

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

Bani Safar A^{1*}, Ahi Q²

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.

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

افشین بنی صفر^{۱*}، قاسم آهی^۲

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، 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 پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۹

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 کرایچ 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 آنلاین می تواند کارآمدتر باشد.

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

مقدمه

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

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 تقریباً 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،

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 مزمین 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 می‌کند. شواهد نشان می‌دهد که CBT موثرترین مداخله روانشناختی برای بهبود خستگی ناشی از درمان سرطان است و می‌تواند 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 می‌شود (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 فزاینده‌ای از تحقیقات بالینی در مورد CBT و سرطان وجود دارد و بیشتر آنها ارتباط بین CBT و سرطان را تایید کرده‌اند. در پژوهشی مقدم، مکوندی و پاک سرشت به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران سرطانی شهر اهواز پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای (سبک مقابله‌ای اجتنابی و هیجان مدار را کاهش و سبک مقابله‌ای رفتاری شناختی و مساله مدار را افزایش می‌دهد) تأثیر مطلوب دارد (۶). همچنین تاترو و مونگومری نیز در پژوهش خود بر این نکته اشاره کرده‌اند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود آشفتگی‌ها 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 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 درمان‌های پست مدرن در حیطه بالینی به کار می‌رود، روایت درمانی است. روایت یا داستان‌گزارشی 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 روایت‌های مردم در عمل بالینی، تحقیق و آموزش به عنوان راهی برای ارتقاء سلامت روان استفاده می‌کند (۱۱). هدف آن پرداختن به مسائل رابطه‌ای و روان‌شناختی است که همراه با بیماری‌های جسمی رخ می‌دهند و تلاش می‌کند تا بیماران را به‌عنوان انسان با داستان‌های فردی همراه کند (۱۲). رویکرد اصلی در این درمان بهاء دادن به روایت‌های زندگی بیماران به عنوان نقطه عطف زندگی آنها است (۱۲). رویکردها و انواع مختلفی از شیوه روایت وجود دارد. آنها عبارتند از گفتن داستان‌هایی از بیماری، نوشتن تجربیات شخصی از طریق نامه‌ها یا وبلاگ‌ها (۱۰)، اشتراک‌گذاری روایت‌ها در جمع‌های گروهی (۱۳)، نقاشی، خواندن یا گوش دادن به داستان‌های دیگران (۱۱). اهمیت روایت بیماران از بیماری، بینشی از تجربیات آنها فراهم می‌کند (۱۴). فراس اهمیت روایت‌ها را در طول دوره درمان خلاصه کرد (۱۵). در طول فرآیند تشخیص، روایت‌ها همدلی را تشویق می‌کنند و درک متقابل بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران را ترویج می‌کنند. 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 حوزه‌های پژوهشی به خود جلب کرده است. برای مثال، روایت‌ها 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

روش کار

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

در این پژوهش از طرح تحقیق نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه آزمایش (گروه روایت درمانی آنالاین؛ گروه درمان شناختی- رفتاری) و همچنین یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دارای سرطان مراجعه کننده به بیمارستان های شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. از آن جایی که برآورد دقیق تعداد جامعه امکان پذیر نبود، انتخاب نمونه های زیاد در طرح های آزمایشی موجب عدم کنترل دقیق متغیرهای مداخله گر می شود و عنوان شده که در پژوهش های آزمایشی حجم هر گروه می تواند حداقل ۱۵ نفر باشد (۱۹). از این روی، از میان جامعه آماری ۴۵ بیمار براساس معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه روایت درمانی آنالاین، ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی- رفتاری و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

ملاکهای ورود شامل تشخیص بیماری سرطان، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم وجود بیماری های روان پزشکی، نمره پایین در آزمون سرسختی روانشناختی و همچنین استفاده از قرص های اعصاب و روان در بیماران براساس مصاحبه روان شناختی و رضایت به حضور در درمان بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه، استفاده از دیگر خدمات روان درمانی و مشاوره در طول جلسات و همچنین عدم رضایت و تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در جلسات و به موجب آن ضرورت کنار گذاشتن آزمودنی از نگاه پژوهشگر بود. قابل ذکر است که خوشبختانه هیچ گونه ریزشی در گروه های مورد پژوهش روی نداد.

برای انجام پژوهش ابتدا با کسب معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و رایزنی های انجام شده و حضور در مراکز درمانی شهر تهران، روش اجرای پژوهش برای درمانجویان توضیح داده شد. همچنین براساس معیارهای ورود به پژوهش، آزمودنی ها انتخاب شدند و پیش آزمون از هر دو گروه آزمایش و گروه گواه گرفته شد. یک هفته پس از اجرای پیش آزمون، روایت-درمانی آنالاین براساس برنامه درمانی وایت و اپستون (۲۰) و درمان شناختی- رفتاری براساس پروتکل مقدم و همکاران (۶) به شیوه گروهی در ۸ جلسه ۱ ساعته و بر اساس صلاحدید اساتید روانشناسی به

انزوا را از طریق ایجاد ارتباطات آنالاین با دیگران کاهش دهد و حس کمک به دیگران را افزایش دهد (۱۶). به طور جالب توجهی، یک بررسی سیستماتیک به این نتیجه رسید که با استفاده از مداخله نوشتاری در هر یک از مقاطع زمانی پیگیری، تفاوت قابل توجهی در رابطه با شاخص های سلامت روانی وجود ندارد. تجربه بیماران در فرآیند داستان نویسی یا نوشتن یا نحوه تفکر آنها در مورد عمل روایت هنوز ترکیب نشده است (۱۷). علاوه بر این، جامعه هدف در این مطالعات کمی معمولاً شامل بیماران دیابتی، مبتلا به درد، بستری در بخش های مراقبت های ویژه و غیره بود. در رابطه با بیماران مبتلا به سرطان تحقیقات پژوهشی کمی در حوزه روایت درمانی به ویژه در داخل کشور صورت گرفته است. در یکی از این تحقیقات پژوهشگران به بررسی تجربه بیماران مبتلا به سرطان در حوزه های روایی: یک بررسی سیستماتیک و متاسنتز، پرداختند. نتایج این محققین نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان تأثیرات مثبتی را در حوزه روایت درمانی تجربه کردند. اگرچه برخی از بیماران ممکن است اثرات منفی را تجربه کنند، اما حیطه روایت درمانی روشی انسانی برای ارائه مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان در محیط های بالینی است (۱۷). در ایران نیز بشرپور، امانی و احمدی در پژوهشی به بررسی تأثیر مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان پرداختند. نتایج نشان داد که مواجهه درمانی روایتی در نمره کلی کیفیت زندگی و مؤلفه های آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط اجتماعی و سلامت محیط، باعث بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان شده است (۱۸).

با توجه به مطالب عنوان شده بیماران مبتلا به سرطان به علت بیماری خود، دچار آشفتگی های شدید روحی و روانی می شوند و ضرورت دارد تا بنیه های روان شناختی آنان تقویت شود تا روحیه ای بالا در مقابل بیماری داشته باشند. از این روی، تحقیق حاضر با هدف مقایسه درمان های روانشناختی مدرن و پست مدرن در درمان حالات روانشناختی بیماران سرطانی اقدام به مقایسه درمان های روایت درمانی آنالاین و شناختی رفتاری بر تاب آوری و تنظیم هیجانی افراد مبتلا به بیماری سرطان با سرسختی روانشناختی پایین کرد.

اطلاعاتشان مخفی می ماند و اگر تمایل ندارند می توانند در این پژوهش شرکت نکنند که سرانجام به صورت شفاهی رضایت آنان کسب شد.

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،

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 ساختارشنکی.
جلسه چهارم	فاز تخریب: ساختارشنکی 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 معنادگی آن به آینده.
جلسه هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به سوالات 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 ورزشی 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، تمرکز مجدد 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

افشین بنی صفر و قاسم آهی

۰/۹۶ بود) خوبی داشته و ضرایب همبستگی بازآزمایی ۰/۷٪ بیانگر اعتبار مقیاس بود (۲۴). در پژوهش حاضر پایایی متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت ۰/۷۵ و پایایی تنظیم شناختی هیجانی منفی ۰/۷۸ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو روش تحلیل داده ها و پاسخ به یافته های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. اجرای آزمون با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد.

یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی نمونه های پژوهش در جدول ۳ آورده شده است.

مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، راهبردهای سازش یافته و زیرمقیاس های خودسرزنشگری، دیگرسرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه نمایی، راهبردهای سازش نیافته را تشکیل می دهد. اجرای این پرسشنامه برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت های بالینی) قابل استفاده می باشد. حسنی نسخه فارسی و کوتاوتر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ، هر یک از خرده مقیاس ها شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شوند. نمره ی کل هر یک از خرده مقیاس ها از طریق جمع کردن نمره ماده ها به دست می آید. پژوهش ها نشان می دهد ماده های CERQ همسانی درونی (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۵۱ تا

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
	دیپلم	۴	۲۶/۷	۳	۲۰/۰	۴
	فوق دیپلم	۲	۱۳/۳	۳	۲۰/۰	۱
	لیسانس	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۳
اشتغال	شاغل	۹	۶۰/۰	۸	۵۳/۳	۱۰
	بیکار	۶	۴۰/۰	۷	۴۶/۷	۵
جنسیت	مرد	۷	۴۶/۷	۹	۶۰/۰	۹
	زن	۸	۵۳/۳	۶	۴۰/۰	۶

آزمون و پس آزمون، سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین فرض خلاف رد و فرض صفر تأیید می شود. یافته های جدول ۳ نشان می دهد، توزیع داده ها نرمال است و این پیش فرض تأیید می شود.

آزمون های نرمال بودن داده ها

به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. در آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، همانطور که مشاهده می شود، در تمام گروه ها و در تمام مراحل پیش

جدول ۴: نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف برای بررسی پیش فرض نرمال بودن داده ها (n=۴۵)

متغیر	مرحله	سطح معناداری
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

بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها

برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. در این آزمون، درجه آزادی متغیر مستقل ۲ و درجه آزادی در نمونه ۴۲ بود. سطح معناداری داده همه متغیرهای پژوهش هم در مرحله پیش آزمون و هم در مرحله پس آزمون $P > 0.05$ به دست آمد که این به معنای تأیید فرض صفر و همگن بودن واریانس ها در همه 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

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

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.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تاب آوری و مؤلفه های تنظیم هیجانی

منبع	متغیر	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
	تاب آوری	۳۴۵۱/۶۱	۲	۱۲۲۵/۸۰	۷/۰۲	۰/۰۰۳
گروه	تنظیم هیجان مثبت	۲۶۶۱/۲۶	۲	۱۳۳۰/۶۳	۴/۴۸	۰/۰۱۹
تنظیم هیجان	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 ($P < 0.05$). این نتیجه نشان می دهد که بین گروه های

مورد پژوهش در متغیرهای تاب آوری و تنظیم هیجانی مثبت و منفی، تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور مقایسه جفتی گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن به صورت زیر است:

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 آنالاین	۱۲/۸۷	۴/۲۵	۰/۰۱۳
	کنترل	۳۰/۰	۴/۲۵	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنالاین	-۱۲/۸۷	۴/۲۵	۰/۰۱۳
	کنترل	۱۷/۱۳	۴/۲۵	۰/۰۰۱
تنظیم هیجان مثبت	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنالاین	۲/۱۳	۶/۶۱	۱
	کنترل	۱۸/۸۰	۶/۶۱	۰/۰۲۱
	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنالاین	-۲/۱۳	۶/۶۱	۱
	کنترل	۱۶/۶۷	۶/۶۱	۰/۰۴
تنظیم هیجان منفی	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنالاین	-۱/۰۰	۰/۷۱	۰/۵
	کنترل	-۵/۶۷	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری روایت درمانی آنالاین	۱/۰۰	۰/۷۱	۰/۵
	کنترل	-۴/۶۷	۰/۷۱	۰/۰۰۱

می دهد. 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 داده اند 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 محیط های مختلف مراقبت های بهداشتی نشان داده اند که یکی از کارکردهای اصلی تمرین روایت درمانی، ارائه اطلاعات است (۲۸). داستان های حاصل از عمل روایت درمانی نه تنها برای بیماران مبتلا به سرطان برای درک فرآیند بیماری و تصمیم درمانی مفید است، بلکه برای متخصصان مراقبت های بهداشتی نیز مفید است تا مراقبت هایی را با همدلی، تأمل، حرفه گرایی و اعتماد ارائه دهند (۱۵). اگرچه ابزارهای دیگری برای انتقال پیام ها وجود دارد، روایت ها همچنان نقش مهمی را برای پر کردن شکاف بین بیماران و متخصصان مراقبت های بهداشتی ایفا می کنند. این به این دلیل است که روایت ها برای بیماران جذاب تر هستند، به ویژه 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. شیوه های روایی قصه گویی، نقاشی و خواندن از دهه ۱۹۸۰ به عنوان کاربرد درمانی در نظر گرفته شده اند و

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 آنالاین و شناختی- رفتاری با گروه کنترل در متغیرهای تاب آوری و تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). اما بین گروه آزمایشی روان درمانی آنالاین و شناختی- رفتاری در تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان درمانی آنالاین 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 آنالاین نتایج به دست آمده نشان داد که روایت درمانی آنالاین 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 پهرانی (۲۵)، یانگ، ژو، هو، هو و جیانگ (۱۸) و لویز، گونکالوز، موچادو، سینا، بنتو و سالگادو (۲۶) همخوان است. یافته های این پژوهش در مورد عملکرد روایت درمانی در بیماران مبتلا به سرطان، درک عمیق تری از تجربیات بیماران سرطانی ارائه می کند. چهار مزیت اصلی تمرین روایت درمانی برای بیماران مبتلا به سرطان عبارتند از: ۱- شکاف بین بیماران و پزشکان در تصمیم گیری را کاهش

به صورت درمانی در جمعیت‌های مختلف در محیط‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۳۰). بیماران مبتلا به سرطان احساس پریشانی، تحقیر، ناتوانی و ترس از مردن را تجربه می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که سلامت روانی و جسمی به یکدیگر وابسته هستند و افزایش رفاه روانی اجتماعی با بقاء مرتبط است. توجه به اثرات روانی اجتماعی سرطان و درمان‌های آن بسیار مهم است. عمل روایت درمانی یک مداخله روانی اجتماعی بالقوه برای این جمعیت آسیب‌پذیر است. با این حال، روایت درمانی جایگزین درمان‌های روان‌شناختی سنتی نیست و باید به عنوان مکمل درمان‌های دیگر در نظر گرفته شود (۱۲). در بررسی اثرات درمان شناختی-رفتاری، نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی-رفتاری نیز در بهبود تاب‌آوری و تنظیم هیجانی شناختی بیماران مبتلا به سرطان اثربخش بوده است. این پژوهش همسو با یافته‌های قبلی است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را در جوامع هدف دیگری تأیید کرده‌اند (۳۱، ۳۲، ۳۳).

بیماران مبتلا به سرطان به علت محتوای بیماری خود، استرس و اضطراب شدیدی را تجربه می‌کنند به گونه‌ای که به صورت فاجعه آمیزی با این قضیه برخورد می‌کنند و دچار نشخوار فکری می‌شوند (۳۴). در درمان شناختی-رفتاری، تأکید بر آموزش بیماران از نظر «آموزش روانی، شناسایی افکار و باورهای اصلی، بازسازی شناختی، تلقیح افکار/باورهای انگیزشی، و توسعه مهارت‌های جدید، استرس و مدیریت بحران سرطان، حل مسئله، راهبردهای مقابله و فعالیت‌های اوقات فراغت» بود (۳۵). درمان شناختی-رفتاری افکار و نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به سرطان را مورد هدف قرار می‌دهد و به بیماران یاد می‌دهد که چگونه با این افکار مقابله کنند. ابتدا هنگامی که بیماران دچار آشفتگی می‌شوند، فنون آرامش بخشی که در دل درمان شناختی-رفتاری قرار دارد باعث می‌شود تا بیماران بتوانند آرامش خود را حفظ کنند و آنگاه بتوانند افکار آشفتته ساز خود را شناسایی و با آن مقابله کنند (۳۶). درمان شناختی-رفتاری با ارائه مهارت‌هایی چون روبه‌رو شدن با مرگ، ارزیابی شناختی افکار ناکارآمد، افزایش لذت از زندگی و سبک زندگی سلامت محور باعث می‌شود تا افسردگی و دیگر آشفتگی‌های روانشناختی در بیماران سرطانی کاهش پیدا کند (۳۷). درمان شناختی-رفتاری به بیماران یاد می‌دهد که خود را اسیر و گرفتار سرطان نبینند و در نتیجه بتوانند

مشکلات مرتبط با آن را تحمل کنند و در جهت مبارزه با آن نیرومند شوند. درمان شناختی-رفتاری به بیماران مبتلا به سرطان یاد داد که از تفکرات اغراق آمیز و فاجعه بار در مورد سرطان پرهیز کنند و آن را با تفکراتی مثبت جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف شده باعث می‌شود که آنها روحیه سرسختی و تاب‌آوری را در خود پرورش دهند و برای بهبودی و به چالش کشیدن بیماری و مدیریت حالات روانشناختی خود مصمم‌تر شوند (۳۸).

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که بین روایت درمانی آنلاین و درمان شناختی-رفتاری در مقیاس تاب‌آوری 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 معناداری وجود نداشت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که تمرین روایت درمانی به برانگیختن رابطه تعاملی و جنبه‌های اجتماعی شدن بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند. بیماران در اکثر مطالعاتی که در این مرور سیستماتیک گنجانده شده بودند، در مورد روابط خود با دیگران، مانند والدین، همسران، فرزندان، دوستان، سایر بیماران مبتلا به سرطان یا متخصصان مراقبت‌های بهداشتی صحبت کردند. بیماران مبتلا به سرطان گاهی اوقات احساس می‌کنند که باید نگرانی‌های خود را پنهان کنند تا از دیگران محافظت کنند، یا اینکه صحبت چهره به چهره با دیگران در مورد احساسات خود دشوار است، اما روایت درمانی به بیماران اجازه می‌دهد تا به ارتباطات اجتماعی با دیگران برگردند و بر روابط خود با دیگران تأثیر مثبت بگذارند، آن‌هم با فراهم کردن فرصتی برای به اشتراک گذاشتن تجربیات خود (۱۰). بنابراین، بیماران مبتلا به سرطان می‌توانند از انزوا به مشارکت فعال در یک زمینه اجتماعی جدید پیشرفت کنند. به علاوه، روایت درمانی به بیماران مبتلا به سرطان قدرت می‌دهد، زیرا آنها روایت را راهی برای کمک به دیگران می‌دانند. عمل روایی فعال، مانند نوشتن، داستان نویسی و نقاشی، حرکاتی است برای بیماران برای تبدیل نقش خود از عمل کردن به عمل کردن فعال (۳۹). همچنین روایت درمانی به بیماران در انعکاس خود، خودشناسی و خودآگاهی کمک می‌کند. در طول روایت درمانی، شرکت‌کنندگان این فرصت را دارند که افکار خود را سازماندهی و شرح دهند (۴۰).

این پژوهش چون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی

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 نویسنده اول انجام داد که اجراکننده اصلی پژوهش بود. برای کسب صلاحیت نیز علاوه بر مطالعه منابع متعدد، دوره جامع درمان شناختی- رفتاری و روایت درمانی گذرانده شد. طرح این پژوهش به کمیته 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*

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 آنالاین 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 آنالاین و درمان شناختی رفتاری در مقیاس تاب آوری تفاوت معناداری وجود دارد و روایت درمانی آنالاین اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری دارد ولی بین روایت درمانی آنالاین و درمان شناختی رفتاری در تنظیم هیجانی شناختی تفاوت معناداری 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

- 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): 1961 <https://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

- 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](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*

- 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: a search for meaning within nursing practice. *Nurse Education Today*. 1995; 15(5): 365-369. [https://doi.org/10.1016/S0260-6917\(95\)80010-7](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 Koolae 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>