



مقایسه اثربخشی دو ریکرد درمانی روان نمایشگری و شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان

لیلا مترقب جعفرپور: دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد دبی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات
ID بیوک تاجری: گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (* نویسنده مسئول) btajeri@yahoo.com
 جواد خلعتبری: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

بهزیستی ذهنی،
 درمان شناختی- رفتاری،
 روان نمایشگری،
 سرطان پستان

زمینه و هدف: سرطان از جمله بیماری‌های شایع است که با توجه به لزوم مداخله برای بهبود ویژگی‌های زنان مبتلا به سرطان پستان و پژوهش‌های اندک درباره اثربخشی شناختی رفتاری، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی روان نمایشگری و شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش نیمه آزمایشی شامل کلیه بیماران ۳۰-۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند که جهت درمان به پزشک متخصص و مرکز تحقیقات سرطان در بیمارستان شهدای تجریش مراجعه کرده و تحت عمل جراحی ماستکتومی قرار گرفتند. نمونه پژوهش حاضر براساس نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف شامل ۴۵ نفر بود که به سه گروه آزمایشی روان نمایشگری، گروه آزمایشی شناختی- رفتاری و گروه کنترل تقسیم شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه بهزیستی ذهنی ریف (۱۹۸۹) و پروتکل‌های درمانی روان نمایشگری (قطبی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۸) و درمان شناختی- رفتاری خرازی و همکاران (۱۳۹۷) (هر جلسه شصت دقیقه) بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که دو شیوه درمان گروهی روان نمایشگری و شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی در پس‌آزمون اثر معنی‌دار داشت. همچنین بین نمرات بهزیستی ذهنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه، تفاوت وجود داشت. از بین روش‌های درمان شناختی- رفتاری و روان نمایشگری، درمان گروهی شناختی- رفتاری در بهبود بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان‌دهنده با استفاده از شیوه درمان شناختی رفتاری می‌توان بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Moteragheb Jafarpoure L, Tajeri B, Khalatbari J. Comparison of Effectiveness of Psychodrama and Cognitive Behavior Therapies on Psychological Wellbeing in Women with Breast Cancer. Razi J Med Sci. 2023;29(11):12-23.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.

Comparison of Effectiveness of Psychodrama and Cognitive Behavior Therapies on Psychological Wellbeing in Women with Breast Cancer

Leila Moteragheb Jafarpoure: PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Dubai Branch, Islamic Azad University, Dubai, Emirates

Biouk Tajeri: Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (* Corresponding author) btajeri@yahoo.com

Javad Khalatbari: Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Abstract

Background & Aims: Cancer is considered the major health problem in the 21st century. The increasing growth of cancer in about last two decades and the detrimental effects it has had on the physical, mental, social and economic aspects of human life have, more than ever, caused concern among experts. Cancer is a "life-threatening disease" that kills more than 6.7 million people each year. Breast cancer is the second most common cancer in women. It is a highly heterogeneous disease in which hereditary and environmental risk factors play a role, leading to the accumulation of masses and progressive genetic and epigenetic changes in breast cancer cells. In recent years, the Psychodrama approach has been used in the psychological improvement of cancer patients. In this type of treatment, screening is used to promote the mental health of patients. Researchers have examined the usefulness of Psychodrama in the emotional regulation of patients. People who have a high level of interaction with others, their emotions are dominant and use less logical thinking in the face of different situations. These people are in dire need of approval from important people in their lives and therefore are more disposed to psychological problems such as depression in the event of stress and interpersonal problems. Psychodrama can be effective in reducing their integration by developing the role of individuals and increasing their spontaneity and creativity. In fact, Psychodrama is a method of therapy that helps participants in a process to recreate their social and psychological issues in a real context, because this treatment provides an opportunity for them to be able to vent their emotions in the right direction. Psychodrama is one of the types of group therapies that help a person to review and discover the psychological dimensions of his problem by showing them and not just through dialogue. This approach, which uses mental imagery, imagination, physical actions, and group dynamics, is a combination of art, play, emotional sensitivity, and outspoken thinking that facilitates the release of trapped emotions to help individuals acquire new and more effective behaviors and to open up undiscovered ways of resolving conflict as well as recognizing one's own form. Psychodrama connects cognitive analysis with experimental and action dimensions. In practice, implementing interpersonal interaction in a problem, involving the body and mind that an event is taking place in the present, conveys ideas and feelings to a person's level of awareness that are not possible only in the case of talking about that issue. Non-verbal aspects not only affect the quantity and quality of the relationship, but are also clues to latent internal motivations and attitudes, such as behaviors with more anger or more obvious states of fear that raise awareness of emotions which may be hidden in the person. Cognitive-behavioral therapy is a combination of theories and techniques of behavior therapy and cognitive therapy. Behavioral and cognitive approaches both derive to some extent from the empirical tradition and its emphasis is on increasing cognitive skills and decreasing maladaptive cognitive activities, and it also uses behavioral tasks to

Keywords

Psychological Wellbeing,
Cognitive Behavior
Therapy,
Psychodrama,
Breast Cancer

Received: 17/12/2022

Published: 07/02/2023

change behavior and these methods are used for patients according to their progress in each session. In a research entitled “The effect of group training on cognitive-behavioral therapy based on improving quality of life on hope and happiness in people with breast cancer” Naqibi, Saeedi and Khazaei found that there is a significant difference between the experimental and control groups in the variables of hope and happiness after adjusting the pre-test scores. A cancer diagnosis can affect the emotional health of patients, families, and caregivers. Common feelings during this life-changing experience include anxiety, distress, and depression. Roles at home, school, and work can be affected. It's important to recognize these changes and get help when needed.

Methods: The current study was a quasi-experimental design of pre-test-post-test with a control group with follow-up. The statistical population of this study included all women aged 30-50 years with breast cancer who referred to a specialist doctor's clinic for treatment and received a diagnosis of breast cancer. The sample of the current study consisted of 45 people (15 people for each group; ie 15 people in experimental group 1, ie 15 people in experimental group 2 and 15 people in control group). In this study, the available sampling method was used; Among the people who were introduced through surgical clinics or through other specialists. About 45 patients were selected and randomly assigned again in three groups and 15 experimental (two groups) and control in each group. Inclusion criteria were; 1- Not using psychotropic drugs, narcotics and psychological therapies during the study, 2- Being over 30 years old, 3- Not having acute or chronic mental disorders, and 4- Expressing satisfaction for the participation of the subjects and criteria for leaving The study included; 1- Not attending the experimental sessions and intervention for more than two sessions, 2- Not wanting to continue attending the experimental sessions and intervention and 3- Having a severe psychiatric disorder that needs immediate treatment. The Reef Psychological Well-being Questionnaire (1989) was administered pre-test, post-test and follow-up. The therapeutic packages of psychodrama therapy and cognitive behavior therapy applied on experimental groups (ninety minutes each session) weekly and the control group did not receive any therapy.

Results: Results showed that both of cognitive behavior therapy & psychodrama are affected the same on increasing to Mental well-being level of patients with breast cancer. Three- month follow-up confirmed these results.

Conclusion: By use to cognitive behavior therapy & psychodrama (especially CBT) can to increase Mental well-being level in women with breast cancer. Then this component affective to raise the health of these patients. This research has been done sectional and it is necessary to control comorbidities. The available research sample may not be representative of all patients. The results of the present study can be generalized to breast cancer patients with demographic characteristics related to this study and if it needs to be generalized to other women, this should be done with caution and sufficient knowledge. The treatment protocols implemented in this study were not implemented as a specific program for breast cancer patients, but a group training program was used. Due to the time constraints, if the time and conditions for follow-up and follow-up are possible in a longer period of time, we can talk about the treatment results with more certainty and confidence. However, due to executive and financial problems and time limitations of the dissertation, this opportunity was not provided in this study.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Moteragheb Jafarpoure L, Tajeri B, Khalatbari J. Comparison of Effectiveness of Psychodrama and Cognitive Behavior Therapies on Psychological Wellbeing in Women with Breast Concer. Razi J Med Sci. 2023;29(11):12-23.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

مقدمه

از عمده‌ترین مشکلات جوامع امروزی، بیماری‌های مزمن می‌باشد که تنش‌های بسیاری را در کنار هزینه‌های سنگینی که بر اقتصاد کشورها تحمیل می‌کند، ایجاد کرده است. از جمله این بیماری‌های مزمن مطرح، سرطان می‌باشد که با مختل نمودن زندگی انسان‌ها، ابعاد فرهنگی، خانوادگی و اجتماعی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد (۱). سرطان پستان، بیماری بدخیم و شایعی است که زنان جوامع بسیاری را درگیر کرده است. تشخیص و درمان این بیماری، تغییرات عملکرد جنسی، تصویر منفی از خود، مشکلات ارتباطی و مواردی از این دست را به همراه دارد و بدین ترتیب اثرات ویژه‌ای بر رفاه زندگی و سلامت روانی افراد می‌گذارد (۲). طبق گزارش مرکز ثبت سرطان ایران در سال ۲۰۰۶ میزان شیوع سرطان پستان ۲۴ مورد در هر ۱۰۰ نفر جمعیت زنان ایرانی می‌باشد. هرچند این آمار نسبت به میزان شیوع کشورهای غربی (آمریکا، کانادا، اروپا) بسیار کمتر است، با این حال، یک چهارم کل سرطان‌های جدید را در زنان ایرانی در بر می‌گیرد (کل سرطان‌ها در زنان ۹۸ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر، سرطان پستان ۲۴ نفر در هر صد هزار نفر) (۳). مبتلایان به سرطان پستان در مراحل مختلف درمان و حتی در طول دوره ۵ ساله پس از بهبودی، دچار استرس و وحشت از عود دوباره بیماری هستند، بنابراین نیازمند توجه و حمایت‌های بسیاری به لحاظ روان‌شناختی می‌باشند (۴). زنانی که عمل ماستکتومی بر روی آن‌ها انجام شده است، اختلال در تصویر ذهنی نسبت به خود را تجربه می‌کنند به صورتی که دچار درگیری بیش از حد با خود شده که در نتیجه آن تنش و استرس را در وجود خود می‌یابند. ادامه و حضور طولانی مدت تنش روانی نیز منجر به مستعد شدن فرد نسبت به ابتلا به اختلالات تطابقی، ناتوانی در کنترل هیجانات، اضطراب و افسردگی می‌شود، بنابراین تقویت روحیه ذهنی و روانی این بیماران بسیار حائز اهمیت می‌باشد (۵). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامت، به بهزیستی فرد از لحاظ اجتماعی-روانی و زیستی گفته می‌شود. سلامت، حالت خوب بودن کامل از نظر جسمی-روانی و اجتماعی است این به معنای فقدان بیماری و ناتوانی نیست، این تعریف، جنبه‌های مثبت و منفی دارد که در

قسمت اول این تعریف، سلامت در عبارت مثبت بیان شده (حضور کیفیت مثبت، خوب بودن)، در قسمت دوم تعریف سلامت از دیدگاه منفی در نظر گرفته شده، چرا که کلمات فقدان بیماری یا ناتوانی را به کار برده است. این تعریف با در نظر گرفتن هر دو جنبه، این مطلب را القاء می‌کند که سلامت واقعی هم شامل پی‌شگیری از بیمار شدن (مانند ناخوشی، آسیب و بیماری) است و هم ارتقاء سلامت مثبت را در بر می‌گیرد که از مورد اخیر تا حدود زیادی غفلت شده است (۶).

برخورداری از حمایت اجتماعی، بهره‌مندی از برنامه‌های مشاوره گروهی و آموزش در راستای آگاهی از بیماری و نحوه عملکرد آن منجر به افزایش کیفیت زندگی به معنای بهبود عملکرد جسمانی، هیجانی و اجتماعی، خستگی و کاهش اثرات منفی اقتصادی ناشی از بیماری می‌شود. بالا بودن سن، تعداد فرزندان، درجه تومور، تعداد جلسات شیمی‌درمانی و شدت عوارضی چون یائسگی، تنگی نفس، درد و خستگی، کیفیت زندگی بیماران را به شدت کاهش می‌دهد (۷). هدف اصلی سلامت روان کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، هماهنگ‌تر و شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است، که در این راستا روانشناسان و روان‌پزشکان، مداخله‌های درمانی متنوعی در تعیین کردند که می‌توان به روان‌نمایشگری و درمان شناختی رفتاری اشاره کرد که می‌توانند بر روح و روان بیماران اثرگذار باشند (۸).

روان‌نمایشگری که به اشتباه تئاتر درمانی یا نمایش درمانی هم گفته می‌شود و اجزاء وابسته به آن از قبیل سوسئودرام (Sociodrame) و اجرای نقش را مورینو (Murino) در حدود سال ۱۹۳۰ ابداع کرد (۹). روان‌نمایشگری با طرح هر مسأله از سوی فرد می‌تواند به آشکار سازی هر یک از این سه حیطة هیجان، فکر و یا رفتار بپردازد. به عبارت دیگر روان‌نمایشگری می‌تواند به هر یک یا همه قلمروهای رفتاری، شناختی، هیجانی و روابط بین فردی با توجه به آنچه که درمان‌جو نیاز به تجربه کردن آن دارد متمرکز شود. روان‌نمایشگری و بخش‌های وابسته به آن همچون نمایش گروهی، اجرای نقش و گروه‌سنجی، یک رویکرد پربار در روان‌درمانی است که از نمایش، تخیل، تصویر سازی ذهنی، اعمال بدنی و پویایی گروه بهره می‌گیرد و ترکیبی از هنر،

بازی، حساسیت هیجانی و تفکر روشن است، اما یک رویکرد التقاطی است که با هدف بالا بردن سطح ارتباط میان افراد، رویارویی مستقیم با هیجان‌های طرف‌های درگیر، نشان دادن کشمکش‌های هیجانی طرف‌های درگیر در زندگی روزمره، کاهش خودمحوری و خودیابی به کار برده می‌شود (۱۰). روان‌نمایشگری یکی از انواع گروه درمانگری‌هاست که به شخص کمک می‌کند تا ابعاد روان‌شناختی مسئله‌اش را از طریق به نمایش درآوردن آنها و نه فقط از راه گفتگو بازنگری و کشف کند (۱۱). روان‌نمایشگری یکی از روش‌های گروه درمانی است؛ با این حال عاملی در آن نهفته است که سبب شده این روش، از روش‌های معمول گروه درمانی فراتر رود. این عامل تلفیق با هنر است و در این رویکرد به بیمارانی که مهارت‌های اجتماعی را نیاموخته‌اند کمک می‌شود تا توانایی‌های اجتماعی خود را بهبود بخشند (۱۲).

از طرفی مدل شناختی- رفتاری برای نخستین بار توسط بک (Beck) معرفی می‌شود. مدل بک توضیح می‌دهد که چگونه ممکن است مشکلات عاطفی از طریق الگوهای مربوط به افکار منفی به وجود آید و همچنین نشان می‌دهد که می‌توان چنین مشکلاتی را با ایجاد تغییر در فرآیندهای فکری رفع کرد. مدل شناختی- رفتاری، نقش رفتار انسان را در رشد و نگهداری چنین مشکلاتی با هم تلفیق می‌کند (۱۳). فرضیه‌ی مربوط به مدل درمان شناختی- رفتاری بر این پایه است که موقعیت‌ها به خودی خود باعث ایجاد رنج‌های روان‌شناختی نمی‌شوند بلکه چیزی که اهمیت دارد روشی است که افراد مختلف در قالب آن به تفسیر و تعبیر موقعیت‌ها می‌پردازند و به این موقعیت‌ها معنا می‌بخشند و به آنها واکنش نشان می‌دهند، دچار اضطراب خواهند شد (۱۴). در درمان شناختی- رفتاری تکنیک‌های مختلفی به کار گرفته می‌شود. در این روش، فنون رفتاری به طور عمده در برگیرنده شیوه‌های اجتناب از موقعیت‌های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرک‌ها و دادن پاسخ‌های تازه به آن می‌باشد. با استفاده از تکنیک‌های شناختی نیز مراجع قادر می‌شود، افکار منجر به عود را شناسایی، افکار معیوب را

تشخیص داده و بکوشد تا به جای آن افکار مناسبی را جایگزین کند. با این فنون به مراجعه‌کنندگان آموزش داده می‌شود که روابط و موقعیت‌ها را با دید تازه‌ای بنگرند (۱۵). این مدل درمانی از ترکیب درمان‌شناختی و رفتاری برانگیزاننده‌ها و تقویت‌کننده‌ها بهره می‌گیرد و با تحلیل کارکردی به مراجع کمک می‌کند. مسئولیت تغییر از طریق ایجاد انگیزش لازم، کسب دانش درباره الگوهای بیماری و به کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای، بر عهده افراد مبتلا به اعتیاد می‌باشد (۱۶). جنبه‌های رفتاری درمان، شامل استفاده از آموزش آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش خودکنترلی، خودبازبینی، الگوبرداری، اصلاح رفتار، آموزش جرأت‌ورزی، ایفای نقش و ایفای نقش معکوس، تکلیف، ورزش و غیره است (۱۷).

یافته‌های پژوهش یو (Yu) و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و تاب‌آوری در برابر سرطان در افزایش کیفیت زندگی مؤثر است (۱۸). نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها در پژوهش هان (Han) و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثرات مثبت معنی‌داری را بر میزان بهزیستی روان‌شناختی زنان درگیر بیماری سرطان تحت درمان شیمی‌درمانی بر جا گذاشته است (۱۹). نتایج مطالعه کاپریلی (Caprilli) و همکاران (۲۰۰۷) بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه نشان داد درمان شناختی- رفتاری با کمک درمانگر آنلاین به همان اندازه که در کارآزمایی‌های حضوری بالینی مؤثر است در تمرینات معمول آنلاین نیز مؤثر است (۱۶). با توجه به مطالعات انجام شده، چنین به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد درمانی به شکل مجزا بر روی سرطان پستان اثربخش بوده‌اند و از طرفی چون هیچ پژوهشی با توجه به بررسی پژوهشگر به شکل هم‌زمان اثربخشی این دو رویکرد را بر سطح بهزیستی ذهنی در مبتلایان به سرطان پستان بررسی نکرده است، بنابراین سوال تحقیق این می‌باشد که مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری بر سطح بهزیستی ذهنی در زنان مبتلا به سرطان پستان چگونه می‌باشد و کدام نوع روش درمان، اثر بیشتری دارد؟

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود که با کد اخلاق با شماره IR.IAU.SARI.REC.1401.124 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسید. همچنین، محققان طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی عمل نمودند و اطلاعات آزمودنی‌ها به طور ناشناس باقی ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. جامعه پژوهش زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران در سال ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ از بین بیمارانی که به مرکز تحقیقات سرطان در بیمارستان شهدای تجریش مراجعه کرده و تحت عمل ماستکتومی قرار گرفتند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و مجدداً بصورت تصادفی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن بالای ۳۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم اعتیاد و عدم سابقه دریافت مداخله روان‌شناختی و روان‌پزشکی در طی یک سال عدم رخداد‌های تنش‌زا در سه ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، نیاز به بستری فوری، داشتن بیماری‌های روان‌تنی و انصراف از ادامه همکاری بودند. روند اجرای پژوهش این‌طور بود که پس از دریافت مجوزهای لازم و هماهنگی با مسئولان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران از آنان خواسته شد تا مبتلایان به سرطان پستان را به پژوهشگران معرفی و پژوهشگران پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۴۵ نفر را انتخاب و ضمن بیان اهمیت و ضرورت پژوهش و رعایت نکات اخلاقی، آنها را به روش تصادفی ساده در سه گروه جایگزین کرد.

برای مداخله در گروه آزمون از روش شناختی درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای استفاده شد و گروه

کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله توسط پژوهشگر با کمک یک متخصص روانشناسی در یکی از کلینیک‌های خدمات روانشناختی شهر تهران به صورت گروهی و دو جلسه در هفته انجام شد. محتوای مداخله بر اساس پروتکل خرازی و همکاران (۱۳۹۷) به ترتیب زیر برگزار گردید. در طول جلسات از مهارت‌های پایه مشاوره مثل درک، پذیرش مراجع، عدم پیش‌داوری، ایجاد رابطه صمیمانه، تفسیر و حمایت شرکت‌کنندگان استفاده شد و هر جلسه آشکار شدن مشکل، ایجاد یک محیط حمایت‌گر همراه با اطمینان و همبستگی گروه و ایجاد احساس امنیت شد. همچنین با بررسی و مرور تکالیف خانگی قبل راه‌کارهایی برای سبک زندگی مناسب و ارتقا‌بخیزی ذهنی، مدیریت هیجانات و دور ریختن افکار نا کارآمد شد. و در خاتمه همه اعضا درباره تجربه‌ها و احساس‌های مشترک خود گفتگو کردند. بنابراین، محتوای مداخله شناختی رفتاری به تفکیک جلسه در جدول ۱ ارائه شد.

برای مداخله در گروه روان‌نمایشگری به مدت ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای استفاده شد. اجرای روان‌نمایشگری در هر جلسه شامل سه مرحله: آمادگی، اجرا، مشارکت و پایان بود. عملکرد نمایش درمان‌گر در این مطالعه بر اساس چهار نقش تحلیل‌کننده، تولیدکننده، درمان‌گر و رهبر گروه بود. مراجع یا فردی که مسئله‌اش را در گروه مطرح می‌کند در ابتدای مرحله توسط نمایش درمان‌گر و یا به صورت داوطلبانه انتخاب شد. حضار نیز در این مطالعه، بیمارانش شرکت‌کننده بودند. با توجه به خصوصیات اعضا و گروه، مهارت در برقراری ارتباط، مهارت در بروز دادن هیجانات به صورت کلامی و غیرکلامی و شناخت احساسات و کنترل آنها تمرین داده شد (۲۰). بنابراین، محتوای مداخله روان‌نمایشگری به تفکیک جلسه در جدول ۲ ارائه شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سن، تحصیلات از پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط کارول ریف (Carol Ryff) ساخته شده است. این آزمون ۸۴ سؤال و ۶ عامل را در بر می‌گیرد.

جدول ۱- محتوای شناختی درمانی به تفکیک جلسه

جلسه	محتوی
اول	معارفه و آشنایی، بحث درباره اهمیت سبک زندگی و استرس و نقش آنها در تشدید و تداوم بیماری سرطان و مروری بر ساختار جلسات
دوم	معرفی مدل، بحث در مورد رابطه تفکر، احساس و رفتار و روشن سازی و اولویت بندی اهداف، شناخت افکار غیر منطقی و شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با سرطان
سوم	شامل آموزش مدیریت خشم، تن آرامی تصویری هدایت شده، تشویق بیماران به حمایت اجتماعی و پیروی از درمان و ارائه تکلیف خانگی برای هفته بعد بود.
چهارم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل. کار روی بازسازی شناختی، برنامه ریزی منظم برای فعالیت و طرح ریزی برای کارهای مثبت در طول روز
پنجم	مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل. بحث در مورد رژیم غذایی مناسب و رعایت اصول بهداشتی، ادامه کار روی بازسازی شناختی و تنظیم مجدد روایت بیماران
ششم	مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورهای بیماری، تعیین نوع و شدت درجه بندی افکار ناکارآمد، آموزش و مدیریت هیجانات، آشنایی با بهزیستی ذهنی و روش های ارتقای آن
هفتم	مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل، آموزش حل مسئله در مورد بیماری سرطان پستان، تمرین مدیریت هیجانات، ادامه کار بر روی بازسازی روایت بیماران
هشتم	توصیه راه کارهایی برای سبک زندگی مناسب و ارتقا بهزیستی ذهنی، مرور کلی و تمرین مهارت های آموخته شده در جلسات قبل.
نهم	مرور و به کار بستن مهارت ها در مورد مسایل روانی اجتماعی، حمایت از تلاش های بیمار در اجرای برنامه، ارائه بازخورد در مورد پیشرفت و جنبه های موفق و ناموفق درمان.

جدول ۲- خلاصه طرح جلسات روان نمایشگری

جلسه	ساختار جلسات
اول	آشنایی تک تک افراد با یکدیگر، آشنایی و آموزش در خصوص درمان روان نمایشگری
دوم	مشخص کردن شخصیت اصلی، مقابله با استرس بیماری و معرفی تمرین ریلکسیشن
سوم	بیان تجربه های بیماران و نظرات در مورد هیجان های مواجهه با بیماری
چهارم	توضیح تصویر بدنی، بازی زل زدن در آینه، تمرین آواها و خودگویی مثبت
پنجم	انجام نرمش های درجا و پیاده روی با چشمان بسته
ششم	آموزش مهارت ارتباط و تنظیم هیجان در گروه و تبادل نظرات در مورد آن
هفتم	انتخاب موقعیت نمایشی از خاطرات مراجعین و اجرای آن توسط خود آنها
هشتم	توضیح مفهوم بهزیستی و ایفای نقش فرد بهزیست با فرد بدون بهزیستی
نهم	توضیح تنظیم هیجان و مدیریت هیجانات و تبادل نظرات در مورد آن
دهم	توضیح مفهوم بهزیستی و استفاده از وارونگی نقش ها، دریافت بازخورد اصلی از اعضای گروه و ارزیابی
یازدهم	شناخت احساسات و عوامل استرس زاء، حساسیت زدایی از بدن و تقویت ارتباط بین فردی و مدیریت استرس
دوازدهم	انتخاب موقعیت نمایشی از خاطرات مراجعین و اجرای آن توسط خود آنها

زندگی نیو گارتن (Neigarten) (۱۹۶۵) و حرمت خود رزنبرگ (Rosenberg) (۱۹۶۵) استفاده کرد. نتایج همبستگی آزمون ریف، با هر یک از مقیاس های فوق، قابل قبول بود. بنابراین ابزار فوق از نظر سازه ای روا محسوب می شود (ریف، ۱۹۸۹). آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه ریف (۱۹۸۹) برای پذیرش خود (۰/۹۳)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۹۱)، خودمختاری (۰/۸۶)، تسلط بر محیط (۰/۹۰) و رشد شخصی (۰/۸۷) گزارش

شرکت کنندگان در مقیاسی ۶ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) به سوالات پاسخ دادند. در این پرسشنامه چهل و هفت سؤال، مستقیم و سی و هفت سؤال به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. ریف برای بررسی روایی ابزار و سنجش رابطه آن با سنجه هایی که صفات شخصیتی را می سنجیدند و در ضمن شاخص بهزیستی ذهنی نیز به شمار می رفتند، از سنجه هایی مانند مقیاس تعادل عاطفی برادبورن (Bradbourne) (۱۹۶۹)، رضایت

واریانس است. قبل از آزمون فرضیه میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی سه گروه در مراحل مداخله در جدول زیر ارائه شده است.

نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد. در مرحله پس آزمون میانگین بهزیستی ذهنی گروه درمان روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه بود. بنابراین می توان نتیجه گرفت که هر دو نوع درمان در افزایش بهزیستی ذهنی در پس آزمون مؤثر بوده اند. همچنین در مرحله پیگیری نیز میانگین گروه درمان روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری به طور معنی داری بیشتر از گروه گواه بود. می توان نتیجه گرفت که این دو نوع مداخله به طور معنی داری موجب افزایش بهزیستی ذهنی در مرحله پیگیری نیز شد. نتایج آزمون تجزیه و تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که بین دو شیوه درمان روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری بر نمرات بهزیستی ذهنی در پس آزمون اثر معنی دار دارد ($P < 0/003$). همچنین

شده است. در این پژوهش داده ها با آزمون های خی دو، تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ در سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته ها

قبل از انجام تحلیل واریانس، ابتدا پیش فرض های آن یعنی: نرمال بودن توزیع، همگنی واریانس ها و همگنی شیب های خطی مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون کولموگراف- اسمیرنوف بزرگتر از ۰/۰۵ نرمال بود، می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات سه گروه طبیعی بود. همچنین آزمون لوین نشان داد که واریانس های سه گروه برابر و متجانس بودند. از این رو فرض همگنی واریانس ها برای این متغیر محقق شد. پس از بررسی به عمل آمده چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس ها و همگنی شیب های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد نمرات تنظیم هیجانی به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
درمان شناختی- رفتاری	۳۶/۹۳	۶/۶۲	۳۹/۸۶	۶/۱۱	۳۷/۱۱
روان نمایشگری	۳۵/۸۰	۷/۱۷	۴۰/۵۹	۱۱/۰۴	۴۲/۲۶
گواه	۳۶/۸۶	۱۰/۶۴	۳۵	۹/۹۶	۳۴/۱۸

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور تأثیر گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات بهزیستی ذهنی

تغییرات بین آزمودنی ها	SS	df	MS	F	معناداری	Eta	توان آماری
گروه	۱۵۶۲۱/۱۶	۲	۶۳۸۱/۵۳	۱۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۷۸
خطا	۸۷۲۹/۰۶	۴۲	۳۷۳۹/۱۷				
درون آزمودنی ها							
زمان	۳۹۲۰/۲۷	۲	۱۹۰۴/۸۴	۴۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
زمان و گروه	۱۴۶۳۹/۳۷	۴	۴۸۲۶/۹۴	۳۶/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱
خطا	۲۵۳۰/۱۵	۳۹	۶۴/۳۹				

جدول ۵- آزمون تعقیبی بون فرونی به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه گیری بر بهزیستی ذهنی

سطوح متغیر مستقل	گروه	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری	کران پایین	کران بالا
درمان شناختی- رفتاری	روان نمایشگری	۴/۲۶	۴/۰۱	۰/۰۰۰	-۵	۱۴
	گواه	۱۳/۳۵	۴/۰۱	۰/۰۱	۱	۲۴
روان نمایشگری	گواه	۸/۲۷	۴/۰۱	۰/۰۱	-۲	۱۹

مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که با هر دو شیوه درمان در مقایسه با گروه گواه، میزان بهزیستی ذهنی شرکت کنندگان افزایش یافت و شیوه درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با روان نمایشگری، در افزایش بهزیستی ذهنی بیماران مؤثرتر بوده است. یافته مشابیهی که عیناً اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد در ایران یافت شد، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مشابیهی محققین دیگر از جمله یو (Yu) و همکاران (۲۰۰۹) (۱۸)، هان (Han) و همکاران (۲۰۱۰) (۱۹)، کاپریلی (Caprilli) و همکاران (۲۰۰۷) (۱۶) در یک راستا است. از سرطان به عنوان سرطان رابطه یاد می‌کنند این بیماری تغییردهنده‌ی زندگی فرد است و به تدریج او را به سمت ناتوانی پیش می‌برد. بیماران، نه تنها در طی درمان، بلکه بعد از درمان نیز علائم ناخوشایند و غیرقابل پیش‌بینی، از جمله عوارض دارویی و افزایش سطح ناتوانی جسمی را تجربه می‌کنند (۲۱). به‌طور کلی تهدید خودانگاره، عزت‌نفس، از دست دادن احساس آزادی، راحتی جسمانی، عدم اطمینان، عدم ارتباط مثبت با دیگران و به دنبال آن کاهش بهزیستی ذهنی از پیامدهای بیماری سرطان است که می‌تواند سلامت روانی و جسمانی بیمار را نیز تهدید کند و بر فرآیند بهبود و توانبخشی فرد مبتلا اثر گذارد (۲۲). ابتلا به سرطان پستان در زنان و محدودیت‌های ناشی از آن، اثرات مخربی را بر نگرش آنان نسبت به خود، زندگی و آینده پیش روی به‌وجود می‌آورد، اما با تغییر در شناخت‌ها و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی می‌تواند به عنوان واسطه‌ای برای ارائه یک چهارچوب و وزنه تعادل، برای کنار آمدن با چالش بیماری به آنها کمک کرد، با این حال عدم بکارگیری افکار کارآمد، در برخورد با مشکلات مربوط به بهزیستی ذهنی منجر به افکار خودکار منفی می‌شود (۲۳). این افکار می‌توانند مقدمه‌ای برای کاهش بهزیستی روان‌شناختی در این گروه از مبتلایان باشد. به نظر می‌رسد روان نمایشگری توانسته است به میزان معناداری بیماران را به سمت خودآگاهی و خودارزیابی درونی متوجه سازد، چرا که

تأثیر عامل زمان بر نمرات بهزیستی ذهنی در مرحله پیگیری معنی‌دار بود ($P < 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین نمرات بهزیستی ذهنی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی‌دار است ($P < 0/001$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت است. همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۳۷ می‌توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۷ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر بهزیستی ذهنی تأثیر داشت.

در ادامه به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات بهزیستی ذهنی با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگین بهزیستی ذهنی گروهها در هر یک از مراحل اندازه‌گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بون‌فرونی مورد مقایسه قرار گرفت. همان‌طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین‌های هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه مثبت و معنی‌دار نشان داد، بنابراین اثربخشی آموزش این دو رویکرد، در افزایش بهزیستی ذهنی تأیید می‌گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی (درمان شناختی- رفتاری و روان نمایشگری) توانسته‌اند در افزایش نمرات بهزیستی ذهنی اثرگذار باشند. در مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر نیز تفاوت معنی‌دارها معنی‌دار است، بنابراین تفاوت اثربخشی دو رویکرد آموزشی نسبت به یکدیگر نیز تأیید می‌گردد. با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این‌که میانگین گروه درمان شناختی- رفتاری از گروه روان نمایشگری بیشتر بوده است، بنابراین از بین روش‌های درمانی درمان شناختی- رفتاری و روان نمایشگری، درمان شناختی- رفتاری در افزایش بهزیستی ذهنی مؤثرتر بوده است.

بحث

نتایج نشان داد بین اثربخشی روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی در زنان

در مبتلایان مؤثر واقع شده بلکه باعث بالا رفتن کیفیت زندگی و بهزیستی ذهنی آنان می‌گردد (۲۸). بنابراین مشارکت بیمار در این رویکرد بالا است و بسیاری از شرکت‌کنندگان اظهار نمودند که نسبت به پیگیری درمان، علی‌رغم وجود مشکلات ناشی از درمان، مصمم‌تر شده تا بتوانند از فرصت‌های پیش روی در جهت غنا بخشیدن به زندگی خود بهره‌گیرند. هم‌چنین بسیاری از بیماران اظهار کردند، راحت‌تر می‌توانند در مجامع عمومی و خانوادگی حضور یابند. هم‌چنین بیماران نسبت به این امر آگاه شدند که اگرچه بسیاری از موانع و تغییرات به‌طور ناخواسته در زندگی ایجاد می‌شوند، اما اتخاذ نگرش نسبت به این موانع، پیرو جبر نیست و این فرد است که می‌تواند آزادانه در برابر آنها بایستد و با تغییر در نگرش ناکارآمد خود، پای از محدودیت‌ها فراتر نهد. در واقع، تلاش فرد در یافتن افکار سازگارانه‌تر و کارآمد هنگام مواجه شدن با این موانع نه تنها حاکی از پذیرفتن مسئولیت است، بلکه ظرفیتی برای تغییر محسوب می‌گردد (۲۹).

از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تک‌جندسیتی بودن نمونه، تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه‌ها برای زنان مبتلا به سرطان پستان، عدم بررسی نوع درمان دریافتی، استفاده ابزارهای خود گزارش‌دهی و محدودشدن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران اشاره کرد. بنابراین، به پژوهشگران استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای نمونه‌گیری، انجام این پژوهش بر روی مردان (مثلاً مردان مبتلا به سرطان ریه)، تقسیم پرسشنامه‌ها به دو یا چند بخش برای کاهش سوگیری در نتیجه‌خستگی، بررسی نتایج به تفکیک نوع درمان دریافتی توسط زنان مبتلا به سرطان پستان و استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان سایر شهرها و حتی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر مثل زنان مبتلا به چاقی، زنان مبتلا به دیابت و غیره است. آخرین پیشنهاد مقایسه اثربخشی روش شناختی رفتاری با سایر

روش گروهی روان‌نمایشگری یکی از روش‌های تجربی و عملی در مشاوره و روان‌درمان‌گری است که با تأکید بر فنون عملی، تحلیل شناختی را با ابعاد تجربی واکنش، پیوند می‌دهد و زمینه بروز احساس‌ها و حالت‌های درونی مراجع را در یک فضای تجربی و بین‌فردی فراهم می‌کند (۲۴). در این روش اعتقاد بر این است که در فضای تجربی گروه، با ایجاد تعامل بین فردی مراجعان درباره یک مسئله و درگیر کردن جسم و ذهن آنها با رویدادی که در حال وقوع است، موجب می‌شود تا نظرات و احساسات آنها به سطوح آگاهی منتقل شود که این امر نمی‌تواند صرفاً در یک گفت‌وگوی دوطرفه امکان‌پذیر باشد. از جمله ویژگی‌های ذاتی روان‌نمایشگری و از جمله قوانین اصلی آن در اداره جلسه‌های گروه، امکان تشویق و ترغیب مراجع در بیان خویشتن و به نمایش گذاشتن حالت‌ها و واقعیت درونی خویش است، لذا پرداختن به مؤلفه‌های روان‌شناختی در سرطان که مستلزم توانایی‌های بیماران در سازگاری و حفظ یا افزایش سلامت روان باشد، یک نیاز اساسی محسوب می‌شود (۲۵). در این راستا انجام فنون روان‌نمایشگری موجب ابراز هیجان‌های منفی اعضاء و کاهش دوسوگرایی و تعارض در ابراز هیجان آنها می‌شود به نحوی که پس از جلسه‌های روان‌نمایشگری سطح اطمینان به خود در آزمودنی‌ها افزایش می‌یابد (۲۶). در این میان درمان شناختی- رفتاری با تأثیرگذاری بر زنان مبتلا به سرطان پستان، فرآیند درمان را به سمت اطلاعات جدید هدایت می‌کند و این کار را به‌وسیله به چالش کشیدن قوانین بنیادی تفکر آنان انجام می‌دهد و آنها را انعطاف‌پذیرتر می‌سازد تا فرد بیمار بتواند بایدها را بدون پیامد ناراحت‌کننده دور بریزد (۲۷). این روش درمانی سعی در آگاهی بخشیدن به بیماران مبتلا به سرطان پستان دارد تا با جایگزین کردن افکار مثبت به جای افکار ناکارآمد، به مدیریت اضطراب، استرس و افسردگی بیماران کمک کرده و در نتیجه کیفیت زندگی آنان را بهبود بخشد. به عبارت دیگر آموزه‌های گروهی درمان شناختی- رفتاری، نه تنها در ایجاد بستر مناسب به‌منظور پیگیری اهداف شخصی در زندگی یا به عبارت دیگر ایجاد شوق زیستن

9. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.
10. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med*. 2019;20(9):1831-1840.
11. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(4):325-31.
12. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am*. 2003;38(3):495-508.
13. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev*. 2013;34(11):e42-6.
14. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res*. 2017;33:164-168.
15. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010;27(3):146-55.
16. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr*. 2007;28(5):399-403.
17. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 1996;98(5):861-7.
18. Yu H, Liu Y, Li S, Ma X. Effects of music on anxiety and pain in children with cerebral palsy receiving acupuncture: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(11):1423-30.
19. Han L, Li JP, Sit JW, Chung L, Jiao ZY, Ma WG. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2010;19(7-8):978-87.
20. Zengin S, Kabul S, Al B, Sarcan E, Doğan M, Yildirim C. Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure. *Complement Ther Med*. 2013;21(6):689-96.
21. Chen LC, Wang TF, Shih YN, Wu LJ. Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(4):436-41.
22. Jayakar JP, Alter DA. Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-

روش‌های درمانی از جمله درمان پذیرش و تعهد، شفقت درمانی، درمان توانبخشی شناختی و غیره می‌باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که دو شیوه درمان گروهی روان‌نمایشگری و شناختی- رفتاری بر بهزیستی ذهنی در پس‌آزمون اثر معنی‌دار داشت. لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با استفاده از شیوه‌های درمان گروهی شناختی- رفتاری و روان‌نمایشگری به ویژه درمان شناختی- رفتاری، می‌توان بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

References

1. Narod SA. Which Genes for Hereditary Breast Cancer? *N Engl J Med*. 2021;384(5):471-473.
2. Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2021;384(5):440-451.
3. Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(5):259-260.
4. Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2016;61:137-45.
5. Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns*. 2017;26(6):1173-1178.
6. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1998;33(11):676-8.
7. Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020;38(11):1222-1245.
8. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2019;27(8):3119-3132.

analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;28:122-130.

23. Yinger OS, Gooding LF. A systematic review of music-based interventions for procedural support. *J Music Ther*. 2015;52(1):1-77.

24. Johnson JR, Crespin DJ, Griffin KH, Finch MD, Dusek JA. Effects of integrative medicine on pain and anxiety among oncology inpatients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2014;2014(50):330-7.

25. Lyu MM, Siah RC, Lam ASL, Cheng KKF. The effect of psychological interventions on fear of cancer recurrence in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs*. 2022;78(10):3069-3082.

26. Izdorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1181.

27. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology*. 2017;26(3):337-345.

28. Yamani Ardakani B, Tirgari B, Roudi Rashtabadi O. Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020;29(1):e13191.

29. Henry M, Baas C, Mathelin C. Why do women refuse reconstructive breast surgery after mastectomy?. *Gynecol Obstet Fertil*. 2010;38(3):217-23.