MEJDS. 2022; 12:112.

Published online 2022 Sep. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Anxiety, Perceived Stress, and Coping Strategies in Patients With Leukemia

Faryabi M[1], *Rafieipour A[2], Haji Alizadeh K[3], Khodavardian S[4]

Author Address
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Assistant Professor, Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** rafiepoor@pnu.ac.ir

Received: 2020 July 4; **Accepted:** 2020 August 1

Abstract

Background & Objectives: Cancer is a group of diseases characterized by uncontrolled growth and abnormal cell proliferation. Besides physical consequences, people with cancer suffer from psychological complications, such as depression, anxiety, cognitive impairment, negative thoughts, fear of relapse and death, loneliness, sexual problems, and body image. One of the most common cancers is leukemia. This cancer is further divided into myeloid and lymphoid according to the cellular origin and chronic or acute course of the disease. According to the cognitive–interactive model of stress, people's assessments of their relationships with the environment play a decisive role in creating stress. If people consider their environment too stressful and feel unable to cope with difficult situations, their stress will increase, but if they know that they can cope with stressful events, they will feel less stress. The most common psychiatric disorder in these patients is adaptation disorder with anxiety, depression, or both depression and anxiety. So, this study aimed to determine the effectiveness of cognitive–behavioral therapy on anxiety, perceived stress, and pain management strategies for patients with leukemia.

Methods: This applied research was a quasi–experimental study with a pretest–posttest design with a control group. The study's statistical population included all patients with confirmed leukemia hospitalized in Seyed Al–Shohada Hospital in Isfahan City, Iran, between April and June 2019. The sample consisted of 30 people from the statistical population selected using the convenient sampling method. They were randomly assigned to experimental and control groups. The inclusion criteria included having full consent to participate in the study; having a confirmed diagnosis of leukemia by specialists; having at least a secondary education, lacking another chronic illness, physical and mental disabilities; and having a maximum age of 80 years. The exclusion criteria were having any chronic diseases such as diabetes, heart and lung diseases, any physical and mental disabilities; using any drugs or sedatives, having a history of psychiatric diseases, and being absent in more than three treatment sessions. The study data were obtained using Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983), Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988), and Coping Strategies Questionnaire (Rosenstiel & Keefe, 1983). The obtained data were analyzed using descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential statistics (univariate analysis of covariance) in SPSS software version 22. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The results showed that by controlling the pretest scores, there was a significant difference between the experimental group and the control group in terms of anxiety (p<0.001), perceived stress (p<0.001), and coping strategies (p<0.001).

Conclusion: According to findings, cognitive–behavioral therapy reduces anxiety and perceived stress and increases pain coping strategies in patients with leukemia. Therefore, cognitive–behavioral therapy can decrease the psychological problems of patients with leukemia.

Keywords: Cognitive–Behavioral therapy, Anxiety, Perceived stress, Pain coping strategies, Leukemia.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲): ۱۱۲.

انتشار برخط شهریور ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی درمان شناختی_رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون

منوچهر فاریابی[۱]، *امین رفیعی‌پور[۲]، کبری حاجی‌علیزاده[۳]، سهیلا خداوردیان[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیرهٔ کیش، ایران؛

۲. استادیار، واحد تهران، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران؛

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: rafiepoor@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴ تیر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۱ مرداد ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: علاوه‌بر تأثیر مسائل روان‌شناختی در شکل‌گیری سرطان، تشخیص و درمان سرطان نیز با استرس و اضطراب همراه است که سلامت فرد را به‌طور منفی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی_رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با هدف کاربردی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سرطان خون شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که از بین آن‌ها سی نفر به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. سپس به‌روش تصادفی در گروه درمان شناختی_رفتاری (n=۱۵) و گروه گواه (n=۱۵) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس استرس ادراک‌شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳)، سیاههٔ اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و پرسش‌نامهٔ راهبردهای مقابله با درد (روزنشتایل و کیف، ۱۹۸۳) در دو دورهٔ زمانی پیش از اجرای مداخله و پس از اجرای مداخله جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب ($p<۰/۰۰۱$)، استرس ادراک‌شده ($p<۰/۰۰۱$) و راهبردهای مقابله با درد ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان شناختی_رفتاری بر کاهش اضطراب و استرس ادراک‌شده و افزایش راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون مؤثر است و می‌توان از این درمان درجهت بهبود این مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی_رفتاری، اضطراب، استرس ادراک‌شده، راهبردهای مقابله با درد، سرطان خون.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

۱ مقدمه

سرطان شامل گروهی از بیماری‌هایی است که به‌واسطهٔ رشد کنترل‌نشده و گسترش غیرطبیعی سلول‌ها مشخص می‌شود (۱). متأسفانه آمار ابتلا به این بیماری در همه سنین رو به افزایش است و تأثیری شگرف بر ابعاد مختلف زندگی بیماران و حتی مراقبان و اطرافیان آن‌ها دارد (۲). سرطان خون یا لوکمی‌ها حدود ۸درصد از کل سرطان‌های جمعیت‌های انسانی را شامل می‌شود و پنجمین سرطان شایع در جهان است. در سرطان حاد خون، مغز استخوان سلول‌های سفید خونی نارس بسیاری تولید می‌کند. همچنین تولید طبیعی سلول‌های سفید خونی متوقف می‌شود که این امر توانایی بدن را در مقابله با بیماری‌ها از بین می‌برد (۳).

محققان مختلف دریافتند، میزان استرس ادراک‌شدهٔ بیماران سرطانی به‌مثابهٔ مکانیزمی تبیینی، کاهش فزایندهٔ نشانگرهای چندگانهٔ کیفیت زندگی آن‌ها را توضیح می‌دهد (۴). براساس مدل شناختی‌ـ تعاملی استرس، ارزیابی فرد از ارتباط خود با محیط، نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد استرس دارد. اگر شخص، محیط خویش را بیش از حد فشارزا تلقی و احساس کند، توانایی مواجهه با موقعیت‌های دشوار را ندارد و استرس وی افزایش خواهد یافت؛ اما اگر بداند توانایی مقابله با رویدادهای فشارزا را دارد، استرس کمتری احساس خواهد کرد. همچنین افرادی که بیماری خود را به‌طور منفی ادراک می‌کنند، سطح بیشتری از استرس ادراک‌شده را تجربه می‌نمایند (۵). علاوه‌بر تأثیر مسائل روان‌شناختی بر شکل‌گیری سرطان، تشخیص و درمان سرطان نیز با استرس و اضطراب همراه است که سلامت فرد را به‌طور منفی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. اختلال فراوان‌تر روان‌پزشکی در این بیماران طبق مطالعات، اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با افسردگی و اضطراب توأم است (۶).

اگرچه جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و هورمون‌درمانی به‌عنوان روش‌های رایج‌تر استفاده‌شده در درمان سرطان، میزان بقای این افراد را افزایش داده‌اند، این روش‌های درمانی به‌نوبهٔ خود سبب بروز عوارض جانبی کوتاه‌مدت و بلندمدت در بیماران مذکور می‌شوند؛ به‌طوری‌که بیماران مبتلا به سرطان پستان از طیف وسیعی از علائم و نشانه‌های جسمی، روانی و اجتماعی طی فرایند تشخیص و درمان بیماری خود رنج می‌برند (۷). پژوهشگران بر این باور هستند که راهبردهای مقابله، ادراک افراد از شدت درد و نیز توانایی آن‌ها را برای کنترل و تحمل درد و استمرار فعالیت‌های روزمره تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۸). افراد مبتلا به درد مزمن راهبردهای مقابلهٔ گوناگونی را به‌کار می‌گیرند که برخی از آن‌ها انطباقی و برخی غیرانطباقی است. مطالعات انجام‌شده بر بیماران مبتلا به درد مزمن نشان می‌دهد، درحالی‌که استفاده از راهبردهای مقابلهٔ فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف باوجود درد، بی‌توجهی به درد، استفاده از آرامش عضلانی) نتایج انطباقی دارد، استفاده از راهبردهای مقابلهٔ غیرفعال (وابستگی یا تکیه به دیگران برای دریافت کمک برای کنترل درد و محدودکردن فعالیت) با افسردگی، درد و ناتوانی جسمی شدیدتر همراه است (۹).

پیامدهای روانی سرطان و درمان آن موضوع بسیاری از فعالیت‌های پژوهشی بوده است. در این راستا، رویکرد شناختی‌ـ رفتاری از رویکردهایی در روان‌شناسی است که توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را در چند دههٔ اخیر به خود جلب کرده است. این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تأثیرات روانی منفی بیماری‌شان را به کمترین مقدار برسانند. حمایت تجربی قوی دربارهٔ کاربرد درمان شناختی‌ـ رفتاری[1] برای مشکلات روانی شایع در بیماری‌های جسمی، با ارائهٔ مراقبت بهداشتی نوین و تأکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است. تاکنون مدل‌های شناختی‌ـ رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی ازجمله سرطان تدوین شده و بسیاری از آن‌ها در پژوهش‌های بالینی مؤثر شناخته شده است (۱۰). نتایج پژوهش سرید و همکاران نشان داد، مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش استرس ادراک‌شده و بهبود حالات خُلقی در پرستاران مؤثر است (۱۰). برجی و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس خانوادهٔ مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد (۱۱). نتایج پژوهش ناصری صالح‌آباد و همکاران حاکی‌از آن بود که درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش استرس و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۱۲). پژوهش مجید و سوداک مشخص کرد، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش درد مزمن تأثیر دارد (۱۳). مظفری‌ـ مطلق و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر مدیریت درد مزمن بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است (۱۴).

بنابراین توجه به متغیرهایی که می‌تواند نقش محافظت‌کننده دربرابر استرس داشته باشد، حائز اهمیت است؛ ازطرفی فقدان منابع علمی کافی در زمینهٔ متغیرهای محافظت‌کننده دربرابر استرس در بیماران سرطانی، شکافی است که با این مطالعه پر می‌شود و نتیجهٔ چنین پژوهشی به‌عنوان مبنای مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران سرطانی خواهد بود؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با هدف کاربردی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به سرطان خون تشکیل دادند که بین ماه‌های فروردین تا خرداد ۱۳۹۸ در بیمارستان سیدالشهداء اصفهان بستری بودند و بیماری آن‌ها محرز شده بود. انتخاب افراد نمونه به‌شیوهٔ دردسترس صورت گرفت. نمونهٔ این پژوهش شامل سی نفر از جامعهٔ مذکور داوطلب شرکت در مطالعه بود و با استفاده از شیوهٔ تصادفی‌سازی ساده، افراد نمونه در دو گروه درمان شناختی‌ـ رفتاری (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) قرار گرفتند. تعداد نمونهٔ لازم با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان

[1]. Cognitive-Behavioral Therapy) CBT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

ریزش ۱۰ درصد برای هر گروه پانزده نفر محاسبه شد. معیارهای ورود بیماران به پژوهش شامل داشتن رضایت کامل از شرکت در پژوهش، تشخیص متخصصان مبنی‌بر داشتن بیماری سرطان خون، داشتن حداقل تحصیلات راهنمایی، نداشتن بیماری مزمن دیگر، معلولیت‌های جسمی و روانی و حداکثر سن هشتاد سال بود. معیارهای خروج بیماران از پژوهش نیز ابتلا به هر نوع بیماری مزمن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و ریوی، ابتلا به هرگونه معلولیت جسمی و ذهنی، مصرف هرگونه مواد مخدر، مصرف هرگونه داروی آرام‌بخش، سابقهٔ بیماری‌های روان‌پزشکی و غیبت در بیش از سه جلسهٔ درمانی بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. فرم رضایت شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان گرفته شد و همهٔ پرسش‌نامه‌ها توسط افراد تکمیل و ثبت شد.

ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ مقیاس استرس ادراک‌شده[1]: این مقیاس چهارده گویه‌ای توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳ تهیه شد (۱۵). این مقیاس شامل چهارده گویه است که در آن هفت گویه مثبت و هفت گویه منفی است. هر گویه روی مقیاس پنج‌گزینه‌ای هرگز (صفر) تا خیلی اوقات (۴) ارزیابی می‌شود. این مقیاس شامل نمرات وارونه است. به عبارت دیگر تمام هفت گویهٔ مثبت، نمره‌گذاری وارونه دارد. نمرات بیشتر در پرسش‌نامه به‌معنای استرس ادراک‌شدهٔ بیشتر و نمرات کمتر به‌معنای استرس ادراک‌شدهٔ کمتر است. کوهن و همکاران، میزان ضریب آلفای کرونباخ هفت گویهٔ مثبت و هفت گویهٔ منفی را به‌ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۷۷ و برای کل گویه‌ها ۰/۸۳ گزارش کردند (۱۵). ضرایب آلفای کرونباخ در پژوهش معروف‌زاده و همکاران برای گویه‌های مثبت، گویه‌های منفی و کل مقیاس به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۳ و ۰/۹۰ به‌دست آمد (۱۶).

ـ سیاههٔ اضطراب بک[2]: این سیاهه را بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای سنجش میزان اضطراب طراحی کردند و شامل ۲۱ عبارت است (۱۷). هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است؛ علائمی که معمولاً دو گروه تجربه می‌کنند، افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا اشخاصی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند. برای اجرای پرسش‌نامه، فرد باید فهرست علائم را بخواند و علامت را درجه‌بندی کمی کند. دامنهٔ تغییرات از صفر تا ۶۳ است. نمرات بیشتر، شدیدتربودن اضطراب را نشان می‌دهد (۱۷). بک و همکاران همسانی درونی این ابزار را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش کردند (۱۷). خشت مسجدی و همکاران، پایایی بازآزمایی سیاههٔ اضطراب بک را براساس نوع جامعهٔ آماری بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ به‌دست آوردند (۱۸).

ـ پرسش‌نامهٔ راهبردهای مقابله با درد[3]: پرسش‌نامهٔ راهبردهای مقابله با درد توسط روزنشتایل و کیف در سال ۱۹۸۳ ساخته شد (۱۹). این پرسش‌نامه با استفاده از ۴۲ عبارت، شش راهبرد مقابله‌ای شناختی (توجه‌برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفت‌وگو با خود، نادیده‌انگاشتن درد، فاجعه‌آفرینی، دعاـ امیدواری) را می‌سنجد. هریک از راهبردهای مقابله‌ای، رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) را می‌سنجد. هریک از راهبردهای مقابله‌ای هفت‌گانه از شش عبارت تشکیل شده است. از آزمودنی خواسته می‌شود هر عبارت را به‌دقت بخواند و با استفاده از مقیاس هفت‌درجه‌ای (صفر تا شش) مشخص کند که به‌هنگام مواجهه با درد، تا چه میزان از هریک از راهبردهای مذکور استفاده می‌کند. نمرات بیشتر در این مقیاس به‌معنای به‌کارگیری راهبردهای مقابله با درد بیشتر توسط فرد و نمرات کمتر به‌معنای به‌کارگیری راهبردهای مقابله با درد کمتر توسط فرد است (۱۹). روزنشتایل و کیف، این پرسش‌نامه را در میان گروهی از بیماران مبتلا به کمردرد مزمن هنجاریابی کردند و ضریب همسانی درونی هفت خرده‌مقیاس آن را بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به‌دست آوردند (۱۹). نسخهٔ فارسی پرسش‌نامه در پژوهش صفاری و همکاران بررسی شد و ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۳ به‌دست آمد (۲۰).

ـ درمان شناختی‌ـ رفتاری: جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری در دوازده جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی بک اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی خوبی برخوردار است (به‌نقل از ۲۱). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از اساتید دکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. مداخلهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری به‌صورت گروهی اجرا شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری، ارائه شده است.

جدول ۱. شرح کلی جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری

جلسه	محتوای جلسه	تکالیف
اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش‌آزمون، مشخص‌شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، رابطهٔ درمانی.	تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت‌شده
دوم	بازخورد جلسهٔ قبل، یادداشت جلسهٔ قبل، معرفی درمان شناختی‌ـ رفتاری، آموزش تکنیک آرام‌سازی، ارائهٔ تکلیف.	تمرین شناسایی خطاهای منطقی
سوم	بازخورد جلسهٔ قبل، یاداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از تکنیک آرام‌سازی، ارائهٔ تکلیف.	تمرین فعالیت‌های جالب و مورد علاقه

[1]. Perceived Stress Scale
[2]. Beck Anxiety Inventory
[2]. Coping Strategies Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

چهارم	بازخورد جلسهٔ قبل، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرح‌واره‌ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائهٔ تکلیف.	تمرین تکنیک بهبود پردازش هیجانی
پنجم	بازخورد جلسهٔ قبل، تهیهٔ فهرست اصلی باورها، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائهٔ تکلیف.	تمرین افکار درمقابل واقعیت‌های احتمالی
ششم	بازخورد جلسهٔ قبل، آزمون باورهای مُراجعان با تحلیل عینی (قضاوت و داوری)، استفاده از فن آرام‌سازی، فن تعریف اصطلاحات، ارائهٔ تکلیف.	تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی
هفتم	بازخورد جلسهٔ قبل، استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مُراجعان به ارزیابی مجدد باورها، توضیح خطاهای شناختی و ارائهٔ لیستی از تحریف‌ها به مُراجع، ارائهٔ تکلیف.	تمرین غرقه‌سازی
هشتم	بازخورد جلسهٔ قبل، استفاده از فن آرام‌سازی، مخالفت‌ورزی با افکار خودکار، حساسیت‌زدایی منظم، ارائهٔ تکلیف.	تمرین حساسیت‌زدایی منظم به‌صورت تجسمی
نهم	بازخورد جلسهٔ قبل، تأکید بر شناخت احساسات، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح انواع سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، فن پیکان رو به پایین، ارائهٔ تکلیف.	شناسایی طرح‌واره‌های ناکارآمد با استفاده از پیکان رو به پایین
دهم	بازخورد جلسهٔ قبل، استفاده از فن آرام‌سازی، مخالفت‌ورزی با افکار خودکار، ارائهٔ تکلیف.	تمرین تحلیل منطقی
یازدهم	بازخورد جلسهٔ قبل، رویارویی شناختی، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائهٔ تکلیف.	بازداری قشری اختیاری
دوازدهم	بازخورد جلسهٔ قبل، مروری بر تمرینات کل دوره، اجرای پس‌آزمون، اختتامیه.	–

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو–ویلک و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد و همچنین همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان شناختی–رفتاری ۱۲/۰۳±۵۶/۴۴و در گروه گواه ۱۰/۴۳±۵۵ سال بود.

جدول ۲. توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات جمعیت‌شناختی دو گروه

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه درمان شناختی–رفتاری		گروه گواه		مقدار احتمال
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۶	۴۰/۰	۷	۴۶/۷۰	۰/۴۴۵
	مرد	۹	۶۰/۰	۸	۵۳/۳۰	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۹	۶۰/۰	۱۰	۶۶/۶۶	۰/۲۹۳
	دیپلم و فوق‌دیپلم	۵	۳۳/۳۰	۳	۲۰/۰	
	کارشناسی	۱	۶/۷۰	۱	۶/۶۷	
	کارشناسی‌ارشد	۰	۰/۰	۱	۶/۶۷	

باتوجه به جدول ۲، مقدار احتمال متغیرهای جنسیت و تحصیلات از سطح معناداری بیشتر شده است؛ بنابراین دو گروه مطالعه‌شده از نظر توزیع متغیرهای جنسیت و تحصیلات یکسان بود.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با استرس در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
اضطراب	درمان شناختی–رفتاری	۱۵/۴۰	۳/۳۵	۱۲/۷۳	۳/۳۴	۴۲/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۲
	گواه	۱۵/۴۷	۱/۵۵	۱۵	۱/۵۱			
استرس ادراک‌شده	درمان شناختی–رفتاری	۱۵	۳/۰۷	۱۲/۶۰	۲/۹۷	۹۶/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۹
	گواه	۱۳/۷۳	۲/۰۸	۱۳/۲۷	۲/۰۸			
راهبردهای مقابله با درد	درمان شناختی–رفتاری	۱۰۱/۶۰	۸/۴۴	۱۱۵/۰۷	۸/۳۰	۱۹۴/۱۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۸
	گواه	۱۰۰/۰۷	۱۰/۵۴	۱۰۰/۵۳	۱۰/۳۷			

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، به‌منظور بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو–ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو–ویلک برای توزیع متغیرهای اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با استرس در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

داد، فرض نرمالیتی رد نشد ($p>۰/۰۵$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌ها رد نشد ($p>۰/۰۵$). بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون نیز نشان داد، پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۳، شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس آورده شده است.

به‌منظور بررسی اینکه آیا این تفاوت‌ها در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری معنادار بوده است، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌های جدول ۳ نشان داد، میانگین نمرات اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با درد در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار بود؛ بدین‌معنا که درمان شناختی‌ـ رفتاری در کاهش اضطراب ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش استرس ادراک‌شده ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش راهبردهای مقابله با درد ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معناداری وجود داشت؛ به عبارت دیگر، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش اضطراب بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است. این یافتهٔ پژوهش با یافته‌های پژوهش برجی و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس خانوادهٔ مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است (۱۱). همچنین این یافته با نتایج پژوهش ناصری صالح‌آباد و همکاران همسوست. پژوهش آن‌ها حاکی‌از آن بود که درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش استرس و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد (۱۲).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ارزیابی بیمار از تأثیر بیماری سرطان بر روند زندگی‌اش و تنیدگی و تحریک‌پذیری مفرط ناشی‌از افکار منفی ازجمله عواملی به‌شمار می‌رود که بیشتر از خود بیماری سبب نگرانی و اضطراب در این بیماران شده است. باورهای خاص دربارهٔ بیماری، منجربه روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانهٔ تشدید علائم روانی‌جسمی و رنج و ناتوانی ناشی‌از آن می‌شود. گروه‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری، نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند. سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورهای زیربنایی و تحریف‌های شناختی پرداخته می‌شود. برطبق مدل شناخت درمانی بک، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را خواهد داشت که درمانگر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران بپردازد و تفکرات مثبت و منطقی و غیرافراطی را جانشین این تحریفات فکری کند (۱۳). بازسازی شناختی که به‌عنوان تجربه‌گرایی منطقی نیز شناخته شده است، کمک می‌کند تا افراد با استفاده از استدلال منطقی برای آزمون عملی محتوای افکار پر از اضطراب خود درمقابل واقعیت تجربه‌های زندگی‌شان، جریان افکار مملو از اضطراب خود را شناسایی کنند و حتی افکار اضطرابی غالب خود را مورد آزمایش رفتاری قرار دهند (۱۰). بدین‌ترتیب ارزیابی شناختی حوادث، بر پاسخ به آن حوادث تأثیر می‌گذارد و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد بود. آموزش شناختی‌ـ رفتاری در ایجاد یا تغییر شناخت و نگرش در افراد نقش تأثیرگذاری دارد. باتوجه به اینکه پیروان رویکرد شناختی‌ـ رفتاری معتقد هستند وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال کند و به‌دنبال آن روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر شود، آموزش شناختی‌ـ رفتاری به بیماران می‌تواند در بهبود اضطراب بیماران مؤثر باشد و به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات، نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ استرس ادراک‌شده تفاوت معناداری وجود داشت؛ به عبارت دیگر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بود. این یافته با نتایج تحقیق سرید و همکاران همسوست. آن‌ها دریافتند، مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری بر استرس ادراک‌شده و حالات خُلقی در پرستاران مؤثر است (۱۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باتوجه به مدل شناختی‌ـ رفتاری آنچه افراد به آن باور دارند بر احساس‌ها و رفتارهایشان تأثیر می‌گذارد. شناخت‌ها و نگرش‌های بیماران نیز بر استرس ادراک‌شده، تأثیر بسزایی دارد. شناخت‌ها و نگرش‌های منفی دربارهٔ کنترل بیماری موجب بهبود استرس ادراک‌شده در فرد می‌شود. از اصول بنیادی مدل شناختی‌ـ رفتاری تأثیر و تأثر متقابل و پیوسته بین شناخت‌ها یا عقاید فرد دربارهٔ بیماری (افکار)، احساسات، رفتارهای او و روابط وی با دیگران است. رویکرد شناختی‌ـ رفتاری در افراد که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی خود هستند، موجب می‌شود آگاهی آن‌ها دربارهٔ اسناد و باورهای غیرمنطقی افزایش یابد. همچنین با انجام تمرینات جلسات آموزشی و تکالیف بیرون از جلسات به اصلاح باورها و اسناد غلط کاهش‌دهندهٔ استرس ادراک‌شدهٔ بیماران، بپردازند (۱۲). آموزش‌های شناختی‌ـ رفتاری بر اهمیت اکتساب مهارت‌ها و استفاده از این مهارت‌ها تأکید دارد. طی آموزش‌های انجام‌شده، افراد علاوه‌بر کارکردن روی تفکرات منفی، روش‌های رفتاری ثمربخش را می‌آموزند که این مهارت‌ها آن‌ها را با منابع ارزشمندی در زندگی مواجه می‌سازد. افراد تحت‌تأثیر این آموزش‌ها این توانایی را پیدا خواهند کرد که تفکرات خودکار و عواطف تداعی‌کنندهٔ آن‌ها و همچنین مدارک برای تأیید و رد تأیید آن‌ها را فراهم کنند و به‌نوعی خودآگاهی برسند (۲۲). باتوجه به اینکه پیروان رویکرد شناختی‌ـ رفتاری اعتقاد دارند وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می‌تواند تفسیر و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال کند و به‌دنبال آن روحیات و رفتارهای نامناسب ظاهر شود، آموزش شناختی‌ـ رفتاری به افراد می‌تواند در بهبود استرس ادراک‌شدهٔ بیماران مؤثر باشد و به توانایی آنان برای انتقال روشن، صحیح و مؤثر افکار، احساسات،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

نیازها و خواسته‌هایشان بستگی دارد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ راهبردهای مقابله با درد، تفاوت معناداری وجود داشت؛ به عبارت دیگر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بود. این یافته با یافته‌های پژوهش مجید و سوداک مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر درد مزمن (۱۳) و نیز پژوهش مظفری‌ـ مطلق و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر مدیریت درد مزمن بیماران مبتلا به سرطان پستان (۱۴)، همسوست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان شناختی‌ـ رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا به‌وسیلهٔ تغییردادن رفتارها، احساسات، نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی و رفتارهای غیرانطباقی را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین سازد و از این طریق در کاهش درد کمک کند. به عبارت دیگر، درمان شناختی‌ـ رفتاری با کاهش افکار غیرمنطقی افراد مبتلا به سرطان ازجمله فاجعه‌آمیز جلوه‌دادن شدت درد و کنترل رفتارهای غیرانطباقی مانند انجام فعالیت‌های شغلی و روزمره باعث می‌شود بیماران مبتلا به سرطان نگرش‌های منفی خود را دربارهٔ درد کاهش دهند و از این طریق درد در آنان کاهش پیدا کند. مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری به بهبودی بیماران مبتلا به سرطان در حین درمان یا پس از دورهٔ درمان، کمک می‌کند و مداخلات رفتاری در بهینه‌سازی سیستم ایمنی بدن در طول یک دورهٔ آسیب‌پذیر نقش عمده‌ای دارد. در جلسات درمانی شناختی‌ـ رفتاری گروهی با ایجاد تغییر در شیوه‌های ناسازگارانهٔ تفکر و احساسات درواقع بیماران توجه‌برگردانی، تفسیر مجدد از درد، نادیده‌انگاشتن درد و گفت‌وگو با خود را یاد می‌گیرند و با ایجاد تغییر در شیوه‌های رفتاری بیماران، افزایش فعالیت را می‌آموزند. روش‌هایی چون الگودهی، کسب تجربیات موفقیت‌آمیز و تقویت اجتماعی ازجمله روش‌های رایجی است که در برنامه‌های شناختی‌ـ رفتاری درد به‌کار گرفته می‌شود (۱۳)؛ بنابراین پذیرفتنی است که راهبردهای مقابله با درد درنتیجهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری افزایش پیدا می‌کند.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بود که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کند و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. از محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر می‌توان محدودبودن نتایج پژوهش را به بیماران مبتلا به سرطان خون بیان کرد. این پژوهش تنها روی جمعیت بیماران مبتلا به سرطان خون شهر اصفهان صورت گرفت و در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود، این پژوهش در گروه نمونهٔ دیگر نیز انجام شود و نتایج آن ارزیابی گردد و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می‌شود این پژوهش در سایر شهرها صورت گیرد و نتایج آن ارزیابی شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به‌صورت مشاورهٔ فردی نیز پیگیری شود. همچنین وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان‌ها و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، با اجرای کارگاه‌های درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان شناختی‌ـ رفتاری، زمینه را برای آشنایی هرچه‌بیشتر روان‌شناسان، پزشکان و پرستاران با مفاهیم درمان شناختی‌ـ رفتاری و درمان شناختی‌ـ رفتاری فراهم کنند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش اضطراب و استرس ادراک‌شده و افزایش راهبردهای مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان خون مؤثر است و می‌توان از این درمان درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان خون استفاده کرد. باتوجه به تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر اضطراب، استرس ادراک‌شده و راهبردهای مقابله با درد بیماران پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان از درمان شناختی‌ـ رفتاری به‌صورت گروهی بهره گیرند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام‌خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد؛ همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد. همچنین فرم رضایت شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان گرفته شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش است. همچنین مجوز اجرای پژوهش حاضر بر گروه مطالعه‌شده در بیمارستان سیدالشهداء اصفهان با شماره نامهٔ ۱۰۷ صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. Baitar A, Buntinx F, De Burghgraeve T, Deckx L, Schrijvers D, Wildiers H, et al. The influence of coping strategies on subsequent well-being in older patients with cancer: a comparison with 2 control groups. Psycho-Oncology. 2018;27(3):864–70. https://doi.org/10.1002/pon.4587
2. Narimani M, Eyni S. Relationship between meaning of life, self- compassion and sense of coherence with perceived stress in cancer patients. Iranian Journal of Cancer Care. 2020;1(3):1-10. doi: 10.29252/ijca.1.3.1
3. Miller K, Wang M, Gralow J, Dickler M, Cobleigh M, Perez EA. Paclitaxel plus bevacizumab versus paclitaxel alone for metastatic breast cancer. N Engl J Med. 2007; 357(26):2666-76. doi: 10.1056/NEJMoa072113

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]

4. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Crespi CM, Bower JE. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. J Consult Clin Psychol. 2017;85(4):397–402. https://doi.org/10.1037/ccp0000186
5. Brunault P, Champagne AL, Huguet G, Suzanne I, Senon JL, Body G, et al. Major depressive disorder, personality disorders, and coping strategies are independent risk factors for lower quality of life in non-metastatic breast cancer patients: psychological risk factors for lower quality of life after breast cancer. Psycho-Oncology. 2016;25(5):513–20. https://doi.org/10.1002/pon.3947
6. Chambers SK, Ritterband LM, Thorndike F, Nielsen L, Aitken JF, Clutton S, et al. Web-delivered cognitive behavioral therapy for distressed cancer patients: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2018 31;20(1):42. https://doi.org/10.2196/jmir.8850
7. Giardini A, Pisoni C, Giorgi I, Scoccia E. ICF, quality of life, and depression in breast cancer: perceived disability in disease-free women 6 months after mastectomy. Support Care Cancer. 2013;21(9):2453-60. doi: 10.1007/s00520-013-1794-7
8. Dezutter J, Dewitte L, Thauvoye E, Vanhooren S. Meaningful coping with chronic pain: Exploring the interplay between goal violation, meaningful coping strategies and life satisfaction in chronic pain patients. Scand J Psychol. 2017;58(1):29–35. https://doi.org/10.1111/sjop.12339
9. Emmert K, Breimhorst M, Bauermann T, Birklein F, Rebhorn C, Van De Ville D, et al. Active pain coping is associated with the response in real-time fMRI neurofeedback during pain. Brain Imaging Behav. 2017;11(3):712–21. https://dx.doi.org/10.1007/s11682-016-9547-0
10. Sarid O, Berger R, Segal-Engelchin D. The impact of cognitive behavioral interventions on SOC, perceived stress and mood states of nurses. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;2(2):928–32. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.128
11. Borji M, Nourmohammadi H, Otaghi M, Salimi AH, Tarjoman A. Positive effects of cognitive behavioral therapy on depression, anxiety and stress of family caregivers of patients with prostate cancer: a randomized clinical trial. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(12):3207–12. https://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.12.3207
12. Naseri Saleh Abad A, Bakhtiari M, Lotfi Kashani F, Habibi M. The comparison of effectiveness of treatment based on acceptance and commitment with cognitive-behavioral therapy in reduction of stress and anxiety in cancer patients. Int J Cancer Res Prev. 2016;9(3):229–46.
13. Majeed MH, Sudak DM. Cognitive behavioral therapy for chronic pain—one therapeutic approach for the opioid epidemic. J Psychiatr Pract. 2017;23(6):409–14. https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000262
14. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari AA. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive-behavioral therapy in breast cancer pain management. Iranian Quarterly Journal of Breast Disease. 2020;13(1):35–45. [Persian] http://dx.doi.org/10.30699/ijbd.13.1.35
15. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein RA. Global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24:385-96.
16. Maroufizadeh S, Zareiyan A, Sigari N. Reliability and validity of Persian version of Perceived Stress Scale (PSS-10) in adults with asthma. Arch Iran Med. 2014;17(5):361–5.
17. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56:893–7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
18. Khesht-Masjedi MF, Omar Z, Kafi Masoleh SM. Psychometrics properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory in North of Iranian adolescents. International Journal of Educational and Psychological Researches. 2015;1(2):145–53. https://doi.org/10.4103/2395-2296.152233
19. Rosenstiel AK, Keefe FJ. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain. 1983;17(1):33–44. https://doi.org/10.1016/0304-3959(83)90125-2
20. Saffari M, Pakpour AH, Yaghobidoot M, Al Zaben F, Koenige HG. Cross-cultural adaptation of the spinal cord lesion-related coping strategies questionnaire for use in Iran. Injury. 2015;46(8):1539–44. https://doi.org/10.1016/j.injury.2015.04.035
21. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck Anxiety Inventory and the Hamilton Anxiety Rating Scale with anxious outpatients. J Anxiety Disord. 1991;5(3):213–23. https://doi.org/10.1016/0887-6185(91)90002-B
22. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. World Psychiatry. 2016;15(3):245–58. https://doi.org/10.1002/wps.20346

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-14]