فصلنامه مدیریت پرستاری
سال سیزدهم، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۳

مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خود کارآمدی درد و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

مینا انصاری، قدرت الله عباسی■، رمضان حسن‌زاده

چکیده

مقدمه: سرطان پستان در حال حاضر شایع‌ترین تشخیص سرطان و عامل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان است. برای بیماران مبتلا به سرطان پستان، درد یک علامت شایع و ناتوان‌کننده است که می‌تواند بر سلامت جسمانی، هیجانی و معنوی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. در این کارآزمایی تصادفی کنترل شده است.

هدف: هدف ما تعیین تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر خودکارآمدی درد و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر در قالب یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی و رادیوتراپی بیمارستان بازرگانان و مرکز رادیوتراپی و آنکولوژی روشنا در شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۱ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل تخصیص داده شدند. مهارت‌های مقابله با درد معنا محور در ۶ جلسه و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه آموزشی به صورت گروهی ارائه شدند. شرکت‌کنندگان سه گروه، مقیاس خود کارآمدی درد (نیکولاس، ۲۰۰۷) و پرسشنامه امید اسنایدر (۱۹۹۱)، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه را تکمیل کردند. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بونفرنی در فضای نرم‌افزار SPSS27 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیرات معناداری بر افزایش خودکارآمدی درد و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان داشتند. بین تأثیرگذاری مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی درد در پژوهش حاضر تفاوت معناداری گزارش نشد. بدین‌سان مداخله مهارت‌های مقابله با درد معنا محور تأثیر بیشتری بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد ($P<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی از اثربخشی قابل‌توجهی در جهت افزایش خود کارآمدی درد و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان در ایران برخوردار هستند. از این‌رو، متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می‌توانند از این مداخله‌ها به‌عنوان گزینه‌های مؤثر درمانی جهت بهبود کارکردهای روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان پستان در کنار درمان‌های پزشکی آن‌ها استفاده کنند.

کلمات کلیدی: امید به زندگی، خود کارآمدی درد، سرطان پستان، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مهارت‌های مقابله با درد معنا محور

مینا انصاری
دانشجو دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

■ **مؤلف مسؤول: قدرت الله عباسی**
دانشیار، گروه روان‌شـــناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

آدرس: **gh_abbasi@iausari.ac.ir**

رمضان حسن‌زاده
استاد، گروه روان‌شـــناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

اطلاعات مقاله:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۹/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۸
تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۹/۳۰

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

■ مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین تشخیص و عامل اصلی منجر به مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان در سراسر جهان، با تخمین (۲/۳) میلیون مورد سرطان جدید (۱ مورد از ۴ مورد سرطان جدید) و (۶۸۵۰۰۰) مرگ ناشی از سرطان (۱ مورد از ۶ مرگ و میر) است (۱). گفتنی است که سرطان پستان در ایران به‌عنوان شایع‌ترین سرطان و پنجمین عامل مرگ و میر زنان شناخته شده است (۲). زنان مبتلابه سرطان پستان به دلیل تلاش‌های متعدد در جهت تشخیص زودهنگام و پیشرفت درمان، عمر طولانی‌تری دارند (۳). این روند دلگرم‌کننده است، به‌طوری‌که پیرو مستندات پژوهشی در طول (۵) سال میزان نجات‌یافتگان بین (۴۹) تا (۶۹) درصد افزایش یافته است (۴)، با این‌وجود، زنان نجات‌یافته از سرطان پستان، با چالش‌هایی همراه با علائم جسمانی و هیجانی ناشی از درمان‌های جراحی و کمکی مواجه هستند (۵). درد اغلب به‌عنوان یکی از ناراحت‌کننده‌ترین عوارض جانبی سرطان پستان و درمان آن محسوب می‌شود (۶).

درد در بیماران مبتلابه سرطان بسیار شایع، ناتوان‌کننده و پرهزینه است به‌طوری‌که بین (۵۸) تا (۷۵٪) از این بیماران درجات مختلفی از درد را تجربه می‌کنند (۷). بدین‌سان برآوردها حاکی از آن است که (۳۰) تا (۶۰٪) از زنان مبتلابه سرطان پستان نیز درد قابل‌توجهی را در رابطه با بیماری خود تجربه می‌کنند (۸). شیوع درد در بین زنان مبتلا به سرطان پستان که تحت درمان‌های کمکی مانند پرتودرمانی و شیمی درمانی قرار گرفته‌اند از (۲۸/۸) تا (۵۳/۶) درصد در نوسان است، این یافته حاکی از آن است که درد یک علامت شایع، پایدار و مزمن برای زنان نجات‌یافته از سرطان پستان است (۸).

با توجه به تأثیرگذاری شدت درد بر بهزیستی روان‌شناختی، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان درک مکانیسم(های) ایجادکننده آن دارای اهمیت شایانی است (۶). در این راستا نظریه زیستی- روانی- اجتماعی درد (۹) تبیین مفیدی را ارائه می‌دهد که از طریق آن می‌توان رابطه بین شدت درد و مشکلات سلامت روان در بیماران مبتلا به سرطان پستان را بررسی کرد.

این نظریه چنین بیان می‌کند که در زمینه تجربه درد (یعنی تشخیص و درمان سرطان پستان)، مجموعه پیچیده‌ای از عوامل زیستی (مانند استعداد ژنتیکی، آسیب بافت)، روان‌شناختی (مانند خودکارآمدی، مقابله) و عوامل اجتماعی (مانند، حمایت اجتماعی، اقدامات فرهنگی) وجود دارند که می‌تواند به نیمرخ‌های مختلف علائم منجر شود. به این معنا که تجربه درد می‌تواند براساس نحوه بروز این عوامل برای هر فرد تغییر کند. در حوزه روان‌شناختی در این نظریه، خودکارآمدی جهت مدیریت درد و فاجعه‌سازی درد، دو فرآیند شناختی مرتبط با درد هستند که می‌توانند به‌طور ویژه به رابطه بین میزان درد و مشکلات سلامت روان مرتبط باشند (۶).

خودکارآمدی جهت مدیریت درد توجه زیادی را در ادبیات درد به خود جلب کرده است (۶). خودکارآمدی درد به‌عنوان اعتماد بیمار به توانایی خود به‌منظور کنترل درد به‌تنهایی (برای نمونه، بدون دارو یا موارد دیگر مانند مداخله پزشکی) تعریف می‌شود (۱۰). خودکارآمدی درد، سازه کلیدی در تجربه علائم برای افرادی است که با شرایط پزشکی که در آن درد شایع است (مانند آرتریت، سرطان) کنار می‌آیند (۱۱). این شناخت مرتبط با درد با افزایش شدت درد، سفتی عضلات، اختلال خواب، خستگی و ناتوانی روانی مرتبط است (۱۱, ۱۲). به‌طور ویژه در نمونه‌های سرطان پستان، شواهد پژوهشی چنین نشان داده است که خودکارآمدی پایین‌تر درد با شدت درد بیشتر در بیماران مرتبط است (۶). ازاین‌رو، مهم است که متغیرهای شناختی مرتبط با درد مانند خودکارآمدی جهت مدیریت درد به‌عنوان یکی از عواملی که می‌تواند درمان دارویی سرطان را تسهیل و به امید به زندگی در بیماران منجر شود مورد توجه جدی درمانگران و پرستاران قرار گیرد.

درحالی‌که دارودرمانی خط نخست و مقدم درمان به منظور کنترل درد متوسط تا شدید ناشی از سرطان است، اغلب نیاز به مداخله روانی اجتماعی کمکی به‌منظور رسیدگی به عوامل متعددی وجود دارد که می‌توانند درد پایدار و مزمن سرطان را تشدید و حفظ کنند. تشخیص و درمان سرطان پستان می‌تواند تجربه بسیار پراسترس و ناتوان‌کننده‌ای باشد. بیماران مبتلابه سرطان پستان همچنان سطوح بالایی از استرس، اضطراب، افسردگی، ترس از عود بیماری، بی‌خوابی و خستگی را تجربه می‌کنند که تأثیرات جدی بر کیفیت زندگی و سلامت روان آن‌ها دارد (۱۳). درنتیجه، چگونگی کمک به این بیماران به‌منظور حفظ حداکثر عملکرد به

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

اولویت توان‌بخشی حوزه سرطان بدل شده است. بسیاری از بیماران مبتلابه سرطان پستان درد را به‌عنوان یک علامت ناتوان‌کننده توصیف می‌کنند که به‌شدت در انجام فعالیت‌های روزمره و لذت از زندگی اختلال ایجاد می‌کند. هرچند که مداخله‌های روانی اجتماعی می‌تواند دردهای ناشی از سرطان را بهبود بخشد، اما به‌ندرت به نگرانی‌های معنوی (مانند از دست دادن معنا، آرامش) بیماران سرطانی می‌پردازد (۱۴). مداخله‌های معطوف به معنا که به‌طور ویژه باهدف بهبود جنبه‌های بهزیستی معنوی انجام می‌شود، اثرات مفید متعددی (برای نمونه، افزایش معنا، آرامش و کیفیت کلی زندگی) برای بیماران مبتلابه سرطان دارد. از جمله، مداخله روانی اجتماعی جدیدی به نام آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنامحور (MCPC) که اثربخشی آن برای نخستین بار توسط وینگر و همکاران (۱۵) در بیماران مبتلابه سرطان پیشرفته مورد تائید قرار گرفت و سپس فیشر و همکاران (۷, ۱۴) نیز بر کارآمدی و اثربخشی آن برای این بیماران تأکید داشتند.

بدین‌سان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک مداخله ساختارمند و نوآورانه در بیماران سرطانی است که شامل (۸) جلسه آموزش گروهی هفتگی است. در میان مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی با رویکردی چندجانبه، یک مداخله روان‌درمانی کوتاه‌مدت، جدید، نیمه ساختاریافته، انفرادی و بر پایه راهنمای گام‌به‌گام است که در جهت تسکین پریشانی روان‌شناختی و ارتقاء سطح بهزیستی روان‌شناختی و رشد در بیماران مبتلابه بیماری‌های مزمن ازجمله سرطان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۶). نتایج به دست آمده از مطالعه زِنگ و همکاران (۱۷) حاکی از آن بود که در بین درمان‌های غیر دارویی و پزشکی برای مشکلات شناختی و روان‌شناختی ناشی از سرطان درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مراقبه از بالاترین کارایی و اثربخشی برخوردار است. یافته ها حاکی از آن است که ذهن‌آگاهی تأثیر مثبتی بر علائم روانی و جسمی در بین نجات یافتگان سرطان پستان دارد. به‌تازگی، لنگاچر و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای در بررسی مکانیسم‌های شناختی چگونگی کارکرد و تأثیرگذاری ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلابه سرطان پستان نشان دادند که این تأثیرگذاری از طریق کاهش واکنش‌پذیری هیجانی، نشخوار فکری و نگرانی و افزایش ذهن‌آگاهی رخ می‌دهد. در این راستا پژوهشگران در ایران نیز اثربخشی مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش درد و رنج روان شناختی ناشی از سرطان را تأیید و بر استفاده از این مداخله‌ها به منظور افزایش امید به زندگی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأکید داشته‌اند. در این راستا نتایج پژوهش سلیمانی مقدم و همکاران (۳۷) حاکی از تأثیر معنادار و پایدار درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی بر دلسردی، تصویر بدنی و عملکرد جنسی در زنان ایرانی مبتلا به سرطان پستان بود. همچنین، نتایج مطالعه باقر زاده و همکاران (۳۸) نیز تأثیر مداخله ذهن‌آگاهی را بر نگرانی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران را مورد تأیید قرار داده است. مداخله مهارت‌های مقابله با درد معنامحور رویکرد درمانی نوینی است که برای اولین بار در ایران ترجمه و اجرا شد.

پیرو فرضیه درجاماندگی شناختی (PCH)، نگرانی، نشخوار فکری و عدم اطمینان با طولانی کردن موقعیت‌های نسبتاً بی‌ضرر و استرس‌زا، پریشانی روان‌شناختی ایجاد می‌کند. افزون بر این، این شدت هیجانی واکنش فیزیولوژیکی به استرس را در بیماران سرطانی طولانی و مزمن می‌کند (۱۹). بدین‌سان مدل خودتنظیمی رفتار بیماری اهمیت ادراکات بیماری و پاسخ‌های هیجانی را هنگام مدیریت یک تهدید سلامتی مانند سرطان برجسته می‌کند (۲۰). در این مدل، خودتنظیمی ضعیف، از جمله درجاماندگی شدید، منجر به افزایش پریشانی و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار می‌شود. تشدید ناراحتی مرتبط با سرطان در میان بیماران مبتلابه سرطان پستان که مضطرب‌تر هستند و مشکلات سلامتی بیشتری دارند، می‌تواند با نگرانی و نشخوار فکری تشدید شود (۲۱). بدین‌سان مبانی نظری مطالعه حاضر براساس فرضیه درجاماندگی شناختی و مدل خود تنظیمی رفتار بیماری است که بر این نکته تأکید دارد که چگونه مشکلات در خودتنظیمی مانند نگرانی و نشخوار فکری منجر به پریشانی شدید و مشکلات جسمانی در بیماران مبتلابه سرطان پستان می‌شود.

با استناد به مبانی نظری و پژوهشی مطرح‌شده با رشد روزافزون جمعیت نجات‌یافتگان سرطان، یافتن راه‌های مؤثر به‌منظور رسیدگی به علائم مرتبط با درمان و مراقبت‌های هدفمند متناسب با نیاز بیماران، اهمیت شایانی دارد (۲۲). در بیماران مبتلابه سرطان پستان، علائم جسمانی (مانند درد، خستگی و

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

بی‌خوابی) و روانی (مانند استرس، اضطراب، افسردگی)، می‌تواند با پریشانی طولانی‌مدت و کاهش امید به زندگی همراه است. حلقه نهایی این دور باطل شکست درمان‌های پزشکی، افزایش بار روان‌شناختی بیماری و هزینه‌های اقتصادی آن و استفاده بیشتر از منابع مراقبت‌های بهداشتی است. راهبرد درست مقابله در این حوزه استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی کوتاه‌مدت و کم‌هزینه است که می‌تواند ضمن کاستن از فشار روانی ناشی از تشخیص و دشواری‌های درمانی از بار روانی- اقتصادی این مشکلات کاسته و صورت مقرون‌به‌صرفه باعث کاهش و بهبود این پیامدهای وخیم در بیماران مبتلابه سرطان پستان شود؛ بنابراین، مداخله‌های مناسب و مبتنی بر شواهد پژوهشی مانند آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند بار فردی بیماری و فشار بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی را کاهش می‌دهد. برای تأیید این موضوع و اطمینان از کارآمدی و امکان سنجی درمان‌های موردنظر و پایداری نتایج، پژوهش‌های مستند و باکیفیت بیشتری موردنیاز است. ازاین‌رو در مطالعه حاضر به بررسی و مقایسه تأثیر مداخله‌های آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی درد و امید به زندگی در بیماران مبتلابه از سرطان پستان پرداخته شد

■ مواد و روش‌ها

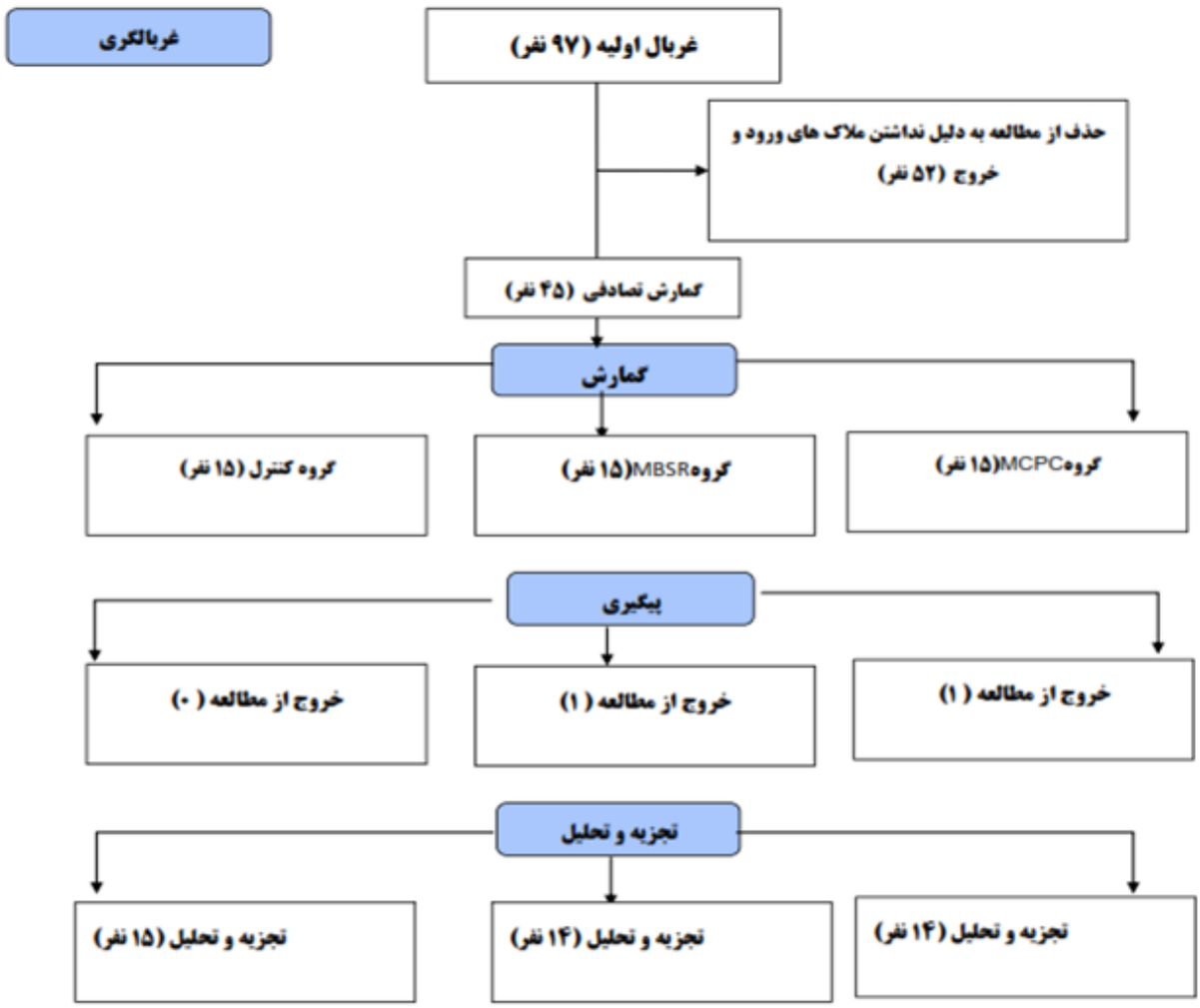
پژوهش حاضر در قالب یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده با پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل بیماران زن مبتلابه سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی و رادیوتراپی بیمارستان بازرگانان و مرکز رادیوتراپی و آنکولوژی روشنا در شهر تهران در نیمه دوم سال (۱۴۰۱) بود. گروه نمونه از بین بیماران دارای شرایط همکاری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار جی پاور (G*Power)، براساس مؤلفه‌های آلفای (α=۰/۰۵)، توان آزمون آماری (β =-۰۱/۸۰)، اندازه اثر به‌دست‌آمده بالاتر از (۰/۶۰)، تعداد گروه‌ها برابر با (۳) و تعداد اندازه‌گیری‌ها برابر با (۳) (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد؛ از این‌رو، (۴۵) نفر در سه گروه تعیین و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارش شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان شامل، بیمارانی که براساس یافته‌های بالینی و مطالعه‌های سیتولوژی و تشخیص پزشک معالج مبتلابه مرحله (III) سرطان پستان بودند، بیش از (۶) ماه از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته بود؛ سابقه دریافت درمان‌های رایج برای سرطان پستان ازجمله جراحی، شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی داشتند؛ دامنه سنی آن‌ها بین (۳۰) تا (۶۰) سال بود؛ دارای تحصیلات دیپلم به بالاتر و تسلط به زبان رسمی کشور بودند؛ بیمارانی که حداقل دو ماه از آخرین جراحی، شیمی‌درمانی و رادیو درمانی آن‌ها گذشته بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل ویژگی‌های حاد روان‌پزشکی با استفاده از اطلاعات غربال‌گری‌های روان‌شناختی مندرج در پرونده پزشکی بیماران؛ وجود تشنج، بیماری‌های نورولوژیک و یا شرایط پزشکی حادی که عملکرد شناختی و روان‌شناختی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد؛ مشکلات ارتباطی و زبانی که مانع شرکت در جلسات مداخله (معنامحور) و ذهن‌آگاهی بود؛ مشکلات هوشیاری یا عدم توانایی جهت شرکت در جلسات ارزیابی و مداخله؛ افکار و خطر اقدام به خودکشی؛ عدم تعهد به مداخله و شرکت در پیگیری؛ شرکت در یک برنامه روان‌درمانی موازی با طرح حاضر؛ غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ بروز استرس‌های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش و ابتلای همزمان به سایر انواع سرطان بود. در ادامه روند غربال اولیه، گمارش و دریافت مداخله شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه در **شکل (۱)** ارائه شده است.

ابزارها

پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ): پرسشنامه خودکارآمدی درد، شامل (۱۰) عبارت است که به منظور ارزیابی باور بیماران از توانایی‌هایشان در انجام فعالیت‌های گوناگون باوجود درد توسط نیکولاس (۲۰۰۷) طراحی و مورد استفاده قرار می‌گیرد **(۲۳)**. شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت **(۷)** درجه‌ای از (۰)= عدم خودکارآمدی تا (۶) = خودکارآمدی کامل به عبارات پاسخ می‌دهند، گفتنی است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده باور قدرتمندتر در انجام فعالیت روزمره، باوجود درد است **(۲۴)**. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه اصلی با استفاده از آلفای کرونباخ (α=۰/۹۲) گزارش شده است **(۲۳)**. بدین‌سان در مطالعه اصغری و نیکولاس

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]



شکل (۱): روند غربال شرکت‌کنندگان و انجام مداخله در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

(۲۵) همسانی درونی این مقیاس در جامعه ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۸۱) و ضریب پایایی بازآزمایی آن (r=۰/۷۷) گزارش شده است.

پرسشنامه امید (AHS): این پرسشنامه توسط اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) به منظور سنجش میزان امید به زندگی در افراد بزرگسال طراحی و به کار می‌رود. پرسشنامه حاضر شامل (۸) آیتم است و دارای دو زیر مقیاس حس انسجام شخصی مربوط به دست‌یابی به هدف (۴ ماده) و توانایی شناسایی / تولید مسیرها، جهت رسیدن به هدف (۴ ماده) است. این پرسشنامه در طیف لیکرت (۴) درجه‌ای از (۱= کاملاً) اشتباه است تا (۴= کاملاً) درست است نمره‌گذاری می‌شود؛ ازاین‌رو دامنه نمرات بین (۸) تا (۳۲) در نوسان است و هرچه نمره به دست آمده بیشتر باشد نشان‌دهنده امید به زندگی بیشتر فرد است. در مطالعه‌های پیشین همسانی درونی برای خرده مقیاس‌ها از (۰/۶۳) تا (۰/۸۶) و برای نمره کل از (۰/۷۴) تا (۰/۸۸) متغیر بوده است (۲۶). در مطالعه وکیلی و همکاران (۲۷) در جامعه بیماران مبتلابه سرطان پستان در ایران همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ (α=۰/۷۵) گزارش شده است.

روش اجرا

تمامی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها برگه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء کردند. احترام به اصل رازداری شرکت‌کنندگان رعایت؛ اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به‌تمامی آن‌ها ارائه شد و برای خروج از روند پژوهش در هر مرحله‌ای از طرح آزادی عمل داشتند. سپس شرکت‌کنندگان با روش تصادفی ساده و استفاده از قرعه‌کشی در سه گروه (۱۵) نفره گمارش شدند. مداخله‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

جدول (۱): سر فصل‌های جلسه آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور برگفته از (وینگر،(۱۵))

موضوع	نمای کلی جلسه
جلسه ۱: برقراری ارتباط و آشنایی	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان، معرفی برنامه مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و شرح اصول درمان، معرفی و تأکید برچهار رکن اصلی مداخله یعنی ارتباط، محرمانه بودن و پیروی از دستورات درمان، مشخص کردن جدول زمانی مداخله، انجام پیش آزمون
جلسه ۲: معنا و سرطان	مروری بر مداخله معنا و درد و رنج تصویرسازی هدایت شده برای آرامش تجربه مجدد لحظات معنادار تمرین در منزل: تصویرسازی هدایت شده، سوال لحظه‌های معنادار منابع معنا
جلسه ۳: ارتباط با زندگی	برنامه‌ریزی فعالیت معنادار چرخه فعالیت-استراحت برای سرعت بخشیدن به فعالیت‌های معنادار تمرین در منزل: تصویرسازی هدایت شده. فعالیت‌های معنادار؛ چرخه‌های فعالیت-استراحت پاسخ به رنج (جسمی، هیجانی، معنوی) عبارت‌های مقابله‌ای ریلکسیشن کوتاه
جلسه ۴: جهت‌دهی به محدودیت‌ها	تمرین در منزل: مهارت‌های پیشین. عبارت‌های مقابله‌ای؛ ریلکسیشن کوتاه میراث زندگی (گذشته، حال، آینده) هدف‌گذاری بر اساس ارزش حل مسأله
جلسه ۵: زندگی یک داستان پویا است	برنامه‌ریزی برای تمرین مهارت‌های کنونی تمرین در منزل: استفاده مداوم از مهارت‌های مقابله‌ای
جلسه ۶: جمع بندی نهایی	مرور جلسات جمع‌بندی و بازخورد، انجام پس آزمون

توسط (۲) متخصص روان شناسی بالینی و سلامت و با نظارت و مشارکت فعال نویسنده نخست این مطالعه با استفاده از مباحث نظری و تمرینات عملی در یکی از کلینیک‌های روان‌درمانی شهر تهران انجام شد. مداخله «آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور» به صورت گام به گام در (۶) جلسه (۴۵) تا (۶۰) دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار در روزهای سه شنبه از ساعت (۲) تا (۳:۳۰) بعدظهر و مداخله «کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی» به مدت (۸) هفته متوالی و در روزهای چهارشنبه هر هفته از ساعت (۲) تا (۴) انجام شد و شرکت کنندگان هر دو گروه ارتباطی با هم دیگر نداشتند و تنها در مداخله‌های مربوط به گروه خود و جلسات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه شرکت داشتند. داده‌های این پژوهش با استفاده از آزمون‌های خی دو، تی مستقل و تحلیل واریانس آمیخته در فضای نرم‌افزار SPSS 27 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌های آماری α=۰/۰۵ تعیین شد.

مهارت‌های مقابله با درد معنامحور

آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور مداخله‌ای آموزشی است که مبتنی با مدل از پیش طرح شده به صورت گام به گام در(۶) جلسه (۴۵) تا (۶۰) دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار براساس پروتکل آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنامحور وینگر و همکاران (۱۵) اجرا شد. محتوای آموزشی جلسه‌های مداخله شامل درک معنا و درد، تصاویر هدایت شده برای آرامش،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

جدول (۲): محتوای جلسات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل کابات زین(۲۸)

جلسه	محتوای برنامه مداخله
۱	برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان، معرفی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شرح اصول درمان، معرفی و تأکید برچهار رکن اصلی مداخله یعنی ارتباط، محرمانه بودن و پیروی از دستورات درمان، مشخص کردن جدول زمانی مداخله، ذهن آگاهی به عنوان راه زندگی، تمرینات خوردن آگاهانه، بازخورد و بحث در مورد تمرینات خوردن مبتنی بر ذهن آگاهی، پایش بدن، بازخورد و بحث در مورد تمرینات پایش بدن
۲	یوگا، بحث در مورد تعامل بین فعالیت‌های ذهن آگاهانه، آشنایی با تمرینات در منزل و پایش بدن، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه (عدم تعارض و جدل ذهنِ آغازگر)، معرفی مدیتیشن نشسته، راهنمای مدیتیشن نشسته (۱۰ دقیقه)، بازخورد و بحث در مورد مدیتیشن نشسته
۳	یوگا، مدیتیشن نشسته (۱۵ دقیقه)، تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی (آگاهانه دیدن و آگاهانه شنیدن) به مدت ۵ دقیقه، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه (قضاوتی نبودن و متانت)، تقسیم کردن ذهن آگاهانه، معرفی دیالوگ ذهن آگاهانه به عنوان یک تمرین، راهنمای مراقبه، پیاده‌روی مبتنی بر ذهن آگاهی (فضای تنفس یک دقیقه‌ای)
۴	یوگا، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، بحث در مورد نگرش ذهن آگاهانه (پذیرش فعال و رها کردن) پرداختن به احساس‌ها و هیجانات مشکل‌ساز
۵	یوگا، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، معرفی افکار و خاطرات مشکل‌آفرین، تمرینات تنفس (۳ دقیقه)
۶	یوگا، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی افکار، تمرینات تنفس برای مدیریت خشم، ذهن آگاهی و ارتباطات، مراقبه در طبیعت
۷	یوگا، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، آگاهی و شفقت، مراقبه
۸	یوگا، مراقبه نشسته، جمع‌بندی مداخله، بحث درباره این که چگونه تمرینات ذهن آگاهی را به صورت عملی جهت تغییر و تحول در سبک زندگی مورد استفاده قرار دهند.

تجربه مجدد لحظات معنادار، جستجوی منابع معنا، برنامه‌ریزی فعالیت معنادار، چرخه فعالیت-استراحت برای سرعت بخشیدن به فعالیت‌های معنادار، پاسخ به رنج (جسمی، هیجانی، معنوی)، عبارات مقابله‌ای، شیوه‌های آرام‌سازی مختصر، میراث زنده (گذشته، حال، آینده)، هدف‌گذاری براساس ارزش و برنامه‌ریزی برای تمرین مهارت‌های مداوم بود **جدول (۱)**.

کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی

مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل هشت جلسه آموزشی است که مبتنی با مدل از پیش طرح شده به صورت گام به گام در (۸) جلسه (۴۰) دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار و براساس پروتکل آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی جان کابات، زین و همکارانش(۲۸) ارائه شد. محتوای آموزشی جلسه‌های مداخله شامل غذا خوردن آگاهانه، پایش بدن، مدیتیشن، مراقبه، پیاده‌روی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یوگا، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، معرفی افکار و خاطرات مشکل‌آفرین، تمرینات تنفس (به مدت ۳ دقیقه)، ذهن‌آگاهی و ارتباطات، مراقبه در طبیعت، تمرینات تنفس برای مدیریت خشم، آگاهی و شفقت بود **جدول (۲)**.

■ یافته‌ها

بر پایه یافته‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان سه گروه در متغیرهای سن($F(۴۲\ ۲) = ۰/۳۴$ ،$P=۰/۷۲$) ، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات همگن بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها گزارش نشد **جدول(۳)**. در ادامه آماره‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و آزمون آماری جهت بررسی همگنی گروه‌ها در این متغیرها در **جدول (۳)** گزارش شده است.

در ادامه تجزیه‌وتحلیل یافته‌ها، شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در خودکارآمدی درد و امید به زندگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در **جدول (۴)** گزارش شده است.

همان‌طور که در **جدول (۴)** می‌توان دید، بین میانگین خودکارآمدی درد و امید به زندگی در دو گروه مداخله (معنامحور و ذهن‌آگاهی)

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

جدول (۳): آماره‌های وضعیت تأهل و تحصیلات شرکت‌کنندگان در متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه

متغیر	دسته‌بندی	گروه MCPC N(%)	گروه MBSR N(%)	گروه کنترل N(%)	χ^2	p
وضعیت تأهل	متأهل	۶ (۴۳٪)	۱۰ (۵۵٪)	۹(۶۰٪)	۲/۳۸	۰/۳۰
	مجرد	۸(۵۷٪)	۴(۲۸٪)	۶(۴۰٪)		
تحصیلات	فوق دیپلم	۴(۲۸٪)	۴(۷۲٪)	۶(۴۰٪)	۳/۱۷	۰/۵۳
	کارشناسی	۹(۶۵٪)	۶(۴۴٪)	۶(۴۰٪)		
	کارشناسی ارشد	۱(۷٪)	۴(۲۸٪)	۳(۲۰٪)		

جدول (۴): آماره‌های توصیفی خودکارآمدی درد و امید به زندگی به تفکیک گروه

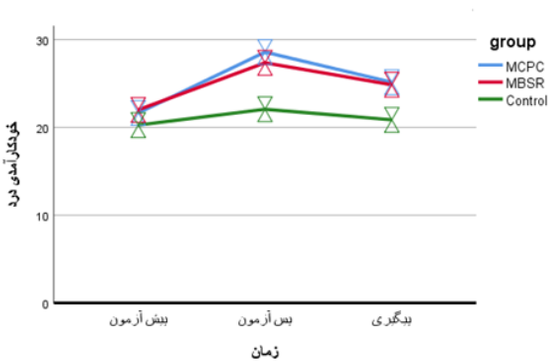
متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		M	SD	M	SD	M	SD
نشخوار فکری	MCPC	۲۱/۶۴	۵/۲۶	۲۸/۵۷	۴/۹۴	۲۵/۱۴	۵/۰۵
	MBER	۲۲/۰۰	۴/۹۸	۲۷/۳۶	۴/۴۳	۲۴/۸۶	۵/۴۴
	کنترل	۲۰/۲۷	۳/۴۵	۲۲/۰۷	۳/۳۲	۲۰/۸۷	۲/۳۳
نارسایی‌شناختی	MCPC	۲۸/۸۶	۲/۷۷	۳۶/۵۷	۲/۵۶	۳۶/۲۹	۲/۹۷
	MBER	۲۹/۰۷	۳/۰۵	۳۳/۲۱	۳/۹۸	۳۳/۰۷	۳/۰۵
	کنترل	۲۸/۵۳	۴/۱۰	۲۸/۳۳	۳/۰۹	۲۸/۲۷	۳/۴۱

جدول (۵): نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در خودکارآمدی درد و امید به زندگی

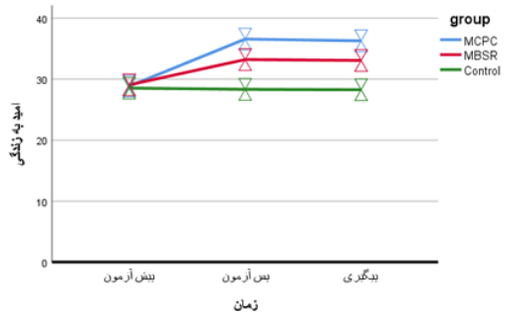
متغیر	منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	P	η^2
خود کارآمدی درد	زمان	۴۷۳/۴۹	۲	۲۳۶/۷۵	۷۱/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۴
	زمان*گروه	۱۰۱/۹۳	۴	۲۵/۴۸	۷/۶۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۸
	گروه	۱۴۶/۶۹	۲	۷۳/۳۵	۴/۲۰	۰/۰۱	۰/۱۷
امید به زندگی	زمان	۴۱۴/۷۹	۲	۲۰۷/۳۹	۳۷/۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۴۹
	زمان*گروه	۲۹۶/۰۶	۴	۷۴/۰۱	۱۳/۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	گروه	۲۲۶/۳۷	۲	۱۱۳/۱۹	۱۶/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۵

در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های وجود دارد، اما اینکه این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه هنوز برای ما مشخص نیست. ازاین‌رو به منظور پاسخ به فرضیه‌های پژوهش با توجه به وجود دو متغیر مستقل درون آزمودنی زمان (دارای ۳ سطح پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری) و بین آزمودنی گروه (دارای ۲ سطح گروه آزمایش و کنترل) و وجود دو متغیر وابسته از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس آمیخته مفروضه استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ‌دهی انفرادی به آزمون‌ها رعایت شد. همچنین، پیش‌فرض نرمال بودن نمونه موردنظر در خودکارآمدی درد و امید به زندگی با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفت (P>۰/۰۵)؛ و نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی و ام باکس حاکی از برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس- کواریانس برای داده‌های مطالعه حاضر بود (P>۰/۰۵). درمجموع نتایج به دست آمده برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته‌ها را مورد تایید قرار داد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]



شکل (۲): تغییرات میانگین‌های سه گروه در امید به زندگی بر حسب زمان



شکل (۳): تغییرات میانگین‌های سه گروه در خودکارآمدی درد بر حسب زمان

جدول (۶): آزمون مقابله‌ها از نوع difference برای مقایسه گروه‌ها در خودکارآمدی درد و امید به زندگی

متغیر	گروه‌ها	برآورد مقابله	تفاوت	خطای استاندارد	p
خود کارآمدی درد	گروه کنترل در مقابل گروه‌های آزمایش	۴۷۳/۴۹	۲	۲۳۶/۷۵	۷۱/۱۴
	گروه مداخله MCPC در مقابل گروه مداخله MBSR	۱۰۱/۹۳	۴	۲۵/۴۸	۷/۶۶
امید به زندگی	گروه کنترل در مقابل گروه‌های آزمایش	۴۱۴/۷۹	۲	۲۰۷/۳۹	۳۷/۹۷
	گروه مداخله MCPC در مقابل گروه مداخله MBSR	۲۹۶/۰۶	۴	۷۴/۰۱	۱۳/۵۵

بدین‌سان، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیز نشان داد که بین سه گروه حداقل دریکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان (η^2 =۰/۹۰ ،P<۰/۰۰۱ ،F= ۶۸/۹۰)؛ و تعامل زمان و گروه (η^2 =۰/۳۸ ،P<۰/۰۰۱ ،F= ۴/۵۱). تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین معنا که از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پس‌آزمون تا پیگیری در گروه‌های مداخله (معنامحور و ذهن‌آگاهی) نسبت به گروه کنترل تفاوت‌های معنی‌داری قابل پیش‌بینی است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین- درون‌گروهی در خودکارآمدی درد و امید به زندگی در **جدول (۵)** گزارش شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته بین گروهی در **جدول(۵)** نشان می‌دهد که در متغیرهای خودکارآمدی درد (η^2 =۰/۱۷ ،P>۰/۰۱ ،F=۴/۲۰) و امید به زندگی (η^2 =۰/۴۵ ،P>۰/۰۰۱ ،F=۱۶/۱۱) اثر اصلی گروه معنادار است، یعنی بین سه گروه از نظر میانگین نمرات خودکارآمدی درد و امید به زندگی به‌طورکلی تفاوت معناداری وجود دارد. بدین‌سان، براساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت‌های بین گروهی ادعا بر این است که مداخله‌های موردنظر به ترتیب (۰/۱۷) و (۰/۴۵) از تغییرات واریانس متغیرهای خود کارآمدی درد و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان در مرحلهٔ پس‌آزمون را تبیین می‌کنند بدین‌سان براساس یافته‌های گزارش شده در **جدول(۵)** نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر حاکی از اثر معنادار عامل زمان در خودکارآمدی درد (η^2 =۰/۶۴ ،P>۰/۰۰۱ ،F=۷۱/۱۴) و امید به زندگی (η^2 =۰/۴۹ ،P>۰/۰۰۱ ،F=۳۷/۹۷) است؛ یعنی بدون درنظر گرفتن گروه-های آزمایش و کنترل تغییرات میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار است. نتایج **جدول (۵)** همچنین نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه در زمان برای متغیرهای خودکارآمدی درد (η^2 =۰/۲۸ ،P>۰/۰۰۱ ،F=۷/۶۶) و امید به زندگی (η^2 =۰/۴۰ ،P>۰/۰۰۱ ،F=۱۳/۵۵) معنادار است. به عبارتی بین نمرات خودکارآمدی درد و امید به زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت‌های بین سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در نمره کل خود کارآمدی درد و امید به زندگی در **شکل‌های(۲ و ۳)** ارائه شده است

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

در ادامه نتایج مقابله‌ها برای مقایسه دوبه‌دو میانگین گروه‌های مداخله (معنامحور و ذهن‌آگاهی) با گروه کنترل در **جدول (۶)** گزارش شده است.

با توجه به نتایج **جدول (۶)**بین تأثیرگذاری مهارت‌های مقابله با درد معنامحور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی درد در پژوهش حاضر تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین معنا که دو مداخله مورد استفاده در جهت کاهش خودکارآمدی درد در بیماران مبتلابه سرطان پستان از اثربخشی یکسانی برخوردار بودند. همچنین پیرو نتایج **جدول (۶)**و با تأیید نتایج به دست آمده از آزمون تی مستقل بین دو گروه مداخله، در مراحل پس‌آزمون (P =۰/۰۱، t(۲۷)=۲/۶۵) و پیگیری (P =۰/۰۱، t(۲۷)=۲/۲۸)، در امید به زندگی تفاوت معنادار است؛ بدین معنا که مداخله مهارت‌های مقابله با درد معنا محور تاثیر بیشتری بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان دارد؛ به‌طوری‌که این تاثیرگذاری مثبت در مرحله پیگیری نیز باداوم و ملموس بوده است.

سپس با توجه به معناداری تفاوت میانگین‌های گروه‌ها در آزمون مقابله در **جدول (۶)** در ادامه نتایج به دست آمده از آزمون تی مستقل بین دوبه‌دو میانگین گروه‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه معنامحور و کنترل در خودکارآمدی درد در مراحل پیش آزمون (P<۰/۰۰۱، t(۲۷)=۴/۱۸) و پیگیری (P<۰/۰۱، t(۲۷)=۲/۹۹) و امید به زندگی در مراحل پس‌آزمون (P<۰/۰۰۱، t(۲۷)=۷/۷۹) و پیگیری (P<۰/۰۰۱، t(۲۷)=۶/۷۳) بود. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه مهارت‌های مقابله با درد معنا محور پس از دریافت مداخله در خود کارآمدی درد و در امید به زندگی میانگین بالاتری نسبت به گروه کنترل کسب کردند که این مهم نشان از بهبود وضعیت بیماران مبتلابه سرطان پستان در خودکارآمدی درد و افزایش امید به زندگی پس از دریافت مداخله معنامحور است به‌طوری‌که این تفاوت در مرحله پیگیری نیز همچنان پابرجا بوده است.

بدین‌سان در مقایسه دوبه‌دو میانگین‌های گروه مداخله ذهن‌آگاهی با گروه کنترل در خودکارآمدی درد در مرحله پس‌آزمون (P=۰/۰۱، t(۲۷)=۳/۶۵) و پیگیری (P=۰/۰۱، t(۲۷)=۲/۶۰) و امید به زندگی در مراحل پس‌آزمون (P=۰/۰۱، t(۲۷) =۳/۷۰) و پیگیری (P<۰/۰۰۱، t(۲۷)=۳/۹۹) بود. بدین معنا که شرکت‌کنندگان در گروه ذهن‌آگاهی پس از دریافت مداخله در خود کارآمدی درد و در امید به زندگی میانگین بالاتری نسبت به گروه کنترل کسب کردند که این مهم نشان از کاهش خودکارآمدی درد و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان پس از دریافت مداخله ذهن‌آگاهی است به‌طوری‌که این تفاوت در مرحله پیگیری نیز بادوام بوده است.

■ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی درد و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان انجام شد. نتایج به دست آمده چنین نشان داد که میانگین خودکارآمدی درد و امید به زندگی پس از دریافت آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و ذهن‌آگاهی در گروه‌های مداخله به طور معناداری افزایش نشان داد. بدین معنا که مداخله‌های مورد استفاده قادر به ایجاد تفاوت معناداری بین نمرات شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شده است.

یافته به دست آمده از مطالعه حاضر در جهت تایید یافته‌های مطالعه‌های وینگر و همکاران **(۱۵)** و فیشر و همکاران **(۷،۱۴)** مبنی بر کارآمدی و اثربخشی این مداخله در جهت ارتقاء ویژگی‌های روان‌شناختی و جستجوی معنای زندگی در بیماران مبتلابه سرطان قرار دارد. در تبیین این یافته در چارچوب نظری و پژوهشی موجود چنین می‌توان بیان کرد که معنامحور ترکیبی از آموزش مهارت‌های مقابله با درد مبتنی بر شواهد و روان درمانی معنا محور است که دو مورد از مداخله‌های روانی اجتماعی مبتنی بر شواهد و تأثیرگذار جهت پرداختن به درد و بهزیستی معنوی (به معنای کسب آرامش) در بیماران مبتلابه سرطان هستند **(۷)**. تأثیرگذاری معنامحور از طریق آماده‌سازی روانی بیماران جهت مدیریت درد با استفاده از آموزش سیستماتیک در مهارت‌های شناختی-رفتاری (برای نمونه، تصویرسازی هدایت‌شده، گام‌های فعالیت)، جستجوگری معنا و مقابله حل مسأله محور، کسب ادراک و آگاهی از درد و بیماری و پیوند بیماری به معنا در زندگی و رخداده است. می‌توان چنین عنوان کرد که یافتن معنایی برای درد و رنج روان‌شناختی ناشی از

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

سرطان به انسجام روان‌شناختی و جوانه زدن بارقه‌های امید و نشاط در این بیماران منجر شده و راهبردهای مقابله و سازش‌پذیری را در این بیماران افزایش خواهد داد.

شایان ذکر است که یافته به دست آمده از مطالعه ما مبنی بر تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی درد و امید به زندگی در راستای مبانی پژوهشی موجود در این حوزه (۲۹, ۳۰) قرار دارد. پیرو مبانی نظری این حوزه به‌ویژه یافته‌های کابات- زین (۲۸) تأثیرگذاری مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران مبتلابه سرطان پستان از طریق پرورش آگاهی مراقبه با توجه به لحظه حال، تمرین خودتنظیمی توجه و مقابله با استرس رخ داده است که با پاسخ و مقابله مسأله محور به‌جای واکنش به استرس به خود تنظیمی و پذیرش فعال منجر خواهد شد. درنتیجه، افراد مبتلابه سرطان پستان ممکن است با نگرش‌های عدم قضاوت و پذیرش، کنترل بیشتری بر خلق‌وخوی اضطرابی خود داشته باشند و از هیجان‌ها و احساسات کنونی خودآگاهی بیشتری کسب کنند که می‌تواند به کاهش سطح اضطراب و افسردگی و بهبود ذهن‌آگاهی کمک کند. بهبود شرایط اضطراب و افسردگی و کاهش درد و رنج روان‌شناختی سرطان دلگرم‌کننده است؛ به این دلیل که ذهن‌آگاهی می‌تواند به عنوان جایگزینی برای درمان های مرسوم، به منظور بهبود سلامت روان در بیماران مبتلابه سرطان پستان استفاده شود.

سرطان از تشخیص تا درمان چالش‌برانگیز و همراه درد و رنج روان‌شناختی است که گاهی فراتر از ظرف روانی بیماران است و تسلیم در برابر این بیماری تا حدودی انکارناپذیر است. ولی آنچه در سال‌های اخیر باعث افزایش امیدواری بیماران مبتلابه سرطان شده است و امید به زندگی را در آن‌ها افزایش داده است پاسخ و تأثیرپذیری از روان درمانی به ویژه درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، استفاده از معنا درمانی و مقابله مثبت و حل مسأله محور است. جهت غلبه بر پیامدهای روان‌شناختی بیماری سرطان نخست باید سلسله‌مراتب پیوستار درد و رنج را از هم گسست درصورتی‌که این پیوستار قطع شود می‌توان نسبت به نجات از این بیماری امیدوار بود. استفاده از مداخله‌های روان‌درمانی که هدف اصلی آن‌ها ارتقاء سطح انعطاف پذیری روان شناختی، پذیرش فعال بیماری سرطان و چیرگی بر مشکلات متعدد ناشی از این بیماری است با قطع شدن چرخه درد و رنج روان‌شناختی در بیماری سرطان در ارتباط است به‌طوری‌که بیمار به آن خو نمی‌گیرد بلکه می‌تواند چگونه آن را مدیریت و بر آن چیره شود.

بدین‌سان نتایج حاصل از تجزیه‌وتحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که بین تأثیرگذاری آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی درد در پژوهش حاضر تفاوت معناداری گزارش نشد. بدین معنا که دو مداخله مورد استفاده در جهت کاهش خودکارآمدی درد در بیماران مبتلابه سرطان پستان از اثربخشی یکسانی برخوردار هستند. همچنین مداخله مهارت‌های مقابله با درد معنا محور تاثیر بیشتری بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان نشان داد؛ به‌طوری‌که این تاثیرگذاری در مرحله پیگیری نیز باداوم بوده است. در تبیین این یافته نظر بر این است که یافتن معنا باوجود بیماری سرطان به‌نوعی به پذیرش فعال سرطان منجر خواهد شد که پیامد آن شرکت در فعالیت‌های روزمره زندگی، تلاش و کسب انگیزه، کنترل استرس و امیدواری به آینده است که این مسأله در نهایت به پیروی از دستورات پزشکی و رعایت رفتارهای خودمراقبتی و مثبت اندیشی در بیماران منجر خواهد شد و امید به زندگی را در آن‌ها افزایش خواهد داد.

همچنین براساس مبانی نظری موجود این یافته در چارچوب مدل (The Self-Regulation Model of Illness (SRMI)) خودتنظیمی رفتار بیماری لونتال که یک الگو یا چارچوب را برای درک، مقابله و سازگاری با بیماری فراهم می‌کند قابل تبیین است (۳۱). بر مبنای استنباط از این مدل، بازنمایی‌های شناختی صحیح از بیماری موجب می‌شود که فرد راهبردهای مقابله‌ای مناسب مانند مراجعه به پزشک، مصرف دارو، رعایت رژیم خوراکی و شرکت در جلسات مداخله روان‌درمانی را اتخاذ نماید و با توجه به نتایج مثبت احتمالی، از درمان خودارزیابی‌های مثبت و سازنده‌ای داشته باشد و روند درمان خود را ادامه دهد؛ بنابراین می‌توان گفت درصورتی‌که بیماران از وضعیت شناختی مناسبی برخوردار باشند، خودتنظیم گر خواهند بود و با اتخاذ رفتارهای مقابله‌ای مناسب میزان خودکنترلی و خودتنظیمی آن‌ها نیز افزایش خواهد یافت. یکی از مدل‌هایی که نتایج فوق براساس آن قابل تبیین است مدل خودتنظیمی رفتار بیماری لونتال و همکاران (۳۲) است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

در مدل خودتنظیمی رفتار بیماری که بر پایه رویکرد حل مسأله استوار است، فرض بر این است که زمانی که افراد با تشخیص بیماری یا تغییر در وضع موجود روبرو می‌شوند برای برگشت به حالت اولیه انگیزه پیدا خواهند کرد. نظریه حل مسأله در مرحله نخست زمانی که بیماری فرد تشخیص داده می‌شود انگیزه بیشتری پیدا خواهد نمود که سلامتی خود را دوباره به دست آورد، انگیزه بیمار برای برگشت به حالت تعادل اولیه از معنای که فرد به بیماری خود می‌دهد نشئت می‌گیرد این معنا از باورهای شناخت بیماری به دست می‌آید؛ بنابراین بازنمایی‌های شناختی از بیماری فرد را قادر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب می‌کند. ازاین‌رو می‌توان گفت که بهبود وضعیت شناختی بیماران منجر به بازنمایی‌های شناختی مؤثرتر شده و به‌تبع آن فرد انگیزه مناسبی برای ادامه درمان داشته و راهبردهای مقابله‌ای مناسب مانند مراجعه به پزشک، مصرف دارو، رعایت رژیم خوراکی و شرکت در جلسات را اتخاذ کرده است. به‌طورکلی می‌توان گفت که اگر بیمار مبتلابه سرطان پستان از منابع شناختی مناسبی برخوردار باشد به‌تبع آن خودتنظیمی بالاتری نیز خواهد داشت و روند سازگاری وی با بیماری تسهیل می‌گردد (۳۳).

بدین‌سان در تبیین اثربخشی مداخله‌های مورد استفاده چنین می‌توان گفت که فرض بر این است که قدرت شفابخش ذهن‌آگاهی از طریق دو فرآیند شناختی آگاهی و توجه و آموزش مدیتیشن به‌منظور افزایش خودتنظیمی احساسات و افکار، از طریق استفاده از آگاهی لحظه به لحظه، بدون قضاوت/غیر واکنشی نسبت به تجربیات درونی و بیرونی که منجر به کاهش نشخوار فکری و تفصیل در مورد گذشته یا تجارب ناراحت‌کننده آینده می‌شود، رخ می‌دهد (۳۴). مکانیسم‌هایی که توسط آن ذهن‌آگاهی بر بهزیستی و سلامت روان تأثیرات مثبت و بادوامی بر جا گذاشته است. اهداف اولیه مکانیسم‌ها ذهن‌آگاهی، افزون بر تنظیم هیجان و کنترل شناختی در قالب تغییر دیدگاه فرد به‌عنوان تابعی از تمرین ذهن‌آگاهی بوده نیز عمل می‌کند (۳۱). همچنین در تبیین مکانیزم اثربخشی مداخله ذهن‌آگاهی در جهت کاهش ترس از عود در بیماران مبتلابه سرطان پیشینه مطالعات انجام شده در این حوزه چنین نشان می‌دهد که برای بیماران نجات یافته از سرطان پستان ذهن‌آگاهی به‌طور قابل‌توجهی استرس، اضطراب و خستگی ادراک شده را کاهش می‌دهد (۱۸). ذهن‌آگاهی نه‌تنها به‌عنوان یک معیار نتیجه، بلکه به‌عنوان یک میانجی و در نتیجه مکانیسم بالقوه ذهن‌آگاهی در بین نجات یافتگان از سرطان مورد بررسی قرار گرفته است. یک فراتحلیل، میانجی‌های (۲۰) مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بین انواع بیماران (۳۵) که مکانیسم‌های شناختی چگونگی عملکرد ذهن‌آگاهی را بررسی می‌کند، شواهد ثابت قوی را شناسایی کرد که از کاهش واکنش‌پذیری هیجانی به‌عنوان واسطه و میانجی حمایت می‌کنند. همچنین تغییرات شناختی ویژه ذهن‌آگاهی ممکن است فرآیندی تدریجی باشد. تمرین مدیتیشن ذهن‌آگاهی طولانی‌تر با خوش‌بینی بهبود یافته، بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش علائم استرس پس از سانحه اجتناب مرتبط است (۳۶).

■ نتیجه‌گیری

درمجموع، نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر حاکی از تأثیرات مثبت آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و ذهن‌آگاهی در جهت کاهش خودکارآمدی درد و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان بود. بدین‌سان دو مداخله مورد استفاده در جهت کاهش خودکارآمدی درد در بیماران مبتلابه سرطان پستان از اثربخشی یکسانی برخوردار بودند. همچنین اثرگذاری مداخله مهارت‌های مقابله با درد معنا محور بر افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان پستان بیشتر از مداخله ذهن‌آگاهی بود. این تأثیرگذاری مثبت می‌تواند به ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران کمک کرده و اثربخشی درمان‌های دارویی و پزشکی را در آن‌ها افزایش دهد.

از آنجا که بیماران مبتلا به سرطان پستان رنج قابل توجهی را در رابطه با درد ناشی از تشخیص و درمان سرطان تجربه کنند. تداخل درد، به ویژه، می‌تواند باعث ناراحتی روانی و اجتماعی شود و حس معنا و آرامش - جنبه های اصلی بهزیستی معنوی را در آن‌ها مختل کند. از این رو، با توجه به نتایج مثبت آموزش مهارت‌های مقابله با درد معنا محور و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جهت کاهش خودکارآمدی درد و افزایش امید به زندگی بیماران مبتلابه سرطان پستان استفاده از این مداخله‌های کوتاه‌مدت و اثربخش توسط، پرستاران، روان‌درمانگران و پژوهشگران حوزه سلامت روان آن‌ها می‌تواند ضمن کاهش بار روانی این بیماری به

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

بهبود شاخص‌های سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها و اثربخشی درمان‌های پزشکی منجر شود. بدین‌سان با توجه به موفقیت‌آمیز بودن این دو روش مداخله‌ای، استفاده از آن‌ها در کاهش مشکلات سلامت روان در دیگر گروه‌های مبتلابه سرطان و بیماران مبتلابه دیگر بیماری‌های مزمن می‌تواند مؤثر و کارآمد باشد. همچنین نتایج به دست آمده در کنار کاربردهای نظری می‌تواند در عمل نیز مورد استفاده روان شناسان، روان‌پزشکان، پرستاران و نهادهای تصمیم‌ساز در مورد بیماران مبتلابه سرطان پستان و مدیریت چالش‌های ناشی از این بیماری قرار گیرد. تشخیص و درمان سرطان پستان می‌تواند منجر به تجربه بسیار استرس‌زا شود. بیماران همچنان سطوح بالایی از استرس، اضطراب، افسردگی، ترس از عود بیماری، بی‌خوابی و خستگی را تجربه می‌کنند که تأثیر جدی بر کیفیت زندگی دارد. شایان‌ذکر است که با وجود یافته‌های ارزشمندی که از مطالعه حاضر به دست آمد، لازم است که این یافته‌ها در کنار برخی محدودیت‌ها مورد توجه قرار گیرد. با توجه به این که این مطالعه براساس داده‌های خود گزارشی است که این مساله بحث سوگیری بالقوه نتایج خود گزارشی را مطرح می‌کند. بدین‌سان از آنجا که جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر تنها شامل نجات‌یافتگان از سرطان پستان (مرحله III بیماری) مراجعه کننده به دو بیمارستان در شهر تهران و روش انتخاب آن ها در در دسترس بود؛ بنابراین، نتایج ما ممکن است به سایر گروه‌های تشخیصی یا جمعیتی سرطان قابل‌تعمیم نباشد و محدودیت روش نمونه گیری نیز باید اعمال شود. همچنین عدم شرکت دو نفر از بیماران شرکت کننده در مرحله پیگیری، حجم نمونه را را از لحاظ تعمیم یافته ها ممکن است با محدودیت مواجهه کنید، از این رو در مطالعه‌های پیش رو بهتر است که پژوهشگران علاقه مند از حجم نمونه بزرگتر جهت پوشش این مشکلات استفاده کنند. بدین‌سان به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه توصیه می‌شود که در پژوهش‌های بعدی در کنار متغیرهای روان‌شناختی به نقش متغیرهای شناختی، هیجانی و عصب روان‌شناختی در سیر، درمان و پایداری وضعیت این بیماری در قالب مطالعات مدل‌سازی معادلات ساختاری و طولی بپردازند تا درک ما از متغیرهای پیش بین و پیامدهای این بیماران ارتقاء پیدا کند.

■ تشکر و قدرانی

مقاله حاضر از پایان‌نامه دکتری نویسنده نخست پژوهش در رشته روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری استخراج شده است. به پاس حضور گرم و همکاری صمیمانه تمامی بیماران شرکت‌کننده در راه گردآوری یافته‌ها در مراحل مختلف پژوهش، نهایت سپاس و قدردانی را به عمل می‌آوریم.

■ ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با کد IR.IAU.SARI.REC.1401.258 به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری رسیده است و با شماره IRCT20230303057600N1 در سامانه کارآزمایی بالینی ثبت شده است.

■ References

1. Sedeta ET, Jobre B, Avezbakiyev B. Breast cancer: Global patterns of incidence, mortality, and trends. Journal of Clinical Oncology. 2023;41(16_suppl):10528-.

2. Pashaei S, Dolatkhah R, Somi MH, Asghari R. 13P - Breast cancer distribution in East Azerbaijan, Iran: Results of population-based cancer registry. Annals of Oncology. 2019;30:ix4.

3. DeSantis CE, Ma J, Gaudet MM, Newman LA, Miller KD, Goding Sauer A, et al. Breast cancer statistics, 2019. CA: a cancer journal for clinicians. 2019;69(6):438-51.

4. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. In American Cancer Society (Ed.). 2019: Atlanta. American Cancer Society.

5. Zolfa R, Moradi A, Mahdavi M, Parhoon H, Parhoon K, Jobson L. Feasibility and acceptability of written exposure therapy in addressing posttraumatic stress disorder in Iranian patients with breast cancer. Psycho-oncology.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

2023;32(1):68-76.

6. Fisher HM, Stalls J, Winger JG, Miller SN, Plumb Vilardaga JC, Majestic C, et al. Role of self-efficacy for pain management and pain catastrophizing in the relationship between pain severity and depressive symptoms in women with breast cancer and pain. Journal of psychosocial oncology. 2023;41(1):87-103.

7. Fisher HM, Check DK, Somers TJ, Kelleher SA, Majestic C, Yu JA, et al. Meaning-centered pain coping skills training for patients with metastatic cancer: Protocol for a randomized controlled efficacy trial. Contemporary Clinical Trials. 2023;135:107363.

8. Wang K, Yee C, Tam S, Drost L, Chan S, Zaki P, et al. Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. Breast (Edinburgh, Scotland). 2018;42:113-27.

9. Park JH, Chun M, Jung YS, Bae SH. Predictors of Psychological Distress Trajectories in the First Year After a Breast Cancer Diagnosis. Asian nursing research. 2017;11(4):268-75.

10. Somers TJ, Wren AA, Shelby RA. The context of pain in arthritis: self-efficacy for managing pain and other symptoms. Current pain and headache reports. 2012;16(6):502-8.

11. Tighe CA, Youk A, Ibrahim SA, Weiner DK, Vina ER, Kwoh CK, et al. Pain Catastrophizing and Arthritis Self-Efficacy as Mediators of Sleep Disturbance and Osteoarthritis Symptom Severity. Pain medicine (Malden, Mass). 2020;21(3):501-10.

12. Somers TJ, Kurakula PC, Criscione-Schreiber L, Keefe FJ, Clowse ME. Self-efficacy and pain catastrophizing in systemic lupus erythematosus: relationship to pain, stiffness, fatigue, and psychological distress. Arthritis care & research. 2012;64(9):1334-40.

13. Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. CA: a cancer journal for clinicians. 2016;66(1):43-73.

14. Fisher HM, Check DK, Somers TJ, Kelleher SA, Majestic C, Yu JA, et al. Meaning-centered pain coping skills training for patients with metastatic cancer: Protocol for a randomized controlled efficacy trial. Contemporary clinical trials. 2023;135:107363.

15. Winger JG, Ramos K, Kelleher SA, Somers TJ, Steinhauser KE, Porter LS, et al. Meaning-Centered Pain Coping Skills Training: A Pilot Feasibility Trial of a Psychosocial Pain Management Intervention for Patients with Advanced Cancer. Journal of palliative medicine. 2022;25(1):60-9.

16. Xie C, Dong B, Wang L, Jing X, Wu Y, Lin L, et al. Mindfulness-based stress reduction can alleviate cancer- related fatigue: A meta-analysis. Journal of psychosomatic research. 2020;130:109916.

17. Zeng Y, Dong J, Huang M, Zhang JE, Zhang X, Xie M, et al. Nonpharmacological interventions for cancer-related cognitive impairment in adult cancer patients: A network meta-analysis. International journal of nursing studies. 2020;104:103514.

18. Lengacher CA, Gruss LF, Kip KE, Reich RR, Chauca KG, Moscoso MS, et al. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer survivors (MBSR(BC)): evaluating mediators of psychological and physical outcomes in a large randomized controlled trial. Journal of behavioral medicine. 2021;44(5):591-604.

19. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. Journal of psychosomatic research. 2006;60(2):113-24.

20. Leventhal H, Meyer D, D. N. The common sense representation of illness danger. . Contributions to Medical Psychology. 1980(2):7–30.

21. Bleiker EM, Pouwer F, van der Ploeg HM, Leer JW, Adèr HJ. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. Patient education and counseling. 2000;40(3):209-17.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

22. Bidstrup PE, Johansen C, Kroman N, Belmonte F, Duriaud H, Dalton SO, et al. Effect of a Nurse Navigation Intervention on Mental Symptoms in Patients With Psychological Vulnerability and Breast Cancer: The REBECCA Randomized Clinical Trial. JAMA network open. 2023;6(6):e2319591.

23. Nicholas MK. The pain self-efficacy questionnaire: Taking pain into account. European journal of pain (London, England). 2007;11(2):153-63.

24. Vong SK, Cheing GL, Chan CC, Chan F, Leung AS. Measurement structure of the Pain Self-Efficacy Questionnaire in a sample of Chinese patients with chronic pain. Clinical rehabilitation. 2009;23(11):1034-43.

25. Asghari A, Nicholas MK. An investigation of pain self-efficacy beliefs in Iranian chronic pain patients: a preliminary validation of a translated English-language scale. Pain medicine (Malden, Mass). 2009;10(4):619-32.

26. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. Psychological Inquiry. 2002;13(4):249-75.

27. Vakili Y, Ghanbari N, Nooripour R, Mansournia MA, Ilanloo H, J. Matacotta J. Validity of the Snyder's Adult Hope Scale (AHS) among Iranian Women with Breast Cancer. Archives of Breast Cancer. 2022;9(1):96-103.

28. J. K-Z. Full Catastrophe Living, Revised Edition: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation. 2013.

29. Marske C, Shah S, Chavira A, Hedberg C, Fullmer R, Clark CJ, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction in the Management of Chronic Pain and Its Comorbid Depression. The Journal of the American Osteopathic Association. 2020;120(9):575-81.

30. Pérez-Fernández JI, Salaberria K, Ruiz de Ocenda Á. Mindfulness-Based Pain Management (MBPM) for Chronic Pain: a Randomized Clinical Trial. Mindfulness. 2022;13(12):3153-65.

31. Parhoon H, Masomzadeh K, Moradi A, Parhoon K, Mirmotahari M. Effectiveness of mindfulness-based Stress reduction (MBSR) on anxiety, depression and post-traumatic stress disorder symptoms in patients with HIV/ AIDS. International Journal of Behavioral Sciences. 2016;10(2):81-6.

32. Leventhal H, Phillips LA, Burns E. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. Journal of behavioral medicine. 2016;39(6):935-46.

33. Falahatpishe Z, Moradi A, Parhoon H, Parhoon K, Jobson L. Investigating executive functioning and episodic future thinking in Iranian women with breast cancer. Journal of psychosocial oncology. 2024:1-17.

34. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. The American journal of psychiatry. 1992;149(7):936-43.

35. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. Clinical psychology review. 2015;37:1-12.

36. Bränström R, Kvillemo P, Moskowitz JT. A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological well-being and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. International journal of behavioral medicine. 2012;19(4):535-42.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]

Nursing Management
Quarterly Journal of Nursing Management Vol 13, No 1, 2024

Effect of meaning-centered pain coping skills training vs. mindfulness-based stress reduction on pain self-efficacy and life expectancy in women with breast cancer

Mina Ansari, Ghodratollah Abbasi, Ramazan Hassanzadeh

Ansari M.
PhD student in Genral Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Corresponding author:
Abbasi Gh.
Associatet Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran
Address: gh_abbasi@iausari.ac.ir

Hassanzadeh R.
Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

Introduction: Nursing jobs have a stressful and turbulent nature, so that nurses have to provide medical and care services in environments with very high patient density and limited facilities. These difficult conditions lead to high levels of stress and anxiety among this hardworking class.

Aim: Therefore, this research was conducted with the aim of investigating the effectiveness of self-compassion training on psychological capital, job satisfaction and emotional exhaustion in nurses.

Material & Methods: This research was experimental and semi-experimental using the pre-test-post-test method with a control group. The statistical population of the research included the nurses of Razi Qaemshahr Hospital in 2024. Among these people, 30 people were selected using a targeted method and then they were randomly divided into two experimental and control groups. Data were collected using Luthans Psychological Capital Questionnaire (2007) (PCQ), Minnesota Job Satisfaction (1977) (MSQ) and emotional exhaustion by Chen et al. (2019). Compassion-based approach protocol was planned and implemented based on Gilbert's treatment plan. Then, the data were analyzed using multivariate and univariate covariance methods in SPSS-26 software.

Results: The results showed that all dependent variables include psychological capital ($P<0.05$, $F(25,1)$ 105.17), job satisfaction ($P< 0.05$, $F=64.38$ (25, 1) and emotional fatigue ($P< 0.05$, $F = 427.56$) (25, 1) have become significant in the post-test stage. Therefore, teaching self-compassion was effective on psychological capital, job satisfaction and emotional exhaustion in nurses.

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that nurses can take a step towards taking care of moral and human values and principles by cultivating the spirit of self-compassion within them. This helps them to understand and accept their problems and failures, look at them from a kind and empathetic point of view and try to improve and grow. Also, teaching self-compassion not only has a positive effect on the psychological capital of nurses, but can also lead to an increase in job satisfaction and a decrease in their emotional exhaustion.

Key words: self-compassion training, psychological capital, job satisfaction, emotional exhaustion, nurses

Article info:
Received: 2023/12/13
Accepted: 2024/12/18
Published: 2024/12/20

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-29]