

تأثیر مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان

سجاد بشرپور^۱

شعله امانی^{۲*}

شیرین احمدی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۹/۳

چکیده

سرطان به عنوان یکی از مهم ترین بیماری های قرن در بین علت مرگ و میر بعد از بیماری های قلب و عروق است. تشخیص سرطان و به دنبال آن تحمل درمان های طولانی معمولاً تجارب استرس زا به حساب می آید. درمان های روان شناختی می تواند بر کیفیت زندگی این بیماران مؤثر باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان دارای اختلال استرس پس از سانحه که در مرکز خون و آنکولوژی بیمارستان های مطهری فولادشهر در فاصله زمانی اول تیرماه تا اواسط شهریور سال ۱۳۹۵ بستری بودند تشکیل داد. از این میان تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند (در هر گروه ۱۵ نفر). ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BRIEF) و مقیاس می سی سی پی بود. فرآیند اجرا مواجهه درمانی روایتی به مدت ۶ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به روایت خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری پرداختند و گروه کنترل هیچ مداخله ای را دریافت نکردند. نتایج با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شد. 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. در نتیجه می توان از روش مواجهه درمانی روایتی به عنوان یک روش مؤثر در بهبود کیفیت زندگی این دسته از بیماران در مراکز آنکولوژی به عنوان درمان های تکمیلی در کنار درمان های پزشکی سود جست.

کلیدواژه ها: مواجهه درمانی روایتی، کیفیت زندگی، اختلال استرس پس از سانحه، سرطان

۱. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. * کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

amanishoaleh@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

سرطان^۱ به‌عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر و سومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق و سوانح و حوادث، مطرح است (مردانی حموله و شهرکی، ۱۳۸۹). سرطان و درمان‌های مختلف آن اثرات مهمی بر زندگی افراد مبتلا و خانواده‌های آن‌ها برجای می‌گذارد و باعث ایجاد تغییر در مسیر زندگی شخصی، فعالیت‌های روزانه، شغل، ارتباطات و نقش‌های خانوادگی فرد مبتلا شده و با سطح بالای استرس روان‌شناختی در این افراد همراه هست؛ زنان مبتلا با درمان‌هایی مثل شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و عمل جراحی و عوارض جانبی ناخوشایندی مثل ریزش مو، حالت تهوع و مشکلات جنسی مواجهه می‌شوند و درمان‌های طولانی، توانایی زنان را در برقراری نقش اجتماعی یا به‌عنوان زن خانه‌دار یا شاغل، مورد تهدید قرار می‌دهد. سطح بالای استرس، تأثیر منفی طولانی‌مدتی بر خودباوری زنان دارد که نهایتاً تأثیر نامطلوبی بر عملکرد خانوادگی، نقش زناشویی و نیز سطح کیفیت زندگی آنان دارد (حیاتی، شهسواری و محمودی، ۱۳۸۹). این بیماری مزمن و تهدیدکننده زندگی است و تأثیرات روان‌شناختی و تأثیرات فیزیکی بر روی بیماران دارد و به ابعاد زیادی از زندگی بیماران همچون روابط خانوادگی، تمایلات جنسی، کار و مراقبت از خود آسیب می‌رساند (ازکال و آریکان^۲، ۲۰۱۴ به نقل از فاضل، بجستانی، فرحبخش و اسمعیلی، ۱۳۹۶). در ایران سالانه بیش از ۷۰ هزار مورد جدید از سرطان تخمین زده می‌شود و همچنین سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (حسن‌پور و آذری، ۱۳۸۵). با پیشرفت بیماری سرطان، بیماران در معرض انواع گوناگون از ناراحتی‌ها قرار می‌گیرند که این مشکلات اغلب به‌صورت اضطراب^۳، افسردگی^۴ و ناامیدی^۱ نمایان می‌شود (کانگاس، میلروس و برایانت^۲، ۲۰۱۴).

1. Cancer
2. Ozkal, F, Arikani, Y
3. Anxiety
4. Depression

تشخیص سرطان و به دنبال آن تحمل درمان‌های طولانی و فشرده معمولاً تجارب استرس‌زا به حساب می‌آید (هولیند و الیکلیت^۳، ۲۰۰۲). انجمن روان پزشکی آمریکا^۴ در سال ۱۹۹۴ برای اولین بار بیماری‌های تهدید کننده‌ی زندگی مانند سرطان را به‌عنوان عامل استرس‌زا که می‌تواند اختلال استرس پس از سانحه^۵ (PTSD) را ایجاد نماید در نظر گرفته است. PTSD در بازماندگان سرطان به‌صورت نشانه‌هایی از قبیل افکار مزاحم^۶، اجتناب، احساس گناه، گوش به زنگ بودن، شکایات بدنی، ناامیدی و زودرنجی بروز می‌کند (نابف^۷، ۲۰۱۱ به نقل از خسروی، مرادی و جنایان، ۱۳۹۳). در درمان شدگان سرطان پستان ۳الی ۱۹ درصد اختلال استرس پس از سانحه گزارش شده است که نسبت به جمعیت عادی، درصد قابل توجهی است (آندریوکوسکی و کانگاس^۸، ۲۰۱۰). طبق تعریف، عامل استرس‌زا عامل سببی اساسی در پیدایش اختلال استرس پس از سانحه است. مطالعات بسیاری به بررسی بروز PTSD در سرطان پرداخته‌اند (کانگاس، هنری و برایانت^۹، ۲۰۰۵). هامپتون و فروم باخ^{۱۰} (۲۰۰۰) دریافتند که ۱۰ درصد بیماران مرد و ۲۰ درصد بیماران زن، ۱۲ ماه پس از تشخیص، نمرات بالایی در مقیاس PTSD به دست آوردند. مطالعه کاسا، مالت، هانگن، ویست، موم و کویک‌استد^{۱۱} (۱۹۹۳) نشان داد که ۲۱ درصد نمونه آن‌ها، قبل از شروع پرتودرمانی تسکینی، دارای نمرات بالایی در خرده مقیاس‌های اجتناب و خرده مقیاس نشانه‌های آزاردهنده می‌باشد.

اختلال استرس پس از سانحه به درجات متفاوت در ابعاد کیفیت زندگی^{۱۲} بیماران تأثیر می‌گذارد، بیماران مبتلا به این اختلال نیز مشکلات زیادی را در ابعاد مختلف کیفیت

1. Hopeless
2. Kangas, M, Milross, C.H & Brayant, R.A
3. Houlind, M & Elklit, A
4. American psychiatric association
5. Post traumatic stress disorder
6. instrutive thoughts
7. Knobf, T.M
8. Andrykowski, M.A & Kangas, M
9. Kangas, M, Henry, J.L, & Brayant, R.A
10. Hampton, M.R & Frompach, I
11. Kaasa, S, Malt, U, Hagen, S, Wist, E, Moum, T & Kvikstad, A
12. Quality of Life

زندگی شامل عملکرد عاطفی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (کوینتراد و لاکدجا^۱، ۲۰۰۸ به نقل از منفرد، پاک‌سرشت، قنبری و عطرکارروشن، ۱۳۹۲). مفهوم کیفیت زندگی از سال ۱۹۴۰ در تحقیقات پزشکی مانند سرطان شناسی مورد استفاده قرار گرفت تا کیفیت زندگی بیماران مورد اندازه‌گیری قرار گیرد و به معنای درجه احساس اشخاص از توانایی‌هایشان در مورد کارکردهای جسمی، عاطفی و اجتماعی است و در سال‌های اخیر بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان اهمیت ویژه‌ای یافته است؛ مسائل و مشکلاتی که به‌طور معمول کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، شامل آثار روانی، عاطفی، جسمی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری اقدامات تشخیصی و درمانی است (پالمر، آدامز-کامپبل، بگس، وایس و روزنبرگ^۲، ۲۰۰۷). در نتیجه درک از نگرانی‌های کیفیت زندگی از اولویت‌های مهم گروه سلامت می‌باشد؛ این مسئله می‌تواند در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان مفید باشد (تسای و چانگ^۳، یاتس، لین و لیانگ^۴، ۲۰۱۲).

شواهد زیادی نشان می‌دهد که اختلال استرس پس از سانحه با کیفیت زندگی همبستگی منفی دارد (وانگ، شیو و باند^۴، ۲۰۰۵). اوزدمیر، بایسون، ایلماز^۵ (۲۰۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که سطح کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پایین می‌باشد و همچنین افکار خودکشی در این بیماران بالا بود. مطالعه حسن‌پور (۱۳۸۵) که بر روی ۲۰۰ بیمار مبتلا به سرطان انجام داد بیانگر آن است که ۳۴ درصد بیماران تحت بررسی، کیفیت زندگی مطلوبی نداشتند. در نتیجه بررسی وضعیت کیفیت زندگی در این بیماران از شاخص‌های مهم درمانی و مراقبتی در سراسر جهان محسوب می‌گردد (وارث، زندگی، بقایی و میرباقر، ۱۳۹۰). بالجانی، کاظمی، امان‌پور و تیزفهم (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان

1. Quintrad & Lakdja
2. Palmer, J.R, Adams-Campbell, L.L, Boggs, D.A, Wise, L.A& Rosenberg, L
3. Tsay, S, Chang, J, Yates, P, Lin, K& Liang, S
4. Wang, C.H, Shio, L & Bond, A
5. Ozdemir, O, Boysan, M, Yilmaz, E

پایین می‌باشد و ارتقا آن با عواملی مانند هدفمند بودن در زندگی، اعتقاد به خدا و خوش بینی به آینده، ارتباط دارد. منفرد و همکاران (۱۳۹۲) در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در حیطه سلامت روان از سایر حیطه‌ها پایین تر بود؛ همچنین عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان شامل وضعیت تأهل، شغل و نوع جراحی بودند.

امروزه با توجه به پیشرفت علم پزشکی شانس درمان بیماران سرطانی افزایش یافته است، رفتار بیماران تغییر کرده و آشکارا در مورد این بیماری صحبت می‌کنند، پزشکان نیز با انجام پژوهش‌های گوناگون در حیطه سرطانی شدن سلول‌ها، امید دارند روش‌های پیشگیری و درمان جدیدی را در آینده ارائه دهند (ریس^۱، ترجمه همت خواه ۱۳۹۰ به نقل از شفیع آبادی شفیع آبادی و فکری، ۱۳۹۳). از سوی دیگر در درمان بیماری سرطان علاوه بر درمان‌های دارویی مانند شیمی‌درمانی و پرتودرمانی باید به درمان روان‌شناختی این بیماران هم توجه ویژه‌ای شود؛ سال‌هاست که درمان‌های شناختی رفتاری به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر بر مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان مطرح می‌باشد. مواجهه درمانی روایتی^۲ یکی از این روش‌ها است که با توجه به کوتاه‌مدت بودن آن، می‌توان آن را درمان مناسبی برای مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان دانست. مواجهه درمانی روایتی یک مداخله کوتاه‌مدت جمعی- فرهنگی است که در کارهای میشل وایت^۳ ریشه دارد، برای کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه در بازماندگان که در برابر خشونت، شکنجه، جنگ، تجاوز جنسی و حوادث طبیعی قرار گرفته‌اند، مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ این افراد از آنجا که به یک‌باره در زندگی خود دچار تغییر و تحول اساسی می‌شوند، بیماری خود را نوعی شوک در نظر می‌گیرند و باعث می‌شود در تمام ابعاد زندگی آن‌ها تأثیر زیادی داشته باشد. فرآیند درمان مواجهه درمانی روایتی به شکل روایت فرآیند بیماری از ابتدای مبتلا شدن تا زمانی که بیمار در جلسه حضور دارد می‌باشد. روایت کردن این فرآیند در یک محیط آرام‌تر باعث می‌شود از میزان تنش و آسیب‌پذیری بودن رویداد آسیب‌زا کاسته شود و بیماری را به شکل واقع‌بینانه‌تر و مثبت‌تری تفسیر کنند

1. Rees
2. Narrative exposure therapy
3. Micheal, W

(شاور، نیونر و توماس^۱، ۲۰۱۱). از آنجا که کاهش کیفیت زندگی در این بیماران وابسته به تفسیر آن‌ها از بیماری و عوارض جانبی آن است، صحبت کردن در مورد آن و شنیدن روایت دیگر افراد درگیر با بیماری سرطان، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی و امید به درمان آن‌ها تأثیر بسیاری داشته باشد (هوایلیند و همکاران، ۲۰۰۲).

یزدانی و بابازاده (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که مقیاس‌های عملکردی در کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان در اثر یوگا بهبود می‌یابد. عابدی، علوی، مزروعی و سبدانی (۱۳۹۲) در بررسی خود نشان دادند که معنادرمانی می‌تواند در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد. آدناپور، کاتانی و گلا^۲ (۲۰۱۱) با بررسی مواجهه درمانی روایتی برای نشانه‌های مرتبط با اختلال استرس پس از سانحه نشان داد که این درمان به بیماران اجازه می‌دهد به ارزیابی دوباره خطر واقعی در وضعیت فعلی پردازند و در نتیجه موجب کاهش نشانه‌های روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شود. در پژوهش فرسون^۳ (۲۰۱۲) با بررسی تأثیر مواجهه درمانی روایتی بر نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه و افزایش کیفیت زندگی در قربانیان خشونت‌های جمعی و شکنجه که اغلب چندین سال مورد صدمات متعدد بودند، به این نتیجه رسید که درمان مورد نظر باعث کاهش قابل توجه علائم (PTSD) و افزایش کیفیت زندگی در آن‌ها شد و اکبری نخجوانی و گرگری (۱۳۹۴) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری و نوشتاری بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است.

بنابراین با توجه به پیشینه پژوهش و کم بودن پیشینه در اجرای درمان مواجهه درمانی روایتی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان، پژوهش حاضر باهدف بررسی مواجهه درمانی روایتی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان انجام شده است.

1. Shauer, M, Neuner, M & Thomas, E
2. Adenaur, H, catani, C & Gola, H
3. Pherson, J

روش پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیقات شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان دارای اختلال استرس پس از سانحه که در مرکز خون و آنکولوژی بیمارستان‌های مطهری فولادشهر در فاصله زمانی اول تیرماه تا اواسط شهریور سال ۱۳۹۵ بستری و همچنین درمان‌های تکمیلی و نگه‌دارنده شیمی‌درمانی و رادیولوژی را آغاز کرده‌اند تشکیل داد. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که پس از اجرای مقیاس می‌سی‌سی‌پی و کسب نمره برش بالای ۶۵ در این مقیاس، تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و از لحاظ مدت زمان ابتلا به بیماری (بین ۱ تا ۵ سال) و وضعیت تأهل (متاهل) و سن ابتلا به بیماری (بالای ۳۸ سال) همسان‌سازی شدند و با در نظر گرفتن امکان حضورشان در جلسات و رضایت شخصی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند ($N=15$).

روش جمع‌آوری داده‌ها به این صورت بود که ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه محقق اردبیلی به بیمارستان مطهری شهر فولادشهر اصفهان مرکز خون و آنکولوژی، مراجعه شد، بعد از تأیید اجرای درمان توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و بعد از تبیین اهداف پژوهش، مقیاس اختلال استرس پی از سانحه می‌سی‌سی‌پی بر روی کل بیماران سرطانی بستری در بیمارستان اجرا و بعد از جمع‌آوری داده‌ها تعداد ۳۰ نفر از بین تمامی افرادی که نمره برش بالاتر از ۶۵ دریافت کرده بودند، انتخاب شد در مرحله بعد مصاحبه بالینی ساختار یافته برای علائم اختلال استرس پس از سانحه بر اساس معیارهای DSM-5 روی آن‌ها اجرا و بعد از تأیید تشخیص، اعضای نمونه در دو گروه آزمایشی و کنترل هر کدام به تعداد ۱۵ نفر جایگزین شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی بر روی هر دو گروه اجرا شد. مواجهه درمانی روایتی به مدت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی یک‌بار روی گروه آزمایشی اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات اجرای درمان، هر دو گروه به مقیاس می‌سی‌سی‌پی پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه PTSD می‌سی‌سی‌پی^۱: پرسشنامه اختلال استرس پس آسیبی در سال ۱۹۹۷ توسط نوریس و رید^۲ تهیه و معرفی و در سال ۱۳۸۲ توسط گودرزی در ایران اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۹ آیت می‌باشد و دارای چهار خرده مقیاس شامل خاطرات رخنه‌کننده، مشکل در ارتباطات بین فردی، ناتوانی در کنترل عاطفی و فقدان و افسردگی می‌باشد. این پرسشنامه در پنج درجه به شیوه لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل نمره ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می‌باشد. نمرات کمتر از ۶۵ بیانگر PTSD خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ PTSD متوسط و بالاتر از ۱۳۰ نشانه PTSD شدید ارزیابی می‌گردد. فوا و همکاران (۲۰۰۴) پایایی از نوع باز آزمایی این مقیاس را ۰/۹۷، همسانی درونی با آلفای کرونباخ را ۰/۹۴، حساسیت آن را ۰/۹۳ و کارایی آن را ۰/۹۰ گزارش داده‌اند؛ در ایران نیز پایایی آزمون بر اساس همسانی درونی ۰/۹۲، بر اساس روش دو نیمه کردن ۰/۹۲، بر اساس روش باز آزمایی ۰/۹۱ و روایی آن ۰/۸۲ ارزیابی گردید (گودرزی، ۱۳۸۲). این مقیاس در پنج درجه به شیوه لیکرت (از کاملاً صادق است، ۵ تا هرگز صادق نیست، ۱، برای عبارات ستاره‌دار و از کاملاً صادق است، ۱ تا هرگز صادق نیست، ۵ برای عبارات بدون ستاره) نمره‌گذاری می‌شود، نمره کل (۰ تا ۱۹۵)، با محاسبه مجموع کل نمره‌ها، نمرات کمتر از ۶۵ خفیف، نمره ۶۵ تا ۱۳۰ متوسط و بالاتر از ۱۳۰ شدید ارزیابی می‌شود.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL- BRIEF): این پرسشنامه چهار حیطه سلامتی جسمانی، سلامتی روانی، روابط اجتماعی و سلامتی محیط و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی موردسنجش قرار می‌دهند و دارای ۲۶ آیت می‌باشد که به هر سؤال از ۱ تا ۵ نمره داده می‌شود. نجات و همکاران (۱۳۸۵) پایایی این مقیاس را در حیطه سلامتی فیزیکی ۰/۷۷، سلامتی روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر ۰/۸۴ به دست آورد.

1. Mississippi

2. Norris, F. H. & Riad. J. K

جدول ۱: محتوای جلسات آموزشی مواجهه درمانی روایتی

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
۱	معرفی و توجیه درمان	معرفی افراد گروه، توجیه و تفسیر منطق درمان و اجرای پیش‌آزمون	فکر کردن به جریان بیماری و حس و هیجانات همراه آن.
۲	شروع روایت	توصیف داستان زندگی برحسب تاریخچه به‌قصد تشخیص قصه مسلط داستان زندگی فرد	توجه و یادداشت موقعیت‌هایی که حسی جدا از هیجانات منفی همراه روایت مسلط، داشت.
۳	بیان جزئیات دقیق روایت و نام‌گذاری آن	گوش دادن دقیق به جزئیات زبان مراجع، نام‌گذاری مشترک مشکل با توجه به اولویت واژه‌ها و استعاره‌های مراجع، استفاده از زبان برون‌سازی مشکل و بررسی روایت بیان‌شده هر یک از اعضا از دید دیگر اعضای گروه.	نوشتن تحلیل افراد از واقعه استرس‌زا زندگی که منجر به اضطراب زیاد می‌شود و تلاش در جهت تغییر داستان.
۴	به چالش کشیدن مراجع برای تغییر روایت.	به چالش کشیدن داستان و ارائه یک دورنمای توضیحی خارج از مشکل به افراد طوری که آن‌ها بین خود و مشکل تفاوت قائل شود.	تمرین و آگاه شدن به موضوع حال، گذشته، آینده، تمرین در مورد چگونگی برگشت به زمان حال و کم شدن اضطراب.
۵	ارائه تکنیک‌های درمانی جهت تغییر روایت فرد از مشکل	معنا دهی مجدد و برجسب جدید برای مشکل و مطرح کردن روایت‌های جایگزین و مرجع، تشویق اعضا به رفتارهای مغایر با داستان سرشار از مشکل در فاصله بین جلسات از طریق پرسش از مراجع درباره استثناها و موارد منحصر به فرد و بسط این موارد به زمان حال. آموزش مهارت‌های حرف زدن (هر یک از خودشان حرف بزنند و اطلاعات حسی خودشان را بیان کنند، مهارت گوش دادن و درخواست از مراجع برای خلق موقعیت‌های معجزه‌ای).	طرح پرسش معجزه‌ای، برون‌سازی مشکل و ارائه راه‌حل‌هایی برای کاهش حس اضطراب و استرس همراه آن.
۶	جایگزینی روایت جدید با روایت قبلی	گفتگو در مورد تجربه‌های مثبت و روایت‌های جایگزین، ارزیابی نتایج حاصل از روایت درمانی و رفع نقایص و اجرای یک جلسه پیگیری برای بررسی تغییرات ایجاد شده و اجرای پس‌آزمون.	بازنویسی روایت زندگی درباره حال، آینده و دادن عنوانی جدید به روایت زندگی.

یافته‌های پژوهش

تعداد ۳۰ بیمار سرطانی دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه در دو گروه آزمایش و کنترل هر کدام به تعداد ۱۵ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه کنترل ۴۳/۳۳ و گروه آزمایش ۴۲/۳۵ بود. از نظر تحصیلات ۶/۷ درصد ابتدایی، ۳۰ درصد سیکل، ۶/۷ درصد دیپلم و ۶/۷ درصد لیسانس، مدت زمان تشخیص بیماری، ۳۰ درصد کمتر از ۱۲ ماه، ۶/۷ درصد کمتر از ۶ ماه، ۱۰ درصد کمتر از ۱۵ ماه و ۵ درصد کمتر از ۲۰ ماه، از نظر شغل ۳۸ درصد خانه‌دار ۸/۷ درصد کارمند و ۳/۷ درصد آزاد، ۱۸ نفر سرطان سینه، ۷ نفر سرطان معده، ۴ نفر سرطان خون و ۱ نفر سرطان ریه، میزان درآمد ۱/۷ کمتر از ۳۰۰۰۰۰ هزار تومان، ۱۱/۷ بین ۳۰۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰ هزار تومان، ۱۶/۷ بین ۵۰۰۰۰۰ تا ۸۰۰۰۰۰ هزار تومان و ۲۰ درصد بیشتر از یک میلیون تومان، نمونه این پژوهش را تشکیل دادند.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمودنی

در متغیرهای پژوهش

کنترل		آزمایشی		عضویت گروهی نوع آزمون	
SD	M	SD	M		
۱/۸۰	۱۳/۵	۴/۶۸	۱۸/۶	سلامت جسمانی	پیش‌آزمون
۱/۶۹	۱۱/۸	۴/۰۳	۱۴/۸۰	سلامت روانی	
۲/۴۰	۱۵/۰۶	۳/۴۱	۱۸/۴۶	روابط اجتماعی	
۳/۰۸	۱۵/۲۶	۳/۴۱	۱۸/۴۶	سلامت محیط	
۴/۵۲	۵۲/۹۳	۱۴/۸	۶۴/۶	نمره کلی	
۱/۸۳	۱۴/۳	۴/۵۰	۲۰/۸۰	سلامت جسمانی	پس‌آزمون
۱/۵۲	۱۲/۲۰	۳/۵۶	۱۸/۵۳	سلامت روانی	
۱/۹۲	۵/۸۶	۷/۵۲	۱۹/۸۶	روابط اجتماعی	
۱/۹۹	۱۶/۵۳	۳/۷۳	۲۰/۵۳	سلامت محیط	
۵/۵۰	۵۲/۵۳	۹/۶۶	۶۶/۴۶	نمره کلی	

نتایج حاصل نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش پس از مداخله تغییر داشته است. برای انجام تحلیل کواریانس از بررسی پیش فرض همگنی واریانس گروهی استفاده گردید. ابتدا با استفاده از آزمون لون این پیش فرض مورد آزمون قرار گرفت. نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مورد مطالعه از واریانس‌های همگنی برخوردارند.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های کواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین نمرات ۲ گروه آزمودنی در متغیرهای سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط اجتماعی و سلامت محیط

منابع	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	ضرب اینتا
اثر پیلاپی	۰/۵۸	۷/۲۴	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
لامبدای ویلکز	۰/۴۲	۷/۲۴	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
اثر هوتلینگ	۱/۳۷	۷/۲۴	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۷	۷/۲۴	۴/۰۰۰	۲۱/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته ۴۲ درصد می‌باشد. به این معنا که ۴۲ درصد از کل واریانس تفاوت‌های دو گروه به متغیرهای وابسته این مطالعه مربوط می‌شود.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) بر روی متغیر کیفیت زندگی

منبع تغییر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	تا
اثر پیش آزمون	سلامت جسمانی	۳۶۳/۱۲۱	۵	۷۲/۶۳۴	۶/۱۷۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶۳
	سلامت روانی	۳۲۴/۲۶۴	۵	۶۴/۸۵۳	۸/۳۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۰۲
	ارتباط اجتماعی	۸۰۱/۴۳۶	۵	۱۶۰/۲۸۷	۴/۸۴۵	۰/۰۰۳	۰/۵۰۲
	سلامت محیط	۲۵۹/۶۰۲	۵	۵۱/۹۲۰	۱۱/۱۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹
اثر عضویت گروه	سلامت جسمانی	۱۱۹/۷۳۶	۱	۱۱۹/۷۳۶	۱۰/۱۸۱	۰/۰۰۴	۰/۲۹۸
	سلامت روانی	۱۷۷/۰۳۶	۱	۱۷۷/۰۳۶	۲۲/۷۵۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۷
	ارتباط اجتماعی	۳۷۲/۸۰۳	۱	۳۷۲/۸۰۳	۱۱/۲۶۸	۰/۰۰۳	۰/۳۱۹
	سلامت محیط	۱۲/۰۴۹	۱	۱۲/۰۴۹	۲/۵۸۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۷

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین نمرات پس‌آزمون سه گروه در هر یک از متغیرهای سلامت جسمانی ($P < 0/001$)، سلامت روانی ($F = 10/181$)، ارتباط اجتماعی ($P < 0/001$)، ارتباط محیط ($F = 11/268$) و سلامت محیط ($F = 2/588$) وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون مانکوا برای مقایسه اثربخشی درمان در دو گروه

نمره	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	sig	ضریب اتا
اثر پیش‌آزمون	۱۸۲/۴۵	۱	۱۸۲/۴۵	۱/۸۵	۰/۱۸۵	۰/۰۶۴
اثر عضویت گروهی	۷۳۲/۱۱	۱	۷۳۲/۱۱	۷/۴۳	۰/۰۱۱	۰/۲۱۶

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره کلی دو گروه در پس‌آزمون متغیر کیفیت زندگی وجود دارد ($P < 0/011$)، ($F = 7/43$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان بود. پژوهش حاکی از آن بود که اختلاف میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی پس از انجام جلسات روایت‌درمانی در گروه مداخله از گروه کنترل بیشتر بود. به این معنی که شرکت در جلسات روایت‌درمانی قادر است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان را در نمره کلی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط اجتماعی و سلامت محیط افزایش دهد. اگرچه مطابق با مستندات موجود، کیفیت زندگی از ابعاد مختلفی تشکیل شده و عوامل متعددی نیز بر آن تأثیر می‌گذارند، بااین‌وجود تأثیر مطلوب روایت‌درمانی، ارزشمندی این مداخله را در ارتقای کیفیت

زندگی بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه بر سهم عظیم بعد روان شناختی بر همه ابعاد کیفیت زندگی این بیماران تأکید می‌کند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های آدناپور و همکاران (۲۰۱۱)، فرسون (۲۰۱۲)، نخجوانی و گرگری (۱۳۹۴) و القمدی و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد.

اعتقاد بر این است که استفاده از روایت و بازگویی حوادث آسیب‌زای زندگی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای می‌تواند افراد را در رؤیایی با تجارب منفی زندگی کارآمد نموده و از پیامدهای نامطلوب جسمانی و روانی این تجارب پیشگیری نماید. درمان مواجهه درمانی روایتی بر پایه‌ی افشای هیجان و ارزیابی مجدد، نسبت به رویدادهای منفی و آسیب‌زای زندگی می‌باشد. برخی پژوهشگران افشای هیجانی را به‌عنوان یکی از راهبردهای ارتقای بهداشت روان، بالا بردن ظرفیت‌های شناختی و درنهایت احساس بهزیستی روان‌شناختی موردبررسی قرار داده‌اند (صالحی، شریعتی، انصاری و لطیفی، ۱۳۹۱). مرور مطالعات انجام‌شده از کاربرد پیشگیرانه و درمانی روایت تجارب از حوادث منفی و آسیب‌زا حمایت می‌کنند و پیشنهاد می‌کنند که روایت درباره تجارب آسیب‌زا می‌تواند سلامت جسمانی و روانی و به طبع آن میزان رضایت از محیط پیرامون و روابط اجتماعی را بهبود بخشد. بعلاوه، روایت درباره هیجان‌ها و واقعیت‌های پیرامون رخدادی استرس‌زا، منجر به افزایش کوتاه‌مدت هیجان‌های منفی و کاهش هیجان‌های مثبت می‌شود و در بلندمدت، انجام مواجهه با تجارب آسیب‌زای هیجانی همراه با ارتقای سلامت روان است. ابراز هیجان به‌صورت نوشتاری یا روایتی همراه با افزایش بینش، بازتاب‌خود، خوش‌بینی، احساس کنترل و عزت‌نفس است (زارع، شقاقی و دلیر، ۱۳۹۰).

درمجموع، تحلیل یافته‌ها نشان‌دهنده اثربخش بودن اجرای درمان مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان

است. این یافته‌ها بدین معنا است که روش مواجهه‌درمانی روایتی به دلیل داشتن برنامه‌های افشا و ابراز احساسات و بازاریابی به‌صورت گروهی در رابطه با خاطرات ناخوشایند مرتبط با بیماری از زمان مطلع شدن به بیماری و در طول درمان و بعد از درمان و در زندگی کنونی باعث می‌شد تا افراد از احساس‌ها و عواطف مربوط به ریزش‌مو، تغییرات ظاهری و قضاوت و برداشت‌های اطرافیان صحبت کنند و به دلیل گروهی بودن جلسات و همسان بودن این عواطف با اعضای گروه، مطرح شدن این خاطرات باعث کمرنگ شدن این رویدادها و بهبود روابط اجتماعی می‌شد. همچنین بیان خاطرات در ارتباط با رویداد آسیب‌زا باعث کم شدن نشخوار فکری در ارتباط با این خاطرات می‌شود. چرا که حرف زدن درباره وقایع و افکار و تجربیات مهم زندگی نظیر بیماری باعث آشکار شدن این افکار و احساسات شده و فرآیند استرس ناشی از بازداری این افکار را کاهش داده و باعث بهتر شدن سلامت جسم و روان و متعاقب آن کیفیت زندگی می‌شود. همچنین با ابراز هیجانات ناشی از بیماری و پیامدهای آن در قالب کلمات و برون‌ریزی هیجانات، باعث بازنگری در این تجارب شده و بر اساس نظریه تغییرات شناختی باعث درک بهتر موضوع و یافتن معنای جدید درباره آن واقعه می‌شود و باعث می‌شود فرد بیماری را به‌صورت تجربه معمول زندگی خود بپذیرد.

درمجموع می‌توان گفت درمان مواجهه‌درمانی روایتی با فراهم آوردن فرصتی برای ابراز هیجان و صحبت در مورد حوادث آسیب‌زای زندگی و خاطرات ناخوشایند به‌صورت گروهی، می‌تواند کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان را بهبود بخشد. محدودیت‌های این پژوهش کم بودن تعداد و تک جنسیتی بودن نمونه، انتخاب نمونه هدفمند بجای تصادفی و کم بودن تعداد جلسات می‌باشد. پیشنهاد می‌شود این درمان بر روی مردان مبتلا به سرطان نیز اجرا شود و همچنین جلسات پیگیری

برای تأثیرگذاری طولانی مدت درمان، اجرا شود. همچنین پیشنهاد می شود از این درمان برای بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در مراحل اولیه تشخیص برای ابراز هیجانات و همکاری بهتر در مراحل بعد درمان استفاده شود.

منابع

- اکبری نخجوانی، هانیه؛ بدری گرگری، رحیم. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی روش افشای هیجانی به شیوه گفتاری/نوشتاری بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر تبریز. *مجله پزشکی ارومیه*. دوره ۶، شماره ۲۶، صص ۵۳۰-۵۱۹
- حسن پور، آمنه؛ آذری، ایرج. (۲۰۰۶). کیفیت زندگی و عوامل مرتبط در بیماران سرطانی. *مجموعه مقالات کنگره بین المللی مراقبت در بیماری های خاص*. دانشگاه علوم پزشکی اهواز. دوره ۴، شماره ۱۲، صص ۷۶-۸۴
- حیاتی، فرخنده؛ شهسواری، آرزو؛ محمودی، محمود. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط آسایش روانی با مشخصات فردی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، دوره ۱، شماره ۲، صص ۲۸-۲۴.
- خسروی، پانته آ؛ مرادی، علیرضا؛ جنابیان، آرش. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن بر کاهش نشانه های استرس پس از سانحه و افزایش حافظه شرح حال اختصاصی در درمان شدگان سرطان پستان. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، دوره ۵، شماره ۱۸، صص ۸۰-۶۴.
- زارع، حسین؛ شقاقی، فرهاد؛ مجتبی، دلبر. (۱۳۹۰). اثر افشای نوشتاری بر شدت علائم وسواسی و افسردگی مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار. *مجله روانشناسی بالینی*، دوره ۴، شماره ۱، صص ۳۴-۲۷.
- صالحی، معصومه؛ شریعتی، عبدالهی؛ انصاری، منصور؛ لطیفی، سیدمحمود. (۱۳۹۱). تأثیر آرام سازی بنسون بر مقیاس های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان

- پستان تحت شیمی‌درمانی، مراقبت‌های بیماری‌های مزمن جنیدی شاپور. دوره ۱، شماره ۱، صص ۸-۱.
- عابدی، حیدرعلی؛ علوی، موسی؛ رضایی، موسی؛ مزروعی، امیر؛ سبدانی، اعظم. (۱۳۹۳). بررسی معنادرمانی بر کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان. تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۴، شماره ۱۲، صص ۳۰۸-۳۰۱.
- فاضل، مرتضی؛ سلیمی بجزستانی، حسین؛ فرحبخش، کیومرث؛ اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۶). ارائه الگوی رشد پس از سانحه در بیماران سرطانی: یک مطالعه گراندد تئوری. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، دوره ۸، شماره ۲۹، صص ۱۰۴-۸۰.
- مردانی حموله، مرجان؛ شهرکی واحد، عزیز. (۱۳۸۹). ارتباط سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲، شماره ۱۸، صص ۱۱۱-۱۱۷.
- منفرد، آرزو؛ پاک‌سرشت، صدیقه؛ فنبری خانقاه، عاطفه؛ عطرکارروشن، زهرا. (۱۳۹۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن در زنان مبتلا به سرطان پستان. پرستاری و مامایی جامع‌نگر. دوره ۲۳، شماره ۲، صص ۶۲-۵۲.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی، کوروش؛ مجدزاده، رضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۴، شماره ۴، صص ۱۲-۱.
- وارث، زهره؛ زندی، میترا؛ بقایی، پروین؛ مسعودی علوی، نگین؛ میرباقرآجریز، ندا. (۱۳۸۹). بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت کاشان. پژوهش پرستاری. دوره ۱۷، شماره ۵، صص ۲۲-۱۴.
- یزدانی، فریدخت؛ بابازاده، شادی. (۱۳۹۲). تأثیر یوگا بر مقیاس‌های علامتی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی. بیماری‌های پستان ایران. دوره ۳، شماره ۶، صص ۶۶-۵۷.

شفیع آبادی، عبدالله؛ فکری، کاترین. (۱۳۹۳). کاربرد پندیری فنون مشاوره و روش سیمونتن جهت بهزیستی بیماران سرطانی و خانواده‌هایشان، تهران؛ کتاب فکر نو، چاپ اول. ریس، گارت (۲۰۰۰)، سرطان، ترجمه همت خواه فرهاد. (۱۳۹۰). تهران: عصر کتاب، چاپ چهارم.

گودرزی، محمدعلی. (۱۳۸۲). بررسی اعتبار و روایی مقیاس اختلال تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌بی (اشل). مجله روانشناسی، دوره ۲۶، شماره ۲، صص ۱۷۷-۱۵۳.

- Adenaur, H. Catani, C. & Gola, H. (2011). *Narrative Exposure Therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli evidence from a randomized controlled treatment trial*. Journal BMC neuroscience. Vol12 (1),PP:1-13.
- Alghami, M. Hunt, N. & Thomas, S.H. (2015). *The Effectiveness of Narrative Exposure Therapy with Traumatize in Saudia Arabia*. Journal Behavioure Research and Therapy. Vol 66(12), PP; 64-71.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski, M.A. & Kangas, M. (2010). *Posttraumatic Stress Disorder Associated with Cancer Diagnosis and treatment*. Journal Oxford textbook of psycho-oncology. Vol 18 (9),PP:348-357.
- Baljani, E. Kazemi, M. Amanpour, E. & Tizfahm, T. (2011). *A survey on relationship between religion, spiritual wellbeing, hope and quality of life in patients with cancer*. Journal of Evidence Based Care School of Nursing & Midwifery. Vol 1(1),PP:51-61.
- Hampton, M.R. & Frombach, I. (2000). *Women's experience of traumatic stress in cancer treatment*. Health Ealth Care Women In. Vol 21(1),PP:67-76.
- Houilind, M. & Elklit, A. (2002). *Post-traumatic stress disorder in breast cancer survivor*. Journal of Clinical Psychology Medical Settings. Vol 12 (6),PP:312-324.
- Kaasa, S. Malt, U. Hagen, S. Wist, E. Moum, T. & Kvikstad, A. (1993). *Psychological distress in cancer patients with advanced disease*. Journal Radiother Oncol. Vol 27 (3),PP: 193-197.
- Kangas, M, Henry, J.L. & Bryant, R.A. (2005). *A prospective study of autobiographical memory and posttraumatic stress disorder following cancer*. Journal Couns clin Pscho. Vol 73(2),PP: 293-299.

- Kangas, M. Milross, C.H. & Brayant, R.A. (2014). *brief early cognitive behavioral program for cancer related PTSD*. Journal anxiety and comorbid depression cognitive and behavioral practice. Vol 202(21),PP:416-431.
- Knobf T.M. (2011). *Clinical Update: Psychosocial Responses In Breast Cancer Survivors*. Seminars in Oncology Nursing. Vol 27 (3),PP:1-14.
- Ozdemir, O. Boysan, M. & Yilmaz, E. (2015). *Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors*. Journal Psychiatry Research. Vol 228(17),PP; 598–605.
- Ozkal, F. & Arikan, Y. (2014). *The opinions of patients and patients relatives on announcement of the cancer diagnosis to the patient*. Global Journal on Advances in Pure & Applied Sciences [Online]. Vol 4,PP:179-183.
- Palmer, J.R. Adams-Campbell, L.L. Boggs, D.A. Wise, L.A. & Rosenberg, L. (2007). *A prospective study of body size and breast cancer in black women*. Journal Cancer epidemiol biomarkers prev. Vol 16(3),PP: 1795-1802.
- Pherson, J. (2012). *Does narrative exposure therapy reduce PTSD in survivors of mass violence*. Journal research on social work practice. Vol 22(1),PP:29-42.
- Quintard, B. & Lakdja, F. (2008). *Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer*. Journal Psycho-Oncology. Vol 17(4),PP:1032–1038.
- Shauer, M. Neuner, M. & Thomas, E. (2011). *Narrative Exposure Therapy short term treatment for traumatic stress disorders*. by hogrefe publishing.
- Tsay, S. Chang, J. Yates, P. Lin, K. & Liang, S. (2012). *Factors influencing quality of life in patients with benign primary brain tumors: prior to and following surgery*. Journal Support Care Cancer. Support Care Cancer. Vol 20(1),PP:57-64.
- Wang, C.H. Shiow, L. & Bond, A.E. (2005). *Post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and Quality of life in patients with traffic-related injuries*. Journal AdvNurs. Vol 52 (1),PP: 22-30.