Iranian Journal of Cancer Care (IJCA) Original Article

Vol. 2 No. 4 Winter 2024

Comparing the Effectiveness of Online Narrative Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Resilience and Emotional Regulation of Cancer Patients

Bani Safar A[1*], Ahi Q[2]

1-PhD Student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2- Assistant Professor of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran.

Corresponding author: Bani Safar A, Ph.D. Student of Clinical Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University of Birjand, Birjand, Iran.
Email: skyafshin@gmail.com

Received: 19 Jan 2023 Accepted: 3 Feb 2023

Abstract

Introduction: In some countries, cancer is considered the second cause of death after cardiovascular diseases. In Iran, cancer is the third cause of death after cardiovascular diseases and accidents. It can be said that cancer is a serious and potentially life-threatening disease that has negative physical and psychological effects on patients.

Methods: The current research was semi-experimental and pre-test and post-test with two experimental groups and one control group. The statistical population of the study included all cancer patients referred to Tehran hospitals in 1401. The sample consisted of 45 patients who were selected by purposive sampling and randomly replaced in three groups of online narrative-therapy, cognitive-behavioral therapy and control group. Connor and Davidson's resilience scale and Granfsky's and Kraij's cognitive-emotional order-seeking scale were used. The data were analyzed through MANCOVA and Bonferroni's post hoc test and SPSS-20 software.

Results: The results showed that there is a significant difference between the online narrative-therapy group and the cognitive-behavioral group with the control group in the post-test phase of resilience and cognitive emotional regulation. Also, the results showed that there is a significant difference between online narrative therapy and cognitive-behavioral group in the resilience scale, and online narrative therapy is more effective, but there was no significant difference between online narrative therapy and cognitive-behavioral group in cognitive emotional regulation. .

Conclusions: According to the findings of this research, online narrative therapy and cognitive behavioral therapy can be used as an effective method in improving the resilience and emotional regulation of cancer patients, and in this context, narrative Online therapy can be more efficient.

Keywords: Online narrative therapy, Cognitive behavioral therapy, Resilience, Emotional regulation, Psychological toughness.

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

دوره ۲، شماره ٤، زمستان ۱٤۰۲

مقایسه اثربخشی روایت درمانی آنلاین و رفتار درمانی شناختی بر تاب آوری و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به سرطان

افشین بنی صفر[1*]، قاسم آهی[2]

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاداسلامی، بیرجند، ایران.
۲- استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

نویسنده مسئول: افشین بنی صفر، دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، بیرجند، ایران.
ایمیل: skyafshin@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۴

چکیده

مقدمه: در برخی کشورها، سرطان دومین عامل مرگ پس از بیماری های قلبی عروقی در نظر گرفته می شود. در ایران، سرطان سومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری ها و حوادث قلبی عروقی است. می توان گفت سرطان یک بیماری جدی و بالقوه تهدید کننده زندگی است که اثرات منفی جسمی و روانی بر بیماران دارد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه شامل ۴۵ نفر از بیماران بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه روایت درمانی آنلاین، شناختی رفتاری و گروه کنترل جایگزین شدند. از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون و نظم جویی شناختی هیجانی گرانفسکی و کرایج استفاده شد. داده ها از طریق مانکوا و آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم افزار spss-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین گروه روایت درمانی آنلاین و گروه شناختی رفتاری با گروه کنترل در مرحله پس آزمون تاب آوری و تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین روایت درمانی آنلاین و گروه شناختی رفتاری در مقیاس تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد و روایت درمانی آنلاین اثربخشی بیشتری دارد ولی بین روایت درمانی آنلاین و گروه شناختی رفتاری در تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، درمان روایت درمانی آنلاین و شناختی رفتاری می توانند به عنوان یک روش مؤثر در بهبود تاب آوری و تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به سرطان به کار گرفته شوند و در این زمینه روایت درمانی انلاین می تواند کارآمدتر باشد.

کلیدواژه ها: روایت درمانی آنلاین، درمان شناختی رفتاری، تاب آوری، تنظیم هیجانی، سرسختی روانشناختی.

مقدمه

سرطان یکی از صعب‌العلاج‌ترین بیماری‌های جهان است و پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، دومین میزان مرگ و میر را دارد (۱). طبق آمار GLOBOCAN 2020، 3/19 میلیون مورد جدید سرطان و تقریبا ۱۰ میلیون مرگ ناشی از سرطان در سال ۲۰۲۰ نشان داده شده است. با فرض اینکه نرخ بروز سرطان در سال ۲۰۲۰ بدون تغییر باقی بماند، در سال ۲۰۴۰، ۲۸/۴ میلیون مورد جدید سرطان در سراسر جهان وجود خواهد داشت که افزایشی معادل ۴۷ درصد از سال ۲۰۲۰ خواهد بود (۲). با توسعه غربالگری زودهنگام و درمان های نوآورانه مانند ایمونوتراپی برای طولانی تر شدن زندگی، میزان طول عمر این بیماران به طور قابل توجهی افزایش یافته است. با این حال، این امر جنبه های دیگری از مشکلات را نیز به همراه دارد. درمان طولانی

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

مدت سرطان می تواند عوارض جسمی و بار روانی زیادی را بر بیماران وارد کند (۱). بازماندگان ممکن است ماه‌ها تا سال‌ها با علائم شروع سرطان و یا مرتبط با درمان مانند ترس از عود سرطان، خستگی، بی‌خوابی، چاقی و غیره مواجه شوند که می‌تواند بر کیفیت زندگی بازماندگان تأثیر منفی بگذارد (۳). بنابراین، نظارت و بهبود عواقب نامطلوب درمان سرطان در طول فرآیند مزمن درمان سرطان بسیار حیاتی است.

درمان شناختی رفتاری (CBT) یک رویکرد درمانی است که از مداخلات روانشناختی و رفتاری برای تغییر اختلال عملکرد بیمار استفاده می کند. شواهد نشان می دهد که CBT موثرترین مداخله روانشناختی برای بهبود خستگی ناشی از درمان سرطان است و می تواند کیفیت زندگی بازماندگان سرطان را بهتر کند. درمان شناختی رفتاری یک مداخله روان درمانی است که بر مشکل تمرکز دارد. این تلفیقی از مداخلات رفتاری مانند تحریک رفتاری، درمان مواجهه، تنظیم هیجان و آموزش آرامش است (۴). به عنوان یک روش درمانی مبتنی بر شواهد، ثابت شده است که CBT در درمان انواع اختلالات روانپزشکی مانند افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت، اسکیزوفرنی و موارد دیگر استفاده می شود (۵). اخیراً ترکیب CBT و دارو در عمل بالینی رایج‌تر شده و اثربخشی بیشتری را به دست می‌آورد که یکی از جهت‌گیری‌های آینده تحقیقات و درمان خواهد بود. تعداد فزاینده ای از تحقیقات بالینی در مورد CBT و سرطان وجود دارد و بیشتر آنها ارتباط بین CBT و سرطان را تایید کرده اند. در پژوهشی مقدم، مکوندی و پاک سرشت به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک های مقابله ای بیماران سرطانی شهر اهواز پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سبک های مقابله ای (سبک مقابله ای اجتنابی و هیجان مدار را کاهش و سبک مقابله ای رفتاری شناختی و مساله مدار را افزایش می دهد) تاثیر مطلوب دارد (۶). همچنین تاترو و مونتگومری نیز در پژوهش خود بر این نکته اشاره کرده اند که درمان شناختی-رفتاری می تواند در بهبود آشفتگی ها و درد بیماران سرطانی مؤثر واقع شود (۷). در پژوهشی دیگر گودرزی و همکاران به بررسی مقایسه اثر بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم چندوجهی درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تجربه درد مؤثر بودند اما هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از نظر اثربخشی بر میزان تجربه درد مشاهده نشد (۸).

یکی دیگر از درمان های نوظهور که به عنوان یکی از حوزه های درمانی پست مدرن در حیطه بالینی به کار می رود، روایت درمانی است. روایت یا داستان گزارشی از رویدادهای مرتبط، واقعی یا خیالی، ارائه شده در توالی کلمات نوشتاری یا گفتاری، یا تصاویر ثابت یا متحرک، یا هر دو است (۹). بالینگران حوزه درمان بالینی معتقدند که درمان روایتی، تعهدی است برای درک زندگی بیماران و همراه شدن با رنج آنها (۱۰).

روایت درمانی یک رویکرد بالینی است که از روایت های مردم در عمل بالینی، تحقیق و آموزش به عنوان راهی برای ارتقاء سلامت روان استفاده می کند (۱۱). هدف آن پرداختن به مسائل رابطه‌ای و روان‌شناختی است که همراه با بیماری‌های جسمی رخ می‌دهند و تلاش می‌کنند تا بیماران را به‌عنوان انسان با داستان‌های فردی همراه کند (۱۲). رویکرد اصلی در این درمان بهاء دادن به روایت های زندگی بیماران به عنوان نقطه عطف زندگی آنها است (۱۲). رویکردها و انواع مختلفی از شیوه روایت وجود دارد. آنها عبارتند از گفتن داستان هایی از بیماری، نوشتن تجربیات شخصی از طریق نامه ها یا وبلاگ ها (۱۰)، اشتراک گذاری روایت ها در جمع های گروهی (۱۳)، نقاشی، خواندن یا گوش دادن به داستان های دیگران (۱۱). اهمیت روایت بیماران از بیماری، بینشی از تجربیات آنها فراهم می کند (۱۴). فراس اهمیت روایت ها را در طول دوره درمان خلاصه کرد (۱۵). در طول فرآیند تشخیص، روایت ها همدلی را تشویق می کنند و درک متقابل بین ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بیماران را ترویج می کنند. علاوه بر این، روایات تأمل در رفتار و افکار را تشویق می‌کنند. بنابراین، درک متقابل می‌تواند نه تنها از جنبه پزشکی به بیماران، بلکه از بیماران به مراقبان آنها نیز تقویت شود (۱۵).

اخیراً روایت درمانی توجهات زیادی را در حوزه های پژوهشی به خود جلب کرده است. برای مثال، روایت ها در بیماران دیابتی تغییرات رفتاری سلامت، خودکارآمدی و فعالیت‌های مراقبت از خود را تسهیل می‌کند (۱۳). نتایج یک نظرسنجی نشان می‌دهد که وبلاگ‌نویسی روایتی ممکن است حس

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

انـزوا را از طریـق ایجـاد ارتباطـات آنلایـن بـا دیگـران کاهـش دهـد و حـس کمـک بـه دیگـران را افزایـش دهـد (۱۶). بـه طـور جالـب توجهـی، یـک بررسـی سیسـتماتیک بـه ایـن نتیجه رسـید کـه بـا اسـتفاده از مداخلـه نوشـتاری در هـر یـک از مقاطـع زمانی پیگیـری، تفـاوت قابـل توجهـی در رابطـه بـا شـاخص هـای سـلامت روانـی وجـود نـدارد. تجربـه بیمـاران در فرآینـد داسـتان نویسـی یـا نوشـتن یـا نحـوه تفکـر آنهـا در مـورد عمـل روایـت هنـوز ترکیـب نشـده اسـت (۱۷). عـلاوه بـر ایـن، جامعـه هـدف در ایـن مطالعـات کمـی معمـولاً شـامل بیمـاران دیابتـی، مبتلا به درد، بسـتری در بخش‌هـای مراقبت‌هـای ویـژه و غیـره بـود. در رابطـه بـا بیمـاران مبتـلا به سـرطان تحقیقـات پژوهشـی کمی در حـوزه روایـت درمانـی بـه ویـژه در داخـل کشـور صـورت گرفتـه اسـت. در یکـی از ایـن تحقیقـات پژوهشـگران بـه بررسـی تجربه بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان در حـوزه هـای روایـی: یـک بررسـی سیسـتماتیک و متاسـنتز، پرداختنـد. نتایـج ایـن محققیـن نشـان داد کـه بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان تأثیـرات مثبتـی را در حـوزه روایـت درمانـی تجربـه کردنـد. اگرچـه برخـی از بیمـاران ممکـن اسـت اثـرات منفـی را تجربـه کننـد، امـا حیطـه روایـت درمانـی روشـی انسـانی بـرای ارائـه مراقبـت از بیمـاران مبتـلا به سـرطان در محیـط هـای بالینـی اسـت (۱۷). در ایـران نیـز بشـرپور، امانـی و احمـدی در پژوهشـی بـه بررسـی تاثیـر مواجهـه درمانـی روایتی بـر بهبـود کیفیـت زندگـی زنـان مبتـلا بـه اختـلال اسـترس پس از سـانحه مرتبـط بـا سـرطان پرداختنـد. نتایـج نشـان داد کـه مواجهـه درمانـی روایتـی در نمـره کلـی کیفیـت زندگـی و مؤلفـه هـای آن شـامل سـلامت جسـمانی، سـلامت روانـی، ارتبـاط اجتماعـی و سـلامت محیـط، باعـث بهبـود کیفیـت زندگـی زنـان مبتـلا بـه اختـلال اسـترس پـس ازسـانحه مرتبـط بـا سـرطان شـده اسـت (۱۸).

بـا توجـه بـه مطالـب عنـوان شـده بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان بـه علـت بیمـاری خـود، دچـار آشـفتگی هـای شـدید روحـی و روانـی مـی شـوند و ضـرورت دارد تـا بنیـه هـای روان شـناختی آنـان تقویـت شـود تـا روحیـه ای بـالا در مقابـل بیمـاری داشـته باشـند. از ایـن روی، تحقیـق حاضـر بـا هـدف مقایسـه درمـان هـای روانشـناختی مـدرن و پسـت مـدرن در درمـان حـالات روانشـناختی بیمـاران سـرطانی اقـدام بـه مقایسـه درمـان هـای روایـت درمانـی آنلایـن و شـناختی رفتـاری بـر تـاب آوری و تنظیـم هیجانـی افـراد مبتـلا بـه بیمـاری سـرطان بـا سرسـختی روانشـناختی پاییـن کـرد.

روش کار

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

در ایـن پژوهـش از طـرح تحقیـق نیمـه آزمایشـی، از نـوع پیـش آزمـون- پـس آزمـون بـا دو گـروه آزمایـش (گـروه روایـت درمانی آنلایـن؛ گـروه درمـان شـناختی- رفتـاری) و همچنیـن یـک گـروه کنتـرل اسـتفاده شـد. جامعـه آمـاری پژوهـش شـامل کلیـه بیمـاران دارای سـرطان مراجعـه کننـده بـه بیمارسـتان های شـهر تهـران در سـال ۱۴۰۱ بودنـد. از آن جایـی کـه بـرآورد دقیـق تعـداد جامعـه امـکان پذیـر نبـود، انتخـاب نمونـه هـای زیـاد در طـرح هـای آزمایشـی موجـب عـدم کنتـرل دقیـق متغیرهـای مداخلـه گـر مـی شـود و عنـوان شـده کـه در پژوهـش هـای آزمایشـی حجـم هـر گـروه مـی توانـد حداقـل ۱۵ نفـر باشـد (۱۹). از ایـن روی، از میـان جامعـه آمـاری ۴۵ بیمـار براسـاس معیارهـای ورود بـه پژوهـش بـه روش نمونـه گیـری هدفمنـد انتخـاب و بـه صـورت تصادفـی ۱۵ نفـر در گـروه روایـت درمانـی آنلایـن، ۱۵ نفـر در گـروه درمـان شـناختی- رفتـاری و ۱۵ نفـر در گـروه کنتـرل جایگزیـن شـدند.

ملاکهـای ورود شـامل تشـخیص بیمـاری سـرطان، داشـتن حداقـل ۶ مـاه سـابقه بیمـاری، قـرار گرفتـن در محـدوده سـنی ۲۰ تـا ۵۰ سـال، عـدم وجـود بیمـاری هـای روان پزشـکی، نمـره پاییـن در آزمـون سرسـختی روانشـناختی و همچنیـن اسـتفاده از قـرص هـای اعصـاب و روان در بیمـاران براسـاس مصاحبـه روان شـناختی و رضایـت بـه حضـور در درمـان بـود. معیارهـای خـروج شـامل غیبـت بیـش از یـک جلسـه، اسـتفاده از دیگـر خدمـات روان درمانـی و مشـاوره در طـول جلسـات و همچنیـن عـدم رضایـت و تمایـل آزمودنـی بـه ادامـه شـرکت در جلسـات و بـه موجـب آن ضـرورت کنـار گذاشـتن آزمودنـی از نـگاه پژوهشـگر بـود. قابـل ذکـر اسـت کـه خوشـبختانه هیـچ گونـه ریزشـی در گـروه هـای مـورد پژوهـش روی نـداد.

بـرای انجـام پژوهـش ابتـدا بـا کسـب معرفـی نامـه از دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد بیرجنـد و رایزنـی هـای انجـام شـده و حضـور در مراکـز درمانـی شـهر تهـران، روش اجـرای پژوهـش بـرای درمانجویـان توضیـح داده شـد. همچنیـن براسـاس معیارهـای ورود بـه پژوهـش، آزمودنـی هـا انتخـاب شـدند و پیـش آزمـون از هـر دو گـروه آزمایـش و گـروه گـواه گرفتـه شـد. یـک هفتـه پـس از اجـرای پیـش آزمـون، روایت-درمانـی آنلایـن براسـاس برنامـه درمانـی وایـت و اپسـتون (۲۰) و درمـان شـناختی- رفتاری براسـاس پروتـکل مقـدم و همـکاران (۶) بـه شـیوه گروهـی در ۸ جلسـه ۱ سـاعته و بـر اسـاس صلاحدیـد اسـاتید روانشناسـی بـه

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

صورت یک جلسه در هفته اجراء شد، اما اعضای گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. به منظور رعایت جوانب اخلاقی به آزمودنی ها عنوان شد که این پژوهش در واقع برای کمک و ارائه اطلاعات کاربردی به آنهاست، اطلاعاتشان مخفی می ماند و اگر تمایل ندارند می توانند در این پژوهش شرکت نکنند که سرانجام به صورت شفاهی رضایت آنان کسب شد.

جدول ۱: جلسات درمانی روایت درمانی آنلاین

جلسات	محتوا
جلسه اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیشآزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، بررسی بیماری سرطان و مشکلات مرتبط با آن، معرفی روایت درمانی، نمونه کار و شرح داستان های مشکل دار.
جلسه دوم	عینیت بخشی و برونی سازی مشکل، نامگذاری مشکل، مشخص کردن واژه های مشکل دار و آغاز استعاره سازی.
جلسه سوم	ادامه ی استعاره سازی، بررسی استعاره های مشکل دار و ارتباط آنها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی.
جلسه چهارم	فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل.
جلسه پنجم	استعاره های جدید، بازنمایی های ذهنی موقعیت های زندگی با استعاره ی جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت سازی.
جلسه ششم	غنی سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی همتا، بررسی داستان و معنادهی آن به آینده.
جلسه هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به سؤالات و بازنویسی داستانهای گذشته.
جلسه هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه ی داستان، پرسش و پاسخ، دریافت بازخورد، پس آزمون و خداحافظی.

جدول ۲: ساختار جلسات درمان شناختی- رفتاری

جلسات	محتوا
جلسه اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، معرفی درمان شناختی رفتاری، بررسی بیماری سرطان و مشکلات مرتبط با آن، آموزش فن آرام سازی.
جلسه دوم	یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف.
جلسه سوم	بازخورد جلسه قبل و بررسی تکلیف، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام سازی.
جلسه چهارم	تهیه فهرست اصلی باورها، آزمون باورهای مراجع با تحلیل عینی (قضاوت و داوری)، استفاده از فن آرام سازی.
جلسه پنجم	استفاده از روش های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجع به ارزیابی مجدد باورها، استفاده از فن آرام سازی.
جلسه ششم	مخالفت ورزی با افکار خودکار، توقف فکر، استفاده از فن آرام سازی.
جلسه هفتم	تأکید بر شناخت تا احساسات، شناخت و احساسات مرتبط با سرطان، استفاده از فن آرام سازی.
جلسه هشتم	بررسی شرطی سازی، پیشایندها و پسایندها، پرسش و پاسخ، دریافت بازخورد، پس آزمون و خداحافظی.

پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳):

این پرسشنامه ۲۵ سوالی که در مقیاس پنج درجه ای بین صفر (کاملاً نادرست) و چهار (همیشه درست) نمره گذاری می شود، توسط کانر و دیویدسون طراحی شده است. پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ (۰/۸۹) مطلوب گزارش شده و روایی سازه آن نیز با استفاده از تحلیل عوامل، پنج عامل را به دست داده است (۲۱). در ایران نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مطلوب گزارش شد. علاوه بر این، روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عوامل، چهار عامل انگیزه پیشرفت، سرسختی، اعتماد به خود و سازگاری را به دست داد (۲۲). لازم به ذکر است در این پژوهش از نمره کلی این پرسشنامه استفاده شده و آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۳ به دست آمده است.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی (۲۰۰۲):

نسخه اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران به دو زبان هلندی و انگلیسی تهیه شده است (۲۳). این نسخه شامل ۹ خرده مقیاس (خودسرزنش گری، دیگر سرزنش گری، تمرکز بر فکر نشخوارگری، فاجعه نمایی، کم اهمیت شماری، تمرکزمجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش، تمرکز مجدد برنامه ریزی) است. راهبرد شناختی تنظیم هیجان در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دو دسته کلی راهبردهای انطباقی (سازش یافته) و راهبردهای غیرانطباقی (سازش نایافته) تقسیم می شوند. زیرمقیاس های کم اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

مجـدد مثبـت، پذیـرش و تمرکـز مجـدد بـر برنامـه ریـزی، راهبردهـای سـازش یافتـه و زیرمقیـاس هـای خودسرزنشـگری، دیگرسرزنشـگری، تمرکـز بـر فکـر/ نشـخوارگزی و فاجعـه نمایی، راهبردهـای سـازش نایافتـه را تشـکیل مـی دهـد. اجـرای ایـن پرسشـنامه بـرای افـراد ۱۲ سـال بـه بـالا (هـم افـراد بهنجـار و هـم جمعیـت هـای بالینـی) قابـل اسـتفاده مـی باشـد. حسـنی نسـخه فارسـی وکوتاهتـر ایـن پرسشـنامه را در ۱۸ سـؤال تنظیـم کـرد. در CERQ، هـر یـک از خـرده مقیـاس هـا شـامل دو مـاده هسـتند کـه بـر اسـاس مقیـاس درجـه بنـدی لیکـرت از ۱ (هرگـز) تـا ۵ (همیشـه) نمـره گـذاری مـی شـوند. نمـره ی کل هـر یـک از خـرده مقیـاس هـا از طریـق جمـع کـردن نمـره مـاده هـا بـه دسـت مـی آیـد. پژوهـش هـا نشـان مـی دهـد ماده هـای CERQ همسـانی درونـی (دامنـه آلفـای کرونبـاخ ۰/۵۱تـا ۰/۹۶ بـود) خوبـی داشـته و ضرایـب همبسـتگی بازآزمایـی ۷ ٪ بیانگراعتبـار مقیـاس بـود (۲۴). در پژوهـش حاضـر پایایـی متغیـر تنظیـم شـناختی هیجانـی مثبـت ۰/۷۵ و پایایـی تنظیـم شـناختی هیجانـی منفـی ۰/۷۸ بـه دسـت آمـد.

بـرای تجزیـه و تحلیـل داده هـا از دو روش تحلیـل داده هـا و پاسـخ بـه یافتـه هـای پژوهـش از تحلیـل کوواریانـس چندمتغیـری اسـتفاده شـد. اجـرای آزمـون بـا نـرم افـزار SPSS نسـخه ۲۰ اسـتفاده شـد.

یافته ها

اطلاعـات جمعیـت شـناختی نمونـه هـای پژوهـش در جـدول ۳ آورده شـده اسـت.

جدول ۳: اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه

متغیر		گروه روان درمانی آنلاین		گروه درمان شناختی- رفتاری		گروه کنترل	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۷	۴۶/۷	۷	۴۶/۷	۷	۴۶/۷
	دیپلم	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۰	۴	۲۶/۷
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰	۱	۶/۷
	لیسانس	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰
اشتغال	شاغل	۹	۶۰/۰	۸	۵۳/۳	۱۰	۶۶/۷
	بیکار	۶	۴۰/۰	۷	۴۶/۷	۵	۳۳/۳
جنسیت	مرد	۷	۴۶/۷	۹	۶۰/۰	۹	۶۰/۰
	زن	۸	۵۳/۳	۶	۴۰/۰	۶	۴۰/۰

آزمون های نرمال بودن داده ها

بـه منظـور بررسـی پیـش فـرض نرمـال بـودن داده هـا از آزمـون کولموگـروف- اسـمیرنوف اسـتفاده شـد کـه نتایـج آن در جـدول ۳ آمـده اسـت. در آزمـون کولموگـروف- اسـمیرنوف، همانطـور که مشـاهده مـی شـود، در تمـام گـروه هـا و در تمـام مراحـل پیـش آزمـون و پـس آزمـون، سـطح معنـاداری بیشـتر از ۰/۰۵ اسـت؛ بنابرایـن فـرض خـلاف رد و فـرض صفـر تأییـد مـی شـود. یافتـه هـای جـدول ۳ نشـان مـی دهـد، توزیـع داده-هـا نرمـال اسـت و ایـن پیـش فـرض تأییـد مـی شـود.

جدول ٤: نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده ها (n=۴۵)

متغیر		مرحله	سطح معناداری
تنظیم هیجانی	تاب آوری	پیش آزمون	۰/۳۲
		پس آزمون	۰/۰۹
	تنظیم هیجانی مثبت	پیش آزمون	۰/۰۸۷
		پس آزمون	۰/۱۲
	تنظیم هیجانی منفی	پیش آزمون	۰/۲۲
		پس آزمون	۰/۴۵

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. در این آزمون، درجهٔ آزادی متغیر مستقل ۲ و درجهٔ آزادی در نمونه ۴۲ بود. سطح معناداری دادهٔ همهٔ متغیرهای پژوهش هم در مرحلهٔ پیش آزمون و هم در مرحلهٔ پس آزمون P>۰/۰۵ به دست آمد که این به معنای تأیید فرض صفر و همگن بودن واریانس ها در همهٔ متغیرهاست.

۳. بررسی همگنی شیب خط رگرسیون

در جدول ۴ نتایج تحلیل همگن بودن شیب خط رگرسیون به عنوان مهمترین پیش فرض انجام تحلیل کوواریانس آمده است. همانطور که در جدول مشاهده می شود، سطح معناداری برای متغیرهای تاب آوری، تنظیم هیجانی مثبت و تنظیم هیجانی منفی بیشتر از ۰/۰۵ است؛ در نتیجه فرض خلاف رد و فرض صفر تأیید می شود.

جدول ۵: همگنی شیب خط رگرسیون متغیرهای پژوهش

متغیر		منبع تغییرات تعامل	مرحله پیش آزمون- پس آزمون F	Sig
تنظیم هیجانی	تاب آوری	گروه* پیش آزمون	۲/۲۲	۰/۱۰
	تنظیم هیجانی مثبت	گروه* پیش آزمون	۰/۶۶	۰/۵۷
	تنظیم هیجانی منفی	گروه*پیش آزمون	۲/۳۴	۰/۰۸

برای تجزیه و تحلیل داده ها، با توجه به برقراربودن تمامی پیش فرض ها برای آزمون فرضیه های مرتبط با متغیرهای تاب آوری، تنظیم هیجانی مثبت و تنظیم هیجانی منفی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ج) آزمون فرضیه های پژوهش

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیر تاب آوری و مؤلفه های تنظیم هیجانی، در جدول ۴ آمده است.

جدول٦: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تاب آوری و مؤلفه های تنظیم هیجانی

منبع	متغیر		جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
گروه	تنظیم هیجان	تاب آوری	۲۴۵۱/۶۱	۲	۱۲۲۵/۸۰	۷/۰۲	۰/۰۰۳
		تنظیم هیجان مثبت	۲۶۶۱/۲۶	۲	۱۳۳۰/۶۳	۴/۴۸	۰/۰۱۹
		تنظیم هیجان منفی	۱۳۴/۷۳	۲	۶۷/۳۶	۲۱/۹۱	۰/۰۰۱

براساس نتایج به دست آمده مشاهده می شود که آماره F با مقدار ۷/۰۲ برای تاب آوری، ۴/۴۸ برای تنظیم هیجانی مثبت و ۲۱/۹۱ برای تنظیم هیجان منفی معنادار است (P<۰/۰۵). این نتیجه نشان می دهد که بین گروه های مورد پژوهش در متغیرهای تاب آوری و تنظیم هیجانی مثبت و منفی، تفاوت معنادای وجود دارد. به منظور مقایسه جفتی گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن به صورت زیر است:

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه های آزمون

متغیر	گروهها	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تاب آوری	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنلاین	۱۲/۸۷	۴/۲۵	۰/۰۱۳
	کنترل	۳۰/۰	۴/۲۵	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنلاین	-۱۲/۸۷	۴/۲۵	۰/۰۱۳
	کنترل	۱۷/۱۳	۴/۲۵	۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنلاین	۲/۱۳	۶/۶۱	۱
	کنترل	۱۸/۸۰	۶/۶۱	۰/۰۲۱
تنظیم هیجان مثبت	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنلاین	-۲/۱۳	۶/۶۱	۱
	کنترل	۱۶/۶۷	۶/۶۱	۰/۰۴
	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنلاین	-۱/۰۰	۰/۷۱	۰/۵
	کنترل	-۵/۶۷	۰/۷۱	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان منفی	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنلاین	۱/۰۰	۰/۷۱	۰/۵
	کنترل	-۴/۶۷	۰/۷۱	۰/۰۰۱

جدول فوق نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه ها را نشان می دهد. براساس نتایج به دست آمده، بین گروه های آزمایشی روان درمانی آنلاین و شناختی- رفتاری با گروه کنترل در متغیرهای تاب آوری و تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). اما بین گروه آزمایشی روان درمانی آنلاین و شناختی- رفتاری در تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>۰/۰۵$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی آنلاین و درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به بیماری سرطان با سرسختی روانشناختی پایین انجام شد. در بررسی اثربخشی روان درمانی آنلاین نتایج به دست آمده نشان داد که روایت درمانی آنلاین اثربخش بوده و توانسته موجب افزایش تاب آوری و تنظیم هیجانی شناختی بیماران سرطانی شود. این پژوهش همسو با یافته های تقی پور، سیاه پوش، کاظمی دلیوند، صادقی و فرجاد طهرانی (۲۵)، یانگ، ژو، هو، هو و جیانگ (۱۸) و لوپز، گونکالوز، موچادو، سینا، بنتو و سالگادو (۲۶) همخوان است. یافته‌های این پژوهش در مورد عملکرد روایت درمانی در بیماران مبتلا به سرطان، درک عمیق‌تری از تجربیات بیماران سرطانی ارائه می‌کند. چهار مزیت اصلی تمرین روایت درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان عبارتند از: ۱- شکاف بین بیماران و پزشکان در تصمیم‌گیری را کاهش می‌دهد. ۲- این یک راه درمان است.۳- بیماران را با دنیای اجتماعی در ارتباط نگه می دارد و ۴- به بازتاب، خودشناسی و خودشناسی بیماران کمک می کند (۱۸).

به اشتراک گذاری اطلاعات یکی از باارزش ترین محتویاتی است که در روایت درمانی مورد استفاد قرار می گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که عمل روایت درمانی، رویکردی مؤثر است که از طریق آن افراد پیام ها و تجربیات مهمی را در اختیار دیگران قرار می دهند (۲۷). بسیاری از مطالعات در محیط‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی نشان داده‌اند که یکی از کارکردهای اصلی تمرین روایت درمانی، ارائه اطلاعات است (۲۸). داستان‌های حاصل از عمل روایت درمانی نه تنها برای بیماران مبتلا به سرطان برای درک فرآیند بیماری و تصمیم درمانی مفید است، بلکه برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی نیز مفید است تا مراقبت‌هایی را با همدلی، تأمل، حرفه‌گرایی و اعتماد ارائه دهند (۱۵). اگرچه ابزارهای دیگری برای انتقال پیام‌ها وجود دارد، روایت‌ها همچنان نقش مهمی را برای پر کردن شکاف بین بیماران و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ایفا می‌کنند. این به این دلیل است که روایت‌ها برای بیماران جذاب‌تر هستند، به‌ویژه زمانی که مربوط به آنها باشد. اطلاعات ارائه شده در قالب روایی بهتر از اطلاعات ارائه شده در قالب های دیگر، بازیابی و درک می شود (۲۹). این یافته ها ارزش درمانی عمل روایت درمانی را مشخص کرد. شیوه‌های روایی قصه‌گویی، نقاشی و خواندن از دهه ۱۹۸۰ به‌عنوان کاربرد درمانی در نظر گرفته شده‌اند و

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

بـه صـورت درمانـی در جمعیت‌هـای مختلـف در محیط‌هـای مختلـف مـورد اسـتفاده قـرار گرفته‌انـد (۳۰). بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان احسـاس پریشـانی، تحقیـر، ناتوانـی و تـرس از مـردن را تجربـه می‌کننـد. مطالعـات نشـان داده انـد کـه سـلامت روانـی و جسـمی بـه یکدیگـر وابسـته هسـتند و افزایـش رفـاه روانـی اجتماعـی بـا بقـاء مرتبـط اسـت. توجـه بـه اثـرات روانـی اجتماعـی سـرطان و درمـان هـای آن بسـیار مهـم اسـت. عمـل روایـت درمانـی یـک مداخلـه روانـی اجتماعـی بالقـوه بـرای ایـن جمعیـت آسـیب پذیـر اسـت. بـا ایـن حـال، روایـت درمانـی جایگزیـن درمان‌هـای روان‌شـناختی سـنتی نیسـت و بایـد بـه عنـوان مکمـل درمان‌هـای دیگـر در نظـر گرفتـه شـود (۱۲). در بررسـی اثـرات درمـان شـناختی- رفتـاری، نتایـج بـه دسـت آمـده نشـان داد کـه درمـان شـناختی- رفتـاری نیـز در بهبـود تـاب آوری و تنظیـم هیجانـی شـناختی بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان اثربخـش بـوده اسـت. ایـن پژوهـش همسـو بـا یافتـه هـای قبلـی اسـت کـه اثربخشـی درمـان شـناختی- رفتـاری را در جوامـع هـدف دیگـری تأییـد کـرده انـد (۲۶،۳۱، ۳۲، ۳۳).

بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان بـه علـت محتـوای بیمـاری خـود، اسـترس و اضطـراب شـدیدی را تجربـه مـی کننـد بـه گونـه ای کـه بـه صـورت فاجعـه آمیـزی بـا ایـن قضیـه برخـورد مـی کنند و دچـار نشـخوار فکـری مـی شـوند (۳۴). در درمـان شـناختی- رفتـاری، تأکیـد بـر آمـوزش بیمـاران از نظـر «آمـوزش روانـی، شناسـایی افـکار و باورهـای اصلـی، بازسـازی شـناختی، تلقیـح افکار/باورهـای انگیزشـی، و توسـعه مهارت‌هـای جدیـد، اسـترس و مدیریـت بحـران سـرطان، حـل مسـئله، راهبردهـای مقابلـه و فعالیـت هـای اوقات فراغـت» بـود (۳۵). درمان شـناختی- رفتاری افـکار و نشـخوار ذهنـی بیمـاران مبتـلا به سـرطان را مـورد هدف قـرار مـی دهـد و بـه بیمـاران یـاد مـی دهـد کـه چگونـه بـا ایـن افـکار مقابلـه کننـد. ابتـدا هنگامـی کـه بیمـاران دچـار آشـفتگی مـی شـوند، فنـون آرامـش بخشـی کـه در دل درمـان شـناختی- رفتـاری قـرار دارد باعـث مـی شـود تـا بیمـاران بتواننـد آرامـش خـود را حفـظ کننـد و آنـگاه بتواننـد افـکار آشـفته سـاز خـود را شناسـایی و بـا آن مقابلـه کننـد(۳۶). درمـان شـناختی- رفتـاری بـا ارائـه مهـارت هایـی چـون روبـه رو شـدن بـا مـرگ، ارزیابـی شـناختی افـکار ناکارآمـد، افزایـش لـذت از زندگـی و سـبک زندگـی سـلامت محـور باعـث مـی شـود تـا افسـردگی و دیگـر آشـفتگی هـای روانشـناختی در بیمـاران سـرطانی کاهـش پیـدا کنـد (۳۷). درمـان شـناختی-رفتاری بـه بیمـاران یـاد مـی دهـد کـه خـود را اسـیر و گرفتـار سـرطان نبیننـد و در نتیجـه بتواننـد مشـکلات مرتبـط بـا آن را تحمـل کننـد و در جهـت مبـارزه بـا آن نیرومنـد شـوند. درمـان شـناختی -رفتـاری بـه بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان یـاد داد کـه از تفکـرات اغـراق آمیـز و فاجعـه بـار در مـورد سـرطان پرهیـز کننـد و آن را بـا تفکراتـی مثبـت جایگزیـن کننـد. مبـارزه و بـه چالـش کشـیدن باورهـای تحریف شـده باعث مـی شـود کـه آنهـا روحیـه سرسـختی و تـاب آوری را در خـود پـرورش دهنـد و بـرای بهبـودی و بـه چالـش کشـیدن بیمـاری و مدیریـت حـالات روانشـناختی خـود مصمـم تـر شـوند (۳۸).

از نتایـج دیگـر ایـن پژوهـش ایـن بـود کـه بیـن روایـت درمانـی آنلایـن و درمـان شـناختی- رفتـاری در مقیـاس تـاب آوری تفاوت معنـاداری وجـود دارد و روایـت درمانـی آنلاین اثربخشـی بیشـتری نسـبت بـه درمـان شـناختی- رفتـاری دارد ولـی بیـن روایـت درمانـی آنلایـن و درمـان شـناختی- رفتـاری در تنظیـم هیجانـی شـناختی تفـاوت معنـاداری وجـود نداشـت. در تبییـن ایـن یافتـه مـی تـوان گفـت کـه تمریـن روایـت درمانـی بـه برانگیختـن رابطـه تعاملـی و جنبـه هـای اجتماعـی شـدن بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان کمـک مـی کنـد. بیمـاران در اکثـر مطالعاتـی کـه در ایـن مـرور سیسـتماتیک گنجانـده شـده بودنـد، در مـورد روابـط خـود بـا دیگـران، ماننـد والدیـن، همسـران، فرزنـدان، دوسـتان، سـایر بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان یـا متخصصـان مراقبـت هـای بهداشـتی صحبـت کردنـد. بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان گاهـی اوقـات احسـاس می‌کننـد کـه بایـد نگرانی‌هـای خـود را پنهـان کننـد تـا از دیگـران محافظـت کننـد، یـا اینکـه صحبـت چهـره بـه چهـره بـا دیگـران در مـورد احساسـات خـود دشـوار اسـت، اما روایـت درمانـی بـه بیمـاران اجـازه مـی دهـد تـا بـه ارتباطـات اجتماعـی بـا دیگـران برگردنـد و بـر روابـط خـود بـا دیگـران تأثیـر مثبـت بگذارنـد، آن هـم بـا فراهـم کـردن فرصتـی بـرای بـه اشـتراک گذاشـتن تجربیـات خـود (۱۰). بنابرایـن، بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان مـی تواننـد از انـزوا بـه مشـارکت فعـال در یـک زمینـه اجتماعـی جدیـد پیشـرفت کننـد. بـه عـلاوه، روایـت درمانـی بـه بیمـاران مبتـلا بـه سـرطان قـدرت مـی دهـد، زیـرا آنهـا روایـت را راهـی بـرای کمـک بـه دیگـران مـی داننـد. عمـل روایـی فعـال، ماننـد نوشـتن، داسـتان نویسـی و نقاشـی، حرکاتـی اسـت بـرای بیمـاران بـرای تبدیـل نقـش خـود از عمـل کـردن به عمـل کـردن فعـال (۳۹). همچنیـن روایـت درمانـی بـه بیمـاران در انعـکاس خـود، خودشناسـی و خودآگاهـی کمـک می‌کنـد. در طـول روایـت درمانـی، شـرکت‌کنندگان ایـن فرصـت را دارنـد کـه افـکار خـود را سـازماندهی و شـرح دهنـد (۴۰).

ایـن پژوهـش چـون سـایر پژوهـش هـا دارای محدودیتهایـی

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

است؛ از جمله این که ممکن است به دلیل میزان و نوع داروی مصرفی که بیماران مصرف می کردند، در پاسخ به ابزارهای پژوهش سوءگیری هایی وجود داشته باشد بنابراین باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت گیرد، همچنین استفاده از پرسشنامه های خودگزارش دهی ممکن است به نادیده گرفتن برخی متغیرها و احوالات بیمار بینجامد.

نتیجه گیری

طبق نتایج حاصل از این پژوهش، درمان روایت درمانی آنلاین و شناختی رفتاری هر دو در افزایش تاب آوری و تنظیم هیجانات بیماران سرطانی نسبت به گروه کنترل مؤثرند. همچنین نتایج نشان داد که بین روایت درمانی آنلاین و درمان شناختی رفتاری در مقیاس تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد و روایت درمانی آنلاین اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری دارد ولی بین روایت درمانی آنلاین و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجانی شناختی تفاوت مناداری وجود نداشت. لذا پیشنهاد می شود انجمن ها و متخصصان بهداشت روان در مراکز درمان سرطان نسبت به کاربرد این دو گروه درمانی در بیماران مبتلا به سرطان اهتمام بیشتری بورزند و حتی خانواده های بیماران سرطانی یا مراقبین آنها را نیز در فرایند درمان مشارکت دهند تا هم بتوانند به پیشرفت روند درمان کمک کنند و هم از منافع درمان نیز سود ببرند.

سپاسگزاری

این مقاله، گزارش قسمتی از پایان نامه مقطع دکتری روانشناسی بالینی می باشد. آزمودنی های پژوهش با رضایت کامل وارد پژوهش شدند و فرم رضایتنامه آگاهانه را امضا کردند. مداخله را نویسندهٔ اول انجام داد که اجراکنندهٔ اصلی پژوهش بود. برای کسب صلاحیت نیز علاوه بر مطالعهٔ منابع متعدد، دورهٔ جامع درمان شناختی- رفتاری و روایت درمانی گذرانده شد. طرح این پژوهش به کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ارسال و پس از طی مراحل داوری با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1401.266 در این کمیته ثبت شد. در آخر پژوهشگران بر خود لازم می دانند از کلیه بیماران شرکت کننده در پژوهش و خانواده های آنان و همچنین تمامی اساتید و همکارانی که یاریگر این پژوهش بوده اند تقدیر و تشکر نمایند.

تعارض منافع

در این پژوهش بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

References

1. Addison S, Shirima D, Aboagye-Mensah EB, Dunovan SG, Pascal EY, Lustberg MB, Nolan, TS. Effects of tandem cognitive behavioral therapy and healthy lifestyle interventions on health-related outcomes in cancer survivors: A systematic review. Journal of Cancer Survivorship. 2022; 16(5): 1023-1046. https://doi.org/10.1007/s11764-021-01094-8
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021; 71(3): 209-249. https://doi.org/10.3322/caac.21660
3. Tan SY, Turner J, Kerin-Ayres K, Butler S, Deguchi C, Khatri S, Vardy JL. Health concerns of cancer survivors after primary anti-cancer treatment. Supportive Care in Cancer. 2019; 27(10): 3739-3747. https://doi.org/10.1007/s00520-019-04664-w
4. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary cognitive behavior therapy: A review of theory, history, and evidence. Psychodynamic Psychiatry, 2015; 43(3): 423-461. https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423
5. Forsythe LP, Kent EE, Weaver KE, Buchanan N, Hawkins NA, Rodriguez JL, Rowland JH. Receipt of psychosocial care among cancer survivors in the United States. Journal of Clinical Oncology, 2013, 31(16): 1961https://doi.org/10.1200/JCO.2012.46.2101
6. Moghadam M, Makvandi B, Pakseresht S. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coping Styles of Patients with Cancer in Ahvaz. Quarterly journal of research in psychological health. 2016; 9(2): 35-39. http://ensani.ir/fa/article/363911
7. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. Journal of behavioral medicine. 2006; 29(1): 17-27. https://doi.org/10.1007/s10865-005-9036-1

8. Goodarzi N, Peymani J, Ashayeri H, Meschi F, Sabet M, Akbari M. Comparing the Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Multidimensional Pain Symptoms in Breast Cancer Patients. J Arak Uni Med Sci. 2021; 24 (2): 306-317. http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-6311-en.html https://doi.org/10.32598/jams.24.2.6176.1
9. Teeter P, Sandberg J. Cracking the enigma of asset bubbles with narratives. Strategic Organization. 2017; 15(1): 91-99. https://www.jstor.org/stable/26369328 https://doi.org/10.1177/1476127016629880
10. Gripsrud BH, Brassil KJ, Summers B, Søiland H, Kronowitz S, Lode K. Capturing the experience: Reflections of women with breast cancer engaged in an expressive writing intervention. Cancer Nursing. 2016; 39(4), E51. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000300
11. Pérez M, Sefko JA, Ksiazek D, Golla B, Casey C, Margenthaler JA, Jeffe DB. A novel intervention using interactive technology and personal narratives to reduce cancer disparities: African American breast cancer survivor stories. Journal of Cancer Survivorship. 2014; 8(1): 21-30. https://doi.org/10.1007/s11764-013-0308-4
12. Yang Y, Xu J, Hu Y, Hu J, Jiang A. The experience of patients with cancer on narrative practice: A systematic review and meta-synthesis. Health Expectations. 2020; 23(2): 274-283. https://doi.org/10.1111/hex.13003
13. Goddu AP, Raffel KE, Peek ME. A story of change: The influence of narrative on African-Americans with diabetes. Patient Education and Counseling. 2015; 98(8): 1017-1024. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.022
14. Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. The Permanente Journal. 2009; 13(1): 80. https://doi.org/10.7812/TPP/08-043
15. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. Jama, 2001; 286(15): 1897-1902. https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897
16. Ressler PK, Bradshaw YS, Gualtieri L, Chui KKH. Communicating the experience of chronic pain and illness through blogging. Journal of medical Internet research. 2012; 14(5): e2002. https://doi.org/10.2196/jmir.2002
17. Zhou C, Wu Y, An S, Li X. Effect of expressive writing intervention on health outcomes in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PloS one. 2015; 10(7): e0131802. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131802
18. Basharpour S, Amani S Ahmadi, S. The effect of narrative exposure therapy on improving the quality of life of women with post-traumatic stress disorder related to cancer. Culture of Counseling and Psychotherapy. 2017; 9(36): 77-94.
19. Delavar A. Research method in psychology and educational sciences. 41st edition, Tehran: Ravan, edited and Arasbaran Publishing; 2014.
20. White M, Wijaya M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. WW Norton & Company. 1990. https://www.amazon.com/Narrative-Means-Therapeutic-Michael-White/dp/0393700984
21. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression and Anxiety. 2003; 18(2): 76-82. https://doi.org/10.1002/da.10113
22. Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. International Journal of Testing. 2009; 9(1): 60-66. https://doi.org/10.1080/15305050902733471
23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual differences. 2002; 30(8): 1311-1327..https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6
24. Hasani j. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Behavioral Science Research. 2011; 9(14): 229-240. 20.1001.1.17352029.1390.9.4.2.5
25. Taghipour R, siahpoosh S, kazemi dalivand F, Sadeghi P, Farjadtehrani T. Comparison of the Effect of Cognitive-Behavioral Therapy and Narrative Therapy in Improving Death Related Distress and Psychological Hardiness in Female Patients with Breast Cancer. Journal of the

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]

Faculty of Medicine of Mashhad University of Medical Sciences. 62(4): 1694-2501.
26. Lopes RT, Gonçalves MM, Machado PP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. Psychotherapy Research. 2014; 24(6): 662-674. https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052
27. Bowles N. Storytelling: asearch for meaning within nursing practice. Nurse Education Today. 1995; 15(5): 365-369. https://doi.org/10.1016/S0260-6917(95)80010-7
28. Høybye MT, Johansen C, Tjørnhøj-Thomsen T. Online interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer. 2005;14(3): 211-220. https://doi.org/10.1002/pon.837
29. Green MC, Strange JJ, Brock TC. Narrative impact: Social and cognitive foundations. Psychology Press. 2003. https://doi.org/10.4324/9781410606648
30. Scaletti R, Hocking C. Healing through story telling: An integrated approach for children experiencing grief and loss. New Zealand Journal of Occupational Therapy. 2010; 57(2): 66-71.
31. Greer JA, Park ER, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. Journal of cognitive psychotherapy. 2010; 24(4): 294-313. https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.4.294
32. 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; 36(5): 427-440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1
33. van de Wal M, Servaes P, Berry R, Thewes B, Prins J. Cognitive behavior therapy for fear of cancer recurrence: a case study. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings. 2018; 25(4): 390-407. https://doi.org/10.1007/s10880-018-9545-z
34. Tang PL, Chiou CP, Lin HS, Wang C, Liand SL. Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. Cancer nursing. 2011; 34(4): 286-292. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31820254c6
35. Blumenstein K, Brose A, Kemp C, Meister D, Walling E, DuVall A, Zhang A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Improving Functional Health in Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-analysis. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2022; 175: 103709. https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2022.103709
36. Dobson KS, Dozois DA. Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. Guilford Press; 2010.https://www.researchgate.net/publication/307856542
37. Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2008; 22(2): 167-182. https://doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.167
38. Mosalanejad L, Khodabakshi Koolaee A, Jamali S. Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). IJRM 2012; 10 (5) :483-488. http://ijrm.ssu.ac.ir/article-1-307-en.html
39. Borregaard B, Ludvigsen MS. Exchanging narratives-A qualitative study of peer support among surgical lung cancer patients. Journal of Clinical Nursing. 2018; 27(1-2): 328-336. https://doi.org/10.1111/jocn.13903
40. Carlick A, Biley FC. Thoughts on the therapeutic use of narrative in the promotion of coping in cancer care. European Journal of Cancer Care. 2004; 13(4): 308-317.https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2004.00466.x

[Downloaded from ijca.ir on 2026-09-03]