

Efficacy of dialectical behavior therapy on perceived stress, self-efficacy and quality of life in women with breast cancer

H. Haji Ahmadi Foumani^{*}, H. Shams Esfand Abad[†] & A. R. Kakavand[‡]

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the effectiveness of dialectical behavior therapy, on perceived stress, self-efficacy, and quality of life in women with breast cancer. **Methods:** The study method was quasi-experimental with pre and post test and a follow up of two months. The statistical population consisted of 120 patients recently diagnosed with cancer among 1200 patients referred to the oncology department of the diagnostic and therapeutic center of Haftom-e-Tir hospital in the year 2013 and 30 patients were chosen via accessible sampling and were divided randomly to either a control (N=15) or an experimental (N=15) group. The experimental group received eight weekly sessions of intervention, each session lasting 120 minutes. The research instruments were Cohen, Kamarck & Mermelstein's perceived stress scale (1983), the general self-efficacy scale (Scherer and Maddox, 1982) and the quality of life questionnaire published by the European Research Organization (Aaronson, 1987). **Results:** Results revealed that dialectical behavior therapy was effective in decreasing perceived stress as well as increasing self-efficacy and quality of life in women with breast cancer in the experimental group and that these effects were consistent two months after the termination of the intervention. The control group showed no significant changes at any of the three evaluation phases. **Conclusion:** Results indicated that using dialectical behavior therapy could be useful for decreasing perceived stress and increasing self-efficacy and quality of life in breast cancer patients.

Key words: *behavior therapy, dialectical, quality of life, perceived stress, self-efficacy*

-
- 1*. Corresponding author, M.A. in psychology, Imam Khomeini International University of Qazvin. Email: mhajiahmadi@ymail.com
 2. Associate professor, Imam Khomeini International University of Qazvin
 3. Assistant professor, Imam Khomeini International University of Qazvin

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس ادراک‌شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان

هاجر حاجی‌احمدی فومنی^{۱*}، حسن شمس اسفندآباد^۲ و علیرضا کاکاوند^۳

دریافت مقاله: ۹۲/۶/۱۲؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۲/۱/۷؛ پذیرش مقاله: ۹۳/۳/۱۸

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس ادراک‌شده، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان بود. **روش:** روش مطالعه نیمه‌آزمایشی با گروه گواه و طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دوماهه و جامعه‌آماري کلیه‌ی زنان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی مرکز تشخیصی- درمانی بیمارستان هفت تیر تهران به‌تعداد ۱۲۰۰ نفر بود که ۱۲۰ نفر آن‌ها از مراجعان تازه تشخیص در سال ۱۳۹۲ بودند. پس از مصاحبه ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش، پرسش‌نامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن، کامارک و مرملاستین (۱۹۸۳)، خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲)؛ نقل از ملکی پیربازاری، نوری و صرامی، ۱۳۹۰) و ویراست سوم پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان پژوهش‌های اروپایی آرونسون (۱۹۸۷)؛ نقل از صفایی، دهکردی و طباطبایی، (۱۳۸۶) بود. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته هفته‌ای یک‌بار آموزش دید. **یافته‌ها:** نتایج نشان‌دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران بود و اثر آن پس از ۲ ماه نیز باقی‌ماند. **نتیجه‌گیری:** از رفتار درمانی دیالکتیکی می‌توان به‌عنوان روش موثری برای کاهش استرس، افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک‌شده، خودکارآمدی، دیالکتیکی، رفتار درمانی، کیفیت زندگی

*۱. نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد روان‌شناسی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین.

Email: mhajiahmadi@ymail.com

۲. دانشیار دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین.

۳. استادیار دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) قزوین.

مقدمه

سرطان، بیماری پیچیده، ناتوان‌کننده و شایع است که در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشور ما دومین عامل زیستی-پزشکی مرگ و میر، پس از بیماری قلبی محسوب می‌شود. مبتلایان به سرطان با مشکلات و استرس‌های متعدد زیستی، روانی و اجتماعی مواجه‌اند (احدی، مهریار، نفیسی، نیکوفر و جهانیان، ۱۳۹۰). سرطان، طیف گسترده‌ای از بیماری‌ها است که سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش‌آگهی ویژه خود را دارد. بیشتر افرادی که دچار سرطان می‌شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند. در این میان، سرطان پستان شایع‌ترین و از لحاظ عاطفی و روانی، تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (پدرام، محمدی، نظیری و آیین‌پرست، ۱۳۸۹). در حال حاضر، بیش از ۷ میلیون نفر در جهان بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا در سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (حیاتی، شاهسواری و محمودی، ۱۳۸۸). ماهیت این بیماری به گونه‌ای است که هویت و شخصیت زنانه‌ی مبتلایان را به خطر می‌اندازد و آن‌ها را با مسایلی هم‌چون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، و در صورت تأهل وحشت از واکنش همسر و در صورت مجرد نگرانی درباره‌ی ازدواج، ترس از مرگ و دلهره عقیم‌شدن روبه‌رو می‌سازد (پدرام، محمدی، نظیری و آیین‌پرست، ۱۳۸۹).

یکی از متغیرهای این پژوهش استرس ادراک‌شده بود. به عقیده شمر (۲۰۱۰) زمانی که ابتلای فرد به سرطان تشخیص داده می‌شود، می‌تواند بر ابعاد جسمانی، روان‌شناختی، عاطفی، معنوی، مالی و روابط اجتماعی وی تأثیرگذار باشد (لطفی‌کاشانی، وزیری، زین‌العابدینی و زین‌العابدینی، ۱۳۹۲). زنان دچار سرطان پستان با استرس‌های متعددی از جمله ترس از مرگ احتمالی، استرس از هم‌پاشیدگی زندگی، اثرهای جانبی درمان و دیگر عوامل مربوط به بیماری و درمان مواجه هستند (لبل، رسبرگر، ادگار و دوینز، ۲۰۰۷). استرس به‌عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی از عوامل مهم بروز و استمرار بسیاری از اختلال‌های روان‌تنی است (چن و چانگ، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند زمانی که زنان از وجود سرطان پستان خود آگاه می‌شوند، دچار آشفتگی روان‌شناختی، ستیز درونی، احساس درماندگی، ناتوانی و احساس بی‌علاقگی به زندگی و به‌علاوه به شدت غیرفعال می‌شوند و قدرت تطبیق با تغییر شرایط زندگی را از دست می‌دهند.

بدیهی است عوامل روان‌شناختی بیمارگونه مانند سبک زندگی غلط، فقدان ابراز وجود، پرخاشگری، خشم فروبرده شده و شیوه نادرست مقابله با استرس، موجب استرس بالای این‌گونه افراد می‌شود (ترخان، ۱۳۹۲)، بنابراین، مداخله‌هایی که قابلیت‌های مقابله با استرس را تسهیل کند، بسیار مهم است. جاکوبس، دالتون و ادوارتز (۲۰۰۹) نشان دادند زنانی دچار سرطان پستان در مقایسه با زنان غیرمبتلا، پرخاشگری و خشم فروبرده شده بیشتری دارند. دیدگاه‌های جدید

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس...

در مورد استرس به جای تمرکز بر ماهیت استرس، به نقش منابع روان‌شناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تأکید کرده‌اند. زیرا از این طریق می‌توان تدابیر درمانی مناسب را برای فرد تحت فشار فراهم کرد (مسعودنیا، ۲۰۰۷). رینولدز، هورلی، توورز و جکسون (۲۰۰۵)، نشان دادند که ابراز هیجان در بیماران سرطانی، که یکی از راهبردهای مهم رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ است با افزایش احتمال بهبود رابطه دارد. نوردین، ريسانن، آلگرین، بورل، آروینگ و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود دریافتند که با آموزش‌های روان‌درمانی می‌توان استرس، خستگی روانی بیماران دچار سرطان پستان را کاهش و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش داد. یکی از نوآوری‌ها در درمان روان‌شناختی به‌ویژه درمان سرطان، تلفیق سنت‌های معنوی شرق از جمله ذهن‌آگاهی با رفتار درمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق به‌عنوان موج سوم روان‌درمانی یاد می‌شود (هایز، لوما، بوند، ماسودا و لیلیس، ۲۰۰۶). به‌نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی بتواند موجب شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی، افزایش خودکارآمدی و سلامت روانی این بیماران شود.

از دیگر متغیرهای این پژوهش، خودکارآمدی است. مفهوم خودکارآمدی را آلفرد بندورا در سال ۱۹۷۷ مطرح کرده است. در نظریه یادگیری اجتماعی، رشد خودکارآمدی به‌عنوان قضاوت از چگونه انجام‌دادن کاری در موقعیت موردانتظار است و می‌تواند فرد را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد (مظلومی، مهری و مروتی شریف‌آباد، ۱۳۸۵). به‌نظر می‌رسد که خودکارآمدی، یک عامل درونی مهم، برای کنترل طولانی مدت بیماری‌های مزمن است. افراد با خودکارآمدی پایین دیدشان به مسائل سخت‌گیرانه است و نسبت به مشکلات خود، نگاهی تک‌بعدی و سطحی دارند (کریمی، نیکنامی، امین شکروی، شمسی و حاتمی، ۱۳۸۸). شعاع‌کازمی و مومنی‌جاوید (۱۳۹۱) دریافتند زنان دچار سرطان پستان در مقایسه با زنان سالم از خودکارآمدی پایین‌تری برخوردارند. به اعتقاد وی، ارمستون و واتسون (۲۰۰۷) خودکارآمدی در رابطه‌ی بین ترس از درد با تجربه درد و ناتوانی ناشی از تحمل درد نقش تعدیل‌کننده‌ای را ایفا می‌کند. نتایج پژوهش پکونیس (۲۰۰۹)، نشان داد که باورهای خودکارآمدی با سازگاری با درد رابطه دارد و بر این اساس، می‌توان گفت که اگر بیماران دچار سرطان به باور خودکارآمدی برسند، تحمل بیماری برای‌شان آسان‌تر و به دنبال آن از توان‌مندی بهتری نیز برخوردار می‌شوند و کمتر به مرحله‌ی عود و یا احساس ناکامی می‌رسند (شعاع-کازمی و مومنی‌جاوید، ۱۳۹۱). بنابراین، می‌توان با انجام مداخله‌های روان‌شناختی، میزان خودکارآمدی این بیماران را افزایش داد. پژوهش‌های موس، میلر و ماسن (۲۰۰۵)، کوپر و کاستلو (۲۰۰۸)، معصومیان (۱۳۹۱) تأثیر مداخله‌های روان‌شناختی را بر خودکارآمدی نشان

1. dialectical behavior therapy (DBT)

داده است. امروزه تأثیر این مداخله‌ها در روند بهبود بیماری‌های مزمن تأیید شده است. با گسترش رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری را در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند (آنتونی، لچنر، دیاز، وارگاز، هولی و همکاران، ۲۰۰۹).

متغیر دیگر این پژوهش، کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان بود. فشارهای روانی ناشی از تشخیص سرطان و مشکلات جسمی ناشی از خود بیماری و عوارض جانبی ناشی از درمان بر کیفیت زندگی تأثیری منفی دارد. امروزه تنها زنده‌ماندن مدنظر نیست و افراد خواهان زندگی با کیفیت مطلوب هستند و بیماران سرطانی نیز در هر سه بعد جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی دارای محدودیت‌هایی هستند و استفاده از مداخله‌های روان‌شناختی همراه با درمان‌های پزشکی، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی آنان موثر باشد (وینی، ۲۰۰۹).

به‌طور کلی، کیفیت زندگی در مورد مبتلایان به سرطان در دو حوزه اندازه‌گیری می‌شود. ۱. در زمینه عملکرد بیماران و ۲. در زمینه عوارض ناشی از نفس بیماری و عوارض ناشی از درمان بیماری سرطان. نکته مهم در این سنجش‌ها ارزیابی این شاخص‌ها از دیدگاه و نگاه بیمار است. این اندازه‌گیری به گروه‌های بالینی کمک می‌کند تا ضمن دریافت احساس‌ها و عواطف بیمار، اگر لازم باشد در درمان خود تجدیدنظر و یا در کنار درمان، مداخله‌های دیگری را که به‌نظر لازم می‌رسد، اعمال کنند (دیستفانو، ریکاردو، کاپلی، کوستانتینی و پتریلو، ۲۰۰۸).

با اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان، می‌توان ناتوانی گروه‌ها و جمعیت‌های متفاوت بهبودیافته از سرطان و کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده را بررسی و تعیین کرد و نیز مزایا و معایب درمان‌ها را مقایسه و افراد در معرض خطر مشکلات روانی، اجتماعی را غربالگری و وضعیت بهبودیافتگان و بازماندگان سرطان را پی‌گیری نمود (کهرزایی، دانش و آزادفلاح، ۱۳۹۰). آنتونی، بیلینگ، کاکس، انز و سوینسون (۲۰۰۶) به این نتیجه رسیدند که مداخله روان-شناختی باعث کاهش انزوای اجتماعی و افزایش سلامت هیجانی، تفکرها و حالت‌های ذهنی، تغییر سبک زندگی و عاطفه‌ی مثبت می‌شود. کهرزایی و همکاران (۱۳۹۰) دریافتند که رفتار درمانی شناختی موجب بهبود کیفیت زندگی و عملکرد بیماران سرطانی می‌شود.

به‌رغم تأثیرهای مختلف بیماری و درمان‌ها بر زندگی بیماران دچار سرطان پستان، بیشتر آنان قادر به ادامه زندگی فعال و با حداقل محدودیت‌ها خواهند بود، به شرط آن‌که، با دریافت مداخله‌های مناسب، به سطح مطلوبی از زندگی دست یابند. این نکته محرز است که سبک زندگی این بیماران، به‌دلیل مواجهه با یک مسأله مزمن و پیامدهای آن مختل می‌شود و از این رو، تجربه‌ی استرس‌های روزمره در این گروه از بیماران با توجه به شیوع بالای آن قابل توجه است. بنابراین، انجام مداخله‌هایی که قابلیت‌های مقابله با استرس را افزایش دهد، مهم است. در این پژوهش به مداخله به‌صورت آموزش مهارت‌های مقابله با استرس با رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی پرداخته

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس...

شد. رفتار درمانی دیالکتیکی شامل چهار مهارت ذهن‌آگاهی^۱، تنظیم هیجانی، تحمل آشفتگی و اثربخشی بین فردی است که به افزایش توان مقابله با استرس منجر می‌شود (علیلو و شریفی، ۱۳۹۰). مهارت آموزی یکی از فنون تحلیل رفتار در رفتار درمانی دیالکتیکی است (بورنوالوا و دافترس، ۲۰۰۷). تأکید رفتار درمانی دیالکتیکی بیشتر بر مهارت‌های ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی است (اسوالز و هیرد، ۲۰۰۹). رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری-شناختی است. لینهان در سال ۱۹۹۳ ابتدا سعی کرد که از رفتار درمانی شناختی استاندارد برای افرادی استفاده کند که به‌خود آسیب می‌زنند و با هیجان‌های خارج از کنترل دست و پنجه نرم می‌کنند. هنگامی که رفتار درمانی شناختی طبق انتظاراتی او پیش رفت، او و گروه پژوهش‌اش انواع فنون دیگر را به آن افزودند تا این‌که شیوه‌ای را به‌وجود آوردند که بهتر عمل کند (لینهان، ۲۰۰۸؛ نقل از کربلایی، احدی و شریفی، ۱۳۸۹). نتایج مطالعات نشان‌دهنده اثربخشی این الگوی درمانی در اختلال‌های مختلف است. نتایج پژوهش علوی (۱۳۹۰) حاکی از اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در درمان نشانه‌های افسردگی، افزایش معنی‌دار شاخص‌های هشیاری فراگیر و تحمل پریشانی دانشجویان مشهد بود. فدریک، ویسنوسکی و بن-پوراس (۲۰۱۲) نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش نشانه‌های اختلال خوردن، خودکشی و رفتارهای خودآسیب‌رسان و افزایش کیفیت زندگی بیماران دچار اختلال خوردن موثر است. کویت (۲۰۱۲) از رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی در بیمارانی که به قصد خودکشی به خود آسیب رسانده بودند، استفاده کرد که نتایج نشان‌دهنده اثربخش بودن این رویکرد درمانی بود. استیل، دیر، پریب، کلیندینست و باهس (۲۰۱۱) از رفتار درمانی دیالکتیکی برای کودکانی که مورد تجاوز قرار گرفته و دچار اختلال استرس پس از سانحه شده بودند استفاده کرد که نتایج نشان‌دهنده کاهش نشانه‌های استرس، افسردگی، اضطراب و آسیب‌های روانی کلی در این بیماران بود. در همه پژوهش‌هایی با روش رفتار درمانی دیالکتیکی استفاده شده است می‌توان به نقش برجسته هیجان‌ها در کنار عوامل شناختی و رفتاری پی‌برد. این پژوهشگران نیز با توجه به این‌که بیماران دچار سرطان پستان و به‌خصوص بیماران تازه تشخیص، هیجان‌های منفی زیادی را تجربه می‌کنند و با استرس، نگرانی، افسردگی و بسیاری از مسائل روانی در کنار بیماری جسمی خود مواجه‌اند، این رویکرد درمانی را انتخاب کردند تا به صورت همه جانبه به درمان همه عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی بپردازند. در پژوهش‌های انجام‌شده در کشور ما کمتر به هیجان‌های بیماران دچار سرطان توجه شده است. هم‌چنین با توجه به شیوع بالای این بیماری در ایران و جهان و این‌که بیماران دچار سرطان پستان، به‌دلیل افزایش و بهبود راه‌کارهای درمانی، مدت طولانی‌تری با بیماری و استرس‌های ناشی از آن دست

1. mindfulness awareness skills

هاجر حاجی‌احمدی‌فومنی، حسن شمس اسفندآباد و علیرضا کاکاوند
و پنجه نرم می‌کنند، انجام پژوهش در این زمینه لازم به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر به اجرا
در آمد تا فرضیه‌های زیر آزمون شود.

۱. رفتار درمانی دیالکتیکی، استرس ادراک‌شده بیماران دچار سرطان پستان را کاهش می‌دهد.
۲. رفتار درمانی دیالکتیکی، خودکارآمدی عمومی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان را افزایش می‌دهد.
۳. نتایج حاصل از پژوهش در مرحله پی‌گیری پایدار می‌ماند.

روش

پژوهش حاضر از طرح‌های نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه‌ی زنان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی مرکز تشخیصی درمانی بیمارستان هفت تیر تهران به تعداد ۱۲۰۰ نفر بود که ۱۲۰ نفر آن‌ها از مراجعان تازه تشخیص در سال ۱۳۹۲ بودند که جهت طی کردن مراحل درمانی رادیو تراپی و شیمی درمانی خود مراجعه کرده بودند. طی یک مصاحبه ۳۰ نفر از آنان که پس از تشخیص، استرس و تنش زیادی را تجربه کرده و به شرکت در جلسه‌های آموزشی کاهش استرس نیز علاقه‌مند بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر در گروه جایگزین شدند. شرایط و ملاک‌های ورود به گروه نمونه شامل سن بین ۳۰ تا ۶۵ سال، قراردادن در مراحل بالینی I و II بیماری سرطان پستان، عدم سابقه‌ی عود بیماری، عدم سابقه‌ی بیماری جدی دیگر و یا انواع دیگر سرطان‌ها، و قرار داشتن در مرحله‌ی شیمی درمانی و یا رادیو تراپی، گذشتن بیش از یک ماه از تشخیص سرطان پستان، عدم وجود سابقه بیماری روانی و سوء‌مصرف مواد، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و آموزشی از زمان تشخیص بیماری، توانایی شرکت در جلسات گروه و تمایل به همکاری بود. در این پژوهش به چندین نکته اخلاقی توجه شد. افراد شرکت‌کننده با رضایت آگاهانه نسبت به هدف پژوهش و داوطلبانه انتخاب شدند. در تمام مراحل پژوهش به سؤال‌های شرکت‌کنندگان در مورد نحوه‌ی انجام پژوهش و محتوای سؤال‌ها، به‌گونه‌ای که بر پاسخ آن‌ها تأثیرگذار نباشد پاسخ داده شد. بر محرمانه ماندن اسامی افراد شرکت‌کننده در تمامی مراحل پژوهش تأکید شد. متغیرهای پژوهش در نمونه انتخاب‌شده قبل از اختصاص به دو گروه اندازه‌گیری شد و پس از هم‌تاسازی آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی به گروه‌ها اختصاص یافتند. مقایسه‌ی دو گروه در اندازه‌گیری‌های اولیه و یا به‌عبارتی پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه استرس ادراک شده^۱. این پرسشنامه را کوهن، کامارک و مرملاستین (۱۹۸۳) طراحی کرده‌اند. گویه‌های آن تعیین می‌کند پاسخ‌دهندگان تا چه حدی زندگی خود را غیرقابل پیش‌بینی، غیرقابل کنترل و فشارآور می‌بینند. مقیاس اصلی پرسشنامه استرس ادراک شده ۱۴ گویه دارد و در این پژوهش، از پرسشنامه ۱۰ سؤالی آن استفاده شده است که میزان افکار و احساس‌های افراد را در طول ماه گذشته بررسی می‌کند و نمره‌گذاری هر سؤال به صورت عبارت‌های هرگز = ۰، تقریباً هرگز = ۱، بعضی وقت‌ها = ۲، بیشتر وقت‌ها = ۳ و تقریباً همیشه = ۴ است. هر قدر نمره کسب‌شده از این پرسشنامه بالاتر باشد، نشان‌دهنده استرس کمتر است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب‌نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (مظلوم، دربان، واقعی، مدرس‌غروی، کاشانی لطف‌آبادی و شاد، ۱۳۹۰). پایایی نسخه فارسی باستانی، رحمت‌نژاد، جسمی و حقانی (۱۳۸۷) با روش همسانی درونی محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ گویه‌های این پرسشنامه در این پژوهش برابر با ۰/۹۰۴ شد که نشانگر همسانی درونی بسیار خوب این پرسشنامه است.

۲. پرسشنامه خودکارآمدی عمومی. این پرسشنامه توسط شرر و مادوکس^۲ در سال ۱۹۸۲ و بر مبنای نظریه یادگیری اجتماعی بندورا ساخته شده و شامل ۱۷ ماده است. ضریب پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خودکارآمدی عمومی ۰/۸۶ به دست آمد (ملکی پیربازاری، نوری و صرامی، ۱۳۹۰). به هر ماده این پرسشنامه نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. ماده-های شماره ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ از راست به چپ و بقیه از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۵۵ به دست آمد.

۳. پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی بیماران سرطانی. برای ارزیابی کیفیت زندگی از ویرایش سوم کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان متعلق به «سازمان اروپایی پژوهش‌ها و درمان سرطان» استفاده شد که توسط آرونسون^۳ (۱۹۸۷)، نقل از صفایی، دهکردی و طباطبایی، (۱۳۸۶). تهیه شده است این پرسشنامه ۳۰ آیتم سؤال دارد و دربرگیرنده دو مفهوم مقیاس عملکردی و مقیاس علائم ناشی از سرطان و درمان آن است. سؤال‌ها شامل کیفیت زندگی سؤال‌های ۲۹، ۳۰)، عملکرد جنسی (سؤال‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵)، ایفای نقش (سؤال‌های ۶، ۷)، عملکرد هیجان (سؤال‌های ۲۰، ۲۵)، عملکرد شناختی (سؤال‌های ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴)، عملکرد اجتماعی (سؤال‌های ۲۶، ۲۷)، خستگی (سؤال‌های ۱۰، ۱۲، ۱۸)، تهوع و استفراغ (سؤال‌های

1. Perceived Stress Scale (PSS)

2. Scherer & Maddox

3. Aronson

۱۴، ۱۵)، درد (سؤال‌های ۹، ۱۹)، تنگی نفس (سؤال ۸)، اختلال خواب (سؤال ۱۱)، کاهش اشتها (سؤال ۱۳)، یبوست (سؤال ۱۶)، اسهال (سؤال ۱۷) و وضعیت اقتصادی (سؤال ۲۸) است. امتیازهای گرفته شده در هر حیطة بر مبنای ۰ تا ۱۰۰ است که عدد بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پاسخ‌ها از ۱ تا ۴ رتبه‌بندی شده‌اند و عدد ۱ نشان‌دهنده عدم وجود مشکل و عدد ۴ نشان‌دهنده شدت علائم در بیمار است. مطالعات اعتباریابی، این پرسش‌نامه را به‌عنوان مقیاسی معتبر و پایا برای کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان در موقعیت‌های چندفرهنگی تأیید کرده‌اند. آلفای کرونباخ مقیاس خستگی ۰/۶۵، درد ۰/۶۹، تهوع و استفراغ ۰/۶۶ و سایر مقیاس‌ها بیش از ۰/۷۰ برآورد شده و نشان‌دهنده پایایی و اعتبار مطلوب این پرسش‌نامه است (صفایی، دهکردی و طباطبایی، ۱۳۸۶).

۴. رفتار درمانی دیالکتیکی. رفتار درمانی دیالکتیکی، الگویی شناختی، هیجانی و رفتاری است که اولین بار در سال ۱۹۹۳ توسط لینهان (۱۹۹۳a و ۱۹۹۳b) به‌کار رفت که در این پژوهش در هشت جلسه ۲ ساعته هفته‌ای یک‌بار به شرح زیر انجام شد.

جلسه اول. در این جلسه پیش‌آزمون انجام شد. سپس اعضا با هم آشنا شدند، اعضا گفت‌وگو در مورد بیماری و استرس ناشی از آن را تمرین کردند و با مهارت‌هایی آشنا شدند که در بخش ذهن‌آگاهی آموزش داده می‌شود. سپس اهمیت ذهن‌آگاهی و انواع ذهن به‌طور منطقی تبیین شد.

جلسه دوم. دو نوع از مهارت‌های ذهن‌آگاهی یعنی مهارت‌های "چه" و "چگونگی" تشریح و مهارت‌های مرتبط با آن و نیز ذهن‌آگاهی تمرین شد.

جلسه سوم و چهارم. مهارت‌های تنظیم هیجانی آموزش داده شد. سپس تبیین‌هایی در مورد درک هیجانی، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی، کاهش رنج هیجانی، راهبردهای کاهش هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت ارائه و بیان هیجان‌ها تمرین و تمرین‌های خانگی ارائه شد.

جلسه پنجم. حضور ذهن نسبت به حالت هیجانی در حال حاضر و هیجان‌ها به‌وسیله عملی متضاد حالت هیجانی، آموزش داده شد، و تمرین‌های جلسه‌های قبل دوباره تمرین شد.

جلسه ششم. مهارت‌های تحمل آشفتگی آموزش داده شد. سپس درباره مهارت‌های تحمل و بقا در شرایط بحرانی بحث شد و راهبردهای تحمل مشتمل بر راه‌های انحراف حواس از جمله انجام فعالیت‌ها، همکاری کردن، مقایسه با شرایط بحرانی سخت‌تر، ایجاد هیجان‌های متضاد و تشدید سایر حس‌ها، آرمیدگی، خلق معنی و دعاکردن، کناره‌گیری از نقش بالغانه آموزش داده شد.

جلسه هفتم. تمرین‌های جلسه قبل بررسی و مهارت‌های ارتباطی، اولویت‌ها، الزام‌ها و ضرورت‌ها و برقراری تعادل بین آن‌ها، توسعه‌ی خود احترامی، تأثیرگذاری هدف‌ها، تأثیرگذاری روابط، و

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس...

اثرگذاری خود احترامی آموزش داده شد. درباره‌ی آن و درباره‌ی عوامل محیطی موثر بر اثرگذاری بین فردی بحث شد. به افراد کمک شد تا چندین جمله‌ی روحیه‌بخش برای خود پیدا کنند و جلسه با تمرین ذهن‌آگاهی خاتمه یافت.

جلسه هشتم، در این جلسه برنامه و اهداف درمان مرور و درمانگر به بیماران به‌ویژه در مورد مهارت‌ها و اصولی که کاملاً بر آن تسلط یافته بودند و همچنین مواردی که لازم بود روی آن کار کنند بازخورد داد. بیماران نیز در مورد چیزهای موفقیت‌آمیز و نه چندان موفق، همچنین در مورد نگرانی‌هایشان از اتفاقاتی که ممکن است پس از اتمام دوره درمان رخ دهد صحبت کردند. در انتهای این جلسه پس‌آزمون اجرا و ۲ ماه پس از آخرین جلسه آموزشی در مرحله پی‌گیری ارزیابی نهایی انجام شد.

شیوه اجرا. شرکت‌کنندگان گروه گواه در زمان درمان، مراقبت‌های معمول و گروه آزمایش، مداخله با رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی را، علاوه بر مراقبت‌های معمول دریافت کردند. افراد در هر دو گروه آزمایش و گواه به‌طور هم‌زمان به پرسش‌نامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش از آموزش، بلافاصله پس از آموزش و ۲ ماه بعد از مداخله در مرحله پی‌گیری پاسخ دادند. برای رعایت اصول اخلاقی پس از پایان تمامی مراحل پژوهش افرادی از گروه گواه که تمایل به دریافت برنامه رفتار درمانی دیالکتیکی را داشتند، تحت آموزش قرار گرفتند.

یافته‌ها

سن بیماران بین ۳۰ تا ۶۵ سال بود. دامنه سنی گروه آزمایش بین ۳۸ تا ۶۲ سال با میانگین ۴۹/۴۶ و انحراف معیار ۷/۲۹ و دامنه سنی گروه گواه بین ۳۶ تا ۵۴ سال با میانگین ۴۳/۳۳ و انحراف معیار ۵/۰۵ قرار داشت. در هر دو گروه ۱ نفر مجرد (۳/۳ درصد) و ۱۴ نفر متأهل (۴۶/۷ درصد) بود. در گروه آزمایش، ۱۳ نفر پایین‌تر از دیپلم (۴۳/۳ درصد) و ۲ نفر در سطح دیپلم و بالاتر (۶/۷ درصد) و در گروه گواه، ۸ نفر پایین‌تر از دیپلم (۲۶/۷ درصد) و ۷ نفر در سطح دیپلم و بالاتر (۲۳/۳ درصد) بود. در گروه آزمایش ۱۵ نفر غیرشاغل (۵۰ درصد) و در گروه گواه، ۱ نفر شاغل (۳/۳ درصد) و ۱۴ نفر غیرشاغل (۴۶/۷ درصد) بود. در گروه آزمایش ۶ نفر (۲۰ درصد) و در گروه گواه ۴ نفر (۱۳/۳ درصد) سابقه بیماری سرطان در خانواده داشتند.

جدول ۱. بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته با آزمون کالموگراف-اسمیرنف

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	Z	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۱۸۸	۰/۴۲
	پی گیری	گواه	۱۵	۰/۶۷	۰/۷۵
		آزمایش	۱۵	۰/۴۸	۰/۹۷
	گواه	۱۵	۰/۶۴	۰/۷۹	
خودکارآمدی عمومی	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۴۶	۰/۹۸
	پی گیری	گواه	۱۵	۰/۷۷	۰/۵۸
		آزمایش	۱۵	۰/۵۰	۰/۹۶
	گواه	۱۵	۰/۴۴	۰/۹۸	
کیفیت زندگی	پس آزمون	آزمایش	۱۵	۰/۵۴	۰/۹۳
	پی گیری	گواه	۱۵	۰/۵۶	۰/۹۱
		آزمایش	۱۵	۰/۹۰	۰/۳۹
	گواه	۱۵	۰/۸۰	۰/۵۴	

در جدول ۱ نتایج آزمون کالموگراف-اسمیرنف، توزیع طبیعی نمره‌ها را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲. بررسی همگنی ماتریس واریانس کوواریانس متغیر وابسته در دو گروه

M	باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	P
۴۷/۴۷	۱/۷۳	۲۱	۲۸۸۴	۰/۰۵	

در جدول ۲ نتایج آزمون باکس نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار ماتریس واریانس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها است. نقض این مفروضه تحت شرایطی که گروه‌های نمونه دارای حجم برابر باشند خللی به ادامه تحلیل کوواریانس و نتایج وارد نمی‌کند (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۱۳).

جدول ۳. بررسی همگنی واریانس خطا در گروه‌های مورد مطالعه با آزمون لوین

متغیر	مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
استرس ادراک شده	پس آزمون	۳/۹۲۶	۱	۲۸	۰/۰۶
	پی گیری	۱/۳۱۲	۱	۲۸	۰/۲۷
خودکارآمدی عمومی	پس آزمون	۰/۷۵۷	۱	۲۸	۰/۴۰
	پی گیری	۲/۹۲۱	۱	۲۸	۰/۱۰
کیفیت زندگی	پس آزمون	۰/۰۹۲	۱	۲۸	۰/۷۷
	پی گیری	۱/۳۴۰	۱	۲۸	۰/۲۶

اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس...

جدول ۳ همسانی واریانس خطای متغیرهای وابسته بین دو گروه را نشان می‌دهد. دو مفروضه تحلیل کوواریانس که شامل همگنی خط رگرسیون متغیرها در دو گروه و هم‌چنین برقراری رابطه خطی بین متغیر هم‌پراش و متغیر وابسته است در حین اجرای تحلیل کوواریانس بررسی شد.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس تاثیر گروه‌بندی (آموزش) بر متغیرهای وابسته

مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع اثر	مراحل
۱۵/۲۹۹	۴۴۳/۵۰۶	۱	۴۴۳/۵۰۶	پیش‌آزمون و گروه‌بندی	
۲۳/۲۳۲**	۶۷۳/۵۰۴	۱	۶۷۳/۵۰۴	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پس‌آزمون
۸/۴۹۲**	۲۴۶/۲۹۶	۱	۲۴۶/۲۹۶	گروه‌بندی	
۰/۲۶۵	۴/۰۲۶	۱	۴/۰۲۶	پیش‌آزمون و گروه‌بندی	
۹۶/۷۱۰**	۱۴۶۸/۹۹۲	۱	۱۴۶۸/۹۹۲	پیش‌آزمون و پی‌گیری	پی‌گیری
۱/۵۵۰	۲۳/۵۵۰	۱	۲۳/۵۵۰	گروه‌بندی	
۲/۳۷	۸۰/۳۴۰	۱	۸۰/۳۴۰	پیش‌آزمون و گروه‌بندی	
۳۱/۹۵۵**	۱۰۸۳/۲۰۶	۱	۱۰۸۳/۲۰۶	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پس‌آزمون
۵/۳۹۴*	۱۸۲/۸۶۱	۱	۱۸۲/۸۶۱	گروه‌بندی	
۰/۰۷۴	۲/۲۴۱۵	۱	۲/۲۴۱۵	پیش‌آزمون و گروه‌بندی	
۷۷/۴۰۴**	۲۵۱۴/۴۸۸	۱	۲۵۱۴/۴۸۸	پیش‌آزمون و پی‌گیری	پی‌گیری
۰/۷۷۲	۲۵/۰۷۸	۱	۲۵/۰۷۸	گروه‌بندی	
۰/۲۰۴	۲۶/۷۱۸	۱	۲۶/۷۱۸	پیش‌آزمون و گروه‌بندی	
۰/۶۵۶	۸۵/۸۵۷	۱	۸۵/۸۵۷	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	پس‌آزمون
۰/۸۸۵	۱۱۵/۸۳۵	۱	۱۱۵/۸۳۵	گروه‌بندی	
۳/۱۷۴	۲۱۵/۴۸۷	۱	۲۱۵/۴۸۷	پیش‌آزمون و گروه‌بندی	
۱۲۰/۲۶۲**	۸۱۶۴/۳۰۰	۱	۸۱۶۴/۳۰۰	پیش‌آزمون و پی‌گیری	پی‌گیری
۱۰/۴۱۶**	۷۰۷/۱۱۶	۱	۷۰۷/۱۱۶	گروه‌بندی	

استرس ادراک‌شده

خودکارآمدی

کیفیت زندگی

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ عدم تعامل پیش‌آزمون و گروه‌بندی، همگنی خط رگرسیون را نشان می‌دهد و انتظار می‌رود برای برقراری این مفروضه این تعامل معنی‌دار نباشد و تعامل پیش‌آزمون و پس-آزمون خطی بودن رابطه دو متغیر را بررسی می‌کند که انتظار می‌رود رابطه خطی معنی‌داری مشاهده شود. نتایج حاکی از برقراری مفروضه‌های مدنظر است. گروه‌بندی نیز مربوط به بررسی تأثیر متغیر آزمایشی است که درباره هر متغیر در دو سطح پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه شده است. در دو متغیر اول «استرس ادراک‌شده و خودکارآمدی» نتایج گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است اما در پی‌گیری معنی‌دار نیست که این نشان‌دهنده اثربخشی آموزش در کوتاه مدت و نه در بلند مدت است. در مورد متغیر کیفیت زندگی نتایج گروه‌بندی یا آموزش بر پس-آزمون معنی‌دار نیست، اما در پی‌گیری معنی‌دار است که به معنای تأثیرگذاری بلند مدت آموزش بر این متغیر است. تفاوت بین دو گروه با کنترل سایر متغیرهای مداخله‌گر دلیلی برای اثرگذاری متغیر مستقل و اثرپذیری متغیرهای وابسته تحت آموزش است. به‌منظور بررسی تغییرهای متغیرهای مورد مطالعه در گروه آزمایش در سه مرحله و همچنین بررسی پایداری نتایج حاصل از آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی در مرحله پی‌گیری از طرح تکرار اندازه‌گیری استفاده شد. از جدی‌ترین مفروضه‌های این طرح، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها در طول هر اجرا است که از آن تحت عنوان تقارن مرکب یاد می‌شود. این مفروضه با کمک آزمون کرویت موخلی بررسی شد.

جدول ۵. آزمون کرویت موخلی به منظور بررسی کرویت

متغیر	مقدار W موخلی	مقدار کای‌دو	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
استرس ادراک‌شده	۰/۳۷۷	۱۲/۶۸۲	۲	۰/۰۱
خودکارآمدی	۰/۷۵۹	۳/۵۸۵	۲	۰/۱۷
کیفیت زندگی	۰/۶۰۹	۶/۴۴۱	۲	۰/۰۵

در جدول ۵، نتیجه آزمون کرویت موخلی در مورد متغیر خودکارآمدی غیر معنی‌دار و در مورد دو متغیر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی معنی‌دار است، لذا جهت مقایسه میانگین‌های سه مرحله در متغیر خودکارآمدی از نتایج کرویت فرض‌شده، بدون تعدیل درجه آزادی، و برای مقایسه میانگین‌های دو متغیر استرس ادراک‌شده و کیفیت زندگی از آزمون‌های با تعدیل درجه آزادی (۲) استفاده شد.

جدول ۶. تأثیر آموزش و میزان پایداری نتایج با آزمون تحلیل تکرار اندازه‌گیری

مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات		
۵/۵۷۸**	۱۵۵/۷۵۶	۲	۳۱۱/۵۱۱	کرویت فرض شده	
۵/۵۷۸*	۲۵۲/۷۹۲	۱/۲۳۲	۳۱۱/۵۱۱	گرین‌هاوس-کیزر	استرس
۵/۵۷۸*	۲۴۱/۲۷۸	۱/۲۹۱	۳۱۱/۵۱۱	هوین-فلد	ادراک شده
۵/۵۷۸*	۳۱۱/۵۱۱	۱	۳۱۱/۵۱۱	لاور-باند	
۱۳/۸۱۳**	۷۴۹/۰۸۹	۲	۱۴۹۸/۱۷۸	کرویت فرض شده	
۱۳/۸۱۳**	۹۲۹/۶۳۷	۱/۶۱۲	۱۴۹۸/۱۷۸	گرین‌هاوس-کیزر	خودکارآمدی
۱۳/۸۱۳**	۸۳۷/۰۳۵	۱/۷۹۰	۱۴۹۸/۱۷۸	هوین-فلد	عمومی
۱۳/۸۱۳**	۱۴۹۸/۱۷۸	۱	۱۴۹۸/۱۷۸	لاور-باند	
۱۴/۳۵۳**	۱۹۶۳/۴۶۷	۲	۳۹۲۶/۹۳۳	کرویت فرض شده	
۱۴/۳۵۳**	۲۷۳/۰۵۹۵	۱/۴۳۸	۳۹۲۶/۹۳۳	گرین‌هاوس-کیزر	کیفیت
۱۴/۳۵۳**	۲۵۲۰/۴۳۸	۱/۵۵۸	۳۹۲۶/۹۳۳	هوین-فلد	زندگی
۱۴/۳۵۳**	۳۹۲۶/۹۳۳	۱	۳۹۲۶/۹۳۳	لاور-باند	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

در جدول ۶ نتایج آزمون‌های مختلف، تفاوت معنی‌دار را بین مراحل مختلف اندازه‌گیری نشان می‌دهد.

جدول ۷. آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه زوجی میانگین متغیرها به تفکیک مراحل پژوهش

سطح معنی‌داری	خطای معیار	اختلاف میانگین‌ها	مقایسه‌ها	متغیرها
۰/۱۰	۲/۴۱	۵/۸۰	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	استرس
۰/۰۵	۰/۹۴	۵/۳۳	پیش‌آزمون و پی‌گیری	ادراک شده
۰/۹۹	۲/۱۱	-۰/۴۶	پس‌آزمون و پی‌گیری	
۰/۰۵	۳/۲۲	-۱۴/۱۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	خودکارآمدی
۰/۰۵	۲/۰۵	-۷/۱۳	پیش‌آزمون و پی‌گیری	عمومی
۰/۰۶	۲/۶۶	۷	پس‌آزمون و پی‌گیری	
۰/۰۱	۵/۲۵	-۲۱/۷۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	کیفیت زندگی
۰/۰۱	۲/۸۱	-۱۷/۰۶	پیش‌آزمون و پی‌گیری	
۰/۹۲	۴/۳۷	۴/۶۶	پس‌آزمون و پی‌گیری	

طبق نتایج جدول ۷ در متغیر استرس ادراک‌شده تنها تفاوت بین «پیش‌آزمون و پی‌گیری» به لحاظ آماری معنی‌دار است و در متغیر خودکارآمدی و کیفیت زندگی تفاوت بین «پیش‌آزمون و پی‌گیری» و «پیش‌آزمون و پی‌گیری» به لحاظ آماری معنی‌دار و تفاوت بین «پس‌آزمون و پی‌گیری» معنی‌دار است؛ که نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش و افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی و نیز ماندگاری این تاثیر در بیماران دچار سرطان پستان گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان‌دهنده مؤثر بودن برنامه آموزشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش استرس ادراک‌شده، و افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان گروه آزمایش بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که استرس زنان دچار سرطان جنبه ذهنی و هیجانی دارد. زیرا در این روش، شخص می‌آموزد که با فنونی که مربوط به زمان حال است، به طور موقت از نگرش و باورهایی که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است، رها شود و این نگرش در آن‌ها به‌وجود می‌آید که نسبت به تمامی امور اعم از خوشایند و ناخوشایند، پذیرش بدون داوری داشته باشند. هم‌چنین آن‌ها روش‌های تنظیم و کنترل هیجان‌های خود را می‌آموزند. این یافته با یافته برخی از پژوهش‌های پیشین مانند رینولدز و همکاران (۲۰۰۵) هم‌خوان است. به‌عقیده لینهان (۱۹۹۳) بهبود روابط اجتماعی و برون‌ریزی هیجانی به شکل مثبت مثل شوخ‌طبعی و به‌کارگیری هیجان‌های متضاد از فنون رویکردهای رفتار درمانی دیالکتیکی است که در کنار راهبردهای شناختی به‌کار گرفته می‌شود و هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد (نقل از علیلو و شریفی، ۱۳۹۰). این مداخله‌های روان‌شناختی می‌تواند در گسترش مفهوم کنترل زندگی در این بیماران مؤثر واقع شود (سندوال، براون، سالیوان و گرین، ۲۰۰۶). هم‌چنین تمرین ذهن‌آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیکی، روش شخصی و جدیدی را برای مقابله با استرس برای فرد فراهم می‌کند (فلوگل‌گل، چا، لوه‌رر، بائر و واهنر-رودلر، ۲۰۱۰). هم‌چنین نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی موجب افزایش خودکارآمدی در بیماران دچار سرطان پستان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام‌شده موس و همکاران (۲۰۰۵)، بارتلت و آلدوین (۲۰۰۷)، وی و همکاران (۲۰۰۷)، کوپر و کاستلو (۲۰۰۸)، معصومیان (۱۳۹۱) هم‌خوانی دارد. بیماران دچار سرطان پستان از طریق آموزش مهارت‌ها، قادر شدند تا ارتباط میان افکار، احساس‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای خود را درک کنند.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس...

شرکت زنان دچار سرطان پستان در گروه‌های آموزش مقابله با استرس، موجب یادگیری راهبردهای مقابله‌ای سازنده و در نتیجه بالا رفتن خودکارآمدی و مبارزه با بیماری شد و هم-چنین بازدارنده‌ی اختلال‌های هیجانی در آن‌ها بود. بنابراین می‌توان گفت این آموزش‌ها باورهای مثبتی در شخص نسبت به خودکارآمدی و توانایی‌هایش ایجاد می‌کند و به او این توانایی را می-دهد کنترل آنچه برای وی اتفاق می‌افتد را در دست گیرد. در واقع رفتار درمانی دیالکتیکی به بیمار می‌آموزد تا مهارت‌های مقابله‌ای و واکنش‌های هیجانی مثبت را در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن به کار گیرد.

هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان‌دهنده تأثیر این آموزش بر کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان بود. این یافته‌ها با یافته‌های آنتونی و همکاران (۲۰۰۶)، وینی (۲۰۰۹)، کهرزائی و همکاران (۱۳۹۰) مطابقت دارد که بر اثربخش بودن مداخله‌های روان‌شناختی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان اشاره کردند. در تبیین این یافته می‌توان گفت رفتار درمانی دیالکتیکی، سازگاری روانی- اجتماعی، بهزیستی روانی، یافتن عاطفه‌ی مثبت را در زنان گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری افزایش می‌دهد و با تقویت کارکرد بهینه روان‌شناختی و اجتماعی بیمار و تقویت توانایی‌های او برای اداره زندگی‌اش و هم‌چنین با استفاده از اطمینان‌بخشی و ترغیب او برای تغییر محیط و افزایش اثربخشی درمان‌های پزشکی، باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان پستان می‌شود. با توجه به نتایج این پژوهش می‌توان اظهار داشت که زنان دچار سرطان پستان با شرکت در جلسه‌های رفتار درمانی دیالکتیکی، فشار روانی کمتری را تجربه و با ترس کمتری مداخله‌های پزشکی را پی‌گیری و به توصیه‌های پزشکی بهتر عمل کردند و نیز به نتیجه درمان هم امیدوارتر شدند و در نتیجه باعث افزایش کیفیت زندگی آن‌ها شد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود دوره‌های پی‌گیری بیشتر و طولانی‌تر، عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها اشاره کرد. با توجه به این محدودیت‌ها و نیز کمبود شواهد پژوهشی کافی در زمینه اثربخشی شیوه رفتار درمانی دیالکتیکی در بیماران جسمی مزمن لازم است در تعمیم‌دهی یافته‌ها احتیاط کرد. هم‌چنین، هم‌زمانی مداخله‌های روان- شناختی با برنامه شیمی‌درمانی بیماران، جلسه‌های آموزشی معدود، عدم کنترل داروهای مصرفی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره‌های پی‌گیری برای سنجش و کنترل اثربخشی این شیوه درمانی در طی زمان‌های شش ماه و یک

هاجر حاجی‌احمدی‌فومنی، حسن شمس اسفندآباد و علیرضا کاکاوند
سال بعد در نظر گرفته شود و نیز اثربخشی این رویکرد با دیگر روش‌های روان‌درمانی بررسی و
مقایسه شود.

به‌عنوان نتیجه‌گیری نهایی می‌توان گفت رفتار درمانی دیالکتیکی، راهبردی موثر و پیشگیرانه
برای کاهش استرس ادراک‌شده، افزایش خودکارآمدی و کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان به
ویژه سرطان پستان است و بیماران را قادر می‌سازد تا تنش‌ها و آشفتگی‌های ناشی از بیماری
سرطان را کاهش دهند. از این مداخله می‌توان در بیمارستان‌ها در کنار درمان‌های پزشکی برای
کاهش آشفتگی‌های ناشی از سرطان و شیمی‌درمانی استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مسئولان و کارکنان بیمارستان شهدای هفتم تیر تهران و به‌ویژه جناب دکتر پدram
فدوی و سرکار خانم آذر دخت صفری و کلیه بیمارانی که ما را در انجام این مطالعه یاری کردند،
تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- احدی، حسن، مهریار، امیر هوشنگ، نفیسی، غلامرضا، نیکوفر، علیرضا و جهانیان، سعید. (۱۳۹۰).
مقایسه راهبردهای مقابله با استرس و افسردگی در سه گروه از بیماران مبتلا به سرطان. نشریه
اندیشه و رفتار، ۶(۲۱): ۳۵-۴۲.
- باستانی، فریده، رحمت‌نژاد، لیلی، جهدی، فرشته، و حقانی، حمید. (۱۳۸۷). خودکفایتی شیردهی و
استرس درک شده در مادران نخست‌زا. فصلنامه پرستاری ایران، ۲۱(۵۴): ۲۳-۹.
- پدram، محمد، محمدی، مسعود، نظیری، قاسم، و آیین‌پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی
شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان دچار سرطان
سینه. فصلنامه علمی- پژوهشی زن و جامعه. ۱(۴): ۶۱-۷۶.
- ترخان، مرتضی. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش گروهی مصون‌سازی در مقابل استرس بر خودکارآمدی
اجتماعی و اضطراب اجتماعی افراد معتاد در حال ترک (NA). مجله ی پژوهش‌های روان
شناسی اجتماعی، ۲(۵): ۱۱۰-۱۰۰.
- حیاتی، فرخنده، شاهسواری، آرزو، و محمودی، محمود. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط آسایش روانی با
مشخصات فردی زنان دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه-
های علوم پزشکی شهر تهران، فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۲(۱): ۲۸-۲۳.
- شعاع‌کازمی، مهرانگیز، و مومنی‌جاوید، مهرآور. (۱۳۹۱). مقایسه خودکارآمدی و میزان توان‌مندی
زنان مبتلا به سرطان پستان و سالم. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، ۵(۱): ۴۵-۵۳.

اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس...

صفایی، آزاده، مقیمی دهکردی، بیژن، و طباطبایی، سیدحمیدرضا. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسش‌نامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان. *مجله ارمغان دانش*، ۱۲ (۲): ۴۶-۲۵.

علوی، خدیجه. (۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیکی. *فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی*. ۲۹ (۲) پیاپی ۵۹، ۶۳-۵۲.

علیلو، مجید محمود، و شریفی، محمدمین. (۱۳۹۰). *رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی*، تهران. انتشارات مرکز مشاوره تهران.

کربلایی محمدمیگونی، احمد، احدی، حسن، شریفی، حسن‌پاشا، و جزایری، سید مجتبی. (۱۳۸۹). اثربخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام‌کننده به خودکشی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴ (۴) پیاپی ۱۶: ۴۲-۲۶.

کریمی، محمود، نیکنامی، شمس‌الدین، امین‌شکروی، فرخنده، شمسی، محسن، و حاتمی، علی. (۱۳۸۸). ارتباط بین اعتماد به نفس، خودکارآمدی، منافع و موانع درک‌شده با رفتار خودآزمایی

پستان در رابطین بهداشتی زندیه. *فصلنامه بیماری‌های پستان*، ۲ (۲): ۴۸-۴۱.

کهرزایی، فرهاد، دانش، عصمت، و آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۵ (۲) پیاپی ۱۸: ۲۳-۷.

لطفی‌کاشانی، فرح، وزیری، شهرام، زین‌العابدینی، سیده نرگس، و زین‌العابدینی، سیده نیلوفر. (۱۳۹۲). اثربخشی امیددرمانی گروهی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان

پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷ (۴) پیاپی ۲۸: ۵۸-۴۵.

مظلوم، سیدرضا، دربان، فاطمه، واقعی، سعید، مدرس‌غروی، مرتضی، کاشانی‌لطف‌آبادی، مسعود، و شاد، محمد. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر برنامه ایمن‌سازی در برابر استرس بر استرس ادراک‌شده

پرستاران شاغل در بخش روان. *فصلنامه مراقبت مبتنی بر شواهد*، ۲ (۲): ۴۴-۳۵.

مظلومی، سعید، مهری، علی، و مروتی‌شریف‌آباد، محمدعلی. (۱۳۸۵). ارتباط بین اعتماد به نفس و خودکارآمدی با رفتارهای بهداشتی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، ۳ (۲): ۱۱۷-۱۱۱.

معصومیان، سمیرا. (۱۳۹۱). *اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر کاهش افسردگی، افزایش کیفیت زندگی و خودکارآمدی بیماران دچار کمر درد مزمن (CLBP)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

ملکی پیربازاری، معصومه، نوری، ربابه، و صرامی، غلامرضا. (۱۳۹۰). حمایت اجتماعی و علائم افسردگی: نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. *روان‌شناسی معاصر*، ۶(۲): ۳۴-۲۵.

- Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., McGregor, B., Carver, Ch. S., & Blomberg, B. (2009). Cognitive-behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23: 580-595.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the 42-item and 27-item version of the depression anxiety stress scales in clinical group and community sample. *Psychological assessment*, 2: 176-181.
- Bartlet, D., & Aldwin, D. (2007). The Effects of stress inoculation training on the anxiety and self-efficacy for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75: 325-334.
- Bornovalova, M. A., & Daughters, S. B. (2007). How does Dialectical Behavior Therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*: 27: 923-943.
- Chen, P. Y., & Chang, H. C. (2007). The coping process of patients with cancer European. *Journal of oncology nursing*, 16 (1): 10-16.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4): 385-396.
- Choate, L. H. (2012). Counseling Adolescents Who Engage in Nonsuicidal Self-Injury: A Dialectical Behavior Therapy Approach. *Journal of Mental Health Counseling*, 34: 56-70.
- Cooper, J., & Costello, E. (2008). Stress inoculation training on the anxiety and depression of high school students. *Journal of Clinical Psychology*, 28: 199-208.
- Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M., & Ricci, C. (2008). Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemo radiotherapy. *Gynecol Oncol*, 111 (1): 144 -150.
- Federici, A., Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. (2012). Description of an Intensive Dialectical Behavior Therapy Program for Multidiagnostic Clients with Eating Disorders. *Journal of Counseling & Development*. 90: 330-340.
- FlugelGolle, K. f., Cha, S. S., Loehrer, L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary therapies in clinical practice*, 16: 36-40.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44 (1): 1-25.

- Jacobs, R., Dalton, J., & Ewertz, N. (2009). "The association between psychological factors and stressful life experience in the breast cancer risk". *Journal society of behavioral medicine*. 7 (2): 211- 218.
- Lebel, S., Rosberger, Z., Edgar, L., & Devins, G. M. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63 (3): 225- 232.
- Linhan, M. M. (1993 b). *Skill training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linhan. M. M. (1993 a). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- Masoudnia, E. (2007). Percived self- efficacy and coping strategies in stressful situations. *Journal of Iranian Psychiatrists & Clinical Psychologists*. 4: 405- 415
- Moss, L., Miller, D., & Masten, A. C. (2005). Stress inoculation training on the self-efficacy and depression for suicide people. *Journal of Individual Psychology*, 58: 188-199.
- Nordin, K., Rissanen¹, R., Ahlgren, J., Burell¹, G., Fjallskog, M. L., Borjesson, S., & Arving¹, C. (2012). Design of the study: How can health care help female breast cancer patients reduce their stress symptoms? A randomized intervention study with stepped-care. *BMC Cancer*, 12: 167-177
- Pecukonis, E. V. (2009). Physical Self-efficacy and Alexithymia in Women with Chronic Intractable Back Pain, *Pain Management Nursing*, 10 (3): 116-123.
- Reynolds, P., Huley, S., Tovers, M., & Jackson, M. (2005). Use of coping strategies and breast cancer survival. *American Journal of Epidemiology*, 152 (10): 940-949.
- Sandoval, G. A., Brown, A. D., Sullivan, T., & Green, E. (2006). Factors that influence patients overall perceptions of quality of care. *International Journal of Quality Health Care*, 18: 266- 274.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2011). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Sexual Abuse: A Pilot Study of an Intensive Residential Treatment Program. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (1): 102–106.
- Swales, M, A., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical Behavior Therapy*. New York: Ruthedge.
- Tabachnick, B. G., and Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* , 6th ed. Boston : Pearson.
- Winnie, K. W. (2009). Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J cancer*, 6 (1): 47-49.
- Woby, S. R., Urmston, M., & Watson, P. J. (2007). Self-efficacy mediates the relation between Pain-related fear and outcome in chronic low backpain patients, *European Journal of Pain*, 11: 711-718.

پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی

کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱. وقتی طرحی می‌ریزم، مطمئن هستم می‌توانم آن را انجام دهم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۲. یکی از مشکلات من این است که وقتی می‌بایست کاری را انجام دهم، نمی‌توانم از عهده‌ی آن بیاورم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۳. اگر نتوانم کاری را بار اول انجام دهم، به تلاشم برای انجام آن ادامه می‌دهم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۴. وقتی اهداف مهم برای خود تعیین می‌کنم، به‌ندرت به آن‌ها دست می‌یابم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۵. قبل از تمام کردن کارهایم، آن‌ها را رها می‌کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۶. از روبه‌رو شدن با مشکلات اجتناب می‌کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۷. در صورتی که کاری خیلی پیچیده به‌نظر برسد، حتی زحمت امتحانش را به‌خود نمی‌دهم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۸. هنگامی که کاری را که باید انجام دهم نامناسب است، آن‌قدر پایداری می‌کنم تا آن‌را تمام کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۹. وقتی تصمیم به انجام کاری گرفتم، به‌طور جدی و دقیق روی انجام همان کار تمرکز می‌کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۰. هنگامی که سعی می‌کنم چیز جدیدی بیاموزم، اگر در ابتدا موفق نشوم به‌زودی آن‌ها را رها می‌کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۱. وقتی مشکلات غیرمترقبه‌ای برایم رخ می‌دهد، به‌خوبی از پس آن بر نمی‌آیم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۲. از یادگیری مطالب جدید هنگامی که به‌نظرم مشکل بیابند اجتناب می‌کنم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۳. شکست باعث تلاش بیشتر من می‌شود.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۴. به توانایی خود برای انجام کارها اعتماد ندارم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۵. به خودم متکی هستم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۶. به سادگی تسلیم می‌شوم.
کاملا مخالفم	مخالفم	نظری ندارم	موافقم	کاملا موافقم	۱۷. توانایی برخورد با اغلب مشکلاتی را که در زندگی برایم پیش می‌آید ندارم.

پرسش‌نامه استرس ادراک‌شده

ردیف	پرسش‌ها	۱	۲	۳	۴	۵
۱	در ماه گذشته، آیا به خاطر چیزی که به طور غیرمنتظره‌ای اتفاق افتاده است ناراحت شده‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲	در ماه گذشته، آیا احساس کرده‌اید که قادر به کنترل چیزهای مهم زندگی‌تان نیستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳	در ماه گذشته، آیا احساس اضطراب یا استرس کرده‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴	در ماه گذشته، آیا در مورد توانایی خود در حل مشکلات شخصیت‌تان مطمئن بوده‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵	در ماه گذشته، آیا احساس کرده‌اید که چیزها بر وفق مرادتان بوده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶	در ماه گذشته، آیا متوجه شده‌اید که قادر به انجام تمام چیزهایی که باید انجام دهید نیستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷	در ماه گذشته، آیا قادر بوده‌اید که مشکلات زندگی‌تان را کنترل کنید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸	در ماه گذشته، آیا احساس کرده‌اید که بر همه چیز تسلط دارید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹	در ماه گذشته، آیا به خاطر این که چیزها از کنترل شما خارج بوده است عصبانی شده‌اید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰	در ماه گذشته، آیا احساس کرده‌اید که مشکلات چنان روی هم انباشته شده‌اند که شما قادر به غلبه کردن بر آن‌ها نیستید؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

پرسش‌نامه عمومی کیفیت زندگی

۱.	آیا شما هیچ مشکلی در انجام کارهای سنگین دارید؟ (مثل حمل یک چمدان یا بار سنگین)	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۲.	آیا پیاده‌روی‌های طولانی شما را دچار مشکل می‌کند؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۳.	آیا در پیاده‌روی‌های کوتاه خارج از خانه دچار مشکل می‌شوید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۴.	آیا شما در طول روز باید در رختخواب بمانید یا در جایی به‌طور ثابت بنشینید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۵.	آیا به‌هنگام غذا خوردن، پوشیدن لباس، حمام گرفتن و استفاده از دستشویی نیازمند کمک هستید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۶.	آیا در انجام وظایف یا سایر فعالیت‌های روزانه دچار محدودیت شده بودید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۷.	آیا در پرداختن به سرگرمی مورد علاقه و یا سایر فعالیت‌های اوقات فراغت خود دچار محدودیت شده بودید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۸.	آیا تنگی نفس داشتید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۹.	آیا درد داشتید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد
۱۰.	آیا به استراحت احتیاج داشتید؟	کم	زیاد	به‌هیچ‌وجه	خیلی زیاد

۱۱. آیا مشکل خواب داشتید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۲. آیا احساس ضعف کردید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۳. آیا احساس بی‌اشتهایی کردید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۴. آیا احساس تهوع داشتید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۵. آیا استفراغ کردید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۶. آیا یبوست داشتید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۷. آیا اسهال داشتید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۸. آیا خسته بودید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۱۹. آیا درد در انجام کارهای روزمره شما خللی ایجاد کرده بود؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۰. آیا مشکلی در تمرکز حواس مثلا خواندن روزنامه یا تماشای تلویزیون داشتید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۱. آیا احساس تنش (فشار عصبی) می‌کردید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۲. آیا نگران بودید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۳. آیا احساس تحریک‌پذیری (بی‌حوصلگی) داشتید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۴. آیا احساس افسردگی کردید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۵. آیا در یادآوری مسائل دچار مشکل بودید؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۶. آیا وضعیت جسمانی یا درمان طبی شما خللی در زندگی خانوادگی شما ایجاد کرده بود؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۷. آیا وضعیت جسمانی یا درمان طبی شما خللی در زندگی اجتماعی شما ایجاد کرده بود؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد
۲۸. آیا وضعیت جسمانی یا درمان طبی شما باعث مشکلات اقتصادی برای شما شده بود؟ به هیچ وجه کمی زیاد خیلی زیاد

لطفا در پرسش‌های زیر بین اعداد ۱ الی ۷، مناسب‌ترین عددی را که گویای وضعیت شما است مشخص کنید. عدد ۱ بیانگر وضعیت بسیار بد و عدد ۷ بیانگر وضعیت عالی است.

۲۹. در مجموع در هفته گذشته وضع سلامتی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷
۳۰. در مجموع کیفیت زندگی خود را طی هفته گذشته چگونه ارزیابی می‌کنید؟ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷