

بررسی تأثیر مشاوره گروهی مدیریت استرس بر میزان استرس زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان

مهدی مشکى^۱، فرخنده امین شکروی^۲، معصومه هاشمیان^۳، الهام بهنام طلب^۴، نعیمة جفائی^۵

خلاصه

مقدمه: سرطان پستان، بارزترین سرطان و عامل عمده مرگ و میر ناشی از سرطان‌ها در زنان می‌باشد. وجود فرد مبتلا به سرطان پستان در خانواده، غیر از افزایش خطر ابتلا به این بیماری، باعث افزایش استرس نیز می‌شود که خود می‌تواند به عنوان عامل آغازگر سرطان پستان مطرح باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی مدیریت استرس بر میزان استرس زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان انجام شد.

روش: این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه تجربی با گروه شاهد بود. ۹۷ نفر از زنانی که مادر، خواهر یا دخترشان در ۵ سال اخیر به سرطان پستان مبتلا شده بودند، به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. مداخله طراحی شده مدیریت استرس برای گروه آزمون در قالب مشاوره گروهی و به صورت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه دو قسمتی اطلاعات دموگرافیک استاندارد و پرسش‌نامه استرس Harry بود که قبل و پس از مداخله توسط دو گروه تکمیل گردید. نتایج حاصل شده توسط نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون Independent t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قبل از مداخله اختلاف آماری معنی‌داری از نظر میانگین نمرات استرس بین گروه‌های آزمون و شاهد وجود نداشت؛ در حالی که بعد از مداخله، بین دو گروه آزمون و شاهد از نظر میانگین نمرات مدیریت استرس اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: مشاوره گروهی مدیریت استرس بر میزان استرس زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان مؤثر می‌باشد و به عنوان یک برنامه مناسب در بهداشت روان این گروه از زنان توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مشاوره گروهی، مدیریت استرس، زنان، سرطان پستان

- ۱- دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
- ۲- دانشیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
- ۳- استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه سبزوار، سبزوار، ایران
- ۴- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
- ۵- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران

* نویسنده مسؤول، آدرس پست الکترونیک: aminsh_f@modares.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۶/۲۴ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۹۴/۳/۵ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۳/۲۰

مقدمه

امروزه، سلامت تنها یک وضعیت مطلوب تلقی نمی‌شود، بلکه راهی پویا با درجات نامتناهی و ابعاد گسترده است که از نیازهای اولیه جسمانی و فیزیولوژیک آغاز می‌شود و والاترین ابعاد خودشکوفایی و رشد و تعالی روحی و معنوی را در بر می‌گیرد. رشد و تکامل در چنین مسیری، حضور مسؤولانه، آگاهانه و پرتلاشی را می‌طلبد (۱). سلامت یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر بهره‌وری فردی و اجتماعی محسوب می‌شود (۲).

سرطان یکی از بیماری‌های مزمن غیر واگیر است که سلامت افراد را به خطر می‌اندازد و بر جسم، روان و وضعیت اقتصادی-اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد (۲). سرطان پستان شایع‌ترین سرطان زنان در سراسر دنیا با حدود ۲۷ درصد از کل سرطان‌ها می‌باشد و به عنوان عمده‌ترین علل مرگ ناشی از سرطان در زنان شناخته شده است. این سرطان یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی در دنیا مطرح است و از بیشترین میزان بروز در آمریکا تا کمترین میزان بروز در کشورهای آسیایی متغیر می‌باشد. با این وجود، در حال حاضر میزان بروز این بیماری در کشورهای آسیایی به دلیل تغییر سبک زندگی نسبت به گذشته بیشتر شده است. در ایران افزایش نگران‌کننده‌ای از بروز سرطان پستان مشاهده شده است و آمار بیماران جوان و در مرحله پیشرفته بیماری در حال افزایش می‌باشد. میزان بروز سرطان پستان در ایران حدود ۲۰ مورد جدید در هر ۱۰۰ هزار زن در سال است. این سرطان، دومین سرطان شایع و پنجمین علت مرگ ناشی از سرطان‌ها در کشور می‌باشد. همچنین، در بین سرطان‌های زنان، رتبه اول در کشور را دارد (۳).

سرطان پستان یکی از مهم‌ترین عواملی است که سلامت جسمی، روانی و اجتماعی زنان را به مخاطره می‌اندازد (۴). بر اساس پژوهش‌های انجام شده در سال‌های

اخیر، سرطان پستان فراوان‌ترین نوع سرطان در میان زنان ایران به شمار می‌رود. بر طبق آمارهای ایران، در کشور ما از هر ۱۰ تا ۱۵ زن، احتمال ابتلای یک زن به سرطان پستان وجود دارد. لازم به ذکر است که سن بروز سرطان پستان در زنان ایران حداقل یک دهه کمتر از زنان در کشورهای توسعه یافته است (۵، ۶).

عوامل متعددی در ابتلا به این بیماری دخیل هستند که یکی از این عوامل غیر رفتاری، سابقه فامیلی این بیماری به خصوص فامیل درجه یک خانواده (مادر، دختر و خواهر) می‌باشد. با داشتن سابقه فامیلی، احتمال ابتلا به سرطان پستان ۵ تا ۱۰ درصد افزایش می‌یابد. از آنجایی که به هر چیزی که احتمال ابتلا به بیماری را افزایش دهد، عامل خطر گفته می‌شود، آگاهی زنان در معرض خطر از این بیماری و باور آنان به این مسأله که احتمال دچار شدن آنان به این بیماری نسبت به زنان دیگر بیشتر می‌باشد، می‌تواند به عنوان عامل محرک، در اقدام پیشگیری‌کننده توسط زنان تأثیر بسزایی داشته باشد. از طرف دیگر، زنان دارای سابقه فامیلی مثبت ممکن است از فکر کردن راجع به این بیماری اجتناب کنند و همین مسأله باعث عدم مشاهده رفتار پیشگیری‌کننده از این بیماری در آنان می‌شود (۷).

بهترین راه کنترل این بیماری، تشخیص زودهنگام آن است. هدف برنامه‌های کنترل سرطان پستان، کاهش میزان مرگ و میر، کاهش بار بیماری و کاهش هزینه‌های اقتصادی ناشی از تشخیص دیررس می‌باشد. تست‌های غربالگری، نقشی محوری در کاهش میزان مرگ و میر و سایر پیامدها دارد. میزان بالای مرگ و میر ناشی از این بیماری در ایران، به دلیل مراجعه دیرهنگام و تشخیص دیررس بیماری اعلام شده است (۸).

زنان رکن اصلی توسعه اجتماعی و محور اساسی سلامت خانواده می‌باشند و در خانواده و اجتماع دارای وظایف و نقش‌های مهمی هستند که لازمه اجرای این نقش‌ها و

مشاوره گروهی بر یاری مراجع برای مقابله با مسایل سازشی و تکاملی روزمره است. از جمله این که گروه ممکن است بر اصلاح رفتار، کسب مهارت رابطه با دیگران، مسایل مربوط به جنس مخالف، ارزش‌ها، نگرش‌ها و در نهایت اتخاذ تصمیمات شغلی متمرکز باشد. Gibson و همکاران بر این باور هستند که مشاوره گروهی می‌تواند با رشد همراه باشد؛ چرا که شوق و انگیزه مشارکت گروهی، تغییراتی را فراهم می‌کند که معطوف به مصالح مراجع است (۱۴)

مطالعه‌ای بیان کرد که مشاوره گروهی سلسله فعالیت‌های سازمان یافته‌ای است که با تعداد معینی شرکت کننده در یک زمان انجام می‌گیرد. این فعالیت‌ها جنبه درمانی و پیشگیری دارند. در مشاوره گروهی، گاهی یک و یا دو مشاور با حدود ۸ نفر شرکت کننده دور هم می‌نشینند و به بررسی و تجزیه و تحلیل یک موضوع عاطفی و روانی می‌پردازند و تلاش می‌کنند راه حلی برای مشکل بیابند. از این رو، هدف مشاوره گروهی در درجه اول، حل مشکل و در مرحله بعد، جلوگیری از بروز مشکلات جدید می‌باشد (۱۵).

بر اساس مقدمه ذکر شده، به نظر می‌رسد که ارزیابی روان‌شناختی این بیماران و تعیین واکنش‌های شایع و عوارض روانی آن‌ها جهت پیشگیری و درمان سریع‌تر بیماری اهمیت اساسی دارد و با توجه به نرخ بقای بالاتر و زندگی طولانی‌تر در این افراد و توجه به درمان‌های روان‌شناختی مؤثر و مفید، یک الزام بالینی می‌باشد. از آنجایی که سرطان و درمان آن دارای ابعاد گوناگونی است، نمی‌توان درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد و لازم است که در کنار درمان‌های بالینی، درمان‌های روان‌شناختی نیز مورد توجه قرار گیرد. در چند دهه اخیر پیشرفت‌های قابل توجهی در گسترش مداخلات روانی-اجتماعی برای بیماران مبتلا به سرطان

وظایف، برخورداری از سلامت کامل جسمی و روانی است (۹، ۱۰). با توجه به این که زنان با استرس‌های فیزیولوژیکی و روانی مرتبط با وقایع رشدی و علایم و نشانه‌های خاص مراحل مختلف مواجه هستند و شیوع بیماری‌های قابل پیشگیری در آنان امر استرس‌زایی به شمار می‌رود، از این رو زنان در طول زندگی در جستجوی توصیه‌های مراقبت بهداشتی برای سازگاری با تغییرات تجربه شده جسمی و هورمونی و علایم مرتبط با آن‌ها هستند. استرس به معنی فشار و نیرو است و هر محرکی که در انسان ایجاد تنش کند، استرس‌زا یا عامل استرس نامیده می‌شود (۱۱).

استرس حالتی است که به احتمال زیاد سبب آشفتگی در کارکردهای روان‌شناختی یا فیزیولوژیکی بهنجار در بیشتر افراد می‌گردد و شامل هر آنچه بقای فرد را با خطر و تهدید روبه‌رو می‌کند، می‌باشد. واکنش بدن به استرس شامل راه انداختن مجموعه‌ای از پاسخ‌ها است که تلاش می‌کند تا اثر عامل استرس را کاهش دهد و تعادل بدن را به حالت اولیه بازگرداند. هر چه افراد بیشتر در معرض استرس‌ها و تنیدگی‌های ناشی از سرطان قرار گیرند، عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در آن‌ها بیشتر خواهد بود (۱۲).

استرس در سوخت و ساز استروژن بدن تأثیرگذار است و اختلال در سوخت و ساز این هورمون می‌تواند سبب بروز سرطان‌های وابسته به دستگاه‌های زنانگی شود. بر اساس نتایج برخی مطالعات، استرس به تدریج روی سیستم ایمنی بدن تأثیر می‌گذارد و سیستم دفاعی بدن را دچار اشکال می‌کند و نتیجه براینده حاصل از آن می‌تواند موجب رشد سلول‌های سرطانی در بدن شود؛ چرا که سیستم دفاعی در مقابله با تکثیر این سلول‌ها دچار ضعف می‌شود. بر این اساس، استرس می‌تواند عامل آغازگر سرطان باشد (۱۳).

تعریف مشاوره گروهی عبارت از «عرضه تجارب سازشی و تکاملی متعارف در گروه‌ها» می‌باشد. تمرکز

ابتلا به سرطان پستان پایین تر از کشورهای غربی است، اهمیت ویژه ای دارد. Unic و همکاران، سابقه ابتلا به سرطان پستان در فامیل درجه یک را جزء عوامل خطرزای ابتلا به این بیماری گزارش کردند (۲۱).

مطالعه Ginsberg و همکاران، ارتباط بین وقایع تنش زای زندگی با سرطان پستان را تأیید نمودند (۲۲). در میان تحقیقات مختلفی که رابطه عوامل روان شناختی را با سرطان پستان مورد بررسی قرار داده اند، ارتباط تنگاتنگی بین بروز این بیماری و ابراز وجود غلط، پرخاشگری بیش از حد و شیوه های نادرست مقابله با استرس وجود داشت. به عبارت دیگر، پرخاشگری، ابراز وجود و شیوه های مقابله با استرس از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده میزان استرس ادراک شده در زنان مبتلا به سرطان پستان می باشد (۲۳). محمدی و همکاران در رابطه با سابقه ابتلا به سرطان پستان در فامیل درجه اول (مادر، خواهر و دختر) به رابطه آماری معنی داری رسیدند ($P = 0.044$)؛ به طوری که ۳/۳ درصد مبتلایان، سابقه ابتلا در فامیل درجه اول خود داشتند، اما در گروه غیر مبتلایان هیچ کدام چنین سابقه ای را ذکر نکردند (۲۴).

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزشی ارتقای سلامت با محوریت مدیریت استرس در زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان بود. از آن جایی که نویسنده در طی مطالعات آزمایشی متوجه شد که هیچ برنامه آموزشی برای این زنان وجود ندارد و تاکنون هیچ اقدام سازگارانده ای از نظر سلامتی برای خانواده مبتلایان به این بیماری انجام نشده است و از سوی دیگر، با در نظر گرفتن عوارض استرس و عدم کنترل در خانواده مبتلایان به سرطان پستان، این پژوهش با مداخله برنامه آموزشی مدیریت استرس در زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان انجام گرفت.

انجام شده است. پژوهش های زیادی حاکی از اثربخشی این مداخلات در کاهش مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان است و در این میان، یکی از مداخلات روان شناختی مؤثر که از مبانی نظری کافی برخوردار است، درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس می باشد (۱۶).

مدیریت استرس، توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیت های استرس زا افزایش می دهد. این مداخله ترکیبی از عناصری مانند آگاهی در مورد استرس، آموزش های مختلف تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارت های ابراز وجود، مدیریت خشم و برنامه ریزی فعالیت ها می باشد (۱۲).

با توجه به این که مهم ترین هدف آموزش بهداشت، تغییر رفتار بهداشتی مردم از طریق مشارکت خودشان است، آموزش بهداشت بدون برنامه کوشش بیهوده یا کم اثری خواهد بود (۱۹-۱۷). انتخاب یک مدل آموزشی، منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیر صحیحی می شود. هر قدر پشتوانه تئوریک مناسبی برای نیازهای بهداشتی وجود داشته باشد، اثربخشی برنامه های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود (۱۹). Phipps و همکاران با انجام مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که مشاوره می تواند به نحو چشمگیری باعث کاهش اضطراب، افزایش دانش و معلومات و تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی شود و از صرف هزینه های سنگین درمان جلوگیری به عمل آورد (۲۰).

با توجه به این که حذف استرس به طور کامل غیر ممکن است، اما افراد می توانند مدیریت آن را یاد بگیرند. در پژوهش حاضر آموزش مدیریت استرس با محوریت مشاوره گروهی انجام شد. به نقل از Phipps و همکاران، مطالعات مرتبط مداخلاتی را جهت ارتقای احساس خوب بودن و ساز و کارهای تطابقی در کاهش استرس مؤثر دانسته اند (۲۰). این موضوع در کشور ما که متوسط سن

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه آزمایشی، با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه شاهد بود. جامعه مورد مطالعه را همه زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان در شهر سبزوار تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان در بستگان درجه اول (مادر، دختر و خواهر) و سن بالای ۲۰ سال و معیارهای خروج از مطالعه نیز داشتن هرگونه توده غیر طبیعی در پستان‌ها (با تأیید ماموگرافی، سونوگرافی یا معاینه توسط پزشک متخصص) بود.

نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف و در دسترس و در دو مرحله انجام گرفت. ابتدا از ۱۱۶ زن که در پنج سال اخیر به سرطان پستان مبتلا شده و در قید حیات بودند، جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. ۱۴ نفر از آنان به دلیل عدم رضایت از مطالعه خارج شدند. سپس از ۱۰۲ بیمار مبتلا به سرطان پستان، طی دعوت نامه و شرکت در یک جلسه حضوری، درخواست شد که در صورت داشتن فرد واجد شرایط در خانواده و با توجه به شرایط ورود به مطالعه، افراد را جهت شرکت در پژوهش معرفی نمایند.

در مرحله دوم، افراد واجد شرایط معرفی و در نهایت با استفاده از فرمول Cochran، ۹۷ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۴۸ نفر) و شاهد (۴۹ نفر) قرار گرفتند. سپس، از گروه‌های آزمون و شاهد جهت تعیین میزان استرس، پیش‌آزمون به عمل آمد. برنامه آموزشی مداخله‌ای جهت گروه آزمون طوری طراحی شد که سه عامل دانش، نگرش و مهارت در حیطه مدیریت استرس را دربرگیرد. این برنامه آموزشی مداخله‌ای مانند سایر برنامه‌های آموزشی ارتقای بهداشت، بر مبنای نظریه یادگیری فعال بزرگسالان طراحی شد. با توجه به این که انتخاب سرفصل‌ها بر اساس راهنمای آموزش کارگاهی

مدیریت استرس و با حمایت انستیتو روان پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان و دفتر حمایت مستمر دفتر امور زنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفت، از مطالب آموزشی و اسلایدهای مرتبط با آن‌ها جهت محتوای آموزشی استفاده شد (۲۵).

در مرحله بعد، افراد گروه آزمون جهت شرکت در جلسات آموزشی به مرکز حمایت و پیگیری سلامت زنان دعوت شدند. در این برنامه آموزشی- حمایتی که با هدف اصلی آشنایی زنان در معرض خطر با مفهوم کلی سرطان پستان انجام گردید، انواع استرس و تأثیر آن بر بدن و نحوه مدیریت استرس و... در قالب مشاوره گروهی انجام گرفت. جلسات مشاوره گروهی به صورت گروه‌های ۸ نفره برای گروه آزمون و با محوریت مدیریت استرس برگزار شد. هر جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه شامل ۴۵ دقیقه آموزش و ۴۵ دقیقه کار عملی و انتقال تجربیات بود. آموزش هر هفته روز سه‌شنبه ساعت ۱۱-۹ در مرکز حمایت و پیگیری سلامت زنان صورت گرفت. برنامه آموزشی بر اساس مفاهیم مدیریت استرس (Stress management) در قالب مشاوره گروهی و با تأکید بر یادگیری فعال بزرگسالان طراحی گردید. طبق بسته آموزشی که Antoni و همکاران ارائه داده‌اند (۲۶)، برنامه آموزشی در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر در گروه آزمون اجرا شد.

جلسه اول = معارفه و پیش‌آزمون، استرس چیست؟ نشانه‌های استرس، موقعیت‌های استرس‌آور، کار عملی و فهرست کردن موقعیت‌های استرس‌زا برای هر نفر؛ جلسه دوم = شیوه‌های مقابله با استرس و مهارت حل مسئله؛ جلسه سوم = سبک زندگی سالم، آرام‌سازی و کنترل تنش؛ جلسه چهارم = مدیریت خشم؛ جلسه پنجم = استفاده از شبکه حمایت اجتماعی، گروه‌های اجتماعی و جلسه ششم = توصیه‌های کوچک در مدیریت استرس، پس‌آزمون.

جمع نمرات بالاتر از ۱۵۰ باشد، فرد دچار تنش است و شرایط موجود زندگی خود را باید تغییر دهد. در صورتی که جمع نمرات بالاتر از ۲۵۰ باشد، فرد به طور قطع باید تحت مراقبت تخصصی قرار گیرد (۲۷).

بخش اول پرسش نامه توسط پژوهشگر و با استفاده از نظرات استادان راهنما و مشاور طراحی گردید و روایی آن به روش روایی محتوا توسط انستیتو روان پزشکی دانشگاه تهران مورد سنجش و تأیید قرار گرفت. برای تعیین روایی بخش دوم پرسش نامه، همسانی درونی آن توسط روش دو نیمه کردن بر اساس پاسخ های نمونه ۵۰ دانشجوی دانشگاه محاسبه شد. نتایج حاصل از فرمول Spearman-Brown برای محاسبه ثبات درونی برابر با ۰/۷۴ و ضریب همبستگی در روش باز آزمایی (به فاصله ۴ هفته) برای ثبات زمان پرسش نامه برای یک نمونه ۵۰ نفره دانشجویی برابر با ۰/۷۹ به دست آمد. جهت تعیین اعتبار درونی پرسش نامه استرس Harry، ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۸۶ محاسبه شد که در حد مطلوب می باشد.

نتایج

۹۷ نفر در مطالعه حاضر شرکت کردند که ۴۸ نفر (۴۹/۵ درصد) در گروه آزمون و ۴۹ نفر (۵۰/۵ درصد) در گروه شاهد قرار گرفتند. مقایسه آماری مشخصات دموگرافیک نشان داد که متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و درآمد در دو گروه همگن بود و تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشت. میانگین و انحراف معیار سن گروه های آزمون و شاهد به ترتیب ۱۰/۳ ± ۳۵/۷ و ۹/۴ ± ۳۴/۷ سال بود. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی وضعیت تحصیلی، تأهل و درآمد مشارکت کنندگان به تفکیک دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است.

ارایه آموزش در هر جلسه به این ترتیب بود که ابتدا مطالب جلسه قبل مرور می شد و سپس مطالب آموزشی همان جلسه مطرح و در پایان، کار عملی و مروری بر مطالب جدید انجام می گرفت. بعد از گذشت ۶ جلسه مشاوره گروهی و مداخله آموزشی، بلافاصله آزمون دیگری مشابه آزمون اولیه به عمل آمد. پس از جمع آوری پرسش نامه ها، داده ها وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ (version Independent t و در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسش نامه ای دو قسمتی بود. قسمت اول توسط پژوهشگر با استفاده از منابع و تحقیقات صورت گرفته طراحی شده بود و شامل اطلاعات دموگرافیک همچون سن، وضعیت تأهل، میزان درآمد، سن اولین قاعدگی، سابقه شیردهی، سابقه مراجعه به پزشک جهت مشکلات پستان و ... بود.

قسمت دوم شامل پرسش نامه استاندارد استرس Harry بود. این پرسش نامه در ۶۶ عبارت و برای سنجش فشار روانی در موقعیت های مختلف زندگی تهیه شده است که باید به دقت و آهسته خوانده و با توجه به وضعیت شخص، مناسب ترین پاسخ به آن داده شود و هیچ سؤالی بدون پاسخ نماند. پاسخ های این آزمون در طیف پنج درجه ای لیکرت از «اصلاً قبول ندارم تا کاملاً قبول دارم» تنظیم شده است. نمره دهی آزمون به صورت «اصلاً قبول ندارم = نمره ۱، قبول ندارم = نمره ۲، نمی دانم = نمره ۳، قبول دارم = نمره ۴ و کاملاً قبول دارم = نمره ۵» و در عبارت های ۶۵، ۶۴، ۶۰، ۶۶، ۴۴، ۴۳، ۳۱، ۱۷، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۱۱، ۸، ۶، ۴ و ۲ معکوس بود. در صورتی که جمع نمرات کمتر از ۱۵۰ باشد، فرد عادی است و دچار تنش نیست. در صورتی که

جدول ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی وضعیت تحصیلی، تأهل و درآمد افراد مورد بررسی به تفکیک دو گروه

P	کل	گروه		متغیر
		شاهد	آزمون	
	۵۴ (۵۵/۷)	۲۳ (۴۶/۹)	۳۱ (۶۴/۶)	تعداد (درصد)
۰/۱۹۵	۳۲ (۳۳/۰)	۲۰ (۴۰/۸)	۱۲ (۲۵/۰)	تعداد (درصد)
	۱۱ (۱۱/۳)	۶ (۱۲/۳)	۵ (۱۰/۴)	تعداد (درصد)
	۶ (۶/۲)	۵ (۱۰/۲)	۱ (۲/۱)	تعداد (درصد)
۰/۱۵۶	۹۰ (۹۲/۸)	۴۳ (۸۷/۸)	۴۷ (۹۷/۹)	تعداد (درصد)
	۱ (۱/۰)	۱ (۲/۰)	۰ (۰/۰)	تعداد (درصد)
	۳۹ (۴۰/۲)	۲۲ (۴۴/۹)	۱۷ (۳۵/۴)	تعداد (درصد)
۰/۵۵۵	۵۰ (۵۱/۶)	۲۴ (۴۹/۰)	۲۶ (۵۴/۲)	تعداد (درصد)
	۸ (۸/۲)	۳ (۶/۱)	۵ (۱۰/۴)	تعداد (درصد)
-	۹۷ (۱۰۰)	۴۹ (۱۰۰)	۴۸ (۱۰۰)	تعداد (درصد)

(P). نمره استرس در گروه آزمون، ۲۳/۸۲ نمره بیشتر از گروه شاهد کاهش داشت که این امر منعکس کننده اثربخشی مداخله در کاهش میانگین نمره استرس بود.

بحث

در پاسخ به نیاز به برنامه‌های آموزشی ارتقای رفتار پیشگیرانه در خصوص سرطان پستان برای زنان در معرض خطر و نقش حمایت اجتماعی در این زنان جهت کنترل و ارتقای رفتار پیشگیرانه در مورد این سرطان، مطالعه حاضر با هدف سنجش میانگین نمره استرس در زنان در معرض خطر سرطان پستان و ارزیابی کارایی راهبردهای مقابله با استرس در این زنان و در نهایت، بررسی تأثیر برنامه

میانگین نمره استرس پیش آزمون در گروه آزمایش، $27/2 \pm 2/3$ و در گروه شاهد، $20/6 \pm 3/2$ بود که تفاوت آماری معنی داری را بین دو گروه نشان نداد [۰/۶۰۰]. $t = -0/5$ ، (Degree of freedom) $df = 95$ ، $p =$ مرحله پس آزمون برای گروه‌های آزمایش و شاهد به ترتیب برابر با $22/8 \pm 173/9$ و $29/8 \pm 200/8$ به دست آمد که تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده شد (تفاوت میانگین در مرحله پیش آزمون، $3/1$ و در مرحله پس آزمون، $26/9$ بود).

میانگین نمره استرس در گروه آزمون به اندازه $20/7 \pm$ و در گروه شاهد نیز به اندازه $8/6 \pm 5/4$ کاهش یافت که این کاهش از نظر آماری معنی دار بود ($0/001 <$

سالم شامل بررسی عوامل خطر در زنان و تشکیل جلسات مشاوره گروهی برای ارتقای رفتارهای بهداشتی در آنان، به آرام سازی و مدیریت استرس و... دست یافتند (۲۸).

در مطالعه علی گل و همکاران نیز آموزش به روش بحث گروهی در زمینه مدیریت استرس، توانست میزان فشار روانی وارد آمده بر افراد را کاهش دهد (۲۹) که با مطالعه حاضر مشابهت داشت. در تحقیق حیدری و همکاران، برنامه آموزشی ارتقای سلامت مدیریت استرس در دو گروه آزمون و شاهد تأیید کننده این واقعیت بود (۳۰). معینی و همکاران در مطالعه خود به بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس طبق الگوی Perseid بر استرس شغلی بین پرستاران دو بیمارستان شهر همدان پرداختند (۳۱). بر اساس نتایج تحقیق آنان، میانگین نمره استرس شغلی قبل از مداخله در گروه آزمون و شاهد به ترتیب ۱۱۳ و ۱۰۹ به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود، اما میانگین نمره استرس شغلی بعد از مداخله در گروه آزمون کاهش یافته بود ($P < 0/001$). معینی و همکاران، افزایش برنامه‌های آموزشی مدیریت استرس را در پرستاران بیمارستانی توصیه نمودند (۳۱) که با نتایج تحقیق حاضر همسو می‌باشد.

تاکنون ارتباط تعدادی عوامل خطر (مانند سابقه فامیلی) با سرطان پستان شناخته شده است. این عوامل از آن جهت حایز اهمیت هستند که مداخله در آن‌ها ممکن است به کاهش بروز بیماری بینجامد. به دلیل نقش عمده سرطان پستان در جنس زن و واکنش زنان نسبت به بیماری که شامل ترس، استرس، اضطراب، افسردگی و... می‌باشد؛ برنامه آموزشی مدیریت استرس برای زنان دارای سابقه فامیلی سرطان پستان با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌تواند از بروز بیماری جلوگیری نماید. از آن‌جا که شاخص‌هایی مانند سابقه فامیلی سرطان، سابقه ابتلا به موارد خوش خیم سرطان، بروز عوامل تنش‌زا در زندگی و... غیر

آموزشی مدیریت استرس در زنان در معرض خطر سرطان پستان انجام شد.

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که بین میانگین نمره استرس در دو گروه آزمون و شاهد قبل از انجام مداخله، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت، اما میانگین نمره استرس بعد از مداخله در گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد. به عبارت دیگر، برنامه آموزشی طراحی شده ارتقای سلامت بر مدیریت استرس زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان مؤثر بود. مداخلات مختلفی در راستای برنامه‌های آموزشی ارتقای سلامت زنان صورت گرفته است (۲۸-۳۱) که یافته‌های مطالعه حاضر را تأیید می‌نماید. در پژوهشی نشان داده شد که شیوه‌های رفتاری نامناسب مانند فقدان ابراز وجود، خودخوری، استفاده افراطی از مقاله هیجان‌مدار و خشم فرو برده شده، موجبات تنش‌های هیجانی ناخوشایند را فراهم می‌سازد و چنانچه افراد برای مدت طولانی در معرض تنش‌های هیجانی ناخوشایند و شرایط استرس‌زا قرار گیرند، میزان ترشح برخی از هورمون‌ها به خصوص کاتکولامین‌ها و کورتیکواستروئیدها از سیستم غدد درون ریز افزایش می‌یابد. ترشح بیش از حد این هورمون‌ها در مدت زمان طولانی، موجب بروز مشکلات قلبی، تنفسی، عفونی و سرطان می‌شود (۳۲).

نتایج تحقیقی گزارش کرد، افرادی که در طول زندگی خود توان مقابله با رویدادهای استرس‌زا را نداشته باشند، کورتیزول و اپی‌نفرین خون آن‌ها در بلندمدت افزایش می‌یابد. این امر مهم به نوبه خود موجب کاهش یا تضعیف سلول‌های دفاعی B و T و اختلال در کارکرد سیستم ایمنی بدن می‌گردد. در نتیجه، زمینه برای ایجاد انواع گوناگون سرطان به خصوص سرطان پستان و ریه آماده می‌شود (۲۳). Hillemeier و همکاران نیز با انجام مداخله پژوهش زن

نتیجه‌گیری

سرطان پستان بیماری است که بیمار، خانواده و جامعه را درگیر می‌نماید و بسیاری از منابع مادی و معنوی را به هدر می‌دهد. با این وجود، مانند هر تجربه دردناک دیگری می‌تواند رشد و کمال را به دنبال داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر و دیگر تحقیقات مشابه از یک سو مبین این واقعیت هستند که وقتی زنان از وجود سرطان پستان خود آگاه می‌شوند، دچار آشفتگی روان‌شناختی، ستیز درونی احساسات و درماندگی می‌شوند؛ به طوری که در این شرایط خاص، فرد مبتلا احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی می‌کند، به شدت غیر فعال و ناتوان می‌گردد، قدرت تطبیق با تغییر شرایط زندگی را ندارد و روز به روز از جریان طبیعی زندگی فاصله می‌گیرد. از سوی دیگر، مطالعات گوناگون نشان دادند که عوامل روان‌شناختی بیمارگونه مانند سبک زندگی غلط، فقدان ابراز وجود، پرخاشگری، خشم فرو برده شده و شیوه نادرست مقابله با استرس، موجبات استرس بالای این افراد را فراهم می‌سازد. از آنجا که استرس بالا و طولانی مدت با تضعیف کارکرد سیستم ایمنی بدن، نقشی اساسی در ابتلا به امراض جسمانی و تشدید انواع سرطان دارد، بنابراین، پیشنهاد می‌شود با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کنترل استرس مانند ابراز وجود منطقی و استفاده درست از شیوه‌های مقابله با استرس، موجبات افزایش شادکامی، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت روانی این گونه افراد را فراهم آورد (۲۳).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و نقش برنامه آموزشی در مدیریت استرس زنان در معرض خطر سرطان پستان، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس و آموزش‌های اثربخش ارتقای سلامت، می‌تواند خطر بروز بسیاری از بیماری‌ها از جمله سرطان پستان را کاهش دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم همکاری زنان دارای سابقه خانوادگی سرطان پستان، عدم حضور مرتب

قابل کنترل می‌باشند، پس می‌توان با مداخله و برنامه‌ریزی صحیح و آگاه‌سازی جامعه، از بروز بیماری جلوگیری نمود. مطالعات پیشین نشان داده‌اند که مشاوره تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی بیماران در معرض خطر سرطان پستان دارد (۳۳). این یافته‌ها با نتایج مطالعات Bragg و همکاران (۳۴)، Kwok و همکاران (۳۵)، Rutledge و همکاران (۳۶) و Bailey و همکاران (۳۷) مطابقت دارد.

تغییرات در دانش و نگرش، در اغلب موارد منجر به شکل‌گیری قسمتی از یک برنامه جامع ارتقای بهداشت خواهد شد. نتایج مطالعه هاتف‌نیا و همکاران تأییدکننده این مطلب می‌باشد (۳۸). مهم‌ترین هدف آموزش بهداشت، تغییر رفتار بهداشتی مردم از طریق مشارکت خودشان است. آموزش بهداشت بدون برنامه، کوشش بیهوده یا کم‌اثری خواهد بود (۲۰، ۱۸، ۱۷) و انتخاب یک مدل آموزشی منجر به شروع برنامه و ادامه آن در مسیر صحیحی می‌شود. هر قدر پشتوانه تئوریک مناسبی برای نیازهای بهداشتی وجود داشته باشد، اثربخشی برنامه‌های آموزش بهداشت بیشتر خواهد بود (۲۰).

از طریق فرایند مشاوره، به صورت پویا می‌توان نیروی تطابق فرد را تقویت و از پیشرفت مشکلات پیشگیری نمود. Phipps و همکاران در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که مشاوره می‌تواند به طور چشمگیری باعث کاهش اضطراب، افزایش دانش و معلومات و تقویت ادراک شخص از اهداف زندگی شود و از صرف هزینه‌های سنگین درمان جلوگیری به عمل آورد. همچنین، مشاوره می‌تواند به عنوان یک برنامه نوتوانی برای بیماران انجام گیرد تا نیروی تطابق آن‌ها را تقویت کند (۲۰). نتایج مطالعه حاضر تأییدکننده این مطلب است و نشان داد که برنامه آموزشی مدیریت استرس در قالب مشاوره گروهی و با تأکید بر یادگیری فعال بزرگسالان، بسیار اثربخش می‌باشد.

آموزش‌های داده شده) مورد سنجش قرار داد. پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت استرس و مدیریت آن در جهت کاهش بروز بیماری‌ها، برنامه آموزشی استرس جزء برنامه‌های رسمی بهداشت روان جامعه قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند تا از حمایت‌های دانشگاه تربیت مدرس و همچنین تمام کسانی که در انجام این پروژه مشارکت نموده‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

References

- Rafiefar S, Ahmadzade Asl M, Esmaelei M, Parsinia S, Khosrobeigi MR, Ayar S, et al. Research in health promotion. Tehran, Iran: Office of communications and health Education, Health deputy Ministry health and Medical Education; 2005. [In Persian].
- Iranian Ministry of health and medical Education. Demographic and health survey. Tehran, Iran: Iranian Ministry of health and medical Education; 2002. [In Persian].
- Rastad H, Shokohi L, Dehghani S, Motamed Jahromi M. Assessment of the awareness and practice of women vis-à-vis breast self-examination in Fasa in 2011. *J Fasa Univ Med Sci* 2013; 3(1): 75-80. [In Persian].
- Otto SE. Oncology nursing. St. Louis: Mosby; 2001. p. 113.
- The Society. Cancer facts and figures. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2003.
- Harirchi I, Ebrahimi M, Zamani N, Jarvandi S, Montazeri A. Breast cancer in Iran: a review of 903 case records. *Public Health* 2000; 114(2): 143-5.
- Hashemian M, Heidarnia AR, Amin F, Lameian M, Hasanpour K, Akaberi A. Survey of believe perceived in women with positive family history of breast cancer and its prevention methods. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 15(35): 17-24. [In Persian].
- McCredie M, Paul C, Skegg DC, Williams S. Reproductive factors and breast cancer in New Zealand. *Int J Cancer* 1998; 76(2): 182-8.
- Aminshokravi F, Alhani F, Kazemnejad A, Vahdaninia M. The relationship between physical activity and Womens Quality of life. *Payesh Health Monit* 2009; 8(4): 407-13. [In Persian].
- Ribeiro PS, Jacobsen KH, Mathers CD, Garcia-Moreno C. Priorities for women's health from the Global Burden of Disease study. *Int J Gynaecol Obstet* 2008; 102(1): 82-90.
- Orshan SA. Maternity, newborn, and women's health nursing: Comprehensive

- care across the lifespan. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
12. Behzadipour S, Sepah Mansour M, Keshavarzi F, Farzad V, Naziri GH, Zamanian S. Effectiveness of stress management based on cognitive-behavioral intervention on quality of life and coping styles for female with breast cancer. *Journal of Psychological Models and Methods* 2013; 3(12): 29-46. [In Persian].
 13. Taleghani F. Review process compliance in women with Breast cancer. [PhD Thesis]. Tehran, Iran: Nursing and Midwifery School, Tehran University of Medical Science 2005. [In Persian].
 14. Gibson RL, Mitchell M, Higgins RE. Development and management of counseling programs and guidance services. London, UK: Macmillan; 1994.
 15. Shafeeabadi A. Counseling group. Tehran, Iran: Roshd Publication; 1993. [In Persian].
 16. Abbasian F, Najimi A, Ghasemi Gh, Afshar H, Meftagh SD. The effectiveness of the cognitive-behavioral strategies of stress management training on social adjustment of depressed women. *J Research Health* 2013; 3(1): 303-9.
 17. Bunn JY, Bosompra K, Ashikaga T, Flynn BS, Worden JK. Factors influencing intention to obtain a genetic test for colon cancer risk: a population-based study. *Prev Med* 2002; 34(6): 567-77.
 18. Alahverdipour H. Passing from traditional health education to achieving theory-based health education programs. *Health Education and Health Promotion* 2004; 1(3): 75-9. [In Persian].
 19. Sharifirad GH, Hazavehie SM, Mohebi S, Rahimi MA, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. *Iran J Endocrinol Metab* 2006; 8(3): 231-9. [In Persian].
 20. Phipps WJ, Sands JK, Marek JF. Medical-surgical nursing: concepts & clinical practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1999. p. 315-6.
 21. Unic I, Stalmeier PF, Peer PG, van Daal WA. A review on family history of breast cancer: screening and counseling proposals for women with familial (non-hereditary) breast cancer. *Patient Educ Couns* 1997; 32(1-2): 117-27.
 22. Ginsberg A, Price S, Ingram D, Nottage E. Life events and the risk of breast cancer: a case-control study. *Eur J Cancer* 1996; 32A(12): 2049-52.
 23. Tarkhan M. The relationship between coping strategies and self perceived stress in women at risk for breast cancer. *Health Psychology* 2013; 2(6): 33-47. [In Persian].
 24. Mohamadi R, Kashfi F, Nikofar AR, Hoseini F. Risk factors of breast cancer. *Iran J Nurs* 2001; 13(26): 23-30. [In Persian].
 25. Bolhahi J, Fati L, Kazemzadeh M, Motabi F, Baroti E. Stress management. Tehran, Iran: Danjeh Publication; 2008. [In Persian].
 26. Antoni M, Schneiderman N, Ironson G. A practical guide to stress management. Trans. Neshatdost HT, Almohamad J, Jookar S. Isfahan, Iran: Jahad Daneshgahi Publication; 2010. [In Persian].

27. Azmonyar. Hari's stress inventory [Online]. [cited 2009 Nov]; Available from: URL: <http://www.azmonyar.blogfa.com/post-486.aspx> [In Persian].
28. Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Weisman CS, Chuang CH, Parrott R, et al. Improving women's preconceptional health: findings from a randomized trial of the Strong Healthy Women intervention in the Central Pennsylvania women's health study. *Women Health Issues* 2008; 18(6 Suppl): S87-S96.
29. AliGhol M , ShojaeiZadeh D , Gholestan B. The effect of stress management education on job stress in Ghom city health and medical centers. 3th National Congress on Health Education & Promotion .Hamadan.2008:171. (Persian)
30. Heydari F, Mohamadkhan S, Vanaki Z, Kazemnejad A. Review effect design program health promotion the stress management middle-aged women. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(22): 16-23. [In Persian].
31. Moeini B, Hazavehei SM, Hosseini Z, Aghamolaei T, Moghim Beigi A. The impact of cognitive-behavioral stress management training program on job stress in hospital nurses: applying PRECEDE model. *J Res Health Sci* 2011; 11(2): 114-20.
32. Mohebbi S, Shahsiah M, Moshki M, Delshad A, Matlabi M. The effect of teaching courageousness based on PRECEDE model on the assertiveness of high school adolescents in Gonabad. *J Research & Health* 2011; 1:45-53.
33. Bakhshi R. Review effect of nursing consulting in quality of life women breast cancer treated radiation in cancer institute Tehran. [MA Thesis]; Tehran, Iran: School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences 2009. [In Persian].
34. Bragg LS, Deiriggi P, Hursh D, Miller D, Leight V. The effect of structured training on breast self-examination search behaviors as measured using biomedical instrumentation. *Nurs Res* 2000; 49(5): 283-9.
35. Kwok C, Cant R, Sullivan G. Factors associated with mammographic decisions of Chinese-Australian women. *Health Educ Res* 2005; 20(6): 739-47.
36. Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. *Oncol Nurs Forum* 2001; 28(6): 1032-40.
37. Bailey EJ, Erwin DO, Belin P. Using cultural beliefs and patterns to improve mammography utilization among African-American women: the Witness Project. *J Natl Med Assoc* 2000; 92(3): 136-42.
38. Hatefnia E, Niknami S, Mahmoudi M, Ghofranipour F, Lamyian M. The effects of health belief model education on knowledge attitude and behavior of Tehran pharmaceutical industry employees regarding breast cancer and mammography. *Behbood J* 2010; 14(1): 42-53. [In Persian].

The Effect of Stress Management Group Counseling on Stress in Women with a Family History of Breast Cancer

Mahdi Moshki, Ph.D.¹, Farkhondeh Amin-Shokravi, Ph.D.^{2*}, Masoumeh Hashemian, Ph.D.³, Elham Behnam-Talab, M.Sc.⁴, Naeimeh Jafaei, M.Sc.⁵

1. Associate Professor, Department of Public Health Sciences, School of Health, Social Development and Health Promotion Research Center, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2. Associate Professor, Department of Health Education, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Health Education, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
4. M.Sc. in Health Education, Department of Health Education, School of Health, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran
5. M.Sc. in Family Counseling, Ghochan Branch, Islamic Azad University, Ghochan, Iran

* Corresponding author; e-mail: aminsh_f@modares.ac.ir

(Received: 15 Sep. 2014 Accepted: 10 June 2015)

Abstract

Background & Aims: Breast cancer is the most prevalent cancer and the leading cause of death due to cancer in woman. The presence of a breast cancer patient in the family not only increases the risk of this cancer among family members, but can also increase their stress level. Moreover, increased stress level can be proposed as a trigger for breast cancer. The aim of the present study was to evaluate the effect of stress management group counseling on stress levels of women with a family history of breast cancer.

Methods: This was a quasi-experimental study with control group. In this study, 97 women whose mothers, sisters, or daughters had breast cancer in the past 5 years were selected and randomly divided into control and experimental groups. The stress management intervention was designed in the form of group counseling and implemented in 6 sessions lasting 90 minutes. The data collection tool consisted of a 2-part questionnaire including a demographic questionnaire and the Harry's stress questionnaire. The questionnaire was completed by both group participants before and after the intervention. Data were analyzed using independent t-test in SPSS software.

Results: Before the intervention, no significant statistical difference was observed between the two groups in terms of the mean stress score. However, after the intervention, independent t-test showed a statistically significant difference between the control and experiment groups in terms of the mean stress management score ($P < 0.001$)

Conclusion: Stress management group counseling is effective on the stress level of women with a family history of breast cancer. Thus, this intervention is recommended as an appropriate mental health plan in this group of women.

Keywords: Group counseling, Stress management, Women, Breast cancer

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2016; 23(1): 68-80