

## **Effectiveness of Cognitive – Behavioral Stress Management Group Therapy on Resilience and Hope in Women with Breast Cancer**

**Marayam Emami, Ghasem Askarizade\*, Masoud Faziltpour**

- 1.M.A in general psychology, Psychology Department, Faculty of literature and humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.
- 2.Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of literature and humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran.
- 3.Assistant Professor, Psychology Department, Faculty of literature and humanities, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

### **Abstract**

Breast cancer is the most common cancer in women. Its affects different aspects of individual health. The aim of present research was to investigate the effects of cognitive- behavior group therapy stress management on resilience and hope in women with breast cancer. This research included semi-experimental pre-test, post-test with control group and follow-up period. Thirty female patients with breast cancer who were referred to the Cancer Support Association (YAS Kerman) were selected by convenience sampling method in the summer of 1394. Patients divided into two experimental and control groups. Then, all 30 patients completed Connor–Davidson Resilience Scale and Snyder Hope Scale at the beginning of group therapy. The experimental group participated in 10 sessions of group therapy. In the end of group therapy and a month later follow up, both groups were tested again. After collecting questionnaires, data was analyzed using covariance analysis. In the experimental group, there results indicated that Cognitive–Behavioral Group Therapy Stress Management, give rise to improve resilience and hope. These findings were confirmed after a month following up. The results from data indicated that Intervention has given rise to improvement of resilience and hope in breast cancer patients. Hence, this method can be used in oncology centers as a complementary therapy alongside medical treatment.

**Keywords:** Cognitive-behavior group therapy, Stress management, Resilience, Hope, breast cancer

---

\* gh.askarizade.2000@gmail.com

## اثربخشی درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان

مریم امامی<sup>۱</sup>، قاسم عسکری زاده\*<sup>۲</sup>، مسعود فضیلت پور<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

gh.askarizadeh@uk.ac.ir

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

gh.askarizade.2000@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران.

fazilat1348@gmail.com

### چکیده

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان است که بر جنبه‌های مختلف روانشناختی فرد اثر می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان بود. این پژوهش از جمله طرح‌های نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران سرطانی یاس کرمان به شیوه نمونه‌گیری دردسترس در تابستان سال ۱۳۹۴ انتخاب شدند. بیماران به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس ۳۰ نفر پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه امیدواری‌اشنایدر را تکمیل کردند. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مشاوره گروهی شرکت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه پس از خاتمه جلسات درمانی و دوره پیگیری یک ماهه مجدداً ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان دادند گروه درمانی شناختی - رفتاری مدیریت استرس سبب افزایش میزان تاب‌آوری و امیدواری در گروه آزمایش شده است. پیگیری یک ماهه، نتایج به‌دست‌آمده در دو گروه را تأیید کرد. با توجه به تأثیر آموزش مداخله بر افزایش تاب‌آوری و امیدواری زنان مبتلا به سرطان پستان، به کارگیری فنون شناختی - رفتاری در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند در درمان این بیماران مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** گروه درمانی شناختی - رفتاری، مدیریت استرس، تاب‌آوری، امیدواری، سرطان پستان

## مقدمه

سرطان، یکی از بیماری‌های مزمن است که با وجود پیشرفت‌های پزشکی همچنان سبب احساس درماندگی و ترس عمیقی در افراد می‌شود (کروک و آبل، ۲۰۰۳). سرطان پستان به رشد خارج از قاعده بافت پستان اطلاق می‌شود (برونر، ۲۰۰۲/۱۳۸۱ ترجمه سامی). در ایران سرطان پستان ۲۱/۴ درصد از کل موارد گزارش شده سرطان را تشکیل می‌دهد (روح‌پرورزاده، قادری، پارسال و الله‌یاری، ۲۰۱۴). تشخیص این بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مانند بیماری اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد (پدارم، محمدی و رضایی، ۲۰۱۰). سرطان اضطراب و فشار زیادی را بر فرد وارد می‌کند و با ظاهرشدن نشانه‌های بیماری، پاسخ‌های هیجانی همراه آن نیز شروع می‌شود (ویز، ۲۰۰۳)؛ این پاسخ‌ها شامل افسردگی شدید، غم، عصبانیت، تغییر شخصیت و اضطراب است. علت اصلی پاسخ‌های هیجانی در این بیماری، روبه‌روکردن افراد با این واقعیت است که چیزهای زیادی وجود دارند که به میزان چشمگیری در کنترل نیستند (کارلسون و اسپکا، ۲۰۰۶).

از همین رو، پژوهشگران معتقدند سرطان علاوه بر اینکه بیماری جسمی است، بیماری روانی نیز محسوب می‌شود و باید فاکتورهای روانی را در این بیماری شایان توجه قرار داد (تاجیک‌زاده، صادقی و کریمیان، ۱۳۹۵). همچنین مطالعات نشان می‌دهند مداخلات روانشناختی در کاهش اضطراب، پریشانی هیجانی<sup>۱</sup> و افکار مزاحم<sup>۲</sup> (آنتونی، لچر، دیاز، وارجز و همکاران، ۲۰۰۶)، اضطراب و افسردگی (بلانچ، ۲۰۰۶)، افزایش سلامت روانشناختی بیشتر، سطوح اضطراب کمتر و تطابق فیزیولوژیک (سطوح کورتیزول پایین‌تر، میزان سیتوکین th1 بالاتر) بیشتر (آنتونی، لچر، دیاز، وارج، هالی، فیلیپس و همکاران،

۲۰۰۹)، همچنین بهبود وضعیت اضطراب (گریر، پارک، پریگسون، سافرن، ۲۰۱۰)، افزایش کیفیت زندگی (گریر و همکاران، ۲۰۱۰، هوپکو و کولمان، ۲۰۱۰)، بهبود امیدواری (رستون، آکوپر و میسکوکی، ۲۰۱۰) و افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی (هوپکو و کولمان، ۲۰۱۰) زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. یکی از این فاکتورهای روانی تاب‌آوری<sup>۳</sup> است. مطالعات نشان دادند افراد با تاب‌آوری زیاد سطح کمتری از اجتناب را نشان می‌دهند و با درد ناشی از بیماری‌شان کنار می‌آیند و نگرش فاجعه‌سازی نسبت به درد ندارند یا کمتر به سمت فاجعه‌سازی پیش می‌روند (آونگ، زاتورا و رید، ۲۰۱۰؛ توبی، نتون و میلک، ۲۰۱۴). افراد با سطح زیاد تاب‌آوری معمولاً می‌توانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به دلیل مقابله کارآمد کاهش می‌یابد؛ ولی افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آنها کاهش می‌یابد و به سمت فاجعه‌سازی درد پیش می‌روند (بویر، امانی، بومارت و لادیچ، ۲۰۱۶). درواقع تاب‌آوری، تفاوت‌های فردی را در تجارب روبه‌روشدن با درد توضیح می‌دهد و این خصیصه به‌خوبی توضیح می‌دهد چرا برخی افراد در برابر بیماری خود را می‌بازند و ناامید می‌شوند؛ در عین حال، برخی افراد از همین بیماری و درد برای ارتقای زندگی و بهبود کیفیت زندگی خود بهره می‌برند (تاجیک‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵).

تاب‌آوری، یکی از مهم‌ترین توانایی‌های انسان است که باعث سازگاری مؤثر با عوامل خطر می‌شود و در طب و روانشناسی نشان‌دهنده مقاومت جسمانی و بهبود خودانگیخته و توانایی برقراری مجدد تعادل هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زاست و درواقع به ویژگی‌هایی اشاره دارد که در سرعت و میزان بهبود بعد از رویارویی با

<sup>۱</sup> . Emotional distress

<sup>۲</sup> . Intrusive thoughts

<sup>۳</sup> . Resilience

در موقعیت‌های غیرقابل اجتناب از عملکرد بهتری برخوردار باشد (حسن‌زاده، زارع و علیپور، ۱۳۹۱). تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری شناختی را به‌طور معنی‌داری بهبود می‌بخشد و افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و تاب‌آوری بیشتری دارند (پورتون، پاکنهام و برون، ۲۰۱۰).

وجود «امید» در بیماری‌های مزمن امری مهم است و در واقع به مبارزه طلبدن در جهت غلبه بر محدودیت‌های زندگی و تلاش برای زندگی کردن است (رولند، ۱۹۹۸). امیدواری و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند؛ نخست اینکه افراد امیدوار، بیشتر از راهبردهای مقابله مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. آنها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربالگری سرطان مانند ماموگرافی را انجام دهند. همچنین، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و سازش بیشتری نشان می‌دهند. در مراحل درمان نیز افراد امیدوار در تحمل درمان‌های طولانی و دردناک و عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پیگیری کنند. در مرحله بهبود نیز افراد امیدوارتر با دید مثبت‌تری به زندگی می‌نگرند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های آسیب‌زا نشان می‌دهند (جبال‌عاملی، نشاط‌دوست و مولوی، ۲۰۱۰). امید به زندگی باعث کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه نیز می‌شود (بیجاری، قنبری هاشم‌آبادی، آقامحمدیان شعرباف و همایی شان‌دیز، ۱۳۸۸). بر اساس مطالعه آستین (۲۰۰۴)، مداخله درمانی مبتنی بر نظریه امید‌شنایدر باعث افزایش بهبود درمان است.

بیماری‌های مزمن همچون سرطان با تجربه تنیدگی ارتباط دارند و هرچه فرد بیشتر در معرض تنیدگی‌های ناشی از بیماری قرار گیرد، عوارض منفی روانشناختی و فیزیولوژیکی آن را بیشتر تجربه می‌کند که این امر

تنش مشارکت دارند (گلدستین و براهک، ۲۰۱۲). مفهوم تاب‌آوری در ارتباط با نظریه منابع استرس‌ها توانایی درونی فرد برای پاسخ‌دادن، دوام آوردن و طبیعی بودن برخلاف وجود استرس‌ها است (کانر و داویدسون، ۲۰۰۳).

تاب‌آوری، استرس را محدود نمی‌کند، مشکلات زندگی را پاک نمی‌کند، بلکه به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند. فرد تاب‌آور یعنی کسی که در برقراری تعادل زیستی - روانی در شرایط دشوار توانمند است و در عمق معنای آن شرکت و حضور فعال و سازنده ما در محیط پیرامونمان نیز مدنظر است (روتز، ۱۹۹۹). تاب‌آوری در برابر تأثیرات روانشناختی حوادث مشکل‌زا از فرد محافظت می‌کند (پینکارت، ۲۰۰۹)، و به منزله محافظ استرس نشانه‌های افسردگی را کاهش می‌دهد (کاتالانو، چان و ویلسون، ۲۰۱۱).

امیدواری<sup>۱</sup> نیز مؤلفه اساسی در بازگشت بیماران مبتلا به سرطان به زندگی است و اساس آن حالتی است که بیماران با اهداف منحصربه‌فرد زندگی خود رابطه برقرار می‌کنند (کواردیم، اوزر و بوزوکی، ۲۰۱۳). افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند (اشنایدر و لویز، ۲۰۰۱). در واقع امید، عاملی برانگیزاننده است که افراد را قادر می‌کند مسیری را انتخاب کنند که به نتیجه‌ای مثبت می‌انجامد (نادری و حسینی، ۲۰۱۰). امیدواری باعث پرورش دید خوشبینانه نسبت به زندگی می‌شود، فشارز بودن وقایع را کاهش می‌دهد و به زندگی هدف می‌بخشد. فردی که شخصیت امیدوار دارد، بر این باور است که تجربیات و حوادث زندگی را می‌توان پیش‌بینی و کنترل کرد (سندی، بنسون، داووز و اسمیت، ۲۰۱۲). مطالعات نشان می‌دهند تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند

<sup>1</sup>. Hope

ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بودند از:  
 ۱- جنسیت مؤنث؛ ۲- تحصیلات دست کم سیکل؛  
 ۳- ابتلا به سرطان پستان به مدت دست کم یک سال؛  
 ۴- نداشتن سابقه بیماری عصبی و روانشناختی؛  
 ۵- سکونت داشتن در شهر کرمان؛ ۶- داشتن توانایی و  
 علاقمندی به شرکت در برنامه آموزشی؛ ۷- رضایت  
 آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ ۸- شرکت نداشتن  
 در کلاس‌های آموزشی و روش‌های مشابه با مداخله  
 مدنظر. معیارهای خروج شامل: ۱- تشخیص هرگونه  
 اختلال روانشناختی بارز؛ ۲- غیبت بیش از دو جلسه و  
 هرگونه ناتوانی که حضور شرکت کنندگان را با  
 دشواری همراه کند.

*ابزار سنجش: پرسشنامه تاب‌آوری<sup>۱</sup> (CD-RISC):*  
 کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ این پرسشنامه را طرح  
 کردند و شامل ۲۵ سؤال است. روش نمره‌گذاری این  
 پرسشنامه به صورت لیکرتی از همیشه (۰) تا کاملاً  
 نادرست (۴) است. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این  
 مقیاس در شش گروه جمعیت عادی، مراجعه‌کنندگان  
 به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی، بیماران با  
 مشکلات اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه بیماران  
 مبتلا به استرس پس از ضربه انجام شده است.  
 سازندگان این پرسشنامه بر این باورند که این پرسشنامه  
 به خوبی افراد تاب‌آور و غیرتاب‌آور در گروه‌های  
 بالینی، غیربالینی را از هم جدا می‌کند (جوکار، ۱۳۸۶).  
 کارمودی (۲۰۰۸) با استفاده از روش تحلیل عامل  
 روایی این پرسشنامه را مناسب گزارش کردند. همچنین  
 پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرنباخ ۰/۸۹  
 گزارش کردند. در این پژوهش پایایی پرسشنامه  
 تاب‌آوری با روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۹۱ و  
 روایی با همسانی دورنی ۰/۷۵ به دست آمد.

پرسشنامه امیدواری<sup>۲</sup> (SHS): اشنايدر (۱۹۹۹) این  
 پرسشنامه را برای سنجش امید برای بزرگسالان بالای

سبب کاهش یافتن کارکرد سیستم ایمنی فرد می‌شود و  
 او را در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل می‌کند؛  
 بنابراین بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق  
 مؤثر و زندگی‌بخش با بیماری مزمن خود هستند  
 (کاواردیم و همکاران، ۲۰۱۳).

همچنین با در نظر گرفتن این نکته که ناامیدی حتی  
 پس از ۱۰ سال، همچنان بر بقای بیماران اثر دارد،  
 می‌توان گفت ناامیدی در بیماران مبتلا به سرطان پستان  
 متغیر مهم در پیش‌آگهی محسوب می‌شود (واتسون،  
 هاود، هاویلند و بیلز، ۲۰۰۵)؛ بنابراین ضروری است  
 به افزایش میزان تاب‌آوری و امید به زندگی در زنان  
 مبتلا به سرطان سینه توجه ویژه شود. درمان‌های  
 گروهی روانشناختی، یکی از بهترین نوع مداخله‌ها  
 است؛ زیرا افراد با تعامل مستقیم با یکدیگر تصویر  
 واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود به دست می‌آورند (یالوم،  
 ۱۹۸۰). با توجه به اینکه تا کنون به اثرات درمان‌های  
 روانشناختی خصوصاً درمان‌های شناختی-رفتاری در  
 بهبود تاب‌آوری و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان  
 پستان بر اساس جستجوهای پژوهشگران در داخل  
 کشور توجه نشده است، این مطالعه با هدف  
 پاسخگویی به این فرضیه طراحی شد که آموزش  
 گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر  
 بهبود تاب‌آوری و امیدواری در زنان مبتلا به سرطان  
 پستان مؤثر است.

## روش

*روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:* با توجه به ماهیت  
 موضوع و اهداف مدنظر، این پژوهش از جمله طرح‌های  
 نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و  
 دوره پیگیری بود. جامعه هدف مطالعه حاضر، بیماران  
 زن مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به انجمن خیریه  
 حمایت از بیماران سرطانی یاس شهر کرمان بودند. ۳۰  
 نفر از بیماران به شیوه نمونه‌گیری دردسترس، انتخاب و  
 به طور تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش  
 و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. ملاک‌های

<sup>۱</sup> Connor & Davidson Resilience scale

<sup>۲</sup> Snyder Hope Scale

ترجمه آل محمد، جوکار و نشاط دوست) و همچنین راهنمای ۲۵ جلسه عملی شناخت درمانی گروهی (فری، ۱۳۸۸/۱۹۹۵)، ترجمه جان بزرگی) بود که پژوهشگر، طی ۱۰ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و به مدت دو ماه در محل انجمن حمایت از بیماران سرطانی یاس کرمان (که در این زمینه آموزش دیده است) برای گروه آزمایش انجام داد. گروه کنترل برای رعایت اصول اخلاقی پس از انجام مداخله، آموزش دیدند. محتوای جلسات آموزشی به اختصار در جدول ۱ آورده شده است. این مطالعه دارای کد اخلاق (E.A.96.12.06.02) از کمیته اخلاق بخش روانشناسی دانشگاه شهید باهنر کرمان است.

۱۵ سال طراحی کرده است و دارای ۱۲ عبارت است (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۷). این پرسشنامه در طیف پنج‌درجه‌ای یا لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون - باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است (اشنایدر و لوپز، ۲۰۰۱). کرمانی، خدایپناهی و حیدری (۲۰۱۱) در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس امید اشناید با روش بازآزمایی به فاصله دو ماه ۰/۸۴ و روایی با همسانی دورنی ۰/۷۷ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل: طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری (آنتونی ایروسون، و اشنایدرمن، ۱۳۸۸/۱۹۹۹،

#### جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری

جلسات	موضوع
۱	معارفه و آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، امضای رضایت‌نامه از افراد گروه، اجرای پیش‌آزمون، انتخاب تصادفی اعضای گروه آزمایش و کنترل.
۲	توضیح منطقی و ضرورت مدیریت استرس، آشنایی با استرس‌زاهای جسمی استرس، تشریح نقش استرس بر شروع، تشدید و تداوم سرطان، آموزش تنفس دیافراگمی.
۳	اهمیت آگاهی در مدیریت استرس، تمرینات مربوط به افزایش آگاهی درباره منابع تنش‌زا و نشانه‌های جسمی استرس، معرفی افکار منفی و تحریفات شناختی و تأثیر آن بر خلق و احساس، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
۴	تمرین ارتباط افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر، فرایند ارزیابی و گام‌های آن، جنبه‌های مفید تفکر منفی، آموزش و تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای
۵	آشنایی با افکار منفی خودکار، معرفی و تعریف انواع تحریفات شناختی، تعامل افکار منفی و تحریفات شناختی با هیجانات و حس‌های بدنی ناخوشایند، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای.
۶	آشنایی با انواع خودگویی، تفاوت بین خودگویی منطقی و غیرمنطقی، گام‌های جایگزینی افکار منطقی، ایجاد پاسخ‌های منطقی، آموزش آرمیدگی عضلانی منفعل.
۷	تعریف مقابله، آشنایی با انواع مقابله کارآمد مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، آگاهی از استرس، ارزیابی‌های شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای، آشنایی با انواع مقابله ناکارآمد، آموزش و تمرین آرام‌سازی با یادآوری و تمرین.
۸	آموزش گام‌های مقابله مؤثر، تمرین مقابله کارآمد، آشنایی با نحوه تطبیق‌دادن راهبردهای مقابله‌ای با استرس‌زاهای درد، تکنیک نرم کردن برای استرس‌زاهای طاقت‌فرسا، آموزش آرمیدگی خودزاد.
۹	تعریف خشم، آگاهی از نشانه‌های جسمی خشم، شناسایی علت خشم، الگوهای مختلف ابراز خشم، استراتژی‌های مدیریت خشم، گزینه‌های جایگزین به جای سرکوب خشم یا منفجرشدن، آشنایی با انواع سبک‌های بین‌فردی، تمرین پاسخ‌های ابراز‌گرانه، آشنایی با موانع رفتار ابراز‌گرانه، تمرین گام‌های اجرایی رفتار ابراز‌گرانه،
۱۰	جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، بررسی پیشرفت آزمودنی‌ها و اجرای پس‌آزمون.

گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون  $p=0,762$ ،  
 $F_{(1,28)}=0,09$  و همچنین پیش‌آزمون و پیگیری  
 $F_{(1,28)}=0,822$ ،  $p=0,372$  در متغیر تاب‌آوری و  
 همچنین در پیش‌آزمون و پس‌آزمون  $p=0,381$ ،  
 $F_{(1,28)}=0,791$  و پیش‌آزمون و پیگیری  $p=0,382$ ،  
 $F_{(1,28)}=0,787$  امیدواری وجود ندارد.

در جدول ۱، نتایج تأثیر عضویت گروه بر نمرات  
 تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ملاحظه  
 می‌شود. این یافته‌ها نشان می‌دهند تفاوت مشاهده‌شده  
 بین نمرات تاب‌آوری بر حسب عضویت گروهی (دو  
 گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس‌آزمون، ۳۳  
 درصد و در مرحله پیگیری، ۲۳ درصد منحصرأباً  
 درمان شیوه شناختی - رفتاری تبیین می‌شود. تفاوت  
 مشاهده‌شده بین میانگین دو گروه نشان می‌دهد میزان  
 تاب‌آوری در گروه تحت درمان مدیریت استرس به  
 شیوه شناختی - رفتاری ( $M=68.49$ ;  $SD=3.07$ )  
 به‌صورت معناداری بیشتر از گروه گواه ( $SD=3.07$ )  
 $M=49.90$  در مرحله پس‌آزمون بود است. همچنین  
 میزان تاب‌آوری در گروه تحت درمان مدیریت استرس  
 به شیوه شناختی - رفتاری ( $M=55.76$ ;  $SD=1.82$ )  
 به‌صورت معناداری بیشتر از گروه گواه ( $SD=0.70$ )  
 $M=47.10$  در مرحله پیگیری بود؛ بنابراین درمان  
 گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری در  
 افزایش تاب‌آوری شرکت‌کننده‌گان گروه آزمایش در  
 مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معناداری داشته است.

به‌منظور ارزیابی میزان پایداری تأثیرات درمانی در  
 طول زمان، جلسه پیگیری یک ماه بعد از اتمام جلسات  
 گروه درمانی تشکیل شد. ۳۰ شرکت‌کننده در پژوهش  
 مجدداً مقیاس استفاده‌شده در طرح را تکمیل کردند.  
 برای رعایت جنبه‌های اخلاقی، پس از پایان مرحله  
 ارزیابی و در جلسه پیگیری، بروشورها و خلاصه  
 مباحث و تکنیک‌هایی که طی جلسات درمانی به گروه  
 آزمایش ارائه شده بود، به گروه کنترل نیز داده شد.  
 داده‌های جمع‌آوری‌شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و  
 پیگیری با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس و به  
 کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS تجزیه و تحلیل  
 شدند.

## یافته‌ها

از نظر جمعیت‌شناختی، دامنه سنی افراد شرکت‌کننده  
 ۲۰ تا ۶۰ سال ( $43 \pm 11/7$ ) بود و از نظر تحصیلات از  
 مقاطع تحصیلی زیر دیپلم تا لیسانس، محدوده  
 تحصیلات افراد شرکت‌کننده در پژوهش بود. ۸۰٪ کل  
 شرکت‌کنندگان نیز متأهل بودند.

از نظر مفروضه‌های لازم، نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون  
 شاپیرو - ویلک و کلموگروف - اسمیرنوف بررسی  
 شد. نتایج نشان دادند سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵  
 است؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن توزیع داده‌های پژوهش  
 تأمین شد. همچنین بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها  
 با آزمون لوین نشان داد تفاوت معناداری بین واریانس

جدول ۲. مقایسه اثرات درون‌گروهی تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری بر حسب گروه با کنترل پیش‌آزمون

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معنی‌داری	اندازه اثر
۲۹۰۷,۱۹۸	۱	۲۹۰۷,۱۹۸	۳۱,۴۸۸	۰,۰۰۰	۰,۵۳
۱۲۶۵,۱۹۸	۱	۱۲۶۵,۱۹۸	۱۳,۷۰۰	۰,۰۰۱	۰,۳۳
۲۴۹۳,۴۳۵	۲۷	۹۲,۳۴۹			
۱۱۰۸۰,۰۰۰	۳۰				

گروه  
خطا  
کل

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر	
۶۲۹,۶۸۱	۱	۶۲۹,۶۸۱	۱۹,۴۵	۰,۰۰۰	۰,۴۱	پیش آزمون تاب آوری
۲۷۰,۲۰۵	۱	۲۷۰,۲۰۵	۸,۳۴	۰,۰۰۸	۰,۲۳	گروه
۸۷۴,۰۵۲	۲۷	۳۲,۳۷۲				خطا
۸۰۸۷۱,۰۰	۳۰					کل
۱۵۰۹,۳۶۷	۲۹					کل اصلاح شده

در جدول ۲، نتایج تأثیر عضویت گروه بر نمرات امید به زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری ملاحظه می شود. این یافته ها نشان می دهند تفاوت مشاهده شده بین نمرات امید به زندگی بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) در مرحله پس آزمون، ۲۶ درصد و در مرحله پیگیری، ۱۷ درصد منحصراً با گروه درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری تبیین می شود. میزان امید به زندگی در گروه تحت درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری شرکت کننده گان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است.

گروه گواه ( $M=۴۷.۹۶$ ;  $SD=۱.۳۳$ ) در مرحله پس آزمون بود. همچنین میزان امید به زندگی در گروه تحت درمان مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری ( $M=۵۱.۰۴$ ;  $SD=۰.۹۰$ ) به صورت معناداری بیشتر از گروه گواه ( $M=۴۷.۸۲$ ;  $SD=۰.۹۰$ ) در مرحله پیگیری است؛ بنابراین درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری در افزایش امید به زندگی شرکت کننده گان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری تأثیر داشته است.

جدول ۳. مقایسه اثرات درون گروهی امید به زندگی در پس آزمون و پیگیری بر حسب گروه با کنترل پیش آزمون

مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	آماره F	معنی داری	اندازه اثر	
۱۱۵,۹۸۷	۱	۱۱۵,۹۸۷	۴۵,۸۴۸	۰,۰۰۰	۰,۶۲۹	پیش آزمون امید به زندگی
۲۳۲,۹۴۷	۱	۲۳۲,۹۴۷	۹,۵۰۷	۰,۰۰۵	۰,۲۶۲	گروه
۶۵۷,۲۱۳	۲۷	۲۴,۳۴۱				خطا
۷۹۸۰۸,۰۰۰	۳۰					کل
۱۷۷۸,۰۰۰	۲۹					کل اصلاح شده
۱۳۲,۱۶۱	۱	۱۳۲,۱۶۱	۱۱,۷۹۶	۰,۰۰۲	۰,۳۰۴	پیش آزمون امید به زندگی
۸۷,۲۴۸	۱	۶۵,۲۸۲	۵,۸۲۷	۰,۰۲۳	۰,۱۷۷	گروه
۳۰۲,۵۰۶	۲۷	۱۱,۲۰۴				خطا
۷۷۵۹,۰۰۰	۳۰					کل
۴۴۹,۳۶۷	۲۹					کل اصلاح شده

در دو گروه آزمایش و کنترل گزارش شده اند.

در جدول ۴، ویژگی های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک



جدول ۴. میانگین تعدیل‌شده و ویژگی‌های توصیفی تاب‌آوری و امیدواری درباره‌ی گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	میانگین	میانگین تعدیل‌شده	انحراف استاندارد	گروه	مرحله	میانگین	میانگین تعدیل‌شده	انحراف استاندارد		
گروه آزمایش	تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۴۲٫۲۷	۷٫۱۱	۱۵٫۷۸	گروه کنترل	تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۹٫۱۲	۱۰٫۴۲	
		پس‌آزمون	۵۸٫۴۰	۸٫۱۲	۱۴٫۰۱			پس‌آزمون	۸٫۱۷	۱۳٫۷۵	
		پیگیری	۵۱٫۰۰	۶٫۱۳	۷٫۶۴			پیگیری	۷٫۱۶	۶٫۹۹	
	تاب‌زندگی	پیش‌آزمون	۴۳٫۲۰	۳٫۱۲	۱۰٫۷۱		تاب‌زندگی	پیش‌آزمون	۵۱٫۶۰	۳٫۱۲	۹٫۳۵
		پس‌آزمون	۵۱٫۴۰	۴٫۱۳	۷٫۰۹			پس‌آزمون	۵۰٫۶۰	۴٫۱۵	۸٫۷۳
		پیگیری	۵۰٫۱۳	۵٫۱۲	۳٫۱۳			پیگیری	۴۸٫۷۳	۵٫۱۳	۴٫۶۰

## بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر نگرش‌های ناکارآمد زنان مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان دادند درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری بر افزایش میزان تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های بورتون و همکاران (۲۰۱۰)، کاتالانو و همکاران (۲۰۱۱)، آنتونی و همکاران (۲۰۰۹) و آنتونی و همکاران (۲۰۰۶) مطابقت و هم‌خوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت به نظر می‌رسد دلیل مؤثر بودن مداخله‌ی شناختی-رفتاری بر افزایش تاب‌آوری، یادگیری چگونگی مواجهه با مشکلات و دشواری‌های غیرقابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با شرایط استرس‌زا (از جمله ابتلا به بیماری سرطان) و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی باشد (حسن‌زاده و همکاران، ۲۰۱۲).

البته نتیجه به‌دست آمده را نمی‌توان فقط حاصل یک عامل دانست. این امر جز به دلیل بافت به‌هم‌پیوسته و چند عاملی برنامه‌ی درمانی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری نیست. نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه‌ی برنامه‌ی درمانی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری، در بهبود نگرش و تفسیر فرد

نسبت به زندگی و بیماری است. اهمیت عامل فشارآور با ارزیابی‌های شناختی متأثر از باورها و نگرش‌ها و افکار فردی مانند کنترل شخصی تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع دردسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت باورها بر ارزیابی‌های شناختی مهم در فرآیند مقابله تأثیر می‌گذارند و از این رو، مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی-رفتاری می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ی متفاوتی ارزیابی کنند؛ بنابراین فرد با افزایش مهارت‌های شناختی-رفتاری حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند؛ این حس، افراد را متقاعد می‌کند تا موقعیت‌های غیرقابل کنترل را در اختیار خود در آورند. طی ۱۰ جلسه آموزشی سعی شد افراد نسبت به نشانه‌های فیزیولوژیک استرس آگاهی پیدا کنند و هر کدام الگوی عاداتی خود را در پاسخ به استرس شناسایی کنند؛ سپس به افراد آموزش داده شد با بروز نخستین نشانه‌ی استرس در خود، یکی از فنون تن‌آرامی را روی خود پیاده کنند؛ بنابراین مهار و کاهش استرس با استفاده از روش‌های تن‌آرامی و فنون شناختی به افزایش تاب‌آوری در بیماران گروه آزمایش منجر شد؛ زیرا فراگیری مراقبه، آرام‌سازی و همچنین شیوه‌های شناختی باعث می‌شوند فرد به گونه‌ای مؤثر و کارآمد با استرس و مشکلات زندگی روبه‌رو شود. با تمرین

و همچنین مطالعه‌ی گریر (۲۰۱۰) مبنی بر بهبود وضعیت اضطراب با درمان‌های روانشناختی.

در تبیین این یافته می‌توان گفت طبیعت مزمن بیماری سرطان و شرایط جسمی بیماران سرطانی به‌راحتی بر دید آنها نسبت به درک خود، مدیریت زندگی و قابلیت درک از دنیا تأثیر می‌گذارد. بسیاری از مبتلایان، آینده‌ای برای خود متصور نیستند و نگاه مثبتی به آینده و دنیای پیرامون خود ندارند (پدارم و همکاران، ۲۰۱۰).

روش شناختی - رفتاری فرد را به این آگاهی می‌رساند که اگرچه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی را تغییر دهد، می‌تواند یاد بگیرد روش مقابله با آنها را تغییر دهد. مداخله‌ی شناختی - رفتاری با آموزش تکنیک‌های رفتاری مانند آرام‌سازی به بیماران کمک می‌کند با به‌کارگیری این فنون تنش‌های روانی را در خود کاهش دهند. علاوه بر این، بیماران با فراگیری مهارت‌های ارتباطی، روابط و فعالیت‌های اجتماعی خود را بهبود می‌بخشند و گسترش می‌دهند. این روابط به افزایش امیدواری بیماران کمک می‌کند؛ ضمن اینکه مداخله‌ی شناختی به کار برده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه‌ای بر مهارت‌های حل مسئله داشته است و تلاش شد بیماران با افکار منفی خود کار آشنایی پیدا کنند و با آموزش و تمرین نحوه‌ی اصلاح افکار منفی، خودگویی مثبت را فرا بگیرند تا در موقعیت‌های واقعی زندگی آنها را به کار بگیرند. به این ترتیب، فرد به کمک تکنیک‌های شناختی - رفتاری با تأثیرات مخرب عواطف منفی در زندگی آشنا می‌شود و برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه، افزایش امید در خود، انگیزه پیدا می‌کند. افراد امیدوار به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس می‌گیرند و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند.

مراقبه، زنان مبتلا به سرطان توانستند از الگوهای عاداتی افکار و هیجانات فاصله بگیرند و حس جدید کنترل تجسمی و ذهنی را ایجاد کنند و گسترش دهند و تقویت این حس کنترل، تاب‌آوری را در فرد افزایش می‌دهد. عامل بعدی، مربوط به برگزاری دوره به‌صورت گروه درمانی است. به نظر بسیاری از متخصصان، درمان بیماری به‌صورت گروهی بسیار مؤثر است. گروه باعث بهبود مهارت‌های ارتباطی بیمار می‌شود و سیستم حمایتی مفیدی را در اختیار او قرار می‌دهد. از سوی دیگر، فرد بیمار با مشاهده‌ی دیگران به منحصر به فرد نبودن مشکل خود پی می‌برد (آنتونی و همکاران، ۲۰۱۰؛ جوکر، ۲۰۰۷) و برخوردار بودن از سیستم حمایتی قوی به ارتقاء تاب‌آوری کمک می‌کند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که درمان گروهی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر افزایش میزان امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. این یافته با نتایج این پژوهش‌ها مطابقت و هم‌خوانی دارد: پژوهش‌های آنتونی و همکاران (۲۰۰۹) که گزارش دادند درمان‌های شناختی - رفتاری باعث افزایش سلامت روانشناختی بیشتر، سطوح اضطراب کمتر و تطابق فیزیولوژیک (سطوح کورتیزول پایین‌تر، میزان سیتوکین th1 بالاتر) بیشتر می‌شود؛ آنتونی و همکاران (۲۰۰۶) که نشان دادند آموزش مدیریت استرس در کاهش اضطراب، پریشانی هیجانی و افکار مزاحم این زنان مبتلا به سرطان موفق بوده است؛ هنکینز (۲۰۰۴) که نشان داد مداخله‌های روانشناختی باعث کاهش افسردگی در مبتلایان به سرطان است؛ هوپکو و کولمان (۲۰۱۰)، که گزارش دادند درمان‌های شناختی - رفتاری باعث بهبود کیفیت زندگی و افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی می‌شود

سرطانی‌اند، برای استفاده بیماران در کنار درمان‌های مرسوم پزشکی، کلاس‌های روانشناسی و مشاوره برگزار کنند.

با توجه به اینکه در بررسی پیگیری نتایج بعد از یک ماه همچنان اثر گروه درمانی در گروه آزمایش باقی مانده بود، روان‌درمانی نقش بسزایی در درمان بیماران مبتلا به سرطان دارد. بر اساس این، همکاری پزشکان متخصص آنکولوژی با متخصصان حوزه روانپزشکی و روانشناسی می‌تواند به شرایط مطلوب جسمی و روانی افراد مبتلا به سرطان کمک کند. انجام این پژوهش با محدودیت‌ها همراه بود؛ از جمله اینکه به دلیل محدودیت در نمونه‌گیری از نمونه‌های دردسترس استفاده شد. داده‌های پژوهش حاضر با پرسشنامه‌های خودسنجی جمع‌آوری شده است که همانند تمامی پژوهش‌های گذشته‌نگر، ممکن است پاسخ آزمودنی‌ها دارای سوگیری باشد. به دلیل شرکت زنان ساکن کرمان در جلسات مداخله می‌باید ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی برای بیماران مبتلا به سایر انواع سرطان با تعداد مشارکت‌جوی بیشتر با پیگیری در فواصل زمانی متفاوت برای اطمینان بیشتر از تأثیر روش درمانی صورت گیرد. متغیرهای کنترل در پژوهش افزایش یابند؛ به این معنی که متغیرهای بیشتری کنترل شوند تا تأثیر آموزش مستقل از سایر متغیرها باشد.

### قدردانی و تشکر

بدین وسیله از انجمن حمایت از بیماران سرطانی یاس کرمان و همچنین از بیماران عزیزی که در انجام پژوهش، همکاری صمیمانه داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

البته باید اشاره کرد شاید یکی از دلایل اثرگذار بودن این مداخله بر امید به زندگی بیماران سرطانی این بوده است که در این روش، بیماران به صورت دایره‌وار و رودرروی یکدیگر می‌نشینند و بر ابراز هیجان‌ها و تلاش برای پذیرش آنها تأکید می‌شود؛ همچنین مفاهیم همبستگی گروهی، رازداری، بازخورد و حمایت متقابل کاملاً رعایت می‌شود. درباره اثرات درمان گروهی نیز می‌توان به نظر یالوم اشاره کرد. (۱۹۸۰) معتقد است گروه‌ها ویژگی‌هایی دارند که نمی‌توان آنها را به سادگی با سایر مداخله‌های روانشناختی پیوند داد. همچنین معتقد است گروه‌ها این فرصت را در اختیار اعضا می‌گذارند تا با افرادی آشنا شوند که در بعضی زمینه‌ها وضعیتشان بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر از خودشان است یا افرادی را خواهند شناخت و از سرگذشت‌هایی باخبر خواهند شد که حاکی از صبر، تلاش و موفقیت است. همه اینها فرصت بی‌نظیری فراهم می‌کند تا افراد با تعامل مستقیم با یکدیگر تصویر واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود به دست آورند. با دیدن پیشرفت دیگران امیدوارتر شوند و در عین حال، احساس بدبختی منحصر به فرد، بی‌عدالتی سرنوشت و یا تنها بودن و تنها ماندن خود را کاهش دهند. علاوه بر این، تعامل‌های پیچیده هیجانی در گروه، فرصت الگوگیری از رفتارهای موفق را فراهم می‌کند و نیز به افراد امکان می‌دهد تا با کمک کردن به دیگران به ارزشمندی، مفید بودن و بی‌نظیر بودن خود پی ببرند و احساس بهتری را تجربه کنند. داده‌های پژوهش حاضر با پرسشنامه‌های خودسنجی جمع‌آوری شده است و همانند تمامی پژوهش‌های گذشته‌نگر، ممکن است پاسخ آزمودنی‌ها دارای سوگیری باشد و این موضوع جز محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌هایی که دارای بخش مراقبت از بیماران

## منابع

- پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. (انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).
- Antoni, M. H., Wimberly, S. R., Lechner, S. C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. R., ... & Wells, K. A. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1791-1797.
- Antoni, M. H., Lechner, L., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, S. C. (2009). Blomberg B. Cognitive behavioral stress management effects on Psychological and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior and immunity*, 23, 580-591.
- Blanch, L. (2006). Effect of cognitive behavioral group therapy treatment of anxiety and depression in patients with breast cancer in PubMed central will retrieve. *Public Health Report*, 110(3), 306 - 311.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the ready program. *Psychology Health Medicine*, 15(3), 266-77.
- Bauer, H., Emeny R, T., Baumert, J., Ladwig, K-H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptoms in the elderly. *European Journal of Pain*, 20 (8), 1253-1265.
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., Merriam, P.(2008). Mindfulness, spirituality and health related symptoms. *J Psychosom*, 64(4), 393-403.
- Catalano, D., Chan, F., Wilson, L. (2011). The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 56(3), 200-211.
- Conner, K. M., Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner - Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Carlson, L, E., Speca, M, L. (2006). Managing daily and long term stress, chapter 19, 339-360.
- آنتونی، م.، ایرونسون، گ.، اشنایدرمن، ن. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری*. ترجمه س، ج، آل محمد، س، جوکار، ح، ط، نشاط دوست. اصفهان: جهاد دانشگاهی. (سال انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹).
- بیجاری، ه، قبری هاشم آبادی، ب، ع، آقامحمدیان شهرباف، ح، ر، همایی شاندیز، ف. (۱۳۸۸). بررسی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱ (۱۰)، ۱۷۱-۱۸۴.
- برونر، ل، ش.، سودارث، د، ا. (۱۳۸۱). *بیماری‌های زنان و پستان، درسنامه پرستاری داخلی و جراحی*. ترجمه پ، سامی. تهران: بشری. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۲).
- تاجیک‌زاده، ف.، صادقی، ر.، کریمیان، ف. (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، ۷ (۱)، ۳۸-۴۸.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری در رابطه بین عمومی و عاطفی هوش و رضایت از زندگی. *روانشناسی معاصر*، ۲ (۲)، ۳-۱۲.
- حسن‌زاده، س.، زارع، ح.، علی‌پور، ا. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش شیوه‌های مقابله با استرس بر تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به ضایعه نخاعی. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم*، ۱۰ (۳)، ۱۵-۲۵.
- فری، م. (۱۳۸۸). *راهنمای ۲۵ جلسه عملی شناخت درمانگری گروهی*. ترجمه م، جان‌بزرگی. قم:

- women with breast cancer. *Women and Society Quarterly*, 4 (1), 61-76.
- Rustoen, T., Acooper, B. A., Miaskowski, C. A. (2010). Longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patient. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 351-357.
- Rowland, J. H. (1998). Breast cancer: Psychology aspects. In E.A. Blechman & K.D. Brownell (eds.), *Behavioral medicine and women: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21(2), 119-144.
- Rohparvzadeh, N., Ghaderi, M., Parsa, A., Allah-Yari, A. (2014). Prevalence of breast cancer risk factors in women aged 20-69 in Isfahan. *Journal of Breast Diseases*, 1 (7), 52-61.
- Rustoen T, Acooper BA, Miaskowski C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patient. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 351-357.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*. New York: Sage publication.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (2001). *Handbook of positive psychology*. Oxford: University Press.
- Soundy, A., Benson, J., Dawes, H., Smith, B. J. (2012). Understanding Hope in individuals with multiple sclerosis. *Psychotherapy*, 98(4), 344-350.
- Toby, R. O., Newton-John C, M., Mick H. (2014). The Role of Resilience in Adjustment and Coping With Chronic Pain Rehabilitation. *Psychology*, 59 (3): 360-365.
- Toby, R. O., Newton-John C, M., Mick H. (2014). The Role of Resilience in Adjustment and Coping with Chronic Pain Rehabilitation. *Psychology*, 59 (3), 360-365.
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., Bliss, J. M. (2005). Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow up of a population-
- Greer JA, Park ER. Prigerson HG, Safren SA.(2010). Tailoring cognitive- behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*; 24, 294-313.
- Goldstein, S., & Brooks, R. B.. (2005). Why study resilience. In S. Goldstein & R.B. Brooks . *Handbook of Resilience in children* (pp 49-64) New York. Contemporary Books.
- Hopko, D. R., Colman, L. K. (2010). The impact of cognitive intervention in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 314-323.
- Steen, J. H. (2004). *Measuring the efficacy of the Snyder hope theory as an intervention with an inpatient population (C. Richard Snyder)* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).
- Jabalameh, S, h. Neshat-dost H., Molavi H. (2010)Stress Management Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life and blood pressure in hypertensive patients. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 15(2), 88-97.
- Kruk, J., Aboul, E. (2003). Psychological stress and the risk of breast cancer: A case control study. *Cancer Detercton of education in the school of education. Health Socoial Work*, 28(4), 255-63.
- Kavardim, S. T., Ozer, Z.C., & Bozcuk, H. (2013). Hope in people with cancer: a multivariate analysis from Turkey. *Journal of advanced nursing*, 69 (5), 1183 – 1196.
- Naderi, F., Hosseini, S, M. (2010). The relationship between life expectancy and psychological hardiness in male and female students of Islamic Azad University of Gachsaran. *Women and Society Quarterly*, 2 (1), 123-141.
- Ong, A, D., Zautra, A, J., Reid, M, C. (2010). Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. *Psychology and Aging*, 25(3), 516-523.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30, 1-8.
- Pedram, M., Mohammadi, M., Nazari, Q., Ritual, N. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy of anxiety disorder, depression and hope in

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

based cohort. *European Journal of Cancer*, 41(12), 1710-14.

Weis J. (2003). Support groups for cancer patients. *Support care in cancer*, 11(12): 763 – 768.

Archive of SID