PAYESH

Volume 20, Issue 2 (March - April 2021)

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]

[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

Effectiveness of Cognitive-Behavior Stress Management on Reducing Clinical Symptoms in Patients with Breast Cancer

Hamid Reza Jamilian[1], Safoura Ghafouri-Asar[2], Ahmad Bayat[3*]

1. Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
2. Islamic Azad University, Hamedan, Iran
3. Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran

Received: 26 May 2020
Accepted for publication: 10 March 2021
[EPub a head of print- 19 April 2021]
Payesh: 2021; 20 (2): 201-212

Abstract

Objective: Patients with breast cancer have symptoms of anxiety, depression and anxiety. This study was aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral stress management on the clinical symptoms among patients with breast cancer.

Methods: The was a quasi-experimental study with pre-test, post-test and follow up assessments. Twenty patients were randomly allocated into two groups: experimental group (10 patients) and control group (10 patients). Cognitive-behavioral stress management was administrated in 8 sessions for experimental group. The research instrument was SCL-90-R questionnaire. Data was analyzed by SPSS-25 software using repeated measure ANOVA.

Results: The results showed that cognitive-behavioral intervention led to reduction in clinical symptoms in some dimensions as measured by the SCL-90-R among patients in experimental group ($P < 0.05$).

Conclusion: The findings indicated that the cognitive-behavioral stress management could reduce clinical symptoms of patients with breast cancer. Indeed, using cognitive-behavioral stress management in cancer treatment centers can be regarded as a complementary therapy alongside medical treatments.

Key Words: Cognitive-Behavior Stress Management, Clinical Symptoms, Breast Cancer

* Corresponding author: Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran
E-mail: bayata61@yahoo.com

اثربخشی مدیریت استرس شناختی– رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی بیماران مبتلا به سرطان پستان

حمیدرضا جمیلیان [۱]، صفورا غفوری‌آثار [۲]، احمد بیات [۳*]

۱. دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲. دانشگاه آزاد اسلامی همدان، همدان، ایران
۳. دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۳۰ فروردین ۱۴۰۰]
نشریه پایش: ۲۱۲- ۲۰۱: (۲)۲۰؛ ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به سرطان پستان همواره دچار نشانه‌هایی از نگرانی، اضطراب و افسردگی هستند. هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی مدیریت استرس شناختی- رفتاری بر نشانگان بالینی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش کار: در روش این پژوهش نیمه‌تجربی ۲۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مداخله‌ی شناختی- رفتاری در ۸ جلسه برای گروه آزمایش ارائه شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه‌ی ۲۵ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته ها: نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله‌ی شناختی- رفتاری در کاهش برخی از ابعاد و نشانه‌های بالینی ذکر شده در SCL-90-R برای گروه کنترل مؤثر است ($P < ۰/۰۵$). بنابراین براساس نتایج می توان گفت مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری توانسته است که نشانه‌های بالینی بیماران دچار سرطان پستان را کاهش دهد.

نتیجه گیری: کاربرد مدیریت استرس شناختی- رفتاری در مراکز درمان سرطان می‌تواند به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی در نظر گرفته شود. این مداخله علاوه بر کاهش نشانه‌های بالینی بیماران بر بهبود هم ارتباط بین پزشک و بیمار را موثر است.

کلیدواژه: مدیریت استرس شناختی- رفتاری، نشانگان بالینی، سرطان پستان

کد اخلاق: IR.AMSU.REC.1398.5543

* نویسنده پاسخگو: همدان، دانشگاه بوعلی سینا
E-mail bayata61@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

مقدمه

از آن‌جا که سرطان یک بیماری مزمن و طاقت فرسا و در برخی موارد پیشرونده است، بیمار علاوه بر چالش با بیماری سرطان، باید با عوارض و پیامدهای آن از جمله نشانگان بالینی روان‌پزشکی و عوامل محیطی ناشی از بیماری هم مبارزه کند. در مراحل پیشرفت بیماری، هر علامت تضعیفی بیانگر کاهش استقلال بیمار و زوال اوست و هر نقصانی کشمکش‌های هیجانی در بیمار مبتلا به سرطان را نشان می‌دهد. لذا با توجه به شکایت‌های بیمار، حتی اگر بارها توسط او بیان شده باشد، بازگو کردن آن باعث آرامش او خواهد شد و منجر به اصلاح تحریف‌های شناختی بیمار در یک رابطه‌ی همدلانه و براساس بازسازی و اصلاح طرحواره‌های بیمار و توقف نشخوارهای فکری و فعال‌سازی رفتاری می‌شود و در عین حال باعث بالا رفتن انگیزه‌ی بیمار برای به چالش کشیدن بیماری و رعایت دستورالعمل‌های درمانی و پیروی از پیشنهادات درمانی پزشک معالج خواهد شد. پس در این‌جا علاوه بر درد و بیماری جسمانی، پریشانی هیجانی بیمار نیز نیاز به تسکین دارد. از خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی در بیمارستان‌ها غفلت شده و می‌توان گفت که بیماران مبتلا به سرطان دچار درد مضاعف هستند [۱].

سرطان پستان، بدخیمی بافت اصلی پستان است. در این بیماری سلول‌های نسج پستان که سازنده‌ی شیر برای تغذیه‌ی نوزادان است، دچار بدخیمی می‌شوند. طبق آمار انستیتو ملی سرطان ایالات متحده آمریکا، از هر ۸ زن یک نفر در زندگی خود مبتلا به سرطان پستان می‌شود. سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در زنان و شایع‌ترین عامل مرگ ناشی از سرطان در زنان ۴۰ تا ۴۴ سال است. این نوع سرطان حدود ۳۰ درصد کل سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و پس از سرطان ریه، از نظر مرگ و میر ناشی از سرطان در ردیف دوم قرار دارد [۲]. براساس آمار سازمان سلامت جهان، میزان بروز این بیماری ۱/۸ تا ۲ درصد در سال رو به افزایش است. در کشور ما آمار دقیقی از شیوع این بیماری در دست نیست؛ با این وجود پژوهش‌های انجام شده نشان داده است که در سال ۱۳۶۵ این نوع از سرطان با اختصاص ۱۳/۳ درصد از کل موارد سرطان، دومین سرطان شایع زنان ایرانی بوده است. بیمار به دلیل ماهیت بیماری دچار محرومیت‌های ویژه‌ی روان‌شناختی شده و کارکردهای فردی، بین‌فردی، شغلی و اجتماعی‌اش تحلیل رفته و دچار انواع نشانه‌های بالینی روان‌پزشکی شده که کیفیت زندگی او را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. کاهش روابط بین‌فردی، اختلال خواب، افسردگی، عدم امید به زندگی، خودکشی، پرخاشگری، احساس گناه از جمله نشانه‌های بالینی روان‌شناختی هستند که فرد را مبتلا و درگیر می‌کند [۳].

برای کاهش نشانه‌های بالینی و بالا بردن کیفیت زندگی در بیماران دچار سرطان پستان، مداخلات و روش‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است؛ یکی از این موارد درمان شناختی- رفتاری است که از دهه‌ی ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران مطرح و سودمندی آن در برخی پژوهش‌ها تأئید شده است [۴]. استفاده از درمان شناختی- رفتاری شامل روش‌های مختلف آرام‌سازی عضلانی- تنفسی، بازسازی شناختی، بازخورد زیستی، حساسیت‌زدایی منظم، تمرین رفتاری و توقف فکر و جرأت‌آموزی است که به عنوان یکی از روش‌های مقابله با مشکلات روانی در حین درمان‌های طبی توسط بسیاری از پژوهش‌گران پیشنهاد شده است. درمان شناختی رفتاری، تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است، در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای این‌که بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می‌شود.

در زمینه‌ی کنترل و پیشگیری از افزایش نشانه‌های بالینی اقدامات زیادی صورت گرفته و به نظر می رسد که درمان‌های شناختی- رفتاری به دلیل آن‌که هر دو بُعد نشانه و تفکر را آماج و هدف خود قرار می‌دهد، موفق‌تر از درمانی عمل کرده اند [۵]. متأسفانه پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی درمان‌های مختلف از جمله آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های بالینی و اختلالات روانی و بهداشت روانی زندگی بیماران سرطانی صورت گرفته است و گذشته از آن مقایسه‌ای هم بین کارآیی این روش‌ها برای استفاده از اثربخش‌ترین آن‌ها در مورد این بیماران صورت نگرفته است [۶]. نتایج پژوهش کهزائی و همکاران [۷]، لیندن [۸]، باور و سگرستروم[۹]، باور و همکاران [۱۰] و صالح‌زاده و همکاران [۱۱] نشان داده که درمان‌های شناختی- رفتاری بر کیفیت زندگی بیماران اثربخش است. در پژوهش‌ها کاربرد درمان شناختی- رفتاری در کاهش و تسکین افسردگی، اضطراب و درد بیماران پایانی گزارش شده است [۱۲]. هپکو و لجویز [۱۳] عنوان می‌کنند که تعداد این مداخلات بر روی بیماران مزمن قابل توجه است، اما با این وجود بر به کارگیری درمان شناختی- رفتاری به خاطر سودمندی بالقوه بیشتر آن در قیاس با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

سایر روش‌های به کار گرفته شده برای این بیماران تأکید می‌ورزند [۱۳]. در مدل شناختی اهمیت اصلی به باورها و فرض‌های فرد داده می‌شود که به عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که در درک و تفسیر واقعه و شکل‌دهی واکنش‌های هیجانی و رفتاری نقش دارند [۵]. بر پایه‌ی پژوهش‌ها، افسردگی، اضطراب، مشکلات خواب، اختلالات جنسی، روابط بین‌فردی آشفته، خودکشی، پرخاشگری، احساس گناه و در کل کاهش کیفیت زندگی از جمله مشکلاتی است که با توجه به این‌که بیمار دچار کدام‌یک از بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده است، حتی در بیماران دچار سرطان نظر به این‌که در کدام‌یک از چهار مرحله‌ی بیماری سرطان باشد، شدت علائم فوق ممکن است بیشتر باشد [۳، ۲]. از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی و کاهش نشانگان بالینی مبتلایان به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان اثربخش است [۱۳-۱۲]. پس انجام پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند زمینه‌ی پژوهش برای اقدامات آتی و یاری‌رسانی به ویژه برای گروه هدف ما که بانوان مبتلا به سرطان است فراهم سازد؛ زیرا در پژوهش‌های پیشین بدون لحاظ ابتلای نوع سرطان فرد بیماران فقط براساس مبتلا بودن به بیماری در پژوهش گمارده شده بودند، در صورتی‌که پستان به عنوان بخشی از هویت جنسی زن به نظر نسبت به مبتلایان به سایر سرطان‌ها، اضطراب و نگرانی بیشتری در فرد ایجاد می‌کند و نیاز به درمانی کارآمدتر، تخصصی‌تر که تفکرات منفی و تحریف‌های شناختی بیمار را به نحو مؤثرتری به چالش کشیده و نگرانی و ترس بیمار را برطرف سازد، بیشتر به چشم می‌خورد. پژوهش اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش نشانه‌های بالینی بیماران سرطانی آزمایش نمود؛ بنابراین هدف کلی از پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال بود که آیا درمان شناختی- رفتاری می‌تواند روش مداخله‌ای مؤثری در کاهش نشانه‌های بالینی بیماران سرطانی باشد یا خیر؟

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی دو گروهی متشکل از سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان آیت ا... خوانساری اراک بود که طبق نظر پزشک معالج، در مرحله‌ی اول یا دوم بیماری سرطان بودند. با توجه به روش آزمایشی در این پژوهش و نیز محدودیت‌های موجود برای دسترسی به آزمودنی، ۲۰ نفر از بیماران دچار سرطان پستان به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و در دو گروه ۱۰ نفری آزمایش و کنترل گنجانده شدند. شرکت کنندگان گروه کنترل از لحاظ سطح تحصیلات، سن، وضعیت تأهل و وضعیت اقتصادی با گروه آزمایش همگن بودند. برای درنظر داشتن عدم اثرپذیری گروه کنترل از شرایط مداخله‌ای این گروه نیز مورد نظارت و کنترل دقیق قرار گرفتند و با نظر متخصص روان‌شناسی آماده‌ی دریافت آموزش‌های روان‌شناختی درباره‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری شدند. پس از انجام این پژوهش گروه کنترل نیز این آموزش‌ها را دریافت نمود. در گروه‌درمانی با رویکردهای گوناگون، تعداد اعضا بین ۸ تا ۱۲ نفر تعیین شده است [۱۴]. گروه آزمایش، درمان شناختی- رفتاری را در ۸ جلسه‌ی گروهی و هفته‌ای ۲ ساعت دریافت کرد؛ اما گروه کنترل هیچ مداخله یا درمان روان‌شناختی را دریافت نکرد. ابتدا اعضای دو گروه به منظور شرکت در پژوهش فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی را تکمیل کردند. همچنین اصول اخلاقی همچون محرمانه بودن، رضایت آگاهانه و کمترین احتمال خطر توسط پژوهش‌گران رعایت شد.. شرایط ورود به پژوهش، داشتن سن ۱۸ سال و بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و دریافت تشخیص سرطان پستان بود؛ شرکت کنندگانی که همزمان درمان روان‌شناختی دیگری دریافت می‌کرد از پژوهش خارج شدند. شرکت کنندگان هر دو گروه براساس سطح تحصیلات و وضعیت تأهل، با هم همگن شدند. درمان شناختی- رفتاری طی ۸ جلسه‌ی گروهی و به مدت ۲ ماه، توسط کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی در بیمارستان آیت ا... خوانساری اراک بر روی گروه آزمایش انجام شد. جلسه‌ی اول شامل معارفه، گفتگو در مورد نقش استرس بر شروع و تشدید بیماری‌های مزمن و پیشرونده و اثر بیماری بر تغییر روابط اعضای خانواده بود. در جلسه‌ی دوم و سوم به بازسازی شناختی و ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی، بحث در مورد خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار غیرمنطقی به عنوان راهکارهایی جهت مقابله با افکار غیرمنطقی پرداخته شد. جلسه‌ی چهارم مدیریت خشم، جلسه‌ی پنجم آموزش حل‌مسئله و ابراز وجود، جلسه‌ی ششم آموزش مهارت‌های ارتباطی و استفاده از حمایت‌های اجتماعی، جلسه‌ی هفتم روش‌های مقابله با استرس و آموزش ۳ سبک رفتاری منفعلانه، جرأت‌ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی و در جلسه‌ی هشتم به مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده، اختصاص داده شد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

ابزارها: ابزار به کار رفته در این پژوهش چک‌لیست تجدیدنظر شده‌ی نشانه‌های اختلالات روانی بود. این چک‌لیست برای سنجش سریع نوع و شدت نشانه‌های اختلالات روانی از طریق گزارش شخصی افراد بسیار مناسب است و ابزاری برای سنجش سطح فعلی نشانه‌های بیماری است که فرد آن‌ها را تجربه می‌کند و دارای ۹۰ عبارت توصیفی در مورد علائم بیماری است که فرد برحسب شدت آن‌ها را در دامنه‌ی هیچ = ۰ تا شدید = ۴، ارزیابی می‌کند و دارای مقیاس درجه‌بندی لیکرت ۵ رتبه‌ای است. این پرسش‌نامه ۹ بُعد اختلالات روانی (جسمانی کردن، وسواس فکری- عملی، حساسیت بین‌فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، هراس، افکار پارانوئید، و روان‌پریشی). علاوه بر این شاخص شدت کلی نشانه‌ها در این چک‌لیست لحاظ شده که یک درجه‌بندی ترکیبی است که شدت استرس تجربه شده را همراه با برخی از نشانه‌های گزارش شده بررسی می‌کند. چنان‌چه آزمودنی به بیش از ۲۰ درصد سؤالات آزمون و یا بیش از ۴۰ درصد سؤالات هر بُعد پاسخ ندهد، آزمون و یا آن بُعد مورد نظر معتبر نخواهد بود. در سال ۱۹۹۸ دروگاتیس و ساویتز گزارش کردند که ضرایب همسانی درونی برای ۹ بُعد از نشانه‌های بیماری در بیماران سرپایی در دامنه‌ی حداقل ۰/۷۹ برای افکار پارانوئید و تا بالای ۰/۹۰ برای افسردگی است و ضرایب اعتبار بازآزمایی در فاصله‌ی زمانی یک هفته حداقل ۰/۷۸ برای خصومت تا بالای ۰/۹۰ برای اضطراب و فوبی است. در ایران انیسی و همکاران [۱۵] اعتباریابی و هنجاریابی این ابزار را انجام داده و با روش‌های همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و بازآزمون پایایی این آزمون در زیرمقیاس‌های گوناگون را بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۲ گزارش کردند. روایی همزمان (با خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی MMPI) نیز به دست آمد و نشان داد که همه‌ی ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های آزمون SCL-90-R با همه‌ی زیرمقیاس‌های آزمون MMPI همبستگی معنادار دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین تنهای رشوانلو و سعادتی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب تصنیف ۰/۹۶ را برای این ابزار گزارش نموده‌اند [۱۶].

پروتکل درمان شناختی- رفتاری: پس از انتخاب شرکت کنندگان، مقدمات لازم از نظر زمان، مکان و سایر امکانات آموزشی فراهم شد و برنامه‌ی تقویمی آموزش در اختیار افراد قرار داده شد. به دلیل بستری بودن بیماران و حضور همراهان در بیمارستان، کلاس‌ها و در خارج از ساعات اداری در اتاق روان‌شناس بیمارستان و در شرایط امن و مناسبی برگزار گردید. آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری، مداخله‌ای برگرفته از راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری نوشته‌ی مایکل فری و همکاران در سال ۲۰۰۷ ترجمه‌ی جواد آل محمد در سال ۱۳۸۹، مرکب از عناصری مانند افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل‌مسئله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها است [۱۷]. پنج گام فنون مدیریت استرس شامل بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش ابراز وجود، مدیریت خشم و ایجاد حمایت‌های اجتماعی، برگرفته از کتاب راهنمای عملی شناخت‌درمانی گروهی مایکل فری است. این کتاب حاصل تجربه‌های گوناگون و آموزش ۱۴ ساله‌ی مهارت‌های شناخت‌درمانی یا بازسازی شناختی در برنامه‌های آموزشی کارآموزان روان‌شناسی است همچنین راهنما و منبعی برای یک دوره‌ی آموزشی- درمانی برپایه‌ی شناخت‌درمانی دردسترس مراجعان با انواع اختلالات هیجانی به شمار می‌آید [۱۸]. برای آموزش هر یک از فنون به شرکت کنندگان، یک تا سه جلسه‌ی دوساعته در نظر گرفته شد. ابتدا یک موضوع معرفی می‌شود و سپس تمرین‌ها برای افزایش آگاهی فرد را در مورد فرآیندهای ظریف استرس طراحی و اجرا شد. که هر جا امکان داشت از بازی نقش و تشکیل زوج‌های دوتایی استفاده شد تا ماهیت تعاملی تجربه افزایش یابد. برای تقویت آموخته ها تکلیف خانگی برای برگزاری مطلوب‌تر دوره‌ی آموزشی از همکاری یک نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی با سابقه‌ی برگزاری کارگاه‌های آموزشی و روان‌درمانی بیماران مبتلا به سرطان استفاده شد.

در روش شناختی- رفتاری مورد استفاده، جلسه‌ی اول شامل معارفه، گفتگو راجع به نقش استرس در شروع و تشدید بیماری‌های لاعلاج و اثر بیماری بر تغییر روابط اعضای خانواده می‌باشد. در جلسه‌ی دوم و سوم به بازسازی شناختی و ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی، بحث در مورد خطاهای پردازش، آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار غیرمنطقی به عنوان راهکارهایی جهت مقابله با افکار غیرمنطقی پرداخته شد. جلسه‌ی چهارم به مدیریت خشم، جلسه‌ی پنجم آموزش به حل مسئله و ابراز وجود، جلسه‌ی ششم به آموزش مهارت‌های ارتباطی و استفاده از حمایت‌های اجتماعی، جلسه‌ی هفتم روش‌های مقابله با استرس و آموزش ۳ سبک رفتاری منفعلانه، جرأت‌ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت‌های ارتباطی،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

جلسه‌ی هشتم مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده، اختصاص داده شد. طی برنامه دو رهبر گروه به عنوان الگوهای نقش مقابله‌ای همراه با اعضا گروه فعالیت کردند؛ ابراز هیجانی را تشویق کردند و برای جستجوی حمایت اجتماعی- هیجانی فرصت لازم را فراهم آوردند؛ آنها به اعضای گروه آموزش دادند که اطمینان را جایگزین تردید کنند؛ استفاده از مهارت‌های اجتنابی را منع کرده و پذیرش و سازمان‌دهی مجدد را به عنوان پاسخ‌های مقابله‌ای تشویق کردند. برای بررسی توصیفی داده‌های این پژوهش از میانگین، انحراف استاندارد، و واریانس استفاده شد. برای بررسی فرضیات پژوهش نیز آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. داده‌ها با نسخه‌ی ۲۵ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

در ابتدای پژوهش دو گروه مورد بررسی از نظر سن، وضعیت تأهل و تحصیلات همتا شدند (جداول ۱ و ۲). هر دو گروه از نظر معیارهای اختلالات روان‌شناختی مذکور در SCL-90-R بررسی و ضمن برخورداری مشابه در همه‌ی ابعاد درمانی و حمایت اجتماعی بجز آموزش مدیریت استرس در گروه آزمایش به مدت ۸ هفته تحت آموزش قرار گرفته و در پایان دوره نیز همان معیارها به تفکیک در دو گروه بررسی و تعیین گردید. همچنین پس از دوره‌ی پیگیری، مجدداً این معیارها در هر دو گروه بررسی و تعیین گردید. براساس تحلیل واریانس، یافته‌های این پژوهش نشان داد که معیار روان‌پریشی ابتدا در هر دو گروه یکسان است، اما در پایان مداخله در گروه آزمایش کاهش معنادار پیدا کرده بود، و در پایان دوره‌ی پیگیری نیز در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود. افکار پارانوئید در ابتدا و پایان مداخله در هر دو گروه یکسان بود و در پایان دوره‌ی پیگیری نیز در دو گروه مورد بررسی، از نظر آماری تفاوت معنادار نداشت. فوبی (هراس) ابتدا در هر دو گروه یکسان بود که در پایان مداخله نیز در هر دو گروه یکسان بود و در پایان دوره‌ی پیگیری هم در دو گروه تفاوت معناداری دیده نشد. میزان خصومت در ابتدای پژوهش در هر دو گروه یکسان بود که، در پایان مداخله در دو گروه یکسان و در پایان دوره‌ی پیگیری نیز در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. میزان اضطراب در ابتدای پژوهش در هر دو گروه مورد برررسی یکسان بود، اما در پایان مداخله در گروه آزمایش کاهش معنادار پیدا کرده بود و در پایان مدت زمان پیگیری نیز همچنان در گروه آزمایش پایین‌تر بود. شاخص افسردگی پیش از مداخله در هر دو گروه یکسان بود؛ اما پس از مداخله در گروه آزمایش کاهش معنادار دیده شد و در پایان دوره‌ی پیگیری نیز همچنان در گروه آزمایش پایین‌تر بود. حساسیت در ابتدای پژوهش در هر دو گروه مورد بررسی یکسان بود. این شاخص در پایان مداخله نیز در دو گروه تفاوت معنادار نداشت و پس از دوره‌ی پیگیری نیز در هر دو گروه یکسان بود. میزان وسواس در ابتدای پژوهش در هر دو گروه یکسان بود و در پایان مداخله نیز در هر دو گروه تفاوت معنادار نداشت و در پایان دوره‌ی پیگیری نیز در هر دو گروه یکسان بود. شاخص جسمانی کردن در ابتدای پژوهش در هر دو گروه یکسان بود؛ اما در پایان مداخله در گروه آزمایش کاهش معنادار یافت و همچنان این کاهش در دوره‌ی پیگیری در گروه آزمایش پایین‌تر بود. شاخص شدت ناراحتی در ابتدای پژوهش در هر دو گروه یکسان بود؛ اما این شاخص در پایان مداخله در گروه آزمایش کاهش یافت و در پایان دوره‌ی پیگیری نیز در گروه تحت آزمایش و مداخله پایین‌تر بود.

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت تأهل و تحصیلات شرکت کنندگان در دو گروه مورد بررسی

		گروه آزمایش	گروه کنترل	معناداری
وضعیت تأهل	متأهل	۶	۶	۰/۰۰۱
	مجرد	۲	۲	
	سایر	۲	۲	
تحصیلات	ابتدایی	۲	۲	۰/۰۰۱
	راهنمایی	۱	۱	
	متوسطه	۳	۳	
	دانشگاهی	۴	۴	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن در دو گروه مورد بررسی

	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	t	معناداری
آزمایش	۱۰	۳۶/۶	۶/۹۶	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
کنترل	۱۰	۳۶/۶	۶/۹۵	۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

جدول ۳: مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار شاخص‌های سلامت روان به تفکیک زمان سنجش در هر دو گروه مورد بررسی

	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	معناداری
روان‌پریشی	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۳۱	۰/۳۷	۲/۳۳	۰/۱۴۴
		کنترل	۱۰	۱/۵۶	۰/۳۵		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۱۱	۰/۱۷	۱/۱۵	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۱/۶۲	۰/۳۷		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۲۸	۰/۲۳	۸/۲۲	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۱/۷۷	۰/۲۴		
افکار پارانوئید	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۹۱	۰/۶۰	۰/۵۸	۰/۸۱۲
		کنترل	۱۰	۱/۸۴	۰/۵۷		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۵۱	۰/۴۳	۱/۷۶	۰/۲۰۰
		کنترل	۱۰	۱/۸۰	۰/۵۴		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۷۴	۰/۴۶	۰/۱۰۸	۰/۷۴۷
		کنترل	۱۰	۱/۷۹	۰/۳۱		
هراس	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۰/۶۳	۰/۱۹	۰/۰۱۵	۰/۹۰۵
		کنترل	۱۰	۰/۶۷	۰/۲۱		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۰/۵۲	۰/۱۶	۰/۰۱۹	۰/۳۲۶
		کنترل	۱۰	۰/۵۲	۰/۱۷		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۰/۴۵	۰/۱۴	۳/۳۰۷	۰/۰۸۶
		کنترل	۱۰	۰/۵۰	۰/۱۶		
خصومت	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۲۹	۰/۵۷	۰/۳۴۹	۰/۵۶۲
		کنترل	۱۰	۱/۴۳	۰/۸۴		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۱۳	۰/۳۵	۰/۹۲	۰/۱۸۲
		کنترل	۱۰	۱/۵۴	۰/۸۸		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۱۵	۰/۳۳	۰/۷۴	۰/۰۶۹
		کنترل	۱۰	۱/۶۵	۰/۷۴		
اضطراب	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۲/۴۶	۰/۷۵	۰/۶۴	۰/۸۰۳
		کنترل	۱۰	۲/۵۶	۱/۰۳		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۳۲	۰/۳۹	۳۰/۴	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۲/۸۴	۰/۷۸		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۵۶	۰/۴۱	۱۳/۵۲	۰/۰۰۲
		کنترل	۱۰	۲/۶۴	۰/۸۳		
افسردگی	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۲/۳۴	۰/۵۹	۰/۱۱۹	۰/۷۳۴
		کنترل	۱۰	۲/۲۴	۰/۶۹		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۳۴	۰/۳۹	۶۸/۶	۰/۰۰۳
		کنترل	۱۰	۲/۷۴	۰/۳۷		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۶۲	۰/۴۶	۶۳/۹	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۲/۹۱	۰/۲۲		
حساسیت	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۷۳	۰/۶۷	۰/۱۰۸	۰/۴۷۴
		کنترل	۱۰	۱/۸۳	۰/۷۲		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۳۷	۰/۴۹	۱/۳۰	۰/۲۶۸
		کنترل	۱۰	۱/۶۵	۰/۶۳		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۶۱	۰/۶۶	۰/۵۸۴	۰/۴۵۵
		کنترل	۱۰	۱/۸۳	۰/۶۲		
وسواس	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۷۱	۰/۵۸	۰/۱۰۴	۰/۷۵۱
		کنترل	۱۰	۱/۶۳	۰/۵۳		

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۴۸	۰/۲۹	۰/۴۴۳	۰/۵۱۴
		کنترل	۱۰	۱/۵۹	۰/۴۳		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۷۳	۰/۳۳	۰/۷۲۳	۰/۴۰۶
		کنترل	۱۰	۱/۵۷	۰/۵۱		
جسمانی کردن	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۲/۴۱	۰/۹۱	۰/۳۳	۰/۸۵۹
		کنترل	۱۰	۲/۴۸	۰/۹۲		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۴۳	۰/۳۳	۲۲/۵۱	۰/۰۰۳
		کنترل	۱۰	۲/۸۲	۰/۸۷		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۵۹	۰/۴۴	۲۲/۰۱	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۲/۸۶	۰/۷۳		
شدت ناراحتی	پیش از مداخله	آزمایش	۱۰	۲/۰۳	۰/۴۸	۰/۱۲	۰/۸۱
		کنترل	۱۰	۱/۹۹	۰/۳۷		
	پس از مداخله	آزمایش	۱۰	۱/۴۲	۰/۳۳	۲۱/۳	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۲/۲۱	۰/۴۳		
	دوره‌ی پیگیری	آزمایش	۱۰	۱/۵۹	۰/۳۵	۲۹/۹	۰/۰۰۱
		کنترل	۱۰	۲/۴۵	۰/۳۳		

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش برخی از نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به گروه کنترل پس از اجرای درمان اثربخش است و بهبودی نشانگان حتی پس از دو ماه (مرحله‌ی پیگیری) نسبت به گروه کنترل که هیچ درمان روان‌شناختی دریافت نکرد، همچنان باقی بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری با آماج قرار دادن باورها و تفکرات غیرمنطقی و به چالش کشیدن آن‌ها و بازسازی شناختی توانسته است که اثرات مطلوبی بر نشانگان بالینی بیماران مبتلا به سرطان پستان بگذارد. در این راستا آموزش‌های موجود در پروتکل درمانی از جمله راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، رفتار جرأت‌مندانه و ابراز وجود نقش زیادی در کاهش این علائم و نشانگان بالینی داشته است. براساس یافته‌های این پژوهش درمان شناختی- رفتاری منجر به کاهش علائم روان‌پریشی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود و اثر این کاهش حتی پس از اتمام درمان و در مرحله‌ی پیگیری (دو ماه پس از درمان) همچنان نسبت به گروه کنترل که هیچ تغییری را گزارش نکردند، همچنان باقی بوده است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌گران [۲۱، ۲۰] مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های بالینی و بهبود کیفیت زندگی بیماران، به ویژه اثربخشی این درمان بر کاهش علائم روان‌پریشی در بیماران مبتلا به سرطان [۷] همسو است همان‌طور که پیشینه‌ی پژوهشی نشان می‌دهد، درمان شناختی- رفتاری در کاهش علائم روان‌پریشی تأثیر دارد. این اثربخشی را می‌توان بیش از هر چیز مربوط به بازسازی شناختی و چالش‌های شناختی موجود در این از درمان دانست؛ چرا که سنجش واقعیت به عنوان عامل میانجی در این فرآیند به کمک درمان شناختی- رفتاری بهبود یافته و در نتیجه فرد می‌تواند شناخت بهتر و واقعی نسبت به خود، دیگران و محیط پیرامون خود داشته باشد. درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افکار پارانوئید بیماران مبتلا به سرطان پستان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اثربخش نبود، که این یافته با نتایج کهزائی و همکاران [۷] همسو نیست. یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌توان در مورد عدم اثربخشی این درمان بر کاهش افکار پارانوئید برشمرد این است که ویژگی‌های پارانوئید صفات برجسته و پایداری از شخصیت است که در برابر درمان‌های شناختی- رفتاری مقاوم هستند [۱۴] و بهره‌گیری از روش‌ها و فنون مداخله‌ای دیگر از جمله طرحواره‌درمانی برای علائم مقاوم به درمان‌های شناختی که با سازه‌های شخصیتی فرد پیوند خورده‌اند، سودمند است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در برخی از مقیاس‌های دیگر نیز (مانند هراس) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری اثربخش نبوده است؛ که این یافته‌ها با نتایج پژوهش کهزائی و همکاران [۷] در رابطه با اثربخشی این درمان بر کاهش علائم فوبیا در بیماران سرطانی و سایر پژوهش‌گران [۲۱، ۲۰] مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش نشانه‌های بالینی در بیماران مزمن، همسو نبود. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

اشاره کرده که اختلال فوبی درمان ویژه داشته و صرفاً با یک روش کلی (مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری) نمی‌توان به درمان اختلال فوبی پرداخت. بنابراین اگر خواهیم در میزان فوبی بیماران در مراحل مختلف درمان تفاوت معنادار ملاحظه کنیم، به درمان اختصاصی برای آن اختلال نیاز داریم. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش خصومت و حساسیت بین‌فردی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری اثربخش نبوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کهزائی و همکاران [۷] و سایر پژوهش‌گران [۲۴-۱۹] همسو نیست. به نظر می‌رسد استفاده از آموزش مهارت‌های ارتباطی و کاربرد این مهارت‌ها در درمان‌های شناختی- رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان مناسب‌تر باشد [۲۵، ۱۵]، چرا که بهره‌گیری از آموزش مهارت‌های بین‌فردی در این بیماران هم بر روابط بیماران با دیگران و هم در بازسازی و اصلاح شناختی و هیجانی آنان نقش بسزایی دارد.

یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها [۲۷، ۲۶]، مبنی بر کاهش افسردگی با درمان شناختی- رفتاری در بین بیماران مزمن و بیماران سرطانی همسو است، به نظر می‌رسد که درمان‌های شناختی- رفتاری با آماج قرار دادن رفتارهای افسرده کننده از جمله فعال‌سازی رفتاری و خطاهای شناختی و بازسازی و اصلاح شناختی در کاهش افسردگی بیماران سرطانی مفید است. براساس یافته‌های حاصل از این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌گران [۲۹-۲۸] همسو است. درمان شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب ناشی از بیماری و همچنین پردازش افکار در مورد بیماری با به چالش کشیدن افکار منفی و نیز بهره‌گیری از آرامش عضلانی در بهبود یا کاهش اضطراب بیماران سرطانی مفید است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش وسواس- اجبار در بیماران مبتلا به سرطان پستان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری اثربخش نبوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش کهزائی و همکاران [۷] و پژوهش‌های مشابه [۲۵، ۲۴] همسو نیست. در تبیین این یافته می‌توان چنین گفت که برای کاهش نشانه‌های بالینی وسواس- اجبار به عنوان اختلالی که بسیار نیز شایع است، نیاز به درمان اختصاصی وجود دارد. وسواس به سادگی قابل درمان نیست و حتی کاهش علائم آن نیز به راحتی صورت نمی‌گیرد؛ اگر بخواهیم تغییری در نشانگان بالینی افراد وسواسی ایجاد کنیم، به طور ویژه باید اقدامات درمانی بر روی خود وسواس تمرکز کنند. براساس یافته‌های این پژوهش، درمان شناختی- رفتاری بر کاهش علائم جسمانی کردن در بیماران مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله‌ی پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخش است. یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر پژوهش‌ها [۲۱] همسو است؛ درمان شناختی- رفتاری با کاهش اضطراب، افسردگی و نیز فعال‌سازی رفتاری به بهبود بیمار کمک می‌کند. بیماران مبتلا به سرطان پستان درصدد بهره‌گیری هر چه بیشتر از درمان‌های پزشکی در فائق آمدن بر بیماری برآمده و علاوه بر این با بیماری و عوارض جسمانی ناشی از آن، همانند درد و ناتوانی‌های ایجاد شده کنار آمده و در نتیجه احتمالاً علائم جسمانی هم کاهش می‌یابد، هر چند که یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سایر پژوهش‌گران [۲۵، ۲۴] همسو نیست. در تبیین این یافته می‌توان به نقش قابل توجه درمان شناختی- رفتاری در بهبود علائم جسمانی کردن بیماران مبتلا به سرطان پستان اشاره کرد. با توجه به پروتکل استفاده شده برای درمان شناختی- رفتاری گروه آزمایش در این پژوهش و محتویات آن (به ویژه چالش‌های شناختی، ارزیابی مجدد افکار، بازسازی شناختی، ارتباط بین افکار و احساسات، شناخت افکار غیرمنطقی، راهکارهای مقابله با افکار غیرمنطقی و تکالیف رفتاری)، این انتظار می‌رفت که در علائم جسمانی کردن بیماران مبتلا به سرطان پستان بهبود حاصل شود؛ افرادی که دارای علائم جسمانی کردن هستند، مسائل و مشکلات خود را سوءتعبیر می‌کنند و باورهای نادرستی در مورد این نشانگان بالینی دارند. درمان شناختی- رفتاری با هدف قرار دادن این سوءتعبیرها و باورهای نادرست موجب بهبود نشانه‌های بالینی جسمانی کردن شرکت کنندگان شده است.

آخرین یافته مربوط به شاخص شدت کلی ناراحتی در پرسش‌نامه‌ی SCL-90-R است که در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری در بیماران مبتلا به سرطان پستان کاهش یافت؛ این بدین معنی است که وضعیت روانی گروه آزمایش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

با درمان شناختی- رفتاری بهبود یافته و به نظر می‌رسد که کاربرد درمان‌های شناختی- رفتاری در مراکز آنکولوژی می‌تواند به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی، در نظر گرفته شود. همچنین این درمان می‌تواند در بهبود ارتباط بین پزشک و بیمار نقش مفیدی ایفا کند. ابتلا به سرطان دارای ابعاد و فرآورده‌های روان‌شناختی است [۷]. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند سبب کاهش تنیدگی ایجاد شده به دنبال تشخیص و درمان‌های رایج سرطان گردد و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش مناسبی ایفا کند؛ ارائه‌ی چنین خدماتی به بیماران مبتلا به سرطان پستان و سایر بیماران سرطانی نه تنها در بهبودی علائم روان‌شناختی و روان‌پزشکی آنان مؤثر است، بلکه به ایجاد برنامه‌های حمایتی، مقابله‌ای و اقدامات توانبخشی منجر شده و به افزایش کیفیت درمان‌های پزشکی و هم‌افزایی درمان‌های پزشکی و رعایت دستورالعمل‌های درمانی از جانب بیمار و همکاری او و خانواده‌اش می‌گردد. در نتیجه موجب فائق آمدن بر بیماری می‌شود؛ سازگار شدن با بیماری، عوارض و علائم آن راحت‌تر شده و کیفیت زندگی بیمار افزایش خواهد یافت.

با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که کاربرد مدیریت استرس شناختی- رفتاری در مراکز درمان سرطان می‌تواند به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی در نظر گرفته شود. این مداخله هم نشانه‌های بالینی بیماران را کاهش می‌دهد و هم ارتباط بین پزشک و بیمار را بهبود می‌بخشد. همانند اغلب پژوهش‌ها، این پژوهش با برخی محدودیت‌ها همراه بود. ریزش گروه آزمایش که منجر به افزایش حجم نمونه بیش از آن‌چه که در روش پژوهش به آن اشاره شده است؛ عدم شرکت منظم برخی از شرکت کنندگان؛ تداخل هیجانی و ترس‌های بیماران از وضعیت جسمانی خود که در ابتدای آموزش پیشرفت را کند کرده بود از جمله محدودیت‌های این پژوهش بود. با توجه به روش، نتایج و محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که سایر پژوهش‌گران نکات ذیل را در نظر داشته باشند. گنجاندن آموزش‌های مهارت‌های ارتباطی و برخی از فنون طرحواره درمانی در پروتکل درمان شناختی- رفتاری به منظور اثربخشی بیشتر بر افکار پانوئیدی؛ تعدیل ویژگی‌های شخصیتی و ارتباط مؤثر با دیگران؛ بهره‌گیری از درمان‌های روان‌شناختی برای تمام افراد مبتلا به سرطان؛ انجام پژوهش‌های مشابه بر روی خانواده و بستگان بیماران مبتلا به سرطان و در پایان بهره‌گیری از روش‌های مداخله‌ای برای بیماران سرطانی.

سهم نویسندگان

حمیدرضا جمیلیان: استاد راهنما
صفورا غفوری‌آثار: گردآوری داده‌ها
احمد بیات: تجزیه و تحلیل آماری، نگارش و پیگیری چاپ مقاله

تشکر و قدردانی

از همه‌ی کسانی که پژوهش‌گران را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاس‌گزاری می شود. در این راستا به ویژه از تمامی کارکنان بیمارستان آیت ا... خوانساری اراک که در جریان اجرای این پژوهش نهایت همکاری را با پژوهش‌گران داشتند، تشکر می شود.

منابع

1. Mo'tamedi G. Human and Death; Introduction to Mrgshnasy. 1st Edition, Tehran: Markaz Publication: Tehran, 2007 [in Persian]

2. Fukui S, Ogawa K, Yamagishi A. Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients. Psycho Oncology 2011; 20: 1285-91

3. Jamilian HR, Khansari MR, Safari V. Comparison of the efficacy of cognitive-behavioral therapy and communication skills with the patient to increase the patient's quality of family life. Urmia University of Medical Sciences. 2013; 24: 987-95 [in Persian]

4. Canam C, Acorn S. Quality of life for family caregivers of people with chronic health problems. Rehabilitation Nursing 1999; 24: 192-200

5. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. 1st Edition, New York: Guilford Press; 2002

6. Addington-Hall J, Lay M, Altmann D, McCarthy M. Symptom control, communication with health professionals, and hospital care of stroke patients in the last year of life as reported by surviving family, friends, and officials. Stroke 1995; 26: 2242-8

7. Kahzaei F, Danesh E, Heidarzadegan AR. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]

reducing psychological symptoms in patients with cancer. Research in Medical Sciences 2012; 14: 112-6 [in Persian]

8. Linden W. Stress management: from basic science to better practice. 1st Edition, London: Sage Publications, 2004

9. Bower JE, Segerstrom SC. Stress management, finding benefit, and immune function: positive mechanisms for intervention effects on physiology. Psychosomatic Research 2004; 56: 9-11

10. Bower JE, Kemeny ME, Taylor SE, Fahey JL. Finding positive meaning and its association with natural killer cell cytotoxicity among participants in a bereavement-related disclosure intervention. Annals of Behavioral Medicine 2003; 25: 146-55

11. Salehzadeh M, Kalantari M, Molavi H, Najafi MR, Nouri A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients. Behavioral Sciences 2011; 4: 255-60 [in Persian]

12. Dunlop S. Cognitive behavioural therapy in palliative and end-of-life care. End of Life Care 2010; 4: 46-52

13. Hopko D, Lejuez C. A cancer patient's guide to overcoming depression and anxiety: Getting through treatment and getting back to your life. 1st Edition, New Harbinger Publications, 2008

14. Sperry L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders. Routledge; 2013 May 13. Translated by Khansari MR, Mojtabaei M, Jamiliyan HR, Ajlou M. 1st Edition, Elm Publication: Tehran, 2013 [in Persian]

15. Anisi J, Eskandari M, Bahmanabadi S, Noohi S, Tavalayi A. Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit. Journal of military Psychology 2014; 5: 57-67 [in Persian]

16. Tanhaye Reshvanloo F, Saadati A. Construct validity and reliability of Symptom Checklist-25 (SCL-25). Fundamentals of Mental Health 2016; 18: 48-56 [in Persian]

17. Aeronson G, Antoni M, Sniderman N. A practical guide to managing stress in a cognitive-behavioral way. Translated by Ale-Mohammad J, Jokar S, Neshatdoost HT.1st Edition, Jahad-Daneshgahi Publications: Isfahan, 2010 [in Persian]

18. Ferry M. A Practical Guide to Cognitive Group Therapy. Translated by Mohammadi M, & Farnam R. 1st Edition, Roshd Publications; 2013 [in Persian]

19. Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. Psychosomatic Research 2003; 54: 253-61

20. Penedo FJ, Dahn JR, Molton I, et al. Cognitive behavioral stress management improves stress management skills and quality of life in men recovering from treatment of prostate carcinoma. Cancer 2004; 100: 192-200

21. Penedo FJ, Traeger L, Dahn J, et al. Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual Hispanic men treated for localized prostate cancer: results of a randomized controlled trial. Behavioral Medicine 2007; 14: 164-72

22. Cooper CL. Stress and Coping with it. Translated by Gharachdaghi M. & Shariatzadeh N. 1st Edition, Roshd Publication: Tehran, 1996 [in Persian]

23. Basharpoor S, Molavi P, Sheikhi S. Comparison of marital satisfaction and quality of life in people with obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders and normal people. Urmia Medical Journal 2013; 23: 597-605 [in Persian]

24. Distefano M, Riccardi S, Capelli G, et al. Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy. Gynecologic Oncology 2008; 111: 144-50

25. Mohammadian Akerdi E, Asgari P, Hassanzadeh R, Ahadi H, Naderi F. Effects of cognitive-behavioral group therapy on increased life expectancy of male patients with gastric cancer. Journal of Babol University of Medical Sciences 2018; 20: 28-32 [in Persian]

26. Hamid N, Talebian L, Mehrabizadeh Honarmand M, Yavari AH. Effectiveness of logotherapy on depression, anxiety and quality of life patients with cancer. Psychological Achievements 2011; 4: 199-224 [in Persian]

27. Pedram M, Mohammadi M, Naziri Q, Aeinparast N. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of anxiety disorders, depression and create hope for women with breast cancer. Woman and Society 2010; 1: 61-76 [in Persian]

28. Iesazadegan A, Sheikhi S, Hafezniya M, Khademi A. Effectiveness of cognitive-behavioral group-therapy in reducing symptoms of depression among patients with cancer. Urmia Medical Journal 2013; 24: 239-46 [in Persian]

29. Khodaei S, Dastjerdi R, Haghighi F, Saadatjoo AR, Keramaty E. Efficiacy of cognitive-behavioral group-therapy on depression in patients with cancer. Journal of Medical Sciences University of Birjand 2011; 18: 183-90 [in Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1400.20.2.1.8]
[DOI: 10.52547/payesh.20.2.201]