

اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر امید به زندگی و افسردگی زنان مبتلا به

سرطان سینه

سمیه گراوندی*، کاظم گرام**، اکرم مظلومی***، الهام مظلومی****

دریافت مقاله:

92/11/17

پذیرش:

93/3/20

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی شناختی بر کاهش میزان افسردگی و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به مراکز بیمارستانی شهر کرمانشاه صورت گرفت. به همین منظور، تعداد 24 نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه که مدت 4 ماه از شیمی‌درمانی آن‌ها گذشته است، **روش:** روش نمونه‌گیری در دسترس، پس از مصاحبه بالینی انتخاب گردیدند و در دو گروه 12 نفری کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند سپس همه 24 نفر به وسیله ابزارهای پژوهش از جمله مقیاس افسردگی بک - امید به زندگی میلر مورد آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، 12 جلسه در مداخلات گروه‌درمانی رفتاری - شناختی شرکت کردند و این در حالی بود که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در پایان دوباره آزمون‌ها برای همه افراد نمونه 24 نفر اجرا گردید. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و به وسیله نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که درمان رفتاری - شناختی به شیوه گروهی در سطح معناداری ($p \leq 0/01$) در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است $f=69/90$ همچنین، در ($p \leq 0/01$) باعث افزایش امید به زندگی در این بیماران گردیده است $f=71/32$.

نتیجه‌گیری: این نتایج بیان می‌کند که اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی شناختی بر کاهش میزان افسردگی و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

واژگان کلیدی: سرطان سینه، افسردگی، امید به زندگی، گروه‌درمانی.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اراک (نویسنده مسئول) somayehgravandi@yahoo.com

** استاد دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اراک.

*** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اراک.

**** کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اراک.

مقدمه

امروزه سرطان، یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از هر 5 نفر 1 نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی دومین علت مرگ و میر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است (ایلخانی، 1370).

سرطان، دومین عامل برجسته مرگ در کشورهای توسعه‌یافته و مسئول یک پنجم مرگ و میرهاست (فوبایر و کوربا،¹ 1982). بیماری‌های سرطانی و بخصوص سرطان سینه در زنان به‌طور چشمگیری رو به گسترش است. از طرفی رابطه تنگاتنگی میان حالات روان‌شناختی و سرطان وجود دارد. با توجه به اینکه هرگونه تغییری در زندگی انسان، با استرس همراه است. از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می‌تواند بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، حسادت، کینه‌توزی و همانند آن‌ها باشد (نصری، 1372؛ خسروی، 1374). بعضی شواهد حاکی از آن است که استرس، در شروع و پیشرفت سرطان نقش دارد. نتایج تعدادی از بررسی‌ها نشان می‌دهد، که بروز بعضی از انواع سرطان‌ها در کودکان و بزرگسالان با میزان استرسی که به آن‌ها وارد شده است، مرتبط است (بلینی،² 1985). هرچند

اثبات اینکه فشار روانی موجب سرطان می‌شود غیرممکن است با این حال، حالت‌های روان‌شناختی می‌تواند بر بیماری جسمانی تأثیر بگذارد. در واقع، زنجیره‌ای از رویدادها وجود دارد که می‌تواند از ضایعه جزئی به سرطان بیانجامد (سلیگمن،³ 1984). احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی 30 تا 40 درصد برآورد شده است. بر اساس تحقیقات انجام شده 80% از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند. از طریق روان‌درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار، نظام ایمنی بدن وی را تقویت کرد (اسپیگل،⁴ 1933).

در بین انواع سرطان، سرطان پستان⁵ شایع‌ترین نوع در زنان است؛ آمارهای موجود نشان می‌دهند که خطر ابتلا به سرطان پستان در زنان 1 به 8 است (مؤسسه ملی سرطان،⁶ 2000؛ به نقل از شنايدر و پترسون،⁷ 2000). این بیماری حدود یک سوم کل سرطان‌های زنان را شامل می‌شود علت اساسی مرگ در زنان سنین 45-35 است. بر اساس گزارش اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها در مورد وضعیت بروز انواع سرطان در ایران در سال 1375، شایع‌ترین سرطان در زنان ایرانی، سرطان پستان با شیوع 18/9 درصد بوده است و بیشترین میزان بروز آن

3. Seligman

4. Spiegl

5. Breast Cancer

6. National Cancer Insitute(NCI)

7. Snyder Peterson

1. Fobair & Cordoba

2. Blaney

بدن را در برابر بیماری‌های جسمی مختل می‌سازند. در چنین شرایطی، اختلال روانی علت بروز بیماری جسمی است به طوری که هیچ علت فیزیولوژیکی و عضوی برای بیماری جسمی فرد وجود ندارد. اختلال روانی به دلیل تأثیرات روانی که در فرد ایجاد می‌کند قدرت مقابله فرد را با بیماری‌های سرطان را کاهش می‌دهد. (سیسیل، 2004).

سرطان باعث برهم خوردن تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می‌شود؛ اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار احساس یاس و افسردگی است (سوکن و کارسون¹، 1987). در مطالعه‌ای که توسط ایروینگ²، اشنايدر و کراوسون³ در سال 1999 انجام شد آزمودنی‌هایی که نمراتشان در مقیاس امید در دسته افراد امیدوار قرار داشتند، در مواجهه با نوعی تکلیف تصویری تشخیص و درمان سرطان نسبت به آزمودنی‌های ناامید از سبک‌های کنار آمدن امیدوارانه‌تری استفاده کردند (به نقل از عظیمی، 2003).

سادوک و سادوک⁴ (1384) برای افسردگی ملاک‌هایی از جمله کاهش علاقه، گریه زیاد، احساس بلا تکلیفی و از دست دادن انرژی را ذکر کرده‌اند که در افراد ناامید نیز وجود دارد. همچنین، امید با شاخص‌های آسیب‌شناسی روانی فعلی شخصی به طور کلی و با افسردگی موجود وی به طور خاص، همبستگی منفی دارد.

1. Soeken Carson
2. Irving
3. Crowson
4. Sadock Sadock

نیز در سنین 35-44 سالگی است (ایراجیان، 1378).

جسم و روان انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و وضعیت یکی از آن‌ها می‌تواند تعیین‌کننده وضعیت دیگری باشد. بیماری‌های جسمی از نظر شیمیایی و فیزیولوژیکی می‌توانند موجب پدید آمدن اختلالات روانی شوند (اکبری، 2009) در بسیاری از مواقع، بیماری جسمی می‌تواند تغییرات شیمیایی و هورمونی در بدن ایجاد نماید و در فرد مبتلا به بیماری جسمی، اختلال روانی ایجاد کند. سرطان‌ها توانائی و قدرت جسمانی و روانی فرد را دچار اختلال می‌کنند و بدین طریق برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورند که منجر به کاهش اعتماد به نفس و امیدواری در فرد می‌شود (نوقانی و همکاران، 2006). از آنجا که بیمار در مدت بیماری جسمی خود، نمی‌تواند کارایی‌های همیشگی جسمانی خود را داشته باشد و بسیاری از فعالیت‌های محدود می‌گردد، این وضعیت، او را دچار اضطراب، خشم و افسردگی می‌کند و او را با استرس و بحران روانی مواجه می‌سازد. در این شرایط، بیماری جسمی فرد را از نظر روانی آسیب‌پذیر می‌سازد و منجر به ابتلا به اختلال روانی مانند افسردگی می‌شود. (اوی و دینگل، 2008) یک بیمار مبتلا به سرطان، به دلیل علائم ناتوان‌کننده بیماریش، ممکن است توان سازگاری با شرایط این بیماری و امید به زندگی خود را از دست بدهد و دچار افسردگی شدید شود. اختلالات روانی به دلیل کاهش ایمنی بدن، توان مقابله

افسردگی برای بیماران مبتلا به سرطان بسیار زیانبار است زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقیمانده عمر را از دست می‌دهند (دماتو¹، 2008).

امید، سلامت جسمی و روانی را آن‌گونه که با انواع شاخص‌ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن‌شناختی، کنار آمدن مؤثر (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای فشارزای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) و رفتار ارتقادهنده سلامت مشخص شده‌اند، پیش‌بینی می‌کند. (پترسون، 2000).

از این رو، به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی بتوانند گامی مؤثر در جهت افزایش امید و همچنین، کاهش افسردگی مبتلایان به سرطان بردارند. روان‌شناسی بالینی به‌طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی روانی تأکید داشته است و انعطاف‌پذیری، تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به‌ندرت مدنظر قرار داده است. اما در چند دهه اخیر، روان‌شناسی مثبت‌گرا² و روان‌شناسی سلامت³ به افزایش شادمانی و سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و سامانه‌های اجتماعی مثبت در ارتقای سلامت بهینه، تأکید دارند. مضامین اصلی روان‌شناسی مثبت‌گرا شامل

شادمانی، امید، خلاقیت و خرد می‌باشند (کار، 1385).

رولیف⁴ (1992) ذکر کرده است که به نظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را روی امید داشته باشد. بیشتر تحقیقات مربوط به امید نیز در مورد بیماران سرطانی است، چرا که این بیماری عامل تهدید کننده امید محسوب می‌شود. از این رو، پرداختن به‌نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به سرطان حائز اهمیت خواهد بود. در پژوهشی که جیونس، فلدمن، گام، مایکل⁵ و اشنايدر در سال 2005 انجام دادند، 32 شرکت‌کننده که به‌صورت تصادفی از لیست انتظار کلینیک روان‌شناسی (هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها تشخیص اختلال روانی دریافت نکرده بودند) انتخاب شدند و هدف از آن پژوهش، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر مؤلفه‌های امید، معنای زندگی، عزت‌نفس، افسردگی و اضطراب بود و نتایج نشان داد که مداخله موردنظر با معناداری آماری ($p > 0/05$) باعث افزایش امید، معنای زندگی، عزت‌نفس و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده بود. (اسدی، 2012). در بین درمان‌های روان‌شناختی گروه‌درمانی از جمله درمان‌هایی است که می‌تواند برای غلبه بر افسردگی بیماران مؤثر افتد. (بوسینگ⁶ و همکاران، 2008، واستسون⁷ و همکاران، 2009).

4. Roligh

5. Cheavens, Feldman, Gum Michael

6. Büssing

7. Wasteson

1. Dematheo

2. Positive Psychology

3. Health Psychology

باورهای جایگزین، و بازخوردهای مفید درباره انواع رفتارها، از یکدیگر حمایت می‌کنند. در بسیاری از پژوهش‌ها اهمیت اثربخشی گروه‌درمانی تأیید گردیده است (بورگس و همکاران، 2005).

درنهایت با توجه به نقش روان در سلامت عمومی انسان، از آن جمله بالا رفتن توان ایمنی بیماران سرطانی از یک‌سو و جلوگیری از کاهش توان ایمنی آن‌ها، دغدغه اصلی در این پژوهش یافتن راه‌حلی مناسب برای ارتقاء سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان بوده که در این راستا احساس می‌شود گروه‌درمانی شناختی به‌عنوان یک متغیر مستقل بر سلامت بیماران سرطانی (کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی) به‌عنوان متغیر وابسته مؤثر است. لذا بنا به اهمیت و ضرورت موضوع می‌خواهیم بدانیم «آیا گروه‌درمانی شناختی بر میزان افسردگی و امید به زندگی بیماران زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیرگذار است؟»

روش:

این پژوهش در قالب یک طرح کاربردی، شبه آزمایشی با گروه کنترل آزمایش با پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام می‌گیرد.

آزمایش R T1 x T2

کنترل R T2 T2

جامعه آماری پژوهش فوق شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر کرمانشاه در سال 92_91 می‌باشد. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد تعداد نمونه

سو¹ و همکاران، 2009، بریتزنهف² و همکاران، (2009).

از آنجا که در جلسات گروه‌درمانی کسانی حضور دارند که همگی مبتلا به یک عارضه می‌باشند می‌تواند درافزایش و بالا بردن اعتماد به نفس، نقش تأثیرگذاری داشته باشد. در گروه‌درمانی شناختی، تغییرات درمانی حاصل بینشی نیست که از تعامل گروهی نشئت می‌گیرد، بلکه در نتیجه استفاده مراجع از راهبردهای تغییر، که توسط درمان‌گرا موخته می‌شود به وجود می‌آید (هولون و ایوانز، 1983)؛ بنابراین، رویکرد شناختی در هر جلسه گروهی بر تغییرات ویژه، با ساختار مشکل مدار متمرکز است. در این قبیل الگوهای درمانی، بسیار مناسب خواهد بود اگر پیش از هر جلسه، به‌منظور بررسی نشانه‌ها و تنظیم راه‌حل‌ها، تغییرات سنجیده شود؛ مانند پرسشنامه افسردگی بک. علاوه بر آن، مداخله‌های شناختی در گروه برانجام تمرین‌های شناختی و رفتاری تأکید دارد. برخی از گروه‌های شناختی ممکن است نوع خاصی از فنون، مانند حل مسئله را به کاربندند، در حالی که گروه‌های دیگر ممکن است برای کمک به افراد مبتلا به برخی اختلالات روانی مانند افسردگی طراحی شوند. برای کمک به ایجاد تغییر در مراجعان، نخست باید به تمرین‌های شناختی و رفتاری در گروه پرداخت و سپس از اعضا خواست آنچه را در گروه فراگرفته‌اند در خارج از گروه به کاربندند. در جلسه بعد، اعضا گروه با ارائه عقاید و

1. So

2. Brintzenhofe

برای گروه آزمایش 12 نفر و برای گروه کنترل 12 نفر می‌باشد.

روش جمع‌آوری نمونه: باتوجه به موضوع تحقیق حاضر و نیز با در نظر گرفتن مراجعات مکرر به ادارات و مراکز مربوطه جهت کسب مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برای دسترسی به پرونده پزشکی بیماران و نیز ملاقات حضوری با بیماران (زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر کرمانشاه)، با مطالعه پرونده‌های بیماران و در نظر گرفتن وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، شغل، سن، وضعیت تحصیلی و نیز اینکه از مدت جلسات شیمی‌درمانی بیماران حداکثر مدت‌زمان 4 ماه گذشته باشد از بین پرونده‌های موجود در بایگانی بیمارستان، پرونده‌های مربوط به بیماران بخش شیمی‌درمانی - پرتودرمانی سال 91-92 تعداد 70 پرونده که با متغیرهای کنترل تحقیق متناسب بوده انتخاب و با بیماران تماس گرفته و از بیمارانی که تمایل به همکاری داشته‌اند دعوت به عمل آمده و بعد از مصاحبه اولیه تعدادی از بیماران که جهت همکاری با طرح پژوهش اعلام آمادگی کرده بودند، نیز مصاحبه بالینی به عمل آمده براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV تعداد 24 نفر از زنان بیمار انتخاب و به‌صورت تصادفی در 2 گروه 12 نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

متغیرها: متغیر مستقل در تحقیق فوق: بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی متغیر وابسته: اندازه‌گیری میزان افسردگی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه متغیر

کنترل: سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزندان، گذشتن 4 ماه از زمان شیمی‌درمانی

ابزار: پرسشنامه امید به زندگی: پرسشنامه امیدواری میلر، آزمونی از نوع آزمون‌های تشخیصی است و مشتمل بر چهل و هشت جنبه از قالب‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن برمبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که، نماینده یک نشانه رفتاری است، جمله‌هایی بدین ترتیب نوشته شده‌اند (بسیار مخالف = 1، مخالف = 2، بی تفاوت = 3، موافق = 4، بسیار موافق = 5) هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند، امتیازی را به دست می‌آورد. ارزش‌های عددی هر جنبه از 1 تا 5 تغییر می‌کند جمع امتیاز به دست آمده بیانگر امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر، دامنه امتیازهای به دست آمده از (40 تا 200) بیشترین امیدواری می‌باشد. پرسشنامه میلر پی در پی مورد آزمایش بررسی قرار گرفته است (درویشی، 1388) طی پژوهشی که در مورد زنان مبتلا به سرطان سینه انجام داد، ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با 0/89-0/90 و $r=0/079$ ارزیابی نمود.

پرسشنامه افسردگی بک: یک پرسشنامه 21 قسمتی است که نشانه‌های تعریف‌شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار

جلسه چهارم: تمایز بین فکر و احساس و تعیین رابطه افکار با احساسها، هیجانها و رفتارها و توجه به احساسات خود. جلسه پنجم: آموزش و تمرین فنون توقف افکار منفی و چالش با افکار منفی جلسه ششم: آموزش و تمرین فنون جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی جلسه هفتم: آموزش روان‌شناختی راهبردهایی برای مقابله با افکار اضطراب‌آور آموزش و تمرین تکنیک‌های آرمیدگی

افراد گروه مبارزه و مقابله با افکار اضطراب‌آور را تمرین می‌کنند و هدف آنها تفکر واقع‌گرایانه است.

معرفی چگونگی ثبت افکار.

بازبینی افکار اضطراب‌آور با استفاده از ثبت افکار و تمرین راهبردهای مقابله با این افکار.

جلسه هشتم: آموزش و تمرین مهارت حل مسئله

جلسه نهم: آموزش و تمرین مهارت کنترل خشم

جلسه دهم: مطرح کردن مفاهیم عود

بازگشت، معرفی راهبردهایی برای مقابله با این بازگشت‌ها و عودها،

جلسه یازدهم: جمع‌بندی مباحث گفته شده

جلسه دوازدهم: برنامه‌ریزی راهبردهای

مخصوص برای بیماران برای مقابله با

بازگشت، اجرای پس‌آزمون

خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (جوهری فر، 1384) هر گروه از پرسش‌ها شامل 4 گزینه است همه پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت (0-3) نمره‌گذاری شده و نمره کل فرد از راه جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از 0 تا 63 را شامل خواهد شد. هنجاریابی این پرسشنامه برای - نخستین بار در ایران به وسیله جلیلی و اخو 1363؛ انجام گرفت پایایی پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ 0/84 و همبستگی به دست آمده از راه روش تصنیف و براساس پرسش‌های زوج و فرد، برابر 0/70 گزارش شده است (کاظمی، 1386).

فرایند درمان: ملاقات‌های فردی قبل از درمان و توضیح اینکه کار گروهی چگونه خواهد بود و از آنها چه انتظاری داریم.

مطرح کردن هنجارها و قواعد گروه و اطلاعات عملی به آنها (برای مثال مکان تشکیل جلسات)

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با منطق درمان شناختی رفتاری، آشنایی با تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماری سرطان و تعیین هدف‌های درمان

جلسه دوم و سوم: آگاه کردن بیماران از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و شناسایی افکار مرتبط با این علائم

یافته‌ها

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌های افسردگی در گروه‌ها

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	گروه کنترل
افسردگی	پیش‌آزمون	29/50	6/89	28/33	7/80	انحراف استاندارد
	پس‌آزمون	15/33	2/80	27/08	7/08	گروه کنترل

نتایج نشان داد که میانگین پیش‌آزمون‌های افسردگی در گروه آزمایش 29/50 با انحراف استاندارد 6/89 می‌باشد و در گروه کنترل برابر با 28/33 با انحراف استاندارد 7/80 است و میانگین پس‌آزمون‌های افسردگی در گروه آزمایش 15/33 با انحراف استاندارد 2/80 و در گروه کنترل برابر با 27/08 با انحراف استاندارد 7/08 است.

جدول 2. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌های امید به زندگی در گروه‌ها

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	گروه کنترل
امید به زندگی	پیش‌آزمون	92/50	10/15	98/41	16/98	انحراف استاندارد
	پس‌آزمون	159	19/37	101/91	14/73	گروه کنترل

میانگین پیش‌آزمون‌های امید به زندگی در گروه آزمایش 92/50 (با انحراف استاندارد 10/15) و میانگین‌های پس‌آزمون‌ها در این گروه 159 (با انحراف استاندارد 19/37) می‌باشد و در گروه کنترل میانگین پیش‌آزمون‌های امید به زندگی برابر با 98/41 (با انحراف استاندارد 16/98) و میانگین پس‌آزمون‌های امید به زندگی برابر با 101/91 (با انحراف استاندارد 14/73) است.

با توجه به فرضیه‌های پژوهش باید برای بررسی آن‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد که این آزمون دارای پیش‌فرض‌هایی است که یکی از پیش‌فرض‌ها، همگنی شیب پیش‌آزمون‌ها با

پس‌آزمون‌هاست، نتایج بررسی‌ها در متغیرها حاکی از برقراری این پیش‌فرض است. یعنی می‌توان گفت که مهم‌ترین پیش‌فرض کوواریانس برقرار است یعنی شیب‌خط‌های رگرسیونی یکسان است.

پیش‌فرض دیگر کوواریانس برابری واریانس‌هاست که برای بررسی آن از آزمون لون استفاده شد، همان‌گونه که در جدول 3-4 آمده است این پیش‌فرض برای نمرات افسردگی برقرار است.

فرضیه اول: گروه‌درمانی بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

جدول 3. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات افسردگی

متغیر وابسته	F	1df	2df	سطح معناداری
افسردگی	0/18	1	22	0/67

جدول 4. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین‌های پس‌آزمون افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور اتا
پیش‌آزمون	364/55	1	364/55	27/83	0/001	0/57
گروه	915/51	1	915/51	69/90	0/001	0/76

درمانی شناختی بر افسردگی تأثیر معناداری دارد.

فرضیه دوم: گروه‌درمانی بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

برای بررسی برابری واریانس‌ها در نمرات امید به زندگی از آزمون لون استفاده شد، همان‌گونه که در جدول 9-4 آمده است این پیش‌فرض برای نمرات امید به زندگی برقرار است.

برای بررسی تأثیر رفتاردرمانی شناختی رفتاری بر میزان افسردگی بیماران از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد مقدار F در این آزمون برای گروه‌ها 69/90 است که در سطح $P < 0/001$ معنادار است و این بدان معنی است که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از جهت افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین رفتار

جدول 5. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های گروه آزمایش و گروه کنترل در نمرات امید به زندگی

متغیر وابسته	F	1df	2df	سطح معناداری
امید به زندگی	1/17	1	22	0/07

جدول 6. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین‌های پس‌آزمون امید به زندگی گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش‌آزمون

منبع	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور اتا
پیش‌آزمون	596/51	1	596/51	2/11	0/16	0/09
گروه	20107/96	1	20107/96	71/32	0/001	0/77

امید به زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. رفتاردرمانی شناختی بر امید به زندگی تأثیر معناداری دارد.

هدف کلی پژوهش: اثربخشی گروه‌درمانی شناختی بر امید به زندگی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه

برای بررسی تأثیر مداخله بر میزان امید به زندگی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد مقدار F در این آزمون برای گروه‌ها 71/32 است که در سطح $P < 0/001$ معنادار است و این بدان معنی است که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از جهت

جدول 7. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون‌های افسردگی و امید به زندگی گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذوراتا
اثر پیلائی	0/86	60/01	2	19	0/001	0/86
لامبدای ویلکز	0/13	60/01	2	19	0/001	0/86
اثر هتلینگ	6/31	60/01	2	19	0/001	0/86
بزرگ‌ترین ریشه روی	6/31	60/01	2	19	0/001	0/86

امروزه با استفاده از روش‌های غربالگری و تشخیص زودرس این بیماری و علاوه بر آن پیشرفت متدهای درمانی تحول بزرگی در این بیماری ایجاد شده است (اسدی، 2012).

مشکلات هیجانی یکی از شایع‌ترین مشکلات پایداری است که زنان مبتلا به سرطان پستان آن را تجربه می‌کنند. از جمله اثرات روانی که تحقیقات به آن اشاره کرده‌اند: افسردگی، اضطراب، کاهش انگیزه و امید، ترس از مرگ، مشکلات وابسته به روابط جنسی، تصویر بدنی، خود پنداره، زنانگی، فشارهای مالی، قطع عملکردهای روزانه، موانع برای ایفای کامل نقش‌ها، دست‌یابی به اهداف و مشکل در روابط بین فردی تجربیات (نصرآبادی، 1387).

مطالعه اوردینگن و همکاران نیز نشان می‌دهد نگرانی راجع به سلامتی و مرگ از دید شرکت‌کنندگان برجسته‌ترین عوامل بوده است (اور دینگل¹، 2008).

افسردگی، شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال روان‌پزشکی است و از هر بیماری روانی دیگری اختلال ایجاد بیشتری می‌کند. با توجه به اندازه‌های رایجی که برای اندازه‌گیری سال‌های

میزان F برابر با 60/01 و لامبدای ویلکز دارای ارزش 0/13 می‌باشد که در سطح 0/001 $P <$ معنادار است و این یعنی رابطه بین ترکیب خطی متغیرهای وابسته (افسردگی و امید به زندگی) با متغیر مستقل (درمان شناختی) معنی‌دار است، پس می‌توان گفت بین درمان شناختی با متغیرهای افسردگی و امید به زندگی تعامل رخ داده است. بنابراین فرضیه کلی و چندگانه پژوهش تأیید می‌شود یعنی درمان شناختی بر افسردگی و امید به زندگی بیماران تأثیرگذار است.

میزان ارزش لامبدای ویلکز (0/13) همان مقدار ضریب عدم تعیین است، به عبارت دیگر اندازه اثر درمان شناختی بر افسردگی و امید به زندگی 0/87 می‌باشد.

نتیجه‌گیری و بحث

به نظر می‌رسد در ایران سرطان پستان در سن پایین‌تری بروز می‌کند. سن پایین‌تر بروز از جهت درگیر نمودن زنی جوان‌تر که هنوز از لحاظ فعالیت اجتماعی و فردی زمان طولانی‌تری را در پیش دارد، بسیار مهم است. واضح است که از ابتدا به این بیماری به همراه صدمه روانی حاصل از ابتلا به بیماری صعب‌العلاج سرطان چقدر برای بیماران ناراحت‌کننده خواهد بود؛ اما خوشبختانه

1. Everdingen

جمله اضطراب، افسردگی، استرس، خشم و غیره)، برافزایش خطر عود بیماری سرطان، احتمالاً تلاش کرده‌اند شیوه زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تغییر داده و این عوامل را کنترل کنند تا از پیشرفت بیماری و عود مجدد سرطان جلوگیری کنند. همچنین محتوای درمانی استفاده شده، شامل فونونی بوده که در آن به افراد کمک می‌شود که نقش نحوه تفکر و برداشت از رویدادها را بر احساس رضایت‌مندی خود را در کرده، روش‌های شناسایی افکار ناکارآمد و منفی را یاد گرفته و واقع‌بینانه‌تر مسائل خود را بررسی کنند که این می‌تواند یکی دیگر از دلایل کاهش نمره افسردگی در گروه آزمایش باشد.

فرضیه دوم: گروه‌درمانی شناختی بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است.

براساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته‌های پژوهش، مقدار F در این آزمون برای گروه‌ها 71/32 است که در سطح ($P < 0/001$) معنادار است. می‌توان گفت که درمان شناختی باعث افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه آزمایش شده است. از دلایلی که برای این استنباط می‌توان آورد این است که آگاهی بیماران از تأثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آن‌ها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش امید در خود، انگیزه پیدا کرده و تلاش کنند. همچنین همین آگاهی باعث بالا رفتن تمایل آن‌ها برای انجام تکالیف خانگی و تمرین فنون فراگرفته در جلسات درمانی، شود. مداخله شناختی به کار برده شده در این پژوهش، تمرکز

همراه با اختلال در زندگی افراد وجود دارد 1 (DALYS) افسردگی اساسی در مقایسه با دیگر بیماری‌های، پزشکی و اختلال‌های روانی چهارمین علت سپری شدن عمر افراد همراه با بیماری است و پیش‌بینی می‌شود در سال 2020، دومین علت این مشکل باشد (مورای و لوپز/1997).

نتایج مطالعات نشان می‌دهد که ارتقای سلامت روانی از مبتلایان به سرطان و انجام مشاوره‌های فردی و گروهی نه فقط باعث می‌شود که بیمار کمتر دچار اضطراب و افسردگی شود بلکه حتی شانس بقای بیمار را افزایش می‌دهد. حال اگر انجام مراقبت‌ها بتواند شانس بقای بیمار را افزایش دهد، طبیعی است که باید به آن توجه بیشتری کرد و آن را در اولویت قرارداد و تلاش کرد همزمان با کمیت زندگی، کیفیت زندگی بیمار را افزایش داد. بر اساس نتایج مطالعات از بین نمایش‌های روان‌شناختی، گروه‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک راه مؤثر و ماندگار برای مقابله با اثرات روانی به وجود آمده مؤثر و مفید باشد.

فرضیه اول: گروه‌درمانی شناختی بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر است. براساس نتایج به دست آمده از تحلیل یافته‌های پژوهش (مقدار F در این آزمون برای گروه‌ها 69/90 است که در سطح $P < 0/001$ معنادار است). می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش نمره افسردگی زنان سرطانی در گروه آزمایش می‌شود. دلایل متعددی برای این کاهش وجود دارد. یکی اینکه بیماران پس از کسب اطلاعات در مورد میزان و چگونگی تأثیر عوامل روان‌شناختی (از

ویژه‌ای بر مهارت‌های و حل مسئله داشته است که این خود بر کاهش خصومت، تحریک‌پذیری، عصبانیت و احساس گناهکاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه مؤثر بوده در نتیجه کاهش این پیامدهای منفی ناشی از سرطان افزایش امید در بیماران بالا رفته است. علاوه بر این، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت‌های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت و امید از جمله هوشیاری، متوجه بودن و اشتیاق برای استفاده از فنون در زندگی و کاهش افکار منفی از جمله پریشانی و بی‌قراری، شود.

نتایج به دست آمده با نتایج تحقیقات پدرام و همکاران (1389) پاکدامن و همکاران (1389)، بیجاری و همکاران (1387)، بساک نژاد و همکاران (1389)، ابوالقاسمی و همکاران (11388) ولی و همکاران (2002)، فاووزی و همکاران (2005)، موسگر و همکاران (2005)، گراسی و همکاران (2003)، وتراسی و همکاران (2001) همسو می‌باشد.

هدف اصلی پژوهش: میزان F برابر با 60/01 و لامبدای ویلکز دارای ارزش 0/13 می‌باشد که در سطح $P < 0/001$ معنادار است، پس می‌توان گفت بین درمان شناختی با متغیرهای افسردگی و امید به زندگی تعامل رخ داده است. بنابراین فرضیه کلی و چندگانه پژوهش تأیید می‌شود یعنی درمان شناختی بر افسردگی و امید به زندگی بیماران تأثیرگذار است. نتایج به دست آمده در هر فرضیه را نمی‌توان حاصل یک مؤلفه خاص دانست زیرا این امر جز به دلیل بافت به‌هم‌پیوسته و چند

مؤلفه‌ای این برنامه درمانی امکان‌پذیر نمی‌باشد در تبیین یافته‌ها می‌توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد یک عامل اساسی، به آثار مفید گروه‌درمانی در مقایسه با درمان انفرادی برمی‌گردد. گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه‌هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (ریچارد، 1388). آنان از مشاهده مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می‌کنند (اتکینسون، 1384) یالوم (1988) در رابطه با تأثیر روان‌درمانی گروهی در بیماران سرطانی گزارش کرد بیماران سرطانی چون احساسات خود را نسبت به بیماری سرکوب می‌کنند، روزبه‌روز نسبت به موجودیت خود غریبه‌تر می‌شوند و کمتر اجازه می‌دهند تا تجربیات تازه در ذهنشان رسوخ کند. در نتیجه آن، افکار بدبینانه، وضع ملال‌انگیز خسته بودن از زندگی، ناامیدی، احساس تنهایی و ترس از مرگ را برای خود به وجود می‌آورند. شرکت آن‌ها در جلسه‌های روان‌درمانی گروهی، تجسم مرگ خود و پرداختن به احساسات خود نسبت به مرگ در گروه باعث می‌شود که انسان به زندگی با اندیشه‌هایی نوین و دید دیگری بنگرند.

عامل دیگر را می‌توان آموزش روش پیکان عمودی، فنون به چالش‌گیری و روش‌های تغییر باورها دانست که به‌گونه‌ای مؤثر در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی کاربرد دارند فری، (1384)، زیرا رویکرد شناختی اذعان می‌دارد که حالت‌های تنش‌زا همچون اضطراب و افسردگی اغلب به‌وسیله تفکر سوی مندانه و

رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه». مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، دوره دهم، شماره 1، ص 171-184.

پدرام، م؛ محمدی، م؛ نظیری، ق. و آیین پرست، ن (1389). «اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر درمان اختلال اضطراب و افسردگی و ایجاد امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه». فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه، سال اول، شماره چهارم.

دلاور، ع (1387). احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ اول، ویرایش جدید). تهران: انتشارات رشد.

دلاور، ع (1388). روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ بیست و هفتم). تهران: نشر ویرایش.

فری، م (2005). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام (1386) تهران: رشد.

کاپلان، ه؛ سادوک، و.آ. و سادوک، ب (2007). خلاصه روان پزشکی (چاپ چهارم)، (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (1391).

کار، آ (1385). روانشناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی های انسان. ترجمه

افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش داده ها، شدت می یابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به گونه انتخابی به داده های همخوان با باورهای قبلی توجه می کنند. چنین فرایندی درباره یادآوری نیز درست است زیرا افراد به گونه انتخابی چیزهایی را به یاد می آورند که با اطلاعات قبلی آن ها هماهنگ است (لیهی، 1388). نتایج به دست آمده از مؤلفه های گروه درمانی بر کاهش متغیر افسردگی و افزایش امید به زندگی با تاترو¹ و مونتگومری² (2005)، ایوانس³ و کونیس⁴ (1995)، (ادلان و بل 1999)، پدرام و همکاران (1389) همسو است.

منابع

ایراجیان، ح (1378). «بررسی تأثیر تلقین و ماساژ پیشانی و شقیقه ها بر تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه های شیمی درمانی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران

بیجاری، ه؛ قنبری هاشم آبادی، ب؛ آقامحمدیان شهرباف، ح. و همایی شاندیز، ف (1388). «بررسی گروه درمانی مبتنی بر

1. Tatro
2. Montgomri
3. Ivans
4. Conis

پاشا شریفی، حسن و همکاران، تهران:
انتشارات سخن

گرفمی، ه؛ شفیع آبادی ع.ا. و ثنایی ذاکر، ب
(1388). «اثربخشی معنا درمانی به شیوه
گروهی بر کاهش نشانگان مشکلات روانی
زنان مبتلا به سرطان سینه». اندیشه و رفتار
، دوره چهارم، شماره 13.

لیهی، ر (1388). تکنیک‌های شناخت درمانی،
ترجمه حمید پور، ح؛ و اندوز. تهران:
ارجمند، چاپ اول.

نصری، ص (1372). «بررسی اثربخشی

مداخلات رفتاری شناختی در کاهش اثرات
جانبی روان‌شناختی شیمی‌درمانی در
بیماران سرطانی و بهبودی شیوه‌های مقابله
آن‌ها». رساله کارشناسی ارشد روان‌شناختی
بالینی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران

نصری، م (1383). «بررسی اثربخشی
گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در افزایش
میزان عزت‌نفس دانشجویان». پایان‌نامه
کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و
روان‌شناسی. دانشگاه فردوسی مشهد.

هاوتون، ک. و همکاران (2010). رفتاردرمانی
شناختی. ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده
(1389). تهران: ارجمند.

Akbari, J; Agha Mohamadian, H. R. &
Ghanbari Hashem Abadi, B.A. (2009). "Effect of cognitive
behavioral therapy and pharmacotherapy on anxiety and
impulsivity symptoms in men with
borderline personality disorder". *the
quarterly journal of fundamentals of
mental health*; 10(4(40)), pp:317-
323.

Asadi, M; Shiralipour, A; Shokouri, Z
& M. Khani. (2012). "Meta-
analysis of the effectiveness of
cognitive behavioral therapy (CBT)
in treating patients with obsessive-
compulsive disorder (OCD)". *Jornal of shahid sadoughi
university of medical sciences and
health services*; 20(3(84)), pp:396-
405.

Azimi, H.; Jannati, Y.; Mahmoudi, G.
(2003). *Text of mental health
nursing*. Tehran: Salemi publication
[Persian].

Beck, A. T.; Rush, A.; Shaw, B. F. &
Emery, G. (1979). *Cognitive
therapy of depression*. New York:
Guilford Press.

Bahreynian, S. A. & Davooudi, S. M.
(2009). "The comparison of
behavioral and cognitive -
behavioral therapeutic methods on
depression in cardiac rehabilitated
patients". *pagouhesh dar pezeszki*;
32(4), pp:289-296.

Blaney, P. H. (1985). "Psychological
considerations in cancer". No 12.

Brintzenhofe-Szoc, K. M." Levin,
T.T.; Li, Y.; Kissane, D.W.; &
Zabora, J. R. (2009). "Mixed
anxiety/depression symptoms in a
large cancer cohort: prevalence by
cancer type, Psychosomatics".
50(4):383-91

Burgess, C.; Cornelius, V.; Love, S.;
Graham, J.; Richards, M.; Ramirez,
A. (2005). "Depression and anxiety

in women with early Breast cancer: Five year observational cohort study". *BMJ.*; 330 (7493):702.

Büssing, A.; Fischer, J.; Ostermann, T. & Matthiessen, P. F. (2008). "Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients". *Int J Psychiatry Med.* 38(3):357-72.

Cohen, M. S. & kuten, A. (2006). "cognitive - behavior group intervention for relatives of cancer patients". *journal of psychosomatic research.* vol. 61.

Cowan, M. J.; Freedland ,K. E.; Burg, M.M.; Saab, P. G.; Youngblood, M. E.; Cornell, C. E. & etal. (2008). "Predictor of treatment response for depression and inadequate social support- the ENRICHD randomized clinical trail". *Psychosom*;77:27-37.

Dematheo M. *Health psychology.* Translated by: Kaviani M & Hashemian k Tehran: SAMT publication (2008) [Persian].

Dividson, J. R. T.; Morrison, R. M.; Shore, J. & Bedyne. (g1997). "homeopathic treatment of depression and anxiety". *altern healthmed*, 3(1):46-49.

Elkhani, M. (1991). *Methods, of surveillance in cancer*, Tehran: Ghazi jahani publication [Persian].

Faramarzi, S.; Homale, R. & Izadi, R. (2011). "Efficacy of cognitive behavioral group training of life skills on mental health of women with handicapped spouses". *social welfare spring*; 11(40),pp:217-235.

Fawzy, F. I.; Cousins, N.; Fawzi, N. W.; Kemeny, M. E.; Elashoff, R. & Morton, D. (1990). "A structured

psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in method of coping and affective disturbance". *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.

Fobair, P. & Cordoba, C. S. (1982). *Scope and magnitude of the cancer problem in psychosocial research*, In J. Cohen, J. W. Cullen and L. R. Martin (Eds), Psychosocial Aspects of Cancer. New York: Raven Press.

Ghorbanalipour. M; Borjali, A. & Sohrabi, F. (2011). "Efficacy of cognitive behavioral intervention focused on the fear of death in the reduction of the symptoms of hypochondriasis". *andisheh va rafter (applied psychology)*; 5(19), pp:35-44.

Gilbar, o. & plivazky, n. (2005). "mental adjustment coping stratehies, and psy chological distress among end stage renal disease patients". *journal of psy chosomatic research.* vol . 58.

Grace, S. L.; Abbey. S. E.; Pinto R.; Shnek, Z. M.; Irvine, J. & Stewart, D. E. (2005). :Longitudinal course of depressive syptomatologs after a cardiac event: effects of gender and cardiac rehabilitation. *psychosomatic medicine.*67:52-58.

Greer, S.; Moorey, S.; Baruch, J. D. R.; Watson, M.; Robertson, B. M.; Manson, A.; Rowden, L.; Law, M. G. and Bliss, J. M. (1992). "Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: A prospective randomised trial". *British Medical Journal*, 304, 675-680.

Hawton, K. & Salkours, K. C. (2003). *Congnitive behavior Therapy for psychiatric problems, a practical*

- guide, Translated by: Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand Publication [Persian].
- Ji & et al. (1987), "The efficacy of cognitive-behavioral interventions, medications and treatments deviation cartoon video". *journal of psy chosomatic research*. vol . 41.
- Luckman, & sorensen, k. C. (1996). *core principals & pactice of medical surgical nursing*. 14 th edition philadelphia, w.b.saunder co.
- Lee ,V.; schoen, R. S.; Edgar, I. & laizner, A. (2006). "Meaning – making intervention during breast or colorectal cancer treatment imptoves self – esteem , optimism , and self – efficacy". *social science medicine*. vol. 62. 10.
- Grassi, I.; travado, I. & moncayo, F. L. G. (2004). "psychosocial moebidity and its correlates in cancer patients of the mediterranean area". *journal of affective disorders*. vol . 83.
- Mehrabi, T.; Sheikholeslami, F.; Ghazavi, Z. & Nasiri, M. (2004). "The effect of group therapy on depression and anxiety levels of the patients with MI". *Nurs Midwifery Search*, 29(7):5- 13. [Persian].
- Navabi-Nezhad, Sh. (2004). *Marriage counseling and family therapy*. Persian. Tehran: Roshd Press.
- Noghani, F.; Monjamed, H. Bahrani, N.; & Ghodarti, V. (2006). "The comparison of self esteem between male and female cancer patients". *Mag Nurs Obstet Fac Tehran Med Sci Fac*, 12(2):33- 41 [Persian].
- Oei, T. P.; & Dingle, G. (2008). "The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders", *J Affect Disord* 107, (1- 3):5- 21.
- Peterson, C. (2000). *optimistic explanatory style and health*. *inj.gillham (ed)*. the sience of optimis and hope philadelphia, pa. templeton fundation press
- Pillai, M. (2012). "Efficacy of cognitive –Behaviory therapy (CBT) on Depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting". *Journal of pharmacy and Biological sciences (IosrIpbs)* ISSN: 2278-3008 ; 2 (2) , pp 26-31.
- Rezaei, F.; Kajbaf, M.; Vakilzarch, N. & Dehghani, F. (2011). "Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy in general health of asthmatic patients". *knowledge and health*; 6(3),pp:9-15.
- Sotoudehasl, N. A.; Neshatdoust, H. T.; Kalanteri, M.; Talebi, H. & Khosravi, A. R. (2010). "Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension". *Koomesh*; 11(4(36)), pp: 294-302.
- So, W. K.; Marsh, G.; Ling, W. M.; Leung, F. Y.; Lo, J. C.; Yeung, M. & et al (2009). "The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study". *Oncol Nurs For um*, 36(4):E205- 14.
- Spiegel, B. & Goethe (1997), "Effectiveness of encouraging patients to express positive feelings with supportive therapy, the increased survival time of patients".

journal of psychosomatic research.
vol . 39.

Terrace, (2001). "Efficacy of writing about a positive future, increasing optimism and health behavior in HIV-infected women". *Journal of personality and social psychology*

Torkan, H.; Kalantari, M. & Molavi, H. (2006). "A study of effectiveness of Transactional Analysis group therapy upon marital satisfaction". Persian. *Res Fam*, 8(2):403-383.

Wasteson. E.; Brenne, E.; Higginson, I.J.; Hotopf, M.; Lloyd-Williams, M.; Kaasa, S.; & et al (2009). "Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review", *Palliat Med*, 23 (8):739-53.

Yalom, I. D. (1988). *Existential psychotherapy*. Basic Books: New York.