

Original Article

Investigating the Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on the Concern about Body Dysmorphic Disorder and Perceived Stress in Women with Breast Surgery Experience

Mehdi Javanshir, Hadi Smkhani Akbarinejad*, Pariya Faroughi

Department of Psychology, University College of Nabi Akram, Tabriz, Iran

* *Corresponding author.* Tel:+989369943438, E-mail: hadiakbarinejad@yahoo.com

Article info

Article history:

Received: Jun 27, 2024

Accepted: Nov 21, 2024

Keywords:

Rational Emotive Behavior Therapy

Concern about Body Dysmorphic Disorder

Perceived Stress

Mastectomy

ABSTRACT

Background: Mastectomy surgery causes psychological problems such as concern about body dysmorphic disorder and stress in women. This study was conducted to investigate the effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on body dysmorphic disorder concern and perceived stress in women with breast surgery experience.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. A total of 30 women undergoing radiotherapy followed by mastectomy were selected by convenience sampling from specialized breast cancer clinics in Tabriz City in 2022. They were randomly divided into experimental and control groups (15 people in each group). The experimental group received a group-based rational-emotional behavioral therapy for 8 sessions of 1.5 hours each (for 2 months, one session per week), according to the treatment program of Smkhani Akbarinejad. Both groups completed the Littleton et al.'s body image concern questionnaire and Cohen et al.'s perceived stress questionnaire at three stages of the study including pre-test, post-test, and 3 months after the intervention. Data were analyzed using SPSS-24 software using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc tests.

Results: At the pre-test, no significant differences were observed between the mean and standard deviation of the concern about body dysmorphic disorder and perceived stress scores in both groups ($p < 0.05$). While, after the intervention, the mean scores of the variables in the test group (concern about body dysmorphic disorder 43.9 ± 6.9 and perceived stress 22.7 ± 3.7) were significantly lower than those in the control group (concern about body dysmorphic was 59.7 ± 6.1 and perceived stress was 27.4 ± 3.9) ($p < 0.001$), and this reduction continued at the follow-up phase as well ($p < 0.001$).

Conclusion: Based on the results of this study, it can be concluded that rational emotional behavior therapy can reduce the concern about body dysmorphic disorder and the perceived stress in women who have undergone breast surgery. Therefore, this treatment method can be used to improve psychological problems caused by breast surgery in these women.

How to cite this article: Javanshir M, Smkhani Akbarinejad H, Faroughi P. Investigating the Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy on the Concern about Body Dysmorphic Disorder and Perceived Stress in Women with Breast Surgery Experience. Journal of Health & Care. 2025;26(4): 343-354.



Copyright © 2024 by Authors. Published by Ardabil University of Medical Sciences.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان

مهدی جوانشیر، هادی اسمخانی اکبری نژاد*، پریا فاروقی

گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۳۶۹۹۴۳۴۳۸. ایمیل: hadiakbarnejhad@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: عمل جراحی ماستکتومی سبب بروز مشکلات روان‌شناختی همچون نگرانی از بدریختی بدن و استرس در زنان می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ نفر از زنان ماستکتومی شده که مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود در کلینیک‌های تخصصی سرطان پستان شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمون، رفتار درمانی عقلانی هیجانی را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی اسمخانی اکبری نژاد دریافت کردند. هر دو گروه، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ۳ ماه پس از مداخله به پرسشنامه‌های نگرانی از تصویر بدن لیتتون و همکاران و استرس ادراک شده کوهن و همکاران پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تست تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در مرحله پیش‌آزمون، بین میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده در دو گروه آزمون و کنترل، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). در حالی که پس از آزمون، میانگین نمرات هر دو متغیر فوق در گروه آزمون (نگرانی از بدریختی بدن $43/9 \pm 6/9$ و استرس ادراک شده $22/7 \pm 3/7$) به‌طور معناداری پائین‌تر از گروه کنترل (نگرانی از بدریختی بدن $59/7 \pm 6/1$ و استرس ادراک شده $27/4 \pm 3/9$) بود ($p < 0.001$) و این کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی عقلانی هیجانی موجب کاهش نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان شده است. بنابراین از این روش درمانی می‌توان برای بهبود مشکلات روانی ناشی از جراحی پستان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: رفتار درمانی عقلانی هیجانی، نگرانی از بدریختی بدن، استرس ادراک شده، ماستکتومی

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۰۷

عامل مرگ‌ومیر پس از سرطان ریه می‌باشد (۲). طی

چهار دهه اخیر، افزایش میزان ابتلا به سرطان پستان،

سبب شده تا این بیماری تبدیل به بیش‌ترین بدخیمی

مقدمه

سرطان پستان از شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان

کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته (۱) و دومین

در میان زنان ایرانی شود (۳)؛ به طوری که از کل مبتلایان به سرطان در ایران، ۱۰/۷ درصد از آن‌ها به سرطان پستان مبتلا هستند. سالانه حدود ۶۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود که در مقایسه با سایر کشورها، زنان ایرانی یک‌دهه زودتر به آن مبتلا می‌گردند (۴).

مداخلات پزشکی متنوعی برای درمان سرطان پستان وجود دارد که مهمترین آن‌ها جراحی، پرتودرمانی، هورمون‌درمانی و شیمی‌درمانی است (۵). یکی از رایج‌ترین مداخلات در درمان سرطان پستان، جراحی است. جراحی پستان شامل دو نوع نگهدارنده پستان و ماستکتومی^۶ می‌باشد (۶). در عمل ماستکتومی، حداکثر بافت پستان، شامل نوک پستان و هاله اطراف آن و غدد لنفاوی زیر بغل برداشته می‌شود (۷). حدود ۸۰ درصد جراحی‌های سرطان پستان در ایران از نوع ماستکتومی است (۸). جراحی پستان سبب بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌شود و بر ابعاد گوناگون کارکرد روانی-اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد (۹). بعد از جراحی ماستکتومی، زنان مبتلا به سرطان پستان تغییرات فیزیکی مختلفی را تجربه می‌کنند که این امر ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهای که درباره بدن‌شان دارند را به سمت منفی سوق داده (۱۰) و آن‌ها را دچار نگرانی‌هایی می‌کند که عمده‌ترین آن، نگرانی از بدریختی بدن^۱ است (۱۱).

اختلال بدریختی بدن به معنای اشتغال ذهنی وسواس گونه به ظاهر بدن است. در این اختلال، افراد نگرانی دائمی از یک نقص اغراق‌آمیز یا تخیلی در ظاهر خویش را دارند و رفتارهای جبری مثل واریسی ظاهر جسمانی در آینه یا پنهان کردن نقص ظاهری را تجربه می‌کنند. این ویژگی‌ها با نگرانی پریشان‌کننده‌ای همراه هستند و افراد مبتلا اغلب از حساسیت در روابط بین‌فردی و عملکرد اجتماعی ضعیف رنج می‌برند (۱۲). این افراد ممکن است

قسمتی از بدن خود را زشت، غیرجذاب، نقص‌دار، بدشکل و حتی عجیب، ترسناک و تنفرآور توصیف کنند. این ترس افراطی می‌تواند تبدیل به احساس وجود نقص خیالی در بدن گردد و فرد ساعات بسیاری از روز را در حال فکر کردن و رنج بردن از این نقص یا عیب به سر برد (۱۳). از آنجایی که پستان، تداعی‌کننده نقش جنسیتی زنان است و یک نشانه جنسی مهم تلقی می‌گردد، از دست‌دادن، تغییر در شکل ظاهری یا احساسات مربوط به پستان، تأثیر قابل توجهی بر عزت‌نفس آنان می‌گذارد و نگرانی آن‌ها را درباره تصویر بدنی‌شان تشدید می‌کند (۱۴). تحقیقات قبلی نشان می‌دهند که درمان سرطان پستان به‌طور معنی‌داری با برداشت فرد از تصویر بدنی رابطه دارد و نتایج، موید تأثیرات بلندمدت آن بر کیفیت زندگی، جذابیت جنسی و سازگاری‌های روان‌شناختی بیماران بعد از عمل جراحی است (۱۵). اگرچه تصویر بدن غالباً در راستای ظاهر جسمی لحاظ می‌شود، اما اکثر زنان آن را به‌عنوان احساس کامل بودن و کارایی توصیف می‌کنند (۱۶). از این رو، نگرانی از بدریختی بدن بعد از عمل جراحی ماستکتومی و برقراری سازگاری با آن بسیار مشکل بوده و روند زندگی طبیعی و خانوادگی فرد را به‌مخاطره خواهد انداخت و با چالش بزرگی در مورد پذیرش و سازگاری روان‌شناختی با شرایط موجود از جمله افزایش استرس ادراک‌شده^۲ روبه‌رو خواهد کرد (۱۷).

مفهوم استرس، واکنش فرد در مقابل یک تهدید ادراک‌شده (واقعی یا خیالی) نسبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک می‌شود (۱۸). واکنش‌های فیزیولوژیک مذکور مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر سیستم‌های بدن از جمله غدد داخلی و سیستم ایمنی

¹ Body Dysmorphic Concern

² Perceived Stress

می باشد. البته وجود سطحی بهینه از استرس و تنش برای اقدام به فعالیت لازم می باشد ولی اگر میزان تنش از حدی فراتر رود طوری که انسان فرصت کافی برای ایجاد تعادل و توازن نداشته باشد، دچار تحلیل قوا شده و عوارض استرس را تجربه خواهد کرد. استرس شدید یا طولانی می تواند منجر به شروع، تشدید و تداوم بسیاری از کسالت های روانی و جسمانی گردد (۱۹). ادراک و تفسیر کلی فرد از تأثیر پذیری در مقابل استرس ها، استرس ادراک شده فرد می باشد. افراد، یک عامل استرس زای مشابه را به شکل های مختلف ادراک و تفسیر می کنند و عوامل مختلفی می توانند در شکل گیری استرس ادراک شده و تفسیری که فرد از میزان استرس دارد نقش داشته باشد (۲۰).

در مداخلاتی که پس از درمان سرطان جهت بهبودی هر چه بهتر و سازگاری سریع تر با مشکلات برآمده از درمان آن صورت می گیرد، لازم است انواع مداخلات روان شناختی از جمله مشاوره و روان درمانی نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش ها نشان می دهند که مداخلات روان شناختی، نقش موثری در کنترل یا کاهش نشانگان روان شناختی و یا افزایش توانمندی های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی شده دارند (۲۱) که رفتار درمانی عقلانی هیجانی^۱ از جمله آن هاست. این درمان مستقیماً باورهای غیرمنطقی را که عامل اصلی نگرانی ها و استرس هاست، مورد هدف قرار می دهد. رفتار درمانی عقلانی هیجانی، نوعی روان درمانی شناختی- رفتاری است که توسط آلبرت ایس^۲ ابداع شده است (۲۲). ایس مشاهده کرد زمانی که مراجعانش در افکارشان تغییراتی ایجاد می کنند، حالشان خوب می شود. بنابراین، او در کار خود روی باورهای مراجعانش تمرکز کرد (۲۳). طبق نظر ایس، رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث

تنش، اضطراب و افسردگی آن ها نمی شود، بلکه دیدگاه ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به تنش و اضطراب شده و زندگی آنان را با مشکل مواجه می کند. از نظر وی تفکر منطقی منجر به فعالیت بیش تر در زندگی می شود، فرد از پایگاه روشنی به حوادث می نگرد و به فرد امید، شهامت و توان عمل می دهد (۲۴). هدف درمان ایس این است که انسان ها بتوانند اختلالات هیجانی خود را به حداقل برسانند و زندگی شادی داشته باشند. همچنین به آن ها یاد دهند با احساسات منفی خویش مثل تأسف، ندامت، ناکامی و آزرده گی، برخورد موثری نمایند. افراد به کمک این درمان می توانند با احساسات منفی نابخوابی چون افسردگی، اضطراب و بی ارزشی کنار بیایند (۲۳). نتایج پژوهش ها نشان می دهند که رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بد ریختی بدن، افسردگی و تاب آوری زنان با تجربه جراحی پستان اثر بخش است (۲۵، ۲۶).

با پیدایش دیدگاه های سلامت نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه، شناخت عوامل موثر بر غنی سازی زندگی و افزایش ظرفیت ها و سرمایه های روان شناختی و یافتن رویکردهای درمانی موثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار باشد. از این رو، در پژوهش حاضر پژوهشگر سعی دارد رویکردی را عملیاتی کند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه اساسی وی را که معتقد است این درمان بر نگرانی از بد ریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان موثر می باشند، مورد بررسی قرار دهد. با توجه به اینکه در بررسی متون، پژوهشی که به بررسی اثر بخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر هر دو متغیر نگرانی از بد ریختی بدن و استرس

¹ Rational Emotive Behavior Therapy

² Albert Ellis

درمان به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند.

نحوه انجام کار به این صورت بود که پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه)، روش رفتار درمانی عقلانی هیجانی را به صورت گروهی، طبق برنامه درمانی اسمخانی اکبری‌نژاد (۲۳) دریافت کردند (جدول ۱). جلسات درمانی توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و یک دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی در یک مرکز مشاوره خصوصی شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس از آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آن‌ها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفت‌وگویی نداشته باشند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

سیاهه نگرانی از تصویر بدن^۳

این ابزار از نوع خودگزارشی است که اولین بار توسط لیتلتون و همکاران ساخته شده و دارای ۱۹ ماده است. آزمودنی‌ها باید به یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت در طیف ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) پاسخ دهند. حداقل نمره فرد در این آزمون، ۱۹ و حداکثر، ۹۵ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده نگرانی بیشتر از بدریختی بدن است (۲۷). این ابزار برای نخستین بار توسط بساک‌نژاد و غفاری به فارسی ترجمه و روی جمعیت دانشجویی، اعتباریابی شد. پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۵ گزارش شده است (۲۸). ضرایب روایی این پرسشنامه نیز در پژوهش مهربابی‌زاده هنرمند و همکاران از طریق همبستگی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ظاهر جسمانی و ترس از ارزیابی منفی، به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۳ به دست آمد که معنادار بود (۲۹). در پژوهش

ادراک‌شده زنان با تجربه جراحی پستان پردازد یافت نشد، لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک‌شده زنان با تجربه جراحی پستان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که به دلیل ابتلا به سرطان پستان، عمل جراحی ماستکتومی انجام داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود در کلینیک‌های تخصصی سرطان پستان شهر تبریز بودند. پس از تصویب کد اخلاق و کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، با توجه به پراکندگی زیاد نمرات نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک‌شده بیماران، تصمیم گرفته شد افرادی وارد مطالعه شوند که نمرات نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک‌شده‌شان در یک بازه مشخص قرار داشته باشد. برای این منظور، پرسشنامه‌های نگرانی از تصویر بدن لیتلتون^۱ و همکاران و استرس ادراک‌شده کوهن^۲ و همکاران در بین ۱۱۳ بیمار اجرا شد و از بین ۸۲ نفر که در این پرسشنامه‌ها یک انحراف معیار بالاتر از میانگین نمره کسب کردند ۳۰ نفر انتخاب، و به صورت تصادفی (به شیوه قرعه‌کشی) به دو گروه آزمون (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: سن بین ۳۵ تا ۵۵ سال، متأهل بودن، انجام عمل ماستکتومی توتال و دوطرفه، باقی‌ماندن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ جلسه پرتودرمانی، عدم ابتلا به بیماری جدی دیگر به غیر از سرطان پستان و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود. شرکت در جلسات مشاوره یا روان‌درمانی فردی و گروهی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه در طول

¹ Littelton

حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد. مقیاس استرس ادراک شده این مقیاس که در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن تدوین شده دارای ۳ نسخه ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. در این پژوهش از فرم ۱۴ ماده‌ای آن استفاده شد. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه، به زبان‌های گوناگون ترجمه شده و در کشورهای زیادی هنجاریابی شده است. در این مقیاس به هر پرسش بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، نمرات ۰ (هرگز)، ۱ (تقریباً هرگز)، ۲ (گاهی اوقات)، ۳ (اغلب اوقات) و ۴ (بسیار اوقات)، تعلق می‌گیرد. عبارت ۴، ۵، ۶، ۷، ۹ و ۱۳ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. کم‌ترین امتیاز کسب شده صفر و بیش‌ترین نمره، ۵۶ است. نمره

بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیش‌تر است. ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه کوهن و همکاران برای عامل‌های خودکارآمدی درک شده، درماندگی درک شده و نمره کلی استرس درک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمد (۳۰). در مطالعه صفایی و شکری نیز پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مورد تأیید قرار گرفت (۳۱). در پژوهش حاضر، پایایی کل این مقیاس توسط ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد. لازم به ذکر است تمام اصول اخلاقی در این مطالعه رعایت شد؛ بطوری که شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات، به آنها اطمینان داده شد و در پایان درمان، گروه کنترل نیز تحت مداخله رفتار درمانی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS-24 و تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل رفتار درمانی عقلانی هیجانی

جلسه	هدف و محتوا
اول	اجرای پیش‌آزمون، معارفه اعضای گروه به همدیگر، توضیح درباره اهداف و مقررات گروه توسط رهبر گروه و معرفی روش گروه‌درمانی با رویکرد «رفتار درمانی عقلانی-هیجانی»
دوم	بررسی و بیان مشکلات اعضا و ایجاد انگیزه برای مشاوره و درمان، آشنایی بیش‌تر اعضا با رویکرد «رفتار درمانی عقلانی-هیجانی» و باورهای غیرمنطقی
سوم	ذکر نمونه‌هایی از حوادث زندگی و بحث گروهی در زمینه چگونگی تأثیر باورها در واکنش‌های افراد و بحث اعضای گروه با هم در مورد این که شیوه اندیشیدن آن‌ها باعث واکنش آن‌ها در برابر حوادث می‌گردد.
چهارم	آشنایی بیش‌تر اعضای گروه با رویکرد «رفتار درمانی عقلانی-هیجانی» برای کشف افکار غیرمنطقی و بررسی افکار غیرمنطقی
پنجم	بررسی گروهی و تحلیل افکار، نگرش‌ها، احساسات غیرمنطقی نسبت به خود و حوادث پیرامون و آشنایی با مدل ABCDE و آموزش اصول این مدل به اعضا. C (شروع از): از مراجع پرسیده می‌شود کدام مشکل رفتاری و یا ناراحتی روان‌شناختی و عاطفی‌اش در جلسات درمانی مورد بحث قرار گیرد. A (کاوش در): چه رویدادی سبب بروز مشکل رفتاری و یا ناراحتی روان‌شناختی و عاطفی در او شده است. B (کشف): در مورد این رویدادی که اتفاق افتاده چه فکری می‌کند و چه چیزی در درون به خودش می‌گوید (خودگویی). همچنین عناصر غیرمنطقی در ادراک و تفسیر مراجع از این رویداد را شناسایی کنید. D (تشویق و تحجیح کردن در): به مراجع کمک می‌شود تا با افکار غیرمنطقی‌اش مجادله و مبارزه کند. E (حمایت در): به مراجع کمک می‌شود تا موثرترین افکار منطقی را در مورد این رویداد انتخاب کند. به طوری که بتواند مشکلات رفتاری و عاطفی خود را کاهش دهد.

ششم	شناخت افکار غیرمنطقی، بایدها، نبایدها و تأثیر آنها در شکل‌گیری افسردگی، کاهش تاب‌آوری و نگرانی از بدریختی بدن و بحث گروهی اعضا با یکدیگر درباره جایگزین کردن افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی
هفتم	بحث در مورد روش‌های مقابله با افکار غیرمنطقی و جایگزین کردن افکار منطقی و انجام تمرین‌های عملی به شیوه گروهی
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری توسط اعضای گروه، اجرای پس‌آزمون و اتمام درمان

یافته‌ها

۲۴/۶±۳/۱ بود. بین دو گروه از نظر سن و تعداد

جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲).

میانگین سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۲/۰±۴/۹ سال و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آن‌ها

جدول ۲. میانگین سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها (تعداد هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	میانگین	p
سن	آزمون	۴۲/۷±۴/۹	۰/۴۴۴
	کنترل	۴۱/۳±۴/۹	
	کل	۴۲/۰±۴/۹	
تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی	آزمون	۲۳/۷۳±۳/۱	۰/۱۳۵
	کنترل	۲۵/۴±۳/۰	

نام آزمون: تی مستقل، اختلاف معنی‌دار $p < ۰/۰۵$

کرویت موخلی برای بررسی کرویت ماتریس واریانس- کواریانس متغیرهای وابسته (جدول ۵) نشان داد که همه آن‌ها برقرارند و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر اعم از آزمون شاپیرو- ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (جدول ۳)، آزمون ام- باکس برای بررسی همسانی ماتریس واریانس- کواریانس متغیرها (جدول ۴)، و آزمون

جدول ۳. آزمون شاپیرو- ویلک جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن متغیر مورد مطالعه

متغیر	Z	سطح معنی‌داری
نگرانی از بدریختی بدن (پیش‌آزمون)	-۰/۹۴۲	۰/۱۰۰
نگرانی از بدریختی بدن (پس‌آزمون)	-۰/۹۳۸	۰/۰۸۲
نگرانی از بدریختی بدن (پیگیری)	-۰/۹۵۰	۰/۱۱۷
استرس ادراک‌شده (پیش‌آزمون)	-۰/۹۵۴	۰/۲۱۴
استرس ادراک‌شده (پس‌آزمون)	-۰/۹۷۹	۰/۷۹۴
استرس ادراک‌شده (پیگیری)	-۰/۹۷۵	۰/۶۸۰

جدول ۴. آزمون ام- باکس جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کواریانس

متغیر	آزمون ام باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
نگرانی از بدریختی بدن	۱۲/۲۵۷	۱/۸۰۴	۶	۵/۶۸۰	۰/۰۹۴
استرس ادراک‌شده	۱۳/۷۱۰	۲/۰۱۷	۶	۵/۶۸۰	۰/۰۶۰

جدول ۵. آزمون کرویت موخلی جهت بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس کواریانس خطا

متغیر	آزمون موخلی	کای-دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	گرمین‌هاوس- گیسر	هیون- فلد	اپسیلون حد پایین
نگرانی از بدریختی بدن	۰/۷۰۵	۲/۱۳۴	۲	۰/۳۴۵	۰/۷۱۰	۰/۹۰۰	۰/۵۰۰
استرس ادراک‌شده	۰/۶۵۰	۲/۴۵۶	۲	۰/۱۸۷	۰/۶۰۰	۰/۸۰۰	۰/۵۰۰

نتایج نشان داد که بین نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < .001$). همچنین نتایج نشان دهنده تفاوت معنی دار آماری بین نمرات نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده گروه مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون بود ($p < .001$). علاوه بر نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان بعد از ۳ ماه پیگیری نیز ماندگار بود ($p < .001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمرات نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده گروه آزمون با گروه کنترل، معنی دار بود ($p < .001$) (جدول ۶).

نتایج نشان داد که بین نمرات متغیرهای نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < .001$). همچنین نتایج نشان دهنده تفاوت معنی دار آماری بین نمرات نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده گروه مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون بود ($p < .001$). علاوه بر نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان بعد از ۳ ماه پیگیری نیز ماندگار بود ($p < .001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد اختلاف میانگین نمرات نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده گروه آزمون با گروه کنترل، معنی دار بود ($p < .001$) (جدول ۶).

جدول ۶. میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین	پس آزمون میانگین	پیگیری میانگین	سطح معنی داری تغییرات داخل گروهی	سطح معنی داری تغییرات بین گروهی
نگرانی از بدریختی بدن	آزمون	۵۷/۶±۶/۰	۴۳/۶±۹/۹	۴۴/۶±۰/۸	$P < .001^*$	$P < .001^*$
	کنترل	۵۷/۶±۹/۵	۵۹/۶±۷/۱	۶۰/۵±۴/۸	$p = .۰۶۸۲$	$p = .۰۶۸۲$
استرس ادراک شده	آزمون	۲۷/۳±۵/۹	۲۲/۳±۷/۷	۲۲/۳±۷/۷	$p = .۰۸۹۵$	$P < .001^*$
	کنترل	۲۷/۳±۲/۹	۲۷/۳±۴/۹	۲۷/۳±۴/۹	$p < .001^*$	$p = .۰۸۳۶$
	سطح معنی داری	$p = .۰۹۲۷$	$p < .001^*$	$p < .001^*$	-	-

*: تحلیل واریانس آمیخته، اختلاف معنی دار $p < .05$

چون آزمون اثر پیلایی در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، لذا از این آزمون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معناداری وجود داشت ($p = .001$) (جدول ۷).

چون آزمون اثر پیلایی در موقعیت‌های عملی قدرت بیش‌تری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، لذا از این آزمون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در سه بار اجرای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و بین دو گروه مداخله و کنترل، تفاوت معناداری وجود داشت ($p = .001$) (جدول ۷).

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمون و کنترل

متغیر	تأثیر	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی داری	مجذور اتا
نگرانی از بدریختی بدن	زمان	۰/۶	۲۱/۸	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶
استرس ادراک شده	زمان*مداخله	۰/۶	۲۲/۱	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۶
	زمان	۰/۸	۶۴/۵	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۷
	زمان*مداخله	۰/۸	۷۴/۶	۲/۰	۲۷/۰	۰/۰۰۱	۰/۷

نام آزمون: تحلیل کوواریانس چندمتغیره، اختلاف معنی دار $p < .05$

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک شده زنان با تجربه جراحی پستان بود. نتایج نشان داد که رفتار درمانی عقلانی هیجانی موجب کاهش نگرانی از بدریختی بدن گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، تفاوت میانگین نمرات متغیر فوق در مراحل پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری میان دو گروه معنی دار بود. پس می‌توان گفت که رفتار درمانی عقلانی هیجانی موجب کاهش نمره نگرانی از بدریختی بدن شده و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. در مطالعات اسمخانی اکبری نژاد و همکاران (۲۶، ۲۸)، فدائی و همکاران (۳۲)، صادقی و همکاران (۳۳)، اولیایی و همکاران (۳۴) و ایزدی اجیرلو و همکاران (۳۵) نیز اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی،

بحث

تاب‌آوری، تصویر ذهنی از بدن و عزت نفس زنان با تجربه جراحی پستان دیده شده است. پژوهش‌های مختلف به دنبال یافتن راه‌هایی هستند تا یک اقلان درونی و پذیرش شخصی از ظاهر جسمانی را در افراد دارای تجربه جراحی سرطان پستان شکل دهند. رفتار درمانی عقلانی هیجانی یک تجربه جدید برای این افراد است. آن‌ها با مفهوم نگرانی از بدریختی بدن آشنا می‌شوند و باورهای خود را از زندگی خود بازگو می‌کنند و سپس با کمک درمانگر، باورهای جدیدی در زندگی می‌سازند. در گروه درمانی این روش می‌تواند با استفاده از باورهای دیگران نیز صورت پذیرد. پستان یک عضو بسیار مهم جهت احساس زیبایی در زنان و برقراری روابط جنسی است. وجود مشکل در این زمینه از آن جهت ناشی می‌شود که در پی از دست دادن پستان، تمرکز زنان و شریک جنسی آنها به این عضو جنسی بیشتر شده و این مساله باعث ایجاد اختلال در روابط جنسی می‌شود (۳۵). در رفتار درمانی عقلانی هیجانی با شناسایی باورهای غیرمنطقی این افراد در زمینه نگرانی از بدریختی بدن سعی می‌شود تا تمرکز زنان برای جذابیت جنسی و درک از ظاهر پستان برداشته شده و میزان ارزش قائل شده برای آن تقلیل یابد. در واقع طی جلسات مداخله فوق سعی بر آن شد تا ارزش واقعی هر یک از اعضای بدن برای رضایت از ظاهر بدنی شناخته شده و میزان ارزش نسبت داده شده به پستان کاسته شده و ارزش داده شده به سایر اعضا تقویت شود. در همین راستا تکالیف خانگی مبنی بر شناسایی و به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی و بایداندیشی‌ها و مطلق‌اندیشی‌ها حوزه نگرانی از بدریختی بدن به افراد ارائه شد. بنابراین معنادار شدن تغییرات در این راستا دور از ذهن نبود.

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که رفتار درمانی عقلانی هیجانی موجب کاهش استرس ادراک‌شده گروه آزمون در مقایسه با گروه کنترل شده است. همچنین، اختلاف به‌دست‌آمده بین تفاوت میانگین‌های

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری میان دو گروه در سطح معنی‌دار بود. به عبارت دیگر تفاوت استرس ادراک‌شده دو گروه، در مرحله پس‌آزمون و دوره پیگیری معنی‌دار بوده است. پس می‌توان گفت که رفتاردرمانی عقلانی هیجانی موجب کاهش نمره استرس ادراک‌شده گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده و این تفاوت در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. در راستای اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر استرس ادراک‌شده با تجربه جراحی پستان می‌توان به پژوهش اولیایی و همکاران اشاره کرد که نشان داد رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی‌شده اثربخش می‌باشد (۳۴). به نظر می‌رسد دلیل موثر بودن مداخله رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر کاهش استرس ادراک‌شده زنان با تجربه جراحی پستان، یادگیری چگونگی مواجهه با مشکلات و دشواری‌های غیرقابل اجتناب زندگی و کنار آمدن بهتر با شرایط استرس‌زا و رویدادهای ناخوشایند از بعد عملکردی باشد. رفتار درمانی عقلانی هیجانی سبب بهبود نگرش و تفسیر فرد از زندگی و بیماری می‌شود و از این رو می‌تواند به افراد با تجربه جراحی پستان کمک کند تا وقایع منفی حاصل از این عمل را به شیوه متفاوتی ارزیابی کنند. بنابراین فرد با افزایش مهارت‌های شناختی- رفتاری، حس قوی‌تری از کنترل را ایجاد می‌کند و این حس، افراد را متقاعد می‌کند تا موقعیت‌های غیرکنترل را در اختیار خود در آورند که این امر، سبب کاهش استرس ادراک‌شده در آن‌ها می‌شود (۳۶). همچنین، درمان به‌شیوه گروهی با تقویت عواملی چون به‌هم‌پیوستگی گروهی و احساس عمومیت مشکل، نوعی شبکه ارتباطی را قوی می‌کند که فرد با همراه شدن در آن، امید، نوع‌دوستی و آرامش را در ارتباط متقابل تجربه می‌کند (۳۷). بعلاوه، در رفتار درمانی عقلانی هیجانی، باورهای غیرمنطقی خاص هر بیمار مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته و آن‌ها با تکمیل جداول مربوط به

ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی، محتمل به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که رفتار درمانی عقلانی هیجانی بر کاهش نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک‌شده زنان با تجربه جراحی پستان اثر بخش بود. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آن‌ها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های سرطان پستان و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از رفتار درمانی عقلانی هیجانی فردی و گروهی در زمینه کاهش نگرانی از بدریختی بدن و استرس ادراک‌شده زنان با تجربه جراحی پستان استفاده شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه تبریز با کد اخلاق IR.TABRIZU.REC.1401.094 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

رویدادهای برانگیزاننده و باورهای ناکارآمد فعال‌شده در هر موقعیت با این واقعیت مواجه می‌شوند که ممکن است از محتویات ذهن‌شان، خودگویی‌ها و یا برداشت‌ها و تفسیرهایی که از موقعیت‌ها دارند، مدارک مستدلی حمایت نکند. از طرفی توانایی زیرسوال‌بردن باورهای غیرمنطقی، می‌تواند صدای امیدبخش، انرژی‌بخش و سالم ذهنی برای ایشان فراهم سازد. مواجه‌شدن با این واقعیت که می‌توانند و قادرند به‌مدیریت ذهن خود بپردازند و اسیر باورهای منفی و ناکارآمد خویش نشوند آن‌ها را در غلبه بر هیجان منفی استرس توانمندتر می‌سازد. دیگر این‌که این شیوه با آموزش فنونی نظیر تصویرسازی ذهنی و تنفس‌های آرام‌بخش عمیق به بیماران کمک می‌کند تا در موقع لزوم بتوانند از این مهارت‌ها بهره ببرند و بر هیجانات منفی غلبه کنند. فنون دیگر این شیوه درمانی از جمله ابراز وجود نیز ایشان را به‌سمت ابراز مقتدرانه خود سوق می‌دهد. (۳۴)

نمونه پژوهش حاضر را زنان متأهل ۳۵ تا ۵۵ ساله ماستکتومی‌شده شهر تبریز تشکیل دادند که تعمیم یافته‌ها به همه زنان ماستکتومی‌شده جوان‌تر و مسن‌تر و نیز زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد که به‌دلیل خودگزارشی بودن

References

- 1- Mubarik S, Luo L, Iqbal M, Nawsherwan, Bai J, Yu C. More recent insights into the breast cancer burden across BRICS-Plus: health consequences in key nations with emerging economies using the global burden of disease study 2019. *Frontiers in Oncology*. 2023;13:1100300.
- 2- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. *Global cancer observatory: cancer today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2020. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, accessed 1 February 2021.
- 3- cases worldwide.3. Samainesab S, Azizi F, Gholamzad S, Eshaghi Shamsabadi A, Moradi F, Metinfar S. Familiarity with breast cancer (with prevention and diagnosis approach). Tehran: Azadmehr; 2020. [persian]
- 4- Abachizadeh K, Moradi Kouchi A, Ghanbari Motlagh A, Kousha A, Shekarriz-Foumani R, Erfani A. Breast cancer in Iran: levels, variations and correlates. *Community Health*. 2018;5(1):11-21. [persian]

- 5- Burguin A, Diorio C, Durocher F. Breast cancer treatments: updates and new challenges. *Journal of Personalized Medicine*. 2021;11(8):808.
- 6- Keelan S, Flanagan M, Hill AD. Evolving trends in surgical management of breast cancer: an analysis of 30 years of practice changing papers. *Frontiers in Oncology*. 2021;11:622621.
- 7- Bawoke G, Kejela S, Alemayehu A, Bogale GT. Experience with modified radical mastectomy in a low-income country: a multi-center prospective observational study. *BMC Surgery*. 2021;21(1):371.
- 8- Fendereski A, Hajizadeh E, Haghghat S, Rasekhi A. Evaluation of factors related to short-term and long-term survival of breast cancer patients by mixture cure model. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2022;15(1):4-17.
- 9- Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *The Journal of Breast Health*. 2016;12(4):145.
- 10- Brunet J, Sabiston CM, Burke S. Surviving breast cancer: women's experiences with their changed bodies. *Body Image*. 2013;10(3):344-51.
- 11- Thakur M, Sharma R, Mishra AK, Singh K, Kar SK. Psychological distress and body image disturbances after modified radical mastectomy among breast cancer survivors: a cross-sectional study from a tertiary care centre in north India. *The Lancet Regional Health- Southeast Asia*. 2022;7:100077.
- 12- Zargar Y, Sayad S, Bassak Nejad S. The effectiveness of group cognitive- behavior therapy on reducing body dysmorphic disorder and interpersonal sensitivity among high school girls in Ahvaz city. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2012;9(5):90-96. [persian]
- 13- Buhlmann U, Teachman BA, Gerbershagen A, Kikul J, Rief W. Implicit and explicit self-esteem and attractiveness beliefs among individuals with body dysmorphic disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2008;32:213-25.
- 14- Archangelo SdCV, Sabino M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics*. 2019;74:e883.
- 15- Guedes TSR, de Oliveira NPD, Holanda AM, Reis MA, da Silva CP, e Silva BLR, et al. Body image of women submitted to breast cancer treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2018;19(6):1487-93.
- 16- Quittkat HL, Hartmann AS, Düsing R, Buhlmann U, Vocks S. Body dissatisfaction, importance of appearance, and body appreciation in men and women over the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:864.
- 17- Ream M, Saez-Clarke E, Taub C, Diaz A, Frasca D, Blomberg BB, Antoni MH. Brief post-surgical stress management reduces pro-inflammatory cytokines in overweight and obese breast cancer patients undergoing primary treatment. *Frontiers in Bioscience*. 2022;27(5):148.
- 18- Lazarus RS. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer; 1984.
- 19- Fatty L, Mutabi F, Kazemzadeh Atofi M, Bovalhari J. *Stress Management: Workshop Training Guide*. Tehran: Danje Publishing; 2020.
- 20- Feng G, Xu X, Lei J. Tracking perceived stress, anxiety, and depression in daily life: a double-downward spiral process. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1114332.
- 21- Sebri V, Durosini I, Triberti S, Pravettoni G. The efficacy of psychological intervention on body image in breast cancer patients and survivors: a systematic-review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:611954.
- 22- Saulius T, Malinauskas R. Using rational emotive behavior therapy to improve psychological adaptation among future coaches in the post-pandemic era. *Healthcare*. 2023;11(6):803.
- 23- Smkhani Akbarinejad H. *Counseling and Psychotherapy with a Rational-Emotional Behavioral Therapy Approach: A Guide for Counselors, Psychologists, Psychiatrists and Social Workers*. Tabriz: Haltak Publications; 2014. [persian]
- 24- Ellis A. Rational emotive behavior therapy and cognitive behavior therapy for elderly people. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 1999;17(1):5-18.
- 25- Smkhani Akbarinejad H, Ghamari M, Pouyamanesh J, Fathi Agdam G. Comparison of the effect of narrative therapy and rational emotional behavior therapy on body dysmorphic concern and

- depression in women with breast surgery experience: a four month follow-up. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019;8(2):388-401. [persian]
- 26- Smkhani Akbarinejad H, Ghamari M, Pouyamanesh J, Fathi Agdam G. A comparative study on effectiveness of narrative therapy and rational emotional behavior therapy on resilience of women with breast surgery experience. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2020;12(4):52-63. [persian]
- 27- Littleton HL, Axsom D, Pury CL. Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*. 2005;43(2):229-41.
- 28- Basak nejad S, Gaffari M. The relationship between body dysmorphic concern and psychological disorders among university students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2008;1(2):179-87. [persian]
- 29- Mehrabzadeh Honarmand M, Najarian B, Baharloo R. The relationship between perfectionism and social anxiety in students. *Journal of Psychology*. 1999;3(11):231-48. [persian]
- 30- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983:385-96.
- 31- Safaei M, Shokri O. Assessing stress in cancer patients: factorial validity of the perceived stress scale in Iran. *Journal of Psycho-Nursing*. 2014;2(1):13-22. [persian]
- 32- Fadaei S, Janighorban M, Mehrabi T, Ahmadi SA, Mokaryan F, Gukizade A. Effects of cognitive behavioral counseling on body Image following mastectomy. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2011;16(8):1047. [persian]
- 33- Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, Mirzaie H. Comparison of cognitive behavioral group therapy and acceptance and commitment group therapy on quality of life of breast cancer women. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2017;4(2):17-23. [persian]
- 34- Olyaie Z, Touzandehjani H, Kiafar Z. Evaluation effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and mood in women with breast cancer undergoing mastectomy. *Fundamentals of Mental Health*. 2017;19(4):321-29. [persian]
- 35- Izadi-Ajirlo A, Bahmani B, Ghanbari-Motlagh A. Effectiveness of cognitive behavioral group intervention on body image improving and increasing self-esteem in women with breast cancer after mastectomy. *Archives of Rehabilitation*. 2013;13(4):72-83. [persian]
- 36- Emami M, Askarizadeh Q, Fazilatpour M. The effectiveness of behavioral cognitive stress management group therapy on anxiety, intrusion thoughts, avoidance, hyper-arousal in women with breast cancer at early stage. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2015;13(1):1-10. [persian]
- 37- Hassanzadeh R, Abedini M. Effectuality of cognitive-behavioral therapy on the life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012;22(93):58-65. [persian]