

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coping Styles of Patients with Cancer in Ahvaz

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران سرطانی شهر اهواز

Mojtaba Moghadam, Behnam Makvandi
Sirous Pakseresht

مجتبی مقدم^۱، بهنام مکوندی^۱، سیروس پاک سرشت^۲

پذیرش نهایی: ۹۴/۹/۱۰

پذیرش اولیه: ۹۴/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۴/۲/۱۴

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on Coping styles (avoidant behavior, cognition, emotion and problem-focused) for patients who suffered from cancer. Participants were 40 cancer patients who were randomly assigned to experimental and control group. Participants in experimental group received CBT for 12 sessions. The tool used in this research was coping styles questionnaire. Pre-test and post-test was conducted. In order to analyze the data, ANCOVA was used. The results showed that cognitive behavior therapy was effective on coping style. Scores in emotion- focused coping style and avoidance coping style were decreased, but scores of behavioral, cognitive and problem-oriented coping styles were increased. Also, the results were stable at follow up session. It could be concluded that cognitive - behavior therapy may change coping styles of cancer patients. So this treatment is useful for cancer patients.

Keywords: Coping style, Cognitive-behavioral therapy, Cancer.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای (اجتنابی، رفتاری، شناختی، هیجان مدار و مساله‌مدار) بیماران سرطانی بود. برای این پژوهش ۴۰ بیمار سرطانی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) قرار گرفتند، سپس برای گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه مداخله و آموزش انجام شد. از پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای برای ثبت تغییرات استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تک راهه استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای تاثیر مطلوب دارد. سبک مقابله‌ای اجتنابی و هیجان‌مدار را کاهش و سبک مقابله‌ای رفتاری، شناختی و مساله‌مدار را افزایش می‌دهد. همچنین نتایج پیگیری بعد از یک ماه نشان داد که این تاثیر پایدار بوده است. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای تاثیر می‌گذارد. بنابراین این درمان در درمان بیماران سرطانی سودبخش است.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های مقابله‌ای، درمان شناختی- رفتاری، سرطان.

۱. دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ایران.

۲. نویسنده مسئول) استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، ایران. makvandi-b@yahoo.com

۳. روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، ایران.



مقدمه

کرد (تری،^۷ ۱۹۹۴)؛ بنابراین چگونگی مقابله با استرس از شدت و فراوانی آن مهم تر است. یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار بر وضعیت روان‌شناختی مبتلایان به سرطان، نحوه‌ی کنار آمدن با بیماری و سبک‌های مقابله با استرس‌های ناشی از بیماری سرطان است. روش‌های کنار آمدن با استرس در بیماران سرطانی بزرگسال را به روش‌هایی که با سازگاری روان‌شناختی بهتری همراه‌اند مانند مواجهه، داشتن روحیه‌ی جنگنده و خوشبینی و روش‌هایی که با مشکلات روان‌شناختی همراه‌اند مانند پذیرش انفعالی، اجتناب، احساس فقدان، کنترل و تقدیرگرایی تقسیم کرده‌اند (ون اسپیجر، تریس برگ، دیو نوردن^۸، ۱۹۹۷).

نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب و کارآمد با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش مشکلات روان‌شناختی همراه است (لوک زاده، بافرویی، ۲۰۱۳). درمان شناختی رفتاری یکی از روش‌های روان‌درمانی است که ممکن است روی سبک‌های مقابله‌ای اثرگذار باشد. برخی یافته‌ها در ایران نیز نشان داده‌اند که این روش درمانی در تغییر سبک‌های مقابله‌ای افراد عادی موثر می‌باشند (فروزنده، دل آرام، ۱۳۸۲). بر روی افراد مبتلا به اختلال‌های مزمن نیز این نتیجه به دست آمده است که درمان شناختی - رفتاری با کاهش تجربه‌ی درد موجب می‌شود که افراد کمتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان مدار و سبک‌های اجتنابی استفاده کنند و به جای آن میزان استفاده از روش‌های مساله مدار در آن‌ها بیشتر می‌شود (ولاین و لیتون^۹، ۲۰۰۰).

براین اساس هدف پژوهش حاضر این است که آیا درمان شناختی رفتاری می‌تواند روی شیوه استفاده از سبک‌های مقابله‌ای با استرس در بیماران سرطانی تغییر ایجاد کند یا خیر.

روش

در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک

سرطان عارضه‌ای است که مسیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد. فرد مبتلا به سرطان نمی‌تواند مانند گذشته به زندگی خود ادامه دهد و تقریباً برای تمامی افراد مبتلا به سرطان، مشکلات فراوانی در تمام ابعاد زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی ایجاد می‌شود و باعث ایجاد احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس و کنترل، افزایش احساس آسیب‌پذیری و گیجی، درد و علائم جسمی می‌شود (لوکن، کامپاس^۱، ۲۰۰۲). سرطان به عنوان یک پدیده اجتماعی، عملکردهای روزانه و فعالیت‌های اجتماعی فرد را دچار نابسامانی می‌کند و توانایی وی را برای انجام نقش‌های معمول و مسئولیت‌ها تغییر می‌دهد (هان و همکاران^۲، ۲۰۰۲). در واقع متعاقب تشخیص بیماری سرطان در فرد بحران ایجاد می‌شود، اعتماد به نفس به مخاطره می‌افتد، ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده مختل می‌شود، مکانیسم‌های سازگاری قبلی قابل استفاده نیست و بستری شدن‌های مکرر حس تنهایی را به بیمار القاء می‌کند. این عوامل در کل منتج به ایجاد استرس روانی در فرد می‌شوند (تان^۳، ۲۰۰۷).

دو راه عمده مقابله با استرس عبارتند از سبک‌های مقابله متمرکز بر مساله^۴ که شامل فعالیت‌های مستقیم روی محیط به منظور تغییر یا اصلاح شرایطی است که تهدید آمیز تلقی شده‌اند و همچنین سبک‌های متمرکز بر هیجان^۵ که شامل فعالیت یا افکاری جهت کنترل احساسات نامطلوبی است که از شرایط فشارزا به وجود آمده است (کلینک^۶، ۱۹۹۸) دیدگاه‌های جدید درباره استرس به جای تمرکز بر ماهیت استرس و اهمیت آن به نقش منابع روان‌شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا یا تغییر و بهبودی در احساسات ناشی از این عوامل تاکید دارند، زیرا از این طریق می‌توان تدابیر درمانی مناسب برای کمک به فرد تحت فشار فراهم

1. Luecken, Compass

2. Hann

3. Tan

4. problem-focused

5. emotion-focused

6. Kleinke

7. Tery

8. Vant Spijker, Trisburg, Duivenvoorde

9. Vlaeyen, Linto



جدول ۱. شرح کلی جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، رابطه درمانی
جلسه دوم	بازخورد جلسه قبل، معرفی درمان شناختی رفتاری، آموزش فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بازخورد جلسه قبل، یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بازخورد جلسه قبل، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه ششم	بازخورد جلسه قبل، آزمون باورهای مراجعان با تحلیل عینی (قضاوت و داوری). استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجعان به ارزیابی مجدد باورها. استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام سازی، مخالف ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
جلسه نهم	بازخورد جلسه قبل، تاکید بر شناخت تا احساسات. آموزش مهارت حل مساله. توضیح انواع سبک های مقابله ای مساله مدار و هیجان مدار، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه دهم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از فن آرام سازی، مخالف ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف
جلسه یازدهم	بازخورد جلسه قبل، رویارویی شناختی، استفاده از فن آرام سازی، ارائه تکلیف
جلسه دوازدهم	بازخورد جلسه قبل، مروری بر تمرینات کل دوره، اجرای پس آزمون، اختتامیه

اوقات=۱، اغلب اوقات=۲ و همیشه=۳) پاسخ می‌دهد. دامنه نمره در این پرسشنامه بین صفر و ۵۷ است. در پژوهش پورشهباز (۱۳۷۴) ضریب پایایی بازآزمایی کل پرسشنامه ۰/۷۳، مقابله رفتاری ۰/۷۷، مقابله شناختی ۰/۸۳ و مقابله اجتنابی ۰/۶۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهشی دیگر بالای ۰/۹۰ گزارش شده است (دهقانی، ۱۳۷۲). در تحقیق حاضر، ضرایب اعتبار پرسشنامه سبک‌های مقابله با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۷ به دست آمد.

بسته درمانی: درمان شناختی رفتاری هفته ای دو جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه برای گروه آزمایش در نظر گرفته شد. برنامه مداخله براساس الگوی شناختی - رفتاری (هاوتون^۱، ۱۳۸۲) تنظیم شده است که برای ۲۰ نفر گروه آزمایش اجرا گردید.

روش اجرا

ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون به عمل آمد، سپس درمان شناختی رفتاری هفته ای دو جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه برای گروه آزمایش اجرا شد. برای گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت. همه‌ی شرکت‌کنندگان بعد از پایان جلسات دوباره ارزیابی شدند و به پرسش‌نامه‌ها در مرحله پس آزمون پاسخ دادند. بعد از یک ماه برای بررسی

ماهه با گروه کنترل استفاده شده است. برای این منظور طی مراجعه به بیمارستان شرفای اهواز و با استفاده از نمونه بیماران مبتلا به سرطان ۹۴ نفر انتخاب و بعد ۴۰ نفر از جامعه مزبور به صورت تصادفی ساده در دوگروه آزمایش ۲۰ نفر و گروه گواه ۲۰ نفر قرار گرفتند. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: مبتلا نبودن به بیماری‌های جسمی و روانی دیگر، دریافت درمان‌های مکمل شیمی درمانی و رادیو تراپی، مبتلا نبودن به بیماری‌های ژنتیکی و علاقه‌مندی به شرکت در جلسات درمان بود. در این پژوهش درمان شناختی رفتاری به صورت متغیر مستقل و سبک‌های مقابله ای (اجتنابی، رفتاری، شناختی، هیجان مدار و مساله مدار) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

ابزار

مقیاس سبک‌های مقابله (بیلینگز و موس، ۱۹۸۱): پرسشنامه سبک‌های مقابله با استرس توسط بیلینگز و موس در سال ۱۹۸۱ به منظور اندازه گیری سبک‌های مقابله با استرس طراحی و تدوین شده است. این مقیاس ۱۹ عبارت دارد و سه راهبرد مقابله‌ای شناختی (۶ عبارت)، رفتاری (۶ عبارت)، اجتنابی (۷ عبارت) را می‌سنجد. همچنین این مقیاس دو مقابله مساله مدار و هیجان مدار را اندازه‌گیری می‌کند. هر شرکت‌کننده به این مقیاس با انتخاب یکی از گزینه‌ها (هیچ وقت = ۰، گاهی

¹. Houghton, Kirk



اجرای آزمون در جدول ۳ نشان داده شده است چنانچه در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون مربوط به نمرات سبک مقابله‌ای اجتنابی، شناختی، رفتاری، مساله مدار، هیجان مدار تفاوت معناداری وجود دارد و درمان شناختی- رفتاری به ترتیب برای هر مولفه ۰/۷۹۸، ۰/۶۶۳، ۰/۶۰۳، ۰/۷۶۸، ۰/۷۶۸، از تغییرات مربوط به نمره آزمون سبک مقابله‌ای - اجتنابی را در پس آزمون تبیین می‌کند ($p < 0/05$). توان آماری نیز نشان می‌دهد که حجم نمونه برای تحلیل‌ها کافی بوده است. مقایسه میانگین‌های شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در دوره پی‌گیری نیز نشان می‌دهد اثرات درمان پایدار مانده است. اجرای آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس یک راهه در دوره پی‌گیری نیز نشان داد تفاوت بین سبک‌های مقابله‌ای دو گروه آزمایش و کنترل در دوره پی‌گیری نیز معنادار است و درمان شناختی- رفتاری به ترتیب برای هر پنج مولفه اجتنابی، شناختی، رفتاری، مساله مدار و هیجان مدار ۰/۷۶۱، ۰/۶۶۵، ۰/۷۱۱، ۰/۸۰۳، ۰/۷۳۸ از تغییرات مربوط به نمره آزمون سبک مقابله‌ای اجتنابی را در مرحله‌ی پیگیری تبیین می‌کند ($p < 0/05$).

پایدار ماندن نتایج هر دو گروه دوباره با پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای ارزیابی شدند.

یافته‌ها

در کل ۳۵ درصد از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش زن و ۶۵ درصد مرد بودند. همچنین در گروه کنترل ۳۵ درصد افراد زن و ۶۵ درصد مرد بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۵۷ سال بود. بیشترین فراوانی (۲۵ نفر) از گروه سنی ۴۳ تا ۵۳ ساله‌ها بود. شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیر سبک‌های مقابله‌ای در جدول ۲ نشان داده شده‌اند. نتایج دوره‌های پیش آزمون، پس آزمون و دوره‌ی پی‌گیری در جدول نشان داده شده است. برای مقایسه گروه‌ها از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. پیش از اجرای آزمون برقراری پیش فرض‌های بررسی شد. نتایج نشان داد نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل پیش فرض همگنی (یکسانی) خطای واریانس، نشان می‌دهد که این پیش فرض در تمام سبک‌های مقابله‌ای به جز سبک مقابله‌ای رفتاری ($Sig = 0/017$) رعایت شده است. البته با توجه به مساوی بودن تعداد نمونه‌های دو گروه مشکلی برای استفاده از تحلیل کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل متغیر سبک مقابله‌ای رفتاری وجود ندارد. نتایج

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سبک‌های مقابله‌ای و خرده‌مقیاس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

	کنترل		آزمایش		
	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
مقابله اجتنابی	۱۷/۵(۲/۷)	۱۷/۵(۲/۴)	۱۷/۶(۲/۷)	۱۷/۶(۲/۷)	۱۸/۴(۱/۸)
مقابله شناختی	۴/۹(۲/۱)	۴/۹(۲)	۴/۹(۲/۸)	۴/۹(۲/۷)	۴/۴(۲/۴)
مقابله رفتاری	۴(۲)	۴/۷(۲/۴)	۵/۳(۲/۵)	۱۲/۲(۳/۲)	۴/۱(۱/۶)
مقابله مساله مدار	۸/۹(۳/۲)	۹/۵(۲/۸)	۱۰/۱(۳/۴)	۲۳/۷(۴/۲)	۸/۵(۲/۷)
مقابله هیجان محور	۱۷/۱(۲/۸)	۱۷/۴(۲/۴)	۱۷/۶(۲/۷)	۱۷/۶(۲/۷)	۱۸/۴(۱/۸)

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک راهه روی نمرات پس آزمون مولفه‌های سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه‌ی اثر	توان آماری
مقابله اجتنابی	۱	۶/۸۹	۱۴۴/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹۶	۰/۷۹۸
مقابله شناختی	۱	۵/۹۱	۷۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۶۶۳
مقابله رفتاری	۱	۹/۱۲	۵۵/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۰/۶۰۳
مساله مدار	۱	۱۵/۰۲	۱۱۶/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۷۶۸
هیجان مدار	۱	۱۵/۰۲	۱۱۶/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۰/۷۶۸

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر از تاثیر مثبت درمان شناختی رفتاری روی سبک‌های مقابله‌ای بیماران سرطانی حمایت می‌کند. مقایسه دو گروه نشان می‌دهد در دوره پس‌آزمون و پی‌گیری میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان محور در گروه آزمایش تغییر کرده است، درحالی‌که این شاخص در گروه کنترل تقریباً ثابت مانده است. همچنین درمان شناختی رفتاری در دوره پس‌آزمون و پی‌گیری موجب افزایش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مساله محور و راهبردهای رفتاری و شناختی شده است؛ ولی موجب کاهش استفاده از راهبردهای اجتنابی شده است. براساس این یافته‌ها می‌تواند بیان کرد درمان شناختی مناسب برای بیماران سرطانی باشد. استرس ناشی از تشخیص سرطان بسیار زیاد است ولی تفاوت واکنش افراد به این استرس به شیوه‌های مقابله‌ای شان بستگی دارد و درمان شناختی رفتاری با تغییر دادن شیوه‌های مقابله‌ای افراد سرطانی می‌تواند از استرس تشخیص سرطان کم کند و به صورت غیر مستقیم در کاهش دردهای ناشی از سرطان و افزایش امید به زندگی در این گروه از بیماران موثر باشد.

به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری بر سبک‌های مقابله‌ای گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، تاثیر بیشتری داشته است. نتایج تحقیق حاضر مبنی بر تاثیر درمان شناختی رفتاری بر بیماری سرطان با نتایج فروزنده، دل آرام (۱۳۸۲) و لمب، پاسکار، سریک، کرکان^۱ (۱۹۹۸) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که سبک‌های مقابله‌ای در هر اختلال روان‌شناختی و جسمی نقش مهمی دارند. شیوه‌های مقابله هر فرد مشخص خواهد کرد که او چگونه با چالش‌ها، مسائل و بیماری‌ها کنار خواهد آمد و آیا خواهد توانست بر آن‌ها غلبه کند یا با اتخاذ شیوه‌های مقابله نامناسب در برابر آنها شکست خواهد خورد. تحقیقات حیاتی و محمودی (۱۳۸۷) نشان داده است که بین غلبه بر بیماری سرطان و به کار بردن شیوه‌های مقابله

مساله مدار رابطه وجود دارد. بیماران که به هنگام بیماری و طی روند درمان از شیوه‌های مقابله اجتنابی یا هیجانی استفاده می‌کنند شانس خود برای بهبودی را کاهش داده‌اند؛ در مقابل بیماران که از شیوه‌های مقابله مساله مدار و شناختی استفاده کرده‌اند شانس بهبودی خود را افزایش داده‌اند. درمان شناختی رفتاری با بیمار را در اتخاذ شیوه‌های مقابله مساله مدار یاری کرده و با بهره‌وری از مهارت چالش‌ورزی^۲ با افکار خودکار شیوه مساله مدار را جایگزین شیوه هیجان مدار می‌کند.

از آنجایی که سبک‌های مقابله یک تلاش رفتاری و شناختی برای حل مشکل و اداره نیازها است و به مهارت‌هایی نظیر تفکر سازنده، انعطاف در رفتار و شناختن توانمندی‌ها نیاز دارد، بنابراین درمان شناختی رفتاری که آمیزش پیچیده‌ای از فنون شناختی و رفتاری است و هدف آن پیدا کردن راه‌حل‌هایی برای حل مسایل بیمار است، می‌تواند در اصلاح این شیوه‌ها موثر باشد. اساس درمان شناختی رفتاری این است که افکار غیر انطباقی علت رفتار غیر انطباقی است و افراد باید شیوه‌های تازه‌ی فکر کردن را بیاموزند. درمان شناختی رفتاری می‌تواند در بازسازی افکار، در راه مقابله بهتر با فشار روانی موثر باشد.

درمان شناختی رفتاری به خصوص فن حل مساله می‌تواند موجب تغییر و سازگارتر شدن سبک‌های مقابله‌ای شود (براس^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). درمان شناختی رفتاری با تأکید بر سبک‌های مقابله و تأثیر آن بر سلامتی، سبک مقابله‌ای مساله‌مدار را بر سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان ارجح می‌داند؛ چرا که سبک مقابله‌ای مساله‌مدار، شامل ارزیابی شرایط مشکل‌زا، تلاش در جهت تغییر موقعیت، برنامه‌ریزی و دنبال راه حل گشتن و کسب راهنمایی از دیگران است. در مقابل، سبک مقابله‌ای متمرکز بر هیجان، شامل پذیرش و قبول مشکل به جای درگیری مستقیم برای حل آن، گریه کردن و ناراحت شدن و متوسل شدن به افکار آرزوطلبانه به جای برنامه‌ریزی برای حل مشکل است.

^۲ Challenging

^۳ Bruce

^۱ Lamb, Puskar, sereik, Corcora



of coping style and psychological well-being in hospital nurses. *Journal of caring sciences*; 2(4), 313-319. [Persian]

Luecken, L.J., Compass, B. E. (2002). Stress, coping and immune function in breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*; 24(4), 336-344.

Tan, M. (2007). Social support and coping in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 30(6), 498-504.

Tery D.J. (1994). Determinants of coping: the role of state and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895- 910.

Vant spijker, A., Trisburg, R.W. & Duivenvoorden, H. (1997). A meta-analytic review of 58 studied of cancer. *Pschometric medicine*, 59, 280- 293.

Vlaeyen, J.W., Linton, S. J.(2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*; 85, 317-332.

با توجه به میانگین سبک‌های مقابله‌ای بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش در مرحله‌ی پیگیری (یک ماهه) در مقایسه با میانگین گروه گواه می‌توان بیان کرد درمان شناختی رفتاری تاثیر پایداری روی سبک‌های مقابله‌ای می‌گذارد و می‌تواند یک درمان نگهدارنده مناسب است برای بیماران سرطانی که احتمال عود نشانه‌های شان بالا است. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ناتوانی در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، خستگی و ضعف جسمانی شرکت کنندگان به علت شیمی درمانی و محدودیت زمانی جهت داشتن دوره پیگیری طولانی مدت تر اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با دوره‌ی پی‌گیری بلند مدت‌تری انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به وضعیت روان‌شناختی خانواده‌های افراد مبتلا به بیماری سرطان توجه شود.

منابع

Bruce, E., Compas, K., Jennifer, K., Conner-Smith, H., Saltzman, H., Thomsen, A., Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.

Foruzande, N, Delaram, M. (2004). Effectiveness of cognitive behavior therapy on coping methods of students. *Journal of Shahrekord university of medical sciences*, 2(3) 3, 340-348. [Persian]

Hawtonk, Salkorskis, P.M. Kirk J, Clurk, D.M. (2008) cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide. New York: Willy press.

Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T. (2002) The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(5), 279-283.

Hejazi, El, Zohrevand, R. (2008). The relationship between the quality of friendship and ways of coping with stress in children and adolescents, *Journal of Psychological Research*, 6 (2), 46-33. [Persian]

Hayati F, Mahmudi M. (2007). Coping style with stress in women with breast cancer. *Iranian Journal of breast diseases*, 1(3), 38-43. [Persian]

Kleinke, C.L. (1998) Coping with life challenge. New York: Willy press

Lamb, J. M., Puskar, K. R., Sereika, S.M., Corcoran, M. (1998). School based intervention to promote coping in rural teens. *The American journal of maternal/child nursing*, 23(4), 186-193.

Loukzadeh, Z., Bafrooi, N.M. (2013). Association