

مقایسه اثربخشی درمان روایتی و درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان روایتی و درمان شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان انجام شد.

روش کار: جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند ۴۵ بیمار انتخاب و در دو گروه آزمایش (درمان روایتی، درمان شناختی-رفتاری) و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت کاملاً تصادفی جایگزین شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل مقیاس خودکارآمدی درد (PSEQ)، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای لازاروس بود. گروه آزمایش تحت مداخله روایت درمانی (۸ جلسه ۲ ساعتی) و مداخله شناختی-رفتاری (۹ جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 و با استفاده از تحلیل واریانس و LSD تجزیه و تحلیل شد. **نتایج:** یافته‌ها نشان داد که اثربخشی درمان روایتی بر خودکارآمدی درد ($F(2, 43) = 60.734, P < 0.001$) و سبک‌های مقابله‌ای ($F(2, 43) = 35.286, P < 0.001$)، معنادار است. همچنین مداخله مبتنی بر CBT بر خودکارآمدی درد ($F(2, 43) = 199.125, P < 0.001$) و سبک‌های مقابله‌ای ($F(2, 43) = 231.370, P < 0.001$) تاثیر معناداری دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج LSD، گروه درمان روایتی نسبت به گروه درمان شناختی-رفتاری در پس‌آزمون خودکارآمدی درد و سبک مقابله‌ای مساله مدار افزایش و در سبک مقابله‌ای هیجان مدار در سطح معناداری ($p < 0.05$) کاهش داشته است.

کلمات کلیدی: درمان روایتی، درمان شناختی-رفتاری، خودکارآمدی درد، سبک‌های مقابله‌ای، سرطان پستان

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مهین حسن فامیان^۱

علی خادمی^{۲*}

علی شاکر دولق^۳

علی زینالی^۴

رحیم اصغری^۵

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، مرکز تحقیقات روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

^۴ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد خوی، دانشگاه آزاد اسلامی، خوی، ایران.

^۵ استادیار، گروه بیماری‌های داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

Email: dr_ali_khademi@yahoo.com

مقدمه

سرطان، بیماری است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود و عارضه‌ای است که مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد (۱). از جمله شایعترین، کشنده-ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین انواع سرطان به ویژه در زنان، سرطان سینه می‌باشد؛ چراکه بعد از تشخیص بیماری، بقاء طولانی‌تری داشته و تجربه عاطفی آسیب-زایی برای آنان محسوب می‌شود (۲). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه بیش از ۱/۲ میلیون نفر بیمار مبتلا به سرطان سینه تشخیص و بیش از ۵۰۰ هزار نفر در اثر این بیماری فوت می‌کنند. در این میان ۱ تا ۷ درصد آنان مبتلا به مهاجم‌ترین نوع آن یعنی سرطان التهابی پستان هستند (۳). در ایران نیز، سرطان پستان یکی از شایعترین بدخیمی‌ها در زنان است (۴). سرطان پستان می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شده و باورهای اساسی بیماران را در مورد آسیب‌پذیری شخصی، ایمنی و ارزش خود به چالش بکشد (۵ و ۶).

درد تجربه حسی و عاطفی ناخوشایندی است که با اکثر بیماری‌ها همراه است. این تجربه ناخوشایند در بیماری سرطان و بالاخص سرطان‌های مقاوم به درمان همیشه مطرح است. درد می‌تواند واکنش بیمار را از کوچکترین تا بزرگترین مسائل مهم زندگی، تحت تاثیر قرار داده و سیستم زندگی او را با خلل روبرو سازد (۷). شیوه مقابله و مواجهه با دردهای حاصل از بیماری و پذیرش و کنترل موثر آن گام مهمی در فرایند درمان است. شیوه مقابله موثر یا خودکارآمدی درد مولفه‌ای مهم در حوزه سرطان می‌باشد. که در کیفیت مطلوب زندگی افراد مبتلا به سرطان دخالت داشته و برخورداری از آن برای بیماران سرطانی امری مهم و ضروری تلقی می‌شود. خودکارآمدی عبارت است از توانایی انجام کاری یا رسیدن به هدفی که برآیندی خاص را تولید می‌کند و تأثیر مهمی بر عملکرد، احساس و حالت‌های عاطفی فرد دارد. نتایج تحقیقات در بیماران سرطانی نشان می‌دهد که انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی باعث افزایش بازده در روند درمان و کاهش علائم می‌شود (۸). خودکارآمدی درد، در بیماران مبتلا به سرطان منجر به سازگاری بهتر و بهبود کیفیت زندگی می‌شود و علائم ناشی از سرطان را در بیماران کاهش

می‌دهد (۹). پرکینز و همکاران (۱۰) در پژوهشی بر روی ۱۴۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی درد جسمی آنها ارتباط دارد. از سویی دیگر یکی دیگر از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر وضعیت روان‌شناختی مبتلایان به سرطان، نحوه‌ی کنار آمدن با بیماری و نوع سبک مقابله مورد استفاده برای مقابله با استرس‌های ناشی از تشخیص و درمان سرطان است (۱۱). سبک مقابله یک متغیر تعدیل‌گر مهم در رابطه بین استرس و پیامدهایی همچون، اضطراب و افسردگی به شمار می‌رود، از اینرو اگر سبک مقابله از نوع موثر، کارآمد و سازگارانه (مساله مدار) باشد، استرس کمتر فشارزا است. در مقابل، اگر سبک مقابله، ناسازگارانه و ناکارآمد (هیجان مدار) باشد نه تنها استرس را مهار نمی‌کند، بلکه منبع فشار به شمار آمده و شرایط را بدتر می‌کند (۱۰). در همین راستا پژوهش‌های بسیاری به این نتیجه دست یافته‌اند که بیماران مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم در مقابله با رویدادهای فشارزای زندگی از راهبردهای هیجان مدار استفاده می‌کنند (۱۲ و ۱۳).

به دلیل پیامدهای قابل توجه مسائل روانشناختی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، سازمان جهانی بهداشت بر لزوم به کارگیری روش‌های مکمل جهت کنترل این پیامدها تأکید کرده است. یکی از درمان‌ها، درمان روایتی است. یک مداخله کوتاه-مدت جمعی فرهنگی که در کارهای میشل وایت ریشه دارد. این درمان شکلی از مواجهه می‌باشد، که در آن بازماندگان حادثه آسیب‌زا به بیان جزئیات حادثه تشویق می‌شوند و به مهارت درمانگران برای ثبت آنها اشاره می‌کند. (۱۴). از آنجایی که بیمار مبتلا به سرطان، تشخیص بیماری خود را نوعی حادثه آسیب‌زا تلقی می‌کنند، بنابراین صحبت در مورد بیماری و فرآیند آن می‌تواند بر سطح استرس و علائم فیزیولوژیکی مرتبط با آن تاثیر داشته باشد (۱۵). ولین و لیتون (۱۶) با پژوهشی درباب تاثیر روایت درمانی در درمان سرطان متاستاتیک پروستات و نقش‌های مراقبتی و بهبود کیفیت درمان نشان دادند این درمان می‌تواند در بهبود عملکردی و همکاری با درمان و بالا بردن پارامترهای کیفی درمان نقش بسیار ارزنده‌ای را ایفا کند.

مقابله‌ای مورد بررسی قرار نداده است. لذا مطالعه حاضر، می‌تواند در طراحی و اجرای مداخلات موثر بر کاهش دردهای روانشناختی در بیماران سرطانی قدمی در بهبود وضعیت سلامت بیماران مبتلا به سرطان پستان باشد و برای روانشناسان، مشاوران، مراقبان بهداشتی درگیر با این بیماران و محققان آینده اطلاعات مفیدی در خصوص روش‌های موثر بر کاهش فاجعه‌سازی و درد ادراک شده و افزایش خودکارآمدی درد فراهم آورد. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه درمان‌ها و روش‌ها می‌باشد. این پژوهش به سه سوال اساسی می‌پردازد: اثربخشی درمان روایتی، درمان شناختی-رفتاری و سپس پاسخ به این سوال که آیا بین اثربخشی درمان روایتی و درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی درد و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان تفاوت وجود دارد؟

روش کار

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس-آزمون با گروه گواه همراه دوره پیگیری بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۰ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند ۴۵ بیمار انتخاب و در دو گروه آزمایش (درمان‌روایتی، درمان شناختی-رفتاری) و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) به صورت کاملاً تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود شامل؛ تشخیص بیماری سرطان سینه مقاوم به درمان، تمایل به شرکت در مطالعه، سن بالای ۲۰ سال، عدم اعتیاد، عدم اختلالات بارز روانپزشکی و عدم سابقه شرکت در جلسات مداخله‌ای مشابه بود. معیارهای خروج نیز شامل؛ غیبت بیش از ۲ جلسه و هرگونه ناتوانی که حضور شرکت کنندگان را با دشواری همراه کند، بود. قبل از اجرای مداخله، پرسشنامه خودکارآمدی درد (PSEQ)، و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای به عنوان پیش‌آزمون اجرا گردید. بعد از مداخلات آموزشی، از دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و یک ماه بعد دوره پیگیری اجرا و نتایج مورد سنجش و بررسی قرار گرفت. ابزارهای مورد بررسی در ادامه آورده شده است.

۱) مقیاس خودکارآمدی درد (PSEQ):

از آنجا که این واکنش‌ها در محیط امن درمانی با فنون آرامش بخش درمان همراه می‌شود، می‌تواند در جریان شرطی‌سازی تقابلی منجر به خوگیری در فرد شود. از طرفی، وقتی فرد از تک-تک حوادث آسیب‌زای خود با جزئیات فراوان صحبت می‌کند، گاه علایم فیزیولوژیک به دلیل اینکه آگاهی نسبت به آنها کمتر است، بسیار فاجعه آمیز تفسیر می‌شوند. (۱۷، ۱۸). در همین زمینه اکبری نخجوانی و بدری گرگری (۲۰) دریافتند که روش افشای هیجانی به شیوه روایت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است. وفانوش و امیدواری (۲۱) اثربخشی روایت-درمانی بر افزایش خودکارآمدی در بین کودکان سرطانی 6 تا ۱۰ ساله گزارش نمودند.

از مداخلات موثر دیگر، درمان شناختی-رفتاری است. سال-هاست که این درمان به عنوان یکی از روش‌های موثر بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان مطرح می‌باشد، تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند (۲۲، ۲۳). درمانگرانی که کار خود را بر اساس عناصر اصلی این رویکرد برنامه‌ریزی می‌کنند، آسان‌تر می‌توانند درمان را با مشکلات بیماران متناسب کنند. این نوع درمان روی سبک‌های مقابله‌ای و تغییر آن در افراد موثر می‌باشند (۲۴).

مقدم و همکاران (۲۵) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای تاثیر مطلوب دارد. ولاین و لیتون (۱۶) مطرح ساخت که این درمان با کاهش تجربه‌ی درد موجب می‌شود که افراد از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و سبک‌های اجتنابی کمتر و روش‌های مساله مدار بیشتر استفاده کنند. همچنین چندین مطالعه گزارش نمودند که درمان شناختی- رفتاری در کاهش درد ادراک شده، خودکارآمدی درد و فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹).

به طور کلی اگرچه تحقیقات پیشین اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در متغیرهایی مانند ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای در زندگی بیماری‌های مزمن همچون سرطان بررسی نموده اند، اما هیچ پژوهشی، نقش درمان روایتی را در بیماری سرطان به خصوص سرطان پستان بصورت مجزا و نیز بصورت مقایسه‌ای با درمان شناختی رفتاری، بر روی خودکارآمدی درد و سبک‌های

جلسه اول (مقدماتی/معارفه): آشنایی اعضا با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف، قوانین و ساختار جلسات، تبیین مدل درمانی، تشویق و توجیه اعضا در شرح روایت های خود.

جلسه دوم (داستان زندگی): برونی سازی، بررسی روایت های غالب، مشخص سازی داستان اشباع از مشکل، بررسی نفوذ مشکل بر فرد و بالعکس و چگونگی ساخت داستان ها

جلسه سوم (رویدادهای مهم زندگی): دستیابی به اصول حاکم بر داستان گویی افراد، یافتن تجارب اوج و افت افراد در زندگی و دیدن داستان از منظری دیگر

جلسه چهارم (ساخت شکنی): نامگذاری مشکل، ساخت شکنی از قدرت انداختن مشکل)، تکنیک باز معنایی با زدن برچسب جدید به مشکل

جلسه پنجم (ابتکارات): تعیین عوامل مثبت و منفی مؤثر در داستان ها، بررسی چالش های بزرگ زندگی، دستیابی به داستان های سایه ای افراد و به چالش کشاندن اعضا

جلسه ششم (پیامدهای بی همتا): بررسی پیامدهای منحصر به فرد، بکارگیری عناصر جدید در روایت، بررسی اولویت ها، اهداف، آرزوها و افراد مهم در زندگی و تغییر چهارچوب زندگی فرد

جلسه هفتم (بازسازی و بازگویی روایت زندگی): تکیه بر نقاط قوت مراجع، تحلیل ارتباط روایت جدید با زندگی فرد، جریان بخشیدن به روایت جدید، رسیدن به نقطه بحرانی

جلسه هشتم (بازنویسی نهایی داستان زندگی): بررسی داستان تازه افراد، پیش بینی مشکلات احتمالی، ویرایش نهایی، ایفای نقش در داستان جدید زندگی

۴) پروتکل درمان شناختی رفتاری

محتوای جلسه بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری، در چارچوب طرح درمانی ویلدرموت (۲۰۰۸) در ۹ جلسه (هر جلسه ۹۰-۶۰ دقیقه) طراحی گردید. محتوای جلسات در ذیل گزارش گردیده است:

جلسه اول (مقدماتی/معارفه): معرفی، ارائه اطلاعات پایه ای در مورد روان درمانی شناختی-رفتاری، بیان قوانین و اصول درمان و انجام تکلیف بصورت تمرینی

این مقیاس براساس نظریه بندورا توسط نیکولاس (۱۹۸۰) ساخته شده است. یک پرسشنامه ده ماده ای که به منظور ارزیابی باور بیمار از توانایی اش در انجام فعالیت های گوناگون علیرغم وجود درد، می باشد. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت شش درجه ای با دامنه نمرات ۰ تا ۶۰ می باشد که نمرات بالاتر بیانگر باور قدرتمند در انجام فعالیت های روزمره علیرغم وجود درد است و بالعکس (میرزمانی و همکاران، ۱۳۹۳). همبستگی درونی این پرسشنامه برطبق گزارش اصغری، رحمتی و شعیری (۳۰) برابر با ۰/۹۲ می باشد. نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه های همتراز دیگر مانند پرسشنامه خود کارآمدی هبستگی بالایی نشان داده است. اصغری مقدم و همکاران (۳۰) ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آورده اند که بیانگر پایایی رضایت-بخش آزمون است.

۲) مقیاس راهبردهای مقابله ای لازاروس:

توسط لازاروس و فلکمن (۳۱) ساخته شده و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. دارای ۶۶ ماده و ۸ مقیاس: مقابله رویارویی، دوری جویی، خویشنداری، جستجوی حمایت اجتماعی، مسیولیت پذیری، گریز و اجتناب، حل مدبرانه مساله و باز برآورد مثبت می باشد. نمره گذاری پرسشنامه طبق طیف لیکرت از ۰ تا ۳ است. نمرات بالا نشان دهنده کارآمدی راهبردهای مقابله ای در مسایل و موارد استرس زا می باشد. روایی و پایایی پرسشنامه در ایران بر روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است. برای بررسی پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ برآورد گردید.

۳) پروتکل روایت درمانی

روایت درمانی در این پژوهش شامل هشت جلسه آموزشی متواتر، هر هفته یک جلسه دو ساعته، بود که بر اساس مفاهیم عمده روایت درمانی میشل وایت (۱۹۹۸) تهیه و تنظیم شد. عناوین و محتوای جلسات آن به این شرح است:

جلسه هشتم (عزت نفس): تعریف عزت نفس، بیان این نکته که چگونه خود ارزیابی‌های منفی موجب عدم عزت نفس می‌شود و راهبردهایی برای بهبود حرمت خود

جلسه نهم (پیشگیری از عود): برنامه‌ریزی برای پیشگیری از عود، بیان ضرورت تمرین مهارت‌های کسب شده در طول جلسات، ارزیابی پیشرفت کار و مهارت‌های کسب شده

داده‌ها در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل گردید. در بخش توصیفی از روش آمار توصیفی مانند (جدول توزیع فراوانی، نمودارها، محاسبه میانگین، انحراف معیار) و نیز از روش آمار استنباطی تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی اثربخشی مداخلات در دوره‌های زمانی متفاوت و آزمون LSD جهت ارزیابی تفاوت اثربخشی در مداخلات با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS-26 انجام گرفت.

نتایج

اطلاعات دموگرافیک مربوط گروه‌های نمونه به تفکیک و در قالب جدول ارائه شده است:

جلسه دوم (افکار، احساسات، رفتار): توضیح درباره‌ی ارتباط افکار، احساس و رفتار و تفاوت آن‌ها، بیان خطاهای شناختی

جلسه سوم (بازسازی افکار): توضیح چهار گام اصلی برای بازسازی افکار (شناسایی افکار، ارزیابی افکار، تغییر افکار، تعیین اثرات افکار اصلاح شده)

جلسه چهارم (نشانه‌ها و زنجیره‌ها): بررسی زنجیره‌ی علت، پاسخ، پیامد، توضیح اینکه پیامدها چگونه خود در زنجیره رفتاری بزرگتر قرار می‌گیرد و بیان راهبردهایی برای شکستن زنجیره مخرب

جلسه پنجم (جرات ورزی): بررسی تکلیف جلسه قبل، تعریف رفتار جرات‌مندانه، تصور موقعیتی که در آن رفتار جرات‌مندانه داشتن مشکل است، خودگویی پیشنهادی برای افزایش جرات-ورزی، فرق بین رفتار منفعل، پرخاشگرانه و جرات‌مندانه

جلسه ششم (تکانشگری، خودکنترلی و بالا بردن خلق): تعریف تکانه و بحث در مورد مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر و راهکارهایی در مورد بالا بردن خلق و افزایش رویدادهای خوشایند

جلسه هفتم (مدیریت استرس و حل مسئله): مدیریت استرس و حل مسئله توضیح در مورد استرس، استرسور، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله و آموزش آرامش عضلانی

جدول ۱. توزیع فراوانی ۳ گروه نمونه بر حسب اطلاعات دموگرافیک (n=۴۵)

مقیاس	گروه	سطوح سنی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
سن	درمان‌روایتی (n=۱۵)	۳۵-۴۴	۸	۵۳/۳۳	
	درمان‌شناختی- رفتاری (n=۱۵)	۴۵-۵۴	۵	۳۳/۳۳	
		۵۵-۶۴	۲	۱۳/۳۳	
		۳۵-۴۴	۹	۶۰	
	گواه (n=۱۵)	۴۵-۵۴	۳	۲۰	
		۵۵-۶۴	۳	۲۰	
		۳۵-۴۴	۶	۴۰	
	گواه (n=۱۵)	۴۵-۵۴	۴	۲۶/۶۷	
		۵۵-۶۴	۵	۳۳/۳۳	
تحصیلات	درمان‌روایتی (n=۱۵)	دیپلم و فوق دیپلم	۸	۵۳/۳۳	۵۳/۳۳
		زیر دیپلم	۵	۳۳/۳۳	۸۶/۶۷
		لیسانس و بالاتر	۲	۱۳/۳۳	۱۰۰

۴۰	۴۰	۶	دیپلم و فوق دیپلم			
۶۶/۶۷	۲۶/۶۷	۴	زیر دیپلم	درمان‌شناختی - رفتاری (n= ۱۵)		
۱۰۰	۳۳/۳۳	۵	لیسانس و بالاتر			
۲۶/۶۷	۳۳/۳۳	۵	دیپلم و فوق دیپلم			
۸۰	۴۶/۶۷	۷	زیر دیپلم	گواه (n= ۱۵)		
۱۰۰	۳۳/۳۳	۳	لیسانس و بالاتر			
۴۶/۶۷	۴۶/۶۷	۷	بدون فرزند	درمان‌روایتی		
۸۰	۳۳/۳۳	۵	۱-۲ فرزند	(n= ۱۵)		
۱۰۰	۲۰	۳	۳ فرزند و بالاتر			
۵۳/۳۳	۵۳/۳۳	۸	بدون فرزند			تعداد
۸۰	۲۶/۶۷	۴	۱-۲ فرزند	درمان‌شناختی - رفتاری (n= ۱۵)		فرزند
۱۰۰	۲۰	۳	۳ فرزند و بالاتر			
۴۰	۴۰	۶	بدون فرزند			
۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۵	۱-۲ فرزند	گواه (n= ۱۵)		
۱۰۰	۲۶/۶۷	۴	۳ فرزند و بالاتر			
۴۶/۶۷	۴۶/۶۷	۸	متاهل	درمان‌روایتی		
۸۰	۳۳/۳۳	۵	مجرد	(n= ۱۵)		
۱۰۰	۲۰	۲	جدا شده			
۵۳/۳۳	۵۳/۳۳	۸	متاهل			
۸۰	۲۶/۶۷	۶	مجرد	درمان‌شناختی - رفتاری (n= ۱۵)		تاهل
۱۰۰	۲۰	۱	جدا شده			
۴۰	۴۰	۸	متاهل			
۳۳/۳۳	۳۳/۳۳	۵	مجرد	گواه (n= ۱۵)		
۱۰۰	۲۶/۶۷	۲	جدا شده			

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی راهبردهای مقابله و خودکارآمدی درد سه گروه

گروه	مؤلفه‌ها/شاخص	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیکری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
روش درمان‌روایتی (n=۱۵)	مساله مدار	۴/۱۹	۳۲/۸۷	۳/۶۷	۴۰/۷۷	۴/۵۱
	هیجان مدار	۴/۲۸	۶۰/۷۳	۴/۵۷	۳۶/۱۲	۴/۲۱
	حمایت اجتماعی	۲/۷۶	۶/۰۷	۲/۶۰	۹/۱۲	۲/۱۸
	مسئولیت	۱/۱۳	۵/۰۴	۱/۶۸	۸/۶۶	۱/۶۷
	مساله‌گشایی	۲/۲۰	۹/۱۳	۱/۲۳	۱۲/۱۱	۲/۵۶
	ارزیابی مجدد	۲/۱۳	۱۰/۱۰	۱/۶۴	۱۲/۰۹	۲/۲۱
	رویارویی	۲/۵۶	۱۳/۴۷	۱/۶۹	۸/۰۱	۲/۸۹
	دوری‌گزینی	۱/۴۸	۱۴/۶۷	۲/۴۴	۸/۸۵	۱/۷۷
	گریز اجتناب	۱/۴۰	۲۱/۴۰	۲/۲۰	۱۱/۹۸	۲/۲۰
	خوب‌بختنداری	۱/۷۸	۱۱/۲۰	۱/۵۵	۶/۰۱	۲/۱۴

۵/۴۵	۳۸/۶۹	۵/۲۴	۳۹/۳۳	۵/۶۹	۳۱/۷۵	خودکار آمدی درد
۳/۵۹	۳۸/۱۲	۳/۷۷	۳۸/۳۰	۴/۵۴	۲۸/۱۵	مساله مدار
۴/۱۲	۴۱/۱۲	۴/۰۱	۴۱/۲۲	۴/۱۲	۵۹/۱۳	هیجان مدار
۲/۶۹	۹/۲۳	۲/۶۹	۹/۰۱	۲/۲۱	۷/۶۷	حمایت اجتماعی
۱/۶۶	۸/۹۸	۱/۸۸	۸/۹۴	۱/۶۷	۴/۹۴	مسئولیت
۱/۶۷	۱۱/۰۱	۱/۶۷	۱۱/۱۲	۲/۵۶	۹/۰۱	مساله گشایی
۱/۵۸	۱۲/۷۷	۱/۸۹	۱۲/۱۱	۲/۲۱	۹/۷۶	ارزیابی مجدد
۲/۱۲	۷/۵۹	۲/۰۹	۷/۹۸	۲/۸۹	۱۲/۰۷	رویارویی
۲/۸۷	۱۰/۵۵	۲/۹۹	۱۰/۲۱	۱/۷۷	۱۴/۸۹	دوری گزینی
۲/۵۹	۱۴/۳۳	۲/۸۵	۱۴/۶۰	۲/۲۰	۲۰/۱۶	گریز اجتناب
۲/۳۴	۷/۳۱	۲/۲۱	۷/۰۸	۲/۱۲	۱۲/۱۵	خویشنداری
۵/۳۱	۳۷/۱۱	۵/۱۲	۳۷/۲۰	۵/۷۷	۲۹/۳۲	خودکار آمدی درد
۳/۵۸	۲۹/۱۰	۳/۶۷	۲۹/۰۱	۳/۹۸	۲۸/۱۲	مساله مدار
۴/۱۰	۵۸/۲۱	۴/۰۷	۵۸/۹۹	۴/۱۱	۵۸/۴۵	هیجان مدار
۲/۹۹	۷/۸۰	۲/۸۸	۷/۸۶	۲/۶۶	۷/۱۲	حمایت اجتماعی
۱/۵۷	۷/۱۰	۱/۶۶	۷/۱۲	۱/۵۴	۶/۰۶	مسئولیت
۲/۵۷	۸/۷۷	۲/۶۹	۸/۸۸	۲/۵۶	۸/۱۱	مساله گشایی
۲/۵۵	۱۰/۶۷	۲/۶۴	۱۰/۸۸	۲/۴۵	۱۰/۱۵	ارزیابی مجدد
۲/۸۷	۱۲/۲۱	۲/۶۹	۱۲/۰۱	۲/۷۸	۱۲/۷۶	رویارویی
۲/۳۳	۱۳/۲۱	۲/۲۳	۱۳/۱۰	۱/۸۹	۱۳/۳۳	دوری گزینی
۲/۵۸	۱۹/۱۵	۲/۵۸	۱۹/۰۲	۲/۲۱	۱۸/۳۱	گریز اجتناب
۲/۱۲	۱۲/۴۴	۲/۰۶	۱۲/۵۳	۱/۸۹	۱۲/۱۱	خویشنداری
۵/۴۳	۳۲/۲۲	۵/۷۵	۳۲/۳۳	۵/۶۹	۳۲/۴۳	خودکار آمدی درد

روش درمان شناختی-رفتاری (n=10)

نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. همچنین در مرحله پیگیری نیز این نمرات ثبات داشته است. میانگین نمرات پس-آزمون در گروه گواه برای مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی درد نیز نسبت به مرحله پیش‌آزمون تفاوت و تغییر معناداری را نشان نداد.

با هدف ارزیابی مفروضه‌های توزیع نرمال و همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش، شاخص شاپیرو-ویلک و آزمون لون هریک از آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میانگین نمرات پس‌آزمون برای مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای (رویارویی، دوری‌گزینی، گریز اجتناب و خویشنداری) نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است. در مرحله پیگیری نیز این نمرات ثبات داشته است. میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در گروه مداخله شناختی-رفتاری برای مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای (مساله مدار، هیجان مدار، حمایت اجتماعی، مسئولیت، مساله‌گشایی و ارزیابی مجدد) و خودکارآمدی درد نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است. همچنین میانگین نمرات پس‌آزمون برای مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای (رویارویی، دوری‌گزینی، گریز اجتناب و خویشنداری)

جدول ۳. شاخص شاپیرو-ویلک و آزمون لون متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		شاپیرو-ویلک	لون	شاپیرو-ویلک	لون	شاپیرو-ویلک	لون
خودکارآمدی درد	درمان	۰/۹۳۲ (P=۰/۲۵۹)	F=۰/۲۸۳	۰/۹۳۱ (P=۰/۲۵۱)	F=۰/۹۳۳	۰/۹۵۱ (P=۰/۵۰۳)	F=۱/۸۷
	روایتی		P=۰/۷۵۵		P=۰/۴۰۱		P=۰/۱۶۵
	درمان cbt	۰/۹۱۱ (P=۰/۲۳۱)	F=۰/۲۶۶	۰/۷۹۸ (P=۰/۲۱۳)	F=۰/۸۸۹	۰/۷۹۹ (P=۰/۵۴۱)	F=۱/۶۶
	کنترل	۰/۹۴۱ (P=۰/۳۵۹)	P=۰/۷۸۷	۰/۹۵۹ (P=۰/۶۵۱)	P=۰/۳۶۶	۰/۹۶۲ (P=۰/۷۰۱)	P=۰/۱۵۹
راهبرد مساله مدار	درمان	۰/۹۱۸ (P=۰/۱۵۴)	F=۰/۱۲۳	۰/۹۴۷ (P=۰/۴۴۹)	F=۰/۰۱۲	۰/۹۲۴ (P=۰/۱۹۹)	F=۰/۰۸
	روایتی		P=۰/۸۸۵		P=۰/۹۸۸		P=۰/۲۰۸
	درمان cbt	۰/۸۹۹ (P=۰/۱۶۶)	F=۰/۱۱۷	۰/۸۸۹ (P=۰/۴۶۷)	F=۰/۰۱۸	۰/۹۱۲ (P=۰/۱۸۸)	F=۰/۰۷
	کنترل	۰/۸۹۹ (P=۰/۰۷۷)	P=۰/۶۷۹	۰/۸۴۲ (P=۰/۰۵۱)	P=۰/۹۷۶	۰/۸۸۸ (P=۰/۰۵۱)	P=۰/۲۱۶
راهبرد هیجان مدار	درمان	۰/۸۶۱ (P=۰/۰۹۰)	F=۱/۰۸	۰/۸۷۶ (P=۰/۰۶۴)	F=۱/۳۵۸	۰/۸۶۴ (P=۰/۰۸۲)	F=۲/۰۱
	روایتی		P=۰/۳۴۵		P=۰/۲۶۸		P=۰/۱۴۵
	درمان cbt	۰/۷۶۶ (P=۰/۰۸۹)	F=۱/۰۴	۰/۸۱۲ (P=۰/۰۷۹)	F=۱/۲۶۵	۰/۹۱۲ (P=۰/۰۹۸)	F=۲/۱۲
	کنترل	۰/۸۹۴ (P=۰/۰۶۵)	P=۰/۳۲۱	۰/۹۲۷ (P=۰/۲۱۹)	P=۰/۲۱۱	۰/۸۷۶ (P=۰/۰۷۸)	P=۰/۱۵۵

گردید ($p > 0/05$). در ادامه نتیجه آزمون لون نیز نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای متغیرهای مورد بررسی در گروه‌های آزمایش و کنترل و در سه مرحله غیرمعنادار است. لذا مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار است.

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد شاخص شاپیرو-ویلک مربوط به خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله‌ای (مساله مدار، هیجان مدار) در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح $0/05$ غیرمعنادار است. بنابراین توزیع نمرات نرمال است و فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و سه گروه تأیید

جدول ۴. تحلیل واریانس چندمتغیری در مقایسه مداخله درمان روایتی بر خودکارآمدی درد و امیدواری تست موخلی برای آزمون برابری ماتریس خطاهای کوواریانس

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری (P)	اندازه اثر
آزمون اثر پیلائی	۰/۳۳	۲	۴۲	۴/۱۳	۰/۰۳۷	۰/۶۱۱
آزمون لامبدای ویکر	۰/۶۵	۲	۴۲	۴/۱۳	۰/۰۳۷	۰/۶۲۱

۰/۴۳۲	۰/۰۳۷	۴/۱۳	۴۲	۲	۰/۲۹	آزمون اثر هتلینگ
۰/۴۵۷	۰/۰۳۷	۴/۱۳	۴۲	۲	۰/۰۹	بزرگترین ریشه روی
	سطح معنی داری	درجه آزادی	X^2	شاخص	مولفه‌ها	تست موخلی
۰/۵۰۶		۲	۲/۴۲۵	۰/۶۸۰	خودکار آمدی درد	
۰/۰۶۹		۲	۳/۰۰۱	۰/۲۵۸	امیدواری	

خطا با استفاده از تست موخلی ارزیابی شد. نتایج تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به هر دو مولفه در سطح ۰/۰۱ غیرمعنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای هر دو مولفه برقرار است و با توجه به برقراری پیش فرض‌های مطرح شده برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس استفاده شد.

جدول ۴ نتیجه تحلیل واریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد. اثر تعاملی گروه × زمان بر که با کنترل اثر پیش‌آزمون، سطح معنی‌داری آزمون لامبدای ویلکز و اثر پیلاپی، در دو گروه آزمایش و گواه حداقل از نظر یکی از متغیرهای خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله‌ای در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه شرط کرویت با برابری ماتریس واریانس

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس در تبیین اثر درمان روایتی و cbt بر خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله

مداخله	مولفه	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجه آزادی	F	معنی داری	η^2
درمان روایتی	خودکارآمدی درد	۷۳/۲۶۷	۳۶/۶۳۳	۲	۶۰/۷۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۴
	سبک‌های مقابله	۲۰/۷۹۸	۱۰/۳۹۹	۲	۳۵/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶۷
cbt	خودکارآمدی درد	۲۳۹/۲۶۷	۱۱۹/۶۳۳	۲	۱۹۹/۱۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸۹
	سبک‌های مقابله	۵۸۳/۲۰۰	۲۹۱/۶۰۰	۲	۲۳۱/۳۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴

در درد (۰/۶۸۹= η^2 ، $P < ۰/۰۰۱$)، $F(۲، ۴۳) = ۱۹۹/۱۲۵$) و سبک‌های-مقابله (۰/۷۵۴= η^2 ، $P < ۰/۰۰۱$)، $F(۲، ۴۳) = ۲۳۱/۳۷۰$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است اجرای مداخله مبتنی بر CBT در مقایسه با گروه گواه خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله را در بیماران مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه جهت بررسی تفاوت بین میانگین سه گروه درمان روایتی و درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه در متغیرهای خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله‌ای از مقایسه زوجی LSD استفاده شد.

نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان بر خودکارآمدی درد (۰/۶۸۴= η^2 ، $P < ۰/۰۰۱$)، $F(۲، ۴۳) = ۶۰/۷۳۴$) و سبک‌ها مقابله (۰/۵۶۷= η^2 ، $P < ۰/۰۰۱$)، $F(۲، ۴۳) = ۳۵/۲۸۶$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است اجرای مداخله مبتنی بر درمان روایتی در مقایسه با گروه گواه خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله را در بیماران مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. همچنین در رابطه با درمان cbt اثر تعاملی گروه × زمان بر خودکارآمدی

جدول ۶. نتایج مقایسه زوجی LSD جهت مقایسه متغیرهای مورد مطالعه در سه گروه

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری P
	روایت درمانی	درمان cbt	۰/۷۸۹	۰/۰۰۱
خودکارآمدی درد	روایت درمانی	گواه	۰/۷۲۱	۰/۰۰۱
	درمان cbt	گواه	۰/۷۰۵	۰/۰۰۱
سبک مقابله ای مساله مدار	روایت درمانی	درمان cbt	۰/۵۳۰	۰/۰۰۱
	روایت درمانی	گواه	۰/۶۵۶	۰/۰۰۱
	درمان cbt	گواه	۰/۶۰۱	۰/۰۰۱
سبک مقابله ای هیجان مدار	روایت درمانی	درمان cbt	۰/۵۶۱	۰/۰۰۱
	روایت درمانی	گواه	۰/۵۲۳	۰/۰۰۱
	درمان cbt	گواه	۰/۵۱۳	۰/۰۰۱

به اینکه در مطالعات دیگر کمتر مورد بررسی قرار گرفته است و نیز مطالعه ای که بخواهد درمان شناختی رفتاری و روایت درمانی را بصورت مکمل و یا مقایسه ای در رابطه با سرطان پستان و مولفه های روانشناختی مرتبط با آن مورد بررسی قرار دهد یافت نگردید، جنبه نوآوری پژوهش حاضر بوده و دارای اهمیت پژوهشی است. از اینرو شناسایی مهمترین پیامدهای روانشناختی ناشی از سرطان پستان و متاثر از مداخلات شناختی رفتاری و روایتی در این مطالعه، می تواند زمینه را برای اجرای مداخلات روانشناختی مؤثرتر در مطالعات آتی فراهم سازد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان روایتی بر خودکارآمدی درد و سبک های مقابله ای در بیماران سرطانی متاستاتیک مقاوم به درمان مطرح گردید.

نتایج حاصل از تحلیل واریانس در تبیین اثر مداخله مبتنی بر درمان روایتی بر خودکارآمدی درد و سبک های مقابله ای نشان داد که مداخله مبتنی بر درمان روایتی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به صورت معنادار اثربخش است. اندازه اثر نیز به ترتیب ۰/۶۸۴، ۰/۵۶۷ برآورد گردید. بنابراین مداخله درمان روایتی بر خودکارآمدی درد و سبک های مقابله ای

با توجه به نتایج آزمون LSD، گروه دریافت کننده درمان روایتی نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری در پس آزمون خودکارآمدی درد و سبک مقابله ای مساله مدار افزایش و در سبک مقابله ای هیجان مدار در سطح معناداری ($p < 0.05$) کاهش داشته است. این امر حاکی از این است که از روایت درمانی نسبت به هر دو گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه، و نیز از درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه گواه، اثربخشی بیشتری بر بهبود خودکارآمدی درد و سبک مقابله ای مساله مدار و نیز کاهش سبک-مقابله ای هیجان مدار بیماران مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش های زیادی در خصوص سرطان و ابعاد آن انجام گرفته است و می توان عنوان داشت که تکیه بر راهبردهای شناختی در چالش با افکار و سیستم شناختی ناکارآمد و تاکید بر راهبردهای رفتاری بوسیله مهارت آموزی، می توان در بهبود مولفه های روانشناختی افراد مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک مقاوم به درمان، تاثیر گذاشت و این مساله با توجه

و می‌تواند وضعیت را بدتر کند درحالی‌که احساس کنترل می‌تواند احساس درد را تسکین دهد (۴۲). از اینرو خودکارآمدی درد تقویت می‌شود و این مساله منجر به این می‌شود تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آنها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد.

در تبیین نتایج در خصوص تاثیر درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله ای بیماران نیز می‌توان اینچنین مطرح کرد که درمان شناختی رفتاری در حقیقت روشی برای کشف این واقعیت اساسی است که حوادث، رویدادها و مشکلات نیستند که باعث ایجاد اختلالات احساسی و ناراحتی‌های متعدد ما می‌شوند؛ بلکه معنایی که ما به این رویدادها و مشکلات بار می‌کنیم چنین احساساتی را در ما به وجود می‌آورد. تحریف واقعیت و افکار غیرمنطقی منجر به رفتارهای مشکل‌ساز و اختلال در عملکرد ما می‌شوند. شناخت افکار معیوب، اصلاح باورهای ناکارآمد و افزایش کیفیت روابط عمومی می‌تواند بسیاری از بیماری‌های شایع روانی را مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات هراس درمان کند (۴۳).

در واقع درمان شناختی رفتاری می‌تواند یک درمان مکمل روان شناختی مناسب برای بیماران سرطانی باشد. استرس ناشی از تشخیص سرطان بسیار زیاد است ولی تفاوت واکنش افراد به این استرس به شیوه‌های مقابله‌ای شان بستگی دارد و درمان شناختی رفتاری با تغییر دادن شیوه‌های مقابله‌ای افراد سرطانی می‌تواند از استرس تشخیص سرطان کم کند و به صورت غیرمستقیم در کاهش دردهای ناشی از سرطان و افزایش امید به زندگی در این گروه از بیماران موثر باشد. درمان شناختی رفتاری با تأکید بر سبک‌های مقابله و تأثیر آن بر سلامتی، سبک مقابله‌ای مساله‌مدار را بر سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان ارجح می‌داند؛ چرا که سبک مقابله‌ای مساله‌مدار، شامل ارزیابی شرایط مشکل‌زا، تلاش در جهت

تغییر موقعیت، برنامه‌ریزی و دنبال راه حل گشتن و کسب راهنمایی از دیگران است. در مقابل، سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، شامل پذیرش و قبول مشکل به جای درگیری مستقیم برای حل آن، گریه کردن و ناراحت شدن و متوسل شدن به افکار آرزوطلبانه به جای برنامه‌ریزی برای حل مشکل است (ولاین و لیتون، ۲۰۱۸). لذا می‌توان بیان کرد درمان شناختی رفتاری تاثیر پایداری روی سبک‌های مقابله‌ای می‌گذارد و می‌تواند یک درمان نگهدارانه مناسب برای بیماران سرطانی که احتمال عود نشانه‌های شان بالا باشد.

در راستای بررسی چگونگی تفاوت بین میانگین سه گروه درمان روایتی و درمان شناختی-رفتاری و گروه گواه در متغیرهای خودکارآمدی درد و سبک‌های مقابله‌ای نتایج نشان داد که گروه دریافت‌کننده درمان روایتی نسبت به گروه درمان شناختی رفتاری و گواه در پس‌آزمون خودکارآمدی درد و سبک مقابله‌ای مساله‌مدار افزایش و در سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار کاهش اثربخشی داشته است. این یافته برخلاف ادعای تولین (۲۰۱۰) است که مطرح کرده بود درمان شناختی رفتاری می‌تواند انتخاب اول برای مشکلات روان‌شناختی مرتبط با سرطان باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که ممکن است از آنجایی که این پژوهش بر روی افسردگی و اضطراب مرتبط با مرگ بوده این تفاوت حاصل شده باشد. به نظر می‌رسد که تغییر روایت‌ها از تغییر افکار بهتر می‌تواند آشفستگی‌های مرتبط با سرطان را بهبود بخشد. همچنین همسو با یافته‌های امین‌الرعا و همکاران (۴۴) مبنی بر اینکه علی‌رغم اثربخشی هر دو درمان در مولفه‌های روان‌شناختی مرتبط با سرطان، روایت درمانی می‌تواند کارآمدتر باشد. در واقع به دلیل شواهد موجود، سرطان‌یاری ناگواری است و باعث می‌شود بیماران دچار افکار و آشفستگی‌های مرتبط با آن شوند که تا حدی طبیعی و درست است و این باعث می‌شود تا زمینه برای مداخلات شناختی رفتاری کاهش پیدا کند؛ اما از سوی دیگر، در فرایند درمان عمدتاً زنان مبتلا به سرطان روایت‌های خود را آشکار می‌کردند و با بیان روایت‌هایی چون بیچاره، بدبخت و گرفتار زمینه را برای مداخلات روایت

سرطان بیمارستان امام خمینی شهرستان ارومیه، عدم طبقه‌بندی بیماران بر اساس مرحله بیماری، ناتوانی در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، خستگی و ضعف جسمانی شرکت کنندگان به علت شیمی درمانی و محدودیت زمانی جهت داشتن دوره پیگیری بود. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با حجم نمونه بالاتر و دوره‌ی پیگیری طولانی‌تر انجام شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر امیدواری و خودکارآمدی درد و راهبردهای مقابله در بیماری‌های مزمن همچون سرطان، لازم است که به درمان‌های پزشکی اکتفا نمود و با تاسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی و استفاده از مداخلات روان‌شناختی در بیمارستان‌ها و مراکز آنکولوژی، در روند بهبود کیفیت زندگی و ابعاد گوناگون آن و نیز ارتقاء راهبردهای مقابله‌ای و امیدواری این بیماران و در نتیجه درمان بیماری آنها کمک شایان و موثری ارائه نمود.

درمانی بیشتر فراهم می‌کردند. بازسازی چند باره روایت‌ها امکان فاصله‌گیری آن‌ها را از مشکل را بیشتر کرده و هویت فردی شان را از آسیب شخصی سازی و برچسب زدن محفوظ نگه می‌داشت. چرا که مشکل چیزی جدای از فرد و ماهیت او بوده و به عبارتی دیگر جایگاه مشکل درون فرد نیست. روایت درمانی به ما می‌آموزد که تنها زمانی فرایند درمانی به هدف خواهد رسید که بتوانیم مشکل را در گستره ارتباطی و بافت آن ببینیم: گستره‌ای وسیع‌تر از رابطه فرد و مشکل! زیرا گفتمان‌های غالب اجتماعی بر باورهای فردی - هنجار یا ناهنجار، موثر است. این درمان به درمان‌گریز یادآور می‌شود که از تعبیر و تفسیر مشکل مراجع پرهیز کند. مطابق آنچه که میشل وایت می‌گوید افراد خود متخصص زندگی‌های خود هستند!

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود که شامل کم بودن حجم نمونه و محدود بودن پژوهش به زنان مبتلا به

References

1. Moore, M.A., Eser, S., Iginov, N., Iginov, S., Mohagheghi, M., Jarrahi, A.M. (2017). Cancer Epidemiology and Control in North-Western and Central Asia - Past, Present and Future. *Asian Pac J Cancer Prev*. 11(Suppl 2): 17-32.
2. Johannsen, M., O'connor, M., O'toole, M.S., Jensen, A.B., Zachariae, R.(2018). Mindfulness-based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer. *The Clinical journal of pain*. 34(1):59-67.
3. Xiao, C., Miller, A.H., Felger, J., Mister, D., Liu, T., & Torres, M.A. (2016). A prospective study of quality of life in breast cancer patients undergoing radiation therapy. *Advances in Radiation Oncology*. 1(1): 10-16.
4. Alizadeh Ataghor, M., Hosseini, M., Haji Lu, K. (2015). Factors underlying inflammatory breast cancer. *Journal of Iranian Surgery*, 21(4): 1-10.(Persian)
5. Brown, R., & Kuppenheimer, W. (2019). Painful Procedures in Pediatric Cancer: A comparison of interventions. *Clinical Psychology Review*, 22, 753 – 786.
6. Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., Loscalzo, J. (2018). *Harrison's principles of internal medicine*: McGraw-Hill Professional Publishing.
7. Hess D. (2018). Mindfulness-Based Interventions for Hematology and Oncology Patients with Pain. *Hematology/Oncology Clinics*. 32(3):493-504.
8. Anno, K., Shibata, M., Ninomiya, T., Iwaki, R., Kawata, H., & Sawamoto, R. (2015). Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: the Hisayama Study. *BMC Psychiatry*; 15(2),181-199.
9. Akin, S., Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 12(5):449-56.
10. Perkins, H.Y., Baum, G.P., Carmack Taylor, C.L., Basen-Engquist, K.M.(2009). Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 18(4):405-11.
11. Price, J. R., Couper, J.(2000). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 3(2):123-129.

12. Hamzeh, S., Birami, M. and Hashemi Nusratabadi, T. (2019). Comparison of personality traits, experience of negative emotions and coping styles in healthy and cancer women. *Journal of Medical Sciences, Shahid Sadoughi, Yazd.* 19(5), 23-46
13. Ahadi, H., Mehriar, M., Nafisi, G., Nikofer, A. and Jahanian, S. (2013). Comparison of coping strategies with stress and depression in three groups of cancer patients. 6(21), 34-56. Shauer, M., Neuner, M., & Thomas, E. (2011). *Narrative Exposure Therapy short term treatment for traumatic stress disorders.* by hogrefe publishing.
14. Houilind, M. & Elklit, A. (2016). Post-traumatic stress disorder in breast cancer survivor. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings.* 12(6), 265-276.
15. Vlaeyen, J.W., Linton, S. J. (2018). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain;* 85, 317-332.
16. Ozdemir, O. Boysan, M. & Yilmaz, E. (2015). Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Journal Psychiatry Research.* 228(17)558-567.
17. Kangas, M., Henry, J.L., & Bryant, R.A. (2017). A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal Couns clin Pscho,* 73(2)293-299.
18. Akbari Nakhjovani, H., Badri Gregari, R. (2014) Investigating the effectiveness of the method of emotional disclosure in a spoken/written way on improving the quality of life of women with breast cancer in Tabriz. *Urmia Medical Journal,* 6(26), pp. 583-593
19. Vafanush, M., Roshan, R. (2016). The effect of story therapy on increasing life expectancy and increasing self-efficacy among 6 to 10-year-old cancer children, *International Conference on Psychology, Counseling, Education and Training, Mashhad* Feldman DB, Kubota M. (2015). Hope self-efficacy, optimism, and academic achievement: Distinguishing constructs and levels of specificity in predicting college. *Learn Indiv Dif.* 2015
20. Ramezani, F. and Hijazi, M. (2016). The role of resilience and psychological toughness in the mental health of athletes and non-athletes, *Daneshvar Behavat Scientific Research Quarterly,* 15, (2), pp. 27-36
21. Bruce, E., Compas, K., Jennifer, K., Conner-Smith, H., Saltzman, H., Thomsen, A., Wadsworth, M. E. (2016). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin,* 127(1), 87-127.
22. Moghadam, M., Makundi, B., Pak Sarasht, S. (2014). The effect of cognitive behavioral therapy on the coping styles of cancer patients in Ahvaz. *Research in psychological health* 9 (2), 21-34
23. Faryabi, M., Rafieipour, A., Haji Alizadeh, K., Khodavardian, S. (2019). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on anxiety, perceived stress and pain coping strategies in patients with leukemia. *Journal of Disability Studies,* 12(1), 21-45
24. Dehestani, M., Mirzaian, B., Saadat, Payam. (2018). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on pain coping strategies and pain self-efficacy in patients with chronic neuropathic pain. *Kumesh* 21 (3): 476-470.
25. Mozafari Motlaq, M., Nejat, H., Tuzandeh Jani, H., Samari, A. (2019). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy integrated with mindfulness on reducing cancer pain in breast cancer patients. *Quarterly Journal of Breast Diseases of Iran.* 13 (1): 35-45
26. Karamouzian, M., Bagheri, M., Dere-Kordi, A. and Aminizadeh, M. (2013) The effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy group on mental health and coping strategies for breast cancer patients . *Iranian Journal of Breast Diseases,* 7 (2), pp. 56-66. Asgharimoghadam, M., rahmati, N., shoeiri, M.R. (2011). The moderated role of pain self-efficacy *Psychology Studies;* 2(6): 90-118.
27. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Stress Appraisal and Coping* . New York, Springer, Pub. Company.
28. M. M., Latifi, Zohra. (2017). The effectiveness of narrative therapy on generalized anxiety and stress coping skills of spouses of drug addicts treated in addiction treatment clinics. *Addiction Research.* 12(4), 121-148
29. Emami, M., Askarizadeh, Q., Fadzalepour, M. (2016). The effectiveness of cognitive behavioral stress management group therapy on the resilience and hope of women with breast cancer. *Positive Psychology Journal.* 3(4), 1-14.
30. Rostgari, M., Moradi, A. (2014) Effectiveness of narrative therapy in reducing depression symptoms, *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry,* 1(2), 47-57.

31. Chengizi, F., Panah Ali, Amir. (2015). The effectiveness of group narrative therapy on the life expectancy and happiness of the elderly in Shahretbariz. *Scientific Journal of Education and Evaluation* 9(34), 63-76
32. Farhadi, M., Pansandideh, and M.M. (2016). The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis, *Scientific Journal of Clinical Psychology and Personality*, 15(2), 7-15.
33. Nash, V.R, Ponto, J., Townsend, C., Nelson, P., Bretz, M.N.(2013). Cognitive behavioral therapy, self-efficacy, and depression in persons with chronic pain. *Pain Management Nursing*. 14(4):e236-e43.
34. Guderzi, N., Peymani, J., Eshairi, H., Meschi, F., Thabit, M., Akbari, M.A. (1400). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy group and mindfulness-based cognitive therapy on multimodal pain symptoms in breast cancer patients. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 24 (2):317-306
35. Behzadipour, S., Sepah Mansour, M., Arshaddi Agriculture, F., Farzad, V., Naziri, A., Zamaniyan, S. (2012). Effectiveness of cognitive behavioral stress management intervention on quality of life and coping strategies in women with breast cancer. *Psychological methods and models*. 3(12), 111-121
36. Sadri Damirchi, E., Aghazadehasl, M. (2017). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Coping Styles in Multiple Sclerosis Patients . *Horizon Med Sci*. 23 (2) :117-122
37. Didehdar-Ardebil, M.(2014). Effectiveness of CBT and MBSR on chronic low back pain of females. Doctoral dissertation. India: Panjab University.
38. Cayoun, B.A. *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice*: John Wiley & Sons; 2011.
39. Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., & Schauer, M. (2015). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli-evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*. 12(2):234-254.
40. Amin al-Raaya, R., Bakhtiari, F., Nemati, A., Taghavizadeh, A. (2018). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and narrative therapy in improving death-related disturbances and psychological toughness in female cancer patients. 2(4), 65-43

Original Article

Investigating the frequency of deep vein thrombosis in patients admitted to the vascular surgery department

Received: 09/01/2023 - Accepted: 21/04/2023

Mahin Hassan Famian¹

Ali Khademi^{2*}

Ali Shaker Dioulagh³

Ali Zeinali⁴

Rahim Asghari⁵

¹ PhD student, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Psychology Research Center, Urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran (corresponding author)

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

⁴ Associate Professor, Department of Psychology, Khoi Branch, Islamic Azad University, Khoi, Iran.

⁵ Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Email: dr_ali_khademi@yahoo.com

Abstract

Introduction

Although deep vein thrombosis (DVT) is not a common disease in general population, it leads to life-threatening complications such as pulmonary embolism. It is more common in hospitalized patients and can be easily prevented by preventive methods, significantly.

Material and Method

Patients admitted to the Vascular Surgery Department I, who were hospitalized for more than three days, were evaluated for the incidence of deep vein thrombosis of the lower limbs by color Doppler ultrasound. The frequency of DVT in patients was investigated according to age, gender, deep vein thrombosis prophylaxis and length of hospitalization.

Results

Deep vein thrombosis was diagnosed in 59 out of 200 evaluated patients (29.5%), this frequency was regardless of age, sex, duration of hospitalization and DVT prophylaxis. 60% patients have received DVT prophylaxis, and the frequency of DVT in this group was 13.3%. 40% patients did not receive DVT prophylaxis, and the frequency of DVT in this group was 53.8%.

Conclusion

It is recommended that adult patients hospitalized for vascular surgery receive DVT prophylaxis regardless of age, sex, and duration of hospitalization. Considering that even the prescription of DVT prophylaxis cannot completely prevent DVT, it is recommended to use other preventive methods such as mechanical methods in vascular surgery patients with medium and high risk of DVT.

Key words

Deep vein thrombosis, Vascular surgery, Hospitalization

Acknowledgement: There is no conflict of interest