مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال هشتم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۹۴

اثر بخشی درمان شناختی– رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

بیتا باوادی*: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران ، تهران، ایران

حمید پورشریفی: گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

فرح لطفی کاشانی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین انواع سرطان در میان زنان در سراسر جهان است که مانند سایر بیماری‌های مزمن بهزیستی روان‌شناحتی را کاهش می‌دهد. حفظ و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نیاز به مداخلات روان‌شناختی در این حوزه دارد. پژوهش حاضر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کش به شیوه گروهی بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را مورد بررسی قرار داده است.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. بدین منظور ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون وکنترل تخصیص داده شدند. سپس همه ۳۰ نفر پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف RPHQ را تکمیل نمودن. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ای شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش شرکت کردند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. در خاتمه هر دو گروه بار دیگر مورد آزمون قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به وسیله نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس آزمون از لحاظ آماری تاثیر معناداری داشته است، ($p<0/005$) و اثرات آن تا مرحله پیگیری نیز باقی ماند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که مداخله‌ای شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش از طریق به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی بیماران درمورد بدنشان و اصلاح این باورها باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنها شده است. از این رو در راستای درمان‌های رایج پزشکی، این مداخله می‌تواند به منظور ارتقا بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان پستان بکار برده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، بهزیستی روان‌شناختی، سرطان پستان.

* نشانی نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشکده علوم انسانی، بیتا باوادی.

نشانی الکترونیک: bita.psycho@yahoo.com

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

مقدمه

سرطان یکی از امراض هولناک و وحشتناکی است که تهدیدکننده زندگی به حساب آمده و بشر پیوسته خود را در معرض آن احساس می‌کند. آمار منتشر شده، سرطان پستان را یکی از رایج‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی نشان داده است. شیوع بالای سرطان پستان در سنین پایین در ایران و مشکلات ناشی از این بیماری از گسترده روبه رشدی برخوردار است و مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی به خصوص در زنان محسوب می‌شود، زیرا شایع‌ترین نوع سرطان، از میان سرطان‌های معده و ریه بوده و دومین علت مرگ و میر در اثر سرطان می‌باشد (۲،۱). سرطان پستان مانند هر نوع سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و زنانی که تحت روش‌های درمانی ماستکتومی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی قرار گرفته‌اند، تنش روانی بیشتری تحمل می‌کنند. رادیکال‌های ماستکتومی به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبرو می‌کند، این موارد می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی این افراد نیز تأثیرگذار باشد (۲). پژوهش‌های گسترده نشان داده‌اند افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بهتری برخوردارند قطعاً دارای ویژگی شاد بودن، لذت از زندگی، ارتباطات اجتماعی مناسب و به طورکلی رضایت بالاتر از زندگی بوده و کیفیت زندگی آنها بهتر از افرادی است که بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارند (۳). در پژوهشی که با هدف بررسی تاثیر منبع حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی زنان جوان مبتلا به سرطان پستان بود، بررسی‌ها نشان داد زنان پس از استرس ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان از شبکه اجتماعی خود و بستگان که منبع حمایت هستند دوری می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند. (۴). یکی از مهم‌ترین مسایل روان‌شناختی موجود در زمینه سرطان ایجاد نقص در تصویر بدنی، حاصل از تغیرات و ضایعات ناشی از عمل جراحی که دلیل مستقیمی بر افزایش مشکلات روان‌شناختی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان می‌شود (۵). این در حالی است که احتمال می‌رود در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از دریافت خبر ابتلا به سرطان و به دنبال آن اقدامات درمانی و عمل جراحی میزان عاطفه مثبت، لذت بردن از زندگی، ارتباطات اجتماعی و ارزیابی شناختی از خود در این گروه از بیماران کاهش می‌یابد در مجموع این احتمال وجود دارد که، این موارد بتوانند بر بهزیستی روان‌شناختی این افراد نیز تأثیرگذار باشد (۲).

بهزیستی روان‌شناختی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (۶). اهمیت پرداختن به بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان در مطالعات گوناگون نشان داده شده است. بدین‌گونه که افراد راضی و خشنود، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خودارزیابی‌های مثبت‌تری دارند (۷). الگوی بهزیستی روان‌شناختی یا بهداشت روانی مثبت در دهه‌های گذشته توسط ریف وکیز ارایه شد. که در تعریف و تبیین سلامت روانی به‌جای تمرکز بر بیماری، ضعف و ناتوانایی بر داشته‌های فرد متمرکز هستند (۸). بر اساس الگویی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل تشکیل می‌شود. پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط. این الگو به طور گسترده در جهان مورد توجه قرارگرفته است (۴). به طور کلی تهدید خودانگاره، عزت‌نفس، از دست دادن احساس آزادی، راحتی جسمانی، انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان، تنهایی و به دنبال آن کاهش بهزیستی روان‌شناختی از پیامدهای بیماری سرطان هستند (۹). نا امیدی می‌تواند سلامت جسمانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تهدید کند و بر فرآیند بهبود و توانبخشی اثر گذارد (۱۰) در پژوهش پیگ و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داده شده است، حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (۱۱). در پژوهش کاویانی و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بررسی مراقبت‌های روانی-اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، ضرورت ارایه این مراقبت‌ها در ۲۵٪ از پاسخ‌دهندگان مورد تاکید قرار گرفت که این امر نشان دهنده اهمیت پرداختن به مولفه‌های روان‌شناختی و اجتماعی در مبتلایان به سرطان است (۱۲). در بین انواع مداخلات روان‌شناختی، هدف اساسی روان درمانی گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کَش، که یکی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

از درمان‌های متداول در کاهش نشانگان جسمی و روانی بیماران سرطانی است، کمک به بیماران تا پس از مواجهه با بدن خود، بدون انکار آن رابطه جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند و با به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی سبک‌های ناسازگارانه تفکر را که منجر به تجربه علایم روان‌شناختی می‌گردند را کاهش دهد و فرایند درونی و ذهنی پذیرش خود را به ارمغان آورند (۱۳).

درمان شناختی-رفتاری نوعی از روان درمانی می باشد که آمیزه‌ای از فنون شناخت درمانی و رفتاردرمانی است. رویکرد شناختی-رفتاری براین فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. در درمان تکنیک‌ها و روش‌های تغییر این افکار مورد توجه قرار می‌گیرند. تأکید عمده در تمامی فنون آن‌ها، بر تغییر شناخت‌های سازش نایافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به‌جای آن‌هاست. به‌طورکلی درمان شناختی-رفتاری، ساختاریافته، مبتنی بر همکاری و از لحاظ زمانی محدود بوده و ضمن تمرکز بر زمان حال بر نقش باورها و شناخت‌های غلط به منظور دستیابی به افکار و رفتار سازگارانه تأکید دارد (۱۴).

آلبرت الیس پایه‌گذار درمان شناختی-رفتاری، در این رابطه بیان می‌کند که تفکرات غیرمنطقی عامل اصلی بسیاری از مشکلات زندگی روزمره ما هستند و فرآیند درمان به بیماران کمک می‌کند این افکار را شناسایی، و به مقابله قاطعانه با آنها برخیزند و در مجموع، فلسفه جدید نتیجه‌بخش زندگی را تشکیل‌دهند (۱۵).

کَش در بررسی درمان شناختی- رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی، ۸ گام را ابداع می‌کند که به صورت اختصاصی، در زمینه تأثیر بر تصویر تن انجام شده است. درمان شناختی_رفتاری مبتنی بر الگویی ۸ مرحله کَش در سال ۱۹۹۱ توسط توماس کش طراحی شد (۱۶) این برنامه، در روان‌شناسی علمی ریشه دارد و منعکس‌کننده رویکردی فعال و شناختی- رفتاری به درمان است که طی سال‌های گذشته اثرمندی آن در کوشش‌های بالینی انجام شده در دانشگاه‌ها و درمانگاه‌های مختلف آزمایش شده است. در این الگو روش‌های واضح و کاملی برای سنجش و مداخله وجود دارد (۱۷). مطالعات کنترل شده نشان داده است که برنامه مذکور می‌تواند در چگونگی احساس فرد از بدن خود، اصلاحات معناداری را ایجاد کند. علاوه بر این، تغییرات مثبتی که فرد در رابطه با تصویر بدنی خود بدست می‌آورد می‌تواند عزت نفس و به طور کلی، رضایت‌مندی روان‌شناختی را رشد دهد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این برنامه در مقایسه با (گفتار درمانی) سنتی از عملکرد درمانی بهتری برخوردار است (۱۸) این الگوی درمانی یکی از درمان‌های دارای حمایت تجربی برای نارضایتی از تصویر تن است که دقیق‌ترین و گسترده‌ترین برنامه مطالعه شده فنون شناختی-رفتاری برای جنبه‌های مختلف بد عملکردی تصویر بدنی است این مداخلات بر بهبود چهار حوزه اصلی تصویر بدن تمرکز می‌کند که شامل: ادراک‌ها، شناخت‌ها، نگرش‌ها، عواطف و رفتارهاست (۱۹). به طورکلی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگویی ۸ مرحله کَش باتوجه به اینکه منحصراً بر روی تصویر بدنی متمرکز است، و در مقایسه با سایر درمان‌های سنتی در این زمینه از عملکرد بهتری برخوردار است شاید بتوان گفت الگویی منحصر به فرد در تصویر بدنی می‌باشد. تصویر بدنی برداشت ذهنی فرد از جسم خود می‌باشد که ممکن است با بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی تغییر کند (۲۰). هدف عمده درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کش درمان تصویر تن می‌باشد (۲۱).

تحقیقات نشان داده، تغییر در شناخت‌ها بخش مهمی از سازگاری با یک بیماری تهدیدکننده همچون سرطان محسوب می‌شود و افرادی که معتقد هستند توانایی کنترل و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی خود را دارند، نسبت به افرادی که فاقد این مهارت هستند حس کنترل بیشتری بر زندگی دارند (۲۲).

نتایج پژوهشی نشان داد تغییر در باورهای غیر منطقی، در زندگی با کاهش علایم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان و پذیرش شرایط مرتبط است (۵). مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگویی ۸ مرحله کَش می‌تواند با تکنیک‌هایی که متخصصان بهداشت روانی اغلب بکار می‌برند، ادغام گردد و در نتیجه این مداخله دارای مضامین سودمند زیادی برای ارایه به حرفه بهداشت روان صرف نظر از جهت گیری نظری متخصصان است (۱۴).

اگرچه تا کنون مداخلاتی در حوزه شناختی-رفتاری در خصوص زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفته است، اما گمان می‌رود یکی از مداخلات شناختی-رفتاری گروهی که می‌تواند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر واقع شود، اما در پیشینه‌های پژوهشی نه تنها در ایران بلکه در خارج از ایران نیز به نظر می‌رسد آن پرداخته نشده است درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش است .از طرفی تعامل پیچیده بین عوامل روان‌شناختی و سیر درمان و پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان پستان و چگونگی تاثیر این عوامل بر سلامت روانی-اجتماعی زنان، ما را بر آن داشت تا در پی مطالعه اثربخشی درمان شناختی –رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان باشیم. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی این سؤال بپردازد که آیا رویکرد شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و باطرح تحقیق دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران ۶۰-۲۰ ساله مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که در سال ۱۳۹۳ به مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان شهدای تجریش) تهران مراجعه کرده و بیماری آن‌ها توسط متخصص آنکولوژیست تشخیص داده شده بود. از بین بیمارانی که در این مرکز تحت درمان جراحی سینه، شیمی‌درمانی و پرتو درمانی قرار داشتند، با مراجعه به لیست افراد تحت درمان در این مرکز، ۵۰ نفر که از طریق تماس تلفنی با شرکت در جلسه توجیهی موافقت کردند، برای شرکت در جلسه توجیهی دعوت شدند. در جلسه توجیهی۵۰ نفره که در سالن کنفرانس مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگذار شد، توضیحات کلی در مورد چگونگی انجام برنامه، جلسات آموزشی و اطمینان از اینکه اطلاعات محرمانه خواهند بود و حق ترک مطالعه را خواهند داشت رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. از بین آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند که تحت عمل جراحی و یا شیمی‌درمانی قرار داشتند. در مرحله اول (قبل از مداخله) آزمودنی‌ها پرسشنامه ۱۸ سوالی بهزیستی روان‌شناختی را تکمیل کردند، داده جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل آمـاری قرار گرفت و پس از آن به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند که اعضای گروه آزمایش، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه در طی ۱ ماه دریافت نمودند. پس از پایان جلسات از هر دو گروه خواسته شد تا مجدد پرسشنامه را تکمیل نمایند. و هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این مدت در گروه کنترل صورت نگرفت. همچنین درگروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون افت آزمودنی‌ها دیده نشده است. در این پژوهش به منظور سنجش اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش، مطالعه پیگیری نیز بعد از ۳ ماه برای گروه‌ها صورت گرفته است.

معیارهای ورود به گروه مطالعه عبارتند از: زنان بین ۲۰ تا ۶۰ سال که تشخیص سرطان پستان را توسط متخصص آنکولوژیست دریافت نموده‌اند، و تحت شیمی‌درمانی و جراحی قرار گرفته و حداقل تحصیلات مقطع دیپلم و عدم دریافت روان‌درمانی دیگری به مدت سه ماه قبل را دارا می‌باشند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: داشتن بیماری روان‌پزشکی تشخیص گذاشته شده، غیبت بیش از سه جلسه و ناراحتی‌های غیر قابل کنترل در اثر شیمی‌درمانی.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی کارل ریف، که در سال ۱۹۸۹ تنظیم شده است مقیاسی، مشتمل بر ۱۸ ماده برای سنجش شش بعد بهزیستی روان‌شناختی است، که بر اساس مقیاسی ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. شرکت‌کنندگان بر اساس یک مقیاس هفت درجه‌ای کاملا مخالف تا کاملا موافق به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. سوال‌های ۲، ۸ و۱۰ عامل پذیرش خود، سوال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط محیطی، سوال‌های ۱۱،۳و۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سوال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف در زندگی، سوال‌های ۷، ۱۵ و عامل رشد فردی و سوال‌های ۱۲،۹و۱۸ عامل استقلال را می‌سنجد نمره‌گذاری سوال‌های ۱۶،۱۳،۱۰،۹،۵،۴،۳و۱۷با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی (بهتر) است (۲۳).

در پژوهش ریف وشمات (۲۴) همسانی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۰۸۲ تا ۰/۰۹۰ گزارش شده است. در ایران بیانی و همکاران همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۰۷۹ محاسبه کردند. در پژوهش

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

سفیدی و فرزاد (۲۳) برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ظریب پایایی کل مقیاس برابر با ۰/۰۷۳ و برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۰۶۲، ۰/۰۷۲، ۶۵ /۰، ۰/۰۷۵ بدست آمد. مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این مقیاس بین ۰/۰۴۳ تا۰/۰۶۰ می‌باشد (۲۵). در مورد روایی این پرسشنامه می‌توان گفت که همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۸ سوالی) با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۰۸۹ در نوسان بوده است (۲۷،۲۶).

مداخله روان‌شناختی ۸ مرحله‌ای کَش به شیوه گروهی بر اساس کتاب کَش (۲۸) توسط محقق طراحی شده برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی در ۸ جلسه به مدت یک ساعت و نیم در طی یک ماه مورد اجرا قرار گرفت. خلاصه‌ای از مباحث جلسات در جدول ۱ مبتنی بر نظرگاه علمی درمانی، ذکر شده است.

الف) طول جلسات: حدود ۹۰ دقیقه

ب) ساختار جلسات:

۱- بررسی وضعیت کلی شرکت‌کنندگان

۲- مرور تکالیف خانگی و رفع سوالات و اشکالات موجود

۳- آموزش مطالب و تکنیک‌های در نظر گرفته شده، برای هر جلسه

۴- ارایه تکالیف خانگی به همراه پرسشنامه‌هایی به صورت برگه کمک

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه آزمون و شاهد در جدول ۲ ارایه شده است، توزیع دو گروه از نظر متغیرهای سن، وزن، قد، وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، تفاوت معنی نداشتند.

این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار spssنسخه ۲۰ استفاده گردید که علاوه بر استفاده از آماره‌های توصیفی، میانگین و انحراف معیار و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس یک طرفه (آنکوا) استفاده شده است.

داده‌های جدول ۳ شاخص‌های آماری شامل تعداد، میانگین و انحراف معیار در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد.

همان‌گونه که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۶۳/۱۳، ۶۴/۹۳، ۶۶/۸)، میانگین نمرات گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۶۳/۸۶، ۶۳/۲، ۶۴/۰۶) بوده است. میانگین نمرات در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون (۶۴/۹۳) افزایشی را نشان می‌دهد که با توجه به نتیجه آزمون آماری نشانگر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌باشد. این افزایش در مرحله پیگیری (۶۶/۸) می‌باشد و می‌توان چنین تفسیر کرد که تاثیر مداخله با گذشت زمان روبه افزایش است.

استفاده از آزمون لوین همگنی واریانس‌ها را بررسی شد. یافته‌های حاصل از این تحلیل در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد با توجه به اینکه مقدار F معنادار نبود (P>۰/۰۵)؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس گروه‌های کنترل و آزمایش برقرار است. بر این اساس آزمون کواریانس قابل‌اجرا می‌باشد.

در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان ملاحضه می‌شود.

همان‌طورکه در جدول۵ نشان داده شده، پس از کنترل اثر پیش آزمون، اثر عامل بین آزمودنی برای پس آزمون (P=۰/۰۱۸، F(۱،۲۷)=۶/۳۹) معنادار بوده است. همچنین این اثر برای آزمون پیگیری نیز بعد از گذشت سه ماه (P=۰/۰۲۹، F(۱،۲۷)=۵/۳۵) معنادار بوده است. بنابراین درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری گذاشته است. همچنین ضریب اتا درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش ۰/۰۱۹ بوده است که تبیین کننده اندازه اثر در سطوح زیاد می‌باشد و به این معناست که این روش درمانی ارتباط ۱۹٪ از واریانس نمرات پس آزمون را تبیین کرده است. مقدار این شاخص در آزمون پیگیری نیز ۰/۰۱۷ بوده است که نشان می‌دهد اثر این روش درمانی در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پایدار بوده است.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

جدول شماره ۱: خلاصه جلسات

شرح مختصر جلسات	تکلیف
جلسه اول: آشنای درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر و ارزیابی تصویرتن. بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر از رویکرد شناختی رفتاری بک و به دنبال آن آشنایی با رویکرد درمانی کَش از طریق ارزیابی تصویر بدنی شرکت کننده برای پیدا کردن سطوح تصویر بدنی، توسط پرسشنامه‌های خود ارزیابی.	تهیه فهرستی از اهداف برای تغییر تصویر بدنی.
جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه قبل. کشف انعکاس‌های ظاهری و ذهنی، در آینه در خصوص ریزش موها و زخم های پستان و آثار جراحی به جا مانده از گذشته. و یادگیری abcهای تصویر بدنی.	فهم دلایل نارضایتی و ثبت آنها در یک دفترچه خاطرات درباره تجارب یزش مو، کم پشت شدن آن، محل بریدگی پستان و افزایش وزن از طریق برگه راهنمای طراحی شده توسط درمانگر برای ABC کردن تجارب مربوط به تصویر تن.
جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل. ایجاد بازتاب‌های رضایت بخش وکشف عواطف تصویر تن، آموزش آرام سازی و حساسیت زدایی با آینه.	بدست آوردن آرامش در خلال آرام‌سازی و حساسیت زدایی آینه‌ای هنگامی که به چهره بدون موی خود و محل زخم‌های بدن در آینه توجه می‌کنند و عواطف ناخوشایند را تجربه می‌کنند بتوانند مراحل حساسیت زدایی و آرام‌سازی را طی نمایند.
جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل. استقرار تردیدهای منطقی در خصوص بدن آسیب دیده، تاکید درمانگر بر فرضیه‌های ناخوشایند و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی از طریق تکنیک بازسازی شناختی و گوش دادن به صدای درونی جدیدشان و ارایه D و E در مدل ABC.	پیدا کردن باورها در مورد ظاهرشان که بعداز بیماری ایجاد شده است و به چالش کشاندن کنترول آنها در مورد تصویرتن.
جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل. تصحیح گفتگوی بدنی خصوصی توسط افکار اصلاحی(D) و ارایه نمونه‌های از افکار اصلاحی در کلاس، توسط موارد گفته شده از جانب بیماران.	تغییر گفتگوی بدنی خصوصی غلط، در خصوص تجربه های شخصی خود بیمار که موجب نگرانی، اضطراب و مانع شرکت کردن آنها در ارتباطات اجتماعی می شود .
جلسه ششم: شکستن رفتارهای خودشکنانه در خصوص بدنشان و روبرو شدن با موقعیت های که از آن اجتناب می کنند و نگران هستند، مورد ارزیابی قرار بگیرند.	خنثی کردن رفتار خودشکنانه از بین بردن آیین‌های دل‌مشغولی با ظاهر، از طریق فنون مواجهه و شرح تجربه خود درکلاس.
جلسه هفتم: پرداختن به حقوق بدن، توجه به نکات مثبت بدن، تشویق شدن توسط درمانگر برای هدیه دادن به خود. بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی بیماران در راستای کسب نگرش جدید نسبت به تصویر تن خود بعد از جراحی و شیمی‌درمانی و ارایه راه‌حل‌های به منظور بر طرف نمودن برخی موانع قابل رفع.	پرداختن به نکات مثبت بدنشان با تاکید بر افزایش فعالیت‌ها و شرکت در موقعیت‌های که از اجتناب می‌کردند.
جلسه هشتم: حفاظت از تصویر تن مثبت (جلوگیری از عود مجدد) بیان گروه از دستاوردهایشان شرح خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در هر جلسه و جمع‌بندی مباحث.	ادامه بهبود و جلوگیری از عود، از طریق جرات ورزی‌های منطقی توسط آماده‌سازی امروز فرد، برای فردا.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

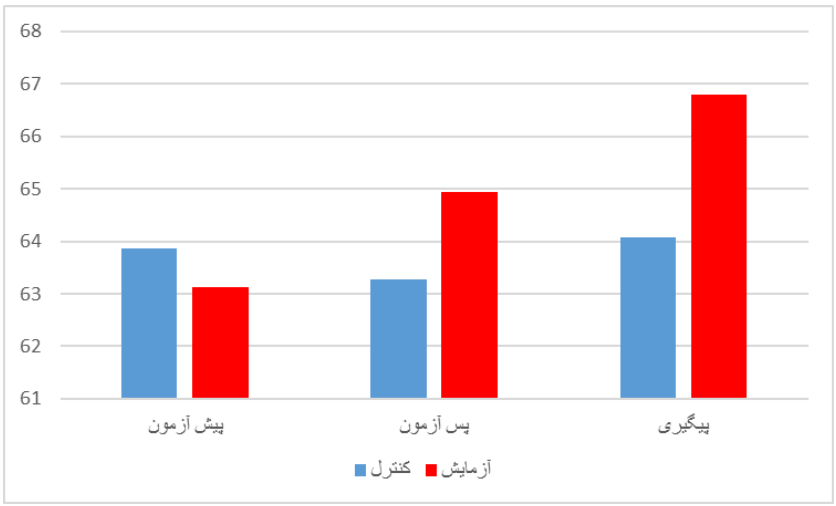
[DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک دو گروه آزمون و شاهد

متغیر		گروه شاهد	گروه آزمون
	تعداد	۱۵	۱۵
	سن (میانگین)	۴۹/۶۷	۴۵/۴۰
	وزن (میانگین)	۷۱/۶۷	۷۰/۸۰
	قد (میانگین)	۱۵۹/۳۳	۱۶۱/۸۰
وضعیت تأهل	مجرد (درصد)	۲۷	۲۵
	متاهل (درصد)	۷۳	۷۵
میزان تحصیلات	دیپلم (درصد)	۴۰	۳۹
	کاردانی (درصد)	۶/۷	۶
	کارشناسی (درصد)	۱۰	۱۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر (درصد)	۶/۶	۶/۶

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های کنترل و آزمایش

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۵	۶۳/۸۶	۳/۶۴	۶۳/۲	۳/۰۱	۶۴/۰۶	۲/۹۶
آزمایش	۱۵	۶۳/۱۳	۴/۹۲	۶۴/۹۳	۴/۳۶	۶۶/۸	۴/۶۱



نمودار ۱: میانگین دو گروه آزمایش و کنترل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، آزمون پیگیری در مولفه بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس‌های بهزیستی روان‌شناختی

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری P
۲/۲۶۴	۱	۲۸	۰/۰۱۴۴

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری

	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
بین گروهی	پس آزمون	۱	۳۴/۰۸	۶/۳۹	۰/۰۱۸	۰/۰۱۹۷	۰/۰۶۸۲
	پیگیری	۱	۲۸/۵۵	۵/۳۵	۰/۰۲۹	۰/۰۱۷۱	۰/۰۶۰۶

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران بود. یافته‌ها نشان داد مداخله با روش شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کَش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه موثر واقع شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی (۵) که نشان داد درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن تاثیرگذار بود، سازگار است. به طور کلی، در ارتباط با اثربخشی این مداخله، پژوهش‌های متعددی نقش پر اهمیت درمان شناختی-رفتاری را در ارتباط با متغیرهای گوناگون روانشناختی نشان داده‌اند که از این میان نقش روان درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کَش در کاهش رنج جسمانی و افزایش اعتماد به نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان اثبات شد (۱۴). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد روان درمانی شناختی-رفتاری در ارتقای کیفیت زندگی، کاهش نشانه‌های افسردگی و کاهش نشانه‌های جسمانی مرتبط با رنج و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به سرطان موثر است (۲۹). همچنین یافته‌ها بیانگر آن هستند که شرکت در جلسات روان درمانی به شیوه مذکور به طور مثبت با احساس سلامت روان‌شناختی و بطور منفی با احساس عدم خرسندی از ظاهر مرتبط است (۲۱). در این راستا، پژوهش‌ها تاثیر درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کَش را بر کاهش تجارب رنج‌آور، افزایش رضایت از رابطه بین فردی و احساسات خود ارزشمندی اجتماعی (۳۰) کاهش اضطراب و افسردگی (۳۱) بهبود خلق و خو و خواب (۳۲) فرسودگی و ناکارآمدی اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان مورد تایید قرار دادند (۳۳). همچنین یافته‌های پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری برکاهش نشانگان مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان پیشرفته، نشان داد که روش مشاوره گروهی به شیوه درمان شناختی-رفتاری باعث بهبود در حالات هیجانی این بیماران از جمله خشم، افسردگی و افزایش عزت نفس می‌شود (۳۴).

به طورکلی با استناد به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که پرداختن به مولفه‌های روان‌شناختی در سرطان که مستلزم توانایی‌های بیماران در سازگاری و حفظ یا افزایش سلامت روان می‌باشد، یک نیاز اساسی محسوب می‌شود. ابتلا به سرطان پستان در زنان و محدودیت‌های ناشی از آن، اثرات مخربی را بر نگرش مبتلایان نسبت به خود، زندگی و آینده پیش روی بوجود می‌آورد و تغییر در شناخت‌ها و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی می‌تواند به عنوان واسطه‌ای برای ارایه یک چهارچوب و وزنه تعادل به کنار آمدن با چالش بیماری کمک کند، با این حال عدم بکارگیری افکار متقابل منطقی، در برخورد با مشکلات مربوط به تصویر بدنی منجر به افکار خودکار منفی می‌شوند (۱۶)، این افکار می‌توانند مقدمه‌ای برای کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این گروه از مبتلایان می‌باشد (۵).

در پژوهش حاضر، با آموزش مضامینی، همچون آرامش ذهن-بدن، حساسیت‌زدایی هدایت شده در جلویی آینه، ABCDE، کردن وقایع زندگی روزانه درمورد بدن و آشنایی با افکار اصلاحی، زنان را متوجه ابعاد متفاوتی از زندگی و فراتر رفتن از محدودیت‌های ناشی از بیماری ساختیم، بدین نحو که از آنان خواسته شد تا ضمن انجام حساسیت‌زدایی هدایت شده در جلویی آینه گفتگوی بدنی خصوصی غلط خود را با افکار اصلاحی تغییر دهند. همچنین ABCDE کردن وقایع زندگی روزانه در مورد بدن موجب ایجاد حس کنترل بر زندگی می‌شود (۲۲) و

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

بیماران را متوجه این موضوع می‌کند که آنچه را کـه فکـر می‌کنند احساس خواهند کرد. در نتیجه به علل رفتار خود و ناراحتی‌های کـه در مقابـل بـدنش ابـراز مـی‌کننـد پـی می‌برند و از این طریق می‌توانند قسمت‌های کـه در مـورد خود و زندگیشان مسله ساز است را تغییر دهنـد (۳۵). در طی فرایند درمان مبتلایان از طریق یـادگیری ایـن فنـون توانستند بر افکار و احساسات خود کنترل بیشتری داشـته باشند و محـدودیت‌هـای خـود را در رابطـه بـا ظاهرشـان بپذیرند (۳۶) و خود را بدون انتقاد، همان‌گونه که هسـتند دوسـت بدارنـد. همچنـین بیمـاران ایـن بیـنش را کسـب کردنند که آنچه اهمیت دارد، نحوی نگرش آنها به بدنشان است که موجـب ایجـاد احسـاس ناخوشـایند مـی‌شـود، و آموختند که بهتر زیستن آنها تنها در گـرو نبـود بیمـاری، زخم‌های بجا مانده از عمل جراحی و ریـزش موهـا نیسـت بلکه رسیدن به سطحی از عملکرد است که با خود و سبک زندگیشان آسوده و بدون مشکل باشند. این الگویی درمانی که به صورت جلسات گروهی انجام شـد، از طریـق فـراهم نمـودن جـویی سرشـار از حمایـت اجتمـاعی، عـاطفی و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی در خصوص ظاهر و افـزایش قدرت سازگاری در فرد کـه از عوامـل تغییـر در بهزیسـتی روان‌شناختی شناخته شده اند، و همچنین به وسیله هدف قرار دادن بدن وکار بر روی جنبه‌های ظاهری افراد و انجام تکالیف مربوط به درمان در جلسـه و خـارج از آن موجـب رشد توانایی فردی، سطوح بالای عملکـرد و پـذیرش بـدن می شود، که متعاقباً موجب کـاهش اضـطراب، افسـردگی، افزایش امید به زندگی و به به تبع آن بهبـود در بهزیسـتی روان‌شناختی شده اسـت. آمـوزه‌هـای رویکـرد شـناختی-رفتاری مبتنی بر الگویی ۸ مرحله کَش، نه تنهـا در ایجـاد بستر مناسب به منظور پیگیری اهداف شخصی در زندگی، یا به عبارت دیگر ایجاد شـوق زیسـتن در مبتلایـان مـوثر واقع شد بلکه بسیاری از شرکت‌کنندگان اضهار نمودند که نسبت به پیگیری درمان، علی‌رغم وجود مشکلات ناشـی از درمان مصمم‌تر شده، تا بتوانند از فرصـت‌هـای پـیش روی در جهـت غنـا بخشـیدن بـه زنـدگی خـود بهـره گیرنـد. همچنـین بسـیاری از بیمـاران اظهـار کردنـد، راحـت‌تـر می‌توانند در مجامع عمومی و خانوادگی حضور یابند. کَـش بیان می‌کند فرآیند درمانی سیستم شناختی را بـه سـمت اطلاعات جدید هدایت می‌کند و این کار را بـه وسـیله بـه چالش کشیدن قوانین بنیادی تفکر انجام می‌دهد و آنهـا را انعطاف‌پذیرتر می‌سازد و فـرد مـی‌توانـد ((بایـدها)) بـدون پیامد ناراحت کننده بـدور ریـزد (۳۳). همچنـین بیمـاران نسبت به این امر آگاه شدند که اگر چه بسیاری از موانـع و تغییرات به طور ناخواسته در زندگی، ظـاهر بـدنی، ایجـاد می‌شوند، اما اتخاذ نگرش نسبت به ایـن موانـع پیـرو جبـر نیست و این فرد است که مـی‌توانـد آزادانـه در برابـر آنهـا بایسـتد و بـا تغییـر در نگـرش ناکارآمـد خـود پـای از محدودیت‌ها فراتر نهد، در واقع، تلاش فرد در یافتن افکـار سازگارانه‌تر (منطقی) هنگام مواجه شدن با ایـن موانـع نـه تنها حاکی از پذیرفتن مسولیت است، بلکه ظرفیتـی بـرای تغییر محسوب می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که اجرای مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کَش می‌تواند به صورت یک مداخله گروهی با گذشت سه ماه متوالی موثر واقع شود و همچنین در بیمارستان‌ها و بخش‌های مراقبت از بیماران سرطانی به عنوان یک راهبرد معتبر و کارآمد بکار گرفته شود. لذا پیشنهاد می‌شود که از این مداخله در مراحل مختلف انواع سرطان‌ها و همچنین سایر بیماری‌های خاص که به نحوی با آسیب به گذاشته، زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌سازد و مستلزم اتخاذ راهبردهای مدارا با بحران است، توسط همکاران روانشناس در کنار درمان‌های رایج پزشکی استفاده شود.

لازم به ذکر است که این پژوهش از محدودیت‌هایی برخوردار بود عبارتنداز: شرکت کردن زنان ساکن تهران و کرج در جلسات مداخله که می‌بایست ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. همچنین عدم کنترل متغیرهای همچون وضعیت تأهل، اشتغال و موقعیت اقتصادی- اجتماعی بیماران و نیز عدم کنترل عوامل مداخله‌گر خارجی که ممکن است در گروه کنترل اثرگذار باشد و نداشتن گروه پلاسیبو از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تصویب شده در تاریخ ۱۳۹۳/۶/۹و اجرا شده در مرکز

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. از همکاری پرسنل محترم مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان شهدای تجریش) و بیماران عزیزی که بـدون همکاری آنها ادامه این فعالیت علمی ممکن نبود تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Kruk J,Aboul-Enein HY. Psychological stress and the risk of breast cancer: a case–control study. Cancer detection and prevention.2004Dec 31;28(6):399-408.
2. Makaryan F. Isaac R. Parnian T. Ramezani A. Abdeyazdan N. Hashemi F. Mkaryan sh.Mental health in women, breast cancer survivor. J of Medical School Esfahan 2011; 29: 173.
3. Bahrami MA .The relationship between the worship of psychological health in male students in Hamedan Teachers Training Center. A master's thesis. Faculty of Education and psychology Hamedan Teachers University1995.
4. Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvan I, Banks PJ, Shema S. Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being. Psycho-Oncology 2012; 21(6):655-65.
5. Kangas M, Milross C, Bryant RA. A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related PTSD, anxiety, and comorbid depression. Cognitive and Behavioral Practice 2014; 21(4):416-31.
6. Eid M, Larsen RJ, editors. The science of subjective well-being. Guilford Press 2008.
7. Ostir GV, Markides KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. Journal of the American Geriatrics Society 2000; 48(5): 473-8.
8. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. Journal of personality and social psychology 2002; 82(6):1007.
9. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. Health psychology 2004; 23(2): 207.
10. Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E, Tomamichel M, Marmai L, Biancosino B, Nanni MG, SEPOS Group. Hopelessness and related variables among cancer patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). Psychosomatics 2010; 51(3):201-7.
11. Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PA. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. The Arts in Psychotherapy 2006; 33(3):218-28.
12. Kaviani A, Mehrdad N, Yunesian M, Shakiba B, Ebrahimi M, Majidzadeh K, Akbari ME. Psychosocial Care for Breast Cancer: Physicians' Perspective. Iranian Journal of Cancer Prevention 2012; 3(1): 23-7.
13. Cash TF. Cognitive- behavioral perspectives on body image. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice 2002; 38-46.
14. امینی‌خواه معصومه، بررسی و مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر تصویر تن و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ۱۳۸۷.
15. Prochaska J. Norcross J. Theories of psychotherapy. Tehran: Roshd 1999.
16. Cash TF, Pruzinsky TE. Body images: Development, deviance, and change. Guilford Press 1990.
17. Pruzinsky T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. Body Image 2004; 1(1):71-81.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]

18. Cash TF, Grant JR. Cognitive-Behavioral Treatment of Body-Image Disturbances. InSourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders 1996; 567-614.

19. Cash TF, Strachan MD. Cognitive-behavioral approaches to changing body image. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice 2002; 478-86.

۲۰. آستین راب. صفایی کشتگر محمدرضا. سرطان پستان، چاپ چهارم تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شـهید بهشتی، ۱۳۸۸.

21. Cash TF, Lavallee DM. Cognitive-behavioral body-image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self-directed program. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 1997; 15(4): 281-94.

22. Balabanovic J, Ayers B, Hunter MS. Women's experiences of Group Cognitive Behaviour Therapy for hot flushes and night sweats following breast cancer treatment: An interpretative phenomenological analysis. Maturitas 2012; 72(3):236-42.

23. Sefidi F, Valiuola F. Validation tests Psychological well-being of students of Qazvin University of Medical Sciences. J Qazvin University of Medical Sciences 2012; 16:66-76.

24. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well-being: reexamining methods and meanings. Journal of Personality and Social Psychology 1997; 73(3):549.

25. Joshanlo M. Rostami R. Nosratabadi M. Factor structure of the welfare scale. J Iranian of Psychology 2006; 3:132-45.

26. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. Social Science Research 2006; 35(4):1103-19.

27. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. Current directions in psychological science 1995; 4(4):99-104.

28. Cash TF. The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks. New Harbinger Publications, Inc 1997.

29. Wojtyna E. Wiszniewicz A. EPA-1189–Cognitive behavioral therapy and quality of life, level of depression and perceived social support among women with breast cancer. JEuropean Psychiatr 2014; 29:1-140.

۳۰. رایگان نیلوفر. راهنمایی تـن انگـاره، چـاپ اول تهـران: انتشارات دانژه، ۱۳۸۸.

31. Lewis FM, Casey SM, Brandt PA, Shands ME, Zahlis EH. The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer.Psycho-Oncology.2006Jun1;15(6): 486-97.

32. Chilcot J, Norton S, Hunter MS. Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms following breast cancer treatment: Who benefits and how does it work?. Maturitas 2014; 78(1):56-61.

33. Thompson JK. Body image disturbance: Assessment and treatment. Pergamon Press 1990.

34. Cocker KI, Bell DR, Kidman AD. Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: a brief report of a pilot study. Psycho-Oncology 1994; 3(3):233-7.

35. Letafati B .Theorists of Mental Health. Journal of Psychotherapy1388; 16:55- 6.

36. Cash TF, Ancis JR, Strachan MD. Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. Sex Roles 1997; 36(7-8):433.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-10-31]

DOR: 20.1001.1.17359406.1394.8.4.5.6]