

Research Paper:

The Effect of Logotherapy on Death Anxiety, Pain Catastrophizing, Pain Acceptance, and Pain Intensity in Patients With Prostate Cancer



Mohammadreza Haghdooost¹, *Naser Saraj Khoami², Behnam Makvandi³

1. Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Ahvaz University, Khorramshahr, Iran.

2. Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad university, Dezful, Iran.

3. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.



Citation Haghdooost M, Khoami NS, Makvandi B. The Effect of Logotherapy on Death Anxiety, Pain Catastrophizing, Pain Acceptance, and Pain Intensity in Patients With Prostate Cancer. Jundishapur Scientific Medical Journal. 2021; 20(3):216-225. <https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.3.2538>

<https://doi.org/10.32598/JSMJ.20.3.2538>



Received: 01 Jun 2021

Accepted: 29 Jun 2021

Available Online: 01 Aug 2021

Keywords:

Logotherapy, Death Anxiety, Pain Catastrophizing, Pain Acceptance, Pain Intensity, Prostate Cancer

ABSTRACT

Background and Objectives: This study investigated the effectiveness of logotherapy on death anxiety, pain catastrophizing, pain acceptance, and severity of pain in prostate cancer patients.

Subjects and Methods: The research design was an experimental pretest-posttest with a control group. At first, 40 hospitalized men in a treatment center were selected by using the purposive sampling method. The experimental group was treated for eight 45-minute sessions by training logotherapy. All subjects completed the questionnaire at the beginning of the study, immediately after the intervention, and one month after the treatment (one-month follow-up). For data analysis, 1-way analysis of variance was used.

Results: The results indicated that logotherapy in the experimental group was more effective than the control group in reducing death anxiety, pain catastrophizing, pain acceptance, and severity of pain in prostate cancer patients. The follow-up results also showed that the effect of logotherapy was sustained on death anxiety, pain catastrophizing, pain acceptance, and severity of pain in prostate cancer patients.

Conclusion: The results showed that Logotherapy has an effect on death anxiety, pain catastrophe, pain acceptance and pain intensity in patients with prostate cancer.

* **Corresponding Author:**

Naser Saraj Khoami, PhD.

Address: Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad university, Dezful, Iran.

Tel: +98 (916) 6410755

E-Mail: serajkhorrani@iaud.ac.ir; serajkhorrani@iaud.ac.ir

مقاله پژوهشی:

بررسی اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات

محمدرضا حق دوست^۱، ناصر سراج خرمی^۲، بهنام مکنونی^۳

۱. گروه روانشناسی سلامت، واحد بین المللی خرمشهر - خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
۲. گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.
۳. گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۱ خرداد ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۸ تیر ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ مرداد ۱۴۰۰

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات بود.

روش بررسی: طرح پژوهش تجربی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ابتدا به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، چهل نفر از مردان مبتلا به سرطان پروستات به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایش و کنترل) قرار گرفتند. گروه آزمایشی به مدت هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تحت درمان معنادرمانی قرار گرفتند. همه آزمودنی‌ها در ابتدای پژوهش و بعد از اتمام مداخله و یک ماه بعد از درمان (پیگیری یک‌ماهه) پرسش‌نامه اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصله از تحلیل واریانس نشان داد که معنادرمانی نسبت به گروه کنترل بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد اثربخشی بیشتری داشت. همچنین نتایج پیگیری نشان داد که اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد پایدار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات تأثیر دارد.

کلیدواژه‌ها:

معنادرمانی، اضطراب مرگ، فاجعه‌سازی درد، پذیرش درد، شدت درد، سرطان پروستات

مقدمه

مرگ به طور معمول به دلیل عدم تجربه آن است به همین علت انسان در پی سرکوبی و انکار آن است و اگرچه اضطراب مرگ یک پدیده عمومی است، ولی سبب‌های اجتماعی و جامعه‌شناختی دینی و معنوی و جهان‌بینی فردی در تشدید و یا کاهش آن نقش ایفا می‌کند [۱].

فاجعه‌آمیزی تمرکز اغراق‌آمیز منفی روی شدت درد، درماندگی روان‌شناختی و پیامدهای منفی ناشی از آن است. فاجعه‌آمیزی به عنوان یک متغیر میانی نقش مهمی در مزمن شدن درد دارد. به نظر می‌رسد که تعریف‌های شناختی در مکانیسم فاجعه‌آمیزی به عنوان اولین مکانیسم فعال در بیماران با تجربه درد، در تفسیر کارکرد هر یک از متغیرهای دیگر مربوط به درد، نظیر شدت درد

سرطان، نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد. چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد [۱]. بیمارانی که بیماری‌شان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیر قابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند [۲].

پدیده مرگ حتمی‌ترین واقعیت زندگی بشر است. بنابراین اندیشیدن به آن جزء لاینفک زندگی انسان است و اشتغال فکری افراد به مرگ توأم با ترس و اضطراب از آن بوده است. اضطراب

* نویسنده مسئول:

دکتر ناصر سراج خرمی

نشانی: دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد دزفول، گروه روانشناسی.

تلفن: ۶۴۱۰۷۵۵ (۹۱۶) ۹۸

رایانامه: serajkhorrani@iaud.ac.ir; serajkhorrani@iaud.ac.ir

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و یک طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است که در آن از یک گروه آزمایشی مجزا و یک گروه کنترل استفاده خواهد شد. در خصوص گروه آزمایش معنادرمانی اعمال می‌شود. گروه دوم پژوهش به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شد (جدول شماره ۱).

ابتلا به سرطان پروستات و تأیید آن توسط متخصص بالینی و مبتنی بر یافته‌های آزمایشگاهی، عدم ابتلا به بیماری جسمانی مداخله‌گر یا تشدیدکننده دیگر، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، و عدم وجود ابتلا به اختلال عمده روان‌پزشکی در شرح حال قبلی معیارهای ورود در مطالعه بود.

عدم همکاری مناسب (غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و همچنین پیدایش اختلال جسمی یا روان‌شناختی مداخله‌گر در نتایج پژوهش جز معیارهای خروج از مطالعه بودند. مرحله پیگیری نیز یک ماه پس از انجام مرحله پیگیری، بر روی گروه‌ها اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پروستات در محدوده دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بود که به مراکز آموزشی‌درمانی تحت پوشش این دانشگاه مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند بود.

از آنجا که پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی معنادرمانی پرداخت و نظر به اهمیت و ضرورت وجود گروه کنترل و با مشورت با استاد آمار، چهل نفر به عنوان آزمودنی وارد پژوهش شدند. پس از توضیح طرح و با کسب رضایت و تکمیل فرم رضایت‌نامه بر اساس لیست تصادفی افراد در دو گروه مداخله معنادرمانی (بسیست نفر) و گروه کنترل (بسیست نفر) گمارده شدند.

در این پژوهش معنادرمانی به صورت متغیر مستقل و اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، شدت درد و پذیرش درد به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده است. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس درمان معنادرمانی هماهنگ با زمان مراجعه بیماران برای انجام درمان‌های سرطان و هر جلسه ۴۵ دقیقه برای گروه آزمایش در نظر گرفته شد. برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. همه شرکت‌کنندگان بعد از

مفید باشد. در واقع فاجعه‌آمیزی به عنوان یک فرایند فکری منفی و اغراق‌آمیز در طول مواجهه با درد واقعی یا درد مورد انتظار، موجب پیشرفت درد و ناتوانی ناشی از آن می‌شود [۴].

لغت معنادرمانی یا لوگوترایی به‌واژه درمانی لوگوس بازمی‌گردد و به معنی اراده پروردگار یا معناست و بر این اساس و بنا به گفته ویکتور فرانکل، معنادرمانی عبارت است از درمان از «رهگذر معنا یا شفاف‌بخشی از رهگذر معنا» یا «روان‌درمانی متمرکز بر معنا» [۵]. هدف معنادرمانی این است که بیمار را برای کشف معنای منحصر به فرد زندگی‌اش توانا کند و حدود و اختیارات و آزادی‌های بیمار را برایش ترسیم کند [۵].

نتایج پژوهش‌های مرتبط با دردهای مزمن حاکی از آن است که روش‌های درمانی مختلف به کار برده شده برای بیماران چندان رضایت‌بخش نبوده است و بیشترین آمار مربوط به درمان‌های زیستی نظیر جراحی یا درمان‌های دارویی است [۶]. در واقع علاوه بر اثربخشی اندک این درمان‌ها، عوارض جانبی استفاده از داروها و خطر بروز اعتیاد دارویی در نتیجه مصرف مداوم آن‌ها از دیگر مشکلات کاربرد این روش‌هاست [۶].

بیماران با درد مزمن، گاهی با سرسختی زیاد به جست‌وجو جهت یافتن راهی برای کنترل درد خود اصرار می‌ورزند. آن‌ها با پافشاری برای راهی از درد ماهیت کنترل‌نشده درد خود را افکار و در عین حال اثبات می‌کنند. تناقض موجود در موقعیت‌هایی از این قبیل، منجر به گرایش به رویکردهای مبتنی بر پذیرش شده است که در آن‌ها به بیمار جهت کنترل جنبه‌های قابل کنترل و پذیرش جنبه‌های غیر قابل کنترل آموزش داده می‌شود [۷].

از آنجایی که سرطان باعث تنش‌های مزمن، اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی متعدد و اختلال در ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران می‌شود و با توجه به اینکه سرطان به عنوان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به‌روز در حال افزایش است و نظر به اینکه بیماران پس از مواجه شدن با تشخیص سرطان اضطراب مرگ را تجربه می‌کنند و همچنین درمان این اختلال همراه با ایجاد دردهای مزمن برای بیماران است و این موضوع هزینه بسیار گزافی برای سیستم درمانی دارد، در این پژوهش در پی آن بودیم تا اثربخشی معنادرمانی را بر اضطراب مرگ فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات را مورد بررسی قرار دهیم.

جدول ۱. طرح کلی پژوهش

گروه	مرحله پیش‌آزمون	مرحله مداخله	مرحله پس‌آزمون	مرحله پیگیری
آزمایش	T1	x	T2	T3
کنترل	T1	-	T2	T3

از صفر (اصلاً) تا صفر (همیشه) محاسبه می‌شوند. همچنین نمره کل پذیرش درد مزمن با حاصل جمع نمرات کل مقیاس می‌تواند بین صفر تا ۱۲۰ قرار گیرد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد خواهد بود. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۱ گزارش شده است. همچنین اعتبار هم‌گرا در بررسی همبستگی با خودکارآمدی درد و اعتبار واگرا از طریق محاسبه همبستگی با ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، شدت درد و فاجعه‌آفرینی مورد تأیید قرار گرفته است. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ و ضریب بازآزمایی ۰/۶۸ بود.

سیاهه چندوجهی درد: پرسش‌نامه چندوجهی درد توسط کرنز و همکاران بر اساس نظریه شناختی رفتاری درد طراحی شده است که پایایی و اعتبار آن را مورد تأیید قرار داده‌اند. این پرسش‌نامه شامل سه بخش مستقل است که هر بخش شامل چندین خرده‌مقیاس است. بخش اول که مقیاس شدت درد مورد استفاده در این پژوهش از آن اقتباس شده است، دارای بیست عبارت است که پنج خرده‌مقیاس شدت درد، اختلال در عملکرد روزانه، کنترل بر زندگی، پریشانی هیجانی و حمایت اجتماعی را دربر می‌گیرد بخش دوم دارای چهارده عبارت است که ارزیابی بیمار از واکنش همسر و یا سایر اطرافیان صاحب نقش در زندگی خود نسبت به دردی که از آن رنج می‌برد را در قالب سه خرده‌مقیاس واکنش منفی، تلاش برای انحراف توجه از درد و نشان دادن دلسوزی درجه‌بندی می‌کند. بخش سوم دارای هجده عبارت است که چهار خرده‌مقیاس، فراوانی فعالیت‌های بیمار را در خانه‌داری، امور مربوط به تعمیر و نگهداری وسایل منزل، فعالیت‌های اجتماعی و انجام فعالیت‌های بیرون از منزل شامل می‌شود. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۶ درجه‌بندی می‌شود. خرده‌مقیاس شدت درد این پرسش‌نامه شامل سه سؤال شماره ۱، ۷ و ۱۲ است که نمره آن با تقسیم حاصل جمع نمرات این سوالات بر ۳ محاسبه می‌شود. پایایی و اعتبار فرم ایرانی این پرسش‌نامه توسط اصغری‌مقدم و گلک بررسی و مورد تأیید شده است که میزان پایایی درونی خرده‌مقیاس‌های آن را براساس ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود.

پروتکل جلسات آموزشی معنادرمانی

جلسه اول

هدف: تشریح فرایند جلسات و آشنایی با موضوع جلسات.

فعالیت‌ها: معرفی و تشریح فرایند جلسات.

بیان اهداف پژوهش:

ایجاد سازمان‌دهی برای جلسات و آشنایی با اصول و قواعد مهم

پایان جلسات مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس‌آزمون پاسخ دادند. بعد از یک ماه جهت بررسی پایدار ماندن نتایج درمان از هر دو گروه پیگیری به عمل آمد. ابزار مورد استفاده برای سنجش متغیرهای وابسته در ادامه آمده است.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه اضطراب مرگ: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۰ توسط تمپلر طراحی شد و برای سنجش اضطراب مرگ بیشترین کاربرد را داشته است. یک پرسش‌نامه خوداجرا شامل پانزده سؤال صحیح غلط است. نمره‌گذاری آن به صورت صفر و یک است و هرچه نمره بالاتر باشد اضطراب مرگ در سطح بالاتری است. رجبی و بحرانی این پرسش‌نامه را مجدداً در ایران مورد بررسی قرار دادند و سؤال پانزده را فاقد ارزش روان‌سنجی تشخیص داده و حذف کردند. تمپلر ضریب بازآزمایی آن را ۰/۸۳ و روایی آن را در حد مطلوب گزارش کرد. کونتی وینر و پلاچینک اعتبار تنصیف آن را ۰/۷۶ و همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۴ با میانگین ۰/۵۱ برای افراد سالخورده و ۰/۴۴ برای گروه دانشجویان گزارش کرده‌اند. در پژوهش رجبی و بحرانی ضریب اعتبار دونیمه‌سازی مقیاس اضطراب مرگ بعد از اعمال فرمول تصحیح‌شده اسپیرمن براون معادل ۰/۶۲ محاسبه شد. همچنین همسانی درونی پرسش‌نامه نیز با کمک محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار این ضرایب برای کل پرسش‌نامه معادل ۰/۷۳ به دست آمد. علاوه بر آن همبستگی سوالات پرسش‌نامه با یکدیگر و با نمره کل بین ۰/۲۷ تا ۰/۶۱ متغیر بود. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار دونیمه‌سازی ۰/۶۹ و همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۷۱ بود.

پرسش‌نامه فاجعه‌آمیز کردن درد: این مقیاس شامل سیزده سؤال است که سه خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ‌نمایی و درماندگی را اندازه‌گیری می‌کند و بر اساس مقیاس سیکوتی ۵ (نمره‌های صفر ۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. در یک مطالعه نشخوار ذهنی ۴ درصد واریانس کل، بزرگ‌نمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می‌دادند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های نشخوار ذهنی بزرگ‌نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش محمدی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای این خرده‌مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۳ و ۰/۸۱ و برای نمره کل ۰/۱۴ بود. در پژوهش حاضر ضریب آلفا ۰/۷۵ بود.

پرسش‌نامه پذیرش درد مزمن: یک پرسش‌نامه بیست‌سؤالی است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. نسخه فارسی این ابزار همانند نسخه اصلی آن، پذیرش درد مزمن را در قالب دو خرده‌مقیاس درگیر شدن در فعالیت (بازده عبارت) و تمایل به درد (نه عبارت) ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری آن به این صورت است که نمرات سوالات مقیاس درگیر شدن در فعالیت،

جلسات که شامل تواتر؛

تشکیل جلسات، تداوم و مدت زمان هر جلسه، بیان قوانین، آشنایی فرد با وظایف

نقش‌هایی که در جلسات دارد و متعهد کردن وی به حضور در جلسات درمانی؛

ایجاد و حفظ یک جو عاطفی و صمیمی در جهت آماده کردن فرد برای شرکت در جلسات درمانی.

تکلیف: درباره معنای زندگی بیندیشید.

شرح جلسه اول: جلسه اول با حضور پژوهشگر و بیمار مبتلا به سرطان پروستات برگزار شد. در ابتدای جلسه پژوهشگر خود را به بیمار معرفی کرد و از وی خواست اطلاعاتی در مورد خود بدهد. پس از آن، در مورد مقررات جلسات، وظایف بیمار و پژوهشگر و همچنین اهداف تشکیل جلسات گروه آموزش معنادرمانی توضیحاتی داده شد.

جلسه دوم

هدف: زمینه سازی برای آموزش معنادرمانی.

فعالیت‌ها:

بررسی تکلیف جلسه قبل؛

شروع بحث معنادرمانی و صحبت کردن در مورد مفاهیم مختلف آن شامل آزادی اراده، اراده معطوف به معنا و معنای زندگی؛

بحث در مورد اینکه افراد چه معانی و چرایی در زندگی دارند؛

تکلیف: از بیمار خواسته می‌شود یک معنی برای زندگی خانوادگی خود بیابد.

شرح جلسه دوم: ابتدای جلسه دوم به بررسی و مرور کلی جلسه اول اختصاص یافت و از بیمار خواسته شد که در مورد جلسه پیش صحبت کند. سپس پژوهشگر در مورد معنای زندگی با بیمار صحبت کرد و مفهوم معنا را برای وی روشن کرد و از وی خواست برداشت خودش را از معنا بیان کند. در ادامه پژوهشگر به منظور درک بهتر بیمار از معنا از وی در خواست کرد فرشته‌ای را در مقابل خود تصور کند که فقط یک خواسته آنان را برآورده می‌کند که از این طریق تا حدودی وی با معنای زندگی آشنا شد. سپس با وی در مورد مفاهیم مختلف مرتبط با معنا از قبیل آزادی اراده در مقابل انتخاب یک معنا، اراده معطوف به معنا و معنایی که در زندگی هر فرد وجود دارد گفت‌وگو کرد.

جلسه سوم

هدف: آشنایی بیشتر با منابع معنا.

فعالیت‌ها:

بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث در مورد منابع معنا در زندگی

بحث در مورد ارزش‌های آفرینندگی؛

بحث در مورد ارزش‌های تجربی (عشق و رابطه با دیگران و تجربه زیبایی)؛

بحث از اینکه تجارب روزمره چگونه می‌توانند حسی از زیبایی را به فرد بدهد تا روزمرگی را تحمل کند و از این طریق تنوع وارد زندگی وی شود؛

بحث در مورد ارزش‌های نگرشی؛

بحث در مورد خوش‌بینی به زندگی که در اثر تغییر نگرش‌ها و تغییر چارچوب‌ها حاصل می‌شود؛

بحث در مورد بی‌صبری و تبعات آن و اینکه با تغییر نگرش‌ها صبر وارد زندگی می‌شود.

تکلیف: از بیمار خواسته شد در مورد کارهایی که تا به حال انجام داده و تأثیر مثبتی بر زندگی‌اش داشته است و مبتنی بر این سه ارزش بوده است، لیستی تهیه کنند.

شرح جلسه سوم: در ابتدا به مرور مطالب جلسه قبل پرداخته شد و از بیمار خواسته شد درباره تکلیف جلسه قبل صحبت کند. پژوهشگر به بیمار یادآور شد که معنای هرکس برای خود او منحصر به فرد است و هر شخصی خود باید در جست‌وجوی معنای شخصی‌اش باشد. پس از آن پژوهشگر به فرد منابع یافتن معنا در زندگی (ارزش‌های آفرینندگی، تجربی، نگرشی) را متذکر شد و مثال‌هایی از آن‌ها را در زندگی ذکر کرد و به بیمار گفته شد که آیا تا به حال تجارب روزمره زندگی را به عنوان حسی از زیبایی درک کرده تا از این طریق روزمرگی را تحمل کند و تنوع را وارد زندگی خود کند؟

جلسه چهارم

هدف: آشنایی بیمار با مفهوم آزادی انتخاب، مسئولیت در مقابل معنا، بحث از مشکلات جسمی که افراد تجربه می‌کنند.

فعالیت‌ها:

بررسی ضرورت مسئولیت در طی فرایند جست‌وجوی معنا؛

آموزش اهمیت قبول مسئولیت برای معنا؛

بحث در مورد زودگذر بودن زندگی که مسئولیت فرد را در مورد زندگی‌اش دو چندان می‌کند؛

بحث در مورد احساس گرفتار مشکل شدن و اینکه فرد در مقابل این حس مسئول است؛

مثبت مجدداً چارچوب‌بندی کند. در این صورت افسردگی کاهش می‌یابد.

جلسه ششم

هدف: بحث از عشق.

فعالیت‌ها:

بررسی معانی عشق از نظر فرانکل؛

بررسی مفهوم عشق از نظر بیمار؛

بحث راه‌های افزایش عشق در زندگی و تأثیر آن بر زندگی.

تکلیف: بررسی راه‌هایی که فرد به کار برده تا عشق را در زندگی‌اش افزایش دهد.

شرح جلسه ششم: پس از مرور جلسه قبل و بررسی تکلیف و سؤالاتی که برای بیمار پیش آمده بود و پاسخ‌گویی به آن‌ها. پژوهشگر به ارائه مبحث عشق در زندگی از دیدگاه فرانکل و معنادرمانی پرداخت. در ادامه نحوه درست برخورد با تضادها را برای بیمار توضیح داد.

جلسه هفتم

هدف: افزایش تعالی و خودشکوفایی و بررسی اثر مثبت آن بر زندگی

فعالیت‌ها:

بررسی خودشکوفایی از نظر فرانکل و مزلو؛

بررسی تأثیر خودشکوفایی بر افزایش روحیه؛

بررسی نظر بیمار در مورد خودشکوفایی.

تکلیف: بیمار در مورد روند پیشرفت در مورد رسیدن به استعدادها و توانایی‌های درونی از ابتدا تاکنون بیندیشد و لیستی از راه‌های افزایش این مورد تهیه کند.

شرح جلسه هفتم: پس از مرور بحث جلسه قبل و بررسی تکالیف بیمار در مورد روند افزایش عشق در زندگی، پژوهشگر به تشریح خودشکوفایی پرداخته و به بررسی دیدگاه فرانکل از خودشکوفایی پرداخت.

جلسه هشتم

اختتام جلسات و جمع‌بندی کلی.

یافته‌های پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی از جمله محاسبه فراوانی، میانگین انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل پیش‌فرض‌های تحلیلی واریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS ۲۲ انجام گرفت.

بحث در مورد ناراحتی و خوشحال بودن و لزوم اهمیت این موضوعات در بحث مسئولیت در برابر این دو.

تکلیف: از بیمار خواسته شد درباره این جمله که «هیچ موقعیت ناخوشایندی وجود ندارد که ما نتوانیم با تلاش با تحمل ارزشمندش کنیم» بیندیشد.

شرح جلسه چهارم: ابتدای جلسه چهارم به مرور بحث‌های جلسه پیش پرداخته شد که در آن بیمار سؤالاتی که درباره مباحث جلسات قبلی داشت و برایش ابهام داشت را ذکر کرد. پژوهشگر به سؤالات وی پاسخ گفت. سپس مشاور در مورد احساس گرفتار مشکل شدن و رابطه آن با حس مسئولیت با بیمار صحبت کرد. سپس تأکید کرد که ما انسان‌ها در مقابل کوچک‌ترین احساساتمان هم مسئول هستیم. چراکه ما خود انتخاب‌کننده این احساسات هستیم و موضوعی که در آن انتخاب و اراده آزاد باشد مسئولیت را به همراه دارد.

جلسه پنجم

هدف: آشنایی فرد با ناکامی وجودی، ناامیدی وجودی و روان‌نژندی اندیشه‌زاد.

فعالیت‌ها:

بحث از ناامیدی در زندگی؛

بحث در مورد ناامیدی و خلأ وجودی از دیدگاه معنادرمانی؛

بحث در مورد راه‌های حل این ناامیدی با داشتن یک معنا و ایجاد نگرش مثبت‌تر به زندگی؛

آموزش تکنیک خودفاصله‌گیری و تغییر نگرش.

تکلیف: راهنمایی برای انجام این تکنیک‌ها در خانه و تهیه گزارشی از آن‌ها

شرح جلسه پنجم: ابتدا به مرور جلسه قبل پرداخته شد و پس از آن، پژوهشگر و بیمار به بررسی تکلیف انجام‌شده پرداختند. در ادامه پژوهشگر به تشریح شرایطی که در آن معنایی وجود ندارد و افراد در بی‌معنایی به سر می‌برند پرداخت و اذعان کرد که این شرایط خلأ وجودی نامیده می‌شود و چنانچه این شرایط ادامه یابد به بیماری‌های روانی و روان‌نژندی اندیشه‌زاد مبدل خواهد شد. سپس از بیمار خواسته شده در این مورد فکر کند که آیا تا به حال با این شرایط مواجه شده است؟ سپس مشاور در مورد خلأ وجودی و مسائل روان‌شناختی تابع آن صحبت کرد و از بیمار پرسید برای رفع آن در زندگی چه کرده است؟ سپس پژوهشگر در مورد تکنیک‌هایی که منجر به این حس می‌شود توضیحاتی ارائه داد. از جمله تکنیک خودفاصله‌گیری که از طریق آن فرد از مشکل خود کنار کشیده و معقول‌تر عمل می‌کند. در فرایند تغییر نگرش نیز تلاش می‌شود مشکلات منفی را به صورت احتمالات

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در **جدول شماره ۲** گزارش شده است.

یافته‌های استنباطی: این بخش به ارائه نتیجه تجزیه و تحلیل داده‌ها، با هدف آزمون فرضیه‌های پژوهش اختصاص دارد. طرح پژوهش مورد استفاده، طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. متغیرهای وابسته عبارت‌اند از: اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد و متغیر مستقل نیز جهت مداخله به هر گروه ارائه شده است.

روش درمانی معنادرمانی بر اضطراب مرگ مبتلایان به سرطان پروستات تأثیر دارد. همان‌گونه که در **جدول شماره ۳** مشاهده

می‌شود، نتیجه آزمون تک‌متغیری برای متغیر اضطراب مرگ در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۴۹/۵۱$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان اضطراب مرگ دو گروه آزمایش و کنترل (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود.

روش درمانی معنادرمانی بر فاجعه‌پنداری درد مبتلایان به سرطان پروستات تأثیر دارد. همان‌گونه که در **جدول شماره ۴** مشاهده می‌شود، نتیجه آزمون تک‌متغیری برای متغیر فاجعه‌پنداری درد در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۱۱۵$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان فاجعه‌پنداری درد دو گروه آزمایش و کنترل (با تعدیل اثر پیش‌آزمون) تفاوت معناداری

جدول ۲. اطلاعات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها

گروه	آزمون	متغیر	میانگین \pm انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	اضطراب مرگ	۱۱/۷۳ \pm ۱/۲۷
		فاجعه‌پنداری درد	۴۰/۳۳ \pm ۹/۸۵
		پذیرش درد	۸۶/۱۳ \pm ۶/۵۹
		شدت درد	۹۱/۲ \pm ۶/۷۲
معنادرمانی	پس‌آزمون	اضطراب مرگ	۶/۲ \pm ۱/۲۵
		فاجعه‌پنداری درد	۲۵/۰۶ \pm ۲/۴۹
		پذیرش درد	۹۳/۷۳ \pm ۵/۸۷
		شدت درد	۸۵/۸ \pm ۵/۸۳
پیگیری	پیگیری	اضطراب مرگ	۷/۲ \pm ۱/۶۵
		فاجعه‌پنداری درد	۳۵/۶ \pm ۲/۲۹
		پذیرش درد	۹۴/۴۶ \pm ۵/۵۱
		شدت درد	۸۴/۸۶ \pm ۵/۵۴
پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	اضطراب مرگ	۱۱/۹۳ \pm ۱/۶۷
		فاجعه‌پنداری درد	۳۹/۵۳ \pm ۲/۸۷
		پذیرش درد	۸۲/۲۷ \pm ۵/۵۹
		شدت درد	۹۱/۷۳ \pm ۵/۱۷
کنترل	پس‌آزمون	اضطراب مرگ	۱۱ \pm ۱/۷۷
		فاجعه‌پنداری درد	۴۰/۶ \pm ۲/۵۸
		پذیرش درد	۸۲/۹۳ \pm ۴/۴۵
		شدت درد	۹۴/۶ \pm ۲/۶۲
پیگیری	پیگیری	اضطراب مرگ	۱۰/۷ \pm ۱/۲
		فاجعه‌پنداری درد	۴۰/۸۷ \pm ۲/۷۷
		پذیرش درد	۸۳/۵۳ \pm ۳/۶۲
		شدت درد	۹۳/۲۶ \pm ۳/۴۱

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یکراهه

منابع تغییر شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون اضطراب مرگ	۲۶/۲۵	۱	۳۴/۲۶۵	۳۲/۱۲۱	۰/۷		
گروه	۳۴۱/۳۶۳	۴	۱۰۴/۵۱	۴۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱
خطا	۲۵۱۶	۵۲	۶۰				

مجله علمی پزشکی
جندی شاپور

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس یکراهه

منابع تغییر شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون فاجعه پنداری درد	۳۳۱/۰۷	۱	۳۳۱/۰۷	۷	۰/۶۵		
گروه	۲۵۸۴	۳	۱۱۴۲	۱۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
خطا	۴۱۲۸	۵۴	۶۰				

مجله علمی پزشکی
جندی شاپور

مشاهده می شود.

در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است ($P=0/001$ و $F=133$). بنابراین نتیجه گرفته می شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان شدت درد دو گروه آزمایش و کنترل (با تعدیل اثر پیش آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می شود.

از مجموع تمام این یافته می توان چنین استنباط کرد که فرض پژوهشی تأیید و روش درمانی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، شدت درد و پذیرش درد مبتلایان به سرطان پروستات تأثیر دارد

نتیجه گیری

معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد پذیرش درد و

روش درمانی معنادرمانی بر پذیرش درد مبتلایان به سرطان پروستات تأثیر دارد. همان گونه که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، نتیجه آزمون تک متغیری برای پذیرش درد در سطح اطمینان ۰/۹۹ معنادار است ($P=0/001$ و $F=48$). بنابراین نتیجه گرفته می شود که در اثر اعمال متغیر مستقل بین میزان پذیرش درد دو گروه آزمایش و کنترل (با تعدیل اثر پیش آزمون) تفاوت معناداری مشاهده می شود.

روش درمانی معنادرمانی بر شدت درد مبتلایان به سرطان پروستات تأثیر دارد. همان گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می شود، نتیجه آزمون تک متغیری برای متغیر شدت درد

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس یکراهه

منابع تغییر شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون پذیرش درد	۱۴۲۵	۱	۱۲۶۸	۷۸	۰/۸		
گروه	۱۵۹۹	۳	۵۳۴/۸۸۹	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴	۱
خطا	۵۵۲	۵۳	۱۵				

مجله علمی پزشکی
جندی شاپور

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه

منابع تغییر شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری P	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون شدت درد	۴۴۰۲	۱	۳۵۰۲	۱۷	۰/۵۴		
گروه	۱۶۸۴۵	۳	۵۶۸۸۱	۱۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
خطا	۲۰۰۳۱	۵۴	۲۲۴۱				

مجله علمی پزشکی
جندی شاپور

شدت درد مبتلایان به سرطان پروستات اثر دارد.

شده است، تجربه درد به سادگی نتیجه تفسیر تکانه‌های عصبی که به طور مستقیم از نورون‌های حسی به مغز فرستاده می‌شوند نیست، بلکه پیام درد قبل از ورود به مغز می‌تواند تحت تأثیر دیگر محرک‌های ورودی از جمله افکار، هیجانات، لمس و فشار در قسمت دروازه درد در شاخ پستی نخاع قرار گیرد. به نحوی که افکار و هیجانات منفی دروازه درد را باز کند و اطلاعات بیشتری درباره درد به مغز برساند و بالعکس افکار و هیجانات مثبت دروازه درد را بسته نگه داشته و پیام درد را محدود می‌کنند [۱۷]. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که معنادرمانی باعث کاهش افکار منفی در مورد درد و ارسال آن و در نتیجه شدت درد احساس شده می‌شود یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج برن، تالیفروو، بالرو و اتجل هم‌خوانی دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز قرار گرفته است (کد: IR-IAU-AHVAZ-REC-1400-029). پس از انتخاب نمونه‌ها با همکاری بخش شیمی‌درمانی و پزشک معالج، اطلاعات این افراد به لحاظ اخلاقی، محرمانه ثبت شد و با آن‌ها تماس گرفته شد که پس از جلب رضایت تا پایان کار این اطلاعات همچنان محرمانه خواهد بود و برای این موضوع رضایت‌نامه کتبی از بیماران اخذ شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

هراس از مرگ، هراس از ناشناخته‌هاست. ترس غریزی از مرگ، واکنشی طبیعی است که خدمات ارزشمندی به تداوم زندگی انسان می‌دهد. اضطراب مرگ حالتی است که در طی آن فرد دلهره، نگرانی و یا ترس مرتبط با مرگ و مردن را تجربه می‌کند و به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ است که همراه با احساساتی همچون وحشت یا دلهره به هنگام فکر کردن به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مردن، رخ می‌دهد، پیدا کردن معنایی برای مرگ و دست یافتن به یک فهم درست در خصوص آن می‌تواند بر چنین هراسی غلبه کند و کیفیت سلامت روانی بیماران را ارتقا دهد [۱۸]. موضوعی که تحقیق حاضر به آن دست یافته و نشان داده شد که معنادرمانی می‌تواند اضطراب مرگ را در بیماران مبتلا به سرطان پروستات کاهش دهد.

فاجعه‌پنداری یک عامل تعیین‌کننده در تجربه درد است. باورهای فاجعه‌پنداری درد، افکاری هستند که سبب تمرکز دائمی بر علائم بدنی و اجتناب از فعالیت می‌شوند که این اجتناب درد و ناراحتی فرد را افزایش می‌دهد و از طرفی طبق مدل ارزیابی می‌توان گفت که بزرگ‌نمایی و نشخوار ذهنی ارزیابی از درد را به صورت بی‌نهایت تهدیدکننده می‌کند (ارزیابی اولیه) و احساس درماندگی نیز باعث ارزیابی ناتوانی برای مقابله در برابر درد می‌شود (ارزیابی ثانویه) و با توجه به نتایج تحقیق حاضر معنادرمانی می‌تواند فاجعه‌پنداری و شدت درد را میانجی کند و مانع فرایندهای شناختی ارزیابی و تهدید که در فاجعه‌پنداری درد وجود دارد، شود و از این طریق سوگیری تمرکز به اطلاعات حسی را کاهش دهد [۹].

از نتایج دیگر پژوهش تفاوت معنادار تأثیر درمانی معنادرمانی بر افزایش پذیرش درد مبتلایان به سرطان پروستات در مقایسه با گروه کنترل بود. درد یکی از تجربیات درونی است که اغلب بیماران مبتلا به درد مزمن اعتقاد دارند که آسیب را نشان می‌دهد و باید از آن اجتناب کرد. به همین دلیل سعی در کاهش درد و اجتناب از فعالیت دارند و این در حالی است که یکی از علل مهم ناتوانی فیزیکی و اجتماعی درد مزمن است و پذیرش درد با افزایش فعالیت و کاهش مصرف دارو همراه است. دو عنصر پذیرش درد یعنی تمایل به درد و تعهد فعالیت، کاملاً برعکس باورهای این بیماران است. ما در پذیرش درد انتظار داریم که فرد مبتلا به درد، تلاش‌های غیرمؤثر برای کاهش درد را رها کند و علی‌رغم وجود درد به فعالیت‌های روزمره خود ادامه دهد. یافتن معنایی برای درد به فرد بیمار این امکان را می‌دهد که به چنین مهمی دست یابد [۱۰].

علاوه بر این یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که معنادرمانی در راستای کاهش شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات مؤثر است. طبق نظریه دروازه درد که توسط ملزاک و وال مطرح

Reference

- [1] Agnelli, G. Direct oral anticoagulants for thromboprophylaxis in ambulatory patients with cancer. *N Engl J Med.* 2019; 380(8):781-3. [DOI:10.1056/NEJMe1816060] [PMID]
- [2] Ciornai S. Gestalt art therapy: A path to consciousness expansion. Gussak DE, Rosal ML, editors. *The Wiley handbook of art therapy.* New Jersey: Wiley; 2016. [DOI:10.1002/9781118306543.ch5]
- [3] Sun Y, Huang J. Psychological capital and innovative behavior: Mediating effect of psychological safety. *Soc Behav Pers.* 2019; 47(9):1-7. [DOI:10.2224/sbp.8204]
- [4] Barnes MS, Cassidy T. Diet, exercise and motivation in weight reduction: The role of psychological capital and Stress. *JOJ Nurse Health Care.* 2018; 9(5):555775. [DOI:10.19080/JOJNHC.2018.09.555775]
- [5] Barlow SE. Gestalt therapeutic practice, physiotherapists and people with chronic pain: A literature review. *GJANZ.* 2016; 12(2):47-70. <https://search.informit.org/doi/abs/10.3316/INFORMIT.157801077811293>
- [6] Anastasiadou E, Jacob LS, Slack FJ. Non-coding RNA networks in cancer. *Nat Rev Cancer.* 2018; 18(1):5-18. [DOI:10.1038/nrc.2017.99] [PMID] [PMCID]
- [7] Taliaferro AR, Hammond L, Wyant K. Preservice physical educators' self-efficacy beliefs toward inclusion: The impact of coursework and practicum. *Adapt Phys Activ Q.* 2015; 32(1):49-67. [DOI:10.1123/apaq.2013-0112] [PMID]
- [8] Burridge PW, Li YF, Matsa E, Wu H, Ong SG, Sharma A, et al. Human induced pluripotent stem cell-derived cardiomyocytes recapitulate the predilection of breast cancer patients to doxorubicin-induced cardiotoxicity. *Nat Med.* 2016; 22(5):547-56. [PMID]
- [9] Antoni MH, Dhabhar FS. The impact of psychosocial stress and stress management on immune responses in patients with cancer. *Cancer.* 2019; 125(9):1417-31. [DOI:10.1002/cncr.31943] [PMID] [PMCID]
- [10] Vodermaier A, Linden W. Social support buffers against anxiety and depressive symptoms in patients with cancer only if support is wanted: A large sample replication. *Support Care Cancer.* 2019; 27(7):2345-7. [DOI:10.1007/s00520-019-04737-w] [PMID]
- [11] Wilski M, Tasiemski T. Illness perception, treatment beliefs, self-esteem, and self-efficacy as correlates of self-management in multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand.* 2016; 133(5):338-45. [DOI:10.1111/ane.12465] [PMID]