Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Original Article

Volume 8, Issue 4, Winter 2020

Designing an educational-therapeutic package based on cognitive-behavioral approaches and examining its efficacy in managing psychological distresses of cancer patients undergoing surgery

Ghanbari N[1], *Narimani M[2]

1-Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
2- Professor Department of Psychology Islamic Azad University, Factuly of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran **(Corresponding Author)**
Email: narimani@uma.ac.ir

Abstract

Introduction: There are numerous evidences indicating that pre-operative psychological state of the patients can potentially affect their outcomes. Therefore, in the present study we aimed to design an educational-therapeutic package based on cognitive-behavioral approaches to manage and reduce the psychological distresses of gastric and breast cancer patients undergoing surgery.

Methods: This is a semi-experimental study with pre-test- post-test type and control group. The participants were among the cancer patients referred to the hospitals of Ardebil city in 2019 who candidated for surgery. Forty patients were selected as the study sample and were randomly divided into the two groups of case (n=20) and control (n= 20). The cases of intervention group received pre-operative education through one week prior to admission for surgery. Data was collected using the Depression, Anxiety and Stress Scale - 21 (DASS-21) questionarie. The data analysis was done using covariance analysis by SPSS software.

Results: Based on the results, patients who received pre-operative education had significantly less anxiety ($F= 1.712$, $P <0.001$) stress ($F =1.74$, $P <0.005$) and depression ($F= 2.012$, $P <0.001$).

Conclusions: According to the findings, the designed educational-therapeutic package could efficiently improve the psychological state of the cancer patients undergoing surgery and potentially may enhance their post-operative outcomes. Such educational interventions could also affect the other pre- and post-operative measures including nursing, anesthesia procedures, pain control and etc. therefore, have a potential to be added to the therapeutic regimen.

Keywords: Managing psychological distresses, Preoperative anxiety, Preoperative stress, Preoperative depression, Cognitive-behavioral approach.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

طراحی بسته آموزشی – درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری و بررسی اثربخشی آن در مدیریت آشفتگی روانشناختی بیماران مزمن (سرطان) کاندیدای جراحی

ناهید قنبری[۱]، *محمد نریمانی[۲]

۱–دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
۲– استاد ممتاز روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران **(نویسنده مسئول)**
ایمیل: narimani@uma.ac.ir

چکیده

مقدمه: اضطراب و استرس و افسردگی قبل از جراحی مبحثی مهم در آسیب شناسی روانشناختی می باشد که اهمیت آن در بین گروه های آسیب پذیر مانند بیماران دو چندان است این استرس و اضطراب و افسردگی گاهی در فرایند جراحی و قبل وبعد جراحی مانند فرایند بیهوشی و دوران نقاهت و پرستاری می تواند اختلال ایجاد کند

روش کار: روش پژوهش حاضر آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون پس آزمون گسترش یافته بود. جامعه آماری این تحقیق شامل بیماران کاندید جراحی مراجعه کننده به بیمارستان های استان اردبیل در سال ۱۳۹۸بود که به عنوان نمونه تحقیقی ۴۰ نفر بصورت در دسترس انتخاب شدند و سپس در دو گروه ۲۰ نفری (گروه صعب العلاج، گروه کنترل) به تصادف جایگزین شدند. این تحقیق برگرفته از رساله دکتری که در سال تحصیلی ۱۳۹۷–۱۳۹۸استان اردبیل اجراشده است می باشد. ابزار به کار رفته در این پژوهش آزمون مقیاس آشفتگی روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) DASS-۲۱ بود. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که بسته شناختی رفتاری طراحی شده در کاهش و مدیریت اضطراب (F=۱/۷۱۲ P<۰/۰۰۱) و استرس (F=۱/۷۴ P<۰/۰۰۵) و افسردگی (F=۲/۰۱۲ P<۰/۰۰۱) قبل از جراحی بیماران صعب العلاج مؤثر می باشد.

نتیجه گیری: درمان شناختی رفتاری در مدیریت و کاهش اضطراب و استرس و افسردگی قبل از جراحی مؤثر می باشد که این خود به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت جراحی، اقدامات قبل از جراحی مانند بیهوشی و کنترل درد و اقدامات پرستاری در دوران نقاهت می تواند مفید و مؤثر باشد و از طرفی در بهبود ارتباط پزشک و بیمار، پرستارمی تواند نقش اساسی داشته باشد.

کلید واژه ها: مدیریت آشفتگی روانشناختی، اضطراب قبل از جراحی، استرس قبل از جراحی، افسردگی قبل از جراحی، بسته درمان شناختی رفتاری.

مقدمه

جراحی یک نوع درمان مداخله ای آسیب زا است که معمولا با درد و خون ریزی همراه است به همین خاطر است که این خود همراه با یک حالت آشفتگی روانشناختی یعنی اضطراب (استرس و افسردگی) می باشد (۱). به خصوص اگر این جراحی ها، مداخلاتی باشند که جهت نجات زندگی فرد مهم باشد(مانند سرطان معده). مداخلات جراحی به بیمار و خانواده بیمار شوک وارد می کند و منجر به بروز اضطراب و استرس شود پیدایش این علایم در بیماران نه تنها امری عادی بلکه بسیار رایج است؛ زیرا جراحی از هر نوعی که باشد به عنوان تجربه ای اضطراب آور تلقی می شود و تمامیت بدن و گاهی نیز زندگی بیماررا تهدید می کند (۲). همه انسان ها اضطراب را در زندگی خود تجربه می کنند و طبیعی است که مردم هنگام مواجهه با موقعیت های تهدیدکننده و تنش زا مضطرب می شوند، اما احساس اضطراب شدید و مزمن در غیاب علت واضح، امری غیر عادی است. اضطراب شامل احساس عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

است. اضطراب یک وضعیت ناراحت کننده ی ذهنی یا احساس درماندگی مربوط به موقعیتی تهدید کننده یا پیش بینی تهدید ناشناخته نسبت به خود یا اطرافیان می باشد و شایعترین احساسی است که همه‌ی انسان ها آن را تجربه می کنند (۳). اضطراب ناشناخته باعث استرس می شود که تاخیر بهبودی را به همراه دارد (۴). همچنین اضطراب به نوعی در روند درمانی بیماران تداخلاتی ایجاد می کند که دوران نقاهت این بیماران را طولانی تر می کند که هم برای فرد و هم برای سازمانهای بهداشتی و درمانی هزینه گزافی تحمیل می کند (۴). برخلاف دیدگاه عمومی که استرس و اضطراب را یکی می دانند، بین استرس و اضطراب تفاوت های وجود دارد، به گونه ای که ما استرس را هنگامی که تحت فشار روانی و شغلی و زندگی هستیم، تجربه می کنیم که باعث ترشح آدرنالین سایر واکنش ها در بدن می‌شود. استرس پدیده ی پیچیده زندگی است که گاهی مشکل ساز می‌شود و اگر انسان قادر به سازگاری با آن نباشد، جسم و روان او مورد تهدید قرار می گیرد (۴). اما اضطراب بر طبق تعریف DSM-۵ یک گرایش آینده گرا دارد که در تدارک جهت غلبه بر حوادث احتمالی آینده است (۶).

عواملی که در زندگی فرد تغییراتی را ایجاد کند خود به خود می تواند باعث ایجاد اضطراب تنش و استرس می‌گردد که یکی از این عوامل اضطراب و استرس برانگیز می تواند انجام جراحی باشد (۷). یونیاما و درکروترومبک می نویسند ۶۰ درصد بیماران و ۷۵ درصد خانواده هایی که بیمارشان نیاز به عمل جراحی دارند درباره جراحی و بیهوشی مضطرب هستند (۸،۹).

استرس و اضطراب قبل از عمل (preoperative anxiety) یک احساس نرمال و عادی می باشد، اما حتی زمانی که فرد می داند انجام جراحی، سلامت او را بازیابی خواهد کرد و یا زندگی او را از مرگ حتمی نجات خواهد داد، باز خیلی از افراد با جراحی احساس راحتی ندارند (۱۰). به گونه ای که طی تحقیقات رویس و همکاران مشخص شده است که تقریبا از هر چهار بیمار کاندید جراحی یک بیمار دارای اضطراب معناداری می باشد. نیگوسی و بلاچیو و وولانکو (۷) مشخص کردن که دو سوم از نمونه تحقیق شان که شامل ۲۳۹ بیمار کاندیدای جراحی بودند اضطراب قبل از جراحی داشته اند (۷). و یا در جای دیگر بیشترین میزان اضطراب مربوط به نگرانی های قبل از عمل جراحی بود (۴). اضطراب قبل از عمل سیستم های سمپاتیک ، پاراسمپاتیک، اندوکرین را تحریک کرده که منجر به افزایش ضربان قلب، فشار خون و تحریک پذیری قلب شده در نتیجه موجب آریتمی می گردد. وسعت و افزایش دوره اضطراب می تواند منجر به افزایش شکسته شدن پروتئین، کاهش بهبود زخم و واکنش تدبیر ایمنی ، افزایش خطر عفونت و عدم تعادل آب و الکترولیت شود (۴).

متغییر دیگری که در افراد کاندید جراحی به عنوان یک اختلال روانی به وفور مشاهده می شود و نیازمند توجه متخصصان می باشد افسردگی می باشد به گونه ای که طی یک فراتحلیل مشخص شد که ۱۹درصد از این بیماران (کاندید جراحی) دارای ملاک های تشخیصی افسردگی بوده اند یعنی دوبرابر بیشتر از جمیعت عادی که خود نیازمند توجه ویژه را می طلبد (۱۱). طی بررسی های کاتیلین و همکاران (۱۲) مشخص شد که بیماران کاندید جراحی به نوعی دچار علایم افسردگی هستند که اگر به بعد افسردگی این بیماران توجه نشود ممکن است ملاک های ابتلا به اختلال های همراه دچار شوند (۱۲). با توجه به اینکه انرژی بیمار برای بهبودی و ترمیم بافتی لازم و ضروری است، ارایه راهکارهایی به بیماران جهت غلبه بر افسردگی قبلا از جراحی لازم وضروری می باشد.

در طی سالهای اخیر، مداخله های روانشناختی به طور فزاینده ای در جهت برنامه های پیشگیرانه گام برداشته اند (۱۳). اقدامات درمانی تاثیر بسزایی در کاهش ترس و اضطراب افراد حین درمان دارد و باعث افزایش قدرت سازگاری بیماران در برابر روش های درمانی می شود (۱۴). اضطراب و استرس قبل از جراحی مشکلات زیادی را به بار می‌آورد، مثلا قانعی و رضایی و محمودی (۱۵) در پژوهش خودکه بین اضطراب قبل از جراحی با درد پس از عمل جراحی سزارین ارتباط معناداری یا فته اند، در ضمن مقاله خود به اهمیت کنترل اضطراب بیماران به عنوان راهکاری در جهت کنترل بهتر و مؤثرتر درد آن ها بعد از جراحی اشاره کرده اند. همچنین اضطراب قبل از عمل جراحی می تواند

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

باعث پایین آمدن کیفیت بیهوشی شده و نیاز به داروهای بیهوشی را زیاد کند که خود این امر می تواند طول بیهوشی را به صورت ناخواسته زیاد کند و بیمار دیرتر بیدار شود که این باعث بیشتر شدن عوارض بیهوشی و عوارض عمل جراحی می‌شود (۱۶).

در اکثر تحقیقات، عوارض اضطراب و استرس قبل از جراحی تایید شده است که امر پیشگیرانه و درمانی را مهم می‌سازد. جهت کاهش اضطراب و استرس بیماران کاندیدای جراحی، روش های زیادی استفاده شده است، مانند دیازپام رکتال و میدازولام به خاطر خاصیت ضد اضطرابی و آرامبخشی آن در زمان قبل از عمل و هنگام القای بیهوشی و بی خطر بودن آن از نظر همودینامیک، داروهای مفید گزارش شده اند (۱۷). البته باید اذعان کرد که این داروها نیز مشکلات خاص خود را ایجاد می کنند به همین خاطر اکثر پزشکان تمایل چندانی برای تجویز آن برای بیماران کاندیدای جراحی خود ندارند. بنابراین درمانهای بی خطر، مورد توجه اکثر محققان جهان است. طبق همین تقاضاها تحقیقات گسترده ای بر روی درمانهای روانشناختی جهت کاهش استرس و اضطراب بیماران کاندیدای جراحی به راه افتاده است.

به گونه ای که در یک کارآزمایی های تصادفی نشان داده شده است که درمان‌های شناختی -رفتاری در زمینه های پزشکی مفید و موثر بوده است (۱۸). درمانهای شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری می باشند .نظریه شناختی- رفتاری مفهومی است که به این موضوع اشاره دارد که شناخت، نقش مهم و محوری در تغیرات رفتاری بازی می کند. یعنی شناخت و افکار درمانجو بر روی رفتار او تاثیر می گذارد. این افکار یا شناخت منفی سدی برای تغییرات مثبت رفتاری است (۱۹). می توان گفت که دو دهه اخیر، زمان حیرت آوری برای حوزه درمانهای شناختی بوده است که تحقیقات گسترده باعث شده که درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان انتخابی برای اکثریت اختلال ها تبدیل شود. به گونه ای که طی فراتحلیل انجام شده روی بزرگسالان با اختلال اضطرابی مشخص شد که درمانهای شناختی - رفتاری در درمان اختلال اضطرابی بزرگسالان مفید و مؤثر است (۲۰). به گونه ای که طی بررسی های گید، فریبورگ، روزینوینق، ساماستوین، هیجلمسات که تحت عنوان بررسی تاثیرات درمان شناختی رفتاری برروی نشانه های خلقی افراد کاندید جراحی این را نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب این بیماران شد (۲۱). بررسی های مطهری نیا و حجتی نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی به بیماران باعث کاهش اضطراب قبل از جراحی می شود (۲۲). هولن و استووارت و استراک طی بررسی های خود اعلام داشتند که درمان شناختی -رفتاری در اضطراب و افسردگی تاثیرات مثبتی دارد (۲۳). بررسی های جوهری فرد و گودرزی و ضمیری (۲۴) نیز نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش احساس ناکارآمدی و اضطراب به طور معناداری در گروه درمان تاثیر دارد. با توجه به جمع بندی های موجود در تحقیقات درمورد تاثیر درمان های مبتنی بر نظریات شناختی رفتاری در آشفتگی های روانشناختی و با توجه به نقش منفی استرس و اضطراب در فرایند بیهوشی، جراحی و دوره نقاهت پس از جراحی فراهم آوردن یک درمان مناسب برای این بیماران لازم و ضروری به نظر می رسد لذا در این تحقیق سعی در ارایه یک بسته آموزشی – درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری جهت کاهش استرس و اضطراب بیماران کاندیدای جراحی بود و تلاش در پاسخ به این سوال است که آیا این بسته آموزشی- درمانی شناختی- رفتاری در کاهش و مدیریت اشفتگی روانی (استرس و اضطراب وافسردگی) در گروه بیماران صعب العلاج (سرطان سینه، سرطان معده) تاثیر دارد؟.

روش کار

روش مطالعه این تحقیق کار آزمایی آزمایشی از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون گسترش یافته است. در این روش اضطراب و استرس و افسردگی، متغیر وابسته و درمان شناختی رفتاری به عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده اند. جامعه آماری این بررسی شامل کلیه بیماران کاندیدای جراحی مراجعه کننده به کلینیک های درمانی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۸می باشد. تعداد جامعه ی آماری تقریبا ۱۰۰ (صد) نفر می باشد. برا ی به دست آوردن

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

نمونه تحقیقی از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل جهت انجام تحقیق در مراکز درمانی جراحی اردبیل مجوزات لازم دریافت شد سپس به نمونه های تحقیقی که به صورت روش نمونه گیری در دسترس به تعداد ۴۰ نفر (دو گروه ۲۰ نفری، گروه درمان شناختی رفتاری صعب العلاج و گروه کنترل) که به صورت تصادفی در گروه ها گمارده شده بودند. (حجم نمونه براساس نظر پژوهشگران تعیین شد). مفهوم تمام متغیرهای مربوط به پرسشنامه و شرایط آزمایشی (به گونه ای توضیحات داده می شد که روند آزمایش و تحقیقات به سمت سوگیری نرود) برای آنها توضیح داده شد. در این تحقیق جهت افزایش کنترل و کاهش متغییر مداخله کننده صرفا از جنسیت مونث استفاده شده است. همچنین در این پژوهش به دلیل احتمال افت آزمودنی ها برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد (N = ۴۰). در این تحقیق جهت همکاری با پژوهشگر با یک پرستار که تحت دوره های روانشناختی قرار گرفته بود به عنوان همکار استفاده شده است همچنین برای رعایت ملاحظات اخلاقی طبق چک لیست ملاحظات مداخلات روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا) مورد استفاده قرار گرفت.

ملاک های ورود آزمودنی ها به گروهها عبارت بودند از:

کاندید بودن جراحی (سرطان سینه، سرطان معده)، نداشتن اختلال شخصیت، رضایت جهت شرکت در فرایند درمانی

ملاکهای خروج عبارت بودند از:

ابتلا به اختلال شخصیتی و روانپریشی، انصراف از شرکت در تحقیق، مصرف داروهای ضد اضطراب و افسردگی، توانایی برقراری ارتباط با پرستار و محقق.

برای گردآوری داده ها از ابزار زیر استفاده شد:

مقیاس آشفتگی روانی (کوتاه افسردگی، اضطراب و استرس) یا DASS-۲۱

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS۲۱- در سال ۱۹۹۵ توسط لاویبوند و لاویبوند تهیه شده است. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از مقیاس های روانی« افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم بلند آن شامل ۴۲ عبارت است که هر یک از ۱۴ عبارت، یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. در این پژوهش از فرم کوتاه این مقیاس استفاده شده است. این مقیاس شامل سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی است خرده مقیاس افسردگی مواردی چون ناامیدی، فقدان انگیزه، ملالت و عزت نفس کم را اندازه گیری می‌کند خرده مقیاس اضطراب ویژگیهایی چون برانگیختگی خودکار، اضطراب موقعیتی و تاثیرات اسکلتی ماهیچه ای را می سنجد خرده مقیاس تنیدگی ویژگیهایی چون دشواری در آرام شدن و برانگیختگی عصبی را اندازه گیری می‌کند بالاترین نمره در هر کدام از زیر گروه ها ۲۱ است و نمره دهی این اعضا در سه محدوده نرمال (۰تا ۴) متوسط (۷ تا ۱۱) و شدید (بیشتر از ۱۲). این فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران ۱۳۸۴ برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. لویباند و لویباند (۲۵) در یک نمونه بزرگ ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرسشنامه افسردگی یک با مقیاس همبستگی را در نمونه های بالینی به دست آوردند. کرافورد و هنری نیز در نمونه ۱۷۷۱ نفری انگلستان این ابزار را بادو ابزار دیگر مربوط به افسردگی و اضطراب مقایسه و پایایی این مقیاس را با آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰واسترس ۰/۹۳و برای نمرات کل ۰/۹۷گزارش نمود. فرم کوتاه ۲۱ عبارتی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴)برای جمعیت ایرانی اعتباریابی شده است. لویباند و لویباند در یک نمونه بزرگ۷۱۷ نفری از دانشجویان، پرشسنامه افسردگی بک با مقیاس DASS (r=۰/۴) همبستگی بالایی را نشان دادند. به طوری که در مطالعه مرادی پناه و همکاران، آلفای کرونباخ درحیطه افسردگی ۰/۹۴، اضطراب ۰/۹۲ و استرس۰/۸۲گزارش گردیده است و روایی این پرسشنامه ۰/۸۱ بدست آمد (۲۵).

ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری (محقق ساخته)

این پروتکل درمانی با استفاده از نظریه شناختی رفتاری توسط محقق تدوین شده است که طی ۸ جلسه اجرا می شود.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

جلسه اول : آشنایی و ترغیب همکاری: آشنایی درمانگر و بیماران با همدیگر و فعالیت های جلسات گروهی ، ترغیب در بیان ناراحتی های فعلی خود، پرداختن به ابعاد نشانه های رفتاری و جسمانی و شناختی بیماران
جلسه دوم: افزایش میزان اگاهی از بیماری(قسمت اول): تعریف و تشریح جراحی، ماهیت جراحی، روش های جراحی، میزان موفقیت. این مرحله برای افزایش بینش و آگاهی بیماران از ماهیت جراحی به طور مختصری در مورد جراحی و محاسن و معایب آن صحبت شد.
جلسه سوم: افزایش آگاهی در مورد اضطراب و ماهیت آن- اثرات اضطراب در مراحل نقاهت از جراحی در این جلسه در مورد تعاریف اضطراب، علت های ایجاد اضطراب، و تاثیرات اضطراب بر جراحی و .. صحبت می شود.
جلسه چهارم : افزایش مهارت خود آگاهی (قسمت اول): شناخت ویژگی های جسمانی و عقلانی هر فرد، جهت تقویت باور بی نظیر بودن افراد و افزایش اعتماد به نفس
جلسه پنجم: افزایش مهارت مقابله با هیجانهای منفی (قسمت اول): کمک به بیماران در جهت شناسایی چهار احساس اصلی غم، ترس، شادی، خشم ، لزوم بیان تجارب هیجانی به شیوه صحیح، آموزش مهارت خود نظارتی در جهت شناسایی و ثبت هیجانهای مختلف در یک برنامه هفتگی و گزارش آن در جلسه های بعد،
جلسه ششم: افزایش مهارت مقابله با هیجانهای منفی (قسمت دوم): مرور تجارب هیجانیبیماران در طول روز قبل، بررسی نشانه ها و علل اضطراب در افراد، استفاده از روش بازسازی شناختی ABC در تشخیص باورهای اشتباه و موثر در اضطراب، بهره گیری از خود گویی های مثبت در هنگام اضطراب
جلسه هفتم: افزایش مهارت مقابله با هیجانهای منفی (قسمت سوم): بررسی نشانه ها و علل هیجان و احساس اضطراب در افراد ، استفاده از روش ABC در تشخیص علل اشتباه در اضطراب قبل از جراحی، تعیین موضوعات اضطراب
جلسه هشتم: استنفاده از الگو گیری و سرمشق سازی از بیماران که تحت جراحی قرار گرفته اند و بهبود پیدا کرده اند، استفاده از تجارب افراد دارای سابقه جراحی موفق، خاتمه دادن اموزش و انجام پیش ازمون

بعد از اتمام جلسات درمانی (۸ جلسه ۳۰ دقیقه ای درمان شناختی رفتاری)، برای هر دو گروه پس آزمون شامل پرسشنامه مذکور اجرا و دو ماه بعد از اتمام آموزش ها و انجام پس آزمون از دو گروه به عمل آمد. بعد از جمع آوری داده ها، داده های خام با نرم افزار SPSS (نسخه هجدهم) با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد وضعیت سنی نمونه تحقیقی

توزیع سن	فراوانی	درصد
۲۹-۲۰	۷	۱۱/۶۶
۳۹-۳۰	۱۹	۳۱/۶۷
۴۹-۴۰	۱۳	۲۱/۶۴
۵۹-۵۰	۲۱	۳۵
جمع	۴۰	۱۰۰

طبق نتایج آماری کمترین فراوانی مربوط به دامنه سنی۲۰- ۲۹ سال با درصد ۱۱/۶۶ و بیشترین فراوانی مربوطبه دامنه ی سنی ۳۹- ۳۰سال با درصد ۳۱/۶۷ بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره استرس و اضطراب و افسردگی

نوع متغیر	پیش آزمون		پس آزمون	
زیر مقیاس ها	گروه کنترل	گروه آزمایشی صعب العلاج	گروه کنترل	گروه آزمایشی صعب العلاج
اضطراب	۹۰/۶۸ (۴/۲۵)	۲۴/۹۵ (۴/۳۸)	۲۱/۳۱ (۴/۳۳)	۲۴/۲۵ (۴/۷۴)
استرس	۹۰/۶۸ (۴/۲۵)	۴۱/۱۰۵ (۲۰/۵۰)	۲۴/۱۰۵ (۵/۷۷)	۴۷/۵۵ (۶/۱۶)
افسردگی	۳۵/۴۱ (۳/۱۴)	۴۱/۰۲ (۲/۶۸)	۲۹/۰۸ (۴/۵۱)	۳۴/۲۰۱ (۰/۹۸)

همانطور که در (جدول۲) مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های اضطراب و استرس و افسردگی در گروه های کنترل و آزمایشی به دست آمد.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

جدول ۳: خلاصه تحلیل کوواریانس بررسیاثر آموزشی–درمانی شناختی رفتاری بر کاهش شدت اضطراب قبل از عمل بیماران صعب العلاج

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	T	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۵۲۹/۸۱۷	۱	۳۵۲۹/۸۱۷	۹/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹
اثر گروه	۱۲۷/۱۰۲	۱	۶۳/۵۵	۱/۷۱۲	۰/۰۰۵	۰/۵۷
اثر خطا	۲۱۱۶/۴۹۸	۵۷	۳۷/۱۳۲			

براساس نتایج تحلیل کوواریانس در (جدول۳) می توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات حاصل از اضطراب بعد از آموزش (t=۱/۷۱۲ P<۰/۰۰۱) تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد.

جدول ۴: خلاصه تحلیل کوواریانس تک متغیره بررسیاثر آموزشی– درمانی شناختی رفتاری بر کاهش شدت استرس قبل از عمل بیماران صعب العلاج

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	T	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۳۷۰۹/۰۸۱	۱	۳۷۰۹/۰۸۱	۱/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۶
اثر گروه	۲۰۶	۱	۱۰۳	۱/۰۰۵	۰/۹۹۵	۰/۰۰
اثر خطا	۱۲۱۱/۹۷۸	۵۷	۲۱/۲۶۳			

براساس نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره در (جدول۴) می توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات حاصل از استرس بعداز آموزش شناختی رفتاری (t= ۱/۷۴ P<۰ /۰۰۱) تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد.

جدول۵: خلاصه تحلیل کوواریانس بررسی اثر آموزشی–درمانی شناختی رفتاری بر کاهش شدت افسردگی قبل از عمل بیماران صعب العلاج

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	T	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۴۱۲۴/۰۱۲	۱	۴۱۲۴/۰۱۲	۳/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۹۹
اثر گروه	۱۰۴/۳۲	۱	۵۴/۰۱	۲/۰۱۲	۰/۰۰۵	۰/۶۰۷
اثر خطا	۲۰۴۱/۱۰۴	۷۶	۲۶/۰۱۰			

براساس نتایج تحلیل کوواریانس در (جدول ۵) می توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات حاصل از افسردگی بعد از آموزش (t= ۲/۰۱۲ P<۰/۰۰۱) تفاوت معنی داری به لحاظ آماری وجود دارد.

بحث

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل کواریانس این را نشان داد که بسته آموزش شناختی رفتاری در کاهش اضطراب و استرس و افسردگی بیماران صعب العلاج تاثیرات معناداری دارد. این نتایج همسو با نتایج تحقیقی با نتایج تحقیقی سلمان زاده (۲۶)، سلحشوریان، کاظمی (۲)، شیخ الاسلامی، غلامی (۲۷) می باشد. و ناهمسو با تحقیق تول و همکاران (۳۰) می باشد.

جراحی ممکن است به صورت انتخابی یا اورژانسی، کوچک یا بزرگ، تشخیصی یا درمانی، تهاجمی یا غیر تهاجمی انجام پذیرفته و هر قسمت یا اندامی از بدن را شامل شود. اما جراحی از هر نوعی که باشد به عنوان یک تجربه اضطراب آور مطرح است، زیرا تهدیدی برای تمامیت بدن و گاهی تهدیدی برای زندگی محسوب میگردد و اکثر بیماران اضطراب قبل از عمل جراحی را تجربه مینمایند که شامل ۱۱ تا ۸۰ ٪ از بزرگسالان نیز می شود (روحی، رحمانی، عبدالهی، محمودی، ۲۰۰۶). اضطراب یک احساس مبهم، نگرانی، ناراحتی یا دلهره است که اغلب به دلیل قرارگیری در موقعیت ناآشنا، احساس خطر مرگ ناراحتی، ترس از درد بعد از عمل، تغییرات در شکل یا اعمال بدن، افزایش وابستگی، نگران خانواده بودن و یا تغییرات بالقوه در روش زندگی ایجاد می شود و یکی از اولین عوامل شناخته شده مسبب اضطراب، ترس از درد بعد از عمل جراحی است.

بسیاری از تحقیقات دیگر نیز نشان دهنده ی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب، طی دوره ی جراحی و پیگیری های پس از جراحی می باشند. در سبب شناسی اضطراب قبل از جراحی باید در نظر داشت که ماهیت جراحی ایجاب می کند که بیمار و پزشک احتمال

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

عـود بیمـاری و خطـرات جراحـی را جدی بگیرنـد در بیشـتر مواقع همیـن مسـئله زمینـه ی نوعـی بیـش توجهـی نسـبت بـه علایـم بدنـی را فراهـم مـی کنـد، بـه گونـه ای کـه فـرد دچـار سـوء تعبیـر شـده و آن را بـه عنـوان عـود و یـا وخیـم شـدن وضعیـت بیمـاری تفسـیر مـی کنـد و دچـار حـالات اضطرابـی مـی شـود در نتیجـه خـود اضطـراب علایـم بدنـی را تشـدید کـرده، و یـک سـیکل معیـوب بـه وجـود مـی آورد بهتریـن روش جهـت از بیـن بـردن ایـن سـیکل معیـوب اسـتفاده از رویکـرد شـناختی– رفتـاری مـی باشـد. درمـان شـناختی– رفتـاری از طریـق تغییـر شـیوه ی تفکـر، بازسـازی شـناختی، جایگزینـی افـکار منطقـی، و تکنیـک هـای آرام سـازی بـه ترتیـب باعـث کاهـش نشـانه های شـناختی و جسـمانی اضطـراب مـی شـود. درتبییـن دیگرنتایـج ایـن فرضیـه مـی تـوان بیـان داشـت درمـان شـناختی– رفتـاری بطـور خـاص آسـیب پذیـری صفت و اسـتعداد بـرای افسـردگی را، بـا خطـاب قـرار دادن طرحـواره شـناختی ناکارآمـد کـه دلالـت بـر وقـوع مجـدد افسـردگی دارنـد، تعدیـل مینمایـد (ملیانـی، الهیاری، آزادفـلاح، فتحـی آشـتیانی و طاولـی، ۱۳۹۳). کاهـش میـزان افسـردگی بـه دنبـال آمـوزش مدیریـت اسـترس را میتـوان تحـت تأثیـر دو عامـل کاهـش میـزان فشـار روانـی و تأثیـر مسـتقیم مدیریـت اسـترس بـر افسـردگی دانسـت کـه هـر دو جنبـه بـا در نظـر گرفتـن نقـش راهکارهـای شـناختی و رفتـاری بـه کار رفتـه در مداخلـه آموزشـی قابـل تبییـن اسـت. در راهبردهای شـناختی– رفتـاری در درجـه اول بـر فرایندهـای فکـری مرتبـط بـا رفتـار کـه بـا مشـکلات هیجانـی و رفتـاری ارتبـاط دارنـد، تأکیـد مـی شـود. بـا کمـک بـه بیمـار وی بـرای تغییـر افـکار خـود در مـورد تجـارب فـردی و تغییـر در رفتـار خویـش تشـویق میشـود بـه طـوری کـه ایـن امـر منجـر بـه تغییـر در احسـاس بـه خـود، فردبیمـار میگـردد. بـا اسـتفاده از راهبردهـای شـناختی مدیریـت اسـترس بـه افـراد کمـک مـی شـود تـا باورهـا وعقایـد خـود را نسـبت بـه اسـترس تغییـر دهنـد، دورنمـای وضعیـت استرسـی را کـه بـا آن روبـرو هسـتند را بررسـی کننـد و کمـک شـود تـا شـناخت و باورهـای غیرمنطقـی خـود را بـه باورهـا و شـناخت هـای مؤثـر و کارآمدتـر جهـت مقابلـه بـا اسـترس تبدیـل کننـد. در تبییـن دیگـر مـی تـوان گفـت براسـاس دیـدگاه سـلیه در افراد کانديـد جراحـی بـه علـت بـه وجـود آمـدن شـرایط فشـار روانـی، در ایـن افـراد یـک رشـته تغییـرات فیزیولوژیـک ایجـاد می‌شـود کـه اصطلاحـا بـه آن سـندرم انطبـاق عمومـی گفتـه می‌شـودو. لـذا درمـان شـناختی رفتـاری از طریـق افزایـش سـازگاری در این افـراد منجـر بـه کاهـش اسـترس در ایـن افـراد مـی شـود و لـو اگـر ایـن افـراد اسـترس شـان درمـان نشـود دچـار فرسـودگی و مشـکلات دیگـر احتمالـی بشـوند.

یـا در تبییـن دیگـر مـی تـوان گفـت کـه درمـان شـناختی رفتـاری باعـث کاهـش ادراک تهدید نسبت به. تعادل زیستی بدن ایجاد شـده مـی شـود کـه ایـن اداراک تهدیـد نسـبت بـه تعـادل زیسـتی بـر طبـق نظریـه لازاروس علـت اصلـی بـه وجـود آمـدن اسـترس مـی شـود (۳). رویکـرد هـای شـناختی از جملـه اقدامـات روانـی اجتماعـی اسـت کـه در آن افـراد دارای ناراحتـی هـای عاطفـی و ذهنـی آنهـا کـه بـه واسـطه مشـکلات و بیماریشـان بـه وجـود آمـده در جهـت اصـلاح هدایـت مـی کنـد و سـعی در ایـن دارد کـه بـا تغییـر دادن تعابیـر و تصاویـر ذهنـی آنهـا بـه اینگونـه افـراد در رسـیدن بـه آرامـش و کاهـش اسـترس کمـک کننـد. عـلاوه بـر آن بـا کمـک راهبردهـای شـناختی رفتـاری از جملـه تـن آرامـی مـی تـوان اسـترس و پریشـانی را در بیمـاران کاهـش داد. آمـوزش یـک فـن آرمیدگـی و شـناختی مؤثـر بـه فـرد ایـن امـکان را مـی دهـد کـه نشـانه های جسـمانی اسـترس را تشـخیص دهـد و بـا تسـلط یافتـن در کسـب آرامـش، کنتـرل عالئـم جسـمانی حاصـل از اسـترس را فراگیـرد و بـا تمریـن و بـه کارگیـری فـن تـن آرامـی بتوانـد عالئـم جسـمانی اسـترس را تقلیـل دهـد. در تبییـن اثربخشـی درمـان شـناختی رفتـاری در کاهـش افسـردگی بیمـاران کانديـد جراحـی در ایـن تحقیـق توان چنـد دلیـل آورد.

دلیـل اول از نظـر بـک، افـسردگی نتیجـه اخـتلال در فرآینـدهای شناختی و تفسیر غلـط بیمـار از رویـدادهای اطـراف خـود می باشـد. از نظـر او، درمان شـناختی– رفتـاری، بیمـاران را بـه حـل فعالانـه مسـائل و درگیـری جـرأت مندانـه در محیـط تشـویق و بـر توانایـی فـرد جهـت تفسـیر و تغییـر مناسـب رویـدادها تأکیـد مـی نمایـد (۱۹). بنابرایـن درمـان شـناختی رفتـاری بـا اصـلاح فراینـد شـناختی و تفسـیر غلـط بیمـاران کانديـد جراحـی باعـث کاهـش افسـردگی مـی شـود.

دلیـل دوم مـی تـوان گفـت بیمـاران کـه تحـت درمـان شـناختی و رفتـاری قـرار میگرنـد حـس عـدم کنتـرل (درماندگـی) بـر بیمـاری خـود را تعدیـل کـرده و بـا بـه دسـت آوردن حـس

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

کنترل و امیدواری حس کاهش ناامیدی و افسردگی را کسب می کنند.

دلیل اخری که می توان در تبیین کاهش افسردگی بیماران کاندید جراحی پس از درمان شناختی رفتاری می توان اینگونه گفت که این بیماران به واسطه درمان شناختی رفتاری و با استفاده از راهبردهای شناختی، افکار غیر منطقی و ناکارآمد برانگیزاننده افسردگی شناسایی شوند، بیماران نسبت به نقش این افکار آگاهی یابند و با مشارکت سعی شود که افکار منطقی جایگزین آنها گردد.

اگرچه در مورد حیطه درمانی که مدنظر، تحقیقات زیادی در دسترس نیست ولی مشخص شد که پزشکان و متخصصان بهداشت روانی و به خصوص متخصصان بیهوشی و جراحان در هنگام ویزیت بیمار جهت آمادگی برای جراحی با توجه به این حیطه می توانند با استفاده ازآموزش های درمان شناختی طی یک دوره کوتاه بیماران خود را از لحاظ اضطراب و استرس بررسی و اقدامات بدون دارو را انجام بدهند که نه تنها دوران جراحی و بیهوشی بی خطری را بیماران تجربه کنند بلکه دوران نقاهت بهتری نیز داشته باشند.

نتیجه گیری

استرس و افسردگی و اضطراب قبل از جراحی ممکن است اثرات مستقیمی بر دفاع های ایمنی بدن داشته باشد که این امر منجر به افزایش مدت زمان دوران نقاهت و پرستاری، کاهش کیفیت بهبودی قبل از جراحی، مشکلات بیهوشی حین جراحی می شود. اگر چه در مورد حیطه درمانی که مدنظر، تحقیقات زیادی در دسترس نیست ولی مشخص شد که پزشکان و متخصصان بهداشت روانی و به خصوص متخصصان بیهوشی در هنگام ویزیت بیمار جهت امادگی برای جراحی با توجه به این حیطه می توانند با استفاده از آموزش های درمان شناختی طی یک دوره کوتاه بیماران خود را از لحاظ اضطراب و استرس بررسی و اقدامات بدون دارو را انجام بدهند که نه تنها دوران جراحی و بیهوشی بی خطری را بیماران تجربه کنند بلکه دوران نقاهت بهتری نیز داشته باشند.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی عزیزان منجمله کلینک آراد و مرکز مشاوره آرام و تمام بیماران عزیز که با صبوری تمام، ما را در انجام این پژوهش تحت عنوان پایان نامه دکتری مرا یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود. همچنین این تحقیق با کد ۹۵۰۳۳۶۶۸ داشگاه ازاد واحد اردبیل انجام شده است.

Refrence

1. Bedaso A, Ayalew M. Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: A prospective survey at a general hospital in Ethiopia. Journal of Patient Safety. 2003: 13. 10.1186/s13037-019-0198-0.
2. Shahroudianfard A, Sadat Kazemi A, Bahrami Basakh, T. The effect of preoperative training on anxiety in patients with brain tumors undergoing stereotaxic biopsy. Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2016; 4 (2): 15-20.
3. Ghanei Gheshlagh R, Dastras M, Fazlali PourMiyandoab M, Naseri O. The relationship between preoperative anxiety and postoperative nausea and vomiting. MEDICAL SCIENCES. 2014; 23 (4): 269-274.
4. Nazari-Vanani, R., Rahimi-Madiseh, M., Drees, F. Evaluation of preoperative anxiety and stress, and ways to modify it, the patients in Kashani hospital operating room in 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 2 (4): 53-60.
5. Ramesh C, Baby SN, Vasudev BaburayaPai A, Linu S, Sanatombi Dev. Pre-operative anxiety in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery – A cross-sectional study.2017, International Journal of Africa Nursing Sciences 201: 7, 31–36.
6. Barlow D H. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY: Guilford Press, 1967.
7. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma university specialized teaching hospital, south western Ethiopia. BMC Surg. 2014; 14 (1): 1–10.
8. Yoneyama E.The evaluation of the pre-operative interviews using information sheets. Masui. 1998; 47 (8): 1002-1006.
9. Dreqer VA, Tremback TF. Management of

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

preoperative anxiety in children. AORNJ .2006; 84 (5) 778-80 , 782-6, 788-90, Passim ; quiz 805-80.
10. Bradt J. Dileo C. Shim, M. Music interventions for preoperative anxiety (Review). published in The Cochrane Library2013, Issue 6.
11. Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. JAMA. 2016 Jan 12; 315 (2):150-63. doi: 10.1001/jama.2015.18118.
12. Caitlin W, Hicks Courtenay M, Holscher P, Wang J H, Black Christopher J. Abularrage, Martin A. Makary, Overuse of early peripheral vascular interventions for claudication, Journal of Vascular Surgery, 2020: Volume 71, Issue 1, ,Pages 121-130.e1.
13. Ganjavi A, Mazaheri M A, Sadeghi M S. Mental awareness: Designing mother-infant educational package and evaluating its effectiveness. Transformational Psychology: Iranian Psychologists, 2013; 10 (37): 17-27.
14. Moemeni L, Najaf Yarandi A, Haghani H. Comparative Study of the Effects of Education Using VCD and Booklet in Two Different Times on Pre-operative Anxiety . IJN. 2009; 21 (56): 81-93
15. Ganei R, Rezaei K, Mahmoudi, R. The relationship between preoperative anxiety and postoperative pain in cesarean section. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 2012; 15 (39): 16-22. doi: 10.22038 / ijogi.2013.543.
16. Zeka A. Preoperative Anxiety in Children and Appropriate Anxiety Management Method.2001: Sina Newsletter 10, No. 23, pp. 14-12.
17. Miraskandari S, Mohammad-Akhavi R, Bagher-Darabi SM, Ismail, M, Alizadeh R. The effect of rectal diazepam and midazolam on reducing preoperative anxiety in children. Iranian Journal of Pediatrics: Volume 17, Number 2, pp. 157-162.
18. Erik H, Erland A, Anders G, rling C, Ritzman M, Ronnheden Samir EA, Erik , Mats Lekander, Brja L. Internet-delivered exposure-based cognitive–behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry (2014) 205, 307–314. doi: 10.1192/ bjp.bp.113.140913.
19. Beck AT. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York, NY: Harper and Row; 1967.
20. Hofman, Stefan G, Smits J. Cognitive - behavior Therapy for Adult anxity Disorder: A Meta Analayze of Ranomized placebo-controlled Trial. J chin psychiatry, 2008:69 pp 621-632.
21. Gade H, Friborg O, Rosenvinge J H, Småstuen M C, Hjelmesæth, J. (2015). The Impact of a Preoperative Cognitive Behavioural Therapy (CBT) on Dysfunctional Eating Behaviours, Affective Symptoms and Body Weight 1 Year after Bariatric Surgery: A Randomised Controlled Trial. Obesity surgery, 25 (11), 2112–2119. doi:10.1007/s11695-015-1673-z
22. Motahariniya H, Hojjati H. The influence of education on anxiety in mothers of children with surgery. JPEN. 2019; 5 (4): 49-55.
23. Holtgrave D R, Crosby R A. (2006). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhea, syphilis, Chlamydia and AIDS case rates in the United States. Journal of Public Health Medicine, 79 (1), 62-41.
24. Javadi Fard R, Goodarzi M A, Zamiri A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on anxiety and dysfunctional attitudes in patients with generalized anxiety disorder. New Advances in Psychology (Social Psychology): 2008, Volume 2, (6); 81-94.
25. Sahebi A, Asghari M J, Salari RS. Validation of the Stress Anxiety Depression Scale (DASS-21) for the Iranian population. Transformational Psychology: Iranian Psychologists, 2005; 1 (4): 36-54.
26. Salmanzadeh A, Abolfazl R, Falahi M, Mohammadi Shahbaghi F. The Effect of Benson Relaxation on Stress Before Cesarean Section in Primiparous Women, 2017: 7th International Seminar on Women›s Health, Shiraz, Center for Policy Research ,
27. Sheykholeslami A, Ramezani S. The Effectiveness of Group Hope Therapy Based on the Snyder›s Theory on Self-Efficacy of Physical and Mobility Impairments Men. Socialworkmag. 2017; 6 (1): 5-12.
28. Yekanizad A. Comparison Mental Health, Social Phobia and Psychological Distress of Children

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]

under the Care of the Welfare Organization and Children under the Care of the Family. jcmh. 2018; 4 (4) :140-151.

29. Rohi G, Rahmani AH, Abdollahi A.The effect of music on anxiety and some physiological variables of patients before abdominal surgery. JOURNAL OF GORGAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES Spring-Summer 2005: 7 (1) (15 75 - 78).
30. Tull M, Gratz K. Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. Anxiety Disorders, 2008: 22 (1), 199–210.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-02]