

اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان

دکتر علی عیسی‌زادگان^۱، دکتر سیامک شیخی^{۲*}، محمد حافظ‌نیا^۳، دکتر علی خادمی^۴

تاریخ دریافت 1392/02/03 تاریخ پذیرش 1392/04/07

چکیده

پیش زمینه و هدف: متناسب با سبب شناسی افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان شیوه‌های درمانی مختلفی شناخته شده است که یکی از آن‌ها گروه درمانی شناختی-رفتاری است. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر درمانی گروهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان است.

مواد و روش: مطالعه حاضر یک طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد می‌باشد. در این پژوهش از بین کلیه مراجعه‌کنندگان به بیمارستان امید شهر ارومیه، ۲۰ بیمار که در طرح‌های آزمایشی کفایت می‌کند به روش نمونه‌گیری در دسترس و ۲۰ نفر از افراد غیر مبتلا به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه مداخله و شاهد اختصاص داده شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی یک بود. اعضای گروه مداخله در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت کردند و گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نکردند. برای مقایسه میانگین نمرات از آزمون کواریانس (آنکوا) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله و شاهد تفاوت معنا داری وجود دارد. بدین معنی که شناخت درمانی گروهی موجب کاهش میانگین نمره افسردگی بیماران در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد شده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند که شناخت درمانی گروهی می‌تواند علائم افسردگی بیماران سرطانی را کاهش دهد. لذا از این یافته می‌توان در راستای برنامه‌ریزی یا استفاده از چهار چوب نظریه شناختی در کاهش و یا جلوگیری از افزایش افسردگی بیماران سرطانی استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی گروهی، افسردگی، بیماران سرطانی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره پنجم، ص ۳۳۹-۳۴۶، مرداد ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: آذربایجان غربی، ارومیه، خیابان والفجر ۲، روبروی صدا و سیما، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی، تلفن: 0441-3362008-12

Email: ss.naybi@yahoo.com

مقدمه

از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌گردد، به طوری که ضرورت بستری مکرر و نگرانی‌های مداوم برای بیماران و خانواده آن‌ها فرد را به سمت و سوی اختلالات روانی می‌کشاند (۲). سرطان، استقلال و توانایی فرد را برای ایفای نقش مهم در خانواده و اجتماع تهدید کرده و فرد را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد. بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش‌پذیری از قبیل افسردگی، اضطراب و ترس و نفرت از خود شود (۳). مطالعات زیادی نشان داده است که یکی از اختلال‌های روان پزشکی شایع در بیماران مبتلا به سرطان افسردگی است (۹-۴).

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه علم پزشکی، هم‌چنان سرطان به عنوان یکی از مهم‌ترین بیماری‌های قرن حاضر در بین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروقی است. این بیماری با تغییر شکل سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا در سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر برسد (۱). سرطان به عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود و فرد متعاقب تشخیص آن دچار اضطراب و افسردگی ناشی از ترس غیر واقعی

^۱ استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه

^۲ استادیار گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

^۴ استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه

درمانی شناختی - رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است. و در پی بررسی فرضیه زیر است:

۱- آموزش گروه درمانی شناختی-رفتاری سطح افسردگی اعضای گروه آزمایشی را نسبت به اعضای گروه کنترل در مرحله پس آزمون کاهش می‌دهد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش تحقیق به دلیل وجود دو گروه کنترل و آزمایش از نوع تحقیقات تجربی به شمار می‌رود. ولی از آنجا که گروه کنترل با گروه آزمایش همتا شده است (بر اساس سن، جنس، میزان تحصیلات) و ملاک انتساب اعضای گروه کنترل به صورت تصادفی محض نبوده، از نوع تحقیقات شبه آزمایشی به شمار می‌رود. مطالعه حاضر یک طرح شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت از کلیه بیماران سرطانی مراجعه کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه بودند. حجم نمونه شامل ۲۰ بیمار بوده که در محدوده سنی ۳۲ تا ۶۸ قرار داشته که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به ملاک‌های (معیارهای ورود و خروج) زیر انتخاب شدند:

- ۱- تشخیص بیماری سرطان توسط پزشک متخصص.
- ۲- دارا بودن سن حداقل ۱۹ و حداکثر ۷۰ سال.
- ۳- مرد بودن.
- ۴- تحصیلات حداقل پنجم ابتدائی.
- ۵- دارا بودن ملاک تشخیصی افسردگی دیس تایمیا بر اساس DSM- IV توسط روان شناس بالینی و روان پزشک.
- ۶- نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات بارز روان پزشکی از قبیل افسردگی اساسی، وسواسی-جبری و اختلالات شخصیت.
- ۷- نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهشی باز دارد.

پس از بررسی بیماران و انجام مصاحبه بالینی، مراجعان دارای شرایط لازم برای پژوهش مورد نظر مشخص گردیدند و تمامی آزمودنی‌ها ابزار پژوهش را تکمیل کردند. سپس بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ۲۰ نفر به عنوان گروه کنترل همتا با گروه آزمایش انتخاب شدند. پس از آن اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از طرف آن‌ها به مدت ۱۲ جلسه هفتگی ۱/۵ ساعته تحت درمان گروهی شناختی- رفتاری قرار گرفتند. کلیه آزمودنی‌ها ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند. پس از اتمام ۱۲ جلسه درمان گروهی، بار دیگر هر دو گروه به وسیله ابزار پژوهش آزمون شدند. با توجه به این که در

افسردگی برای بیماران سرطانی بسیار زیان بار است زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقی مانده عمر را از دست می‌دهند (۱۰). متناسب با سبب شناسی این اختلال شیوه‌های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است، یکی از این رویکردها درمان شناختی - رفتاری است که روشی سودمند برای درمان اختلال افسردگی در بیماران سرطانی هم مطرح شده است (۱۱-۱۲). در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه‌ی میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. در این رویکرد برای درمان افسردگی بین ۶ تا ۲۰ جلسه روان درمانی نیاز است تا بهبودی حاصل شود (۱۴).

با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان درمانی فردی نمی‌تواند پاسخگوی این مشکل باشد (۱۵). از این رو می‌توانیم از گروه درمانی به جای روان درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان با صرفه‌تر است با عنوان گروه درمانی شناختی - رفتاری سود جوییم. اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر اختلالات روانی موثر است، زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می‌شود، ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد با فرد جدید آشنا شده، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود (۱۶). بسیاری از بیماران سرطانی هم تفکر افسرده دارند و هم در سطح تمرکز و میزان توجه خود، کاهش نشان می‌دهند و همین امر باعث کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۱۷). محققان تأیید کرده‌اند که افسردگی در بین بیماران سرطانی بیش از سایر اختلالات روان پزشکی شایع است (۱۸)، (۱۹). با توجه به این که مدل درمانی شناختی - رفتاری باعث افزایش احساس کنترل درد، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و کاهش افسردگی و حالات هیجان منفی در بیماران مبتلا به درد مزمن می‌گردد (۲۰) بنابراین اثر بخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری را در بهبود و کاهش افسردگی این بیماران تأیید کردند (۲۱-۲۵). لذا جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب پرستاری، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه، آشنایی با تأثیرات این روش درمانی می‌تواند در انجام فرآیندهای روان پرستاری جهت بیماران نیازمند متمر ثمر باشد تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشید. کیفیت زندگی را در آن‌ها بالا برد. لذا تحقیق حاضر با هدف اثربخشی گروه

کردن قوانین و مقررات گروهی بود. جلسه دوم: معرفی مدل CBT، معرفی تحلیل کارکردی، فراهم کردن منطقی برای تکالیف خانگی. جلسه سوم: روشن‌سازی و اولویت بندی اهداف، شناسایی و مقابله با افکار مرتبط با سرطان. جلسه چهارم: ارائه برنامه مدیریت خشم و ابراز وجود و تشویق بیماران به کسب حمایت اجتماعی و افزایش منابع شخصی. جلسه پنجم: کار روی بازسازی شناختی، برنامه ریزی منظم برای فعالیت و طرح ریزی برای کارهای مثبت به صورت روزانه. جلسه ششم و هفتم: ادامه دادن به کار روی بازسازی شناخت و تنظیم مجدد روایت بیماران. جلسه هشتم و نهم: آموزش حل مسئله و ادامه به کار بر روی باز سازی روایت اعضا. جلسه دهم: مرور مداخله و اهداف درمان. بحث در باره روایت فعلی بیماران. جلسه یازدهم و دوازدهم: مرور به کار بستن مهارت‌های مسئله گشایی در مورد مسایل روانی اجتماعی، طراحی یک برنامه حمایتی عینی برای شناسایی مسایل روانی اجتماعی، باز نگری و حمایت از تلاش‌های بیمار در اجرای برنامه، مرور دوباره برنامه و اهداف درمان، ارائه باز خورد در مورد پیشرفت و دریافت باز خورد از بیمار در مورد جنبه‌های موفق و نا موفق درمان.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون افسردگی را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. چنان که مشاهده می‌گردد میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۳/۲۰ و انحراف معیار ۴/۵۰ و میانگین گروه کنترل ۱۲/۹۰ و انحراف معیار ۳/۷۰ می‌باشد. با توجه به داده‌های جدول بین دو گروه در پیش آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود ندارد. همچنان که مشاهده می‌گردد میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۵/۶ و انحراف معیار ۳/۹۵ و میانگین گروه کنترل ۱۲/۴۰ و انحراف معیار ۳/۳۰ می‌باشد با توجه به داده‌های جدول بین دو گروه در پس آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

طرح آزمایش این پژوهش، پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود، جهت کنترل اثر عامل پیش آزمون، از روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک - نسخه ۲ (BDI-II): به عنوان یک ابزار خود گزارشی به طور اولیه بک و همکاران آن را در سال ۱۹۶۰ معرفی کردند. در سال ۱۹۹۶ بک و همکاران نسخه دوم را ارائه کرده‌اند که در آن بعضی گویه‌ها با DSM-IV همخوان است و مشابه چاپ اول نیز یک اندازه گیری خود گزارشی دهی ۲۱ عبارتی است (۲۶). قاسم زاده و همکاران ۲۰۰۵ در بررسی ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک چاپ دوم بر ۱۲۵ دانشجوی ایرانی از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علامه طباطبایی ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و ضریب باز آزمایی را ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش از نسخه ترجمه شده قاسم زاده و همکاران استفاده شد. داده‌های حاصل از این پژوهش ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف شدند و سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه آزمایش و کنترل بررسی شد. از آنجایی که برای بررسی فرضیه‌ها از طرح نیمه آزمایشی استفاده نموده‌ایم، لذا برای تحلیل نتایج حاصل از این طرح، از تحلیل کوواریانس بهره گرفتیم تا به واسطه کاربرد این روش، اثرات پیش آزمون را به عنوان یک متغیر تصادفی کمکی کنترل کنیم. استفاده از این روش مستلزم کنترل مفروضه‌هایی است که ما در بررسی فرضیه‌ها از سه مفروضه (آزمون لوین، خطی بودن و همگنی شیب رگرسیون) بهره گرفتیم. این تجزیه و تحلیل بر اساس نرم افزار Spss.۱۶ انجام شد.

جلسات گروه درمانی در گروه آزمایش

جلسه اول: اجرای پیش آزمون، بحث و بررسی اهمیت درمان‌های غیر دارویی، مشخص کردن زمان و مکان برگزاری و طول مدت جلسات، معرفی و آشنایی اعضا با همدیگر و مطرح

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

| گروه‌ها | پیش آزمون | | پس آزمون | |
|---------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۱۳/۲۰ | ۴/۵۰ | ۵/۶ | ۳/۹۵ |
| کنترل | ۱۲/۹۰ | ۳/۷۰ | ۱۲/۴۰ | ۳/۳۰ |

تحلیل حاصل از تحقق خطی بودن روابط بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته نشان داد که شیب‌های خطوط رگرسیون موازی‌اند. براساس رعایت مفروضه‌های فوق برای بررسی تأثیر آموزش‌های درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی از تجزیه و تحلیل آنکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جدول شماره (۲): نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان گروهی شناختی-رفتاری بر میانگین نمره‌های

| منبع | مجموع مجذور اتا | درجه‌ی آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌دار | مجذور اتا |
|-----------|-----------------|--------------|-----------------|-------|--------------|-----------|
| پیش‌آزمون | ۱/۹۰۱ | ۱ | ۱/۹۰۱ | ۰/۴۰۵ | ۰/۵۳۳ | ۰/۵۷ |
| گروه | ۰/۷۷۸ | ۱ | ۳۲۹/۷۷۸ | ۲۵۴ | ۰/۰۰ | ۰/۶۱ |
| خطا | ۳۲۹ | ۱۷ | ۷۹/۷۹۹ | ۷۰ | | |

شد. نتایج به دست آمده نشان داد که این شیوه درمانی بر افسردگی بیماران سرطانی تأثیر داشته و موجب کاهش افسردگی در شرکت کنندگان در برنامه شناخت درمانی گروهی شده است ($P < 0.05$). یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های؛ لوما و همکاران (۲۱)؛ ادمونز و همکاران (۲۲)؛ بایدر و همکاران (۲۳)؛ لویل و همکاران (۲۴)؛ لی پور و همکاران (۲۵)؛ چو و همکاران (۱۱)؛ شیرد و مگوری (۱۲)؛ آندرسون (۱۳)؛ که رویکرد و تکنیک‌های شناختی را در درمان افسردگی به کار بردند و تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش و درمان افسردگی را مورد تایید قرار دادند، با یافته‌های مطالعه حاضر مطابق است. نکته مهم در کاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل فرایند درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران سرطانی مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر بودن را در آن‌ها تقویت می‌کند (۳۱). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌کند که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود بلکه به توسعه روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان تعامل، به یکدیگر حمایت می‌کند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بیش می‌دهند به همین دلیل اغلب بیماران

تحلیل مقدماتی برای ارزیابی تحقق برابری و همگنی واریانس خطای گروه‌های مورد مطالعه آزمون لوین نشان داد که خطای واریانس گروه‌های مورد مطالعه همگن و برابر بوده چرا که $F = 0.335$ و $P = 0.571$ در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار نیست. همچنین ارزیابی همگنی شیب‌های رگرسیون نشان داد F محاسبه شده در سطح $P < 0.01$ معنی‌دار نیست لذا اثر متقابل بین متغیر کواریانت (پیش‌آزمون) و عامل معنی‌دار نمی‌باشد و

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون افسردگی) با متغیر وابسته (پس‌آزمون افسردگی) رابطه‌ای ندارد ($F = 0.405$ در سطح $P < 0.05$ معنی‌دار نیست) و شدت ارتباط بین متغیر مستقل گروه درمانی شناختی - رفتاری و متغیر وابسته افسردگی زیاد است. و نیز اثر گروه درمانی شناختی - رفتاری بر افسردگی کاملاً معنی‌دار است. و همان گونه که با مجذوراتا ارزیابی شده، عامل گروه درمانی شناختی - رفتاری موجب ۶۱ درصد تغییرات در کاهش افسردگی شده است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروه درمانی شناختی - رفتاری موجب کاهش افسردگی در بیماران سرطانی گردیده است. و تفاوت گروه‌های مورد مطالعه از نظر آماری معنی‌دار بوده و این معنی‌داری به نفع گروه آزمایش است. چنانچه جدول ۲ نشان می‌دهد پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون؛ اثر عامل بین آزمودنی‌ها درمان گروهی شناختی-رفتاری بر متغیر وابسته افسردگی معنی‌دار است بنابراین، نتایج تحلیل حاکی از آن است که درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی تأثیر مثبت دارد. مقادیر میانگین در پیش‌آزمون تفاوت چندانی را بین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل نشان نمی‌دهد در حالی که در پس‌آزمون میانگین دو گروه متفاوت بوده و میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر کاهش افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان طراحی و اجرا

در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده‌ی آن‌ها به شاخص‌هایی می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرند.

دیدگاه شناختی افسردگی حاصل افکار خود آیند، طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی فرد از خود، دنیا و آینده است. لذا برای کاهش نشانه‌های افسردگی ابتدا بر شناسایی و سپس به چالش‌طلبیدن و تغییر افکار خود آیند طرح‌واره‌ها و برداشت‌های منفی فرد و هم چنین ارایه تکالیف خاص در هر مرحله از درمان تاکید می‌گردد. لذا در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به انجام فرایند ذکر شده در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای اعضای شرکت کننده و هم چنین با استناد به نتایج آماری پژوهش گروه درمانی با رویکرد شناختی در کاهش افسردگی بیماران سرطانی موثر بوده است. کشور ایران در فرآیند توسعه برنامه‌های بهداشتی ملی بر بیماری‌هایی چون چاقی، دیابت، قلب و عروق و سرطان متمرکز است. بنابراین مفهوم درست عوامل روانی تأثیر گذار بر بهبود بیماری‌ها به همراه دارودرمانی می‌تواند برای طراحی برنامه‌های بهداشتی حیاتی باشد (۲۷). در این میان درمان‌های گروهی شناختی - رفتاری یکی از مؤثرترین مداخلات روان‌شناختی است. یکی از بررسی‌های مهم در زمینه گروه درمانی توسط کاپیلاز در سال ۲۰۰۰ انجام شده است. وی ۱۸ هفته گروه درمانی شناختی - رفتاری را بر روی ۲۱ نفر فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و بیان نمود که درمان بر روی بیماران افسرده مؤثر تر است (۲۸). از آن جا که عود بیماری افسردگی برای بیمار و خانواده بسیار پر تنش بوده و هزینه‌های بسیار زیادی جهت درمان دارویی از کار افتادگی و یا بستری بیماران ایجاد می‌کند (۲۹). تنیدگی‌های روان شناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود و عدم کاهش و درمان این واکنش‌ها، باعث طولانی تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. سرطان نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. بیمارانی که بیماریشان را خطرناک تر، مزمن تر و غیر قابل کنترل تر می‌دانند منفعل تر می‌شوند و مشکلات روانی بیشتری دارند. ادراک بیمار در باره کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد. اگرچه درمان‌های کنونی سرطان تأثیرات ارزنده‌ای در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری را دارند و لی خالی از تنیدگی نیستند. درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط نمی‌توان 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 روان شناختی این بیماران، کشف

واکنش‌های شایع و عوارض روانی جهت پیشگیری و درمان سریع‌تر اهمیت اساسی دارد. بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق موثر و زندگی بخش با بیماری مزمن‌شان هستند. امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان شناختی در روند بهبود بیماری مزمن جسمی مورد تایید قرار گرفته است بنابراین جهت برنامه ریزی اقدامات مناسب پرستاری، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه نیاز آشنایی با درمان‌های مناسب از جمله درمان‌های شناختی - رفتاری به صورت گروهی می‌باشد. داشتن اطلاعاتی پیرامون این روش درمانی می‌تواند در انجام فرایندهای روان پرستاری جهت بیماران نیازمند متمر ثمر باشد. تا با انجام اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشید و کیفیت زندگی را در آن‌ها بالا برد. با توجه به نتایج تحقیق، شناخت و خامت مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه‌های تیم درمانی روان شناختی به طور جدی تر و گسترده‌تر در سطح بیمارستان‌ها می‌طلبد. بنابراین، کاهش علائم روان شناختی نه تنها در درمان‌های موثر و پیشرفت‌های آینده موثر است بلکه در ارتقای برنامه‌های حمایتی، مقابله‌ای و اقدامات توان بخشی بسیار مهم است (۳۲). 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 مرکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز، در روند رو به بهبود این بیماران کمک موثری صورت گیرد. پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است، این پژوهش در مورد بیماران سرطانی با جنسیت مذکر صورت گرفته است، توصیه می‌شود که در مورد زنان سرطانی هم صورت گیرد. این تحقیق در ارومیه انجام گرفته است و توصیه می‌شود در تعمیم نتایج احتیاط انجام پذیرد. در مجموع به نظر می‌رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثر بخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه باشد. با این وجود انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با بکار گیری نمونه‌های بزرگ‌تر، دوره‌های درمان طولانی تر، ارزیابی‌های حین درمان و پیگیری طولانی تر نارسایی‌های این پژوهش مرتفع گردد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با مشارکت بیماران سرطانی بیمارستان امید انجام گرفت. از مسئولین و اعضای محترم بیمارستان و بیماران شرکت کننده تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. با توجه

رضایت داشته و شکایت خاصی نداشتند کمال تشکر و قدرانی را می‌نمایید.

به اینکه میزان افسردگی گروه کنترل با گروه آزمایش یکسان بود و بدون درمان رها کردن گروه کنترل از لحاظ اخلاقی درست نیست لذا از گروه کنترل که در این خصوص

References:

1. Hasanpour A, Azari E. Quality of life and related factors in cancer patients Abstract Book of National congress of care in special diseases. Ahvaz Univ Med Sci 2006; 42. (Persian)
2. Bamshad Z, Safkhani F. Assessment of mental health of women with breast cancer. Abstract Book of National congress of cancer in special diseases. Ahvaz Univ Med Sci 2006; 56. (Persian)
3. Noghani F, Monjamed H, Bahrani N, Ghodrati V. The comparison of self – esteem between male and female cancer patients. Mag Nurs obset Fac Tehran med sci Fac 2006;12 (2): 33-41. (Persian)
4. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in woman with early Breast cancer: five year observational cohort study. BMJ 2005; 330(7493): 702.
5. Bussing A, Fischr J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on Gods'help, depression and fatigue in female cancer patients. Intj psychiatry Med 2008; 38(3): 357-72.
6. Wasteson E, Brenne E, Higgins on IJ, Hotop fM, Liody – Williams M, Kaasa S, et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. Palliate Med 2002; 23(8): 729-53.
7. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung Fy, Lo JC, Yeung M, et al. The symptom cluster of Fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life woman receiving treatment for breast cancer. multicenter study. Oncbl Nurs form 2009; 36(4): 205-14.
8. Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. Psychosomatics 2009;50(4):383-91.
9. Smith EM, Gomm SA, Pichens CM. Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advance cancer. Palliative medicine 2003;17(6): 509-13.
10. Dematheo M. Health psychology. Translated by: Kaviani M Hashemian K. Tehran: SAMT Publication; 2008. (Persian)
11. Chow E, Tsao MN, Harth T. Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. Palliat Med 2004;18(1):25-31.
12. Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. Br J Cancer 1999;80(11):1770-80.
13. Andersen BL. Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. J Consult Clin Psychol 2006;70: 590-610.
14. Hawton C. Therapy for psychiatric problems. Trans GhasenZadeh H, Tehran: Arjomand; 2003.P. 314-47. (Persian)
15. Mehrabi T, sheikholeslami F, Ghazavi Z, Nasiri M. The effect of group therapy an depression and anxiety levels of the patients with MI. Nursing Midwifery Search 2004 ; 29 (7) 5-13. (Persian)
16. Coppeliz P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with order adults. J Clinical Gerontology 2000;6(4). 156-74.
17. Jurer JP, Vercosa N. Depression patients with advance cancer and pain. Rev Bras Anestesiol 2008;58(3): 287-98.

18. Gotay CC, Muraoka MY. Quality of life in long-term survivors of adult-onset cancers. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(9):656-67.
19. Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psychooncology* 1999;8(4):315-33.
20. Sela RA. Chronic low back pain and cognitive – behavioral therapy (Dissertation). Edmonton: Canada University of Alberta; 2000.
21. Luma ML, Hakamies –Blomqvist L. The meaning of quality of life in patients belling treated for advance breast cancer: A qualitative study. *Psycho-oncology* 2004;13(10): 729-39.
22. Edmons CVI, Lockwood GA, Cunnin& ham AJ. Psychological response to long –Term group therapy: A randomized Trail with metastatic breast cancer patients. *Psycho-oncology* 2007; 81: 74-91.
23. Baider L, Peretz T, Hadani PE, Koch U. Psychological intervention in cancer patients: a randomized study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(5):272-7.
24. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to reduce depression in patients with cancers. *Scholarly inquiry for Nursing practice: An Int J* 2005; 15 (3): 277-94.
25. Lepore SJ, Helgeson VS, Eton DT, Schulz R. Imprvngdid depression in men with prostate cancer: A randomized controlled Trail for group educationintervention. *Heath psychology* 2003; 22(5): 443-52.
26. Ghasemzadeh H. Psychometric properties of a Persian-language version of the beck depression inventory 2nd Ed: BDI II-persian. *Depression and Anexity* 2005;21: 185-92.
27. Hroth M. Hand book of psychological assessment. Translated by: pasha sharify H&Nikhoo M. 2th Ed. Tehran: Sokhan publication; 1997. (Persian)
28. Simpson S, carison E, Etrew. Effect of group therapy for Brest cancer on the heathcarutilization. *Cancer prac* 2001; 9(1): 19-34.
29. Edward P, Sarafino P. *Heath psychology*. 2005, Translatey by, Merzaie et al. Tehran: Roshd publication; 2003.P. 316-8.
30. Cappeliz P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with order adults. *J of clinical Gerontology* 2000;6(3): 156-74.
31. Mokhtari S. Effectiveness of cognitive-behavioral approach to group on depression in patients with multiple sclerosis. *Psychology (Dissertation)*. Isfahan: Isfahan University; 2006. (Persian)
32. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reduction of psychological symptoms among patients with cancer. *Zahedan J Res Med Sci* 2012;14(2): 112-6.

THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL GROUP THERAPY ON REDUCTION OF DEPRESSION SYMPTOMS AMONG PATIENTS WITH CANCER

Ali Issazadegan¹, Siamak Shieghi², Mohammad Hafeznia³, Ali Khademi⁴

Received: 23 Apr, 2013; Accepted: 28 Jun, 2013

Abstract

Background & Aims: Many methods have been established for the treatments of depression among cancer patients depending on its etiology, and cognitive therapy is one of them. This research aimed to investigate the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on decreasing depression level of patients with cancer.

Materials & Methods: This pretest-posttest quasi-experimental study was conducted on 20 cancer patients that were selected by available sampling method and were randomly divided into two experimental and one control groups. The measurement tool was Beck Depression Inventory (BPI-II). The experimental group participated in 12 sessions of cognitive therapy, while the control group did not receive any treatment. The mean scores of the two groups were compared through analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results of the study showed the significant differences between the mean scores of the pre-test and post-test of the experimental and control groups; cognitive group therapy had reduced the depression mean score in the experimental group.

Conclusion: The findings of the study indicate that cognitive group therapy can reduce the depression among cancer patients. Therefore, it is an effective method for encountering and coping with negative life events or prevent depression among cancer patients.

Keywords: Cognitive group therapy, Depression, Cancer patients

Address: Faculty of Education, Urmia University, Valfajr Ave., Urmia, Iran Tel: +98 4413362008

Email: ss.naybi@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(5): 346 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychiatry, Social Determinants of Health Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

³ Clinical Psychology Student, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran