

تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر تحمل ناکامی و افسردگی بیماران سرطان پستان

خدیجه بانو حقانی

کارشناسی ارشد آموزش زبان انگلیسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

نام نویسنده مسئول:

خدیجه بانو حقانی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۸

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تاثیر درمان شناختی-رفتاری بر تحمل ناکامی و افسردگی بیماران سرطان پستان بود. همچنین نمونه گیری دردسترس بود که با تشخیص ابتدایی افسردگی و تحمل ناکامی کمتر از میانگین در افراد به وسیله ی پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش تعداد ۳۲ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (شامل ۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه های مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه استاندارد تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵) و پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) بود. پس از انجام پیش آزمون، بر گروه آزمایش آموزش شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ی ۱/۵ ساعته صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. کلیه ی داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS۲۳ و با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف داده ها توصیف و سپس مفروضه ها با روش آماری تحلیل شاپیرو ویلک برای نرمال بودن توزیع نمرات و کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و ابعاد آن بیماران سرطان پستان تاثیر دارد ($P < /0.05$). درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر تحمل ناکامی بیماران سرطان پستان تاثیر دارد و بر ابعاد آن تاثیر ندارد ($P > /0.05$).

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، افسردگی، تحمل ناکامی، سرطان پستان.

مقدمه

سرطان‌ها^۱ طیف وسیعی از بیماری‌هایی هستند که هریک از آن‌ها سبب‌شناسی، برنامه درمانی و پیش‌آگهی ویژه خود را دارند. سرطان بعد از بیماری‌های قلبی-عروقی، دومین علت مرگ‌ومیر در جوامع انسانی است (گارسن و بومسا، بزنبک، پورسیدل و برخوف، ۲۰۱۲). سرطان از دیدگاه عموم به‌عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج محسوب می‌شود و فرد مبتلا به دنبال تشخیص آن دچار اضطراب، ترس از مرگ و کاهش انرژی اجتماعی می‌شود. به‌علاوه بیماری‌های مزمن همچون سرطان با تنش^۲ ارتباط دارند و هر چه فرد مبتلا بیشتر در معرض تنش‌های ناشی از بیماری باشد، عوارض منفی روان‌شناختی و فیزیولوژیکی در ایشان بیشتر خواهد بود. تنش باعث می‌شود کارکرد سیستم ایمنی بیمار کاهش یافته، وی در مقابله مؤثر با بیماری دچار مشکل شود. مطالعات نشان داده‌اند در بیماران سرطانی، وجود تنش بالا گرچه تعداد سلول‌های کشنده طبیعی^۳ را کاهش نمی‌دهد، باعث اختلال در عملکرد این سلول‌ها شده، باعث ضعف ایمنی می‌شود (ریجسکی و میهالکو، ۲۰۰۱).

شیوع بالای سرطان پستان در سنین پایین در ایران و مشکلات ناشی از این بیماری از گسترده روبه رشدی برخوردار است و مهمترین عامل نگران‌کننده سلامتی به خصوص در زنان محسوب می‌شود، زیرا شایعترین نوع سرطان، از میان سرطان‌های معده و ریه بوده و دومین علت مرگ و میر در اثر سرطان می‌باشد (ماکاریان، ایساک، پرنیان، رضانی و همکاران، ۲۰۱۱). بیشتر افرادی که مبتلا به سرطان می‌شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می‌کنند. در برخی فشار روانی خودبه‌خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی و دیرپا منجر نمی‌شود و به‌صورت یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفته می‌شود. اما در برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتر است و به‌عنوان بخشی از یک اختلال انطباقی، اختلال افسردگی اساسی یا یک اختلال اضطرابی بروز می‌کند و باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه می‌شود (ریجسکی و میهالکو، ۲۰۰۱).

واژه‌ی افسردگی؛ هنگامی به یک حالت روانی نسبت داده می‌شود که معانی اصطلاحات عامیانه‌ای نظیر (دمق و پکر بودن) را پیدا کند و با نشانه‌هایی از قبیل کسالت روان، کمبود انرژی، از دست دادن چیزی، ناامیدی و احساس بی‌فایده بودن، سبب از دست دادن علاقه و بدبینی شود (بیابانگرد، ۱۳۸۹). البته، اکثر افراد گاهی وقت‌ها احساس غم و رخوت می‌کنند و به هیچ کار و فعالیتی حتی به فعالیت‌های لذت‌بخش رغبتی ندارند. این موارد، بروز نشانه‌های خفیف افسردگی و در واقع پاسخ طبیعی آدمی به نشانه‌هایی در زندگی است. عدم موفقیت، تحصیل یا کار، از دست دادن عزیز یا آگاهی از اینکه یک مشکل یا بیماری توان آدمی را تحلیل می‌برد؛ از جمله موقعیت‌هایی هستند که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شوند. آنچه مسلم است اینکه، افسردگی زمانی ناپه‌نجا تلقی می‌شود که در عملکرد فرد اختلال ایجاد کند و هفته‌ها بدون وقفه ادامه یابد. هرچند افسردگی یک اختلال خلقی دانسته می‌شود، اما در واقع، چهار علامت مختلف هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمانی را نیز دارا است. البته هرچه فرد بیشتر دچار این علائم شده باشد و هرچه شدت این علائم بیشتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان در وجود افسردگی فرد نظر داد (اکینسون، هیلگارد. اسمیت، ۲۰۱۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۱).

ناکامی^۴ به‌عنوان رویداد یا شرایط سدکننده‌ای مفهوم‌سازی شده است که راه را بر فعالیت معطوف به هدف می‌بندد یا مزاحم چنین فعالیتی می‌شود. علت آن موانع خاص یا نبودن اهداف مطلوب یا مناسب است. موانع ممکن است شامل موانع خارجی و محیطی مانند جنگ، خشک‌سالی، زلزله، طوفان، آتش و یا نوسانات اقتصادی باشد که می‌تواند مانع نیل به اهداف مطلوب شده و ناکامی را موجب شود. همچنین منبع ناکامی می‌تواند درونی چون عدم قابلیت در انجام کارها و بی‌کفایتی باشد. ناکامی و ناتوانی در رسیدن به اهداف می‌تواند به احساس حقارت و خواری بینجامد (پرویزی و افشاری نیا، ۱۳۹۵). تحمل ناکامی^۵ توانایی مقاومت در برابر موانع و موقعیت‌های استرس‌زا است و تحمل کم در برابر ناکامی شامل، نشانه‌هایی از قبیل اضطراب، تنش، توجه کم و

1. Cancers

2. Garssen, Boomsma, Meezenbroek Porsild & Berkhof

3. Stress

4. Natural Killer Cell

5. Rejeske Rejeski & Mihalko

6. Depression

7. Failure

8. Frustration

ترک وضعیت است (چاند^۹، ۲۰۱۵). از طرفی افرادی که توانایی تحمل ناکامی و قرار گرفتن در شرایط تنش را رادارند، از لحاظ نگرش خودکار آمد هستند. (لوسنس و یوسف^{۱۰}، ۲۰۰۷). ناکامی یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های انسان است که با تحمل ناکامی ارتباط متقابل دارد که اشاره دارد به میزان فشار روانی که شخص می‌تواند تحمل کند قبل از این که رفتارش از حالت یکپارچگی درآمده مختل گردد. همچنین تحمل ناکامی را توانایی مهار تنش ناشی از عدم ارضای نیازهای غریزی و توانایی فرد در تحمل ناکامی بدون آنکه سازگاری روانی-زیستی خود را از دست بدهد، تعریف کرده‌اند (علی پور و حیدری، ۱۳۹۴).

نظر به اینکه سلامت روانی بیماران سرطانی به دلیل افزایش این بیماری در سطح جامعه ضروری به نظر می‌رسد. درمان شناختی رفتاری^{۱۱} یکی از رویکردهای تاثیرگذار در حیطه روانشناسی است که در طی سه دهه اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده و شواهد و مدارک تجربی زیادی در مورد اثربخشی آن برای انواع مشکلات روانشناختی بدست آمده است (اودونوهو، فیشر و هایز^{۱۲}، ۲۰۰۴). درمان شناختی-رفتاری یک رویکرد درمانی است که بر این اساس قرار گرفته که یک اختلال روان شناختی به وسیله الگوهای افکار بد عملکرد و فقدان راهبردهای مقابله ایجاد یا حفظ می‌شود. اهداف کلی درمان شناختی رفتاری تعیین و کاهش سوگیری‌ها یا تحریف‌های شناختی و ابعاد مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و مهارت‌های حل مسئله می‌باشد از سوی دیگر بسیاری از نوجوانان و خانواده‌هایشان تمایلی به استفاده از داروندارند (مهرابی، شیخ الاسلامی، قضاوی و نصیری، ۱۳۸۳). پژوهش کولیوند نظری مهین و جعفری (۱۳۹۴) نشان داد درمان شناختی-رفتاری^{۱۳} بر کاهش پریشانی تأثیر دارد. همچنین نتایج پژوهش جیامی، ژانگ، ون جون، لینلین هونگ و همکاران^{۱۴} (۲۰۱۸) نشان داد درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی تأثیرگذار است و ماهون، یارچسکی و هنکس^{۱۵} (۲۰۰۷) نشان دادند بین تحمل ناکامی با استرس رابطه معنادار وجود دارد و تحقیقی در رابطه با درمان شناختی رفتاری بر تحمل ناکامی یافت نشد.

بنابراین با توجه به مبانی ارائه شده مبنی بر اینکه بیماری سرطان به عنوان یک رویداد تنش‌زا، باعث فراخوانی واکنش‌های روان شناختی می‌شود، و شیوع ابتلا به سرطان در مردم و همچنین با توجه به اثبات سودمندی رفتاردرمانی شناختی در بسیاری از بیماری‌های مزمن جسمی، در مطالعه حاضر سؤال مطرح شده به این صورت می‌باشد که آیا درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های افسردگی و تحمل ناکامی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیرگذار است؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق کلیه زنان دارای بیماری سرطان پستان بوده است. در این پژوهش نمونه گیری دردسترس بود. تعداد ۳۲ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (شامل ۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، محقق سعی کرد بدون سوگیری نمونه‌ی پژوهش را انتخاب کند و به منظور رعایت اصل محرمانگی، پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر توزیع و جمع آوری شد. بر گروه آزمایش آموزش شناختی-رفتاری در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته در مرکزی صورت گرفت و سپس از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

پس از ارزیابی مداخله، آزمون‌های پژوهش مجدداً در دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. کلیه‌ی داده‌های جمع آوری شده SPSS^{۲۳} و با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف داده‌ها توصیف و سپس مفروضه‌ها با روش آماری تحلیل شاپیرو ویلک برای نرمال بودن توزیع نمرات و کوواریانس تحلیل شد.

⁹ . Chand

¹⁰ . Luthans & Youssef

¹¹ . Behavior-cognitive therapy

¹² . O'Donohue , Fisher & Hayes

¹³ . Cognitive behavior therapy

¹⁴ . Jia-Mei , Yi Zhanga , Wen-Jun , Lin-Lin , Hong

¹⁵ . Mahon, Yarcheski, Yarcheski & Hanks

شرح جلسات آموزش

جدول ۱: خلاصه درمان شناختی رفتاری (فتی و موتایی، ۱۳۹۴)

| عنوان | جلسه |
|---|--|
| تعریف از افسردگی و تحمل ناکامی. هدف این جلسه درمان افسردگی با آموزش راه های مختلف کنترل خلق است. | جلسه اول: تاثیر فکر بر خلق |
| مرور بحث جلسه قبلی با مفهوم افسردگی، ارزیابی حالت ها و احساسات هنگام پرکردن جدول ارزیابی روزانه (دماسنج خلق). | جلسه دوم: چگونه افکارمان، خلق ما را تحت تاثیر قرار می دهد؟ |
| مرور جدول ارزیابی خلق و خوبی روزانه، مرور بحث های جلسه قبلی و چگونگی تاثیر افکار منفی که احساس افسردگی را تشدید می کند و جایگزین کردن افکار مثبت و آموزش یادگیری افکار مثبت به شرکت کنندگان. | جلسه سوم: استفاده از افکار برای تغییر خلق. |
| مرور تکالیف جلسه قبل در این جلسه اعضا با مدل ABCD آشنا می شوند و اصول آن به اعضا آموزش داده می شود | جلسه چهارم: تاثیر افکار بر خلق و خوی |
| مرور جدول ارزیابی خلق روزانه (دماسنج خود)، بررسی لیست افکار مثبت و منفی و تبادل نظر آن ها. هدف این جلسه شناخت افکار و چگونگی انجام فعالیت جهت تغییر خلق ناخوشایند و جایگزین کردن خلق خوشایند با تفکری مثبت بود. هدف این جلسه یادگیری فعالیت های مثبت جهت تغییر خلق ناخوشایند می باشد. تکلیف | جلسه پنجم: نحوه تاثیر فعالیت های ما بر خلق خویش. |
| مرور جدول روزانه، بررسی لیست فعالیت های مطلوب، پیش بینی فعالیت های مطلوب، مرور و بررسی روش ABCD، تعیین برنامه شخصی برای خود جهت مقابله با افسردگی و تحمل ناکامی. | جلسه ششم: نحوه تاثیر فعالیت ها |
| مرور جدول ارزیابی روزانه، جدول هفتگی فعالیت ها، روش ABCD در این جلسه تاثیر روابط اعضا با سایر افراد از قبیل خانواده، دوستان یا سایر افراد جامعه که چگونه بر خلق و خوی تاثیر می گذارند مورد بررسی قرار می گیرد. تکالیف خانگی داده شد. | جلسه هفتم: نحوه تاثیر ارتباط با افراد بر خلق و چگونگی تاثیر روابط با دیگران بر خلق |
| مرور تکالیف جلسه قبلی، یادآوری طرز فکری که بر خلق اثر میگذارد در این جلسه رفتار خوب و در ست با دیگران به اعضا آموزش داده شد. سبب آرامش و آسایش فکری در حین ارتباط و بعد از ارتباط متقابل می باشد که باعث کاهش افسردگی شود. | جلسه هشتم: چگونه ارتباط با دیگران بر خلق ما تاثیر می - گذارد؟ |

معرفی پرسشنامه استاندارد تحمل ناکامی هارینگتون (۲۰۰۵)

پرسشنامه تحمل ناکامی توسط هارینگتون (۲۰۰۵) به منظور سنجش میزان تحمل ناکامی فرد در رسیدن به اهداف طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۵ سؤال و شامل ۴ مؤلفه می باشد و بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت با سوالاتی مانند (همیشه به دنبال آسان ترین راه برای حل مسائل هستم، تحمل شرایط دشوار را ندارم). به سنجش تحمل ناکامی می پردازد. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش رحیمی و افشاری نیا (۱۳۹۶) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شد.

پرسشنامه افسردگی بک

فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی توسط بک (۱۹۷۶) طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ گزاره خودگزارش دهی است که نشانه های خاص افسردگی را بیان می کنند. هر گزاره ی این پرسشنامه شامل یک مقیاس چهارگویه ای است که دامنه آن از صفر

تا ۳ مرتب شده 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^{۱۶} برابر ۰/۷۵ گزارش شده است (روسمن^{۱۷}، ۲۰۰۸).

یافته ها

جدول ۲ شاخص های توصیفی مولفه ها و نمره کل پرسش نامه افسردگی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

| پس آزمون | | پیش آزمون | | | |
|--------------|---------|--------------|---------|--------|------------------|
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| ۶/۳۴ | ۹/۴۷ | ۶/۷۸ | ۱۱/۷۳ | کنترل | نشانه های عاطفی |
| ۱ | ۱ | ۴/۷ | ۸ | آزمایش | |
| ۶/۹۸ | ۹/۵۳ | ۷/۰۳ | ۱۲/۲ | کنترل | نشانه های شناختی |
| ۱/۶۲ | ۲/۰۷ | ۵/۸۲ | ۱۲/۸۷ | آزمایش | |
| ۵/۱۷ | ۷/۴۷ | ۴/۸۱ | ۸/۳۳ | کنترل | نشانه های جسمانی |
| ۰/۹۱ | ۰/۶ | ۳/۸۵ | ۸/۴ | آزمایش | |
| ۱۶/۸۴ | ۲۱/۴۷ | ۱۱/۳۱ | ۱۴/۲۷ | کنترل | نمره کل افسردگی |
| ۲/۴۱ | ۳/۶۷ | ۱۵/۶۴ | ۱۳/۲۷ | آزمایش | |

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات پرسش نامه ی افسردگی به همراه مولفه های نشانه های عاطفی، نشانه های شناختی و نشانه های جسمانی را در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون، به تفکیک گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. در گروه آزمایش، کلیه مولفه ها و نمره کل افسردگی کاهش قابل توجهی داشته اند؛ در حالی که در گروه کنترل، کاهش کمتری مشاهده می شود.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر نمره افسردگی

| منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجذور سهمی اتا |
|------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|----------------|
| گروه | ۴۰۵۹/۲۶۲ | ۱ | ۴۰۵۹/۲۶۲ | ۱۸/۲۲۲ | ۰/۰۰۰** | ۰/۶۲۶ |
| خطا | ۲۴۲۱/۱۲۱ | ۲۷ | ۸۹/۶۷۱ | | | |
| کل | ۱۴۷۶۴ | ۳۰ | | | | |

سطح معنی داری جدول ۳ ($P=0/000 < 0/01$)، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی بیماران سرطان پستان را در سطح ۰/۰۱ نشان می دهد. این اثربخشی، در جهت کاهش نمره افسردگی است. بنابراین فرضیه در سطح ۰/۰۱ تایید می شود. نمره اتای ۰/۶۲۶ نشان می دهد که ۶۲/۶ درصد کاهش نمره افسردگی توسط درمان شناختی- رفتاری ایجاد شده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر نمره تحمل ناکامی

| منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجذور سهمی اتا |
|------|---------------|------------|-----------------|-------|--------------|----------------|
| گروه | ۳۹۹۸/۵۱۱ | ۱ | ۳۹۹۸/۵۱۳ | ۷/۶۵۸ | ۰/۰۱* | ۰/۲۲۲ |
| خطا | ۱۸۳۶۱/۶۷۵ | ۲۷ | ۶۵۰/۴۳۲ | | | |
| کل | ۲۲۲۱۸۰ | ۳۰ | | | | |

¹⁶. Hamillton

¹⁷. Rossman

سطح معنی‌داری جدول ۴ ($P=0/01 < 0/05$) اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر تحمل ناکامی بیماران سرطان پستان را در سطح ۰/۰۵ نشان می‌دهد. این اثربخشی، در جهت کاهش نمره تحمل ناکامی و در نتیجه سطح تحمل ناکامی بالاست. بنابراین فرضیه در سطح ۰/۰۵ تایید می‌شود. نمره اتای ۰/۲۲۲ نشان می‌دهد که ۲۲/۲ درصد کاهش نمره تحمل ناکامی توسط درمان شناختی- رفتاری ایجاد شده است که نسبت به نمره اتای مربوط به افسردگی کمتر می‌باشد.

جدول ۵: نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا مولفه‌های افسردگی در مرحله پس از آزمون

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور سهمی اتا |
|------------------|---------------|------------|-----------------|--------|----------|----------------|
| نشانه‌های عاطفی | گروه | ۱ | ۵۸۵/۹۲۷ | ۵۶/۳۷۵ | ۰/۰۰۰*** | ۰/۶۹۳ |
| | خطا | ۲۵ | ۱۰/۳۹۳ | | | |
| | کل | ۳۰ | | | | |
| نشانه‌های شناختی | گروه | ۱ | ۴۵۲/۵۰۱ | ۲۵/۴۹۸ | ۰/۰۰۰*** | ۰/۵۰۵ |
| | خطا | ۲۵ | ۱۷/۷۴۶ | | | |
| | کل | ۳۰ | | | | |
| نشانه‌های جسمانی | گروه | ۱ | ۳۴۴/۸۱۶ | ۳۴/۸۶۴ | ۰/۰۰۰*** | ۰/۵۸۲ |
| | خطا | ۲۵ | ۹/۸۹ | | | |
| | کل | ۳۰ | | | | |

با توجه به نتایج آزمون‌های چهارگانه تحلیل در جدول ۵، گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی، تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ دارند ($P=0 < 0/01$) برای هر سه مولفه). پس فرضیه در سطح ۰/۰۱ تایید می‌شود. مقدار اتای ۶۹/۳ و ۵۰/۵ و ۵۸/۲ میزان اثربخشی درمان را بر سه مولفه افسردگی نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل آنکوا در متن مانکوا مولفه‌های تحمل ناکامی در مرحله پس از آزمون

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معناداری | مجذور سهمی اتا |
|--------------|---------------|------------|-----------------|-------|----------|----------------|
| تحمل عاطفی | گروه | ۱ | ۱۶۰/۱۲۱ | ۸/۲۹ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۵۷ |
| | خطا | ۲۴ | ۱۹/۳۱۴ | | | |
| | کل | ۳۰ | | | | |
| تحمل ناراحتی | گروه | ۱ | ۱۵۹/۴۳۹ | ۶/۷۰۹ | ۰/۰۱۶ | ۰/۲۱۸ |
| | خطا | ۲۴ | ۲۳/۷۶۶ | | | |
| | کل | ۳۰ | | | | |
| پیشرفت | گروه | ۱ | ۲۴۲/۸۷۲ | ۷/۸۲۲ | ۰/۰۱۰ | ۰/۲۴۶ |
| | خطا | ۲۴ | ۳۱/۰۵۱ | | | |
| | کل | | | | | |
| شایستگی | گروه | ۱ | ۸۸۳/۰۶۴ | ۵/۱۲۸ | ۰/۰۳۳ | ۰/۱۷۶ |
| | خطا | ۲۴ | ۱۷۲/۲۱۲ | | | |
| | کل | ۳۰ | | | | |

جدول ۶، تنها برای مشاهده وضعیت مولفه‌های تحمل ناکامی در اثر مداخله درمان شناختی- رفتاری است. همان طور که مشاهده می شود هر چهار مولفه به تنهایی تحت تاثیر معنادار درمان قرار گرفته‌اند. اما برآیند آنها فرضیه فرعی دوم را معنادار نکرده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر تحمل ناکامی و افسردگی بیماران دارای سرطان پستان بود. براساس یافته های پژوهش، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر تحمل ناکامی و مولفه های آن و همچنین بر افسردگی و مولفه های آن در بیماران سرطان پستان موثر بوده است.

بر اساس جدول ۳ و ۴، درمان شناختی- رفتاری به شیوه بر افسردگی بیماران سرطانی تأثیر دارد. این نتایج همسو با پژوهش های برجی، نورمحمدی، اتاقی، سلیمی و ترجمان (۲۰۱۹)، خطیبیان و شاکریان (۱۳۹۳)، عیسی زادگان، شیخی، حافظ نیا و خادمی (۱۳۹۲)، پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست (۱۳۸۹)، فریدریک، ارلند، گوردان، هدمن، جینز و همکاران (۲۰۱۹)، جیمای، ژانگ، ونجون، لینلین هونگ، وی وهمکاران (۲۰۱۸)، هرینگتون (۲۰۰۶) و ابویی و امیری (۱۳۹۸) بود که نشان دادند درمان شناختی رفتاری در افسردگی گروه های مختلف از جمله بیماران، زنان و مردان و معتادان تأثیر گذار بوده است. در تبیین این فرضیه میتوان 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. از آنجا که تعریف شناختی فاجعه آفرینی سرطان، مهمترین پیش بینی کننده عملکرد فردی اجتماعی، سلامت روان و شادابی در این بیماران است نگرش و طرز برخورد آنها سبب هیجان‌هایی همچون افسردگی می‌شود که امیدواری آنها را تحت تأثیر قرار میدهد.

نکته مهم در کاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرایند درمان می شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به افسردگی به نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار خود دارند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می کند (مختاری، ۲۰۱۸).

اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود افسردگی را می‌توان از دو جنبه شناختی و رفتاری تبیین نمود. بیماران به دلیل قرار گرفتن در دوران خاص و به دلیل مواجهه مکرر با رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی و کنترل ناپذیر، کم‌کم به سوی درماندگی و ناعالی کشیده می‌شوند و اغلب ترس از قرار گرفتن در محیط‌های اجتماعی و نگرانی از سوءبرداشت‌های دیگران، بیماران را از بسیاری تجربه‌های مثبت بازمی‌دارد. انزوا و ناعالی نیز ادراکشان را تحت تأثیر قرار داده و مجموعه این عوامل سبب می‌شود که بیماران احساس ناکارآمدی و درماندگی را به تمام تجربیات خود منتقل نمایند و عملاً بسیاری از فرصت‌های عملکرد مؤثر را از دست بدهد. با استفاده از درمان شناختی که شامل اصلاح افکار اتوماتیک منفی و باورهای زیربنایی بیماران بود، نگرش‌های مخرب آن‌ها و تأثیرات ناتوان‌کننده آن‌ها به چالش کشیده شد.

در تبیین یافته ها میتوان گفت از جنبه رفتاری، استفاده از تکنیک برنامه‌ریزی فعالیت‌ها بسیار کمک‌کننده بود. از آنجاکه بیماران نسبت به کوچک‌ترین شکست‌ها حساس بوده و ادراک خود منفی گری در آن‌ها تقویت می‌شود، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها به بیماران کمک می‌کند تا احتمال شکست را در رسیدن به برنامه‌های روزانه به حداقل برسانند. افراد تشویق شدند تا هرگونه افزایش سطح فعالیت روزانه را در خود ارزش‌گذاری کرده و با تفکر مثبت تقویت نمایند. گروه درمانی شناختی رفتاری از طریق تغییر افکار و تصورات ناسازگار و منفی باعث ایجاد تسلط بر احساسات، رفتار و شرایط زندگی می‌شود. این روش با به چالش کشیدن افکار غیر منطقی و منفی موجب بهبود تحمل ناکامی افراد می‌گردد و در نتیجه این امر افراد را از موضع انفعالی در برابر رویدادهای زندگی دور مینماید. پیدایش احساس تسلط بر امور زندگی از جمله زندگی روزمره و شخصی باعث افزایش تلاش و متعاقب آن پیشرفت بیشتر می‌گردد.

در تبیین یافته‌ها میتوان گفت با به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی و شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی فرد، این فرصت را فراهم کردیم تا فرد مبتلا از قید بایدها و نبایدها و افکار آرمانی گرایانه رها شود. بنابراین با تغییر در شناخت‌های فرد و اصلاح روان‌بنه‌های غیرمنطقی او، بیمار نسبت به محیط و نسبت به آینده متحول می‌شود و در نتیجه بیماران به جای تمرکز بر ناتوانی‌ها، ناآرزنده‌سازی و ناامیدی و نگرانی نسبت به آینده، دیدگاه جدید و انعطاف‌پذیری را می‌یابد و از تمرکز بر بیماری‌شان دور می‌شوند و تحمل مشکلات آن‌ها افزایش می‌یابد و امید به پیشرفت و شایستگی در آنها شکل می‌گیرد. اما به دلیل اینکه این بیماران از دردهای زیادی رنج می‌برند و روند درمان بسیار طولانی مدتی دارند این درمان توانسته است تحمل ناکامی آنها را افزایش دهد اما به صورت معناداری نتوانسته تاثیر گذار باشد که میتوان گفت تعداد جلسات بیشتر میتواند در افزایش بیشتر و معنادار تحمل ناکامی موثرتر باشد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به استفاده از ابزارهای خود گزارشی (پرسشنامه) که می‌تواند موجب خستگی آزمودنی‌ها و کاهش دقت آن‌ها و تاندازه‌های تحریف در پاسخگویی به سؤالات شود، با توجه به اینکه استفاده از مرحله پیگیری در بلندمدت می‌تواند به ارزیابی بهتر نتایج بیانجامد، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات مشابه این مرحله مدنظر قرار گیرد و همچنین پیشنهاد می‌شود که پژوهشی مشابه در این زمینه صورت گیرد و اثربخشی آموزش بررسی گردد و در مطالعات بعدی نمونه مورد مطالعه بر اساس متغیرهای مداخله‌گر مانند تحصیلات، جنسیت، وضعیت اجتماعی و اقتصادی همسان‌سازی شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد.

منابع

- [۱] ابویی، ب. امیری، م. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط تحمل ناکامی و نقص در تنظیم شناختی هیجان و تنیدگی ادراک شده با نشانگان افسردگی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۱۳۹۸؛ ۹(۷۹): ص ۱-۶.
- [۲] اتکینسون، ر. هیلگارد، ا. ر. اسمیت، ا. (۲۰۱۳). *زمینه روانشناسی هیلگارد جلد ۲*. ترجمه نصرت الله پورافکاری، ۱۳۹۱. نشر شهرآب آینده سازان. چاپ چهارم. ۳۲۶ صفحه.
- [۳] بیابانگرد، ا. (۱۳۸۹). *روانشناسی نوجوان*. چاپ سیزدهم. تهران. موسسه انتشارات فرهنگ اسلامی.
- [۴] پدرام، م. محمدی، م. نظیری، ق. آیین پرست، ن. آ. (۱۳۸۹). اثر بخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، سال اول، شماره ۴، چهارم، زمستان. ص ۶۱-۷۶.
- [۵] پرویزی، ط. افشاری نیا، ک. (۱۳۹۵). بررسی رابطه ی تحمل ناکامی با فرسودگی شغلی در معلمان مقطع راهنمایی شهر سنقر. *اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران*. ص ۲۱-۳۲.
- [۶] جلالی، ف. (۱۳۹۶). تاثیر درمان شناختی رفتاری بر عدم تحمل ناکامی در افراد وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز *mmt*. زمستان ۱۳۹۶، دوره سوم - شماره ۱/۴. ص ۱۷۱ تا ۱۷۲.
- [۷] خطیبیان، م. شاکریان، ع. (۱۳۹۳). اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*. دوره نوزده. زمستان. ۹۹-۹۱.
- [۸] رحیمی، ن. افشاری نیا، ک. (۱۳۹۶). پیش بینی سرسختی روانشناختی بر اساس میزان تمایز یافتگی و تحمل ناکامی در سالمندان، *مجله روانشناسی پیری*، ۳(۲): ۱۲۷-۱۳۶.
- [۹] شمعونی اهوازی، ش. (۱۳۹۳). *اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش سلامت عمومی در دختران نوجوان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته مشاوره و راهنمایی. دانشگاه شهید چمران اهواز.
- [۱۰] علی پور، ش. حیدری، ع. ر. (۱۳۹۴). مقایسه استرس ادراک شده و تحمل ناکامی بین بیماران فشار خونی و افراد عادی شهر اهواز. *کنفرانس جهانی افق های نوین در علوم انسانی، آینده پژوهی و توانمند سازی*.
- [۱۱] عیسی زادگان، ع. شیخی س. حافظنیا، م. خادمی، ع. (۱۳۹۲). اثر بخشی گروه شناختی- رفتاری در کاهش نشانه های افسردگی در بین بیماران مبتلا به سرطان. *مجله پزشکی ارومیه*. ۲۴(۵): ص ۳۳۹-۳۴۶.
- [۱۲] فتی، ل. موتایی، ف. (۱۳۹۴). *راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری*. نشر دانژه. نوبت ۴. ۲۶ صفحه.
- [۱۳] کولیوند، پ. ح. نظری مهین، آ. جعفری، ر. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش پریشانی در بیماران با درد مزمن. *مجله پژوهشی شفای خانم*. دوره سوم، شماره سوم، ضمیمه اول. تابستان ۱۳۹۴. ص ۶۳-۶۹.
- [۱۴] مهرابی، ط. شیخ الاسلامی، ف. قضاوی، زه. نصیری، م. ۱۳۸۳. تاثیر گروه درمانی بر میزان افسردگی و اضطراب مبتلایان به سکت قلبی. *مجله تحقیقات پرستاری و مامایی*. ۲۹(۷): ۵-۱۳.
- [15] Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotion disorder*. New York: International Universities Press.
- [16] Borji M., Nourmohammadi H., Ottaghi M., Salimi AH., Tarjoman A. (2017). Positive Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Depression, Anxiety and Stress of

- Family Caregivers of Patients with Prostate Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* , 27 Dec 2017, 18(12):3207-3212.
- [17] Chand, L. (2015). A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 1(6), 92-94.
- [18] Christner, W. R., Stewart, J. L., Freeman, A. (2007). *Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy with Children and Adolescents*, New York, Routledge.
- [19] Fredrik Santoft , Erland Axelsson , Lars-Göran Öst , Maria Hedman-Lagerlöf , Jens Fust , Erik Hedman-Lagerlöf .(2019). Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. Volume 49, Issue 8. June 2019 , pp. 1266-1274
- [20] Garssen, B., Boomsma, M.F., Meezenbroek, Ede.D. J, Porsild, T., Berkhof, J., Berbee, M., Visser, A. Meijer, S. and Beelen, R.H.J (2012) .et al. Stress management training for breast cancer surgery patients. *Psycho-Oncology*. 2013;22(3):572-80
- [21] Harrington, N. (2005). The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 374-387.
- [22] Jia-Mei Lia, Yi Zhanga, Wen-Jun Sua, Lin-Lin Liub , Hong Gongga , Wei Penga , Chun-Lei Jiang .(2018).Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*.268.243-250.
- [23] Luthans, F, Youssef, C. (2007) . Emerging positive organizational behavior. *Journal of Management*, 3(3), 21 -39.
- [24] Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J., & Hanks, M. M. (2007). Relations of Low Frustration Tolerance Beliefs with Stress, Depression, and Anxiety in Young Adolescents. *Psychological Reports*, 100(1), 98-100. doi:10.2466/pr0.100.1.98-100
- [25] Makaryan F. Isaac R. Parnian T. Ramezani A. Abdeyazdan N. Hashemi F. Mkaryan sh. Mental health in women, breast cancer survivor. *J of Medical School Esfahan* 2011; 29: 173.
- [26] Mokhtari S.(2018). Effectiveness of cognitive - behavioral approach to group on depression in patients with Multiple Sclerosis. Psychology[thesis]. Isfahan: Isfahan University.
- [27] O'Donohue WT, Fisher JE, Hayes SC, editors. (2004). Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice. *John Wiley & Sons*; 2004 Apr 14.
- [28] RejeskeRejeski, WJ, Mihalko SL.(2001). Physical activity Activity and quality Quality of life Life in older Older adultAdult. *J of Gerontology A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(suppl 2): 23-35
- [29] Rossman, M. (2008). The effect mental imagery on breast cancer. *Journal of Holistic Nursing practice*, Vole 50. 13-20.