

اثر بخشی گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران زن مبتلا به تومور مغزی

حمیدرضا نیک یار^۱، زهره رئیسی^۲، حبیبه فرخی^{۳*}

۱- دانشیار، رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران
۲- استادیار، مدیرگروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: برخی از اختلالات جسمی، مشکلات روانی را نیز به همراه دارند که به نوعی ناهنجاری در شیوه احساس، ادراک و رفتار فرد منجر می‌شود. لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و افزایش امیدواری زنان مبتلا به تومور مغزی صورت گرفته است.

روش بررسی: این مطالعه بر روی بیماران زن مراجعه کننده به بیمارستان فوق تخصصی میلاد تهران صورت گرفت. ۳۰ نفر و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. درمان شناختی رفتاری طی هشت جلسه، هر هفته دو جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بر روی گروه آزمون صورت گرفت. ابزار مورد استفاده مقیاس افسردگی بک و پرسش نامه امیدواری آشنایدر بود که در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (دوماه) بر روی گروه آزمون و کنترل اجرا گردید. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ و استفاده از روش آنالیز کواریانس و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تحلیل کواریانس نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش معناداری در نمرات افسردگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل شده است ($P < 0/001$) که در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین نمرات امیدواری گروه آزمون نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون افزایش معناداری پیدا کرده است ($P < 0/001$) که در مرحله پیگیری نیز مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: درمان شناختی رفتاری می‌تواند به عنوان یک مداخله ارزشمند علاوه بر درمان‌های جراحی و دارویی در بیماران تومور مغزی به کار گرفته شود.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی شناختی رفتاری، افسردگی، امیدواری، تومور مغزی

*نویسنده مسئول: حبیبه فرخی

نشانی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران.

تلفن: ۰۹۳۵۱۰۲۲۳۵۳ پست الکترونیک: farhikhtegan.sepahan@gmail.com

مقدمه

انسان‌ها طی دوران زندگی خود با طیف گسترده‌ای از اختلالات جسمی و روانی روبرو هستند. که برخی از اختلالات جسمی، مشکلات روانی را نیز به همراه دارند که به نوعی ناهنجاری در شیوه احساس، ادراک و رفتار فرد منجر می‌شود. از جمله این اختلالات می‌توان انواع سرطان‌ها و تومورها را نام برد. هر کدام از انواع تومورها سبب شناسی و برنامه درمانی و پیش‌آگهی ویژه خود را دارند (۱ و ۲). در این میان تومورهای مغزی به خصوص لوب فرونتال (پیشانی) که مسئول قسمت اعظم عواطف فردی، قدرت قضاوت، شخصیت و بازدارنده برخی اعمال در انسان است با علائم روانی آشکارتری از جمله تغییر در محتوی فکر، توهم، افکار پارانوئیدی و ادراک غیرطبیعی همراه است. زمانی که افراد دچار تومور مغزی می‌شوند یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند که در برخی از این بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیر پا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات و فشارهای روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه و بروز اختلالات انطباقی، شبه جسمی و خلقی می‌شود. اختلالات خلقی شامل آشفتگی ناتوان کننده در هیجان است که طیف اختلال خلقی از غمیگنی و کناره‌گیری بیش از حد، افسردگی، تا وجد و تحریک پذیری بیش از حد، شیدایی، را می‌توان طبقه‌بندی کرد. یکی از متداول‌ترین اختلالات خلقی، اختلال افسردگی است. افسردگی یکی از مهم‌ترین بیماری‌های ناتوان کننده است که امروز شیوع بسیاری در بین مردم دارد. که از آن به عنوان سرماخوردگی روانی یاد می‌شود (۱). در بیماران تومور مغزی به دلیل درمان طولانی مدت، بدخیمی تومور و انجام شیمی درمانی، علائم و عوارضی از جمله سرگیجه، عدم تعادل در راه رفتن، بی‌حسی، عدم برقراری ارتباط با دیگران و گوشه‌گیری به وجود می‌آید که در نهایت منجر به افسردگی و ایجاد حس یأس و ناامیدی در آن‌ها می‌شود (۲). نظریه‌های درمان روان‌شناختی متعددی برای اختلال افسردگی مطرح گردیده است. نظریه روان درمانی بین فردی که از برخی اندیشه‌های روان تحلیلی بهره می‌گیرد، بر این عقیده تکیه دارد که افسردگی ارتباط نزدیکی با مشکلات فردی دارد (۳). افسردگی در بیماران تومور مغزی حاصل بستری مکرر در بیمارستان و عوامل محیطی حاکم بر آن و وجود مشکلاتی از قبیل لرزش، پارزی، اختلال در تکلم، تشنج و غیره سبب گوشه‌گیری و انزوای اجتماعی و افسردگی شده در نهایت

مشاهده عدم بهبودی در برخی از بیماران زمینه یأس و ناامیدی را در آن‌ها فراهم می‌کند. نظریه شناختی نیز بر نقش افکار و باورهای منفی به عنوان علل اصلی افسردگی می‌پردازند. از جمله نظریه‌های شناختی می‌توان به نظریه شناختی آرون بک اشاره نمود که بیان می‌کند افراد به علت منفی بودن تفکرشان درباره خود، دنیا و آینده دچار افسردگی می‌شوند که هدف درمان در این رویکرد اصلاح سوگیری‌های شناختی و الگوی فکری غیرانطباقی است (۵).

رویکرد درمان شناختی رفتاری تلفیقی از دو رویکرد رفتار درمانی و رویکرد شناختی است که به ترتیب در بستر شرطی سازی پاولفی و براساس دانش و شناخت پایه ریزی شده است. در دو دهه اخیر پژوهشگران و روان‌شناسان بسیاری از رویکرد درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند. در این میان بیماران تومور مغزی به دلیل درمان طولانی مدت، مشاهده عدم بهبودی در بیماران دیگر و مصرف چندین ساله داروها، از بهبودی خود دچار ناامیدی می‌شوند. نتایج مطالعه‌ای که توسط بلانچ برای ارزیابی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه در دو گروه کنترل و آزمون انجام شد نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری گروهی تأثیر معناداری در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه دارد (۶). در بسیاری از پژوهش‌های بالینی از جمله ادلمان (۳)، آنتونی (۷)، ایرونسون (۸) و درویشی (۹) و غیره این روش درمانی، مؤثر شناخته شده است. در پژوهشی دیگر که بوسیله بلانچ انجام گرفت بیماران مبتلا به ایدز در دو گروه آزمایش (با مداخله به روش گروه درمانی شناختی رفتاری) و کنترل (بدون درمان) قرار گرفتند و هر دو مراقبت‌های استاندارد وابسته به غددشناسی را دریافت کردند، اما گروه آزمایش، هشت جلسه گروه درمانی شناختی رفتاری را به صورت هفتگی و به دنبال آن نشست شبانه خانوادگی، برای بیش از سه جلسه در ماه دریافت کردند. بیماران پرسشنامه وضعیت خلقی و عزت نفس کوپر اسمیت را پیش و پس از درمان تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که افسردگی و اختلالات خلقی در کل کاهش یافته و همچنین، عزت نفس شرکت کنندگان در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش داشته است (۱۰). با توجه به کمبود پژوهش‌ها در این زمینه در کشور و درمان‌های روان‌شناختی کمی که بر روی بیماران مبتلا به تومور مغزی انجام شده، لذا این مطالعه با هدف تعیین اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر افسردگی و افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به تومور مغزی صورت گرفته است.

در پژوهشی که توسط رزمن انجام شد، ضریب اعتبار مقیاس افسردگی بک در مقایسه با تشخیص افسردگی برابر ۰/۸۷ و در مقایسه با مقیاس هامیلتون برابر ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۴).

پژوهش اختصاصی توسط تاتروک بر روی میزان ثبات درونی مقیاس افسردگی بک انجام شد (۱۵). در پژوهش‌های صورت گرفته توسط درویشی و همکاران (۹) و همچنین مطالعه‌ای توسط خدایی و همکاران (۱۲) صورت گرفته است، ضریب مقیاس افسردگی بک در بیماران سرپایی روانپزشکی ۰/۸۵ برآورد شده است.

مقیاس امیدواری اشنایدر شامل اندازه‌گیری خودگزارشی صفت و حالت امیدواری است. این پرسش‌نامه شامل ۱۲ سوال چهارگزینه‌ای و دو خرده‌مقیاس گذرگاه و انگیزش است (۵). برای پاسخ دادن به هر پرسش، پیوستاری از کاملاً غلط، تا حدی غلط، تا حدی درست و کاملاً درست که به ترتیب معادل نمرات ۴ و ۳ و ۲ و ۱ است در نظر گرفته شد. مجموع نمرات بین ۸ تا ۳۲ قرار می‌گیرد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی برابر با ۰/۸۴ به دست آمد (۱۱ و ۱۵).

برای ورود بیماران به این مطالعه ابتدا پرسشنامه‌های مورد نظر بین ۶۲ نفر از زنانی که در بیمارستان میلاد به دلیل تومور مغزی تحت پیگیری و درمان بودند و پرونده داشتند توزیع گردید. از بین شرکت‌کنندگانی که نمره افسردگی (۳۱-۸) و امیدواری (۱۸-۹) را کسب نمودند ۳۰ نفر انتخاب شدند و حجم هر کدام از گروه‌های آزمون و کنترل ۱۵ نفر شد. معیار ورود زنان در این پژوهش، دارا بودن تحصیلات متوسطه به بالا، شرکت در کلیه جلسات گروه درمانی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارویی و دامنه سنی ۴۹-۱۵ سال بود. سپس گروه آزمون به مدت ۸ جلسه هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه تحت درمان با فنون گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند پس از پایان جلسات درمان، پرسشنامه پس‌آزمون توسط گروه‌های آزمون و کنترل تکمیل شد و دو ماه بعد نیز مرحله پیگیری انجام شد (۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۵).

جلسات به شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ و در نهایت ۱۰ دقیقه بحث گروهی اداره می‌شد. تیم آموزش شامل کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و پزشک معالج بود. محتوای آموزشی جلسات بیشتر بر مبنای تعیین سیر بیماری و درمان طولانی مدت و پیامدهای آن، تفسیر تشنج به عنوان پدیده‌ای غیرقابل پیش‌بینی و غیرقابل فهم، تعریف‌های شناختی همچون فاجعه‌آفرینی، تعمیم افراطی، وجود افکار خودآیند منفی در مورد تومور و ارزیابی فرد از تأثیر

تا از تمرکز نقش انحصاری عوامل پزشکی فاصله گرفته و با آموزش فنون روان‌شناختی در راستای ارتقای سلامت جسمی و روانی، کاهش مشکلات خلقی و بهبود سبک زندگی این دسته از بیماران تلاشی صورت گرفته باشد. اهمیت اصلی پژوهش حاضر در مطرح ساختن الگوهای جدید از درمان است که می‌تواند همزمان با جراحی و دارو درمانی در بهبود مشکلات شناختی و به خصوص افسردگی و ناامیدی همراه با بیماری تومور مغزی مورد استفاده قرار گیرد و با آموزش فنون درمان شناختی رفتاری به این دسته از بیماران کمک کرد تا واکنش و ارزیابی خود را نسبت به شرایط و بیماری تغییر دهند، که نتیجه آن بهبود خلق، سازگاری و کنترل بهتر بیماری است و هدف آن است که با به کارگیری گروه درمانی شناختی رفتاری، گامی مؤثر در جهت کاهش افسردگی و افزایش امیدواری این بیماران برداشته شود.

روش بررسی:

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است و از آنجا که مطالعات گوناگون نشان می‌دهد میزان افسردگی زنان در مقایسه با مردان در بیماری‌های مزمن بیشتر است (۵ و ۸ و ۱۰) لذا این پژوهش بر روی ۳۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند و آزمایشات به صورت سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دوماه) انجام شد (۲ و ۱۰). ابزار جمع‌آوری اطلاعات مقیاس افسردگی بک و پرسشنامه امیدواری اشنایدر بود که به ترتیب برای شناسایی بیماران مبتلا به افسردگی و برای سنجش امید و یا ناامیدی به کار گرفته شد. مقیاس افسردگی بک نوعی مقیاس خودگزارشی است. این پرسشنامه علایم شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی افسردگی را می‌سنجد و نشانه‌های تعریف شده افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، ازدست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی و افکار خودکشی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد (۱۱ و ۱۲) و شامل ۲۱ پرسش چهارگزینه‌ای است که بر اساس مقیاس لیکرت از (۳-۰) نمره گذاری شده‌اند و نمره کل فرد از جمع تمامی پرسش‌ها، دامنه‌ای از (۶۳-۰) را شامل می‌شود.

نمرات ۰ تا ۷ نشان‌دهنده عدم افسردگی، نمرات ۸ تا ۱۵ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، نمرات ۱۶ تا ۲۵ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمرات ۲۶ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید است. مقیاس افسردگی بک علاوه بر آن که وجود حالت افسردگی را مشخص می‌نماید، شدت افسردگی را نیز روی دامنه‌ای از نمرات مشخص می‌کند (۱۳).

جدول شماره ۲: تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران تومور مغزی در مرحله پیگیری

متغیرها	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پیگیری	۶/۶۴۰	۱	۲/۶۰۷	۰/۱۱۴	۰/۱۱۴	۰/۳۱
عضویت گروهی	۳۹/۰۹	۱	۱۱/۳۰	۰/۰۰۰	۰/۳۱۹	۰/۸۶

مطابق نتایج جدول شماره ۲، تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات افسردگی و عضویت گروهی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/001$).

جدول شماره ۳: تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش امیدواری بیماران تومور مغزی در مرحله پس آزمون

متغیرها	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پس آزمون	۱۲۹/۴۲	۱	۱۳/۱۹۸	۰/۰۰۰	۰/۲۰۷	۰/۸۵
عضویت گروهی	۱۵۹/۱۴	۱	۲۶/۴۱۷	۰/۰۰۰	۰/۸۷۷	۰/۹۱

بر اساس نتایج جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات امیدواری و عضویت گروهی در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($P < 0/001$). لذا این فرضیه که گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش امیدواری بیماران تومور مغزی در مرحله پس آزمون مؤثر است تأیید می‌گردد.

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نمرات پیگیری امیدواری، در جدول شماره ۴ آمده است که نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات امیدواری و عضویت گروهی در مرحله پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) لذا این فرضیه که گروه درمانی شناختی رفتاری، بر افزایش امیدواری بیماران تومور مغزی در مرحله پیگیری مؤثر است تأیید می‌گردد.

جدول شماره ۴: تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش امیدواری بیماران تومور مغزی در مرحله پیگیری

متغیرها	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پیگیری	۲۷/۰۶۳	۱	۳/۲۹	۰/۰۷۰	۰/۱۲۱	۰/۴۳
عضویت گروهی	۸۱/۱۶۱	۱	۱۰/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۲۹	۰/۸۶

تومور بر روند زندگی‌اش و نحوه مواجهه با روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه، مواجهه با سردرد، رنج و ناتوانی ناشی از آن و تغییر در سبک زندگی و برقراری رابطه مثبت و مفید با دیگران و زندگی بود. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و استفاده از روش آنالیز کواریانس و آنالیز واریانس اندازه‌های تکراری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

شرکت کنندگان در این مطالعه زنان ۳۵ تا ۵۵ ساله مبتلا به تومور مغزی بودند که حداقل ۱ ماه از شروع درمان ایشان می‌گذشت. ۸۵ درصد این افراد متأهل و ۴۸ درصد ایشان شاغل بودند.

از نظر سطح تحصیلات ۱۵ درصد زیر دیپلم، ۳۲ درصد دیپلم و ۵۳ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. این افراد از نظر نمره افسردگی ۳۱-۸ و از نظر نمره امیدواری ۱۸-۹ را کسب نموده بودند.

در خصوص افسردگی و عضویت گروهی پس از ارائه آموزش‌ها، نتایج تحلیل کواریانس حاکی از آن است که بین میانگین نمرات افسردگی و عضویت گروهی در مرحله پس آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران تومور مغزی در مرحله پس آزمون

متغیرها	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
پس آزمون	۲۶/۱۳۹	۱	۲/۶۷	۰/۰۲۰	۰/۷۰۵	۰/۶۷
عضویت گروهی	۶۴/۹۵۴	۱	۵۲/۸۱	۰/۰۰۰	۰/۹۶۵	۰/۹۴

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل اندازه های تکراری و تأثیر

درمان شناختی رفتاری در کاهش افسردگی

گروه ها	مرحله پیش آزمون Mean±SD	مرحله پس آزمون Mean±SD	مرحله پیگیری Mean±SD	سطح معناداری
	۲۶/۵۸±۳/۷۲۸	۸/۵۸±۲/۹۳۷	۹/۲۵±۱/۶۴۷	<۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۵ بیانگر این است که میانگین نمرات افسردگی در مرحله پیش آزمون در گروه آزمون ۲۶/۵۸، در مرحله پس آزمون ۸/۵۸ و در مرحله پیگیری ۹/۲۵ است که دارای کاهش است و همچنین سطح معناداری (P<۰/۰۰۱) نشان می دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش علائم افسردگی مؤثر بوده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل اندازه های تکراری و تأثیر درمان

شناختی رفتاری بر افزایش امیدواری

گروه ها	مرحله پیش آزمون Mean±SD	مرحله پس آزمون Mean±SD	مرحله پیگیری Mean±SD	سطح معناداری
	۱۴/۵۰±۳/۲۰۵	۲۴/۳۳±۲/۷۴۱	۲۴/۶۶±۲/۸۳۹	<۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۶ نشان می دهد میانگین نمرات امیدواری در مرحله پیش آزمون در گروه آزمون ۱۴/۵۰، در مرحله پس آزمون ۲۴/۳۳ و در مرحله پیگیری نیز ۲۴/۶۶ که دارای افزایش است و همچنین سطح معناداری (P<۰/۰۰۱) است.

بحث و نتیجه گیری:

خدایی و همکاران در پژوهشی که در سال ۱۳۸۹ انجام دادند تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری را بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان بررسی نمودند. پس از اعمال روش های درمان، میزان افسردگی بیماران گروه آزمایش کاهش پیدا کرد که از نظر آماری معنادار بود و مداخله شناختی توانست از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد و آن ها را قادر سازد که عقیده مثبت تری در کنترل خودشان داشته باشند (۱۲). نتایج تحلیل کواریانس، مربوط به مطالعه حاضر در خصوص تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران تومور مغزی در مرحله پس آزمون، تأثیر این نوع درمان را بر کاهش افسردگی این گروه از بیماران تأیید می نماید که این نتایج با نتایج پژوهش ادلمان (۳)، بریدگ (۱۶)، آنتونی (۷) و ابرونسون (۸) همخوانی دارد. عاملی که منجر به افسردگی در بیماران مبتلا به تومور مغزی می شود، با نوع نگرش بر این بیماری، درمان طولانی مدت و پیامدهای آن، تفسیر تشنج به عنوان پدیده ای غیرقابل پیش بینی و غیرقابل فهم، تعریف های شناختی همچون فاجعه آفرینی، تعمیم

افراطی، وجود افکار خودآیند منفی در مورد تومور و ارزیابی بیمار از تأثیر تومور بر روند زندگی اش از جمله عواملی هستند که بیشتر از خود بیماری سبب احساس درماندگی و افسردگی در این بیماران می شود. باورهای خاص درباره تومور منجر به روش های مقابله ای ناسازگارانه، تشدید سردرد و رنج و ناتوانی ناشی از آن می شود. این دسته از بیماران تومور را به عنوان پدیده ای مرموز در نظر می گیرند و اعتقاد به استمرار آن دارند که این خود سبب خشم، افسردگی و افکار منفی می شود.

نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران تومور مغزی در مرحله پیگیری نشان داد که پس از حذف متغیر گواه، میانگین تعدیل شده نمرات پیگیری افسردگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری میزان افسردگی را در مبتلایان به تومور مغزی کاهش داده است.

در تبیین این که چرا نتایج درمانی در مرحله پیگیری افسردگی استمرار داشته است، می توان گفت که در طول جلسات درمانی باورها و فرض های زیر بنای ناکارآمد این بیماری به چالش کشیده شده است. طبق نظر بک، درمان شناختی رفتاری تنها در زمان دراز مدت اثربخش خواهد بود که درمانگر فرض های زیر بنایی بیماران را مورد چالش قرار دهد. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به فرضیه سوم نشان داد که نمرات پس آزمون امیدواری گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرده است. با توجه به میزان تأثیر درمان (۰/۸۷) می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری میزان امیدواری را در مبتلایان به تومور مغزی افزایش داده است که این نتایج با پژوهش های شناختی (۱۷)، تسیو (۱۸) همسو است. در تبیین نتایج بالا باید گفت که امیدواری در بیماران مبتلا به تومور مغزی پیش از آن که تحت تأثیر تومور باشد تحت تأثیر باورهای و اعتقاد فرد درباره تومور است. از آنجا که تعریف شناختی فاجعه آفرینی تومور، مهم ترین پیش بینی کننده عملکرد فردی اجتماعی، سلامت روان و شادابی در این بیماران است نگرش و طرز برخورد آن ها سبب هیجان هایی همچون افسردگی و اضطراب می شود که امیدواری آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد. احتمال تشنج، بی حسی اندام ها و درمان طولانی مدت منجر به خستگی و استرس در روابط بین فردی شده و سبب می شود سطح امیدواری این افراد کاهش یابد. درمان شناختی رفتاری با بهبود شناخت ها و باورهای فرد درباره تومور، آموزش تصویرسازی ذهنی، مثبت اندیشی و تکنیک تن آرامی با افزایش

قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد است. بدین وسیله از مساعدت و راهنمایی ریاست دانشکده روانشناسی دانشگاه اصفهان و عزیزان و بیمارانی که در اجرای این پژوهش با ما همکاری نمودند تقدیر می‌گردد.

کارآمدی و احساس خودکفایی باعث افزایش امیدواری در فرد می‌شود (۱۹). لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری میزان امیدواری را در مبتلایان به تومور مغزی افزایش داده است. بهبود علائم و واکنش‌های منفی روان شناختی از قبیل افسردگی و کاهش استرس‌های فردی می‌تواند منجر به افزایش امیدواری فرد و بهبود نگرش او نسبت به بیماری، آینده و خود شود و در نتیجه فرد به احساس رضایت و آرامش بیشتری در دراز مدت دست می‌یابد. تشویق بیمار به انجام فعالیت‌های مثبت و هدف‌دار منجر به افزایش خودکفایی فردی می‌شود و افزایش خودکفایی سبب افزایش امیدواری می‌گردد و استفاده مداوم و به موقع از تکنیک تن آرامی در جهت تسلط یافتن در کسب آرامش بسیار مفید است. نتایج تحلیل کواریانس مربوط به تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش امیدواری بیماران تومور مغزی در مرحله پیگیری نشان داد که نمرات پیگیری امیدواری گروه آزمون نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرده است و باتوجه به میزان تأثیر درمان می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری میزان امیدواری را در بیماران مبتلا به تومور مغزی در مرحله پیگیری افزایش داده است. در تبیین این نتایج باید گفت که بیماران مبتلا به تومور مغزی بعد از اتمام جلسات درمانی، به صورت نسبتاً منظم از تکنیک‌ها و شیوه‌های درمانی آموخته شده طی جلسات درمانی استفاده کردند. در پایان جلسات درمان به بیماران توصیه شده بود که به صورت مداوم به انجام تمرینات تن آرامی و استفاده از خودگویی مثبت، انحراف فکر و خواندن کتاب بپردازند که نشان داد، در حفظ نتایج درمانی مؤثر بوده است. نتایج تحلیل اندازه‌های تکراری نشان داد که نمرات افسردگی گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری پیدا کرده است. می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری سبب بهبودی علائم و واکنش‌های منفی روان شناختی افسردگی در بیماران تومور مغزی می‌شود و همچنین سبب بهبود نگرش او نسبت به بیماری، آینده و خود می‌شود و در نتیجه افراد به احساس رضایت و آرامش بیشتری دست می‌یابند.

نتایج تحلیل اندازه‌های تکراری نشان داد که نمرات امیدواری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری پیدا کرده است و نشان می‌دهد استفاده مداوم و به موقع از روش‌ها و تکنیک‌های آموزش داده شده مثل تن آرامی، به چالش کشیدن باورهای منفی، تفکرات عامل، انحراف توجه و... در جهت کسب آرامش، شادی و افزایش امید مؤثر واقع شده است.

References:

1. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Medical-Surgical Nursing Brain and Nervous System. 3rd edition. Translated by Moshtagh Z. Tehran. Salemi Publication. 1390. Page 35-37 [Persian].
2. Feldman G. Cognitive and behavioral therapies for depression: overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatr Clin North Am.* 2007; 30(1):39-50.
3. Edelman. S., and Bell. D.R., Kidman, A.D., 1999, Group CBT Versus Supportive Therapy with patients Who Have Primary Breast Cancer *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13;(3):182-202.
4. Englewood Cliffs, Beck A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press. 1976
5. Divison C, Jhonsonn. *Psychopathology.* translated by Shamsi pour H. Tehran. Arjmand Publication. 2007 [Persian].
6. Blanch. L., 2006, Effect of cognitive Behavioral group therapy Treatment of Anxiety and Depression in patients with Breast cancer in *pubmed central will retrieve public Health Rep*, 110(3), 306-311.
7. Antoni M.H, Ironson G, Schneiderman N. *Cognitive-Behavioral Stress Management for Individuals Living with HIV: Facilitator Guide (Treatments That Work).* Publisher: Oxford University. 2007.
8. Ironson. G. *Cbsm Intervention in Women with HIV/AIDS.* *ArchGen psychiatry.* 2008. 55(5)452-457.
9. Darvishi Hhaidari A., Askare P. The Effect Mental Imagery And Relaxation On Rate Of Anxiety, Depression And Hopefulness In Women Suffering From Breast Cancer Of Ahwaz Golestan Hospital. *Woman And Culture* Fall 2009 , Volume 1 , Number 1; Page(s) 96 To 109.
10. Blanch. J. 2002, Assessment of the Efficacy of a Cognitive Behavioral-Group Psychotherapy Programme for HIV Infected Patients Referred to a Consultation Liaison Psychiatry Department. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatic.* 45:77-84.
11. Alaeddini A, Kajbaf M.B, Molavi H. The Effects of Group Hope-Therapy on Mental Health of Female Students in Isfahan University. *Journal of research on psychological health.* 2008; 1(8); 67-76.
12. Khodai S, Dastgerdi R, Haghighi F, Sadatjoo S, Keramati A. The Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Depression in Patients with Cancer. *Journal of Birjand University of Medical Sciences.* 2011; 18(3):183-190
13. Wojtyna E., Zycinskaj, Stawiaskap. The influence of Cognitive Behavior Therapy on quality of life and Self-esteem in Woman Suffering from Breast Cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy.* 2007; 12, 109-117.
14. Rossman M. The Effect Mental Imagery on Breast cancer. *Journal of Holistic Nursing Practice.* 2008; 50:3-20.
15. Tatrok., Montgomery G.H. *Cognitive Behavioral Therapy Techniques for distress and pain in Breast cancer patients Meta Analysis Journal of Behavioral Medicine.* 2006; 2(1), 17-27.
16. Bridge. L.R., Benson. P. Relaxation And Imagery in the Treatment of Breast cancer. *Journal of psychology.* 1998; 15:56-63.
17. Snyder C.R. *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications.* Academic Press; 1 edition (May 8, 2000).
18. Tsui. H.H., Meei. S.L., Tsung. S.T., Ghia. C.L. The relationship of Pain, uncertainty, and hope in Taiwanese lung cancer patients. *Journal of pain and Symptom Management.* 2003; (26):835-842.
19. Ruston. T., Cooper. B.A., Miaskowski C.A. longitudinal study of the effect of hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community based sample of oncology patient. *Eur J Oncol Nurs.* 2011; (15)351-357

Efficacy of Cognitive-behavioral Group Therapy for Depression in Patients with Brain Tumors and Increased Hope

Hamidreza Nikyar¹, Zohreh Reisi², Habibeh Farokhi^{3*}

1. Associate of medical faculty of Islamic Azad University of Najafabad, Isfahan, Iran
2. Associate of Psychology group of Islamic Azad University of Najafabad, Isfahan, Iran
3. MS Student of Clinical Psychology of Islamic Azad University of Najafabad, Isfahan, Iran

Abstract

Aims: The purpose of this study was evaluating the efficacy of cognitive behavioral group therapy on depression and hippocampal brain tumor.

Method: Patients were selected and assigned to two experimental and control groups with brain tumor patients in each group. The experimental group received 4 weekly cognitive behavioral therapy sessions. The questionnaires for depression, Beck's Depression Inventory (BDI) and hope, the hope scale were used as the pre-test, post-test and follow-up. The follow-up study was conducted two months later.

Results: After the last intervention session, the result of covariance analysis showed that the mean scores of depression in post-test were significantly lower than the control group ($P < 0.001$) and follow-up ($P < 0.001$). The result also showed that the scores of hope were higher than the control group in post-test ($P < 0.001$) and follow-up ($P < 0.001$). It is concluded that cognitive behavioral therapy could improve the quality of life of brain tumor patients.

Conclusion: The results suggest that Cognitive Behavior Treatment could be a valuable addition to surgical and pharmacological interventions and should be used in patients with brain tumors.

Key Words: Cognitive Behavioral, group therapy, Depression, Brain Tumor

*Corresponding Author: Habibeh Farokhi (MSc)
Address: Islamic Azad University of Najafabad, Isfahan, Iran
Phone: +989351022353 Email: farhikhtegan.sepahan@gmail.com