

## اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان

مرجان خطیبیان<sup>۱</sup>، عطا شاکریان<sup>۲</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد کردستان، سنندج، ایران.  
۲. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران. (مؤلف مسئول) تلفن ثابت: ۰۸۷-۳۳۵۶۴۳۴۸. shakerian1345@yahoo.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود سرطان پستان موجب استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند. گروه درمانی شناختی رفتاری یکی از مؤثرترین اشکال مداخله موجود برای زنان مبتلا به سرطان پستان است. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان است.

**مواد و روش ها:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. بدین منظور ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی اهواز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) و روش مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری بود که در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح توصیفی از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری به طور معناداری افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** استفاده از رفتار درمانگری شناختی در مراکز انکولوژی می‌تواند به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی در نظر گرفته شود و از طرفی در بهبود ارتباط پزشک و بیمار، می‌تواند نقش اساسی داشته باشد.

**کلیدواژه‌ها:** افسردگی، اضطراب، استرس، سرطان پستان، گروه درمانی شناختی رفتاری.

وصول مقاله: ۹۲/۱۰/۲۳ اصلاحیه نهایی: ۹۳/۴/۸ پذیرش: ۹۳/۴/۱۵

## مقدمه

ابتلا به سرطان پستان<sup>۱</sup> چالش های زیادی را در زنان بر می‌انگیزد؛ تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب واکنش‌های روانی استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند و این واکنش‌ها می‌توانند از طریق ایجاد اختلال در عملکرد، ایجاد مشکلات در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌گیری‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی و تعامل اجتماعی ضعیف بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر مخرب و منفی بگذارند (۱).

مشکلات روانی زنان بیمار مبتلا به سرطان پستان یک معضل جدی است. جراحی و درمان‌های کمکی، خستگی، درد، یائسگی زودرس، سن کمتر از ۶۵ سال و سابقه قبلی افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان را به شدت مستعد ابتلا به افسردگی می‌سازد. افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، منجر به تحلیل رفتن انرژی روانی، افزایش استرس ناشی از بیماری و درمان‌های آن، کاهش عملکرد ایمنی بدن، کاهش کیفیت رابطه پزشک-بیمار، کاهش میل جنسی و نارسایی در تبعیت بیمار از دستورات پزشکی می‌گردد (۲).

از سوی دیگر، در زنان مبتلا به سرطان پستان اضطراب<sup>۲</sup> یکی از مشکلات عمده روانی است. اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان به پنج شکل ممکن است رخ دهد. اضطراب ناشی از تشخیص ابتلا به سرطان (۳)، اضطراب مرتبط با درمان و پیامدهای ناشی از آن (۴)، اضطراب هویت<sup>۳</sup> به دلیل جراحی و درمان‌های کمکی متعاقب آن که بیماران ممکن است تغییراتی در جسم خود تجربه کنند که بر تصور آنها از بدن و تن‌انگاره و میل جنسی‌شان اثر گذارد؛ و نهایتاً در هویت فردی و اجتماعی آنها و ایفای نقش‌های مادری، همسری و شغلی آنها موثر باشد (۵). اضطراب هستی

گرایانه<sup>۴</sup> که به نگرانی این زنان در خصوص آینده و مرگ و نگرانی آنها از سرنوشت فرزندان و عزیزان شان پس از مرگ آنها اشاره دارد (۶) و نهایتاً، این زنان ممکن است اضطراب و ترس از عود را تجربه کنند (۷). در زنان مبتلا به سرطان پستان، اضطراب درمان نشده می‌تواند به مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده منجر شود (۸).

همچنین، زنان مبتلا به سرطان پستان در طی خط سیر بیماری‌شان با استرس<sup>۵</sup>‌های متعددی مواجه هستند. از جمله ترس از مرگ احتمالی، استرس اطلاع دادن بیماری به اعضای خانواده، استرس ناشی از آگاهی از این واقعیت که زندگی دچار تغییرات قابل ملاحظه‌ای خواهد شد، از هم پاشیدگی زندگی، انگ اجتماعی، درمان‌های دشوار و آزاردهنده، بدریختی جسمی ناشی از اثرات جانبی جراحی و درمان‌های کمکی، محدودیت‌های جسمی پایدار، اختلال در شبکه‌های حمایت اجتماعی و عدم قطعیت مداوم ناشی از تهدید عود بیماری و... (۹).

استرس ممکن است اثرات مستقیمی بر دفاع‌های ایمنی بدن و خود تومور داشته باشد که این امر منجر به رشد یا فراگیری تومور می‌شود. استرس می‌تواند استفاده از الکل، تنباکو و دارو را افزایش دهد، منجر به رژیم غذایی ضعیف، خواب نامناسب و کاهش فعالیت‌های بدنی گردد. زنانی که استرس را در پی سرطان پستان تجربه می‌کنند، کمتر احتمال دارد از پیشنهادها، دستورات و تجویزهای پزشک‌شان پیروی کنند (۱۰). گروه درمانی<sup>۶</sup> از مؤثرترین اشکال مداخله در بیماری‌های بخصوص زنان مبتلا به سرطان پستان است (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برنامه‌های مداخله روانشناختی، به ویژه آنهایی که در قالب گروهی ارائه می‌شوند، به میزان چشمگیری پریشانی هیجانی مرتبط با

4- Existence realistic anxiety

5 - stress

6 - group therapy

1 - breast cancer

2 - anxiety-

3 -Anxiety identity

بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان است.

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل<sup>۱۰</sup> می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر اهواز در طی ماه‌های فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه‌گیری غیر احتمالی (هدفمند<sup>۱۱</sup>)، به این ترتیب که از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان که در طی سه ماهه اول سال ۱۳۹۲ به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر اهواز مراجعه کردند انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: ۱- دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن ۲- گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری ۳- قرار داشتن در مراحل ۱ تا ۳ بیماری. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱- سابقه مصرف داروی روان‌پزشکی ۲- ابتلای همزمان به یک بیماری مزمن دیگر ۳- شرکت در مداخله روان‌پزشکی همزمان با اجرای پژوهش ۴- وجود متاستاز آشکار در نقاط دور دست بدن ۵- سابقه آشکار بیماری روانی. پس از بررسی بیماران و انجام مصاحبه بالینی، تعیین تعداد بیماران واجد شرکت در پژوهش بر اساس اجرای فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) بیمارانی که در این مقیاس دارای افسردگی، اضطراب و استرس در سطح متوسط به بالا بودند به عنوان نمونه نهایی پژوهش انتخاب شدند. بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ۲۴ نفر از آزمودنی‌ها بعنوان گروه کنترل و آزمایش انتخاب شدند. گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از طرف آنها در مورد نحوه انجام کار، به مدت ۱۰ جلسه هفتگی ۱/۵ ساعته تحت درمان گروهی قرار

سرطان را کاهش می‌دهند، حمایت اجتماعی ارزشمندی فراهم می‌کنند و مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی را افزایش می‌دهند و گروه درمانی شناختی<sup>۷</sup> رشد بینش و بصیرت<sup>۸</sup> در بیمار، بدست آوردن تجارب جدید در گروه، برقراری ارتباط با دیگران، پیوستگی گروهی، تسهیل تخلیه هیجانی و افزایش اعتماد به نفس در بیماران را به دنبال دارد (۱۲) و نسبت به روان‌درمانی فردی که محدودیت‌هایی از جمله هزینه بالا، کمبود درمانگران با کفایت و آموزش دیده و اختصاص زمان طولانی مورد نیاز را دارد در اولویت است (۱۳).

با شناسایی عوامل منفی مؤثر بر کیفیت زندگی<sup>۹</sup> بیماران مبتلا به سرطان پستان (مثل: افسردگی، اضطراب، استرس) می‌توان از طریق انجام مداخله‌های روان‌شناختی یا روان‌شناختی-پزشکی به کنترل و کاهش اثر عوامل مخرب بر کیفیت زندگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی این زنان پرداخت. پیشینه پژوهش‌های انجام شده در ایران مؤید آن است که پژوهش‌های انجام شده در خصوص زنان مبتلا به سرطان پستان در ایران کمتر به اثر بخشی درمان‌های گروهی شناختی، رفتاری پرداخته است و اگر در این زمینه مطالعه‌ای مداخله‌ای انجام شده است در مورد تاثیر اثر بخشی درمان بر یکی از متغیرها و یا مطالعات بصورت غیر مداخله‌ای بوده است. لذا با توجه به فراوانی این بیماری در سطح کشور انجام پژوهش حاضر می‌تواند در شناخت بیشتر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان به ما کمک کند. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر می‌تواند برای متخصصین حوزه سلامت، روان‌شناسان بالینی و سلامت، مشاوران و درمانگرانی که مداخله‌های روان‌شناختی را بر روی بیماران جسمی به ویژه بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار می‌دهند، سودمند باشد. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری

7 - cognitive

8- Insight

9- Quality of Life

10 - Pre-test and post-test control group

11 - Purposive sampling

در ایران صاحبی، اصغری و سالاری (۱۴) در پژوهشی فرم کوتاه مقیاس DASS را اجرا کردند و در تحلیل عاملی سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را به دست آوردند. همبستگی افسردگی و اضطراب ۰/۶۱، اضطراب و استرس ۰/۶۷ و افسردگی و استرس ۰/۶۴ به دست آمد. همسانی درونی مقیاس DASS با استفاده از آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹ و استرس ۰/۷۸ به دست آمد. برای بررسی روایی ملاک از اجرای همزمان پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و استرس ادراک شده استفاده شد. همبستگی افسردگی با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و همبستگی استرس با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ بود. کلیه همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. پس از تعیین نمونه پژوهش و مشخص شدن گروه‌های آزمایش و کنترل، در مرحله پیش آزمون، فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) بر روی هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفت (گروه کنترل تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار نگرفت). گروه درمانی شناختی رفتاری در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (جلسات در طی ۱۰ هفته و به صورت منظم هر هفته یک جلسه برگزار شد) صورت گرفت. محتوای هر یک از جلسات عبارت بود از: جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با رهبر گروه و با یکدیگر، معرفی برنامه درمان و وضع قراردادها، جلسه دوم: تعریف و تشریح مفهوم افسردگی و عوامل ایجاد کننده آن در بیماری سرطان پستان، جلسه سوم: تعریف و تشریح مفهوم اضطراب و عوامل ایجاد کننده آن در بیماری سرطان پستان، جلسه چهارم: تعریف و تشریح مفهوم استرس و عوامل ایجاد کننده آن در بیماری سرطان پستان، جلسه پنجم: بیان پیامدهای جسمانی و روانی افسردگی، اضطراب و استرس برای بیماران مبتلا به سرطان پستان، جلسه ششم: درخواست از بیماران برای بیان کردن افسردگی، اضطراب و استرسی

گرفتند. در مرحله بعد بار دیگر هر دو گروه به وسیله ابزار پژوهش آزمون شدند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، در پژوهش حاضر معیارهای پنجگانه «اصول اخلاقی روان شناسان» و کدهای رفتار اخلاقی که توسط انجمن روان شناسی آمریکا (APA) در سال ۲۰۱۰ مورد آخرین بازنگری و تجدیدنظر قرار گرفته است مبنا و ملاک عمل قرار گرفت. با توجه به اینکه در طرح آزمایش این پژوهش، پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد. مقیاس<sup>۱۲</sup> DASS توسط لاوبوند و لاوبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم بلند (۴۲) و کوتاه (۲۱) سؤال است (۱۴). فرم کوتاه دارای ۲۱ سؤال بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت است و هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس ۷ سؤال مورد سنجش قرار می‌دهد (۱۵). این مقیاس شدت علائم افسردگی، اضطراب و استرس را مورد سنجش قرار می‌دهد و نه الزاماً وجود اختلالات مشخصی که در طبقه بندی‌های رسمی<sup>۱۳</sup> ICD و DSM<sup>۱۴</sup> ذکر شده‌اند. بنابراین از این مقیاس می‌توان برای تعیین شدت علائم افسردگی، اضطراب و استرس استفاده کرد (۱۴).

آنتونی و همکاران (۵) فرم کوتاه مقیاس DASS را مورد تحلیل عاملی قرار دادند و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را به دست آوردند. در پژوهش آنها ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین، همبستگی بین افسردگی و استرس ۰/۴۸، اضطراب و استرس ۰/۵۳ و اضطراب و افسردگی ۰/۲۸ بود. هنری و کرافورد (۲۰۰۵) فرم کوتاه مقیاس را به لحاظ روایی سازه مورد مطالعه قرار دادند. آنها به وجود یک عامل عمومی و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس در این مقیاس اشاره دارند (۱۵).

12 - Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)

13 - international classification of diseases

14 - Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders

مابقی دیپلم و کمتر از دیپلم بودند. میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی، اضطراب و استرس گروه کنترل و گواه در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون، سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بین زنان مبتلا به سرطان پستان گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود (۰/۵۶) و نشانگر آن است که ۵۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمره‌های پس آزمون ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری می‌باشد و امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است (۰/۹۴).

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد گروه درمانی شناختی رفتاری با توجه به میانگین افسردگی گروه آزمایش (۱۹/۵۰) نسبت به میانگین افسردگی گروه گواه (۲۹/۹۲)، موجب کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش شده است ( $F = 29/60$  و  $p < 0/001$ ). و ۵۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات افسردگی مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری است. از سوی دیگر، گروه درمانی شناختی رفتاری با توجه به میانگین اضطراب گروه آزمایش (۱۹/۵۰) نسبت به میانگین اضطراب گروه گواه (۲۸/۰۸)، موجب کاهش معنادار اضطراب در گروه آزمایش شده است ( $p < 0/001$ ) و  $F = 29/95$ . و ۵۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات اضطراب مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری می‌باشد. همچنین، گروه درمانی شناختی رفتاری با توجه به میانگین استرس گروه آزمایش (۱۷/۳۳) نسبت به میانگین استرس گروه گواه (۲۷/۰۸)، موجب کاهش معنادار استرس در گروه آزمایش شده است ( $p < 0/001$  و  $F = 45/22$ ) و ۶۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات استرس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری است.

که در طی ابتلا به بیماری سرطان پستان تجربه کرده‌اند و در میان گذاشتن تجارب‌شان برای یکدیگر، جلسه هفتم: تشریح افکار خودآیند منفی مرتبط با افسردگی، اضطراب و استرس در طی بیماری سرطان پستان برای بیماران بر اساس مدل ABCD ایس، جلسه هشتم: درخواست از بیماران برای بیان افکار خودآیند منفی‌شان در طی تجربه سرطان پستان برای یکدیگر در گروه و دادن تکالیف خانگی برای مشخص نمودن محتوا و میزان افکار خودآیند منفی، جلسه نهم: آموزش دادن به بیماران در خصوص تشخیص افکار خودآیند منفی، جلسه دهم: آموزش به بیماران در خصوص روشهای مقابله افکار خودآیند منفی، پاسخ‌های احتمالی به این افکار و نحوه جایگزین ساختن این افکار با افکار مثبت است. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش، از طریق تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم افزار بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS 18) تجزیه و تحلیل شد<sup>۱۵</sup>. برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها و ماتریس کوواریانس‌های دو گروه در پیش آزمون ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس، از آزمون لون<sup>۱۶</sup> استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش آزمون ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس تأیید می‌گردد. در تحلیل واریانس‌های دو گروه در پس آزمون، به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش آزمون، این تأثیرات متغیر مستقل (گروه درمانی شناختی رفتاری) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه، نقش دارد.

### یافته‌ها

آزمودنی‌های مورد بررسی دارای میانگین سنی در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۴۸/۳۷ و ۴۸/۸۷ است. آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۶۷ و ۷۵ در صد متاهل و ۳۳ و ۴۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و

16. Statistical Package for Social Science (SPSS 18)-  
Version

<sup>16</sup> Levene's Test

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات DASS دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	شاخص	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۶	۵/۵۴	
		گواه	۲۸/۰۸	۳/۷۷	
	پس آزمون	آزمایش	۱۹/۵۰	۴/۴۰	
		گواه	۲۹/۹۲	۴/۵۲	
اضطراب	پیش آزمون	آزمایش	۲۷/۵۸	۴/۴۲	
		گواه	۲۷	۴/۴۹	
	پس آزمون	آزمایش	۱۹/۵۰	۳/۸۹	
		گواه	۲۸/۰۸	۵/۴۱	
استرس	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۰۸	۴/۱۴	
		گواه	۲۴/۵۰	۳/۳۴	
	پس آزمون	آزمایش	۱۷/۳۳	۳/۶۷	
		گواه	۲۷/۰۸	۳/۶۷	

جدول ۲- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری دو گروه در ابعاد DASS

نام آزمون	شاخص ها	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی		۰/۵۶	۳	۱۷	۷/۲۱	۰/۰۰۲	۰/۵۶	۰/۹۴
آزمون لامبدای ویلکز		۰/۴۴	۳	۱۷	۷/۲۱	۰/۰۰۲	۰/۵۶	۰/۹۴
آزمون اثر هتلینگ		۱/۲۷	۳	۱۷	۷/۲۱	۰/۰۰۲	۰/۵۶	۰/۹۴
آزمون بزرگترین ریشه روی		۱/۲۷	۳	۱۷	۷/۲۱	۰/۰۰۲	۰/۵۶	۰/۹۴

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس یک راه میانگین نمرات پس آزمون DASS دو گروه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
افسردگی	پیش آزمون	۵۶/۴۰	۵۶/۴۰	۳/۱۰	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۹۹
	گروه	۵۳۷/۷۹	۵۳۷/۷۹	۲۹/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
اضطراب	خطا	۳۸۱/۵۱	۱۸/۱۶				
	پیش آزمون	۹۵/۷۱	۹۵/۷۱	۵/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۵۷
استرس	گروه	۴۶۸/۴۲	۴۶۸/۴۲	۲۹/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۹
	خطا	۳۹۴/۲۰	۱۸/۷۷				
استرس	پیش آزمون	۴۱/۷۸	۴۱/۷۸	۳/۴۳	۰/۰۷	۰/۱۴	۰/۴۲
	گروه	۵۵۰/۸۳	۵۵۰/۸۳	۴۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	خطا	۲۵۵/۷۹	۱۲/۱۸				

## بحث

سرطان پستان شایع ترین نوع سرطان در میان زنان و یک بیماری شایع، بدخیم و پیش رونده است که بر جنبه های زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی تاثیر گذار است (۱۶). طبق نظر سازمان بهداشت جهانی همه بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت های مناسب تسکینی، روانی و اجتماعی مطابق با فرهنگ خود نیاز دارند (۱۷). بنظر می رسد که استفاده از مداخلات روانی، اجتماعی مداخله سودمندی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان است، چرا که سرطان دارای ابعاد و فرآورده های روان شناختی است. یافته های پژوهش حاضر نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری می تواند این هدف را محقق سازد و نتایج مؤید آن است که این شیوه درمان روان شناختی به طور معناداری افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش می دهد. میزان نمره های افسردگی، اضطراب و استرس در آزمودنی هایی که تحت گروه درمانی شناختی و رفتاری قرار گرفته اند نسبت به آزمودن هایی که این شیوه درمانی را دریافت نکرده اند کاهش یافته است. این امر حاکی از اثر بخشی گروه درمانی شناختی و رفتاری در کاهش این اختلالات است. این نتایج همسو با یافته های خدایی و همکاران (۱۲)، پدرام و همکاران (۱۳)، بیجاری و همکاران (۱۸) و کهرآزنی و همکاران (۱۷) است که در پژوهش های خود دریافتند درمان های شناختی رفتاری و به ویژه گروه درمانی شناختی رفتاری منجر به کاهش معنادار افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود. بی تردید نتایج بدست آمده را نمی توان حاصل یک عامل خاص دانست. در تبیین نتایج بدست آمده می توان به عواملی از قبیل کاربرد روش های شناختی و رفتاری مانند آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی که در این پژوهش از آن استفاد شد، اشاره کرد که اثر بخشی آن در مورد اختلالات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی در پژوهش های قبلی به اثبات رسیده است (۱۹ و ۲۰). عامل دیگر آموزش روش پیکان

عمودی، که فنون به چالش گیری و روش های تغییر باور ها دانست که به گونه ای موثر در کاهش اضطراب، افسردگی کاربرد دارد. جدای از این مولفه ها تاثیر و مفید بودن گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی را نباید نادیده گرفت. گروه درمانی به بیماران کمک می کند تا مهارت های اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک می رسند که دیگران نیز مانند آنان نیز مشکلاتی دارند.

پژوهش حاضر از چند محدودیت برخوردار است: اولاً مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس یک مقیاس نشانه شناسی است و صرفاً نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس را می سنجد و از این رو نمی توان آن را یک ابزار تشخیصی معادل ملاک های تشخیصی DSM-IV یا ICD-10 قلمداد کرد. از سوی دیگر گروه درمانی با وجود تمامی مزایای گفته شده در این پژوهش از این نقص نیز برخوردار است که به صورت متمرکز روی جنبه های منحصر به فرد مشکلات روان شناختی افراد کار نمی کند و چه بسا بعضی از زنان مبتلا به سرطان پستان در طی فرآیند گروه درمانی دچار بازداری شده و تن به گروه درمانی ندهند. نبود مرحله پیگیری به دلیل محدودیت زمانی از دیگر محدودیت های پژوهش است. نتایج این پژوهش را باید با احتیاط تفسیر نمود هر چند که در جهت کنترل متغیر ها و شرایط تا حد ممکن تلاش شد.

پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از مقیاس های تشخیصی دقیق تری که مبتنی بر نشانه شناسی و ملاک های تشخیصی باشند برای سنجش افسردگی، اضطراب و استرس استفاده شود. به عنوان یک پیشنهاد کاربردی توصیه می شود در مراکز تخصصی درمان سرطان، بخشی به ارائه خدمات روان شناختی به ویژه؛ گروه درمانی اختصاص یابد و این شکل مطالعات بر روی گونه های دیگر بیماران سرطان انجام شود.

**نتیجه گیری**

استفاده از رفتار درمانگری شناختی در مراکز انکولوژی می تواند به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان های پزشکی در نظر گرفته شود، که ضمن بهبود ارتباط کارکنان بخش های درمانی با بیماران، برای متخصصین مداخله گر حوزه سلامت (روانشناسان بالینی و مشاوران) که با بیماران مبتلا به سرطان پستان کار می کنند، سودمند باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که می توان مداخله های گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری را به طور موفقیت آمیزی برای

کاهش درماندگی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان به کار گرفت.

**تشکر و قدردانی**

این مقاله بر گرفته از پایان نامه ی کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی واحد علوم و تحقیقات استان کردستان است. بدین وسیله از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اهواز و تمامی آزمودنی های شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر دارد.

**Reference**

1. Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson L O, and Gaston-Johansson, F. Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. *European Journal of Oncology Nursing* 2008; 12: 180-189.
2. Fann J R, Thomas-Rich A M, Katon W J, Cowley D, Penning M, McGregor B A, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30 : 112-126.
3. Moyer A, Sohl S J, Knapp-Oliver S K, Schneider S. Characteristics and Methodological quality of 25 years of research investigating psychosocial interventions for cancer patients. *Cancer Treatment Reviews* 2009; 35 : 475-484.
4. Cameron L D, Petrie K J, Ellis C, Buick D, Weinman J. Trait anxiety and responses to a psychoeducational intervention for promoting adaptive illness perceptions in myocardial infarction patients. *Psychology and Health* 2005; 15: 1-12.
5. Antoni MH, Wimberly SR, Lechner SC, Kazi A, Sifre T, Urcuyo KR, et al. Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *Am J Psychiatry* 2006; 163 : 1791-1797.
6. Kernan WD, Lepore SJ. Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, patterns, and negative affect. *Social Science & Medicine* 2009; 68 : 1176-1182.
7. Macnab F. Some considerations of breast cancer: The psychological impact. *Obstet and Gyneco Magazine* 2007; 9 : 34-35.
8. Tel H, Dogan S. Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 2011; 17: 42-45.
9. Hewitt M, Herdman R, Holland J. Meeting psychosocial needs of women with breast cancer. Washington: The National Academies Press. 2004. p.21-64.
10. Andersen B, Golden-Kreutz D M, Dilillo V. Cancer (Chapter 43). In Baum A, Revenson T A, Singer J A (Eds.). *Handbook of Health Psychology*. London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2001. p.709-726.
11. Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Delavar A, Ghanbari Motlagh A. Cognitive-existential group therapy and cognitive instructional therapy for breast cancer. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists* 2010; 6: 201-214.



12. Khodai S, Dastgerdi R, Haghghi F, Sadatjoo S A, Keramati A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depression in patients with cancer. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2011; 17: 183- 190. [In Persian]
13. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Aeenparast N. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on anxiety, depression treatment and induce of hope in breast cancer women. *Women & Society* 2009; 1: 61-76. [In Persian]
14. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists* 2005; 1: 299-310. [In Persian]
15. Henry J D and Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology* 2005;44:227-239.
16. Chen Xiaoli, Zheng Ying, Zheng Wei, Gu Kai, Chen Zhi, Lu Wei, et al. The effect of regular exercise on quality of life among breast cancer survivors. *American Journal of Epidemiology* 2009; 170:854-862.
17. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reduction of psychological symptoms among patients with cancer. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)* 2012; 14: 112-116. [In Persian].
18. Bijari H, Ghanbari Hashem Abadi B, Aghamohamadiansherbaf H, Homaei F. Therapeutic efficacy of group therapy based on hope therapy to increase the life expectancy of women with breast cancer. *Educational Studies and Psychology* 2008;10: 171- 184. [In Persian]
19. Eun-Young B and Chang I. The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (women). *Clinical Rehabilitation* 2006;20:388- 379.
20. Rossman M. The effect mental imagery on breast cancer. *Journal of Holistic Nursing Practice* 2008;50:13-20.