ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e10

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

The effectiveness of narrative therapy on sleep disorders and pain acceptance in women with gynecological cancer

Sima Khavandizadeh Aghdam[1,2], Manijeh Firoozi[3*], Fatemeh Mirershadi[4]

[1] Department of Health Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran.
[2] Department of Midwifery, Faculty of Medicine, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
[3] Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
[4] Department of Physiology, Faculty of Medicine, Ard.C., Islamic Azad University, Ardebil, Iran.

ABSTRACT

AIMS: The present study aimed to investigate the effectiveness of narrative therapy on sleep disorders and pain acceptance in women with gynecological cancer.

MATERIALS AND METHODS: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of all married women with gynecological cancers (aged 20-45 years) who were referred to relevant specialists' clinics in Ardabil city during the second half of 2024. From this population, 40 individuals were selected using purposive sampling and were randomly assigned to either the experimental group (n=20) or the control group (n=20). The experimental group received 8 sessions of 75-minute narrative therapy intervention by White and Epston (1991). The data collection tools included the Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) (McCracken et al, 2004) and the Mini-Sleep Questionnaire (MSQ) (Zomer et al., 1985). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) with SPSS 22 software.

FINDINGS: The results of the Mancoa analysis of covariance showed that there was a significant difference between the experimental and control groups after narrative therapy on pain acceptance ($F=51.541$, $p<0.01$). It also showed that there was a significant difference between the experimental and control groups after narrative therapy on sleep disorders ($F=114.387$, $p<0.01$); this means that narrative therapy reduced sleep disorders and increased pain acceptance in women with gynecological cancer in the experimental group.

CONCLUSION: According To These Results, It Can Be Stated That This Intervention Method Can Be Used For Patients With Gynecologic Cancer Due To Its Existential Nature And Change In The Patient's Attitude Towards The Disease.

KEYWORDS: Sleep Disorders; Narrative Therapy; Psychological Adaptation; Female Genital Neoplasms.

How to cite this article:

Khavandizadeh Aghdam S., Firoozi M., Mirershadi F. *The effectiveness of narrative therapy on sleep disorders and pain acceptance in women with gynecological cancer*. J Police Med. 2025;14:e10.

***Correspondence:**

Address: Dr. Kardan St., opposite Kooy-e Nasr, Jalal Al-Ahmad St., Shahid Chamran Highway, Tehran, Iran, Postal Code: 1445983861.
eMail: **mfiroozy@ut.ac.ir**

Article History:

Received: 25/05/2024
Accepted: 04/01/2024
ePublished: 04/04/2025

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

JOURNAL OF POLICE MEDICINE Vol.14, 2025

INTRODUCTION

Over the past few decades, the prevalence of noncommunicable diseases has increased dramatically. According to a 2025 report by the International Federation of Gynecology and Obstetrics, gynecologic cancers have a very high prevalence among noncommunicable diseases worldwide [1]. Gynecological cancers develop in the female reproductive organs, both internal and external; uterine cancer, ovarian cancer, and vulvar cancers are all collectively referred to as women's cancers [2]. Gynecological cancers account for about 13% of all cancers worldwide and about 10% in the United States [3]. The results of a nationwide study showed that 8% of the cancers diagnosed in Iranian women in 2016 were gynecological cancers, and their increasing trend over recent years has been quite evident [4].

Having cancer has negative and undesirable effects on various aspects of life, one of the most common of which is pain [5]. In 70% of patients, depending on the type and stage of cancer, there is excruciating pain [6]. Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with potential damage, and accepting pain means acknowledging the pain and the limitations and disabilities it causes, which helps the individual strive to control it [7]. Acceptance of pain is the first step toward adapting to the changes that have occurred in one's life, enabling the individual to continue functioning in their environment while also striving to control the pain [8]. Cancer-related pain affects the functioning of those affected. As the results of one study indicate, cancer patients reported greater pain catastrophizing compared to healthy individuals [9].

Furthermore, cancer patients experience severe psychological stress and suffer from psychiatric disorders, with mood disorders and sleep disturbances being the most common [10]. Indeed, one study has reported that the prevalence of sleep disorders in cancer patients varies between 20% to 80% [11]. Sleep disturbance is defined as sleep that sometimes fails to occur, occurs at an inappropriate time, or does not seem restful [12]. Existing evidence suggests that sleep duration is associated with cancer-related mortality. However, the risk may vary by sleep duration across different settings—with short (<7 hours per night) and long (>9 hours per night) durations [13]. Findings are also conflicting regarding the association between sleep duration and cancer risk. Other aspects of poor sleep health, including low sleep quality and irregular sleep timing due to shift work, have also been linked to an increased risk of cancer [14].

In light of the foregoing, it is necessary to seek strategies and interventions for cancer patients that can help alleviate the suffering caused by pain and their sleep problems. Therefore, implementing psychological interventions for these patients is of great importance. In this regard, narrative therapy is one therapeutic approach that can be helpful. White and Epston are the main founders of narrative therapy [15]. Narrative therapy is the process of helping individuals overcome their problems through engaging in therapeutic conversations. These conversations involve externalizing the problem, extracting consequences, thickening new plotlines, and connecting them to the past [16]. In narrative therapy, one can find life in a different form and from a new perspective; in fact, re-authoring one's life is the ultimate goal of the therapeutic process, and the author's life story will be rewritten accordingly [15]. In narrative therapy, it is believed that people make sense of their lives and experiences through narratives, and that the presence of problem-saturated narratives leads to the emergence of problems [16]. The source of the problem is a story filled with failure, despair, and distress. Narrative therapy calls such stories problem-saturated narratives, which reflect the client's dominant story about life. It holds that by deconstructing pessimistic stories and instilling lasting self-confidence in clients, a stable framework for change can be created, transforming fractured identities into heroic ones [17].

The primary goal of narrative therapy is to help clients reconsider and revise their internalized stories, and this process enables clients to feel that they can predict and control their lives [15]. In this regard, the results of a study indicated the effectiveness of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy in improving pain and hope in cancer patients [18]. Moreover, Park et al., in a study, have shown that providing narrative therapy had a significant impact on improving insomnia problems and sleep quality [19]. Also, a study has shown that narrative therapy has a significant effect on improving sleep quality [20].

Ultimately, it can be said that cancer challenges the view of life as a regular and continuous process, a challenge that can have significant psychological consequences. Patients who perceive their illness as more dangerous, chronic, and uncontrollable become more passive, report greater disability, have poorer social functioning, and experience more psychological problems (such as sleep disturbances) [21]. Therefore, since the general approach of narrative therapy is based on how people narrate the stories of their own lives [16], it can help an individual illuminate a different storytelling path than the problematic one and thus facilitate self-change and, consequently, a reduction in psychological problems (such as sleep-related issues). The therapeutic process examines how individuals analyze their life stories themselves, with a general focus and emphasis on creating new meanings in life. Problems (cancer and its related issues) are seen as stories that people have accepted to tell themselves [15]. Therefore, this therapy can help the individual broadly map out the various paths, narratives, forms of life's different sections,

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

opportunities, and possibilities in their life [17]. Given the high prevalence of gynecological cancer and the physical problems it causes for the patient on one hand, and their psychological issues on the other, conducting a study to improve these variables in the target group is very important. Moreover, although studies have examined the effectiveness of narrative therapy on mental health, its specific impact on pain acceptance among gynecological patients in the cultural context of Iran has been less explored, and there is a research gap in this area. Moreover, assessing and addressing sleep problems and disorders in cancer patients is critically important, as these issues directly impact patients' ability to continue treatment regimens, complete therapy, achieve recovery, and ultimately maintain a good quality of life [22]. Accordingly, the present study was conducted to examine the efficacy of narrative therapy on sleep disturbances and pain acceptance in women with gynecological cancer.

MATHERIAL & METHOD

This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population of this study consisted of married women with gynecological cancers in the city of Ardabil, aged 20–45 years, who visited the offices of relevant specialists (radiologists and surgeons) in Ardabil during the second half of 1403. The sample consisted of 40 participants who were selected using purposive sampling from the statistical population and then randomly assigned to two groups of 20, an experimental group and a control group, using simple randomization. A minimum sample size of 15 participants is recommended in experimental studies [23].

The inclusion criteria for the study were a diagnosis of gynecological cancer, being married, an age range of 20 to 45 years, informed consent to participate in the study, having at least a high school diploma to complete the questionnaire items, and the absence of acute psychological problems (based on a clinical interview conducted by the researcher prior to the intervention). The exclusion criteria were unwillingness to continue participation during the program, worsening of the disease, absence from two consecutive sessions or three non-consecutive sessions in the treatment program, and simultaneous participation in other psychological interventions. Following the sample selection, the experimental group underwent eight 75-minute sessions of narrative therapy based on White and Epston's approach [24], while the control group received no intervention.

The intervention was implemented by the researcher herself, who had been trained in narrative therapy, under the supervision of faculty members at one of the psychotherapy centers in the city of Ardabil. During the sessions, if the researcher observed severe depressive symptoms or suicidal thoughts, participants would be referred to the same center where the intervention was conducted to receive free counseling services. However, no such cases were observed throughout the intervention. Finally, after completing the intervention sessions, the participants underwent a posttest using the questionnaires. The data collection instruments were as follows:

Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ): This questionnaire was developed by McCracken and colleagues to assess pain acceptance [25]. The scale consisted of 20 items measuring two components: activity commitment (11 items) and pain satisfaction (9 items) [25]. Respondents were asked to select their answers on a seven-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 6 (always). Scores on this scale ranged from 0 to 120, with higher scores indicating greater acceptance of pain. In an examination of the psychometric properties of the Persian version, Cronbach's alpha was reported to be 0.89, and the test–retest coefficient was 0.71 [25]. In Iran, Cronbach's alpha for the entire questionnaire was also reported to be 0.90. Additionally, a significant positive correlation was found among the components ($p < 0.01$). Overall, the results indicated that the Chronic Pain Acceptance Questionnaire had adequate validity and reliability in the Iranian population [26]. In the present study, the Cronbach's alpha coefficient for the entire questionnaire was 0.81.

Mini Sleep Questionnaire (MSQ): This questionnaire was developed by Sommer et al. for the screening of sleep disorders [27]. It consisted of 10 items that measured both insomnia and hypersomnia. The original version consisted of 7 items measuring symptoms of hypersomnia and insomnia. Recently, three items related to insomnia symptoms were added. Each of these items was rated on a seven-point Likert scale ranging from 1 (never) to 7 (always), and the total score for each subscale (e.g., insomnia and hypersomnia) was defined as the sum of the scores for that subscale. In Iran, Monavipour also examined the validity of this questionnaire [28]. A reliability coefficient (Cronbach's alpha) of 0.79 was reported. An exploratory factor analysis to confirm the scale showed that 61% of the variance in the scores related to sleep disorders could be explained by the scale. After varimax rotation, two main forms of sleep disorders, insomnia and hypersomnia, were identified [28]. In the present study, the Cronbach's alpha coefficient for the entire questionnaire was 0.76.

Narrative Therapy Protocol: In this study, the narrative therapy was based on the treatment package developed by White and Epston [24], which was delivered over eight 75-minute sessions, held once a week. The sessions were conducted according to the steps outlined in **Table 1**.

Ethical Considerations: The ethical considerations addressed in this study included obtaining an ethics code from the Ethics Committee of Islamic Azad University, Ardabil Branch, with

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

the identifier 1403.167.IR.IAU.ARDABIL.REC; obtaining written informed consent from the participants; assuring the participants of the confidentiality of all information; and providing treatment to the control group after the completion of the study.

Statistical Analysis: Finally, the collected data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) through SPSS 22.

Table 1) Summary of White and Epston's narrative therapy sessions [24]

Session	Aims	Session content
First	Introduction and familiarization General content of the sessions	Familiarizing participants with one another, establishing group goals, rules, and session structure, explaining the therapeutic model, and encouraging participants to share their narratives.
Second	Life Story	Externalization of problems, examination of dominant narratives, identification of the problem-saturated story, exploration of the influence of the problem on the individual and vice versa, and understanding how stories are constructed.
Third	Major life events	Identifying the principles governing participants' storytelling, exploring life highs and lows, and viewing the story from alternative perspectives.
Fourth	Breaking down barries	Naming the problem, deconstructing the power of the problem, and applying re-authoring techniques by assigning a new label to the problem.
Fifth	Initiatives	Identifying positive and negative factors influencing the stories, examining major life challenges, uncovering participants' shadow stories, and challenging their assumptions.
Sixth	Unnecessary Consequences	Exploring unique outcomes, incorporating new elements into the narrative, assessing priorities, goals, aspirations, and significant others, and restructuring the individual's life framework.
Seventh	Reconstructing and retelling the life narrative	Building on the client's strengths, analyzing the connection between the new narrative and the individual's life, developing the new narrative, and reaching a critical turning point.
Eighth	Final rewriting of the life story	Reviewing participants' new stories, anticipating potential challenges, final editing and consolidation, and role-playing the new life story.

RESULTS

Based on the research findings, the mean age of the control group was 32.61 ± 7.36 years, and that of the experimental group was 31.92 ± 6.79 years. Furthermore, in the control group, 40% (8 individuals) had a high school diploma, 35% (7 individuals) had an associate's or bachelor's degree, and 25% had a master's degree or higher. In the experimental group, 30% (6 individuals) had a high school diploma, 45% (9 individuals) had an associate's or bachelor's degree, and 25% had a master's degree or higher. Furthermore, in both groups, the lowest shared frequency was observed among individuals with more than two children (15%), while the highest shared frequency was observed among childless individuals (45%). The mean duration of illness was 8.21 ± 3.56 years in the control group and 7.68 ± 3.12 years in the experimental group.

The mean and standard deviation of the variables, as well as the results of the Shapiro–Wilk test, are presented in **Table 2**. Based on the results presented in **Table 2**, a difference was observed between the pretest and posttest scores in the experimental group. To examine the statistical significance of these differences, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was employed. For this purpose, the assumption of normality of the variables' distributions was first confirmed using the Shapiro–Wilk test (p>0.05).

Table 2) Means, standard deviations, and Shapiro–Wilk test results for the study variables across the experimental and control groups

Variable	Group	Phase	Mean	SD	z-statistic	P value
Pain Acceptance	Control	Pretest	47.45	5.81	0.979	0.679
		Posttest	49.18	5.70	0.941	0.052
	Narrative Therapy	Pretest	49.31	5.93	0.970	0.379
		Posttest	68.92	7.62	0.947	0.058
Sleep Disturbances	Control	Pretest	29.47	3.76	0.966	0.326
		Posttest	30.52	3.83	0.980	0.675
	Narrative Therapy	Pretest	29.63	3.66	0.955	0.086
		Posttest	20.15	2.36	0.961	0.312

Subsequently, the assumptions of homogeneity of regression slopes, homogeneity of variances (examined using Levene's test), and homogeneity of variance–covariance matrices (examined using Box's M-test) were assessed. The results of the homogeneity of regression slopes assumption for the research variables in the experimental and control groups indicated

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

that the F statistic was not significant (F=0.323, p=0.726). Moreover, the variances of the dependent variables in the experimental and control groups were equal (pain acceptance: F=2.606, p=0.102; sleep disturbances: F=2.053, p=0.159). Furthermore, the results of Box's M-test for the homogeneity of variance–covariance matrices indicated no significant difference between the variance–covariance matrices of the variables (Box's M=7.950, F=1.495, p=0.059). Therefore, there was no obstacle to proceeding with the analysis. In addition, the results concerning the multivariate analysis of covariance showed that the overall F at the posttest stage was significant at the 0.001 level, with a Wilks' lambda value of 0.14. Based on the Wilks' lambda index, it can be concluded that the intervention accounted for 72% of the variance in the changes in the variables (Table 3).

Table 3) Results of the Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) for the Study Variables

Effect	Multivariate tests	Value	F	Hypothesis df	Error df	P value	Partial Eta Squared	Observed Power
Group	Pillai's Trace	0.726	103.55	2	34	0.001	0.726	1
	Wilks' Lambda	0.141	103.55	2	34	0.001	0.726	1
	Hotelling's Trace	6.091	103.55	2	34	0.001	0.726	1
	Roy's Largest Root	6.091	103.55	2	34	0.001	0.726	1

Table 4 presents the results of the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) used to compare pain acceptance and sleep disturbances between the experimental and control groups. The results showed a significant difference in posttest pain acceptance scores between the control and experimental groups (F=51.541, p<0.01, η^2=0.56). Furthermore, the results showed a significant difference in posttest sleep disturbance scores between the control and experimental groups (F=114.387, p<0.01, η^2=0.70). Therefore, it can be concluded that narrative therapy led to an increase in pain acceptance and a reduction in sleep disturbances among women with gynecological cancer at the posttest stage (p<0.01) (Table 4).

Table 4) Results of the Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) for the Study Variables

Variable	Source	Sum of squares	Df	Mean square	F	P value	Partial Eta Squared	Observed Power
Pain Acceptance	Pretest	9.883	1	9.883	0.136	0.715	0.009	0.065
	Group	3748.23	1	3748.23	51.540	0.001	0.569	1
	Error	2545.36	35	72.72				
Sleep Disturbances	Pretest	0.100	1	0.100	0.011	0.916	0.003	0.051
	Group	1017.114	1	1017.114	114.389	0.001	0.706	1
	Error	311.210	35	8.892				

DISCUSSION

The present study was conducted to investigate the effectiveness of narrative therapy on sleep disturbances and pain acceptance in women with gynecological cancer. The results showed that narrative therapy led to a reduction in sleep disturbances in women with gynecological cancer. Moreover, based on the findings, this intervention was not only statistically significant but also clinically effective. This finding was consistent with studies by Park et al. [19] and Karami et al. [20] regarding the effect of narrative therapy on improving sleep quality. Furthermore, no inconsistent findings were identified in this regard. Nevertheless, cultural differences in the manner of narrative expression in Iran could have been a distinguishing factor. In explaining these results, it can be stated that cancer patients experience numerous sleep-related problems due to their physical condition [10]. On the other hand, researchers believe that some aspects of sleep quality and sleep problems can be explained by an individual's health status and subjective perspective. The prevailing theory has been that sleep problems are essentially symptoms of the psychological problems with which they are associated. The fact that sleep problems are defining features of several psychological disorders and are included in the diagnostic criteria for these conditions supports this view [21]. Accordingly, the individual's own perspective and outlook on their sleep problems are of great importance. Therefore, through narrative therapy, individuals can view their lives differently and from a new perspective. In fact, rewriting one's life is the ultimate aim of the therapeutic process, and the individual's life can be transformed through this process of revision. In narrative therapy, it is believed that people make sense of their lives and experiences through narratives, and that problem-saturated narratives can lead to the emergence of problems [16]. Therefore, the main goal of narrative therapy is to help clients reconsider and revise their internalized stories, and this process enables clients to feel that they are able to anticipate and control their lives [17]. This, in

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

turn, can help them address their sleep problems and disturbances.

Additionally, the results showed that narrative therapy led to an increase in pain acceptance in women with gynecological cancer. Moreover, based on the findings, this intervention was not only statistically significant but also clinically effective. This finding was consistent with the findings of Philips and Famian et al. [28, 29] regarding the effect of narrative therapy on pain acceptance and pain self-efficacy in patients with physical illnesses. Furthermore, no contradictory findings were identified in this regard. Nevertheless, cultural differences in narrative practices in Iran could have been a distinguishing factor. In explaining these results, it can be stated that, based on the principle that the main goal of narrative therapy is to draw individuals' attention to their maladaptive beliefs and modify them, to externalize and defuse the problem, to develop an external perspective on the problem from different angles, and consequently to create a transformed and re-authored interpretation of their life story, individuals can, with the help of narrative therapy, gain a fresh perspective on reality [17].

In fact, narrative therapy helps individuals recall, reconstruct, and re-author an alternative narrative that is richer, more meaningful, and purposeful. Narratives explore an individual's life experiences, skills, and abilities. In other words, narrative therapy teaches patients to take responsibility for their own behaviors, because control over and responsibility for their lives lie in their own hands [15]. Indeed, by emphasizing individual responsibility and the concept of self-control over one's destiny and life, narrative therapy can positively influence self-efficacy, including pain self-efficacy, and consequently pain acceptance in people with cancer.

Furthermore, according to researchers, cancer patients may experience the psychological phenomenon of catastrophizing regarding the course of their illness. Therefore, discussing the illness and its progression can affect their stress levels and related physiological symptoms, including greater pain acceptance and a more positive perception of themselves. This, in turn, can also affect their sleep quality. Furthermore, it can be stated that narrative therapy simultaneously improved sleep and pain acceptance; this convergence of findings may indicate that narrative therapy, by reducing psychological distress (catastrophizing), targeted the vicious cycle of pain and insomnia in these patients and provided a basis for change by addressing the existential aspects of their illness and changing their perspective toward the disease.

The present study faced several limitations, including the initial sampling method (the purposive selection of participants), which limits the generalizability of the findings to the broader population; the restriction of the study population to women within a specific age range; the absence of a follow-up phase; and the fact that the therapeutic intervention was conducted by one of the researchers. Given the important role of women in the family and society, as well as the need to address their physical and psychological health, it is recommended that this therapeutic approach be used alongside other intervention methods in cancer associations and in the psychology clinics of hospitals and public and private clinics to increase pain acceptance and reduce sleep disturbances among women with gynecological cancer. Therefore, future studies should use probability-based (random) sampling methods. It is also proposed that similar research be conducted among male patients, taking different types of cancer into account. Furthermore, future studies should include follow-up assessments to examine the durability of the effects of this therapeutic approach.

CONCLUSION

The results of this study indicate that narrative therapy is an effective intervention for improving patients' psychological problems and can be incorporated into treatment protocols at oncology centers. Overall, narrative therapy has a substantial effect on reducing sleep disturbances and increasing pain acceptance in women with gynecological cancer.

Practical Implications for Police Officers

Although narrative therapy has been applied in the present study to patients with gynecological cancer, its theoretical and therapeutic principles can also be applied to other high-stress professional settings, including law enforcement and policing. Narrative therapy, by focusing on reconstructing the meaning of difficult experiences and reorganizing personal narratives, helps individuals redefine stressful events within a coherent and comprehensible narrative. This process can contribute to reducing emotional distress, enhancing psychological adaptation, and strengthening individuals' sense of control over challenging experiences. Given the nature of police officers' work, which often involves high-stress situations, adverse events, and constant psychological pressure, the use of narrative therapy could be considered as a complementary intervention within psychological support programs for police personnel. This approach, by providing opportunities to express experiences, reconstruct the meaning of difficult events, and enhance emotional acceptance, could help mitigate the psychological consequences of occupational stress and improve indicators such as sleep quality and psychological adjustment. Within this framework, structured narrative therapy sessions delivered as part of short-term intervention programs could contribute to promoting the mental health and occupational resilience of police personnel. However, it should be noted that the evidence presented in the present study has

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

not been directly examined in a police population; therefore, the generalizability of these findings to law enforcement settings requires independent empirical investigation in this population.

Acknowledgments: The authors wish to extend their gratitude to all individuals who contributed to this study in any way.

Authors' contributions: Sima Khavandizadeh Aghdam, Presentation of study idea and design and data collection; Manijeh Firoozi, presenting the idea ans study design; Fateme Mirershadi, data analysis. All authors contributed to the initial drafting and revision of the manuscript, and by approving the final version, they accepted responsibility for the accuracy and integrity of its contents.

Conflict of interest: The authors hereby declared that there was no conflict of interest regarding the present study.

Financial support: The present study received no financial support.

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e5

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

اثربخشی روایت درمانی بر اختلالات خواب و پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی

سیما خاوندی زاده اقدم[۱و۲]، منیژه فیروزی[۳*]، فاطمه میرارشادی[۴]

[۱] گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، پردیس بین المللی ارس، دانشگاه تهران ، تهران، ایران.
[۲] گروه مامایی، دانشکده پزشکی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
[۳] گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران ، تهران ، ایران.
[۴] گروه فیزیولوژی، دانشکده پزشکی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

چکیده

اهداف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روایت درمانی بر اختلالات خواب و پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان متاهل مبتلا به سرطان‌های ژنیکولوژیک شهر اردبیل (دامنه سنی ۲۰- ۴۵ سال) مراجعه کننده به مطب‌های متخصصان مرتبط در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که از بین آنان تعداد ۴۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تخصیص داده شدند. گروه آزمایش، تحت ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای مداخله روایت درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۱) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ) (مک‌کارکن و همکاران، ۲۰۰۴) و پرسشنامۀ کوتاه خواب (MSQ) زومر و همکاران (۱۹۸۵) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS22 صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس مانکوا نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل بعد از ارائه روایت درمانی بر پذیرش درد تفاوت معناداری وجود داشت (F=۵۱/۵۴۱، p<۰/۰۱). همچنین نتایج نشان داد که پس از ارائه روایت درمانی، بین دو گروه آزمایش و کنترل بر اختلالات خواب تفاوت معناداری وجود داشت (F=۱۱۴/۳۸۷، p<۰/۰۱)؛ بدین معنا که روایت درمانی، موجب کاهش اختلالات خواب و افزایش پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی در گروه آزمایش شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج می‌توان بیان کرد که این روش درمانی به دلیل ماهیت وجودی و تغییر در نگرش بیمار نسبت به بیماری می‌تواند برای بیماران مبتلا به سرطان ژنیکولوژی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: اختلالات خواب، روایت درمانی، پذیرش درد، سرطان ژنیکولوژی.

نحوه استناد به مقاله:

Khavandizadeh Aghdam S., Firoozi M., Mirershadi F. *The effectiveness of narrative therapy on sleep disorders and pain acceptance in women with gynecological cancer.* J Police Med. 2025;14:e10.

نویسنده مسئول*:

آدرس پستی: بزرگراه شهید چمران- خیابان جلال آل احمد- مقابل کوی نصر، خیابان دکتر کاردان، کد پستی: ۱۴۴۵۹۸۳۸۶۱.

پست الکترونیکی:
m.torkashvand@yazd.ac.ir

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵
پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵
انتشار: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

Copyright © 2025, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e10

نشریه علمی پژوهشی طب انتظامی دوره ۱۴، ۱۴۰۴

مقدمه

طی دهه‌های اخیر میزان شیوع بیماری‌های غیرواگیر به صورت چشم‌گیری افزایش یافته است. مطابق با گزارش فدراسیون بین‌المللی متخصصان زنان و زایمان در سال ۲۰۲۵، در بین بیماری‌های غیرواگیر سرطان‌های ژنیکولوژیک در جهان شیوع بسیار بالایی دارد [۱]. سرطان‌های ژنیکولوژیک در اندام‌های تناسلی زن، داخلی و خارجی ایجاد می‌شود، سرطان رحم، سرطان تخمدان و سرطان‌های اندام تناسلی خارجی همگی در اصطلاح سرطان زنان گنجانده شده‌اند [۲]. سرطان‌های ژنیکولوژیک در جهان حدود ۱۳ درصد و در ایالات متحده حدود ۱۰ درصد اعلام شده است [۳]. نتایج یک مطالعه در سطح ملی نشان داده که ۸ درصد از انواع سرطان‌های شناسایی شده در زنان ایرانی در سال ۲۰۱۶ از نوع سرطان‌های ژنیکولوژی بوده و روند افزایشی آن طی سال‌های اخیر کاملا مشهود است [۴].

ابتلا به سرطان تأثیرات منفی و نامطلوب بر جنبه‌های زندگی دارد که یکی از شایع‌ترین آنها درد است [۵]. در ۷۰ درصد بیماران، با توجه به نوع و مرحله سرطان، درد طاقت فرسا وجود دارد [۶]. درد تجربه حسی و هیجانی ناخوشانید است که با آسیب بالقوه همراه است و پذیرش درد به معنی باور داشتن درد و محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن بوده که به فرد در جهت تلاش برای کنترل درد کمک می‌نماید [۷]. 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 [۸]. درد مرتبط با سرطان عملکرد افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چنانچه در این خصوص نتایج مطالعه‌ای نشان داده که بیماران سرطانی در مقایسه با افراد سالم فاجعه‌سازی درد بیشتری گزارش کردند [۹].

به‌علاوه، افراد مبتلا به سرطان، فشار روانی شدیدی را تجربه می‌کنند و از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند و شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در آنها، اختلال عاطفی و اختلال در خواب است [۱۰]. چنانچه مطالعه‌ای نشان داده که شیوع اختلالات خواب در بیماران سرطانی بین ۲۰ تا ۸۷ درصد متغیر است [۱۱]. اختلال خواب یعنی اینکه گاهی خواب روی نمی‌دهد یا در زمان نامناسب روی می‌دهد یا اینکه به نظر آرام بخش نمی‌رسد که آن را اختلال خواب می‌نامند [۱۲]. شواهد موجود نشان می‌دهد که طول مدت خواب با مرگ و میر ناشی از سرطان مرتبط است. با این حال، در هر مکان، خطر ممکن است بسته به مدت خواب متفاوت باشد - مدت خواب کوتاه (< ۷ ساعت در شب) و طولانی (> ۹ ساعت در شب) [۱۳]. یافته‌ها همچنین در مورد ارتباط بین مدت زمان خواب و خطر ابتلا به سرطان متفاوت است. جنبه‌های دیگر سلامت ضعیف خواب، از جمله کیفیت پایین خواب و زمان‌بندی نامنظم خواب به دلیل شیفت کاری، نیز با افزایش خطر ابتلا به سرطان مرتبط است [۱۴].

نظر به آنچه بیان شد، لازم است در خصوص بیماران سرطانی به دنبال راهکارها و تدابیری بود بتواند زمینه‌ساز کاهش رنج ناشی از درد و نیزمشکلات خواب آنان کمک کننده باشد. براین اساس، انجام مداخلاتی روانشناختی بر روی این بیماران مهم است. در این راستا یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند یاری‌گر باشد، درمان روایت درمانی است. *White* و *Epston* از بنیان‌گذاران اصلی روایت درمانی هستند [۱۵]. روایت درمانی، فرآیند کمک به افراد برای غلبه بر مشکلاتشان 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 [۱۶]. در روایت درمانی می‌توان زندگی را به شکل متفاوت و در چشم‌اندازی جدید یافت، در حقیقت بازنویسی زندگی هدف نهایی فرآیند درمان است و زندگی تجدید نظر نویسنده تغییر خواهد کرد [۱۵]. در درمان روایتی، اعتقاد بر این است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌بخشند و وجود روایت‌های سرشار از مشکل، منجر به بروز مشکلات می‌شود [۱۶] و منشأ مشکل، داستانی است که مملو از ناکامی، یأس و ناراحتی است. وایت چنین داستان‌هایی را داستان سرشار از مشکل می‌نامد که تجلی داستان غالب فرد مبتلا در مورد زندگی است و بر این باور است که با ساختارشکنی داستان‌های بدبینانه و دادن اعتماد به نفس ماندگار به مراجعان، می‌توان دستورالعمل با ثباتی برای تغییر کردن به وجود آورد و هویت‌های شکسته خورده را به وضعیت قهرمانی تغییر داد [۱۷].

هدف اصلی روایت درمانی، کمک به مراجعان برای تجدید نظر و اصلاح داستان‌های درونی شده است و این فرایند سبب می‌شود تا مراجعان احساس کنند که قادر به پیش‌بینی و کنترل زندگی خود هستند [۱۵]. در این خصوص نتایج مطالعه‌ای حاکی از اثربخشی درمان روایتی و درمان شناختی-رفتاری بر بهبود درد و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان بود [۱۸]. به‌علاوه، *Park* و همکاران در تحقیقی نشان داده‌اند که ارائه روایت درمانی تاثیر معناداری بر بهبود مشکلات بی‌خوابی و کیفیت خواب ایجاد کرد [۱۹]. همچنین مطالعه‌ای نشان داده است که روایت درمانی تأثیر معناداری بر افزایش کیفیت خواب دارد [۲۰].

نهایتاً قابل بیان است 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. بیمارانی که بیماریشان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیر قابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانشناختی (مانند مشکلات مربوط به خواب) بیشتری دارند [۲۱]. لذا، از آن‌جایی که نگرش کلی روایت درمانی بر مبنای چگونگی روایت داستان‌هایی که از زندگی خویش نقل می‌کنند استوار است [۱۶] می‌تواند به فرد یاری دهد تا مسیر داستان‌گویی متفاوتی از مسیر مشکل را برای خویش روشن کند و زمینه تغییر در خود و به تبع آن کاهش مشکلات روانشناختی (مانند مشکلات مربوط به خواب) را فراهم کند. فرایند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تأکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است، مشکلات (بیماری سرطان و مشکلات ناشی از آن) به صورت داستان‌هایی دیده می‌شوند که مردم قبول کرده‌اند برای خود بگویند [۱۵]. لذا، این درمان می‌تواند فرد را یاری رساند تا بتواند مسیرها، روایت‌ها، اشکال مختلف بخش‌های زندگی، فرصت‌ها و احتمالات مختلف را به‌طور گسترده‌ای در زندگیش ترسیم کند [۱۷]. با نظر به شیوع بالای سرطان ژنیکولوژی و مشکلات جسمانی ناشی از آن برای فرد بیمار از یک سو و از سوی دیگر، مشکلات روانشناختی این افراد، انجام مطالعه‌ای به منظور بهبود این متغیرها در گروه هدف بسیار مهم است. به‌علاوه، اگرچه مطالعاتی بر اثربخشی روایت‌درمانی بر سلامت روان انجام شده، اما تأثیر اختصاصی آن بر پذیرش درد در بیماران ژنیکولوژی در بافت فرهنگی ایران کمتر بررسی شده است و خلاء پژوهشی در این راستا وجود دارد. به‌علاوه بررسی و رفع مشکلات و اختلالات خواب در بیماران سرطانی بسیار مهم است، چرا که این مشکلات

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e10

به طور مستقیم بر توانایی بیماران جهت ادامه برنامه‌های درمانی، تکمیل درمان، بهبودی و در نهایت حفظ و نگهداری کیفیت زندگی مناسب تاثیر زیادی دارد [۲۲]. براین اساس تحقیق حاضر به منظور بررسی اثربخشی روایت درمانی بر اختلالات خواب و پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش نوع نیمه‌آزمایشی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این مطالعه زنان متاهل مبتلا به سرطان‌های ژنیکولوژیک شهر اردبیل (دامنهٔ سنی ۲۰- ۴۵ سال) مراجعه کننده به مطب‌های متخصصان مرتبط (مطب رادیولوژیست‌ها و جراح‌ها) شهر اردبیل در نیمه دوم سال ۱۴۰۳ بودند. تعداد نمونه مورد پژوهش ۴۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان جامعه آماری انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل تخصیص داده شدند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل تعداد آزمودنی ۱۵ نفر پیشنهاد شده است [۲۳]. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ابتلا به سرطان ژنیکولوژی، زنان متاهل، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن رضایت جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک دیپلم به منظور پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد (براساس مصاحبه بالینی قبل از مداخله توسط پژوهشگر) و ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به شرکت در طول برنامه، شدت یافتن بیماری و غیبت دو جلسه متوالی و سه جلسه غیرمتوالی در برنامه درمانی و شرکت در مداخله‌های روان‌شناختی دیگر به صورت همزمان بود. بعد از انتخاب نمونه آماری گروه آزمایشی ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای مورد مداخله روایت درمانی *White* و *Epston* [۲۴] قرار گرفتند و گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماند. اجرای مداخله از سوی خود پژوهشگر (آموزش دیده در خصوص مداخله روایت درمانی) و تحت نظارت اساتید در یکی از مراکز روان‌درمانی شهر اردبیل صورت گرفت. پژوهشگر در صورت مشاهده علائم شدید افسردگی یا افکار خودکشی در جلسات، شرکت‌کنندگان را به همان مرکز انجام مداخله به منظور دریافت خدمات مشاوره‌ای (رایگان) معرفی می‌نمودند. با این وجود در خلاء مداخله چنین موردی مشاهده نگردید. در نهایت بعد از اتمام جلسات آموزشی، شرکت‌کنندگان (از طریق پرسشنامه‌ها) مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل موراد ذیل بود.

پرسشنامه پذیرش درد مزمن (CPAQ): این پرسشنامه به وسیله *McCracken* و همکاران به منظور بررسی پذیرش درد تهیه شده است [۲۵]. این مقیاس دارای ۲۰ سوال بوده که دو مؤلفه تعهد به فعالیت (۱۱ عبارت) و رضایت از درد (۹ عبارت) مورد سنجش قرار می‌دهد [۲۵]. پاسخ‌دهنده باید پاسخ خود را در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از صفر (اصلا) تا ۶ (همیشه) انتخاب نمایند. در این مقیاس، نمره بین صفر تا ۱۲۰ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده پذیرش بیشتر درد است. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی برابر ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۵]. در ایران نیز آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ گزارش شده است. همچنین، میان مولفه‌ها درد مزمن همبستگی مثبت و معناداری وجود داشت ($p<۰/۰۱$). در مجموع نتایج نشان داد که پرسشنامه سازگاری با درد مزمن، دارای روایی و پایایی مطلوبی در جامعه‌ی ایرانی است [۲۶]. در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامهٔ کوتاه خواب (MSQ): این پرسشنامه توسط *Sommer* و همکاران برای غربالگری اختلالات خواب تهیه شده است [۲۷]. این پرسشنامه ۱۰ گویه دارد که هم بی‌خوابی و هم پرخوابی را می‌سنجد. نسخهٔ اصلی از ۷ گویه تشکیل شده بود که نشانگان پرخوابی و بی‌خوابی را می‌سنجید. به تازگی، سه گویه مربوط به نشانه‌های بی‌خوابی به آن اضافه شده است. هر یکی از این گویه‌ها در مقیاس هفت گانهٔ لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) امتیازبندی شده‌اند و نمرهٔ کل برای هر زیر مقیاس (برای مثال؛ بی‌خوابی و پرخوابی) به عنوان خلاصهٔ محاسبهٔ نمرات برای آن زیر مقیاس تعریف شده است. در ایران نیز *معنوی‌پور* به بررسی اعتبار این پرسشنامه پرداخت [۲۸]. پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کرد. تحلیل عاملی اکتشافی برای تایید نشان داد که ۶۱ درصد واریانس در نمره‌های پرسش‌ها درباره اختلالات خواب می‌تواند توسط مقیاس توضیح داده شود. پس از چرخش واریماکس، ۲ شکل اصلی اختلالات خواب، بی‌خوابی و پرخوابی شناسایی شدند [۲۸]. در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه، ۰/۷۶ به دست آمد.

پروتکل روایت درمانی: روایت درمانی در این پژوهش مبتنی بر بسته درمانی وایت و اپستون [۲۴] بود که در ۸ جلسهٔ ۷۵ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. جلسات بر طبق مراحل قید شده در جدول شماره ۱ برگزار شده است.

ملاحظات اخلاقی: ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل دریافت کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل با شناسه IR.IAU.AR.1403.167، DABIL.REC، دریافت رضایت‌نامه آگاهانه کتبی شرکت در پژوهش از شرکت‌کننده‌ها، اطمینان دادن به افراد مورد مطالعه در مورد محرمانه ماندن تمامی اطلاعات و ارائه درمان بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل بود.

تجزیه و تحلیل آماری: در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANCOVA) و توسط نرم‌افزار آماری SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

براساس یافته‌های پژوهش میانگین سنی گروه کنترل برابر ۳۲/۶۱±۷/۳۶ و گروه آزمایش برابر ۳۱/۹۲±۶/۷۹ بود. همچنین، در گروه کنترل ۴۰ درصد (۸ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۳۵ درصد (۷ نفر) فوق دیپلم و کارشناسی و ۲۵ درصد فوق لیسانس و بالاتر و در گروه آزمایش ۳۰ درصد (۶ نفر) دارای تحصیلات دیپلم، ۴۵ درصد (۹ نفر) فوق دیپلم و کارشناسی و ۲۵ درصد فوق لیسانس و بالاتر بودند. همچنین در هر دو گروه کمترین فراوانی به صورت مشترک دارای بیشتر از دو فرزند (۱۵ درصد) و بیشترین فراوانی به صورت مشترک بدون فرزند هستند (۴۵ درصد). همچنین میانگین مدت ابتلا در گروه کنترل ۸/۲۱±۳/۵۶ و گروه آزمایش برابر ۷/۶۸±۳/۱۲ است.

میانگین و انحراف‌معیار متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک در جدول شماره ۲ ارائه شده است. براساس نتایج ارائه شده در جدول ۲، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش، تفاوت دیده می‌شود. به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا، فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک تائید گردید ($p<۰/۰۵$).

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e10

در ادامه، پیش فرض‌های همگنی شیب رگرسیون، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با آزمون ام-باکس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل نشان داد که آماره F معنادار نیست (F=۰/۳۲۳، p=۰/۷۲۶). همچنین، نتایج واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل برابر بود (پذیرش درد، F=۲/۶۰۶، p=۰/۱۰۲ ؛ اختلالات خواب F=۲/۰۵۳، p=۰/۱۵۹). همچنین، نتایج مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون Box-M) حاکی از عدم تفاوت معنادار بین واریانس متغیرها بود (Box-M =۷/۹۵۰، F=۱/۴۹۵، p=۰/۰۵۹). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی وجود نداشت. به‌علاوه نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نشان داد که F کلی در مرحله پس‌آزمون با ارزش لامبدای ویلکز ۰/۱۴ در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار بود. با توجه به شاخص لامبدای ویلکز می‌توان نتیجه گرفت که مداخله انجام شده، ۷۲ درصد از واریانس تغییر در متغیرها را تبیین می‌کند (جدول ۳).

در جدول ۴ نتایج آزمون کواریانس چندمتغیره Mancova برای مقایسه اختلالات خواب و پذیرش درد در بین گروه آزمایش و کنترل بکار برده شد. نتایج نشان داد که متغیر پذیرش درد در پس آزمون در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (F/۵۴۱=۵۱، p<۰/۰۱ و مجذور اتا=۰/۵۶). همچنین، نتایج دیگر نشان داد که متغیر اختلالات خواب در پس آزمون در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (F/۳۸۷=۱۱۴، p<۰/۰۱ و مجذور اتا=۰/۷۰). بنابراین، می‌توان گفت روایت درمانی موجب افزایش پذیرش درد و کاهش اختلالات خواب در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی را در مرحله پس‌آزمون، شده است (p<۰/۰۱) (جدول شماره ۴).

جدول ۱) خلاصه جلسات روایت درمانی وایت و اپستون [۲۴]

جلسه	اهداف	محتوای جلسات
اول	اهداف: معارفه و آشنایی محتوای کلی جلسات	آشنایی اعضا با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف، قوانین و ساختار جلسات، تبیین مدل درمانی، تشویق و توجیه اعضاء در شرح روایت‌های خود.
دوم	اهداف: داستان زندگی	برون‌سازی، بررسی روایت‌های غالب، مشخص‌سازی داستان اشباع از مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس و چگونگی ساخت داستان‌ها.
سوم	اهداف: رویدادهای مهم زندگی	دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، یافتن تجارب اوج و افت افراد در زندگی و دیدن داستان از منظری دیگر.
چهارم	اهداف: ساخت شکنی	نام‌گذاری مشکل، ساخت شکنی از قدرت انداختن مشکل، تکنیک باز معنایی با زدن برچسب جدید به مشکل
پنجم	اهداف: ابتکارات	تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان‌ها، بررسی چالش‌های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان‌های سایه‌ای افراد و به چالش‌کشاندن اعضا.
ششم	اهداف: پیامدهای بی مورد	بررسی پیامدهای منحصربه فرد، بکارگیری عناصر جدید در روایت، بررسی اولویت‌ها، اهداف، آرزوها و افراد مهم در زندگی و تغییر چهارچوب زندگی فرد.
هفتم	اهداف: 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	اهداف: باز نویسی نهایی داستان زندگی	بررسی داستان تازه افراد، پیشبینی مشکلات احتمالی، ویرایش نهایی، ایفای نقش در داستان جدید زندگی.

جدول ۲) میانگین و انحراف‌معیار نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل و نتایج آزمون شاپیرو- ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره z	معنی داری
پذیرش درد	کنترل	پیش آزمون	۴۷/۴۵	۵/۸۱	۰/۹۷۹	۰/۶۷۹
		پس آزمون	۴۹/۱۸	۵/۷۰	۰/۹۴۱	۰/۰۵۲
	روایت درمانی	پیش آزمون	۴۹/۳۱	۵/۹۳	۰/۹۷۰	۰/۳۷۹
		پس آزمون	۶۸/۹۲	۷/۶۲	۰/۹۴۷	۰/۰۵۸
اختلالات خواب	کنترل	پیش آزمون	۲۹/۴۷	۳/۷۶	۰/۹۶۶	۰/۳۲۶
		پس آزمون	۳۰/۵۲	۳/۸۳	۰/۹۸۰	۰/۶۷۵
	روایت درمانی	پیش آزمون	۲۹/۶۳	۳/۶۶	۰/۹۵۵	۰/۰۸۶
		پس آزمون	۲۰/۱۵	۲/۳۶	۰/۹۶۱	۰/۳۱۲

جدول ۳) نتایج مربوط به شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری متغیرهای پژوهش

اثر	شاخص‌های اعتباری	ارزش	مقدار F	df فرض	df خطا	سطح معناداری	ضریب اتا تفکیکی	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۲۶	۱۰۳/۵۵	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۴۱	۱۰۳/۵۵	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	۱
	اثر هتلینگ	۶/۰۹۱	۱۰۳/۵۵	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	۱
	بزرگترین ریشه روی	۶/۰۹۱	۱۰۳/۵۵	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	۱

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2025;14:e10

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معناداری	ضریب اتا تفکیکی	توان آماری
پذیرش درد	پیش آزمون	۹/۸۸۳	۱	۹/۸۸۳	۰/۱۳۶	۰/۷۱۵	۰/۰۰۹	۰/۰۶۵
	گروه	۳۷۴۸/۲۳	۱	۳۷۴۸/۲۳	۵۱/۵۴۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۹	۱
	خطا	۲۵۴۵/۳۶	۳۵	۷۲/۷۲				
اختلالات خواب	پیش آزمون	۰/۱۰۰	۱	۰/۱۰۰	۰/۰۱۱	۰/۹۱۶	۰/۰۰۳	۰/۰۵۱
	گروه	۱۰۱۷/۱۱۴	۱	۱۰۱۷/۱۱	۱۱۴/۳۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۶	۱
	خطا	۳۱۱/۲۱۰	۳۵	۸/۸۹۲				

بحث

مطالعه حاضر به منظور بررسی اثربخشی روایت درمانی بر اختلالات خواب و پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی انجام شد. نتایج نشان داد که روایت درمانی موجب کاهش اختلالات خواب در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی شده است. همچنین، این مداخله براساس نتایج به دست آمده نه تنها از نظر آماری معنادار، بلکه از نظر بالینی نیز اثرگذار بود. این یافته با مطالعات *Park* و همکاران [۱۹] و کرمی و همکاران [۲۰] مبنی بر تاثیر روایت درمانی بر افزایش کیفیت خواب همسو بود. به‌علاوه، در این راستا نتایج ناهمخوانی یافت نشد. با این وجود تفاوت‌های فرهنگی در نحوۀ روایت‌گری در ایران می‌تواند عاملی متمایزکننده باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بیماران سرطانی به سبب وضعیت جسمانی خود مشکلات بسیاری را در خصوص خواب تجربه می‌کنند [۱۰]. از سوی دیگر، محققان بر این نظر هستند که بخشی از کیفیت و مشکلات خواب براساس سلامت و دیدگاه ذهنی فرد قابلِ تبیین است. نظریه غالب این بوده است که مشکلات خواب اساساً نشانه‌هایی از مشکلات روانی هستند که با آنها مرتبط هستند. این واقعیت که مشکلات خواب ویژگی‌های تعیین‌کننده تعدادی از مشکلات روانی هستند و در معیارهای تشخیصی این شرایط گنجانده شده‌اند، از این جنبه پشتیبانی می‌کند [۲۱]. براین اساس دیدگاه و چشم‌انداز خود فرد از مشکلات خوابش بسیار مهم است. لذا، در آموزش روایت درمانی می‌توان زندگی را به شکل متفاوت و در چشم اندازی جدید یافت. در حقیقت، بازنویسی زندگی هدف نهایی فرآیند درمان است و زندگی تجدید نظر نویسنده تغییر خواهد کرد. در درمان روایتی، اعتقاد بر این است که مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌بخشند و وجود روایت‌های سرشار از مشکل، منجر به بروز مشکلات می‌شود [۱۶]. بنابراین، هدف اصلی روایت‌درمانی، کمک به مراجعان برای تجدید نظر و اصلاح داستان‌های درونی شده است و این فرایند سبب می‌شود تا مراجعان احساس کنند که قادر به پیش‌بینی و کنترل زندگی خود هستند [۱۷] و همین موضوع، زمینه‌ساز کمک به آنها در خصوص مشکلات و اختلالات خوابشان شده است.

همچنین نتایج نشان داد که روایت درمانی موجب افزایش پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی شده است. همچنین، این مداخله براساس نتایج به دست آمده نه تنها از نظر آماری معنادار، بلکه از نظر بالینی نیز اثرگذار بود. این نتیجه با یافته‌های *Philips* و *Famian* و همکاران [۲۸, ۲۹] مبنی بر تاثیر روایت درمانی بر پذیرش و خودکارآمدی درد در بیماران جسمانی همخوانی داشت. به‌علاوه، در این راستا نتایج ناهمخوانی یافت نشد. با این وجود تفاوت‌های فرهنگی در نحوه روایت‌گری در ایران می‌تواند عاملی متمایزکننده باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت با توجه به این اصل که هدف اصلی روایت درمانی، 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 روایت درمانی می‌توانند دیدگاهی تازه به واقعیات پیدا کنند [۱۷]. در واقع، روایت درمانی با کمک و یاری به افراد در جهت یادآوری مجدد، باور دوباره و بازسازی مجدد یک داستان جایگزین غنی‌تر و با معناتر و دارای هدف است. روایت‌ها به بررسی تجارب فرد در زندگی، مهارت‌ها و توانایی‌های وی می‌پردازند. به عبارتی روایت درمانی به بیماران می‌آموزد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند؛ چرا که کنترل و مسئولیت زندگی آنها در دستان خودشان است [۱۵]. در واقع روایت درمانی با تأکید بر مسولیت 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 مثبتی داشته باشد.

همچنین، مبنی بر نظر پژوهشگران با توجه به این موضوع که بیماران سرطانی ممکن است دچار پدیده روانشناختی فاجعه‌سازی نسبت به روند بیماری شوند، بنابراین صحبت در مورد بیماری و فرآیند آن می‌تواند بر سطح استرس و علائم فیزیولوژیکی مرتبط با آن از جمله پذیرش بیشتر درد، دید مثبت به خویشتن تأثیر داشته باشد و این موضوع می‌تواند کیفیت خواب آنان را نیز تحت تاثیر قرار دهد. همچنین، قابل بیان است که روایت‌درمانی همزمان باعث بهبود خواب و پذیرش درد شده است؛ این همسویی می‌تواند نشان‌دهندۀ آن باشد که روایت‌درمانی با کاهش تنش‌های روانی (فاجعه‌سازی)، چرخه معیوب درد-بی‌خوابی را در این بیماران هدف قرار داده است و زمینه تغییر در آنان را با توجه به ماهیت وجودی و تغییر در نگرش بیمار نسبت به بیماری، ایجاد کرده است.

مطالعه حاضر با محدودیت‌های روبرو بود که از جمله آن محدودیت در روش نمونه‌گیری اولیه (هدفمند بودن انتخاب اولیه شرکت‌کنندگان) که قابلیت تعمیم به کل جامعه را محدود می‌کند، محدود بودن جامعه پژوهش به جنسیت زنان و دامنه سنی مشخص و عدم انجام مرحله پیگیری و انجام مداخله درمانی توسط یکی از پژوهشگران اشاره کرد. 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 کنار سایر روش‌های مداخله‌ای در زمینه افزایش پذیرش درد و کاهش اختلالات خواب در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی استفاده گردد. براین اساس پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آتی از روش‌های نمونه‌گیری

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

احتمالی (تصادفی) استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی بر روی بیماران مرد نیز (براساس انواع سرطان) صورت گیرد. علاه‌براین، در مطالعات آتی نیز مراحل پیگیری نیز به منظور بررسی ماندگاری تاثیر این روش درمانی صورت گیرد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که روایت‌درمانی مداخله‌ای اثربخش برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران است و می‌تواند در پروتکل‌های درمانی مراکز انکولوژی گنجانده شود. در مجموع، روایت درمانی تاثیر بسزایی بر کاهش اختلالات خواب و افزایش پذیرش درد در زنان مبتلا به سرطان ژنیکولوژی دارد.

نکات کاربردی برای پلیس

اگرچه روایت‌درمانی در پژوهش حاضر در زمینه بیماران مبتلا به سرطان‌های زنان به کار گرفته شده است، اما اصول نظری و مداخلاتی آن قابلیت تعمیم به سایر حوزه‌های حرفه‌ای پرتنش، از جمله مشاغل انتظامی و پلیسی را نیز دارد. روایت‌درمانی با تمرکز بر بازسازی معنای تجربه‌های دشوار و سازمان‌دهی مجدد روایت‌های فردی، به افراد کمک می‌کند تا رویدادهای استرس‌زا را در قالب داستانی منسجم و قابل فهم بازتعریف کنند. این فرایند می‌تواند به کاهش آشفتگی هیجانی، افزایش سازگاری روان‌شناختی و تقویت احساس کنترل فرد بر تجربه‌های دشوارِ منجر شود. با توجه به ماهیت شغلی نیروهای پلیس که غالباً با موقعیت‌های پرتنش، حوادث ناگوار و فشارهای روانی مداوم مواجه هستند، بهره‌گیری از رویکرد روایت‌درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مکمل در برنامه‌های حمایت روان‌شناختی این نیروها مورد توجه قرار گیرد. این رویکرد از طریق فراهم کردن فرصت برای بیان تجربه‌ها، بازسازی معنای رویدادهای دشوار و تقویت پذیرش هیجانی، می‌تواند در کاهش پیامدهای روانی ناشی از استرس‌های شغلی و بهبود شاخص‌هایی مانند کیفیت خواب و سازگاری روانی نقش داشته باشد. در این چارچوب، استفاده از جلسات ساختارمند روایت‌درمانی در قالب برنامه‌های کوتاه‌مدت مداخله‌ای می‌تواند به ارتقای سلامت روان و تاب‌آوری شغلی کارکنان پلیس کمک کند. با این حال، باید توجه داشت که شواهد ارائه‌شده در پژوهش حاضر به‌طور مستقیم در جمعیت پلیسی بررسی نشده است؛ از این رو تعمیم این یافته‌ها به حوزه‌های انتظامی نیازمند انجام مطالعات تجربی مستقل در این جمعیت می‌باشد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افرادی که در این پژوهش به هر نحوی پژوهشگران را یاری کردند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

سهم نویسندگان: منیژه فیروزی، ارائه ایده و طراحی مطالعه؛ سیما خاوندی‌زاده اقدم، ارائه ایده و طاحی مطالعه و جمع‌آوری داده‌ها؛ فاطمه میرارشادی، تجزیه و تحلیل داده‌ها. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجو ندارد.

REFERENCES

1. Wilailak, S. and Berek, J.S., 2025. FIGO Cancer Report 2025: Transforming gynecologic oncology through global equity, technological innovation, and preventive strategies. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 171(Suppl 1), p.4. https://doi.org/10.1002/ijgo.70428
2. Li M, Xu S, Yang Q, Zheng Z, Zhang X, Liu H, Cheng Y, Zou Y, Ye H, Wang P. Epidemiological trends of gynecologic cancer burden in east Asian countries from 1990 to 2021 and projections to 2031. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2026;172(1):255-62. https://doi.org/10.1002/ijgo.70351
3. 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. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230625
4. 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. https://doi.org/10.1111/ajco.13303
5. Ris F, Hellan M, Douissard J, Nieva JG, Triponez F, Woo Y, et al. Blood-based multi-cancer detection using a novel variant calling assay (DEEPGEN™): early clinical results. Cancers (Basel). 2021;13(16):4104. https://doi.org/10.3390/cancers13164104
6. Gomes AML, Melo CdF. Total pain in cancer patients: the integrative literature review. Psicologia em Estudo. 2023;28:e53629. https://doi.org/10.4025/psicolestud.v28i0.53629
7. 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. https://doi.org/10.1515/sjpain-2022-0107
8. 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. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01418-2
9. Newton-John TRO, Schutze R, MacDonald J, Lloyd S, Corry M, Sundberg K, et al. The relationship between pain catastrophizing and spiritual well-being in adult cancer patients: a cross-sectional observational study. Support Care Cancer. 2025. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2025.03.035
10. Aquil A, El kherchi O, EL Azmaoui N, Mouallif M, Guerroumi M, Benider A, et al. Predictors of mental health disorders in women with breast and gynecological cancer after radical surgery: a cross-section-

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]

al study. Ann Med Surg (Lond).2021;65:102278. https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102278

11. Gyawali S, Tiwari S, Sah GS, Panthi B, Upreti A, Pokhrel B, et al. Prevalence of sleep disorders in patients with advanced cancer: a cross-sectional study. Annals of Medicine and Surgery. 2024;86(7):3954–8. http://dx.doi.org/10.1097/MS9.0000000000002232
12. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest. 2014;146(5):1387-1394. https://doi.org/10.1378/chest.14-0970
13. Mogavero MP, DelRosso LM, Fanfulla F, Bruni O, Ferri R. Sleep disorders and cancer: State of the art and future perspectives. Sleep medicine reviews. 2021;56:101409. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101409
14. Song C, Zhang R, Wang C, Fu R, Song W, Dou K, et al. Sleep quality and risk of cancer: findings from the English longitudinal study of aging. Sleep. 2021;44(3):zsaa192. https://doi.org/10.1093/sleep/zsaa192
15. Epston, D., 2026. How Michael White Came Up With the Idea of Externalising: An Educated Guess. Journal of Systemic Therapies, 45(1), pp.34-41. https://doi.org/10.1521/jsyt.2026.45.1.34
16. Mardanian Dehkordi L, Ghiyasvandian S. Digital storytelling as an innovative approach for managing the psychological challenges of diabetes. Journal of Hayat 2024; 30 (1) :1-5 URL: http://hayat.tums.ac.ir/article-1-5142-fa.html (persian)
17. White M. Maps of narrative practice. New York: WW Norton & Company; 2024. [Reference Book]
18. Hasan Famian M, Khademi A, Shaker A, Zeinali A, Asghari R. Comparison of the efficacy of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy on pain self-efficacy and hope in refractory metastatic breast cancer patients. Journal of Psychological Science. 2023;22(129):193–213. (persian) https://doi.org/10.22038/mjms.2023.70020.4155
19. Park JK, Park J, Elbert T, Kim SJ. Effects of narrative exposure therapy on posttraumatic stress disorder, depression, and insomnia in traumatized North Korean refugee youth. Journal of traumatic stress. 2020;33(3):353–9. https://doi.org/10.1002/jts.22492
20. Karami B, Khodabakhshi-Koolaee A, Heidari H, Davoodi H. Comparing the effectiveness of solution focused narrative therapeutic approach (SFNT) and mindfulness based stress reduction (MBSR) on sleep quality in mothers of male children with gross motor disabilities. Journal of Pediatric Nursing. 2023;9(4):1–9. (persian) http://dx.doi.org/10.22034/JPEN.9.4.1
21. Shalchi Oghli S, Sadeghi R, Omranipour R, Rahimi Foroushani A, Ashoorkhani M, Tedadi Y. Comparison of the effect of 2 virtual education methods: family-based versus peer-support on perceived stress and stress coping in women with breast cancer: a randomized controlled trial. Med J Islam Repub Iran. 2024;14;38:16. https://doi.org/10.47176/mjiri.38.16
22. Jalali R, Rezaei M, KHALEDI PB, Aznab M, Amiri-Fard N, Mohammadi E. Sleep disorder and its correlates in patients undergoing chemotherapy. IJN 2016;29 (99 & 100):76–85. (persian) https://doi.org/10.29252/IJN.29.99.100.76
23. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publication; 2015. [persian] [Book]
24. White M, Epston D. Experience, Con- tradiction, Narrative and Imagination. . Adelaide: Dulwich Centre Publications; 1991. [Book]
25. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. Pain. 2004 Jan;107(1-2):159-66. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.012. PMID: 14715402. https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.10.012
26. Hosseininia N, Dousti P, Piryaei N. Psychometric Characteristics of the Adaptation to Chronic Pain Questionnaire. Recent Innovations in Psychology. 2024;1(3):47–59. (persian) https://doi.org/10.22034/rip.2024.451529.1019
27. Zomer J. Mini Sleep Questionnaire (MSQ) for screening large populations for EDS complaints. Sleep'84. 1985. http://doi/10.1111/j.1365-2869.1991.tb00318
28. Manavipour D. Psychometric properties of the sleep questionnaire. Shefaye Khatam. 2015;3(3):15–20. https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.3.3.15
29. Phillips Lu. A narrative therapy approach to dealing with chronic pain. International Journal of Narrative Therapy & Community Work. 2017(1):21–30.

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

[DOI: 10.30505/14.1.10]