

اثر بخشی مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر خودپنداره و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه

آرام غریبی اصل^{۱*}، منصور سودانی^۲، یوسفعلی عطاری^۳

چکیده

زمینه و هدف: علاوه بر اثرات جسمی درمان‌های سرطان، افراد با پاره‌ای از مشکلات دیگر مثل عواقب روان‌شناختی، نگرانی دائمی در مورد عود سرطان و کژکاری جنسی مواجه می‌شوند، لذا پژوهش حاضر با هدف تأثیر مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر خودپنداره و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه صورت گرفت.

روش بررسی: جامعه آماری این پژوهش زنان مبتلا به سرطان سینه شهر شیراز در سال ۱۳۹۲ بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم نمونه شامل ۳۰ نفر بود. اعضا به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار داده شدند. طرح تحقیق به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری یک ماهه با دو گروه آزمایش و کنترل و ابزار مورد استفاده پرسش‌نامه خودپنداره راجرز و افسردگی بک بود. مشاوره گروهی به مدت ده جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و بعد از گذشت یک ماه از دو گروه آزمون پی‌گیری گرفته شد.

یافته‌ها: با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودپنداره و افسردگی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. این نتایج تا مرحله پی‌گیری حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با دارا بودن آموزش‌هایی چون به چالش‌گیری افکار غیر منطقی و جایگزینی آنها با افکار منطقی موجب بهبود خودپنداره و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

کلید واژگان: سرطان سینه، مشاوره گروهی، رویکرد شناختی-رفتاری، خودپنداره، افسردگی.

۱-کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی.

۲- دانشیار گروه مشاوره.

۳- استاد گروه مشاوره.

۱- گروه مشاوره، دانشگاه علوم و تحقیقات

خوزستان، اهواز، ایران.

۲- گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران

اهواز، اهواز، ایران.

۳- گروه مشاوره، دانشگاه علوم و تحقیقات

خوزستان، اهواز، ایران.

* نویسنده مسؤل:

آرام غریبی اصل؛ گروه مشاوره، دانشگاه

علوم و تحقیقات خوزستان، اهواز، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۶۷۷۲۵۹۶۰

Email: gharibiaram@yahoo.com

مقدمه

بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه آنها و اضطراب و افسردگی می‌شود (۱).

تشخیص سرطان سینه (که امروزه یکی از شایع‌ترین انواع سرطان می‌باشد) و فرایند درمان آن از نظر روان شناختی، به ویژه در اولین سال پس از تشخیص، یک رویداد پر استرس به شمار می‌آید. زنان تحت درمان‌های اضطراب‌آوری از جمله: جراحی، پرتو درمانی و شیمی-درمانی قرار می‌گیرند (۳). تشخیص و درمان سرطان ممکن است به طور آشکار بر بدن، مسایل درون فردی و خودپنداره تأثیر بگذارد. البته برای تأیید و توسعه شناسایی این تأثیرات به انجام آزمایش‌های مداخله‌ای در همه زمینه‌های خودپنداره و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، نیاز است (۴).

تشخیص سرطان سینه می‌تواند به اختلال در مناطق متعدد از رفاه از جمله: کارکرد روانی، جسمی، اجتماعی و عاطفی منجر شود؛ بنابراین تحقیقات بر شناسایی نگرانی‌ها و نیازهای بازماندگان در زمان اتمام درمان تمرکز کرده‌اند. با این حال زمان تشخیص و درمان نیز زمان‌های کلیدی نیازهای روانی هستند و کمتر در مورد نگرانی‌های روانی و نیازهای مربوط به این زمان‌ها شناخت وجود دارد. پنج حوزه ویژه نگرانی عبارت‌اند از: مقابله با عوارض جانبی، برخورد با تغییرات خودپنداره، استرس و واکنش‌های سازگاری، نیاز به مدیریت اعتقادات و انتظارات و احساسات بی‌فایده دیگران، مسایل مربوط به بقا و رشد (۵).

نارضایتی از تصویر بدنی به شدت با از دست دادن وزن بیمار و با پریشانی روانی در میان بیماران و مراقبان آنها همراه است و با کاهش میل جنسی، کاهش لذت جنسی، درد، خستگی، خواب‌آلودگی، تنگی نفس، اختلالات خواب و رفاه در ارتباط است (۶).

سرطان بر اثر رشد سلول‌های ناهنجار و تکثیر غیر قابل کنترل آنها ایجاد می‌شود. سلول‌های سرطانی سریعاً رشد می‌کنند و تکثیر می‌شوند. این روند معمولاً زمانی آغاز می‌شود که صدمه‌ای به ساختار ژنتیکی سلول وارد شود. سلول‌های سرطانی به جای اینکه در مدت زمان مشخصی بمیرند، همچنان به رشد و تکثیر ادامه می‌دهند، به هم چسبیده و ایجاد توده بافتی می‌کنند که تومور نام دارد و رشد بیش از حد آن به بافت اطرافش صدمه می‌زند. سرطان می‌تواند در یک بخش بدن شروع و به بقیه قسمتهای بدن پخش شود که به این فرآیند، متاستاز (metastas) می‌گویند (۱).

سرطان سینه عبارت است از رشد بدخیم بافت سینه. سرطان سینه امکان دارد به گره‌های لنفوی همجوار، ریه‌ها، پرده جنب (پوشاننده ریه‌ها)، استخوان (به خصوص جمجمه)، لگن و کبد گسترش یابد. این سرطان قبل از ۳۰ سالگی نادر است و معمولاً حداکثر سن آن ۶۵ سالگی است. میزان بروز سرطان سینه پس از یائسگی افزایش می‌یابد. هنوز علت اصلی ایجاد کننده سرطان سینه شناخته شده نیست و در واقع همه زنان در معرض خطر ابتلا به این بیماری هستند. سرطان سینه بعد از سرطان پوست شایع‌ترین سرطان در خانم‌ها است و بعد از سرطان ریه مهم‌ترین علت مرگ و میر خانم‌ها در کشورهای غربی است (۲).

در سرطان سینه، جراحی یکی از درمان‌های اصلی است و بسته به اندازه تومور، محل و میزان گسترش آن، ممکن است تمام یا بخشی از سینه برداشته شود. بیشتر افراد که به سرطان سینه مبتلا می‌شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند. در برخی از بیماران این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیر پا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از

داشتن یا تجربه کردن (درد فقدان: من نمی‌توانم این را تحمل بکنم.)؛ مشکل در عملکرد (شکست، گناه: من نمی‌توانم خانواده‌ام را تأمین کنم.)؛ مشکلات مربوط به هویت و موجودیت (حجالت، تصویر منفی از خویشتن: من خوب نیستم.). جز دوم ناامیدی از امکان حل مشکل است. جز سوم ناسازگاری است. ما توانایی زندگی کردن با این مشکل، کنار آمدن با آن یا نادیده گرفتن و جدایی از آن را نداریم (۹).

افسردگی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان و بر درمان و ارتباط با مریبان اثر منفی می‌گذارد و ممکن است بر مرگ و میر هم اثر داشته باشد. چالش‌های بسیاری در تشخیص افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد و استراتژی‌های درمان ممکن است از روش‌های معمول متفاوت باشد (۱۰). افسردگی یک بیماری مکرر و جدی همراه در بیماران مبتلا به سرطان است که نیاز به توجه ویژه دارد و دارای پیش‌آگهی طولانی مدتی است (۱۱). در جستجوی میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به سرطان، گزارشی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته انجام شد. بر این اساس میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان برابر ۱۰/۸ درصد تخمین زده شد (۱۲). افسردگی با کاهش کیفیت زندگی، زوال قابل توجه در فعالیت‌های تفریحی و جسمی، مشکلات ارتباطی، مشکلات خواب، سرعت بیشتر پیشرفت علائم سرطان و متاستاز بیشتر و درد، در بیماران مبتلا به سرطان افسرده نسبت به بیماران غیرافسرده، بیشتر همکاری می‌کند (۱۳).

مشاوره شناختی-رفتاری که شیوه جدیدی از مشاوره و درمان روان‌شناختی به شمار می‌آید، در مدت کمی توانسته است توجه متخصصان بالینی را به خود معطوف سازد. این شیوه، تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که در آن به فرد کمک می‌شود تا نگرش‌ها و افکار منفی و رفتارهایی که ممکن است در روند

درمان سرطان سینه علاوه بر تأثیرات روانی که سایر سرطان‌ها در فرد ایجاد می‌کنند، به علت ایجاد نوعی نقص عضو، تأثیر مخربی بر تصویر ذهنی از جسم می‌گذارد. برای بیشتر زنان برداشتن سینه منجر به از دست دادن عضوی از بدن می‌شود که برای حفظ زنانگی و جذابیت و اعتماد به نفس ضروری به نظر می‌رسد. تغییر در تصویر ذهنی از جسم در نتیجه جراحی یا درمان، ریزش مو، تغییر وزن، یائسگی زودرس و عدم ایفای نقش در محیط خانواده و کار منجر به مشکلات روانی اجتماعی می‌گردد (۷).

ساختار مرکزی شخصیت آدمی تصویری است که افراد از خود دارند. خودپنداره مفهومی کلی و مجموعه‌ای از تمامی افکار، احساسات و ارزش‌هایی است که فرد دارد. این مجموعه، مشخصاً مورد تأیید خود فرد است. در حقیقت آنچه افراد پیرامون خویشتن‌شان کم و بیش می‌اندیشند، خودپنداره است. خودپنداره به طور گسترده‌ای مشخص می‌سازد که افراد چگونه و چگونه رفتار می‌کنند. تجربه‌های خوب یا بد هر دو به عنوان بخشی از خودپنداره در نظر گرفته می‌شوند و به طور روشنی در آگاهی فرد نمود می‌یابند. بیماران مزمن و معلولان تصویر بدنی خود را تغییر داده و یا حتی آن را تحریف می‌کنند، بنابراین به تبع آن خودپنداره آنها نیز دچار تغییر و تحول می‌شود (۸).

یکی از عوارض روان‌شناختی سرطان، افسردگی است که گاهی بیماران به آن مبتلا می‌شوند. افسردگی به معنای کناره‌گیری از درگیری‌های زندگی همراه با احساس اندوه (احساس ناخوشایند) است که برای بروز آن وجود سه جز لازم است: جز اول ناخشنودی است؛ احساس اینکه چیزی اشکال دارد. ما افسرده نخواهیم شد، مگر اینکه نکته‌ای در زندگیمان وجود داشته باشد که از وجودش راضی نباشیم و آن را به صورت دیگری آرزو کنیم. سه مشکل می‌تواند سبب افسردگی شود: مشکل در

به افسردگی می‌شود، این پژوهش به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال بود که آیا مشاوره گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر وضعیت خودپنداره و افسردگی بیماران تأثیر معناداری دارد؟

روش بررسی

ابتدا با مراجعه به مطب‌های خصوصی شیمی درمانی شهر شیراز در بهار ۱۳۹۲ از زنان مبتلا به سرطان سینه که طی سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ به بیماری مبتلا شده و واجد شرایط تعیین شده برای شرکت در جلسات بودند (داشتن سطح سواد حداقل دیپلم متوسطه، استفاده نکردن از خدمات مشاوره از زمان تشخیص بیماری، دارا بودن توانایی برای شرکت در جلسات گروهی)، پرسش‌نامه خودپنداره راجرز و پرسش‌نامه افسردگی بک به عمل آمد. پرسش‌نامه خودپنداره راجرز که توسط راجرز در سال ۱۹۵۱ تهیه شد، برای تعیین خودپنداره مثبت و منفی به کار می‌رود و شامل دو فرم خود واقعی و خود ایده‌آل می‌باشد. در هر دو فرم به صورت مشابه ۲۵ صفت شخصیتی را به صورت ارزشگذاری از (۷-۱) مورد ارزیابی قرار می‌دهند و از مقایسه تفاوت در نمرات خود ایده‌آل و خود واقعی میزان ضعف و نرمال بودن خودپنداره تعریف می‌شود. هر چه نمره کسب شده در آزمون از عدد هفت بیشتر باشد، بدین معناست که فرد از خودپنداره ضعیف‌تر و منفی‌تری برخوردار می‌باشد. حمزه‌لویی در تحقیقی روایی آزمون خودپنداره راجرز را ۰/۵۴ به دست آورد (۱۷). همچنین در تحقیق نادری به منظور اعتباریابی پرسش‌نامه از روش زوج و فرد کردن استفاده شد و ضریب همبستگی ۰/۸۹ برآورد شد (۱۸). در پژوهش میهن‌دوست پایایی آزمون از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و از روش تنصیف ۰/۸۷ به دست آمد (۱۹). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسش‌نامه

افسردگی سهم داشته باشند را شناسایی و اصلاح کند. علاوه بر این به بیمار آموخته می‌شود بر مشکلات غلبه کند و بر موقعیت‌هایی که قبلاً آنها را حل نشدنی می‌انگاشت، فایق آید. دلایلی که باعث توجه روزافزون به مشاوره شناختی-رفتاری شده است، شامل این موارد است:

نخست آن که این فنون بر خلاف سایر شکل‌های رفتار درمانی، مستقیماً با افکار و احساسات فرد که در تمام اختلال‌های روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند، سر و کار دارد. دوم آنکه شناخت رفتار درمانی شکافی را که بسیاری از درمانگران بین روش‌های صرفاً رفتاری و روان درمانگری‌های پویا احساس می‌کنند، پر می‌سازد. سوم آنکه، این روش‌های جدید درمانی، برخلاف روان درمانگری پویا، پایه‌های عملی دارند و قابلیت بیشتری در ارزیابی فعالیت‌های بالینی از خود نشان می‌دهند (۱۴).

یکی از راهبردهای مهم برای دستیابی به اثربخشی این است که درمان را به صورت گروهی برای افراد به کار ببریم. گروه‌ها را درمانگران انسان‌گرا، گشتالت درمانگران و درمانگران تحلیل تبادلی به وجود آوردند (۱۵).

مشاوره گروهی در مقایسه با مشاوره انفرادی از دو مزیت اصلی برخوردار است:

فراهم شدن امکان بازخورد فوری از هم‌گروه‌های مراجع و امکان مشاهده واکنش‌های روان شناختی، هیجانی و رفتاری مراجع به افراد گوناگونی که روابط انتقالی مختلفی با وی دارند. در این روش هم مشکلات فردی و هم مسائل بین‌فردی قابل حل هستند. گروه‌ها یک یا دو بار در هفته و معمولاً به مدت یک ساعت و نیم تشکیل می‌شوند. بر حسب نوع تشخیص ممکن است گروه‌ها همگن یا ناهمگن باشند (۱۶).

با توجه به اینکه در اکثر زنانی که به سرطان سینه مبتلا می‌شوند، خودپنداره به شدت تضعیف گشته و منجر

پیکان عمودی بک و ABC ایس و پیامدهای رفتاری، عاطفی و فیزیولوژیک رخدادها آموزش داده شد. با آموزش باورهای غیر منطقی ایس و تحریف‌های شناختی بک، اعضا با به چالش‌گیری و زیر سؤال بردن افکار غیر عقلانی، آنها را با افکار عقلانی جایگزین کرده و به اصلاح تحریف‌های شناختی خود پرداختند. از جلسات ششم به بعد مهارت مقابله با شرم، مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله و مهارت ابراز وجود آموزش داده شد. همچنین از آنجا که اکثر بیماران به علت عوارض شیمی درمانی و جراحی دچار تضعیف خودپنداره و کاهش میل جنسی و اختلال در روابط زناشویی می‌شوند، نحوه برقراری ارتباط با همسر نیز آموزش داده شد. در هر جلسه پانزده دقیقه اول به مرور خلاصه مباحث جلسه قبل و بررسی تکالیف انجام شده اختصاص می‌یافت. سپس آموزش به مدت سی دقیقه انجام می‌شد. بعد از آموزش تکلیف جلسه بعد تعیین می‌شد. سپس با استفاده از لوح فشرده صوتی دکتر نوایی‌نژاد به مدت چهل و پنج دقیقه آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی بر روی اعضا اجرا می‌شد. در پایان جلسه دهم از گروه آزمایش و ساعتی بعد از آن از گروه گواه پس‌آزمون گرفته شد. بعد از گذشت یک ماه از آخرین جلسه از هر دو گروه آزمون پی‌گیری به عمل آمد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه هجدهم استفاده شد. در ضمن سطح معناداری در این تحقیق، $\alpha=0/05$ تعیین شد. روشهای آماری مورد استفاده تحلیل کواریانس یک متغیری (انکوا) و تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بود. در تحلیل کواریانس متغیرهای مداخله‌گر کنترل می‌شوند، یعنی اثر آنها از روی نمرات آزمون برداشته می‌شود و سپس میانگین نمرات باقی مانده، گروه‌های پژوهشی با هم مقایسه می‌شوند. در این پژوهش در آزمون فرضیه‌ها، در مرحله پس‌آزمون، متغیر مداخله‌گر کنترل شده است. یعنی تأثیر آن از روی نمرات

خودپنداره با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با $0/82$ می‌باشد و بیانگر ضرایب قابل قبول پرسش‌نامه یاد شده است.

پرسش‌نامه افسردگی بک (II) در سال ۱۹۹۶، توسط بک معرفی شد. یک پرسش‌نامه ۲۱ قسمتی است که جنبه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و جسمانی افسردگی و نشانه‌های تعریف‌شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، خستگی، فعالیت، اختلالات خواب، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. برای بررسی نتایج، آزمونگر باید نمراتی را که آزمودنی مشخص کرده است، با یکدیگر جمع کند. جمع نمرات از ۰ تا ۶۳ می‌تواند نوسان داشته باشد، نمره منفی منظور نمی‌گردد. هنجاریابی این پرسش‌نامه برای نخستین بار در ایران به وسیله جلیلی و اخوت انجام گرفت. در پژوهش کاظمی پایایی این پرسش‌نامه از راه ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ $0/84$ و همبستگی به دست آمده از روش تصنیف بر اساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر $0/70$ گزارش شده است (۲۰). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسش‌نامه افسردگی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسش‌نامه برابر با $0/71$ ، که بیانگر ضرایب پایایی قابل قبول پرسش‌نامه یاد شده می‌باشد. بعد از انجام پرسش‌نامه‌ها و تصحیح آنها، از میان کسانی که نمرات آزمون‌های آنان حاکی از خودپنداره منفی (نمره بالاتر از هفت) و دارا بودن افسردگی (نمره بالاتر از ده) بود، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. برای گروه آزمایش ده جلسه، هر هفته دو جلسه و هر جلسه نود دقیقه مشاوره گروهی بر مبنای رویکرد شناختی-رفتاری انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا با شرح چند موقعیت فرضی نحوه به وجود آمدن احساسات به وسیله افکار برای اعضای گروه روشن شده و روش

باشد معنادار شدن آزمون لوین تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سطح آلفای اسمی نخواهد داشت. این پژوهش شامل فرضیه‌های زیر است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن ارائه می‌گردد.

فرضیه ۱: مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود خودپنداره زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارد. همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودپنداره (منفی) تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 30/17$ و $p < 0/0001$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/53$ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون خودپنداره (منفی) مربوط به تأثیر مشاوره گروهی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با $1,00$ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. به عبارت دیگر مشاوره گروهی شناختی-رفتاری موجب بهبود خودپنداره زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه آزمایش شده است. بنابراین فرضیه ۱ تأیید می‌شود. این اثر تا مرحله پی‌گیری ادامه داشته است. نمودار ۱.

فرضیه ۲: مشاوره گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارد. طبق نتایج جدول ۳ با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/0001$ و $F = 44/68$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با $0/63$ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۶۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی مربوط به تأثیر مشاوره گروهی شناختی-رفتاری (عضویت گروهی) می‌باشد. توان آماری برابر با $1/00$ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. به عبارت دیگر، مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با توجه به میانگین

پس‌آزمون برداشته شده و سپس میانگین نمرات باقی مانده گروه آزمایش و گروه گواه با هم مقایسه شده‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند: میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای کلیه متغیرها در این پژوهش است. همان طوری که در جدول شماره یک ملاحظه می‌شود در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار خودپنداره (منفی) هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش $11/51$ و $2/21$ ، گروه گواه $12/14$ و $2/68$ ، در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش $7/83$ و $2/37$ ، گروه گواه $12/25$ و $2/01$ و در مرحله پی‌گیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش $7/37$ و $1/57$ و گروه گواه $12/06$ و $1/62$ ، در متغیر افسردگی در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش $26/13$ و $8/83$ ، گروه گواه $25/80$ و $7/27$ ، در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش $11/67$ و $4/45$ ، گروه گواه $23/27$ و $6/14$ و در مرحله پی‌گیری میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش $8/33$ و $5/97$ و گروه گواه $18/87$ و $3/88$ می‌باشد جدول ۱. قبل از بررسی فرضیه‌ها برای رعایت پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین جدول ۲. استفاده شده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه جدول ۳ و نیز نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای متغیرهای خودپنداره (منفی) و افسردگی غیر معنادار شده است. جدول ۴.

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در کلیه متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. با این حال وقتی که حجم نمونه‌ها مساوی

افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت
به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه
آزمایش شده است. بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌گردد. این
اثر تا مرحله پی‌گیری نیز ادامه داشته است. نمودار ۲.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره خود پنداره (منفی) و افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس-

آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
خودپنداره (منفی)	پیش آزمون	آزمایش	۱۱/۵۱	۲/۲۱	۱۵
		گواه	۱۲/۱۴	۲/۶۸	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۷/۸۳	۲/۳۷	۱۵
		گواه	۱۲/۲۵	۲/۰۱	۱۵
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۷/۳۷	۱/۵۷	۱۵
		گواه	۱۲/۰۶	۱/۶۲	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۶/۱۳	۸/۸۳	۱۵
		گواه	۲۵/۸۰	۷/۲۷	۱۵
پیگیری	آزمایش	۱۱/۶۷	۴/۴۵	۱۵	
	گواه	۲۳/۲۷	۶/۱۴	۱۵	
پیگیری	آزمایش	۸/۳۳	۵/۹۷	۱۵	
	گواه	۱۸/۸۷	۳/۸۸	۱۵	

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

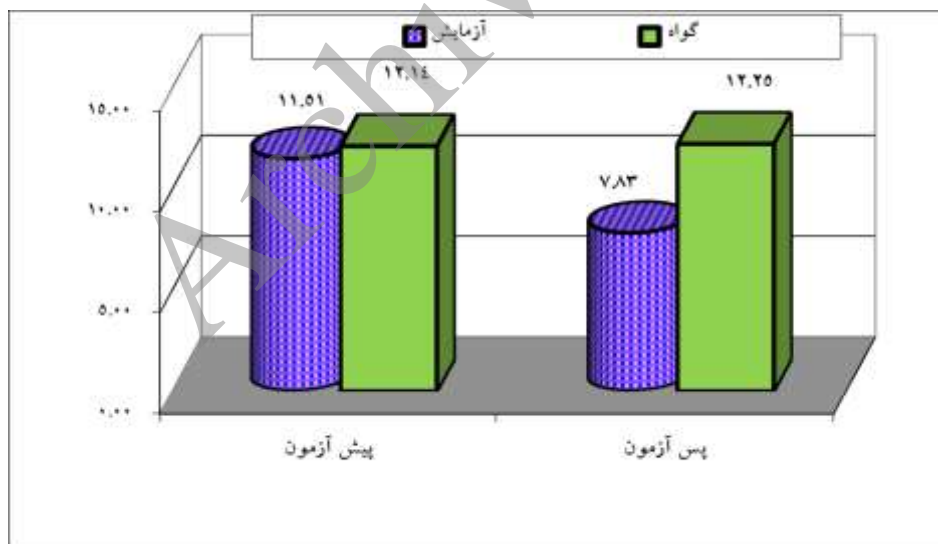
متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
خودپنداره (منفی)	۰/۴۲۴	۱	۲۸	۰/۵۲۰
افسردگی	۰/۰۰۱	۱	۲۸	۰/۹۷۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون خودپنداره (منفی) و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

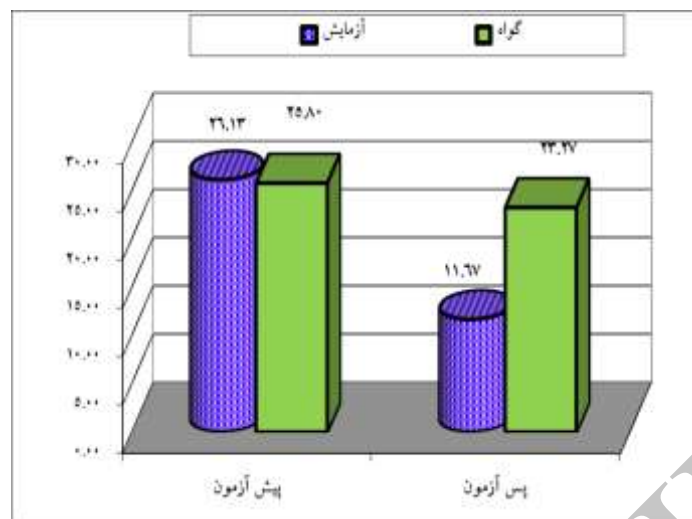
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذوراتا	توان آماری
خودپنداره	پیش آزمون	۱	۲۴/۰۷	۵/۶۳	۰/۰۲۵	۰/۱۷	۰/۶۲۸
	گروه	۱	۱۲۸/۹۰	۳۰/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	خطا	۲۶	۴/۲۷				
افسردگی	پیش آزمون	۱	۲۰۵/۷۷	۸/۹۲	۰/۰۰۶	۰/۲۵	۰/۸۲۰
	گروه	۱	۱۰۳۰/۵۹	۴۴/۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	خطا	۲۶	۵۹۹/۶۷	۲۳/۰۶			

جدول ۴: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	مرحله: پیش آزمون - پس آزمون F (تعامل)	منبع تغییرات	مرحله: پیش آزمون - پس آزمون F (تعامل)	معنی داری
خودپنداره (منفی)	تعامل	۳/۶۵	تعامل	۳/۶۹	۰/۰۶۶
افسردگی	گروه * پیش	۲/۵۲	گروه * پیش	۰/۵۶۷	۰/۴۵۸



نمودار ۱: مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودپنداره (منفی) گروه‌های آزمایش و گواه



نمودار ۲: مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه

بحث

شناختی_رفتاری بر تغییرات تصویر ذهنی از جسم در زنان ماستکتومی (mastectomy) شده را مورد بررسی قرار داد و نتایج نشان داد که میانگین نمره تصویر ذهنی از جسم در گروه مطالعه قبل و بعد از مشاوره، تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته)، همسو می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین اذعان کرد که رویکرد شناختی_رفتاری به شیوه گروهی یکی از روش‌های مهمی است که با دارا بودن آموزش‌هایی چون مهارت مقابله با شرم و مهارت ابراز وجود، باعث خوشنودی و رضایت فرد از خصوصیات و توانایی‌ها و عملکرد خویش می‌شود و آموزش انجام آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی با کاهش استرس و اضطراب، تنش و فشار حاکم بر موقعیت‌های بیرونی بر فرد را کاهش می‌دهد. فرد با آموختن مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسأله قادر می‌شود تا محیط را به طریق بهتر و مثبت‌تری زیر نفوذ و کنترل بگیرد. این رویکرد به طریق غیر مستقیم موجب تقویت عزت نفس فرد و کسب رضایت از خود و در نهایت پذیرش خود با وجود

طبق نتایج بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خودپنداره (منفی) تفاوت معناداری وجود دارد، این پژوهش با نتایج تحقیقات ووجتینا (Wojtynaa) و همکاران (۲۱) (که نشان دادند مشاوره شناختی_رفتاری باعث بهبود کیفیت زندگی و افزایش عزت نفس زنانی که از سرطان سینه رنج می‌بردند، شد)، (۲۲) در پژوهشی با عنوان اثربخشی مداخله شناختی_رفتاری گروهی بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی نتیجه گرفته شد که شیوه مداخله مورد استفاده بر اصلاح تصویر تن و افزایش عزت نفس زنان ماستکتومی شده مؤثر بوده است، رهبریان (۲۳) که در پژوهشی اثربخشی مداخله شناختی_رفتاری را به صورت گروه درمانی بر خود پنداشت و تصویر بدنی بیماران دچار سوختگی مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه دست یافت که درمان شناختی_رفتاری گروهی موجب بهبود تصویر بدنی و افزایش خودپنداشت در زنان سوخته شد و با پژوهش قربانپور (۷) که تأثیر مشاوره به شیوه

زنان تحت شیمی درمانی یا پرتو درمانی تحت یک مداخله دو هفته‌ای با دوازده راهبرد شناختی-رفتاری، نتایج حاکی از این بود که مداخله شناختی-رفتاری می‌تواند درد، خستگی و اختلال خواب را کاهش دهد) و همچنین با آیین پرست و همکاران (۲۰) که در تحقیقی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و امیدواری زنان مبتلا به سرطان سینه را مورد بررسی قرار دادند و به این نتایج دست یافتند که در زمینه اضطراب، افسردگی و امیدواری به ترتیب در سطح معناداری حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بوده است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین ادعان کرد که مشاوره گروهی شناختی-رفتاری با به چالش‌گیری و تغییر باورها به گونه‌ای مؤثر در کاهش افسردگی کاربرد دارند (۲۷). زیرا رویکرد شناختی ادعان می‌دارد که حالت‌های تنش‌زا همچون افسردگی اغلب به وسیله تفکر سوگیرانه و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده‌ها شدت می‌یابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به گونه‌ای انتخابی به داده‌های همخوان با باورهای قبلی توجه می‌کنند (۲۸). نتیجه‌گیری کلی از یافته‌های پژوهش مبین این است که مشاوره گروهی شناختی-رفتاری در بهبود خودپنداره و کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است. طبق پژوهش مان (Mann) و همکارانش نیز درمان شناختی رفتاری یک درمان اثربخش و ایمن برای زنانی که از تأثیرات جانبی درمان سرطان رنج می‌برند، می‌باشد (۲۹).

نتیجه‌گیری

در تبیین این اثربخشی می‌توان چنین عنوان کرد که به طور کلی روش‌های مورد استفاده در این الگوی درمانی از قبیل به چالش‌گیری افکار خودآیند و باورهای غیر منطقی، انجام تکالیف خانگی، تمرین‌های عملی و

کاستی‌هایش می‌شود. همچنین طبق نتایج ملاحظه می‌شود که با کنترل پیش‌آزمون بین زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود، یافته حاصل از آزمون فرضیه فوق با نتایج تحقیقات گودندراپ (Goedendorp) و همکاران (۲۴) (که به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خستگی بعد از سرطان و بر ناتوانی-های شناختی درک شده و با انجام آزمون روان‌شناسی-عصبی بر ۹۸ نفر از نجات‌یافتگان را که دچار خستگی شدید بعد از درمان موفقیت‌آمیز بودند به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی-رفتاری برای خستگی شدید بعد از درمان سرطان مؤثر است. در گروه آزمایش به طور معناداری ناتوانایی‌های شناختی کاهش یافته بود و درمان شناختی-رفتاری با بهبود بالینی مشکلات تمرکز همکاری می‌کرد، بتی (Beatty) و کوزوارا (Koczvara) (۲۵) (که اثربخشی مطالعه برنامه درمان گروهی شناختی-رفتاری بر زنان مبتلا به سرطان سینه را بررسی کردند، به طور کلی نتایج نشان داد که بهبود بالینی در طی زمان در علائم اختلال استرس پس از ضربه و حمایت اجتماعی حاصل شد، اما در اجتناب شناختی اثر مطلوبی به همراه نداشت. دو نفر از زنان با بالاترین پایه پریشانی، افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه بعد از درمان، پیشرفت‌های بزرگی را تجربه کردند، اما تا مرحله پی‌گیری به پایه اول بازگشتند. گزارش کیفی از مزایای عمده این برنامه به دست آوردن مهارت در آرامش و بازسازی شناختی و به دست آوردن حمایت اجتماعی بود، کوکبوم (Kwekkeboom) و همکاران (۲۶) (که در بررسی امکان مداخله شناختی-رفتاری بر کنترل بیمار از نظر شدت درد، خستگی، اختلال خواب در طول درمان بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و ارزیابی اثربخشی اولیه از مداخله در کنترل علائم، با سرطان پیشرفته (عود یا متاستاز) کولورکتال (Colorectal)، ریه، پروستات و

افکار بدبینانه، وضع ملال‌انگیز، خسته بودن از زندگی، ناامیدی، احساس تنهایی و ترس از مرگ را برای خود به وجود می‌آورند. شرکت آنها در مشاوره گروهی، تجسم مرگ خود و پرداختن به احساسات خود نسبت به مرگ در گروه باعث می‌شود که انسان به زندگی با اندیشه‌های نوین و دید دیگری بنگرد (۳۲).

قدردانی

از متخصصان پرتو درمانی، پزشکان و پرستاران مطب‌های خصوصی مربوط به بیماری سرطان و شیمی درمانی شهر شیراز و از بیماران عزیز مبتلا به سرطان سینه که با وجود همه مسائل و مشکلات خود در این پژوهش به عنوان اعضای گروه گواه و آزمایش شرکت کرده و حمایت کردند. نهایت سپاس و از خداوند منان برایشان آرزوی سلامتی دارم.

بازی نقش زمینه انجام فعالیت‌هایی که بسیاری از آزمودنی‌ها تا پیش از این به دلیل نداشتن ارزیابی صحیح از میزان توانایی‌های خود از انجام آن اجتناب می‌کردند، را فراهم نموده است و از این طریق به آنها کمک کرده تا به خودشناسی نایل شوند. علاوه بر این می‌توان به آثار مفید مشاوره گروهی در مقایسه با مشاوره انفرادی اشاره کرد. مشاوره گروهی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه‌هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (۳۰). آنان از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند (۳۱). همچنین یالوم (Yalom) و وینوگرال (Vinogral) و در رابطه با تأثیر مشاوره 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 نتیجه آن،

منابع

- 1-White C. Cognitive-behavioral therapy for chronic medical diseases. Translated by Molodi R, Fattahi K, 1thed, Tehran, *Arjmand*, 2010; 127. (In Persian)
- 2-Perez A, Lee A, Law SCK, Chua T, Williams W, Chong V. Breast tumors. In Halperin EC, Perez CA, Brady LW. *Principle and Practice of Radiation Oncology* .5th, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008; 11: 62-316.
- 3-Antoni M, Lechner S, Diaz A, Vargas S, Holley H, Philips K, et al. Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behavioral and Immunity* 2009; 23(5): 580-91.
- 4-Foltz A. The influence of cancer on self-concept and life quality. *Seminars in Oncology Nursing* 1987; 3(4): 303-12.
- 5-Beatty L, Koczwara B, Oxlad M, Wade TD. The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer : a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives. *Health Expect* 2008; 11(4): 331-42.
- 6-Rhondali W, Gury B, Chisholm M, Daneshmand M, Allo J. Association between body image dissatisfaction and weight loss among patients with advanced cancer and their caregivers. *J Pain and Symptom Management* 2013; 45(6): 1039-49.
- 7-Jani Qorbanpoudh M. Study the effect of cognitive – behavioral counseling on mind changes of body in mastectomy women admitted to Esfahan Seyyed Alshohada hospital. (Dissertation). *Nursing college* 2003; (In Persian)
- 8-Khodabakhshi Koolae A. Application of counseling and psychotherapy theories in rehabilitation of disables. 1thed, Tehran, *Danjeh*, 2010; pp: 66. (In Persian)

- 9-Baumel S. *Dealing with depression naturally*. Translated by Shadab F, 5thed, Tehran, Qoqnoos, 2001; 2. (In Persian)
- 10-Snyderman D, Wynn D. Depression in cancer patients. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2009; 36(4): 703-19.
- 11-Kissane D, Maj M, Sartorius N. Depression and cancer. *World Psychiatry Association* 2011; 246.
- 12-Guan C, Boks M, Zainal N, Wit N. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affective Disorders* 2011; 131(1-3): 1-7.
- 13-Hopko R, Bell J, Armento M, Robertsons S, Mullanec C. *Cognitive behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting* 2008; 39(2): 126-36.
- 14-Khodaryary Fard M. *Counseling (psychological foundation)*. 1thed, Tehran, Yastoroon, 2002; 218. (In Persian)
- 15-Free M. *Cognitive therapy in groups: guide lines and resources for practice*. Translated by Sahebi A, Hamidpour H, Andooz Z. 1thed, Mashhad, *Jahad daneshgahi*, 2003; 21.(In Persian)
- 16-Sadock B, Sadock V. *Hand book of clinical psychiatry* Kaplan and Sadock. Translated by Arjmand M, Rezaei F, Faghani N, 1thed, Tehran, *Arjmand, Nasl Farda* 2010; 218. (In Persian)
- 17-Hashemi Z. *Compare and evaluate the relationship between locus of control and self-concept with education achievement in students with thalassemia and normal in Tehran city*. (Dissertation). Tehran: Tarbiat Moalem Univ; 1999. (In Persian)
- 18-Naderi Kh. *Comparision between self-concept with personality type and occupational expectations of male and female students in Shahr e kord school university*. (Dissertation). Tehran: Alzahra Univ; 2002. (In Persian)
- 19-PourBakhtiar H, Golmohmmadian M. The effectiveness of group counseling with REBT style on self-concept and decline in female students of Dezfool Free University. *J New Findings in Psychology* 2009; 5(13): 81-96. (In Persian)
- 20-Aeinparast N, Pedram M, Mohammadi M, Naziri G. The effectiveness of cognitive – behavioral group therapy in the treatment of anxiety disorder, depression and create hope for women with breast cancer. *J woman and Society* 2010; 1(4): 61-76. (In Persian)
- 21-Wojtynaa E, Stawiarska P, Jolanta Y. The influence of cognitive behavior therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology & Radiotherapy* 2007; 12(2): 109-17.
- 22-Izadi Ajyrlou A. *Cognitive – behavioral group intervention on improving body image and increasing self-esteem in women with breast cancer after mastectomy surgery*. (Dissertation). *Univ of Med & Rehabilitation Sci* 2011. (In Persian)
- 23-Rahbarian M. The effectiveness of cognitive – behavioral group therapy on self-concept and body image in burnt women. *J Qazvin Univ of Med Sci* 2011; 15(4): 45-52. (In Persian)
- 24-Goedendorp M, Knoop H, Gielissen M, Verhagen C, Bleijeborg G. The effects of cognitive behavioral treatment for post cancer fatigue on perceived cognitive disabilities and neuropsychological test performance. *J Pain and Symptom Management* 2013; 45(2): 213-22.
- 25-Beatty L, Koczwar B. An effectiveness study of a C.B.T group program for women with breast cancer. *Australian Psychological Society Issue* 2010; 14(2): 45-53.
- 26-Kwekkeboom K, Anderson K, Wanta B. Feasibility of a patient-controlled cognitive behavioral intervention for pain, fatigue and sleep disturbance in cancer. *Oncol Nurs Forum* 2010; 37(3): 151-9.
- 27-Free M. *Cognitive therapy in groups: guide lines and resources for practice*. Translated by Mohammadi M, Farnam R, 1thed, Tehran, Roshd, 2007; pp: 264. (In Persian)
- 28-Leahy R. *Cognitive therapy techniques*. Translated by Hamidpour H, Andooz Z, 1thed, Tehran, *Arjmand* 2009; 472. (In Persian)
- 29-Mann E, Smith M, Hellier J. Cognitive behavioral treatment for women who have menopausal symptoms after breast cancer treatment. *The Lancet Oncology* 2012; 13(3): 309-18.
- 30-Shroff R. *Theories of psychotherapy and counseling*. Translated by Firoozbakht M, 6thed, Tehran, Rasa, 2010; 520. (In Persian)
- 31-Atkinson R. *Introduction to psychology*. 1thed, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 1975.
- 32-Yalom ID, Vinogral JC. *Bereavment group: Techniques and themes*. *International J Group Psychotherapy* 1988; 38: 41-4.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Counseling on Self-Concept and Depression in Women with Breast Cancer

Aram GHaribi Asl^{1*}, Mansour Sodani², Yosofali Atari³

1-Msc in Counseling.

2-Associate Professor of Counseling.

3-Professor of Counseling.

1-Department of Counseling, Science and Research University of Khuzestan, Ahvaz, Iran.

2-Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3-Department of Counseling, Science and Research University of Khuzestan, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author:

Aram Gharibi Asl; Department of Counseling, Science and Research University of Khuzestan, Ahvaz, Iran.

Tel: +989167725960

Email: gharibiaram@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: In addition to the physical effects of cancer treatment, other problems such as psychological, cognitive, sexual dysfunction are faced constantly concerning cancer recurrence. Therefore the present study was undertaken in order to clarify the influence of group cognitive-behavioral counseling on self-concept and depression in women with breast cancer.

Subjects and Methods: Study population of the study comprised women with breast cancer in Shiraz in 2013. Sampling method was based on available and the sample size consisted of 30 subjects. Users were randomly assigned to two 15-subject experimental and control groups. Quasi-experimental research design was as a pre-test, post-test and one-month follow-up test in both groups. The method used was Beck Depression questionnaire and Rogers self-concept Group counseling was conducted for 10 sessions, for the experiment group. Then the post-test was performed in both groups. After one month, the two groups took a follow-up test. These results were kept until the tracking stage.

Results: Among women with breast cancer by controlling the pre-test group and control group in terms of self-concept and in terms of depression, significant differences were observed ($P < 0.0001$). These results were maintained at follow-up.

Conclusion: Cognitive-behavioral group counseling, results in training that can lead to replacement of irrational thoughts with rational ones and causes improvement in self-concept and reduction in depression in women with breast cancer.

Key words: Breast cancer, Group counseling, Cognitive-behavioral approaches, Self-concept, Depression.

► Please cite this paper as:

GHaribi Asl A, Sodani M, Atari YA. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Counseling on Self-Concept and Depression in Women with Breast Cancer. *Jundishapur Sci Med J* 2016;15(3):333-345.

Received: Apr 13, 2015

Revised: Jan 3, 2016

Accepted: Apr 16, 2016