Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(3), winter, pp 1-12

Investigating the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral therapy on the Resilience of Women with Breast Cancer

Mahnaz Taghizadeh[1]*

1. MSc of General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Eslam Abad-E Gharb Branch, Kermanshah, Iran

* **Corresponding author**: Mahnaz Taghizadeh, **Email:** MahnazTaghizadeh@yahoo.com; **Tel:** 09013642238

Received: 4 February 2023 **Accepted:** 3 December 2022

Abstract

Background & Aim: Breast cancer is the most important and common disease among women, which has the second highest mortality rate after lung cancer, so this study aims to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the resilience of women with breast cancer.

Materials and methods: The research method was practical and semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group**.** 30 women with breast cancer in Kermanshah city, who were selected as available and then randomly divided into two cognitive-behavioral treatment groups (15 people) and the control group (15 people) were allocated. The data collection tool included Conor and Davidson's resilience questionnaire (2000). Cognitive-behavioral therapy was performed face-to-face during 10 sessions in the test group. The data were analyzed using t-tests using multivariate analysis of covariance and using SPSS version 24 software.

Results: The results showed that cognitive-behavioral therapy had a significant effect on the resilience of women with breast cancer and there was a significant difference between the experimental and control groups ($p < 0.05$).

Conclusion: The results of this study indicate the usefulness of cognitive-behavioral therapy in increasing the resilience of women with breast cancer; therefore, it is recommended to use this treatment approach to increase the resilience of these patients.

Keywords: cognitive behavioral group therapy, resilience, breast cancer

How to cite this article: Taghizadeh M. Investigating the Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral therapy on the Resilience of Women with Breast Cancer. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2023; Vol 8(3), winter, pp 1-12. https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-516-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر تاب آوری زنان مبتلا به سرطان پستان

مهناز تقی زاده*[1]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام آباد غرب، کرمانشاه، ایران

* **نویسنده مسئول:** مهناز تقی زاده، **ایمیل:** MahnazTaghizadeh@yahoo.com، **تلفن:** ۰۹۰۱۳۶۴۲۲۳۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۱۲ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۱۱/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان مهم‌ترین و رایج‌ترین بیماری در بین زنان است که دومین میزان مرگ و میر را بعد از سرطان ریه به خود اختصاص داده است، لذا این پژوهش با تعیین بررسی اثربخشی درمان شناختی – رفتاری بر تاب آوری زنان مبتلا به سرطان پستانانجام شد.

مواد و روش ها: روش پژوهش، کاربردی و از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. برروی ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان شهر کرمانشاه انجام شد که به صورت در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه درمان شناختی‌رفتاری (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تخصیص یافتند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه تاب آوری کانور و دیویدسون (۲۰۰۰) بود. درمان شناختی‌رفتاری به صورت حضوری طی ۱۰ جلسه در گروه آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری تی استفاده تحلیل کواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی‌رفتاری بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار داشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه، بیانگر سودمندی درمان شناختی‌رفتاری در افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان است؛ بنابراین توصیه می‌شود از این رویکرد درمانی درجهت افزایش تاب‌آوری این بیماران استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی شناختی‌رفتاری، تاب‌آوری، سرطان پستان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان در زنان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان ۴۰ تا ۴۴ ساله می‌باشد (۱). این بدخیمی، ۳۳ درصد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و مسئول ۹۱ درصد مرگ‌های وابسته به سرطان است (۲)، سالانه، ۱۸۰ هزار زن مبتلا به این سرطان در آمریکا تشخیص داده می‌شوند (۳). این نوع از سرطان، در جنوب شرق آسیا شایع‌ترین سرطان بوده (۴) و آمار جهانی حاکی از افزایش میزان بروز و افزایش سریع‌تر آن در کشورهای درحال‌توسعه می‌باشد. در حال حاضر حدود یک سوم کل سرطان‌های زنان در کشورهای درحال‌توسعه را سرطان پستان تشکیل می‌دهد (۵، ۶).

الگوی اپیدمیولوژی سرطان پستان در ایران مشابه با کشورهای مدیترانه شرقی و سایر کشورهای درحال‌توسعه است (۷)، تمام زنان در هر سنی، در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان هستند، ولی با افزایش سن، این خطر بیشتر می‌شود (۸). با این حال، سن ابتلا به سرطان پستان در ایران، ۱۵ سال جوان‌تر از دیگر کشورها می‌باشد (۹). در واقع، سن بروز سرطان پستان در ایرانی حداقل یک دهه کمتر از کشورهای توسعه یافته است. بر اساس آمارهای موجود در ایران در سال ۲۰۱۶، از هر ۱۰ تا ۱۵ زن ایرانی یک نفر احتمال دارد به سرطان پستان مبتلا شود (۶).

عوامل خطر سرطان پستان محدوده وسیعی را در بر می‌گیرد که شامل افزایش سن، جنس مونث، سابقه خانوادگی سرطان پستان، استعداد ژنتیکی، شروع قاعدگی پیش از ۱۲ سالگی و یائسگی طبیعی پس از ۴۵ سالگی می‌باشد (۸).

میزان خطر سرطان پستان با تاریخچه باروری شامل نداشتن سابقه باروری یا بالا بودن سن اولین بارداری و جایگزینی فاکتورهای هورمونی درون‌زا و برون‌زا، شیر ندادن و نازایی مرتبط می‌باشد (۱۰)، افزایش مواجهه با استروژن اگزوژن و استفاده درازمدت از استروژن (بیش از ۵ سال) در طول زندگی با افزایش خطر سرطان پستان همراه است (۱۱). مشکلات و شرایط خاص زنان مبتلا به سرطان پستان، علائم جسمی بارزی نیز خواهد داشت و بر ابعاد مختلف روانشناختی افراد تاثیر دارد. البته نوع و شدت علایم از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۱۲).

در واقع، درباره اثرات روانشناختی این بیماری به خصوص تأثیر آن بر زندگی، ویژگی‌های روانشناختی و امید، در مبتلایان پژوهش‌های اندکی در ایران صورت گرفته است که لزوم پرداختن بیشتر به اثرات این نوع سرطان را نشان می‌دهد. ازآنجایی‌که زنان نیمی از جمعیت جامعه و یکی از اعضای محکم خانواده هستند و حضور و روحیه آن‌ها تاثیر بسزایی در کیفیت زندگی سایر افراد خانواده دارد بخصوص اگر بیمار باشد کل وضعیت خانواده تحت تاثیر قرار خواهند گرفت. اگر این بیماری سرطان باشد که شرایط سخت تر خواهد شد. اما خوش بینی و امید داشتن چه در شرایط بحرانی و چه در شرایط سخت باعث می‌شود تا افراد میزان تاب آوری‌شان در این مواقع بالاتر برود (۱۳)، تاب‌آوری به‌طور گسترده با سازه‌های مرتبط با سلامت در ارتباط است (۱۴) و انعکاسی از تعادل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد و معمولا در اصطلاحات نقش اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران و رضایت با نقش‌های متفاوت مفهوم‌سازی شده است (۱۵).

به عبارتی، تاب‌آوری، ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن است، در واقع، تاب‌آوری، یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناسی خود را در مواجهه با سختی‌ها حفظ کند. این ظرفیت انسان می‌تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب‌آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی است، به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مواجهه سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، با موقعیت‌های غیرمنتظره کنار بیایند (۱۴).

تاب‌آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی دیگر متفاوت است و می‌تواند به‌مرورزمان رشد کند یا کاهش یابد و بادی‌های برنجی خوداصلاح‌گری فکری و عملی انسان، در روند آزمون و خطای زندگی شکل می‌گیرد. تاب‌آوری پدیده‌ای صرفا ذاتی نیست. تاب‌آوری حاصل تعامل ویژگی‌های شخصیتی فرد و محیط است و از طریق آموزش، یادگیری، تمرین و تجربه حاصل می‌شود. مفهوم تاب‌آوری از روانشناسی مثبت گرا به مفاهیم روانشناسی افزوده شده‌است .مارتین سلیگمن بنیان گزار روانشناسی مثبت‌گرا می‌گوید بدبینی میراث نامطلوب والدین برای فرزندان است.تاب‌آوری گذر از بحران را پشتیبانی و به موفقیت کمک می‌کند. یعنی دستیابی به موفقیت بدون تاب‌آوری ممکن نیست و تاب‌آوری مقدم است بر هرموفقیتی. همین تعریف کوتاه نشان می‌دهد که تعاریف غیرتخصصی موجود از تاب‌آوری که آن را حمل بر صبر و تحمل شرایط می‌کند، اشتباه است (۱۶).

از جمله درمان‌های موثر بر تاب‌آوری، می‌توان به گروه درمانی شناختی‌رفتاری اشاره کرد که یک مداخله روانشناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های جسمانی درمان‌جویان است. هدف روش‌های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن روش‌های جایگزین، تفکر در راستای بهبود روابط و روش‌هایی برای حفظ این روش‌هاست. این درمان بر زمان حال، افکار و رفتارهای اینجا و اکنون تمرکزدارد و از نظریه شناختی بک[1] اقتباس شده است (۱۷).

درمان شناختی‌رفتاری، شامل روش‌هایی است که راهکارهای رفتاری و شناختی را با هم تلفیق می‌کند. بنابراین، نظریه شناختی‌رفتاری، بر این فرض مبتنی است که افکار، احساسات و رفتارهای فرد درهم تنیده هستند و برای درک و حل مشکلات مراجعان اهمیت دارند. به طور ویژه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر این اساس است که آشفتگی هیجانی، ناشی از نظام باورهای ناکارامد است (۱۸) لذا این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری گروهی بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها

1 Beak Aaron Theory Cognitive

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

روش پژوهش، کاربردی و از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود.. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل بیماران زن مبتلا به سرطان پستان شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند که به مرکز آنکولوژی بیمارستان امام رضا (ع) مراجعه کرده بودند. تعداد کل زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان ۶۱۷ نفر بود که از بین آنها ۱۱۳ نفر زنان مبتلا به سرطان پستان بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول مقایسه یک صفت کمی در ۲ گروه و بر مبنای پارامترهای آن یعنی ضریب اطمینان ۹۵٪ (α-۱) و توان آزمون ۹۰ ٪ (β-۱) بر مبنای مطالعه مشابه انجام شده توسط شریفی راد و همکاران (۱۹) مواجهه با ریزش در بین شرکت‌کنندگان در طی مراحل این مطالعه، به میزان ۱۰ درصد نیز به حجم نمونه اضافه شد، و از طرف دیگر به منظور افزایش توان آزمون و دستیابی به نتایج معتبر و قابل‌اعتماد تر، حجم نمونه برای هریک از گروه‌های مداخله و کنترل (۱۵ نفر) در کل ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. شرایط ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۴۱-۴۵ سال؛ تشخیص قطعی سرطان پستان توسط متخصص زنان؛ نداشتن سابقه کیست تخمدان یا عمل جراحی زنان؛ نداشتن سابقه بیماریهای زمینه‌ای موثر بر سرطان پستان؛ نداشتن سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی، آرامبخش و هورمونی. شرایط خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه یا شروع به مصرف داروهای موثر بر استرس درطی دوره مطالعه بود.

ابتدا درباره اهداف و نحوه انجام پژوهش، توضیحات لازم به گروه مورد بررسی ارائه شد و رضایتنامه کتبی آگاهانه اخذ شد، سپس پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل سن و وضعیت تاهل، پرسشنامه تاب‌آوری کانور و دیویدسون توسط گروه مورد بررسی تکمیل گردید. جهت جلوگیری از انتقال اطلاعات بین ۲ گروه آزمایش و کنترل، با استفاده از روش تصادفی ساده از نوع قرعه‌کشی، هر یک از زنان مبتلا به سرطان پستان به یک گروه اختصاص داده شد و در نهایت با استفاده از جدول اعداد تصادفی ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی‌رفتاری و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. از آن جا که برگزاری جلسات مداخله بدون اطلاع شرکت‌کنندگان و پژوهشگر مسئول به عنوان مداخله گر، قابل اجرا نبود، بنابراین امکان کورسازی در مرحله اول وجود نداشت.

ابزارهای پژوهش عبارت بود از؛ مقیاس تاب‌آوری کانور و دیویدسون (CD- RIS)[1] با بازبینی منابع پژوهشی در زمینه‌ی تاب‌آوری تهیه شده است نسخه فارسی این مقیاس توسط جوکار در سال ۱۳۹۷ تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملا نادرست) تا پنج (کاملا درست) نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در تحقیقات داخلی موردبررسی و تایید قرار گرفته است (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است که نشان‌دهنده اعتبار بالای پرسشنامه است. هاشمی و جوکار در پژوهش خود برای احراز پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی (باز آزمایی با فاصله سه هفته) و برای تعیین روایی از تحلیل عاملی استفاده کردند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس برابر با ۰/۸۷ و پایایی به روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ بود (۱۹). گروه مداخله طی ۱۰ جلسه درمان گروهی۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت درمان شناختی‌رفتاری قرارگرفتند (جدول شماره۱) و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

۱ Connor-Davidson Resilience Scale

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

جدول شماره ۱: خلاصه پروتکل گروه درمانی شناختی‌رفتاری

جلسه	پروتکل
جلسه اول	معارفه و آشنایی؛ شرح فرایند کار؛ معرفی رویکرد درمان شناختی رفتاری به شیوه‌ی گروهی
جلسه دوم	تعریف تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی؛ بررسی انگیزه‌ی شرکت آزمودنی‌ها؛ تعیین اهداف جلسات؛ تشریح رابطه‌ی خلق با رفتار
جلسه سوم	آموزش فن «بیان عواطف و احساسات»، فن «افزایش خوش بینی»، فن «داشتن رابطه ی صمیمانه»
جلسه چهارم	تعیین تغییرات خلقی؛ آموزش تکنیک‌های «افزایش فعالیت جسمانی»، «افزایش روابط اجتماعی»؛ تحلیل و بررسی افکار خود آیند
جلسه پنجم	بررسی افکار خود آیند؛ معرفی شواهد مخالف که از افکار خودآیند حمایت نمی‌کند؛ ارائه و تمرین تکنیک‌های «سازمان دهی و برنامه ریزی و توقف نگرانی» به شکل سناریو در جلسه
جلسه ششم	معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب طرح راهبردهای حل مسأله، آموزش تکنیک «دوری از افکار نگران کننده» و «تکنیک تفکر خلاقی»؛ پرداختن به این مسئله که چگونه افکار معیوب و غیرمنطقی بوجود می‌آیند.
جلسه هفتم	کار بر روی افکار معیوب و افکار غیرمنطقی؛ معرفی و بررسی شناخت‌های عمیق و مفهوم پیش فرض‌های شرطی و باورهای محوری؛ آشنایی با مفهوم «شخصیت سالم» و تمرین «خود بودن»؛ و آموزش تشخیص تفاوت خود واقعی و خودایده‌آل
جلسه هشتم	پیشنهاد راهبردهای مقابله‌ای مناسب؛ تمرین تکنیک «زندگی کردن در زمان حال و تکنیک «اولویت دادن به شادی» و تشخیص «الگوی ارتباطی»
جلسه نهم	مرور مباحث آموزشی و درمانی جلسات گذشته؛ دریافت گزارشات افراد، درمان «چرخه معیوب تعاملات ارتباطی»؛ ترکیب و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده.
جلسه دهم	جمع بندی فنون آموزش داده شده؛ پاسخ به سوالات؛ برنامه ریزی ویژه در زمینه‌ی راهبردهای مقابله

داده‌ها با استفاده از آزمونهای آماری تی استفاده تحلیل کواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شد. برای کلیه ی فرضیه‌ها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

نتایج نشان داد، در بیشتر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و در گروه کنترل ۵ نفر (۳۳/۷۳ درصد) بیشتر آزمودنی بین ۴۱ تا ۴۵ سال سن داشتند، این در حالی است که فقط در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۰ درصد) در دامنه سنی بیشتر از ۴۵ سال قرار دارند. بیشتر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۶ نفر (۴۰ درصد) تحصیلات کارشناسی و در گروه کنترل ۷ نفر (۴۷/۶ درصد) تحصیلات زیردیپلم و دیپلم دارند؛ این در حالی است که تعداد کمتری از آزمودنی‌های۲ نفر (۱۳/۳ درصد)گروه آزمایش تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد و بالاتر دارند.

جدول شماره ۲: میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون تاب‌آوری

متغیر	آماره	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
تاب‌آوری					

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

شایستگی فردی	میانگین	۲۰/۲	۲۸/۷۳	۲۰/۸	۲۰/۵۳
	انحراف معیار	۲/۴۸	۲/۳۱	۲/۲۷	۲/۳۶
تحمل	میانگین	۱۷/۵۳	۲۶/۵۳	۱۸/۰۷	۱۸/۸
	انحراف معیار	۲/۳۶	۲/۷۲	۱/۹۴	۲/۰۸
پذیرش مثبت	میانگین	۱۱/۵۳	۱۴/۸۷	۱۱/۸	۱۲/۱۳
	انحراف معیار	۱/۳	۱/۱۲	۱/۳۲	۱/۳۵
کنترل	میانگین	۸/۲	۸/۳۳	۵/۲	۵/۳۳
	انحراف معیار	۱/۳۷	۱/۲۳	۱/۳۷	۱/۲۹
تاثیرات معنوی	میانگین	۳/۲	۶/۱۳	۲/۹۳	۳/۴
	انحراف معیار	۱/۰۱	۱/۳	۰/۸	۰/۸۳
کل	میانگین	۵۷/۶۷	۵۸/۸	۸۴/۶	۶۰/۲
	انحراف معیار	۳/۶۴	۲/۷	۴/۰۳	۳/۳

همان‌طور که در جدول شماره۲ مشاهده می‌شود در میانگین نمرات پس آزمون تاب‌آوری نسبت به نمرات پیش آزمون در گروه آزمایشی تفاوت دیده می‌شود.

جدول شماره ۳: آزمون خطی بودن رابطهٔ بین متغیر همراه و وابسته

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبتF	معناداری	R
تاب‌آوری	۱۵/۵۹۸	۱	۱۵/۵۹۸	۵/۴۸	۰/۰۱۱	۰/۴۲

همان‌طور که در جدول شماره۳ مشخص است خطی بودن رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون و نیز پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش با (p <۰/۰۵) معنادار است بنابراین این مفروضه رعایت شده است. همچنین مقادیر R در مراحل بیان‌شده ۰/۴ و بالاتر می‌باشد. در این مفروضه بر رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هر گروه متمرکز است ، بنابراین نشان داده شده است که هیچ تعاملی بین همپراش و مداخله یا همان دستکاری آزمایشی نباشد.

جدول شماره ۴: آزمون همگنی ضرائب رگرسیون بین گروه‌ها

متغیر	گروه*پیش آزمون	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری
تاب‌آوری		۱/۶۱۱	۱	۱/۶۱۱	۰/۱۴۹	۰/۷۰۳

همان‌طور که در جدول شماره۴ مشخص است اثر تعامل گروه و پیش آزمون در متغیرهای پژوهش با (p <۰/۰۵) معنادار نیست بنابراین مفروضه شیب رگرسیون در آن‌ها رعایت شده است. سایر مفروضه‌ها مانند همگنی واریانس (آزمون لوین)، همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون ام باکس) و تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند (آزمون کرویت بارتلت) به فراخور هر فرضیه در جای مناسب بیان می‌شود.

جدول شماره ۵: آزمون همگنی واریانس در تاب‌آوری

متغیر	F	درجه آزادی ۱ و۲	احتمال F

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

تاب آوری	۰/۸۰۹	۲۸ و ۱	۰/۳۷۶

همان‌طور که در جدول شماره ۵، مشاهده می‌شود. مفروضه همگنی واریانس با $p > ۰/۰۵$ رعایت شده است.

جدول شماره ۶: آزمون تحلیل کوواریانس تاب‌آوری

	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اثر پیش آزمون	۹۶/۴۶۳	۱	۹۶/۴۶۳	۹/۱۸۶	۰/۰۰۵
گروه‌ها	۴۵۵۶/۰۶۵	۱	۴۵۵۶/۰۶۵	۴۳۳/۸۵۴	۰/۰۰۰۱
واریانس درون گروهی	۲۸۳/۵۷۳	۲۷	۱۰/۵۰۱		

با توجه به جدول شماره۶، نتایج نشان داد، بین پس آزمون و پیش آزمون همبستگی وجود دارد. بنابراین با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه‌ها با$P<۰/۰۱$، $F=۴۳۳/۸۵۴$ تفاوتی معنادار مشاهده شد.

جدول شماره ۷: آزمون M BOX، آزمون‌های کرویت بارتلت ، چند متغیری و لوین

		value	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معناداری
آزمون M BOX		۱۶/۴۶۱	۰/۸۸۳	۱۵	۳۱۵۶/۶۳۲	۰/۵۸۳
آزمون کرویت بارتلت		–	$\lambda^2 = ۲۶/۳۵$	۱۴	–	۰/۰۲۴
آزمون چند متغیری	اثر پیلایی	۰/۹۵۲	۷۵/۹۳۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰۱
	ویلکز لامبدا	۰/۰۴۸	۷۵/۹۳۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰۱
	هتلینگ	۱۹/۹۸۳	۷۵/۹۳۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۱۹/۹۸۳	۷۵/۹۳۶	۵	۱۹	۰/۰۰۰۱
آزمون لوین	شایستگی فردی	–	۱/۱۰۵	۱	۲۸	۰/۳۰۲
	تحمل	–	۷/۸۹۷	۱	۲۸	۰/۰۰۹
	پذیرش مثبت	–	۰/۸۶۹	۱	۲۸	۰/۳۵۹
	کنترل	–	۱/۱۲۳	۱	۲۸	۰/۲۹۸
	تاثیرات معنوی	–	۵/۲۹	۱	۲۸	۰/۰۲۹

نتایج نشان داد، سطح معناداری مولفه های شایستگی فردی، پذیرش مثبت و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه همگنی واریانس در آن‌ها رعایت شده است . اما در مولفه های تحمل و تاثیرات معنوی با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ که این مفروضه رعایت نشده در مراحل بعد در صورتی معناداری پذیرفته می‌شود که سطح سخت‌تری بر آن‌ها اعمال گردد.

بحث

درمان شناختی رفتاری موجب افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. نتایج نشان داد که سطح تاب‌آوری افراد نسبت به پیش آزمون به طور معناداری بیشتر بود. به عبارت دیگر روان‌درمانی شناختی‌رفتاری بطور معناداری بر تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر مثبت می‌گذارد. به این معنا که این سبک درمانی توانسته بود باعث افزایش سطح

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

تاب‌آوری در افراد شود. این تاثیر اینطور قابل تفسیر است که اگر افراد در محیطی درمانی قرار گیرند که در آن‌ها با تمرکز بر ارتقاء آگاهی شناختی نسبت مسائل و اصلاح رفتارهای ناسازگارانه مطرح شود، می‌تواند در زمان عود فشارهای روانی خود را از لحاظ تاب‌آوری حفظ کند (۱۷).

در روان‌درمانی شناختی‌رفتاری هیچ تلاشی برای کاهش، اجتناب، سرکوب با کنترل این تجربیات درونی نمی‌گردد، بلکه بیماران یاد می‌گیرند افکار و عواطف ناسازگارانه و مختل را با کمک توجه به آگاهی کم کنند (۹). بیماران یاد می‌گیرند تا شناختهای مشکل زا و رفتارهای ناسازگارانه ی خود را قبول کنند تا بتوانند آن‌ها را اصلاح نمایند و آن‌ها را حذف کنند، با این اوصاف مداخلات درمان شناختی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر دو فرایند اصلی متمرکز است: ۱) پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل‌کنترل نیستند، ۲) تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت تغییر رفتار ناسازگارانه. با توجه به این سبک درمانی و تغییراتی که در شناخت افراد ایجاد می‌شود، از لحاظ نظری هم می‌توان این درمان را برای افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان موثر دانست (۱۸).

در همین راستا پژوهش عابدی و همکاران(۲۰) نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به‌طور قابل‌توجهی می‌تواند باعث بهبود وضعیت تاب‌آوری معتادان تحت درمان با متادون شود، و توانمندی افراد در استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد شود. همچنین یافته‌ها نشان داد که این سبک روان‌درمانی در استفاده از مهارت‌های تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای به معتادان کمک می‌کند تا به مصرف مجدد مواد مخدر بازگشت نکنند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کارآمدی این سبک روان‌درمانی در بهبود تاب‌آوری و سبک‌های مقابله‌ای می‌توان نتیجه گرفت که پژوهش حاضر با این پژوهش همسر بوده است. همچنین نتایج پژوهش آقابراری و همکاران (۲۱) اعتبار و توانایی مدل درمان شناختی‌رفتاری را به عنوان یک مدل عملی در اثربخشی بر تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی افراد نشان داد، سازه‌ی تاب‌آوری به عنوان یکی از سازه‌ی اصلی در دیدگاه شناختی‌اجتماعی به خوبی توانسته است در تاب‌آوری و اضطراب اجتماعی افراد تغییر ایجاد کند. با مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر می‌توان همسویی پژوهش حاضر را مشاهده کرد.

هر تحقیقی از ابتدای کار یعنی انتخاب مسئله اصلی تا مراحل اجرا، تحلیل و تفسیر نهایی با محدودیت‌هایی مواجه است، محدودیت پژوهش عبارت است از؛ (۱) افراد مورد مطالعه محدود به زنان مبتلا به سرطان پستان شهر کرمانشاه بود. این محدودیت بودن نمونه‌ی پژوهشی موجب می‌گردد که با اطمینان نتوان یافته‌ها را به جوامع دیگر تعمیم داد؛ (۲) در دسترسی به زنان مبتلا به سرطان پستان و راضی کردن آن‌ها برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و شرکت در دوره‌ی درمانی نیز با محدودیت روبرو بودیم، زیرا بیماران برای شیمی‌درمانی و دارو با درمان به بیمارستان مراجعه می‌کردند و بعضا ناراحتی‌های ناشی از بیماری کار با آن‌ها را سخت می‌کرد.

در بخش محدودیتهای پژوهش بیان شد که نمونه‌ی مورد مطالعه به زنان مبتلا به سرطان پستان در شهر کرمانشاه محدود بود. در راستای رفع این محدودیت و زمینه سازی برای تعمیم یافته‌های پژوهش به جوامع دیگر، پیشنهاد می‌گردد که این سبک درمانی و سازه‌ها در بین جوامع دیگر نیز اجرا شوند؛ محدودیت دیگر، روش سنجش و گردآوری اطلاعات سنجش بود، برای برطرف شدن این محدودیت پیشنهاد می‌گردد، از روش‌های دیگر همچون مصاحبه و مشاهده

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

استفاده گردد و جمع‌آوری اطلاعات فقط محدود به پرسشنامه‌ی خود-گزارشی نباشد. در همین راستا پرسشنامه‌های باز پاسخ با نیمه ساختاریافته نیز می‌توانند مفید باشند، جهت مقایسه و ارزیابی دقیق تر پیشنهاد می‌شود که گروه شاهد (غیر از بیماران مبتلا به سرطان پستان و با غیر از زنان نیز در پژوهش‌های دیگر مورد بررسی قرار گیرند نیز استفاده شود تا مشخص گردد که آیا ویژگی‌های بیماری و جنسیتی نقشی در ایجاد تفاوت در بین افراد دارند و یا خیر و با مطالعه‌ی تحقیقات خارج از کشور روش می‌شود که تحقیقات گسترده‌ای تاثیرات روان درمانی مبتنی پر تعهد و پذیرش به شیوه‌ی گروهی را از جنبه‌های مختلف بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان سنجیده‌اند. اما در تحقیقات داخلی به این مسئله بطور مناسبی پرداخته نشده است. برای بهبود این وضعیت و گسترش پژوهش‌های داخلی پیشنهاد می‌گردد که محققان داخلی به این مسئله توجه کنند و آن را از جنبه‌های مختلف موردمطالعه قرار دهند.

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، درمان شناختی‌رفتاری در افزایش تاب‌آوری زنان مؤثر می‌باشند. با توجه به این که روش‌های غیردارویی فاقد عارضه جانبی می‌باشند، توصیه می‌شود روش درمان شناختی‌رفتاری برای افزایش تاب‌آوری مورداستفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.IAU.Kermanshah.REC.1397.014 دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه است که در کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه تأیید شد. بدین وسیله، از همه شرکت‌کنندگان کمال تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

Refrences

1. Badeleh Shamoshaki M T, Landrani M, Sadeghi E. Relationship between cognitive flexibility and fear of cancer recurrence in breast cancer patients. Iranian Journal of Cancer Care. 2021; 2 (3):3-10. [Persain]
2. Zolghadri V, Barari A, Abbasi Daloii A, Abed Natanzi H. The effect of consumption nettle extract and aerobic training on MMP2 and FGF2 gene expression in mice with melanoma. Iranian Journal of Cancer Care. 2021; 2(3):11-20. [Persain]
3. Labrague LJ, Galabay JR, Anastacio AL, McEnroe -Petitte DM, Tsaras K. Effects of mobile text messaging on breast cancer and breast self-examination (BSE) knowledge, BSE self-efficacy, and BSE frequency: a randomised controlled trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2021; 35(1):287-96.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

4. Golzarifard A, AllahBakhshi P, Loripoor M, Sayadi A R. Self-efficacy in Breast Self-examination and Satisfaction with Training in Face-to-Face and Smartphone-Based Training Methods: A Randomized Controlled Trial. Iranian Journal of Breast Diseases. 2022; 15(3):4-17. [Persain]
5. Pereira AA, Destro JR, Bernuci MP, Garcia LF, Lucena TF. Effects of a whatsappdelivered education intervention to enhance breast cancer knowledge in women: mixedmethods study. JMIR mHealth and uHealth. 2020; 8(7):e17430.
6. Bakhtiari A, Haji Ahmadi M. 5 Year Assessment of Breast Cancer at Rajaii Hospital, Babolsar (1991-1996). Iran J Obstet, Gynecol Infertility. 2006;9(1):47-51 [Persain]
7. Akbari ME, Mozaffar M, Heidari A, Zirakzadeh H, Akbari A, Akbari M, et al. Recurrence and Survival Effect in Breast Conserving Surgery: What are the Predictive and/or Prognostic Factors? Iran J Cancer Prev. 2011; 4(2):49-54.
8. Varaminian B, Ghalamkari M, Ramim T, Roohaninasab M. Skin metastases in breast cancer: a review article. Tehran Univ Med J. 2022; 80(8):599-604.
9. Ciążyńska M, Płużańska-Srebrzyńska K, Narbutt J, Kolano P, Stasikowska-Kanicka O, Lesiak A. Scalp metastases as the first sign of a breast carcinoma. Postepy Dermatol Alergol 2021;38(3):530-32.
10. Jafari F, Azami F. Knowledge Regarding Symptoms and Risk Factors and Screening of Breast Cancer in Women Under 30 Years and Their Practice Relative to Self-Examination. Alborz Univ Med J. 2013;2(3):121-127 [Persain].
11. Zreik TG, Mazloom A, Chen Y, Vannucci M, Pinnix ChC, Fulton S, et al. Fertility drugs and the risk of breast cancer: a meta-analysis and review. Breast Cancer Res Tr. 2010;124(1):13-26.
12. Badeleh Shamoshaki MT, Landrani M, Sadeghi E. Relationship between cognitive flexibility and fear of cancer recurrence in breast cancer patients. Iranian Journal of Cancer Care (ijca). 2021; 2(3):3-10. [Persain]
13. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, FidlerBenaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. Lancet Glob Health. 2020;8(8):e1027-e37.
14. Rajabi Farjad H. Influence of training the skills of establishing an effective communication on resilience and social adjustment in One of the military university`s students. The Quarterly Management on Police Training. 1400;(53): 117-36. [Persain]
15. Anderson A. Furlonger B. Moore DW. Sullivan VD. White MP. «A comparison of video modelling techniques to enhance social-communication skills of elementary school children», International Journal of Educational Research. 2018; 87(1): 100-109.
16. Rezaee Rezvan S, Kareshki H, Pakdaman M. The Effectiveness of Play Therapy based on Cognitive - Behavioral Therapy on Social Adjustment of preschool children. Pajouhan Sci J. 2022; 20(1):89-96. [Persain]
17. Ghafari F, Agah S, Irani S, Mokhtare M, Alizadeh A M. Relationship between demographic and pathological characteristics on the 5-year survival rate of gastric cancer patients in Tehran province. Tehran Univ Med J 2022; 80(8):670-678. [Persain]
18. Jamshidi G, Babapour Mofrad F, Ghafoori M, Saligheh Rad H. A review on the role of mp-MRI for detection, localization and staging of prostate cancer. Tehran Univ Med J 2022; 80(6):434-447. [Persain]
19. Tarazi, Z., Khademi Ashkezari, M., Akhavan Tafti, M. effectiveness of attributional retraining program, emotion regulation and social-cognitive problem solving on Improvement of

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]

social adjustment in Students with Learning Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals, 2018; 8(30): 73-111. [Persain]
20. Abedi Paricha, H., Sadeghi, E., Shalani, B., Sadeghi, S. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Intervention on the Reduction of Social Phobia in Male Students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2016; 11(41): 67-76. [Persain]
21. Agha barari M, ahmadi F, mohammadi E, hagizadeh E, varvarani A. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy.Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2007; 1(3):55-65. [Persain]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-26]