

اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای گش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

بینا باوادی^{*}: گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
حمید پورشریفی: گروه روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
فرح لطفی کاشانی: گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین انواع سرطان در میان زنان در سراسر جهان است که مانند سایر بیماری‌های مزمن بهزیستی روان‌شناختی را کاهش می‌دهد. حفظ و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی نیاز به مداخلات روان‌شناختی در این حوزه دارد. پژوهش حاضر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای گش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را مورد بررسی قرار داده است.

روش بررسی: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. بدین منظور ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تخصیص داده شدند. سپس همه ۳۰ نفر پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف RPHQ را تکمیل نمودن. گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ای شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای گش شرکت کردند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. در خاتمه هر دو گروه بار دیگر مورد آزمون قرار گرفتند. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به وسیله نسخه ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای گش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون از لحاظ آماری تاثیر معناداری داشته است، ($p < 0/005$) و اثرات آن تا مرحله پیگیری نیز باقی ماند. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش نشان داد که مداخله‌ای شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای گش از طریق به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی بیماران درمورد بدنشان و اصلاح این باورها باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنها شده است. از این رو در راستای درمان‌های رایج پزشکی، این مداخله می‌تواند به منظور ارتقا بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان پستان بکار برده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، بهزیستی روان‌شناختی، سرطان پستان.

^{*} نشانی نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، دانشکده علوم انسانی، بینا باوادی.
نشانی الکترونیک: bita.psycho@yahoo.com

مقدمه

سرطان یکی از امراض هولناک و وحشتناکی است که تهدیدکننده زندگی به حساب آمده و بشر پیوسته خود را در معرض آن احساس می‌کند. آمار منتشر شده، سرطان پستان را یکی از رایج‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی نشان داده است. شیوع بالای سرطان پستان در سنین پایین در ایران و مشکلات ناشی از این بیماری از گسترده روبه رشدی برخوردار است و مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی به خصوص در زنان محسوب می‌شود، زیرا شایع‌ترین نوع سرطان، از میان سرطان‌های معده و ریه بوده و دومین علت مرگ و میر در اثر سرطان می‌باشد (۲۰۱). سرطان پستان مانند هر نوع سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و زنانی که تحت روش‌های درمانی ماستکتومی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی قرار گرفته‌اند، تنش روانی بیشتری تحمل می‌کنند. رادیکال‌های ماستکتومی به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش تنش روانی را تشدید و سلامت روانی فرد را با چالش روبرو می‌کند، این موارد می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی این افراد نیز تأثیرگذار باشد (۲). پژوهش‌های گسترده نشان داده‌اند افرادی که از بهزیستی روان‌شناختی بهتری برخوردارند قطعاً دارای ویژگی شاد بودن، لذت از زندگی، ارتباطات اجتماعی مناسب و به طور کلی رضایت بالاتر از زندگی بوده و کیفیت زندگی آنها بهتر از افرادی است که بهزیستی روان‌شناختی پایینی دارند (۳). در پژوهشی که با هدف بررسی تأثیر منبع حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی زنان جوان مبتلا به سرطان پستان بود، بررسی‌ها نشان داد زنان پس از استرس ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان از شبکه اجتماعی خود و بستگان که منبع حمایت هستند دوری می‌کنند و بهزیستی روان‌شناختی کمتری را تجربه می‌کنند. (۴). یکی از مهم‌ترین مسایل روان‌شناختی موجود در زمینه سرطان ایجاد نقص در تصویر بدنی، حاصل از تغییرات و ضایعات ناشی از عمل جراحی که دلیل مستقیمی بر افزایش مشکلات روان‌شناختی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان می‌شود (۵). این در حالی است که احتمال می‌رود در زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از دریافت خبر ابتلا به سرطان و به دنبال آن اقدامات درمانی و عمل جراحی میزان عاطفه مثبت، لذت بردن از زندگی،

ارتباطات اجتماعی و ارزیابی شناختی از خود در این گروه از بیماران کاهش می‌یابد در مجموع این احتمال وجود دارد که، این موارد بتوانند بر بهزیستی روان‌شناختی این افراد نیز تأثیرگذار باشد (۲).

بهزیستی روان‌شناختی دارای دو جزء شناختی و عاطفی است. بعد شناختی بهزیستی یعنی ارزیابی شناختی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (۶). اهمیت پرداختن به بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روان در مطالعات گوناگون نشان داده شده است. بدین‌گونه که افراد راضی و خشنود، هیجانات مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون خود ارزیابی‌های مثبت‌تری دارند (۷). الگوی بهزیستی روان‌شناختی یا بهداشت روانی مثبت در دهه‌های گذشته توسط ریف و کیز ارایه شد. که در تعریف و تبیین سلامت روانی به جای تمرکز بر بیماری، ضعف و ناتوانایی بر داشته‌های فرد متمرکز هستند (۸). بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل تشکیل می‌شود. پذیرش خود، رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی، تسلط بر محیط. این الگو به طور گسترده در جهان مورد توجه قرار گرفته است (۴). به طور کلی تهدید خودانگاره، عزت‌نفس، از دست دادن احساس آزادی، راحتی جسمانی، انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان، تنهایی و به دنبال آن کاهش بهزیستی روان‌شناختی از پیامدهای بیماری سرطان هستند (۹). ناامیدی می‌تواند سلامت جسمانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تهدید کند و بر فرآیند بهبود و توانبخشی اثر گذارد (۱۰) در پژوهش پیگ و همکاران (۲۰۰۶) نیز نشان داده شده است، حوادث نامطبوع زندگی قادرند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار دهند و مختل کنند و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شوند (۱۱). در پژوهش کاویانی و همکاران (۲۰۱۰) با هدف بررسی مراقبت‌های روانی-اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، ضرورت ارایه این مراقبت‌ها در ۲۵٪ از پاسخ‌دهندگان مورد تأکید قرار گرفت که این امر نشان دهنده اهمیت پرداختن به مولفه‌های روان‌شناختی و اجتماعی در مبتلایان به سرطان است (۱۲). در بین انواع مداخلات روان‌شناختی، هدف اساسی روان‌درمانی گروهی شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش، که یکی

تغییرات مثبتی که فرد در رابطه با تصویر بدنی خود بدست می‌آورد می‌تواند عزت نفس و به طور کلی، رضایت‌مندی روان‌شناختی را رشد دهد. همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این برنامه در مقایسه با (گفتار درمانی) سنتی از عملکرد درمانی بهتری برخوردار است (۱۸) این الگوی درمانی یکی از درمان‌های دارای حمایت تجربی برای نارضایتی از تصویر تن است که دقیق‌ترین و گسترده‌ترین برنامه مطالعه شده فنون شناختی-رفتاری برای جنبه‌های مختلف بد عملکردی تصویر بدنی است این مداخلات بر بهبود چهار حوزه اصلی تصویر بدن تمرکز می‌کند که شامل: ادراک‌ها، شناخت‌ها، نگرش‌ها، عواطف و رفتارهاست (۱۹). به طور کلی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش با توجه به اینکه منحصرأ بر روی تصویر بدنی متمرکز است، و در مقایسه با سایر درمان‌های سنتی در این زمینه از عملکرد بهتری برخوردار است شاید بتوان گفت الگوی منحصر به فرد در تصویر بدنی می‌باشد. تصویر بدنی برداشت ذهنی فرد از جسم خود می‌باشد که ممکن است با بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی تغییر کند (۲۰). هدف عمده درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش درمان تصویر تن می‌باشد (۲۱).

تحقیقات نشان داده، تغییر در شناخت‌ها بخش مهمی از سازگاری با یک بیماری تهدیدکننده همچون سرطان محسوب می‌شود و افرادی که معتقد هستند توانایی کنترل و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی خود را دارند، نسبت به افرادی که فاقد این مهارت هستند حس کنترل بیشتری بر زندگی دارند (۲۲).

نتایج پژوهشی نشان داد تغییر در باورهای غیر منطقی، در زندگی با کاهش علائم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان و پذیرش شرایط مرتبط است (۵). مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش می‌تواند با تکنیک‌هایی که متخصصان بهداشت روانی اغلب بکار می‌برند، ادغام گردد و در نتیجه این مداخله دارای مضامین سودمند زیادی برای ارایه به حرفه بهداشت روان صرف نظر از جهت گیری نظری متخصصان است (۱۴).

اگرچه تا کنون مداخلاتی در حوزه شناختی-رفتاری در خصوص زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفته است، اما گمان می‌رود یکی از مداخلات شناختی-رفتاری گروهی که می‌تواند در بهبود بهزیستی روان‌شناختی

از درمان‌های متداول در کاهش نشانگان جسمی و روانی بیماران سرطانی است، کمک به بیماران تا پس از مواجهه با بدن خود، بدون انکار آن رابطه جدیدی با افکار و باورهایش برقرار کند و با به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی سبک‌های ناسازگارانه تفکر را که منجر به تجربه علائم روان‌شناختی می‌گردند را کاهش دهد و فرایند درونی و ذهنی پذیرش خود را به ارمغان آورند (۱۳).

درمان شناختی-رفتاری نوعی از روان درمانی می‌باشد که آمیزه‌ای از فنون شناخت درمانی و رفتاردرمانی است. رویکرد شناختی-رفتاری بر این فرض مبتنی است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. در درمان تکنیک‌ها و روش‌های تغییر این افکار مورد توجه قرار می‌گیرند. تأکید عمده در تمامی فنون آن‌ها، بر تغییر شناخت‌های سازش نیافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به جای آن‌هاست. به‌طور کلی درمان شناختی-رفتاری، ساختاریافته، مبتنی بر همکاری و از لحاظ زمانی محدود بوده و ضمن تمرکز بر زمان حال بر نقش باورها و شناخت‌های غلط به منظور دستیابی به افکار و رفتار سازگارانه تأکید دارد (۱۴).

آلبرت ایس پایه‌گذار درمان شناختی-رفتاری، در این رابطه بیان می‌کند که تفکرات غیرمنطقی عامل اصلی بسیاری از مشکلات زندگی روزمره ما هستند و فرآیند درمان به بیماران کمک می‌کند این افکار را شناسایی، و به مقابله قاطعانه با آنها برخیزند و در مجموع، فلسفه جدید نتیجه‌بخش زندگی را تشکیل دهند (۱۵).

گش در بررسی درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک رویکرد درمانی، ۸ گام را ابداع می‌کند که به صورت اختصاصی، در زمینه تأثیر بر تصویر تن انجام شده است. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش در سال ۱۹۹۱ توسط توماس گش طراحی شد (۱۶) این برنامه، در روان‌شناسی علمی ریشه دارد و منعکس‌کننده رویکردی فعال و شناختی-رفتاری به درمان است که طی سال‌های گذشته اثرمندی آن در کوشش‌های بالینی انجام شده در دانشگاه‌ها و درمانگاه‌های مختلف آزمایش شده است. در این الگو روش‌های واضح و کاملی برای سنجش و مداخله وجود دارد (۱۷). مطالعات کنترل شده نشان داده است که برنامه مذکور می‌تواند در چگونگی احساس فرد از بدن خود، اصلاحات معناداری را ایجاد کند. علاوه بر این،

بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر واقع شود، اما در پیشینه‌های پژوهشی نه تنها در ایران بلکه در خارج از ایران نیز به نظر می‌رسد آن پرداخته نشده است درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش است. از طرفی تعامل پیچیده بین عوامل روان‌شناختی و سیر درمان و پیش‌آگهی بیماران مبتلا به سرطان پستان و چگونگی تاثیر این عوامل بر سلامت روانی-اجتماعی زنان، ما را بر آن داشت تا در پی مطالعه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان باشیم. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی این سؤال بپردازد که آیا رویکرد شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و با طرح تحقیق دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۶۰-۲۰ ساله مبتلا به سرطان پستان می‌باشد که در سال ۱۳۹۳ به مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان شهدای تجریش) تهران مراجعه کرده و بیماری آن‌ها توسط متخصص آنکولوژیست تشخیص داده شده بود. از بین بیمارانی که در این مرکز تحت درمان جراحی سینه، شیمی‌درمانی و پرتو درمانی قرار داشتند، با مراجعه به لیست افراد تحت درمان در این مرکز، ۵۰ نفر که از طریق تماس تلفنی با شرکت در جلسه توجیهی موافقت کردند، برای شرکت در جلسه توجیهی دعوت شدند. در جلسه توجیهی ۵۰ نفره که در سالن کنفرانس مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد، توضیحات کلی در مورد چگونگی انجام برنامه، جلسات آموزشی و اطمینان از اینکه اطلاعات محرمانه خواهند بود و حق ترک مطالعه را خواهند داشت رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. از بین آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند که تحت عمل جراحی و یا شیمی‌درمانی قرار داشتند. در مرحله اول (قبل از مداخله) آزمودنی‌ها پرسشنامه ۱۸ سوالی بهزیستی روان‌شناختی را تکمیل کردند، داده جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و پس از آن به

صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند که اعضای گروه آزمایش، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه در طی ۱ ماه دریافت نمودند. پس از پایان جلسات از هر دو گروه خواسته شد تا مجدد پرسشنامه را تکمیل نمایند. و هیچ‌گونه مداخله‌ای طی این مدت در گروه کنترل صورت نگرفت. همچنین در گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون افت آزمودنی‌ها دیده نشده است. در این پژوهش به منظور سنجش اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش، مطالعه پیگیری نیز بعد از ۳ ماه برای گروه‌ها صورت گرفته است.

معیارهای ورود به گروه مطالعه عبارتند از: زنان بین ۲۰ تا ۶۰ سال که تشخیص سرطان پستان را توسط متخصص آنکولوژیست دریافت نموده‌اند، و تحت شیمی‌درمانی و جراحی قرار گرفته و حداقل تحصیلات مقطع دیپلم و عدم دریافت روان‌درمانی دیگری به مدت سه ماه قبل را دارا می‌باشند. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: داشتن بیماری روان‌پزشکی تشخیص گذاشته شده، غیبت بیش از سه جلسه و ناراحتی‌های غیر قابل کنترل در اثر شیمی‌درمانی.

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی کارل ریف، که در سال ۱۹۸۹ تنظیم شده است مقیاسی، مشتمل بر ۱۸ ماده برای سنجش شش بعد بهزیستی روان‌شناختی است، که بر اساس مقیاسی ۷ درجه‌ای از «کاملاً مخالف» تا «کاملاً موافق» پاسخ داده می‌شود. شرکت‌کنندگان بر اساس یک مقیاس هفت درجه‌ای کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به سوال‌ها پاسخ می‌دهند. سوال‌های ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود، سوال‌های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط محیطی، سوال‌های ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل رابطه مثبت با دیگران، سوال‌های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل داشتن هدف در زندگی، سوال‌های ۷، ۱۵ و عامل رشد فردی و سوال‌های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال را می‌سنجد نمره‌گذاری سوال‌های ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۱۷ با روش معکوس و بقیه با روش مستقیم انجام می‌شود. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی (بهتر) است (۲۳).

در پژوهش ریف و شمات (۲۴) همسانی خرده مقیاس‌ها بین ۰/۰۸۲ تا ۰/۰۹۰ گزارش شده است. در ایران بیانی و همکاران همسانی درونی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۰۷۹ محاسبه کردند. در پژوهش

همان‌گونه که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۶۳/۱۳، ۶۴/۹۳، ۶۶/۸)، میانگین نمرات گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب (۶۳/۸۶، ۶۳/۲، ۶۴/۰۶) بوده است. میانگین نمرات در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون (۶۴/۹۳) افزایشی را نشان می‌دهد که با توجه به نتیجه آزمون آماری نشانگر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌باشد. این افزایش در مرحله پیگیری (۶۶/۸) می‌باشد و می‌توان چنین تفسیر کرد که تاثیر مداخله با گذشت زمان روبه افزایش است.

استفاده از آزمون لوین همگنی واریانس‌ها را بررسی شد. یافته‌های حاصل از این تحلیل در جدول ۴ نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد با توجه به اینکه مقدار F معنادار نبود ($P > 0/05$)؛ بنابراین مفروضه همگنی واریانس گروه‌های کنترل و آزمایش برقرار است. بر این اساس آزمون کواریانس قابل اجرا می‌باشد.

در جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کُش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان ملاحظه می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر عامل بین آزمودنی برای پس‌آزمون ($F(1,27)=6/39, P=0/018$) همچنین این اثر برای آزمون پیگیری نیز بعد از گذشت سه ماه ($F(1,27)=5/35, P=0/029$) معنادار بوده است. بنابراین درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کُش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری گذاشته است. همچنین ضریب اتا درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کُش ۰/۱۹ بوده است که تبیین کننده اندازه اثر در سطوح زیاد می‌باشد و به این معناست که این روش درمانی ارتباط ۱۹٪ از واریانس نمرات پس‌آزمون را تبیین کرده است. مقدار این شاخص در آزمون پیگیری نیز ۰/۱۷ بوده است که نشان می‌دهد اثر این روش درمانی در مرحله پیگیری سه ماهه نیز پایدار بوده است.

سفیدی و فرزاد (۲۳) برای محاسبه پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی کل مقیاس برابر با ۰/۰۷۳ و برای عامل‌ها به ترتیب ۰/۰۶۲، ۰/۰۷۲، ۰/۰۶۵، ۰/۰۷۵ بدست آمد. مقدار آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های این مقیاس بین ۰/۰۴۳ تا ۰/۰۶۰ می‌باشد (۲۵). در مورد روایی این پرسشنامه می‌توان گفت که همبستگی فرم کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۸ سوالی) با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۰۸۹ در نوسان بوده است (۲۶، ۲۷).

مداخله روان‌شناختی ۸ مرحله‌ای کُش به شیوه گروهی بر اساس کتاب کُش (۲۸) توسط محقق طراحی شده برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی در ۸ جلسه به مدت یک ساعت و نیم در طی یک ماه مورد اجرا قرار گرفت. خلاصه‌ای از مباحث جلسات در جدول ۱ مبتنی بر نظرگاه علمی درمانی، ذکر شده است.

الف) طول جلسات: حدود ۹۰ دقیقه

ب) ساختار جلسات:

- ۱- بررسی وضعیت کلی شرکت‌کنندگان
- ۲- مرور تکالیف خانگی و رفع سوالات و اشکالات موجود
- ۳- آموزش مطالب و تکنیک‌های در نظر گرفته شده، برای هر جلسه
- ۴- ارایه تکالیف خانگی به همراه پرسشنامه‌هایی به صورت برگه کمک

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه آزمون و شاهد در جدول ۲ ارایه شده است، توزیع دو گروه از نظر متغیرهای سن، وزن، قد، وضعیت تاهل، سنوات تحصیلی، تفاوت معنی نداشتند.

این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید که علاوه بر استفاده از آماره‌های توصیفی، میانگین و انحراف معیار و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک طرفه (آنکوا) استفاده شده است.

داده‌های جدول ۳ شاخص‌های آماری شامل تعداد، میانگین و انحراف معیار در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: خلاصه جلسات

شرح مختصر جلسات	تکلیف
جلسه اول: آشنای درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر و ارزیابی تصویرتن. بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر از رویکرد شناختی رفتاری بک و به دنبال آن آشنایی با رویکرد درمانی کَش از طریق ارزیابی تصویر بدنی شرکت کننده برای پیدا کردن سطوح تصویر بدنی، توسط پرسشنامه‌های خود ارزیابی.	تهیه فهرستی از اهداف برای تغییر تصویر بدنی.
جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه قبل. کشف انعکاس‌های ظاهری و ذهنی، در آینه در خصوص ریزش موها و زخم‌های پستان و آثار جراحی به جا مانده از گذشته. و یادگیری abcهای تصویر بدنی.	فهم دلایل نارضایتی و ثبت آنها در یک دفترچه خاطرات درباره تجارب یزش مو، کم پشت شدن آن، محل بریدگی پستان و افزایش وزن از طریق برگه راهنمای طراحی شده توسط درمانگر برای ABC کردن تجارب مربوط به تصویر تن.
جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل. ایجاد بازتاب‌های رضایت بخش و کشف عواطف تصویر تن، آموزش آرام سازی و حساسیت زدایی با آینه.	بدست آوردن آرامش در خلال آرام‌سازی و حساسیت زدایی آینه‌ای هنگامی که به چهره بدون موی خود و محل زخم‌های بدن در آینه توجه می‌کنند و عواطف ناخوشایند را تجربه می‌کنند بتوانند مراحل حساسیت زدایی و آرام‌سازی را طی نمایند.
جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل. استقرار تردیدهای منطقی در خصوص بدن آسیب دیده، تاکید درمانگر بر فرضیه‌های ناخوشایند و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی از طریق تکنیک بازسازی شناختی و گوش دادن به صدای درونی جدیدشان و ارایه D و E در مدل ABC.	پیدا کردن باورها در مورد ظاهرشان که بعداز بیماری ایجاد شده است و به چالش کشاندن کنترل آنها در مورد تصویرتن.
جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل. تصحیح گفتگوی بدنی خصوصی توسط افکار اصلاحی (D) و ارایه نمونه‌های از افکار اصلاحی در کلاس، توسط موارد گفته شده از جانب بیماران.	تغییر گفتگوی بدنی خصوصی غلط، در خصوص تجربه‌های شخصی خود بیمار که موجب نگرانی، اضطراب و مانع شرکت کردن آنها در ارتباطات اجتماعی می‌شود.
جلسه ششم: شکستن رفتارهای خودشکنانه در خصوص بدنشان و روبرو شدن با موقعیت‌های که از آن اجتناب می‌کنند و نگران هستند، مورد ارزیابی قرار بگیرند.	خنثی کردن رفتار خودشکنانه از بین بردن آیین‌های دل‌مشغولی با ظاهر، از طریق فنون مواجهه و شرح تجربه خود در کلاس.
جلسه هفتم: پرداختن به حقوق بدن، توجه به نکات مثبت بدن، تشویق شدن توسط درمانگر برای هدیه دادن به خود. بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی بیماران در راستای کسب نگرش جدید نسبت به تصویر تن خود بعد از جراحی و شیمی‌درمانی و ارایه راه‌حل‌های به منظور بر طرف نمودن برخی موانع قابل رفع.	پرداختن به نکات مثبت بدنشان با تاکید بر افزایش فعالیت‌ها و شرکت در موقعیت‌های که از اجتناب می‌کردند.
جلسه هشتم: حفاظت از تصویر تن مثبت (جلوگیری از عود مجدد) بیان گروه از دستاوردهایشان شرح خلاصه‌ای از مفاهیم مطرح شده در هر جلسه و جمع‌بندی مباحث.	ادامه بهبود و جلوگیری از عود، از طریق جرات‌ورزی‌های منطقی توسط آماده‌سازی امروز فرد، برای فردا.

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک دو گروه آزمون و شاهد

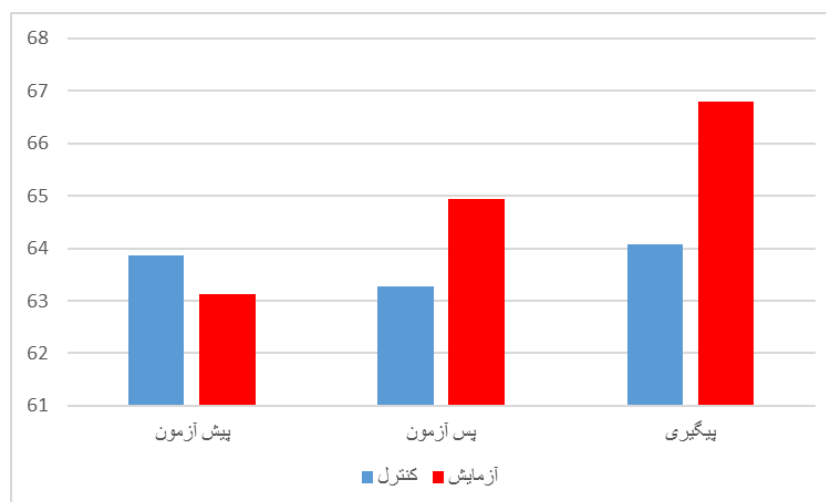
گروه آزمون	گروه شاهد	متغیر
۱۵	۱۵	تعداد
۴۵/۴۰	۴۹/۶۷	سن (میانگین)
۷۰/۸۰	۷۱/۶۷	وزن (میانگین)
۱۶۱/۸۰	۱۵۹/۳۳	قد (میانگین)
۲۵	۲۷	مجرد (درصد)
۷۵	۷۳	متاهل (درصد)
۳۹	۴۰	دیپلم (درصد)
۶	۶/۷	کاردانی (درصد)
۱۳	۱۰	کارشناسی (درصد)
۶/۶	۶/۶	کارشناسی ارشد و بالاتر (درصد)

وضعیت تأهل

میزان تحصیلات

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های کنترل و آزمایش

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۵	۶۳/۸۶	۳/۶۴	۶۳/۲	۳/۰۱	۶۴/۰۶	۲/۹۶
آزمایش	۱۵	۶۳/۱۳	۴/۹۲	۶۴/۹۳	۴/۳۶	۶۶/۸	۴/۶۱



نمودار ۱: میانگین دو گروه آزمایش و کنترل پیش آزمون، پس آزمون، آزمون پیگیری در مولفه بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در بررسی تساوی واریانس‌های بهزیستی روان‌شناختی

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری P
۲/۲۶۴	۱	۲۸	۰/۰۱۴۴

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر عضویت گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پس آزمون و

پیگیری

منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
پس آزمون	۱	۳۴/۰۸	۶/۳۹	۰/۰۱۸	۰/۰۱۹۷	۰/۰۶۸۲
پیگیری	۱	۲۸/۵۵	۵/۳۵	۰/۰۲۹	۰/۰۱۷۱	۰/۰۶۰۶

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران بود. یافته‌ها نشان داد مداخله با روش شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای کش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس آزمون و پیگیری ۳ ماهه موثر واقع شده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی (۵) که نشان داد درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان سر و گردن تأثیرگذار بود، سازگار است. به طور کلی، در ارتباط با اثربخشی این مداخله، پژوهش‌های متعددی نقش پر اهمیت درمان شناختی- رفتاری را در ارتباط با متغیرهای گوناگون روان‌شناختی نشان داده‌اند که از این میان نقش روان‌درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کش در کاهش رنج جسمانی و افزایش اعتماد به نفس در زنان مبتلا به سرطان پستان اثبات شد (۱۴). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد روان‌درمانی شناختی- رفتاری در ارتقای کیفیت زندگی، کاهش نشانه‌های افسردگی و کاهش نشانه‌های جسمانی مرتبط با رنج و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به سرطان موثر است (۲۹). همچنین یافته‌ها بیانگر آن هستند که شرکت در جلسات روان‌درمانی به شیوه مذکور به طور مثبت با احساس سلامت روان‌شناختی و بطور منفی با احساس عدم خرسندی از ظاهر مرتبط است (۲۱). در این راستا، پژوهش‌ها تأثیر درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله کش را بر کاهش تجارب رنج‌آور، افزایش رضایت از رابطه بین فردی و احساسات خود ارزشمندی اجتماعی (۳۰) کاهش اضطراب و افسردگی (۳۱) بهبود خلق و خو و خواب (۳۲) فرسودگی و ناکارآمدی اجتماعی بیماران

مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار دادند (۳۳). همچنین یافته‌های پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشانگان مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان پیشرفته، نشان داد که روش مشاوره گروهی به شیوه درمان شناختی- رفتاری باعث بهبود در حالات هیجانی این بیماران از جمله خشم، افسردگی و افزایش عزت نفس می‌شود (۳۴).

به طور کلی با استناد به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که پرداختن به مولفه‌های روان‌شناختی در سرطان که مستلزم توانایی‌های بیماران در سازگاری و حفظ یا افزایش سلامت روان می‌باشد، یک نیاز اساسی محسوب می‌شود. ابتلا به سرطان پستان در زنان و محدودیت‌های ناشی از آن، اثرات مخربی را بر نگرش مبتلایان نسبت به خود، زندگی و آینده پیش روی بوجود می‌آورد و تغییر در شناخت‌ها و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی می‌تواند به عنوان واسطه‌ای برای آرایه یک چهارچوب و وزنه تعادل به کنار آمدن با چالش بیماری کمک کند، با این حال عدم بکارگیری افکار متقابل منطقی، در برخورد با مشکلات مربوط به تصویر بدنی منجر به افکار خودکار منفی می‌شوند (۱۶)، این افکار می‌توانند مقدمه‌ای برای کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این گروه از مبتلایان می‌باشد (۵).

در پژوهش حاضر، با آموزش مضامینی، همچون آرامش ذهن- بدن، حساسیت‌زدایی هدایت شده در جلویی آینه، ABCDE کردن وقایع زندگی روزانه درمورد بدن و آشنایی با افکار اصلاحی، زنان را متوجه ابعاد متفاوتی از زندگی و فراتر رفتن از محدودیت‌های ناشی از بیماری ساختم، بدین نحو که از آنان خواسته شد تا ضمن انجام حساسیت‌زدایی هدایت شده در جلویی آینه گفتگوی بدنی خصوصی غلط خود را با افکار اصلاحی تغییر دهند. همچنین ABCDE کردن وقایع زندگی روزانه در مورد بدن موجب ایجاد حس کنترل بر زندگی می‌شود (۲۲) و

انعطاف‌پذیرتر می‌سازد و فرد می‌تواند ((بایدها)) بدون پیامد ناراحت‌کننده بدور ریزد (۳۳). همچنین بیماران نسبت به این امر آگاه شدند که اگر چه بسیاری از موانع و تغییرات به طور ناخواسته در زندگی، ظاهر بدنی، ایجاد می‌شوند، اما اتخاذ نگرش نسبت به این موانع پیرو جبر نیست و این فرد است که می‌تواند آزادانه در برابر آنها بایستد و با تغییر در نگرش ناکارآمد خود پای از محدودیت‌ها فراتر نهد، در واقع، تلاش فرد در یافتن افکار سازگارانه‌تر (منطقی) هنگام مواجه شدن با این موانع نه تنها حاکی از پذیرفتن مسولیت است، بلکه ظرفیتی برای تغییر محسوب می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که اجرای مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش می‌تواند به صورت یک مداخله گروهی با گذشت سه ماه متوالی موثر واقع شود و همچنین در بیمارستان‌ها و بخش‌های مراقبت از بیماران سرطانی به عنوان یک راهبرد معتبر و کارآمد بکار گرفته شود. لذا پیشنهاد می‌شود که از این مداخله در مراحل مختلف انواع سرطان‌ها و همچنین سایر بیماری‌های خاص که به نحوی با آسیب به گذاشته، زندگی افراد را در طولانی مدت درگیر می‌سازد و مستلزم اتخاذ راهبردهای مدارا با بحران است، توسط همکاران روانشناس در کنار درمان‌های رایج پزشکی استفاده شود.

لازم به ذکر است که این پژوهش از محدودیت‌هایی برخوردار بود عبارتند از: شرکت کردن زنان ساکن تهران و کرج در جلسات مداخله که می‌بایست ضمن در نظر داشتن تفاوت‌های فرهنگی، تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. همچنین عدم کنترل متغیرهای همچون وضعیت تأهل، اشتغال و موقعیت اقتصادی-اجتماعی بیماران و نیز عدم کنترل عوامل مداخله‌گر خارجی که ممکن است در گروه کنترل اثرگذار باشد و نداشتن گروه پلاسیبو از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات تهران، تصویب شده در تاریخ ۱۳۹۳/۶/۹ و اجرا شده در مرکز

بیماران را متوجه این موضوع می‌کند که آنچه را که فکر می‌کنند احساس خواهند کرد. در نتیجه به علل رفتار خود و ناراحتی‌های که در مقابل بدنش ابراز می‌کنند پی می‌برند و از این طریق می‌توانند قسمت‌های که در مورد خود و زندگیشان مسله ساز است را تغییر دهند (۳۵). در طی فرایند درمان مبتلایان از طریق یادگیری این فنون توانستند بر افکار و احساسات خود کنترل بیشتری داشته باشند و محدودیت‌های خود را در رابطه با ظاهرشان بپذیرند (۳۶) و خود را بدون انتقاد، همان‌گونه که هستند دوست بدارند. همچنین بیماران این بینش را کسب کردند که آنچه اهمیت دارد، نحوی نگرش آنها به بدنشان است که موجب ایجاد احساس ناخوشایند می‌شود، و آموختند که بهتر زیستن آنها تنها در گرو نبود بیماری، زخم‌های بجا مانده از عمل جراحی و ریزش موها نیست بلکه رسیدن به سطحی از عملکرد است که با خود و سبک زندگیشان آسوده و بدون مشکل باشند. این الگوی درمانی که به صورت جلسات گروهی انجام شد، از طریق فراهم نمودن جویی سرشار از حمایت اجتماعی، عاطفی و پذیرش واقعیت‌های اجتماعی در خصوص ظاهر و افزایش قدرت‌سازگاری در فرد که از عوامل تغییر در بهزیستی روان‌شناختی شناخته شده اند، و همچنین به وسیله هدف قرار دادن بدن و کار بر روی جنبه‌های ظاهری افراد و انجام تکالیف مربوط به درمان در جلسه و خارج از آن موجب رشد توانایی فردی، سطوح بالای عملکرد و پذیرش بدن می‌شود، که متعاقباً موجب کاهش اضطراب، افسردگی، افزایش امید به زندگی و به تبع آن بهبود در بهزیستی روان‌شناختی شده است. آموزه‌های رویکرد شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌گش، نه تنها در ایجاد بستر مناسب به منظور پیگیری اهداف شخصی در زندگی، یا به عبارت دیگر ایجاد شوق زیستن در مبتلایان موثر واقع شد بلکه بسیاری از شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که نسبت به پیگیری درمان، علی‌رغم وجود مشکلات ناشی از درمان مصمم‌تر شده، تا بتوانند از فرصت‌های پیش روی در جهت غنا بخشیدن به زندگی خود بهره گیرند. همچنین بسیاری از بیماران اظهار کردند، راحت‌تر می‌توانند در مجامع عمومی و خانوادگی حضور یابند. گش بیان می‌کند فرآیند درمانی سیستم شناختی را به سمت اطلاعات جدید هدایت می‌کند و این کار را به وسیله به چالش کشیدن قوانین بنیادی تفکر انجام می‌دهد و آنها را

تجربش) و بیماران عزیزی که بدون همکاری آنها ادامه این فعالیت علمی ممکن نبود تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. از همکاری پرسنل محترم مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (بیمارستان شهدای

References

1. Kruk J, Aboul-Enein HY. Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study. *Cancer detection and prevention*. 2004 Dec 31; 28(6):399-408.
2. Makaryan F, Isaac R, Parnian T, Ramezani A, Abdeyazdan N, Hashemi F, Mkaryan sh. Mental health in women, breast cancer survivor. *J of Medical School Esfahan* 2011; 29: 173.
3. Bahrami MA. The relationship between the worship of psychological health in male students in Hamedan Teachers Training Center. A master's thesis. Faculty of Education and psychology Hamedan Teachers University 1995.
4. Bloom JR, Stewart SL, Oakley-Girvan I, Banks PJ, Shema S. Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being. *Psycho-Oncology* 2012; 21(6):655-65.
5. Kangas M, Milross C, Bryant RA. A brief, early cognitive-behavioral program for cancer-related PTSD, anxiety, and comorbid depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2014; 21(4):416-31.
6. Eid M, Larsen RJ, editors. *The science of subjective well-being*. Guilford Press 2008.
7. Ostir GV, Markides KS, Black SA, Goodwin JS. Emotional well-being predicts subsequent functional independence and survival. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000; 48(5): 473-8.
8. Keyes CL, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology* 2002; 82(6):1007.
9. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health psychology* 2004; 23(2): 207.
10. Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E, Tomamichel M, Marmai L, Biancosino B, Nanni MG, SEPOS Group. Hopelessness and related variables among cancer patients in the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *Psychosomatics* 2010; 51(3):201-7.
11. Puig A, Lee SM, Goodwin L, Sherrard PA. The efficacy of creative arts therapies to enhance emotional expression, spirituality, and psychological well-being of newly diagnosed Stage I and Stage II breast cancer patients: A preliminary study. *The Arts in Psychotherapy* 2006; 33(3):218-28.
12. Kaviani A, Mehrdad N, Yunesian M, Shakiba B, Ebrahimi M, Majidzadeh K, Akbari ME. Psychosocial Care for Breast Cancer: Physicians' Perspective. *Iranian Journal of Cancer Prevention* 2012; 3(1): 23-7.
13. Cash TF. Cognitive-behavioral perspectives on body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* 2002; 38-46.
۱۴. امینی‌خواه معصومه، بررسی و مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر تصویر تن و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، ۱۳۸۷.
15. Prochaska J, Norcross J. *Theories of psychotherapy*. Tehran: Roshd 1999.
16. Cash TF, Pruzinsky TE. *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press 1990.
17. Pruzinsky T. Enhancing quality of life in medical populations: a vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image* 2004; 1(1):71-81.

18. Cash TF, Grant JR. Cognitive-Behavioral Treatment of Body-Image Disturbances. In: Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders 1996; 567-614.
19. Cash TF, Strachan MD. Cognitive-behavioral approaches to changing body image. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice* 2002; 478-86.
۲۰. آستین راب. صفایی کشتگر محمدرضا. سرطان پستان، چاپ چهارم تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۸۸.
21. Cash TF, Lavalley DM. Cognitive-behavioral body-image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self-directed program. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 1997; 15(4): 281-94.
22. Balabanovic J, Ayers B, Hunter MS. Women's experiences of Group Cognitive Behaviour Therapy for hot flushes and night sweats following breast cancer treatment: An interpretative phenomenological analysis. *Maturitas* 2012; 72(3):236-42.
23. Sefidi F, Valiuola F. Validation tests Psychological well-being of students of Qazvin University of Medical Sciences. *J Qazvin University of Medical Sciences* 2012; 16:66-76.
24. Schmutte PS, Ryff CD. Personality and well-being: reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology* 1997; 73(3):549.
25. Joshanlo M, Rostami R, Nosratabadi M. Factor structure of the welfare scale. *J Iranian of Psychology* 2006; 3:132-45.
26. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research* 2006; 35(4):1103-19.
27. Ryff CD. Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science* 1995; 4(4):99-104.
28. Cash TF. *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks*. New Harbinger Publications, Inc 1997.
29. Wojtyna E, Wiszniewicz A. EPA-1189–Cognitive behavioral therapy and quality of life, level of depression and perceived social support among women with breast cancer. *JEuropean Psychiatr* 2014; 29:1-140.
۳۰. رایگان نیلوفر. راهنمایی تن انگاره، چاپ اول تهران: انتشارات دانژه، ۱۳۸۸.
31. Lewis FM, Casey SM, Brandt PA, Shands ME, Zahlis EH. The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psycho-Oncology*. 2006 Jun 1; 15(6): 486-97.
32. Chilcot J, Norton S, Hunter MS. Cognitive behaviour therapy for menopausal symptoms following breast cancer treatment: Who benefits and how does it work?. *Maturitas* 2014; 78(1):56-61.
33. Thompson JK. *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Pergamon Press 1990.
34. Cocker KI, Bell DR, Kidman AD. Cognitive behaviour therapy with advanced breast cancer patients: a brief report of a pilot study. *Psycho-Oncology* 1994; 3(3):233-7.
35. Letafati B. *Theorists of Mental Health*. *Journal of Psychotherapy* 1388; 16:55- 6.
36. Cash TF, Ancis JR, Strachan MD. Gender attitudes, feminist identity, and body images among college women. *Sex Roles* 1997; 36(7-8):433.