

# اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه

## نویسنده یاری مقدم\*

استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی/ دانشگاه آزاد اسلامی/ واحد همدان/ همدان/ ایران

## علیرضا حجتی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی/ دانشگاه آزاد اسلامی/ واحد همدان/ همدان/ ایران

## سهیلا رفیع

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی/ دانشگاه آزاد اسلامی/ واحد تهران جنوب/ تهران/ ایران

## محمد مرادی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی تربیتی/ دانشگاه آزاد اسلامی/ واحد همدان/ همدان/ ایران

## چکیده

یکی از امراض هولناکی که متأسفانه بشر از آن رنج می‌برد و پیوسته خود را در معرض آن احساس می‌کند، سرطان است. این بیماری مهلک گذشته از مسائل جسمی، تأثیرات روانی خاصی بر جای می‌گذارد. هدف اصلی در این پژوهش اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. روش این پژوهش آزمایشی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. در این طرح از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش را ۱۲۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه بین ۳۰-۴۵ سال تشکیل می‌داد که تحت عمل جراحی ماستوکتومی شده بودند و تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی قرار گرفتند. این افراد در سه ماهه دوم سال ۱۴۰۲ از بین بیماران مبتلا به سرطان سینه که در بیمارستان فاطمیه همدان پرونده داشتند شناسایی شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش از مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۱۹۸۵)، پرسشنامه سرمایه های روانشناختی لوتانز و لوتانز (۲۰۰۴) و گروه درمانی شناختی - رفتاری بر اساس پروتکل درمان گروهی شناختی - رفتاری رضائیان و همکاران (۱۳۹۳) استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره حاکی از آن بود که بین افراد گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از متغیرهای سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی تفاوت وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی به میزان ۰/۶۷ اثربخش است ( $p=0/01$ ).

**کلید واژه:** گروه درمانی شناختی ، سرطان سینه، رضایت از زندگی، سرمایه های روان شناختی

یکی از امراض هولناکی که متأسفانه بشر از آن رنج می‌برد و پیوسته خود را در معرض آن احساس می‌کند، سرطان است. این بیماری مهلک گذشته از مسائل جسمی، تأثیرات روانی خاصی بر جای می‌گذارد. مطلب دیگر اینکه، هر چند سرطان باعث بروز عارضه‌های روانی متعدد می‌شود، اما به تازگی مشخص شده که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف تومورهای بدخیم دارند، بدون اینکه عملاً بوجود آورنده و سازنده آن‌ها باشند (برآبادی، ۱۳۹۳). علیرغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی همچنان سرطان به‌عنوان یکی از مهمترین بیماری‌های قرن حاضر می‌باشد که این بیماری در جامعه به‌عنوان یک بیماری صعب‌العلاج تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیر واقعی از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد (بامشاد، ۱۳۹۵). از آنجا که بیماری سرطان تمام ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان هم تفکر افسرده دارند و هم در سطح تمرکز و میزان توجه خود کاهش نشان می‌دهند و همین امر باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود، محققان تأیید کرده‌اند که افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان بیشتر از سایر اختلالات روان پزشکی شایع است. بر این اساس یکی از موضوعات بسیار مهمی که در سال‌های اخیر در مورد بیماران مبتلا به سرطان در کنار میزان بقا و طول عمر این بیماران مطرح شده‌است، رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان است.

رضایت از زندگی<sup>۱</sup> یکی از شاخص‌های نشان دهنده سلامت روانی است و منظور از آن، نگرش فرد و ارزیابی عمومی نسبت به کلیت زندگی خود یا برخی از جنبه‌های زندگی، همچون زندگی خانوادگی، شغلی و تجربه آموزشی است. رضایت از زندگی از سایر سازهای روانشناختی مانند عاطفه مثبت و منفی، عزت نفس و خوش بینی متمایز است (داینر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). مالتبای<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۴) دریافتند افرادی که رضایت از زندگی بالاتری دارند از سبک‌های مقابله‌ای<sup>۴</sup> موثر و مناسب‌تر استفاده می‌کنند، عواطف و احساسات مثبت عمیق‌تری را تجربه می‌کنند و از سلامت عمومی بالاتری برخوردارند. آدلر و فگلگی<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) نشان دادند که رضایت از زندگی از میزان خودآگاهی و خوش بینی فرد متأثر است. علاوه بر رضایت از زندگی سرمایه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان نیز افت می‌کند. ساختار سرمایه روانشناختی<sup>۶</sup> توسط لوتانز<sup>۷</sup> در سال ۲۰۰۲ توسعه یافت و ریشه در روانشناسی مثبت افراد دارد (برگ و هیدبرینک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷) و با تکیه بر متغیرهای روان-شناختی مثبت‌گرایی منجر به ارتقا سرمایه‌های انسانی می‌گردد (لوتانز، کارولین و مورگان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). محتوای سرمایه روانشناختی مربوط به چهار توانایی مثبت روانی مشتمل بر امید<sup>۱۰</sup>، خودکارآمدی<sup>۱۱</sup>، تاب‌آوری<sup>۱۲</sup>، و خوش بینی<sup>۱۳</sup> است که می‌تواند منحصر به فرد عمل کند (ریجو، سوسا، مارکوس و کانه‌ها<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۲) و با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی-هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (ارکمن<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۷).

سرمایه روانشناختی حالت روحی مثبت فرد نسبت به پیشرفت است که به‌وسیله ۱) داشتن اعتماد به نفس (خودکارآمدی) برای انجام و موفقیت در وظایف چالش‌برانگیز ۲) ایجاد یک نگرش مثبت (خوش‌بینی) در مورد موفقیت در حال و آینده ۳) پایبندی به اهداف و در صورت لزوم هدایت مسیر در جهت اهداف برای رسیدن به موفقیت (امید) ۴) حفظ روحیه و داشتن صبر هنگام مواجه با مشکلات و دشواری‌ها (تاب‌آوری) مشخص می‌شود. ساختار مثبت حاصل از این ۴ سازه از عوامل موثر در پاسخ فرد به موقعیت‌های مختلف استرس‌زا است (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۹). کمک‌های مشاوره روانی به بیماران مبتلا به سرطان یکی از اهداف بهداشت روانی است، زیرا مشاوره مقاومت فرد را در برابر پیامدهای زیان‌بار و یا عوارض درمان‌های صورت گرفته بیماری افزایش می‌دهد. به همین جهت می‌توانیم از گروه‌درمانی که از نظر هزینه و مدت مقرون به صرفه‌تر است استفاده کرد. و این امر باعث رشد بینش و بصیرت بیمار می‌گردد، ضمن اینکه تجارب جدیدی برای برقراری

1. Life satisfaction

2. Diener

3. Maltbay

4. Coping styles

5. Adler and Fagley

6. Psychological capital

7. Luthans

8. Berg & Heidbrink

9. Carolyn & Morgan

10. hope

11. self-efficacy

12. resiliency

13. optimism

14. Rego, Sousa, Marques & Cunha

15. Erkmen

ارتباط بادیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدیدی آشنا شده و احساس قدرت می‌کند و به اعتماد بنفس بالایی دست می‌یابد. تجارب نشان می‌دهد که گروه درمانی در اغلب موارد درباره بسیاری از مشکلات مفیدتر است.

در مشاوره گروهی ما این فرصت را پیدا می‌کنیم که بفهمیم بسیاری از رازهای وحشت‌زا و جنبه‌های نفرت‌انگیز خودمان در واقع تجارب معمول انسانی هستند و این بازشناسی بسیار کمک‌کننده است. با توجه به اینکه گروه درمانی شناختی - رفتاری<sup>۱</sup> باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبرهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجانی منفی در بیماران مبتلا به سرطان می‌گردد. لذا اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری را در بهبود و کاهش افسردگی این بیماران می‌توان انتظار داشت. گروه درمانی در بیمارانی که مشکل یکسانی دارند و صحبت‌کردن درباره تجارب و احساسات آن‌ها در مورد این بیماری می‌تواند شبکه اجتماعی ایجاد کند و به اعضا کمک کند تا بتوانند با بیماری خود بهتر کنار بیایند. روان-درمانی گروهی یک نوع درمان کاملاً پذیرفته شده روانشناختی است که از تعاملات سازنده بین اعضا و مداخلات یک رهبر آموزش دیده جهت تغییر رفتار غیر انطباقی تفکرات و احساسات افراد مبتلا به نارضایتی استفاده می‌نماید. طی دهه‌های گذشته تعداد قابل ملاحظه‌ای از بیماران روانی توسط گروه درمانی مداوم شده اند گروه درمانی برای بیماران بستری سرپایی و در خیلی دیگر از موقعیت‌های اجتماعی قابل اجرا می‌باشد. اما با توجه به اینکه در مورد اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری هیچ پژوهش مدونی صورت نگرفته است، این پژوهش به دنبال یافتن پاسخ این پرسش است که آیا گروه درمانی شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه، موثر است؟

هدف اصلی در این پژوهش اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه و اهداف فرعی شامل شناسایی میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان سینه و شناسایی میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر رضایت از زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه بودند.

### روش پژوهش:

روش این پژوهش آزمایشی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. در این طرح از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل با پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. اعضای هر گروه قبل از شروع جلسات به پیش آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفت و در کلاس مداخلات گروهی شناختی رفتاری شرکت کرد که تعداد این جلسات ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود. گروه کنترل تنها به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ داد. هر دو گروه بعد از اتمام دوره آزمایشی به پس آزمون پاسخ دادند.

آزمایش ۱۵ پیش آزمون X پس آزمون

کنترل ۱۵ پیش آزمون پس آزمون

جامعه آماری این پژوهش را زنان مبتلا به سرطان سینه بین ۳۰-۴۵ سال تشکیل می‌داد که تحت عمل جراحی ماستوکتومی شده بودند و تحت شیمی درمانی و پرتو درمانی قرار گرفتند. این افراد از بین بیماران مبتلا به سرطان سینه که در بیمارستان فاطمیه همدان در سال ۹۸ پرونده داشته و شناسایی شد. تعداد این افراد ۱۲۰ نفر است. نمونه آماری بر اساس طرح پژوهشی ۴۰ نفر از این زنان بصورت در دسترس و از بین داوطلبان انتخاب شد که این ۴۰ نفر بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شد.

**ابزار پژوهش:** در این تحقیق برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه به عنوان ابزار اندازه‌گیری و رتبه بندی متغیرها استفاده شد که به آنها اشاره می‌گردد.

**مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (۱۹۸۵):** این مقیاس توسط داینر و همکاران در سال ۱۹۸۵ شد و یک مقیاس ۵ ماده‌ای است و مشارکت کنندگان به هر گویه روی طیف پنج درجه‌ای از هرگز صدق نمی‌کند = ۱ تا غالب اوقات صدق می‌کند = ۵ پاسخ می‌دهند. نمره بالا نشان دهنده رضایت از زندگی بیشتر است. دامنه ممکن نمره ۱ کلی پرسشنامه از ۵ (رضایت پایین) تا ۳۵ (رضایت بالا) در نوسان خواهد بود. در هنجاریابی مقیاس رضایت از زندگی (SWLS)، اعتبار آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و با روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). روایی همگرای با استفاده از فهرست شادکامی آکسفورد OHI<sup>۲</sup>، و روایی افتراقی با استفاده از فهرست افسردگی بک BDI<sup>۳</sup> برآورد شد. این مقیاس (SWLS)، همبستگی مثبت با فهرست شادکامی آکسفورد (OHI) و همبستگی منفی با فهرست افسردگی بک

<sup>۱</sup>. cognitive-behavioral group therapy

<sup>۲</sup>. Oxford Happiness Inventory

<sup>۳</sup>. Beck Depression Inventory

(BDI) نشان داد (دینر و همکاران، ۱۹۸۵). همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۹۶) ۰/۷۷ بوده است.

**سرمایه های روانشناختی:** این پرسشنامه توسط لوتانز و لوتانز (۲۰۰۴) تهیه شده است و شامل ۲۴ سؤال و ۴ خرده مقیاس امیدواری، تاب آوری، خوشبینی و خودکارآمدی است که در آن، هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می دهد. سوالات ۱ تا ۶ مربوط به خرده مقیاس خودکارآمدی، سوالات ۷ تا ۱۲ مربوط به خرده مقیاس امیدواری، سوالات ۱۳ تا ۱۸ مربوط به خرده مقیاس تاب آوری و سوالات ۱۹ تا ۲۴ مربوط به خرده مقیاس خوشبینی می باشد. حداکثر نمره این پرسشنامه ۱۴۴ و حداقل آن ۲۴ است. برای به دست آوردن نمره سرمایه روانی، ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست آمد و سپس مجموع آنها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب شد. روایی و پایایی این آزمون در پژوهش های زیادی مورد تایید قرار گرفته است. از جمله خسروشاهی و هاشمی نصرت آبادی (۱۳۹۱) روایی پرسشنامه را مورد تایید قرار داده اند. همچنین در پژوهش خسروشاهی و هاشمی نصرت آبادی (۱۳۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. رقم محاسبه شده میزان برخورداری از پایایی بالای این پرسشنامه را نشان می دهد.

### گروه درمانی شناختی - رفتاری :

مداخلات گروهی شناختی - رفتاری بر اساس پروتکل درمان گروهی شناختی - رفتاری رضائیان و همکاران (۱۳۹۳) اجرا شد. تعداد این جلسات ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای بود.

جلسات	رئوس محتوا	اهداف
۱.	معرفی و خودآگاهی	جلسه معارفه و آشنایی با قوانین و ساختار و اهداف گروه، انجام پیش آزمون، آموزش تنفس عمیق دیافراگمی و ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۲.	آشنایی با درمان شناختی - رفتاری	مرور خلاصه ای از مطالب جلسه قبل و تکالیف انجام شده. آشنایی با درمان شناختی - رفتاری و آموزش چرخه تفکر، احساس، جسم و رفتار آموزش تصور هدایت شده، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۳.	آشنایی با نحوه عمل شناخت درمانی و مدل A-B-C	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با نحوه عمل شناخت درمانی و مدل A-B-C استفاده از برگه ثبت افکار منفی و تعیین وقت برای پرداختن به افکار منفی، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۴.	آشنایی با لایه های شناخت و انواع خطاهای شناختی	مرور تکالیف جلسه قبل، آشنایی با لایه های شناخت و انواع خطاهای شناختی، آموزش تکنیک توقف فکر و تکنیک نمونه گیری از فکر به همراه ارزیابی از افکار (مفید یا مضر بودن آن ها).
۵.	تبدیل قواعد زندگی باید دار به ترجیحات	مرور تکالیف جلسه قبل، تبدیل قواعد زندگی باید دار به ترجیحات و آموزش فنون بازسازی شناختی، تکنیک برگ های سطح رودخانه و تکنیک خودگویی مثبت با جملات آرام بخش، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۶.	مشغول نگه داشتن ذهن و تهیه لیستی از فعالیت ها	مرور تکالیف جلسه قبل، فن پیکان رو به پایین، مشغول نگه داشتن ذهن و تهیه لیستی از فعالیت ها، غذاها و مکان های مورد علاقه در دوران کودکی و اکنون، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۷.	آموزش رفتار جرأت مندانه	مرور تکالیف و آموزش های تمام جلسات قبل و آموزش رفتار جرأت مندانه، ارائه تکالیف و دریافت بازخورد.
۸.	دریافت بازخورد درباره اثرات آموزش ها در نحوه زندگی اعضا	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش شیوه حل مسئله، دریافت بازخورد درباره اثرات آموزش ها در نحوه زندگی اعضا، توزیع پرسشنامه های مربوط به پس آزمون و جمع آوری آن ها.

### تجزیه و تحلیل داده ها

#### آمار توصیفی نمرات سرمایه های روانشناختی:

جدول ۲: آمار توصیفی نمرات سرمایه های روانشناختی به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

منبع متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
تاب آوری	پیش آزمون	20	9	21	15.20	3.71
	پس آزمون	20	13	22	16.45	2.86
	پیش آزمون	20	8	24	14.45	5.19
	پس آزمون	20	8	24	14.60	5.04
خودکارآمدی	پیش آزمون	20	8	22	14.80	4.31
	پس آزمون	20	12	22	16.25	3.06
	پیش آزمون	20	8	20	13.90	3.70
	پس آزمون	20	10	19	13.55	3.44

3.31	16.35	21	12	20	پیش‌آزمون	آزمایش	خوش‌بینی
3.43	17.45	23	12	20	پس‌آزمون		
3.05	17.45	22	10	20	پیش‌آزمون		
2.89	17.40	22	12	20	پس‌آزمون	کنترل	امید
1.94	16.10	20	13	20	پیش‌آزمون		
1.88	17.40	21	14	20	پس‌آزمون		
1.75	16.70	20	14	20	پیش‌آزمون	کنترل	
1.73	16.40	20	14	20	پس‌آزمون		

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تاب‌آوری گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۱۵ واحد افزایش داشته است. همچنین در گروه آزمایش میانگین نمرات در پس‌آزمون ۱/۲۵ واحد افزایش داشته است. میانگین خودکارآمدی گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۳۵ واحد کاهش داشته است. اما در گروه آزمایش میانگین نمرات در پس‌آزمون ۱/۴۵ واحد افزایش داشته است. میانگین خوش‌بینی گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۰۵ واحد کاهش داشته است. اما در گروه آزمایش میانگین نمرات در پس‌آزمون ۱/۱ واحد افزایش داشته است. میانگین امید گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۳۰ واحد کاهش داشته است. اما در گروه آزمایش میانگین نمرات در پس‌آزمون ۱/۳ واحد افزایش داشته است.

### آمار توصیفی نمرات رضایت از زندگی:

جدول ۳: آمار توصیفی نمرات رضایت از زندگی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع متغیر	گروه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
رضایت از زندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	20	9	18	12.70
		پس‌آزمون	20	13	16	14.50
	کنترل	پیش‌آزمون	20	6	18	11.85
		پس‌آزمون	20	7	18	11.90

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین رضایت از زندگی گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۰۵ واحد افزایش داشته است. همچنین در گروه آزمایش میانگین نمرات در پس‌آزمون ۱/۸ واحد کاهش داشته است.

### پیش‌فرض‌های آمار استنباطی

پیش‌فرض‌های آماری، پایه بسیاری از آزمون‌های آماری تک‌متغیری و چندمتغیری است. بنابراین قبل از انجام تحلیل‌های آماری تک‌متغیره و چندمتغیره، باید پیش‌فرض‌های مربوطه را (مانند نرمال بودن، خطی بودن، یکسانی پراکندگی و نبود هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل در مورد آن‌ها باید صدق کند) آزموده شود. در این پژوهش از آزمون کواریانس برای تحلیل فرضیات استفاده شده است. لذا پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون قبل از انجام تحلیل بررسی می‌شود.

### نرمال بودن توزیع نمرات متغیر

قبل از هر گونه آزمونی که با فرض نرمال بودن داده‌ها صورت می‌گیرد باید آزمون نرمال بودن صورت گیرد. هنگام بررسی نرمال بودن داده‌ها، فرض صفر مبتنی بر اینکه توزیع داده‌ها نرمال است را در سطح خطای ۰/۰۵ تست می‌شود. بنابراین اگر آماره آزمون بزرگتر مساوی ۰/۰۵ بدست آید، در این صورت دلیلی برای رد فرض صفر مبتنی بر اینکه داده نرمال است، وجود نخواهد داشت. به عبارت دیگر توزیع داده‌ها نرمال خواهد بود. یکی از بهترین روش‌های شناسایی نرمال بودن توزیع داده‌ها آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> که در جدول زیر به نتیجه این آزمون پرداخته شده است.

جدول ۴: آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	گروه	آزمایش		کنترل	
		آماره Z	سطح معناداری	آماره Z	سطح معناداری
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	0.697	0.716	0.593	0.874
	پس‌آزمون	1.092	0.184	0.657	0.780
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	0.872	0.432	1.102	0.177
	پس‌آزمون	0.526	0.945	1.225	0.100
خوش‌بینی	پیش‌آزمون	0.635	0.814	0.663	0.771
	پس‌آزمون	0.640	0.808	0.741	0.642
امید	پیش‌آزمون	0.735	0.653	0.919	0.368
	پس‌آزمون	0.771	0.592	0.856	0.456
رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	0.968	0.306	0.821	0.510
	پس‌آزمون	0.818	0.516	0.621	0.836

1. Kolmogorov-Smirnov test

اطلاعات جدول 3 بیانگر این است که سطح معنی‌داری مقادیر Z بدست آمده برای متغیرهای تحقیق به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش بالاتر از 05/0 است ( $p > 0.05$ )، که این امر بیانگر آن است که نمرات این متغیرها، دارای توزیعی نرمال است.

### پیش فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه

یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس عدم وجود تفاوت معنی‌دار در نمرات پیش‌آزمون دو گروه است. در واقع اگر نمونه‌گیری بصورت صحیح انجام شده باشد نباید داده‌های مربوط به پیش‌آزمون دو گروه باهم تفاوت معنی‌داری داشته باشد. با این مفروضه با استفاده از تحلیل واریانس یک راه‌مورد سنجش قرار گرفته است.

جدول ۵: آزمون آنوا برای بررسی تفاوت در نمرات پیش‌آزمون دو گروه

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
تاب‌آوری	بین گروه	1	5.625	0.28	0.602
	درون گروه	38	20.320		
	کل	39	-		
خودکارآمدی	بین گروه	1	8.100	0.50	0.483
	درون گروه	38	16.132		
	کل	39	-		
خوش‌بینی	بین گروه	1	12.100	1.19	0.282
	درون گروه	38	10.145		
	کل	39	-		
امید	بین گروه	1	3.600	1.05	0.311
	درون گروه	38	3.421		
	کل	39	-		
رضایت از زندگی	بین گروه	1	7.225	0.77	0.387
	درون گروه	38	9.441		
	کل	39	-		

با توجه به اطلاعات جدول فوق، سطح معنی‌داری مقادیر به دست آمده برای تفاوت نمرات بیشتر از 05/0 می‌باشد ( $p > 0.05$ ). پس می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنی‌دار در نمرات پیش‌آزمون دو گروه وجود ندارد و پیش‌فرض تحقیق تأیید می‌شود.

### پیش فرض عدم هم‌خطی چندگانه بین نمرات پیش‌آزمون متغیرهای وابسته

یکی از پیش‌فرض‌های آزمون مانکوا این است که رابطه بین داده‌های پیش‌آزمون نباید همبستگی معادل یا بیشتر از ۰/۷۵ داشته باشند (مولایی، ۱۳۹۳). در غیر اینصورت ممکن است توان آزمون‌های چندمتغیری بالاتر از حد واقعی گزارش شوند. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه می‌گردد.

جدول ۶: آزمون همبستگی پیرسون بین پیش‌آزمون متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	خودکارآمدی				خوش‌بینی				امید				رضایت از زندگی
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
تاب‌آوری	0.210	*0.521	0.307	**0.572	0.136	-0.025	0.604	**0.552	0.374	0.018	0.188	0.008	0.012
	سطح معناداری												
	تعداد	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
رضایت از زندگی	0.433	**0.608	0.397	**0.636	0.121	0.273	-	-	0.057	0.004	0.083	0.003	-
	سطح معناداری												
	تعداد	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
امید	-0.148	-0.233	0.190	-0.239	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	سطح معناداری												
	تعداد	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
خوش‌بینی	**0.609	**0.597	-	-	-	-	-	-	0.004	0.001	-	-	-
	سطح معناداری												
	تعداد	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ضرایب همبستگی محاسبه شده بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر بهزیستی روانشناختی بیش‌تر از ۰/۷۵ نیست. بنابراین می‌توان دریافت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای تحقیق هم‌خطی چندگانه مشاهده نمی‌شود.



## بررسی فرضیه‌های پژوهش فرضیه اصلی

گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه، از تحلیل کواریانس استفاده می‌شود. لذا قبل از انجام تحلیل ابتدا پیش فرض‌های این آزمون بررسی می‌گردد.

### فرض همگنی ماتریس کواریانس

برای بررسی این مفروضه آزمون M باکس یکسانی ماتریس کواریانس را ارزشیابی می‌کند. به خاطر اینکه این آماره بسیار حساس است، بنابراین سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ در نظر گرفته می‌شود (هاریس، ۱۹۹۴). اگر سطح معنی‌داری بالاتر از ۰/۰۰۱ باشد، نشان می‌دهد تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و فرض همگنی ماتریس کواریانس تأیید می‌گردد. نتیجه این آزمون در جدول زیر آمده است.

جدول ۷: آزمون M باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس

Sig.	df 2	df 1	F	Box'M
0.001	5814.000	15	2.546	44.552

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار آماره باکس برابر با ۴۴/۵۵۲ و مقدار F بدست آمده برای این آماره 546/2 می‌باشد. سطح معنی‌داری مقدار F برابر با ۰/۰۰۱ محاسبه شده که بالاتر از ۰/۰۰۱ می‌باشد ( $p > 0/001$ ). بنابراین فرض همگنی ماتریس کواریانس پذیرفته می‌شود.

### نتایج آزمون‌های چندمتغیره

برای بررسی معنی‌داری تفاوت میانگین متغیرها ترکیبی از بین سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی آماره چند متغیره لامبدای ویلکز<sup>۱</sup> مورد بررسی قرار می‌گیرد. لامبدای ویلکز در کنار پیلائی<sup>۲</sup> و هوتلینگ<sup>۳</sup> یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی خرده مقیاس‌های مورد نظر وجود دارد یا نه (تباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). نتیجه این آزمون در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸: نتایج آزمون‌های چند متغیره تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی

آزمون	مقدار	F	d.f فرضیه	Df خطا	P	$\eta^2$
پیلائی	**0.672	11.894	5	29	0.001	0.672
لامبدای ویلکز	**0.328	11.894	5	29	0.001	0.672
هوتلینگ	**2.051	11.894	5	29	0.001	0.672
بزرگترین ریشه روی	**2.051	11.894	5	29	0.001	0.672

با توجه به اطلاعات جدول ۷ مشاهده می‌شود که مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۲۸ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۱۱/۸۹۴ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۵ و ۲۹ کمتر از ۰/۰۱ است ( $p > 0/01$ ). این امر نشان می‌دهد که بین افراد گروه‌های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از متغیرهای سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی تفاوت وجود دارد. با توجه به ضریب اتا، گروه درمانی شناختی-رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی و رضایت از زندگی به میزان ۰/۶۷ اثربخش است ( $p = 0/01$ ) در ادامه به بررسی تفاوت‌ها به صورت جداگانه پرداخته می‌شود.

### پیش‌فرض همگنی بین واریانس‌ها

در این بخش با استفاده از آزمون لون<sup>۴</sup> همگونی واریانس‌ها در گروه‌ها را بررسی شد. بسیاری از روش‌های پارامتری و از جمله تحلیل کواریانس بر این فرض استوار هستند که نمونه‌ها از جامعه آماری دارای واریانس یکسان به دست آمده‌اند. به این معنی که واریانس نمرات بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری نداشته باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون لون استفاده می‌شود. برای تأیید این فرض بایستی آزمون معنی‌دار نباشد (سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ باشد) اگر سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ باشد، نشان دهنده آن است که واریانس گروه‌ها یکسان نیست.

1. Wilks' Lambda  
2. Pillai's Trace  
3. Hotelling's Trace  
4. Leven

منبع تغییر	F	df1	df2	Sig.
تابآوری	0.050	1	38	0.824
خودکارآمدی	0.225	1	38	0.638
خوش بینی	4.158	1	38	0.048
امید	0.547	1	38	0.464
رضایت از زندگی	2.901	1	38	0.097

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل آزمون لون واریانس ها همگن می باشند ( $p > 0.05$ ).

### فرضیه فرعی اول

گروه درمانی شناختی - رفتاری بر سرمایه های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است.

جدول ۱۰: نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات سرمایه روانشناختی

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	ضریب اتا
تابآوری	11.061	1	11.061	5.75	0.022	0.148
خودکارآمدی	23.851	1	23.851	9.82	0.004	0.229
خوش بینی	10.158	1	10.158	8.44	0.006	0.204
امید	21.600	1	21.600	12.10	0.001	0.268
تابآوری	63.447	33	1.923	-	-	-
خودکارآمدی	80.181	33	2.430	-	-	-
خوش بینی	39.696	33	1.203	-	-	-
امید	58.900	33	1.785	-	-	-
تابآوری	671.975	39	-	-	-	-
خودکارآمدی	475.600	39	-	-	-	-
خوش بینی	381.775	39	-	-	-	-
امید	133.600	39	-	-	-	-

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می دهد، مقدار  $F$  بدست آمده برای تفاوت میانگین تابآوری برابر با  $5.75(0.022) = 5.75$  محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $0.022$  ( $\alpha = 0.022$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $0.05$  کمتر است ( $\alpha < p$ )؛ بنابراین گروه درمانی شناختی - رفتاری بر تابآوری بیماران مبتلا به سرطان سینه ۱۴ درصد اثربخش است ( $p = 0.05$ ). تفاوت میانگین خودکارآمدی برابر با  $9.82(0.004)$  ( $F_{(39,1)} = 9.82$ ) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $0.004$  ( $\alpha = 0.004$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $0.01$  کمتر است ( $\alpha < p$ )؛ بنابراین گروه درمانی شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان سینه ۲۲ درصد اثربخش است ( $p = 0.01$ ). تفاوت میانگین خوش بینی برابر با  $8.44(0.006)$  ( $F_{(39,1)} = 8.44$ ) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $0.006$  ( $\alpha = 0.006$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $0.01$  کمتر است ( $\alpha < p$ )؛ بنابراین گروه درمانی شناختی - رفتاری بر خوش بینی بیماران مبتلا به سرطان سینه ۲۰ درصد اثربخش است ( $p = 0.01$ ). تفاوت میانگین امید برابر با  $12.10(0.001)$  ( $F_{(39,1)} = 12.10$ ) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $0.001$  ( $\alpha = 0.001$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $0.01$  کمتر است ( $\alpha < p$ )؛ بنابراین گروه درمانی شناختی - رفتاری بر امید بیماران مبتلا به سرطان سینه ۲۶ درصد اثربخش است ( $p = 0.01$ ) برای بررسی میزان تفاوت میانگین ها در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین های تعدیل شده در جدول ۱۱ ارائه می شود.

جدول ۱۱: میانگین تعدیل شده نمرات سرمایه روانشناختی

متغیر	گروه	تابآوری	خودکارآمدی	خوش بینی	امید
میانگین	آزمایش	16.10	15.74	17.97	17.70
	کنترل	14.94	14.05	16.87	16.09
انحراف	آزمایش	0.326	0.366	0.258	0.314
معیار	کنترل	0.326	0.366	0.258	0.314

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات تابآوری ( $16.10$  و  $14.94$ )، میانگین تعدیل شده نمرات خودکارآمدی ( $15.74$  و  $14.05$ )، میانگین تعدیل شده نمرات خوش بینی ( $17.97$  و  $16.87$ ) و میانگین تعدیل شده نمرات امید ( $17.70$  و  $16.09$ ) در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می توان گفت، گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش سرمایه های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد.

### فرضیه فرعی دوم

گروه درمانی شناختی - رفتاری بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد. برای بررسی این فرضیه نیز از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شده است.



جدول ۱۲: نتایج تحلیل آتکوا برای بررسی تفاوت نمرات رضایت از زندگی

منبع متغیر	SS	df	MS	F	Sig	ضریب اتا
گروه	34.588	1	34.588	23.00	0.001	0.411
خطا	49.625	33	1.504	-	-	-
کل اصلاح شده	330.400	39	-	-	-	-

نتایج تحلیل در جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار  $F$  بدست آمده برای تفاوت میانگین رضایت از زندگی برابر با  $۲۳/۰۰$  ( $F_{(۳۹,۱)} = ۲۳/۰۰$ ) محاسبه شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با  $۰/۰۰۱$  ( $\alpha = ۰/۰۰۱$ ) آمده است و این سطح از مقدار مفروض  $۰/۰۱$  کمتر است ( $\alpha < p$ )؛ بنابراین گروه درمانی شناختی - رفتاری بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه ۴۱ درصد اثربخش است ( $p = ۰/۰۱$ ). برای بررسی میزان تفاوت میانگین‌ها در هر دو گروه کنترل و آزمایش، میانگین‌های تعدیل شده در جدول ۱۳ ارائه می‌شود.

جدول ۱۳: میانگین تعدیل شده نمرات رضایت از زندگی

متغیر	گروه	رضایت از زندگی
میانگین	کنترل	14.22
	آزمایش	12.17
انحراف معیار	کنترل	0.288
	آزمایش	0.288

با توجه به اطلاعات جدول فوق، میانگین تعدیل شده نمرات رضایت از زندگی ( $۱۲/۱۷$  و  $۱۴/۲۲$ ) در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین می‌توان گفت، گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

### فرضیه اول

گروه درمانی شناختی - رفتاری بر سرمایه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد.

نتایج حاصل از آزمون این فرضیه با پژوهش‌های صورت گرفته توسط مقدم و همکاران ( $۱۳۹۴$ )، باوادی و همکاران ( $۱۳۹۴$ )، هاپر و همکاران ( $۲۰۱۷$ ) و ایدواردو و همکاران ( $۲۰۱۲$ ) و بطور ضمنی با نتایج حاصل از پژوهش‌های اثباتی عشری و همکاران ( $۱۳۹۴$ ) و بواله‌ری و همکاران ( $۱۳۹۱$ ) همسو و همخوان است. باوادی و همکاران ( $۱۳۹۴$ ) نشان دادند درمان شناختی رفتاری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس از آزمون از لحاظ آماری تاثیر معناداری داشته است، و اثرات آن تا مرحله پیگیری نیز باقی ماند. پژوهش هاپر و همکاران ( $۲۰۱۹$ ) نیز نشان داد کودکانی که تحت مداخلات درمان شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند تاب‌آوری بالاتری نسبت به دیگر کودکان داشتند. نتایج به دست آمده از پژوهش ایدواردو و همکاران ( $۲۰۱۲$ ) حاکی از آن بود که افراد شرکت کننده در جلسات مداخله تاب‌آوری بیشتری نسبت به دیگر افراد داشتند. برای تبیین این نتایج ابتدا باید دانست چه عواملی موجب کاهش سرمایه‌های روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌گردد. از نتایج مصاحبه درمانگر با بیماران گروه آزمایش به طور خلاصه می‌توان بیان کرد که افت سرمایه‌های روانشناختی در این بیماران تا حد زیادی ناشی از ترکیب عواملی چون استرس‌ها (محیطی، اجتماعی و استرس‌های مربوط به بیماری)، ویژگی‌های شخصیتی مثل اعتماد به نفس کم و منبع کنترل بیرونی، نوع سبک مقابله‌ای منفعل، میزان تاثیر بیماری بر روی فعالیت‌های با اهمیت زندگی بیماران و همچنین میزان حمایت اجتماعی است که این افراد دریافت می‌کنند. برنامه مداخله شناختی رفتاری به گونه ای اجرا شد که هدف را دنبال کند که عبارتند از افزایش آگاهی، آموزش مهارت‌های کاهش استرس، اصلاح ارزیابی‌های شناختی، ایجاد مهارت‌های بین فردی و افزایش ابراز هیجانی و کاهش انزوای اجتماعی. به منظور دستیابی به اهداف فوق و در گام اول اطلاعاتی در مورد بیماری و علل آن، نحوه تاثیر استرس بر نشانه‌ها و نقش آرام‌سازی و آرمیدگی در بهبود نشانه‌های بیماری در این بیماران ارائه شد. با این هدف که بیماران مسئولیت بیشتری در مورد سلامتی خود بر عهده بگیرند و این پیام به آن‌ها منتقل شود که اگر چه ابتلا به این بیماری از کنترل آن‌ها خارج است اما می‌توانند از طریق به کارگیری مهارت‌های آرمیدگی و دنبال کردن رفتارهای سلامت، در بهتر شدن شرایط خود نقش داشته باشند. در گام دوم مهارت‌های کاهش استرس آموزش داده می‌شود که به عنوان ابزاری در اختیار آن‌ها قرار می‌گیرد تا بتوانند در مواجهه با استرس آن‌ها را به کار بگیرند و از تاثیرات منفی استرس جلوگیری کنند. همچنین در روند مداخله، ارزیابی‌های شناختی بیماران اصلاح می‌شود و آن‌ها می‌آموزند که چگونه افکار و احساسات آن‌ها دارای ارتباطات متقابل هستند و چگونه می‌توانند افکار انحرافی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را با افکار منطقی‌تر جایگزین کنند. همچنین از آنجاییکه زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به تعارض‌های بین فردی حساسیت خاصی دارند، آموزش مهارت‌های مقابله ای بین فردی، ابرازگری، و کنترل خشم می‌تواند به طور خاص برای آن‌ها سودمند باشد و به آن‌ها کمک کند تا بدون اینکه احساس گناه یا وابستگی کنند نیازهای خود را به دیگران بیان کنند. همچنین در برنامه مداخله به منظور کاهش انزوای اجتماعی مهارت‌ها و تکنیک‌هایی ارائه شد که به آن‌ها کمک می‌کند شبکه‌های حمایت اجتماعی را شناسایی کنند تا در مواقع لزوم بتوانند از آن‌ها استفاده کنند.

بنابر نظر لوتانز و همکاران (۲۰۱۰) یکی دیگر از منابع سرمایه‌های روانشناختی حمایت اجتماعی است. در روند مداخله زنان گروه آزمایش توانستند با ایجاد و حفظ شبکه‌های حمایت اجتماعی قوی برای خود منابع مهمی را در زندگی ایجاد می‌کنند که می‌توانند بر آن‌ها تکیه کنند. بر این اساس و با توجه به اینکه منابع سرمایه‌های روانشناختی از ادراک فرد از کنترل موثر بر موقعیت‌های استرس‌آور و تنش‌زا نشأت می‌گیرد (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۰)، آموزش‌های ارائه شده به زنان بیمار کمک کرده‌است تا موقعیت‌های استرس‌زا و نشانه‌های همایند هیجانی، شناختی، رفتاری، اجتماعی و جسمی استرس که به طور معمول با آنها مواجه می‌باشند را شناسایی کنند و سپس راهبردهای مقابله‌ای با آن‌ها را بیاموزند. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارائه شده برای تلفیق روش‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند به کاهش استرس ادراک شده منجر شود. نمونه پژوهش همچون بسیاری دیگر از بیماران مبتلا به سرطان با استرس‌های مزمن روزانه ناشی از غیر قابل پیش‌بینی بودن بیماری و عوارض بیماری و تأثیر منفی‌ای که این استرس مزمن بر سرمایه‌های روانشناختی رو به رو بودند. بیماران در جریان مداخله آموختند که چگونه می‌توانند موقعیت‌های استرس‌زا را به شرایط قابل کنترل و غیر قابل کنترل، تقسیم و به دو شکل مساله مدار و هیجان مدار با آن‌ها برخورد کنند آموزش‌های آرمیدگی نیز با ایجاد حس آرامش توانست باعث ایجاد شرایط مناسبی جهت کمک به افراد برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا شود. همچنین مهارت‌های خودابرازی و کنترل خشم نیز از جمله مهارت‌هایی بودند که به طور خاص در شرایط بیماری توانست به آن‌ها کمک کند تا با کنترل بر محیط و کسب تجارب سازنده، سرمایه‌های روانشناختی خود را افزایش دهند. ذکر این مساله نیز حایز اهمیت است که در برنامه مداخله، کلیه مهارت‌ها همراه با تمرین و تکلیف خانگی بود تا بیماران بتوانند آنچه را یاد گرفته‌اند به موقعیت زندگی واقعی منتقل کنند. آموزش مهارت‌های مقابله سازگارانه توانست به زنانی که دچار سرطان هستند کمک کند که سرمایه‌های روانشناختی خود را گسترش دهند. در تبیین این فرایند باید گفت که این آموزش‌ها توانست به افراد گروه آزمایش کمک کند تا موقعیت‌هایی را که باعث استرس می‌شود شناسایی کنند و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را آموزش می‌دهد. بسیاری از وقایع استرس‌زا از کنترل ما خارج است با این حال می‌توانیم روش‌های مقابله با این موقعیت‌ها را کنترل کنیم. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های ارائه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند به افزایش اثربندی و بهبود سرمایه‌های روانشناختی کمک کند.

## فرضیه دوم

### گروه درمانی شناختی - رفتاری بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه تاثیر دارد.

یافته این فرضیه بطور مستقیم با نتایج حاصل از پژوهش‌های ژانگ و همکاران (۲۰۱۶) و دلسیگنور و همکاران (۲۰۱۵) و بطور ضمنی با نتایج حاصل از پژوهش‌های عیسی‌زادگان و همکاران (۱۳۹۲)، رجبی و همکاران (۱۳۹۳)، بواله‌ری و همکاران (۱۳۹۱) و رنجبر و همکاران (۱۳۸۹) همخوان است. در این زمینه ژانگ و همکاران (۲۰۱۶) بر معنادار درمان شناختی - رفتاری بر رضایت از زندگی بیماران مبتلا به افسردگی تاکید دارند. همچنین نتایج پژوهش دلسیگنور و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد بین رضایت از زندگی افراد گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت وجود دارد. به‌طوریکه، افراد شرکت‌کننده در مداخلات رضایت از زندگی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. به منظور تبیین این یافته باید منبع افزایش سطح رضایت از زندگی در گروه آزمایش را در آموزش‌های ارائه شده جستجو کرد. بر اساس مبانی نظری رویکردهای شناختی - رفتاری، همانطور که ناخوشی‌های روانشناختی از افکار ناکارآمد، شناخت‌واره‌های غیرواقعی‌بینانه یا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نشأت می‌گیرد، یک فکر سازنده و مؤثر نیز اگر به درستی در نظام شناختی فرد استحکام یابد و در سطح رفتار نیز به خوبی تمرین گردد مطمئناً تأثیر سازنده خود را بر هیجانات فرد خواهد گذاشت. به عبارت دیگر، هدف از آموزش‌های ارائه شده به گروه آزمایش، ایجاد تغییرات رفتاری و هیجانی به وسیله آموختن شیوه‌های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه مشکل‌مدارانه بوده‌است. در این فرایند شناخت‌ها به عنوان ساختاری از دانش با باورها و مجموعه راهبردهای بهره‌گیری از این اطلاعات به شیوه‌ای انطباقی محسوب شدند. در عمل، فرض بنیادین آموزش‌های ارائه شده به گروه آزمایش این بود که شناخت‌ها بر هیجانات و رفتارها تأثیر می‌گذارند. بر این اساس و بنابر این اعتقاد، تغییر شناختی پیش‌نیاز افزایش سطح رضایت از زندگی بوده‌است. آموزش‌های ارائه شده بر مبنای رویکرد شناختی - رفتاری، بیان می‌کند که هنگام مواجهه با ناراحتی‌های روانشناختی، نحوه تفکر فرد انعطاف‌ناپذیرتر و تحریف شده‌تر می‌شود، قضاوت او بیش از حد تعمیم یافته و مطلق می‌گردد و باورهای پایه‌ای فرد درباره خود و دنیا قطعی و تثبیت می‌شود. بر این اساس بیمارانی که با شرایط تهدیدکننده سرطان مواجه می‌شوند، انعطاف شناختی خود را از دست می‌دهند و با افکار تحریف شده و ناکارآمد سعی در تفسیر وقایع دارند. در واقع وقتی که فرد به دلیل بیماری صعب‌العلاج و تهدیدکننده سرطان از نظر هیجانی آشفتگی و ناراحت است، به دلیل سوگیری‌های منفی که به ذهن خود راه می‌دهد، معمولاً اطلاعات ورودی را تحریف می‌کند و به همین دلیل انعطاف‌ناپذیر شده و دست به تعمیم بیش از حد می‌زند. این شرایط به وضوح می‌تواند شرایط افت رضایت از زندگی را در بیماران سرطانی توجیه کند. اما در مسیر درمان افراد گروه آزمایش در چارچوب یک ذهن آرام و منطقی، ارزیابی‌ها و برداشت‌های خود از بیماریشان را بررسی کردند و به اطلاعات صحیح و روشن دست یافتند. در این شرایط نظام فکری که بر اساس آموزش‌های شناختی - رفتاری

شکل‌گرفته باشد یک نظام کاملاً منعطف، منطقی، مبتنی بر واقعیات روان‌شناختی و به دور از خطاهای شناختی، افراط و تفریط و مطلق‌گرایی غیرمنطقی است. اگر این نظام فکری به خوبی در سیستم شناختی فرد استحکام یافته و در سطح رفتاری نیز تمرین گردد و کاربرد پیدا کند راه را بر اکثر قریب به اتفاق اختلالات خلقی و هیجانی خواهد بست، و با بسیاری از عوامل، هیجانات و رفتارهایی که موجب ناشادی و نارضایتی افراد در زندگی می‌شود مقابله کرده و در نتیجه افراد، به دور از این افکار و هیجانات منفی و مخرب زندگی شادتر و با نشاط‌تری را تجربه خواهند کرد. علاوه بر این، یکی از نکات مهمی که باعث اثربخشی درمان شناختی – رفتاری شده است این است که در آموزش‌ها فقط بر بعد شناختی و عقلانی و رفتاری تأکید نشد، بلکه بعد هیجانی ناخوشی‌های بیماران نیز مورد تأکید زیادی قرار گرفت. در واقع رویکرد شناختی- رفتاری برای تعیین اختلالات هیجانی مدل تک بعدی ارائه نمی‌دهد که در آن یک فکر یا باور منفی درباره یک رویداد منجر به یک احساس یا پاسخ فیزیولوژیک شده و به دنبال آن رفتار ایجاد گردد. هریک از این عناصر می‌توانند در یک چرخه تعاملی، سایر عناصر را تحت تأثیر قرار دهند. بر این اساس در روند درمان شناختی- رفتاری، عوامل هیجانی و فیزیولوژیک نیز بعنوان بعدی از موجودیت فرد در نظر گرفته شد. مساله‌ای که تأثیرگذاری مداخله این پژوهش را توجیه می‌کند، تأثیری است که روش‌های مختلف شناختی رفتاری، در فعال کردن عقاید و باورهای مرتبط با رضایت از زندگی و شادکامی داشته‌اند. در واقع روندی که در این پژوهش دنبال شد این بود که به افراد آموزش داد که چگونه می‌توانند به طور فعالانه‌ای از باورهایی که عمیقاً بدان معتقد هستند برای بهبود سطح رضایت از زندگی و شادی خود استفاده نمایند. بنابراین در مداخله صورت‌گرفته، طی روند استاندارد رویکردهای شناختی رفتاری، باورهای ناکارآمد مخل رضایت از زندگی و شادی شناسایی و به چالش کشیده شدند و نظام باورهای شناختی مراجعین در حیطه رضایت از زندگی و شادی، تثبیت و فعال گردید.

- ۱- با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود از روش درمانی شناختی رفتاری در بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به سرطان در مراکز درمانی و مطب‌های روان‌درمانی استفاده کرد.
- ۲- با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود دانشکده‌های پزشکی و روانپزشکی در حین تحصیل دانشجویان، آن‌ها را با این روش درمانی و فواید آن در بهبود شرایط روانی و متعاقباً شرایط درمان بیماران خاص مانند بیماران مبتلا به سرطان آگاه سازند.

**ملاحظات اخلاقی:** به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات حاصل شده نزد پژوهشگران محرمانه باقی خواهد ماند و رضایت تک تک شرکت‌کنندگان گرفته شد.

**سپاسگزاری:** از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش قدردانی می‌شود.

**مشارکت نویسندگان:** در تهیه این مقاله، نویسندگان در طراحی، گردآوری داده‌ها، مفهوم‌سازی، و نهایی‌سازی آن نقش یکسانی داشته‌اند.

**تعارض منافع:** این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع:

- اثني عشري، شکوه؛ محمدخاني، شهرام؛ حسن آبادي، حميدرضا (۱۳۹۶). مدل شناختي اضطراب در بيماران مبتلا به سرطان: نقش متغيرهاي شناختي و فراشناختي. روانشناسی سلامت، ۳ (۱)، ۸۵-۶۶.
- بامشاد، زهره (۱۳۹۵). ارزیابی سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان. کتابچه کنگره ملی مراقبت در بیماری‌های خاص. دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ۳۳-۵۴.
- باوادی، بیتا؛ پورشریفی؛ حمید، لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر الگوی ۸ مرحله‌ای گش بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری‌های پستان ایران. ۴ (۸): ۴۱-۵۱.
- برآبادی، حامد (۱۳۹۳). «بررسی میزان اثربخشی روان درمانی حمایتی به شیوه گروهی بر کاهش اختلالات روانی افراد مبتلا به سرطان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- بوالهري، جعفر؛ نظيري، قاسم؛ زمانیان، سکینه (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوي بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. زن و جامعه (جامعه‌شناسی زنان)، ۳ (۱): ۱۱۵-۸۵.
- رجبی، سنا؛ هاشمی، ژانت؛ پزشک، شهلا (۱۳۹۳). تدوین و ارزیابی اثربخشی برنامه شناختی رفتاری بر پذیرش تصویر بدنی کودکان سرطانی. مجله مطالعات ناتوانی. ۴ (۳): ۲۸-۳۵.
- رضائیان، حمید؛ حسینیان، سیمین؛ اثني‌عشري، میترا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی روش هاي شناختي - رفتاري در مقابل روش هاي القاي خلق بر خلق مادران کودکان کم توان ذهني. مطالعات روانشناختي، ۴۰ (۴): ۵۲-۳۳.
- رنجبر، فرح‌دخت؛ اشک تراب، طاهره؛ دادگری، آتنا (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر میزان افسردگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۱۸ (۳): ۳۰۶-۲۹۹.
- عیسی‌زادگان، علی؛ شیخی، سیامک؛ حافظ‌نیا، محمد؛ خادمی، علی (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. مجله پزشکی ارومیه، ۲۴ (۵): ۳۴۶-۳۳۹.
- مقدم، مجتبی؛ مکوندی، بهنام؛ پاک سرشت، سیروس (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر سبک های مقابله ای بیماران سرطانی شهر اهواز. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی. ۹ (۲): ۳۹-۳۴.
- Adler, MG., Fagley, N S. (2015). Appreciation: Individual differences in finding value and meaning as a unique predictor of subjective well-being. Journal of personality, 27 (12), 12-32.
- Berg, V., Heidbrink, M. (2017). Comparison of the Psychological Capital of Founders and Their Employed Top Management. Journal of Psychology and Clinical Psychiatry, 8 (3):1-7.
- Delsignore, A., Weidt, S., Emmerich, J., & Rufer, M. (2015). Life Satisfaction in Patients: Impact of Cognitive-Behavioral Group Therapy. ResearchGate, (2): 1-7.
- Diener, E., (2013). The satisfaction with life scale. Jurnal of coping mechanism. Journal of Rural community psychology, (3), 27-34.
- Diener, E., Suh, E., Oishi, S. (1985). Recent findings on subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, (125), 276-302.
- Eduardo, C., Leal Souza, G., Pedrozo, A., Mendonça-de-Souza, A. (2012). Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil.

Erkmen, T. (2017). Relationship of Core Self-Evaluations to Goal Setting, Motivation, and Performance. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1270-1279.

Happer, K., Vrown, E., Sharma-Patel, K. (2017). Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process. [\*Child Abuse & Neglect\*](#), (73): 30-41.

Luthans, F., Avey, JB., Avolio, BJ., Peterson, SJ. (2010). the Development and Resulting Performance Impact of Positive Psychological Capital. *Human resource development quarterly*; 21(1): 41-67.

Luthans, F., Carolyn, A., Morgan, Y. (2019). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.*, 4:17.1–17.28

Luthans, F., Luthans, K.W. (2004) Positive Psychological Capital: Beyond Human and Social Capital. *Business Horizons*, 47, 45-50

Maltaby J, Day L, Mccutcheon LE, Gillett R, Houran J, Ashe DD. (2014). Personality and coping: A context for examining celebrity worship and mental health. *British Journal of Psychology*.

Rego, F. Sousa, C. Marques, M. P. e Cunha. (2017). Authentic leadership promoting employees' psychological capital and creativity, *Journal of business research*, 65 (3), 429-437.

Zhang, B., Ding, X., Lu, W., Zhao, J., Lv, Q., Yi, Z., Zhang, S, Chen, Y. (2016). Effect of group cognitive-behavioral therapy on the quality of life and social functioning of patients with mild depression. *Shanghai archives of psychiatry*, 28(1), 18-27.

# Effect of Group Cognitive - Behavioral Therapy on Psychological Capital and Life Satisfaction in Women with Breast and Uterine Cancer

**Dr.Nafiseh Yari Moghaddam \***

Assistant Professor Department of Psychology and Educational Sciences/ Islamic Azad University/  
Hamedan Branch/ Hamedan/ Iran

**Alireza Hojati**

MSc Student in General Psychology/ Islamic Azad University/ Hamedan Branch/ Hamedan/ Iran

**soheila rafie**

MSc Student in General Psychology/ Islamic Azad University/ SouthTehran Branch/ Tehran/ Iran

**mohammad moradi**

MSc Student in Educational Psychology/ Islamic Azad University/ Hamedan Branch/ Hamedan/ Iran

## Abstract:

The main purpose of this study was the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on psychological capital and life satisfaction in patients with breast cancer. The method of this experimental study was a pretest-posttest design with a control group. In this design, an experimental group and a control group with pre-test and post-test were used. The statistical population of this study consisted of women with breast cancer between 30-45 years old who underwent mastectomy and underwent chemotherapy and radiation therapy. These people were among the patients with breast cancer who were registered in Fatemeh Hospital in Hamadan in 2020. The number of these people is 120 people. The instruments used in this study were life satisfaction scale of Diner et al. (1985), Lutans and Lutans (2004) Psychological Capital Questionnaire and cognitive-behavioral group therapy based on the cognitive-behavioral group therapy protocol of Rezaian et al. (2014). . The results of multivariate and univariate analysis of covariance indicated that there was a difference between the control and experimental groups in at least one of the variables of psychological capital and life satisfaction. According to the ETA coefficient, cognitive-behavioral group therapy is effective on psychological capital and life satisfaction by 0.67 ( $p = 0.01$ ).

**Keywords:** cognitive behavioral group therapy, breast cancer, life satisfaction, psychological capital