



<https://jacp.scu.ac.ir/>

ISSN (P): 2538-5755

ISSN (E): 2588-6126

Received: 14 Aug 2023

Accepted: 18 Feb 2024

Research Article

Doi: /10.22055/jacp.2024.24323.1407

The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Reduction of Irrational Beliefs and Depression in Patients with Stage 2 Breast Cancer in Ahvaz

Afzal Houshmand^{1*}

1. MA of Science, Department of Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Science and Research Unit, Shahrekord, Iran

Citation: Houshmand, A. (2024). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Reduction of Irrational Beliefs and Depression in Patients with Stage 2 Breast Cancer in Ahvaz. *Clinical Psychology Achievements*, 10(1), 65-76

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effect of cognitive-behavioral therapy on reducing irrational beliefs and depression in patients with breast cancer stage 2 in Ahvaz city. The statistical population of the research includes all patients of the 2nd stage of Ahvaz city of breast cancer in 2014. Using simple random sampling, 24 people were placed in two experimental and control groups (12 people in the experimental group and 12 people in the control group). The method of this research is semi-experimental and pre-test-post-test with control group. The tools used in this research were the Jones Irrational Beliefs Questionnaire and the Beck Depression Questionnaire. The results of the research showed that the cognitive behavioral therapy has reduced the irrational beliefs of the experimental group compared to the average of the control group. According to the average depression of breast cancer patients in the experimental group compared to the average of the control group, cognitive behavioral therapy has reduced the depression of the experimental group.

Key words: Cognitive-Behavioral Therapy, Irrational Beliefs, Depression

* **Corresponding Author:** Afzal Houshmand

E-mail: peymaneh.houshmand@gmail.com



© 2023 The Author(s). Published by Shahid Chamran University of Ahvaz. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران بند ۲ سرطان سینه در شهر اهواز

افضل هوشمند^{*۱}

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات شهرکرد، شهرکرد، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران بند ۲ سرطان سینه در شهر اهواز انجام گرفته است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران بند ۲ سرطان سینه شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ می‌باشد. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۲۴ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. روش این پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز و پرسشنامه افسردگی بک بود. نتایج پژوهش نشان دادند که درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش باورهای غیرمنطقی گروه آزمایش شده است. درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، باورهای غیرمنطقی، افسردگی

* نویسنده مسئول: افضل هوشمند

رایانامه: peymaneh.houshmand@gmail.com

مقدمه

سرطان، دومین عامل برجسته‌ی مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسئول یک پنجم مرگ و میرهاست. بیماری‌های سرطانی و به خصوص سرطان سینه در زنان به طور چشمگیری رو به گسترش است. دارد. با توجه به اینکه هرگونه تغییری در زندگی انسان، با استرس همراه است، تشخیص سرطان نیز استرس‌های منحصر به خود دارد. از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می‌تواند بروز عصبانیت، خشم، اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، حسادت، کینه‌توزی و همانند آن‌ها باشد (Nasiri, 2012). در این میان، سرطان سینه شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی و روانی تأثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (Akbari Nasaji, 2013). بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در ایران، در طول ۴ دهه‌ی اخیر، افزایش میزان بروز سرطان سینه، آن را در زمره‌ی بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از هم‌تاهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تأثیر قرار می‌دهد. ماهیت این بیماری به‌گونه‌ای است که هویت و شخصیت زنانه مبتلایان را به خطر می‌اندازد و آن‌ها را با مسائلی همچون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت تأهل، نگرانی درباره‌ی ازدواج در صورت مجرد، ترس از مرگ و دلهره‌ی عقیم شدن و ... رو به رو می‌سازد (سبحانی فرد، ۱۳۹۲). بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می‌شوند، یک دوره‌ی فشار روانی را تجربه می‌کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه‌ی آن‌ها می‌شود. این مشکلات روانی که به لحاظ بالینی شدید هستند، معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال انطباقی، اختلال افسردگی اساسی (major depression) یا باورهای غیرمنطقی بروز می‌کنند. همچنین، درمان سرطان با فشارهای روانی متعددی همراه است که برخی از آن‌ها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند و به اضطراب یا افسردگی منجر می‌شوند. برای نمونه، بیماران اغلب عوارض جانبی روانی درمان مانند خشم، اضطراب یا نگرانی را شدیدتر از عوارض جانبی جسمی مانند ریزش مو و حالت تهوع درجه‌بندی می‌کنند. حتی برخی از بیماران شیمی‌درمانی را به خاطر مشکلات روانی آن ترک می‌کنند (White, 2011). 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. با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان‌درمانی فردی نمی‌تواند پاسخگوی این مشکل باشد، از این رو می‌توانیم از درمان شناختی رفتاری به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان باصرفه‌تر است با عنوان درمان شناختی رفتاری سود جوییم. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و اطلاعات گردآوری شده، مداخلات روان‌شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه‌ی وابسته به بیماری و حتی کمک به نمایش زیستی افراد باشد.

همچنین پیشینه پژوهش‌های داخلی و خارجی مورد بررسی قرار گرفت که از این قرارند: (Farokhi, 2013) تحقیقی را با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به تومور مغزی انجام داده است. تحلیل کواریانس حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش معناداری در نمرات افسردگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل گردید که در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد. (Dastjani et al., 2014) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر باورهای غیرمنطقی و کیفیت زندگی افراد وابسته به آمفتامین پرداخته است. نتایج نشان داد که تفاوت نمرات گروه درمانی شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه گواه در کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش کیفیت زندگی بیماران وابسته به آمفتامین معنادار است. خدایی (۱۳۹۱) پژوهشی با عنوان تأثیر مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را انجام داده است. نتایج نشان داد پس از اعمال روش‌های درمان، میزان نمره افسردگی بیماران گروه مورد مداخله کاهش یافت که از نظر آماری معنادار بود. پیلای (Pillai, 2012)، در مطالعه خود با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری در همسران افسرده بیماران مبتلا به سرطان در مراقبت‌های کمکی، مطرح کرد که این پژوهش با هدف اصلی بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای همسران افسرده بیماران مبتلا به سرطان، با توجه به راهنمای تشخیص آماری اختلالات روانی می‌باشد. نتایج نشان دادند که افسردگی در همسران

بیماران مبتلا به سرطان رایج و مداوم است، غربالگری روانی و مداخله‌ای مناسب مانند CBT، یک بخش ضروری مراقبت‌های تسکین‌دهنده است. این مطالعه مقدماتی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری، ممکن است درمان روانی مؤثر برای افسردگی اساسی در میان همسران این بیماران باشد. با توجه به کمبود پژوهش‌ها در این زمینه در کشور و درمان‌های روان‌شناختی کمی که بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام شده، لذا این مطالعه درصدد است تا به این سؤال جواب دهد که آیا درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران بند ۲ سرطان سینه در شهر اهواز می‌شود؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه بیماران بند ۲ سرطان سینه بستری در بیمارستان‌های سطح شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۲۴ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. معیار ورود آزمودنی‌ها کسانی بودند که توسط پزشک متخصصین تشخیص داده‌اند و در بیمارستان بستری بودند. روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود.

ابزار پژوهش

در این تحقیق برای اندازه‌گیری متغیرهای وابسته از پرسشنامه باورهای غیرمنطقی جونز و پرسشنامه افسردگی بک، استفاده شده است.

پرسشنامه باورهای غیرمنطقی (Irrational Beliefs Questionnaire): این پرسشنامه توسط جونز و همکاران (۱۹۹۴) ساخته و دارای ۴۰ سؤال و به صورت طیف ۵ گزینه‌ای (به شدت مخالف، تا حدی مخالف، نه مخالف، نه موافق، تا حدی موافق، به شدت موافق) می‌باشد در این پرسشنامه، به هر گزینه از ۱ تا ۵ امتیاز داده می‌شود. در نهایت، پس از پاسخگویی به همه سؤالات، نمرات باهم جمع می‌شوند. (Kamkari, et al., (2010 در پژوهشی تحت عنوان بررسی تفکرات غیرمنطقی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، روایی و اعتبار این پرسشنامه را برآورد نموده‌اند. برای دستیابی به این منظور، پس از ترجمه، سؤالات به رؤیت متخصصان روانشناسی رسانده شد و روایی محتوایی پرسشنامه، مورد تأیید قرار گرفت. در مرحله بعد، پرسشنامه بر روی یک گروه ۵۰۰ نفری اجرا گردید، ضریب اعتبار آن با کل پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی محاسبه گردید. سپس تجانس درونی سؤالات پرسشنامه مشخص گردید. همچنین با تأکید بر روش تحلیل عام، تمامی عوامل ده‌گانه پرسشنامه مورد پذیرش تحلیل عامل تأییدی قرار گرفت. در پژوهش دیگری که توس اسماعیل‌زاده و عسکریان و تحت عنوان بررسی رابطه بین تفکرات غیرمنطقی و پیشرفت تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد اسلامشهر انجام گرفت، مشخص گردید که این پرسشنامه از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار و واجد ویژگی‌های روان‌سنجی مناسبی می‌باشد. ضریب اعتبار این پرسشنامه نیز از طریق ضریب آلفا محاسبه شد و عدد ۰/۹۵ به دست آمد. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۱، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Questionnaire) (Beck, 1996): این پرسشنامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس

ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بیزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است.

بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-90، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (نقل از ساعتچی، ۱۳۸۸). در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه افسردگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

روش اجرای پژوهش

گزینش نمونه‌ی این پژوهش به این طریق بود که به بیماران واجد شرایط بستری شده در بیمارستان‌های سطح شهر اهواز اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه‌ی اجرای درمان داده می‌شد. در نهایت افرادی که تمایل داشتند، به عنوان گروه آزمایش، در جلسات درمان حضور یافتند. پس از جایگزینی تصادفی بیماران در دو گروه آزمایش و کنترل، بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته، به صورت هفتگی تحت درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت نمودند. بیماران هر دو گروه هم در خط پایه و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی و افسردگی، پاسخ دادند. جلسه‌ی اول با همکاری متخصصین بیمارستان برگزار گردید. هر جلسه اهداف مشخصی را دنبال می‌کرد.

فرایند درمان

محتوای آموزشی طراحی شده برای گروه آزمایش بر اساس مطالعات پیشینه‌ی تحقیق، شناسایی مشکلات ویژه‌ی بیماران بند ۲ سرطان سینه، سرفصل کتاب‌های فنون شناخت درمانی (ل. لیهی، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی لادن فتی و همکاران، ۱۳۹۰)، رفتاردرمانی شناختی (Houghton et al., 1999)، ترجمه‌ی قاسم‌زاده، (۱۳۹۱)، و مهارت‌های زندگی (Kleinke, 2003)، ترجمه‌ی محمدخانی، (۱۳۹۱)، با توجه به مبانی اعتقادی و فرهنگی جامعه، تدوین شد.

در این مداخله از ساختار درمان شناختی رفتاری تبعیت شده است و ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی (حدود ۱۵ دقیقه)، مرور جلسه‌ی قبل (حدود ۱۰ دقیقه)، ارائه‌ی موضوع اصلی جلسه (حدود ۴۵ دقیقه)، خلاصه و جمع‌بندی (حدود ۱۰ دقیقه) و توضیح تکالیف خانگی جلسه‌ی بعد (حدود ۱۰ دقیقه)، بود.

موضوع و محتوای جلسات درمانی به شرح زیر است:

جلسه‌ی اول: آشنایی اعضای گروه با هم، آشنایی با منطق درمان شناختی رفتاری، آشنایی با تأثیر عوامل روان‌شناختی بر بیماران بند ۲ سرطان سینه توسط متخصصین و تعیین هدف‌های درمان.

جلسه‌ی دوم و سوم: آگاه کردن بیمار از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس، و شناسایی افکار مرتبط با این علائم

جلسه‌ی چهارم: تمایز بین فکر و احساس و تعیین رابطه‌ی افکار با احساس‌ها، هیجان‌ها و رفتارها، و توجه به احساسات خود.

جلسه‌ی پنجم: فنون توقف افکار منفی و چالش با افکار منفی
 جلسه‌ی ششم: فنون جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی
 جلسه‌ی هفتم: تکنیک‌های آرمیدگی
 جلسه‌ی هشتم و نهم: مهارت‌های حل مسئله و کنترل خشم
 جلسه‌ی دهم: جمع بندی مباحث گفته شده
 فنون استفاده شده در درمان عبارت‌اند از:
 استفاده از تکالیف خانگی جهت کاربردی کردن مهارت‌ها در محیط زندگی
 آگاه کردن بیمار از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس، از طریق آموزش و توجه به خود فن توضیح این که چگونه افکار، احساس‌ها را به وجود می‌آورد.
 فن تشخیص تفاوت افکار و واقعیت‌ها
 فن پیکان رو به پایین، جهت پیدا کردن باورهای بنیادی
 فن تحلیل سود و زیان
 فن بررسی شواهد
 فن حل و فصل افکار منفی به کمک رفتار
 فن ارزیابی فرض‌ها قواعد و استانداردها
 فن ارزیابی و چالش با بایدها
 آموزش مهارت‌های مرتبط با کنترل خشم

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای کلیه متغیرهای در این پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای باورهای غیرمنطقی، افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

تعداد	انحراف معیار	میانگین	شاخص آماری		متغیر
			مرحله	گروه	
۱۲	۱۳/۰۲	۶۶/۲۶	پیش‌آزمون	آزمایش	باورهای غیرمنطقی
۱۲	۱۴/۰۶	۶۷/۲۰	پس‌آزمون	گواه	
۱۲	۱۱/۸۴	۵۱/۶۳	پیش‌آزمون	آزمایش	
۱۲	۱۳/۸۴	۶۶/۸۷	پس‌آزمون	گواه	
۱۲	۳/۹۲	۱۹/۵۰	پیش‌آزمون	آزمایش	افسردگی
۱۲	۴/۱۰	۲۰/۱۷	پس‌آزمون	گواه	
۱۲	۴/۳۲	۱۹/۸۳	پیش‌آزمون	آزمایش	
۱۲	۵/۵۴	۲۴/۰	پس‌آزمون	گواه	

همان طوری در جدول ۱ ارائه شده است در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار باورهای غیرمنطقی هر یک از گروه‌ها به ترتیب آزمایش ۶۶/۲۶ و ۱۳/۰۲، گروه گواه ۶۷/۲۰ و ۱۴/۰۶، در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۵۱/۶۳ و ۱۱/۸۴، گروه گواه ۶۶/۸۷ و ۱۳/۸۴ و در متغیر افسردگی در مرحله پیش‌آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه‌ها به ترتیب گروه آزمایش ۱۹/۵۰ و ۳/۹۲، گروه گواه ۲۰/۱۷ و ۴/۱۰، در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۰/۱۷ و ۴/۱۰، گروه گواه ۱۹/۸۳ و ۴/۳۲ می‌باشد.

در بررسی شاخص‌های توصیفی مربوط به باورهای غیرمنطقی و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش پژوهش، کاهش نمره‌های به دست آمده در اثر مداخله قابل مشاهده است.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اول: درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی در بیماران بند ۲ سرطان سینه تأثیر دارد.

فرضیه دوم: درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران بند ۲ سرطان سینه مؤثر تأثیر دارد.

قبل از بررسی فرضیه برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس‌ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه و نیز نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، برای باورهای غیرمنطقی و افسردگی در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
باورهای غیرمنطقی	۰/۴۹	۱	۲۲	۰/۴۹۱
افسردگی	۱/۷۶	۱	۲۲	۰/۱۱۴

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی تحقیق از نظر آماری معنادار نمی‌باشد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این‌رو، مفروضه‌ی همگن بودن واریانس‌ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات باورهای غیرمنطقی و افسردگی

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه‌ها	کلموگروف - اسمیرنف			کلموگروف - اسمیرنف			
		آماره	تعداد	معنی‌داری	گروه‌ها	آماره	تعداد	معنی‌داری
باورهای غیرمنطقی	آزمایش	۰/۲۵۱	۱۲	۰/۵۲۱	گواه	۰/۳۶	۱۲	۰/۲۹۵
افسردگی	آزمایش	۰/۷۳۱	۱۲	۰/۱۴۳	گواه	۰/۱۸۷	۱۲	۰/۳۹۱

همانگونه که در جدول ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای باورهای غیرمنطقی و افسردگی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی‌داری
باورهای غیرمنطقی	تعامل	۱/۶۲	۰/۱۷۴
افسردگی	گروه * پیش‌آزمون	۱/۸۷	۰/۱۴۱

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی‌دار می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی‌داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۳۵	۴	۱۹	۷/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۶۵	۴	۱۹	۷/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۵۰	۴	۱۹	۷/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۵۰	۴	۱۹	۷/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (باورهای غیرمنطقی، افسردگی) تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود ($F=7/66$ و $p<0/0001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، چهار تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۶ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۳ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۵۳ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی، افسردگی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری p	مجذور اتا	توان آماری
باورهای غیرمنطقی	پیش‌آزمون	۵۹۸۳/۰۶	۱	۵۹۸۳/۰۶	۱۰۱/۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
	گروه	۱۲۱۳/۹۹	۱	۱۲۱۳/۹۹	۲۶/۴۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۲
افسردگی	خطا	۱۴۷۷/۵۲	۲۱	۵۹/۱۰				
	پیش‌آزمون	۲۸۱/۵۴	۱	۲۸۱/۵۴	۲۲/۵۵	۰/۰۰۲	۰/۵۱	۱/۰۰
افسردگی	گروه	۷۶/۰۱	۱	۷۶/۰۱	۱۱/۰۹	۰/۰۰۳	۰/۲۹	۰/۹۹۲
	خطا	۲۶۲/۱۱	۲۱	۱۲/۴۸				

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گواه از لحاظ باورهای غیرمنطقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=26/48$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه

اول تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش باورهای غیرمنطقی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=11/09$ و $p < 0/003$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افسردگی در بیماران بند ۲ سرطان سینه در شهر اهواز بود که بر این اساس دو فرضیه تدوین شد که به نتایج و تبیین آن‌ها پرداخته می‌شود.
فرضیه اول: درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای غیرمنطقی در بیماران بند ۲ سرطان سینه تأثیر دارد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ باورهای غیرمنطقی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش باورهای غیرمنطقی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۴ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری می‌باشد.
این یافته با یافته (Dastjani et al., 2014)، همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که از دلایلی که برای این استنباط می‌توان آورد این است که آگاهی بیماران از تاثیرات عواطف منفی بر سلامت روان آن‌ها و مزایای داشتن زندگی شاد، باعث می‌شود که برای کاهش عواطف منفی و در نتیجه افزایش عواطف مثبت 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.

مداخله‌ی شناختی رفتاری به کار برده شده در این پژوهش، تمرکز ویژه‌ای بر مهارت‌های کنترل خشم و حل مسأله داشته است که این خود بر کاهش خصومت، تحریک‌پذیری، عصبانیت و احساس گناهکاری ناشی از برخورد پرخاشگرانه، از مؤلفه‌های عاطفه‌ی منفی، و افزایش احساس نیرومندی، سربلندی، و احساس کنترل، از مؤلفه‌های عاطفه‌ی مثبت، می‌شود. علاوه بر این، استفاده از فنون توجه به دیگر واقعیت‌های ممکن، گفتار درونی مثبت و تحلیل سود و زیان، باعث افزایش عواطف مثبت از جمله هوشیاری، متوجه بودن، و اشتیاق برای استفاده از فنون در زندگی، و کاهش عواطف منفی از جمله پریشانی و بی‌قراری، شود. به همین ترتیب، نتایج نشان‌دهنده‌ی اثربخشی فنون به کار برده شده در کاهش باورهای غیرمنطقی شده است.

وقتی بیماران سرطانی تابع عقاید و باورهای منطقی باشد به عواقب منطقی و سازنده دست خواهد یافت و دارای شخصیت و رفتار بهنجار و معقولی خواهد بود. عواقب منطقی منجر به سازگاری مناسب این بیماران می‌شود. اما هرگاه بیماران سرطانی تابع افکار، عقاید و باورهای غیرمنطقی باشد به عواقب غیر معقول و غیرمنطقی دچار خواهد شد. در این حالت فرد دچار آشفتگی عاطفی و رفتاری می‌گردد. با این حال رفتار و عواطف بیماران سرطانی تابع باورها و عقاید او فرض می‌شود و پیامدهای رفتاری یا عاطفی تا حد زیادی مستقل از حوادث و وقایع است. یعنی اینکه واکنش‌های عاطفی و رفتاری آن‌ها دقیقاً هماهنگ و متناسب با حادثه و وقایع رخ داده نیست، بلکه متناسب با برداشت و شناخت آن‌ها از حوادث

است. می‌توان گفت نظام باورهای بیماران سرطانی جزء بسیار مهم شخصیت اوست که قادر است بر ابعاد گوناگون شخصیت آن‌ها اثر بگذارد. بنابراین در این فرضیه نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش باورهای غیرمنطقی آنان شده است.

فرضیه دوم: درمان شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران بند ۲ سرطان سینه مؤثر تأثیر دارد.

نتایج نشان داد با کنترل پیش‌آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش افسردگی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون افسردگی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

نتیجه این فرضیه با نتایج تحقیقات (Farokhi et al., 2013) خدایی (۱۳۹۱) و (Pillai, 2012) همخوانی و همسویی دارد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که بسیاری از بیماران بند ۲ سرطان سینه از افسردگی رنج می‌برند و با توجه، به آمار می‌توان گفت که بخش چشمگیری از بیماری‌های روان‌پزشکی را افسردگی تشکیل می‌دهد. افسردگی علت بسیاری از ناراحتی‌های جسمانی متعددی است که از جمله آن‌ها می‌توان به بی‌خوابی، اسهال، بدن درد، کم‌خوابی، و یا پر‌خوابی، خستگی، کم شدن میل جنسی، فراموشی، لرزش اندام‌ها، کرخت شدن (خواب رفتگی) اشاره کرد. اختلالات روانی با تأثیرات عاطفی و خلقی همراه است.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری سبب کاهش افسردگی در ابعاد عملکرد جسمی، ایفای نقش جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش هیجانی و بهزیستی عاطفی شده است. در خصوص توجیه این تغییرات می‌توان گفت که رویکرد شناختی-رفتاری بر جنبه‌های روانی-اجتماعی درمان تأکید می‌کند. نظریه مبنای این رویکرد می‌گوید برخی از افراد مستعد آن هستند که به برخی از موقعیت‌های هیجانی به شیوه‌ای شدید و نامعمول واکنش نشان دهند. موقعیت‌هایی که بیشتر در روابط عاطفی، خانوادگی یا دوستانه یافت می‌شوند. نظریه DBT می‌گوید سطح برانگیختگی برخی افراد در چنان موقعیت‌هایی و در مقایسه با میانگین مردم سریع‌تر افزایش پیدا می‌کند، به سطح بالاتری از تحریک هیجانی می‌رسد و مدت زمانی بیشتری طول می‌کشد تا به سطح برانگیختگی پایه باز گردد. همچنین با توجه به ماهیت رویکرد شناختی-رفتاری به دلیل توجه به مفاهیمی مانند پذیرش احساسات و هیجانات خود، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، آموزش تحمل پریشانی (تکنیک‌های ذهن آگاهی)؛ کنترل رفتارهای تکانه‌ای، شناسایی رفتارهای خود تخریبی و افزایش کارآمدی بین فردی ضمن کاهش علائم و پیامدهای مرتبط با مصرف مواد، می‌تواند نقش مهمی در کاهش افسردگی و افزایش هیجانات مثبت در بیماران مبتلا به سرطان سینه داشته باشد.

اجرای پژوهش حاضر، موانع و محدودیت‌هایی داشت که برخی از آن‌ها خارج از اختیار و کنترل محقق بود؛ از جمله: این پژوهش در میان سرطان سینه در شهر اهواز انجام شده بنابراین قابل تعمیم به سایر گروه نمونه‌ها نیست. همچنین تجربه مجدد آزمون (پس‌آزمون) با توجه به تجربه اولی (پیش‌آزمون)، تصمیم درباره‌ی اختلاف نمرات آزمودنی‌ها را کمی با مشکل مواجه کرد. پیشنهادها پژوهشی توصیه شده عبارتند از: پژوهش در سطح کلی‌تر و با توجه به شرایط فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی افراد و گروه‌های مختلف جامعه انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی در همین زمینه بر روی سایر افراد و گروه‌های دیگر انجام شود، و نتایج آن با نتایج این پژوهش مورد بررسی و سنجش قرار گیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی به رابطه علت و معلولی این متغیرها در قالب طرح‌های آزمایش توجه شود. پیشنهادات کاربردی پژوهش از این قرارند: از آنجایی که پیشگیری بر درمان مقدم است و با توجه به نتایج این تحقیق، جای آن دارد که به این پدیده به عنوان یک مشکل بهداشتی و روانی که برخی افراد گریبانگیر آن هستند، نگرسته و کارهای لازم برای رفع معضل از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در دانشگاه، مراکز آموزشی،

رسانه‌ها، ادارات، بروشورها، تابلوهای تبلیغاتی، سی‌دی‌ها و ... انجام شود و مدیران و مسئولین ذیربط دوره‌های آموزشی ضمن خدمت را در اولویت کاری خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی

با تشکر فراوان از جناب آقای دکتر نیسی که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از هیچ کمکی در این عرصه بر من دریغ ننمودند و زحمت راهنمایی این پژوهش را بر عهده گرفتند و همه کسانی که به طور مستقیم و غیر مستقیم بنده را یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

منابع

- Akbari Nasaji, Naser. (2013). *Study of nurses' health beliefs regarding breast self-examination in Tabriz city medical center*. Master's thesis, Tabriz University of Medical Sciences. (Persian)
- Dastjani, F., Rahmani, M. A., & Tizdast, T. (2014). The effectiveness of therapeutic group and behavior for illogical belief and quality of peoples life related. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 7(28), 119-129. (Persian)
- Houghton, Kate; M. Salkovs, Paul; Kirk, Joan; and Clark, David. (1999). *Cognitive behavioral therapy: a practical guide to the treatment of mental disorders* (9th Edition). Translated by Habibollah Ghasemzadeh. (2012). Tehran: Arjomand Publications. (Persian)
- Kamkari, K., Askarian, M., & Saatchi, M. (2010). *Psychological tests*. Published Virayesh. (Persian)
- Khodai S, Dastgerdi R, Haghghi F, Sadatjoo S, Keramati A. (2011) The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression in Patients with Cancer. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*; 18 (3):183-190.
- Nasiri, S. (2012). *Investigating the effectiveness of cognitive behavioral interventions in reducing the psychological side effects of chemotherapy in cancer patients and improving their coping strategies*. Master's Thesis in Clinical Psychology. Tehran. Iran University of Medical Sciences. (Persian)
- Nikyar, H., Reisi, Z., & Farokhi, H. (2013). Efficacy of cognitive-behavioral group therapy for depression in patients with brain tumors and increased hope. *Jorjani Biomedicine Journal*, 1(2), 56-63. (Persian)
- Pillai, M. (2012). Efficacy of cognitive -Behavioral 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.
- White, K., A. (2010). *Cognitive-behavioral therapy for chronic medical conditions: a practical guide to assessment and treatment*. Translated by Molavi, R. Fattahi, K. Tehran: Arjomand Publications. (Persian)