Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Autumn 2025, Volume 12, Issue 1 10.22034/IJRN.12.1.8

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

Javid Fahmideh[1], 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.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

پاییز ۱۴۰۴، دوره ۱۲، شماره ۱

10.22034/IJRN.12.1.8

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

جاوید فهمیده [۱]، حمیدرضا نیکیار [۲،۳*]، 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

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲۵ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۲۲

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 نیمه‌تجربی 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 به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور 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. آزمودنی های هر دوگروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با ابزار پرسش نامه درد مک گیل (MPQ) و پرسشنامه تحمل ابهام (مک لین، ۲۰۰۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: یافته‌ها نشان داد که معنادرمانی گروهی به‌طور معنادار ($P<۰/۰۵$) 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 آزمودنی های 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.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی-درمانی قرن بیست‌ویکم 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 قابل‌توجهی 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 ـ یعنی ظرفیت روانی برای مواجهه با شرایط نامعلوم و مبهم ـ به‌عنوان یک مؤلفه‌ی کلیدی در سازگاری روانی بیماران سرطانی شناخته شده است (۴).

در بیماران سرطانی، تحمل ابهام به عنوان یکی از ابعاد مهم در مشکلات روانی مطرح می‌شود (۱۵). تحمل ابهام به عنوان 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 قابل‌توجهی بر روان و روان‌شناختی فرد تأثیر می‌گذارد (۱۴). از این رو، نیاز به مداخلات جدی و مؤثر برای بهبود کیفیت زندگی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

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 برینبارت و همکاران (۲۰،۱۹) روان درمانی گروهی معنا محور را برای بهبود بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته توسعه دادند. روان‌درمانی گروهی معنامحور رویکردی روان‌درمانی 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 فرآیند 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 محدودیت ها ادامه دهیم، انتخاب نگرش نسبت به رنج و بحث در مورد منابع معنا در زندگی می پردازد (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 فرآیند درمان سرطان و خلأ موجود در پژوهش‌های داخلی پیرامون تأثیر معنادرمانی 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 و کنترل و ارزیابی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه ی 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=۱۸). ملاک¬های 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 هر گونه 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 موسسهٔ 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 (معنادرمانی گروهی) قرار گرفتند. مداخله اجرا شده بر روی گروه آزمایش، رویکرد معنادرمانی بریتبارت است که دارای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای 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.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

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 تنگناهای 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 همگرای 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	۲۷/۸
	زن	۱۲	۶۶/۷	۱۳	۷۲/۲
	مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
مقدار خی دو (معناداری)		۰/۱۸۶ (۰/۶۶۶)			

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

جدول ۳. توزیع فراوانی و درصد فراوانی سن شرکت کنندگان

متغیر/ گروه		گروه معنادرمانی گروهی		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
سن	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 ٤. 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
نوع سرطان و برداشت عضو	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 ابهام به تفکیک عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

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

جدول ٦. 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
ادراک درد	پیش آزمون	۵۵/۰۰۰	۱۲/۶۴۳	۵۳/۱۳۳	۱۱/۷۸۹
	پس‌آزمون	۳۳/۶۰۰	۹/۷۳۱	۵۵/۴۶۷	۱۱/۶۹۸
	پیگیری	۳۳/۶۶۷	۱۱/۴۷۵	۵۴/۷۳۳	۱۱/۲۰۹
ادراک حسی درد	پیش آزمون	۲۸/۲۶۷	۷/۲۲۶	۲۷/۷۳۳	۶/۹۱۲
	پس‌آزمون	۲۰/۶۰۰	۶/۵۸۸	۲۸/۷۳۳	۷/۴۵۹
	پیگیری	۲۰/۷۳۳	۷/۴۳۰	۲۸/۵۳۳	۶/۹۳۷
ادراک عاطفی درد	پیش آزمون	۱۱/۱۳۳	۲/۶۴۲	۱۰/۶۶۷	۲/۰۹۳
	پس‌آزمون	۴/۴۶۷	۲/۳۸۶	۱۱/۲۶۷	۲/۴۳۴
	پیگیری	۴/۵۳۳	۲/۹۹۷	۱۱/۱۳۳	۱/۹۹۵
ادراک ارزیابی درد	پیش آزمون	۲/۸۶۷	۱/۶۸۵	۲/۷۳۳	۱/۸۷۰
	پس‌آزمون	۱/۲۶۷	۱/۰۳۳	۳/۱۳۳	۱/۶۴۲
	پیگیری	۱/۳۳۳	۱/۰۴۷	۳/۰۰۰	۱/۴۶۴
دردهای متنوع و گوناگون	پیش آزمون	۱۲/۷۳۳	۲/۶۸۵	۱۲/۰۰۰	۲/۴۲۰
	پس‌آزمون	۷/۲۶۷	۳/۲۸۳	۱۲/۳۳۳	۲/۷۹۵
	پیگیری	۷/۰۶۷	۳/۶۷۴	۱۲/۰۶۷	۲/۹۱۵

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

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	معنی‌داری
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 مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معنی‌داری	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				

با توجه به رعایت پیش فرض کرویت ماچلی نتایج جدول ۸ در متغیر تحمل ابهام در بخش اثر درون‌گروهی و در عامل زمان (F=۲۹/۷۵۰، df=۲ و p<۰/۰۰۱) و تعامل زمان و گروه (F=۳۸/۴۸۹، df=۲ و p<۰/۰۰۱) نشان می دهد که در تحمل ابهام بین پیش آزمون، پس‌آزمون 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 انجام‌شده با ۹۹/۹ درصد توان ۵۱/۵ 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 می دهد 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 گروه ها مربوط است.

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

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*-۴/۲۳۳	۰/۶۹۸	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	*-۴/۷۶۷	۰/۷۳۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۵۳۳	۰/۵۹۱	۰/۹۹۹

نتایج آزمون بونفرونی جدول فوق نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات تحمل ابهام در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و همچنین پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است (p<۰/۰۰۱). اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در متغیر تحمل ابهام معنی دار نبوده است (p>۰/۰۵). با توجه به نتایج می توان گفت که مداخلهٔ معنادرمانی گروهی بر تحمل ابهام تأثیر معنی داری داشته و اثرات این درمان در مرحله پیگیری نیز باقی‌مانده است.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

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	۰/۰۰۲	۰/۲۸۵	۰/۸۹۷
	خطا	۱۰۵۶۰/۷۵۶	۲۸	۳۷۷/۱۷۰				
ادراک حسی درد	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				
	اثر گروه	۵۹۲/۹۰۰	۱	۵۹۲/۹۰۰	۴/۰۸۱	۰/۰۵۳	۰/۱۲۷	۰/۴۹۶
	خطا	۴۰۶۷/۸۶۷	۲۸	۱۴۵/۲۸۱				
ادراک عاطفی درد	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
	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				
ادراک ارزیابی درد	اثر زمان	۷/۶۲۲	۲	۳/۸۱۱	۶/۶۳۳	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲	۰/۸۹۸
	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				
دردهای متنوع و گوناگون	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				

نتایج جدول ۱۰ در بخش اثر درون‌گروهی در متغیر ادراک درد، در عامل زمان (F=۱۱۳/۰۳۰، df=۲ و p<۰/۰۰۱) و تعامل زمان و گروه (F=۱۶۳/۵۰۸، df=۲ و p<۰/۰۰۱) نشان می دهد که در ادراک درد بین پیش آزمون، پس‌آزمون 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 ۰/۸۰۱ 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=۱۱/۱۷۸، df=۱ و p<۰/۰۱) نشان می دهد که در متغیر ادراک درد بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). 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 گروه ها مربوط است. همچنین در بخش اثر درون‌گروهی با توجه به سطح معناداری در همه ابعاد بین پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و همچنین در همه ابعاد متغیر ادراک درد بین تعامل زمان و گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۵) و نیز در اثر بین گروهی در همه ابعاد به غیر از بعد ادراک حسی درد اثر گروه نیز معنادار است (p<۰/۰۵). در بعد ادراک حسی درد اثر گروه‌نیزمعنادارنیست (p>۰/۰۵).

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

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	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۵۳۳*	۰/۷۵۸	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۹/۸۶۷*	۰/۸۵۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۳۳	۰/۶۰۷	۰/۹۹۹
ادراک حسی درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۳۳۳*	۰/۴۳۳	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۳/۳۶۷*	۰/۴۴۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۴۵۵	۰/۹۹۹
ادراک عاطفی درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۰۳۳*	۰/۳۲۹	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۳/۰۶۷*	۰/۳۴۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۳۶۰	۰/۹۹۹
ادراک ارزیابی درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۶۰۰*	۰/۲۱۶	۰/۰۲۹
		پیگیری	۰/۶۳۳*	۰/۲۰۹	۰/۰۱۶
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۳۳	۰/۱۵۷	۰/۹۹۹
دردهای متنوع و گوناگون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۶۷*	۰/۳۴۷	۰/۰۰۰۱
		پیگیری	۲/۸۰۰*	۰/۳۹۱	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۳۳	۰/۲۵۲	۰/۹۹۹

*p<۰/۰۵

نتایج آزمون بونفرونی جدول ۱۱ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات ادراک درد و ابعاد آن در مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است (p<۰/۰۵). اما تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها معنی دار نبوده است (p>۰/۰۵). با توجه به نتایج می توان گفت که مداخلهٔ 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 باقی‌مانده است.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد 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 پژوهش‌های پیشین (۱۹ و ۲۰، ۲۹ و ۳۰) همسو می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان 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 استراتژی‌های مقابله‌ای می‌تواند 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 می‌یابند تا در یک فضای حمایتی و امن، به بررسی و بازنگری تجربیات و احساسات خود بپردازند. این فرآیند نه تنها به آن‌ها اجازه می دهد تا با دیگران که ممکن است تجربه‌های مشابهی داشته باشند ارتباط برقرار کنند، بلکه امکان می‌دهد تا به طور مشترک بر چالش‌های روان‌شناختی و احساسی ناشی از بیماری و درمان‌های مرتبط با آن فائق آیند. محیط حمایتی و امنی که در جلسات معنادرمانی گروهی ایجاد می‌شود، نقش حیاتی در کاهش احساسات منفی مانند ترس، اضطراب، و ناامیدی دارد (۳۲). این محیط به افراد کمک می کند تا به تدریج از ترس‌ها و نگرانی‌های خود درباره آینده و عدم قطعیت های موجود در زندگیشان فاصله بگیرند. در چنین فضایی، افراد می‌توانند با استفاده از تجربیات مشترک و حمایت های متقابل، به بازسازی معنا در زندگی خود بپردازند. این بازسازی معنا می‌تواند باعث شود تا آن‌ها با دیدی مثبت‌تر و امیدوارانه‌تر به آینده نگاه کنند، حتی در شرایطی که ممکن است به شدت نامطلوب به نظر برسد. علاوه بر این، درمان گروهی به شرکت‌کنندگان کمک می

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

کنـد تـا احسـاس تعلـق و انسـجام بیشـتری بـا گـروه پیـدا کننـد، کـه ایـن احساسـات خـود نقـش مهمـی در کاهـش احسـاس انزوا و بیگانگـی ایفـا می‌کننـد (۳۳). تحقیقـات مختلفـی نیـز تأییـد کرده‌انـد کـه درمان‌هـای گروهـی می‌توانـد در افزایـش تحمـل ابهـام و کاهـش اضطراب‌هـای مرتبـط بـا عـدم قطعیـت مؤثـر باشـد. بـرای مثـال، در پژوهش‌هـای انجام‌شـده، مشـخص شـده اسـت کـه افـرادی کـه در جلسـات معنادرمانـی شـرکت کرده‌انـد، توانسـته‌اند بهتـر بـا شـرایط مبهـم و نامشـخص مواجـه شـوند و اسـترس و نگرانـی کمتـری را تجربـه کننـد. ایـن نتایـج نشـان می‌دهـد کـه معنادرمانـی گروهـی نـه تنهـا بـه بهبـود تحمـل ابهـام در افـراد برداشـت عضـو بـه دلیـل سـرطان کمـک مـی کنـد، بلکـه مـی توانـد بـه عنـوان یـک ابـزار مؤثـر در بهبـود کلـی سـلامت روانـی و کیفیـت زندگـی آن‌هـا نیـز مـورد اسـتفاده قـرار گیـرد. یکـی از دلایـل اصلـی ایـن اثربخشـی، ایجـاد یـک محیـط حمایتـی و همدلانـه در جلسـات گروهـی اسـت کـه بـه بیمـاران اجـازه می‌دهـد کـه بـا وجـود ابهـام و تردیدهـای خـود احساسـات و تجربیـات خـود را بـدون تـرس از قضـاوت شـدن بـه اشـتراک بگذارنـد و در ادامـه، تـداوم ایـن تعامـلات اجتماعـی و گسـترش آن بـه خانـواده و اطرافیـان بـه کاهـش احسـاس تنهایی و افزایـش حـس تعلـق ایـن بیمـاران کمـک می‌کنـد و از ایـن طریـق بیمـاران می‌تواننـد بـا چالش‌هـای جدیـد زندگـی خـود بهتـر کنـار بیاینـد.

همچنیـن، در جلسـات معنادرمانـی گروهـی، اشـتراک‌گذاری تجربیـات بـا دیگـران و دریافـت حمایـت از اعضـای گـروه، می‌توانـد احسـاس انـزوا و ناامیـدی را کـه اغلـب بـا درد مزمـن همـراه اسـت، کاهـش دهـد. ایـن تعامـلات گروهـی باعـث می‌شـود افـراد احسـاس کننـد کـه تنهـا نیسـتند و دیگـران نیـز تجربیـات مشـابهی دارنـد. چنیـن همدلـی و حمایـت اجتماعـی می‌توانـد بـه کاهـش اسـترس و اضطـراب، کـه از عوامـل تشـدید کننـده درد هسـتند، منجـر شـود. ایـن نـوع درمـان بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا ادراک حسـی درد خـود را تعدیـل کننـد و بـا تغییـر نگـرش نسـبت بـه درد، آن را به‌عنـوان یـک بخـش از تجربـه زندگـی بپذیرنـد. همچنیـن ، تمرکـز بـر معنـا و هدفمنـدی در زندگـی پـس از تغییـرات جسـمی، بـه بیمـاران کمـک می‌کنـد تـا ارزیابـی مثبت‌تـری از درد داشـته باشـند و بـه جـای تمرکـز بـر رنـج، بـر جنبه‌هـای مثبـت زندگـی تأکیـد کننـد. به‌عـلاوه، معناجویـی و حضـور فعـال و پویـا در لحظـه می‌توانـد بـه کاهـش اسـترس و اضطـراب مرتبـط بـا درد کمـک می‌کنـد و در نتیجـه، ادراک عاطفـی درد را نیـز تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد.

نتیجه گیری

نتایـج پژوهـش نشـان داد کـه معنادرمانـی گروهـی تأثیـرات معنـاداری بـر تحمـل ابهـام و ادراک درد در مبتلایـان بـه سـرطان منجـر بـه برداشـت عضـو دارد. بـا توجـه بـه ایـن نتایـج می‌تـوان گفـت کـه معنادرمانـی گروهـی، به‌عنـوان یـک روش روان‌درمانـی مبتنـی بـر معنـا و هـدف می‌توانـد یـک مداخلـه مکمـل بالقـوه مفیـد بـرای کاهـش رنـج عاطفـی و ادراکـی بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان باشـد.

حجـم نسـبتاً محـدود می‌توانـد یکـی از محدودیت‌هـای پیـش روی مطالعـات حاضـر باشـد. در آینـده، پژوهش‌هـای بـا حجـم نمونـه بزرگ‌تـر می‌توانـد بـه تقویـت نتایـج و افزایـش قـدرت تعمیـم کمـک کنـد. همچنیـن مـدت زمـان مداخلـه در ایـن پژوهـش ممکـن اسـت بـه انـدازه کافـی طولانـی نباشـد تـا تأثیـرات بلندمـدت آن بـر متغیرهـای مـورد نظـر به‌طـور کامـل نمایـان شـود. بـرای بررسـی تأثیـرات پایـدار مداخلات، لازم اسـت کـه مطالعـات آینـده دوره‌هـای طولانـی تـری از مداخلـه را مدنظر قـرار دهنـد و نتایـج بلندمـدت را ارزیابـی کننـد. نتایـج پژوهـش عمدتـاً بـر اسـاس داده‌هـای خودگزارش‌شـده از شـرکت‌کنندگان بـه دسـت آمـد. ایـن روش جمـع‌آوری داده‌هـا ممکـن اسـت تحـت تأثیـر سـوگیری‌های پاسـخگویی یـا عـدم دقـت فـردی قـرار گیـرد. بـرای کاهـش ایـن محدودیـت، اسـتفاده از روش‌های اندازه‌گیـری چندگانـه و ترکیـب داده‌هـای خودگزارش‌شـده بـا داده‌هـای عینـی و مشـاهده‌ای می‌توانـد مفیـد باشـد. شـدت و نوع درد در مبتلایـان بـه سـرطان منجـر بـه برداشـت عضـو بسـیار متنـوع باشـد و ممکن اسـت بـر نتایـج پژوهـش تأثیر بگـذارد. این تنـوع می‌توانـد بـه تحلیـل دقیـق تـر و عمومی‌تـر نتایـج کمـک نکنـد. پژوهش‌هـای آینـده بایـد بـه بررسـی تاثیـرات مداخلـه بـر گروه‌هـای مختلـف بـا شـدت و نـوع درد متفـاوت بپردازنـد. بـا توجـه بـه ایـن محدودیـت هـا، پژوهش‌هـای آینـده مـی تواننـد بـا در نظـر گرفتـن ایـن نـکات، بـه بررسـی جامع‌تـری از تاثیـر معنادرمانـی گروهـی بـر متغیرهـای مختلـف بپردازنـد و بـه بهبـود روش‌هـای تحقیقـات کمـک کننـد. علیرغـم ایـن محددیـت هـا، ایـن مطالعـه مقدماتـی از اثربخشـی معنـا درمانـی گروهـی بـه عنـوان یـک مداخلـه جدیـد بـرای بهبـود تحمـل ابهـام و ادراک درد در بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان پشـتیبانی میکنـد. پیشـنهاد مـی شـود کـه در پژوهش‌هـای آینـده بـه بررسـی مقایسـه تاثیـر معنـا درمانـی گروهـی بـر گروه‌هـای افـراد مبتـلا بـه سـرطان، بـا و بـدون برداشـت عضـو پرداختـه شـود. ایـن کار مـی توانـد بـه شناسـایی تفاوت‌هـای احتمالـی در تاثیـرات معنـا درمانـی گروهـی

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

بـر گروه‌هـای مختلـف و بهبـود نتایـج درمانـی بـرای افـراد بـا ویژگی‌هـای متنـوع کمـک کنـد. بررسـی اثربخشـی معنادرمانـی گروهـی در مقایسـه بـا درمان‌هـای دیگـر، ماننـد درمان‌هـای شـناختی-رفتاری یـا درمان‌هـای دارویـی، می‌توانـد بـه شناسـایی بهتریـن روش‌هـا بـرای مدیریـت مشـکلات روان‌شـناختی مرتبـط بـا برداشـت عضـو کمـک کنـد.

سپاسگزاری

از موسسـه نیکـوکاری کنتـرل سـرطان ایرانیـان (مکسـا) (Iranian Cancer Control Center (MACSA)) و کلیـه افـرادی کـه در انجـام ایـن پژوهـش بـا همـکاری داشـتند، تشـکر مـی نماییـم.

ملاحظات اخلاقی

ایـن مقالـه برگرفتـه از پایـان نامـه دوره کارشناسـی ارشـد نویسـنده اول با کـد اخـلاق IR.IAU.KHSH.REC.1403.054 می‌باشـد. اصـول اخلاقـی شـامل آگاهـی کامـل شـرکت کننـدگان از رونـد اجـرای پژوهـش و محرمانـه مانـدن اطلاعـات آن‌هـا و همچنیـن اخـذ رضایـت کتبـی از آزمودنـی هـا رعایـت شـد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارضی در منافع بین نویسندگان وجود ندارد.

Refrences

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 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

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]

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/fpsyt.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 McGillPain 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/PR0.105.3.975-988
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

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-02-16]

[DOI: 10.22034/IJRN.12.1.8]