



# The Effect of Stress Management Training on the Reduction of Anxiety and Promotion of Happiness and Sexual Integrity in Females with Breast Cancer

Soheila Ahmadian<sup>1</sup>, Aras Rasouli<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup> MSc, Department of Counseling, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup> Department of Counseling, Mahabad, Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran

\* **Corresponding author:** Aras Rasouli, Department of Counseling, Mahabad, Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran. E-mail: aras.1357@yahoo.com

**Received:** 01 Aug 2017

**Accepted:** 25 Aug 2017

## Abstract

**Introduction:** Breast cancer is the most common cancer in females, which endangers various aspects of personal, mental, and sexual functioning as well as the quality of life in the patients. The current study aimed at evaluating the effect of stress management training on the reduction of anxiety and promotion of happiness and sexual intimacy in females with breast cancer.

**Methods:** The current semi-experimental study with pretest post-test design and control group was conducted on females with breast cancer in Kermanshah in 2016. A total of 30 females was enrolled in 2 groups of intervention and control (n = 15) using the convenience sampling method. The intervention group received a 10-session stress management training program. The data collection tool was a questionnaire for happiness and sexual anxiety. Data were analyzed using covariance analysis with SPSS version 21.

**Results:** The results of the study showed that stress management training could reduce awareness and promote happiness and sexuality in females with breast cancer.

**Conclusions:** Based on the results of the current study, the stress management training was effective on the reduction of anxiety and increase of sexual integrity and happiness in females with breast cancer.

**Keywords:** Stress Management Training; Anxiety; Happiness; Sexual Intimacy; Breast Cancer



# آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه

سهیلا احمدیان<sup>۱</sup>، آراس رسولی<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

<sup>۲</sup> گروه مشاوره، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران

\* نویسنده مسئول: آراس رسولی، گروه مشاوره، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران. ایمیل: aras.1357@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۰۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۱۰

## چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان شایعترین سرطان زنان است که جنبه‌های مختلف سلامت فردی، روانی و کیفیت زندگی و عملکرد جنسی را به مخاطره می‌اندازد. هدف از پژوهش حاضر آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

**روش کار:** پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گواه) قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه آموزش مدیریت استرس شرکت کردند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اضطراب شادکامی و صمیمیت جنسی بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس و با نرم افزار (SPSS نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نشان دادند که آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه شده است.

**نتیجه‌گیری:** در مجموع می‌توان اظهار داشت که مداخلات روان‌شناختی از جمله مدیریت استرس و آموزش‌آن می‌تواند در کاهش اضطراب و افزایش شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه سودمند باشد.

**واژگان کلیدی:** مدیریت استرس، اضطراب، شادکامی، صمیمیت جنسی، سرطان سینه

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

پستان در شکل‌گیری هویت جنسی زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل ترس، اضطراب، و افسردگی باشد (۴). مطالعات نشان می‌دهند که بیماری سرطان نتایج منفی متعددی را در این بیماران به وجود می‌آورد؛ از جمله: کاهش سلامت عمومی، کاهش کیفیت زندگی و ناامیدی، شادکامی که در این میان اضطراب، افسردگی و ناامیدی شیوع بیشتری دارند (۷). مطالعات حاکی از آن است که افسردگی و اضطراب، شایع‌ترین مشکلاتی هستند که بیماران سرطانی با آن روبرو می‌باشند (۸). در تحقیق انجام شده توسط Kissan و همکاران در زنان مبتلا به سرطان پستان در مؤسسه روانشناسی دانشگاه ملبورن، شیوع اضطراب ۹۰٪ بوده است (۹). در مطالعات گوناگون شیوع اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان ۳۵-۶۴٪ گزارش شده است که به همراه افسردگی در صدر عوارض روانی بیماران مبتلا به سرطان قرار دارد (۱۰-۱۴). متغیر دیگر مورد مطالعه در این

سرطان‌ها، طیف وسیعی از بیمار یهایی هستند که هریک از آنها سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش‌آگهی ویژه خود را دارند. سرطان بعد از بیمار یه‌های قلبی-عروقی، دومین علت مرگ و میر در جوامع انسانی است (۱). سرطان پستان، از نظر روانی تأثیر گذارترین سرطان در بین زنان است (۲). بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، سالانه در جهان بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان پستان در زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰٪ از کل موارد جدید سرطان و ۲۳٪ از کل موارد سرطان‌های زنان می‌باشد (۳). در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه و پیشرفته، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان بوده (۴) و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌نایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). تشخیص سرطان پستان به عنوان یک بحران در زندگی فرد موجب بهم خوردن تعادل زندگی او می‌شود. از طرفی هم به دلیل اهمیت

مقابله‌ای قبلی خود به نحو احسن استفاده کنند (۲۴) با توجه به مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشور و با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، شیوع بالا و بار روانی سرطان سینه قابل تعمیم به کل جامعه ایران نیست، لذا هدف از این پژوهش این است که آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه مؤثر است.

## روش کار

پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه است. گروه‌های آزمایش و گواه به روش تصادفی معادل شدند و قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش و گواه پیش آزمون در باره آن‌ها اجرا شد و پس آزمون نیز در پایان مداخله اجرا گردید. بدین صورت که آموزش مدیریت استرس به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه بستری در بیمارستان‌های سطح شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ است. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر در دو گروه (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گواه) قرار گرفتند. جهت جمع آوری داده‌ها از سه ابزار استفاده گردید که عبارتند از: الف) پرسشنامه حالت صفت اضطراب: نخستین فرم پرسشنامه حالت - صفت اضطراب (در سال ۱۹۷۰ توسط اسپیلبرگر و همکاران تدوین ارائه گردیده است. این پرسشنامه از ۴۰ پرسش تشکیل شده که ۲۰ پرسش نخست حالت اضطراب و ۲۰ پرسش دوم صفت اضطراب را مورد سنجش قرار می‌دهد. اعتبار این پرسشنامه را ۹۴٪ به دست آمد (۲۵) ب) پرسشنامه شادکامی آکسفورد: این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط آرگای و لوتیهته شده و شامل ۲۹ ماده چهار گزینه‌ای است که از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. هیلتز و آرچیل (۲۰۰۱) اعتبار پرسشنامه را ۹۱٪ و همبستگی درونی آن را بین ۶۵٪ گزارش کرده‌اند (۱۰-۱۴). همچنین در پژوهشی توسط علی پور و نور بالا (۱۳۸۷) اعتبار بازآزمایی ۸۱٪ گزارش شده است (۲۶). ج) پرسشنامه صمیمیت جنسی لارسون: این بوسیله لارستون و همکارش در سال ۱۹۹۸ تهیه شده و دارای ۲۵ عبارت است. اعتبار این پرسشنامه توسط بهرامی (۱۳۸۶)، ۹۳٪ گزارش شد (۲۷). د) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات جمعیت شناسی در آزمودنیها تدوین شد و پرسشنامه‌های خودساخته‌ای که حاوی اطلاعات مربوط به سن، تحصیلات، وضعیت تأهل بیماران بود. از کلیه بیماران رضایت نامه مکتوب جهت شرکت در جلسات مداخله کسب گردید و اطمینان خاطر جهت محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها داده شد. طرح درمان راهنمای عملی مدیریت استرس طی هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای دقیقه‌ای و به مدت دو ماه توسط پژوهشگران بر روی گروه مورد انجام گرفت. خلاصه جلسات آموزش مدیریت استرس عبارتند از: معارفه و بحث راجع به عوامل ایجاد کننده استرس و پیامدهای تداوم استرس و سپس آموزش تن آرامی و تنفس دیافراگمی بود. در جلسات دوم و سوم درباره ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آنها به عنوان راهکاری جهت تغییر افکار غیرمنطقی بیماران صحبت شد. جلسه چهارم، آموزش مدیریت خشم؛ جلسه پنجم، آموزش شیوه حل مسئله؛ جلسه ششم، آموزش ابراز وجود و مهارت‌های ارتباطی؛ جلسه هفتم، مدیریت بر زمان و جلسه هشتم مرور کلی و تمرین مهارت‌های

پژوهش، شادکامی است. شادکامی یکی از متغیرهایی است که در سال‌های اخیر در حوزه روان شناسی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مؤید رابطه مستقیم شادکامی با بهبود سیستم ایمنی بدن است. پژوهشگرانی چون آرگیل (۲۰۱۱)، شادکامی را حالت روانی مثبتی سطح بالای رضایتمندی کلی از زندگی عاطفه مثبت و سطح پایین عاطفه منفی تعریف می‌کنند (۱۵). پژوهش کارآموزان و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری مدیریت استرس باعث بهبود خودکارآمدی و افزایش شادکامی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌شود (۱۶). همچنین پژوهش دارسیما و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد یک برنامه آموزش خودمراقبتی می‌تواند سطوح شادی در سرطان سینه را افزایش دهد (۱۷). پژوهش هاشمی، علی پور و فیلی (۱۳۹۲) تفاوت بین میانگین شادکامی، پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون در دو گروه آزمون و شاهد معنی‌دار بود. همچنین میانگین نمرات شادکامی گروه آزمون نسبت به گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون افزایش معنی‌داری پیدا کرد (۱۸). متغیر دیگر صمیمیت جنسی است. صمیمیت جنسی در افزایش تعهد زناشویی نقش موثری دارد. صمیمیت جنسی عبارت است از نیاز به در میان نهادن، سهیم شدن و ابراز افکار، احساسات و خیا لپردازی های جنسی با همسر (۱۷). این نوع صمیمیت به ویژه در راستای برانگیختن و میل جنسی است. صمیمیت جنسی موضوع پیچید ه‌ای است که نیاز به توجه ویژه ای دارد؛ زیرا رضایتمندی در این زمینه بر جنبه‌های دیگر روابط زوجین اثر می‌گذارد (۱۹). برداشتن پستان در سرطان پستان از طریق عمل جراحی به عنوان ناپود شدن بخشی از بدن تلقی می‌شود که نماد جنسیت، زنانگی و ابعاد مادرانه است. به دلیل اهمیت پستان در شکل گیری هویت جنسی زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل ترس، اضطراب و افسردگی باشد (۲۰). پژوهش Kedde و همکاران که در هلند انجام شد نشان داد که ۶۴ درصد که هنوز تحت درمان سرطان پستان بودند، اختلال عملکرد جنسی داشته و در زمانی که درمانشان خاتمه یافته و دیگر تحت درمان نبودند، این اختلال ۴۵ درصد بود. همچنین نتایج گویای آن بود که اختلالات جنسی در میان زنان جوان مبتلا به سرطان پستان بسیار شایع است، و به منظور بهبود عملکرد جنسی در این افراد جلسات مشاوره جنسی توصیه شد (۲۱). پژوهش آنلو و بکول نشان داد که ضربه ناشی از سرطان پستان تأثیر بسیار زیادی بر عملکرد روانی، جنسی و ارتباطات زناشویی می‌گذارد (۲۲). بنابراین افرادی که مبتلا به سرطان سینه هستند دچار اختلال عملکرد جنسی می‌گردند (۲۳). یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله در کاهش مشکلات این افراد آموزش مدیریت استرس می‌باشد. این رویکرد درمانی که در زمره درمان‌های شناختی - رفتاری است در آخرین فهرست درمان‌های دارای اعتبار تجربی درج شده است. آموزش گروهی مدیریت در مقابل استرس یک مداخله درمانی دقیق و چند بعدی و چندجانبه که هدف از آن حذف کامل استرس نیست بلکه هدف بهره برداری سازنده از آن است که در آن مراجعان تشویق می‌شوند تا موقعیت‌های پر استرس به عنوان تهدید را به عنوان مسائل قابل حل در نظر بگیرند. مایکن بام (۲۰۰۲) براساس تحقیقات خود نشان داد بیماران می‌توانند برای اصلاح رفتارشان به گفتگو با خود و خودآموزی متوسل شوند و درمانگرها می‌توانند به بیماران یاد بدهند گفتگوهای خود را با خودشان را عوض کنند و آموزش مدیریت استرس را مطرح کرد. هدف این آموزش ((ایمن سازی)) افراد در برابر فشارهای روانی فعلی و آتی، جلوی بروز مشکلات گرفته شود. با این آموزش افراد می‌توانند صاحب مهارت‌های مقابله‌ای جدیدی شوند و از راهبردهای

در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰،۷ نفر در دامنه سنی ۴۱ تا ۵۰ و ۳ نفر در دامنه سنی ۳۰-۵۱ و بالاتر قرار داشتند. به طور کلی آزمودنی‌های گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال بیشترین فراوانی را با حدود ۴۶/۶۶ درصد و آزمودنی‌های گروه سنی ۵۱ و بالاتر سال کمترین فراوانی را با حدود ۲۳/۳۳ درصد نمونه به خود اختصاص داده اند. همچنین در گروه آزمایش ۷ نفر از بیماران در گروه زیردیپلم و دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم، ۲ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس قرار داشتند. همچنین در گروه گواه ۶ نفر از بیماران در گروه زیردیپلم و دیپلم، ۷ نفر فوق دیپلم، ۱ نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس قرار داشتند. در گروه آزمایش و گواه، آزمودنی‌های با تحصیلات زیر دیپلم و دیپلم بیشترین فراوانی را با حدود ۴۳/۳۳ درصد و آزمودنی‌های با تحصیلات فوق لیسانس کمترین فراوانی را با حدود ۶/۶۶ درصد نمونه به خود اختصاص داده‌اند.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار شادکامی هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش (۴۹/۵۰) و (۱۳/۹۲)، گروه گواه (۴۷/۱۷) و (۱۲/۱۰)، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش (۳۸/۸۳) و (۸/۳۲) گروه گواه (۳۹/۱۷) و (۹/۵۴)، در مرحله پیگیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش (۳۷/۲۸) و (۸/۱۱)، گروه گواه (۳۹/۱۷) و (۹/۵۴) می‌باشد.

آموخته شده بود. تسهیلگر در هر جلسه ابتدا خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل را مرور می‌کرد، بیمار جلسه را بیان می‌کرد، مهارت‌های جدید را به بیماران گزارشی از تکالیف ارائه شده در جلسه قبل را ارائه می‌دادند؛ سپس تسهیلگر هدف می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله جلسات معین می‌کرد. بیماران موظف بودند که در فاصله بین جلسات تکالیف ارائه شده را به طور عملی انجام داده و در جلسه بعد گزارش دهند. پرسشنامه‌ها توسط تسهیلگر ضمن تشریح نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها در بین دو گروه یک جلسه قبل از شروع مداخلات یعنی مرحله پیش آزمون توزیع شد و پس از انجام مداخلات یعنی پس از دو ماه کمک تسهیلگر دوباره از هر دو گروه پس آزمون گرفت. در پژوهش حاضر تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS (نسخه ۱۶) انجام گرفت و آزمونهای آماری مورد استفاده میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس بودند. پژوهشگران با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی و کسب رضایت از بیماران مبتلا به سرطان به گردآوری داده‌ها پرداختند.

### یافته‌ها

سن بیماران بین ۳۰ تا ۵۱ به بالا بود. از بین بیماران گروه آزمایش ۴ نفر در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰،۷ نفر در دامنه سنی ۴۱ تا ۵۰ و ۳ نفر در دامنه سنی ۳۰-۵۱ و بالاتر قرار داشتند. ۵ نفر از بین بیماران گروه گواه

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره شادکامی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| شاخص آماری       | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|------------------|---------|--------------|-------|
| <b>شادکامی</b>   |         |              |       |
| <b>پیش آزمون</b> |         |              |       |
| آزمایش           | ۴۹/۵۰   | ۱۳/۹۲        | ۱۵    |
| گواه             | ۴۷/۱۷   | ۱۲/۱۰        | ۱۵    |
| <b>پس آزمون</b>  |         |              |       |
| آزمایش           | ۳۸/۸۳   | ۸/۳۲         | ۱۵    |
| گواه             | ۳۹/۱۷   | ۹/۵۴         | ۱۵    |
| <b>پیگیری</b>    |         |              |       |
| آزمایش           | ۳۷/۲۵   | ۸/۱۱         | ۱۵    |
| گواه             | ۳۹/۱۷   | ۹/۵۴         | ۱۵    |

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| شاخص آماری       | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|------------------|---------|--------------|-------|
| <b>شادکامی</b>   |         |              |       |
| <b>پیش آزمون</b> |         |              |       |
| آزمایش           | ۵۷/۶۷   | ۱۴/۳۹        | ۱۵    |
| گواه             | ۵۶/۳۳   | ۱۴/۱۴        | ۱۵    |
| <b>پس آزمون</b>  |         |              |       |
| آزمایش           | ۵۳/۶۷   | ۱۲/۷۱        | ۱۵    |
| گواه             | ۵۳/۵۰   | ۱۲/۴۷        | ۱۵    |
| <b>پیگیری</b>    |         |              |       |
| آزمایش           | ۴۸/۵۰   | ۱۰/۴۵        | ۱۵    |
| گواه             | ۵۳/۵۰   | ۱۲/۷۱        | ۱۵    |

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمره صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| شخص آماری | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|-----------|---------|--------------|-------|
| شادکامی   |         |              |       |
| پیش آزمون |         |              |       |
| آزمایش    | ۶۲/۸۳   | ۱۵/۴۶        | ۱۵    |
| گواه      | ۶۱/۰۸   | ۱۵/۰۲        | ۱۵    |
| پس آزمون  |         |              |       |
| آزمایش    | ۶۵/۰۸   | ۱۶/۳۹        | ۱۵    |
| گواه      | ۶۱/۸۳   | ۱۵/۲۰        | ۱۵    |
| پیگیری    |         |              |       |
| آزمایش    | ۶۷/۶۷   | ۱۷/۶۴        | ۱۵    |
| گواه      | ۶۱/۸۳   | ۱۵/۲۰        | ۱۵    |

جدول ۴: نتایج تحلیلی کواریانس یک راه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون اضطراب، شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح p معنی داری | مجذورا | توان آماری |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------------|--------|------------|
| اضطراب       |               |            |                 |       |                 |        |            |
| پیش آزمون    | ۹۲۱/۸۵        | ۱          | ۹۲۱/۸۵          | ۳۱/۶۳ | ۰/۰۰۰۱          | ۰/۵۴   | ۰/۹۹۲      |
| گروه         | ۱۶۴/۱۵        | ۱          | ۱۶۴/۱۵          | ۲۷/۷۸ | ۰/۰۰۰۱          | ۰/۴۳   | ۰/۹۹۹      |
| خطا          | ۳۰۹/۸۰        | ۲۷         | ۱۴/۷۵           |       |                 |        |            |
| شادکامی      |               |            |                 |       |                 |        |            |
| پیش آزمون    | ۱۲۸۱/۵۴       | ۱          | ۱۲۸۱/۵۴         | ۲۲/۵۵ | ۰/۰۰۲           | ۰/۵۱   | ۰/۰۰۱      |
| گروه         | ۳۷۶/۰۱        | ۱          | ۳۷۶/۰۱          | ۱۸/۰۹ | ۰/۰۰۰۱          | ۰/۳۹   | ۰/۹۹۲      |
| خطا          | ۱۲۶۲/۱۱       | ۲۷         | ۱۱۲/۴۸          |       |                 |        |            |
| صمیمیت جنسی  |               |            |                 |       |                 |        |            |
| پیش آزمون    | ۲۶۳۱/۳۹       | ۱          | ۲۶۳۱/۳۹         | ۱۵/۰۳ | ۰/۰۰۴           | ۰/۲۳   | ۰/۰۰۱      |
| گروه         | ۲۰۶/۴۷        | ۱          | ۲۰۶/۴۷          | ۹/۱۲  | ۰/۰۰۷           | ۰/۳۰   | ۰/۰۰۱      |
| خطا          | ۴۷۵/۱۹        | ۲۷         | ۲۲/۶۲           |       |                 |        |            |

داشت که آموزش مدیریت استرس با توجه به میانگین اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با (۰/۴۳) می‌باشد. همچنین با کنترل پیش آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شادکامی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 18/09$  و  $P < 0/0001$ ). بنابراین می‌توان بیان داشت که آموزش مدیریت استرس با توجه به میانگین شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب ارتقاء شادکامی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۹ می‌باشد. با کنترل پیش آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ صمیمیت جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 9/12$  و  $P < 0/007$ ). بنابراین می‌توان بیان داشت که آموزش مدیریت استرس با توجه به میانگین صمیمیت جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب ارتقاء صمیمیت جنسی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۰ می‌باشد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار اضطراب هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش (۵۷/۶۷) و ۱۴۱۴/۳۹، گروه گواه (۵۶/۳۳ و ۱۴/۱۴)، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش (۵۳/۶۷ و ۱۲/۷۱)، گروه گواه (۵۳/۵۰ و ۱۲/۴۷)، در مرحله پیگیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش (۴۸/۵۰ و ۱۰/۴۵)، گروه گواه (۵۳/۵۰ و ۱۲/۷۱) می‌باشد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار صمیمیت جنسی هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش (۶۲/۸۳ و ۱۵/۴۶) گروه گواه (۶۱/۰۸ و ۱۵/۰۲)، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش (۶۵/۰۸ و ۱۶/۳۹)، گروه گواه (۶۱/۸۳ و ۱۵/۲۰)، در مرحله پیگیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش (۶۷/۶۷ و ۱۷/۶۴)، گروه گواه (۶۱/۸۳ و ۱۵/۲۰) می‌باشد.

نتایج جدول ۴ نشان داد که با کنترل پیش آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 27/78$  و  $P < 0/0001$ ). بنابراین می‌توان بیان

**جدول ۵:** نتایج تحلیلی کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون اضطراب، شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پس آزمون (پیگیری)

| منبع تغییرات       | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | سطح معنی داری | مجذوراتا | توان آماری |
|--------------------|---------------|------------|-----------------|-------|---------------|----------|------------|
| <b>اضطراب</b>      |               |            |                 |       |               |          |            |
| پیش آزمون          | ۸۹۶/۳۸        | ۱          | ۸۹۶/۳۸          | ۳۳/۶۳ | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۵۲     | ۰/۹۹۲      |
| گروه               | ۱۴۸/۶۳        | ۱          | ۱۴۸/۶۳          | ۲۸/۶۴ | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۴۴     | ۰/۹۹۹      |
| خطا                | ۳۰۱/۷۴        | ۲۷         | ۱۲/۶۹           |       |               |          |            |
| <b>شادکامی</b>     |               |            |                 |       |               |          |            |
| پیش آزمون          | ۱۱۹۸/۴۷       | ۱          | ۱۱۹۸/۴۷         | ۲۳/۸۸ | ۰/۰۰۰۲        | ۰/۴۹     | ۰۰/۱       |
| گروه               | ۳۶۱/۴۸        | ۱          | ۳۶۱/۴۸          | ۲۱/۵۲ | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۴۱     | ۰/۹۹۲      |
| خطا                | ۸۹۳/۷۴        | ۲۷         | ۹۸/۴۳           |       |               |          |            |
| <b>صمیمیت جنسی</b> |               |            |                 |       |               |          |            |
| پیش آزمون          | ۲۹۸۶/۹۵       | ۱          | ۲۹۸۶/۹۵         | ۱۹/۸۲ | ۰/۰۰۰۱        | ۰/۴۱     | ۱/۰۰       |
| گروه               | ۲۹۸/۹۶        | ۱          | ۲۹۸/۹۶          | ۱۲/۶۳ | ۰/۰۰۲         | ۰/۳۵     | ۱/۰۰       |
| خطا                | ۲۵۴/۳۹        | ۲۷         | ۱۸/۷۸           |       |               |          |            |

نتایج **جدول ۵** نشان داد که با کنترل پس آزمون (پیگیری) بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 28/64$  و  $P < 0/0001$ ). بنابراین آموزش مدیریت استرس با توجه به میانگین اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ( $0/44$ ) می‌باشد. همچنین با کنترل پس آزمون (پیگیری) بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ شادکامی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 21/52$  و  $P < 0/0001$ ). بنابراین سؤال اول (مرحله پیگیری) تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، آموزش مدیریت استرس با توجه به میانگین شادکامی در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب ارتقاء شادکامی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ( $0/41$ ) می‌باشد. با کنترل پس آزمون (پیگیری) بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ صمیمیت جنسی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $F = 12/63$  و  $P < 0/002$ ). بنابراین آموزش مدیریت استرس با توجه به میانگین صمیمیت جنسی در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش صمیمیت جنسی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ( $0/35$ ) می‌باشد.

**بحث**

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب و ارتقاء شادکامی و صمیمیت جنسی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. سرطان پستان شایع‌ترین و از نظر روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است ( $28-30$ ). تشخیص سرطان پستان به عنوان یک بحران در زندگی فرد موجب به هم خوردن تعادل زندگی او می‌شود. به دلیل نقش عمده پستان در جنسیت زن، واکنش نسبت به بیماری می‌تواند شامل ترس، اضطراب و افسردگی باشد ( $31$ ). نتایج نشان داد آموزش مدیریت استرس موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش ( $6-14$ ) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین نتایج می‌توان گفت که اضطراب احساس شایعی در بیماران

سرطانی است که به دلیل مواجهه آن‌ها با عدم قطعیت و پیش‌آگهی مبهم و درمانی نامعلوم پیش می‌آید. در مطالعه حاضر با گذشت زمان نمرات اضطراب در هر دو گروه کاهش داشت، اما مداخله مدیریت استرس در گروهی که این درمان را دریافت کرده بودند، منجر به کاهش بیشتر و تسریع در کاهش علائم اضطرابی در مقایسه با گروه بدون مداخله شد. کاهش اضطراب در اثر مداخله قابل توجیه است و افراد با کاهش نمرات استرس دچار کاهش همزمان در اضطراب نیز می‌شوند. این یافته در مطالعات دیگر نیز تکرار شده است ( $32$ ). همچنین پژوهش صفر زاده، روشن و شمس (۱۳۹۱) نشان داد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری برای زنان مبتلا به سرطان پستان در کاهش خرده‌مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی مؤثر بوده است ( $33$ ). پژوهش اقتداری نائینی، ثنایی ذاکر و پیوندی (۱۳۹۵) نشان داد که آموزش مدیریت استرس بر اضطراب کلی بیماران مؤثر بوده است ( $34$ ). بنابراین به نظر می‌رسد که غربالگری بیماران قبل از شروع مداخلات روانشناختی از نظر سطوح استرس بالاتر، می‌تواند تعیین کند که کدام گروه از بیماران بیشتر از مداخلات روانشناختی سود می‌برند ( $35$ ). همچنین نتایج نشان داد که آموزش مدیریت استرس موجب ارتقاء شادکامی گروه آزمایش شده است. با نتایج پژوهش‌های ( $16-19$ ) همخوانی و همسویی دارد. یکی از مسائل مهم و تأثیر گذر در زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه شادکامی است. در تبیین نتایج می‌توان گفت که آموزش مدیریت استرس باعث شادکامی و در نتیجه فعال شدن مدارهای مغزی و آزاد شدن آندورفین و آنکفالین و در نتیجه موجب کاهش درد می‌شود. در وضعیت ضعف جسمانی و درد، درماندگی در انسان تشدید می‌شود و در نتیجه، این مواد کمتر و کلوستوتوکین بیشتر در بدن آزاد می‌شود. این فرایند باعث ایجاد سیکل معیوب افزایش درد می‌شود. لذا می‌توان بیان نمود که با ارتقای شادکامی و با ایجاد تغییر در بیولوژی بدن، باعث از بین بردن این چرخه معیوب می‌شود و واکنش‌های زنجیره‌ای درد را از بین می‌برد و در نتیجه موجب بروز احساس خوشایند در انسان می‌شود. همچنین زنان مبتلا به سرطان سینه با احساس شادکامی بیشتر با آموزش مدیریت استرس به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه می‌کنند و

شادکامی با یکدیگر رابطه مستقیمی دارند و بعد جنسی افراد و وضعیت روانی با یکدیگر در تعامل مستقیمی هستند.

### نتیجه گیری

نتیجه مطالعه حاضر نشان داد که اضطراب و شادکامی و صمیمیت جنسی از جمله اختلالات روانی شایع در بیماران مبتلا به سرطان سینه است از این رو با توجه به نتیجه این پژوهش و سایر پژوهش‌های مبنی بر اثربخشی مداخلات روانشناختی بر بیماری‌های مزمنی همچون سرطان، لازم است که صرفاً به درمان‌های پزشکی اکتفا ننموده و با تأسیس مراکز مشاوره و روان درمانی و بهره‌گیری از مداخلات روانشناختی کارآمد و اثربخش در بیمارستانها و مراکز آنکولوژی، در روند افزایش میزان شادکامی و صمیمیت جنسی بیماران کمک موثری نمود. به عبارت دیگر مداخلات و مراقبت‌های حمایتی از زنان مبتلا به سرطان سینه به منظور کاهش تأثیر روانی و اجتماعی سرطان انجام شود و لازم است به عنوان بخش اساسی از درمان آنان محسوب شود. از سویی دیگر این نوع درمان روانشناختی به تطابق بیماری کمک کرده و منجر به بهبود کیفیت زندگی می‌شود. در ارتباط با صمیمیت جنسی هم لازم است تغییرات ایجاد شده مورد بررسی قرار گرفته و مشاوره با بیمار و همسر او در زمینه نحوه مشکلات و ابزار احساسات انجام شود تا از فشار روانی آنان کاسته شود و روند بهبودی بیمار سریعتر انجام شود. همچنین از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن پژوهش به زنان مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه اشاره کرد که تعمیم‌پذیری آن را با مشکل مواجه می‌کند. لازم به ذکر است که پژوهشگران رعایت ملاحظات اخلاقی از جمله اختیار آزمودنیها در مورد شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات دریافتی را مدنظر قرار داده است.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته مشاوره بوده است. در ادامه نویسنده بر خود لازم می‌داند از تمامی کسانی که در طول این مطالعه همکاری داشتند، تشکر و قدردانی نماید

از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند در حالی که زنان مبتلا به سرطان سینه با احساس بی‌انگیزگی نامیدی یأس و عدم رضایت از زندگی، حوادث و موقعیت‌های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجانات منفی نظیر بیماری‌های روان تنی اضطراب افسردگی و خشم تجربه می‌کنند باید توجه داشت که هیجانات مثبت و منفی حالات دو قطبی نیستند که فقدان یکی وجود دیگری را تضمین کند یعنی احساس رضایت مندی مثبت تنها با فقدان هیجانات منفی پدید نمی‌آید و عدم حضور هیجانات منفی لزوماً حضور هیجانات مثبت را به همراه نمی‌آورد بلکه برخورداری از هیجانات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است.

نتایج نشان داد آموزش مدیریت استرس موجب ارتقاء صمیمیت جنسی گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش با پژوهشهای (۲۲-۲۴) همخوانی و همسویی دارد. در تبیین این نتیجه نیز می‌توان گفت که عدم صمیمیت جنسی خصوصاً در جامعه ما از شیوع بسیار بالایی برخوردار است. اکثر زنان و مردان متأهل از رابطه جنسی خود لذت کامل و کافی را درک نمی‌کنند و این مسئله در مورد زنان به شدت صادق است. همچنین سرطان پستان می‌تواند عملکرد جنسی و سلامت روانی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. اختلال عملکرد جنسی متعاقب سرطان پستان، احتمالاً بیش از یک سال از تشخیص این بیماری باقی می‌ماند. می‌رسد کاهش میل جنسی و برانگیختگی ذهنی، خشکی مهبل و دیس پارونی باشد (۳۶). به گفته اندرسون، اعمال جراحی ناشی از سرطان بر روی بیماران زن مانند هیسترتومی، ماستکتومی و برداشت تخمدان، به میزان قابل ملاحظه‌ای باعث کاهش تمایل جنسی، کاهش تهیج جنسی، افزایش دیس پارونی و نرسیدن آنها به حالت ارگاسم می‌شود و می‌تواند زندگی زنان مبتلا به سرطان را تهدید می‌کند (۳۷). بنابراین سرطان پستان و درمانهای معمول آن سبب ایجاد اختلال در عملکرد جنسیم می‌شود. این دسته از بیماران به یائسگی زودرس مبتلا می‌گردند که در نتیجه کاهش استروژن سبب آتروفی واژن و کاهش آندورژن سبب کاهش میل جنسی و تحریک می‌شود (۳۸). همچنین با توجه به نتایج تحقیق آموزش مدیریت استرس ر بهبود عملکرد جنسی زنان تأثیر داشته است. بدین معنا که بهبود عملکرد جنسی افراد و کاهش اضطراب و افزایش

### References

- Garssen B, Boomsma MF, Meezenbroek Ede J, Porsild T, Berkhof J, Berbee M, et al. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psychooncology*. 2013;22(3):572-80. DOI: [10.1002/pon.3034](https://doi.org/10.1002/pon.3034) PMID: [22383279](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22383279/)
- Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Aeinparast N. [Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety and depression disorders and on raising hope in women with breast cancer]. *Soc Women*. 2011;1(4):61-75.
- Organization PAH. Breast Health Global Initiative (BHGL) USA: Regional office of the work Health Organization; 2007 [cited 2017]. Available from: [http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/PCCbhgi\\_about](http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/PCCbhgi_about).
- Mohammady R, Kashfee F, Nikoofar A, Hoseini F. [Risk Factors Of Breast Cancer]. *Iran J Nurs*. 2000;13(26):23-30.
- Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, AyinParast N. [The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy in treatment of anxiety disorders, depression and creating hope in women with breast cancer]. *J Sociol Women*. 2010;1(4):61-76.
- Schinazi RF, Boudinot FD, Doshi KJ, McClure HM. Pharmacokinetics of 3'-fluoro-3'-deoxythymidine and 3'-deoxy-2',3'-didehydrothymidine in rhesus monkeys. *Antimicrob Agents Chemother*. 1990;34(6):1214-9. PMID: [2168144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2168144/)
- Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(2):109-16. PMID: [15761079](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15761079/)
- Black J, Hokanson H. *Medical surgical Nursing Clinical Managent for Positive Outcomes*. 8th ed. US: Elsevier Stunders; 2009.

9. Kissane DW, Bloch S, Smith GC, Miach P, Clarke DM, Ikin J, et al. Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2003;12(6):532-46. DOI: [10.1002/pon.683](https://doi.org/10.1002/pon.683) PMID: [12923794](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12923794/)
10. Ranjbar Kochaksarayi F, Mostafavi G. [Anxiety disorders and depression in women with breast cancer and genital]. *Nurs Midwifery J*. 2006;1(1):28-34.
11. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ*. 2005;330(7493):702. DOI: [10.1136/bmj.38343.670868.D3](https://doi.org/10.1136/bmj.38343.670868.D3) PMID: [15695497](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15695497/)
12. Bussing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(3):357-72. DOI: [10.2190/PM.38.3.j](https://doi.org/10.2190/PM.38.3.j) PMID: [19069578](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19069578/)
13. Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliat Med*. 2009;23(8):739-53. DOI: [10.1177/0269216309106978](https://doi.org/10.1177/0269216309106978) PMID: [19825894](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19825894/)
14. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*. 2009;50(4):383-91. DOI: [10.1176/appi.psy.50.4.383](https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.4.383) PMID: [19687179](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19687179/)
15. Argule M. *The psychology of happiness*: Routledge Publication; 2011.
16. Karamozan M, Bagherie M, Dareh Kurdi A, Khodaei A. The Effect of Cognitive Behavioral Stress Management Training on Improving Self-efficacy and Increasing the Happiness of Patients with Breast Cancer. *Q J Pers Individ Differ*. 2013;1(2):32-47.
17. Skowron EA. The role of differentiation of self in marital adjustment. *J Counsel Psychol*. 2000; 47(2):229-37. DOI: [10.1037/0022-0167.47.2.229](https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.2.229)
18. Hashemi F, Ali Pour A, Filei A. The Effectiveness of Stress Management (Cognitive-Behavioral) Therapy on the Happiness of Infertile Women. 2013;18(9):678-86.
19. Oliya N. [The effect of marriage enrichment education on enhancing marital satisfaction on couple of Isfahan City]. Isfahan: Isfahan University; 2006.
20. Fahami F, Savabi M, Mohamadi Rezi S, Shirani N. [Sexual dysfunction associated with the type of treatment in women with breast cancer and genital organs]. *J Obstet Gynecol Infert*. 2014;17(116):15-22.
21. Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar Schultz WC, Wijzen C. Subjective sexual well-being and sexual behavior in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(7):1993-2005. DOI: [10.1007/s00520-013-1750-6](https://doi.org/10.1007/s00520-013-1750-6) PMID: [23430012](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23430012/)
22. Morris ME, Grant M, Lynch J. Double depression in older audit psychiatric out patients: hopelessness as a defining feature. *J Affect Disord*. 2007;68:236-8.
23. Chen CP, Huang KG, Wan GH, Tu LY, Lee JT. [Sexual satisfaction and related factors in women previously treated for gynecological cancer]. *Hu Li Za Zhi*. 2013;60(2):61-70. DOI: [10.6224/JN.60.2.61](https://doi.org/10.6224/JN.60.2.61) PMID: [23575616](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23575616/)
24. Razmi Zadeh H. [The effect of stress-induced immunization training on stress reduction and anxiety among female students of Payame Noor University of Kangan]. Marvdasht Azad University of Marvdasht Branch; 2009.
25. Safavi M, Marofie S. Correlation of attachment styles with adjective-state anxiety. *J Med Sci*. 2011;22(4):307-12.
26. Ali Pour A. Validity and validity of the Oxford Happiness List in Iranians. *Transform Psychol*. 2006;3(12):287-98.
27. Sattarzadeh N. Comparison of sexual satisfaction between fertile and infertile couples referring to the center Educational Alzahra Therapy. *Tabriz Nurs Midwifery J*. 2006;5:47-56.
28. Mehrinejad S, Khosrovani Shariati S, Hossein Abad Shapouri M. Stress in Women with Breast Cancer Compared to the Healthy Ones. *Daneshvar Raftar*. 2010;17(43):49-56.
29. Sajadi Hezaveh M, Salehi B, Moshfeghi K. Comparison effect of drug therapy and drug-cognitive therapy on decreasing depression in women with breast cancer. *J Arak Univ Med Sci J Arak Univ Med Sci*. 2008;11(3):55-6.
30. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer J*. 2006;12(5):388-97. PMID: [17034675](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17034675/)
31. Rezaee Ardaneh A, Fareid Hosseneh F, Borhane Mokhaneh M, Saefee H. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Negative Emotions and Quality of Life in Women with Breast Cancer. *J Women Obstet Infertil Iran*. 2013;18(154):8-18.
32. Edelman S, Bell DR, Kidman AD. Group CBT versus supportive therapy with patients who have primary breast cancer. *J Cogn Psychother*. 1999;13(3):189-202.
33. Safarzadeh A, Roshan R, Shams J. The Effectiveness of Stress Management Training on Cognitive-Behavioral Therapy in Reducing Anxiety, Stress and Depression in Women with Breast Cancer. *J Clin Psychol Stud*. 2011;6:1-24.
34. Ektedaree Naeneh E, Sanaee Zaker B, Payvande P. The Effectiveness of Stress Management Training on the Challenging Dimension of Hardness in Patients with Breast Cancer. *Second National Conference on Psychology of Educational and Social Sciences 2016*.
35. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N, et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther*. 2008;39(2):126-36. DOI: [10.1016/j.beth.2007.05.007](https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.007) PMID: [18502246](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18502246/)
36. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. 2011;8(1):294-302. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x) PMID: [21199377](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21199377/)
37. Wilmoth MC, Sanders LD. Accept me for myself: African American women's issues after breast cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2001;28(5):875-9. PMID: [11421147](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11421147/)
38. Forgione A, Leroy J, Cahill RA, Bailey C, Simone M, Mutter D, et al. Prospective evaluation of functional outcome after laparoscopic sigmoid colectomy. *Ann Surg*. 2009;249(2):218-24. DOI: [10.1097/SLA.0b013e318195c5fc](https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318195c5fc) PMID: [19212173](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19212173/)