

## اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان

ساره بهزادی پور<sup>۱</sup>، مژگان سپاه منصور<sup>۲</sup>، فرناز کشاورزی ارشد<sup>۳</sup>،

ولی فرزاد<sup>۴</sup>، قاسم نظیری<sup>۵</sup>، سکینه زمانیان<sup>۶</sup>\*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۴

### چکیده

هدف پژوهش بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، گروه گواه و پیگیری بود. از بین بیماران دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به مراکز آنکولوژی که واجد شرایط ورود به پژوهش بودند، ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای طی ۱۰ هفته در درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری شرکت داشتند و در گروه گواه مداخلات روانشناختی صورت نگرفت. ابزارهای پژوهش شامل ویراست سوم پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان پژوهش‌های اروپایی (آرنسون، ۱۹۸۷) و همچنین پرسشنامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن بود. نتایج حاکی از بهبودی و تفاوت معنی‌دار گروه آزمایش در تمامی ابعاد مقیاس‌های کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله در مقایسه با گروه گواه بود. پیگیری بعد از ۲ ماه، نتایج به‌دست آمده در دو گروه را تایید کرد. در پایان نتیجه‌گیری می‌شود که مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران دچار سرطان پستان می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان، مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای.

۱. مربی دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، مرودشت ایران.
۲. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، تهران ایران.
۳. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، تهران ایران.
۴. دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، تهران ایران.
۵. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روانشناسی، مرودشت ایران.
۶. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی.

\* نویسنده‌ی مسئول مقاله،

## مقدمه

سرطان‌ها<sup>۱</sup> طیف وسیعی از بیماری‌هایی هستند که هر یک از آنها سبب‌شناسی، برنامه درمانی و پیش‌آگهی ویژه‌ی خود را دارند. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی، دومین علت مرگ و میر در جوامع انسانی است (گارسین<sup>۲</sup>، بومسا<sup>۳</sup>، میزن بروک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). در میان انواع سرطان‌ها، ها، سرطان پستان شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (انجمن سرطان آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). این افراد نسبت به مبتلایان به برخی دیگر انواع سرطان - سرطان‌ها، مدت طولانی‌تری با بیماری و یا با عوارض کوتاه مدت و بلندمدت مانند برداشت کامل بافت پستان<sup>۶</sup>، شیمی درمانی<sup>۷</sup>، رادیوتراپی<sup>۸</sup> و هورمون درمانی مواجه می‌شوند (فیزافانت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). به - شونند (فیزافانت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). به‌طور کلی تشخیص و درمان سرطان پستان موجب بروز مشکلات هیجانی، عاطفی و درماندگی روانشناختی عمیقی در این بیماران می‌شود (شیلدز<sup>۱۰</sup> و روسو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴ و بندیکت<sup>۱۲</sup> و پندو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۳). برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار از قبیل احتمال بدشکلی بدنی، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، از دست دادن هویت زنانه و میل جنسی، کاهش فعالیت اجتماعی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، وابستگی به اطرافیان، عود مجدد بیماری، نگرانی در مورد آینده مبهم، مرگ و فرآیند مردن. برخی از این پدیده‌ها در زندگی بیمار است (کنارت<sup>۱۴</sup>، اسمیت<sup>۱۵</sup> و الورا<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۴؛ اسکارستین<sup>۱۷</sup>، آس<sup>۱۸</sup>، فوسا<sup>۱۹</sup> و دال<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۰؛ وان سین<sup>۱</sup>، لارسن<sup>۲</sup>، اوبرگ<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲ به نقل از بندیکت و پندو، ۲۰۱۳).

- 1.cancer
- 2.Garsen
- 3.Boomsma
- 4.Meezenbroek
- 5.American Cancer Society
6. mastectomy
- 7.chemotherapy
- 8.radiotherapy
- 9.Phisaiphanth
- 10.Shields
- 11.Rousseau
- 12.Benedict
13. Penedo
- 14.Kennard
- 15.Smith
- 16.Olvera
- 17.Skarstein
- 18.Aass
- 19.Fossa
- 20.Dahl

تمامی این مشکلات و مسایل مربوط به تشخیص و درمان سرطان منتج به ایجاد استرس روانی زیاد در این افراد شده و همانند دیگر بیماریهای مزمن جسمی، سرطان نیز با تنیدگی و استرس ارتباط دارد. استرس حالتی است که به احتمال قریب به یقین سبب آشفتگی در کارکردهای روانشناختی یا فیزیولوژیک بهنجار اکثر افراد می‌شود. استرس شامل هر آنچه بقای فرد را با خطر و تهدید روبرو می‌کند بوده و واکنش بدن به آن شامل به راه انداختن مجموعه ای از پاسخ‌ها است که تلاش می‌کنند تا اثر عامل استرس را کاهش داده و تعادل بدن را به حالت اولیه بازگردانند. هر چه فرد بیشتر در معرض استرس‌ها و تنیدگیهای ناشی از سرطان باشد عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیک در آنها بیشتر خواهد بود و این امر سبب می‌شود کارکرد سیستم ایمنی فرد کاهش یافته و در مقابله موثر با بیماری دچار مشکل شود (مک‌گریور، ۲۰۰۴). به طور کلی تشخیص سرطان، استرس حادی را به فرد تحمیل می‌کند و پر واضح است که طولانی‌تر شدن درمان‌های سرطان (به دلیل اینکه قسمت عمده ای از زندگی فرد را اشغال می‌کند) استرس حاد را تبدیل به استرس مزمن کرده و در نهایت آشفتگی و دلتنگی‌های روان‌شناختی، منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی<sup>۴</sup> در مبتلایان می‌گردد (هافمن<sup>۵</sup>، زون<sup>۶</sup> و داریگو<sup>۷</sup> و سچینی<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴؛ کارلسون<sup>۹</sup>، انجن<sup>۱۰</sup> و کالام<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴؛ فال<sup>۱۲</sup>، جیم<sup>۱۳</sup>، ویلیامز<sup>۱۴</sup> و جاکوبسن<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۱. به نقل از استافورد، فولی، جود و همکاران، ۲۰۱۳).

در سال‌های اخیر یکی از موضوعات بسیار مهمی که در مورد بیماران سرطانی در کنار میزان بقا و طول عمر این بیماران مطرح شده، بحث کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان است. با توجه به اینکه کیفیت زندگی بحث کمی نیست و می‌تواند برای افراد مختلف معانی و تعابیر متفاوتی داشته باشد، سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را مفهومی چند بعدی می‌داند و آنرا درک هر فرد از

- 
1. VonEssen.
  2. Larsson
  3. Oberg
  4. quality of life
  5. Hoffman
  6. Zevon
  7. D'Arrigo
  8. Cecchini
  9. Carlson
  10. Angen
  11. Cullum
  12. Faul
  13. Jim
  14. Williams
  15. Jacobsen

زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است. احساس امنیت، تعارض‌های هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی‌ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) مؤثرند (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۳ به نقل از سالسمن<sup>۱</sup>، پیرمن<sup>۲</sup> و سلا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳).

بطور کلی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان، در دو حوزه بررسی می‌شود: (۱) در زمینه عملکرد بیماران (۲) در زمینه عوارض ناشی از بیماری و عوارض ناشی از درمان بیماری سرطان. یکی از سازه‌های مطرح در کیفیت زندگی و یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر وضعیت روان شناختی مبتلایان به سرطان، نحوه‌ی کنارآمدن با بیماری و نوع راهبرد مورد استفاده برای مقابله با استرس‌های ناشی از تشخیص و درمان سرطان است (وان لارهون<sup>۴</sup>، اسپیدلمن<sup>۵</sup> و بلنبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵؛ بلنبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۵ به نقل از پریس<sup>۷</sup>، بل<sup>۸</sup> و سومیجر<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). روانشناسی سلامت برای نقش راهبرد مقابله‌ای<sup>۱۰</sup> در سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است و آنرا گسترده ترین موضوع مطالعاتی در روانشناسی معاصر و یکی از مهمترین عوامل روانی و اجتماعی می‌داند که رابط بین استرس و بیماری می‌باشد. پژوهش‌ها درباره استرس بر این نکته تاکید دارند که آنچه سلامت رفتار را با خطر روبه رو می‌کند، خود استرس نیست، بلکه شیوه ارزیابی فرد از استرس و روش‌های مقابله با آن است. به بیان دیگر مقابله یک متغیر تعدیل گر مهم در رابطه بین استرس و پیامدهایی همچون، اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود، از اینرو اگر تلاش‌های مقابله‌ای فرد از نوع موثر، کارآمد و سازگارانه باشد، استرس کمتر فشارزا به شمار رفته و واکنش نسبت به آن نیز در راستای کاهش پیامدهای منفی آن است.

در مقابل، اگر سبک یا الگوی مقابله، ناسازگارانه و ناکارآمد باشد، نه تنها استرس را مهار نمی‌کند بلکه خود منبع فشار به‌شمار آمده و شرایط را بدتر می‌کند (فلکمن<sup>۱۱</sup> و موسکویتس<sup>۱۲</sup> به نقل از عادلین راسی<sup>۱</sup>، تیمپکا<sup>۲</sup> و لینیوس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳).

- 
- 1.Salsman
  - 2.Pearman
  - 3.Cella
  - 4.van Laarhoven
  5. Schilderman
  6. Bleijenberg
  7. Price
  - 8.Bell
  - 9.Sommeijer
  - 10.Coping style
  - 11.Folkman
  - 12.Moskowitz

شیوه حل مشکل متمرکز بر مسئله به عنوان مناسب‌ترین و سازگارترین شیوه کنترل استرس محسوب شده و استفاده از آن با سلامتی روانی افراد ارتباط مستقیم دارد. در حالی که شیوه‌های هیجان‌مدار می‌توانند باعث کاهش تلاش فرد جهت حل مشکل شوند و بدین ترتیب مشکل فرد برطرف نشده و در مواردی به صورت مزمن و پیشرفته در می‌آید (منبع). پس می‌توان گفت شیوه مقابله با استرس مسئله‌مدار همواره به عنوان روش مطلوب و مناسب مورد استفاده قرار می‌گیرد. در همین رابطه توکلی (سال) در تحقیق خویش نتیجه گرفته است که استفاده از شیوه‌های هیجانی با نشانه‌های آسیب‌شناختی رابطه مثبت دارد و استفاده از شیوه‌های حل مشکل و شناختی با نشانه‌های آسیب‌شناختی رابطه منفی دارد. پژوهش‌های بسیاری به این نتیجه دست یافتند که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم، در مقابله با رویدادهای فشارزای زندگی از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند (رنسام و همکاران، ۲۰۰۵؛ حمزه و همکاران، ۱۳۹۰؛ آقاجانی، ۱۳۷۶؛ احدی و همکاران، ۱۳۹۰)

بر اساس مقدمه ذکر شده به نظر می‌رسد ارزیابی روان‌شناختی این بیماران و تعیین واکنش‌های شایع و عوارض روانی آنها جهت پیشگیری و درمان سریعتر اهمیت اساسی دارد، و با توجه به نرخ بقای بالاتر و زندگی طولانی‌تر در این افراد توجه به درمان‌های روانشناختی مؤثر و مفید، یک الزام بالینی می‌باشد. و در کنار این از آنجایی که سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، نمی‌تواند یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد و لازم است که در کنار درمان‌های بالینی، درمان‌های روانشناختی نیز مورد توجه قرار گیرند (بندیکت و پندو، ۲۰۱۳).

در چند دهه اخیر پیشرفت‌های شایان توجهی در گسترش مداخلات روانی - اجتماعی برای بیماران دچار سرطان صورت گرفته است (هیگو<sup>۴</sup>، بیل<sup>۵</sup>، آرمنتو<sup>۶</sup>، رابرتسون<sup>۷</sup>، مولان<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸ به نقل از بندیکت و پندو، ۲۰۱۳). پژوهش‌های بسیاری حاکی از اثربخشی این مداخلات در کاهش مشکلات روانشناختی این گروه است، در این میان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مؤثر که از مبانی نظری قوی برخوردار است درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس<sup>۹</sup> است. مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس به خانواده‌ای از مداخله‌های مدیریت استرس اطلاق می‌شود که بر رویکرد

1. Addelyan Rasi
2. Timpka
3. Lindqvist
4. Hopko
5. Bell
6. Armento
7. Robertson
8. Mullane
9. Mindfulness cognitive therapy

شناختی - رفتاری متمرکز است. مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت‌های استرس‌آور افزایش می‌دهد. این مداخله مرکب از عناصری از قبیل افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش‌های مختلف تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت‌های ابراز وجود، مدیریت خشم و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها می‌باشد (لیندن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). مداخله شناختی- رفتاری مدیریت استرس به صورت موفقیت آمیزی برای ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به آسم (رضایی، نشاط دوست، مولوی و امرا، ۱۳۸۸)، فشار خون (جبل عاملی، نشاط دوست و مولوی، ۱۳۸۹)، آلوپسی آرئاتا (نشاط دوست، نیلفروش زاده، دهقانی و مولوی، ۱۳۸۸)، کنترل افسردگی در بیماران دیابتی (دوازده امامی، روشن، محرایی و عطاری، ۱۳۸۸)، و کاهش افسردگی و اضطراب، استرس هیجانی و ارتقای کیفیت زندگی و بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به سرطان (پندو<sup>۲</sup>، دان<sup>۳</sup>، مولتون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ آنتونی<sup>۵</sup>، لچنر<sup>۶</sup> و کازی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶) به کار رفته است.

حال با توجه به افزایش روز افزون تعداد بیماران مبتلا به سرطان در ایران و جهان و همچنین افزایش هزینه‌های ناشی از درمان جسمانی و تأثیر آن بر سایر جنبه‌های زندگی و در نهایت استرس ناشی از تشخیص و درمان سرطان، استفاده از مداخلات روانی - اجتماعی جهت کاهش استرس و مقابله موثر با آن و در نتیجه بالا بردن کیفیت زندگی این گروه از بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است، همچنین با توجه به اثبات سودمندی رفتار درمانگری شناختی مدیریت استرس در بسیاری از بیماریهای مزمن جسمانی، هدف پژوهش حاضر در تلاش برای یافتن پاسخ به این سوال است که:

آیا مدیریت استرس شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله ای بیماران دچار سرطان موثر است؟

### روش:

این پژوهش از نوع طرح های شبه آزمایشی، با پیش آزمون - پس آزمون و گروه گواه بود. جامعه مورد پژوهش تمام بیماران سرطان پستان که به مراکز درمانی آنکولوژی شهرستان شیراز مراجعه می کردند. در این پژوهش پس از بررسی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به

- 
- 1.Linden
  2. Penedo
  - 3.Dahn
  - 4.Molton
  - 5.Antoni
  6. Lechner
  - 7.Lechner

مراکز آنکولوژی، تمامی آزمودنی‌های واجد ملاکهای ورود به پژوهش ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس تعداد ۳۰ نفر از آنها به صورت در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه (هر کدام ۱۵ نفر) جای گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: دامنه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا. ملاک‌های خروج نیز سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی قابل توجه مانند؛ اختلالات روانپریشی از جمله اسکیزوفرنی، افسردگی شدید و... که نیاز به دارو یا رژیم خاصی دارند و عدم سومصرف مواد را شامل می‌شد که با استفاده از پرونده‌های موجود بیماران و مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR توسط پژوهشگر تشخیص داده شدند. علاوه بر این غیبت بیش از دو جلسه نیز یکی از معیارهای خروج از پژوهش محسوب گشت.

### ابزار:

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: ۱- مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR ۲- پرسشنامه راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن: این یک پرسشنامه ۶۶ ماده ای است که توسط لازاروس و فولکمن و بر اساس یک نظریه شناختی-پدیدارشناختی درباره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته شده است، و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی زای زندگی روزمره به کار می‌روند، می‌پردازد. الگوهای هشت گانه که توسط این پرسشنامه بررسی می‌شود به دو دسته روشهای مسئله مدار(جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسئله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان مدار(رویارویی، دوری جویی، فرار- اجتناب و خویشتنداری) تقسیم شده است. ۳- پرسشنامه کیفیت زندگی: برای ارزیابی کیفیت زندگی از ویرایش سوم پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان متعلق به «سازمان اروپایی پژوهش‌ها و درمان سرطان» استفاده شد که توسط آرونسون(۱۹۸۷)، به نقل از صفایی، دهکردی و طباطبایی(۱۳۸۶)، تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۰ سؤالی است که کیفیت زندگی بیماران دچار انواع سرطان را در ۵ مقیاس عملکردی شامل عملکرد جسمانی، ایفای نقش، عملکرد هیجانی، شناختی و اجتماعی و نیز ۹ مقیاس علائم شامل خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، یبوست، کاهش خواب، کاهش اشتها، مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری، درمان‌های دریافتی و یک حیطة کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. مطالعات اعتباریابی این پرسشنامه را به عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان در موقعیت‌های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کرده است. نتایج مطالعه صفایی و همکاران(۱۳۸۶) نشان داد که سومین ویرایش نسخه فارسی این پرسشنامه ابزاری پایا و معتبر برای سنجش کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان

است و در پژوهش‌های همه‌گیر شناسی و بالینی سرطان می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. ضریب آلفای کرونیباخ ثبات داخلی مقیاس‌ها در حد مطلوب گزارش شده است و تحلیل پایایی نشان می‌دهد، اکثر مقیاس‌ها از پایایی مطلوب برخوردارند. آلفای کرونیباخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و بقیه مقیاس‌ها بالای ۰/۷۰ برآورد شده که نشان دهنده پایایی و اعتبار این پرسشنامه است

**مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس:** روند اجرای پژوهش: جلسات درمانی شامل ۱۰ جلسه بود که هر هفته یک بار به مدت ۲ ساعت برگزار می‌شد. هر جلسه با آموزش آرمیدگی آغاز می‌شد که شامل تمرین تکنیک‌های آرمیدگی بود. قسمت دوم هر جلسه به آموزش تکنیک‌های شناختی- رفتاری پرداخته می‌شد که با مسایل سلامت بیماران در آمیخته بود. پیش از شروع درمان از بیماران خواسته شد پرسشنامه‌ها پاسخ دهند و همزمان، اعضای گروه کنترل نیز پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند (پیش آزمون) و هر دو گروه پس از اتمام جلسات مجدداً (پس آزمون) و یک ماه بعد به منظور ارزیابی اعتبار درمان (پیگیری) به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. جلسات درمانی بصورت گروهی توسط روانشناس آموزش دیده تشکیل می‌شد.

خلاصه جلسات بدین صورت بود: جلسه اول: معارفه، آگاه شدن از استرس‌زاها و پاسخ‌های استرس، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای. جلسه دوم: چگونگی تاثیر استرس بر الگوی تفکر، هیجانات و رفتار، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای. جلسه سوم: تشریح ارتباط متقابل افکار و هیجانات، تمرین تنفس، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای. جلسه چهارم: معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی و چگونگی شناسایی و چالش با آنها، تمرین تنفس، تصویرسازی و آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل. جلسه پنجم: جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی، آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما. جلسه ششم: آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد، آموزش خودزاد ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی. جلسه هفتم: اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای موثر، آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای. جلسه هشتم: آموزش روش‌های مدیریت خشم، تمرین مراقبه مانترا. جلسه نهم: آموزش خودابرازی در روابط بین فردی، تمرین مراقبه و شمارش تنفس.

جلسه دهم: توضیح فواید حمایت اجتماعی، ارزیابی شبکه حمایت اجتماعی، درک موانع حفظ آن و تکنیک‌های حفظ حمایت اجتماعی، برنامه ریزی یک برنامه مدیریت استرس شخصی. درمانگر در پایان هر جلسه تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد و بیماران موظف بودند که در فاصله بین جلسات تکالیف را انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند.



## یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مرتبط با متغیرهای پژوهش در دو گروه نمایش داده شده‌اند.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در مراحل و گروه‌های تحت بررسی

گروه	مدیریت استرس						کنترل					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	sd	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd	M	sd	M
کیفیت زندگی	۷/۷۷۵	۳۲/۷۲۰	۸/۱۰۰	۸/۱۹	۸۰/۵۳	۸/۱۱	۸۰/۵۳	۸۰/۵۳	۸۰/۵۳	۸۰/۵۳	۸۰/۵۳	۸۰/۵۳
عملکردی	۱۱۳/۱۶	۲۵۲/۴۷	۹۵/۹۳	۳۶۵/۷۳	۴۶/۱۱	۴۱۱/۶۰	۴۶/۱۱	۴۱۱/۶۰	۴۶/۱۱	۴۱۱/۶۰	۴۶/۱۱	۴۱۱/۶۰
علائم	۶۹/۸۶	۵۴۰/۲۰	۱۹۰/۷۳	۶۹/۸۶	۵۶/۷۸	۱۸۵/۲۷	۵۶/۷۸	۱۸۵/۲۷	۵۶/۷۸	۱۸۵/۲۷	۵۶/۷۸	۱۸۵/۲۷
مسئله مدار	۴/۱۹	۳۲/۸۷	۴۱/۸۰	۳/۶۷	۴/۰۷	۳۲/۱۳	۴/۰۷	۳۲/۱۳	۴/۰۷	۳۲/۱۳	۴/۰۷	۳۲/۱۳
هیجان مدار	۴/۲۸	۶۰/۷۳	۳۶/۹۳	۴/۵۷	۳/۵۴	۶۱/۱۳	۳/۵۴	۶۱/۱۳	۳/۵۴	۶۱/۱۳	۳/۵۴	۶۱/۱۳
حمایت	۲/۷۶	۷/۲۷	۹/۲۰	۲/۶۰	۲/۴۳	۶/۴۰	۲/۴۳	۶/۴۰	۲/۴۳	۶/۴۰	۲/۴۳	۶/۴۰
مسئولیت	۱/۱۳۱	۵/۷۴	۸/۵۳	۱/۶۸	۱/۵۸	۸/۵۳	۱/۵۸	۸/۵۳	۱/۵۸	۸/۵۳	۱/۵۸	۸/۵۳
مسئله	۲/۲۰	۹/۷۳	۱۱/۷۶	۱/۲۳	۱/۲۴	۱/۲۴	۱/۲۴	۱/۲۴	۱/۲۴	۱/۲۴	۱/۲۴	۱/۲۴
ارزیابی	۲/۱۳	۱۰/۴۰	۱۲/۴۰	۱/۲۴	۱/۵۷	۱۲/۲۰	۱/۵۷	۱۲/۲۰	۱/۵۷	۱۲/۲۰	۱/۵۷	۱۲/۲۰
رویارویی	۲/۵۶	۱۳/۴۷	۸/۷۴	۱/۶۹	۱/۱۰	۱۳/۶۰	۱/۱۰	۱۳/۶۰	۱/۱۰	۱۳/۶۰	۱/۱۰	۱۳/۶۰
دوری‌گزین	۱/۴۸	۱۴/۶۷	۹/۳۳	۲/۴۴	۲/۵۳	۱۵/۷۳	۲/۵۳	۱۵/۷۳	۲/۵۳	۱۵/۷۳	۲/۵۳	۱۵/۷۳
فراراجتناب	۱/۴۰	۲۱/۴۰	۱۲/۶۰	۲/۲۰	۱۲/۶۰	۲۰/۸۰	۲/۲۰	۱۲/۶۰	۲/۲۰	۱۲/۶۰	۲۰/۸۰	۲/۲۰
خویشتنداری	۱/۷۸	۱۱/۲۰	۶/۵۳	۱/۵۵	۶/۴۷	۱/۶۴	۶/۴۷	۱/۶۴	۶/۴۷	۱/۶۴	۶/۴۷	۱/۶۴

انحراف استاندارد=sd, میانگین=M

همانطور که در جدول ۱ قابل مشاهده است گروه مدیریت استرس در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مقیاس عملکردی و حیطه کلی سلامت و همچنین سبک مقابله‌ای مسئله محور و راهبردهای مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد نسبت به پیش‌آزمون افزایش و در مقیاس علائم و همچنین سبک مقابله‌ای هیجان محور و راهبردهای مقابله‌ای رویارویی، دوری‌گزین، فرار-اجتناب و خویشتنداری کاهش نشان داده است، در حالیکه تفاوت‌های مراحل زمانی گروه کنترل به اندازه گروه درمانی دیگر نیست.

به منظور بررسی اثر بخشی مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس بر متغیرهای پژوهش به دلیل وجود دو متغیر مستقل، یکی متغیر بین‌آزمودنی‌ها (گروه: آزمایش و کنترل) و دیگری متغیر درون‌آزمودنی‌ها (زمان: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) از آزمون تحلیل واریانس مختلط بین-درون‌آزمودنی‌ها (آمیخته) استفاده شد. بررسی‌های لازم جهت اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های انجام تحلیل فوق صورت گرفت. معنادار نبودن آزمون لوین برای هیچ یک از مراحل آزمون، برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها در مراحل تحت بررسی را نشان داد. همچنین برای مفروضه

ی برابری ماتریکس کوواریانس ها، سطح معناداری در تمام آزمونها بالاتر از ۰/۰۰۱ بود که نشان دهنده ی عدم تخطی از مفروضه ی فوق است. بنابراین نتایج مربوط به تحلیل‌های واریانس آمیخته در ادامه مطرح می گردند.

جدول ۲- آزمونهای چند متغیری (لامبدای ویلکز)

اندازه اثر	سطح معنی داری	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	F	مقدار	آزمون	اثر
۰/۹۳۹	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۰۶/۷۲۹	۰/۰۶۱	زمان	کیفیت زندگی
۰/۹۴۲	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۲۰/۰۱۵	۰/۰۵۸	زمان×گروه	
۰/۹۴۷	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۳۹/۶۲۵	۰/۰۵۳	زمان	مقیاس عملکردی
۰/۹۴۰	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۱۲/۱۵۳	۰/۰۶۰	زمان×گروه	
۰/۹۷۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۹۱/۸۰۹	۰/۰۲۷	زمان	مقیاس علائم
۰/۹۶۴	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۵۶/۸۵۱	۰/۰۳۶	زمان×گروه	
۰/۷۶۸	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۴/۷۵۶	۰/۲۳۲	زمان	سبک مسئله مدار
۰/۷۸۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۸/۶۲۷	۰/۲۱۷	زمان×گروه	
۰/۹۶۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۵۴/۶۷۱	۰/۰۳۷	زمان	سبک هیجان مدار
۰/۹۶۲	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۴۴/۳۵۵	۰/۰۳۸	زمان×گروه	
۰/۶۳۲	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۳/۱۵۶	۰/۳۶۸	زمان	حمایت اجتماعی
۰/۶۹۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۰/۵۲۶	۰/۳۰۷	زمان×گروه	
۰/۶۹۹	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۱/۲۸۸	۰/۳۰۱	زمان	مسئولیت پذیری
۰/۶۹۹	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۳۱/۲۸۸	۰/۳۰۱	زمان×گروه	
۰/۶۸۲	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۹/۲۰۷	۰/۳۱۶	زمان	مسئله گشایی
۰/۶۶۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۲۶/۵۸۱	۰/۶۶۳	زمان×گروه	
۰/۴۸۶	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۲/۷۷۳	۰/۵۱۴	زمان	ارزیابی مجدد
۰/۵۰۷	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۳/۸۷۲	۰/۵۰۷	زمان×گروه	
۰/۷۸۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۸/۷۷۴	۰/۲۱۷	زمان	روبارویی
۰/۷۸۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۴۸/۷۷۴	۰/۲۱۷	زمان×گروه	
۰/۸۵۲	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۷۷/۴۳۹	۰/۱۴۸	زمان	دوری گزین
۰/۸۵۸	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۸۱/۴۰۹	۰/۱۴۲	زمان×گروه	
۰/۹۲۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۶۲/۴۸۲	۰/۰۷۷	زمان	فرار اجتناب
۰/۹۲۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۱۶۲/۴۸۲	۰/۰۷۷	زمان×گروه	
۰/۸۲۰	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۶۱/۳۲۱	۰/۱۸۰	زمان	خویشنداری
۰/۸۰۳	۰/۰۰۰۵	۲۷/۰۰۰	۲/۰۰۰	۵۴/۹۹۳	۰/۱۹۷	زمان×گروه	

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس مختلط بین- درون آزمودنی‌ها برای تمامی متغیرهای تحت بررسی، اثر معناداری را برای زمان نشان می‌دهد، یعنی در نمره متغیرهای دو گروه در طول سه زمان تغییر وجود داشته است، ضمن این که اثر تعامل نیز معنادار می‌باشد و این بدان معنی است که با گذشت زمان، تغییر یکسانی در نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل به وجود نیامده است. به منظور بررسی تفاوت در تغییر نمرات دو گروه در طول زمان، به بررسی اثرات بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها می‌پردازیم.

جدول ۳- اثرات بین آزمودنی‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مربع مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	گروه	۱۱۳۷۹/۳۷۸	۱	۱۱۳۷۹/۳۷۸	۳۶/۷۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۸
	خطا	۸۶۶۹/۲۸۹	۲۸	۳۰۹/۶۱۷			
مقیاس عملکردی	گروه	۴۷۹۶۱۰/۰۰۰	۱	۴۷۹۶۱۰/۰۰۰	۱۰۶/۴۴۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۲
	خطا	۱۲۶۱۵۹/۶۰۰	۲۸	۴۵۰۵/۷۰۰			
مقیاس علائم	گروه	۱۰۱۵۲۷۲/۰۱۱	۱	۱۰۱۵۲۷۲/۰۱۱	۹۶/۳۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۵
	خطا	۲۹۵۰۳۴/۷۱۱	۲۸	۱۰۵۳۶/۹۵۴			
سبک مسئله مدار	گروه	۱۰۷۴/۶۷۸	۱	۱۰۷۴/۶۷۸	۲۵/۹۶۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۸۱
	خطا	۱۱۵۸/۷۱۱	۲۸	۴۱/۳۸۳			
سبک هیجان مدار	گروه	۵۹۰۴/۹۰۰	۱	۵۹۰۴/۹۰۰	۱۳۱/۹۱۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲۵
	خطا	۱۲۵۳/۳۳۳	۲۸	۴۴/۷۶۲			
حمایت اجتماعی	گروه	۱۱۳/۳۴۴	۱	۱۱۳/۳۴۴	۵/۰۲۶	۰/۰۳۳	۰/۱۵۲
	خطا	۶۳۱/۴۲۲	۲۸	۲۲/۵۵۱			
مسئولیت پذیری	گروه	۱۴۱/۸۷۸	۱	۱۴۱/۸۷۸	۳۷/۲۷۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷۱
	خطا	۱۰۶/۵۷۸	۲۸	۳/۸۰۶			
مسئله گشایی	گروه	۱۷/۷۷۸	۱	۱۷/۷۷۸	۲/۲۵۸	۰/۱۴۴	۰/۰۷۵
	خطا	۲۲۰/۴۴۴	۲۸	۷/۸۷۳			
ارزیابی مجدد	گروه	۳۶/۱۰۰	۱	۳۶/۱۰۰	۶/۶۱۵	۰/۰۱۶	۰/۱۹۱
	خطا	۱۵۲/۸۰۰	۲۸	۵/۴۵۷			
رویارویی	گروه	۲۶۶/۹۴۴	۱	۲۶۶/۹۴۴	۲۲/۸۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۴۴۹
	خطا	۳۲۷/۳۷۸	۲۸	۱۱/۶۹۲			
دوری گزینی	گروه	۴۹۰/۰۰۰	۱	۴۹۰/۰۰۰	۴۳/۶۶۳	۰/۰۰۰۵	۰/۶۰۹
	خطا	۳۱۴/۲۲۲	۲۸	۱۱/۲۲۲			
فرار-اجتناب	گروه	۶۱۸/۸۴۴	۱	۶۱۸/۸۴۴	۱۰۳/۳۵۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۸۷
	خطا	۱۶۷/۶۴۴	۲۸	۵/۹۸۷			

خویشنداری	گروه	۱۸۲/۰۴۴	۱	۱۸۲/۰۴۴	۲۷/۱۴۵	۰/۰۰۰۵	۰/۴۹۲
	خطا	۱۸۷/۷۷۸	۲۸	۶/۷۰۶			

با توجه به جدول ۳ تفاوت معناداری بین نمرات دو گروه در سطح  $P < 0/05$  به چشم می خورد. این بدین معناست که تغییر نمرات در گروه آزمایش در حدی است که بین دو گروه تفاوت معنادار در سطح  $P < 0/05$  ایجاد کرده است. اندازه اثرها برای تفاوت‌های گروهی بر اساس رهنمون‌های کوهن<sup>۱</sup> (۱۹۸۸؛ به نقل از پلنت، ۲۰۰۷؛ ترجمه کاکاوند، صفحه ۲۷۱) که ۰/۰۱ را اندازه اثر کوچک، ۰/۰۶ را اندازه اثر متوسط، و ۰/۱۴ را اندازه اثر بزرگ معرفی می کند، که اندازه اثرهای بزرگی محسوب می گردند که نشان دهنده تفاوت‌های قابل توجه بین دو گروه است.

#### جدول ۴- اثرات درون آزمودنی‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مربع مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	زمان	۶۸۲۶/۶۶۷	۱	۶۸۲۶/۶۶۷	۳۲۱/۶۱۵	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲۰
	زمان×گروه	۷۲۶۰/۰۰۰	۱	۷۲۶۰/۰۰۰	۳۴۲/۰۳۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۲۴
	خطا	۵۹۴/۳۳۳	۲۸	۲۱/۲۲۶			
مقیاس عملکردی	زمان	۹۹۷۹۶/۸۱۷	۱	۹۹۷۹۶/۸۱۷	۳۹/۴۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۵۸۵
	زمان×گروه	۹۰۲۴۸/۸۱۷	۱	۹۰۲۴۸/۸۱۷	۳۵/۶۵۹	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۰
	خطا	۷۰۸۶۳/۸۶۷	۲۸	۲۵۳۰/۸۵۲			
مقیاس علائم	زمان	۵۷۷۶۱۲/۸۱۷	۱	۵۷۷۶۱۲/۸۱۷	۹۳۱/۷۲۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۷۱
	زمان×گروه	۳۷۷۷۸۵/۳۵۰	۱	۳۷۷۷۸۵/۳۵۰	۶۰۹/۳۹۰	۰/۰۰۰۵	۰/۹۵۶
	خطا	۱۷۳۵۸/۳۳۳	۲۸	۶۱۹/۹۴۰			
سبک مسئله مدار	زمان	۲۴۴/۰۱۷	۱	۲۴۴/۰۱۷	۶۴/۷۸۳	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹۸
	زمان×گروه	۳۲۲/۰۱۷	۱	۳۲۲/۰۱۷	۸۵/۴۹۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۵۳
	خطا	۱۰۵/۴۶۷	۲۸	۳/۷۶۷			
سبک هیجان مدار	زمان	۲۱۴۸/۰۱۷	۱	۲۱۴۸/۰۱۷	۷۲۴/۰۵۱	۰/۰۰۰۵	۰/۹۶۳
	زمان×گروه	۲۱۰۰/۴۱۷	۱	۲۱۰۰/۴۱۷	۷۰۸/۰۰۶	۰/۰۰۰۵	۰/۹۶۲
	خطا	۸۳/۰۶۷	۲۸	۲/۹۶۷			
حمایت اجتماعی	زمان	۱۲/۱۵۰	۱	۱۲/۱۵۰	۳۶/۴۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۵۶۶
	زمان×گروه	۱۶/۰۱۷	۱	۴۱۶/۰۱۷	۴۸/۰۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۶۳۲
	خطا	۹/۳۳۳	۲۸	۰/۳۳۳			
مسئولیت پذیری	زمان	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۵۶/۵۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۹
	زمان×گروه	۳۵/۲۶۷	۱	۳۵/۲۶۷	۵۶/۵۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶۹
	خطا	۱۷/۴۶۷	۲۸	۰/۶۲۴			

۰/۴۸۵	۰/۰۰۰۵	۲۶/۳۵۵	۱۰/۴۱۷	۱	۱۰/۴۱۷	زمان	
۰/۵۹۱	۰/۰۰۰۵	۴۰/۵۲۴	۱۶/۰۱۷	۱	۱۶/۰۱۷	زمان×گروه	مسئله گشایی
			۰/۳۹۵	۲۸	۱۱/۰۶۷	خطا	
۰/۲۹۹	۰/۰۰۰۲	۱۱/۹۴۵	۸/۸۱۷	۱	۸/۸۱۷	زمان	
۰/۴۳۷	۰/۰۰۰۵	۲۱/۷۰۰	۱۶/۰۱۷	۱	۱۶/۰۱۷	زمان×گروه	ارزیابی مجدد
			۰/۷۳۸	۲۸	۲۰/۶۶۷	خطا	
۰/۷۸۲	۰/۰۰۰۵	۱۰۰/۳۴۶	۹۱/۲۶۷	۱	۹۱/۲۶۷	زمان	
۰/۷۸۲	۰/۰۰۰۵	۱۰۰/۳۴۶	۹۱/۲۶۷	۱	۹۱/۲۶۷	زمان×گروه	رویارویی
			۰/۹۱۰	۲۸	۲۵/۴۶۷	خطا	
۰/۸۵۲	۰/۰۰۰۵	۱۶۰/۶۱۴	۱۰۴/۰۱۷	۱	۱۰۴/۰۱۷	زمان	
۰/۸۵۸	۰/۰۰۰۵	۱۶۸/۸۴۹	۱۰۹/۳۵۰	۱	۱۰۹/۳۵۰	زمان×گروه	دوری گزینی
			۰/۶۴۸	۲۸	۱۸/۱۳۳	خطا	
۰/۹۲۳	۰/۰۰۰۵	۳۳۴/۶۵۷	۲۹۴/۸۱۷	۱	۲۹۴/۸۱۷	زمان	
۰/۹۲۱	۰/۰۰۰۵	۳۲۴/۶۶۸	۲۸۶/۰۱۷	۱	۲۸۶/۰۱۷	زمان×گروه	فرار-اجتناب
			۰/۸۸۱	۲۸	۲۴/۶۶۷	خطا	
۰/۷۹۹	۰/۰۰۰۵	۱۱۱/۳۵۲	۸۸/۸۱۷	۱	۸۸/۸۱۷	زمان	
۰/۷۸۰	۰/۰۰۰۵	۹۹/۴۸۴	۷۹/۳۵۰	۱	۷۹/۳۵۰	زمان×گروه	خویش‌تنداری
			۰/۷۹۸	۲۸	۲۲/۳۳۳	خطا	

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، مقایسه نمره‌های متغیرهای تحت بررسی در زمان ۱ (پیش‌آزمون)، زمان ۲ (پس‌آزمون) و زمان ۳ (پیگیری)، در دو گروه آزمایش و کنترل، تاثیر معناداری را برای زمان در سطح  $P < 0.05$  حداقل در یکی از گروه‌ها و مراحل تحت بررسی در متغیرهای فوق‌نشان می‌دهد. معنادار بودن تعامل بین زمان و گروه در سطح  $P < 0.05$  نیز حاکی از متفاوت بودن تغییر نمرات دو گروه در طول زمان است. مراجعه به میانگین‌ها نشان می‌دهد که تاثیر زمان در جهت افزایش نمره‌های مقیاس عملکردی و حیطة کلی کیفیت زندگی و همچنین سبک مقابله‌ای مسئله محور و راهبردهای مقابله‌ای جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مسئله گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد و کاهش نمرات مقیاس علائم و همچنین سبک مقابله‌ای هیجان محور و راهبردهای مقابله‌ای ای روپارویی، دوری گزین، فرار-اجتناب و خویش‌تنداری در پس‌آزمون و پیگیری است. اندازه اثرهای مربوط به تمامی متغیرها خیلی بزرگ بوده و نشان از تاثیر گذاری زیاد زمان بر متغیرهای فوق در گروه آزمایش دارد.

#### بحث و نتیجه گیری:

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان

داد که درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود کیفیت زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. در بررسی پیگیری نتایج بعد از دو ماه همچنان اثر این درمان در گروه آزمایش باقی مانده بود. می توان یافته‌های پژوهشی مطالعه حاضر را در خصوص اثر بخشی بر کیفیت زندگی با پژوهش‌های پندو و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)؛ آنتونی و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۸)؛ مک گریگور، آنتونی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)؛ ووتینا<sup>۱</sup>، زیسینکا<sup>۲</sup> و استاویکا<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)؛ هوپکو، بل و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۸)؛ گارسین<sup>۴</sup>، بومسا<sup>۵</sup> و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) و در خصوص اثر بخشی بر راهبردهای مقابله‌ای با تحقیقات لانچاندروف و همکاران<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) همخوان دانست.

در پژوهش حاضر سعی شد از طریق شناسایی افکار خودآیند منفی مرتبط با بیماری سرطان، چالش با این افکار و استفاده از تکنیک‌های مختلف رفتاردرمانی از جمله مدیریت استرس، آموزش جرات مندی، مهارت‌های ارتباطی و تن آرامی به بهبود کیفیت زندگی و تغییر راهبردهای مقابله‌ای این بیماران پرداخته شود.

کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان به شدت، تحت تاثیر باورها در مورد بیماری، میزان استرس و راهبردهای مقابله‌ای در این افراد قرار می‌گیرد. استفاده از درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس در این پژوهش، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، و همچنین ابعاد و زیر مقیاس‌های کیفیت زندگی را به دست داد. از آنجایی که علایم و نشانه‌های سرطان در اثر عوامل استرس زای محیط به میزان زیادی شدت می‌یابند و موجب کاهش کیفیت زندگی می‌شوند، آموزش شیوه‌های مدیریت استرس از تاثیرات منفی استرس بر نشانه‌های این افراد کاست.

بر اساس مدل ذهن و بدن در مبتلایان به سرطان، تحریفات شناختی و افکار خودآیند در این بیماران موجب پدید آمدن علایم بیماری و تغییرات ایمنولوژی می‌شود (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۸). علاوه بر این، عملکرد خلقی معیوب که شامل علائم اضطراب و افسردگی به صورت همگام با بیماری سرطان می‌باشد، ابعاد مختلف کیفیت زندگی و همچنین درک کلی از سلامتی را به میزان زیادی تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین، بهبود خلق بیماران به صورت کاهش معنی دار علائم اضطراب و افسردگی یکی از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان به شمار می‌رود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، استفاده از تکنیک مدیریت استرس و آموزش تن آرامی، تنش جسمانی و علائم فیزیولوژیکی اضطراب را در بیماران به میزان زیادی کاهش داد.

- 
1. Wojtyna
  2. Życińska
  3. Stawiarska
  4. Garssen
  5. Boomsma

علاوه بر این، از طریق به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی، تشویق بیماران به افزایش فعالیت‌های لذت بخش و برنامه ریزی فعالیت‌ها که منجر به افزایش موفقیت‌های روزمره می‌شود، توانست خلق افسرده بیماران مبتلا به سرطان را به میزان زیادی کاهش دهد.

همچنین، تشخیص و درمان سرطان سبب اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمانی، اختلال در عملکرد شناختی، مشکلات جنسی، مشکلات ارتباطی خصوصاً با همسر، مشکل در مشارکت اجتماعی و انجام وظایف فرد می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی فرد را تهدید می‌کند. همچنین مشخص شده که مشکلات هیجانی- روانشناختی در بیماران که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هر چه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود. آموزش مدیریت استرس شناختی رفتاری با استفاده از تکنیکهای بازسازی شناختی و کنترل تنش، به اصلاح موارد فوق منجر شده و از این طریق کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشید.

علاوه بر این، برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون‌هایی می‌شود که تضعیف دستگاه ایمنی بدن را موجب می‌گردند (مک‌گریور و همکاران، ۲۰۰۴). احتمال می‌رود که استفاده از تکنیک‌های مختلف مدیریت استرس مانند تن آرامی و تنفس دیافراگمی تنش جسمانی و علائم فیزیولوژیکی و همچنین تولید هورمون‌های آدرنالین و نورآدرنالین را کاهش داده و به موازات آن بالا رفتن قدرت دستگاه ایمنی بدن را موجب گردید.

به طور کلی می‌توان گفت که مولفه شناختی این مداخله بر حیطة عملکردی و مولفه رفتاری آن (تنش‌زدایی) بر بهبود حیطة علائم جسمانی و مجموع اینها به بهبود حیطة کلی سلامت در این بیماران منجر شد.

همانطور که پیشتر نیز اشاره شد، مشخص شده که مقابله به عنوان متغیری تعدیل‌گر در رابطه میان رویدادهای استرس‌زا و پیامدهایی هم چون سرطان و یا عود آن عمل می‌کند. از سوی دیگر نشان داده شده که الگوی مقابله با تنیدگی افراد مبتلا استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر هیجان است که روشی ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزاست (به نقل از مان، ۲۰۱۳). از آنجایی که در مدیریت سرطان، راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر حل مساله باعث افزایش توان فرد برای مقابله با سرطان شده و فرد ناتوانی کمتری را گزارش میکند، بنابراین پرورش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله مدار، می‌تواند احتمال وخیم‌تر شدن و یا شدت عود را کاهش دهد. در همین راستا، پژوهش‌های پیش‌رو، با استفاده از مداخله شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار شد. به نظر می‌رسد، آموزش مولفه‌های شناختی رفتاری به بیماران باعث شد تا آنها به میزان بیشتری به ارزیابی مجدد پدیده‌ی سرطان پرداخته و از طریق

آموزش مهارت‌های حل مسئله به مشکل گشایی برنامه ریزی شده بپردازند. علاوه بر این، باعث شد تا افراد بیمار متوجه باورهای معیوب خود شده، مسئولیت مشکلات خود را بر عهده گیرند و با تعدیل یا تصحیح آنها و ارزیابی مجدد مثبت مشکلات خود به مهارگری سرطان و همچنین ارتقای وضعیت مقابله ای خود کمک کنند. در واقع، بازسازی شناختی که یکی از مولفه های درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس است به همراه آموزش مهارت‌های حل مسئله، توانست به افزایش رویارویی فعال، ارزیابی مجدد مثبت، مخالف ورزی با افکار خودکار ناکارآمد و در نتیجه مشکل گشایی برنامه ریزی شده منجر گردد و از این طریق هم به کاهش استرس و هم به افزایش مهارت‌های کارآمد منتهی شود. همچنین آموزش فنون تن آرامی به افزایش مهارگری و خویشتنداری این بیماران کمک کرد.

یافته ی دیگر این پژوهش حاکی از کاهش معنی دار کاربرد راهبردهای مقابله ای ناکارآمد نظیر فرار-اجتناب و دوری گزینی از موقعیتهای مشکل آفرین بود. ولاین و همکاران معتقدند نگرانی فرد نسبت به سرطان میتواند منجر به فرار و اجتناب از رویارویی با سرطان شود. همچنین کوستر، راسین، کرومیز و نرینگ معتقدند تلاش برای سرکوب یا ترس میتواند تخریب کننده باشد و منجر به افزایش اضطراب و افکار مضطربانه و تلاش برای گریز و سرکوب مجدد آن شود که این موارد نیز با اسنادهای ناکارآمد نسبت به درد و کنترل موقعیت در ارتباط است. .... نیز معتقدند فاجعه سازی سرطان به جهت گیری منفی فاجعه آمیز نسبت به تشخیص سرطان و درمان آن منجر میشود که این موضوع میتواند به باورها و ارزیابیهای منفی و در نتیجه راهبردهای مقابله ای ناکارآمد نظیر فرار و دوری گزینی منجر شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اصلاح اسنادها و آموزش فنون تنش زدایی از طریق آموزش مولفه های شناختی رفتاری توانست به کاهش اتخاذ مقابله های ناکارآمد بیانجامد. همچنین آموزش تصویرسازی مثبت به همراه تنش زدایی که از مولفه های اصلی درمانگری شناختی رفتاری است به همراه تحلیل منطقی افکار به کاهش اجتناب و دوری گزینی از سرطان کمک کرد. بنابراین میتوان گفت آموزش مفهوم سازی شناختی رفتاری و تصحیح باورهای ناسازگارانه منجر به افزایش به کارگیری مقابله های کارآمد و کاهش استفاده از مقابله های ناکارآمد شد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می توان به کم بودن حجم نمونه و محدود بودن پژوهش به زنان مبتلا به سرطان پستان شهر شیراز اشاره کرد. علاوه بر این، در نظر نگرفتن متغیرهای جمعیت شناختی همچون سن، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و ... که می توانند در ایجاد استرس مضاعف برای این قبیل افراد نقش داشته باشند، و همچنین عدم طبقه بندی بیماران بر اساس مرحله



بیماری از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌روند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی موارد فوق به منظور تأیید نتایج و تعمیم پذیری بیشتر آن مورد توجه قرار گیرند. ضمن این‌که با توجه به نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی شناختی مدیریت استرس در بیماریهای مزمن، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا نمود و با تأسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز آنکولوژی، در روند بهبود کیفیت زندگی و ابعاد گوناگون آن و همچنین ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنها کمک موثری ارائه نمود.

### منابع

- احدی، ح.، مهریار، ا.م.، نفیسی، غ.، نیکوفر، ع. و جهانیان، س. (1390). مقایسه‌ی راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان. اندیشه و رفتار، دوره‌ی ششم، شماره‌ی 21، پاییز 1390.
- بیرامی، م. و نعمتی سوگلی تپه، ف. (1387). مقایسه ابعاد شخصیت، تیپ C و راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به سرطان و عادی. فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز سال سوم.
- جبل عاملی، ش.؛ نشاط دوست، ح.ط.؛ و مولوی، ح. (1389). اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی و فشارخون بیماران زن مبتلا به فشارخون. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره پانزدهم.
- حمزه، س.، بیرامی، م. و هاشمی نصرت آبادی، ت. (1390). مقایسه صفات شخصیتی، تجربه هیجانات منفی و سبکهای مقابله‌ای در زنان سالم و مبتلا به سرطان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره 19، شماره 5، آذر و دی 1390.
- دوازده اصلی، م. ح.؛ روشن، ر.؛ محرابی، ع.؛ و عطاری، ع. (1388). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی. مجله‌ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دوره‌ی یازدهم، شماره‌ی 4، صفحه‌های 392-385.
- صفایی، آزاده؛ مقیمی دهکردی، بیژن؛ و طباطبایی، سید حمید رضا. (1386). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. مجله ارمغان دانش، 12-5-12.
- Addelyan Rasi, H.1, Timpka, T.1 Lindqvist, K. and Moula, M. (2013). Can a psychosocial intervention programme teaching coping strategies improve the quality of life of Iranian women? A non-randomised quasi-experimental study. *BMJ Open*. 2013; 3(3): e002407.
- Antoni M, Lechner S, Kazi A et al. (۲۰۰۶) How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol*; 74: 1143-1152.
- Antoni, M. H. (2003). Stress management intervention for women with breast cancer. Washington, DC: American Psychological Association.
- Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H. Phillips, K., McGregor, M. Carver, Ch. and Blomberg, B. (۲۰۰۸). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*.

- Cancer Facts & Figures,(2013). American Cancer Society. Available from:<<http://www.cancer.org>
- Compas, B. E. and Luecken,L.(2002). Psychological Adjustment to Breast Cancer .American Psychological Society.
- Carlson L, Angen M, Cullum J et al. (2004)High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer*;90:2297–2304.
- Garssen,B., Boomsma,M.F., Meezenbroek, E.D.J, Porsild,T., Berkhof,J. Berbee, M., Visser, A. Meijer, S. and Beelen, R.H.J(۲۰۱۲)..Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psycho-Oncology*.
- Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW.(2012)Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol.* Apr 20;30(12):1335-42.
- Kennard B, Smith S, Olvera R et al. (۲۰۰۴). Nonadherence in adolescent oncology patients; preliminary data on psychological risk factors and relationships to outcomes. *J Clin PsycholMed Settings*;11(1):31–39.
- Price MA, Bell ML, Sommeijer DW, Friedlander M, Stockler MR, Defazio A, and Webb PM; .(2013)Physical symptoms, coping styles and quality of life in recurrent ovarian cancer: a prospective population-based study over the last year of life. *Gynecol Oncol.* 2013 Jul;130(1):162-8.
- Skarstein J, Aass N, Fossa SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: Relationship between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research.* 2000;49(1):27–34.
- Shields CG, Rousseau SJ.(2004)A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Fam Process.* 43(1):95-107.