

Research Paper

Comparison of the Effect of Narrative Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy on Body Dysmorphic Concern and Depression in Women with Breast Surgery Experience: A Four-month Follow-up

Hadi Smkhani Akbarinejad¹, Mohammad GHamari^{2*}, Jaffar Pouyamanesh³, Ghorban FathiAgdam³

1. PhD, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran

2. Associate Professor, Department of Counseling, Islamic Azad University, Abhar Branch, Abhar, Iran

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

Citation: Smkhani Akbarinejad H, GHamari M, Pouyamanesh J, FathiAgdam G. [Comparison of the Effect of Narrative Therapy and Rational Emotional Behavior Therapy on Body Dysmorphic Concern and Depression in Women with Breast Surgery Experience: A Four-month Follow-up (persian)] *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019 8(2): 388-401

Resived: 16 Agu 2019

Accepted: 4 Dec 2019

Available Online: Dec2020

Keywords:

Narrative Therapy,
Rational Emotive
Behavior Therapy,
Body Dysmorphic
Concern, Depres-
sion, Breast Surgery

Abstract

Background & Aim: The mastectomy increases the chance of body dysmorphic concern and depression among women, which can impair their functioning. This study aimed to compare the effect of narrative therapy and rational emotive behavior therapy on the body dysmorphic concern and depression in women with breast surgery experience.

Materials and Methods: This quasi-experimental study had a pretest-posttest design and a follow-up. The statistical population included mastectomized women in Tabriz, Iran undergoing radiotherapy, who were selected by available sampling and randomly divided into three experimental and control groups in 2018. Data collection tools were body image concern inventory and Beck's depression inventory. Members of both experimental groups received treatment in eight sessions of 1.5 hours. Data analysis was performed in SPSS version 24 using repeated measures ANOVA and Bonferroni post hoc test.

Results: The posttest results showed that the score of body dysmorphic concern decreased in the narrative therapy and emotional behavior therapy groups, compared to the control group, and the depression score decreased in the mentioned groups, compared to the control group. In the follow-up, the effect of narrative therapy on the body dysmorphic concern (23.50) and depression (16.60) and the effect of emotional behavior therapy on body dysmorphic concern (49.50) and depression (16.90) was sustainable. However, narrative therapy had a higher impact on body dysmorphic concern, compared to raitonal emotional behavior therapy, in the posttest stage.

Conclusion: Narrative therapy and rational emotive behavior therapy resulted in release from metanarratives and change of irrational beliefs, which led to decreased body dysmorphic concern and depression in women with breast surgery. Therefore, these methods could be used as effective clinical interventions for these patients.

*Corresponding author:

Mohammad GHamari

Address: Department of Counseling, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

Tel: +98 (0242522) 6080

Email: counselor_ghamari@yahoo.com

مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان: پیگیری ۴ ماهه

هادی اسمخانی اکبری نژاد^۱، محمد قمری^۲، جعفر پویامنش^۳، قربان فتحی اقدم^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۲. دانشیار گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران.

چکیده:

زمینه و هدف: عمل ماستکتومی زنان را دچار نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی می‌کند؛ که باعث اختلال در عملکرد می‌شود. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان بود.

روش بررسی: پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. زنان ماستکتومی شده شهر تبریز که سال ۱۳۹۷ در دوره پرتودرمانی بودند با نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و تصادفی در سه گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای اندازه‌گیری، سیاهه نگرانی از تصویر بدن و پرسشنامه افسردگی بک بودند. آزمودنی‌ها درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۱،۵ ساعته دریافت کردند. تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام گرفت

یافته‌ها: نتایج نشان داد در پس‌آزمون، نمره نگرانی از بدریختی بدن گروه روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش یافته و نمره افسردگی گروه روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی نسبت به گروه کنترل کم‌تر شده است. همچنین در مرحله پیگیری، اثر روایت‌درمانی بر متغیر نگرانی از بدریختی بدن (۲۳/۵۰) و افسردگی (۱۶/۶۰)، و اثر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن (۴۹/۵۰) و افسردگی (۱۶/۹۰) ماندگار است. تأثیر روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن بیش‌تر از تأثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری است اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست.

نتیجه‌گیری: روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، هر کدام به ترتیب سبب رهایی از فشار کلان‌روایت‌ها و تغییر باورهای غیرمنطقی می‌شوند؛ این امر منجر به کاهش نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی در زنان با تجربه جراحی پستان شده است، در نتیجه می‌توان از آن‌ها به‌عنوان یک مداخله بالینی موثر در این بیماران استفاده کرد.

کلید واژه‌ها:

روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، نگرانی از بدریختی بدن، افسردگی، جراحی پستان

نویسنده مسئول:

محمد قمری

نشانی: ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم انسانی، گروه مشاوره

تلفن: ۶۰۸۰ (۰۲۴۲۵۲۲) +۹۸

پست الکترونیک: counselor_ghamari@yahoo.com

مقدمه:

از بدریختی بدن بعد از عمل جراحی ماستکتومی ممکن است به ناسازگاری‌های روان‌شناختی از جمله عدم افسردگی، استرس ادراک شده، ناامیدی، بی‌هدفی، اضطراب، خشم و... منجر شود^(۱). مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان یک معضل بسیار جدی است، که افسردگی یکی از مهم‌ترین آن‌هاست. اختلال افسردگی را می‌توان با خلق افسرده و یا احساس غمگینی و بی‌علاقگی به هرگونه کوشش و لذت روزانه^(۲) شناخت. افراد افسرده دارای نارساییهای شناختی^(۳) هستند و احساس بی‌ارزشی و ناامیدی می‌کنند^(۴). جراحی و درمان‌های کمکی، خستگی، درد، یائسگی زودرس، سن کم‌تر از ۶۵ سال و سابقه قبلی افسردگی، زنان مبتلا به سرطان پستان را به شدت مستعد ابتلا به افسردگی می‌کند. افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، باعث تحلیل رفتن انرژی روانی و افزایش استرس ناشی از بیماری می‌شود و درمان آن (به‌خصوص جراحی)، سبب کاهش عملکرد ایمنی بدن، کاهش کیفیت رابطه پزشک-بیمار، کاهش میل جنسی و نارسایی در تبعیت بیمار از دستورات پزشکی می‌شود^(۵).

لازم است در مداخلاتی که پس از درمان سرطان جهت بهبودی هرچه بهتر و سازگاری سریع‌تر با مشکلات برآمده از درمان آن صورت می‌گیرد، مداخلات روان‌شناختی از جمله مشاوره و روان‌درمانی نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات روان‌شناختی نقش موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان‌شناختی، و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی شده دارند^(۶)، که روایت‌درمانی (nar-rative therapy) و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (rational emotive behavior therapy) از جمله آن‌هاست.

روایت‌درمانی یکی از روش‌های مشاوره و روان‌درمانی برآمده از دیدگاه‌های فرانواگرایانه یا پست‌مدرنیسم (postmodern-ism) است که بر واقعیت درون هرکس متمرکز شده است. در این دیدگاه فرض بر این است که احساسات و افکار ما براساس رویدادها و روابط بین‌فردی شکل می‌گیرند^(۷). متفکران نوگرا اعتقاد دارند که نظام اعتقادی فرد صرفاً بازتاب‌دهنده سازه‌های ذهنی است که درباره دنیای خود خلق می‌کنند^(۸). روایت‌درمانی را ساختارزدایی داستان‌های کهنه و آفرینش داستانی نو تعریف کرده‌اند^(۹). وایت (White) روایت‌درمانی را به‌کارگیری مجموعه روش‌هایی برای فهم داستان‌های افراد، ساختار شکنی و بازنویسی این داستان‌ها توسط خود فرد و با کمک درمان‌گران می‌داند^(۱۰). به‌طور کلی روایت‌درمان‌گران به مراجعین کمک می‌کنند به‌جای تمرکز بر داستان‌های سرشار از مشکل و بهبودی، توجه خود را به سمت داستان‌های پسندیده که آن‌ها را به سوی هویت و زندگی بهتر می‌کشاند، هدایت نمایند^(۱۱). روایت‌درمانی و ساختن روایت‌هایی درباره سرطان می‌تواند پیامدهای سلامتی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد^(۱۲)، و همچنین بر بیماری‌های پزشکی^(۱۳)؛ افسردگی^(۱۴)؛ اضطراب و افسردگی^(۱۵)؛ امید به زندگی^(۱۶)، شاخص‌های فیزیولوژیک استرس^(۱۷) و بهبود تصویر بدنی و عزت‌نمان مبتلا به سرطان پستان تأثیر بگذارد. علاوه بر این، روایت‌درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن دختران^(۱۸) و شاخص توده بدن زنان مبتلا به اضافه وزن^(۱۹) تأثیر دارد.

رفتاردرمانی عقلانی هیجانی نوعی روان‌درمانی شناختی-

سرطان (cancer) یکی از عمده‌ترین بیماری‌های قرن حاضر است، و سومین عامل مرگ‌ومیر در ایران به‌شمار می‌رود^(۱). یکی از شایع‌ترین نوع سرطان‌ها در بین زنان کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته سرطان پستان (breast cancer) می‌باشد^(۲) و دومین عامل مرگ پس از سرطان ریه می‌باشد^(۳). در چهل سال اخیر، افزایش میزان ابتلا به سرطان پستان، آن را در زمره بیش‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است^(۴). طبق آمارهای موجود، از کل مبتلایان به سرطان در ایران، ۱۰٫۷ درصد از آن‌ها به سرطان پستان مبتلا هستند، و از هر ۸ زن ایرانی ۴۵ تا ۵۵ سال یک نفر مستعد ابتلا به آن است^(۵). در هر سال حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود که در مقایسه با سایر کشورها، زنان ایرانی یک‌دهه زودتر به آن مبتلا می‌شوند^(۶).

مداخلات پزشکی مختلفی برای درمان سرطان پستان وجود دارد که از آن جمله می‌توان به پرتودرمانی (radiotherapy)، درمان‌های کمکی (هورمون‌درمانی (hormonotherapy) و شیمی‌درمانی (chemotherapy))، برداشتن تخمدان‌ها (ova-riectomy) و جراحی اشاره کرد^(۷). یکی از پُرکاربردترین روش‌ها در درمان سرطان پستان، جراحی است. جراحی پستان شامل دو نوع نگهدارنده پستان (breast conservative surgery) و ماستکتومی (mastectomy) است^(۸). ماستکتومی شامل برداشتن حداکثری از بافت پستان، شامل نوک پستان و هاله اطراف آن و غدد لنفاوی زیربغل است^(۹). حدود ۸۱ درصد جراحی‌ها در ایران از نوع ماستکتومی است^(۱۰). جراحی پستان منجر به بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد و روی ابعاد مختلفی از کارکرد روانی-اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد^(۱۱). از طرفی دیگر، در نتیجه افزایش طول عمر مبتلایان، نگرانی‌ها و دغدغه‌ها درباره عملکرد اجتماعی، هیجانی و شناختی ایشان نیز بیش‌تر می‌شود^(۱۲).

زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از عمل جراحی ماستکتومی که منجر به از دست دادن یک و یا هر دو پستان می‌شود، تغییرات فیزیکی مختلفی را تجربه می‌کنند که ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهایی که درباره بدن خود دارند را به سمت منفی سوق می‌دهد^(۱۳) و این وضعیت، آن‌ها را دچار نگرانی‌هایی می‌کند که عمده‌ترین آن نگرانی از بدریختی بدن (body dys-morphic concern) است. از آن‌جا که پستان نقش جنسیتی زنان به‌عنوان زن، همسر یا مادر را تداعی کرده و یک نشانه جنسی مهم تلقی می‌گردد، از دست دادن، تغییر در شکل ظاهری یا احساسات مربوط به پستان تأثیر قابل‌توجهی بر عزت نفس زنان بر جای می‌گذارد، و تحت تأثیر این امر نگرانی آن‌ها درباره تصویر بدنی‌شان تشدید می‌گردد^(۱۴). تحقیقات قبلی نشان می‌دهند که درمان سرطان به‌طور معنی‌داری با میزان برداشت مطلوب از تصویر بدن رابطه دارد^(۱۵)، و نتایج موید تأثیرات بلندمدت آن بر کیفیت زندگی^(۱۶)، جذابیت جنسی^(۱۷) و سازگاری‌های روان‌شناختی^(۱۸) بیماران بعد از عمل جراحی است. گرچه تصویر بدن غالباً در راستای ظاهر جسمی لحاظ می‌شود، اما اکثر زنان آن را به‌عنوان احساس کامل‌بودن (wholeness) و کارایی (functionality) توصیف می‌کنند^(۱۹)؛ از این‌رو تصویر بدنی و نگرانی

نفر و آزمایش ۲، ۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. کوری و کوری (۵۰) پیشنهاد می‌کنند، به دلیل بحث درباره مشکلات و مسائل عمیق در گروه‌های درمانی، تعداد اعضای این گروه‌ها نباید بیش از ۱۰ نفر باشد، چون ممکن است پویایی‌های منفی در گروه شکل گیرد.

سیاهه نگرانی از تصویر بدن (body image concern inventory): این پرسشنامه از نوع خودگزارشی و مداد-کاغذی است، و ۱۹ ماده دارد که اولین بار توسط لیتلون، اکسام و پوری ساخته و اعتبارسنجی شده است^(۶۱). آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی در طیف ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ دهند. در این پرسشنامه، جمع نمرات گویه‌ها هرچه قدر بیشتر شود نشانه نگرانی زیاد درباره بد ریختی بدن است. هدف این پرسشنامه سنجش نارضایتی فرد از ظاهر خود در اختلالاتی مثل اختلال بد ریختی بدن و اختلالات خوردن یا سنجش نشانه‌شناسی مشابه در سطوح بالینی و غیر بالینی است. این ابزار برای نخستین بار توسط بساک‌نژاد و غفاری به فارسی ترجمه و روی جمعیت دانشجویی اعتباریابی شد^(۶۲). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است. ضرایب روایی این پرسشنامه نیز در پژوهشی، از طریق همبستگی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۳ به دست آمد که در سطح (۰/۰۰۱) معنادار بود^(۶۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهشی دیگر به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ به دست آمده است^(۶۴).

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (beck depression inventory-II): این مقیاس، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده، که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را روی یک مقیاس از صفر تا سه درجه بندی کنند^(۶۵). حداقل و حداکثر نمره یک فرد در این آزمون، صفر تا ۶۳ است، که هر قدر نمره فرد بیشتر شود نشانگر افسردگی بیشتر است. نقطه برش در این پرسشنامه عبارت است از: ۰ تا ۱۳ (هیچ یا کم‌ترین افسردگی)، ۱۴ تا ۲۰ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط)، ۲۸ تا ۶۳ (افسردگی شدید). مطالعات انجام شده بر روی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، اعتبار، پایایی و ساخت عاملی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. در یک نمونه ایرانی نیز، پایایی مناسبی برای این پرسشنامه گزارش شده است^(۶۶).

پس از اجرای پیش‌آزمون، هر یک از اعضای گروه آزمایش ۱، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه) روایت‌درمانی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی وایت و اپستون^(۶۷) دریافت کردند (جدول ۱)؛ و اعضای گروه آزمایش ۲ نیز، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (۲ ماه) از رفتاردرمانی عقلانی هیجانی^(۶۸) برخوردار شدند (جدول ۲). بعد از اتمام جلسات، و ۴ ماه پس از اتمام درمان، اعضای هر سه گروه (آزمایش ۱ و ۲ و کنترل) باز هم با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همچنین سطح معنی‌داری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

رفتاری (cognitive behavioral therapy) است که توسط آلبرت ایلس (Albert Ellis) ابداع شده است^(۶۹). ایلس مشاهده کرد زمانی که مراجعانش در افکارشان تغییراتی ایجاد می‌کنند، حالشان خوب می‌شود. بنابراین، او در کار خود روی باورهای مراجعانش تمرکز کرد^(۷۰). طبق نظر ایلس، رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش، اضطراب و افسردگی آن‌ها نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب در آن‌ها می‌شود و زندگی آنان را با مشکل مواجه می‌کند. از نظر وی تفکر منطقی منجر به فعالیت بیشتر در زندگی می‌شود، فرد از پایگاه روشنی به حوادث می‌نگرد و به فرد امید، شهامت و توان عمل می‌دهد^(۷۱). هدف درمان ایلس این است که انسان‌ها بتوانند اختلالات هیجانی خود را به حداقل برسانند و زندگی شادی داشته باشند. همچنین به آن‌ها یاد دهند با احساسات منفی خویش مثل تأسف، ندامت، ناکامی و آزرده‌گی برخورد موثری نمایند. افراد به کمک این درمان می‌توانند با احساسات منفی نایجابی چون افسردگی، اضطراب و بی‌ارزشی کنار بیایند^(۷۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر مسائل روان‌شناختی^(۷۳)؛ تصویر بدن^(۷۴)؛ اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی^(۷۵)؛ افسردگی^(۷۶، ۷۷) و اصلاح تصویر تن و عزت نفس^(۷۸، ۷۹) زنان با تجربه جراحی پستان موثر است.

به نظر می‌رسد روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی می‌توانند بر نگرانی از بد ریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر بگذارند. با این حال در خصوص مقایسه میزان اثربخشی این دو درمان پژوهشی صورت نگرفته است. همچنین، پژوهشی در راستای اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی به صورت مجزا بر نگرانی از بد ریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان نیز انجام نشده است. از این رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی تأثیر متفاوتی بر نگرانی از بد ریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان دارند؟

روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی بود که در آن دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل وجود داشت. طرح پژوهش حاضر نیز از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل همراه با انتساب تصادفی گروه‌های آزمودنی بود.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز بود که در سال ۱۳۹۷ به دلیل ابتلا به سرطان پستان عمل جراحی ماستکتومی انجام داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند استفاده شد؛ به طوری که پس از کسب رضایت آگاهانه کتبی از مسئولین کلینیک‌ها و بیماران، پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) در بین ۸۲ بیمار اجرا شد و از بین ۵۱ نفر که نمره ۴۰ تا ۶۵ کسب کردند، ۳۰ نفر با در نظر گرفتن ملاک‌هایی چون، سنین بین ۳۵ تا ۵۵ سال، متأهل، باقی ماندن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ جلسه از پرتودرمانی، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگری به غیر از سرطان پستان، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، عدم برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی انتخاب و با استفاده از انتساب تصادفی (روش قرعه‌کشی) به دو گروه آزمایش (آزمایش ۱، ۱۰

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل روایت‌درمانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	معارفه، ارائه برنامه زمان‌بندی شده مداخله، تعداد جلسات، فاصله زمانی جلسات، انتظارات از گروه، معرفی مهارت‌ها، بیان هدف، ارزیابی جامع، ایجاد رابطه حسنه، آشنایی با روایت‌درمانی، نمونه کار، روایت زندگی و شرح داستان‌های مشکل‌دار؛
دوم	عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکل، نام‌گذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی؛
سوم	ادامه استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختار شکنی؛
چهارم	فاز تخریب: ساختار شکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت، نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل؛
پنجم	فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی؛
ششم	غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادگی آن به آینده؛
هفتم	فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخ‌گویی به‌سوالات و بازنویسی داستان‌های گذشته؛
هشتم	بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به‌پیمودن ادامه داستان، پس‌آزمون و پایان درمان.

جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل رفتاردرمانی عقلانی هیجانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	معارفه اعضای گروه به هم دیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و معرفی روش گروه‌درمانی با رویکرد «رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی»؛
دوم	بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیشتر اعضا با رویکرد «رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی» و باورهای غیرمنطقی؛
سوم	ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد این که شیوه اندیشیدن آن‌ها باعث واکنش آن‌ها در برابر حوادث می‌گردد؛
چهارم	آشنایی بیشتر اعضای گروه با رویکرد «رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی» برای کشف افکار غیرمنطقی و بررسی افکار غیرمنطقی؛
پنجم	بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و حوادث پیرامون و آشنایی با مدل ABCDE و آموزش اصول این مدل به اعضا؛
ششم	شناخت افکار غیرمنطقی، بایدها، نبایدها و تأثیر آن‌ها در شکل‌گیری افسردگی، کاهش تاب‌آوری و نگرانی از بدریختی بدن و بحث گروهی اعضا با یک دیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی؛
هفتم	بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن افکار منطقی و انجام تمرین‌های عملی به‌شیوه گروهی؛
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط اعضای گروه و اجرای پس‌آزمون و اتمام درمان.

یافته‌ها

جدول ۳. یافته‌های توصیفی مربوط به سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	روایت‌درمانی	۱۰ نفر	۴۴/۶۰	۶/۴۸۴
	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۰ نفر	۴۴/۵۰	۶/۳۶۴
	کنترل	۱۰ نفر	۴۴/۴۰	۶/۶۰۳
	جمع	۳۰ نفر	۴۴/۵۰	۶/۲۵۷
تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی	روایت‌درمانی	۱۰ نفر	۲۴/۰۰	۳/۵۲۸
	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۰ نفر	۲۴/۲۰	۲/۷۸۱
	کنترل	۱۰ نفر	۲۴/۷۰	۳/۱۶۴
	جمع	۳۰ نفر	۲۴/۳۰	۳/۰۷۵

همان گونه که در جدول (۳) مشخص است، بین آزمودنی‌های این سه گروه از تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، و آزمودنی‌های این سه گروه از منظر این متغیرها همگن هستند.

جدول ۴. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نگرانی از بدریختی بدن	روایت‌درمانی	۱۰ نفر	میانگین	۵۹/۴۰	۳۲/۳۰
			انحراف استاندارد	۱۱/۷۹۶	۶/۷۷۰
			حداقل	۴۵	۲۵
			حداکثر	۷۵	۴۴
	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۰ نفر	میانگین	۵۸/۸۰	۴۹/۲۰
			انحراف استاندارد	۱۰/۰۶۴	۹/۷۸۴
			حداقل	۴۶	۳۴
			حداکثر	۷۴	۶۶
	کنترل	۱۰ نفر	میانگین	۶۰/۹۰	۶۳/۹۰
			انحراف استاندارد	۱۰/۰۰۵	۹/۷۵۸
			حداقل	۴۷	۵۲
			حداکثر	۷۵	۷۹
افسردگی	روایت‌درمانی	۱۰ نفر	میانگین	۲۳/۰۰	۱۶/۶۰
			انحراف استاندارد	۴/۳۹۷	۳/۸۰۶
			حداقل	۱۷	۱۱
			حداکثر	۲۹	۲۲
	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی	۱۰ نفر	میانگین	۲۲/۸۰	۱۶/۲۰
			انحراف استاندارد	۴/۱۸۵	۳/۷۸۴
			حداقل	۱۷	۱۲
			حداکثر	۲۸	۲۲
	کنترل	۱۰ نفر	میانگین	۲۲/۷۰	۲۳/۸۰
			انحراف استاندارد	۳/۵۶۱	۳/۳۶۰
			حداقل	۱۸	۱۹
			حداکثر	۲۹	۲۹

متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی در هر سه گروه در پیش‌آزمون تقریباً با هم برابر است، اما میانگین این متغیرها در گروه‌های آزمایشی در پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از میانگین نمرات گروه کنترل است.

به‌منظور ارائه تصویری روشن از یافته‌های پژوهش، در جدول (۴) یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد، میانگین

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور آینا
نگرانی از بدریختی بدن	زمان	اثر پیلایی	۰/۸۹۹	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
		لامبدا و یلکز	۰/۱۰۱	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
		اثر هتلینگ	۸/۸۸۳	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
		بزرگ‌ترین ریشه روی	۸/۸۸۳	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۱/۰۷۳	۴/۰۰۰	۵۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۶
		لامبدا و یلکز	۰/۰۷۵	۴/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
		اثر هتلینگ	۱۰/۳۸۳	۴/۰۰۰	۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۸
		بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۱۹۰	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱۱
افسردگی	زمان	اثر پیلایی	۰/۹۸۳	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸۳
		لامبدا و یلکز	۰/۰۱۷	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸۳
		اثر هتلینگ	۵۶/۵۸۹	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸۳
		بزرگ‌ترین ریشه روی	۵۶/۵۸۹	۲/۰۰۰	۲۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۸۳
	زمان*مداخله	اثر پیلایی	۱/۱۱۰	۴/۰۰۰	۵۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
		لامبدا و یلکز	۰/۰۲۴	۴/۰۰۰	۵۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶
		اثر هتلینگ	۳۵/۵۱۷	۴/۰۰۰	۵۰/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۴۷
		بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۵/۳۵۸	۲/۰۰۰	۲۷/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۷۲

نسبت به چهار آزمون دیگر برخوردار است. اما آزمون اثر پیلایی در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد. نتایج جدول (۵) نشان از این دارد که بین نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج این جدول نشان می‌دهد که بین نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های آزمایش (روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی) و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

جهت بررسی فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است؛ اما قبل از آن، بررسی پیش‌فرض‌های این آزمون آماری نشان داد که همه آن‌ها برقرارند و می‌توان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

جدول (۵) نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (چهار آزمون اثر پیلایی، لامبدا و یلکز، اثر هتلینگ، بزرگ‌ترین ریشه روی) را نشان می‌دهد. برای معنی‌داری و غیرمعنی‌داری هر آزمون می‌توان به مقدار سطح معنی‌داری دقت نمود که اگر کم‌تر از (۰/۰۵) باشد در سطح (۰/۰۵) معنی‌دار است. از میان چهار آزمون چندمتغیره، آزمون لاندای و یلکز از معروفیت بیش‌تری

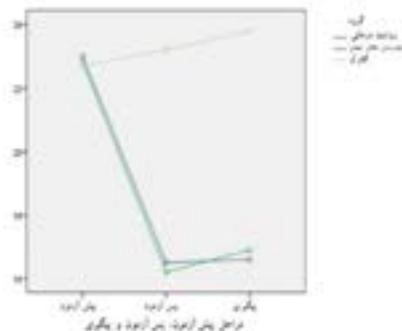
جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات ایتا
نگرانی از بدریختی بدن	فرض کرویت	۲	۱۲۰۱/۴۳۳	۱۹۷/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۸۰
	فرض کرویت	۴	۷۸۶/۶۸۳	۱۲۹/۳۵۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰۶
	فرض کرویت	۵۴	۶/۰۸۱			
افسردگی	فرض کرویت	۲	۱۵۸/۹۷۸	۶۲۸/۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۹۵۹
	فرض کرویت	۴	۵۷/۰۹۴	۲۲۵/۵۹۳	۰/۰۰۱	۰/۹۴۴
	فرض کرویت	۵۴	۰/۲۵۳			

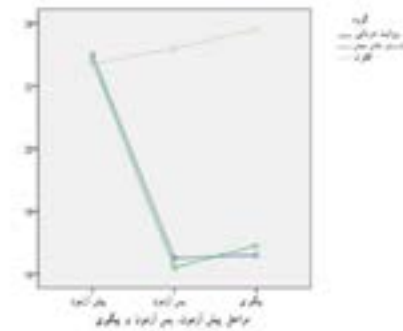
تعمیمی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن نشان داد که بین افراد گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل در پیش‌آزمون از منظر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ اما بین افراد گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری از منظر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد، و نمرات افراد گروه روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در متغیر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی کم‌تر از نمرات افراد گروه کنترل است. همچنین، نمرات افراد گروه روایت‌درمانی در متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن در پس‌آزمون و پیگیری کم‌تر از نمرات افراد گروه رفتاردرمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر گذاشته است، و این تأثیر در روایت‌درمانی بیش‌تر از تأثیر رفتاردرمانی است. همچنین، نتایج نشان می‌دهد که روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری، تأثیر متفاوتی بر افسردگی ندارند.

جدول (۶) آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. چون در قسمت قبل کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون کرویت موخلی پذیرفته شد در این قسمت برای آزمون معنی‌داری و غیرمعنی‌داری هر اثر از ردیف‌های فرض کرویت استفاده شده است. جدول (۶) تأثیرات متغیرهای زمان، و تعامل زمان و مداخله را بر متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر زمان بر این متغیرها معنادار است ($P \geq 0/001$). یعنی نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی گروه‌های آزمایش (روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی) در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین، اثر تعاملی متغیر زمان و مداخله نیز در هر دو متغیر معنادار بوده است ($P \geq 0/001$). یعنی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان موثر بوده، و این تأثیر بعد از چهار ماه پیگیری نیز ماندگار بوده است. در ادامه، جهت مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان از آزمون

میانگین نمره نگرانی از بدریختی بدن گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل



میانگین نمره افسردگی گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل



نمودار (۱): میانگین نمره نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی گروه روایت‌درمانی، رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان صورت گرفت. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که روایت‌درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر کاهش نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی تأثیر دارند، و تأثیر روایت‌درمانی در پس‌آزمون و پیگیری بیش‌تر از تأثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی است؛ اما تأثیر هر دو درمان بر افسردگی متفاوت نیست.

پژوهش حاضر با پژوهش‌های سجادیان و همکاران (۳۴)، امینی‌خو (۳۷)، سجادیان و همکاران (۳۵)، لویز و همکاران (۳۳) و وگا و همکاران (۳۲) که نشان دادند روایت‌درمانی بر اصلاح تصویر بدنی، افسردگی و شاخص‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان و ماستکتومی‌شده تأثیر دارد، همسو می‌باشد.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد دارای تجربه جراحی سرطان پستان از نقص ظاهری و نازیبایی بدنی رنج می‌برند و نگران از بدریختی بدن‌شان هستند، و تمایل دارند که تغییرات ظاهری در خود ایجاد کنند. این تغییرات با استفاده از لوازم آرایشی و روش‌های ترمیمی جراحی همراه است که می‌تواند سلامتی آن‌ها را تهدید کند. مبتلایان به بدریختی بدنی نگاهی متفاوت به زندگی دارند به گونه‌ای که در روابط بین‌فردی خود نسبت به ظاهر خویش حساس بوده و درباره قضاوت‌های دیگران از ظاهرشان کنج‌کاو هستند. آن‌ها درباره خود احساس حقارت می‌کنند و از عزت‌نفس پایینی برخوردارند، زیرا تصورشان این است که اثربخشی آن‌ها در روابط بین‌فردی از طریق ظاهر جسمانی است. این افراد اولین گزینه برای رسیدن به هدف زیبایی خویش را جراحی پلاستیک می‌دانند، اما این روش‌ها اثر موقتی داشته و هیچگاه زیبایی کاملی که در پی آن هستند را به دست نمی‌آورند. پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقلیت درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد دارای تجربه جراحی سرطان پستان شکل دهند. روایت‌درمانی یک تجربه جدید برای این افراد است. آن‌ها با مفهوم نگرانی از بدریختی بدن آشنا می‌شوند و روایتی از زندگی خود را بازگو می‌کنند و سپس با کمک درمانگر، روایت جدیدی در زندگی می‌سازند. در گروه‌درمانی این روش می‌تواند با استفاده از روایت‌های دیگران و تمثیل و استعاره‌ها از داستان‌های اسطوره‌ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا روایت جدیدی از زندگی را می‌آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می‌کنند. برون‌سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت‌درمانی است که درمانجویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می‌توانند به تغییر در روابط بین‌فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. بنابراین روایت‌درمانی روشی است که می‌تواند در کاهش نگرانی از بدریختی بدن زنان با تجربه پستان موثر باشد. این روش با بهره‌گیری از روایت‌های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره‌های مرتبط با فرهنگ جامعه‌ای که مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌تواند یک درمان فرهنگ‌ناسته برای کاهش نگرانی از بدریختی بدن زنان با تجربه جراحی پستان باشد (۳۲).

افسردگی در زنان با تجربه جراحی پستان از این رو اتفاق می‌افتد که آن‌ها با زاویه دید محدود تنها خاطرات غمگین حاصل از عمل جراحی پستان، بیماری سرطان و ناکامی خود را می‌نگرند. به تبع حاصل این شکل اندیشیدن فراخوانی و روایت‌های با بار

معنایی یأس و درماندگی است که جریان روزمره زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و روایت‌درمانی با به‌سطح آوردن این‌گونه شناخت‌ها و افکار منفی، فضای برای لمس و بازمعنایی آن‌ها به‌وجود آورده و از بار هیجانی این افکار و احساسات بیان‌نشده می‌کاهد. همچنین یادآوری این نکته ضروری است که در تمام موارد مذکور روایت‌درمانی در قالب مداخله گروهی به‌واسطه پویایی‌های خاص از جمله همدلی و حمایت بین‌فردی، زمینه روایت‌گری، ساختارشنکی و ساخت‌دهی و بازمعنایی روایت‌ها را بهتر فراهم می‌کند. روایت‌گری گروهی فرد را واقف می‌سازد که دیگران نیز مانند او از مشکلاتی رنج می‌برند و اشتراک‌گذاری روایت‌های شخصی، فرصت نگریستن به مسئله از زاویه دید دیگران را ممکن می‌سازد. این جریان به‌ساخت‌دهی مجدد و گسترش معنایی روایت‌های مشکل‌دار کمک زیادی می‌کند (۳۶).

در راستای اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی، پژوهش‌های گراوندی و همکاران (۳۷)، خطیبیان و شاکریان (۳۸)، عیسی‌زادگان و همکاران (۳۸)، ایزدی اجیلرو و همکاران (۳۹)، امینی‌خو (۳۷)، اولیایی و همکاران (۳۷)، فدائی و همکاران (۳۶)، استاقل و همکاران (۳۵) و ادموندز، لوکوود و کانینگهام (۳۹) نشان دادند که این درمان بر افسردگی، تصویر بدنی و نگرانی از بدریختی بدن، امیدواری و مشکلات روان‌شناختی زنان ماستکتومی‌شده و مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو می‌باشد.

پستان یک عضو بسیار مهم جهت احساس زیبایی در زنان و برقراری روابط جنسی برای طرفیت است. وجود مشکل در این زمینه از آن جهت ناشی می‌شود که تمرکز زنان و شریک جنسی آن‌ها در پی از دست دادن پستان، به این عضو جنسی بیش از حد زیاد شده و نبود آن دال بر وجود اختلال در روابط جنسی و عدم رضایت از ظاهر بدنی می‌داند (۳۹). در رفتاردرمانی عقلانی هیجانی با شناسایی باورهای غیرمنطقی این افراد در زمینه نگرانی از بدریختی بدن سعی بر آن شد تا تمرکز زنان برای جذابیت جنسی و درک درست از ظاهر بدن از پستان برداشته شده و میزان ارزش قائل‌شده برای آن تقلیل یابد. در واقع طی جلسات مداخله سعی بر آن شد تا ارزش واقعی هر یک از اعضای بدن برای رضایت از ظاهر بدنی شناخته شده و میزان ارزش نسبت داده شده به پستان کاسته شده و ارزش داده شده به سایر اعضا تقویت شود. در همین راستا تکالیف خانگی مبنی بر شناسایی و به‌چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی و بایاندیشی‌ها و مطلق‌اندیشی‌ها حوزه نگرانی از بدریختی بدن به افراد ارائه شد. بنابراین معنادار شدن تغییرات در این راستا دور از ذهن نبود.

در تبیین اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در کاهش افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان می‌توان به موارد زیر اشاره نمود. در این رویکرد درمانی باورهای غیرمنطقی خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و آن‌ها با تکمیل جداول مربوط به رویدادهای برانگیزاننده و باورهای ناکارآمد فعال‌شده در هر موقعیت با این واقعیت مواجه می‌شوند که ممکن است از محتویات ذهن‌شان، خودگویی‌ها و باورداشت‌ها و تفسیرهایی که از موقعیت‌ها دارند مدارک مستدلی حمایت نکند. از طرفی توانایی زیرسوال بردن باورهای غیرمنطقی، می‌تواند صدای امیدبخش، انرژی‌بخش و سالم ذهنی برای ایشان فراهم سازد. مواجه شدن با این واقعیت که می‌توانند و قادرند به‌مدیریت ذهن خود بپردازند و اسیر باورهای منفی و ناکارآمد خویش نشوند آن‌ها را در غلبه

نسبت به وضعیت و بیماری خود برسند، و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی نیز با به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی کمک می کند تا آن ها باورهای منطقی و کارآمدتری اتخاذ کنند تا رفتار و عواطف کارآمدتری نسبت به بیماری خود داشته باشند. این دو رویکرد با نگرش های خاص خود توانسته اند به این دسته از بیماران کمک کنند تا با مشکل افسردگی خود مقابله کنند و آن را کاهش دهند. پس هر دوی این رویکردها در کاهش افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان به صورت برابر اثربخش بوده اند اما هر کدام با روش های منحصر به فرد خود.

نتیجه گیری

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی روایت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان پرداخته است. با توجه به نتایج این پژوهش می توان گفت که روایت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، با کاربرد فرآیندهای خود، هر کدام به ترتیب سبب رهایی از فشار کلان روایت ها و تغییر باورهای غیرمنطقی می شوند، که این امر منجر به کاهش نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی در زنان با تجربه جراحی پستان شده است، در نتیجه می توان از آن ها به عنوان یک مداخله بالینی موثر در این بیماران استفاده کرد.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان ماستکتومی شده شهر تبریز تشکیل دادند، این مورد یکی از محدودیت های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته ها به جوامع دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ دهی محتمل به نظر می رسد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد. همچنین، پیشنهاد می شود علاوه بر بررسی پرسشنامه ای، از سایر روش های گردآوری اطلاعات نظیر مشاهده و مصاحبه نیز استفاده شود.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین

با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه، و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان شناختی زنان ماستکتومی شده، پیشنهاد می شود که در انجمن های سرطان پستان، و در کلینیک های روان شناسی بیمارستان ها و کلینیک های دولتی و خصوصی، از روایت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی فردی و گروهی در زمینه کاهش نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شد و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفتند. کد اخلاق پژوهش حاضر (IR.IAU.Z.REC.1397.126) است.

حامی مالی

این مقاله حامی مالی نداشته است.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

بر هیجان منفی افسردگی توانمندتر می سازد. همچنین این شیوه با آموزش فنونی نظیر تصویرسازی ذهنی، تنفس های آرام بخش عمیق به بیماران کمک می کند تا در موقع لزوم بتوانند از این مهارت ها بهره ببرند و بر هیجانات منفی غلبه کنند. فنون دیگر این شیوه درمانی از جمله ابراز وجود نیز ایشان را به سمت ابراز مقتدرانه خود سوق می دهد. وقتی ایشان بتوانند حقوق خود را به درستی تشخیص بدهند و در سبک ارتباطی خود مقتدرانه و در عین حال آرام، اقدام کنند و به حل موثر مسائل خود بپردازند، می توانند بار ذهنی خود را سبک تر نمایند و احساس توانمندی بیشتری برای گزینش افکار مثبت و در نتیجه هیجان های مثبت داشته باشند.

در راستای مقایسه اثربخشی روایت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان هیچ پیشینه ای پیدا نشد. اما در تبیین این که چرا تأثیر روایت درمانی بر نگرانی از بدریختی بدن بیش تر از تأثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی است می توان گفت زنان با تجربه جراحی پستان نسبت به بدن خود نگرانی مفرطی دارند. عموماً بعد از آسیب ناشی از تجربیات سهمگین نظیر جراحی و از دست دادن پستان، زنان از خود سؤال می کنند که من کیستم، متعلق به چه کسی هستم، چه نقش هایی را می توانم ایفا کنم و این که زندگی برای من چه معنایی می تواند داشته باشد. از این رو، از بین دو رویکرد استفاده شده در این تحقیق، روایت درمانی این فرصت را به زنان می دهد تا راه و روشی که برای زندگی آینده مدنظر قرار داده بودند و همچنین نقش هایی که برای خود و دیگران در مسیر زندگی تعیین کرده بودند را مورد بازبینی و تجدید نظر قرار دهند. نوشتن داستان های زندگی می تواند آن ها را با راهنمایی های متناوب در زندگی آماده کند که به صورت دقیق تر ارزش ها، باورها، روابط و توانایی های شان را انعکاس دهند. زنان ماستکتومی شده در درمان روایتی با مفهوم نگرانی از بدریختی بدن آشنا می شوند و روایتی از زندگی خود را بازگو می کنند و سپس با کمک درمانگرو سایر اعضای گروه، روایت جدیدی در زندگی خود می سازند. در گروه درمانی این روش می تواند با استفاده از روایت های دیگران و تمثیل و استعاره از داستان های اسطوره ای نیز صورت پذیرد. در نهایت افراد مبتلا روایت جدیدی از زندگی را می آموزند و به پذیرش ظاهر جسمانی خود فکر می کنند. برون سازی وقایع زندگی یکی از مراحل روایت درمانی است که درمان جویان با یافتن روایت جدیدی برای زندگی می توانند به تغییر در روابط بین فردی بدون تغییر و دستکاری در ظاهر جسمانی خود فکر کنند. بنابراین روایت درمانی روشی است که می تواند در کاهش نگرانی از بدریختی بدن زنان با تجربه پستان موثر باشد. این روش با بهره گیری از روایت های تازه در زندگی و تمثیل و استعاره های مرتبط با فرهنگ جامعه ای که مورد استفاده قرار می گیرد می تواند یک درمان فرهنگ نایسته برای کاهش نگرانی از بدریختی بدن زنان با تجربه جراحی پستان باشد.

همچنین درباره عدم تفاوت تأثیر روایت درمانی و رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر افسردگی زنان با تجربه جراحی پستان می توان بیان نمود که زنان با تجربه جراحی پستان علاوه بر روایت های محدودکننده ای که درباره خود دارند، باورها و شناخت های شان نیز ناکارآمد و غیرمنطقی است که این عوامل سبب بروز مشکلات روان شناختی زیادی در آن ها می شود که یکی از آن ها افسردگی است. روایت درمانی با کمک به مراجعان جهت ساختن روایت های جدید به آن ها کمک می کند تا به معنای جدیدی

References

- Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016; 17(S3):43-46.
- World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. Retrieved May 7, 2013. from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>.
- Lategan B. Breast malignant, males, children Breast cancer WHO classification of breast tumors. *PathologyOutlines.com, Inc.* 2019.
- Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, AyyinParast N. [Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Group Therapy On The Treatment Of Anxiety & Depression Disorders & On Raising Hope In Women With Breast Cancer (Persian)]. *Journal Of Woman & Society*. 2011; 1(4):61-75.
- Sadegi Somee Aliyayi R, KHodabakhshi Kolayi A, Akbari MS, Kohsariyan M, KalthorniyaGolkar M. [Body image and self-esteem: A comparison of two groups of women with breast cancer (Persian)]. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2012; 5(2 ,3):16-29.
- Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: Results of multi-center study. *Asian pac J cancer prev*. 2004; 5(1):24-27.
- Stopeck A T, Lipton A. Denosumab Compared With Zoledronic Acid for the Treatment of Bone Metastases in Patients with Advanced Breast Cancer: A Randomized, Double -Blind Study. *Journal of Clinical Oncology*. 2012; 18:112-146.[doi: [10.1200/JCO.2010.29.7101](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.29.7101)]
- Smeltzer S C, Bare B G. Bronner and Sudarth Text Book of Medical Surgical Nursing 14 .th ed. Philadelphia: Lippincott. 2017; 272, 297, 301.
- American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2017-2018. Atlanta: American Cancer Society, Inc. 2017.
- Najafi M, Ebrahimi M, Kaviani A, Hashemi E, Montazeri A. Breast Conserving Surgery versus Mastectomy: Cancer Practice by General Surgeons in Iran. *BMD Cancer*. 2005; 5(5)35:.
- Helms R L, Ohea E L, Corso M. Body image issues in women with breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*. 2008; 13(3):13-25. [DOI: [10.1080/13548500701405509](https://doi.org/10.1080/13548500701405509)]
- Mizanur Rahman M, Ahsan A, Rahman K, Begum F, Paul A, Md Russell, et al. Impact of Neoadjuvant Chemotherapy on the Post Mastectomy Quality of Life in Bangladeshi Breast Cancer Patients. *Jpn J Cancer Oncol Res*. 2019; 2(1):1-8.
- Brunet JB, Sabiston CM, Burke Sh. Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *Body Image*. 2013; 10(3):344-351.[DOI: [10.1016/j.bodyim.2013.02.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.002)]
- Erturhan Türk K, Yılmaz M. The Effect on Quality of Life and Body Image of Mastectomy Among Breast Cancer Survivors. *Eur J Breast Health*. 2018; 14(4):205-210. [doi: [10.5152/ejbh.2018.3875](https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3875)]
- Guedes TSR1, Dantas de Oliveira NP, Holanda AM, Reis MA, Silva CP, Rocha e Silva BL, Cancela MC, de Souza DLB. Body Image of Women Submitted to Breast Cancer Treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018; 19(6):1487-1493.[DOI:[10.22034/APJCP.2018.19.6.1487](https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.6.1487)]
- Dauplat J, Kwiatkowski F, Rouanet P, Delay E, Clough K, Verhaeghe JL, Raoust I, Houvenaeghel G, Lemasurier P, Thivat E, Pomel C. Quality of life after mastectomy with or without immediate breast reconstruction. *Br J Surg*. 2017; 104(9):1197-1206.[doi: [10.1002/bjs.10537](https://doi.org/10.1002/bjs.10537)]
- Hormes Jm, lytle I, Gross CR, Ahmed R, Troxel AB, Schmitz KH. The body image and relationship scale. *journal of clinical oncology*. 2008; 6(8):1269-1275.[doi: [10.1200/JCO.2007.14.2661](https://doi.org/10.1200/JCO.2007.14.2661).]
- Taghadosi M, Tajamoli Z, Aghajani M. Psychosocial adjustment to cancer and its asso-

- ciated factors in patients undergoing chemotherapy: A cross-sectional study. *Biomed Res Ther.* 2017; 4(12):1853-1866.
19. Carver CS, Pozo KC, Price AA, Noriega V, Harris SD, Derhagopian RP. Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine.* 1998; 60:168-174[DOI: [10.1097/00006842-199803000-00010](https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00010)]
 20. Peled R, Carmil D, Samocha OS, vardi S. Breast cancer, Psychological distress and life events among young women. *Patient Educouns.* 2008; 37(3):186-194.[DOI: [10.1186/1471-2407-8-245](https://doi.org/10.1186/1471-2407-8-245)]
 21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Pub. 2018.
 22. Papazacharias, A & Nardini, M. The relationship between depression and cognitive deficits. *Psychiatria Danubina.* 2012; 24 (1):179-182. [doi: [10.1371/journal.pone.0203343](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203343)]
 23. Jeon L, Buettner C K, Snyder A R. Pathways from teacher depression and child-care quality to child behavioral problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2014; 82(2):225-235.[DOI: [10.1037/a0035720](https://doi.org/10.1037/a0035720)]
 24. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, Gralow J. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry.* 2008; 30(2):112-126. [DOI: [10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2007.10.008)]
 25. McGregor AM, Antoni, HM. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer. *Journal of brain, behavior and immunity.* 2009; 23(2):159-166.[DOI: [10.1016/j.bbi.2008.08.002](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.08.002)]
 26. Fazel M. The emerging for narratve exposure therapy: A review. *Clinical Psychology Review*1030-1039:(8)30 ;2010 ..
 27. Goldberg I, Goldberg H. Family Therapy. (Translated by Hamid reza Hosseinshahi Baravati, Siamak Naghshbandi & Elham Arjmand). Tehran: Ravan. 2017.
 28. Prochaska J, Norcross, J. Theories of Psychotherapy (Psychotherapy Systems): An Interdisciplinary Analysis. (Translated by Yahya SeyedMohammadi). Tehran: Ravan. 2016.
 29. Payne M. Narrative Therapy: For acquaintance with counseling and psychotherapy specialists. (Translated by Maryam esmaili-Nasab). Tehran: Roshd Publications. 2016.
 30. Pereira L M, Muench A, Lawton B. The impact of making a video cancer narrative in an adolescent male: A case study. *The Arts in Psychotherapy.* 2017; 55:195-201.[<https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.06.004>]
 31. Draucker CB. Narrative therapies for women who have live with violence. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2003; 12(3):162-168.[[https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(98\)80018-6](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(98)80018-6)]
 32. Vega R, perez B, Tarrero P, Liria F. Mindfulness-baed Narrative Therapy for Depression in Cancer. *Clinical Psychology & Psychotherapy.* 2014; 21(5):411-419.[doi: [10.1002/cpp.1847](https://doi.org/10.1002/cpp.1847)]
 33. Lopes R T, Conclaves M, Machado P, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Journal Psychotherapy Research.* 2014; 24(6):662-674.[DOI: [10.1080/10503307.2013.874052](https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052)]
 34. Sajjadian AS, Dokanei Fard F, Behboodi M. [Narrative therapy on breast cancer patients' anxiety and depression (Persian)]. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease.* 2016; 9(243-51).
 35. Sajjadian A, Heydari L, Motaharinasab A, Raji L M. Hope in Life after Narrative Therapy for Breast Cancer Survivors. *Multidisciplinary Cancer Investigation.* 2017; 1(1).
 36. Basharpour S, Amani SH, Narimani

- M, Heidari F. [The effectiveness of narrative exposure therapy on improving the stress physiological indexes in women with cancer (Persian)]. *Health Psychology*. 2018; 7(25):133-145.
37. Aminikhoo M. [Evaluation and comparison of the effectiveness of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy on body image and self-esteem in women with breast cancer (Persian)]. Master's thesis, Allameh Tabatabaie University. 2008.
 38. Basaknejad S, Mehrabizadeh Honarmand M, Hasani M, Nargesi F. [The Effect of Narrative group Therapy on Body Dysmorphic Concern in Female University Students (Persian)]. *Health Psychology*. 2012; 1(2):5-11.
 39. Dacosta D, Nelson TM, Rudes J, Guterman JT. A narrative approach to body dysmorphic disorder. *Mental Health Counseling*. 2007; 29(1):67-80. [DOI: [10.17744/me-hc.29.1.30d2ayfwn57q5m8](https://doi.org/10.17744/me-hc.29.1.30d2ayfwn57q5m8)]
 40. Mackean S, Eskandari H, Borjali A, Ghodsi D. [Comparison of the effects of narrative therapy and diet therapy on the body mass index in overweight and obese women (Persian)]. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2011; 5(4): 53-63.
 41. Rosner R. Albert Ellis, Rational-Emotive Behavior Therapy. *Adolescent Psychiatry*. 2011; 1: 82-87. [<https://doi.org/10.1002/9781118340851.ch27>]
 42. Smkhani Akbarinejad H. Counseling and psychotherapy with the approach of rational-emotional behavior therapy. Tabriz: Haltak Publications. 2014.
 43. Ellis A. Rational-Emotive Behavior Therapy and cognitive Behavior Therapy for Elderly People. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1999; 17:5-18. [<https://doi.org/10.1023/A:1023017013225>]
 44. Sharf R S. Theories of Psychotherapy and Counseling. (Translated by Mehrdad Firouzbakht). Tehran: Rasa Publications. 2017.
 45. Stagl JM, Bouchard LC, Lechner SC, Blomberg BB, Gudenkauf LM, Jutagir DR, Glück S, Derhagopian RP, Carver CS, Antoni MH. Long-term psychological benefits of cognitive-behavioral stress management for women with breast cancer: 11-year follow-up of a randomized controlled trial. *Cancer*. 2015; 121(11):1873-1881. [doi: [10.1002/ncr.29076](https://doi.org/10.1002/ncr.29076)]
 46. Fadaei S, Janighorban M, Mehrabi T, Ahmadi S A, Mokaryan F, Gukizade A. Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *J Res Med Sci*, 2011; 16(8):1047-1054.
 47. Olyaie Z, Touzandehjani H, Kiafar Z. [Evaluation effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and mood in women with breast cancer undergoing mastectomy Persian]. *Fundamentals of Mental Health*, 2017; 19(4):321-329.
 48. Isazadegan A, Shieghi S, Hafeznia M, Khademi A. [The Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Group Therapy On Reduction Of Depression Symptoms Among Patients With Cancer (Persian)]. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences*. 2013; 24(5):339-346.
 49. Izadi Ajirloo A, Bahmani B, Ghanbari Motlaq A. [The Effectiveness of Group Behavioral Cognitive Intervention on Body Image Correction and Increased self-esteem in women with breast cancer after mastectomy (Persian)]. *Rehabilitation*. 2013; 13(4):72-83.
 50. Cory G, Cory M S. Group Therapy. (Translated by Seifullah Bahari, Bayramali Ranjgar, Hamid reza Hosseinshahi Baravati, Malek Mirhashimi & Siamak Naghshbandi). Tehran: Ravan. 2017.
 51. Littelton H L, Axsom D, Pury C L S. Development of the Body Image Concern Inventory. *Behavior Research & Therapy*. 2005; 43(2):229- 241. [DOI: [10.1016/j.brat.2003.12.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006)]
 52. Basaknejad S, Ghaffari M. [The Relationship between Fear of Body Dysmorphic and Psychological Disorders in Students (Persian)]. *Journal of Behavioral Sciences*,

- 2008; 1(2):179-187.
53. Mehrabizadeh Honarmand M, Najarian B, Baharlooyi R. [The Relationship between Perfectionism and Social Anxiety in Students (Persian)]. *Journal of Psychology*, 2000; 3 (3), 231-248.
54. Beck A T, Steer R A, Brown G K. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.[DOI: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_441]
55. Fatah L, Birashk B, AtefVahid MK, Dobson K S. [Meaning structures / schemas, emotional states, and Cognitive processing of emotional information: A comparison of two conceptual frameworks (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*. 2005; 11(3):312-326.
56. Ebrahimi M, Seyadi M S, Shoaee F. [Group narrative therapy in the elderly men; enhancing forgiveness and reducing depression (Persian)]. *Journal of Gerontology*. 2018; 3(1):1-13.
57. Gravandi S, Gram K, Mazloomi A, Mazloomi E. [Effectiveness of Group Cognitive Therapy on Life Expectancy and Depression Women with Breast Cancer (Persian)]. *Health Psychology*. 2015; 3(12):7-23.
58. Khatibian M, Shakerian A. [The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on decreasing depression, anxiety and stress in breast cancer women admitted to Ahwaz Medical Sciences Hospitals (Persian)]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2014; 19(4):91-99.
59. Edmons CVI, Lockwood GA, Cunningham AJ. Psychological response to longTerm group therapy: A randomized Trail with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology*. 1999; 8(1):74-91. [DOI:10.1002/(SICI)1099-1611(199901/02)8:1<74::AID-PON339>3.0.CO;2-K]