

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۳ شماره ۵ آذر و دی ۱۳۹۰ صفحات ۵۵-۵۰

تاثیر شناخت - رفتار درمانی در کاهش اختلال افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه

ناهیده حسنی خیابانی: مرکز بهداشتی درمانی سید باوقا، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: nahid_md2000@yahoo.com

جلیل باباپور خیرالدین: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

احمد علی پور: گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور تهران، تهران، ایران

دریافت: ۸۹/۷/۹ پذیرش: ۹۰/۷/۱۶

چکیده

زمینه و اهداف: اغلب پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که، بیش از نیمی از بیماران سرطانی از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند و افسردگی به عنوان دومین اختلال روانپزشکی شایع در آنها شناخته شده است. هدف از این پژوهش بررسی میزان اثربخشی شناخت - رفتار درمانی در کاهش افسردگی این بیماران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه آینده‌نگر ۶۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جای داده شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. نمرات بدست آمده از ارزیابی‌ها در دو مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون) به کمک آزمونهای آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در کاهش علائم افسردگی گروه آزمایش با گروه کنترل دارای تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان گفت: در کاهش علائم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه، شناخت - رفتار درمانی روشی مؤثر می‌باشد، و این روش می‌تواند در بین بسیاری از بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سرطان سینه، افسردگی، شناخت - رفتار درمانی

مقدمه

شایع‌ترین نوع سرطان و بعد از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان می‌باشد (۳).

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سالانه در جهان بیش از ۱/۱ میلیون مورد جدید سرطان سینه در زنان شناسایی می‌شود که این رقم معادل ۱۰ درصد از کل موارد جدید سرطان و ۲۳ درصد از کل موارد سرطان‌های زنان می‌باشد (۴).

نرخ شیوع سرطان سینه در زنان ایرانی، سالانه ۲۰ مورد ابتلا جدید در هر ۱۰۰,۰۰۰ زن گزارش شده است و با فرض اینکه جمعیت زنان در ایران ۳۰ میلیون نفر باشد تعداد موارد جدید بروز سرطان سینه در هر سال برابر با ۶۰۰۰ نفر خواهد بود (۵).

امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization, WHO) سرطان پس از بیماریهای قلبی و عروقی، دومین عامل مرگ و میر در جهان است و در هر دقیقه در جهان یک نفر در اثر بیماری سرطان جان خود را از دست می‌دهد (۱).

طبق گزارش مرکز آمار سرطان ایران، سالانه بالغ بر ۵۱۰۰۰ مورد جدید ابتلا به سرطان در کشور شناسایی می‌شود و ۳۵۰۰۰ مرگ ناشی از سرطان در کشور رخ می‌دهد (۲). از بین سرطان‌های زنان، سرطان سینه مهم‌ترین عامل نگران‌کننده سلامتی است زیرا

خط درمانی مؤثر برای درمان افسردگی حتی افسردگی‌های متوسط تا شدید می‌باشد (۱۶-۱۴). این درمان شامل کاربرد راهبردهای ویژه و تجربی متمرکز بر شناخت و رفتار است (۱۷).

شناخت - رفتار درمانی، گروهی از مداخلاتی را که هدف آنها تغییر افکار و رفتارهای ناسازگار (ناامیدی، رکود، اجتناب اجتماعی، خودمنفی‌گویی و ...) است را در بر می‌گیرد (۱۸).

گسترده‌ترین مطالعات در زمینه شناخت درمانی افسردگی در اوایل سال ۱۹۶۰ توسط روانپزشک آرون بک انجام شد. او متوجه شد که افراد افسرده یکسری نشخوارهای ذهنی منفی در مورد خود، جهان و آینده دارند که این افکار با رویدادهای منفی زندگی فعال می‌شوند (۱۹). بر این اساس در درمان‌های شناختی رفتاری به بیماران آموزش داده می‌شود که افکار خودآیند منفی خود را یادداشت کنند و بعد تعیین کنند که چگونه این افکار منجر به احساسات ناخوشایند، علائم جسمی و رفتارهای ناسازگارانه می‌شوند سپس بیماران می‌آموزند که صحت این افکار را به چالش بکشند و بطور تجربی آنها را بیازمایند و به دنبال آن افکار و باورهای متعادل و سازگارانه‌تر را جایگزین آنها سازند. در بخش رفتاری (Cognitive - Behavior therapy, CBT) که اصطلاحاً فعال‌سازی رفتاری نام دارد، سستی و رکود بیماران مورد هدف قرار می‌گیرد. بدین منظور بیماران به انجام فعالیت‌های لذت‌بخش که تقویت مثبت به دنبال دارند، تشویق می‌شوند. در این بخش مهارت‌هایی نظیر مهارت حل مسئله به عنوان یک تکنیک رفتاری آموخته می‌شود.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا و بیمارستان نورنجات تبریز که در سال ۱۳۸۷ این بیماری در آنها تشخیص داده شده و تحت عمل جراحی ماستکتومی توتال قرار گرفته بودند و به دنبال آن درمان‌های مکمل نظیر شیمی‌درمانی و رادیوتراپی هم دریافت کرده‌بودند تشکیل می‌دادند. دامنه سنی این زنان بین ۳۵-۵۵ سال انتخاب شد. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی، عدم ابتلا به بیماریهای جسمی و روانی دیگر، دریافت درمان‌های مکمل شیمی‌درمانی و رادیوتراپی، عدم ابتلا به بیماریهای ژنتیکی، علاقمندی به شرکت در جلسات درمانی. معیارهای خروج: چنانچه موردی از معیارهای ورود نقض می‌شدند از فرآیند پژوهش خارج می‌شدند که چنین اتفاقی نیفتاد. روش نمونه‌گیری از نوع غیر احتمالی بود به این شکل که پرونده پزشکی این بیماران مطالعه شد و از بین بیماران واجد شرایط (یعنی زنانی که اولین بار در سال ۸۷ توده پستانی در آنها تشخیص داده شده بود و پس از نمونه‌برداری توده بدخیم گزارش شده و تحت عمل جراحی ماستکتومی یکطرفه قرار گرفته بودند و سپس درمان‌های مکمل از نوع شیمی‌درمانی یا رادیوتراپی و یا هر دو را دریافت کرده و یا در

هر چند امروزه تشخیص سرطان دیگر معادل مرگ حتمی و قریب‌الوقوع محسوب نمی‌شود اما بسیاری از مطالعات انجام شده در کشورهای غربی و برخی کشورهای آسیایی نشان داده که چنین تشخیصی موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می‌شود (۶). برخی از دلایل بروز این مشکلات، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او از قبیل احتمال بدشکلی، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، وابستگی، از هم گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و فرآیند مردن و رویداد واقعی برخی از این پدیده‌ها در زندگی بیماران است (۷). مطالعات نشان داده است که: ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان سینه، بطور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می‌برند. شایعترین اختلال روانپزشکی در این بیماران طبق مطالعات، اختلال اضطرابی و دومین تشخیص روانپزشکی شایع در آنها اختلال افسردگی می‌باشد (۶ و ۸). بسیاری از مطالعات انجام شده این یافته‌ها را تایید می‌کند از جمله به تحقیقات Michael و همکاران می‌توان اشاره کرد که شیوع افسردگی را در جمعیت عمومی ۱۵ درصد و در بیماران سرطانی ۳-۲ برابر آن گزارش کرده‌اند (۹). مهمترین دلایل ایجاد افسردگی در این بیماران درد ناشی از متاستاز، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و ناتوانی ذکر شده است (۱۰). به نظر می‌رسد در مبتلایان به سرطان سینه، درمان‌های طبی رایج (ماستکتومی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی) نیز زمینه مساعدتری جهت ابتلا به اختلالات خلقی مانند افسردگی و اضطراب فراهم می‌کنند. چرا که بیماران پس از ماستکتومی شرایطی همانند قطع یک عضو از بدن را تجربه می‌کنند، عضوی که سبب جنسیت، زن بودن و مادر بودن است و با برداشته شدن آن، زنان استرس زیادی را متحمل شده و احتمالاً مستعد ایجاد اختلالات خلقی نظیر افسردگی و اضطراب می‌گردند (۱۱). رادیوتراپی و شیمی‌درمانی هم به نوبه خود عوارض جانبی برجسته‌ای نظیر (از دست دادن موها) دارند که ضربه روحی عمیقی بر زنان وارد می‌کند. آنها از این عوارض رنج می‌برند و متقاعد می‌شوند که اینها نشانه پیشرفت بیماری هستند و این تفکرات نیز می‌تواند زمینه مساعدی برای پیشرفت افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی گردد (۱۲).

از آنجا که افسردگی یک عامل خطر در کاهش میزان بقا در بیماران سرطانی و عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی بیماران می‌باشد (۱۳) لذا شناسایی و درمان به موقع آن می‌تواند کمک بزرگی در درمان این بیماران و بازتوانی آنها باشد و نقص فعالیت‌های اجتماعی آنها را کاهش دهد.

برای درمان اختلال افسردگی، روش‌های گوناگونی از جمله دارودرمانی، شناخت درمانی، رفتار درمانی، درمان مبتنی بر روانکاوی و شناخت - رفتار درمانی، شوک درمانی و ... بکار می‌رود. در چارچوب درمان‌های روانشناختی افسردگی، در سال‌های اخیر شناخت - رفتار درمانی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. شناخت - رفتار درمانی یک استراتژی غیردارویی و اولین

دوره درمان بودند و دامنه سنی آنها بین ۵۵-۳۰ سال بود) ۶۰ نفر به صورت تصادفی ساده و با در میان گذاشتن هدف پژوهش و با اخذ موافقت افراد انتخاب شدند. تعداد حجم نمونه با استفاده از فرمول توان آزمون محاسبه گردید:

$$n = 0^2 \left(\frac{1 - \omega_A^2}{\omega_A^2} \right) = 2^2 \left(\frac{1 - 0/0.1}{0/0.1} \right) \cong 61$$

$\emptyset$ بر اساس تعداد گروه (به عبارت صحیح‌تر بر اساس درجه آزادی تعیین می‌شود. پس از مشخص شدن df به جدول برآورد حجم نمونه از روی توان آزمون مراجعه می‌شود و در آن با توجه به توان آزمون و مقدار df، اندازه $\emptyset$ به دست می‌آید و در فرمول قرار می‌گیرد.

ω_A^2 عبارت است از حجم اثر. بطور قراردادی و با در نظر گرفتن تحقیقات متعدد، حجم اثر را برابر با ۰/۰۶ (حجم اثر متوسط) در نظر می‌گیرند. در این پژوهش توان آماری برابر با ۰/۸۰، α برابر با ۰/۰۵ و حجم اثر برابر با ۰/۰۶ در نظر گرفته شده و با توجه به فرمول، تعداد ۶۱ نفر به دست آمده است. افراد انتخاب شده به روش تصادفی در ۲ گروه آزمایشی و گروه کنترل جای گرفتند و همزمان پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک اجرا شد. سپس تکنیک‌های شناخت - رفتاردرمانی در گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه، ۲ بار در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بصورت گروهی اجرا شد. برای آموزش این افراد از دستورالعمل آموزشی کتاب جامع اختلالات روانپزشکی کاپلان و سادوک (۲۰۰۷) استفاده گردید.

پس از پایان جلسات آموزشی، پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایشی و کنترل مجدداً اجرا شد. از ۳۰ نفر آزمودنی انتخاب شده در گروه آزمایشی ۸ نفر بعد از شروع جلسات آموزشی و قبل از اتمام دوره درمان، درمان را خاتمه دادند و ۲۲ نفر باقی ماندند. در نهایت برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس با نرم افزار Spss 14 استفاده شد.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم)

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط Beck تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط Steer, Beck و

Brown (۲۲) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می‌باشد که ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ است (۲۳). همچنین در تحقیق دیگری که قاسم‌زاده و همکاران (۲۴) برای بدست‌آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی تست افسردگی بک - ویراست دوم - انجام دادند، نتایج اینگونه بدست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی ۰/۷۴، همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ بود (۲۲).

در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شد.

نتایج

جدول شماره ۱ شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی گروه‌های دوگانه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. نگاهی موشکافانه و گذرا به این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، اجرای مداخلات شناختی - رفتاری موجب بروز تغییرات فاحش در شاخص متغیر افسردگی شده است. از طرفی در گروه کنترل که در معرض هیچ نوع مداخله‌ای قرار نگرفته بود تغییر قابل توجهی در متغیر مورد نظر مشاهده نمی‌شود. برای تحلیل داده‌های ارائه شده از روش تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد و قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای طبیعی بودن توزیع (جدول ۲) و آزمون همگنی شیب‌ها (جدول ۳) انجام شد. همانگونه که در جدول شماره (۳) مشاهده می‌شود نتایج بدست آمده حاکی از عدم تاثیر متقابل معنی‌دار بین پیش‌آزمون افسردگی و عامل گروه است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس که در جدول شماره (۴) مشاهده می‌شود حاکی از رد فرضیه صفر و در نتیجه معنی‌دار بودن اثر شناخت - رفتاردرمانی بر کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه دارد. شدت این تاثیر که با «مجذور اتا» ارزیابی شده است ۱۷/۸ درصد است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش‌آزمون افسردگی	۳۰	۱	۴۹	۲۲/۰۶۶۷	۱۳/۱۰۹۴
	پس‌آزمون افسردگی	۳۰	۲	۴۹	۱۹/۱۳۳۳	۱۳/۳۹۵۱
آزمایشی	پیش‌آزمون افسردگی	۲۲	۳	۴۹	۱۸/۰۰۰۰	۱۱/۵۵۱۱
	پس‌آزمون افسردگی	۲۲	۲	۳۴	۹/۵۰۰۰	۷/۵۱۳۵

جدول ۲: آزمون کالموگروف - اسمیرنوف در خصوص برابری واریانس‌های خطای گروه‌های مورد مطالعه در متغیر وابسته

گروه‌ها	پیش‌آزمون افسردگی	پس‌آزمون افسردگی
کنترل	۰/۵۱۶	۰/۸۷۸
	۰/۹۵۳	۰/۵۸۱
آزمایشی	۰/۶۹۱	۰/۹۴۲
	۰/۸۲۶	۰/۳۳۸

جدول ۳: تحلیل کوواریانس تعامل متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون افسردگی) و متغیر مستقل (شناخت رفتار درمانی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
گروه	۰/۸۴۶	۱	۰/۸۴۶	۰/۰۱۵	۰/۹۰۵
پیش‌آزمون	۳۰۳/۷۵۰	۱	۳۰۳/۷۵۰	۵۸/۵۷۳	۰/۰۰۰
اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون	۱۹۰/۸۷۶	۱	۱۹۰/۸۷۶	۳/۷۲۲	۰/۰۶۰
خطا	۲۴۶۱/۵۳۱	۴۸	۵۱/۲۸۲		

جدول ۴: تحلیل کوواریانس اثرات شناخت رفتار درمانی بر افسردگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۳۷۳۶/۵۶۰	۱	۳۷۳۶/۵۶۰	۶۹/۰۲۸	۰/۰۰۰	۰/۵۸۵
گروه	۵۷۴/۱۹۷	۱	۵۷۴/۱۹۷	۱۰/۶۰۸	۰/۰۰۲	۰/۱۷۸
خطا	۲۶۵۲/۴۰۶	۴۹	۵۴/۱۳۸			

بحث

رویکرد شناختی-رفتاری خود از تلفیق دو رویکرد رفتاری و رویکرد شناختی پدید آمده است. به یک اعتبار می‌توان گفت که در شناخت-رفتار درمانی نکات قوت رویکردهای رفتار درمانی و شناخت درمانی (عینی‌گرایی، ارزیابی و سنجش) از یک سو و دخالت دادن نقش حافظه در بازسازی و تفسیر اطلاعات از سوی دیگر گرد آمده‌اند (۲۵).

شناخت-رفتار درمانی بر این فرضیه استوار است که یادگیریهای اجتماعی، تاریخچه زندگی و تجارب ویژه زندگی طرحواره‌های شناختی یا فرضیات انسان‌ها را درباره خودشان، جهان و آینده شکل می‌دهند و معتقد است که باورهای غلط در پاسخ به رویدادهای زندگی بوجود آمده و رفتارهای غلط و پاسخهای هیجانی را سبب می‌شود. شناخت رفتار درمانی با تغییر این باورها پاسخهای مشکل‌ساز را کاهش داده و پاسخهای سازنده را افزایش می‌دهد (۲۶).

در واقع می‌توان گفت که شناخت-رفتار درمانی روشی است براساس ایجاد پاسخ توسط اثرات فکری نه فیزیکی، که بوسیله روانشناسان و درمانگران جهت کمک به ارتقاء تغییرات قطعی در افراد و کمک به تسکین رنجهای عاطفی و مطرح ساختن تعداد زیادی از مسایل رفتاری-اجتماعی و فکری استفاده می‌شود (۲۵).

در این روش درمانی، بیماران یاد می‌گیرند که افکار و رفتار خود را مشاهده کنند و سپس ارزیابی کنند که چگونه افکارشان بر خلق و رفتار آنها تأثیر می‌گذارد. وقتی بیماران از این پروسه آگاه شدند درمانگر مهارت‌هایی را به آنها آموزش می‌دهد که افکار منفی خود را مانیتور و یادداشت کنند از قبیل (من بی‌عرضه هستم و ...) اعتبار این افکار را بسنجند، و باورهای سازگارانه و متعادل را جایگزین آنها سازند مانند (چیزهای زیادی است که من بخوبی در کارم انجام می‌دهم و ...).

اهداف بلندمدت شناخت رفتار درمانی این است که بیماران به این باور برسند که توانایی درمان خودشان را دارند (۲۷).

با توجه به اینکه اختلال افسردگی در نتیجه تحریف‌های شناختی خاصی نظیر (تعمیم افراطی، بزرگ‌نمایی، شخصی‌سازی، مطلق‌گرایی تفکر، نتیجه‌گیری دلبخواهی و ...) به وجود می‌آید و الگوهای شناختی هستند که باعث می‌شوند فرد داده‌های درونی و بیرونی را تحت تأثیر تجارب اولیه، به گونه‌ای تغییر یافته درک کند، برخورد شناختی و رفتاری با آن منطقی به نظر می‌رسد (۱۲).

در مطالعه‌ای دیگر که توسط ادلمن بل و کیدمن در سال ۱۹۹۹ بر روی ۱۲۴ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد تأثیر مثبت شناخت-رفتار درمانی بر کاهش افسردگی تأیید شد (۲۸).

اما در مقایسه این مطالعات با مطالعاتی که تاثیر CBT را بر افسردگی ثابت کردند مشخص می‌شود که از حداقل ۶۰ مطالعه‌ای که در این زمینه انجام شده فقط دو یا سه مورد تاثیر CBT را بر افسردگی رد کرده‌اند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، به نظر می‌رسد که شناخت - رفتاردرمانی روشی مؤثر برای درمان اختلال افسردگی باشد. گفتنی است که کوتاه بودن طول مدت درمان، اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها و عدم امکان ارزیابی بلندمدت و کاربرد تنها یک نوع ابزار اندازه‌گیری آن هم از نوع خود گزارش‌دهی از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از همکاری جناب آقای دکتر وحید منتظری و جناب آقای دکتر امراالله بیات و خانم بیتا حسینی فر که در دسترسی به جامعه آماری و آقای دکتر میر علی اعتراف اسکویی رئیس دانشکده توانبخشی که در اختصاص مکان لازم جهت برگزاری کلاسها همکاری خالصانه داشتند سپاسگزاری می‌شود.

در مطالعه‌ای دیگر کوثر و همکاران نیز در سال ۲۰۰۴ تاثیر شناخت رفتار درمانی را بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تایید کردند (۲۹).

در مطالعه‌ای دیگر کوچر و همکاران نیز در سال ۲۰۰۷ تاثیر شناخت - رفتار درمانی را بر کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تایید کردند (۳۰).

همانطور که در طی این پژوهش نیز مشاهده شد بسیاری از علائم افسردگی صرفاً بعد از شناخت - رفتاردرمانی کاهش پیدا کرد. در بخش نتایج مشاهده شد که در کاهش علائم افسردگی، گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل داشت. نتیجه این پژوهش در مورد اثربخشی شناخت رفتاردرمانی هماهنگ با بررسی‌هایی است که نشان می‌دهند روش درمانی فوق مداخله کارآمدی در درمان افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌باشد.

در مقابل، مطالعه‌ای که توسط گیون در سال ۲۰۰۴ انجام شد نشان داد که شناخت رفتاردرمانی بر افسردگی بیمارانی که توده جامد در آنها تشخیص داده شده تنها تاثیر کوتاه مدتی داشته است (۳۱).

در دو مطالعه‌ای دیگر که توسط فوکویی و ساندن در سال ۲۰۰۰ انجام شد نشان داد که شناخت رفتاردرمانی بر افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه بی‌تاثیر است (۳۲).

References

- Ilkhani M. *Core Ways on Cancer Patients*. Tehran, Ghazi Jahani Pub, 1990.
- Mohagheghi MA, Mosani-Jarrahi A. *The 3rd annual report of Tehran Metropolitan Area cancer Registry*. Tehran, Cancer Institute Research Center Pub, 2002.
- Kruk J, Aboul-Enein Hy. Psychological stress and the Risk of breast cancer: A case-control study. *Cancer Detection and Prevention* 2004; **28**(6): 399-408.
- Pan American Health Organization (Regional office of the work Health Organization). Breast Health Global Initiative (BHGL). Available at: <http://www.paho.org/English/AD/DPC/NC/PCC-bhgiabout>.
- Montazeri A, Ebrahimi M, Mehrdad N, Ansari M, Sajadian A. Delayed presentation in breast. Cancer A study in Iranian woman. *BMC Woman's Health* 2003; **3**.
- Akechi T, Nakano T, Okamura H. Psychiatric disorders in cancer patients: descriptive analysis of 1721 psychiatric referrals at two Japanese cancer center hospitals. *Jpn J Chinocol* 2001; **31**: 188-194.
- Vanderkiet GK. Breaking bad news. *American Family Physician* 2001; **64**: 1975-1978.
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Nath cancer Inst Monographs* 2004; **32**: 57-71.
- Pirl WF. Eviedence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patient. *J Nath cancer Institute Monographs* 2004; **32**: 32-39.
- Michael A, Jessica L, Kristin K, Amy B, Jenifer C, Susan A. *Health Psychology* 2001; **20**: 20-32.
- Ciamarella A, oli P. Assessment of depression among cancer patient: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychoncology* 2001; **10**(2): 156-165.
- Engle J, Kerr J, Schlesinger - Raab A, Sauer H, Holzel D. Quality of life following breast conserving therapy or mastectomy: Results of a 5 year prospective study: *breast J* 2004; **10**(3): 223-231.
- Sadock Bj, Sadock Va. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Science/ clinical psychiatry, 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2007;
- Bowers L, Boyle DA. Depression in patients with advanced cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2003; **7**(3): 281-288.
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; **49**: 59-72.
- DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999; **156**: 1007-1013.
- DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD. Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to

- severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 409-416.
18. Finucane A, Mercer SW. An Exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* 2006; **8**: 6-14.
 19. Hollon SD, Thase ME, Marcovitz JC. Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest* 2002; **3**: 39-77.
 20. Beck AT. How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nat Med* 2006; **12**: 8-15.
 21. Barrett JE, Williams JW, Oxman TE. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *J Fam Pract* 2001; **50**: 405-412.
 22. Unutzer J, Katon W, Callahan C. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; **288**: 2836-2845.
 23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The psychological corporation, 1996; PP: 115-117.
 24. Mutaby A, Jazayeri A, Mohammad Khani L, Purshahbaz A. The Comparison of psychological causes of relapse patients with/without relapse and normal people. *Psychology J* 2006; **2**: 33-40.
 25. Ghassmzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, ebrahimkani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory. 2nd ed: BDI-II-persian. *Journal of depression and Anxiety* 2005; **21**: 185-192.
 26. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems A Practical Guide* 1989, Translator: Ghassemzadeh H. 1382; ۱۲۶ -Spiegel. D. Cognitive - Behavioral therapy. 2008; 113. Statistical center of Iran. Iran National census, 1977. Tehran, statistical center of Iran.
 27. Barrett JE, Williams JW, Oxman TE. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care. *J Fam Pract* 50. 405-412.2001;
 28. Edelman, Sarah Bell, David R, Kidman A, Antony D. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Volume 13, Number 3, 1999, pp. 189-202(14)
 29. Kuijter RG, Buunk BP, Jong M, Ybema JF, Sanderma R. Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feeling of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho-oncology*. 2004; **13**: 321-334.
 30. Cocker K, Bell D, Kidman A. Cognitive behavior therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study. 2007.
 31. Given C, Given B, Rahbar M, Jeon S, McCorkle R, Cimprich B. Does a symptom management intervention affect depression among cancer patients: results from a clinical trial. *Psycho-Oncology* 2004; **13**: 818-830.
 32. Fukui S, Kugaya A, Okamura H, Kamiya M, Koike M, Nakanishi T, Imoto S, Kanagawa K, Uchitomi Y. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: a randomized controlled trial. *Cancer* 2000; **89**: 1026-1036.
 33. Sandgren AK, McCaul KD, King B, O'Donnell S, Foreman G. Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000; **27**: 683-688.