رو دلیل انتخاب این دو درمان برای مقایسه اثربخشی‌شان این است که آن‌ها ماهیتی کاملاً متفاوت دارند.

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[۱۸]. معنادرمانی با درنظر گرفتن گذرایی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

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[۱۹]. از این‌رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد[۲۰]. معنادرمانی بر کاهش ناامیدی[۲۱]، ترس از عود و اضطراب مرگ[۲۲]، ترس از پیشرفت بیماری و درد و رنج[۲۳] بیماران مبتلا به سرطان پستان، و اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات[۲۴] اثربخش است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شیوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد[۲۵]. 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[۲۶]. این درمان بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان[۲۷]، فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه[۲۸]، و احساس انسجام روانی[۲۹] بیماران 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 موثر 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 احساس انسجام روانی 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 معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر متفاوتی بر فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان دارند؟

مواد و روش‌ها

کد اخلاق پژوهش (IR.TABRIZU.REC.1401.072) بود. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایش 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 ۱۴۰۱ اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که به‌دلیل ابتلا به سرطان پستان عمل جراحی ماستکتومی انجام داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. نمونه‌گیری به‌روش هدفمند صورت گرفت. پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی در بین بیماران زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام همتاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های فاجعه‌پنداری درد Sullivan و همکاران و احساس انسجام Flensberg در بین ۱۱۳ بیمار اجرا شد و از بین ۸۲ 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

مداخله ۱ و ۲ (هر کدام ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار Gپاور (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد.

$$n = \frac{2\sigma_d^2 (Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا چهار ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره، و دو روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد 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، باقی‌ماندن 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 درنظر 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[۳۰] 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 فرد در این آزمون صفر و حداکثر ۵۲ می‌باشد. نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده فاجعه‌سازی کم‌تر می‌باشد[۳۰]. 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[۳۰]. در پژوهش Mohammadi و همکاران آلفای کرونباخ خرده مقیاس نشخوار ۰/۶۵، بزرگنمایی ۰/۵۳، درماندگی ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۴ گزارش شده است[۳۱]. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه گردید.

پرسشنامه احساس انسجام Flensberg (۲۰۰۶): این پرسشنامه حاوی ۳۵ سوال است که به‌صورت ۳ گزینه‌ای طراحی شده است. گزینه‌ها با مقیاس سه‌درجه‌ای ۱ (خیر)، ۲ (نمی‌دانم) و ۳ (بلی) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه با سوالاتی مانند (آیا احساس می‌کنید آدم صادق و صریحی هستید و حرف‌های خودتان را راحت می‌گویید؟) به سنجش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

احساس انسجام می‌پردازد. در این پرسشنامه حداقل نمره ۳۵ (احساس انسجام پایین) و حداکثر نمره ۱۰۵ (احساس انسجام بالا) می‌باشد. نسخه ۲۹ سوالی و ۱۳ سوالی این پرسشنامه توسط Antonovsky ساخته شده بود که توسط Flensberg، Ventegodt و Merrick در سال ۲۰۰۶ تجدیدنظر شد[۳۲]. در این مطالعه از نوع ۳۵ سوالی آن استفاده شد. زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه شامل فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری است؛ که در پژوهش حاضر تنها نمره کل احساس انسجام در نظر گرفته شده است[۳۲]. پایایی پرسشنامه طبق گزارش Flensberg و همکاران[۳۲] با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است. میزان همسانی درونی این مقیاس در پژوهشی، با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی آن با روش تنصیف و دونیمه‌سازی ۰/۸۹ به‌دست آمد[۳۳]. در این پژوهش، آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ محاسبه گردید.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی Andreson[۳۴] دریافت کردند (جدول ۱). همچنین، اعضای گروه مداخله ۲، 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[۳۵] 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. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر اعم از آزمون شاپیرو برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها، آزمون ام باکس برای بررسی همسانی ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرها، و آزمون کرویت موخلی برای بررسی کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته نشان داد که همه آن‌ها برقرارند و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۳/۹±۶/۴ سال، و میانگین و انحراف معیار تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آن‌ها ۲۴/۲±۲/۸ 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 ۱: ؟؟؟؟

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 2026-11-22]

جدول ۲: 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 کنترل 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 سه‌بعُدی به‌منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکر 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 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	معنادرمانی	۴۴/۳±۶/۱	۰/۳۷۳*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۱/۷±۵/۹	
	گواه	۴۵/۸±۷/۲	
	کل	۴۳/۹±۶/۴	
تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی	معنادرمانی	۲۳/۶±۲/۹	۰/۶۵۰*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۴/۳±۳/۲	
	گواه	۲۴/۸±۲/۳	
	کل	۲۴/۲±۲/۸	

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

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی 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 احساس انسجام روانی در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد ($P<۰/۰۰۱$). علاوه بر این تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی بر زنان با تجربه جراحی پستان پس از چهار ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P<۰/۰۰۱$).

نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی در گروه-های مداخله با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P<۰/۰۰۱$). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل معنادار می‌باشد ($P<۰/۰۰۱$). ازسوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های مداخله با گروه کنترل است؛ به‌طوری که هم در پس‌آزمون و هم در

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

پیگیری، نمرات فاجعه‌پنداری درد گروه‌های درمانی کم‌تر از نمرات گروه کنترل، و نمرات احساس انسجام روانی گروه‌های درمانی بیش‌تر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی گروه‌های مداخله متفاوت از یکدیگر نمی‌باشد؛ بنابراین، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش احساس انسجام روانی، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به‌سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است. 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 (معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. و نیز، اطلاعات مربوط به متغیر احساس انسجام روانی 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 احساس انسجام روانی نشان داد که بین نمرات متغیر احساس انسجام روانی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به‌عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

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
فاجعه‌پنداری درد	معنادرمانی	۳۸/۵±۵/۳	۳۰/۱±۵/۳	۳۰/۴۰±۵/۴	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۷/۶±۵/۳	۲۹/۹±۵/۴	۳۰/۲±۵/۴	P<۰/۰۰۱*	
	گواه	۳۷/۷±۵/۴	۳۷/۶±۵/۲	۳۷/۷±۵/۳	p =۰/۸۵۸	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p =۰/۹۲۱	p<۰/۰۰۴*	p<۰/۰۰۶*	-	-
احساس انسجام روانی	معنادرمانی	۵۰/۱±۳/۷	۵۵/۲±۳/۵	۵۵/۴±۳/۴	P<۰/۰۰۱*	P<۰/۰۰۱*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۹/۶±۳/۶	۵۵/۰±۲/۹	۵۵/۱±۳/۱	P<۰/۰۰۱*	
	گواه	۴۹/۲±۳/۳	۴۸/۸±۳/۵	۴۸/۵±۳/۷	p =۰/۶۱۸	
	سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	p =۰/۸۵۵	p<۰/۰۰۱*	p<۰/۰۰۱*	-	-

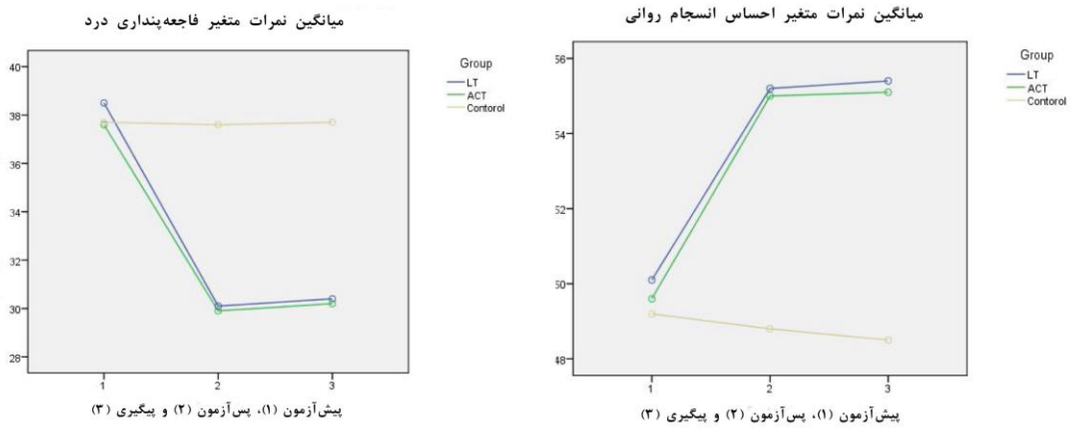
نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته *اختلاف معنی‌دار p<۰/۰۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

جدول ۵: مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه معنادرمانی در مقایسه با گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل		گروه معنادرمانی در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری درد	-۷/۵۰۰	*۰/۰۱۲	-۷/۷۰۰	*۰/۰۱۰	۰/۲۰۰	۱/۰۰۰
احساس انسجام روانی	۶/۴۰۰	*۰/۰۰۱	۶/۲۰۰	*۰/۰۰۱	۰/۲۰۰	۱/۰۰۰

$p<0/05$ *اختلاف معنادار



نمودار ۱: میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی گروه‌های مداخله و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

برای بررسی این مهم که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۵). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی گروه‌های مداخله با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P<0/001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی در گروه‌های مداخله نسبت به‌یکدیگر معنادار نمی‌باشد ($P>0/05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل می‌باشد؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی گروه‌های مداخله به‌ترتیب کم‌تر و بیش‌تر از نمره گروه کنترل می‌باشد؛ اما نمرات فاجعه‌پنداری درد و احساس انسجام روانی گروه‌های مداخله، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش احساس انسجام روانی به‌نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست (نمودار ۱).

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان بود، که به‌صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

فاجعه‌سازی درد و افزایش احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر دارند، و تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش فاجعه‌سازی درد و افزایش احساس انسجام روانی 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 احساس انسجام روانی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های مداخله‌ای با نزدیک‌شدن به‌پایان مداخله بر روی نمرات فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

بنابراین می‌توان گفت که معنادرمانی بر فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. لازم به‌ذکر است که در جست‌وجوهای انجام‌شده هیچ پژوهشی پیدا نشد که اثربخشی معنادرمانی بر فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان را مورد بررسی قرار داده باشد، اما می‌توان به‌نتایج پژوهش Javanbakht Keshikan و Haghjo که نشان دادند معنادرمانی بر ترس از پیشرفت بیماری و درد و رنج بیماران مبتلا به سرطان پستان اثربخش است اشاره کرد[۲۳]. همچنین می‌توان به نتیجه پژوهش Haghdoost و همکاران که نشان دادند معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات تأثیر دارد اشاره کرد[۲۴]. 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 احساس انسجام روانی 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 به‌مغز می‌تواند تحت تأثیر دیگر محرک‌های ورودی از جمله افکار، هیجانات، لمس و فشار در قسمت دروازه درد در شاخ پشتی نخاع قرارگیرد[۲۴]. 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[۳۵]. معنادرمانی باعث کاهش افکار منفی درمورد فاجعه‌سازی درد و ارسال آن و درنتیجه شدت درد احساس‌شده می‌شود.

معنادرمانی امید را در فرد بیمار به‌وجود آورده و لذت معنوی عمیق ایجاد می‌کند؛ درنتیجه احساس اطمینان و آرامش و افراد قدرت بیش‌تری برای مقابله با بیماری‌ها و عوارض جراحی ماستکتومی به‌دست خواهند آورد و کم‌تر دچار اضطراب، افسردگی می‌شوند[۳۶]؛ لذا یافتن معنا در زندگی، به زنان ماستکتومی‌شده کمک کرده تا به احساس انسجام روانی بیش‌تری دست یافتند.

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی 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 احساس انسجام روانی زنان با تجربه جراحی پستان مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش Daneshnia و همکاران 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[۲۷]. همچنین، می‌توان به نتیجه پژوهش‌های EzzatPanah و Latifi[۲۸] و Chizari و Agili [۲۹] اشاره کرد که به‌ترتیب نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه؛ و احساس انسجام روانی بیماران تأثیر دارد. 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

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

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[۳۷]. در جلسات درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از فنون ذهن و آگاهی 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[۲۵].

عوامل استرس‌زای بزرگ در زندگی می‌تواند رویدادهایی باشد که بر دیدگاه فرد از باب معنای زندگی تأثیر گذارد[۳۸]. به‌نظر Antonovsky[۳۹]، افراد با احساس انسجام روانی قوی، در رویدادهای استرس‌زا منعطف‌تراند؛ به‌عبارتی آن‌ها در مورد احساسات و هیجانات خویش آگاهی بیش‌تری دارند و کم‌تر استرس‌ها را تهدید تلقی می‌کنند. شرکت‌کنندگان در برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرصت بیش‌تری برای مشغولیت در جنبه‌های معنادار زندگی را خواهند یافت؛ بدین معنا که بیش‌تر خود را به‌عنوان یک انسان می‌نگرند تا یک بیمار و اجازه نمی‌دهند که بیماری زندگی‌شان را تحت تأثیر قرار دهد و آن را ادراه کند[۴۰]. علاوه بر این، Antonovsky[۳۹] معتقد بود که تجربیات غیرقابل انتظار و غیرقابل کنترل و وضعیت‌های بلاتکلیف، احساس انسجام روانی را تضعیف می‌کند، و می‌توان پذیرفت که زنان ماستکتومی‌شده این شرایط را تجربه می‌کنند؛ در نتیجه آن‌ها در گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد صرف‌نظر از مهارت‌ها و فنون خاصی که فرا گرفته‌اند، در میزان احساسات مذکور (غیرقابل کنترلی و غیرقابل انتزاع بوده‌اند) کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند و به‌سبب آن، میزان احساس انسجام روانی‌شان بالا رفته است.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی زنان ماستکتومی‌شده متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر فاجعه‌سازی درد و احساس انسجام روانی زنان ماستکتومی‌شده 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 نشانگان افت روحیه 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 پاسخدهی 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 معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش فاجعه‌پنداری درد و افزایش احساس انسجام روان‌شاختی 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 بر عهده نازنین امین‌کاظمی، فاطمه محمدی و هادی

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

اسمخانی اکبری‌نژاد بود. همچنین، نازنین امین‌کاظمی و فاطمه محمدی خوی اصلاحات مقاله، شناسایی نمونه متشکل از زنان ماستکتومی‌شده را برعهده داشتند و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را اجرا کردند.

تشکر و قدردانی

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

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. Kaźmierczak M, Gebuza G, Czajkowska N, Bannach M, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Assessment of the level of the sense of coherence and its relationship with the acceptance of illness in women treated for breast cancer. Med Og Nauk Zdr 2019; 25(4): 266–273.
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. Krok D. Sense of coherence and psychological well-being among coronary heart disease patients: a moderated mediation model of affect and meaning in life. Curr Psychol 2020; 1-9.
16. Moyers S A, Hagger M S. Physical activity and sense of coherence: a meta-analysis. IRSP 2020;https://www.doi.org/10.1080/1750984X.2020.1846068.
17. 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.
18. 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.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]

19. Frankel, V. Man search for meaning. (Translated by Nehzat Salehian & Mahin Milani). 56en ed. Tehran: Rasa; 2019: 23-24. [in Persian].
20. 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].
21. Mohabbat Bahar S, Golzari M, Akbari M E, Moradi-Joo M. Effectiveness of Group Logo Therapy on Decreasing Hopelessness in Women with Breast Cancer . ijbd 2015; 8(1): 49-58. [in Persian].
22. Kiarasi Z, Emadian S O, Fakhri M K. Effectiveness of Logotherapy on Fear of disease progression, Death Anxiety of cancer in Women with Breast Cancer. IJCA 2021; 2(1): 3-10. [in Persian].
23. 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].
24. 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].
25. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2016: 134-135.
26. 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.
27. 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].
28. 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].
29. Chizari S, Agili M. Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment therapy sense of cohesion in Patients. Second Congress of New Findings in the Field of Family, Mental Health, Disorders, Prevention and Education, Tehran. p.98. [in Persian].
30. Sullivan M J L, Bishop S, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. Psychol Assess 1995; 7(4): 524-532.
31. 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].
32. Flensborg-madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and health. A cross-sectional study using a new scale (SOC II). SWJ 2006; 6: 2200-11.
33. Ehteshamzadeh P, Sabri Nazarzadeh R, Mmarbashy Avval I. The Relationship between Sense of Coherence and Job Performance with Mediating Mental Health and Coping Strategies. JPMM 2013; 3(13): 83-95. [in Persian].
34. 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/
35. 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.
36. Dehdari T, Yarahmadi R, Taghdisi MH, Daneshvar R, Ahmad Poor J. The relationship between meaning in life and depression, anxiety and stress status among college students of Iran University of Medical Sciences in 2013. JHEHP 2013; 1(3): 83 - 92. [in Persian].
37. 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.
38. Shabani M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Decreasing Depression and Sense of Coherence in Diabetic Patients (Persian((. Fourth International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Sciences. Tehran, Nikan University 2017:53. [in Persian].
39. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. HPI 1996; 11(1): 11-18.
40. Matousek R H, Dobkin P L. Weathering storms: a cohort study of how participation in a mindfulness based stress reduction program benefits women after breast cancer treatment. CCRJ 2010; 17(4): 62-70.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-22]