مقاله اصیل پژوهشی

تأثیر گروه‌درمانی شناختی–رفتاری بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان

سجاد خدایی[1]، رضا دستجردی[2]، فاطمه حقیقی[3]، سید علیرضا سعادت‌جو[4]، عزیزالله کرامتی[5]

چکیده

زمینه و هدف: یکی از رایج‌ترین عوارضی که مبتلایان به سرطان از آن رنج می‌برند مشکلات روانی مانند افسردگی، کاهش عملکرد حیاتی و افزایش خطر مرگ می‌باشد. هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر گروه‌درمانی شناختی–رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

روش تحقیق: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری متشکل از بیماران مبتلا به سرطان بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان بیرجند در سال ۸۸– ۸۹ بوده و حجم نمونه هم شامل ۲۴ بیمار مبتلا به سرطان می‌باشد که بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV و آزمون افسردگی بک انتخاب شدند که به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته تحت درمان شناختی–رفتاری به صورت گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچگونه درمان روانشناختی دریافت نکردند. به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم‌افزار spss 15.0 و آزمون‌های آماری Tزوج و تحلیل کواریانس استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاصل نشان داد که پس از اعمال روش‌های درمان، میزان افسردگی بیماران گروه آزمایش به ۷/۳۸±۸/۵۸ کاهش پیدا کرد که از نظر آماری معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$) در حالی که میزان افسردگی گروه کنترل (۱۱/۸۷±۲۸/۳۳) کماکان ثابت بوده است.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی–رفتاری نقش پراهمیتی بر کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دارد. مداخله‌ی شناختی می‌تواند از طریق کاهش افسردگی، شناخت بیماران را تغییر دهد و آنها را قادر سازد که عقیده مثبت‌تری در کنترل خودشان داشته باشند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، سرطان، گروه‌درمانی شناختی– رفتاری

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۱۸(۳): ۱۸۳- ۱۹۰

دریافت: ۱۳۸۹/۰۷/۱۳ پذیرش: ۱۳۸۹/۰۹/۱۶

[1] نویسنده مسؤول؛ کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

آدرس: بیرجند- دانشگاه علوم پزشکی بیرجند- معاونت امور دانشجویی و فرهنگی

تلفن: ۰۵۶۱۴۴۲۳۰۷۰ –داخلی ۵۴۳۱ نمابر: ۰۵۶۱۴۴۲۰۴۴۳ پست الکترونیکی:sajadkhodai@yahoo.com

۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۳ دانشیار، گروه آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۴ مربی، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

۵ کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، آموزش و پرورش بیرجند

مقدمه

سرطان بعد از بیماری‌های قلبی–عروقی دومین علت مرگ‌ومیر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است (۱). در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم داخلی بهداشت و درمان در ایران و در تمام نقاط دنیا می‌باشد (۲) که اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر، یک نفر به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند (۳). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت امروزه در سراسر دنیا ۱۰میلیون مورد جدید در سال تشخیص داده می‌شود که بدون به کار گرفتن برنامه‌های مؤثر پیشگیری در ۱۷ سال آینده به ۲۰ میلیون مورد بالغ خواهد شد (۴). سرطان، استقلال و توانایی فرد را برای ایفای نقش مهم در خانواده و اجتماع تهدید کرده و فرد را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می‌دهد؛ بنابراین کاهش میزان عزت نفس در بیماران مبتلا به سرطان امری قابل پیش‌بینی و با اهمیت است که می‌تواند منجر به بروز واکنش-پذیری از قبیل افسردگی، اضطراب، ترس و نفرت از خود شود (۵). مطالعات زیادی نیز نشان داده است که یکی از اختلال-های روانپزشکی شایع در بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی است (۶،۷،۸،۹،۱۰). 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 (۱۱).

متناسب با سبب‌شناسی این اختلال شیوه های درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است؛ یکی از این رویکردها درمان شناختی–رفتاری است که از دهه ۱۹۷۰ برای درمان انواع بیماران افسرده مطرح شده و سودمندی آن در برخی از پژوهش‌ها تأیید شده است (۱۲، ۱۳، ۱۴). در این روش بیمار تشویق می‌شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه‌ای که باید به بوته‌ی آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد. در این رویکرد برای درمان افسردگی بین۶ تا۲۰جلسه روان‌درمانی نیاز است تا بهبودی پدید آید (۱۵). با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی، روان‌درمانی فردی نمی‌تواند پاسخگوی این مشکل باشد (۱۶)، از این رو می‌توانیم از گروه درمانی به جای روان‌درمانی فردی که از نظر هزینه و مدت درمان باصرفه‌تر است با عنوان گروه درمانی شناختی–رفتاری سود جوییم.

اعتقاد بر این است که گروه درمانی در بیشتر اختلالات روانی مؤثر است زیرا فرد در گروه نحوه برخورد خود را با اجتماع می‌بیند و این امر باعث رشد بینش و بصیرت او می-شود. ضمن اینکه تجارب جدید برای برقراری ارتباط با دیگران را یاد می‌گیرد، با افراد جدید آشنا شده احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس وی بالا می‌رود (۱۷). یکی از بررسی‌های مهم در زمینه گروه درمانی توسط cappeliez در سال۲۰۰۰ انجام شده است؛ وی ۱۸هفته گروه درمانی شناختی–رفتاری را بر روی ۲۱ فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و بیان نمود که این درمان بر روی بیماران افسرده مؤثر است (۱۸). Oie و Dingle در سال۲۰۰۷ تحقیقات زیادی در مورد تأثیر درمانی شناختی–رفتاری به صورت گروهی انجام دادند اما یافته‌های این تحقیقات با یکدیگر سازگار نبودند و بیان کردند که این روش نیاز به بررسی بیشتری دارند (۱۲).

در مقابل در مطالعاتی که انواع روش‌های درمان افسردگی را با هم مقایسه کردند بیان شد که درمان‌های ارائه شده به صورت فردی از درمان گروهی مفیدتر است (۱۹). در سال ۲۰۰۷ در یک مقاله مروری در مورد اثرات گروه درمانی اخطار داده‌اند و بیان کرده‌اند که فرآیندهای گروهی از جمله وابستگی بین اعضای گروه می‌تواند تأثیرات منفی در پیامد روان‌درمانی داشته باشد؛ آنها به این نتیجه رسیده‌اند که شواهد تجربی در زمینه نقش فرآیندهای گروهی در

روان‌درمانی گروهی به ویژه در درمان شناختی–رفتاری هنوز ضعیف بوده و نیاز به مطالعه و تحقیق بیشتری دارد (۲۰). از آنجایی که عود بیماری افسردگی برای بیمار و خانواده بسیار پرتنش بوده و هزینه‌های بسیار زیادی جهت درمان دارویی، از کار افتادگی و یا بستری بیماران ایجاد می‌کند (۲۱) بنابراین جهت برنامه‌ریزی اقدامات مناسب پرستاری، ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست‌های مرتبط با آن در جامعه آشنایی با تأثیرات این روش درمانی می‌تواند در انجام فرایندهای روان‌پرستاری جهت بیماران نیازمند مثمر ثمر باشد تا با انجام این اقدامات بتوان افسردگی را در این بیماران بهبود بخشیده و کیفیت زندگی را در آنها بالا برد.

با توجه به مطالب ذکر شده و تناقضاتی که در پژوهش‌های گذشته وجود داشته پژوهش حاضر با هدف تأثیر گروه درمانی شناختی–رفتاری بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است.

روش تحقیق

این پژوهش از نوع تحقیقات نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش بیماران مراجعه‌کننده به بخش پاتولوژی بیمارستان امام رضا(ع) شهرستان بیرجند در شش ماه دوم ۱۳۸۸ و شش ماهه اول ۱۳۸۹ می‌باشد که توسط پاتولوژیست به تشخیص قطعی رسیده‌اند و بیماران از بیماریشان آگاه بودند، همچنین درمان‌های تکمیلی و نگهدارنده، شیمی درمانی و رادیوتراپی را آغاز کرده‌اند. حجم نمونه شامل ۲۴ بیمار بوده که در محدوده سنی ۳۲ تا۶۸ قرار داشته و از افراد در دسترس که سابقه افسردگی شناخته شده در بستگان درجه یک و نیز سابقه افسردگی و مصرف داروهای ضد افسردگی قبل از ابتلا به بیماری نداشتند و با تشخیص روانپزشک و معیارهای تشخیصی DSM-IV[1] افسردگی خفیف و خفیف به بالا داشتند و در ضمن نمره افسردگی آنها در پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی بک ۱۳ به بالا بود. بیماران به طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داشتند. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته و هفته‌ای ۲ بار تحت درمان شناختی–رفتاری به شیوه گروهی (توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و کارشناس ارشد مشاوره) در مرکز دارالشفاء ولیعصر (عج) شهرستان بیرجند تحت درمان قرار گرفتند.

پروتکل جلسات درمان گروهی شناختی–رفتاری بر اساس منابع در دسترس تدوین گردید:

پژوهشگران در جلسه اول با بیماران در مورد انتظارات خود از درمان صحبت کردند، در مورد شرایط شرکت در جلسات، مدت زمان و زمان برگزاری جلسات، با بیماران به طور شفاهی قرار داد درمانی بسته شد و شرکت‌کنندگان با هم آشنا شدند. در جلسه دوم در مورد مشکلاتی که بیماران با آن روبرو هستند، چگونگی به وجود آمدن آنها، افکاری که با آنها همراه است و یادگیری‌ها و تجاربی که بیماران در زندگی کسب کرده‌اند پرس و جو شد. درمانگران سعی کردند که به یک فرمول‌بندی اولیه از وضعیت روانی و محیطی دست یابند. در جلسات بعدی شرکت‌کنندگان با مدل ABCD آشنا شدند؛ A: حوادثی است که اتفاق افتاده (Active event) است، B: عقاید (Beliefs) نسبت به آن حادثه‌هاست، C: پیامدهای (Consequence) هیجانی این شیوه فکر کردن و D: بحث (Discussion) در مورد افکار خودآیند منفی است. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که افکار خودآیند منفی خود را تشخیص داده، با این افکار درگیر شوند و سعی کنند به مرور افکار مثبت پرداخته یا منطقی را جایگزین آن کنند. به علاوه، در مورد افکار خودآیند منفی، روش‌های مقابله با آن و پاسخ‌های احتمالی به این افکار به بیمار آموزش داده شد. در ضمن تکالیف مرتبط با موضوع در هر جلسه آموزش ارائه شد و مراجعان در فاصله بین جلسات تکالیف خانگی انجام می‌دادند.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش آزمون افسردگی بک

[1] Diagnostic and statistical manual of mental disorder IV

(BDI)[1] می‌باشد. این پرسشنامه از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه-های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته شد در مدت حداکثر ۱۰ دقیقه، شدت این نشانه‌ها را بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا ۳ بر اساس وضعیت فعلی آنها انتخاب نماید. جمع نمرات پرسشنامه محاسبه و افرادی که نمره بالاتر از ۱۳ داشتند وارد مطالعه شدند. برای درک ماده-ها، داشتن توانایی خواندن در سطح کلاس پنجم دبستان کافی است (۲۲). با توجه به نتایج فراتحلیل انجام شده درمورد BDI، ضریب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ است. ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارند (۲۳). برای تجزیه و تحلیل دادها از نرم افزار SPSS 15.0 از آزمون T زوج و تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

از ۲۴ نفر مورد مطالعه، ۱۲ نفر در گروه مورد و ۱۲ نفر در گروه شاهد بودند. میانگین سن در گروه مورد ۹/۳±۴۹ سال و در گروه شاهد ۹/۷۹±۴۶/۴۲ سال بود (P=۰/۵۲). ضمناً توزیع جنسی در دو گروه مورد و شاهد تفاوتی نداشت (جدول شماره ۱).

جدول۱- مقایسه توزیع جنسی در دو گروه

گروه / جنس	گروه مورد	گروه شاهد	سطح معنی‌داری
مذکر	۲ (٪۱۶/۷)	۴ (٪ ۳۳/۳)	۰/۳۲
مؤنث	۱۰ (٪۸۳/۳)	۸ (٪ ۶۶/۷)	

اعداد داخل پرانتز مربوط به تعداد مطلق می باشد (n=12).

بر اساس نتایج مطالعه، در گروه مورد میانگین نمره افسردگی بعد از مداخله (۷/۳۸±۸/۵۸) نسبت به قبل از مداخله (۱۱/۸۶±۲۸/۴۲) کاهش معناداری را نشان داد ولی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ نیز قبل از مداخله میانگین نمره افسردگی در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معناداری نداشت ولی بعد از مداخله میانگین نمره افسردگی در گروه مورد نسبت به شاهد به طور چشمگیری کمتر بود (P<۰/۰۱) (جدول شماره ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره افسردگی در گروه مورد و شاهد و نیز قبل و بعد از مداخله

مرحله / گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی‌داری
مورد	۱۱/۸۶±۲۸/۴۲	۷/۳۸±۸/۵۸	<۰/۰۰۱
شاهد	۱۱/۴۶±۲۷/۸۳	۱۱/۸۷±۲۸/۳۳	۰/۱۴

در نهایت پس از تعدیل بر اساس متغیرهای سن و نمره افسردگی قبل از مداخله با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس، میانگین نمره افسردگی پس از مداخله در دو گروه مورد و شاهد از نظر آماری (به ترتیب ۱/۱۶±۸/۵ و ۱/۱۶±۲۸/۴۲) معنی‌دار بود (P=۰/۰۰۱).

بحث

بر اساس نتایج مطالعه،تفاوت بین میانگین تغییرات نمرات آزمون افسردگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش با میانگین تغییرات نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه شاهد از نظر آماری معنادار نشان داده شد (P<۰/۰۰۰۱). از آنجا که مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون افسردگی بک در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوتی در مرحله پیش از مداخله درمانی نشان نداد می‌توان نتیجه گرفت که تفاوت معنی‌دار ایجاد شده در میانگین تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه صرفاً به خاطر مداخله روانشناختی است؛ به بیان دیگر روش گروه درمانی شناختی–رفتاری در کاهش افسردگی بیماران مؤثر بوده است.

Cappeliez در سال۲۰۰۰، ۱۸ هفته گروه درمانی شناختی–رفتاری را بر روی ۲۱ فرد بالغ با افسردگی شدید اجرا کرد و بیان نمود که این درمان بر روی بیماران افسرده مؤثر می‌باشد (۱۸). سیمپسون و کارسون در سال ۲۰۰۱ با انجام دادن روان‌درمانی گروهی بر روی زنان مبتلا به سرطان

[1] Beck Depression Inventory

پیشرفته پستان مشاهده کردند که روان‌درمانی گروهی بر بهبود وضعیت روانی بیماران مؤثر بوده و افراد شرکت‌کننده در مداخله علائم افسردگی و اختلالات خلق کمتری را نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۲۳). یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های Fleming و Kash در سال۲۰۰۰ که درمان شناختی–رفتاری به شیوه‌ی گروهی را بر روی ۲۶ بیمار که از اختلال افسردگی و اضطراب توأماً رنج می‌بردند اجرا کردند همسو می‌باشد (۲۴). همچنین یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش میکله (۲۰۰۹) (۱۳)، را بین و همکاران (۲۰۰۶) (۱۴) همخوانی دارد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش دیگری که فرایند گروهی به ویژه وابستگی بین اعضای گروه را در درمان‌های گروهی مضر دانسته‌اند همسو نمی‌باشد که این مشکل توسط یک درمانگر ماهر قابل پیشگیری می‌باشد. در پژوهش‌های دیگری که توسط Halistead وPeterson انجام شد اعضا در ۶ جلسه گروه درمانی شناختی–رفتاری شرکت نمودند و نتایج نشان داد که افسردگی تغییر چشمگیری نکرده است (۲۵) که این نتیجه می‌تواند به دلیل کافی نبودن تعداد جلسات باشد. با توجه به اطلاعات بالا و یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از درمان شناختی–رفتاری به شیوه گروهی در درمان مبتلایان به افسردگی مؤثر می‌باشد.

در نتایج فوق به نظر گرفتن نقش راهکارهای غیر منطقی در فرد اذعان شده و بر لزوم جایگزینی باورهای غیر منطقی با باورهای منطقی در فرد تأکید می‌گردد. پژوهشگران تأثیر مداخلات گروهی را در ایجاد بینش، شناخت و تغییر نگرش بیماران در طی زمان مداخله مورد مشاهده قرار دادند و از آنجا که افسردگی احساس نامطلوبی است که بیماران آن را تجربه کرده‌اند و نیز با توجه به اینکه منشأ احساس در فرد، تفکرات اوست پژوهشگران با هدایت بیماران در جهت شناخت افکار اتوماتیک و ایجاد بحث و تعامل گروهی آنان را تشویق نمودند تا در جهت تغییر افکار و در نهایت احساس خود تلاش کنند. بنابراین راهکارهایی که در طی جلسات درمان به مراجع ارائه می‌گردد کمک می‌کند تا الگوهای فکری ناکارآمدی که به احساس بی‌کفایتی در فرد منجر می‌گردد را تشخیص داده و آن را با الگوهای فکری منطقی و کارآمد جایگزین سازد و همچنین ارائه تکالیف در جلسات آموزش و نیز ادامه انجام تکالیف در منزل حائز اهمیت است چرا که انجام تکالیف به نوعی تمرین رویارویی فرد با موقعیت‌های مشکل‌زا و چالش‌انگیز در زندگی واقعی است که منجر به افزایش تأثیر درمان می‌گردد. علاوه بر این، تجربه جلسات گروهی امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد احساس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با مشکلات را برای فرد امکانپذیر می‌سازد. به طور خلاصه، ویژگی‌های گروه درمانی شناختی–رفتاری که موجب اثربخشی این روش درمان می‌شود را می‌توان به صورت زیر بیان نمود:

– ساختار جلسات درمانی که به صورت ساختاریافته به اعضای گروه ارائه شد

– استفاده از شیوه‌های متنوع شناختی–رفتاری

– کاربرد تکالیف خانگی در جلسات درمان

در مجموع به نظر می‌رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون‌به‌صرفه و قابل توجیه است؛ با این وجود انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با به کارگیری نمونه‌های بزرگ‌تر، دوره‌های درمان طولانی‌تر، ارزیابی‌های حین درمان و پیگیری طولانی‌تر نارسایی‌های این پژوهش مرتفع گردد.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی–رفتاری نقش پراهمیتی در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان دارد. مداخله شناختی می‌تواند از طریق کاهش افسردگی شناخت بیماران را تغییر دهد و آنها را قادر می‌سازد که عقیده مثبت‌تری در کنترل خودشان داشته باشند و رویکرد تیمی روانشناسی از لحاظ نظری و عملی در زمینه تدابیر کنترلی و درمان افسردگی در

بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند بر کیفیت و سبک زندگی، روابط فردی و اجتماعی آنان تأثیری عمیق داشته باشد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه بیمارانی که طی این پژوهش همکاری کرده‌اند و همچنین از پرسنل دارالشفاء ولی عصر(عج) جهت همکاری در زمینه محل برگزاری کلاس‌های آموزشی سپاسگزاریم.

منابع:

1- Park J. Park's textbook of prevention and social medicine. Translated by: rafaei. K. 17th ed. Tehran: Ilia publication. (2003) [Persian].

2- Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. Epidemiology and control of prevalent disease in Iran. 2th ed. Tehran: Eshtiagh pubication (2000) [Persian].

3- Elkhani M. Methods of surveillance in cancer. Tehran: Ghazi jahani publication (1991) [Persian].

4- Karimovi M, Poordehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A. Survey of effect of group counseling in functional scales quality of life in women with breast cancer under chemotherapy treatment. Daneshvar Sci Res J Shahed U. 2000; 13(62):69-78 [Persian].

5- Noghani F, Monjamed H, Bahrani N, Ghodarti V. The comparison of self esteem between male and female cancer patients. Mag Nurs Obstet Fac Tehran Med Sci Fac. 2006;12(2):33-41 [Persian].

6- Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early Breast cancer: Five year observational cohort study. BMJ. 2005;330(7493):702.

7- Büssing A, Fischer J, Ostermann T, Matthiessen PF. Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. Int J Psychiatry Med. 2008;38(3):357-72.

8- Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, et al. Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. Palliat Med. 2009;23(8):739-53.

9- So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, et al. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. Oncol Nurs Forum. 2009;36(4):E205-14.

10- Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. Psychosomatics. 2009;50(4):383-91.

11- Dematheo M. Health psychology. Translated by: Kaviani M & Hashemian k. Tehran: SAMT publication. (2008) [Persian].

12- Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. J Affect Disord. 2008;107(1-3):5-21.

13- Brother , Brittany Michelle. An examination of treatment for depression in femal cancer patients , The ohio state university. (2008) 177;AAT3375726.

14- Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: meta-analyses. Int J Psychiatry Med. 2006;36(1):13-34.

15- Hawton K, Salkours K, Clarck. Congnitive behavior Therapy for psychiatric problems, a practical guide. Translated by: Ghasem zadeh H. Tehran: Arjmand Publication (2003)[Persian].

16- Mehrabi T, Sheikholeslami F, Ghazavi Z, Nasiri M. The effect of group therapy on depression and anxiety levels of the patients with MI. Nurs Midwifery Search. 2004;29(7):5-13.[Persian]

17- Azimi H, Jannati Y, Mahmoudi G. Text of mental health nursing. Tehran: Salemi publication (2003) [Persian].

18- Cappeliez P. Presentation of depression and response to group cognitive therapy with older adults. J Clin Gerontology. 2000:6(3):156-74.

19- Nietzel MT, Russel RT, Hemming KA, Gretter ML. Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a meta-analytic approach to comparison. J Consult Clin Psychol. 1987;55(9):156-61.

20- Hornsey MJ, Dwyer L, Oie TPS. Beyond cohesiveness: re-conceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy .Small Gr Res. 2007;38:567-92.

21- Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Translated by: Rafei H & sobhanian K. 4th ed. Tehran: Arjmand publication (2003).

22- Groth M, Gary. Handbook of psychologycal assessment. Translated by: Pashasharify H & Nikkhoo M. 2thed Tehran: Sokhan publication (1997). [Persian].

23- Simpson S, Carison E, Etrew M. Effect of group therapy for breast cancer on health carutilization , Cancer Prac. 2001;9(1):19-34.

24- Kush FR Fleming LM. An innovative approach to short-term group cognitive therapy in the combined treatment of anxiety and depression. Group Dynamics. 2000;4(11):176-83.

25- Peterson AL, Halistead TS. Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series. Behav Ther.1987;29:3-18.

Abstract *Original Article*

The Effect of Cognitive–Behavioral Group Therapy on Depression in Patients with Cancer

S. Khodai [1], R. Dastgerdi[2], F. Haghighi[3], S.A. Sadatjoo[4], A. Keramati[5]

Background and Aim: One of the most common complications of cancer is subsequent psychological problems including depression, reduced vital function, and increased risk of mortality. The objective of this study was to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on decreasing depression among patients with cancer in Birjand city.

Materials and Methods: This research was a semi-experimental study including pre-test, post-test and control group in which the statistical society consisted of patients with cancer who referred to Imam Reza hospital in Birjand. The samples included 24 patients with cancer who were selected based on DSM-IV distinctive standard and Beck depression inventory. The case group were treated by cognitive-behavioral therapy in 12 session of 1.5 hours, and the control group received no psychiatric therapy. The data were analyzed by T-Test and covariance analysis using version 15.00 of SPSS software.

Results: After treatment, depression in the case group decreased to 8.58±7.38 which was statistically significant (P<0.001); however depression in the control group (28.33±11.87) did not change.

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy plays an important role in decreasing depression in patients with cancer. Psychological intervention can help patients to change their cognition by decreasing depression and enable them to have a more positive belief in controlling themselves against dependency.

Key Words: depression, cancer, cognitive-behavioral group therapy

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2011; 17(3): 183- 190

Received: October 05, 2010 Accepted: December 07, 2010

1Corresponding Author; Ms in clinical psychology Islamic azad university, birjand, iran *sajadkhodai@yahoo.com*
2 Assistant professor, birjand university of medical sciences, birjand, iran
3 Associated professor, birjand university of Medical sciences,birjand, iran
4 Instructor, birjand university of Medical sciences, birjand, iran
5 Ms counceling psychology,mashhad university of ferdousi, mashhad, iran