Journal of Anesthesiology and Pain Autumn 2023, Vol 14, No 3



The Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on Pain Anxiety and Self-Empathy in Women with Breast Cancer: Multiple baseline single subject research

Alireza Jamshidi[1], Davood Manavipour[2*], Mohammad Ali Besharat[3], Mina Mojtabaei[4]

1. *PhD student in clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran*
2. *Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran*
3. *Professor, Depatment of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran*
4. *Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: The objective of current study was to determine the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on pain anxiety and self-empathy of women suffered from breast cancer.

Material and Methods: The research was conducted with the logic of single-case multiple-baseline designs with follow-up phases.

The statistical population were all female patients with breast cancer who came to Tehrans' hospitals in 2021-2022. A sample of 3 patients was drawn from the latter population and the therapy sessions were conducted individually for each case. The investigation tools were McCracken and Dhingra's Pain Questionnaire (2002) and Manavi Pour et al.'s Empathy Questionnaire (2019). using improvement percentage index and within and between situation analyzes, the data were analyzed in SPSS and Excel software.

Results: The improvement percentage results illustrated that intensive short-term dynamic psychotherapy adequately powered patients with breast cancer where the impact for patients in the treatment stage was moderate and for those in the follow-up phase was moderate to high. Moreover, the efficacy results for self-empathy variable for patients in the treatment stage were medium to high while for the follow-up phase the significant effect found in patients. Visual analysis and the results of intra-situational and inter-situational analyzes indicated a significant difference between the baseline and intervention stages for all subjects (PND=100). The efficacy and stability of intensive short-term dynamic psychotherapy on pain anxiety and self-empathy of women with breast cancer was confirmed in the follow-up phase.

Conclusion: The outcomes of the research revealed that intensive short-term dynamic psychotherapy is promising method on pain anxiety and self-empathy of women with breast cancer. Therefore, it would suggest that clinical psychologists use this treatment to reduce pain anxiety and increase self-empathy in women with breast cancer.

Keywords: intensive short-term dynamic psychotherapy**,** pain anxiety, self-empathy**,** women**,** breast cancer

Please cite this paper as:
Jamshidi A, Manavipour D, Besharat A, Mojtabaei M [The Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on Pain Anxiety and Self-Empathy in Women with Breast Cancer: Multiple baseline single subject research (Persian)]. J Anesth Pain 2023;14(3): 50-64.

Corresponding Author: Davood Manavipour, Associate Professor, Department of Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran
Email: manavipor53@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۴، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

اثر بخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان: پژوهش تک آزمودنی چند خط‌پایه

علیرضا جمشیدی[۱]، داود معنوی پور[۲*]، محمدعلی بشارت[۳]، مینا مجتبایی[۴]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران
۳. استاد گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۴. دانشیار گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۵/۱۰ **تاریخ بازبینی: ۱۴۰۲/۶/۱۷** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۱۰**

چکیده

زمینـه و هـدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر اثر بخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

مـواد و روش‌هـا: طرح پژوهش تک‌آزمودنی از نوع چند خط‌پایه‌ای با دورهٔ پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۱ بود نمونه آماری ۳ نفر زن مبتلا به سرطان پستان بود. جلسات درمانی برای هریک از آن‌ها به‌صورت انفرادی اجراء گردید. ابزارهای پژوهش، پرسشنامه اضطراب درد مک کراکن و دینگرا (۲۰۰۲) و پرسشنامه همدلی معنوی پور و همکاران (۱۳۹۹) بودند. داده‌ها با استفاده از شاخص درصد بهبودی، تحلیل‌های درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی در نرم‌افزارهای SPSS و Excel، بررسی شدند.

نتایـج: نتایج درصد بهبودی نشان داد که روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله درمان تأثیر متوسط و در مرحله پیگیری تاثیر متوسط به بالا داشته است و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیادی داشته است. تحلیل‌های دیداری و نتایج تحلیل‌های درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی حاکی از تفاوت معنادار بین مرحله خط‌پایه و مداخله برای همهٔ آزمودنی‌ها بود (PND=۱۰۰). ماندگاری اثر روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحلهٔ پیگیری تأیید شد.

نتیجه‌گیـری: براساس یافته‌های این پژوهش مشخص شد که روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است، لذا پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان بالینی از این درمان برای کاهش اضطراب درد و افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت، اضطراب درد، همدلی خود، زنان، سرطان پستان

نویسـنده مسـئول: داود معنوی پور، دانشیار گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

پست الکترونیک: manavipor53@yahoo.com

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود [۱]. یکی از انواع سرطان‌هایی که زنان مبتلا می‌شوند، سرطان پستان (breast cancer) است. سرطان پستان، بدخیمی بافت اصلی پستان است. در این بیماری سلول‌های نسج پستان که سازنده‌ی شیر برای تغذیه نوزادان است، دچار بدخیمی می‌شوند. سرطان پستان شایع ترین سرطان تشخیص داده شده سرطان پستان شایع‌ترین سرطان میان زنان جهان و ایران است [۲،۳] و علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان در سراسر جهان است [۴]. طبق آمار انستیتو ملی سرطان ایالات متحد آمریکا، از هر ۸ زن یک نفر در زندگی خود مبتلا به سرطان پستان می‌شود [۵] و در ایران ۲۴/۵ درصد از کل سرطان‌های زنان را به خود اختصاص می‌دهد [۶]

مطالعات نشان داده است که شیوع پریشانی روانی در میان بیماران مبتلا به سرطان پستان زیاد است و آنها در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اضطراب و افسردگی شدید و کاهش کیفیت زندگی هستند [۷]. واکنش روانشناختی یکی از جنبه های مدل استرس روانی است. واکنش شناختی، واکنش عاطفی و روان حرکتی اجزای واکنش روانی هستند [۸]. افراد در واکنش های روانی خود نسبت به آسیب پذیری خود در برابر منابع استرس متفاوت هستند. میزان واکنش روانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان با سلامت روان مرتبط است و منجر به مشکل در سازگاری روانی و عدم اطمینان در آینده آنها می شود [۹].

سرطان پستان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبه‌رو می‌کند و اثرات طولانی مدتی بر روی سلامت روانی این بیماران بر جای می‌گذارد [۱۰،۱۱]. شواهد قانع‌کننده‌ای مبنی بر افزایش خطر اضطراب، افسردگی و خودکشی، و اختلالات عصبی شناختی و جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با زنان بدون سرطان وجود دارد. برای مثال Carreira [۱۲] در یک مطالعه به روش مرور نظامند در باره پیامدهای روان شناختی سرطان پستان با بررسی ۶۰ پژوهش نشان دادند که از ۳۸ مطالعه در مورد افسردگی، در ۱۹ مطالعه افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان از نظر آماری معنی‌دار بود و ۱۳ مطالعه از ۳۱ مورد علائم افسردگی را از نظر بالینی تعیین کردند. از ۲۱ مطالعه در مورد اضطراب در ۱۱ مطالعه، اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان از نظر آماری معنی‌دار بود. علاوه بر آن در زنان مبتلا به سرطان پستان اختلالات عصبی شناختی، اختلالات جنسی، اختلال خواب، اختلالات مرتبط با استرس پس از سانحه، افکار خودکشی، جسمی سازی، اختلالات دوقطبی و وسواس فکری-اجباری مشخص گردید.

اضطراب (anxiety) به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت روان، از رایج‌ترین واکنش‌های روانشناختی است که بیماران مبتلا به سرطان پستان در طی تشخیص و درمان سرطان از خود نشان می‌دهند [۱۳]. همچنین احساس درد (pain) در بیماری سرطان سینه شایع است [۱۴] و اضطراب مرتبط با درد به عنوان یکی از مهم‌ترین متغیرهای سهیم در ایجاد و تداوم دردها مطرح است [۱۵]. اضطراب مرتبط با درد (pain-related anxiety)، به مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد می‌شوند و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند [۱۶]. سطوح بالای اضطراب مرتبط با درد، به اجتناب از فعالیت‌هایی کمک می‌کند که به نوبه خود اغلب اوقات به شرطی زدایی جسمانی، مشکلات رفتاری ثانویه و کاهش تماس اجتماعی منجر می‌شود و سرانجام به صورت یک چرخه در می‌آید [۱۷].

یکی دیگر از مواردی که در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده می‌شود، نگرانی از تصویر بدنی و عواقب جراحی سرطان پستان می‌باشد [۱۸] که این مسئله به همراه اضطراب درد بالای این بیماران می‌تواند بر همدلی خود (self empathy) این افراد تاثیرگذار باشد. برای رسیدن به مفهوم همدلی خود ابتدا باید به معنای همدلی پرداخت. منظور از همدلی، سائق و توانایی فهم حالات، هیجان‌ها و افکار دیگران و پاسخ‌دهی به آن‌ها با هیجان‌های متناسب و همخوان یا به عبارتی توانایی سهیم شدن در احساس‌های دیگران و گرایش به تجربه نیابتی حالات‌هیجانی آن‌هاست[۱۹]. همدلی خود به معنای داشتن وفاق و یکدلی با خود است. همدلی خود یعنی اتحاد میان تمامی عناصر درون روانی که شامل احساس، شناخت و رفتار است. فرد دارای همدلی خود از انسجام و یکپارچگی درونی برخوردار است و به آنچه در دنیای درونی‌اش می‌گذرد واقف و پذیراست. براساس این تعاریف و برخلاف تصور رایج از این مفهوم، همدلی به عنوان دوست داشتن خود نیست، بلکه در معنای اتحاد و وفاق با خود است. با توجه به این تعریف مفهوم همدلی خود مفهوم جدیدی است[۲۰]. همانطور که در بالا بیان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

شد اضطراب به عنوان یکی از شاخص‌های سلامت روان، از رایج‌ترین واکنش‌های روانشناختی است که بیماران مبتلا به سرطان پستان در طی تشخیص و درمان سرطان از خود نشان می‌دهند[۱۳]. چنانچه نتایج پژوهش‌های به دست آمده در خصوص اضطراب و تنیدگی زنان مبتلا به سرطان در ۱۶ مطالعه بیانگر آن بود که شیوع اضطراب متوسط یا شدید از ۱۶ تا ۶۵ درصد به عنوان شایع‌ترین عارضه در این بیماران مطرح است[۲۱]. با توجه به اضطراب این بیماران و بر اساس مثلث تعارض در روانپویشی، عناصر درون روانی موثر در چرخه نوروز عبارت‌اند از احساس، اضطراب و دفاع که با تعریفی که از همدلی خود بیان شد می‌توان همدلی خود را به میزان آگاهی از این عناصر و درک چگونگی روابط بین آن‌ها تعریف کرد یعنی فردی که احساس‌ها و اضطراب‌ها و مکانیسم‌های دفاعی که دارد را متوجه می‌شود و می‌تواند به روشنی درک کند که چه زمانی مضطرب می‌شود و چه احساسی دارد و در حال استفاده از چه مکانیسمی است و با استفاده از آن در حال کاستن از اضطراب و پنهان کردن احساسش است، سطح بالایی از همدلی خود را دارد[۲۲]. بنابراین با توجه به سطح بالای اضطراب در بیماران زن مبتلا به سرطان و استفاده از مکانیزم‌های دفاعی برای کاهش اضطرابشان، همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان از سطح پایینی برخوردار است[۲۳]

با مرور پیشینه پژوهش های منتشر شده در زمینه درمان اضطرب درد و همدلی خود در بین بیماران مبتلا به انواع سرطان از جمله سرطان پستان مشخص می‌شود که از درمان‌های روانپزشکی و دارویی و همچنین مداخلات روان شناختی و روان درمانی با استفاده از رویکردهای درمانی مختلف از جمله درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنویت درمانی و واقعیت درمانی[۲۴-۲۶] برای بهبود وضعیت روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده شده است، اما روش‌هایی چون روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت (intensive short-term dynamic psychotherapy)کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. با توجه خلاء پژوهشی موجود در این زمینه، در این پژوهش رویکرد روان‌درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت برای اضطراب درد مورد استفاده قرار می‌گیرد.

روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت که یکی از انواع مداخلات روان‌درمانگری مبتنی بر روان‌تحلیلگری است توسط دوانلو طراحی شده است[۲۷]. هدف این شیوه؛ دسترسی به احساسات و عواطفی است که در ناهشیار (unconscious) افراد و در طولانی مدت توسط ایشان سرکوب یا مورد غفلت واقع شده است[۲۸]. اما این روش برخلاف بیشتر فنون رایج روان کاوی که طولانی مدت و سازمان نیافته هستند؛ کوتاه مدت، سازمان یافته و البته اثر بخش است. به طوریکه در هرجلسه درمان ساختاری مشخص را دنبال می کند. دیدگاه روان پویشی براین اندیشه استوار است که افکار و هیجان و احساسات موجود در ناهشیار از علل مهم رفتار بوده و رفتار قابل مشاهده تابعی از فرایندهای روانی داخلی و رویدادهای پنهان است. در روان پویشی با مفهومی به نام اتحاد درمانی ناهوشیار (unconscious therapeutic alliance)، روبرو می شویم که از نظر داوانلو نیرویی شفابخش در بیماران است و با مقاومت درمانی ایشان به نبرد رفته و با تولید تصاویر ذهنی و خاطرات زنده از محتوای ناخودآگاه، روشنایی را بر ساختار هسته اصلی ناهشیار می‌تابانند. تا هنگامی که اتحاد درمانی ناهشیار بر مقاومت مسلط است، ناهشیار گشوده شده است؛ به عبارتی دسترسی مستقیم به ناخودآگاه به روشی جزئی یا عمده حاصل شده است. کل این فرایند را توالی پویشی محوری گشودن ناهشیار می‌نامد[۲۹-۳۱]. با بررسی‌های انجام شده در زمینه اثر بخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود مطالعه منتشر شده‌ای یافت نشد. اما در زمینه تأثیر این درمان بر اختلالات اضطرابی پژوهش‌هایی صورت گرفته است. برای مثال، Keefe[۳۲]در یک فراتحلیل به بررسی اثربخشی درمان‌های روانپویشی در اختلال‌های اضطرابی پرداختند. این مطالعه شامل ۱۴ کارآزمایی کنترل شده تصادفی و ۱۰۷۳ بیمار بود. فراتحلیل بر روی آن‌ها انجام گرفت. یافته‌ها تفاوت معناداری را بین درمان‌های روانپویشی و گروه‌های کنترل نشان داد رحمانی، صالحی و رضاعی (۱۳۸۸) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی دارودرمانی و روانپویشی بر اضطراب تعمیم یافته در یک نمونه ۳۶ نفری پرداختند. نیمی از آزمودنی‌ها تحت دارو درمانی و نیمی دیگر تحت روان درمانی پویشی قرار گرفتند. نتایج پژوهش بیانگر کاهش مشابه حضور نشانه‌های اضطراب در دو گروه بودند. اما شدت اضطراب در گروه روان درمانی پویشی کاهش بیش‌تری را نشان داد[۳۳]. همچنین عباس و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان روانپویشی به حد نرمالی موجب کاهش نمرات افسردگی، اضطراب و مشکلات بین فردی بیماران شده است[۲۷، ۳۴].

بررسی‌ها نشان می‌دهد مسائل روانشناختی و تاثیر آن در بروز یا تشدید علایم بیماری‌های روان‌تنی از جمله سرطان، ایجاد شرایط مناسب زندگی برای بیماران کمتر مورد توجه بوده است. علاوه بر آن اثربخشی درمان

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان چندان مورد توجه قرار نگرفته است. بنابر تمهیدات یاد شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان‌درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان است. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان مؤثر است؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر ماهیت یک طرح تجربی تک‌آزمودنی (single case experimental design) چند خط‌پایه (multiple baseline) با استفاده از افراد مختلف با دورهٔ پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری ۳ نفر زن مبتلا به سرطان پستان بود. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: ۱- ابتلا به سرطان پستان بر اساس پرونده پزشکی ۲- - شرکت کنندگان در دو سال اخیر به سرطان پستان بدون متاستاز مبتلا شده باشند و نمره پرسشنامه اضطراب درد آن ها حداقل ۴۰ و نمره پرسشنامه همدلی خود حداکثر ۲۵ باشد شرکت کنندگان باید حداقل ۳ ماه از تشخیص سرطان در آن‌ها گذشته باشد و و فرآیند شیمی درمانی را آغاز کرده باشند. هدف از تعیین این فاصله زمانی این است که بیماران واکنش‌های هیجانی اولیه بعد از تشخیص را پشت سر گذاشته باشند و به وضعیت نسبتا ثابت رسیده باشند. ۳- حداقل سطح تحصیلات دیپلم. ۴- سن ۵۵-۲۵، ۵- عدم اختلالات حاد روانشناختی. ۶- عدم مصرف الکل و مواد. ۷- عدم استفاده از داروهای اعصاب و روان. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت‌اند از: ۱- داشتن همزمان بیماری جسمی مشخص دیگر به جز سرطان پستان ۲- مشکلات مالی قابل توجه در حدی که بر فرآیند درمان موثر باشد. ۳- استفاده از هر نوع خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای ۴- غیبت بیش از دو جلسه در درمان. ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفت. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به کد اخلاق با شناسه IR.IAU.R.REC.1401.074 می‌باشد.

آزمودنی‌هابه‌طور تصادفی و به‌طور همزمان وارد مرحلهٔ «خط‌پایه» شدند. تفاوت بین آزمودنی‌ها در تعداد جلسات خط‌پایه بود، بدین معنی که بین دو تا چهار جلسه مرحله «خط‌پایه» را گذراندند؛ بدین صورت که آزمودنی‌های اول دو جلسه خط‌پایه در دو هفته، آزمودنی‌های دوم، سه جلسه خط‌پایه در سه هفته و آزمودنی‌های سوم، چهار جلسه خط‌پایه در چهار هفته را به صورت انفرادی گذراندند. آزمودنی‌ها به‌ترتیب وارد مرحلهٔ «مداخله» شدند؛ مداخله نیز به‌صورت انفرادی و هر هفته یک جلسه، جمعاً هشت جلسه در هشت هفته برای هر کدام از آزمودنی‌ها اجراء گردید. بعد از دریافت جلسات آموزش، آزمودنی‌ها به‌ترتیب وارد مرحلهٔ «پیگیری» شدند؛ پیگیری نیز به‌صورت انفرادی و چهار هفته و هر هفته یک جلسه اجرا شد. وضعیت آزمودنی‌ها در جلسات مراحل خط‌پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: وضعیت آزمودنی‌ها در جلسات مراحل خط‌پایه، مداخله و پیگیری

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶
آزمودنی اول	مرحله خط‌پایه ۲ هفته ۲ جلسه							مرحله‌مداخله ۸ هفته ۸ جلسه				مرحله‌پیگیری ۴ هفته ۴ جلسه				
آزمودنی دوم	مرحله خط‌پایه ۳ هفته ۳ جلسه					مرحله مداخله ۸ هفته ۸ جلسه								مرحله پیگیری ۴ هفته ۴ جلسه		
آزمودنی سوم	مرحله خط‌پایه ۴ هفته ۴ جلسه							مرحله مداخله ۸ هفته ۸ جلسه								مرحله پیگیری ۴ هفته ۴ جلسه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

برای هریک از آزمودنی‌ها در مرحلهٔ «خط‌پایه»، آزمون اضطراب درد و پرسشنامه همدلی خود اجرا گردید؛ و هر یک از آزمودنی‌ها به صورت انفرادی هشت جلسه روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت را در هشت هفته دریافت کردند. در مرحلهٔ «پیگیری» هر آزمودنی در چهار جلسه پیگیری یک هفته‌ای شرکت کرد. تمام ارزیابی‌های مراحل خط‌پایه، مداخله و پیگیری و فرآیند مداخله توسط پژوهشگر اول که در این زمینه آموزش‌های لازم را دیده بود، انجام گرفت. در تمام مراحل، مدت زمان هر جلسه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. بدین ترتیب تمامی مراحل اجراء پژوهش ۱۶ هفته به‌طول انجامید. خلاصه ساختار جلسات روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت در جدول ۲ ارائه شده است.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه اضطراب درد: این پرسشنامه توسط Mc-Cracken and & Dhingra به منظور سنجش نشانه های اضطراب درد طراحی و تدوین شده است[۳۵]. در ایران نیز توسط قضایی و همکاران اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال و ۴ مولفه شناختی (سوالات ۱ تا ۵)، گریز – اجتناب (سوالات ۶ تا ۱۰)، ترس (سوالات۱۱ تا ۱۵) و اضطراب فیزیولوژیکی (سوالات ۱۶ تا ۲۰) می باشد و بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (زمانی که درد دارم، نمی توانم فکر کنم.) به سنجش نشانه های اضطراب درد می پردازد. حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر ۸۰ است. آزمودنیها باید در دامنه صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) به سوالات پاسخ دهند. Kleiman و همکاران در پژوهشی، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. داوودی و همکاران، در پژوهشی بر روی یک گروه ۵۰ نفری از بیماران مبتلا به دردهای روماتیسمی در ایران، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس اضطراب درد ۰/۸۸ و برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۷ محاسبه کردند . ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش قضایی و همکاران (۱۳۹۷) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۱ به دست آمده است[۳۶].

پرسشنامه همدلی خود: این پرسشنامه توسط معنوی پور و همکاران[۲۰] بر مبنای رویکرد روان پویشی دوانلو و مالان در سال ۱۳۹۹ با ۱۶ گویه ۵ عامل توجه به بدن، درک احساس، درون نگری، اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی را اندازه گیری می‌کند. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقیاس با ضریب پایایی و روایی سازه و محتوایی برای غربالگری افراد در میزان همدلی خود مناسب است

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از حلیل‌های درون موقعیتی (میانه، میانگین، محفظه ثبات، دامنه تغییرات، تغییر طراز نسبی و مطلق) و تحلیل‌های بین موقعیتی (تغییرات روند (Trending) و تغییر در سطح و POD (Percentage of Non-overlap-ping Data) PND (Percentage of Overlapping Data) و محاسبه درصد بهبودی از روش میانگین کاهش از خط‌پایه (Mean Baseline Reduction) استفاده شد. محاسبات عددی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام شد. مقادیر بالای ۷۰ درصد در PND نشان دهندهٔ تأثیر بالای مداخله، بین ۵۰ تا ۷۰ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کمتر از ۵۰ درصد حاکی از اثربخش نبودن مداخله است [۲۴]. همچنین مقادیر بالای ۵۰ درصد بهبودی نشان دهندهٔ تأثیر بالای مداخله، بین ۲۵ تا ۴۹ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کمتر از ۲۵ درصد حاکی از اثربخش نبودن مداخله است.

پروتکل روان‌درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت مطابق با رویکرد Davanloo[۳۷] هر هفته یکبار به مدت ۸ جلسه و هر جلسه حدود ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بر روی نمونه پژوهش به صورت جلسات فردی اجرا شد. در این رویکرد، مرحله اول درمان پرسش پویشی در خصوص مشکلات، مرحله دوم فشار، مرحله سوم چالش، مرحله چهارم مقاومت انتقالی، مرحله پنجم رخنه در ناهشیار، مرحله ششم تحلیل انتقال، مرحله هفتم کاوش پویشی در ناهشیار است. خلاصه ساختار جلسات روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اساس توالی پویشی مطابق با رویکرد Davanloo[۳۷] در جدول ارائه شده است.

یافته‌ها

هر سه نفر از شرکت کنندگان متاهل بودند. دو شرکت کننده دارای مدرک کارشناسی و یک شرکت کننده دارای دیپلم بود. میانگین سن سه شرکت کننده ۸ ±۴۴ سال بود.

نمرات اضطراب درد و همدلی خود آزمودنی‌ها در سه مرحله خط‌پایه، مداخله و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۲: پروتکل روان‌درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت

مراحل	عنوان	توضیحات
۱	پرسش از مشکل بیمار	توالی پویشی ابتدا با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می‌شود. در واقع هدف اصلی مشخص کردن مسئله اصلی بیمار در یک رخداد اخیر زندگی است که بیمار تجربه کرده است. در اینجا توانایی بیمار در پاسخگویی و کاوش در خصوص ماهیت و عوامل مشکلش مشخص می‌شود و ارزیابی ایگوی بیمار و آموزش او برای اینکه چگونه مسائلش را بررسی کند شامل هدف‌های جزیی این مرحله است.
۲	فشار	معمولا بیمار مشکلات و علائم خود را به‌صورت مبهم و نامشخص بیان می‌کند. در این مرحله بیمار در برابر فشار درمانگر برای پاسخ‌های مشخص‌تر و دقیق‌تر و شناخت ماهیت واقعی احساسات تجربه شده مانند خشم مقاومت نشان می‌دهد و درمانگر با درخواست شناخت دقیق و کامل چگونگی تجربه درونی بیمار از احساسات خود، فشار را افزایش می‌دهد. در واقع هدف اصلی در این مرحله فعال‌سازی دفاع‌های بیمار و برافراشتن سیستم مقاومت است و افزایش اضطراب در بیمار هدف جزئی این مرحله است.
۳	چالش با مقاومت	به دنبال فشار درمانگر بین مقاومت بیمار (میل به فرار از درد) و پیمان درمانی (میل به رهایی از مشکل) تعارض درون روانی ایجاد می‌شود و دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند. در این مرحله درمانگر ماهیت و پیامد آن‌ها را برای بیمار روشن می‌کند و با مقابله کردن و سد کردن آنها، به چالش با آنها می‌پردازد. هدف اصلی این مرحله تشدید تعارض‌های درون روانی بیمار و هدایت او به سمت مقاومت انتقالی است و روشن‌سازی ماهیت دفاع‌های فعال شده بیمار و حذف سیستم دفاعی بیمار از اهداف جزئیی این مرحله به حساب می‌آیند.
۴	تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن	چالش با مقاومت به برانگیختگی احساسات پیچده انتقالی منجر می‌شود. درمانگر در این مرحله نیز با استفاده از روشن سازی و چالش در شکستن سیستم‌های دفاعی وابسته به انتقال می‌کوشد. در این فرآیند تنش درونی بین مقاومت و پیمان درمانی به حداکثر خود می‌رسد و این فرآیند ادامه می‌یابد تا پیمان درمانی بر مقاومت غلبه کند و امکان رخنه در مواد آسیب‌شناختی ناهشیار بیمار فراهم گردد. در واقع در این مرحله تمامی مقاومت‌ها و دفاع‌های بیمار ضد احساس‌های انتقالی فعال می‌شوند و بیمار تلاش می‌کند از این تجربه بگریزد. بنابراین مراحل سه گانه نخست پروتکل درمانی این‌جا به صورت متمرکز بر احساس‌های انتقالی تکرار می‌شود و فشار و چالش بی‌امان ادامه پیدا می‌کند تا بیمار بتواند احساس‌هایی که در اینجا و اکنون نسبت به درمانگر دارد را تجربه کند.
۵	رخنه در ناهشیار	در این مرحله بیمار احساسات انتقالی خود را به طور واقعی لمس می‌کند. بهره‌گیری از تخیل برای به تصویر کشیدن تکانه روشی است که در این مرحله برای دسترسی بیمار به تجربه کامل و ابراز هیجانات بکار می‌رود. در نتیجه درمانگر و بیمار هر دو می‌توانند نیروهای پویشی آسیب‌شناختی را به طور مستقیم مشاهده کنند.
۶	تحلیل انتقال	برقرای ارتباط و تحلیل شباهت ها بین الگوی ارتباط بیمار در انتقال با دیگر روابط وی در زندگی کنونی و گذشته اش
۷	کاوش پویشی در ناهشیار	پس از رخنه در ناهشیار و تحکیم روند بازگشایی امکان بررسی مسائل مختلف بیمار به وجود می‌آید و درمانگر با استفاده از مثلثهای شخص و تعارض و جستجوی مسائل دیگر بیمار با سایر افراد مهم زندگی‌اش می‌پردازد. تقویت شدن پیمان درمانی در مراحل قبل از یک سو کاهش قابل توجه فعالیت سیستم دفاعی بیمار از سوی دیگر موجب میشود که درمان با حداقل فشار و چالش پیش برود و بیمار بتواند کانون‌های اصلی نوروز خود را تجربه کند.

میانگین درصد بهبودی نمرات اضطراب درد وهمدلی خود در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است

مقادیر درصد بهبودی نمرات اضطراب درد و همدلی خود در جدول ۴ نشان می‌دهد که روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. از آنجایی که مقادیر بالای ۵۰ درصد بهبودی نشان دهنده‌ی تأثیر بالای مداخله، بین ۲۵ تا ۴۹ درصد تأثیر متوسط مداخله و مقادیر کم‌تر از ۲۵ درصد حاکی از اثربخش نبودن مداخله است[۳۸]. می توان گفت برای آزمودنی اول، دوم و سوم در مرحله درمان در مقایسه با مرحله خط پایه روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر متوسطی داشته است. در متغیر همدلی خود برای آزمودنی اول در مرحله درمان در مقایسه با مرحله خط پایه روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت زیاد و برای

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

آزمودنـی هـای دوم و سـوم تاثیـر متوسـط بـه بـالا داشـته است. بـرای آزمودنـی اول، دوم و سـوم در مرحلـه پیگیـری در مقایسـه بـا مرحلـه خـط پایـه روان درمانـی پویشـی متمرکـز کوتـاه مـدت بـر اضطـراب درد تاثیـر متوسـط بـه بـالا داشـته اسـت. در متغیـر همدلـی خـود بـرای آزمودنـی اول، دوم و سـوم در مرحلـه پیگیـری در مقایسـه بـا مرحلـه خـط پایـه روان درمانـی پویشـی متمرکـز کوتـاه مـدت تاثیـر زیـادی داشـته اسـت.

بـه طـور کلـی روان درمانـی پویشـی متمرکـز کوتـاه مـدت بـر اضطـراب درد زنـان مبتـلا بـه سـرطان پسـتان در مرحلـه درمـان تاثیـر متوسـط و در مرحلـه پیگیـری تأثیـر متوسـط بـه بـالا داشـته اسـت و بـرای متغیـر همدلـی خـود در مرحلـه درمـان تأثیـر متوسـط بـه بـالا و در مرحلـه پیگیـری تأثیـر زیـادی داشـته اسـت.

نتایـج میانگیـن، تغییرطـراز نسـبی، تغییـر طـراز مطلـق و جهـت در تحلیل‌هـای درون موقعیتـی بـرای آزمودنی‌هـا در جـدول ۵ حاکـی از آن اسـت کـه هـر سـه آزمودنـی در متغیرهـای اضطـراب درد و همدلـی خـود بهبـود یافتنـد. تحلیل‌هـای بیـن موقعیتـی بـرای آزمودنی‌هـا در متغیـر اضطـراب درد در جـدول ۶ ارائـه شـده اسـت. همان‌طـور کـه مشـاهده می‌شـود PND بـرای همـهٔ آزمودنی‌هـا ۱۰۰ می‌باشـد کـه حاکـی از مؤثـر بـودن روان درمانـی پویشـی متمرکـز کوتـاه مـدت بـر اضطـراب درد زنـان مبتـلا بـه سـرطان سـینه اسـت.

جدول ۳: نمرات اضطراب درد و همدلی خود آزمودنی‌ها در سه مرحله خط‌پایه، مداخله و پیگیری

مراحل اندازه‌گیری	اضطراب درد			همدلی خود		
	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه اول	۴۴	۴۳	۵۰	۲۳	۲۴	۲۴
خط پایه دوم	۴۵	۴۴	۴۹	۲۱	۲۳	۲۲
خط پایه سوم	-	۴۴	۵۱	-	۲۵	۲۳
خط پایه چهارم	-	-	۴۶	-	-	۲۲
جلسه اول مداخله	۳۷	۳۷	۴۷	۲۶	۲۵	۲۵
جلسه دوم مداخله	۳۲	۳۴	۴۰	۲۹	۲۸	۳۰
جلسه سوم مداخله	۲۲	۳۰	۳۳	۳۳	۳۲	۲۸
جلسه چهارم مداخله	۲۲	۲۹	۲۵	۳۲	۳۶	۳۱
جلسه پنجم مداخله	۲۴	۲۲	۲۸	۳۶	۴۱	۳۵
جلسه ششم مداخله	۲۳	۲۵	۲۳	۳۷	۳۹	۳۹
جلسه هفتم مداخله	۲۶	۲۰	۲۱	۳۹	۴۲	۳۷
جلسه هشتم مداخله	۲۳	۲۳	۲۲	۳۸	۴۰	۴۰
جلسه اول پیگیری	۲۳	۲۱	۲۵	۳۷	۳۵	۳۵
جلسه دوم پیگیری	۲۴	۲۶	۲۷	۳۵	۳۶	۳۴
جلسه سوم پیگیری	۲۴	۲۱	۲۴	۳۶	۳۷	۳۳
جلسه چهارم پیگیری	۲۴	۲۲	۲۴	۳۵	۳۷	۳۵

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۴: میانگین درصد بهبودی نمرات اضطراب درد وهمدلی خود در سه مرحله خط پایه، درمان و پیگیری

آزمودنی میانگین		مرحله خط پایه میانگین	مرحله حین درمان میانگین	مرحله پیگیری	درصد بهبودی در مرحله درمان نسبت به خط پایه	درصد بهبودی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله خط پایه	درصد بهبود کل در مرحله درمان	درصد بهبود کل در مرحله پیگیری
اضطراب درد	اول	۴۴/۵	۲۶/۱۲	۲۳/۷۵	۴۱/۳۰	۴۶/۶۲	۳۹/۰۸	۴۷/۶۵
	دوم	۴۳/۶۶	۲۷/۵۰	۲۲/۵	۳۶/۹۲	۴۸/۳۹		
	سوم	۴۹	۲۹/۸۷	۲۵/۵	۳۹/۰۴	۴۷/۹۵		
همدلی خود	اول	۲۲	۳۳/۷۵	۳۵/۷۵	۵۳/۴۰	۶۲/۵	۴۸/۷۸	۵۴/۶۹
	دوم	۲۴	۳۵/۳۷	۳۶/۲۵	۴۷/۳۷	۵۱/۰۴		
	سوم	۲۲/۷۵	۳۳/۱۲	۳۴/۲۵	۴۵/۵۸	۵۰/۵۴		

جدول ۵. تحلیلهای درون موقعیتی برای آزمودنیهای در متغیرهای اضطراب درد و همدلی خود

اضطراب درد								
۱- توالی موقعیت	مرحله خط‌پایه			مرحله مداخله			مرحله پیگیری	
	آزمودنی یک	آزمودنی دو	آزمودنی سه	آزمودنی یک	آزمودنی دو	آزمودنی سه	آزمودنی یک	آزمودنی دو	آزمودنی سه
۲- تعداد جلسات	۲	۳	۴	۸	۸	۸	۴	۴	۴
	۳- طراز								
۳-۱- میانه	۴۴/۵	۴۴	۴۹/۵	۲۳/۵	۲۷	۲۶/۵	۲۴	۲۱/۵	۲۵/۵
۳-۲- میانگین	۴۴/۵	۴۳/۶۶	۴۹	۲۶/۱۲	۲۷/۵	۲۹/۸۷	۲۳/۷۵	۲۲/۵	۲۵/۵
۳-۳- دامنه تغییرات	۴۴-۴۵	۴۳-۴۴	۴۶-۵۱	۲۲-۳۷	۲۰-۳۷	۲۱-۴۷	۲۳-۲۴	۲۱-۲۶	۲۴-۲۷
۳-۴- محفظه ثبات	۳۵/۷-۵۳/۳	۳۵/۷-۵۳/	۳۹/۵-۵۹/۵	۱۸/۸-۲۸/۲	۲۱/۶-۳۲/۴	۲۱/۶-۳۲/	۱۹/۲-۲۸/۸	۱۷/۲-۲۵/۸	۲۰/۴-۳۰/۶
۳-۵- دامنه‌تغییرات محفظه‌ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر
	۴- تغییر طراز								
۴-۱- تغییر طراز نسبی	۰	۰	۱+	-۳/۵	-۹/۵	-۱۳	-۰/۵	-۲	-۲
۴-۲- تغییر طراز مطلق	-۱	-۱	-۱	-۱۴	-۱۴	-۲۵	-۱	-۲	-۲۵
	۵- روند								
۵-۱- جهت	همسطح	همسطح	همسطح	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی	نزولی
۵-۲- ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر
همدلی خود									
مرحله پیگیری	مرحله خط‌پایه			مرحله مداخله			مرحله پیگیری	
	آزمودنی یک	آزمودنی دو	آزمودنی سه	آزمودنی یک	آزمودنی دو	آزمودنی سه	آزمودنی یک	آزمودنی دو	آزمودنی سه
۲- تعداد جلسات	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴
	۳- طراز								
۳-۱- میانه	۲۲	۲۴	۲۲/۵	۳۴/۵	۳۷/۵	۳۳	۳۵/۵	۳۶/۶	۳۴/۵
۳-۲- میانگین	۲۲	۲۴	۲۲/۷۵	۳۳/۷۵	۳۵/۳۷	۳۳/۱۲	۳۵/۷۵	۳۶/۲۵	۳۴/۲۵
۳-۳- دامنه تغییرات	۲۱-۲۳	۲۴-۲۵	۲۲-۲۴	۲۶-۳۸	۲۵-۴۰	۲۵-۴۰	۳۵-۳۷	۳۵-۳۷	۳۳-۳۵
۳-۴- محفظه ثبات	۱۷/۶-۲۴/۴	۱۹/۲-۲۸/۸	۱۸-۲۷	۲۷/۶-۴۱/۴	۳۰-۴۵	۲۶/۴-۳۹/۶	۲۸/۴-۴۲/۶	۲۹/۲۸-۴۳/۹۲	۲۷/۶-۴۱/۴
۳-۵- دامنه‌تغییرات محفظه‌ثبات	با ثبات	با ثبات	با ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر
	۴- تغییر طراز								
۴-۱- تغییر طراز نسبی	۰	۰	۰	۷	۱۱/۵	۹	۰/۵	۱/۵	۰/۵
۴-۲- تغییر طراز مطلق	۱	۱	۱	۱۳	۱۶	۱۵	۲	۲	۲
	۵- روند								
۵-۱- جهت	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی	صعودی
۵-۲- ثبات	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر	متغیر

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

جدول ۶: تحلیل‌های بین موقعیتی برای آزمودنی‌ها در متغیر اضطراب درد

بین موقعیتی	آزمودنی اول		آزمودنی دوم		آزمودنی سوم	
۱- مقایسه موقعیت						
۱-۲- تغییر جهت	نزولی		نزولی		نزولی	
۲-۲- اثر وابسته به هدف	مثبت		مثبت		مثبت	
			۲- تغییرات روند			
۳-۲- تغییر مطلق	۴۴ به ۳۷	۳۷ به ۲۳	۴۴ به ۳۷	۳۷ به ۲۱	۵۰ به ۳۷	۴۷ به ۲۵
۳-۳- تغییر میانه	۴۴/۵ به ۲۳/۵	۲۳/۵ به ۲۴	۴۴ به ۲۷	۲۷ به ۲۱/۵	۴۹/۵ به ۲۶/۵	۲۶/۵ به ۲۵/۵
۴-۳- تغییر میانگین	۴۴/۵ به ۲۶/۱۲	۲۶/۱۲ به ۲۳/۷۵	۴۳/۶۶ به ۲۷/۵	۲۷/۵ به ۲۲/۵	۴۹ به ۲۹/۷۸	۲۹/۷۸ به ۲۵/۵
			۲- تغییرات روند			
PND -۴-۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
POD -۴-۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰

جدول ۷: تحلیل‌های بین موقعیتی برای آزمودنی‌ها در متغیر همدلی خود

بین موقعیتی	آزمودنی اول		آزمودنی دوم		آزمودنی سوم	
۱- مقایسه موقعیت						
۱-۲- تغییر جهت	صعودی		صعودی		صعودی	
۲-۲- اثر وابسته به هدف	مثبت		مثبت		مثبت	
			۲- تغییرات روند			
۳-۲- تغییر مطلق	۲۱ به ۳۷	۲۱ به ۳۷	۲۳ به ۴۰	۲۳ به ۳۷	۲۲ به ۴۰	۲۲ به ۳۵
۳-۳- تغییر میانه	۲۲/۵ به ۳۴/۵	۲۲/۵ به ۳۵/۵	۲۳ به ۳۷/۵	۲۳ به ۳۶	۲۳ به ۳۳	۲۳ به ۳۴/۵
۴-۳- تغییر میانگین	۲۲ به ۳۳/۷۵	۲۲ به ۳۵/۷۵	۲۴ به ۳۵/۳۷	۲۴ به ۳۶/۲۵	۲۲/۷۵ به ۳۳/۱۲	۲۲/۷۵ به ۲۵/۳۴
			۲- تغییرات روند			
PND -۴-۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
POD -۴-۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰

تحلیل‌های بین موقعیتی برای آزمودنی‌ها در متغیر همدلی خود در جدول ۷ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود PND برای همهٔ آزمودنی‌ها ۱۰۰ می‌باشد که حاکی از مؤثر بودن روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر همدلی خود زنان مبتلا به سرطان سینه است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. یافته‌های به دست آمده نشان داد که روانپویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است ومنجر به کاهش اضطراب درد در آنها شد. نتایج این مطالعه همسو با مطالعات Keefe و همکاران[۳۲] رحمانی، صالحی و رضاعیی[۳۳] و Abbass و همکاران[۲۷] است.

اضطراب مرتبط با درد (pain-related anxiety) ، به

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

مجموع پاسخ‌های شناختی و آشکار روانی و رفتاری اشاره دارد که معمولاً به عنوان اضطراب قلمداد می‌شوند و در پاسخ به درد یا رویدادهای مرتبط با درد نشان داده می‌شوند[۱۶].

در تبیین اثربخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد در زنان مبتلا به سرطان پستان اینگونه می‌توان بیان کرد که در پژوهش حاضر با استفاده از پروتکل روان‌درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت مطابق با رویکرد Davanloo [۳۷] توالی پویشی محوری که شامل هفت مرحله مداخله است که عبارتند از پرسش، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهشیار به کار گرفته شد. در جلسات، درمانگر به روشن سازی دفاع‌ها و به دنبال آن فشار بر تجربه احساسات و چالش با موانع دفاعی پرداخت.در این مراحل درمانگر با تمرکز بر مثلث تعارض، فرآیند تجربه تکانه‌ها، بروز اضطراب و بکارگیری دفاع‌ها را برای مراجع روشن ساخت . به کارگیری این فنون به جنبش احساسات شدید و ترکیبی در انتقال (رابطه مراجع-درمانگر) منجر می‌شود و لایه‌های دفاعی تنیده در خوی بیمار بر ضد این احساسات را فعال می‌سازد. این موقعیت تعارضی، تعارض‌های مشابه بیمار را در گذشته بیدار می‌کند. با به کارگیری این فنون سیستم دفاعی مراجع شکسته شده و احساسات مراجع در انتقال به طور مستقیم لمس و ابراز شد. این فرآیند با استفاده از مثلث شخص عملی شد و در نتیجه تجارب و آسیب‌های پدیدآورنده ناهشیار گشوده شدند. هنگامی که مراجع با آنچه قبلا از آن می گریخته (احساسات) است هشیارانه روبرو شد انتظار می‌رود دیگر به دفاع‌هایی تکیه نکند که ماهیتی واپس رونده و خودتخریبی دارند. در این شرایط من مراجع خودمختاری خود را به دست آورده و انتظار می‌رود سازوکارهای منطقی‌تری را برای کنار آمدن با احساسات و تجربیات خود فرا گرفته که این امر باعث افزایش کارکرد روانی آن‌ها شده باشد[۳۹]. بنابراین انتظار می‌رود این توانمندی اضطراب درد در آنها را کاهش داده است و بدین ترتیب توانسته‌اند در ارتباط با تعارضات موجود و بیماری‌شان (سرطان) روش حل مسئله بهتر و منطقی‌تری اتخاذ کنند و قابل انتظار است که همین تجربه شفابخش احساسات و دست برداشتن از دفاع‌های ناسالم باشد که منجربه آرامش بیماران و کاهش اضطراب درد در پایان جلسات درمان شده باشد. همانطور که Davanloo به نقل از Hickey معتقد است که دستیابی به احساس‌ها موجب از بین رفتن مکانیسم‌های دفاعی ناسالم و اضطراب می‌شود[۲۰].

نتیجه دیگر پژوهش حاکی از اثربخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان است و همدلی خود در آنها افزایش یافته است. مطالعه منتشر شده‌ای که به بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر همدلی خود پرداخته باشد یافت نشد، لذا امکان مقایسه یافته پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات دیگر فراهم نشد. بر اساس مثلث تعارض در روانپویشی، عناصر درون روانی موثر در چرخه نوروز عبارتاند از احساس، اضطراب و دفاع که می‌توان همدلی خود را به میزان آگاهی از این عناصر و درک چگونگی روابط بین آن‌ها تعریف کرد. فرد دارای همدلی خود از انسجام و یکپارچگی درونی برخوردار است و به آنچه در دنیای درونی‌اش می‌گذرد واقف و پذیراست.

در تبیین اثربخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان اینگونه بیان کرد که درمانگر در جلسات درمانی با تمرکز بر مثلث تعارض، فرآیند تجربه تکانه‌ها، بروز اضطراب و بکارگیری دفاع‌ها را برای مراجع روشن ساخت و مراجع به این آگاهی دست پیدا کرد که در دنیای درون روانی‌اش چه می‌گذرد و متوجه احساس‌ها، اضطراب‌ها و مکانیسم‌های دفاعی خود مشد و فردی که احساس‌ها و اضطراب‌ها و مکانیسم‌های دفاعی که دارد را متوجه می‌شود و می‌تواند به روشنی درک کند که چه زمانی مضطرب می‌شود و چه احساسی دارد و در حال استفاده از چه مکانیسمی است و با استفاده از آن در حال کاستن از اضطراب و پنهان کردن احساسش است، سطح بالایی از همدلی خود را دارد [۲۰]. بنابراین انتظار می‌رود مراجع با واقف شدن به دنیای درون روانی‌اش به همدلی خود دست پیدا کرده و این آگاهی میزان همدلی خود را در او افزایش دهد. همچنین بعد از به کارگیری مراحل توالی پویشی محوری و دستیابی به احساسات و از بین رفتن مکانیسم‌های دفاعی ناسالم و اضطراب درد، مراجع در پایان هر جلسه با آرامش بیشتر نگاهی به کل این فرآیند می اندازد و انتظار می‌رود همدلی خود یعنی آگاهی به دنیای درون روانی خویش در پایان جلسات به اوج برسد و بواسطه تجربه احساسات عمیق که منجر به رهایی و کاهش اضطراب درد شد انتظار می‌رود به دنبال آن همدلی خود نیز در مراجع افزایش پیدا کرده باشد. و اظهارات مراجعان و حس خوشایندشان در انتهای هر جلسه را می‌توان نمود کاهش اضطراب درد و به تبع آن

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

افزایش همدلی خود در آنها تلقی کرد.
یافته دیگر پژوهش حاکی از این است که روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری اثر بیشتری داشته است. روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت برای متغیر اضطراب درد در مرحله درمان تأثیر متوسط و در مرحله پیگیری تاثیر متوسط به بالا داشته است و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیادی داشته است. این یافته بیانگر آنست که کاهش نمرات در اضطراب درد و افزایش نمرات در همدلی خود در جلسات آخر نسبت به جلسات اول روند صعودی داشته است و این تغییرات جلسات آخر در مراحل پیگیری حفظ شده‌اند و میانگین نمرات در مرحله پیگیری بالتبع نسبت به میانگین نمرات در مرحله درمان بیش‌تر شده است و این امر ماندگاری اثر روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان سینه در مرحلهٔ پیگیری را تایید می‌کند همانگونه که Davanloo[۳۳] در پژوهشی نشان داد که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت به طور کلی درمان موثری است و در پیگیری نیز فوائدش پایدار است.
یافته دیگر پژوهش حکایت از آن دارد که روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به اضطراب درد در آنها اثربخشی بیشتری داشته است به طوری که برای متغیر اضطراب درد در مرحله درمان تأثیر متوسط و در مرحله پیگیری تاثیر متوسط به بالا و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیادی داشته است.
در تبیین یافته فوق می‌توان به این نکات اشاره کرد: اولین نکته اینکه آزمودنی‌ها بواسطه بیماری سرطان به دردهایی دچار بودند که خود این درد جسمانی که گهگاهی در طول جلسات روان‌درمانی و همینطور مابین جلسات فزونی می‌یافت اضطراب درد را در آن‌ها افزایش می‌داد در حالی که مراجع در صورتی که این دردها را داشت درمانگر او را متوجه اضطرابش، دفاع‌هایش و احساسات پشت آن می‌کرد و فرد به دنیای درون روانی‌اش آگاه می‌شد و در ادامه به آنچه در دنیای درونی‌اش می‌گذرد واقف و پذیراست[۳۰]. و انتظار می‌رود همدلی خود در او چه در جلسات و چه مابین جلسات افزایش پیدا کند پس این دردها می‌تواند اضطراب درد را افزایش دهد ولی مراجع با آگاه شدن از آن درست است که کمی از اضطراب دردش کاسته می‌شود اما قابل انتظار است که صرف آگاهی، همدلی خود در او بهبودی بیشتری داشته باشد. نکته بعدی اینکه این دردهای جسمانی و محدودیت‌های حرکتی باعث می‌شد که تجربه احساس خشم در عمل کمی با ملاحظه و در بعضی مواقع در تخیل صورت گیرد و همین مساله در مواردی منجر به کاستن از برافراشته شدن ناهشیار و متعاقب آن از عمق احساساتی که مراجع تجربه می‌کرد می‌شد و در ادامه کاهش اضطراب درد که در نتیجه تجربه عمیق احساسات به دست می‌آید کمتر حاصل می‌شد اما مراجع صرف آگاهی از دنیای درون خویش همدلی خود را افزایش می‌دهد و در ادامه به اندازه‌ای که احساساتش را تجربه کند و از اضطرابش کاسته شود انتظار می‌رود همدلی خود در او فزونی گیرد و حتی با آگاهی از آن مقدار از اضطراب که کم نشده و باقی مانده باز همدلی خود در او بهبود یابد.با تبیین های فوق الذکر قابل انتظار است که نمره بهبودی همدلی خود در مقایسه با اضطراب درد در آزمودنی‌ها بالاتر باشد.

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد زنان مبتلا به سرطان سینه در مرحله درمان و پیگیری تأثیر متوسطی داشته است و برای متغیر همدلی خود در مرحله درمان تأثیر متوسط به بالا و در مرحله پیگیری تأثیر زیادی داشته است. براساس یافته‌های این پژوهش پیشنهاد می شود روان شناسان بالینی از این درمان برای کاهش اضطراب درد و افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کنند.
پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی متمرکز کوتاه مدت بر اضطراب درد زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته است، لذا تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و همچنین افراد مبتلا به بیماری‌هایی غیر از سرطان پستان با محدودیت مواجه است. عدم پیگیری بلندمدت اثر درمان از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. علاوه براین در این پژوهش صرفا به اضطراب درد و همدلی خود در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد و اثر این درمان بر سایر متغیرهای روان‌شناختی و همچنین دیگر انواع سرطان‌ها مورد بررسی قرار نگرفت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثرات درمان در مراحل پس از درمان در فواصل زمانی طولانی مورد بررسی قرار گیرد و نیز

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

اثـر برخـی متغیرهـای احتمالـی تاثیرگـذار نیـز کنتـرل گـردد.

حامی مالی
در انجـام ایـن پژوهـش از حمایـت مالـی هیـچ موسسـه یـا سـازمانی اسـتفاده نشـده اسـت.

نقش هر یک از نویسندگان
تمامـی نویسـندگان نقـش برابـری در پیشـبرد ایـن مطالعـه داشـته‌اند.

تضاد منافع
بـا توجـه بـه مـوارد منـدرج در راهنمـای تعـارض منافـع، نویسـندگان ضمـن تعهـد بـه آگاهـی و رعایـت کلیـه» راهنمای کشـوری اخـلاق در انتشـار آثـار پژوهشـی» اعـلام می‌داریـم ایـن پژوهـش هیچگونـه تعـارض منافـع نداشـته اسـت.

تشکر و قدردانی
از تمامـی شـرکت کننـدگان در پژوهـش، بیمارسـتان پارسـا، خانـم دکتـر رسـتمی و تمامـی کسـامی کـه در اجـرای پژوهش همـکاری کردنـد، تشـکر و قدردانـی می‌شـود.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

References

1. Morhun J, Racine N, Guilcher G, Tomfohr-Madsen L, Schulte F. Health-related quality of life and well-being in parents of infants and toddlers with cancer. Current Oncology. 2020;27(2):206-15.
2. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi S-M, Balouchi A. [Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis (Persian)]. Breast cancer research and treatment. 2019;176:519-33.
3. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP. 2017;18(7):1889.
4. Bagheri Sheykhangafshe F. [Mental Health and Quality of Life of Breast Cancer Patients During the COVID-19 Pandemic (Persian)]. Iranian Journal of Breast Diseases. 2021;14(2):76-80.
5. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA: a cancer journal for clinicians. 2019;69(1):7-34.
6. Noori K, Sahraee P, Keshavarz Mohammadi N. [Barriers to Participation of Breast Cancer Patients' Relatives in Mammographic Screening (Persian)]. Iranian Journal of Breast Diseases. 2021;14(2):26-40.
7. ALACACIOĞLU A, Ulger E, Varol U, Yildiz I, Salman T, Bayoglu V, et al. Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2014;15(24.(
8. Rom O, Reznick AZ. The stress reaction: a historical perspective. Respiratory Contagion. 2016:1-4.
9. Wagner CD, Bigatti SM, Storniolo AM. Quality of life of husbands of women with breast cancer. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2006;15(2):109-20.
10. Cui Q, Cai Z, Li J, Liu Z, Sun S, Chen C, et al. The psychological pressures of breast cancer patients during the COVID-19 outbreak in China—a comparison with frontline female nurses. Frontiers in psychiatry. 2020;11:559701.
11. Kale HP, Carroll NV. Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health-related quality of life among US cancer survivors. Cancer. 2016;122(8):283-9.
12. Carreira H, Williams R, Müller M, Harewood R, Stanway S, Bhaskaran K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2018;110(12):1311-27.
13. Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, Nakanishi T, et al. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. Japanese Journal of Clinical Oncology. 2001;31(5):188-94.
14. Wang K, Yee C, Tam S, Drost L, Chan S, Zaki P, et al. Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. The Breast. 2018;42:113.27-
15. Asmundson GJ, Collimore KC, Bernstein A, Zvolensky MJ, Hadjistavropoulos HD. Is the latent structure of fear of pain continuous or discontinuous among pain patients? Taxometric analysis of the pain anxiety symptoms scale. The Journal of Pain. .95-387:(5)8;2007
16. Asmundson G, Vlaeyen J, Crombez G. Understanding and treating fear of pain: Oxford University Press; 2004.
17. Schreier AM, Johnson LA, Vohra NA, Muzaffar M, Kyle B. Post-treatment symptoms of pain, anxiety, sleep disturbance, and fatigue in breast cancer survivors. Pain Management Nursing. 2019;20(2):146-51.
18. Hasanpour DA, Shaaban M. [Relationship between cancer characteristics and quality of life in the cancer patients under chemotherapy referred to selected clinic of Tehran university of medical sciences (Persian)]. 2005.
19. Van Lissa CJ, Hawk ST, Meeus WH. The effects of affective and cognitive empathy on adolescents' behavior and outcomes in conflicts with mothers. Journal of experimental child psychology. 2017;158:32-45.
20. Manavipour D, Shahabi P, Pirkhaefi A. [The psychometric properties of the questionnaire self-empathy (Persian)]. Social Cognition. 2020;9(2):173-82.
21. Asghari Ebrahim Abad MJ, Kareshki H. [Psychological consequences of breast cancer in Iran: a systematic review (Persian)]. Journal of Advanced Biomedical Sciences. 2018;8(4):986-99.
22. Manavipour D.[Mobilization of the unconscious (Persian)]. 2, editor. Tehran: Didavar; 2020.
23. Mehrabani F, Barati F, Ramezanzade Tabriz E, Bakaeian M, Gholami Chaboki B. [Unpleasant

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]

emotions (stress, anxiety and depression) and it is relationship with parental bonding and disease and demographic characteristics in patients with breast cancer (Persian)]. Iranian Journal of Breast Diseases. 2016;9(3):42-52.
24. Lai H-L, Chen C-I, Lu C-Y, Huang C-Y. Cognitive behavioral therapy plus coping management for depression and anxiety on improving sleep quality and health for patients with breast cancer. Brain Sciences. 2021;11(12):1614.
25. Zamanian S, Danesh E, Bolhari J, Ahadi H, Ghahari S. [Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Spiritual Therapy on the Death Anxiety of Women with Breast Cancer (Persian)]. Social Determinants of Health. 2019;5(1):48-61.
26. Elahi Nejad S, Makvand Hosseini S, Sabahi P. Comparing the effectiveness of reality therapy and neurofeedback training on improving the quality of life in women with breast cancer. Neuropsychology. 2020;6(1):63-82.
27. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: A randomized controlled trial. The Journal of nervous and mental disease. 2008;196(3):211-6.
28. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo, MD: John Wiley & Sons; 2001.
29. Kenny DT, Arthey S, Abbass A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for severe music performance anxiety: assessment, process, and outcome of psychotherapy with a professional orchestral musician. Medical Problems of performing artists. 2014;29(1):3-7.
30. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000.
31. Davanloo H. Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. International Journal of Short-Term Psychotherapy. 1996;11(3):129-52.
32. Keefe JR, McCarthy KS, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber JP. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. Clinical Psychology Review. 2014;34(4):309-23.
33. Rahmani F, Salehi M ,Rezae F. [Treating generalized anxiety disorder using pharmacological and psychodynamic approaches of therapy (Persian)]. 2009.
34. Shayesteh H, Narimani M, Fathi M. comparing the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and hypnotherapy on the quality of life of patients with chronic pain disorder. 2022.
35. McCracken LM, Dhingra L. A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. Pain research and management. 2002;7:45-50.
36. Ghazaei M, Davodi I, Neysi A ,Mehrabizadeh Honarmand M, Basak Nejad S. [Effectiveness of cognitive behavioral therapy and psycho-education on fear of natural childbirth and its related variables (Persian)]. Journal of Applied Psychology. 2018;12(1):103-25.
37. Davanloo H. Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo, MD. (No Title). 1995.
38. Ogles BM, Lunnen KM, Bonesteel K. Clinical significance: History, application, and current practice. Clinical psychology review. 2001;21(3):421-46.
39. Frederickson J. Co-creating change: Seven leaves press; 2013.

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-17]