Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 10/ No. 2/ 2023
Page: 107-117

The effectiveness of pain-based training program on depression and anxiety in cancer patients

Sahar Miraveisi[1], Hamzeh Ahmadian[2], Omid Moradi[3], Bayazid Ghaderi[4]

1-PhD Student, Deparment of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
2- Assistant Professor, Deparment of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran (Corresponding Author). E-mail: Ahmadian2012@gmail.com
3- Associate Professor, Department of Family Counseling, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.
4- Associate Professor, Department of Internal Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

Received: 30/11/2022 **Accepted:** 05/04/2023

Abstract

Introduction: Cancer patients experience chronic pain and excruciating pain, which makes it difficult for them to tolerate and adapt.

Aim: This research was conducted with the aim of determining the effectiveness of an educational program based on compromise with pain on depression and anxiety of cancer patients.

Method: The present research was conducted in a semi-experimental way with a pre-test and post-test design along with a control group. The statistical population of this research included all cancer patients referred to health centers and clinics in Sanandaj city in 2019, and 30 cancer patients were selected by available sampling and then randomly assigned to experimental and control groups. The participants in the experimental group received the educational program based on compromise with pain in 10 sessions 2-hour, and the participants in the control group did not receive any intervention. Data collection tools were Beck Anxiety Questionnaire (1990) and Beck Depression Questionnaire (1961). Data were analyzed using SPSS-22 statistical software, descriptive indices and covariance analysis.

Results: The results showed that the program based on compromise with pain had a significant effect ($P<0.01$) on the depression of cancer patients and reduced depression in cancer patients, and the program based on compromise with pain had a significant effect on the anxiety of cancer patients ($P<0.01$) and has improved anxiety in cancer patients.

Conclusion: Based on the results of the research, this program can be used in counseling clinics to help cancer patients, considering the key role of the educational program based on compromise with pain in reducing depression and anxiety of cancer patients.

Keywords: Anxiety, Cancer, Depression, Pain, Pain-based training program

How to cite this article: Miraveisi S, Ahmadian H, Moradi O, Ghaderi B. The effectiveness of pain-based training program on depression and anxiety in cancer patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(2): 107-117. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1706-fa.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دهم، شماره ۲، ۱۴۰۲
صفحات: ۱۱۷-۱۰۷

اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی

سحر میراویسی[۱]، حمزه احمدیان[۲]، امید مرادی[۳]، بایزید قادری[۴]

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Ahmadian2012@gmail.com
۳. دانشیار، گروه مشاوره خانواده، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.
۴. دانشیار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۰۹ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۰۱/۱۶

چکیده

مقدمه: بیماران سرطانی دردهای مزمن و دردهای طاقت‌فرسایی را تجربه می‌کنند که تحمل و سازگاری را برای آن‌ها دشوار می‌کند.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های شهر سنندج در سال ۱۳۹۹ بودند، که ۳۰ نفر بیمار سرطانی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد را در ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد اضطراب بک (۱۹۹۰) و پرسشنامه استاندارد افسردگی بک (۱۹۶۱) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲، شاخص‌های توصیفی و تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که برنامه مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی بیماران سرطانی تأثیر معنادار ($P<۰/۰۱$) و باعث کاهش افسردگی در بیماران سرطانی، و همچنین برنامه مبتنی بر سازش با درد بر اضطراب بیماران سرطانی تأثیر معنادار ($P<۰/۰۱$) و باعث بهبود اضطراب در بیماران سرطانی شده است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج تحقیق، برای کمک به بیماران سرطانی با توجه به نقش کلیدی برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی، می‌توان از این برنامه در کلینیک‌های مشاوره استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، سرطان، افسردگی، درد، برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

مقدمه

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه علم پزشکی، سرطان[1] همچنان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلب و عروق مطرح است. این بیماری با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و بیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (شریستا، نیوپا، ودستد و کال استراپ[2]، ۲۰۱۸). بیماران سرطانی علاوه بر درد و رنج جسمانی ناشی از بیماری، دچار مشکلات روانشناختی زیادی ازجمله اضطراب مزمن و افسردگی می‌شوند (پیلورزاده، امیرشاهی، افسر قره‌باغ، رفیع منش، حشمتی و همکاران، ۲۰۱۹). این مشکلات روانشناختی بر کیفیت زندگی آن‌ها (مولس، شورمنس، دهینگ، اورلمانس و هاسون[3]، ۲۰۱۸)، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی کامل (کولوا، هافکر و کاکمس-مارتین[4]، ۲۰۲۰)، طولانی شدن مدت بستری و حتی طول عمر آنان اثر می‌گذارد (پالمر و فیشر[5]، ۲۰۰۵). براساس تمام شواهد علمی، تجربی و پژوهشی، این بیماری در ردیف یکی از اساسی‌ترین و خطرناک‌ترین بیمارهای مزمن و از عوامل تهدیدکننده جامعه به شمار می‌رود (قاسم پور، سوره و سیدتازه[6]، ۲۰۱۲؛ هگدی و چن[7]، ۲۰۲۰). بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ایران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث غیرعمدی، سومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شود. به‌طوری‌که سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر از جمعیت کشورمان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و تخمین زده می‌شود سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید سرطان شناسایی شود (سازمان بهداشت جهانی[8]، ۲۰۱۳).

معمولاً متخصصان در بررسی بیماری‌های طبی مزمن نظیر بیماری‌های قلبی و سرطان، علل و عوامل زیستی مانند وراثت، رژیم غذایی، الکل، استروژن بالا، داشتن سابقه خانوادگی، دیابت و چاقی را عوامل سبب‌ساز مطرح می‌کنند؛ اما اخیراً در تحقیقات متعدد نشان داده شده است که عوامل فوق به‌تنهایی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری نداشته بلکه برخی متغیرهای روانشناختی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای این افراد به سرطان ایجاد می‌کنند (حاجیان تیلاکی، حاجیان تیلاکی، مسلمی، خدازنده و فیروزبخت[9]، ۲۰۲۲). نتایج فرا تحلیل رسه و پاکروپ (۲۰۱۳)، از سودمندی مداخلات روانی در ارتقاء کیفیت زندگی مردان مبتلا به سرطان حمایت کرد. محققان معتقد هستند که سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی نیز می‌گردد که در این میان واکنش‌هایی مثل انکار، خشم و احساس گناه در این بیماران مشاهده و درنتیجه میزان سازگاری افراد مبتلا کاهش و قدرت تاب‌آوری‌شان را از دست می‌دهند.

مهم‌ترین عامل مربوط به سلامت روان که بر سازش یافتگی آن‌ها تأثیر دارد، اضطراب و افسردگی است (به نقل از دری، رید و پریگرسون[10]، ۲۰۱۹). در این راستا پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی ازجمله افسردگی و

[1]- Cancer
[2]- Shrestha, Neupane, Vedsted & Kallestrup
[3]- Mols, Schoormans, de Hingh, Oerlemans & Husson
[4]- Kolva, Hoffecker & Cox-Martin
[5]- Palmer & Fisch
[6]- Qasempour, Surah & Sayyid Tazeh
[7]- Hegde & Chen
[8]- World Health Organization
[9]- Hajian-Tilaki, Hajian-Tilaki, Moslemi, Godazandeh & Firouzbakht
[10]- Derrym Reid & Prigerson

اضطراب در مبتلایان به سرطان ضروری است، زیرا افسردگی سبب تنزل کیفیت زندگی آن‌ها خواهد شد و مداخله جهت کاهش افسردگی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها منجر شود (جاور و ورچوسا[1]، ۲۰۰۸). همچنین درد ناشی از سرطان ۵۰ تا ٪۹۰ بیماران مبتلا به آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اضطراب ناشی از این دردها و درمان‌های سرطان باعث افزایش نیازهای حمایتی بیماران می‌گردد، درنتیجه راهبردهای مقابله‌ای اتخاذ شده بیماران در انطباق و سازگاری آن‌ها نقش بسزایی دارد (صفری، کاوسی، جویباری، ثناگو و محمدی، ۱۳۹۴).

در زمینه کاهش مشکلات روانشناختی بیماران سرطانی، مانند افسردگی و اضطراب رویکردهای مختلفی ازجمله دارودرمانی، روان‌درمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در حوزه روان‌درمانی، تمرینات ذهن-آگاهی تأثیر قابل‌توجهی بر عود علائم روانی بیماران دارد که این تمرینات نه‌تنها باعث کاهش نتایج زیان‌بار ناشی از شرایط استرس‌زا می‌شود بلکه همچنین از طریق عادت-زدایی استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامناسب، باعث افزایش خودکارآمدی و کاهش مشکلات مربوط به شرایط استرس‌زا می‌شود (اصغری مقدم، ۲۰۱۰). از طریق ذهن‌آگاهی، بیمار از احساس‌های استرس و اضطراب و افسردگی در بدن خود و علل آن‌ها، آگاهی پیدا کرده و افکار مغشوش مرتبط با این احساسات را کشف و مجزا می‌کند. همچنین او یاد می‌گیرد که چگونه به‌وسیله تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، با این مشکلات کنار بیاید (تمپل، سالمون، اسمیت، هانتلی، بیرن و همکاران[2]، ۲۰۲۰).

مرور ادبیات پژوهشی بیانگر این است که ذهن‌آگاهی برای حل مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان بسیار امیدبخش بوده است (زیمرمن، بورل و جوردن[3]، ۲۰۱۸). در بررسی نقش ذهن‌آگاهی در عاطفه و خلق، نتایج نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی پیش‌بینی کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید (چامبرز و گولن، ۲۰۰۹؛ ویدها، رحمت و باسری[4]، ۲۰۲۱). استفاده از درمان‌های ذهن‌آگاهی و بهبود هیجان‌های متعاقب آن، منجر به ارتقای تاب‌آوری و توانایی فرد برای نظم‌جویی هیجان‌ها و بهبود عملکرد کلی او می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد تا به‌جای تلاش برای سرکوبی هیجان‌ها و اجتناب از آن‌ها، هیجان‌های خود را بپذیرد (شاومن الیور، ترومبکا، لواس، برور، واگو و همکاران[5]، ۲۰۲۰). همچنین محمدزاده، یوسفی، کمالی کمالی اردکانی و مرادویسی (۱۴۰۱) در تحقیقی دریافتند که کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بستری شده در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت سنندج ۱۵ درصد افراد مورد مطالعه دارای علائم افسردگی و ۴۷/۵ درصد در آستانه افسردگی بودند.

با توجه به آنچه گفته شد کاهش مشکلات روانی و کمک به بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان از اهمیت بالایی برای فرد و جامعه برخوردار است. در ایران پژوهش چندانی در مورد نقش عوامل روانشناختی و میزان اثربخشی آن بر بیماران مبتلا به سرطان انجام نشده است. بیشتر پژوهش‌ها روی جنبه‌های زیستی بیماری انجام شده است، علاوه بر آن بیشتر روابط بین متغیرها را

[1]- Juver & Verçosa
[2]- Temple, Salmon, Smith, Huntley, Byrne & et al
[3]- Zimmermann, Burrell & Jordan
[4]- Widha, Rahmat & Basri
[5]- Schuman-Olivier, Trombka, Lovas, Brewer, Vago & et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

بررسی کرده‌اند، درحالی‌که سازش با درد یک مؤلفه چند متغیره است و لازم است در قالب یک مدل مورد بررسی قرار گیرد؛ لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد بر کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران سرطانی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و کلینیک‌های سطح شهر سنندج در سال ۱۳۹۹ بود؛ بنابراین تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند (معتمد و زمانی، ۱۳۹۵). سابقه حداقل دو ماه از زمان تشخیص بیماری، حداقل سطح تحصیلات پایان دوره ابتدایی و حداقل سن ۲۰ سال به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل مدت بیماری کمتر از ۲ ماه، نداشتن بیماری‌های روانشناختی و اختلال ذهنی و سابقه بدخیمی بود.

قبل از مداخله پیش‌آزمون اجرا و شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش برنامه مبتنی بر سازش با درد را در ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت و شرکت‌کنندگان در گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برنامه آموزشی توسط نویسنده نفر اول مقاله و در مرکز مشاوره نیکان انجام شد. بعد از پایان مداخله اعضای هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون شرکت نمودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه استاندارد اضطراب بک (۱۹۹۰) و پرسشنامه استاندارد افسردگی بک (۱۹۶۱) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و آزمون شاپیرو ویلک و تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. در جدول ۱ خلاصه‌ای از جلسات آموزش مبتنی بر سازش با درد براساس تاب‌آوری، خودکارآمدی، ذهن-آگاهی و دشواری تنظیم هیجانی ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات برنامه آموزشی سازش با درد برای بیماران سرطانی (فتحی و همکاران، ۱۳۹۹)

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با شرکت‌کنندگان، معرفی اهداف برنامه، قوانین و مقررات گروه، برگزاری پیش‌آزمون
دوم	بررسی اهم درگیری‌ها و مشکلات عمده، بحث در مورد تعارضات و راهکارهای استفاده‌شده
سوم	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق
چهارم	درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل، پی بردن به رفتارهای تعارض برانگیز و پرورش افکار و احساسات مخرب و آسیب‌زا، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش
پنجم	آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن‌ها بدون قضاوت)
ششم	جایگزینی برای کنترل: تمایل، احساسات پاک و ناپاک
هفتم	آشنایی با خود به‌عنوان زمینه و ادامه گسلش شناختی
هشتم	تصریح ارزش‌ها
نهم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها
دهم	مرور جلسات، اجرای پس‌آزمون

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

ابزار

فرم اطلاعات جمعیت شناختی: شامل سوا لاتی از جمله جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی بود.

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط بک ساخته شد. این ابزار دارای ۲۱ سؤال است که توسط طیف لیکرت از اصلاً تا شدید (۰ تا ۶۳ نمره) نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعات خارج از کشور میزان پایایی این ابزار بین ۰/۸۰ الی ۰/۹۲ گزارش شده است (کارنی، موس، هریس، ادینگر و کریستال، ۲۰۱۱؛ لوبچ وترال و گتز، ۲۰۰۵). در پژوهشی که در ایران انجام شد، پایایی این پرسشنامه به روش آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۹۲ گزارش شد (کاویانی و موسوی، ۱۳۷۸).

پرسشنامه افسردگی بک: این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. این ابزار از ۲۱ سؤال تشکیل شده که با استفاده از طیف لیکرت چهارگزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود، که نمره‌ای بین صفر تا ۶۳ به آزمودنی تعلق می‌گیرد. روایی و پایایی این ابزار در خارج از کشور توسط فورکمن و همکاران (۲۰۰۹) مورد تائید قرارگرفته است. همچنین توسط جو، پارک، جو، رو و هان (۲۰۰۷) همسانی درونی آزمون ۰/۸۸ و پایایی آزمون مجدد آن ۰/۶۰ بدست‌آمده است. در مطالعه حمیدی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۸۱ و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۳ بدست آمد.

یافته‌ها

براساس نتایج توصیفی، در گروه آزمایش ۶ نفر (۴۰٪) زن و ۹ نفر (۴۰٪) مرد، و در گروه کنترل ۷ نفر زن (۴۶/۷٪) و ۸ نفر (۵۳/۳٪) مرد بودند. در گروه آزمایش، بیشترین فراوانی ازنظر دامنه سنی مربوط سنین بین ۴۱ تا ۴۵ سال و در گروه کنترل دامنه سنی ۳۱ تا ۳۵ سال دارای بیشترین فراوانی بود. در گروه آزمایش و گروه کنترل، بیشترین فراوانی از نظر سطح تحصیلات مربوط به مقطع دیپلم بود. شاخص‌های توصیفی افسردگی و اضطراب در تحقیق به تفکیک عضویت گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی افسردگی و اضطراب برحسب عضویت گروهی در بیماران سرطانی

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۳/۵۳	۴/۷۱
		پس‌آزمون	۱۶/۰۶	۴/۵۲
	گواه	پیش‌آزمون	۲۳/۷۳	۳/۴۹
		پس‌آزمون	۳۲/۸۶	۸/۹۲
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۹/۵۳	۲/۶۱
		پس‌آزمون	۱۶/۴۶	۱/۹۹
	گواه	پیش‌آزمون	۱۹/۱۳	۲/۴۱
		پس‌آزمون	۲۱/۲۰	۳/۴۱

همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، نمرات افسردگی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون تفاوت محسوسی دارد، در حالی‌که در گروه گواه چنین تفاوتی وجود ندارد. همچنین نمرات اضطراب در پیش‌آزمون هر دو گروه آزمایش و گواه تفاوت محسوسی با هم ندارند؛ اما پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا کرده است. در جدول ۳ نتایج آماره نرمال بودن آزمون شاپیرو ویلک آمده است.

جدول ۳ نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک

متغیر	آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۲۵	۲۸	۰/۷۱
	پس‌آزمون	۰/۹۵۵	۲۸	۰/۲۴
اضطراب	پیش‌آزمون	۰/۸۹۳	۲۸	۰/۵۶
	پس‌آزمون	۰/۹۷۵	۲۸	۰/۶۹

یافته‌های جدول فوق بیانگر آن است که در متغیرهای مورد پژوهش سطوح معناداری آماره نرمال بودن آزمون شاپیرو ویلک بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا نمرات دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنین در جدول ۴ نتایج آزمون لون برای برابری واریانس‌ها آمده است.

جدول ٤ نتایج آزمون برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	۰/۰۶۷	۱	۲۸	۰/۴۳
اضطراب	۰/۱۲۵	۱	۲۸	۰/۸۲

یافته‌های جدول ۴ نیز نشان می‌دهد که در متغیرهای مورد پژوهش سطوح معناداری آماره آزمون لون بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض برابری واریانس‌ها رعایت شده است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های آزمون کوواریانس، فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون است که با توجه به سطح معناداری نمرات افسردگی و اضطراب بیشتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین تعامل بین گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نبود؛ به‌عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس بین گروهی دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی ارائه شده است.

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس بین گروهی دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تحقیق

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

	پیش‌آزمون	۷۰/۰۹	۱	۷۰/۰۹	۱/۴۲	۰/۲۴۴	۰/۰۵۰	۰/۲۱
افسردگی	گروه‌ها	۴۴۷/۱۴	۱	۴۴۷/۱۴	۹/۰۶	۰/۰۰۶	۰/۲۵۱	۰/۹۲
	خطا	۱۳۳۲/۵۷	۲۷	۴۹/۳۵				
	کل تصحیح شده	۱۸۵۸/۹۶	۲۹					
	پیش‌آزمون	۰/۵۴۹	۱	۰/۵۴۹	۰/۰۶۱	۰/۸۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷
اضطراب	گروه‌ها	۱۶۸/۴۷	۱	۱۶۸/۴۷	۱۸/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۰۹	۰/۹۸
	خطا	۲۴۳/۵۸	۲۷	۹/۰۲				
	کل تصحیح‌شده	۴۱۲/۱۶۷	۲۹					

براساس نتایج بدست‌آمده از ردیف افسردگی (۹/۰۶ =Fو p<۰/۰۱)؛ برنامه مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی بیماران سرطانی تأثیر معناداری داشته است و باعث کاهش افسردگی در بیماران سرطانی شده است. همچنین اندازه اثر نشان دهنده تأثیر قابل توجه برنامه مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی بیماران سرطانی (p<۰/۰۵) است. براساس نتایج ردیف اضطراب (۱۸/۶۷ =Fو p<۰/۰۱)؛ نتیجه گرفته می‌شود که برنامه مبتنی بر سازش با درد بر اضطراب بیماران سرطانی تأثیر معناداری داشته و باعث بهبودی اضطراب در بیماران سرطانی شده است. همچنین اندازه اثر بدست‌آمده نشان دهنده تأثیر قابل توجه برنامه مبتنی بر سازش با درد بر اضطراب بیماران سرطانی (p<۰/۰۵) است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی بود. نتایج نشان داد که برنامه مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی بیماران سرطانی تأثیر معناداری داشت و باعث بهبود افسردگی در بیماران سرطانی شد. نتایج این تحقیق با مطالعات بویرسما، سودرمارک، هسر، فلینک، گردله و همکاران[1] (۲۰۱۹)؛ گندی[2] و همکاران (۲۰۲۲)؛ صبور و همکاران (۱۳۹۵)؛ قطره سامانی و همکاران (۱۳۹۸) و عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین نظری یافته این فرضیه می‌توان گفت درمان مبتنی بر سازش با درد زمینه‌ای برای تغییر باورها و تصورات افراد در مورد نحوه روبه‌رو شدن با دردهای مزمن را فراهم می‌نماید. سپس زمینه‌ای را فراهم می‌کند تا افرادی ازجمله بیماران سرطانی که دارای دردهای مزمن هستند با انتخاب رویکرد فعالانه در مسیر زندگی با این چالش‌ها و شرایط دشوار روبه‌رو شوند. به‌عبارت‌دیگر در این جلسات با ایجاد زمینه‌ای مبنی بر تغییر شناخت‌ها و باورهای غلط، آنچنان‌که بعضی از اعضای گروه اظهار می‌کردند که دارای باورهای نادرست در مورد خود و بیماری‌شان بودند، اعضای شرکت‌کننده در مقابل شرایط به وجود آمده فعالانه برخورد می‌کردند. در این میان آن‌ها مرتب در افکار و احساسات و هیجانات معیوب درگیر می‌شدند و حس ناامیدی و افسردگی بر آن‌ها غلبه کرده بود؛ اما درمان مبتنی بر سازش با درد بستری برای خوش‌بینی و مثبت‌نگری بیشتر و همچنین پذیرش سازگارانه شرایط نامناسب فراهم نمود و همچنین این رویکرد درمانی در افراد شرکت‌کننده در جلسات منجر

[1]- Boersma, Södermark, Hesser, Flink, Gerdle & et al
[2]- Gandy

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

به اتخاذ دیدگاه واقع‌بینانه در مورد بیماری خود و همچنین نحوه سازگاری با آن برای پذیرش بهتر دردهای مزمن و کسب معنای اساسی در مسیر زندگی شد.

همچنین نتایج بیانگر آن بود که برنامه مبتنی بر سازش با درد بر اضطراب بیماران سرطانی تأثیر معناداری داشته و باعث بهبود اضطراب در بیماران سرطانی شد. این پژوهش به‌صورت غیرمستقیم با نتایج پژوهش قطره سامانی و همکاران (۱۳۹۸)؛ حیدریان، زهراکار و محسن زاده (۱۳۹۵) و عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۳) همسو بود. در تبیین نظری این یافته می‌توان گفت که اضطراب در مقابل دردهای مزمن ازجمله دردهای ناشی از سرطان با ترس اساسی که با نابودی هستی یک فرد مرتبط و شامل عناصر ترسناک آشکار و یا ضمنی از ترس و نگرانی است که بر تعادل درونی و سازگاری فرد ارتباط دارد. در فرایند جلسات درمان مبتنی بر سازش با درد مراحل درمان ابتدا از درماندگی خلاق شروع شد که اعضای گروه آزمایش مجبور شدند با این اضطراب روبه‌رو شوند و سپس با توجه به مراحل سازش با درد فرایند پذیرش شروع گردید. با توجه به اینکه در فرایند درمان، پذیرش احساس اضطراب ناشی از بیماری پایه اصلی این درمان را شکل می‌دهد، در ادامه جلسات بحث سازش در مراحل مختلف مطرح و درنهایت شناخت و عمل در راستای معنای زندگی مطرح شد. چنین فرآیندی سبب شد تا درنهایت میزان تأثیر اضطراب در زندگی افراد گروه آزمایش کاهش یابد. به طوری‌که بعضی از افراد اظهار می‌کردند که به شکل کارآمدی توانسته‌اند با اضطراب ناشی از بیماری سرطان، کنار بیایند و به زندگی خود ادامه دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که برنامه مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی تأثیر معناداری داشته و باعث کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی شده است. محدودیت‌های این پژوهش شامل: انجام تحقیق در شهرستان سنندج با ویژگی‌های جمعیت شناختی مذکور در توصیف نمونه، روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم امکان اجرای آزمون پیگیری به دلیل همه‌گیری بیماری کرونا در فصل بهار و تابستان سال ۱۳۹۹ بود. پیشنهاد می‌شود این روش درمانی با درمان‌های رایج در حوزه روانشناسی و مشاوره ازجمله درمان شناختی- رفتاری و درمان‌های موج سوم مقایسه، و همچنین این روش درمانی در مراکز و کلینیک‌های تخصصی مشاوره و بخش‌های تخصصی سرطان در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج به شماره کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1399.045 می‌باشد. در انجام این پژوهش هیچگونه حمایت مالی صورت نگرفته و همچنین هیچ تضاد منافعی وجود نداشت. همچنین از کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری داشتند، نهایت تشکر را داریم.

References

Abdul Qadri M, Kafi SM, Sabri A, Aryapuran S. (2013). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on reducing pain, depression and anxiety in patients with chronic

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]
[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]

back pain. Journal of Shahid Sadoughi University of Yazd Medical Sciences, 21(6), 795-807.

Asghari Moghadam M. (2010). Chronic pain control, application of psychological methods. Proceedings of the Third Congress of Psychology. (In Persian)

Boersma K, Södermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion–focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. Pain, 160(8), 1708-1718.

Carney CE, Moss TG, Harris AL, Edinger JD, Krystal AD. (2011). Should we be anxious when assessing anxiety using the Beck Anxiety Inventory in clinical insomnia patients?. Journal of Psychiatric Research, 45, 1243-1249.

Chambers R, Gullone E, Allen NB. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. Clinical psychology review, 29(6), 560-572.

Derry HM, Reid MC, Prigerson HG. (2019). Advanced cancer patients' understanding of prognostic information: applying insights from psychological research. Cancer medicine, 8(9), 4081-4088.

Fathi K, Shahbazi M, Koraei A, Malekzadeh M. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain and Emotional Control of Cancer Patients. Journal of Anesthesiology and Pain, 11(2), 53-67.

Forkmann T, Vehren T, Boecker M, Norra C, Wirtz M, Gauggel S. (2009). Sensitivity and specificity of the Beck Depression Inventory in cardiologic inpatients: How useful is the conventional cut-off score?. Journal of psychosomatic research, 67(4), 347-352.

Gandy M, Pang ST, Scott AJ, Heriseanu AI, Bisby MA, Dudeney J, Dear BF. (2022). Internet-delivered cognitive and behavioural based interventions for adults with chronic pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Pain, 10, 1041-1053.

Ghatre Samani M, Najafi M, Bogar Rahimian A. (2019). Comparing the effectiveness of intervention based on acceptance and commitment and physiotherapy treatment on depression, anxiety and tension in patients with chronic pain. Journal of Psychological Sciences, 18(74), 159-169.

Hajian Tilaki E, Hajian Tilaki K, Moslemi D, Godazandeh G, Firouzbakht M. (2022). Association of social support, spirituality with psychological factors in Iranian breast cancer survivors: An evidence from a cross sectional study. Nursing Open, 9(2), 1173-1180.

Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, Ghisvandi E. (2015). Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 22(1), 189-198. (In Persian)

Hegde PS, Chen DS. (2020). Top 10 challenges in cancer immunotherapy. Immunity, 52(1), 17-35.

Heidarian A, Zahrakar K, Mohsenzadeh F. (2016). Evaluation of the effectiveness of mindfulness training on increasing resilience and reducing rumination in female patients with breast cancer. Breast Diseases Quarterly, 9, 52-59. (In Persian)

Jo SA, Park MH, Jo I, Ryu SH, Han C. (2007). Usefulness of Beck Depression Inventory (BDI) in the Korean elderly population. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 22(3), 218-223.

Juver JP, Verçosa N. (2008). Depression in patients with advanced cancer and pain. Revista brasileira de anestesiologia, 58(3), 287-298.

Kaviani H, Mousavi AS. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal, 65(2), 136-140. (In Persian)

Kolva E, Hoffecker L, Cox-Martin E. (2020). Suicidal ideation in patients with cancer: a systematic

review of prevalence, risk factors, intervention and assessment. Palliative & supportive care, 18(2), 206-219.

Loebach Wetherell J, Gatz M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in Older Adults With Generalized Anxiety Disorder. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27(1), 17-24.

Mohammadzadeh S, Yousefi F, Kamali Ardakani S, Moradveisi B, Seyedi Nasab SZ, Tahazade S. (2022). Investigating the prevalence of depression in children and adolescents with cancer admitted to the oncology ward of Besat Hospital in Sanandaj. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9(5), 66-76. (In Persian)

Mols F, Schoormans D, de Hingh I, Oerlemans S, Husson O. (2018). Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population based, longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. Cancer, 124(12), 2621-2628.

Motamed N, Zamani F. (2015). Sample size in medical research, an applied approach. Tehran: Age of Enlightenment. (In Persian)

Palmer JL, Fisch MJ. (2005). Association between symptom distress and survival in outpatients seen in a palliative care cancer center. Journal of pain and symptom management, 29(6), 565-571.

Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi SM, Balouchi A. (2019). Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Breast cancer research and treatment, 176(3), 519-533.

Qasempour A, Surah J, Sayyid Tazeh MT. (2012). Predicting death anxiety based on cognitive emotion regulation strategies. knowledge and research in applied psychology, 48, 65-72. (In Persian)

Sabour S, Kakabraei K. (2016). The effectiveness of group therapy of acceptance and commitment on the level of depression symptoms, stress and pain indicators in women with chronic pain. Rehabilitation research in nursing, 2(4), 1-9.

Safari N, Kavosi A, Jouybari L, Sanagoo A, Mohammadi G. (2015). The Relationship Between Catastrophizing,Pain-related Anxiety and Coping Strategies in Cancer Patients. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 3(2), 31-42. (In Persian)

Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, Brewer JA, Vago DR, Gawande R, Fulwiler C. (2020). Mindfulness and behavior change. Harvard review of psychiatry.

Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. (2018). Cervical cancer prevalence, incidence and mortality in low and middle income countries: a systematic review. Asian Pacific journal of cancer prevention. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 19(2), 319-324.

Temple J, Salmon P, Smith CT, Huntley CD, Byrne A, Fisher PL. (2020). The questionable efficacy of manualized psychological treatments for distressed breast cancer patients: An individual patient data meta-analysis. Clinical Psychology Review, 80, 101883.

Widha L, Rahmat HK, Basri ASH. (2021). A Review of Mindfulness Therapy to Improve Psychological Well-being During the Covid-19 Pandemic. In Proceeding International Conference on Science and Engineering, 4, 383-386.

World Health Organization. (2013). Access to Controlled Medications Programme: Framework. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007. Available at:http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Framework_ACMP_withcover.pdf

Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review. Complementary therapies in clinical practice, 30, 68-78.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1402.10.2.9.9]

[DOI: 10.32598/shenakht.10.2.107]