

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان رحم

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۱۲

خلاصه

مقدمه: سرطان رحم علاوه بر پیامدهای جسمانی، با مشکلات روان‌شناختی و بین‌فردی متعددی همراه است که می‌تواند کیفیت زندگی زناشویی و توانایی تنظیم هیجان بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان رحم انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان رحم مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های تخصصی شهر تهران بود. از میان آنان، تعداد ۲۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۲) و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان رحم دارد ($p \leq 0/05$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی زناشویی و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافت ($p \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که این رویکرد از طریق اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقای توانایی مدیریت هیجان‌ها، سازگاری روان‌شناختی بیماران را افزایش می‌دهد. بنابراین، بهره‌گیری از مداخلات شناختی رفتاری در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران ایفا کند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری، تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، زنان مبتلا به سرطان رحم

نسترن کاظمیان طرهران^۱

اعظم قنبری*^۲

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران (نویسنده مسئول).

Email:
azamghanbariii57@gmail.com

مقدمه

سرطان رحم یکی از شایع‌ترین سرطان‌های دستگاه تناسلی زنان در سراسر جهان است و سالانه تعداد قابل توجهی از زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پیشرفت‌های پزشکی در تشخیص زودهنگام و درمان این بیماری موجب افزایش نرخ بقا شده است، اما پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی ناشی از ابتلا همچنان یکی از چالش‌های اساسی نظام سلامت محسوب می‌شود. زنان مبتلا به سرطان رحم علاوه بر مشکلات جسمانی ناشی از بیماری و درمان، با نگرانی‌های متعددی در زمینه سلامت روان، روابط بین فردی و کیفیت زندگی مواجه هستند (۱). تشخیص سرطان اغلب به‌عنوان یک رویداد استرس‌زای شدید تجربه می‌شود که می‌تواند منجر به بروز اضطراب، افسردگی، ناامیدی و اختلال در عملکرد روانی شود. در میان زنان مبتلا به سرطان‌های زنان، نگرانی درباره تصویر بدنی، عملکرد جنسی، باروری و نقش‌های خانوادگی از جمله عوامل مهمی هستند که سلامت روان آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این مشکلات می‌توانند سازگاری فرد با بیماری را دشوار کرده و کیفیت زندگی وی را کاهش دهند (۲).

یکی از حوزه‌هایی که به‌شدت تحت تأثیر سرطان رحم قرار می‌گیرد، کیفیت زندگی زناشویی است. درمان‌های جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی ممکن است تغییرات جسمانی و هیجانی گسترده‌ای ایجاد کنند که بر روابط زوجین اثر منفی می‌گذارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان مبتلا به سرطان‌های زنان در مقایسه با جمعیت عمومی، سطوح پایین‌تری از رضایت زناشویی، صمیمیت عاطفی و عملکرد جنسی را تجربه می‌کنند (۳). کیفیت زندگی زناشویی به ادراک افراد از رضایت، هماهنگی، حمایت متقابل و صمیمیت در رابطه زناشویی اشاره دارد. این سازه نقش مهمی در سلامت روان و جسم افراد ایفا می‌کند و به‌عنوان یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر پیامدهای منفی بیماری‌های مزمن شناخته می‌شود. شواهد نشان می‌دهد که روابط

زناشویی مطلوب می‌تواند سازگاری بیماران سرطانی با فرایند درمان را تسهیل کرده و به بهبود پیامدهای روان‌شناختی منجر شود (۴).

در کنار کیفیت زندگی زناشویی، تنظیم هیجان نیز یکی از متغیرهای کلیدی در سازگاری روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان است. تنظیم هیجان به فرایندهایی اشاره دارد که افراد از طریق آن‌ها تجربه، شدت و ابراز هیجان‌های خود را مدیریت می‌کنند. اختلال در تنظیم هیجان می‌تواند به افزایش اضطراب، افسردگی و مشکلات بین فردی منجر شود و روند مقابله با بیماری را پیچیده‌تر سازد (۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زنان مبتلا به سرطان رحم در مقایسه با افراد سالم، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان مانند نشخوار فکری، اجتناب هیجانی و سرکوب هیجان استفاده می‌کنند. این راهبردها نه تنها موجب تشدید پریشانی روان‌شناختی می‌شوند، بلکه کیفیت روابط زناشویی و تعاملات اجتماعی را نیز کاهش می‌دهند. از این‌رو، مداخلات روان‌شناختی با هدف بهبود تنظیم هیجان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند (۶).

درمان شناختی رفتاری (CBT) یکی از مؤثرترین مداخلات مبتنی بر شواهد برای کاهش مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و سرطان است. این رویکرد بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، باورهای منفی و الگوهای رفتاری ناسازگارانه تمرکز دارد و به افراد کمک می‌کند تا راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری را به کار گیرند. اثربخشی CBT در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس مرتبط با سرطان در مطالعات متعدد تأیید شده است (۷).

علاوه بر کاهش علائم روان‌شناختی، CBT می‌تواند به بهبود کیفیت روابط زناشویی نیز کمک کند. آموزش مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، بازسازی شناختی و مدیریت هیجان از جمله مؤلفه‌هایی هستند که می‌توانند تعاملات زوجین را ارتقا دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهبود این مهارت‌ها موجب

افزایش رضایت زناشویی، حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می شود (۸). از سوی دیگر، CBT با آموزش مهارت های تنظیم هیجان، افراد را قادر می سازد تا هیجان های منفی ناشی از بیماری را به شیوه ای سازگارانه مدیریت کنند. بازسازی شناختی، ذهن آگاهی شناختی و آموزش راهبردهای مقابله ای از جمله تکنیک هایی هستند که می توانند شدت هیجان های منفی را کاهش داده و احساس کنترل فرد بر شرایط را افزایش دهند. این فرایند در نهایت به سازگاری بهتر روان شناختی و اجتماعی بیماران منجر می شود (۹).

با وجود شواهد گسترده درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بیماران مبتلا به سرطان، مطالعات اندکی به طور همزمان تأثیر این رویکرد را بر کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان رحم بررسی کرده اند. با توجه به نقش مهم این دو متغیر در سازگاری روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران، انجام پژوهش حاضر می تواند شکاف موجود در ادبیات پژوهشی را کاهش داده و شواهد علمی ارزشمندی برای طراحی مداخلات روان شناختی مؤثر در این گروه از بیماران فراهم آورد.

روش کار

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان رحم مراجعه کننده به مراکز درمانی و کلینیک های تخصصی شهر تهران بود. که از میان آن ها ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و با توجه به ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. نمونه نهایی براساس معیارهای خروج ۲۶ نفر تجربی (۱۳) و کنترل (۱۳) باقی ماندند. ملاک های ورود به این پژوهش شامل زن بودن، متأهل بودن، تشخیص قطعی سرطان رحم توسط پزشک متخصص، داشتن

سن تقریبی ۴۰ تا ۶۵ سال، برخورداری از حداقل سواد خواندن و نوشتن، تمایل به مشارکت در پژوهش و حضور منظم در جلسات مداخله و ارائه رضایت نامه آگاهانه بود. ملاک های خروج از پژوهش شامل دریافت هم زمان هرگونه مداخله روان شناختی دیگر در طول اجرای پژوهش، ابتلا به اختلالات روان پزشکی شدید (مانند سایکوز یا افسردگی شدید نیازمند درمان فوری دارویی)، وجود اختلال شناختی مؤثر بر مشارکت، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی، و عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود.

مقیاس راهبردهای تنظیم هیجان گراس و جان:

این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) طراحی شده و شامل ۱۰ گویه است. این ابزار دارای دو خرده مقیاس «ارزیابی مجدد شناختی» با ۶ گویه و «سرکوبی هیجانی» با ۴ گویه می باشد. پاسخ دهندگان میزان موافقت خود را در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از «کاملاً مخالفم» (نمره ۱) تا «کاملاً موافقم» (نمره ۷) مشخص می کنند. در پژوهش اصلی، ضرایب همسانی درونی برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای سرکوبی ۰/۷۳ گزارش شده است. نمره بالاتر در این مقیاس نشان دهنده استفاده مؤثرتر از راهبردهای تنظیم هیجان، به ویژه ارزیابی مجدد شناختی است. در ایران، حسینی آلفای کرونباخ ۰/۷۹ را برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز ضرایب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۳/۸۳ و برای سرکوبی ۰/۷۹ به دست آمد (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۲).

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHOQOL-BREF)

سازمان جهانی بهداشت به منظور ایجاد انسجام در سنجش کیفیت زندگی در پژوهش های بین المللی، ابتدا پرسشنامه ای

۱۰۰ سؤالی (WHOQOL-100) را تدوین نمود. سپس برای تسهیل کاربرد در پژوهش‌ها، نسخه کوتاه آن با ۲۶ گویه تحت عنوان WHOQOL-BREF طراحی شد. این ابزار در سال ۱۹۹۶ توسط گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و با استخراج و تعدیل گویه‌های نسخه اصلی ساخته شد. پرسشنامه مذکور شامل چهار حیطه «سلامت جسمانی»، «سلامت روانشناختی»، «روابط اجتماعی» و «سلامت محیطی» به همراه یک نمره کلی کیفیت زندگی است. نمره هر زیرمقیاس ابتدا به صورت خام محاسبه شده و سپس به مقیاس استاندارد ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود؛ به طوری که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. در ایران، نصیری و همکاران (۱۳۸۵) این ابزار را ترجمه کرده و روایی و پایایی

آن را تأیید نموده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۴ بیانگر همسانی درونی مطلوب آن گزارش شده است. همچنین نتایج تحلیل عاملی وجود ساختار چهارعاملی ابزار را تأیید کرده است. در مطالعه‌ای بر روی ۱۱۶۷ نفر از جمعیت تهران، پایایی آزمون-بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب برای سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیطی ۰/۸۴ گزارش شد (جات و همکاران، ۱۳۸۵).

شرح مداخله: آزمودنی‌های گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت مداخله درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند (۱۰).

جدول ۱. درمان شناختی رفتاری برگرفته از (پدرام و همکاران، ۲۰۱۱):

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	یجاد رابطه درمانی، آشنایی با مدل CBT و کاهش تنش اولیه	آشنایی اعضا با مفهوم درمان شناختی رفتاری، معرفی مدل شناختی-رفتاری (C-B-A)، آموزش آرام‌سازی و تمرین تصویرسازی ذهنی هدایت‌شده
دوم و سوم	شناسایی افکار ناکارآمد و آغاز اصلاح شناختی	بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، معرفی نظریه‌های اختلالات هیجانی، بازسازی شناختی، شناسایی خطاهای شناختی، طبقه‌بندی باورها و تمرین آرام‌سازی
چهارم و پنجم	تقویت مهارت تحلیل شناختی-هیجانی و درک ارتباط افکار و رفتار	تحلیل پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، تمرین الگوی ABC، تحلیل رویدادهای روزمره، شناسایی ارتباط افکار و هیجان‌ها، تمرین آرام‌سازی
ششم	تعمیق بازسازی شناختی و کاهش واکنش‌های هیجانی منفی	تحلیل عمیق‌تر یک رویداد بر اساس مدل ABC، بررسی محتوای شناختی، تمرین آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی
هفتم	اصلاح باورهای هسته‌ای و افزایش انعطاف شناختی	شناسایی باورهای اصلی، تهیه نقشه شناختی، بررسی تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی و استاندارد باورها، تمرین آرام‌سازی

هشتم و نهم	تقویت مهارت‌های شناختی و بین‌فردی و افزایش سازگاری اجتماعی	تحلیل کارآمدی و هماهنگی باورها، بررسی منطق باورها، آموزش مهارت‌های شناختی، ایفای نقش در موقعیت‌های اضطراب اجتماعی، ارائه بازخورد
دهم	کاهش اضطراب و افزایش مواجهه تدریجی با موقعیت‌های تنش‌زا	ساخت سلسله‌مراتب اضطراب، بررسی تغییرات ادراکی، آموزش تکنیک‌های کنترل شناختی، ایفای نقش و تمرین موقعیت‌های اضطراب اجتماعی
یازدهم و دوازدهم	تثبیت تغییرات شناختی-هیجانی و پیشگیری از عود مشکلات	آموزش خودپذیری، اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد، مرور کلی جلسات، جمع‌بندی درمان، ارائه راهکارهای تداومی، ارزیابی پیشرفت و بررسی نقاط قوت و ضعف

روش آماری

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از تحلیل‌های توصیفی و تحلیل‌های استنباطی پارامتریک مانند آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد.

نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳۳/۴۳ سال با انحراف استاندارد ۵/۶۱ و در گروه کنترل ۳۲/۹۱ سال با انحراف استاندارد ۵/۵۳ بود. نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها نشان داد که توزیع متغیرها در هر دو گروه از توزیع نرمال

برخوردار است ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لون بیانگر همگنی واریانس متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی بین دو گروه بود ($P > 0/05$). بنابراین پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. افزون بر این، نتایج بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیون نشان داد که این پیش‌فرض در متغیرهای وابسته برقرار است ($P > 0/05$). در مجموع، یافته‌های مربوط به پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره برای تحلیل داده‌ها مناسب و بلامانع است.

جدول ۲. آمار جمعیت‌شناسی آزمودنی‌های تحقیق

گروه	فراوانی	سن (میانگین)	انحراف استاندارد
تجربی	۱۳	۵۳/۳۲	۷/۷۹
کنترل	۱۳	۵۰/۹۳	۶/۴۲
جمع	۲۶		

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۲/۵۳ سال با انحراف استاندارد ۷۹/۷ و در گروه کنترل ۹۳/۵۰ سال با انحراف استاندارد ۴۲/۶ بود.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل، ۱۳ نفر از زنان مبتلا به سرطان رحم حضور داشتند و در مجموع ۲۶ نفر در پژوهش شرکت کردند.

مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه نشان می‌دهد که اختلاف سنی قابل توجهی بین گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد و شرکت کنندگان از نظر سن در وضعیت نسبتاً مشابهی قرار دارند. همچنین مقادیر انحراف استاندارد بیانگر پراکندگی نسبتاً متعادل سن در هر دو گروه است. بنابراین، می‌توان نتیجه

گرفت که دو گروه از لحاظ ویژگی سنی همگن بوده‌اند و احتمال تأثیرگذاری سن بر نتایج پژوهش در حداقل میزان قرار دارد. این همگنی سنی، اعتبار مقایسه نتایج حاصل از مداخله درمان شناختی رفتاری بین دو گروه را افزایش می‌دهد.

جدول ۳. آمار توصیفی مؤلفه‌های تنظیم هیجان و کیفیت زندگی

متغیر	پیش‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
تنظیم هیجان	تجربی	۱۳	۴۸/۶۵	۳/۶۰	تجربی	۱۳	۶۱/۲۸	۲/۹۴
	کنترل	۱۳	۴۶/۸۷	۳/۲	کنترل	۱۳	۴۶/۶۹	۴/۲۳
کیفیت زندگی	تجربی	۱۳	۶۴/۵۰	۲/۲۰	تجربی	۱۳	۷۴/۱۲	۲/۵۰
	کنترل	۱۳	۶۳/۷۹	۲/۴۴	کنترل	۱۳	۶۲/۰۷	۴/۵۱

جدول ۳ میانگین متغیرهای تنظیم هیجان و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد. جهت بررسی اثرگذاری متغیر مستقل بر

متغیرهای وابسته پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌گردد

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	مجذور اتا
تنظیم هیجان	گروه	۱۲۰۱/۳۴۱	۱	۱۲۰۱/۳۴۱	۹۳/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۳
	خطا	۲۹۴/۲۹۳	۲۳	۱۲/۷۹۵			
کیفیت زندگی	گروه	۸۳۰/۴۶۳	۱	۸۳۰/۴۶۳	۸۵/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	خطا	۲۲۴/۳۹۹	۲۳	۹/۷۵۶			

به بازسازی شناختی و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای، زمینه بهبود روابط بین زوجین را فراهم می‌آورد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اوسبورن و همکاران (۸) و بوبر و وولا (۳) همسو است.

بهبود کیفیت زندگی زناشویی را می‌توان از منظر نظریه شناختی بک (۲۰۲۰) تبیین کرد. بر اساس این نظریه، افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا ممکن است افکار خودکار منفی و باورهای ناکارآمدی درباره خود، دیگران و آینده شکل دهند. در زنان مبتلا به سرطان رحم، این افکار ممکن است شامل احساس بی‌ارزشی، نگرانی درباره جذابیت جسمانی و ترس از طرد شدن توسط همسر باشد. درمان شناختی رفتاری با شناسایی و اصلاح این افکار، به بیماران کمک می‌کند تا ارزیابی واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود داشته باشند و روابط عاطفی سالم‌تری را تجربه کنند. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان رحم شده است. این یافته نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگان پس از دریافت مداخله توانسته‌اند هیجان‌های منفی خود را به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مدیریت کنند. تشخیص سرطان معمولاً با هیجان‌هایی مانند ترس، خشم، اضطراب و ناامیدی همراه است و ناتوانی در مدیریت این هیجان‌ها می‌تواند موجب تشدید مشکلات روان‌شناختی شود. آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در قالب CBT به بیماران کمک می‌کند تا واکنش‌های هیجانی خود را بهتر کنترل کرده و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری نشان دهند. این یافته با مدل فرایندی تنظیم هیجان گروس (۵) قابل تبیین است. بر اساس این مدل، افراد می‌توانند از راهبردهای مختلفی برای مدیریت هیجان‌های خود استفاده کنند. درمان شناختی رفتاری با آموزش بازسازی شناختی، حل مسئله و مقابله مؤثر، استفاده از راهبردهای سازگارانه را افزایش داده و از به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب، سرکوب هیجانی و نشخوار فکری جلوگیری می‌کند. در نتیجه، بیماران توانایی بیشتری برای سازگاری با شرایط بیماری پیدا می‌کنند. یکی دیگر از تبیین‌های احتمالی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری، افزایش احساس کنترل و خودکارآمدی در بیماران است. زنان مبتلا به سرطان رحم اغلب احساس می‌کنند کنترل محدودی بر وضعیت جسمانی و آینده

نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۴ نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود دارد ($F=93.889, p<0.001$) این یافته بیانگر آن است که درمان شناختی رفتاری توانسته است به طور معناداری موجب بهبود تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان رحم شود. همچنین مقدار مجذور اتا ($\eta^2=0.803$) نشان می‌دهد که حدود ۸۰ درصد از واریانس تغییرات تنظیم هیجان به عضویت در گروه (دریافت درمان شناختی رفتاری) مربوط است که بیانگر اندازه اثر بسیار بزرگ مداخله است.

همچنین نتایج نشان داد که بین دو گروه در متغیر کیفیت زندگی نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($F=85.119, p<0.001$). این نتیجه حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری باعث افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان رحم شده است. مقدار مجذور اتا برای این متغیر برابر با ۰/۷۸۷ به دست آمد که نشان می‌دهد ۷۸ درصد از واریانس کیفیت زندگی توسط مداخله درمان شناختی رفتاری تبیین می‌شود. این میزان نیز بیانگر اندازه اثر بسیار بزرگ مداخله است.

در مجموع، نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری تأثیر قابل توجهی بر بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان رحم داشته است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی این بیماران تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری (CBT) موجب بهبود معنادار کیفیت زندگی زناشویی در زنان مبتلا به سرطان رحم شد. این یافته بیانگر آن است که اصلاح افکار ناکارآمد، کاهش سوگیری‌های شناختی و آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند به ارتقای تعاملات زناشویی در این گروه از بیماران منجر شود. زنان مبتلا به سرطان رحم به دلیل مواجهه با استرس‌های ناشی از بیماری، نگرانی‌های مرتبط با آینده، تغییرات جسمانی و مشکلات عملکرد جنسی، اغلب کاهش رضایت زناشویی را تجربه می‌کنند. درمان شناختی رفتاری از طریق کمک

مؤثر است و می‌تواند کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. علاوه بر این، بهبود کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان نه تنها سلامت روان بیماران را ارتقا می‌دهد، بلکه با افزایش حمایت اجتماعی، کاهش استرس و بهبود سازگاری روان‌شناختی، می‌تواند موجب افزایش پایداری به درمان و سازگاری بهتر با بیماری شود (۱۲، ۱۶، ۶). بنابراین، ادغام خدمات روان‌شناختی مبتنی بر CBT در برنامه‌های مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان رحم می‌تواند نقش مهمی در ارتقای پیامدهای روانی و درمانی این بیماران داشته باشد.

با وجود نتایج امیدوارکننده، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. استفاده از نمونه در دسترس، محدود بودن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به سرطان رحم و اتکا به ابزارهای خودگزارشی ممکن است تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کرده باشد. همچنین عدم بررسی پیگیری طولانی مدت مانع از ارزیابی پایداری اثرات درمان در طول زمان می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر، روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و دوره‌های پیگیری طولانی‌تر استفاده شود. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری می‌تواند به طور مؤثری کیفیت زندگی زناشویی و تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان رحم را بهبود بخشد. این رویکرد از طریق اصلاح افکار ناکارآمد، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ارتقای تنظیم هیجان و بهبود تعاملات بین‌فردی، سازگاری روان‌شناختی بیماران را افزایش می‌دهد. بر این اساس، استفاده از برنامه‌های درمان شناختی رفتاری در کنار مراقبت‌های پزشکی می‌تواند به عنوان راهبردی مؤثر برای ارتقای سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان رحم توصیه شود.

تشکر و قدردانی

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

خود دارند. جلسات CBT از طریق آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و تشویق بیماران به مشارکت فعال در مدیریت مشکلات، احساس تسلط بر شرایط را افزایش می‌دهد. افزایش خودکارآمدی نیز به نوبه خود موجب کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی زناشویی و هیجانی می‌شود (۱۱).

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های هافمن و همکاران (۷) همسو است که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سازگاری بیماران تأیید کرده‌اند. همچنین پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه روان‌انکولوژی نشان داده‌اند که مداخلات شناختی رفتاری می‌تواند افسردگی، اضطراب و پریشانی هیجانی مرتبط با سرطان را کاهش دهند و کیفیت زندگی بیماران را بهبود بخشند (۱۲). یافته‌های حاضر این شواهد را در جمعیت زنان مبتلا به سرطان رحم گسترش می‌دهد.

ز منظر بین‌فردی، بهبود کیفیت زندگی زناشویی ممکن است ناشی از افزایش مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض در میان شرکت‌کنندگان باشد. درمان شناختی رفتاری بر آموزش مهارت‌هایی نظیر ابراز مؤثر هیجان‌ها، گوش دادن فعال، حل مسئله و بازسازی شناختی در تعاملات بین‌فردی تأکید دارد. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا افکار و احساسات خود را به شیوه‌ای سازنده بیان کرده و در مواجهه با تعارضات زناشویی از راهبردهای ارتباطی کارآمدتری استفاده کنند. در نتیجه، سطح حمایت هیجانی ادراک‌شده از سوی همسر افزایش یافته و رضایت از رابطه زناشویی بهبود می‌یابد. این یافته با پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مداخلات شناختی-رفتاری برای زوجین و بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن همسو است (۱۳-۱۵).

یافته‌های پژوهش حاضر از نظر بالینی نیز حائز اهمیت است. با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان رحم، استفاده از مداخلات شناختی رفتاری در مراکز درمانی و کلینیک‌های انکولوژی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مکمل در کنار درمان‌های پزشکی مورد توجه قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب، افسردگی و پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان

References

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I. Global cancer statistics 2022. GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2023;68:394-424.
2. Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, Shashidhara YN, Kamath A. Quality of life among cancer patients. Indian journal of palliative care. 2017 Oct;23(4):445.
3. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. Journal of Clinical Oncology. 2012 Oct 20;30(30):3712-9.
4. Falvo D, Holland BE. Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Jones & Bartlett Learning; 2017 Mar 6.
5. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26.
6. Aldao A, Gee DG, De Los Reyes A, Seager I. Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and psychopathology*. 2016 Nov;28(4pt1):927-46.
7. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012 Oct;36(5):427-40.
8. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. *The international journal of Psychiatry in Medicine*. 2006 Mar;36(1):13-34.
9. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Publications; 2020 Oct 7.
10. Pedram M, Mohammadi M, Naziri GH, Aeinparast N. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer.
11. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.
12. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical oncology*. 2013 Feb 20;31(6):782-93.
13. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Keefe FJ. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast disease*. 2006 Jun 23;23(1):103-13.
14. Christensen A, Atkins DC, Baucom B, Yi J. Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010 Apr;78(2):225.
15. Epstein NB, Baucom DH. *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. American Psychological Association; 2002.
16. Greer JA, Traeger L, Bemis H, Solis J, Hendriksen ES, Park ER, Pirl WF, Temel JS, Prigerson HG, Safren SA. A pilot randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral therapy for anxiety in patients with terminal cancer. *The oncologist*. 2012 Oct 1;17(10):1337-45.

*Original Article***The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy in Improving Marital Quality of Life and Emotion Regulation among Women with Uterine Cancer**

Received: 10/02/2025 - Accepted: 02/05/2025

Nastaran Kazemian Tarhan¹
Azam Ghanbari^{2*}¹ Department of Psychology, Ga.C.,
Islamic Azad University, Garmsar,
Iran.² Department of Psychology, Ga.C.,
Islamic Azad University, Garmsar,
Iran. (Corresponding Author)

Email: azamghanbariii57@gmail.com

Abstract**Introduction:** In addition to physical consequences, uterine cancer is associated with numerous psychological and interpersonal problems that can affect the quality of marital life and the ability to regulate emotions in patients. The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on the quality of marital life and emotion regulation in women with uterine cancer.**Methods:** Here is a precise, journal-ready academic English translation:

This study was a quasi-experimental research with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population included women diagnosed with uterine cancer who referred to medical centers and specialized clinics in Tehran. Among them, 26 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the experimental or control group. The experimental group received 12 sessions of 90-minute cognitive-behavioral therapy, whereas the control group received no psychological intervention. The research instruments included the Emotion Regulation Questionnaire by Gross and John (2003) and the World Health Organization Quality of Life–BREF (WHOQOL-BREF). The data were analyzed using one-way analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results showed that cognitive behavioral therapy had a significant effect on improving the quality of marital life and emotion regulation in women with uterine cancer ($p \leq 0.05$). Also, the mean scores of marital quality of life and adaptive emotion regulation strategies in the experimental group increased significantly compared to the control group ($p \leq 0.05$).**Conclusion:** It can be said that this approach increases the psychological adaptation of patients by correcting dysfunctional thoughts, training coping skills, and improving the ability to manage emotions. Therefore, the use of cognitive behavioral interventions along with medical treatments can play an important role in improving the mental health and quality of life of these patients**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Emotion Regulation, Quality Of Life, Women With Uterine Cancer.