Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2020; 12(4):52.

Original Article

A Comparative Study on Effectiveness of Narrative Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy on Resilience of Women with Breast Surgery Experience

Smkhani Akbarinejhad H[1], Ghamari M[2*], Pouyamanesh J[2], FathiAgdam Gh[2]

[1] PhD Student of Counseling Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar, Iran
[2] Counseling Department, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar, Iran

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

Receive: 7/10/2019
Accepted: 1/12/2019

[*]**Corresponding Author:**
counselor_ghamari@yahoo.com

Ethics Approval:
IR.IAU.Z.REC.1397.126

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]

[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of narrative therapy and rational emotive behavior therapy on Resilience in women with breast surgery experience.

Methods: This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The study population consisted of all women with breast cancer who were undergoing postmastectomy radiotherapy in Tabriz in 2018. In total, 30 women were selected by a purposive sampling method, and divided into three groups of narrative therapy, rational emotive behavior therapy, and control. The intervention groups received their respective treatments over 8 sessions of 1.5 hours. The groups were assessed using the Connor-Davidson Resilience Scale before, after, and four months after the treatment.

Results: The mean postintervention resilience scores for the narrative therapy and rational emotive behavior therapy groups (66.4 and 79.9, respectively) were significantly greater compared with the control group (51.9) ($P < 0.001$). Similar results were observed at the 4-mont follow-up indicating a lasting effect. Also, the effect of rational emotive behavior therapy on resilience was greater than that of narrative therapy both after the intervention and at 4-month follow-up ($P < 0.001$).

Conclusion: Narrative therapy and rational emotive behavior therapy increased resiliency in women with breast surgery experience.

Keywords: Narrative Therapy, Rational Emotive Behavior Therapy, Resilience, Women with Breast Surgery Experience

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۱۳۹۸؛ ۱۲(٤): ٥٢-٦٣

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی روایت درمانی و رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر تاب آوری زنان با تجربه جراحی پستان

هادی اسمخانی اکبری نژاد[۱]، محمد قمری[۲*]، جعفر پویامنش[۲]، قربان فتحی اقدام [۲]

[۱] دانشجوی دکتری گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
[۲] گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۷/۱۵
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۹/۱۰

* نویسنده مسئول:
counselor_ghamari@yahoo.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان صورت گرفت.

روش بررسی: روش این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه این پژوهش شامل کلیه زنان ماستکتومی شده شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۷ مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از آن‌ها انتخاب و در سه گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون بود. اعضای گروه‌های روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی درمان مختص گروه خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته دریافت کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که روایت‌درمانی (M=۶۶/۴) و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (M=۷۹/۹) در مقایسه با گروه کنترل (M=۵۱/۹)، در پس‌آزمون، منجر به افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان شده‌اند (P<۰/۰۰۱)، و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان داد تأثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری بیشتر از تأثیر روایت‌درمانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری (P<۰/۰۰۱) است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی موجب افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان شده است.

واژه‌های کلیدی: روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، تاب‌آوری، زنان با تجربه جراحی پستان

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

مقدمه

مرگ و میر پس از سرطان ریه می‌باشد (۲). طی چهار دهه اخیر، افزایش میزان ابتلا به سرطان پستان، آن را در زمره بیش‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است (۳)؛ به‌طوری‌که از کل مبتلایان به سرطان در ایران، ۱۰/۷٪ از آن‌ها به سرطان پستان مبتلا هستند، و از هر ۸ زن ایرانی در فاصله سنی ۴۵ تا ۵۵ سال یک نفر مستعد ابتلا به آن است (۴). سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود که در مقایسه با سایر کشورها، زنان ایرانی یک‌دهه زودتر به آن مبتلا می‌شوند (۵).

مداخلات و درمان‌های پزشکی مختلفی برای درمان سرطان پستان وجود دارد که شامل پرتودرمانی (radiotherapy)، درمان‌های کمکی (هورمون‌درمانی و شیمی‌درمانی)، برداشتن تخمدان‌ها (ovariectomy) و جراحی است (۶). یکی از رایج‌ترین درمان‌ها در درمان سرطان پستان جراحی است. جراحی پستان شامل دو نوع نگهدارنده پستان (breast conservative surgery) و ماستکتومی (mastectomy) است (۷). ماستکتومی شامل برداشتن حداکثری از بافت پستان، شامل نوک پستان و هاله اطراف آن و غدد لنفاوی زیر بغل است (۸). در ایران ۸۱٪ جراحی‌ها از نوع ماستکتومی است (۹). جراحی پستان منجر به بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد و بر ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی- اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد (۱۰). زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از عمل جراحی ماستکتومی تغییرات فیزیکی مختلفی را تجربه می‌کنند که ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهایی که درباره بدن‌شان دارند را به‌سمت منفی سوق می‌دهد (۱۱) که این امر سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی عدیده‌ای از جمله افسردگی، اضطراب و کاهش تاب‌آوری (resilience) می‌شود. پژوهشی نشان می‌دهد که میزان تاب‌آوری افراد مبتلا به سرطان پستان به‌طور معنی‌داری کم‌تر از میزان تاب‌آوری افراد سالم است (۱۲).

تاب‌آوری یکی از مهم‌ترین توانمندی‌های انسان است که سبب سازگاری موثر با عوامل خطر می‌شود و در پزشکی و روان‌شناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی ایجاد مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست، و درواقع به ویژگی‌هایی اشاره دارد که در سرعت و میزان بهبودی بعد از مواجهه با تنش نقش دارند (۱۳). مفهوم تاب‌آوری در رابطه با نظریه منابع استرس‌ها به‌معنای توانایی درونی فرد برای پاسخ‌دهی، دوام‌آوردن و طبیعی‌بودن برخلاف وجود استرس‌ها است (۱۴). تاب‌آوری در برابر تأثیرات روان‌شناختی وقایع مشکل‌آفرین از فرد محافظت می‌کند (۱۵) و به‌منزله محافظ استرس، نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۶). بررسی‌ها نشان می‌دهند که افراد با تاب‌آوری زیاد سطح کم‌تری از اجتناب (اجتناب از مواجهه با بیماری‌شان) را نشان می‌دهند، و با درد ناشی از آن بهتر کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌سازی درباره درد ندارند یا کم‌تر به فاجعه‌سازی روی می‌آورند (۱۷). افراد با سطح بالای تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به‌سبب مقابله موثر کاهش می‌یابد؛ ولی افراد بیمار به‌دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آن‌ها کاهش می‌یابد و به فاجعه‌سازی درد روی می‌آورند (۱۸). به‌طور کلی تاب‌آوری تفاوت‌های فردی را در تجارب روبه‌روشدن با درد توضیح می‌دهد که چرا برخی از افراد در برابر بیماری خودشان را می‌بازند و ناامید می‌شوند؛ در عین‌حال، برخی افراد از همین بیماری و درد برای ارتقای زندگی و بهبود کیفیت زندگی خود استفاده می‌کنند (۱۲). در مداخلاتی که پس از درمان سرطان جهت بهبودی هرچه بهتر و سازگاری سریع‌تر با مشکلات برآمده از درمان آن صورت می‌گیرد، لازم است مداخلات روان‌شناختی از جمله مشاوره (counseling) و روان‌درمانی (psychotherapy) نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی نقش موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی شده دارند (۱۹)، که روایت‌درمانی (narrative therapy) و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (rational emotive behavior therapy) از جمله آن‌هاست.

روایت‌درمانی یکی از روش‌های برآمده از دیدگاه پست‌مدرنیسم (postmodernism) است که بر واقعیت درون هرکس متمرکز شده است. در این دیدگاه فرض بر این است که احساسات و افکار ما براساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند (۲۰). روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

تعریف کرده‌اند (۲۱). وایت (White) روایت‌درمانی را به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختارشکنی و بازنویسی این داستان‌ها توسط خود فرد و با کمک درمان‌گران می‌داند (۲۲). روایت‌درمانگران به مراجعین کمک می‌کنند به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بیهوده، توجه خود را به سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به‌سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند (۲۳). روایت‌درمانی و ساختن روایت‌هایی درباره سرطان می‌تواند پیامدهای سلامتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد (۲۴)، و همچنین بر بیماری‌های پزشکی (۲۵)؛ افسردگی (۲۶، ۲۷)؛ اضطراب و افسردگی (۲۸)؛ امید به زندگی (۲۹) و شاخص‌های فیزیولوژیک استرس (۳۰) زنان ماستکتومی‌شده تأثیر بگذارد. همچنین، روایت‌درمانی بر تاب‌آوری دختران (۳۱، ۳۲) و شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن (۳۳) تأثیر دارد. رفتاردرمانی عقلانی هیجانی توسط آلبرت الیس (Albert Ellis) ابداع شده است (۳۴). وی مشاهده کرد زمانی‌که مراجعانش در افکارشان تغییراتی ایجاد می‌کنند، حالشان خوب می‌شود. بنابراین او در کار خود روی باورهای مراجعانش تمرکز کرد (۳۵). طبق نظر الیس رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش، اضطراب و افسردگی آن‌ها نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. از نظر وی تفکر منطقی منجر به فعالیت بیشتر در زندگی می‌شود، فرد از پایگاه روشنی به حوادث می‌نگرد و به فرد امید، شهامت و توان عمل می‌دهد (۳۶). هدف این درمان به‌حداقل رساندن اختلالات هیجانی انسان‌هاست تا زندگی شادی داشته باشند (۳۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این نوع از درمان بر تاب‌آوری (۳۸)؛ تاب‌آوری و امیدواری (۳۹)؛ اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی (۴۰)؛ سازگاری روانی و فیزیولوژیک (۴۱) و شدت بی‌خوابی و کیفیت خواب (۴۲) زنان با تجربه جراحی پستان موثر هستند. به‌نظر می‌رسد روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی می‌توانند بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر بگذارند. با این‌حال در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته است. همچنین، پژوهشی در راستای اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی به‌صورت مجزا بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان نیز انجام نشده است. از این‌رو، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی تأثیر متفاوتی بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان دارند؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۷ به دلیل ابتلا به سرطان پستان عمل جراحی ماستکتومی انجام داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند استفاده شد. چون پراکندگی نمره تاب‌آوری در بین بیماران زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره تاب‌آوری‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آن‌ها را از منظر نمره تاب‌آوری همتاسازی کنیم. بنابراین پس از کسب رضایت از مسولین کلینیک‌ها و بیماران، مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون در بین ۸۲ بیمار اجرا شد و از بین ۵۱ نفر که نمره ۴۰ تا ۶۵ کسب کردند، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌هایی چون ۱) سنین بین ۳۵ تا ۵۵ سال، ۲) متأهل، ۳) باقی ماندن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ جلسه از پرتودرمانی، ۴) عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از سرطان پستان، ۵) عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، ۶) عدم برخورداری از جلسات مشاوه و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب، و به‌صورت غیرتصادفی به دو گروه آزمایش (آزمایش ۱، ۱۰ نفر و آزمایش ۲، ۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. کوری و کوری (۴۳) پیشنهاد می‌کنند، به‌دلیل بحث درباره مشکلات و مسایل عمیق در گروه‌های درمانی، تعداد اعضای این گروه‌ها نباید بیش از ۱۰ نفر باشد، چون ممکن است پویایی‌های منفی در گروه شکل گیرد. یافته‌های توصیفی مربوط به‌ملاک‌های ورود و خروج به‌پژوهش در جدول ۳ آورده شده است.همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن‌ها محرمانه نگه داشته شدند و در پایان درمان،

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1397.126) است.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (*connor-davidson resilience scale*): کانر و دیویدسون (۱۴) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۷-۱۹۷۹ در حوزه تاب‌آوری، این مقیاس را طراحی کرده‌اند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک دامنه لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود (۴۴). حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر ۱۰۰ است (۱۴). روایی و پایایی این مقیاس بر روی ۲۰۰ نفر از نوجوانان مبتلا به سرطان تهران، ارومیه و اصفهان بررسی شد، که روایی محتوایی این مقیاس با استفاده از روش تعیین شاخص روایی محتوا ۰/۹۸، و پایایی کل ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شد (۴۵). در پژوهشی (۴۶)، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ بر روی ۲۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز محاسبه گردید که میزان آن ۰/۸۷ گزارش شد.پس از اجرای پیش‌آزمون، هر یک از اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه) روایت‌درمانی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی وایت و اپستون (۲۳) دریافت کردند (جدول ۱)؛ و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه) از رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (۳۵) برخوردار شدند (جدول ۲). توضیح این‌که، جلسات درمانی، طبق پروتکل‌های درمانی پیشنهادشده، تواماً توسط یک متخصص مشاوره با درجه استادیاری و یک نفر دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره برگزار شدند. بعد از اتمام جلسات و ۴ ماه پس از اتمام درمان، اعضای هر سه گروه (آزمایش ۱ و ۲ و کنترل) باز هم با استفاده از ابزار اندازه‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل آماری و بررسی فرضیه پژوهش از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی تغییرات متغیر تاب‌آوری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه، و برای بررسی تغییرات داخل گروهی و تغییرات بین گروهی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون نشان داد که همه آن‌ها برقرارند و می‌توان از آن استفاده کرد.

جدول ۱: محتوای جلسات و پروتکل روایت‌درمانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	معارفه، ارایه برنامه زمان‌بندی شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت‌ها، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی، نمونه کار، روایت زندگی و شرح داستان‌های مشکل‌دار
دوم	عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکل، نام‌گذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی
سوم	ادامه استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی
چهارم	فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل
پنجم	فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌هات زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی
ششم	غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معناده‌ی آن به آینده
هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به سوالات و بازنویسی داستان‌های گذشته
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه داستان، پس‌آزمون و پایان درمان

جدول ۲: محتوای جلسات و پروتکل رفتاردرمانی عقلانی هیجانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	معارفه اعضای گروه به هم دیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و معرفی روش گروه‌درمانی با رویکرد «رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی»
دوم	بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیش‌تر اعضا با رویکرد «رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی» و باورهای غیرمنطقی
سوم	ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد این که شیوه اندیشیدن آن‌ها باعث واکنش آن‌ها در برابر حوادث می‌گردد
چهارم	آشنایی بیشتر اعضای گروه با رویکرد «رفتاردرمانی عقلانی- هیجانی» برای کشف افکار غیرمنطقی و بررسی افکار غیرمنطقی
پنجم	بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و حوادث پیرامون و آشنایی با مدل ABCDE و آموزش اصول این مدل به اعضا
ششم	شناخت افکار غیرمنطقی، بایدها، نبایدها و تأثیر آن‌ها در شکل‌گیری افسردگی، کاهش تاب‌آوری و نگرانی از بدریختی بدن و بحث گروهی اعضا با یک دیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی
هفتم	بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن افکار منطقی و انجام تمرین‌های عملی به‌شیوه گروهی
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط اعضای گروه و اجرای پس‌آزمون و اتمام درمان

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

یافته‌ها

افراد شرکت‌کننده در این پژوهش را ۳۰ زن ماستکتومی‌شده متأهل ۳۵ تا ۵۵ ساله شهر تبریز در سال ۱۳۹۷ تشکیل داده بود که میانگین کل سن آن‌ها ۴۴/۵ بود، و در کل ۲۴/۳ جلسه از پرتودرمانی‌های آن‌ها باقی مانده بود. در جدول ۳، میانگین متغیرهای سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها سه گروه ارایه شده است. همچنین، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی این‌که آیا بین آزمودنی‌های این سه گروه از منظر سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد یا نه، انجام شده است که سطوح معنی‌داری به‌دست‌آمده به‌ترتیب نشان می‌دهد که بررسی‌ها در جدول ۴ نشان می‌دهد که بین نمرات متغیر تاب‌آوری در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها

گروه	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
روایت‌درمانی	سن	۱۰ نفر	۴۴/۶	۶/۴	P>۰/۹
رفتاردرمانی عقلانی هیجانی		۱۰ نفر	۴۴/۵	۶/۳	
کنترل		۱۰ نفر	۴۴/۴	۶/۶	
جمع		۳۰ نفر	۴۴/۵	۶/۲	
روایت‌درمانی	تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی	۱۰ نفر	۲۴/۰	۳/۵	P>۰/۸
رفتاردرمانی عقلانی هیجانی		۱۰ نفر	۲۴/۲	۲/۷	
کنترل		۱۰ نفر	۲۴/۷	۳/۱	
جمع		۳۰ نفر	۲۴/۳	۳/۰	

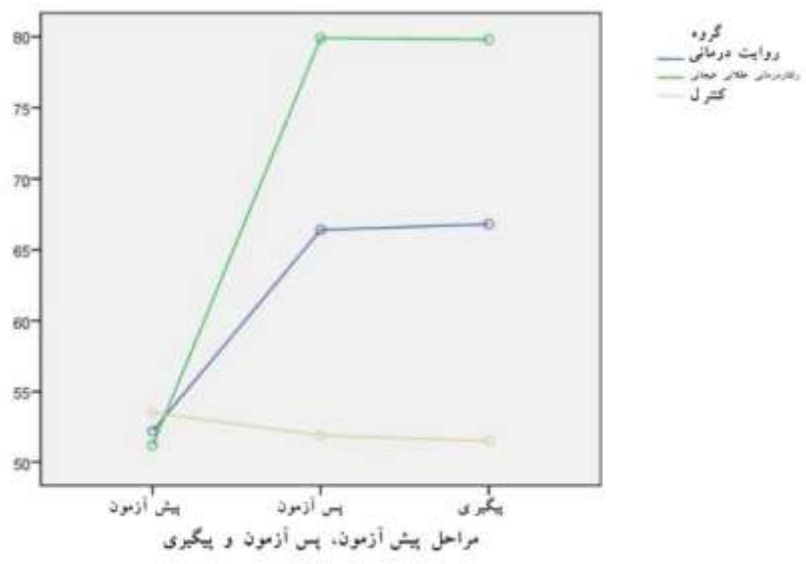
جدول ۴: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری

گروه	نمره تاب‌آوری			سطح معنی‌داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی‌داری تغییرات بین گروهی
	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)		
روایت‌درمانی	(۸/۱) ۵۲/۲	(۶/۸) ۶۶/۴	(۶/۵) ۶۶/۸	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱
رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	(۷/۴) ۵۱/۲	(۲/۷) ۷۹/۹	(۲/۶) ۷۹/۸	P<۰/۰۰۱	
کنترل	(۸/۹) ۵۳/۵	(۸/۱) ۵۱/۹	(۸/۳) ۵۱/۵	P>۰/۸	
سطح معنی‌داری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	P>۰/۸	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	-	-

همچنین نتایج نشان می‌دهد نمرات متغیر تاب‌آوری گروه‌های آزمایش (روایت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی) در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد (P<۰/۰۰۱). علاوه بر آن، تأثیر روایت‌درمانی و رفتاردرمانی بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است (P<۰/۰۰۱). در ادامه، جهت بررسی این‌که نمرات کدام‌یک از گروه‌ها در متغیر تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون با هم تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام گرفت. نتایج نشان داد که اختلاف میانگین نمره تاب‌آوری گروه روایت‌درمانی با گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، گروه روایت‌درمانی با گروه کنترل و گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱)؛ و همچنین، نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان داد که اختلاف میانگین نمرات تاب‌آوری گروه روایت‌درمانی با گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، گروه روایت‌درمانی با گروه کنترل و گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با گروه کنترل معنادار می‌باشد (P<۰/۰۰۱). همچنین آزمون تعقیبی بونفرونی نشان داد که معنی‌داری تغییرات بین‌گروهی به‌دلیل تفاوت تغییرات گروه

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با کنترل، و نیز تفاوت تغییرات رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با روایت‌درمانی است؛ به‌طوری‌که هم در پس‌آزمون و هم پیگیری، علاوه بر این‌که نمرات تاب‌آوری گروه‌های روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بیش‌تر از نمره گروه کنترل است، نمره تاب‌آوری گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی نیز بیش‌تر از گروه روایت‌درمانی می‌باشد. بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در افزایش تاب‌آوری به‌نفع رفتاردرمانی عقلانی هیجانی است. نمودار ۱ میانگین نمره تاب‌آوری گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت دیداری به‌تصویر کشیده است. همان‌گونه که پیداست بین افراد گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل در پیش‌آزمون از منظر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما بین افراد گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری از منظر تاب‌آوری تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و نمرات افراد گروه روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در متغیر تاب‌آوری بیش‌تر از نمرات افراد گروه کنترل است. همچنین، نمرات افراد گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از نمرات افراد گروه روایت‌درمانی است. پس می‌توان نتیجه گرفت که روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر گذاشته است، و این تأثیر در رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بیش‌تر از تأثیر روایت‌درمانی است.



نمودار ۱: میانگین نمره تاب‌آوری گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان بود، که به‌صورت یک طرح نیمه آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر دارند، و تأثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از تأثیر روایت‌درمانی است. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره تاب‌آوری در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در افزایش تاب‌آوری دارد و اثر زمان معنی‌دار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات تاب‌آوری ارتقاء یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های آزمایشی با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات تاب‌آوری افراد در هر دو گروه آزمایشی مثبت بود.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

بنابراین می‌توان گفت که روایت‌درمانی بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. لازم به‌ذکر است که تقریباً هیچ پژوهشی اثربخشی روایت‌درمانی را بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان مورد بررسی قرار نداده است، ولی می‌توان به پژوهش‌های بشرپور و همکاران (۳۰)، سجادیان و همکاران (۲۸)، سجادیان و همکاران (۲۹) و پریرا و همکاران (۲۴) اشاره کرد که نشان دادند روایت‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پستان موثر است. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. مطالعه حاضر همانند پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که روایت‌درمانی با بهره‌گیری از اصول درمانی خود که مشخصاً با کلان روایت‌ها چالش می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا روایت‌های شخصی خود را پذیرفته و هویت شخصی خود را کسب کند، توانسته است تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان را افزایش دهد.

تاب‌آوری یک توانایی درونی برای رشد محسوب می‌شود که در انسان به‌عنوان یک ارگانیسم وجود دارد و می‌تواند در شرایط معین محیطی از حالت بالقوه به‌حالت بالفعل تبدیل شود و به‌رغم قرار گرفتن فرد در معرض تنش‌های شدید مثل جراحی پستان، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقاء یابد. در روایت‌درمانی با گوش دادن به داستان‌های دیگر اعضای گروه، افراد درمی‌یابند که در موقعیت و مشکل خود تنها نیستند. وقتی در جلسات روایت‌درمانی، افراد داستان‌هایی در مورد شخصیت‌هایی با مشکالت را می‌خوانند یا به آن‌ها گوش می‌دهند، درمی‌یابند دیگران نیز با مشکالت مشابهی روبرو هستند. خواندن یا گوش دادن به داستان اعضای گروه، فهم اعضای گروه را از موقعیت‌ها و چالش‌های منحصر به فردی که آن‌ها نیز تجربه می‌کنند، افزایش می‌دهد. به‌دنبال این فرایند، آن‌ها می‌توانند با شخصیت‌ها و روش‌های مقابله‌ای شخصیت‌ها همانندسازی کنند. در ادامه، آن‌ها با تکیه بر نقاط قوت و توانمندی‌های خود و همچنین با دریافت راهنمایی در جهت ارایه راهبردهای مقابله‌ای مناسب، می‌توانند تاب‌آوری خود را افزایش دهند (۴۷)؛ و با توجه به مکانیسم اثرگذاری این درمان، با گذشت زمان نیز این تأثیر ماندگاری خود را حفظ می‌کند.

درباره اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. مطالعات اندکی اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی را بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان مورد مطالعه قرار داده‌اند، اما می‌توان به پژوهش‌های امامی و همکاران (۳۹) و صادقی و همکاران (۳۸) اشاره کرد که در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری زنان دارای سرطان پستان موثر است. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با به چالش‌کشیدن باورهای غیرمنطقی زنان با تجربه جراحی پستان توانسته است باورهای آن‌ها را درباره مشکلات‌شان که برآمده از جراحی ماستکتومی است منطقی‌تر سازد و ار این‌رو تاب‌اوری آن‌ها افزایش یابد.

به‌نظر می‌رسد دلیل مؤثر بودن مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان، یادگیری چگونگی مواجهه با مشکلات و دشواری‌های غیرقابل اجتناب زندگی و کنارآمدن بهتر با شرایط استرس‌زا و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی باشد (۳۸). رفتاردرمانی عقلانی هیجانی سبب بهبود نگرش و تفسیر فرد از زندگی و بیماری‌اش می‌شود. اهمیت عامل فشارزا با ارزیابی‌های شناختی متأثر از باورها و نگرش‌ها و افکار فردی مانند کنترل شخصی تعیین می‌شود. افراد بر مبنای دردسترس و از راه‌های گوناگون کنارآمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند.

از این دیدگاه می‌توان گفت باورها بر ارزیابی‌های شناختی مهم در فرآیند مقابله تأثیر می‌گذارند و از این‌رو، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی می‌تواند به افراد با تجربه جراحی پستان کمک کند تا وقایع منفی حاصل از این عمل را به‌شیوه متفاوتی ارزیابی کنند؛ بنابراین فرد با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند، این حس، افراد را متقاعد می کند تا موقعیت‌های غیرکنترل را در اختیار خود درآورند، که این امر خود سبب افزایش تاب‌آوری در آن‌ها می‌شود (۳۸). مقابله با باورهای غیرمنطقی باعث می‌شود فرد به‌گونه‌ای موثر و کارآمد با استرس و مشکلات زندگی روبرو شود. با اتخاذ باورهای منطقی و تمرینات رفتاری، زنان با تجربه جراحی پستان توانستند از الگوهای عادتی افکار و هیجانات فاصله بگیرند و حس جدید کنترل

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

تجسمی و ذهنی را ایجاد کنند و گسترش دهند که این کار سبب شد تا تاب‌آوری آن‌ها افزایش یابد. همچنین، درمان به‌شیوه گروهی با تقویت عواملی چون به‌هم پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را قوی می‌کند که فرد با همراه شدن در آن، امید، نوع‌دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می‌کند (۴۸). برخوردار بودن از نظام حمایتی قوی به ارتقاء تاب‌آوری کمک می‌کند؛ و در گذر زمان نیز اثر آن حفظ می‌شود.

همچنین، در راستای مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان هم می‌توان گفت که تأثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر تاب‌آوری این افراد در پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از تأثیر روایت‌درمانی است. قابل ذکر است که هیچ مطالعه‌ای مقایسه اثربخشی این دو درمان را بر تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان مورد مطالعه قرار نداده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، زنان مبتلا به سرطان پستان، پس از جراحی ماستکتومی از لحاظ فردی، خانوادگی و اجتماعی با آسیب‌های فراوانی روبه‌رو هستند. دید منفی همسر نسبت به بدن این زنان، سرزنش و حتی گاهی تحقیر و طرد از طرف آن‌ها باعث ایجاد احساس بی‌کفایتی، عدم‌شایستگی، از بین رفتن عزت‌نفس، ایجاد خودپنداره منفی، احساس گناه، خجالت، شرم و سرافکندگی، ناامیدی، یأس، درماندگی، خشم و عصبانیت، و کاهش تاب‌آوری در آن‌ها می‌شود. باورهای غیرمنطقی و نگرش‌های منفی نسبت به خود و اتفاقی که رخ داده است باعث می‌شود تا این زنان از لحاظ جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی تنزل یابند و تاب‌آوری‌شان کاهش یابد (۴۹).

بررسی موارد ذکر شده و توجه به فرهنگ جامعه ایرانی و تأثیر عمیقی که زندگی خانوادگی و دید اجتماعی نسبت به این زنان بر سلامت روان و کیفیت زندگی این زنان دارد، اهمیت توجه به مهارت‌های ارتباطی در کنار مهارت‌های شناختی و عاطفی را مشخص می‌سازد (۵۰). از بین دو رویکردی که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است، تنها رفتاردرمانی عقلانی هیجانی به‌بازسازی شناختی افکار و باورهای غیرمنطقی می‌پردازد و به این زنان کمک می‌کند تا عزت‌نفس از دست رفته خود را دوباره به‌دست آورند و از احساس گناه و یا حس خشم و عصبانیت نسبت به خودشان، همسرشان، اطرافیان و به‌طور کلی از بیماری که دارند رهایی یابند و به‌همان میزان سعی می‌کند تا با آموزش مستقیم مهارت‌هایی نظیر مهارت حل مساله، مذاکره، حل تعارض و کنترل خشم به زنان ماستکتومی‌شده کمک کند تا بتوانند در مقابل مشکلات‌شان بهترین عکس‌العمل را نشان دهند و بدین‌ترتیب از روابط مسالمت‌آمیز و حمایت خانواده، دوستان و سایر افراد جامعه برخوردار شوند. همین حمایت، پشتیبانی و ارتباطات موثر، خلاء عاطفی و روانی ناشی از جراحی پستان را تا حدود زیادی پُر می‌کند و به این زنان این توانایی را می‌دهد تا موثرتر با استرس‌ها و فشارهای زندگی پس از جراحی برخورد کنند (۴۹). بدین‌ترتیب نه تنها کوشش خود فرد، بلکه کمک و همیاری حامیان این افراد می‌تواند عاملی باشد در جهت توانمندسازی این زنان برای سازگاری پس از جراحی و در امان ماندن از بسیاری از آسیب‌های روانی، جسمانی و اجتماعی، که همه این‌ها نهایتاً منجر به افزایش تاب‌آوری در آن‌ها می‌شود.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متاهل ۳۵-۵۵ ساله ماستکتومی‌شده شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان ماستکتومی‌شده جوان‌تر و مسن‌تر، و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی‌بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخدهی محتمل به‌نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های سرطان پستان، و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلنیک‌های دولتی و خصوصی، از روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی فردی و گروهی در زمینه افزایش تاب‌آوری زنان با تجربه جراحی پستان استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

همچنین، پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی پرسشنامه‌ای، از سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Retrieved May 7, 2013. From: http//:www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/.
2. Lategan B. Breast malignant, males, children Breast cancer WHO classification of breast tumors. PathologyOutlines.com, Inc; 2019.
3. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, AyyinParast N. [Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Group Therapy On The Treatment Of Anxiety & Depression Disorders & On Raising Hope In Women With Breast Cancer (Persian)]. Journal of Woman & Society. 2011; 1(4):61-75.
4. Sadegi Somee Aliyayi R, KHodabakhshi Kolayi A, Akbari MS, Kohsariyan M, KalhorniyaGolkar M. [Body image and self-esteem: A comparison of two groups of women with breast cancer (Persian)]. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2012; 5(2, 3): 16-29.
5. Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. [Breast cancer in Iran: Results of multi-center stud (Persian)]. Asian pac J cancer prev. 2004; 5(1):24-27.
6. Stopeck A T, Lipton A. Denosumab Compared With Zoledronic Acid for the Treatment of Bone Metastases in Patients with Advanced Breast Cancer: A Randomized, Double- Blind Study. Journal of Clinical Oncology. 2012; 18:112-146.
7. Smeltzer S C, Bare B G. Bronner and Suddarth Text Book of Medical Surgical Nursing. 14th ed. Philadelphia: Lippincott; 2017.
8. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc; 2017.
9. Najafi M, Ebrahimi M, Kaviani A, Hashemi E, Montazeri A. [Breast Conserving Surgery versus Mastectomy: Cancer Practice by General Surgeons in Iran (Persian)]. BMD Cancer. 2005; 5(5):35.
10. Helms R L, Ohea E L, Corso M. Body image issues in women with breast cancer. Psychology, Health & Medicine. 2008; 13(3): 13-25.
11. Brunet JB, Sabiston CM, Burke Sh. Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. Body Image. 2013; 10(3): 344-35.
12. Tajikzade F, Sadeghi R, Raees karimian F. [The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people (Persian)]. JAP. 2016; 7(3):38-48.
13. Goldstein S, Brooks R B. Why study resilience? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), Handbook of resilience in children. New York, NY, US: Springer Science Business Media; 2013.
14. Conner K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: The Conner – Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003; 18(2):76-82.
15. Pinquart M. Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. Journal of Applied Developmental Psychology. 2009; 30:1-8.
16. Catalano D, Chan F, Wilson L. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health. 2011; 56(3):200-11.
17. Toby R O, Newton-John C M, Mick H. The Role of Resilience in Adjustment and Coping with Chronic Pain Rehabilitation. Psychology. 2014; 59(3):360-5.
18. Bauer H, Emeny R T, Baumert J, Ladwig K-H. Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. European Journal of Pain. 2016; 20(8):1253-65.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]

[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

19. McGregor AM, Antoni, HM. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer. Journal of brain, behavior and immunity. 2009; 23(2): 159-66.

20. Fazel M. The emerging for narratve exposure therapy: A review. Clinical Psychology Review. 2010; 30(8):1030-9.

21. Prochaska J, Norcross, J. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. (Translated by Yahya SeyedMohammadi). Tehran: Ravan; 2016.

22. Payne M. Narrative Therapy: For acquaintance with counseling and psychotherapy specialists. (Translated by Maryam esmailiNasab). Tehran: Roshd Publications; 2016.

23. Goldberg I, Goldberg H. Family Therapy. (Translated by Hamid reza Hosseinshahi Baravati, Siamak Naghshbandi & Elham Arjmand). Tehran: Ravan; 2017.

24. Pereira L M, Muench A, Lawton B. The impact of making a video cancer narrative in an adolescent male: A case study. The Arts in Psychotherapy. 2017; 55:195-201.

25. Draucker CB. Narrative therapies for women who have live with violence. Archives of Psychiatric Nursing. 2003; 12(3):162-8.

26. Vega R, perez B, Tarrero P, Liria F. Mindfulnesss-baed Narrative Therapy for Depression in Cancer. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2014; 21(5):411-19.

27. Lopes R T, Conclaves M, Machado P, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. Journal Psychotherapy Research. 2014; 24(6):662-74.

28. Sajjadian AS, Dokanei Fard F, Behboodi M. [Narrative therapy on breast cancer patients' anxiety and depression (Persian)]. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2016; 9(2): 43-51.

29. Sajjadian A, Heydari L, Motaharinasab A, Raji L M. [Hope in Life after Narrative Therapy for Breast Cancer Survivors (Persian)]. Multidisciplinary Cancer Investigation. 2017; 1(1):57-84.

30. Basharpoor S, Amani SH, Narimani M, Heidari F. [The effectiveness of narrative exposure therapy on improving the stress physiological indexes in women with cancer (Persian)]. Health Psychology. 2018; 7(25): 133-45.

31. Basaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Hasani M, Nargesi F. [The Effect of Narrative group Therapy on Body Dysmorphic Concern in Female University Students (Persian)]. Health Psychology. 2012; 1(2): 5-11.

32. Dacosta D, Nelson TM, Rudes J, Guterman JT. A narrative approach to body dysmorphic disorder. Mental Health Counseling. 2007; 29(1): 67-80.

33. Mackean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. [Comparison of the effects of narrative therapy and diet therapy on the body mass index in overweight and obese women (Persian)]. Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology. 2011; 5(4): 53-63.

34. Rosner R. Albert Ellis, Rational-Emotive Behavior Therapy. Adolescent Psychiatry. 2011; 1: 82-7.

35. Smkhani Akbarinejad H. [Counseling and psychotherapy with the approach of rational-emotional behavior therapy (Persian)]. Tabriz: Haltak Publications; 2014.

36. Ellis A. Rational- Emotive Behavior Therapy and cognitive Behavior Therapy for Elderly Oeople. Journal of Rational Emotive & Cognitive- Behavior Therapy. 1999; 17:5-18.

37. Sharf R S. Theories of Psychotherapy and Counseling. (Translated by Mehrdad Firouzbakht). Tehran: Rasa Publications; 2017.

38. Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H. [Efectiveness of cognitive-behavioral group therapy on quality of life and resilience of breast cancer women (Persian)]. Pharmacophore. 2017; 8(6):1-5.

39. Emami M, Askarizade G, Faziltpour M. [Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management Group Therapy on Resilience and Hope in Women with Breast Cancer (Persian)]. Positive Psychology Research. 2018; 3(4):1-13.

40. Olyaie Z, Touzandehjani H, Kiafar Z. [Evaluation effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and mood in women with breast cancer undergoing mastectomy (Persian)]. Fundamentals of Mental Health, 2017; 19(4): 321-9.

41. Antoni M H, Lechner L, Diaz A, Vargas S, Holley H, Phillips K, McGregor B, Carver S

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]

[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]

C, Blomberg B. Blomberg B. Cognitive behavioral stress management effects on Psychological and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. Brain, Behavior and immunity. 2009; 23(5): 580-91.

42. Shafaat N, Makvand Hosseini S, ezaei A M. [Effectiveness of Multi-components Cognitive-behavioral Therapy on Insomnia Intensity and Quality of sleep among Breast Cancer Patients after Surgery (Persian)]. rph. 2017; 11(2):82-91.
43. Cory G, Cory M S. Group Therapy. (Translated by Seifullah Bahari, Bayramali Ranjgar, Hamid reza Hosseinshahi Baravati, Malek Mirhashimi & Siamak Naghshbandi). Tehran: Ravan; 2017.
44. Kaviani Z, Hamid N, Enayati M. The effect of cognitive behavioral therapy based on religious attitudes on resilience and dysfunctional attitudes of couples (Persian)]. J Modern Psychol Res. 2014; 8(32):189-203.
45. Ahangarzadeh Rezaei S. Rasoli M. [Psychometric Properties Of The Perstan Version Of "Conner-Davidson Resilience Scale" in adolescents with cancer (Persian)]. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2015; 13(9):739-47.
46. Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Effects of Resilience on Mental Health and Life Satisfaction (Persian)]. IJPCP. 2007; 13(3): 290-5.
47. Emadi Z, Yazdkhasty F, Mehrabi H. [The Effectiveness of Group Narrative Therapy on Adjustment with Parental Divorce, Resiliency and Emotional-behavioral Problems of Divorced Parent's Girls in Isfahan Elementary Schools (Persian)]. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2015; 2(3):81-99.
48. Omrani S, Mirzaeian B, Aghabagheri H, Hassanzadeh R, Abedini M. [Effectuality of cognitive-behavioral therapy on the life expectancy of patients with Multiple Sclerosis (Persian)]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2012; 22(93): 58-65.
49. Azizi A, Ghasemi S. [Comparing the effectiveness of Solution-focused Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Quality of Life in Divorced women (Persian)]. Counseling Culture and Psychotherapy. 2017; 8(29):207-36.
50. Monfared A, Pakseresht S, Ghanbari A, Atrkar Roshan Z. [Health-Related Quality of Life and its related factors among women with breast cancer (Persian)]. journal of holistic nursing and midwifery. 23(2):52-62.

[Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1398.12.4.5.4]
[DOI: 10.30699/ijbd.12.4.52]