

اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه

محمد پدram^۱، مسعود محمدی^۲، قاسم نظیری^۳ و ندا آیین پرست^{۴*}

چکیده

این پژوهش با هدف ارزیابی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گرفت. این پژوهش مطالعه‌ای شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. به این منظور، ۲۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان شفا اهواز در بهار ۱۳۸۹ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های اضطراب بک، افسردگی بک و امیدواری میلر بود که پیش از آغاز گروه درمانی و در پایان دوره‌ی درمان به وسیله‌ی بیماران دو گروه تکمیل شدند. گروه درمانی به گونه‌ای معنا دار به کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش امیدواری بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل منجر شد، اما چنین تغییراتی در گروه کنترل مشاهده نشد. همان‌گونه که پژوهش‌های پیشین نشان دادند، جلسه‌های گروه درمانی شناختی- رفتاری تأثیری مثبت بر کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری دارند و نتایج این پژوهش ضرورت بکارگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های متداول دارویی برای بیماران را نشان می‌دهند.

واژه‌های کلیدی: سرطان سینه، گروه درمانی، درمان شناختی - رفتاری، اضطراب، افسردگی، امیدواری.

۱- استاد دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، رئیس مرکز تحقیقات تالاسمی و هموگلوبینوپاتی اهواز .

۲- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس.

۳- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس.

۴- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس

*- نویسنده‌ی مسئول مقاله: Naeinparast@yahoo.com

پیشگفتار

انواع سرطان^۱ها طیفی گسترده از بیماری‌هایی هستند که هر یک از آنها سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش آگهی ویژه‌ی خود را دارند. بیش‌تر افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند، یک دوره‌ی فشار روانی را تجربه می‌کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه‌ی آنها می‌شود. این مشکلات روانی که به لحاظ بالینی شدید هستند، معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال انطباقی، اختلال افسردگی اساسی^۲ یا یک اختلال اضطرابی^۳ بروز می‌کنند. همچنین، درمان سرطان با فشارهای روانی متعددی همراه است که برخی از آنها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند و به اضطراب یا افسردگی منجر می‌شوند. برای نمونه، بیماران اغلب عوارض جانبی روانی درمان مانند خشم، اضطراب یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جانبی جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه‌بندی می‌کنند. حتی برخی از بیماران شیمی درمانی را به خاطر مشکلات روانی آن ترک می‌کنند (وایت^۴، ۱۳۸۹، ص ۱۲۸-۱۲۷). بحران‌های ناشی از سرطان سبب نبود تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می‌شود، اما بیش‌ترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است (بیجاری و همکاران، ۱۳۸۸). در این میان، سرطان سینه^۵ شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (اکبری نساجی، ۱۳۷۸). سرطان سینه رشد مهار نشده‌ی سلول‌های غیر طبیعی است که در آن سلول‌ها بدون هیچ کنترلی رشد کرده و بیش از حد طبیعی تقسیم می‌شوند و توده‌هایی موسوم به تومور را ایجاد می‌کنند، این توده‌ها اغلب بدون درد بوده و به صورت سفتی در قسمت فوقانی و خارجی سینه شروع می‌شوند (کالین^۶، ۲۰۰۳؛ به نقل از درویشی). در سال ۲۰۰۲ حدود یک میلیون و صد و پنجاه هزار مورد جدید سرطان سینه در جهان گزارش شده است و ۱/۵ میلیون مورد جدید در سال ۲۰۱۰ پیش‌بینی شده است (ویلو^۷، ۲۰۰۷). بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در ایران، در طول ۴ دهه‌ی اخیر، افزایش میزان بروز سرطان سینه، آن را در زمره‌ی بیش‌ترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهایشان در

^۱-Cancer

^۲- Major Depression Disorder

^۳- Anxiety Disorder

^۴- White

^۵- Breast Cancer

^۶- Calin

^۷- Weilu

کشورهای پیشرفته تحت تاثیر قرار می‌دهد. میزان بروز این سرطان در زنان ۵۰ ساله و بالاتر به سرعت در حال افزایش است. از ژانویه‌ی ۱۹۹۸ تا دسامبر ۲۰۰۵ میزان بروز سرطان سینه در زنان ایرانی، ۲۲ در هر ۱۰۰۰۰۰ زن بوده که محدوده‌ی سنی ۸۵-۱۵ سال را در بر می‌گرفت و بیش‌ترین شیوع در محدوده‌ی سنی ۴۹-۴۰ سال قرار داشت (اقتدار و همکاران، ۱۳۸۷). ماهیت این بیماری به گونه‌ای است که هویت و شخصیت زنانه مبتلایان را به خطر می‌اندازد و آن‌ها را با مسایلی همچون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت تأهل، نگرانی درباره‌ی ازدواج در صورت تجرد، ترس از مرگ و دلهره‌ی عقیم شدن و ... روبه‌رو می‌سازد (سیسیل^۱، ۱۳۸۳، ص ۳۷).

پیامدهای روانی سرطان و درمان آن موضوع بسیاری از فعالیت‌های پژوهشی بوده است. در این راستا، رویکرد شناختی رفتاری از جمله رویکردها در روان‌شناسی است که توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را در چند دهه‌ی اخیر به خود جلب کرده است. این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیرات روانی منفی بیماری‌شان را به کم‌ترین مقدار برسانند. حمایت تجربی قوی درباره‌ی کاربرد درمان شناختی- رفتاری برای مشکلات روانی شایع در بیماری‌های جسمی، با ارایه‌ی مراقبت بهداشتی نوین و تاکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است. تاکنون مدل‌های شناختی- رفتاری و پرتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی از جمله سرطان تدوین شده است و بسیاری از آن‌ها در پژوهش‌های بالینی موثر شناخته شده‌اند (گریب و همکاران، ۱۹۹۲). این پژوهش یکی از معدود مطالعات تجربی در ایران است که با هدف ارزیابی اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری در مورد مشکلات روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گرفته است.

ادبیات پژوهش

در پژوهشی که به وسیله‌ی ادلمان و بل^۲ (۱۹۹۹) انجام گرفت، آن‌ها به بررسی بیماران مبتلا به سرطان سینه‌ی پیشرونده^۳ پرداختند. ۱۲۴ بیمار به گونه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش (با مداخله به روش گروه درمانی شناختی- رفتاری) و کنترل (بدون درمان) قرار گرفتند. هر دو گروه مراقبت‌های استاندارد وابسته به غده شناسی را دریافت کردند، اما گروه آزمایش، هشت جلسه گروه درمانی، شناختی- رفتاری را به صورت هفتگی و به دنبال آن نشست شبانه‌ی خانوادگی، برای بیش

^۱ -Cecil

^۲ -Edelman & Bell

^۳ -Meta Stases

از سه جلسه در ماه دریافت کردند. بیماران پرسشنامه‌های وضعیت خلقی^۱ و عزت نفس کوپر اسمیت^۲ را پیش و پس از درمان تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که افسردگی و اختلالات خلقی در کل کاهش یافته و همچنین، نتایج بهبود در عزت نفس شرکت کنندگان در درمان را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. این نتایج در مراحل پیگیری که به ترتیب پس از ۳ و ۶ ماه صورت گرفت، همچنان آشکار بود. بریدگ^۳ و همکاران (۱۹۸۸) طی پژوهشی به بررسی تأثیر دو مورد از فنون شناختی- رفتاری (آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی) بر بیماران مبتلا به سرطان سینه پرداختند. ۱۵۴ بیمار به گونه‌ی تصادفی انتخاب و در سه گروه جای گرفتند. الف) گروه کنترل (بدون درمان)، ب) گروهی که فقط آرمیدگی را آموزش دیدند و ج) گروهی که هر دو فنون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی را آموزش دیدند. نتایج نشان داد، گروهی که تنها تن‌آرامی را آموزش دیده بودند، آرامش بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند و گروهی که هر دو فنون آرمیدگی و تصویر سازی ذهنی را آموزش دیده بودند، نسبت به گروهی که فقط آرمیدگی را آموزش دیده بودند، آرامش بیشتری و اضطراب کمتری داشتند. همچنین، نتایج در زنانی که سنین ۵۵ و بالاتر داشتند، بهبودی بیشتری را نشان دادند. درویشی نیز (۱۳۸۸) در پژوهشی مشابه، به بررسی تأثیر دو مورد از فنون شناختی- رفتاری (آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی) بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه پرداخت. در این پژوهش چهل بیمار مبتلا به سرطان سینه به گونه‌ی تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جای گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۴ هفته تحت آموزش آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی قرار گرفتند، ولی گروه آزمایش هیچ گونه درمان روان شناختی دریافت نکرد. نتایج نشان داد، فنون بکار برده شده به گونه‌ای معنادار در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر بوده است.

فرضیه‌های پژوهش

- ۱- گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.
- ۲- گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

^۱-POMS

^۲-CSI

^۳- Bridge

۳- گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

روش پژوهش

جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی زنان مبتلا به سرطان سینه که در سال ۱۳۸۹ مقیم شهرستان اهواز بوده‌اند و به بیمارستان شفا اهواز مراجعه کرده‌اند، تشکیل داده است.

نمونه و روش نمونه‌گیری

در این پژوهش، انتخاب بر اساس نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفته است. به این منظور، ابتدا با مراجعه به بیمارستان شفا اهواز بیماران مبتلا به سرطان سینه که بستری و یا غیر بستری بوده و مورد شیمی درمانی قرار داشتند، بررسی شدند. در مرحله‌ی بعد، ابزارهای پژوهش، به وسیله‌ی پژوهشگر روی این دسته از افراد اجرا شد و آزمودنی‌هایی که نمره‌های اضطراب و افسردگی آن‌ها بین (۴۷-۱۷) و امیدواری آن‌ها بین (۱۵۰-۹۹) قرار داشت، انتخاب شدند. سپس به گونه‌ی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. هر فرد با داشتن ملاک‌های زیر به عنوان نمونه‌ی پژوهش وارد درمان شد.

- دریافت نکردن درمان‌های روان شناختی از زمان تشخیص بیماری.

- دارا بودن کمینه سطح تحصیلات دیپلم متوسط و بیشینه کارشناسی.

- توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی.

برای انجام این پژوهش پرسشنامه‌های زیر بکار گرفته شد

۱- پرسشنامه اضطراب بک^۱: این پرسشنامه شامل ۲۱ پرسش است و هر پرسش چهار پاسخ دارد (۰-۳) که حالتی از افزایش شدت است. دامنه‌ی نمره‌ها نیز از ۰ تا ۶۳ می‌باشد (کاپوانی و همکاران، ۱۳۸۸). این پرسشنامه بیش‌تر بر جنبه‌های فیزیولوژیکی اضطراب تأکید دارد. سه ماده‌ی آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده‌ی دیگر مربوط به هراس‌های مشخص و سایر پرسش‌های آن نشانه‌های خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجند. بک و کلارک^۲ (۱۹۸۸) به نقل از کاظمی) همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی باز آزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. پایایی این آزمون در ایران، با روش آلفای کرونباخ (n= ۳۴) برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است.

^۱- Beck Anxiety Inventory

^۲- Clarck

هم‌چنین، در بررسی روایی این آزمون با کاربرد روش تجربی روایی افتراقی بین دو گروه اضطرابی و بهنجار، T در سطح کم‌تر $0/001$ معادل $12/3$ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲).

۲- پرسشنامه‌ی افسردگی بک^۱ یک پرسشنامه‌ی ۲۱ قسمتی است که نشانه‌های تعریف شده‌ی افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (جوهری فرد، ۱۳۸۴). هر گروه از پرسش‌ها شامل ۴ گزینه است. همه‌ی پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (۳-۰) نمره‌گذاری شده و نمره‌ی کل فرد از راه جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از ۰-۶۳ را شامل خواهد شد. هنجار یابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله‌ی جلیلی و اخوت (۱۳۶۳؛ به نقل از کاظمی) انجام گرفت. پایایی این پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ $0/84$ و همبستگی بدست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های های زوج و فرد، برابر $0/70$ گزارش شده است (کاظمی، ۱۳۸۲).

۳- پرسشنامه‌ی امیدواری میلر^۲، آزمونی از نوع آزمون‌های تشخیصی است و مشتمل بر چهل و هشت جنبه از قالب‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا نا امید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده‌ی یک نشانه‌ی رفتاری است، جمله‌هایی بدین ترتیب نوشته شده‌اند (بسیار مخالف = ۱، مخالف = ۲، بی تفاوت = ۳، موافق = ۴، بسیار موافق = ۵). هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند، امتیازی را بدست می‌آورد. ارزش‌های عددی هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند، جمع امتیاز بدست آمده بیانگر امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر، دامنه‌ی امتیازهای بدست آمده از ۴۰ تا ۲۰۰ (بیش‌ترین امیدواری) می‌باشد. پرسشنامه‌ی میلر پی در پی مورد آزمایش و بررسی قرار گرفته است (درویشی، ۱۳۸۸). درویشی (۱۳۸۸) طی پژوهشی که در مورد زنان مبتلا به سرطان سینه انجام داد، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با $0/89$ و $0/90$ و اعتبار آن را $r=0/79$ ارزیابی نمود.

روش گرد آوری داده‌ها

در این پژوهش پس از بررسی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه، تمامی آزمودنی‌ها ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند. سپس ۲۰ نفر از آن‌ها به گونه‌ای تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و آزمایش جای گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۲

¹- Beck Depression Inventory

²- Miller Hope Scal

ساعت تحت درمان با فنون گروه درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفتند، ولی برای گروه کنترل هیچ گونه درمانی اعمال نگردید. سپس هر دو گروه در پس آزمون شرکت کردند و نتایج بدست آمده از آن با کاربرد روش تحلیل کوواریانس^۱ (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

روش درمان

برنامه‌ی مطرح شده در این پژوهش با هدف شناسایی، به چالش کشاندن و تغییر شناخت‌های منفی اعضای گروه طراحی شد. به این دلیل که اعضای گروه به خاطر داشتن تجربه‌ی یک بیماری مزمن پزشکی (سرطان سینه)، اختلالات هیجانی یکسانی (اضطراب، افسردگی و ناامیدی) را تجربه می‌کردند. هر جلسه به شکلی طراحی شد که افراد افزون بر آموزش یکی از فنون شناختی، یک فن رفتاری (آرمیدگی همراه با موسیقی برای ۶ جلسه‌ی نخست و تصویر سازی ذهنی برای جلسه‌ی هفتم تا دوازدهم) را آموزش دیده و تمرین می‌کردند. در نخستین مرحله، یک شبیه سه سامانه‌ای از انسان با تأکید بر ارتباط متقابل فرایندهای شناختی، رفتاری، فیزیولوژیک و هیجانی معرفی شد. سپس افراد با توالی ABC، یعنی حادثه‌ی برانگیزاننده‌ی باور یا فکر و پیامد هیجانی آن آشنا می‌شدند. به افراد کمک می‌شد تا باورهای سطحی خود را طی هفته‌ی بین جلسه‌ها بشناسند و آن‌ها را در یک ساختار سه ستونی که هر ستون برای یک جزء ABC است، ثبت کنند. جلسه‌ی دوم شامل بحث نظری درباره‌ی نقش شناخت در دو هیجان منفی، یعنی افسردگی و اضطراب بود. پس از آن که افراد چندین مورد از ABC های خود را ثبت کردند، آموزش برای شناخت طرح‌واره‌های^۲ منفی یا باورهای اصلی^۳ با استفاده از روش پیکان عمودی شروع شد. سپس بمنظور دست‌یابی به درک کلی از شکل و نحوه‌ی ارتباط بین باورهای نادرست، به افراد روش‌هایی از جمله: قرار دادن باورها در یک طبقه، تشکیل فهرست اصلی از باورها و طراحی یک نقشه‌ی شناختی آموزش داده شد. زمانی که باورها ساماندهی شدند، افراد روش‌هایی را برای برخورد با باورها شامل: مقایسه‌ی باورها با واقعیت‌های عینی، ارزیابی سودمندی هر باور و آزمودن تجربی باور آموختند. دستیابی افراد به این که باورهایشان نادرست است، هدف این بخش از برنامه بود. پس از این مرحله، روش‌های گوناگون تغییر باورها به افراد آموزش داده شد که شامل معکوس کردن یا منع متقابل اولیه از قبیل ایجاد باور مخالف، رویکرد خود کنترلی به صورت عامل (تنبیه خود - خود

^۱- Analys covariance

^۲- schemas

^۳-Core beliefs

پاداش‌دهی) و بازداری قشری اختیاری^۱ بود. در آخر، برنامه با بحثی پیرامون روش‌های تداوم دستاوردهایی که طی درمان حاصل شده است، به پایان رسید.

یافته‌های پژوهش

فرضیه‌ی نخست: گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمره‌ی اضطراب گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیرها	نمره‌ی اضطراب
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون		
میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)		
۳۸/۴۰ (۴/۹۲)	۳۹/۲۰ (۵/۴۱)	۲۵/۸۰ (۴/۴۶)	۳۷/۸۰ (۴/۶۸)		

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در مرحله‌ی پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار اضطراب هر یک از گروه‌های آزمایش ۳۷/۸۰ و ۴/۶۸ و کنترل ۳۹/۲۰ و ۵/۴۱ بوده، هم‌چنین، در مرحله‌ی پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه‌های آزمایش ۲۵/۸۰ و ۴/۴۶ و کنترل ۳۸/۴۰ و ۴/۹۲ می‌باشد.

جدول ۲ - تحلیل کوواریانس روی میانگین‌های نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	شاخص f	سطح معنی‌داری	مجذورات
اضطراب	پیش‌آزمون	۱	۲۵/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۶
	گروه	۱	۷۰/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۱۷			

^۱ - Voluntary cortical inhibition

فصلنامه‌ی علمی - پژوهشی زن و جامعه، سال اول، شماره‌ی چهارم، زمستان ۱۳۸۹ ۶۹

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که مقدار f در نمره‌ی پیش آزمون اضطراب $[0/001 < p = 25/86, f(1, 17) = 70/82]$ و در گروه $[0/001 < p = 27/40, f(1, 17) = 4/63]$ معنادار شده است. بنابراین، فرضیه‌ی نخست پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه‌ی دوم: گروه درمانی شناختی- رفتاری بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

جدول ۳ - میانگین، انحراف معیار نمره افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	متغیرها
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	نمره‌ی
(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	افسردگی
۲۷/۴۰	۲۷/۴۰	۱۷/۹۰	۲۷	
(۶/۳۹)	(۵/۷۳)	(۴/۶۳)	(۶/۰۵)	

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در مرحله‌ی پیش آزمون میانگین و انحراف معیار افسردگی هر یک از گروه‌های آزمایش ۲۷ و ۶/۰۵ و کنترل ۲۷/۴۰ و ۵/۷۳ بوده، هم‌چنین، در مرحله‌ی پس آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه‌های آزمایش ۱۷/۹۰، ۴/۶۳ و کنترل ۲۷/۴۰، ۶/۳۹ می‌باشد.

جدول ۴ - تحلیل کوواریانس بر روی میانگین‌های نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی

متغیر	منبع	درجه‌ی	شاخص f	سطح	مجذورات
	تغییرات	آزادی		معنی‌داری	
افسردگی	پیش آزمون	۱	۳۹/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	۱	۴۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	خطا	۱۷			

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار f در نمره‌ی پیش آزمون افسردگی $[0/001 < p = 39/29, f(1, 17) = 42/23]$ و در گروه $[0/001 < p = 42/23, f(1, 17) = 42/23]$ معنادار شده است. بنابراین، فرضیه‌ی دوم پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

فرضیه سوم: گروه درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

جدول ۵ - میانگین، انحراف معیار نمره‌ی امیدواری گروههای آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیرها
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	
میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	
(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
۱۲۳/۷۰	۱۲۱/۲۰	۱۵۶/۹۰	۱۲۳/۹۰	نمره‌ی
(۱۲/۸۲)	(۱۳/۷۲)	(۱۳/۵۰)	(۱۳/۱۶)	امیدواری

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در مرحله‌ی پیش آزمون میانگین و انحراف معیار امیدواری هر یک از گروههای آزمایش ۱۲۳/۹۰ و ۱۳/۱۶ و کنترل ۱۲۱/۲۰ و ۱۳/۷۲ بوده است. هم‌چنین، در مرحله‌ی پس آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروههای آزمایش ۱۵۶/۹۰ و ۱۳/۵۰ و کنترل ۱۲۳/۷۰ و ۱۲/۸۲ می‌باشد.

جدول ۶ - تحلیل کوواریانس روی میانگین‌های نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون گروههای آزمایش و کنترل در متغیر امیدواری

متغیر	منبع تغییرات	درجه‌ی آزادی	شاخص f	سطح معنی‌داری	مجذورات
امیدواری	پیش آزمون	۱	۴۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	گروه	۱	۸۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	خطا	۱۷			

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که مقدار f در نمره‌ی پیش آزمون امیدواری $[f(1, 17) = 40.28, p < 0.001]$ و در گروه $[f(1, 17) = 87.13, p < 0.001]$ معنادار شده است. بنابراین، فرضیه‌ی نخست پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های بدست آمده نشان داد که روش گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش علائم اضطراب، افسردگی و افزایش نشانه‌های امیدواری زنان مبتلا به سرطان تأثیر معنادار داشته است؛ لذا، فرضیه‌های زیر تایید می‌شود:

فرضیه‌ی نخست: گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

فرضیه‌ی دوم: گروه درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

فرضیه‌ی سوم: گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افزایش امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار دارد.

نتایج بدست آمده از سه فرضیه‌ی بالا در زمینه‌ی اضطراب، افسردگی و امیدواری به ترتیب $(f=۸۷/۱۳, f=۴/۲۳, f=۷۰/۸۲)$ در سطح $۰/۰۰۱$ حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون بوده است، به بیان دیگر، میزان نمره‌های اضطراب و افسردگی در آزمودنی‌هایی که تحت گروه درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفتند، نسبت به آزمودنی‌هایی که این شیوه‌ی درمانی را دریافت نکرده‌اند، کاهش و میزان امیدواری افزایش یافته است. این امر حاکی از اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی و افزایش نشانه‌های امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه است. نتایج بدست آمده در هر فرضیه را نمی‌توان حاصل یک مولفه‌ی ویژه دانست زیرا این امر جز به دلیل بافت به هم پیوسته و چند مولفه‌ای این برنامه‌ی درمانی امکان‌پذیر نمی‌باشد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان به دلایل گوناگونی اشاره کرد: یک دلیل کلی، به آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی بر می‌گردد. گروه درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه‌هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (ریچارد، ۱۳۸۶، ص ۴۶). آنان از مشاهده‌ی مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند (اتکینسون، ۱۳۸۴، ص ۲۰۱).

یالوم^۱ (۱۹۸۸) در رابطه با تأثیر روان درمانی گروهی در بیماران سرطانی گزارش کرد که بیماران سرطانی چون احساسات خود را نسبت به بیماری سرکوب می‌کنند، روز به روز نسبت به موجودیت خود غریبه‌تر می‌شوند و کم‌تر اجازه می‌دهند تا تجربیات تازه در ذهنشان رسوخ کند. در

^۱ -Yalom

نتیجه‌ی آن، افکار بدبینانه، وضع ملال‌انگیز خسته بودن از زندگی، ناامیدی، احساس تنهایی و ترس از مرگ را برای خود بوجود می‌آورند. شرکت آن‌ها در جلسه‌های روان‌درمانی گروهی، تجسم مرگ خود و پرداختن به احساسات خود نسبت به مرگ در گروه باعث می‌شود که انسان به زندگی با اندیشه‌هایی نوین و دید دیگری بنگرد. نتایج بدست آمده از مؤلفه‌های گروه درمانی بر کاهش متغیرهای اضطراب و افسردگی با تاترو^۱ و مونتگومری^۲ (۲۰۰۵)، ایوانس^۳ و کونیس^۴ (۱۹۹۵)، ادلمان و بل (۱۹۹۹) و در زمینه‌ی افزایش امیدواری با گادوین^۵ (۲۰۰۱) همسو می‌باشد.

علت دیگر کسب این نتایج به کاربرد روش‌های شناختی- رفتاری هم‌چون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می‌گردد که در این پژوهش از آن استفاده شده بود و اثر بخشی آن در مورد اختلالات هیجانی نظیر اضطراب، افسردگی و افزایش امیدواری در پژوهش‌های پیشین به اثبات رسیده است (هوساکا^۶، ۲۰۰۰؛ به نقل از درویشی، ۱۳۸۸؛ رودهاور^۷، ۱۹۹۹؛ این یونگ^۸ و چانگ^۹، ۲۰۰۶؛ پاریش^{۱۰} و راسید^{۱۱}، ۲۰۰۶؛ بریدگ و همکاران، ۱۹۸۸؛ راسمن^{۱۲}، ۲۰۰۸؛ کمالی، ۱۳۸۶؛ عباس پور، ۱۳۸۶؛ رسولی، ۱۳۸۵؛ درویشی، ۱۳۸۸).

عامل دیگر را می‌توان آموزش روش پیکان عمودی، فنون به چالش‌گیری و روش‌های تغییر باورها دانست که به گونه‌ای مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی کاربرد دارند (فری، ۱۳۸۴) زیرا رویکرد شناختی اذعان می‌دارد که حالت‌های تنش زا هم‌چون اضطراب و افسردگی اغلب به وسیله‌ی تفکر سوی‌مندانه و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده‌ها، شدت می‌یابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به گونه‌ی انتخابی به داده‌های هم‌خوان با باورهای قبلی توجه می‌کنند. چنین فرایندی درباره‌ی یادآوری نیز درست است زیرا افراد به گونه‌ی انتخابی چیزهایی را به یاد می‌آورند که با اطلاعات قبلی آن‌ها هماهنگ است (لیهی، ۱۳۸۸).

در انتها اشاره می‌شود که گرچه بر پایه‌ی یافته‌های پژوهشی، رویکرد حاضر از اثر بخشی برخوردار است، اما بکارگیری شیوه‌ی درمانی حاضر در قالب طرح‌های تک آزمودنی و آزمایشی با

¹- Tatrow

²-Montgomery

³- Evans

⁴- Connis

⁵-Goodwin

⁶-Hosaka

⁷-Rodehaver

⁸- Eun- young

⁹-Chang

¹⁰- Parjsh

¹¹- Rasid

¹²- Rossman

نمونه‌های بزرگ‌تر ضروری است. افزون بر این، نتایج این پژوهش را بایستی با احتیاط تفسیر نمود. هر چند در جهت کنترل شرایط تا حد مقدور اقدام‌های لازم صورت گرفته است، اما در مورد آزمودنی‌های انسانی و درمان‌های روان شناختی، کنترل همواره امری دشوار بوده است. نبود مرحله‌ی پی‌گیری به دلیل محدودیت زمانی نیز محدودیت دیگر این پژوهش است. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود که روش درمانی حاضر در مورد مبتلایان به سرطان سینه از نوع متاستاتیک و انواع دیگر سرطان‌ها نیز انجام گیرد. بکارگیری رویکردهای دیگر روان درمانی به صورت گروهی در مورد مبتلایان به سرطان می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بیفزاید.

منابع

- ۱- اتکینسون، ریتال. ۱۳۸۴. زمینه روان شناسی هیلگارد، ترجمه رفیعی، حسن. تهران: نشر ارجمند، چاپ ششم، جلد دوم.
- ۲- اکبری نساجی، ن. ۱۳۷۸. بررسی باورهای بهداشتی پرستاران نسبت به خود آزمایی پستان در مراکز درمانی شهر تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- ۳- اقتدار، سامره. مقدسیان، سیما. ابراهیمی، حسین. مهدی پورزراع، نسرين. موسوی، سید محسن. جاسمی، مدینه. ۱۳۸۷. کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله پرستاری و مامایی تبریز، ۱۲، ۱۸- ۱۱.
- ۴- بیجاری، هانیه. قنبری هاشم آبادی، بهرام علی. آقامحمدیان شعرباف، حمیدرضا. و همایی شاندیز، فاطمه. ۱۳۸۸. بررسی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره دهم، شماره ۱، ص ۱۸۴-۱۷۱.
- ۵- جوهری فرد، رضا. ۱۳۸۴. بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شیراز.
- ۶- درویشی، حشمت‌الله. ۱۳۸۸. بررسی کاربرد تصویر سازی ذهنی و ریلکسیشن بر کاهش اضطراب، افسردگی بیمارستان و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان گلستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- ۷- رسولی، کامران. ۱۳۸۵. بررسی تاثیر موسیقی همراه تن آرامی بر میزان اضطراب قبل از شیمی درمانی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- ۸- ریچارد اس، شارف. ۱۳۸۶. نظریه های روان درمانی و مشاوره، ترجمه فیروزبخت، مهرداد. تهران: خدمات فرهنگی رسا، چاپ ششم.
- ۹- سیسیل، راسل. ۱۳۸۳. بیماری های خون و سرطان، ترجمه ارجمند، حمید. تهران: نسل فردا، چاپ سوم.
- ۱۰- عباس پور، رضا. ۱۳۸۶. تاثیر تصویر سازی ذهنی در آرام سازی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام خمینی تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خاتم.

- ۱۱- فری، مایکل. ۱۳۸۴. راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، ترجمه محمدی، مسعود. فرنام، رابرت. تهران: رشد، چاپ اول.
- ۱۲- کاظمی، ح. ۱۳۸۲. مقایسه تحریف‌های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
- ۱۳- کمالی، علی. ۱۳۸۶. بررسی میزان اضطراب در زنان مبتلا به سرطان سینه، مجله تحقیقات پزشکی، شماره ۱۲، ۴۸-۴۰.
- ۱۴- کاویانی، حسین. صیفوریان، ونداد. شریفی، حسین. ابراهیم خانی، نرگس. ۱۳۸۸. پایایی و روایی مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی AHDS: بیماران افسرده و اضطرابی ایران. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره ۶۷، شماره ۵، ۳۸۵-۳۷۹.
- ۱۵- لیهی، رابرت. ۱۳۸۸. تکنیک‌های شناختی درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)، ترجمه حمید پور، حسن. اندوز، زهرا. تهران: ارجمند، چاپ اول.
- ۱۶- وایت، کریک. ا. ۱۳۸۹. درمان شناختی - رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی: راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان، ترجمه مولوی، رضا. فتاحی، کتایون. تهران: انتشارات ارجمند، چاپ اول.
- 17-Bridge, L. R., Benson, P., Pietroni, P. C., and Priest, R. G. 1988. Relaxation And Imagery In The Treatment Of Breast Cancer, *Journal Of Psychology*, 15(2),56-63.
- 18- Edelman, S., Bell, D. R., kidman, A. D. 1999. Group CBT Versus Supportive Therapy With Patients Who Have Primary Breast Cancer, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13 (3), 189-202.
- 19- Eun- young, B., and Chang, I. 2006. The effect of visual feedback plus entail practice on three patients with breast cancer (women), *Clinical Rehabilitation*, 20(5), 388- 379.
- 20-Evans, R. L., and Connis, R. T. 1995. Effect of cognitive - behavioral group therapy - treatment of anxiety and depression in patients with breast cancer, in *PubMed Central will retrieve Public Health Rep*, 110(3), 306-311.
- 21- Goodwin, J. 2001. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic Breast Cancer, *New England journal of medicine* , 345(24), 33-38.
- 22-Greer, S., Moorey, S., Baruch, J. D. R, Watson, M., Robertson, B. M., Manson, A, Rowden, L., Law, M. G., and Bliss, J. M. 1992. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial, *British Medical Journal*, 304, 675-680.
- 23-Parish, T. S. and Rasid, Z. M. 2006. The effect of tow types of relaxation training on breast cancer, *Journal of Holistic Nursing practice*, vol 50,13-20.
- 24-Rodehaver, C.B., 2007. There Influence Of Guided Imagery On Chemo Therapy Related Nausea And Vomiting, *Journal Of Oncology Nursing Forum*, Vo, 42(10), 170.

- 25- Rossman, M. 2008. The effect mental imagery on breast cancer. Journal of Holistic Nursing practice, Vole 50. 13-20.
- 26-Tatrow, K., and Montgomery, G, H. 2006. Cognitive behavioral therapy techniques For distress and Paint In Breast Cancer Patient : A meta - Analysis, Journal of Behavioral Medicine, 29(1), 17-27.
- 27-WeiLu, S. 2007. Impact of diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women, Breast Cancer Research and Treatment, 102(2), 201-210.
- 28-Yalom, I.D., and vinograd, J. G. 1988. Bereavement Group: Techniques and themes, International Journal of Group Psychotherapy, 38, 41-44.

Archive of SID

Archive of SID