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

مرجان خطیبیان[۱]، عطا شاکریان[۲]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد علوم وتحقیقات دانشگاه آزاد کردستان، سنندج، ایران.

۲. مربی گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران. (مؤلف مسئول) تلفن ثابت: ۳۳۵۶۴۳۴۸_۰۸۷، 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 وروش ها : پژوهش حاضر از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد. بدین منظور ۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اهواز به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده ها 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 داده ها در سطح توصیفی از آماره های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری به طور معناداری افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش می دهد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: 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.

کلیدواژه ها: افسردگی، اضطراب، استرس، سرطان پستان، گروه درمانی شناختی رفتاری.

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

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

مقدمه

ابتلا به سرطان پستان[1] 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 تصمیم گیری‌های 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 درمان های کمکی، خستگی، درد، یائسگی زودرس، سن کمتر از ۶۵ سال و سابقه قبلی افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان را به‌شدت مستعد ابتلا به افسردگی می‌سازد. افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، منجر به تحلیل رفتن انرژی روانی، افزایش استرس ناشی از بیماری و درمان های 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[2] 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[3] به دلیل جراحی و درمان های کمکی متعاقب آن که بیماران ممکن است تغییراتی در جسم خود تجربه کنند که بر تصور آنها از بدن و تن انگاره و میل جنسی‌شان اثر گذارد؛ و نهایتا در هویت فردی و اجتماعی آنها و ایفای نقش‌های مادری، همسری و شغلی آنها موثر باشد (۵). اضطراب هستی گرایانه[4] 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 می تواند به مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده منجر شود (۸).

همچنین، زنان مبتلا به سرطان پستان در طی خط سیر بیماری شان با استرس[5] 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، محدودیت های جسمی پایدار، اختلال در شبکه های حمایت اجتماعی و عدم قطعیت مداوم ناشی از تهدید عود بیماری و....(۹).

استرس ممکن است اثرات مستقیمی بر دفاع های ایمنی بدن و خود تومور داشته باشد که این امر منجر به رشد یا فراگستری تومور می شود. استرس می‌تواند استفاده از الکل، تنباکو و دارو را افزایش دهد، منجر به رژیم غذایی ضعیف ، خواب نامناسب وکاهش فعالیت های بدنی گردد. زنانی که استرس را در پی سرطان پستان تجربه می کنند، کمتر احتمال دارد از پیشنهادها، دستورات و تجویزهای پزشک شان پیروی کنند (۱۰). گروه درمانی[6] از مؤثرترین اشکال مداخله در بیماری‌های بخصوص زنان مبتلا به سرطان پستان است (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌داده‌اند برنامه‌های مداخله روانشناختی، به ویژه آنهایی که در قالب گروهی ارائه می‌شوند، به میزان چشمگیری پریشانی هیجانی مرتبط با

1 - breast cancer
2 - anxiety-
3 -Anxiety identity
4- Existence realistic anxiety
5 - stress
6 - group therapy

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

سرطان را کاهش می دهند، حمایت اجتماعی ارزشمندی فراهم می‌کنند و مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی را افزایش می‌دهند و گروه درمانی شناختی[7] رشد بینش و بصیرت [8] 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 به‌دنبال دارد (۱۲) و نسبت به روان درمانی 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[9] بیماران مبتلا به سرطان پستان (مثل: افسردگی، اضطراب، استرس) می‌توان از طریق انجام مداخله‌های روان شناختی یا روان شناختی- 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 پژوهش های 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 مداخله ای 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، روان شناسان بالینی و سلامت، مشاوران و درمانگرانی که مداخله‌های روان شناختی را بر روی بیماران جسمی به ویژه بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار می دهند، سودمند باشد. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل[10] می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر اهواز در طی ماه های فروردین تا خرداد سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش حاضر با استفاده از روش نمونه گیری غیر احتمالی (هدفمند[11]) ، به این ترتیب که از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان که در طی سه ماهه اول سال ۱۳۹۲ به بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهر اهواز مراجعه کردند انتخاب شد. ملاک های ورود به پژوهش شامل: ۱- دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن۲- 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 روان پزشکی۲- ابتلای همزمان به یک بیماری مزمن دیگر۳- شرکت در مداخله روان پزشکی همزمان با اجرای پژوهش۴ - وجود متاستاز آشکار در نقاط دور دست بدن ۵- سابقه آشکار بیماری روانی. پس ازبررسی 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

7 - cognitive
8 - Insight
9 - Quality of Life

10 - Pre-test and post-test control group
11 - Purposive sampling

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

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 DASS[12] 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 علایم افسردگی، اضطراب و استرس را مورد سنجش قرار می دهد و نه الزاماً وجود اختلالات مشخصی که در طبقه بندی های رسمی ICD[13] و DSM[14] ذکر شده‌اند. بنابراین از این مقیاس می‌توان برای تعیین شدت علایم 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).

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 همبستگی ها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. پس از تعیین نمونه پژوهش و مشخص شدن گروه های 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 دقیقه ای (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

12 - Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS)
13 -international classification of diseases
14 - Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

که در طی ابتلا به بیماری سرطان پستان تجربه کرده اند 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 الیس، 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، پاسخ های 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 (spss18) تجزیه و تحلیل شد[15]. برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس ها و ماتریس کوواریانس های دو گروه در پیش آزمون ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس، از آزمون لون[16] 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.

یافته ها

آزمودنی‌های مورد بررسی دارای میانگین سنی در گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۴۸/۳۷ و۴۸/۸۷ است. آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه به ترتیب ۶۷ و۷۵ در صد متاهل و ۳۳ و ۴۲ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی و مابقی دیپلم وکمتر 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 می دهد که با کنترل پیش آزمون، سطوح معنی داری همه آزمون ها، بین زنان مبتلا به سرطان پستان گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس تفاوت معنی داری مشاهده می شود (۰/۵۶) و نشانگر آن است که ۵۶ درصد تفاوت های فردی در نمره های پس آزمون ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری می باشد و امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است (۰/۹۴).

اطلاعات جدول۳ 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 ($p<۰/۰۰۱$ و $F = ۲۹/۶۰$). و ۵۸ درصد تفاوت های 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 ($p<۰/۰۰۱$ و $F = ۲۹/۹۵$). و ۵۴ درصد تفاوت های 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 ($p<۰/۰۰۱$ و $F = ۴۵/۲۲$) و ۶۸ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات استرس مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری است.

16. Statistical Package for Social Science (SPSS18)-Version

[16] Levene's **Test**

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

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

شاخص / متغیر	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 راهه 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
	خطا	۳۸۱/۵۱	۱۸/۱۶				
اضطراب	پیش آزمون	۹۵/۷۱	۹۵/۷۱	۵/۰۹	۰/۰۳	۰/۱۹	۰/۵۷
	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				

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

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 مراقبت‌های مناسب تسکینی، روانی واجتماعی 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 فرآورده‌های روان شناختی است. یافته های پژوهش حاضر نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند این هدف را محقق سازد و نتایج مؤیدآن 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 گرفته‌اند نسبت به آزمودن‌هایی که این شیوه درمانی را دریافت نکرده‌اند کاهش یافته است. این امر حاکی از اثر بخشی گروه درمانی شناختی و رفتاری در کاهش این اختلالات است. این نتایج همسو با یافته‌های خدایی و همکاران (۱۲)، پدرام و همکاران (۱۳)، بیجاری و همکاران (۱۸) و کهرازئی 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 روش‌های 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 (۲۰و۱۹). 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 می‌کند تا مهارت‌های 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 نشانه‌شناسی 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 جنبه‌های 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 می‌شود در پژوهش‌های آتی از مقیاس‌های 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 گونه‌های دیگر بیماران سرطان انجام شود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

نتیجه گیری

استفاده از رفتار درمانگری شناختی در مراکز انکولوژی می تواند به عنوان یک درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی در نظر گرفته شود، که ضمن بهبود ارتباط کارکنان بخش‌های درمانی با بیماران، برای متخصصین مداخله‌گر حوزه سلامت (روانشناسان بالینی ومشاوران) 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 نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی واحد علوم و تحقیقات استان کردستان است. بدین وسیله از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اهواز و تمامی آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش کمال تشکر دارد.

Reference

1. Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson L O,andGaston-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 anxiey 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. KernanWD, LeporeSJ. 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, GhanbariMotlagh A. Cognitive-existential group therapy and cognitive instructional therapy for breast cancer. Developmental Psychology: Iranian Psychologists 2010; 6: 201-214.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]

12. Khodai S, Dastgerdi R, Haghighi 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 ofEpidemiology 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, HomaeiF.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.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-02-17]