

Original Article

The Effectiveness of Narrative Therapy on Pain Acceptance, Body Image, and Sexual Desire in Women with Gynecological Cancer

Sima Khavandizadeh Aghdam¹, Manijeh Firoozi*², Fatemeh Mirershadi³

1. Department of Health Psychology, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Department of Physiology, Ard.c., Islamic Azad University, Ardebil, Iran

* **Corresponding author.** Tel: +982122959625, E-mail: mfiroozy@ut.ac.ir

Article info

Article history:

Received: Feb 11, 2025

Accepted: May 19, 2025

Keywords:

Body Image
Gynecological Cancer
Narrative Therapy
Pain Acceptance
Sexual Desire

ABSTRACT

Background: Cancer patients are faced with physical and psychological problems (such as pain, negative body image, and sexual issues), and there is a need for psychological interventions to reduce these patients' issues. Therefore, this study was conducted to investigate the effectiveness of narrative therapy on the pain acceptance, body image, and sexual desire in women with gynecological cancer.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design, with a control group. The study population included all married women with gynecological cancer who referred to the medical professionals in Ardabil city in the second half of 2024. Among them, 40 people were selected by the convenience sampling method, and they were assigned to experimental (n=20) and control (n=20) groups by the simple random sampling method. Data collection instruments in the pre-test and post-test stages included the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (McCracken & Vowels, 2006), Hurlbert Index of Sexual Desire and Body Image (Hurlbert, 1995), and Concern Inventory (Littleton, 2005). The narrative therapy inventory of White and Epston (1991) was performed for the experimental group in 8 sessions, each lasting 75 minutes, once a week. Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance using SPSS version 22.

Results: The results showed that there was a significant difference among the pain acceptance ($p<0.01$, $F=53.21$), body image ($p<0.01$, $F=181.46$), and sexual desire ($p<0.01$, $F=95.32$), in two experimental and control groups. This means that the narrative therapy had a significant influence on the increase of pain acceptance, body image, and sexual desire in women with gynecologic cancer.

Conclusion: According to the results, it can be stated that narrative therapy through therapeutic conversations has created a favorable environment for improving pain acceptance, body image and sexual desire in women with gynecological cancer by helping to change negative thoughts caused by cancer in clients.

How to cite this article: Khavandizadeh Aghdam S, Firoozi M, Mirershadi F. The Effectiveness of Narrative Therapy on Pain Acceptance, Body Image, and Sexual Desire in Women with Gynecological Cancer. Journal of Health & Care. 2025;27(2):112-124.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

Journal web address: [https:// hcjournal.arums.ac.ir/](https://hcjournal.arums.ac.ir/)

اثربخشی روایت درمانی بر پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی

سایما خاوندی زاده اقدم^۱، منیژه فیروزی^{۲*}، فاطمه میراشرادی^۳

۱. گروه روانشناسی سلامت، پردیس بین المللی ارس، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. گروه فیزیولوژی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۲۲۹۵۹۶۲۵ ایمیل: mfiroozy@ut.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: به دلیل مواجهه بیماران مبتلا به سرطان با مشکلات جسمانی- روانشناختی (نظیر درد، تصویر بدنی منفی و مشکلات جنسی) و لزوم انجام مداخلات روانشناختی برای کاهش این مشکلات، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت درمانی بر پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان متاهل مبتلا به سرطان های ژنیکولوژیک مراجعه کننده به مطب های متخصصان مرتبط شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بود که از بین آنان تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل گنجانده شدند (هر کدام ۲۰ نفر). گروه آزمایش، تحت هشت جلسه ۷۵ دقیقه ای مداخله روایت درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۱) به صورت هفته ای یک جلسه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون شامل پرسشنامه های پذیرش درد مزمن، تمایل جنسی هالبرت و نگرانی درباره تصویر بدنی لیتلتون بود. تجزیه و تحلیل داده ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS-22 صورت گرفت.

یافته ها: بر اساس نتایج، متغیرهای پذیرش درد ($F=53/21, p<0/01$)، تصویر بدنی ($F=181/46, p<0/01$) و تمایل جنسی ($F=95/32, p<0/01$) در دو گروه آزمایش و کنترل، از نظر آماری متفاوت بودند. به این معنا که روایت درمانی، تاثیر معناداری بر افزایش پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده می توان بیان کرد که گفتگوهای درمانی از طریق کمک به تغییر افکار منفی ناشی از بیماری سرطان در مراجعین، زمینه مطلوبی را برای بهبود پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی ایجاد می کند. لذا می توان از این روش درمانی در زمینه افزایش پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی استفاده کرد.

واژه های کلیدی: تصویر بدنی، سرطان ژنیکولوژی، روایت درمانی، پذیرش درد، تمایل جنسی

پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۹

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۳

مقدمه

جهان شناخته شده است (۱). این بیماری همچون سایر بیماری های مزمن، در تمام گروه های سنی و نژادی رخ می دهد و به عنوان یک معضل عمده بهداشتی و

سرطان به عنوان یکی از مشکلات عمده پزشکی و از مسائل بسیار مهم و اصلی بهداشت و درمان در تمام

تأثیر گذار بر سلامت جامعه محسوب می‌گردد (۲). سرطان به مجموعه‌ای از بیماری‌هایی گفته می‌شود که از تکثیر مهارنشده سلول‌های دگرذیسی یافته پدید می‌آیند (۳). میزان بروز سرطان در جهان در حال افزایش بوده و بیش از نیمی از موارد جدید در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ می‌دهد (۴). در کشورهای در حال توسعه، افزایش درصد جمعیت سالمندی منجر به تغییر بروز سرطان در دهه‌های اخیر شده است که ایران نیز از این قاعده مستثنا نمی‌باشد (۵، ۶). سالانه در جهان، ۱۲/۴ میلیون نفر با تشخیص انواع سرطان‌ها روبه‌رو می‌شوند و در زنان، دومین علت مرگ در سطح جهان می‌باشد (۷). پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، متعاقب سالمندی جمعیت کشورها و افزایش امید به زندگی، ۹/۹ میلیون مورد جدید سرطان در زنان و ۵/۵ میلیون مرگ ناشی از سرطان در آنها رخ دهد (۸). یکی از سرطان‌های بسیار شایع، سرطان ژنیکولوژیک^۱ است که در اندام‌های تناسلی زن ایجاد می‌شود. سرطان رحم، سرطان تخمدان و سرطان‌های اندام تناسلی خارجی، همگی جزء سرطان ژنیکولوژیک محسوب می‌شوند (۹). سرطان‌های ژنیکولوژیک در جهان حدود ۱۳ درصد اعلام شده است (۱۰). نتایج یک مطالعه در سطح ملی نشان داد که ۸ درصد از انواع سرطان‌های شناسایی شده در زنان ایرانی از نوع سرطان‌های ژنیکولوژی بوده و روند افزایشی آن طی سال‌های اخیر کاملاً مشهود می‌باشد (۱۱).

ابتلا به سرطان، تأثیرات منفی و نامطلوب بر جنبه‌های زندگی دارد که یکی از شایع‌ترین آنها وجود درد است که در ۷۰ درصد از بیماران، با توجه به نوع و مرحله سرطان، دیده می‌شود (۱۲). درد، تجربه حسی و هیجانی ناخوشایند است که با آسیب بالقوه همراه است (۱۳) و پذیرش درد^۲ به معنی باور داشتن درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن است

که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد، کمک می‌نماید. پذیرش درد، اولین گام در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و در عین حال برای کنترل درد نیز، تلاش نماید (۱۴). درد مرتبط با سرطان، عملکرد افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بطوری که نتایج یک مطالعه نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم، فاجعه‌سازی درد بیشتری را گزارش می‌کنند (۱۵).

بعلاوه وجود بیماری جسمانی به سبب تأثیر بر جسم فرد می‌تواند زمینه‌ساز تغییر نگرش در تصویر بدنی^۳ فرد بیمار گردد. در شرایط بیماری، به ویژه بیماری مزمن نظیر سرطان، بیمار در شرایط تنش‌زا قرار دارد و هرچه تنیدگی‌های ناشی از بیماری بیشتر باشد، عوارض منفی روانشناختی و فیزیولوژیکی بیشتری به همراه دارد (۱۶). اگرچه هنوز تعریف واضحی از تصویر بدنی در روانشناسی سرطان‌ها^۴ وجود ندارد (۱۷)، اغلب دیدگاه‌های اخیر بیان می‌کنند که آن یک سازه چندبعدی و شامل مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است. به طور کلی تصویر بدنی، بیانگر نگرش فرد از خود همراه با احساسات و افکاری است که می‌تواند تغییردهنده رفتار او در شرایط گوناگون و در جهات مثبت یا منفی باشد (۱۸). سرطان ژنیکولوژی به واسطه تغییر در عملکردها، موجب تغییر در تصویر بدنی فرد می‌گردد (۱۹). در این خصوص طی مطالعه‌ای، زنان مبتلا به سرطان بیان کردند که ابتلا به سرطان موجب نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن، اعم از ظاهر فیزیکی و عملکرد افراد مبتلا شده است (۲۰). از طرفی، تشخیص سرطان و استرس‌های وابسته به آن ممکن است یک اثر عمیق بر وضع احساسی زن و شریک جنسی‌اش داشته باشد، لذا تشخیص هر سرطانی می‌تواند تأثیرات زیانباری بر فعالیت‌های

^۳ Body Image^۴ Psycho-oncology^۱ Gynecologic Cancer^۲ Pain Acceptance

جنسی داشته باشد (۲۱). چرا که این بیماری به دلیل تحلیل قوای بدنی، کاهش توانایی جهت انجام فعالیت‌های روزمره و بستری شدن فرد می‌تواند عامل مهمی در ایجاد مشکلات جنسی باشد (۲۲). مک کالوم^۱ و همکاران دریافتند که معنای فعالیت جنسی سالم برای زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی شامل مفاهیم صمیمیت عاطفی، تصویر بدن، خودطرحواره جنسی و پاسخ جنسی است. آنها همچنین دریافتند که تمایلات جنسی با تأثیر متقابل تجربیات فیزیکی، روانی و بین فردی شکل می‌گیرد (۲۳). به طور مشابه، سازمان بهداشت جهانی نیز تمایلات جنسی را به عنوان تأثیر متقابل عوامل بیولوژیکی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، قانونی، تاریخی، مذهبی و معنوی می‌شناسد (۲۴). تمایل جنسی را می‌توان به صورت حساسیت فرد به محرک جنسی یا زمین فرد برای پاسخ دادن به محرک‌های ذهنی انگیزتی جنسی تعریف کرد (۲۵). نتایج مطالعه‌ای که روی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفت، نشان داد که این بیماری ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهای بیماران را درباره بدنشان منفی کرده و موجب کاهش عملکرد جنسی آنان می‌شود (۲۶).

با عنایت به موارد فوق، لازم است در خصوص بیماران سرطانی به دنبال تدابیری بود که از یکسو به تسکین هیجانات منفی ناشی از تصویر بدنی نامناسب و از سوی دیگر به افزایش تمایل جنسی به عنوان عامل اساسی در تغییر دیدگاه بیمار نسبت به خود و بیماری کمک کرده و در نتیجه به احساس آرامش و سلامت بیشتر در آنها بیانجامد. براین اساس، انجام مداخلات روانشناختی در این بیماران بسیار مهم است. یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند یاری‌گر این بیماران باشد، روش روایت درمانی^۲ است. روایت درمانی، فرآیند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلات از راه درگیر شدن در گفتگوهای درمانی است. این گفتگوها

شامل برون‌ریزی مشکل، استخراج پیامدها، پررنگ کردن نقشه‌های تازه و اتصال آن به گذشته است (۲۷). در روایت درمانی به مشکلات انسانی به عنوان مسائلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آور تأثیرگذار بر زندگی فرد برخاسته است. روایت درمانگران به ادعاها و داستان‌های عینی، کمتر توجه می‌کنند و بیشتر به فواید اجتماعی که در داستان‌های زندگی فرد بیان می‌شود، علاقه‌مندند (۲۸). هدف اصلی روایت درمانی، کمک به مراجعان برای تجدیدنظر و اصلاح داستان‌های درونی شده است. این فرایند سبب می‌شود تا مراجعان احساس کنند قادر به پیش‌بینی و کنترل زندگی خود هستند (۲۹). روایت درمانگر به‌طور هم‌زمان، فرد را به تحقیقی مشترک درباره تأثیرات گسترده مشکل در زندگی خود و اطرافیانش ترغیب کرده و از طریق تمرکز بر تأثیرات احتمالی یک مشکل در زندگی، میان فرد و مشکل وی، فاصله ایجاد می‌کند (۳۰). نتایج مطالعات چندی حاکی از تأثیرگذاری روایت درمانی بر کارکردهای روانشناختی نظیر افزایش ادراک خویشتن، انگیزتی جنسی و میل جنسی در بزرگسالان و خودکارآمدی درد و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد (۳۱-۳۴).

در مجموع می‌توان گفت که سرطان نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. بیماران که بیماریشان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانشناختی بیشتری دارند (۱۹). لذا از آنجایی که نگرش کلی روایت درمانی بر مبنای چگونگی روایت داستان‌هایی که فرد از زندگی خویش نقل می‌کند، استوار است (۲۷)، می‌تواند به فرد کمک کند تا مسیر داستان‌گویی متفاوتی را برای خویش از مسیر مشکل روشن کرده (۲۸) و مسیرها، روایت‌ها، فرصت‌ها و احتمالات مختلف زندگی را

^۱ McCallum^۲ Narrative Therapy

به‌طور گسترده‌ای ترسیم نماید (۲۹). نظر به شیوع بالای سرطان ژنیکولوژی و مشکلات جسمانی ناشی از آن برای فرد بیمار از یک سو و مشکلات روانشناختی این افراد از سوی دیگر، انجام مطالعه‌ای به منظور بهبود این متغیرها در گروه هدف بسیار مهم است. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روایت درمانی بر پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی صورت گرفت.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این مطالعه کلیه زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژیک مراجعه کننده به مطب‌های متخصصان مرتبط (مطب رادیولوژیست‌ها و جراح‌ها) شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بودند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های آزمایشی حداقل تعداد آزمودنی، ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۳۵)، لذا تعداد ۴۰ نفر از جامعه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به سرطان ژنیکولوژی بر اساس تشخیص متخصص مربوطه، متاهل بودن، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک دیپلم به منظور پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها و عدم ابتلا به مشکلات روانشناختی حاد (بر اساس مصاحبه بالینی قبل از مداخله توسط پژوهشگر) بود. شدت یافتن بیماری، غیبت دو جلسه متوالی یا سه جلسه غیرمتوالی در برنامه درمانی و شرکت در مداخله‌های روانشناختی دیگر به صورت همزمان به عنوان ملاک‌های خروج نمونه‌ها از مطالعه در نظر گرفته شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های پذیرش درد مزمن^۱، تمایل جنسی هالبرت^۲ و نگرانی درباره

تصویر بدنی^۳ بود. پرسشنامه پذیرش درد مزمن به وسیله مک کارکن و ولیز^۴ تهیه شده و دارای ۲۰ سوال است. پاسخ دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از صفر (اصلاً) تا ۶ (همیشه) انتخاب نماید. محدوده نمرات در این مقیاس، بین صفر تا ۱۲۰ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشان دهنده پذیرش درد بیشتر است. در بررسی ویژگی‌های روانسنجی، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی برابر ۰/۷۱ گزارش شده و همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه توسط سازندگان آن برابر ۰/۷۶ گزارش شده است (۳۶). این پرسشنامه دارای روایی سازه‌ای (۰/۷۴۲) و پایایی مطلوبی در جامعه‌ی ایرانی است (۳۷). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۱ به دست آمد. پرسشنامه تمایل جنسی شامل ۲۵ ماده است که توسط هالبرت ساخته شده و به وسیله مقیاس درجه‌بندی لیکرت با ۵ درجه، نمره‌گذاری می‌شود (= همیشه تا ۴ = هرگز). دامنه نمرات این پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۰ است که با جمع نمرات ۲۵ ماده به دست می‌آید و به صورت نمره میانگین گزارش می‌شود. پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و با روش آزمون- بازآزمون، ۰/۸۶ گزارش شده و روایی واگرایی آن نیز با پرسشنامه ملالت جنسی، ۰/۶۹ - محاسبه گردیده است (۳۸). یوسفی و همکاران، ضرایب پایایی همسانی درونی این پرسشنامه از جمله آلفای کرونباخ و تصنیف را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۲ و ضرایب روایی همگرایی این پرسشنامه با مقیاس‌های خودابرازی جنسی، ۰/۷۲، عملکرد جنسی، ۰/۷۱ - و سیاهه تمایل جنسی اسپکتور، ۰/۵۲ گزارش کردند (۳۹). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۷۸ به دست آمد.

^۲ Hurlbert Index of Sexual Desire

^۳ Body Image Concern Inventory

^۴ McCracken & Vowles

^۱ Chronic Pain Acceptance Questionnaire

پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی لیتلتون^۱ و همکاران مشتمل بر ۱۹ گویه است که آزمودنی‌ها می‌بایست به ماده‌های آن روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از هرگز ۱ تا همیشه ۵) پاسخ دهند. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده و نمرات بالاتر نشانگر تصویر بدنی منفی تر است. لیتلتون و همکاران، پایایی این پرسشنامه را با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ تأیید کردند. اعتبار این پرسشنامه نیز از طریق اختلال بدریختی بدنی، ۰/۸۳ گزارش شده است (۴۰). در ایران، پورآوری و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۸۹ گزارش کردند. همچنین بین این پرسشنامه و پرسشنامه‌های کمال‌گرایی ($p < ۰/۰۱$) و رضایت از زندگی ($p < ۰/۰۱$)، همبستگی منفی معنی‌داری دیده شد که بیانگر روایی همگرایی پرسشنامه است (۴۱). در مطالعه حاضر نیز، ضریب

آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، ۰/۸۴ به دست آمد. روش انجام کار به این صورت بود که بعد از کسب معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مبنی بر اجرای پژوهش و ارائه آن به ستاد دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، مجوزها و هماهنگی‌های لازم جهت حضور در مطب‌های متخصصان مرتبط (مطب رادیولوژیست‌ها و جراح‌ها)، برای انتخاب نمونه آماری اخذ شد. با توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت جهت همکاری در پژوهش از هر دو گروه، پیش‌آزمون از طریق پرسشنامه‌های پژوهش به عمل آمد. سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه)، مداخله روایت درمانی وایت و اپستون^۲ (۴۲) را دریافت کردند (جدول ۱).

^۱ Littleton

^۲ White & Epston

جدول ۱. خلاصه جلسات روایت درمانی وایت و اپستون

ردیف	اهداف	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی محتوای کلی جلسات	آشنایی اعضا با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف، قوانین و ساختار جلسات، تبیین مدل درمانی، تشویق و توجیه اعضا در شرح روایت‌های خود
دوم	داستان زندگی	برونی‌سازی، بررسی روایت‌های غالب، مشخص سازی داستان اشباع از مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس و چگونگی ساخت داستان‌ها
سوم	رویدادهای مهم زندگی	دستیابی به اصول حاکم بر داستان‌گویی افراد، یافتن تجارب اوج و افت افراد در زندگی و دیدن داستان از منظر دیگر
چهارم	ساخت شکنی	نامگذاری مشکل، ساخت شکنی از قدرت انداختن مشکل، تکنیک بازمعنایی با زدن برچسب جدید به مشکل
پنجم	ابتکارات	تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه-ای افراد و به چالش کشاندن اعضا
ششم	پیامدهای بی‌مورد	بررسی پیامدهای منحصر به فرد، بکارگیری عناصر جدید در روایت، بررسی اولویت‌ها، اهداف، آرزوها و افراد مهم در زندگی و تغییر چهارچوب زندگی فرد
هفتم	بازسازی و بازگویی روایت زندگی	تکیه بر نقاط قوت مراجع، تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد، جریان بخشیدن به روایت جدید، رسیدن به نقطه بحرانی
هشتم	بازنویسی نهایی داستان زندگی	بررسی داستان تازه افراد، پیش‌بینی مشکلات احتمالی، ویرایش نهایی، ایفای نقش در داستان جدید زندگی و جمع‌بندی جلسه درمانی

انجام مداخله درمانی توسط یکی از نویسندگان مطالعه که دارای گواهی دوره درمان مذکور بود در یکی از مراکز روان‌درمانی شهر اردبیل صورت گرفت. بعد از

اتمام جلسات درمانی، همه آزمودنی‌ها مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل دریافت کد اخلاق از کمیته

اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی شرکت در پژوهش از شرکت کننده‌ها، اطمینان دادن به افراد مورد مطالعه در مورد محرمانه ماندن تمامی اطلاعات و ارائه درمان به صورت فشرده (دو جلسه در هفته) بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل بود. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANCOVA) و توسط نرم‌افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهش، میانگین سنی گروه کنترل، $32/61 \pm 7/36$ و گروه آزمایش، $31/92 \pm 6/79$ و

میانگین مدت ابتلا به بیماری در گروه کنترل، $8/21 \pm 3/56$ و در گروه آزمایش، $7/68 \pm 3/12$ سال بود.

میانگین نمرات متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ($P > 0/05$). بر اساس نتایج، بین میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای مورد مطالعه پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش، تفاوت دیده می‌شود. به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۲. میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از آزمون و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	نتیجه آزمون
پذیرش درد	کنترل	پیش آزمون	۴۷/۴۵	۵/۸۱	۰/۱۴۸
		پس آزمون	۴۹/۱۸	۵/۷۰	۰/۲۷۶
	روایت درمانی	پیش آزمون	۴۹/۳۱	۵/۹۳	۰/۰۳۸
		پس آزمون	۶۸/۹۲	۷/۶۲	۰/۰۶۳
تصویر بدنی	کنترل	پیش آزمون	۷۱/۵۰	۶/۳۱	۰/۰۷۱
		پس آزمون	۷۰/۸۲	۵/۹۳	۰/۱۴۷
	روایت درمانی	پیش آزمون	۷۱/۰۹	۶/۰۳	۰/۱۵۹
		پس آزمون	۴۱/۴۵	۴/۶۸	۰/۲۷۳
تمایل جنسی	کنترل	پیش آزمون	۳۴/۰۷	۵/۴۷	۰/۱۴۸
		پس آزمون	۳۴/۲۸	۵/۷۲	۰/۲۷۸
	روایت درمانی	پیش آزمون	۳۳/۳۱	۵/۰۵	۰/۳۴۰
		پس آزمون	۶۵/۸۶	۹/۷۱	۰/۲۷۸

در ادامه، پیش‌فرض‌های همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین^۱ و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون ام-باکس^۲ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل برابر بود (پذیرش درد، $F=2/969$ ،

$p=0/093$ ؛ تصویر بدنی $F=1/650$ ، $p=0/207$ ؛ تمایل جنسی $F=1/812$ ، $p=0/185$). همچنین نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت معنادار بین واریانس متغیرها بود ($M\text{-Box}=11/252$ ، $F=1/715$). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل، مانعی دیده نشد (جدول ۳).

¹ Levene's Test

² Box's M

جدول ۳. پیش فرض همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برای متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	نتایج آزمون لوین				آزمون ام-باکس
	میزان F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۱	معنی‌داری	
پذیرش درد	۲/۹۶۹	۱	۳۸	۰/۰۹۳	Box's M = ۱۱/۲۵۲
تصویر بدنی	۱/۶۵۰	۱	۳۸	۰/۲۰۷	F = ۱/۷۱۵
تمایل جنسی	۱/۸۱۲	۱	۳۸	۰/۱۸۵	df2 = ۱۰۴۶۲/۱۸۹
					P = ۰/۱۱۳

نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۰/۸۷ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که مداخله انجام شده، ۸۷ درصد از واریانس تغییر در متغیرها را تبیین می‌کند (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرض	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۷۱	۱۰۳/۵۰۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۸۹	۱۰۳/۵۰۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۱
	اثر هتلینگ	۱۰/۸۶۴	۱۰۳/۵۰۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۸۶۴	۱۰۳/۵۰۸	۳	۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱	۱

در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است. بر اساس نتایج به دست آمده، تفاوت میانگین نمرات پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار بود؛ لذا می‌توان گفت روایت درمانی توانسته است پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی را در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی در مرحله پس‌آزمون، افزایش دهد ($p < ۰/۰۱$) (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پذیرش درد	پیش آزمون	۱۳/۲۸۷	۱	۱۳/۲۸۷	۰/۱۲۷	۰/۷۲۳	۰/۰۶۴	۱
	گروه	۳۷۶۵/۴۴۳	۱	۳۷۶۵/۴۴۳	۵۳/۲۱۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱
	خطا	۴۷۴۶/۳۷۵	۳۵	۷۰/۷۵۴				
تصویر بدنی	پیش آزمون	۲۷/۲۶۳	۱	۲۷/۲۶۳	۰/۲۶۲	۰/۶۱۲	۰/۰۷۹	۱
	گروه	۸۶۱۲/۴۵۱	۱	۸۶۱۲/۴۵۱	۱۸۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸	۱
	خطا	۱۶۶۱/۰۹۷	۳۵	۴۷/۴۶۰				
تمایل جنسی	پیش آزمون	۲۶/۸۵۶	۱	۲۶/۸۵۶	۰/۲۵۸	۰/۶۱۵	۰/۰۷۸	۱
	گروه	۹۹۳۴/۲۷۷	۱	۹۹۳۴/۲۷۷	۹۵/۳۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۱
	خطا	۳۶۴۸/۳۸۳	۳۵	۱۰۴/۲۱۱				

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روایت‌درمانی بر پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی بود. نتایج نشان داد که روایت‌درمانی موجب افزایش پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی شده است. این نتیجه با یافته‌های فیلیپس^۱ و فامیان و همکاران مبنی بر تأثیر روایت‌درمانی بر پذیرش و خودکارآمدی درد در بیماران جسمانی همخوانی داشت (۳۴، ۴۳). با توجه به این اصل که هدف اصلی روایت‌درمانی، توجه دادن افراد به باورهای ناکارآمد و تغییر آنها، برونی کردن و از توان انداختن مشکل، ایجاد نگاه بیرونی به مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه خلق تفسیری دگرگون و تالیفی دوباره برای روایت داستان زندگی است، لذا افراد با کمک روایت‌درمانی می‌توانند دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند (۳۶). در واقع روایت‌درمانی با کمک و یاری به افراد در جهت یادآوری مجدد، باور دوباره و بازسازی مجدد یک داستان، جایگزین غنی‌تر و بامعنا تر و دارای هدف است. به عبارتی روایت‌درمانی به بیماران می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند؛ چرا که کنترل و مسئولیت زندگی آنها در دستان خودشان است. در واقع روایت‌درمانی با تأکید بر مسئولیت فردی و مفهوم کنترل خود بر سرنوشت و زندگی خود می‌تواند بر خودکارآمدی از جمله خودکارآمدی درد و به تبع آن پذیرش درد در افراد مبتلا به سرطان، تأثیر مثبت داشته باشد.

همچنین نتایج نشان داد که روایت‌درمانی موجب بهبود تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی شده است. این نتیجه با یافته‌های اسمید^۲ و همکاران، و هیانگ^۳ و همکاران مبنی بر تأثیر روایت‌درمانی بر افزایش تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان همخوان (۳۱، ۴۴) و با نتایج مطالعه تاجتاش و

همکاران مبنی بر عدم تأثیر روایت‌درمانی بر افزایش نگرش به بدن مغایر بود (۴۵). در تبیین این مغایرت می‌توان به جامعه آماری و نیز عوامل فرهنگی-اجتماعی متفاوت بین دو مطالعه استناد نمود. چرا که مطالعه تاجتاش و همکاران روی دانشجویان دارای اختلال بدریخت‌هراسی شهر آنکارا انجام شده بود. در شرایط بیماری به ویژه بیماری مزمنی نظیر سرطان، بیمار در شرایط تنش‌زایی قرار دارد و هرچه تئیدگی‌های ناشی از بیماری بیشتر باشد، عوارض منفی روانشناختی و فیزیولوژیکی بیشتری به همراه دارد (۱۶). چنانچه در این خصوص، ویتایز^۴ و همکاران بیان کردند که مبتلا به سرطان موجب نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن، ظاهر فیزیکی و عملکرد بدنی در افراد مبتلا شده است (۲۰). براین اساس، ارائه روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد می‌تواند باشد (۲۹)؛ بطوری که، آنها با نگرانی خود از تصویر بدنشان آشنا می‌شوند و روایتی از زندگی خود را بازگو می‌کنند (مانند آموزش‌های جلسه ششم در تحقیق حاضر که به بررسی اولویت‌ها، اهداف، آرزوها و افراد مهم در زندگی و تغییر چهارچوب زندگی فرد پرداخت) و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی در زندگی می‌سازند. در گروه درمانی این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمایل و استعارها از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا، روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند (مانند آموزش‌های جلسه هشتم در پژوهش حاضر که به بررسی داستان تازه افراد و ایفای نقش در داستان جدید زندگی پرداخت). برون‌سازی وقایع زندگی، یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمانجویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی به تغییر در روابط بین فردی بدون تغییر و دست‌کاری در ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند (۳۰). بنابراین

¹ Phillips² Smid³ Huang⁴ Wytiaz

روایت درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش نگرانی ناشی از تصویر بدنی افراد بیمار موثر باشد. بعلاوه در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف اصلی روایت‌درمانی، بردن توجه افراد به سمت باورهای ناکارآمد و تغییر آنها، برونی کردن و از توان انداختن مشکل، ایجاد نگاه بیرونی به مشکل از زوایای مختلف و در نتیجه خلق تفسیری دگرگون و تألیفی دوباره برای روایت داستان زندگی است. لذا افراد با کمک روایت درمانی می‌توانند دیدگاه‌های تازه به واقعیات خود پیدا کنند. به عبارت دیگر، فرآیند درمان روایتی از طریق فراهم نمودن گفت و گوی درمانی، باعث تسهیل آگاهی افراد نسبت به توانایی‌ها، نقاط قوت و ضعف و مشکلات خویش می‌شود و سپس با محوریت دادن به مراجع، عاملیت شخصی افراد را بالا می‌برد و به شناخت افراد از عاملیت شخصی‌شان کمک می‌کند. بنابراین با افزایش عاملیت افراد، جایگاه کنترل درونی و تصویر بدنی فرد نیز افزایش می‌یابد (۲۸).

همچنین نتایج نشان داد که روایت‌درمانی موجب افزایش تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی شده است. این نتیجه با یافته‌های دریسکول و هوگیس و کرباسی و همکاران مبنی بر تأثیر روایت درمانی بر افزایش تمایل جنسی و کارآمدی جنسی در افراد مبتلا به سرطان همسویی داشت (۳۲، ۳۳). در این خصوص، مطالعه مغایری یافت نشد. قابل بیان است که زنان شرکت کننده در جلسات درمانی، روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش موضوع بیماری فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل و مکانیزم‌های تغییر در روایت‌درمانی است که درمانجویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی خویش می‌توانند به تغییر در روابط بین فردی و سازگاری فکر کنند. بعلاوه، روایت درمانی به وسیله گفتگوهای درمانی برای تغییر افکار منفی ناشی از بیماری سرطان در مراجعین، طرح پرسش‌هایی شامل احساسات، افکار و رفتار در گذشته و زمان حال و دعوت از آنها برای یادآوری خاطرات

باعث می‌شود که این افراد، توانایی‌های خود را هرچه بیشتر باور کنند که این امر می‌تواند منجر به افزایش سازگاری آنان در خصوص روابط دوستانه و زناشویی (تمایل جنسی) شود (۲۷). افزون بر این، روایت درمانی با پلتفرم و ساختار چهار مرحله‌ای خود از طریق جداسازی مشکل از هویت و شخصیت افراد بیمار، فرصتی را برای آنان فراهم می‌کند تا با این جداسازی، بار روانی مشکل در زندگی را کاهش دهند. ثانیاً با دیدی وسیع‌تر به تداخل بین عوامل تأثیرگذار خارج از خود روی نگرش جنسی و زندگی جنسی خود پی ببرند و مسیری تازه در زندگی جنسی خود که متاثر از فرهنگ، اجتماع و خانواده است، طراحی کنند. در نهایت در مسیر تازه‌ای که طراحی کرده‌اند بر اساس پتانسیل‌های مثبت فکری، رفتاری و هیجانی که در مواجهه‌ی کارآمد با تأثیرات فرهنگی، اجتماعی و خانوادگی تجربه و کشف کرده‌اند، زندگی جدید خود را ادامه دهند (۳۳). در حقیقت در مسیر زندگی جدید به جای تداخل و تأثیرات منفی ناآگاهانه هویت‌های تأثیرگذار، از طریق یک تعامل سازنده بین هویت‌های تأثیرگذار بر زندگی جنسی، تعادلی حاصل می‌شود که در نهایت، رشد دهنده، سالم و سازنده خواهد بود. این تعادل در زندگی، خود یک روایت جدیدی است که با معنای تازه‌ای همراه است. روایتی که باز، جاری و بدون انتها است و به هر طریقی تعریف شود قطعاً تأثیرات خود را روی زندگی افراد بیمار خواهد گذاشت (۴۵).

از مهمترین محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم کنترل مدت ابتلا و شدت بیماری، محدود بودن جامعه پژوهش به زنان و عدم انجام مرحله پیگیری به منظور بررسی اثربخشی طولانی مدت مداخله اشاره کرد. لذا، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، ماندگاری تأثیر این روش درمانی در مرحله پیگیری مطالعه مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین انجام مطالعات مشابه روی بیماران مرد (براساس انواع سرطان) توصیه می‌شود.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که روایت درمانی بر پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی تأثیر دارد. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روانشناختی آنها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های سرطان و در کلینیک‌های روانشناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از این روش درمانی در زمینه افزایش پذیرش درد، تصویر بدنی و تمایل جنسی در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی استفاده گردد.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری دانشگاه تهران با کد اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.1403.167 است. بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش به هر نحوی پژوهشگران را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

References

- 1- Ruzzi F, Riccardo F, Conti L, Tarone L, Semprini MS, Bolli E, et al. Cancer vaccines: target antigens, vaccine platforms and preclinical models. *Molecular Aspects of Medicine*. 2025;101:101324.
- 2- Chu X, Tian W, Ning J, Xiao G. Cancer stem cells: advances in knowledge and implications for cancer therapy. *Signal Transduction and Targeted Therapy*. 2024;9(1):170.
- 3- Kroemer G, Chan TA, Eggermont AM, Galluzzi L. Immunosurveillance in clinical cancer management. *Cancer Journal for Clinicians*. 2024;74(2):187-202.
- 4- Khan SZ, Lengyel CG. Challenges in the management of colorectal cancer in low-and middle-income countries. *Cancer Treatment and Research Communications*. 2023;35:100705.
- 5- Abdollahiyan Somesaraei T, Heidarpour P. Prevalence of risk factors for breast cancer in 30-59 years-old women in comprehensive rural health services in Somesara county in 2018. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;17(12):965-74. [persian]
- 6- Loeloe MS, Jamshidi M, Jamshidi A, Amyanpoor M, Danehchin L, Daneshi N, et al. Investigating the epidemiology and mortality of cancers in the southeast of Khuzestan in 2014-2019. *Journal of Health Research in Community*. 2023;9(2):28-38. [persian]
- 7- Huang J, Ssentongo P, Sharma R. Editorial: Cancer burden, prevention and treatment in developing countries. *Frontiers in Public Health*. 2023;10:1124473.
- 8- Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, risk factors, and prevention of head and neck squamous cell carcinoma. *Medical Sciences*. 2023;11(2):42-54.
- 9- Fischerova D, Smet C, Scovazzi U, Sousa DN, Hundarova K, Haldorsen IS, et al. Staging by imaging in gynecologic cancer and the role of ultrasound: an update of European joint consensus statements. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2024;34(3):363-78.
- 10- Hailu HE, Mondul AM, Rozek LS, Geleta T. Descriptive epidemiology of breast and gynecological cancers among patients attending Saint Paul's Hospital Millennium Medical College, Ethiopia. *PloS One*. 2020;15(3):e0230625.
- 11- Rajai N, Ghanbari A, Yoosefi M, Mohebi F, Mohajer B, Sheidaei A, et al. National and subnational trends in incidence and mortality of lung cancer in Iran from 1990 to 2016. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*. 2020;16(3):129-36. [persian]
- 12- Gomes AML, Melo CdF. Total pain in cancer patients: the integrative literature review. *Psicologia em Estudo*. 2023;28:e53629.
- 13- Mestdagh F, Steyaert A, Lavand'homme P. Cancer pain management: a narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Current Oncology*. 2023;30(7):6838-58.
- 14- Karayannis NV, Sturgeon JA, Kemani MK, Mackey SC, Greco CM, Wicksell RK, et al. Pain acceptance and psychological inflexibility predict pain interference outcomes for persons with chronic pain receiving pain psychology. *Scandinavian Journal of Pain*. 2023;23(3):464-75.

- 15- Xia W, Ou M, Chen Y, Chen F, Yan M, Xiao Z, et al. Experiences of patients with advanced cancer coping with chronic pain: a qualitative analysis. *BMC Palliative Care*. 2024;23(1):94-104.
- 16- Wang Y, Feng W. Cancer-related psychosocial challenges. *General Psychiatry*. 2022;35(5):36-45.
- 17- Munteanu V-B. *Psycho-Oncology. New Trends in Psychology*. 2021;3(2):63-78.
- 18- Rusticus S. Body Image. In: Maggino F: *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*: Springer; 2023.
- 19- Brederecke J, Heise A, Zimmermann T. Body image in patients with different types of cancer. *PloS One*. 2021;16(11):e0260602.
- 20- Wytiaz V, Jackson Levin N, Tan CY, Stelmak D, Iannarino N, Zhang A, et al. Body image disturbances in adolescent and young adult cancer patients confronting infertility risk and fertility preservation decisions. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2024;42(2):208-22.
- 21- Sörensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. *Colorectal Disease*. 2020;22(5):500-12.
- 22- Stulz A, Lamore K, Montalescot L, Favez N, Flahault C. Sexual health in colon cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2020;29(7):1095-104.
- 23- McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2012;33(3):135-42.
- 24- Roussin M, Lowe J, Hamilton A, Martin L. Factors of sexual quality of life in gynaecological cancers: a systematic literature review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2021;304:791-805.
- 25- Ventura-Aquino E, Ágmo A. The elusive concept of sexual motivation: can it be anchored in the nervous system? *Frontiers in Neuroscience*. 2023;17:1285810.
- 26- Rodrigues ECG, Neris RR, Nascimento LC, de Oliveira-Cardoso ÉA, Dos Santos MA. Body image experience of women with breast cancer: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2023;37(1):20-36.
- 27- Smith M. *Narrative therapy. Social Workers' Desk Reference. Forth Edition*. Oxford University Press; 2022.
- 28- Dallos R. *Attachment narrative therapy: applications and developments*: Springer; 2023.
- 29- Ghavibazou E, Hosseinian S, Ale Ebrahim N. Narrative therapy, applications, and outcomes: a systematic review. *Preventive Counseling*. 2022;2(4):20-31. [persian]
- 30- Çakmak BG. Spirituality in narrative therapy: a review study. *Spiritual Psychology and Counseling*. 2022;7(3):315-36.
- 31- Smid GE, Jongedijk RA, Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 2019;10(1):1550344.
- 32- Driscoll JJ, Hughes AA. Sexuality of aging adults: a case study using narrative therapy. *Contemporary Family Therapy*. 2022;44(4):373-80.
- 33- Karbasi F, Riazi H, Firoozi A. The effect of narrative therapy on sexual self-efficacy and sexual quality of life in women. *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2023;22(4). [persian]
- 34- Famian MH, Khademi A, Shaker A, Zeinali A, Asghari R. Comparison of the efficacy of narrative therapy on pain self-efficacy and hope in refractory metastatic breast cancer patients. *Journal of Psychological Science*. 2023;22(129):193-213. [persian]
- 35- Delavar A. *Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences*. Tehran: Roshd Publication; 2019. [persian]
- 36- McCracken LM, Vowles KE. Acceptance of chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*. 2006;10:90-95.
- 37- Hosseininia N, Dousti P, Piryaee N. Psychometric characteristics of the adaptation to chronic pain questionnaire. *Recent Innovations in Psychology*. 2024;1(3):47-59. [persian]
- 38- Hurlbert DF, Apt C. Female sexual desire, response, and behavior. *Behavior Modification*. 1994;18(4):488-504.

- 39- Yousefi N, Farsani K, Shakiba A, Hemmati S, Nabavi J. Halbert Index of Sexual Desire (HISD) questionnaire validation. *Clinical Psychology and Personality*. 2016;11(2):107-18. [persian]
- 40- Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(2):229-41.
- 41- Pooravari M, Habibi M, Parija HA, Tabar SHSA. Psychometric properties of body image concern inventory in adolescent. *Pajoohandeh*. 2014;19(4):189-99. [persian]
- 42- White M, Epston D. Experience, contradiction, narrative & imagination: selected papers of David Epston & Michael White, 1989-1991. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1992.
- 43- Phillips Lu. A narrative therapy approach to dealing with chronic pain. *International Journal of Narrative Therapy & Community Work*. 2017;1:21-30.
- 44- Huang S, Yan M, Li Y, Yang X, Zhou J, Yang T, et al. The impact of narrative nursing on body image, disability acceptance, and psychological level in young and middle-aged breast cancer patients after surgery oncology treatment discovery. *Oncology Treatment Discovery*. 2024;2(4):93-102.
- 45- Tajtash K, Gonai E, Osman V. The effectiveness of rheumatism on body image and anxiety of students with agoraphobia. *Journal of Psychology*. 2022;2(1):32-42.