

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

**Sahar Miraveisi<sup>1</sup>, Hamzeh Ahmadian<sup>2</sup>, Omid Moradi<sup>3</sup>, Bayazid Ghaderi<sup>4</sup>**

1-PhD Student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department 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>

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

سحر میراویسی<sup>۱</sup>، حمزه احمدیان<sup>۲</sup>، امید مرادی<sup>۳</sup>، بایزید قادری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (مؤلف 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 پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۱/۱۶

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۹/۰۹

### 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 مراجعه کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های شهر سنندج در سال ۱۳۹۹ بودند، که ۳۰ نفر بیمار سرطانی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند. شرکت کنندگان در گروه آزمایش برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد را در ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت و شرکت کنندگان در گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد اضطراب بک (BSCS) و پرسشنامه استاندارد افسردگی بک (BAS) 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 ( $P < 0.01$ ) و باعث کاهش افسردگی در بیماران سرطانی، و همچنین برنامه مبتنی بر سازش با درد بر اضطراب بیماران سرطانی تأثیر معنادار ( $P < 0.01$ ) 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

## مقدمه

مرگ و میر محسوب می‌شود. به طوری که 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<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳).

معمولًا متخصصان در بررسی بیماری‌های طبی مزمن نظری بیماری‌های قلبی و سرطان، علل و عوامل زیستی مانند وراثت، رژیم غذایی، الكل، 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 به‌تهابی نقش تعیین‌کننده‌ای در بروز بیماری نداشته بلکه برخی متغیرهای روانشناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم زمینه مساعدی برای ابتلای این افراد به سرطان ایجاد می‌کنند ( Hajian-Tilaki، Hajian-Tilaki، Moslemi، خداوند و فیروزبخت<sup>۹</sup>، ۲۰۲۲).

نتایج فرا تحلیل رسه و پاکروب (۲۰۱۳)، از سودمندی مداخلات روانی در ارتقاء کیفیت زندگی مردان مبتلا به سرطان حمایت کرد. محققان معتقد هستند که سرطان ضمん 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<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹). در این راستا پیشگیری از بروز اختلالات عاطفی از جمله افسردگی و

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، سرطان<sup>۱</sup> همچنان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب وعروق 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 بیش‌ینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر بررسد (شريستا، نيوپا، و دستيد و کال استراب<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). بیماران سرطانی علاوه بر درد و رنج جسمانی ناشی از بیماری، دچار مشکلات روانشناختی زیادی از جمله اضطراب مزمن و افسردگی می‌شوند (پيلورزاده، اميرشاهي، افسر قره‌باغ، رفيع منش، حشمتی و همكاران، ۲۰۱۹). این مشکلات روانشناختی بر کيفيت زندگى آن‌ها (مولس، سورمنس، دهينگ، اورلمانس و هاسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۸)، نرخ اقدام به خودکشی و خودکشی كامل (كولوا، هافكر و كاكمس-مارتين<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰)، طولاني شدن مدت بستری و حتى طول عمر آنان اثر می‌گذارد (پالمر و فيشر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). براساس تمام شواهد علمي، 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<sup>۶</sup>؛ ۲۰۱۲؛ هگدی و چن<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰). بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ايران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث غيرعمدی، سومین عامل

<sup>1</sup>- Cancer

<sup>2</sup>- Shrestha, Neupane, Vedsted & Kallestrup

<sup>3</sup>- Mols, Schoormans, de Hingh, Oerlemans & Husson

<sup>4</sup>- Kolva, Hoffecker & Cox-Martin

<sup>5</sup>- Palmer & Fisch

<sup>6</sup>- Qasempour, Surah & Sayyid Tazeh

<sup>7</sup>- Hegde & Chen

مرور ادبیات پژوهشی بیانگر این است که ذهن‌آگاهی برای حل مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان بسیار امیدبخش بوده است (زیمرمن، بورل و جوردن<sup>۳</sup>، 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<sup>۴</sup>، 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 به جای تلاش برای سرکوبی هیجان‌ها و اجتناب از آن‌ها، هیجان‌های خود را پذیرد (شاومن‌الیور، ترومباکا، لواس، بورو، واگو و همکاران<sup>۵</sup>، 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 سنتدج 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

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 ورجوسا<sup>۱</sup>، 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، کاوی، جویباری، ثناگو و محمدی، ۱۳۹۴). در زمینه کاهش مشکلات روانشناختی بیماران سرطانی، مانند افسردگی و اضطراب رویکردهای مختلفی از جمله دارودرمانی، رواندرمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در حوزه رواندرمانی، تمرینات ذهن‌آگاهی تأثیر قابل توجهی بر عود علائم روانی بیماران دارد که این تمرینات نه تنها باعث کاهش نتایج زیان‌بار ناشی از شرایط استرس‌زا می‌شود بلکه همچنین از طریق عادت‌زدایی 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 مغوش مرتبط با این احساسات را کشف و مجزا می‌کند. همچنین او یاد می‌گیرد که چگونه به وسیله تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، با این مشکلات کنار بیاید (تمپل، سالمون، اسمیت، هانتلی، بیرن و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰).

<sup>۳</sup>- Zimmermann, Burrell & Jordan

<sup>۴</sup>- Widha, Rahmat & Basri

<sup>۵</sup>- Schuman-Olivier, Trombka, Lovas, Brewer, Vago & et al

<sup>۱</sup>- Juver & Verçosa

<sup>۲</sup>- Temple, Salmon, Smith, Huntley, Byrne & et al

کمتر از ۲ ماه، نداشتن بیماری‌های روانشناختی و اختلال ذهنی و سابقه بدخیمی بود.

قبل از مداخله پیش‌آزمون اجرا و شرکت کنندگان در گروه آزمایش برنامه مبتنی بر سازش با درد را در ۱۰ جلسه ۲ ساعته دریافت و شرکت کنندگان 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 خلاصه این خلاصه‌ای از جلسات آموزش مبتنی بر سازش با درد براساس تابآوری، خودکارآمدی، ذهن‌آگاهی و دشواری تنظیم هیجانی ارائه شده است.

بررسی کرده‌اند، در حالی که 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 سلطانی 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 سلطان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و کلینیک‌های سطح شهر سنتدج در سال ۱۳۹۹ بود؛ بنابراین تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت 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

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

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی با شرکت کنندگان، معرفی اهداف برنامه، قوانین و مقررات گروه، برگزاری پیش‌آزمون
دوم	بررسی اهم درگیری‌ها و مشکلات عمده، بحث در مورد تعارضات و راهکارهای استفاده شده
سوم	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درمانگی خلاق
چهارم	درک اینکه کنترل مسئله است نه راه حل، پی بدن 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 به عنوان زمینه و ادامه گسلش شناختی
هشتم	تصویح ارزش‌ها
نهم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها
دهم	مرور جلسات، اجرای پس‌آزمون

در خارج از کشور توسط فورکمن و همکاران (۲۰۰۹) مورد تایید قرار گرفته است. همچنین توسط جو، پارک، جو، رو و هان (۲۰۰۷) همسانی درونی آزمون ۰/۸۸ و پایابی آزمون مجدد آن ۰/۶۰ بدست آمده 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٪) و ۸ نفر (۵۳٪) مرد بودند. در گروه آزمایش، بیشترین فراوانی از نظر دامنه سنی مربوط سنتین 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.

### 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 پایابی این ابزار بین ۰/۸۰ الی ۰/۹۲ گزارش شده است (کارنی، موس، هریس، ادینگر و کریستال، ۲۰۱۱؛ لوچ و تراول و گتر، ۲۰۰۵). در پژوهشی که در ایران انجام شد، پایابی 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 پایابی این ابزار

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی افسردگی و اضطراب بر حسب عضویت گروهی در بیماران سلطانی

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

محسوسی با هم ندارند؛ اما پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا کرده است. در جدول ۳ نتایج آماره نرمال بودن آزمون شاپیرو ویلک آمده است.

همان‌طور که در جدول ۲ قابل مشاهده است، نمرات افسردگی در پس آزمون گروه آزمایش نسبت به پیش آزمون تفاوت محسوسی دارد، در حالی که در گروه گواه چنین تفاوتی وجود ندارد. همچنین نمرات اضطراب در پیش آزمون هر دو گروه آزمایش و گواه تفاوت

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

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

توزیع نرمال می‌باشد. همچنین در جدول ۴ نتایج آزمون لون برای برابری واریانس‌ها آمده است.

یافته‌های جدول فوق یانگر آن است که در متغیرهای مورد پژوهش سطوح معناداری آماره نرمال بودن آزمون شاپیرو ویلک بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا نمرات دارای

جدول ۴ 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
	۰/۱۲۵	۱	۲۸	۰/۸۲

۰/۰۵ بود؛ بنابراین تعامل بین گروه و پیش آزمون معنی‌دار نبود؛ به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شبیه‌های 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.

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 شبیه‌های رگرسیون است که با توجه به سطح معناداری نمرات افسردگی و اضطراب بیشتر از

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

متغیر	منبع تغییرات	مجموع	سطح	درجه	میانگین	F	متغیر	منبع تغییرات	مجموع	سطح	درجه	میانگین	F
توان	مجذورات	۱	۱	آماری	مجذورات	۱	آماری	مجذورات	۱	۱	آزادی	مجذورات	۱
آماری							آماری						

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

گرددله و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۹)؛ گندی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲)؛ صبور و همکاران (۱۳۹۵)؛ قطره سامانی و همکاران (۱۳۹۸) و عبدالقداری 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 از جمله بیماران سرطانی که دارای دردهای مزمن هستند با انتخاب رویکرد فعلانه در مسیر زندگی با این چالش‌ها و شرایط دشوار روبهرو شوند. به عبارت دیگر در این جلسات با ایجاد زمینه‌ای مبنی بر تغییر شناخت‌ها و باورهای غلط، آنچنان‌که بعضی از اعضای گروه اظهار می‌کرند که دارای باورهای نادرست در مورد خود و بیماری‌شان بودند، اعضا شرکت‌کننده در مقابل شرایط به وجود آمده فعلانه برخورده‌اند. در این میان آن‌ها مرتب در افکار و احساسات و هیجانات معیوب در گیر می‌شدند و حس نالمیدی 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

براساس نتایج بدست‌آمده از ردیف افسردگی (۹/۰۶)  $F=0/01$  ( $p < 0/01$ )؛ 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  $18/67$  ( $p < 0/05$ ) است. براساس نتایج ردیف اضطراب  $18/67$  ( $p < 0/01$ )؛ 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  $0/05$  ( $p < 0/05$ ) 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،

<sup>1</sup>- Boersma, Södermark, Hesser, Flink, Gerdle & et al

<sup>2</sup>- Gandy

### 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 سنتدج با ویژگی‌های جمعیت شناختی مذکور در توصیف نوونه، 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 از جمله 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 سنتدج به شماره کد اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1399.045 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, Aryapuram S. (2013). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on reducing pain, depression and anxiety in patients with chronic

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 ییانگر 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 به صورت غیرمستقیم با نتایج پژوهش قطره سامانی و همکاران (۱۳۹۸)؛ حیدریان، زهرآکار و محسن زاده (۱۳۹۵) و عبدالقداری و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود. در تبیین نظری این یافته می‌توان گفت که اضطراب در مقابل دردهای مزمن از جمله 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 درمانندگی خلاق شروع شد که اعضای گروه آزمایش مجبور شدند با این اضطراب روبرو 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 طوری که بعضی از افراد اظهار می‌کردند که به شکل کارآمدی توансه‌اند با اضطراب ناشی از بیماری سرطان، کنار بیانند و به زندگی خود ادامه دهند.

- 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 cardiological 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.
- Heidian A, Zaharakar 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, Vergosa 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, Seyed 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, Kakabaei 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](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.