



The Effectiveness of Group Meaning-based Therapy on Ambiguity Tolerance and Pain Perception in Patients with Cancer-related Organ Harvesting or Excision

Javid Fahmideh¹, Hamidreza Nikyar^{2,3*}, Gholamreza Talebi^{3,4}

1- Master in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

2- Associate Professor, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

3- Clinical Research Development Center, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

4- Assistant Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

*Corresponding Author: Hamidreza Nikyar, Associate Professor, Department of Medicine, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

Email: hrnikyar@gmail.com

Received: 2025/01/14

Accepted: 2025/05/12

Abstract

Introduction: Related organ harvesting or excision of cancer is a therapeutic process that may be undertaken in cases where cancer poses a serious threat to specific tissues or organs. This research was conducted to investigate the effectiveness of group meaning-based therapy on body dysmorphic disorder, ambiguity tolerance, and pain perception in patients with cancer-related organ harvesting or excision.

Methods: This study was conducted as a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all who underwent organ removal due to cancer and lived in Isfahan city in 1402-1403. A sample of 36 people was selected and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group underwent group meaning therapy intervention for eight sessions, while the control group received no intervention. After the completion of the group meaning therapy sessions, for both the experimental and control groups, the post-test was performed in the last session, and two months after the completion of the therapy sessions, the follow-up test was performed for both groups.

Result: The data of this research were analyzed using variance analysis with repeated measures. The findings of this research showed that group meaning therapy significantly and at a level of less than 0.05 ($P < 0.05$) was able to improve body image, increase ambiguity tolerance, and reduce pain perception in people with cancer-related organ harvesting or excision in the post-examination stage. These results were sustained until the follow-up stage.

Conclusion: The results of the present study have shown that psychological interventions, especially group meaning therapy, can play an effective role in improving the mental state and reducing pain in people with cancer-related organ harvesting or excision.

Keywords: Meaning therapy, Ambiguity tolerance, Pain perception, Organ harvesting or excision, Cancer.



اثربخشی مداخله‌ی معنادرمانی گروهی بر تحمل ابهام و ادراک درد در مبتلایان به سرطان منجر به برداشت عضو

جاوید فهمیده^۱، حمیدرضا نیکیار^{۲*}، غلامرضا طالبی^{۳،۴}

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
۲- دانشیار، گروه پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۳- مرکز تحقیقات توسعه پژوهشهای بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۴- استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

*نویسنده مسئول: حمیدرضا نیکیار، دانشیار، گروه پزشکی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.
ایمیل: hrnikyar@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۲۲

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۵

چکیده

مقدمه: برداشت عضوهای بدن به دلیل سرطان یک روند درمانی است که ممکن است در مواردی که سرطان به طور جدی بافت یا عضو خاصی را تهدید کرده باشد، انجام می شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله‌ی معنادرمانی گروهی بر تحمل ابهام، و ادراک درد در افراد مبتلا به سرطان منجر به برداشت عضو انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به سرطان ساکن اصفهان بود که به دلیل سرطان تحت عمل برداشت عضو قرار گرفته بودند که از میان آنها تعداد ۳۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله‌ی معنادرمانی گروهی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنی‌های هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با ابزار پرسش نامه درد مک گیل (MPQ) و پرسشنامه تحمل ابهام (مک لین، ۲۰۰۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که معنادرمانی گروهی به طور معنادار ($P < 0.05$) توانست به بهبود افزایش تحمل ابهام و کاهش ادراک درد در افراد دچار برداشت عضو به دلیل سرطان در مرحله پس‌آزمون منجر شود و این نتایج تا مرحله پیگیری نیز ماندگار بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده میتوان گفت که معنادرمانی گروهی بر افزایش تحمل ابهام و ادراک درد آزمودنی‌های پژوهش از اثربخشی لازم برخوردار است و می تواند به عنوان یک گزینه درمانی مکمل مفید در کنار سایر مداخلات موجود برای مراقبت‌های روانی فعلی موجود در زمینه سرطان به کار گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: معنادرمانی، تحمل ابهام، ادراک درد، برداشت عضو، سرطان.

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی-درمانی قرن بیست و یکم است که سالانه میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۹٫۳ میلیون مورد جدید سرطان در جهان ثبت شده و بیش از ۱۰ میلیون نفر به دلیل ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده‌اند (۱). در ایران نیز شیوع سرطان در دهه‌های اخیر روندی رو به افزایش داشته است. بنا بر آمار منتشر شده از سوی مرکز ثبت سرطان ایران، سالانه بیش از ۱۳۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی می‌شود، که از این میان درصد قابل توجهی نیازمند درمان‌های تهاجمی مانند جراحی و در برخی موارد برداشت عضو (مانند پستان، رحم یا اندام‌های گوارشی) هستند (۲).

در بسیاری از موارد، درمان سرطان مستلزم مداخلات تهاجمی همچون جراحی و برداشت عضو است، که خود منبعی برای فشار روانی و آشفتگی وجودی در بیماران می‌شود. برداشت عضو در اثر سرطان، نه تنها عملکرد فیزیکی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه عوارض روان‌شناختی متعددی نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال در تصویر بدنی، و کاهش عزت‌نفس را نیز به دنبال دارد (۳). در این میان، تحمل ابهام - یعنی ظرفیت روانی برای مواجهه با شرایط نامعلوم و مبهم - به‌عنوان یک مؤلفه‌ی کلیدی در سازگاری روانی بیماران سرطانی شناخته شده است (۴).

در بیماران سرطانی، تحمل ابهام به‌عنوان یکی از ابعاد مهم در مشکلات روانی مطرح می‌شود (۱۵). تحمل ابهام به‌عنوان یک مفهوم روانشناختی، قابلیت فرد برای تحمل و مدیریت شرایط ناپایدار و نامعلوم را توصیف می‌کند که در مواجهه با بیماری سرطان، افراد با ابهامات زیادی در مورد درمان، پیش‌آگهی‌های پیچیده درمانی، و نتایج نامعلوم درمان مواجه می‌شوند که می‌تواند احساس ناامنی و تردید را در آنها افزایش دهد (۱۶). تحمل ابهام به توانایی افراد در پذیرش و مواجهه با شرایط نامشخص و غیرقابل پیش‌بینی اشاره دارد. این مهارت به افراد کمک می‌کند تا با تغییرات ناگهانی و عدم قطعیت‌های زندگی بهتر سازگار شوند. وقتی افراد با ابهام ناشی از تغییرات ناگهانی در بدن خود روبرو می‌شوند، سختی‌های بیشتری را در سازگاری با این تغییرات تجربه می‌کنند. ناتوانی در تحمل ابهام ممکن است به افزایش استرس و اضطراب

منجر شود، زیرا بیماران قادر نیستند آینده خود را به خوبی پیش‌بینی کنند و با وضعیت ناپسند ناشی از سرطان و درمان‌های مختلف آن، به خوبی سازگار شوند (۷). ناتوانی در برابر تحمل ابهام می‌تواند به دو شکل آشکار شود: اول، در انطباق با واقعیت‌های جدید بیماری و درمان‌های جدید، و دوم، در پذیرش تغییرات در تصورات و آرامش فردی. افرادی که دارای سطح پایینی از تحمل ابهام هستند، ممکن است به شدت مبتلا به استرس و اضطراب شوند و دشواری‌هایی در انجام وظایف روزمره و حتی در مواجهه با افکار منفی و خطرات ذهنی تجربه کنند (۱۷). این امر می‌تواند کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد و احساساتی مانند ناامیدی، ناتوانی، و انزجار را افزایش دهد (۱۹-۸).

بیماران مبتلا به سرطان همچنین ممکن است با دردهای شدید و مزمن روبرو شوند که می‌تواند بر وضعیت فیزیکی، روحی و روانی آنها تأثیر بگذارد. این درد می‌تواند ناشی از خود بیماری سرطان، فرآیندهای درمانی (مانند جراحی، شیمی‌درمانی، تابش‌درمانی)، عوارض جانبی داروها و یا عوارض جانبی سایر روش‌های درمانی باشد (۱). همچنین ادراک درد می‌تواند به شکل‌های مختلفی در بیماران با سرطان ظاهر شود، از جمله درد حاد، درد مزمن، درد عصبی، و درد مرتبط با فشار روحی و اضطراب. این دردها ممکن است تأثیراتی مخرب بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشند و باعث محدودیت در انجام فعالیت‌های روزمره، خواب ناقص، افزایش استرس و اضطراب، افسردگی و از دست دادن علاقه به زندگی آنها شود (۱۱، ۱۰). مدیریت درد در بیماران با سرطان بسیار حیاتی است و شامل استفاده از داروها، روش‌های درمانی فیزیکی مانند فیزیوتراپی و تکنیک‌های غیردارویی مثل روش‌های تنفسی، تکنیک‌های روان‌درمانی، و توانبخشی است (۱۲). ادراک درست از درد و استفاده از راهبردهای مدیریتی مناسب می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشد. بهبود ادراک درد می‌تواند اثر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی داشته باشد (۱۱۳).

با پیشرفت علم و فناوری درمانی، تشخیص سرطان افزایش یافته و بیشتر از گذشته بهبود پیدا کرده است، اما با وجود این پیشرفت‌ها، تأثیرات این بیماری بر زندگی افراد همچنان قابل توجه است. این بیماری نه تنها عوارض فیزیکی و درمانی خود را دارد بلکه به‌طور قابل توجهی بر روان و روان‌شناختی فرد تأثیر می‌گذارد (۱۴). از این رو، نیاز به مداخلات جدی و مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی

و کنترل و ارزیابی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مبتلایان به سرطان منجر به برداشت عضو، مراجعه کننده به موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) Iranian Cancer Control Center (MACSA) و مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان سیدالشهدا واقع در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. که از بین آنها تعداد ۳۶ نفر به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند ($n=18$). ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از برداشت عضو ناشی از ابتلا به سرطان، داشتن توانایی جسمانی برای شرکت در جلسات پژوهش، عدم سابقه مشکل روان‌شناختی بالینی شدید، موافقت آگاهانه و تمایل به شرکت در فرایند پژوهش، حداقل میزان تحصیلات سیکل و عدم دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی غیر از مداخله پژوهش و عدم پیگیری منظم جلسات. روش اجرای پژوهش بدین گونه بود که ابتدا برای نمونه گیری از جامعه مورد مطالعه به موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) (MACSA) و مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان سیدالشهدا واقع در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ مراجعه نموده و پس از کسب موافقت مسئولین مربوطه، روند پژوهش به شرکت کنندگان در پژوهش توضیح داده شد و با اخذ رضایت آگاهانه افراد، تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از آن افراد به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شد. در این مرحله تمام افراد حاضر در دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های پژوهش را پاسخ دادند سپس افراد حاضر در گروه آزمایش تحت مداخله ۸ جلسه‌ای (معادرمانی گروهی) قرار گرفتند. مداخله اجرا شده بر روی گروه آزمایش، رویکرد معادرمانی برتبارت است که دارای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای می باشد. ساختار جلسات در جدول ۱ ارائه شده است. در طول انجام پژوهش، گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام مداخله افراد حاضر در دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش را مجدداً در مرحله پس آزمون و سپس در مرحله پیگیری دو ماهه تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و نرم افزار آماری SPSS-26 انجام شد.

و مدیریت زندگی روزمره افراد مبتلا به سرطان احساس می‌شود (۱۵). با توجه به اهمیت بالقوه سرطان و نیاز به توسعه روش‌های جدید در تشخیص، پیشگیری و درمان آن، تحقیقات و مطالعاتی در حوزه سرطان انجام می‌شود که هدف آنها بهبود درمان و کنترل این بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان است (۱۶).

شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه مقابله متمرکز بر معنا راهی مناسب برای سازگاری موفقیت آمیز با عواقب پس از سرطان است. اگر بتوان از تجربه سرطان معنا پیدا کرد (۱۸ و ۱۷)، در پاسخ به نیاز به مداخلات متمرکز بر افزایش بهزیستی معنوی برنیبارت و همکاران (۲۰، ۱۹) روان درمانی گروهی معنا محور را برای بهبود بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته توسعه دادند. روان درمانی گروهی معنامحور رویکردی روان درمانی است که در یک بستر گروهی، با هدف توانمندسازی اعضا برای کشف یا بازسازی معنا در زندگیشان انجام می‌شود. این درمان بر پایه‌ی مفاهیم معنا، آزادی، مسئولیت، و اراده برای معنا از دیدگاه وجودی بنا شده و تلاش دارد با تسهیل گفت‌وگو، تأمل و اشتراک تجربیات، افراد را در فرایند یافتن معنا در دل رنج، ناکامی و موقعیت‌های دشوار یاری رساند (۲۱). معنا درمانی گروهی به تقویت حس معنا در زندگی با پرداختن به موضوعاتی مانند: چگونه به زندگی علی رغم محدودیت‌ها ادامه دهیم، انتخاب نگرش نسبت به رنج و بحث در مورد منابع معنا در زندگی می‌پردازد (۲۲). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که MCGP منجر به کاهش افسردگی، اضطراب، تمایل به مرگ، و افزایش امید، تاب‌آوری، و معنای زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (۲۳). همچنین، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه این مداخله می‌تواند از طریق معناسازی، ادراک ذهنی بیماران از درد را کاهش داده و پذیرش آن را تسهیل کند (۲۴).

با توجه به اهمیت مداخله‌های روان‌شناختی مؤثر در فرایند درمان سرطان و خلأ موجود در پژوهش‌های داخلی پیرامون تأثیر معادرمانی گروهی بر متغیرهای مهمی چون تحمل ابهام و ادراک درد در بیماران دارای برداشت عضو، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی این رویکرد در چنین بستری طراحی شده است.

روش کار

روش مطالعه حاضر نیمه تجربی همراه با گروه آزمایش

جدول ۱. شرح جلسات معنادرمانی بر اساس روش مداخلاتی بریتبارت و پوپیتو (۱۹)

مراحل	عنوان	توضیحات
۱	مفاهیم و منابع معنا	کسب آگاهی از روایت ناتوانی درمان‌جویان و معرفی منابع و مفاهیم معنا
۲	بیماری و معنا	هویت فرد پیش و پس از آسیب، کسب آگاهی از هویت فرد و تأثیر آسیب بر آن
۳	منابع تاریخی معنا	میراث گذشته، زندگی به‌عنوان میراثی که به فرد داده شده است (از راه تجربیات گذشته)
۴	منابع تاریخی معنا	زندگی به‌عنوان میراثی که فرد با آن زندگی می‌کند یا آن را منتقل خواهد کرد (میراث حال و آینده)
۵	منابع دیدگاهی معنا	رویارویی با تنگنای زندگی، چگونگی پاسخ دادن به دیدگاه خود نسبت به چیزی که زندگی به ما می‌دهد (چه خوب و چه بد).
۶	منبع خلاقانه‌ی معنا	خلاقیت، جسارت، مسئولیت، پرداختن هدفمند، خلاقانه و مسئولانه به زندگی، ایجاد آگاهی از اهمیت خلاقیت و مسئولیت به‌عنوان منابع اصلی معنا
۷	منابع تجربی معنا	ارتباط با زندگی از راه عشق، طبیعت، شوخ‌طبعی و زیبایی
۸	دگرگونی‌ها	برداشت‌ها و تفکرات نهایی گروه و امیدها برای آینده

پرسشنامه درد مک گیل : پرسش نامه درد مک گیل (MPQ) دارای ۲۰ مجموعه عبارت است و هدف آن سنجش درک افراد از درد در ابعاد مختلف (بعد ادراک حسی درد که شامل مجموعه‌ای ۱ الی ۱۰ می باشد، ادراک عاطفی درد شامل مجموعه‌های ۱۱ تا ۱۵، ادراک ارزیابی درد مجموعه ۱۶ و دردهای متنوع و گوناگون شامل مجموعه‌های ۱۶ الی ۲۰) می‌باشد. این پرسش نامه شامل دو عامل مستقل است یکی تحت عنوان درد حسی که توصیف کننده تجربه درد در فرد می‌باشد و دیگری درد عاطفی که تشریح تأثیر احساسی از تجربه درد را نشان می‌دهد. در پژوهش دورکین (۲۵) ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ بدست آمد. در ایران آلفای کرونباخ کلی این پرسشنامه را ۰/۸۵ و آلفای کرونباخ هر چهار مؤلفه آن بالای ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۶). مطالعات روایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند (۲۷).

پرسشنامه تحمل ابهام (مک لین، ۲۰۰۹): این پرسشنامه دارای ۱۳ آیتم می‌باشد و بر روی طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از دامنه ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) نمره گذاری می‌شود. نمره بین ۱۳ تا ۳۰ تحمل ابهام پایین، ۳۰ تا ۴۵ تحمل ابهام متوسط و افرادی که نمره تحمل ابهام آنها از ۴۵ بالاتر باشد دارای سطح مناسبی از تحمل ابهام هستند. ضریب پایایی پرسشنامه ۰/۸۲ گزارش شده است (۲۸). همچنین شواهدی از روایی سازه و روایی همگرایی مقیاس در جمعیت‌های گوناگون از جمله دانشجویان و کارکنان گزارش شده است (۲۷).

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب عضویت گروهی در ادامه آمده است. در جدول ۲ توزیع فراوانی جنسیت بر حسب عضویت گروهی ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد فراوانی جنسیت شرکت کنندگان

متغیر / گروه	گروه درمان معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۶	۳۳/۳	۵
	زن	۱۲	۶۶/۷	۱۳
مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
مقدار خی دو (معناداری)		۰/۱۸۶ (۰/۶۶۶)		

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت کنندگان

متغیر / گروه	گروه معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
زیر ۳۰ سال	۶	۳۳/۳	۷	۳۸/۹
۳۱ تا ۴۰ سال	۷	۳۸/۹	۶	۳۳/۳
۴۱ تا ۵۰ سال	۵	۲۷/۸	۵	۲۷/۸
مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
میانگین (انحراف معیار)	۳۵/۴۶۷ (۸/۳۲۳)		۳۴/۴۰۰ (۹/۵۸۳)	
مقدار خی دو (معناداری)	۰/۲۰۲ (۰/۹۰۴)			

جدول ۴. توزیع فراوانی و درصد فراوانی نوع سرطان و برداشت عضو مربوط به سرطان

متغیر / گروه	گروه درمان معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
سرطان پستان	۵	۲۷/۸	۶	۳۳/۳
سرطان پروستات	۲	۱۱/۱	۳	۱۶/۷
سرطان روده بزرگ	۶	۳۳/۳	۵	۲۷/۸
سرطان رحم	۳	۱۶/۷	۲	۱۱/۱
سرطان تخمدان	۲	۱۱/۱	۲	۱۱/۱
مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
مقدار خی دو (معناداری)	۰/۸۶۶ (۰/۳۵۱)			

جدول ۵. شاخص های توصیفی نمرات تحمل اِبهام به تفکیک عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	گروه		معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
	مرحله ارزیابی	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون	۲۴/۴۰۰	۷/۹۱۷	۲۵/۰۶۷	۷/۲۷۵		
پس آزمون	۳۴/۰۰۰	۱۰/۰۷۸	۲۳/۹۳۳	۷/۳۷۲		تحمل اِبهام
پیگیری	۳۴/۰۶۷	۹/۷۴۳	۲۴/۹۳۳	۷/۰۵۶		

جدول ۶. شاخص های توصیفی نمرات ادراک درد و ابعاد آن به تفکیک عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	گروه		گروه معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
	زمان	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون	۵۵/۰۰۰	۱۲/۶۴۳	۵۳/۱۳۳	۱۱/۷۸۹		ادراک درد
پس آزمون	۳۳/۶۰۰	۹/۷۳۱	۵۵/۴۶۷	۱۱/۶۹۸		
پیگیری	۳۳/۶۶۷	۱۱/۴۷۵	۵۴/۷۳۳	۱۱/۲۰۹		
پیش آزمون	۲۸/۲۶۷	۷/۲۲۶	۲۷/۷۳۳	۶/۹۱۲		ادراک حسی درد
پس آزمون	۲۰/۶۰۰	۶/۵۸۸	۲۸/۷۳۳	۷/۴۵۹		
پیگیری	۲۰/۷۳۳	۷/۴۳۰	۲۸/۵۳۳	۶/۹۳۷		
پیش آزمون	۱۱/۱۳۳	۲/۶۴۲	۱۰/۶۶۷	۲/۰۹۳		ادراک عاطفی درد
پس آزمون	۴/۴۶۷	۲/۳۸۶	۱۱/۲۶۷	۲/۴۳۴		
پیگیری	۴/۵۳۳	۲/۹۹۷	۱۱/۱۳۳	۱/۹۹۵		
پیش آزمون	۲/۸۶۷	۱/۶۸۵	۲/۷۳۳	۱/۸۷۰		ادراک ارزیابی درد
پس آزمون	۱/۲۶۷	۱/۰۳۳	۳/۱۳۳	۱/۶۴۲		
پیگیری	۱/۳۳۳	۱/۰۴۷	۳/۰۰۰	۱/۴۶۴		
پیش آزمون	۱۲/۷۳۳	۲/۶۸۵	۱۲/۰۰۰	۲/۴۲۰		دردهای متنوع و گوناگون
پس آزمون	۷/۲۶۷	۳/۲۸۳	۱۲/۳۳۳	۲/۷۹۵		
پیگیری	۷/۰۶۷	۳/۶۷۴	۱۲/۰۶۷	۲/۹۱۵		

جهت بررسی معناداری تفاوت نمرات گروه‌ها در مراحل مختلف ارزیابی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری استفاده شد. قبل از اجرای آزمون پیش فرض‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک ارزیابی و تأیید شد. جدول ۷ نتایج آزمون ماچلی را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه میزان معنی داری این آزمون در هر دو متغیر بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، محدودیتی جهت استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری وجود ندارد.

جدول ۷. آزمون ماچلی برای متغیر تحمل ابهام و ادراک درد

متغیر	آماره ماچلی	خی دو	درجه آزادی	معنی داری
تحمل ابهام	۰/۹۳۷	۱/۷۴۶	۲	۰/۴۱۸
ادراک درد	۰/۸۶۴	۳/۹۵۸	۲	۰/۱۳۸

جدول ۸. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیر تحمل ابهام

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
تحمل ابهام	اثر زمان	۴۰۹/۲۶۷	۲	۲۰۴/۶۳۳	۲۹/۷۰۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۵	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۵۳۰/۲۸۹	۲	۲۶۵/۱۴۴	۳۸/۴۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۹	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۳۸۵/۷۷۸	۵۶	۶/۸۸۹				
	اثر گروه	۸۵۸/۷۱۱	۱	۸۵۸/۷۱۱	۴/۴۱۹	۰/۰۴۵	۰/۱۳۶	۰/۵۲۸
	خطا	۵۴۴۱/۵۵۶	۲۸	۱۹۴/۳۴۱				

درصد تفاوت اندازه متغیر تحمل ابهام را در سه زمان نشان داده است. اندازه اثر و توان آزمون برای تعامل زمان و گروه به ترتیب ۰/۵۷۹ و ۰/۹۹۹ است. همچنین نتایج جدول در بخش اثر بین گروهی ($F=۴/۴۱۹$ ، $df=۱$ و $p<۰/۰۵$) نشان می‌دهد که در متغیر تحمل ابهام بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۵$). مجذور سهمی اتا (اندازه اثر) برای عامل گروه ۰/۱۳۶ و توان آزمون برابر ۰/۵۲۸ است، یعنی ۱۳/۶ درصد از تغییرات در متغیر تحمل ابهام به تفاوت میان گروه‌ها مربوط است.

با توجه به رعایت پیش فرض کرویت ماچلی نتایج جدول ۸ در متغیر تحمل ابهام در بخش اثر درون گروهی و در عامل زمان ($F=۲۹/۷۰۵$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۰۱$) و تعامل زمان و گروه ($F=۳۸/۴۸۹$ ، $df=۲$ و $p<۰/۰۰۱$) نشان می‌دهد که در تحمل ابهام بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تعامل زمان و گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). مجذور سهمی اتا (اندازه اثر) برای عامل زمان ۰/۵۱۵ و توان آزمون برابر ۰/۹۹۹ است، یعنی تحلیل واریانس انجام شده با ۹۹/۹ درصد توان ۵۱/۵

جدول ۹. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین تحمل ابهام در مراحل پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
تحمل ابهام	پس آزمون	*-۴/۲۳۳	۰/۶۹۸	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	*-۴/۷۶۷	۰/۷۳۶	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۵۳۳	۰/۵۹۱	۰/۹۹۹

در متغیر تحمل ابهام معنی دار نبوده است ($p>۰/۰۵$). با توجه به نتایج می‌توان گفت که مداخله معنادارانی گروهی بر تحمل ابهام تأثیر معنی داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

نتایج آزمون بونفرونی جدول فوق نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات تحمل ابهام در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و همچنین پیش آزمون با پیگیری معنی دار است ($p<۰/۰۰۱$). اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری

جدول ۱۰. نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در ادراک درد و ابعاد آن

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
ادراک درد	اثر زمان	۱۸۸۳/۴۶۷	۲	۹۴۱/۷۳۳	۱۱۳/۰۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۱	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۲۷۲۴/۶۲۲	۲	۱۳۶۲/۳۱۱	۱۶۳/۵۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵۴	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۴۶۶/۵۷۸	۵۶	۸/۳۳۲				
	اثر گروه	۴۲۱۶/۱۷۸	۱	۴۲۱۶/۱۷۸	۱۱/۱۷۸	۰/۰۰۰۲	۰/۲۸۵	۰/۸۹۷
ادراک حسی درد	خطا	۱۰۵۶۰/۷۵۶	۲۸	۳۷۷/۱۷۰				
	اثر زمان	۲۲۴/۴۶۷	۲	۱۱۲/۲۳۳	۳۸/۰۴۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۶	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۳۶۱/۶۶۷	۲	۱۸۰/۸۳۳	۶۱/۲۹۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۶	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۱۶۵/۲۰۰	۵۶	۲/۹۵۰				
ادراک عاطفی درد	اثر گروه	۵۹۲/۹۰۰	۱	۵۹۲/۹۰۰	۴/۰۸۱	۰/۰۵۳	۰/۱۲۷	۰/۴۹۶
	خطا	۴۰۶۷/۸۶۷	۲۸	۱۴۵/۲۸۱				
	اثر زمان	۱۸۶/۰۶۷	۲	۹۳/۰۳۳	۵۲/۲۸۵	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۱	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۲۵۶/۹۵۶	۲	۱۲۸/۴۷۸	۷۲/۲۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۱	۰/۹۹۹
ادراک ارزیابی درد	خطا (زمان)	۹۹/۶۴۴	۵۶	۱/۷۷۹				
	اثر گروه	۴۱۸/۱۷۸	۱	۴۱۸/۱۷۸	۲۹/۰۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۹	۰/۹۹۹
	خطا	۴۰۳/۵۵۶	۲۸	۱۴/۴۱۳				
	اثر زمان	۷/۶۲۲	۲	۳/۸۱۱	۶/۶۳۳	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲	۰/۸۹۸
دردهای متنوع و گوناگون	تعامل زمان × گروه	۱۸/۲۰۰	۲	۹/۱۰۰	۱۵/۸۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۱	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۳۲/۱۷۸	۵۶	۰/۵۷۵				
	اثر گروه	۲۸/۹۰۰	۱	۲۸/۹۰۰	۵/۲۳۸	۰/۰۳۰	۰/۱۵۸	۰/۵۹۹
	خطا	۱۵۴/۴۸۹	۲۸	۵/۵۱۷				
	اثر زمان	۱۴۴/۸۲۲	۲	۷۲/۴۱۱	۴۳/۰۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۶	۰/۹۹۹
	تعامل زمان × گروه	۱۶۶/۲۸۹	۲	۸۳/۱۴۴	۴۹/۴۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸	۰/۹۹۹
	خطا (زمان)	۹۴/۲۲۲	۵۶	۱/۶۸۳				
	اثر گروه	۲۱۷/۷۷۸	۱	۲۱۷/۷۷۸	۹/۲۸۳	۰/۰۰۵	۰/۲۴۹	۰/۸۳۷
	خطا	۶۵۶/۸۴۴	۲۸	۲۳/۴۵۹				

می‌دهد که در متغیر ادراک درد بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). مجذور سهمی اتا (اندازه اثر) برای عامل گروه ۰/۲۸۵ و توان آزمون برابر ۰/۸۹۷ است، یعنی ۲۸/۵ درصد از تغییرات در ادراک درد به تفاوت میان گروه‌ها مربوط است. همچنین در بخش اثر درون‌گروهی با توجه به سطح معناداری در همه ابعاد بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین در همه ابعاد متغیر ادراک درد بین تعامل زمان و گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/05$) و نیز در اثر بین گروهی در همه ابعاد به غیر از بعد ادراک حسی درد اثر گروه نیز معنادار است ($p < 0/05$). در بعد ادراک حسی درد اثر گروه نیز معنادار نیست ($p > 0/05$).

نتایج جدول ۱۰ در بخش اثر درون‌گروهی در متغیر ادراک درد، در عامل زمان ($F=113/030$ ، $df=2$ و $p < 0/01$) و تعامل زمان و گروه ($F=163/508$ ، $df=2$ و $p < 0/01$) نشان می‌دهد که در ادراک درد بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و تعامل زمان و گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). مجذور سهمی اتا (اندازه اثر) برای عامل زمان ۰/۸۰۱ و توان آزمون برابر ۰/۹۹۹ است، یعنی تحلیل واریانس انجام‌شده با ۹۹/۹ درصد توان ۸۵/۴ درصد تفاوت اندازه متغیر ادراک درد را در سه زمان نشان داده است. اندازه اثر و توان آزمون برای تعامل زمان و گروه به ترتیب ۰/۸۵۴ و ۰/۹۹۹ است. همچنین نتایج جدول ۱۰ در بخش اثر بین گروهی ($F=11/178$ ، $df=1$ و $p < 0/01$) نشان

جدول ۱۱. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه میانگین ادراک درد و ابعاد آن در مراحل پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
ادراک درد	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۷۵۸	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۸۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۶۰۷	۰/۹۹۹
ادراک حسی درد	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۴۳۳	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۴۴۲	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۴۵۵	۰/۹۹۹
ادراک عاطفی درد	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۳۲۹	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۳۴۴	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۳۶۰	۰/۹۹۹
ادراک ارزیابی درد	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۲۱۶	۰/۰۲۹
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۲۰۹	۰/۰۱۶
	پس آزمون	پیگیری	۰/۱۵۷	۰/۹۹۹
دردهای متنوع و گوناگون	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۳۴۷	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۰/۳۹۱	۰/۰۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲۵۲	۰/۹۹۹

* $p < 0.05$

نتایج آزمون بونفرونی جدول ۱۱ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات ادراک درد و ابعاد آن در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری معنی دار است ($p < 0.05$). اما تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری در این متغیرها معنی دار نبوده است ($p > 0.05$). با توجه به نتایج می توان گفت که مداخله معنادرمانی گروهی ادراک درد و ابعاد ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون تأثیر معنی داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که مداخله معنادرمانی گروهی بر متغیرهای تحمل ابهام و ادراک درد در مبتلایان به سرطان منجر به برداشت عضو تأثیر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های پیشین (۱۹ و ۲۰، ۲۹ و ۳۰) همسو می باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت که معنادرمانی با ایجاد معنا در تجربه درد و تغییر نگرش به افراد کمک می کند که افراد بتوانند درک متفاوتی از درد داشته باشند و به نوعی آن را به عنوان بخشی از روند رشد شخصی خود ببینند (۳۱). همچنین معنا درمانی با استفاده از استراتژی های

مقابله ای می تواند به افراد کمک کند تا راهبردهای مؤثری برای مدیریت درد پیدا کنند و به جای تمرکز بر درد، بر بهبود کیفیت زندگی خود تمرکز کنند. در این نوع درمان، افراد فرصتی منحصر به فرد میابند تا در یک فضای حمایتی و امن، به بررسی و بازنگری تجربیات و احساسات خود بپردازند. این فرآیند نه تنها به آن ها اجازه می دهد تا با دیگران که ممکن است تجربه های مشابهی داشته باشند ارتباط برقرار کنند، بلکه امکان می دهد تا به طور مشترک بر چالش های روان شناختی و احساسی ناشی از بیماری و درمان های مرتبط با آن فائق آیند. محیط حمایتی و امنی که در جلسات معنادرمانی گروهی ایجاد می شود، نقش حیاتی در کاهش احساسات منفی مانند ترس، اضطراب، و ناامیدی دارد (۳۲). این محیط به افراد کمک می کند تا به تدریج از ترس ها و نگرانی های خود درباره آینده و عدم قطعیت های موجود در زندگیشان فاصله بگیرند. در چنین فضایی، افراد می توانند با استفاده از تجربیات مشترک و حمایت های متقابل، به بازسازی معنا در زندگی خود بپردازند. این بازسازی معنا می تواند باعث شود تا آن ها با دیدی مثبت تر و امیدوارانه تر به آینده نگاه کنند، حتی در شرایطی که ممکن است به شدت نامطلوب به نظر برسد. علاوه بر این، درمان گروهی به شرکت کنندگان کمک می

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که معنادرمانی گروهی تأثیرات معناداری بر تحمل ابهام و ادراک درد در مبتلایان به سرطان منجر به برداشت عضو دارد. با توجه به این نتایج می توان گفت که معنادرمانی گروهی، به عنوان یک روش روان درمانی مبتنی بر معنا و هدف می تواند یک مداخله مکمل بالقوه مفید برای کاهش رنج عاطفی و ادراکی بیماران مبتلا به سرطان باشد.

حجم نسبتاً محدود می تواند یکی از محدودیت های پیش روی مطالعات حاضر باشد. در آینده، پژوهش های با حجم نمونه بزرگ تر می تواند به تقویت نتایج و افزایش قدرت تعمیم کمک کند. همچنین مدت زمان مداخله در این پژوهش ممکن است به اندازه کافی طولانی نباشد تا تأثیرات بلندمدت آن بر متغیرهای مورد نظر به طور کامل نمایان شود. برای بررسی تأثیرات پایدار مداخلات، لازم است که مطالعات آینده دوره های طولانی تری از مداخله را مدنظر قرار دهند و نتایج بلندمدت را ارزیابی کنند. نتایج پژوهش عمدتاً بر اساس داده های خودگزارش شده از شرکت کنندگان به دست آمد. این روش جمع آوری داده ها ممکن است تحت تأثیر سوگیری های پاسخگویی یا عدم دقت فردی قرار گیرد. برای کاهش این محدودیت، استفاده از روش های اندازه گیری چندگانه و ترکیب داده های خودگزارش شده با داده های عینی و مشاهده ای می تواند مفید باشد. شدت و نوع درد در مبتلایان به سرطان منجر به برداشت عضو بسیار متنوع باشد و ممکن است بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. این تنوع می تواند به تحلیل دقیق تر و عمومی تر نتایج کمک نکند. پژوهش های آینده باید به بررسی تأثیرات مداخله بر گروه های مختلف با شدت و نوع درد متفاوت بپردازند. با توجه به این محدودیت ها، پژوهش های آینده می توانند با در نظر گرفتن این نکات، به بررسی جامع تری از تأثیر معنادرمانی گروهی بر متغیرهای مختلف بپردازند و به بهبود روش های تحقیقات کمک کنند. علیرغم این محدودیت ها، این مطالعه مقدماتی از اثربخشی معنا درمانی گروهی به عنوان یک مداخله جدید برای بهبود تحمل ابهام و ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان پشتیبانی میکند. پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده به بررسی مقایسه تأثیر معنا درمانی گروهی بر گروه های افراد مبتلا به سرطان، با و بدون برداشت عضو پرداخته شود. این کار می تواند به شناسایی تفاوت های احتمالی در تأثیرات معنا درمانی گروهی

کند تا احساس تعلق و انسجام بیشتری با گروه پیدا کنند، که این احساسات خود نقش مهمی در کاهش احساس انزوا و بیگانگی ایفا می کنند (۳۳). تحقیقات مختلفی نیز تأیید کرده اند که درمان های گروهی می تواند در افزایش تحمل ابهام و کاهش اضطراب های مرتبط با عدم قطعیت مؤثر باشد. برای مثال، در پژوهش های انجام شده، مشخص شده است که افرادی که در جلسات معنادرمانی شرکت کرده اند، توانسته اند بهتر با شرایط مبهم و نامشخص مواجه شوند و استرس و نگرانی کمتری را تجربه کنند. این نتایج نشان می دهد که معنادرمانی گروهی نه تنها به بهبود تحمل ابهام در افراد برداشت عضو به دلیل سرطان کمک می کند، بلکه می تواند به عنوان یک ابزار مؤثر در بهبود کلی سلامت روانی و کیفیت زندگی آن ها نیز مورد استفاده قرار گیرد. یکی از دلایل اصلی این اثربخشی، ایجاد یک محیط حمایتی و همدلانه در جلسات گروهی است که به بیماران اجازه می دهد که با وجود ابهام و تردیدهای خود احساسات و تجربیات خود را بدون ترس از قضاوت شدن به اشتراک بگذارند و در ادامه، تداوم این تعاملات اجتماعی و گسترش آن به خانواده و اطرافیان به کاهش احساس تنهایی و افزایش حس تعلق این بیماران کمک می کند و از این طریق بیماران می توانند با چالش های جدید زندگی خود بهتر کنار بیایند.

همچنین، در جلسات معنادرمانی گروهی، اشتراک گذاری تجربیات با دیگران و دریافت حمایت از اعضای گروه، می تواند احساس انزوا و ناامیدی را که اغلب با درد مزمن همراه است، کاهش دهد. این تعاملات گروهی باعث می شود افراد احساس کنند که تنها نیستند و دیگران نیز تجربیات مشابهی دارند. چنین همدلی و حمایت اجتماعی می تواند به کاهش استرس و اضطراب، که از عوامل تشدید کننده درد هستند، منجر شود. این نوع درمان به بیماران کمک می کند تا ادراک حسی درد خود را تعدیل کنند و با تغییر نگرش نسبت به درد، آن را به عنوان یک بخش از تجربه زندگی بپذیرند. همچنین، تمرکز بر معنا و هدفمندی در زندگی پس از تغییرات جسمی، به بیماران کمک می کند تا ارزیابی مثبت تری از درد داشته باشند و به جای تمرکز بر رنج، بر جنبه های مثبت زندگی تأکید کنند. به علاوه، معناجویی و حضور فعال و پویا در لحظه می تواند به کاهش استرس و اضطراب مرتبط با درد کمک می کند و در نتیجه، ادراک عاطفی درد را نیز تحت تأثیر قرار می دهد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد نویسنده اول با کد اخلاق IR.IAU.KHSH.REC.1403.054 می‌باشد. اصول اخلاقی شامل آگاهی کامل شرکت کنندگان از روند اجرای پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها و همچنین اخذ رضایت کتبی از آزمودنی‌ها رعایت شد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارضی در منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. World Health Organization. (2022). Cancer Facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Ministry of Health, Iran. (2021). National Cancer Registration Report. [In Persian].
3. Fang, S. Y., Shu, B. C., & Chang, Y. J. (2023). Body Image, Self-Esteem, and Psychological Distress in Patients with Cancer Undergoing Mastectomy: A Longitudinal Study. *Psycho-Oncology*, 32(2), 243-251.
4. Taha, S., Matheson, K., & Anisman, H. (2021). The Role of Intolerance of Uncertainty in Cancer-Related Distress. *Psychology & Health*, 36(7), 823-839.
5. Borneman T, Irish T, Sidhu R, Koczywas M, Cristea M. Death awareness, feelings of uncertainty, and hope in advanced lung cancer patients: can they coexist? *International journal of palliative nursing*. 2014 Jun 2; 20(6):271 <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.6.271>
6. Wafi A, Kolli V, Azhar B, Poole G, Budge J, Moxey P, Loftus I, Holt P. Amputation of the Unsalvageable Leg in Vascular Patients with Cancer. *Vascular and Endovascular Surgery*. 2023 Apr 18;15385744231171752. <https://doi.org/10.1177/15385744231171752>
7. Borneman T, Irish T, Sidhu R, Koczywas M, Cristea M. Death awareness, feelings of uncertainty, and hope in advanced lung cancer patients: can they coexist?. *International journal of palliative nursing*. 2014 Jun 2; 20(6):271 <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.6.271>
8. Hancock J, Mattick K. Tolerance of ambiguity and psychological well-being

بر گروه‌های مختلف و بهبود نتایج درمانی برای افراد با ویژگی‌های متنوع کمک کند. بررسی اثربخشی معنادارمانی گروهی در مقایسه با درمان‌های دیگر، مانند درمان‌های شناختی-رفتاری یا درمان‌های دارویی، می‌تواند به شناسایی بهترین روش‌ها برای مدیریت مشکلات روان‌شناختی مرتبط با برداشت عضو کمک کند.

سپاسگزاری

از موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان (مکسا) (Iranian Cancer Control Center (MACSA)) و کلیه افرادی که در انجام این پژوهش با همکاری داشتند، تشکر می‌نمایم.

- in medical training: a systematic review. *Medical education*. 2020 Feb; 54(2):125-37. <https://doi.org/10.1111/medu.14031>
9. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Iraurgi I. Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLoS One*. 2020 Jul 29; 15(7):e0236572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
 10. Wu Y, Pan J, Lu Y, Chao J, Yu H. Psychotherapy for advanced cancer patients: A meta-analysis of the quality of life and survival assessments. *Palliative & Supportive Care*. 2023 Apr; 21(2):301-7. <https://doi.org/10.1017/S1478951522000694>
 11. Coveler AL, Mizrahi J, Eastman B, Apisarnthanarax SJ, Dalal S, McNearney T, Pant S. Pancreas cancer-associated pain management. *The oncologist*. 2021 Jun 1; 26(6):e971-82. <https://doi.org/10.1002/onco.13796>
 12. Garrett BM, Tao G, Taverner T, Cordingley E, Sun C. Patients perceptions of virtual reality therapy in the management of chronic cancer pain. *Heliyon*. 2020 May 1; 6(5). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03916>
 13. Köppen PJ, Dorner TE, Stein KV, Simon J, Crevenna R. Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 2018 Jan; 130:23-30. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1309-5>
 14. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin DM, Piñeros M, Znaor A, Bray F. Cancer statistics for the year 2020: An overview. *International journal of cancer*. 2021 Aug 15; 149(4):778-89. <https://doi.org/10.1002/ijc.33588>
 15. Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, Shashidhara YN, Kamath

- A. Quality of life among cancer patients. *Indian journal of palliative care*. 2017 Oct; 23(4):445. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_82_17
16. Biparva AJ, Raoofi S, Rafiei S, Kan FP, Kazerooni M, Bagheribayati F, Masoumi M, Doustmehraban M, Sanaei M, Zarabi F, Raoofi N. Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2023 Dec 1; 13(e3):e528-36. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2022-003642>
17. Park CL, Edmondson D, Fenster JR, Blank TO. Meaning making and psychological adjustment following cancer: the mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(5):863-875. <https://doi.org/10.1037/a0013348>
18. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(4):730-741. <https://doi.org/10.1037/a0015820>
19. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Applebaum A, Kulikowski J, Lichtenthal WG. Meaning-centered group psychotherapy: an effective intervention for improving psychological well-being in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2015; 33(7):749-754. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.57.2198>
20. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2018; 124(15):3231-3239. <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
21. Breitbart, W., & Poppito, S. R. (2014). Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual. OUP Us. <https://doi.org/10.1093/med/9780199837243.001.0001>
22. Holtmaat K, van der Spek N, Lissenberg-Witte B, Breitbart W, Cuijpers P, Verdonck-de Leeuw I. Long-term efficacy of meaning-centered group psychotherapy for cancer survivors: 2-Year follow-up results of a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2020 Apr; 29(4):711-718. PMID: 31876012; PMCID: PMC7199891. <https://doi.org/10.1002/pon.5323>
23. Bai, M., Wang, Y., Liu, X., & He, H. (2023). Effects of Meaning-Centered Group Psychotherapy on Psychological Distress in Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1264257. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1264257>
24. Chen, M., Zhang, H., Li, Y., & Zhou, W. (2023). Psychological Mechanisms of Pain Modulation in Oncology: A Meaning-Making Perspective. *Supportive Care in Cancer*.
25. Dworkin RH, Turk DC, Revicki DA, Harding G, Coyne KS, Peirce-Sandner S, et al. Development and initial validation of an expanded and revised version of the Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2). *Pain* 2009; 144:35-42 <https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.02.007>
26. Khosravi, M, S S, Sh M, K Z. Persian-McGill pain questionnaire translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report. *Tehran Univ Med J* 2013; 71 (1):53-58.
27. Mehdizadeh, M., Fereshtehnejad, S. M., Goudarzi, S., Moshtagh, A., Dehghanian Nasrabadi, F., Habibi, S. A. H., & Taghizadeh, G. (2020). Validity and Reliability of Short-Form McGill Pain Questionnaire-2 (SF-MPQ-2) in Iranian People with Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*, 2020(1), 2793945. <https://doi.org/10.1155/2020/2793945>
28. McLain, D. L. (2009). Evidence of the properties of an ambiguity tolerance measure: The multiple stimulus types ambiguity tolerance scale-II (MSTAT-II). *Psychological reports*, 105(3), 975-988 <https://doi.org/10.2466/PRO.105.3.975-988>
29. Rousseau P. Spirituality and the dying patient. *J Clin Oncol*. 2000; 18:2000-2002. <https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.9.2000>
30. Field MJ, Cassel CK, editors. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. National Academy Press; Washington, DC: 1997.
31. Lee GI, Neumeister MW. Pain: pathways and physiology. *Clinics in plastic surgery*. 2020 Apr 1; 47(2):173-80. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2019.11.001>
32. Breitbart WS, Breitbart W, Poppito SR. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual. Oxford University Press, USA; 2014. <https://doi.org/10.1093/med/9780199837243.001.0001>
33. Bellver-Pérez A, Peris-Juan C, Santaballa-Beltrán A. Effectiveness of therapy group in women with localized breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2019 May 1; 19(2):107-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.001>