

اثر بخشی رفتار درمانگری شناختی در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان

فرهاد کهرآزنی^۱، عصمت دانش^۲، علیرضا حیدرزادگان^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۲/۳۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۳/۱۸

۱. استادیار روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

۳. استادیار مدیریت آموزشی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش، تعیین تاثیر رفتار درمانگری شناختی در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد است. ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. متغیر مستقل، رفتار درمانگری شناختی بود که ۹ جلسه روی گروه آزمایش انجام شد. ابزار پژوهش مقیاس SCL-90-R بود که این مقیاس، ضریب کلی شاخص و ابعاد شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی را می‌سنجد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: رفتار درمانگری شناختی در کاهش ابعاد و نشانه‌های روان‌شناختی ذکر شده در SCL-90-R مؤثر بود ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: استفاده از رفتار درمانگری شناختی در مراکز انکولوژی می‌تواند به‌عنوان 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. [م ت ع پ ز، ۱۳۹۱؛ ۱۴(۲): ۱۱۲-۱۱۳]

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانگری شناختی، نشانه‌های روان‌شناختی، سرطان

مقدمه

بیمارانی که بیماری‌شان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیر قابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند. ادراک بیمار درباره‌ی کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره‌ی بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد. اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند سازگاری روانی دشوارتر می‌شود.^۱ اگرچه درمان‌های کنونی سرطان تاثیرات ارزنده‌ای در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری را دارند ولی خالی از تیندگی نیستند. دسته‌ای از درمان‌های سرطان را شیمی‌درمانی شکل می‌دهند. در بعضی از موارد به بهبودی و علاج منجر شده است، متأسفانه این گونه‌ی منفعت‌های بلند مدت می‌تواند بهای کوتاه مدت قابل ملاحظه‌ای را به شکل انزجار و ناتوانی در برابر اثرات جانبی فراهم بیاورند.^۲

بنابراین نمی‌توان درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد. سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، پس لازم است که در کنار مسائل بالینی این گونه مسائل هم مورد توجه قرار بگیرند. به نظر می‌رسد ارزیابی روان‌شناختی این بیماران، کشف واکنش‌های شایع و عوارض روانی جهت پیشگیری و درمان سریع‌تر اهمیت اساسی دارد. بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق مؤثر و زندگی بخش با بیماری مزمن‌شان هستند. این افراد نیاز خواهند داشت تا مهارت‌های مقابله جدید را یاد بگیرند، این هدف زمانی می‌تواند تحقق یابد که مقابله و واکنش‌های آنان در قبال بیماری و مشکلات وابسته به آن کاملاً شناخته شده است.

امروزه تاثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تایید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته روانشناسی

تیندگی‌های روان‌شناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود و عدم کاهش و درمان این واکنش‌ها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. بسیاری از نگرانی‌ها و افسردگی‌ها در افراد مبتلا به سرطان به دلیل از دست دادن عضو یا قسمتی از بدن یا عملکرد آن عضو، وابستگی به دیگران و از دست دادن نقش خود در جامعه یا خانواده می‌باشد. اضطراب و افسردگی، شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در بیماران سرطانی است که در برخورد با تشخیص، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی دامن‌گیر فرد بیمار می‌شود و درمان‌های انجام شده برای خود بیماری نیز می‌تواند اضطراب برانگیز باشد.^۱ از طرفی، تحمل درد در بیماران سرطانی اثر شدید روی کیفیت عمومی زندگی بیمار با تاثیر بر جنبه‌های جسمانی و روان‌شناختی دارد.

بیماری‌های مزمن هم‌چون سرطان با تیندگی ارتباط دارند و هر چه فرد بیشتر در معرض تیندگی‌های ناشی از بیماری باشد عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در آن‌ها بیشتر خواهد بود که این امر سبب می‌شود کارکرد سیستم ایمنی فرد کاهش یافته و او در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل خواهد شد. بنابراین در بیماران سرطانی، وجود استرس بالا، تعداد سلول‌های کشته‌شده کاهش نمی‌دهد، بلکه تاثیر این سلول‌ها را کمتر می‌کند و استرس وارد شده به فرد در فعالیت گلبول‌های سفید خون اختلال ایجاد کرده و سبب ضعف سیستم ایمنی می‌شود.^۲

سرطان، نگاه به زندگی را به عنوان فرآیندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد.

می‌سجد. پاسخ‌های ارائه شده به هر یک از سوال‌های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از میزان ناراحتی که "هیچ" تا یک "به شدت" می‌باشد مشخص می‌گردد. نمره گذاری و تفسیر پرسشنامه بر اساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و شاخص کلی علایم مرضی به دست می‌آید. در هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان گسستگی (۰/۷۷) بوده است. بررسی پایایی به شیوه باز آزمایی نیز، ضرایب ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ را نشان داده است. در ایران، اسماعیلی با ارزیابی جامع این پرسشنامه، ساختار عاملی آن را تأیید کرده نموده است و پایایی قابل قبولی را نشان داده است.^{۱۱} گروه آزمایش ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ۲ جلسه در هفته، متغیر مستقل یعنی رفتار درمانگری شناختی را دریافت کرد. شرح جلسات درمانی به ترتیب زیر بود.

جدول ۱: شیوه اجرای رفتار درمانگری شناختی در گروه آزمایش

جلسه اول: معارفه، برقراری ارتباط اولیه، مفهوم سازی مجدد مساله و ارزیابی اولیه از لحاظ وضعیت روان شناختی.
جلسه دوم: اطلاع رسانی درباره اثر بخشی رفتار درمانگری شناختی، ارائه توضیحاتی درباره تنیدگی، اضطراب و افسردگی، سپس آموزش تنفس شکمی و تنفس آهسته و تنفس عمیق به بیمار و تمرین آموزش انجام آرمیدگی پیش رونده، تعیین تکالیف برای بیمار(تنفس شکمی و آرامش پیش رونده برای ۲۰ دقیقه در روز تا جلسه بعد).
جلسه سوم: اطلاع رسانی درباره اثرات روانشناختی بر بیماری، و نقش عوامل روان شناختی بر هیجان ها و تجربیات حسی در این دوره و آموزش شناسایی افکار منفی.
جلسه چهارم: مروری کوتاه بر جلسه قبلی، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۰ دقیقه، خواندن افکار منفی یادداشت شده توسط بیمار و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیر منطقی، نظر خواهی از بیمار و بحث درباره آن ها.
جلسه پنجم: مرور کوتاه بر جلسه قبلی و مرور تکالیف با کمک خود بیمار، آموزش تشخیص (۱) هیجان های ناخوشایند؛ (۲) موقعیتی که این هیجان ها در آن اتفاق می افتند؛ (۳) افکار خوشایند مربوط به آن هیجان ها، ترسیم جدول افکار خوشایند و پاسخ منطقی برای آن ها و خواستن از بیمار برای انجام تکالیف طبق آن.
جلسه ششم: یادآوری و مرور جلسه قبل، انجام عمل تن آرامی و تنفس عمیق و بررسی تکالیف بیمار و بیان تجارب و احساسات بیمار دیگر با بیمار، بررسی هیجان های ناخوشایند، موقعیت های آن ها و افکار خوشایند و سنجش میزان تسلط بیمار بر روش های یادگرفته شده در جلسات قبل.
جلسه هفتم: مرور و یادآوری جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس شکمی، بررسی تکالیف بیمار، آموزش مهارت های حل مساله به بیمار، بیان احساسات توسط بیمار و بحث در مورد آن ها و بیان اینکه طی این جلسات تغییری در وضعیت خود احساس کرده است یا نه ؟ ارائه تکالیف منزل
جلسه هشتم: مرور جلسه قبلی، ادامه آموزش مهارت های حل مساله با ذکر مثال های از بیمار دیگر، آموزش شناسایی افکار منفی و چگونگی غلبه بر آن ها، و ذکر عواملی که باعث تشدید و تداوم نشانه ها روان شناختی شده و چگونگی کنترل آن ها همراه با ارائه تکالیف
جلسه نهم: مرور کوتاه بر جلسه قبلی، اطمینان بخشی به بیمار مبنی بر سودمندی این مهارت ها در برخورد با بیماری و سایر مشکلات، و بررسی مجدد از لحاظ وضعیت روان شناختی.

چون روش نمونه گیری این پژوهش استفاده از نمونه‌های در دسترس می‌باشد، بعد از معرفی هر بیمار به درمانگر از جانب پزشک و رعایت ملاحظات اخلاقی، به صورت انفرادی از هر بیمار، ابتدا ارزیابی اولیه از لحاظ وضعیت روان‌شناختی با استفاده از SCL-90-R برای پیش آزمون انجام

سلامت، روان شناسان نقش فعال تری در فرایند درمان این بیماری‌ها به عهده گرفته‌اند. 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 ارائه‌ی مراقبت بهداشتی نوین و تأکید بر درمان‌های دارای حمایت تجربی کاملاً هماهنگ است. تاکنون مدل‌های شناختی-رفتاری و پروتکل‌های درمانی آن برای شمار زیادی از اختلالات روانی و بیماری‌های مزمن پزشکی تدوین شده است و بسیاری از آن‌ها در پژوهش‌های بالینی مؤثر شناخته شده‌اند.^۵

درمان شناختی- رفتاری به صورت موفقیت آمیزی برای کنترل سندرم رودی تحریک پذیر،^۶ سندرم خستگی مزمن،^۷ دردهای مزمن،^۸ بیماران مبتلا به ایدز^۹ و کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان،^{۱۰} به کار رفته است. بنابراین، با توجه به مبانی ارائه شده مبنی بر این که بیماری سرطان به عنوان یک رویداد تنیدگی‌زا، سبب فراخوانی واکنش‌های روان‌شناختی می‌شود. هم چنین با توجه به اثبات سودمندی رفتار درمانگری شناختی در بسیاری از بیماری‌های مزمن جسمانی، در این پژوهش، هدف کاربرد این مداخله درمانی، کاهش نشانه‌های روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. از سوی دیگر پژوهش حاضر ضمن بررسی این سودمندی، در پی آن است که این مداخله را در نمونه‌ای از جمعیت بیماران سرطانی کشورمان نیز بررسی نماید. بنابراین پژوهش حاضر در تلاش برای یافتن پاسخ به این سؤالات است که آیا رفتار درمانگری شناختی در کاهش نشانه‌های روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان را مؤثر است؟

روش کار

این پژوهش از نوع طرح‌های شبه تجربی و به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد می‌باشد. جامعه مورد پژوهش تمام بیمارانی بودند که بیماری سرطان در آن‌ها به تازگی تشخیص داده شده بود و برای شیمی درمانی به مراکز خصوصی شیمی درمانی و درمانگاه‌های منتخب انکولوژی زاهدان مراجعه می‌کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به مطالعه عبارت بودند از: سن بالای ۳۰، طول مدت تشخیص سرطان کمتر از یک ماه، مرحله تومور (فاز یک)، مبتلا به یکی از سرطان‌های توپر (پروستات، گوارش، پستان و مغز و اعصاب)، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی، عدم وجود سابقه بیماری جسمانی به جز موارد مورد مطالعه، عدم سوء مصرف مواد، عدم سابقه بستری به خاطر بیماری فعلی، عدم سابقه بیماری در خانواده باشد.

پرسشنامه SCL-90-R یکی از پر استفاده‌ترین ابزارهای تشخیصی روانپزشکی است. مقیاس مربوط به شاخص‌های بهداشت روانی، یعنی شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان گسستگی را

جدول ۲ خلاصه اطلاعات کوواریانس چند متغیره (آزمون لامبدای ویلکس) برای مقایسه شاخص‌ها و نشانه‌های گروه آزمایش و شاهد را در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس)، با کنترل نمرات پیش آزمون متغیرهای ضریب کلی علائم، شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان گسستگی نشان داد که هیچ کدام از متغیرهای کنترل شده تأثیر معنی داری بر نمرات پس آزمون نداشتند، ولی تأثیرات چندگانه عضویت گروهی (متغیر مستقل) معنی دار بود. مجذور اتا ۰/۷۹۷ به دست آمد که نشان دهنده مطلوبیت میزان اثر بخشی بود و توان آزمون ۰/۹۲۴/ کفایت بسیار خوب حجم نمونه‌ها را نشان می‌دهد (جدول ۲).

برای بررسی این سؤال که «آیا رفتار درمانگری شناختی در کاهش نشانه‌های روان شناختی موثر است؟»، این پژوهش برای کنترل متغیر پیش آزمون و تعیین سهم متغیر در پس آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیره بین میانگین‌های دو گروه بهره جسته است. جدول ۳، خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (لامبدای ویلکس) برای تأثیر درمان (مداخله) بر کاهش شاخص‌ها و نشانه‌های روان شناختی را در مرحله پس آزمون نشان می‌دهد.

چنانچه در جدول ۳، ملاحظه می‌شود، اثر بخشی و تأثیر رفتار درمانگری شناختی بر هر کدام از شاخص‌ها و نشانه‌های روان شناختی در مرحله پس آزمون نشان داد که تأثیر عضویت در گروه بر تمامی شاخص‌ها و نشانه‌های روان شناختی معنی دار است ($p < 0/001$). بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت. در نتیجه، رفتار درمانگری شناختی باعث کاهش شاخص‌ها و نشانه‌های روان شناختی می‌گردد.

بحث

نتایج نشان داد که گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد در تمامی زیر مقیاس‌های شکایات جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، روان پریشی و شاخص کلی علائم، کاهش معنی داری را نشان داد. نتایج این پژوهش با نتایج ذکر شده هم‌خوان است. همسو با پژوهش‌های ذکر شده، در پژوهشی تحت عنوان تأثیر رفتار درمانگری شناختی در افسردگی بیماران دچار سرطان نشان دادند که این روش در کاهش افسردگی این بیماران موثر است.^{۱۲} نتایج بررسی محققان دیگر، نیز حاکی از اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی در افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بود. بیماران سرطانی در هر سه بعد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی و اجتماعی) دارای محدودیت‌هایی هستند و استفاده از مداخلات روان شناختی همراه به درمان‌های طبی می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد.^{۱۳}

در مطالعه‌ای دیگری نشان داده شد که زنان مبتلا به سرطان پستان که درمان‌های شناختی-رفتاری استفاده کردند در مقایسه با دیگران، کاهش در علائم جسمانی و بهبود در کیفیت زندگی ذهنی نشان دادند.^{۱۴} بر طبق نظر سازمان بهداشت جهانی همه بیماران مبتلا به سرطان به مراقبت‌های مناسب

گرفت و سپس بیماران گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت ۲ جلسه در هفته تحت کاربندی رفتار درمانگری شناختی قرار گرفتند در حالی گروه شاهد تحت کاربندی روانشناسی قرار نگرفت ولی قرار بر این شد که بعد از اتمام مداخله روی گروه آزمایش، این بیماران نیز از رفتاردرمانگری شناختی بهره‌مند شوند. پس از اتمام جلسه‌ها هر دو گروه مجدداً به مقیاس SCL-90-R پاسخ دادند.

یافته‌ها

به منظور محاسبه معنی داری تفاوت بین میانگین‌های نمرات دو گروه آزمایشی (گروه آزمایش و گروه شاهد) از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. در این تحلیل عضویت در گروه به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته نمره آزمودنی در شاخص‌ها و مقیاس‌های چک لیست ۹۰ سوالی SCL-90-R می‌باشد. برای انجام تحلیل کوواریانس چند متغیره، ابتدا پیش فرض تساوی واریانس‌ها، در بین نمرات دو گروه آزمودنی، از طریق آزمون لوین بررسی شده است. نتایج این تحلیل ($p = 0/07$) نشان می‌دهد که تفاوت معنی داری در واریانس دو گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها وجود دارد و می‌توان اطمینان حاصل کرد که پراکندگی نمرات در دو گروه آزمایشی تقریباً یکسان است.

جدول ۲: خلاصه اطلاعات کوواریانس چند متغیره (آزمون لامبدای ویلکس) برای مقایسه شاخص‌ها و نشانه‌های دو گروه در مرحله پیش آزمون

منبع تأثیرات	P
مقدار ویژه	۰/۰۰۵
شاخص کلی علائم مرضی	۰/۶۰۳
شکایات جسمانی	۰/۸۳۵
وسواس و اجبار	۰/۹۶۵
حساسیت در روابط متقابل	۰/۶۸۵
افسردگی	۰/۴۸۶
اضطراب	۰/۸۶۸
پر خاشگری	۰/۷۲۱
ترس مرضی	۰/۹۰۱
افکار پارانوئیدی	۰/۶۳۴
روان گسستگی	۰/۵۶۶
عضویت گروهی	۰/۰۰۱

جدول ۳: خلاصه تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تأثیر درمان (مداخله) بر کاهش شاخص‌های و نشانه‌های روان شناختی در مرحله پس آزمون

متغیر وابسته (ایجاد و مقیاس‌های SCL-90-R)	P
شاخص کلی علائم مرضی	۰/۰۰۱
شکایات جسمانی	۰/۰۰۱
وسواس و اجبار	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط متقابل	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۰۰۱
اضطراب	۰/۰۰۱
پر خاشگری	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۰/۰۰۱
افکار پارانوئیدی	۰/۰۰۱
روان گسستگی	۰/۰۰۱

نتایج حاصل از بررسی این تحقیق نشان می‌دهد که رفتار درمانگری شناختی می‌تواند سبب کاهش تنیدگی‌های ایجاد شده به دنبال تشخیص و درمان‌های رایج بیماری سرطان گردد و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش ارزنده‌ای داشته باشد. بنابراین توصیه می‌شود که با تاسیس مراکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز انکولوژی، در روند رو به بهبود این بیماران کمک مؤثری صورت پذیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت محترم دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی، تشکر و قدردانی می‌شود. این مطالعه برگرفته از پایان نامه دکتری با کد ۱۵۴ می‌باشد.

References

- Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev* 2002; 22(4): 499-524.
- Ross L, Boesen EH, Dalton SO and Johansen C. Mind and Cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being. *Eur J Cancer* 2002; 38(1): 1447-57.
- Juver JP, Vercosa N. Depression in patients with advanced cancer and pain. *Rev Bras Anesthesiol* 2008; 58(3): 287-98.
- Levy M. Cancer fatigue: A review for psychiatrists. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(3): 233-244.
- Mohman J, Gorman JM. The role of executive functioning in CBT: A pilot study with anxious older adults. *Behav Res Ther* 2005; 43(4): 447-65.
- Green B, Blanchard EB. Cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62(3): 576-82.
- Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001027.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80(1-2): 1-13.
- Lechner SC, Antoni MH, Lydston D, et al. Cognitive-behavioral interventions improve quality of life in women with AIDS. *J Psychosom Res* 2003; 54(3): 253-261.
- Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial intervention for depression, anxiety, anxiety and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36(1): 13-34.
- Esmaili, A. [The comparison level of mental health students of Tehran University for presentation consulting center] *Persian. J Psychol* 2003; 3(4): 42-46.
- Hopko DR, Bell JL, Armento M, et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther* 2008; 39(2): 126-136.
- Winnie KW. Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Cancer* 2009; 6(1): 47-49.
- Ransom S, Jacobsen PB, Schmidt JE and Andrykowski MA. Relationship of problem focused coping strategies to change in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *J Pain Symptom Manag* 2008; 30(3): 243-253.

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Reduction of Psychological Symptoms among Patients with Cancer

Farhad Kahrazei,¹ Esmat Danesh,² Alireza Hydarzadegan³

Received: 21/May/2011

Accepted: 8/June/2011

Background: The objective of this study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) on the psychological symptoms among patients with cancer.

Materials and Method: The design of the study is quasi-experimental with pretest, post-test with a control group. 30 patients were randomly allocated into two groups: experimental group (15 patients) and control group (15 patients). The independent variable was cognitive-behavioral therapy which was administrated in 9 sessions on the experimental group while there was no psychological treatment for the control group. The research instrument was SCL-90-R. The data was analyzed using covariance analysis.

Results: Cognitive-behavioral therapy led to reduction in psychological symptoms in all dimensions of SCL-90-R variables among patients of experimental group.

Conclusion: It may also be used as a supplement method enhancing standard oncological treatment and improving the physician-patient relationship. [ZJRMS, 2012; 14(2): 112-116]

Keywords: Cognitive-behavior therapy, psychological symptoms, cancer

1. Assistant professor of psychology, School of Educational and Psychology, Sistan and Balochestan University, Zahedan, Iran.
2. Associate professor of psychology, School of Educational and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Assistant professor of Educational management, School of Educational and Psychology, Sistan and Balochestan University, Zahedan, Iran.