

اثربخشی گروه درمانی 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

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه درمانی شناختی بر کاهش میزان افسردگی، افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه ی مراجعه کننده به مراکز بیمارستانی شهر کرمانشاه صورت گرفت. به همین منظور، تعداد 24 نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه که مدت 4 ماه از شیمی درمانی آنها گذشته است.

روش: روش نمونه گیری دردسترس، پس از مصاحبه بالینی انتخاب گردیدند و در دو گروه 12 نفری کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند پیش 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 گروه درمانی رفتاری - شناختی شرکت کردند و این درحالی بود که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در پایان دوباره آزمون ها برای همه افراد نمونه 24 نفر اجرا گردید. پس از گردآوری پرسشنامه ها، داده های بدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس و به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: یافته ها 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 $f=71/32$.

واژگان کلیدی: سرطان سینه، افسردگی، امید به زندگی، گروه درمانی.

* کارشناس ارشد روان شناسی 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 روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اراک

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 ی مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسئول یک پنجم مرگ و میرهاست (فوبایر و کروبا¹، 1982). بیماری‌های سرطانی و بخصوص سرطان سینه در زنان به طور چشمگیری رو به گسترش است. از طرفی رابطه ی تنگاتنگی میان حالات روان شناختی و سرطان وجود دارد. با توجه به اینکه هر گونه تغییری در زندگی انسان، با استرس همراه است، های از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می‌تواند بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، حسادت، کینه توزی 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 (بلینی²، 1985). هر چند اثبات اینکه فشار روانی موجب سرطان می‌شود غیر ممکن است با این حال، حالت های روان شناختی می‌تواند بر بیماری جسمانی تاثیر بگذارد. در واقع، زنجیره ای از رویدادها وجود دارد که می‌تواند از ضایعه ی جزئی به سرطان بیانجامد (سلیگمن³، 1984). احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی 30 تا 40 درصد برآورد شده است. براساس تحقیقات انجام شده 80% از بیماران مبتلا به سرطان از

نگرانی و اضطراب فوق العاده ای در مراحل اولیه ی معالجات خود رنج می‌برند. از طریق روان درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار، نظام ایمنی بدن وی را تقویت کرد (اسپیگل⁴، 1933).

در بین انواع سرطان، سرطان پستان⁵ شایع‌ترین نوع در زنان می‌باشد؛ آمارهای موجود نشان می‌دهند که خطر ابتلا به سرطان پستان در زنان 1 به 8 است (مؤسسه ملی سرطان⁶، 2000؛ به نقل از شنایدر و پترسون⁷، 2000). این بیماری حدود یک سوم کل سرطان‌های زنان را شامل می‌شود علت اساسی مرگ در زنان سنین 45-35 است. براساس گزارش اداره ی 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

2. Blaney
3. Seligman
4. Spiegl
5. Breast Cancer
6. National Cancer Insitute(NCI)
7. Snyder Peterson

1. Fobair & Cordoba

18/9 درصد بوده است و بیشترین میزان بروز آن نیز در سنین 35-44 سالگی می‌باشد (ایراجیان، 1378).

جسم و روان انسان همواره بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و وضعیت یکی از آنها می‌تواند تعیین کننده 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 وهمکاران، 2006). از آنجا که بیمار در مدت بیماری جسمی خود، نمی‌تواند کارآیی‌های همیشگی جسمانی خود را داشته باشد و بسیاری از فعالتهایش 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 آسیب پذیر می‌سازد و منجر به ابتلاء به اختلال روانی مانند افسردگی می‌شود. (اوی و دینگل، 2008) یک بیمار مبتلا به سرطان، به دلیل علائم ناتوان کننده 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 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 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

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

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

رلایف⁴ (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 به نوعی 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 شرکت کننده که به صورت تصادفی از لیست انتظار کلینیک روان‌شناسی (هیچ کدام از آزمودنی‌ها تشخیص اختلال روانی دریافت نکرده بودند) انتخاب شدند و هدف از آن پژوهش، بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی بر مؤلفه‌های امید، معنای زندگی، عزت نفس، افسردگی و اضطراب بود و نتایج نشان داد که مداخله مورد نظر با معناداری آماری ($p > 0/05$) باعث افزایش امید، معنای زندگی، عزت نفس و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب شده بود. (اسدی، 2012). در بین درمان‌های روان‌شناختی گروه درمانی از جمله درمان‌هایی است که میتواند برای غلبه بر افسردگی بیماران موثر افتد. (بوسینگ⁶ و همکاران، 2008، واستسون⁷ و همکاران،

موجود وی به طور خاص، همبستگی منفی دارد. 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 آن گونه 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 ارتقا دهنده 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 به طور سنتی بر کمبودها و ناتوانی روانی تأکید داشته است و انعطاف‌پذیری، تدبیر و توان مراجعان را برای ارزیابی تغییر، به ندرت 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

4. Roligh
5. Cheavens, Feldman, Gum Michael
6. Büsing
7. Wasteson

1. Dematheo
2. Positive Psychology
3. Health Psychology

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

از آنجاکه در جلسات گروه درمانی کسانی حضور دارند که همگی مبتلا به یک عارضه می باشند می تواند در افزایش و بالا بردن اعتماد به نفس، نقش تاثیر گذاری داشته باشد. در گروه درمانی شناختی، تغییرات درمانی حاصل بینشی نیست که از تعامل گروهی نشئت می گیرد، بلکه در نتیجه ی استفاده ی مراجع از راهبردهای تغییر، که توسط درمانگر آموخته می شود به وجود می آید (هولون و ایوانز، 1983). بنابراین، رویکرد شناختی در هر جلسه ی گروهی بر تغییرات ویژه ، با ساختار مشکل مدار متمرکز است. در این قبیل الگوهای درمانی، بسیار مناسب خواهد بود اگر پیش از هر جلسه، به منظور بررسی نشانه ها و تنظیم راه حل ها، تغییرات سنجیده شود؛ مانند پرسشنامه ی افسردگی بک. علاوه بر آن، مداخله های شناختی در گروه بر انجام تمرینهای شناختی و رفتاری تأکید دارد. برخی از گروه های شناختی ممکن است نوع خاصی از فنون، مانند حل مسئله را به کار بندند، در حالی که گروه های 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 تمرین های شناختی و رفتاری در گروه پرداخت، و سپس از اعضا خواست آنچه را در گروه فرا گرفته اند در خارج از گروه به کار بندند. در جلسه بعد، اعضا گروه بارائه

عقائد و باورهای جایگزین، و بازخوردهای مفید درباره ی انواع رفتارها، از یکدیگر حمایت می کنند. در بسیاری از پژوهش ها اهمیت اثربخشی گروه درمانی تایید گردیده است (بورگس و همکاران، 2005).

در نهایت با توجه به نقش روان در سلامت عمومی انسان، از آن جمله بالا رفتن توان ایمنی بیماران سرطانی از یک سو و جلوگیری از کاهش توان ایمنی آنها، دغدغه اصلی در این پژوهش یافتن راه حلی مناسب برای ارتقاء سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان بوده که در این راستا احساس می شود گروه درمانی شناختی به عنوان یک متغیر مستقل بر سلامت بیماران سرطانی (کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی) به عنوان متغیر وابسته موثر می باشد. لذا بنا به اهمیت و ضرورت موضوع می خواهیم بدانیم «آیا گروه درمانی شناختی بر میزان افسردگی و امید به زندگی بیماران زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر گذار است؟»

مواد و روش تحقیق:

این پژوهش در قالب یک طرح کاربردی، شبه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش با پیش آزمون و پس آزمون انجام می گیرد.

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 91-92 می باشد. روش نمونه گیری از نوع نمونه گیری

1. So
2. Brintzenhofe

ابزار پژوهش

پرسشنامه امید به زندگی: پرسشنامه ی امیدواری میلر، آزمونی از نوع آزمونهای تشخیصی است و مشتمل بر چهل و هشت جنبه از قالب های امیدواری و درماندگی می باشد که ماده های قید شده در آن برمبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا نا امید برگزیده شده اند. در برابر هر جنبه که، نماینده ی یک نشانه ی رفتاری است، جمله هایی بدین ترتیب نوشته شده اند (بسیار مخالف = 1، مخالف = 2، بی تفاوت = 3، موافق = 4، بسیار موافق = 5) هر فرد با انتخاب جمله ای که در رابطه با او صدق می کند، امتیازی را بدست می آورد. ارزش های عددی هر جنبه از 1 تا 5 تغییر می کند جمع امتیاز بدست آمده بیانگر امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر، دامنه ی امتیازهای بدست آمده از (40 تا 200) بیشترین امیدواری میباشد. پرسشنامه ی 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 $0/90-0/89$ و $0/79$ ارزیابی نمود. پرسشنامه ی افسردگی بک: یک پرسشنامه ی 21 قسمتی است که نشانه های تعریف شده ی افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می دهد (جوهری فر، 1384) هر گروه از پرسشها شامل

در دسترس می باشد تعداد نمونه برای گروه آزمایش 12 نفر و برای گروه کنترل 12 نفر می باشد.

روش جمع آوری نمونه: باتوجه به

موضوع تحقیق حاضر و نیز با در نظر گرفتن مراجعات مکرر به ادارات و مراکز مربوطه جهت کسب مجوز های لازم از دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه برای دسترسی به پرونده ی پزشکی بیماران و نیز ملاقات حضوری با بیماران (زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر کرمانشاه)، با مطالعه پرونده های بیماران و در نظر گرفتن وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، شغل، سن، وضعیت تحصیلی و نیز اینکه از مدت جلسات شیمی درمانی بیماران حداکثر مدت زمان 4 ماه گذشته باشد از بین پرونده های موجود در بایگانی بیمارستان، پرونده های مربوط به بیماران بخش شیمی درمانی - پرتو درمانی 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 داشته اند 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 آماده براساس ملاک های تشخیصی DSM-IV تعداد 24 نفر از زنان بیمار انتخاب و به صورت تصادفی در 2 گروه 12 نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

متغیرها: متغیر مستقل در تحقیق فوق: بررسی

اثربخشی گروه درمانی شناختی متغیروابسته: اندازه گیری میزان افسردگی و امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه متغیر کنترل: سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، گذشتن 4 ماه از زمان شیمی درمانی

4 گزینه است همه پرسشها بر اساس مقیاس لیکرت (0-3) نمره گذاری شده و نمره ی کل فرد از راه جمع تمامی پرسشها، دامنه ای از 0 تا 63 را شامل خواهد شد. هنجار یابی این پرسشنامه برای - نخستین بار در ایران به وسیله ی جلیلی و اخو 1363؛ (به نقل از کاظمی) انجام گرفت پایایی پرسشنامه را از راه ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ 840/ و همبستگی بدست آمده از راه روش تصنیف و براساس پرسشهای های زوج و فرد، برابر 70/0 گزارش شده است (کاظمی، 1386).

فرایند درمان: ملاقات های فردی قبل از درمان توضیح این که 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 ی اول:

آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با منطق درمان شناختی رفتاری، آشنایی با تاثیر عوامل روان شناختی بر بیماری سرطان، و تعیین هدف های درمان جلسه دوم و سوم: آگاه کردن بیماران از نشانه های افسردگی، اضطراب و شناسایی افکار مرتبط با این علائم

جلسه ی چهارم: تمایز بین فکر و احساس و تعیین رابطه ی افکار با احساس ها، هیجان ها و رفتار ها، 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 فنون جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی جلسه هفتم: آموزش روان شناختی راهبردهایی برای مقابله با افکار اضطراب آور آموزش و تمرین تکنیک های آرمیدگی افراد گروه مبارزه و مقابله با افکار اضطراب آور را تمرین می کنند و هدف آنها تفکرواقع گرایانه است.

معرفی چگونگی ثبت افکار بازبینی افکار اضطراب آور 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 و بازگشت، معرفی راهبردهایی برای مقابله با این بازگشت ها و عودها،

جلسه یازدهم: جمع بندی مباحث گفته شده

جلسه دوازدهم: برنامه ریزی راهبردهای

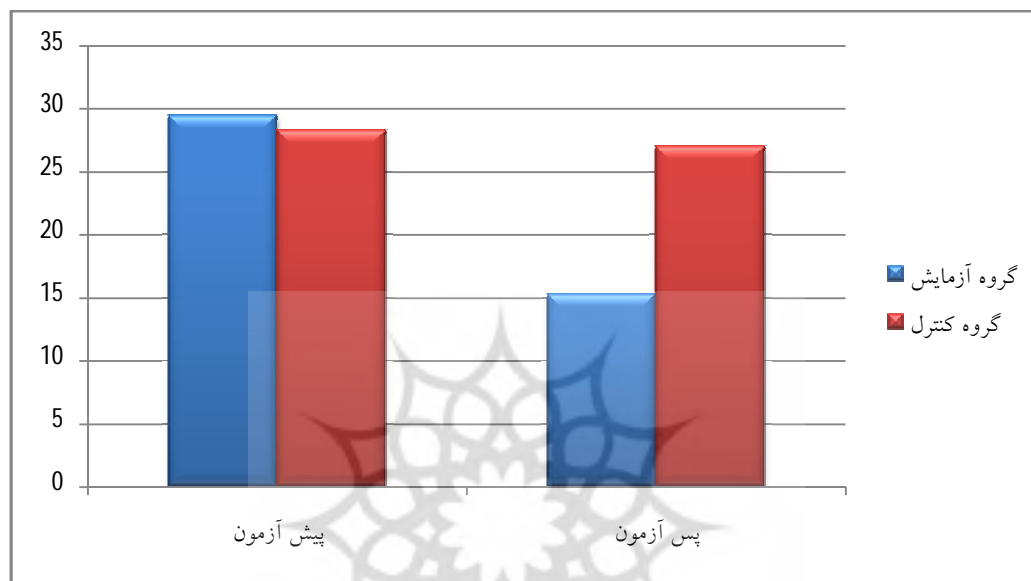
مخصوص برای بیماران برای مقابله با

بازگشت، اجرای پس آزمون

یافته‌ها

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌های افسردگی در گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	29/50	6/89	28/33	7/80
	پس آزمون	15/33	2/80	27/08	7/08

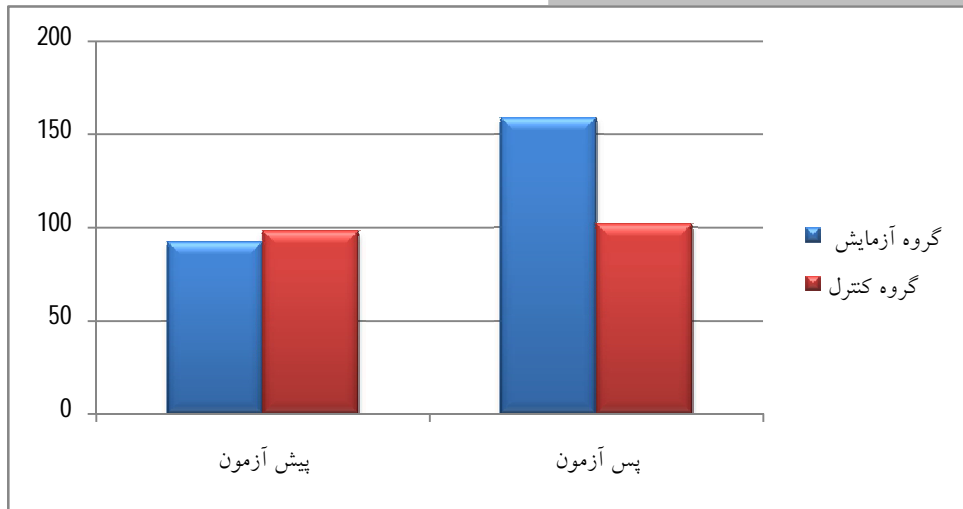


نمودار 1. هیستوگرام نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه‌های آزمایش و کنترل

نتایج نشان داد که میانگین پیش آزمون‌های 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 پس آزمون‌های 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 پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌های امید به زندگی در گروه‌ها

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



نمودار 2. ستوگرام نمرات پیش آزمون و پس آزمون امید به زندگی در گروه های آزمایش و کنترل

که یکی از پیش فرض ها، همگنی شیب پیش آزمون ها با پس آزمون هاست، نتایج بررسی ها در متغیرها حاکی از برقراری این پیش فرض است. یعنی می توان گفت که مهمترین پیش فرض کوواریانس برقرار است یعنی شیب خط های رگرسیونی یکسان است. پیش فرض دیگر کوواریانس برابری واریانس هاست که برای بررسی آن از آزمون لون استفاده شد، همانگونه که در جدول 3-4 آمده است این پیش فرض برای نمرات افسردگی برقرار است. فرضیه اول: گروه درمانی بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر است.

میانگین پیش آزمون های امید به زندگی در گروه آزمایش 92/50 (با انحراف استاندارد 10/15) و میانگین های پس آزمون ها در این گروه 159 (با انحراف استاندارد 19/37) می باشد و در گروه کنترل میانگین پیش آزمون های امید به زندگی برابر با 98/41 (با انحراف استاندارد 16/98) و میانگین پس آزمون های امید به زندگی برابر با 101/91 (با انحراف استاندارد 14/73) است.

با توجه به فرضیه های پژوهش باید برای بررسی آن ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد که این آزمون دارای پیش فرض هایی است

جدول 3. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های 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 میانگین های پس آزمون افسردگی گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
پیش آزمون	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 تاثیر معناداری دارد.

فرضیه دوم: گروه درمانی بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر است. برای بررسی برابری واریانس ها در نمرات امید به زندگی از آزمون لون استفاده شد، همانگونه که در جدول 4-9 آمده است این پیش فرض برای نمرات امید به زندگی برقرار است.

برای بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی رفتاری بر میزان افسردگی بیماران از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد مقدار F در این آزمون برای گروه ها 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 معنی داری وجود دارد. بنابراین رفتار

جدول 5. آزمون لون برای بررسی برابری واریانس های 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 کواریانس تک متغیره بر روی میانگین های پس آزمون امید به زندگی گروه آزمایش و گروه کنترل با کنترل پیش آزمون

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش آزمون	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 معنی داری وجود دارد. رفتار درمانی شناختی بر امید به زندگی تاثیر معناداری دارد.

هدف کلی پژوهش: اثربخشی گروه درمانی شناختی بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه

برای بررسی تاثیر مداخله بر میزان امید به زندگی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد، نتایج نشان داد مقدار F در این آزمون برای گروه ها 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 نمره های پس آزمون های افسردگی و امید به زندگی گروه های

آزمایش و کنترل، با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
اثر پیلاپی	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

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 تایید می‌شود یعنی درمان شناختی بر افسردگی و امید به زندگی بیماران تاثیرگذار 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 پایبتری بروز می‌کند. سن پایبتر بروز از جهت درگیر نمودن زنی جوانتر که هنوز از لحاظ فعالیت اجتماعی و فردی زمان طولانی تری را در پیش دارد، بسیار مهم است. واضح است که از ابتلا به این بیماری به همراه صدمه روانی حاصل از ابتلا به بیماری صعب‌العلاج سرطان چقدر برای بیماران ناراحت‌کننده خواهد بود. اما خوشبختانه امروزه با استفاده از روشهای غربالگری و تشخیص زودرس این بیماری و علاوه بر آن پیشرفت متدهای درمانی تحول‌بزرگی 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، خودپنداره، 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 (اوردینگن¹، 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 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

1 . Everdingen

تواند یکی دیگر از دلایل کاهش نمره افسردگی در گروه آزمایش باشد.

فرضیه دوم: گروه درمانی شناختی بر امید

به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر است.

بر اساس نتایج بدست آمده از تحلیل یافته

های پژوهش، مقدار F در این آزمون برای گروه ها 71/32 است که در سطح ($P < 0/001$) معنادار

است. می توان 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 می توان آورد این است که

آگاهی بیماران از تاثیرات عواطف منفی بر سلامت

روان آنها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می

شود 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 فرا گرفته

در جلسات درمانی، شود. مداخله ی شناختی به کار

برده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه ای بر

مهارت های و حل مساله داشته است که این خود

بر کاهش خصومت، تحریک پذیری، عصبانیت و

احساس گناهکاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه

موثر 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

واقعیت های 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.

توجه بیشتری کرد و آن را در اولویت قرار داد و

تلاش کرد همزمان با کمیت زندگی، کیفیت

زندگی بیمار را افزایش داد. بر اساس نتایج

مطالعات از بین درمانهای روان شناختی، گروه

درمانی می تواند به عنوان یک راه موثر و ماندگار

برای مقابله با اثرات روانی بوجود آمده موثر و مفید

باشد.

فرضیه اول: گروه درمانی شناختی

بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر است.

بر اساس نتایج بدست آمده از تحلیل یافته های

پژوهش (مقدار F در این آزمون برای گروه ها

69/90 است که در سطح $P < 0/001$ معنادار

است). می توان گفت که درمان شناختی رفتاری

باعث کاهش نمره افسردگی زنان سرطانی در گروه

آزمایش می شود. دلایل متعددی برای این کاهش

وجود دارد. یکی این که بیماران پس از کسب

اطلاعات در مورد میزان و چگونگی تاثیر عوامل

روان شناختی (از جمله اضطراب، افسردگی،

استرس، خشم و غیره)، بر افزایش خطر عود

بیماری سرطان، احتمالاً تلاش کرده اند شیوه

زندگی و مهارت های مقابله ای 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 فنونی بوده که

در آن به افراد کمک می شود که نقش نحوه ی

تفکر و برداشت از رویداد ها را بر احساس

رضایت مندی خود را در کرده، روش های

شناسایی افکار ناکارآمد و منفی را یاد گرفته و واقع

بینانه تر مسایل خود را بررسی کنند، که این می

نتایج بدست 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 می باشد.

هدف اصلی پژوهش: میزان F برابر با 60/01 و لامبدای ویلکز دارای ارزش 0/13 می باشد که در سطح $P < 0/001$ معنادار است، پس می توان گفت بین درمان شناختی با متغیرهای افسردگی و امید به زندگی تعامل رخ داده است. بنابراین فرضیه کلی و چندگانه پژوهش تایید می شود یعنی درمان شناختی بر افسردگی و امید به زندگی بیماران تاثیرگذار است. نتایج بدست آمده در هر فرضیه را نمی توان حاصل یک مولفه ی خاص دانست زیرا این امر جز به دلیل بافت به هم پیوسته و چند مولفه ای این برنامه ی درمانی امکانپذیر نمی باشد در تبیین یافته ها می توان به عوامل گوناگونی اشاره کرد یک عامل اساسی، به آثار مفید گروه درمانی در مقایسه با درمان انفرادی برمی گردد. گروه درمانی به افراد کمک می کند تا مهارت های اجتماعی مؤثری را بیاموزند، سپس آموزه هایشان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (ریچارد، 1386). آنان از مشاهده ی مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس راحتی و دلگرمی می کنند (اتکینسون، 1384) یا لوم (1988) در رابطه با تاثیر روان درمانی گروهی در بیماران سرطانی گزارش کرد

بیماران سرطانی چون احساسات خود را نسبت به بیماری سرکوب می کنند، روز به روز نسبت به موجودیت خود غریبه ترمی شوند و کمتر اجازه می دهند تا تجربیات تازه در ذهنشان رسوخ کند. در نتیجه ی آن، افکار بدبینانه، وضع ملال انگیز خسته بودن از زندگی، ناامیدی، احساس تنهایی و ترس از مرگ را برای خود بوجود می آورند. شرکت آنها در جلسه های روان درمانی گروهی، تجسم مرگ خود و پرداختن به احساسات خود نسبت به مرگ در گروه باعث می شود که انسان به زندگی با اندیشه هایی نوین و دید دیگری بنگرند. عامل دیگر را می توان آموزش روش پیکان عمودی، فنون به چالش گیری و روشهای تغییر باورها دانست که به گونهای مؤثر در کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی کاربرد دارند فری، (1384)، زیرا رویکرد شناختی اذعان می دارد که حالت های تنش زا همچون اضطراب و افسردگی اغلب به وسیله ی تفکر سوی مندانانه و افراطی، تداوم و از راه تحریف در پردازش دادهها، شدت مییابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به گونهی انتخابی به داده های همخوان با باورهای قبلی توجه می کنند. چنین فرایندی درباره ی یادآوری نیز درست است زیرا افراد به گونه ی انتخابی چیزهایی را به یاد می آورند که با اطلاعات قبلی آنها هماهنگ است (لیهی، 1388). نتایج بدست آمده از مؤلفه های گروه درمانی بر کاهش متغیر افسردگی و افزایش امید به زندگی با تاترو¹ و مونتگومری² (2005)، ایوانس³ و کونیس⁴ (1995).

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

منابع

- ایراجیان، حمیده (1378). بررسی تأثیر تلقین و ماساژ پیشانی و شقیقه‌ها بر تهوع و استفراغ ناشی از شیمی‌درمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاه‌های شیمی‌درمانی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تهران
- بیجاری، ه. قنبری هاشم آبادی، ب. آقامحمدیان شعریاف، ح. و همایی شاندیز، ف (1388) (بررسی گروه درمانی مبتنی بر 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، محمد و محمدی، مسعود و نظیری، قاسم و آیین پرست، ندا (1389). اثر بخشی 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، علی. (1387). احتمالات و آمار کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ اول، ویرایش جدید). تهران: انتشارات رشد.
- دلاور، علی. (1388). روانشناسی و علوم تربیتی (چاپ هفتم). تهران: نشر ویرایش.
- فری، مایکل (2005). راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه مسعود محمدی و رابرت فرنام (1386) تهران: رشد.
- کاپلان، هارولد؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ و سادوک، بنیامین. (2007). خلاصه روان پزشکی (چاپ چهارم)، (جلد دوم)، ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند. (1391).
- کار، آلان (1385). روان‌شناسی مثبت: علم شادمانی و نیرومندی‌های انسان، ترجمه پاشاشریفی، حسن و همکاران، تهران: انتشارات سخن
- گرفمی، هاجر و شفیق آبادی عبدالله و ثنایی ذاکر، باقر (1388). اثر بخشی 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، صادق (1372). بررسی اثر بخشی مداخلات رفتاری شناختی در کاهش اثرات جانبی روانشناختی شیمی درمانی در بیماران

ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی .
دانشگاه فردوسی مشهد.

-هاوتون،ک و همکاران (2010). رفتار درمان
ی شناختی .ترجمه حبیب الله قاسم زاده(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 journalof fundamentals of
mental health;10(4(40)),pp:317-323.

-Asadi,M;Shiralipour,A; Shokouri,Z &
Mohamadkhani.(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 &
Davouodi,S.M.(2009).The comparison
of behavioral and cognitive --
behavioral therapeutic methods on
depression in cardiac rehabilitated
patients.pagouhesh dar
pezeshki;32(4),pp:289-296.

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

سرطانی و بهبودی شیوه های مقابله آنها . رساله
کارشناسی ارشد روانشناختی بالینی . تهران .
دانشگاه علوم پزشکی ایران

- نصری، مریم (1383) . بررسی اثربخشی گروه
درمانی شناختی - رفتاری در افزایش میزان
عزت نفس دانشجویان. پایان نامه کارشناسی
-Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li
Y, Kissane DW, Zabora JR.(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 PF (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., Morrison, R.M., Shore, J. & Bedne, G. (1997). Homeopathic treatment of depression and anxiety. *Alternative Health Medicine*, 3(1):46-49.

-Elkhani M. Methods of surveillance in cancer, Tehran: Ghazi Jahani publication (1991) [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*, 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 Raftar (Applied Psychology)*, 5(19), pp:35-44.

-Gilbar, O. & Plivazky, N. (2005). Mental adjustment coping strategies, and psychological distress among end stage renal disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 58.

-Grace, S.L., Abbey, S.E., Pinto R., Shnek, Z.M., Irvine, J., Stewart, D.E.

(2005). Longitudinal course of depressive symptoms 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, Clark. Cognitive behavior Therapy for psychiatric problems, a practical guide, Translated by: Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand Publication (2003) [Persian].

-Ji et al, 1987, The efficacy of cognitive-behavioral interventions, medications and treatments deviation cartoon video, *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 41.

-Luckman, & Sorensen, K.C. (1996). *Core principals & practice of medical surgical nursing*. 14th edition Philadelphia, W.B. Saunders Co.

-Lee, V., Schoen, R.S., Edgar, J. & Lazner, A. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science Medicine*, vol. 62, 10-19.

-Grassi, J. & Travado, J. & Moncayo, F.L.G. (2004). Psychosocial morbidity 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 TP, 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 optimism 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 WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, 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, Bloom and Goethe ,1997,Effectiveness of encouraging patients to express positive feelings with supportive therapy, the increased survival time of patients, . journal of psy chosomatic 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 IJ, 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.