مقاله پژوهشی
Original Article

تدوین و ارزیابی اثربخشی برنامهٔ شناختی رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی**

*سنا رجبی[1]، ژانت‌هاشمی[2]، شهلا پزشک[3]

Developing and Assessing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Programs on Body Image in Children with Cancer

Sana Rajabi[1], Janet Hashemi[2], Shahla Pezeshk[3]

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۴، شماره ۹، پاییز ۱۳۹۳، ۳۵-۲۸

MEJDS, Vol 4, No. 9, Autumn 2013, 28-35

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی برنامهٔ آموزشی مبتنی بر روش‌شناختی رفتاری بر تصویر بدنی کودکان سرطانی است.

روش‌بررسی: روش تحقیق این مطالعه شبه‌آزمایشی با ساختار یک گروه آزمایش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. نمونهٔ آماری پژوهش ۷ نفر از کودکان ۱۰ تا ۱۵ ساله‌ای بودند که در بیمارستان فوق تخصصی کودکان مفید و بیمارستان شهدای شهر تهران بستری بودند. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، پرسشنامهٔ نگرانی دربارهٔ تصویر بدنی بود. در این پژوهش جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده، از روش t وابسته استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مقدار t معنادار نبوده؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های آموزشی مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی در کودکان سرطانی تأثیر ندارد.

نتیجه‌گیری: در این پژوهش به تأثیر برنامه‌های مبتنی بر روش شناختی‌رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی پرداخته شد؛ اما پژوهش حاضر نشان داد برنامه‌های مبتنی بر روش شناختی رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی تأثیر نداشت و به‌نظر می‌رسد این ناهمسویی به‌خاطر محدودیت‌هایی است که در حین اجرا وجود داشته است. همچنین نمره‌های خام نشان دادند که این روش بر تعدادی از کودکان اثر داشته که ممکن است این تفاوت اثر به‌خاطر شرایط خانوادگی، اجتماعی و مؤلفه‌های دیگر بوده باشد.

کلیدواژه‌ها: برنامه‌های شناختی‌رفتاری، تصویر بدنی، کودکان سرطانی.

Abstract

Objective: We aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral educational programs for body image in children with cancer.

Methods & Materials: A Quasi-Experimental study of pretest-posttest design was conducted. The statistical sample consisted of seven 10-15 year-old children hospitalized in Mofid Children's Hospital and Tehran's Shohada Hospital. Convenience sampling was used to select the subjects. The Body Image Concern Inventory (BICI) was used to collect data. Dependent t-test was used to analyze data.

Results: In our study the 't' value was not significant. Hence, we concluded that cognitive-behavioral educational programs for body image were not effective in children with cancer.

Conclusion: In this study we investigated the effect of educational cognitive-behavioral programs for body image. However, our data indicated that educational cognitive-behavioral programs for body image were not effective in children with cancer. It seems that our results were due to limitations and problems at the time of implementation of the study. Moreover, the raw data indicated that this method was effective on some children. Probably, this discrepancy resulted from social and familial circumstances and other issues.

Keywords: Cognitive-Behavioral Programs, Body Image, Children With Cancer.

دریافت: ۱۳۹۲/۱۱/۲۹ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۴

Received: 18/2/2014 Accepted: 15/3/2014

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران؛ ۲. دکترای روانشناسی، استادیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران؛ ۳. دکترای روانشناسی کودکان استثنایی، استادیار، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران، ***آدرس نویسندهٔ مسئول:** تهران، انتهای اتوبان همت، دهکدهٔ المپیک، دانشگاه علامه طباطبایی؛ ***تلفن:** ۰۹۱۸۳۳۷۵۰۱۸، ***رایانامه:** sana_r1366@yahoo.com

** این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد است.

1. MS in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran; 2. PhD in Psychology, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran; 3. PhD in Psychology, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, School of Psychology and Educational Sciences, Tehran, Iran. ***Corresponding author's address:** Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Allameh Tabataba'i University, Hemmat Exp., Dehkadeh-ye-Olympic, Tehran, Iran. ***Tel:** 0918-3375018; ***Email:** sana_r1366@yahoo.com

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

مقدمه

واژهٔ سرطان اصطلاحی است که یک فرآیند پیچیدهٔ جسمی را توصیف می‌کند که در آن، سلول‌های بافت‌های متعدد بدن به‌طور کنترل‌نشده‌ای، رشد می‌کنند و نهایتاً به‌شکل یک تومور درمی‌آیند. سرطان ایجادشده در یک بافت، به بافت‌های اطراف آسیب می‌رساند و در کارکرد طبیعی آن‌ها تداخل ایجاد کرده و منجر به گسترش بیماری به کل بدن می‌شود (۱).

سرطان در کودکان در مقایسه با بزرگسالان دارای تنوع بیشتری است (۲). طبق بررسی‌های انجام‌گرفته در جمعیت ایرانی، میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان، در کودکان زیر ۵ سال، حدود ۴ درصد و در کودکان ۵ تا ۱۵ سال، حدود ۱۳ درصد برآورد شده است (۳). در آمریکا نیز هر ساله حدود ۱۲۴۰۰ کودک و نوجوان کمتر از ۲۰ سال، مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شوند (۴).

بررسی‌های انجام‌شده در افراد مبتلا به این بیماری نشان می‌دهد که میزان آن در تمام سنین، رو به افزایش است؛ با این حال، پیشرفت علم پزشکی منجر به افزایش میزان زنده‌ماندن کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان شده است (۵). این افزایش بهبودی و زنده‌ماندن، موضوع اثرات جانبی را مطرح می‌کند (۶)، تجربهٔ این اثرات و فشار مربوط به آن‌ها تأثیرات زیادی روی کیفیت زندگی بیماران و حتی مراحل تکمیل درمان می‌گذارد (۷) و کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان را در طول درمان، شدیداً تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸). همچنین، بیماری بر جنبه‌های متعدد و مختلف زندگی بیماران و حتی مراقبان و اطرافیان آنان تأثیر می‌گذارد (۷،۹).

به‌طور کلی، سرطان در دوران کودکی و نوجوانی به‌شدت بهزیستی روانشناختی آنان را دچار آسیب می‌نماید. مشکلات جسمی ناشی از سرطان، شامل: خستگی، تمرکز ضعیف (۱۰)، کارکرد بد قلب، مشکلات رشدی، چاقی و ناباروری هستند (۱۱). مشکلات شناختی مثل مشکلات ادراک و حافظه نیز به فراوانی در این بیماران، گزارش شده است (۱۲). دیده شده که درد و خستگی در کودکان مبتلا به سرطان پیشرفته، تأثیرات زیادی روی بهزیستی روانشناختی آن‌ها می‌گذارد (۱۳).

تحقیقات نشان می‌دهد که تشخیص سرطان و حتی احتمال بروز آن، می‌تواند بر جنبه‌های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی فرد تأثیر بگذارد (۱۴). این بیماری و پیامدهای آن تأثیر قابل توجهی روی زندگی بیماران در دوره‌ای از فشارهای عاطفی شدید، دارد (۱۵). پیشگیری از بروز سرطان در کودکان دارای اهمیت ویژه‌ای است (۱۶). تغییر نگرش‌ها به سرطان موجب شد که در دهه‌ی ۱۹۷۰ در رشتهٔ انکولوژی، شاخهٔ فوق تخصصی به نام سرطان‌شناسی روانی[۳۵] به وجود آید. معنی دقیق این رشته، مطالعهٔ جنبه‌های روانشناختی سرطان است. این رشته، با دو جنبه از این بیماری؛ یعنی تأثیر سرطان و درمان آن بر عملکرد روانشناختی و اجتماعی بیماران و خانواده‌ها و مراقبین آن‌ها و نقش عوامل روانی-اجتماعی و رفتارها در بروز و دوام سرطان سروکار دارد (۱۷).

سرطان در میان کودکان پیش از مدرسه و نوجوانان به‌فراوانی تشخیص داده شده است و موضوع‌های سازگاری و تصویر بدنی مورد اهمیت قرار گرفته است (۱۸). اغلب، کودکان مبتلا به سرطان به‌همراه تغییرات پایدار یا موقتی در ظاهر خود که ناشی از درمان است، مثل ریختن مو، تغییرات وزن، مشکلات پوستی، جای زخم یا قطع عضو مواجه می‌شوند که باعث ایجاد استرس زیادی در آن‌ها می‌شود (۱۹). به‌طور مثال، ریختن موها که در اثر درمان‌های مربوط به سرطان ایجاد می‌شود، موجب ازدست‌دادن احساس جذابیت و زیبایی می‌شود (۲۰) که این موارد تأثیری منفی روی تصویر بدنی و جنبه‌های مربوط، می‌گذارد (۲۱).

در بسیاری از این موارد، کودکان مبتلا، اظهار می‌دارند که این‌گونه تغییرات برای آن‌ها فشارآورترین موضوع در تجربهٔ سرطان است. این‌گونه تغییرات در ظاهر فرد در طول درمان می‌تواند منجر به دسته‌ای از پیامدهای روانشناختی مثل مسخره‌شدن از جانب دیگران، کاهش عزت نفس، مشکلاتی در تعاملات اجتماعی و ارتباط با همسالان، نگرانی‌های تصویر بدنی و منزوی شدن شود (۲۲).

هر فردی تصویری ذهنی از بدن خود دارد که به‌عنوان تصویر بدنی شناخته می‌شود. تصویر بدنی به‌وسیلهٔ عوامل بین‌فردی، محیطی و فرهنگی شناخته می‌شود. کودکان هنگام تولد تصویر بدنی ندارند؛ اما همان‌طور که آن‌ها تدریجاً از بدن خود آگاهی به دست می‌آورند، تصویر بدنی‌شان رشد می‌کند (۲۳). در واقع از دورهٔ نوزادی به‌بعد، تحول بهنجار بوسیلهٔ یک طرحوارهٔ بدنی یکپارچه‌تر مشخص می‌شود که به‌طور تدریجی کامل‌تر می‌شود (۲۴). در طول زندگی، تصویر بدنی فرد در اثر عواملی مثل آگاهی جسمی، ازدست‌دادن یا تغییر در هریک از اجزا، تغییر می‌کند (۲۳).

1. Psycho oncology

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

از آنجایی که ادراک فرد از بدن خود، تأثیر زیادی بر شخصیت و رفتار او دارد، تصویر منفی از بدن موجب عوارض روانی شده که خواه‌ناخواه این عوارض در روحیات، حالات و روابط اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد. یکی از این عوارض اضطراب است (۲۵). تا همین اواخر تصور می‌شد که نوجوانی مرحله‌ای بحرانی است که در طول آن عوامل منفی و مثبت تأثیرات عمده‌ای روی تصویر بدنی می‌گذارند. باوجود این که نوجوانی، زمان بحرانی رشد جسمی و شخصی است، اما بیشتر تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که شکل‌گیری تصویر بدنی در سنین پایین‌تری آغاز می‌شود (۲۶).

در مطالعاتی که تاکنون انجام شده، نشان داده شده است که تصویر بدنی در بیماران سرطانی، به‌خاطر تغییرات و ضایعات ناشی از درمان دچار نقص است. به‌عنوان نمونه؛ بروور، گیتما، ورایس و پوستما[۳۶] گزارش کرده‌اند، مطالعاتی که روی تصویر بدنی کودکان سرطانی انجام شده، نشان داده که کودکانی که از تومورهای مغزی زنده مانده‌اند در خطر اضافه وزن و کودکانی که از دیگر سرطان‌ها جان سالم به در برده‌اند، در خطر کاهش وزن قرار دارند و بنابراین تصویر بدنی در آن‌ها تغییر می‌یابد (۲۷). آنونزیاتا، گیووانینی و موزاتی[۳۷] گزارش کردند که سرطان و درمان آن اثر منفی روی تصویر بدنی و ابعاد مربوط به تصویر بدنی که منجر به رنج‌های عاطفی و مشکلات مواجهه می‌شود، دارد (۲۸). تصویر بدنی با بسیاری از دیگر سازه‌های روانشناختی از قبیل گوشه‌گیری اجتماعی و افسردگی (۲۹)، کاهش عزت‌نفس، مشکلاتی در تعاملات اجتماعی و ارتباط با همسالان و احساس کناره‌گیری، مرتبط است (۲۲).

درمان‌های متعددی در این رابطه انجام گرفته که از جمله درمان‌های روانشناختی در جهت بهبود نقایص تصویر بدنی، درمان شناختی-رفتاری است. درمان‌های شناختی-رفتاری مکرراً جهت بیماران دچار بدشکلی استفاده شده است (۳۰) و با نتایج مؤثری همراه بوده است. برای نمونه؛ امینی‌خو اثربخشی روایت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر تصویربدنی و عزت‌نفس زنان مبتلا به سرطان سینه را بررسی کرد. نمونهٔ این تحقیق ۳۰ زن مبتلا به سرطان بود که به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، روایت‌درمانی و گواه قرار داده شدند. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که روایت‌درمانی و درمان شناختی-رفتاری در بهبود تصویر بدنی و عزت‌نفس زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر هستند. در این بین؛ درمان شناختی-رفتاری در قیاس با روایت‌درمانی بر تصویر بدنی این زنان اثربخش‌تر و روایت‌درمانی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بر عزت‌نفس این زنان مؤثرتر بود. پترسون و همکاران نیز اثربخشی این درمان را بر تصویر بدنی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی تأیید کرده‌اند. رهبریان، ترخان و جلالی پژوهشی را به‌منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی انجام دادند. این مطالعه به روش شبه‌تجربی و بر روی ۳۰ نفر از زنان دچار سوختگی دو و سه که در بیمارستان شهید رجایی شهر قزوین بستری بودند اجرا شد. شرکت‌کنندگان به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. نتایج این پژوهش حاکی از وجود تفاوت معنادار بین دو گروه آزمون و شاهد بود. همچنین تفاوت بین دو گروه آزمون و شاهد در پیگیری یک‌ماه بعد نیز معنادار بود؛ بنابراین درمان شناختی-رفتاری گروهی، عامل بهبود تصویر بدن زنان دچار سوختگی بود.

این روش درمانی سعی دارد ادراک و شناخت فرد آسیب‌دیده از خود را تغییر دهد (۳۱). اساس درمان شناختی-رفتاری این است که افکار خودآیند، علت رفتارهای غیرانطباقی هستند. افراد باید راه‌های جدید تفکر را بیاموزند تا ناامیدی در این افراد کاهش یابد و بتوانند در طرح مراقبت از خود شرکت نمایند (۳۲).

این درمان تاکنون در مورد کودکان انجام نشده بود و ما در این پژوهش اثر برنامه‌های آموزشی مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری را بر تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان مطالعه کردیم.

روش‌بررسی

روش تحقیق این مطالعه شبه‌آزمایشی با ساختار یک گروه آزمایش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. برنامهٔ آموزشی مبتنی بر روش شناختی-رفتاری در این پژوهش به‌صورت انفرادی انجام شد. نمونه‌ها به‌صورت انفرادی در معرض متغیر مستقل که برنامهٔ شناختی-رفتاری تدوین‌شده است، قرار گرفته و این برنامه‌ها به آن‌ها ارائه شد. در آغاز و پایان درمان سؤالات پرسشنامه از نمونه پرسیده شد. جامعهٔ آماری این پژوهش، همهٔ کودکان مبتلا به سرطان شهر تهران بودند. نمونهٔ آماری پژوهش ۷ نفر از کودکان ۱۰ تا

1. Brouwer, Gietem, Kamps, Vries, Postma
2. Annunziata, Giovannini, Muzzatti

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

۱۵ سالهٔ بستری در بیمارستان فوق تخصصی کودکان مفید و بیمارستان شهدای شهر تهران بودند و علت محدودبودن نمونه عدم همکاری مسئولان بیمارستان، مدت‌زمان محدود بستری‌بودن اکثر کودکان در بیمارستان و دسترسی‌نداشتن به آن‌ها برای اجرای برنامه‌ها بود. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس انجام شد.

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، پرسشنامهٔ نگرانی دربارهٔ تصویر بدنی (لیتلتون و همکاران[38]، ۲۰۰۵) بود. این پرسشنامه، حاوی ۱۹ ماده است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد دربارهٔ ظاهرش می‌پردازد. در این ابزار از آزمودنی خواسته می‌شود در مورد هر یک از ماده‌ها، میزانی که آن ماده احساسات یا رفتارش را نشان می‌دهد، روی مقیاسی از ۱ تا ۵ درجه‌بندی کند. در این مقیاس نمرهٔ ۱ به معنای این است که «هرگز این احساس را نداشته‌ام یا این کار را انجام نداده‌ام» و نمرهٔ ۵ به معنای «همیشه این احساس را دارم یا این کار را انجام می‌دهم» است. نمرهٔ کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمرهٔ بیشتر، نشانگر بالابودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است.

لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که این ابزار از اعتبار و روایی بسیار مطلوبی برخوردار است. اعتبار این پرسشنامه، به‌روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ٪۹۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی هریک ازسؤالات با نمرهٔ کل پرسشنامه از ۷۳-۳۲ درصد با میانگین ۶۲ درصد بوده است. روایی همگرای این ابزار از طریق محاسبهٔ ضریب همبستگی آن با پرسشنامهٔ وسواس اجباری پادوا[39] و پرسشنامهٔ اختلالات خوردن[40]، بررسی شده و ضرایب همبستگی آن با این ابزارها به‌ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴ به دست آمده است (P<۰/۰۱).

در ایران نیز شاخص‌های روان‌سنجی این پرسشنامه بررسی شده و برای این منظور، ۲۰۹ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شیراز به شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامهٔ نگرانی دربارهٔ تصویر بدنی پاسخ دادند. اعتبار این پرسشنامه به دو شیوهٔ دونیمه‌سازی و همسانی درونی بررسی گردید که به‌ترتیب، ضرایب اعتبار ۰/۶۶ و ۰/۸۴ حاصل شد. برای مطالعهٔ روایی پرسشنامهٔ مزبور، از روش روایی سازه (تحلیل عوامل و همبستگی خرده‌آزمون‌های این پرسشنامه) استفاده شد. نتیجهٔ تحلیل عوامل، با استفاده از روش چرخشی ابلیک[41] و براساس آزمون اسکری[42]، بیانگر وجود دو عامل نارضایتی از بدن و تداخل دربارهٔ عملکرد اجتماعی در این پرسشنامه بود که در مجموع ۳۹/۸۸ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌نمود. ضرایب همبستگی این عوامل با کل آزمون به‌ترتیب، ۰/۸۷ و ۰/۸۲ بود و ضریب همبستگی این دو عامل با هم نیز ۰/۴۵ به دست آمد.

جهت انجام این پژوهش، پژوهشگر ابتدا با مراجعه به بیمارستان فوق تخصصی کودکان مفید شهر تهران و بیمارستان شهدا، بخش کودکان سرطانی بهنام دهش‌پور، نمونه‌های مورد نظر را انتخاب کرده و هماهنگی‌های لازم را انجام داد. سپس، به‌دلیل شرایط بیمارستان و درمان کودکان که امکان تشکیل جلسات به‌صورت گروهی وجود نداشت، جلسات به‌صورت انفرادی برگزار شد. نمونه‌ها در ۸ جلسهٔ ۴۵ دقیقه‌ای به‌مدت ۳ هفته، شرکت کردند و در پایان جلسهٔ هشتم مجدداً به سؤالات پرسشنامه پاسخ گفتند.

برنامه‌های آموزشی مبتنی بر روش شناختی-رفتاری با اقتباس ازهارت و رولینز، ۲۰۱۱، تدوین شد. در این اثر، برنامه‌هایی به‌صورت اختصاصی و عمومی برای بهبود تصویر بدنی در کودکان با تصویر بدنی منفی، ارائه شده است.

این پژوهش در ۸ گام اجرا شد و هر جلسه به‌مدت ۴۵ دقیقه طول کشید.

گام اول: ارزیابی تصویر بدنی؛ ارزیابی تصویر بدنی آزمودنی برای پیداکردن سطوح تصویر بدنی، توسط یک‌سری از پرسشنامه‌های خودارزیابی و تعیین اهداف برای تغییر تصویر بدنی؛

گام دوم: اطلاع دیدگاه‌های کودک راجع به زیبایی؛ در این مرحله با استفاده از سؤال‌هایی مثل اینکه چه حیوانات و یا انسان‌هایی زیبا هستند و کشف دیدگاه‌های کودک راجع به زیبایی؛

گام سوم: اطلاع از دیدگاه فرد راجع به زیبایی خود؛

گام چهارم: اطلاع از واردکردن لطمات ناشی از این دیدگاه‌ها به زندگی روزمره یا روابط فرد؛

گام پنجم: تغییر در دیدگاه‌های منفی؛

گام ششم و هفتم: تمرین‌های رفتاری برای تغییر شناخت (از قبیل آگاهی بدنی برای بچه‌ها، قالب‌های بدنی، نقاشی بدن و صورت، ساختن کلاه)؛

1. Littleton
2. Padua Inventory
3. Eating Disorder Inventory

4. Obelled Rotation
5. Scree Test

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

گام هشتم: مقابله با اسنادهای ناکارآمد و استنباط‌های تحریف‌شده در رابطه با بدن و نحوهٔ مقابله با نتایج باورهای غیرمنطقی.

در این پژوهش این تحلیل‌ها به‌وسیلهٔ نرم‌افزار (SPSS)[1] انجام گرفت و جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده، از آزمون t وابسته استفاده شد. ابتدا آمار توصیفی جهت مرتب‌کردن اطلاعات استفاده شد. بر این مبنا داده‌های حاصل از پژوهش در جداول مربوطه نشان داده شد. بخش دوم تحلیل داده‌ها مبتنی بر استنباط آماری صورت گرفت. همچنین، بنابر گفتار دلاور، این آزمون، ما را قادر می‌سازد با نمونه‌های کوچک نیز اطلاعاتی دربارهٔ جامعه به دست آوریم.

یافته‌ها

جدول ۱. جدول توصیفی گروه نمونه براساس سن و جنس

نمونه	اطلاعات جمعیت‌شناختی		
	سن	جنس	نوع بیماری
۱	۱۰ سال	مذکر	سرطان خون
۲	۱۲ سال	مذکر	سرطان خون
۳	۱۲ سال	مؤنث	سرطان خون
۴	۱۳ سال	مؤنث	سرطان خون
۵	۱۱ سال	مؤنث	سرطان خون
۶	۱۳ سال	مؤنث	سرطان خون
۷	۱۳ سال	مذکر	سرطان خون

جدول ۲. شاخص‌های آماری برای تصویر بدنی و خرده‌آزمون‌ها (پیش‌آزمون، پس‌آزمون)

شاخص / سبک	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار P
	میانگین	انحراف‌استاندارد	میانگین	انحراف‌استاندارد	
تصویر بدنی	۷۱/۲۸۷۵	۱۰/۷۸۱۳۸	۷۰/۷۱۴۳	۱۰/۷۵۰۴۲	۰/۱۰۳
نارضایتی ظاهر	۴۱/۴۲۸۶	۹/۱۰۷۸۲	۴۱/۲۸۵۷	۹/۲۶۸۴۸	۰/۳۵۶
تداخل در عملکرد	۲۹/۸۵۷۱	۵/۱۴۵۵۰	۲۹/۴۲۸۶	۴/۸۲۵۵۳	۰/۲۰۰

فرضیهٔ پژوهش حاکی از این است که برنامه‌های آموزش مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی تأثیر دارد؛ اما باتوجه به اطلاعاتی که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود مبنی بر این که تفاوت معناداری در انحراف استاندارد پیش‌آزمون (۱۰/۷۸) و پس‌آزمون (۱۰/۷۵)، وجود ندارد، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های آموزش مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی تأثیر ندارد.

بحث

این پژوهش در کودکان سرطانی بستری در بیمارستان فوق تخصصی کودکان مفید و بیمارستان شهدای شهر تهران با هدف تعیین اثربخشی برنامهٔ آموزشی مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر تصویر بدنی کودکان سرطانی انجام شد. یافته‌ها براساس داده‌های مندرج در جدول ۲، نشان داد که فرضیهٔ پژوهش در سطح $\alpha=0/05$ معنادار نیست، لذا می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های آموزش مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی، تأثیر ندارد. این نتایج با تحقیقاتی که تاکنون در این زمینه انجام شده ناهمسو است. به‌عنوان نمونه، ایزدی اجیرلو، بهمنی و قنبری مطلق، اثربخشی مداخلهٔ شناختی-رفتاری بر اصلاح تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی (۳۳)، رهبریان، ترخان و جلالی، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خودپنداشت و تصویر بدنی زنان دچار سوختگی (۳۴)، صادقی و همکاران، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در رضایت از تصویر بدنی افراد مبتلا به چاقی (۳۵)، پترسون و همکاران، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تصویر بدنی زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی، کش و هرابوسکی، اثربخشی روش شناختی-رفتاری بر تصویر بدنی منفی دانشجویان (۳۶)، استراچان و کش، اثربخشی درمان‌های مختلف شناختی-رفتاری بر بهبود تصویر بدن (۳۷) را نشان دادند.

درمان‌های متعددی در رابطه با تصویر بدنی انجام گرفته است که از جمله درمان‌های روان‌شناختی در جهت بهبود نقایص تصویر بدنی، درمان شناختی-رفتاری است. درمان‌های شناختی رفتاری مکرراً جهت بیماران دچار بدشکلی استفاده شده است. روش‌های شناختی در این زمینه به‌طور موفقیت‌آمیزی عمل می‌کنند. اغلب تحقیقات کاربردی در مورد تصویر بدن از رویکرد شناختی-رفتاری تأثیر پذیرفته است. این روش درمانی سعی دارد ادراک و شناخت فرد آسیب‌دیده از خود را تغییر دهد. اساس درمان شناختی-رفتاری این است که افکار خودآیند، علت

1. Statistical Package for Social Science

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

رفتارهای غیرانطباقی هستند و راه‌های جدید تفکر را به فرد می‌آموزد تا ناامیدی در آن‌ها کاهش یابد. درمان شناختی-رفتاری تاکنون بارها در زمینهٔ کاهش نقایص تصویر بدنی استفاده شده و با نتایج مؤثر همراه بوده است.

از طرفی، باتوجه به تأثیر برنامه‌های آموزشی تدوین شدهٔ مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر بعضی از کودکان، باتوجه به نمره‌های خام، به نظر می‌آید که این ناهمسویی به‌خاطر محدودیت در دسترسی به نمونه‌های بیشتر و شرایط بیمارستان و نیز، محدودیت‌هایی است که در انجام پژوهش وجود داشته است. همچنین باتوجه به اینکه سرطان از جملهٔ بیماری‌های سخت در کودکان است، درمان‌هایی از این دست کمتر در آنان تأثیر خواهد داشت. البته این مسئله به‌طور خاص در مورد کودکان است که نیاز به همکاری و حمایت بیشتر خانواده و مسئولان وجود دارد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش؛ محدودیت مکان مناسبی برای اجرای پژوهش بود و این جلسات آموزشی در فضای اتاقی که چندین بیمار دیگر و در همهٔ سنین حضور داشتند، انجام می‌شد. در این مکان‌ها مسائل روان‌شناختی شناخته شده نیست و صرفاً درمان پزشکی انجام می‌شود و همچنین حضور والدین نیز باعث تداخل در اجرای صحیح گام‌های آموزشی می‌شد.

نتیجه‌گیری

تصویر بدنی در میان کودکان و نوجوانان از اهمیت زیادی برخوردار است و این موضوع در ارزیابی کیفیت زندگی دارای اهمیت زیادی است. درمان سرطان منجر به تغییرات عمده‌ای در ظاهر بیمار می‌شود که این تغییرات چالش‌های زیادی را در زندگی وی ایجاد می‌کند و باعث می‌شود با تصویر بدنی خود کشمکش داشته باشد. تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی شناخته شده است. در این پژوهش به تأثیر برنامه‌های مبتنی بر این روش بر پذیرش تصویر بدنی پرداخته شد؛ اما پژوهش حاضر نشان داد برنامه‌های مبتنی بر روش شناختی-رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی تأثیر نداشت و به نظر می‌رسد این ناهمسویی به‌خاطر محدودیت‌هایی است که در حین اجرا وجود داشته است. همچنین نمره‌های خام نشان می‌دهند که این روش بر تعدادی از کودکان اثر داشته است که ممکن است این تفاوت اثر بخاطر شرایط خانوادگی، اجتماعی و مؤلفه‌های دیگر نیز باشد.

پیشنهادات

باتوجه به مسائل مطرح‌شده، پیشنهاد می‌شود از این روش در شرایط بهتر و باتوجه به متغیرهای دیگر از جمله شرایط خانوادگی، اجتماعی، سن و جنس استفاده شود و همچنین، توصیه می‌شود که مکان‌هایی برای انجام پژوهش‌ها و کمک‌های روانشناختی تخصیص داده شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]

References

1. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. Clin Psychol Rev. 2002;22(4):499-524.
2. Waldo Emerson N. Nelson Textbook of Pediatrics. Movahedi M, Tohidifar MH. (Persian translator). 4th ed. Yazd: Yazd Publication; 2001, pp:89-93.
3. Mehranfar M, Younesi J, Banihashem A. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reduction of depression and anxiety symptoms in mothers of children with cancer. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2012;5(1):1-9. [Persian]
4. Ries LAG, Melbert D, Krapcho M, Stinchcomb DG, Howlader N, Horner MJ, et al. SEER cancer statistics review, 1975-2005. Bethesda, MD: National Cancer Institute. 2008;1975-2005.
5. Li HCW, Chung OKJ, Chiu SY. The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. Cancer Nurs. 2010;33(1):47-54.
6. Evan EE, Zeltzer LK. Psychosocial dimensions of cancer in adolescents and young adults. Cancer. 2006;107(7 Suppl):1663-71.
7. Woodgate RL, Degner LF, Yanofsky R. A different perspective to approaching cancer symptoms in children. J Pain Symptom Manage. 2003;26(3):800-17.
8. Hinds PS, Gattuso JS, Fletcher A, Baker E, Coleman B, Jackson T, et al. Quality of life as conveyed by pediatric patients with cancer. Qual Life Res. 2004;13(4):761-72.
9. Peterson CB, Wimmer S, Ackard DM, Crosby R, Cavanagh LC, Engbloom S, et al. Changes in body image during cognitive-behavioral treatment in women with bulimia nervosa. Body Image. 200;1(2):139-53.
10. Skaali T, Fosså SD, Andersson S, Cvancarova M, Langberg CW, Lehne G, et al. Self-reported cognitive problems in testicular cancer patients: relation to neuropsychological performance, fatigue, and psychological distress. J Psychosom Res. 2011;70(5):403-10.
11. Li HCW, Lopez V, Joyce Chung OK, Ho KY, Chiu SY. The impact of cancer on the physical, psychological and social well-being of childhood cancer survivors. Eur J Oncol Nurs. 2013;17(2):214-9.
12. Kohli S, Griggs JJ, Roscoe JA, Jean-Pierre P, Bole C, Mustian KM, et al. Self-reported cognitive impairment in patients with cancer. J Oncol Pract. 2007;3(2):54-9.
13. Wolfe J, Grier HE, Klar N, Levin SB, Ellenbogen JM, Salem-Schatz S, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. N Engl J Med. 2000;342(5):326-33.
14. Ferrer AJ. The effect of live music on decreasing anxiety in patients undergoing chemotherapy treatment. J Music Ther. 2007;44(3):242-55.
15. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. J Psychosom Res. 2003;55(5):403-9.
16. Anderson LM. Environmental genotoxicants/carcinogens and childhood cancer: filling knowledge gaps. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2008;38(2):50-63.
17. Poorafkari N. Psycho-Oncology. Student Congress cancer. School of Medicine. Shahed University. 2004. [Persian].
18. Eiser C, Jenney ME. Measuring symptomatic benefit and quality of life in paediatric oncology. Br J Cancer. 1996;73(11):1313-6.
19. Wallace ML, Harcourt D, Rumsey N, Foot A. Managing appearance changes resulting from cancer treatment: resilience in adolescent females. Psychooncology. 2007;16(11):1019-27.
20. Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care--a literature study. Eur J Cancer Care (nEgl). 2001;10(3):147-63.
21. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. Eur J Cancer. 2001;37(2):189-97.
22. Hart R, Rollins J. Therapeutic Activities for Children and Teens Coping with Health Issues. John Wiley & Sons; 2011.
23. Münstedt K, Manthey N, Sachsse S, Vahrson H. Changes in self-concept and body image during alopecia induced cancer chemotherapy. Support Care Cancer. 1997;5(2):139-43.
24. Cash TF, Pruzinsky T. Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice. Guilford Publication; 2002.
25. Biby EL. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychol. 1998;54(4):489-99.
26. Ricciardelli LA, McCabe MP. Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. Clin Psychol Rev. 2001;21(3):325-44.

27. Brouwer C a. J, Gietema JA, Kamps WA, de Vries EGE, Postma A. Changes in body composition after childhood cancer treatment: impact on future health status--a review. Crit Rev Oncol Hematol. 2007;63(1):32-46.
28. Annunziata MA, Giovannini L, Muzzatti B. Assessing the body image: relevance, application and instruments for oncological settings. Support Care Cancer. 2012 ;20(5):901-7.
29. Hagedoorn M, Molleman E. Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: the role of social self-efficacy. Health Psychol. 2006;25(5):643-7.
30. Thompson A, Kent G. Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. Clin Psychol Rev. 2001;21(5):663-82.
31. Greeck H, Kiskler S. Hand Book Cognitive-Behavioral Therapy Practical Guidline in Therapy. Ghasemzadeh, Habiboallah. (Persian translator) .5th ed. Tehran: Arjmand Publication; 2003.
32. Gonzalez VM, Goeppinger J, Lorig K. Four psychosocial theories and their application to patient education and clinical practice. Arthritis Care Res. 1990;3(3):132-43.
33. Izadi Ajirloo A, Bahmani B, Ghanbari Motlagh. Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Intervention on Body Image Improving and Increasing Self-Esteem in Women with breast cancer after mastectomy. Journal of Rehabiliation. 2013; 13(4): 72-83. [Persian]
34. Rahbarian M, Tarkhan M, Jalali M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on self-concept and body image in burnt women. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2012;15(4):45-52. [Persian]
35. Sadeghi K, Gharraee B, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(2):107-17. [Persian]
36. Cash TF, Hrabosky JI. The effects of psychoeducation and self-monitoring in a cognitive-behavioral program for body-image improvement. Eat Disord. 2003;11(4):255-70.
37. Strachan MD, Cash TF. Self-help for a negative body image: A comparison of components of a cognitive-behavioral program. Behavior Therapy. 2002;33(2):235-51.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-07]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1393.4.3.1.4]