

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی بر بهبود آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان رحم

رضوان امین‌الرعایا<sup>۱</sup>

فاطمه بختیاری<sup>۲</sup>

علی نعمتی<sup>۳</sup>

سید ابراهیم تقوی زاده<sup>۴</sup>

### چکیده

سرطان می‌تواند مشکلات روان‌شناختی زیادی برای بیماران به وجود بیاورد و ضروری است روهای مؤثری برای کمک به آن‌ها یافت شود. از این‌رو این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی در بهبود آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان رحم انجام شد. طرح پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای سرطان رحم و مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه شامل ۴۵ نفر از بیماران بود که به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه شناختی-رفتاری، روایت‌درمانی و گروه کنترل جایگزین شدند. از مقیاس اضطراب مرگ، افسردگی مرگ و بررسی دیدگاه‌های شخصی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها از طریق مانکوا و آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم‌افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین گروه شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون اضطراب مرگ ( $F=15/44$  و  $p<0/05$ ) افسردگی مرگ ( $F=21/79$  و  $p<0/05$ ) و سرسختی

۱- دانش آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
r.aminalroaya@gmail.com

۲- دکتری زراعت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز، شیراز، ایران

روان‌شناختی ( $F=۴/۶۳$  و  $p<۰/۰۵$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین گروه شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی در اضطراب و افسردگی مرگ تفاوت معناداری وجود دارد ( $p<۰/۰۵$ ) و روایت‌درمانی اثربخشی بیشتری دارد؛ اما در سرسختی روان‌شناختی بین آن‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد ( $p>۰/۰۵$ ). با توجه به یافته‌های این پژوهش، درمان شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی می‌توانند به‌عنوان یک روش مؤثر در بهبود آسفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان رحم به کار گرفته شوند و در این زمینه روایت‌درمانی می‌تواند کارآمدتر باشد.

**واژه‌گان کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری، روایت‌درمانی، اضطراب مرگ، افسردگی مرگ، سرسختی روان‌شناختی.

## مقدمه

سرطان از سخت‌ترین بیماری‌های جهان و سومین علت مرگ‌ومیر در دنیاست؛ به‌طوری‌که ۱۸/۴ درصد از مرگ و میر افراد در دنیا به علت سرطان است. متأسفانه رشد سرطان در دنیا شدت گرفته و سالیانه حدود ۱۸/۱ میلیون نفر مبتلابه سرطان می‌شوند (باری و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان به علت تکثیر نامحدود سلول‌های بدن به وجود می‌آید و بالغ‌بر ۲۰۰ گونه سرطان وجود دارد (هورنی و همکاران، ۲۰۱۱). سرطان ریه در بین مردان و سرطان سینه و رحم در بین زنان شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده و علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان است (باری و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران نیز متأسفانه سرطان سینه و رحم برای زنان و سرطان معده برای مردان شیوع بیشتری دارد و از هر ۴ ایرانی، ۱ نفر قبل از ۷۵ سالگی به یکی از انواع سرطان مبتلا می‌شوند (محبی و همکاران، ۲۰۱۷).

بیماری مزمن سرطان با تضعیف بدن و همچنین به علت ذهنیت بدی که در بین مردم دارد باعث تحلیل بدن و افزایش مشکلات روان‌شناختی می‌شود (گرگوک و همکاران، ۲۰۱۰). متأسفانه افراد سرطان را به‌نوعی پایان زندگی می‌دانند و بیماران بعد از تشخیص بیماری، خود را به مرگ نزدیک‌تر می‌بینند و به همین دلیل دچار آشفتگی‌های مرتبط با مرگ می‌شوند (تانگ، ۲۰۱۱)؛ به عبارتی بیماران دچار اضطراب و افسردگی مرگ می‌شوند. اضطراب مرگ به‌عنوان ترس مداوم، غیرمنطقی و مرضی از مرگ یا مردن است. این مفهوم به مرگ هراسی و ترس زیاد از مرده نیز اطلاق می‌شود (گونن و همکاران، ۲۰۱۲). افسردگی مرگ نیز به نگرش‌های افسرده‌وار مربوط به مرگ و نیستی اشاره دارد (تمپلر، ۱۹۹۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران سرطانی آشفتگی‌های مرتبط با مرگ بالایی دارند. به‌طوری‌که میزان شیوع اضطراب در گروه مبتلابه سرطان ۱۷/۹ درصد و در

گروه سالم ۱۳/۹ درصد بوده است (شاین و همکاران، ۲۰۱۳). افسردگی و اضطراب مرگ در بیماران سرطانی باعث مشکلات زیادی در آنان می‌شود و می‌تواند باعث کاهش سلامت و کیفیت زندگی در آنان شود (خزری و همکاران، ۲۰۱۵).

نزدیک دانسته شدن مرگ برای بیماران بسیار سخت است و باعث می‌شود که آنان دچار آشفتگی‌های فراوانی شوند؛ اما میزان تحمل و مقاومت در برابر این سختی‌ها برای بیماران متفاوت است. اگر بیماران بتوانند تحمل و توان خود را بالا ببرند کمتر دچار آشفتگی می‌شوند (آقاجانی، ۲۰۱۸). کوباسا و همکاران عنوان می‌کنند که رویدادهای استرس‌زا اثرات متفاوتی بر روی افراد دارند که اگر افراد سرسختی روان‌شناختی بالایی داشته باشند شدت این اثرات بسیار پایین خواهد بود. سرسختی روان‌شناختی که بر تجربه‌ی درونی و دریافت ذهنی انسان تأکید می‌کند به معنای طاقت، توانایی و تحمل در موقعیت‌های مشکل و سخت است (کوباسا، ۱۹۸۳). سخت‌رویی ترکیبی از باورها در مورد خویش و جهان است که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی یا چالش تشکیل شده است و سخت‌رویی بالا نشانه‌ای از شخصیت سالم است. افراد سخت‌رو قدرت کنترل بر وقایع زندگی را دارند و به‌جای دوری از مشکلات آن‌ها را به‌عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می‌کنند. به‌عبارت‌دیگر افراد سخت‌رو نه‌تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند بلکه خود را عامل تعیین‌کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند (مادی، ۲۰۱۵). سرسختی سپری محافظ در مقابل تیدگی‌های موقعیت‌های گوناگون است. افراد سخت‌رو در برابر فشارهای سخت زندگی توانایی مقابله بهتری دارند. پژوهش وانس و همکاران نشان داد که افراد با سرسختی روان‌شناختی بالا در صورت مواجهه با بیماری‌های مهلک توان و امید بیشتری برای مقابله و شکست آن دارند (مادی، ۲۰۱۵). فراتحلیل اسپچلمان و همکاران نشان داد

که افراد با سرسختی بالا می‌توانند در شرایط استرس‌زا سلامت روان خود را حفظ کنند و در جهت رشد و شکوفایی حرکت کنند (اسچلمان، ۲۰۱۰).

به علت مشکلاتی که بیماران مبتلابه سرطان دارند، بررسی‌ها نشان می‌دهد که این بیماران نیازمند حمایت و مراقبت‌های روان‌شناختی هستند (مرکارت و همکاران، ۲۰۱۰) تا میزان سرسختی روان‌شناختی در آنان بالا رود و در مقابل از آشفتگی‌های مرتبط با مرگ در آنان کاسته شود تا بتوانند زندگی بهتر و بانشاط‌تری داشته باشند. یکی از مداخلاتی که سابقه خوبی در بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران دارد درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-Behavioral Therapy) است (جرر و همکاران، ۲۰۱۰). شیوه درمان شناختی-رفتاری نیز به‌عنوان رویکردی هدفمند، با تمرکز بر بازسازی شناختی و تغییر رفتارها، بیشتر بر ترک رفتار نامعقول و تفکرات ناکارآمد و در مقابل جایگزین کردن رفتارها و تفکرات جدید و کارآمد تأکید دارد. فرض‌بنیادی درمان این است که فرایند یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و پایداری رفتارها و عادت‌ها ایفا می‌کند که می‌توان رفتارهای آموخته‌شده را یادگیری زدایی کرد. درمان شناختی رفتاری با تکیه بر تحلیل کارکردی و مهارت‌آموزی، افراد را در گزینش یک زندگی عاقلانه‌تر و سالم‌تر کمک می‌کند (دابسان، ۲۰۱۹).

فرض بر این است که مشکلات روان‌شناختی که بیماران مبتلابه سرطان تجربه می‌کنند ناشی از افکار ناکارآمد و غلط آن‌ها در مورد بیماری است و رویکرد شناختی-رفتاری می‌تواند چنین افکاری را اصلاح نماید. فراتحلیل هافمن و همکاران نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند موجب بهبود بسیاری از مشکلات روان‌شناختی شود (هافمن، ۲۰۱۲). تاترو و مونتگومری نیز در پژوهش خود بر این نکته اشاره کرده‌اند که درمان

شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود آشفته‌گی‌ها و درد بیماران سرطانی مؤثر واقع شود (تاترو، ۲۰۰۶). در این زمینه تولین بر اساس فراتحلیل خود اظهار می‌کند که درمان شناختی-رفتاری برخلاف ادعاهای موجود، مقدم بر تمامی درمان‌ها نیست و آن باید انتخاب اول درمانگران برای مشکلات اضطرابی و افسردگی باشد (تالین، ۲۰۱۰).

با وجود اینکه درمان شناختی-رفتاری قدمتی طولانی دارد و هنوز یکی از درمان‌های متداولی است که دارای شواهد تجربی زیادی است، این سؤال مطرح است که بر اساس ادعای تولین (تالین، ۲۰۱۰) آیا این درمان برای اضطراب و افسردگی مرگ افراد سرطانی نیز به‌عنوان انتخاب درمانی اول مطرح می‌شود و آیا می‌تواند سرسختی روان‌شناختی این بیماران را ارتقا دهد؟

در کنار درمان شناختی-رفتاری که یکی از درمان‌های مدرنیسم است، درمان‌هایی نیز وجود دارد که به‌نوعی غیرمتعارف اما حالتی رو به رشد دارند. این درمان‌ها که از رویکرد پست‌مدرن هستند می‌توانند در بهبود مشکلات روان‌شناختی مؤثر واقع شوند (لوپز، ۲۰۱۴). نظریه‌پردازان پست‌مدرن عقل و واقعیت عینی را نقد می‌کنند و به بنیان‌های مدرنیسم بدگمان‌اند (لوپز، ۲۰۱۴). روایت درمانی (Narrative Therapy) یکی از درمان‌های پست‌مدرن است که ممکن است بتواند در بهبود مشکلات بیماران سرطانی مؤثر عمل کند (سجادیان و همکاران، ۲۰۱۶). روایت درمانی مردم را متخصص زندگی خود می‌بیند و بر این باور است که مردم دارای مهارت‌ها، باورها و ارزش‌هایی هستند که می‌تواند اثرات مشکلات را در زندگی‌شان کاهش دهند. درواقع روایت درمانی بر این باور است که مردم باید داستان‌های خود را بازنویسی کنند (مورگان، ۲۰۰۰). مشکل همان داستانی است که از طریق گفتگوی درمانی باید مجدداً تألیف شود. درمان با ساختارشکنی قدرت قصه فرد

شروع می‌شود و به سمت ساختن معنای تازه حرکت می‌کند (رستگاری، ۲۰۱۴). در این شیوه درمانی، مشکل برونی‌سازی می‌شود و بیمار اعتقاد پیدا می‌کند که می‌تواند مشکل و محیط را تغییر دهد و خود را قربانی محیط تلقی نکند (براون، ۲۰۰۶). در این زمینه، پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که روایت درمانی می‌تواند به‌عنوان یک درمان مؤثر برای برخی از مشکلات روان‌شناختی به کار گرفته شود (ورومانس، ۲۰۱۱).

با توجه به مطالب عنوان‌شده، بیماران مبتلابه سرطان به علت بیماری خود، آشفتگی‌هایی در رابطه با مرگ احساس می‌کنند و ضرورت دارد تا بنیه‌های روان‌شناختی آنان تقویت شود و روحیه‌ای سرسخت در مقابل بیماری داشته باشند. از این‌رو، انجام مداخلات روان‌شناختی حائز اهمیت است و ضرورت دارد تا از میان انواع مداخلات روان‌شناختی، آنکه مؤثرتر است انتخاب و مورد بهره‌برداری قرار بگیرد؛ بنابراین این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت درمانی در بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلابه سرطان رحم انجام شد.

## مواد و روش‌ها

در این پژوهش از طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش (گروه درمان شناختی-رفتاری؛ گروه روایت درمانی) و همچنین یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان دارای سرطان رحم و مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۸ بودند. از آنجایی که برآورد دقیق تعداد جامعه امکان‌پذیر نبود، انتخاب نمونه‌های زیاد در طرح‌های آزمایشی موجب عدم کنترل دقیق متغیرهای مداخله‌گر می‌شود و عنوان‌شده که در پژوهش‌های آزمایشی حجم

هر گروه می‌تواند حداقل ۱۵ نفر باشد (۲۹) از این‌رو، از میان جامعه آماری ۴۵ بیمار بر اساس معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه درمان شناختی-رفتاری، ۱۵ نفر در گروه روایت‌درمانی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود شامل تشخیص بیماری سرطان رحم، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه بیماری، قرار گرفتن در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۵ سال، عدم وجود بیماری‌های روان‌پزشکی و همچنین استفاده از قرص‌های اعصاب و روان در بیماران بر اساس مصاحبه روان‌شناختی و رضایت به حضور در درمان بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه، استفاده از دیگر خدمات روان‌درمانی و مشاوره در طول جلسات و همچنین عدم رضایت و تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در جلسات و به‌موجب آن ضرورت کنار گذاشتن آزمودنی از نگاه پژوهشگر بود. قابل‌ذکر است که خوشبختانه هیچ‌گونه ریزشی در گروه‌های مورد پژوهش روی نداد. به‌منظور رعایت جوانب اخلاقی به آزمودنی‌ها عنوان شد که این پژوهش در واقع برای کمک و ارائه اطلاعات کاربردی به آن‌هاست، اطلاعاتشان مخفی می‌ماند و اگر تمایل ندارند می‌توانند در این پژوهش شرکت نکنند که سرانجام به صورت شفاهی رضایت آنان کسب شد. گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند.

گروه درمان شناختی رفتاری، دوره آموزشی را بر اساس پروتکل مقدم و همکاران (۳۰) و گروه روایت‌درمانی، دوره آموزشی را بر اساس برنامه درمانی وایت و اپستون (۱۹۹۰) در ۸ جلسه ۱ ساعته و بر اساس صلاح‌دید اساتید روان‌شناسی به صورت یک جلسه در هفته دریافت کردند. خلاصه جلسات به صورت زیر است:



خلاصه درمان شناختی-رفتاری. جلسه اول: معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش‌آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، معرفی درمان شناختی رفتاری، بررسی بیماری سرطان و مشکلات مرتبط با آن، آموزش فن آرام‌سازی. جلسه دوم: یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف. جلسه سوم: بازخورد جلسه قبل و بررسی تکلیف، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره‌ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام‌سازی. جلسه چهارم: تهیه فهرست اصلی باورها، آزمون باورهای مراجع با تحلیل عینی (قضاوت و داوری)، استفاده از فن آرام‌سازی. جلسه پنجم: استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجع به ارزیابی مجدد باورها، استفاده از فن آرام‌سازی. جلسه ششم: مخالف ورزی با افکار خودکار، توقف فکر، استفاده از فن آرام‌سازی. جلسه هفتم: تأکید بر شناخت تا احساسات، شناخت و احساسات مرتبط با سرطان، استفاده از فن آرام‌سازی. جلسه هشتم: بررسی شرطی‌سازی، پیشایندها و پسایندها، پرسش و پاسخ، دریافت بازخورد، پس‌آزمون و خداحافظی.

خلاصه روایت درمانی. جلسه اول: معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش‌آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، بررسی بیماری سرطان و مشکلات مرتبط با آن، معرفی روایت درمانی، نمونه کار و شرح داستان‌های مشکل‌دار. جلسه دوم: عینیت‌بخشی و برونی‌سازی مشکل، نام‌گذاری مشکل، مشخص کردن واژه‌های مشکل‌دار و آغاز استعاره‌سازی. جلسه سوم: ادامه‌ی استعاره‌سازی، بررسی استعاره‌های مشکل‌دار و ارتباط آن‌ها با روایت زندگی و اتخاذ موضع نسبت به مشکل، آغاز ساختارشکنی. جلسه چهارم: فاز تخریب: ساختارشکنی از مشکل توسط استثنائات زندگی، تحلیل روایت،

نگرش نسبت به مشکل و اثرات متقابل فرد و مشکل. جلسه پنجم: فاز بازسازی: استعاره‌های جدید، بازنمایی‌های ذهنی موقعیت‌های زندگی با استعاره‌ی جدید، خلق واقعیت توسط فرد و آغاز روایت‌سازی. جلسه ششم: غنی‌سازی داستان جدید با استفاده از راهبردهای بی‌همتا، بررسی داستان و معنادهی آن به آینده. جلسه هفتم: فاز تثبیت: زندگی در داستان جدید، پاسخگویی به سؤالات و بازنویسی داستان‌های گذشته. جلسه هشتم: بررسی معنای زندگی، مستندات بیرونی، غنی‌سازی و تشویق فرد به پیمودن ادامه‌ی داستان، پرسش و پاسخ، دریافت بازخورد، پس‌آزمون و خداحافظی.

مقیاس اضطراب مرگ (Death Anxiety Scale; DAS): این پرسشنامه توسط تمپلر ساخته شد و شامل ۱۵ گویه است که نگرش آزمودنی را نسبت به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ‌های خود را به هر سؤال به صورت بلی یا خیر مشخص می‌کنند. پاسخ بلی نشانگر وجود اضطراب در فرد است. بدین ترتیب، نمره‌های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است و نمره زیاد بیانگر اضطراب است (تمپلر، ۱۹۷۰). پایایی و روایی این مقیاس در کشور به صورت ضریب پایایی تصنیفی ۰/۶۰ و ضریب همسانی درونی ۰/۷۳ گزارش شده است. همچنین برای بررسی روایی مقیاس از دو آزمون مقیاس نگرانی مرگ و مقیاس اضطراب آشکار استفاده شده که نتیجه آن ۰/۰۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس نگرانی مرگ و ۰/۳۴ برای ضریب همبستگی مقیاس اضطراب مرگ با مقیاس اضطراب آشکار گزارش شده است (رجبی، ۲۰۰۱). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۱ بود.

مقیاس افسردگی مرگ (Death Depression Scale; DDS): این پرسشنامه توسط تمپلر و همکاران ساخته شد و شامل ۱۷ گویه است که نگرش‌های افسرده‌وار نسبت به

مرگ را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای دو فرم دوگزینه‌ای و لیکرتی است که از فرم لیکرتی آن استفاده شده است. آزمودنی پاسخ خود را در طیف لیکرتی پنج‌درجه‌ای از کاملاً موافق (امتیاز ۴) تا کاملاً مخالف (امتیاز صفر) مشخص می‌کند که نمرات آن بین صفر تا ۶۸ متغیر است و نمرات بیشتر به معنای افسردگی بیشتر است (تمپلر، ۱۹۹۰). در هنجاریابی داخلی، برای بررسی روایی مقیاس از آزمون اضطراب مرگ استفاده شده است که میزان آن با ۰/۷۳ در سطح قابل قبولی قرار دارد. به‌منظور بررسی پایایی این مقیاس از روش بازآزمایی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که به ترتیب با مقدار ۰/۹۲ و ۰/۹۰ از پایایی مناسبی برخوردار بودند (محمد زاده، ۲۰۱۶). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در این پژوهش ۰/۸۷ بود.

پرسشنامه بررسی دیدگاه‌های شخصی (Personal Views Survey Questionnaire; PVSQ): این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی است که توسط کوباسا و همکاران طراحی شد و میزان سرسختی روان‌شناختی افراد با آن سنجیده می‌شود. این پرسشنامه دارای ۵۰ ماده و سه خرده مقیاس کنترل، تعهد و مبارزه‌جویی است. آزمودنی برای پاسخگویی باید نظر خود را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ (اصلاً صحیح نیست، تقریباً صحیح است، غالباً صحیح است و کاملاً صحیح است) بیان کند که نمرات بالاتر به معنای سرسختی بیشتر است. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که مؤلفه‌های سه‌گانه تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی به ترتیب از ضریب اعتبار آلفای ۰/۷۰، ۰/۵۲ و ۰/۵۲ برخوردارند و این ضریب برای کل مقیاس ۰/۷۵ گزارش شده است. در مطالعات داخلی روایی و اعتبار مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است و اعتبار آن به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی به ترتیب برابر با ۰/۸۸، ۰/۶۴،

۰/۷۲ و ۰/۷۰ گزارش شده است (۳۵). در پژوهشی حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۷ به دست آمد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

### یافته‌ها

در بخش توصیفی نمونه‌های پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش شناختی-رفتاری  $37/46 \pm 4/37$ ، گروه روایت درمانی  $39/20 \pm 4/12$  و گروه کنترل  $38/86 \pm 3/85$  بود.

جدول ۱: نتایج شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب مرگ	شناختی-رفتاری	۱۰/۴۶	۱/۸۰	۸/۶۶	۱/۶۷
	روایت درمانی	۱۱/۸۶	۲/۲۳	۶/۷۳	۲/۰۱
	کنترل	۱۱/۰۶	۱/۸۳	۱۰/۵۳	۱/۶۴
افسردگی مرگ	شناختی-رفتاری	۴۵/۵۳	۶/۲۴	۴۲/۲۶	۶/۱۹
	روایت درمانی	۴۷/۱۳	۵/۷۰	۳۶/۰۶	۶/۰۶
	کنترل	۴۹/۲۶	۵/۴۹	۵۰/۹۳	۶/۱۹
سرسختی روان‌شناختی	شناختی-رفتاری	۵۹/۵۳	۶/۵۳	۷۲/۴۰	۷/۹۸
	روایت درمانی	۶۱/۶۰	۷/۴۳	۷۱/۳۳	۹/۶۱
	کنترل	۶۴/۲۰	۶/۸۲	۶۳/۲۶	۵/۶۳

جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ (اضطراب و افسردگی مرگ) و سرسختی روان‌شناختی را در دو گروه آزمایشی درمان

شناختی-رفتاری و روایت درمانی و گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

در بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، نتایج به‌دست آمده حاکی از برقرار بودن پیش‌فرض‌های انجام کوواریانس بود، از این رو نتایج آزمون کوواریانس گزارش شد که نتایج آن به شرح زیر است:

جدول ۲: نتایج آزمون کوواریانس به‌منظور بررسی اثرات بین‌گروهی در آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی

روان‌شناختی						
منبع	متغیر	جمع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معناداری
گروه	اضطراب مرگ	۱۰۴/۲۷	۲	۵۲/۱۳	۱۵/۴۴	۰/۰۰۱
	افسردگی مرگ	۱۷۱/۴۶	۲	۸۵۵/۷۳	۲۱/۷۹	۰/۰۰۱
خطا	سرسختی روان‌شناختی	۵۹۹/۷۷	۲	۲۹۹/۸۸	۴/۶۳	۰/۰۱۶
	اضطراب مرگ	۱۳۱/۶۵	۳۹	۳/۳۷		
	افسردگی مرگ	۱۵۳۱/۲۴	۳۹	۳۹/۲۶		
	سرسختی روان‌شناختی	۲۵۲۲/۰۳	۳۹	۶۴/۶۶		

بر اساس نتایج به‌دست آمده مشاهده می‌شود که آماره F با مقدار ۱۵/۴۴ برای اضطراب مرگ، ۲۱/۷۹ برای افسردگی مرگ و با مقدار ۴/۶۳ برای سرسختی روان‌شناختی معنادار است ( $P < ۰/۰۵$ ). این نتیجه نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد پژوهش در آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور مقایسه جفتی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که نتایج آن به‌صورت زیر است:

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون آشفته‌گی‌های

مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی			
متغیر	گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد
شناختی-رفتاری	روایت درمانی	۲/۰۹	۰/۰۱۵
	کنترل	-۱/۷۸	۰/۰۴۸
اضطراب مرگ	شناختی-رفتاری	-۲/۰۹	۰/۰۱۵
	کنترل	۳/۸۸	۰/۰۰۱
افسردگی مرگ	روایت درمانی	۶/۱۶	۰/۰۴۳
	کنترل	-۹/۴۷	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری	-۶/۱۶	۰/۰۰۱
سرسختی روان‌شناختی	کنترل	-۱۵/۶۴	۰/۰۰۱
	روایت درمانی	-۰/۱۱۵	۱
	شناختی-رفتاری	۸/۰۶	۰/۰۴۰
روایت درمانی	کنترل	۰/۱۱۵	۱
	شناختی-رفتاری	۸/۱۸	۰/۰۳۳

جدول فوق نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه‌ها را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده، بین گروه‌های آزمایشی شناختی-رفتاری و روایت درمانی با گروه کنترل در آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). همچنین بین گروه شناختی-رفتاری با گروه روایت درمانی در آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ )؛ اما بین گروه شناختی-رفتاری با گروه روایت درمانی در سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

## بحث

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روایت درمانی در بهبود آشفته‌گی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان

رحم انجام شد. در بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثربخش بوده و توانسته موجب کاهش اضطراب و افسردگی مرگ و همچنین افزایش سرسختی روان‌شناختی در بیماران شود. این یافته همسر با برخی از پژوهش‌های انجام شده است. گریر و همکاران در بررسی خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند موجب کاهش اضطراب بیماران با سرطان پیشرفته شود (جرر و همکاران، ۲۰۱۰). وان‌دی‌وال و همکاران نیز نشان دادند که عود سرطان می‌تواند موجب آشفتگی‌هایی در بیماران شود و درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود این آشفتگی‌ها مؤثر عمل کند (وان‌دی‌وال، ۲۰۱۸). فراتحلیل هافمن نشان داد که درمان شناختی-رفتاری نه تنها در درمان طیف وسیعی از مشکلات و اختلالات بالینی می‌تواند اثربخش باشد همچنین می‌تواند موجب رشد ویژگی‌های مثبت شود (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲).

بیماران مبتلابه سرطان به دلیل باورهایی که در مورد سرطان دارند و به این دلیل که سرطان را بیماری بسیار وحشتناک و آورنده مرگ می‌دانند دستخوش آشفتگی‌های مرتبط با مرگ می‌شوند و در مورد مرگ شروع به نشخوار فکری می‌کنند (تانگ‌پل، ۲۰۱۱). درمان شناختی-رفتاری این افکار و نشخوار دائمی را مورد هدف قرار می‌دهد و به بیماران یاد می‌دهد که چگونه با این افکار مقابله کنند. ابتدا هنگامی که بیماران دچار آشفتگی می‌شوند، فنون آرامش‌بخشی که در دل درمان شناختی-رفتاری قرار دارد باعث می‌شود تا بیماران بتوانند آرامش خود را حفظ کنند و آنگاه بتوانند افکار آشفته ساز خود را شناسایی و با آن مقابله کنند (دابسن، ۲۰۱۹). درمان شناختی-رفتاری با ارائه مهارت‌هایی چون روبه‌رو شدن با مرگ، ارزیابی شناختی افکار ناکارآمد، افزایش لذت از زندگی و سبک

زندگی سلامت‌محور باعث می‌شود تا افسردگی و اضطراب مرتبط با مرگ در بیماران سرطانی کاهش پیدا کند (فورر و همکاران، ۲۰۰۸).

درمان شناختی- رفتاری به بیماران یاد می‌دهد که خود را اسیر و گرفتار سرطان نبینند و در نتیجه بتوانند مشکلات مرتبط با آن را تحمل کنند و در جهت مبارزه با آن نیرومند شوند. مصلی‌نژاد و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند موجب ارتقای سرسختی روان‌شناختی در بیماران شود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری به بیماران مبتلابه سرطان یاد داد که از تفکرات اغراق‌آمیز و فاجعه‌بار در مورد سرطان پرهیز کنند و آن را با تفکراتی مثبتی جایگزین کنند. مبارزه و به چالش کشیدن باورهای تحریف‌شده باعث می‌شود که آن‌ها روحیه سرسختی را در خود پرورش دهند و برای بهبودی خود و به چالش کشیدن بیماری مصمم‌تر شوند.

در بررسی اثرات روایت درمانی، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که روایت درمانی نیز در بهبود اضطراب و افسردگی مرگ و همچنین سرسختی روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان رحم اثربخش بوده است. لویز و همکاران (۲۰۱۴) و رستگاری و مرادی (۲۰۱۴) در پژوهش خود نشان دادند که روایت درمانی می‌تواند موجب بهبود اختلالات افسردگی در بیماران شود. رودریگز و همکاران در پژوهشی نشان دادند که روایت درمانی می‌تواند موجب بهبود آشفتگی‌های بیماران مبتلابه سرطان شود (رودریگز، ۲۰۱۴).

روایت درمانی به بیماران حاضر در پژوهش یاد داد که روایت زندگی خود را به گونه دیگری بازنویسی کنند (مورگان، ۲۰۰۰). آن‌ها یاد گرفتند به جای روایت فرد افسرده، مضطرب، گرفتار، بدبخت و خسته، روایت خود را به سمت فردی امیدوار، مبارز، پرنرژی و شاد تغییر دهند. چنین تغییری موجب شد تا آن‌ها از آشفتگی‌های مرتبط با مرگ



خلاصی یابند و بتوانند با سرسختی بیشتری به مبارزه با بیماری ادامه دهند. سجادیان و همکاران نشان دادند که روایت‌درمانی می‌تواند با تغییر روایت‌های بیماران مبتلابه سرطان موجب بهبود سلامت جسمی و روانی در آنان شود (سجادیان و همکاران، ۲۰۱۶).

روایت‌درمانی به بیماران یاد می‌دهد مسئولیت رفتارهای خود را بپذیرند و انگیزه آن‌ها را برای عمل و تلاش افزایش می‌دهد (سجادیان، ۲۰۱۶). این درمان به بیماران می‌آموزد که کنترل و مسئولیت زندگی آن‌ها در دستان خودشان است و بیماری نمی‌تواند آن‌ها را اسیر خود کند بلکه خود بیماران هستند که خودشان را اسیر بیماری می‌کنند. در واقع آنان یاد گرفتند که بیماری می‌تواند در کنترل آن‌ها باشد و می‌توانند با سرسختی بر مشکلات بیماری غلبه کنند (براون، ۲۰۰۶). آن‌ها یاد گرفتند در لحظه زندگی کنند و از آینده نترسند. روایت‌درمانی به افراد یاد می‌دهد که با به دست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری به سمت تغییر حرکت کرده، چنین تغییری می‌تواند موجب افزایش سرسختی در آن‌ها و کاهش آشفتگی‌های مرتبط با مرگ شود (چنگیزی و همکاران، ۲۰۱۶).

از نتایج دیگر این پژوهش این بود که بین درمان شناختی-رفتاری و روایت‌درمانی در کاهش آشفتگی‌های مرتبط با مرگ تفاوت وجود دارد و روایت‌درمانی در این زمینه مؤثرتر عمل می‌کند اما در سرسختی روان‌شناختی تفاوت معناداری بین این دو وجود ندارد. این یافته برخلاف ادعای تولین است که مطرح کرده بود درمان شناختی-رفتاری می‌تواند انتخاب اول برای مشکلات افسردگی و اضطراب باشد (تولین، ۲۰۱۰). در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که ممکن است از آنجایی که این پژوهش بر روی افسردگی و اضطراب مرتبط با مرگ بوده این تفاوت حاصل شده باشد. به‌رحال به نظر می‌رسد که تغییر روایت‌ها از تغییر افکار بهتر می‌تواند آشفتگی‌های مرتبط با مرگ را بهبود بخشد.

درواقع به دلیل شواهد موجود، سرطان بیماری ناگوار است و باعث می‌شود بیماران دچار افکار و آشفتگی‌های مرتبط با مرگ شوند که تا حدی طبیعی و درست است. و این باعث می‌شود تا زمینه برای مداخلات شناختی-رفتاری کاهش پیدا کند؛ اما از سوی دیگر، در فرایند درمان عمدتاً زنان مبتلابه سرطان روایت‌های خود را آشکار می‌کردند و با بیان روایت‌هایی چون بیچاره، بدبخت و گرفتار زمینه را برای مداخلات روایت درمانی بیشتر فراهم می‌کردند. در بهبود سرسختی شناختی نیز هر دو درمان به یک اندازه مؤثر بودند و این نشان می‌دهد که هر دو درمان می‌تواند روحیه سرسختی را در بیماران به یک اندازه بالا ببرد. به‌هرحال این پژوهش چون سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است؛ به‌رغم تلاش‌هایی که برای همگن‌سازی گروه‌ها و کنترل اثرات متغیرهای مزاحم صورت گرفته، سوگیری‌هایی که ممکن است در پاسخ به ابزارهای پژوهش وجود داشته باشد و همچنین میزان و نوع داروی مصرفی که بیماران مصرف می‌کردند باید در تعمیم نتایج احتیاط لازم صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

به‌طورکلی نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی-رفتاری و روایت درمانی در بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ و سرسختی روان‌شناختی مؤثر عمل می‌کنند؛ اما روایت درمانی در بهبود آشفتگی‌های مرتبط با مرگ بهتر از درمان شناختی-رفتاری است. نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز مداخلاتی برای کمک به بیماران مبتلابه سرطان رحم شود. پیشنهاد می‌شود که پزشکان و روان‌درمانگران از مداخلات درمان شناختی-

رفتاری و روایت‌درمانی در بهبود آشفتگی‌های بیماران مبتلابه سرطان بهره ببرند تا شاهد افزایش سلامت این بیماران باشیم.

### **تقدیر و تشکر**

در آخر پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های آنان و همچنین تمامی اساتید و دوستانی که یاریگر این پژوهش بوده‌اند تقدیر و تشکر نمایند.

## منابع

- 1) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2018; 68(6): 394-424.
- 2) Horney DJ, Smith HE, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, et al. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & neck*. 2011; 33(1): 65-71.
- 3) Mohebbi E, Nahvijou A, Hadji M, Rashidian H, Seyyedsalehi MS, Nemati S, Rouhollahi MR, Zendehtdel K. Iran Cancer Statistics in 2012 and projection of cancer incidence by 2035. *Basic & Clinical Cancer Research*. 2017; 9(3): 3-22.
- 4) Gregurek R, Braš M, Đorđević V, Ratković AS, Brajković L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatria Danubina*. 2010; 22(2): 227-30.
- 5) Tang PL, Chiou CP, Lin HS, Wang C, Liand SL. Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. *Cancer nursing*. 2011; 34(4): 286-92.
- 6) Gonen G, Kaymak SU, Cankurtaran ES, Karslioglu EH, Ozalp E, Soygur H. The factors contributing to death anxiety in cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2012; 30(3): 347-58
- 7) Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*. 1990; 46(6): 834-9.
- 8) Shain MT, Kevin RB, Huihua I, Eng Choon LL, Krishna LK. Depression and anxiety in cancer patients in a tertiary general hospital in Singapore. *Asia J Psychiatr*. 2013; 5: 113-10.
- 9) Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013; 14(8): 721-32
- 10) Khezri L, Bahreyni M, Ravanipour M, Mirzaee K. The Relationship between spiritual wellbeing and depression or death anxiety in cancer patients in Bushehr 2015. *NVJ*. 2015; 2(2): 15-28. (Persian).
- 11) Sherman DW, Norman R, McSherry CB. A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2010; 21(2): 99-112.

- 12) Aghajani M J, Rahbar T, Moghtader L. The relationship of hopefulness and hardiness with general health in women with uterus cancer. *Jour Guilan Uni Med Sci*. 2018; 26(104): 41-49. (Persian)
- 13) Kobasa SC, Maddi SR, Zola MA. Type A and hardiness. *Journal of behavioral medicine*. 1983; 6(1): 41-51.
- 14) Maddi SR. Hardiness. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*. 2015; 9: 1-4.
- 15) Vance DE, Struzick TC, Mastan I. Hardiness, successful aging and HIV: Implications for social work. *Journal of Gerontol. Social Work*. 2008, 51(3-4): 260-83.
- 16) Eschleman KJ, Bowling NA, Alarcon GM. A meta-analytic examination of hardiness. *International Journal of Stress Management*. 2010; 17(4): 277.
- 17) Merckaert I, Libert Y, Messin S, Milani M, Slachmuylder JL, Razavi D. Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patients' psychological needs. *Psycho-Oncology*. 2010; 19(2): 141-9.
- 18) Greer JA, Park ER, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of cognitive psychotherapy*. 2010; 24(4): 294.
- 19) Dobson KS, Dozois DJ, editors. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Publications; 2019.
- 20) Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*. 2012; 36(5): 427-40.
- 21) Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in uterus cancer patients: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*. 2006; 29(1): 17-27.
- 22) Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2010; 30(6): 710-20.
- 23) Lopes RT, Gonçalves MM, Machado PP, Sinai D, Bento T, Salgado J. Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*. 2014; 24(6): 662-74.
- 24) Rastgari M K, Moradi O. Efficacy of narrative therapy in reducing depressive symptoms in women 20 to 40 years in Sanandaj. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2014; 1(2): 47-57. (Persian)

- 25) Sajadian A, Dokanei Fard F, Behboodi M. HER3 Gene Expression Study by RT-PCR in Patient with Uterus Cancer. *IJBD*. 2016; 9(2): 43-51 (Persian)
- 26) Morgan A. What is narrative therapy?. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 2000.
- 27) Brown C, Augusta-Scott T. Narrative therapy: Making meaning, making lives. Sage; 2006.
- 28) Vromans LP, Schweitzer RD. Narrative therapy for adults with major depressive disorder: Improved symptom and interpersonal outcomes. *Psychotherapy research*. 2011; 21(1): 4-15.
- 29) Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publication, 2015. (Persian)
- 30) Moghadam M, Makvandi B, Pakseresht S. The effect of cognitive behavioral therapy on coping style among patients with cancer in Ahvaz. *RPH*. 2015; 9(2):34-39 (Persian).
- 31) White M, White MK, Wijaya M, Epston D. Narrative means to therapeutic ends. WW Norton & Company; 1990.
- 32) Templer DI. The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*. 1970; 82(2): 165-77.
- 33) Rajabi G, Bohrani M. Factor analysis of death anxiety scale. *J Psychology*. 2001; 20: 331-45. (Persian).
- 34) Mohammadzadeh A, Rezaei A, Aghazadeh SE. Validation of likert form Death Depression Scale in a university students samples. *SJIMU*. 2016; 24(1): 89-97. (Persian).
- 35) Talebzadeh Nobarian M, Seydi MS, Mousavi SH, Mirlou MM. The relationship between parenting spiritual with relationship quality in family and students hardiness: determine the mediating role of relationship quality. *J Family and Research*, 2013; 10(3): 7-21. (Persian).
- 36) Van De Wal M, Servaes P, Berry R, Thewes B, Prins J. Cognitive behavior therapy for fear of cancer recurrence: a case study. *Journal of clinical psychology in medical settings*. 2018; 25(4): 390-407.
- 37) Furer P, Walker JR. Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2008; 22(2): 167-182.
- 38) Mosalanejad L, Koolaee AK, Jamali S. Effect of cognitive behavioral therapy in mental health and hardiness of infertile women receiving assisted reproductive therapy (ART). *Iranian journal of reproductive medicine*. 2012; 10(5): 483.

- 39) Rodríguez Vega B, Bayon Perez C, Palaotarrero A, Fernandez Liria A. Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2014; 21(5): 411-9.
- 40) Changizi F, Panahali A. Effectiveness of group narrative therapy on life expectancy and happiness of the elderly in Tabriz. *Journal of Instruction and Evaluation*, 2016; 9(34): 63-76. (Persian)