

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

خلاصه

مقدمه: سرطان پستان، شایع‌ترین نوع سرطان در زنان است و این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سبک‌های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

روش کار: این کارآزمایی بالینی با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد. از بین تمام زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امید مشهد در سال ۱۳۹۴، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار داده شدند. گروه آزمون طی ۸ هفته تحت درمان فعال‌سازی رفتاری قرار گرفتند در حالی که گروه شاهد در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار داشتند. پرسش‌نامه‌های سبک‌های اسنادی پیترسون و سلیگمن (ASQ)، کیفیت زندگی (SF-36) و افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندگانه در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی منجر به تغییر سبک‌های اسنادی ($P < 0/001$)، افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی ($P < 0/001$) و کاهش افسردگی ($P < 0/001$) در مقایسه با گروه شاهد می‌شود. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی منجر به بهبود سبک‌های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، درمان‌های رفتاری، سرطان پستان، کیفیت

زندگی

حسین شاره

استادیار روان‌شناسی بالینی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران

hsharreh@yahoo.com.au

تاریخ وصول: ۹۴/۰۱/۲۵

تاریخ تایید: ۹۵/۰۱/۱۷

پی‌نوشت:

این پژوهش در سایت کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT201602083372N2 به ثبت رسیده و پس از تایید معاونت پژوهشی دانشگاه حکیم سبزواری و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع شخصی نویسنده ارتباطی نداشته است. از تمام مسئولان و کارکنان بیمارستان امید مشهد که در انجام این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

مقدمه

طولانی‌مدت بر خودباوری زنان داشته و آن‌ها را دچار اضطراب‌های فراگیر و افسردگی می‌نماید که تاثیر بسیار بد و مهمی در عملکرد خانواده، روابط زناشویی و پایین‌آمدن سطح کیفی زندگی می‌گذارد (۱۹).

از دیگر پیامدهای ناخوش‌آیند افسردگی، کاهش کیفیت زندگی است (۲۰، ۲۱). یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش معنی‌دار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است (۲۲). کیفیت زندگی، یک مفهوم ذهنی مبتنی بر ارزش‌ها و تمایلات در ارتباط با میزان رضایت‌مندی از زندگی می‌باشد. این سازه تحت آموزش می‌تواند فرد را نسبت به خود و جامعه به آرامش درونی برساند (۲۳). بیماران مبتلا به سرطان پستان به دلیل ادراک مشکلات متعدد شناختی، هیجانی، اجتماعی، خانوادگی و عاطفی، کیفیت زندگی پایینی را دارا می‌باشند. این بیماران علاوه بر مشکلات و اختلالات روانشناختی، در بعد رضایت‌های زناشویی و ارتباط با خانواده دچار مشکلاتی می‌شوند و ارتباط آن‌ها با همسر و فرزندان‌شان دچار مشکل می‌گردد که این مشکلات کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (۲۴).

درمان فعال‌سازی رفتاری فرآیند درمانی ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش رفتارهایی می‌شود که تماس فرد را با پیوستگی‌های تقویتی محیطی زیادتر می‌کند. این فرآیند، منجر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی فرد می‌شود (۲۵، ۲۶). روش درمان به گونه‌ای اجرا می‌گردد که بیمار به انتخاب و انجام پاسخ‌های جای‌گزین، یکپارچه کردن این جای‌گزین‌ها، مشاهده‌ی نتایج و ارزیابی کردن آن‌ها می‌پردازد. هدف شناخت در این نوع درمان، ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و همچنین جای‌گزینی نظام‌مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه است. افزون بر این، در این نوع درمان به کیفیت و بهبود کارکرد اجتماعی توجه می‌شود (۲۷).

ریبا^۱ و همکاران (۲۸) نشان دادند که درمان فعال‌سازی رفتاری، سبب کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. در این نوع درمان، از طریق درگیر کردن کامل بیمار با فرآیند درمان، بیمار از نظر رفتاری و اجتماعی فعال می‌شود و افزایش تعامل سازنده‌ی او با افراد غیر بیمار منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، فشارهای روانی و بهبود روحیه-اش می‌گردد (۲۹). از جمله مهم‌ترین خصوصیات این درمان، مقرون به صرفه بودن از نظر زمان، هزینه و امکانات، سهولت در اجرا، داشتن راهنمای درمانی و منطبق بودن پروتکل درمان با ویژگی‌های فردی بیمار می‌باشد. اثربخشی این درمان در پژوهش‌های مختلف مشتمل بر درمان افسردگی بیماران سوء‌مصرف کننده‌ی مواد (۳۰)، افراد افسرده‌ای که در

سرطان، دومین علت مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلب و عروق است (۱). سرطان پستان^۱، شایع‌ترین نوع سرطان در زنان است و بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به آن جان خود را از دست می‌دهند (۲، ۳). میزان بروز این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش بوده و هم‌چنان شایع‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان در کشورهای با درآمد کم و متوسط محسوب می‌شود (۴).

سبک‌ها یا شیوه‌های تبیین افراد از رویدادهای تنش‌زا می‌توانند نقش مهمی در سلامت روان فرد داشته باشند (۵). نظریه‌ی اسناد^۲، فرآیندهای تبیین رویدادها و پیامدهای عاطفی و رفتاری ناشی از این تبیین‌ها را بیان می‌کند (۶). پیترسون^۳ و همکاران (۷) معتقدند که سبک‌های اسنادی دو نوع رویداد (مثبت و منفی) را دربرمی‌گیرند که هرکدام از این رویدادها سه مولفه دارد: اسناد درونی-بیرونی^۴، اسناد پایدار-ناپایدار^۵ و اسناد کلی-جزیی^۶.

اسناد درونی-بیرونی عبارت است از نسبت دادن علل موفقیت و شکست به عوامل درون شخص در مقابل نسبت دادن آن به عوامل خارج شخص، محیط یا موقعیت. اسناد پایدار-ناپایدار شامل نسبت دادن علل موفقیت و شکست به عوامل پایدار و همیشگی در مقابل علل کوتاه‌مدت و ناپایدار است. هم‌چنین اسناد کلی-جزیی به نسبت دادن علل موفقیت و شکست به تمام موقعیت‌ها در برابر نسبت دادن آن به یک موقعیت خاص مربوط است (۸). سلیگمن^۷ دو نظریه را در زمینه سبک‌های اسنادی مطرح می‌سازد اول سبک اسناد بدبینانه یعنی اسناد رویدادهای منفی به عوامل درونی، که افسردگی را در پی دارد و دوم سبک اسناد خوش‌بینانه که عبارت است از اسناد رویدادهای مثبت به عوامل درونی، که زمینه‌ساز شادمانی است (۹، ۱۰). در پژوهش‌های مختلف روان‌شناختی، سبک‌های اسنادی برای پیش‌بینی افسردگی به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته-اند (۷، ۱۱، ۱۲). سنجوان^۸ و همکاران (۱۳) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که اسناد رویدادهای منفی به عوامل درونی، پایدار و کلی نه تنها با افسردگی بلکه با اضطراب و احساسات منفی، رابطه دارد. هرچه سبک اسنادی فرد درونی‌تر، پایدارتر و کلی‌تر باشد واکنش افسردگی، شدیدتر خواهد بود (۱۸-۱۴). در بیماران مبتلا به سرطان پستان، به دلیل نوع بیماری، سبک‌های اسنادی^۹ مختل می‌گردد. این بیماری تاثیر منفی و

¹Breast Cancer²Attribution Theory³Peterson⁴Internal-External⁵Stable-Unstable⁶Global-Specific⁷Seligman⁸Sanjuan⁹Attributional Style

راهنمایی و بستری شدن در سه‌ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۴. ملاک‌های خروج نیز شامل مشکلات عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن اقدام به خودکشی هنگام ثبت نام، ابتلا به اختلال شخصیت یا اختلالات سایکوتیک، مصرف الکل و داروهای مخدر و اعتیادآور و غیبت بیش از دو جلسه در درمان بودند. قبل از شروع مداخله‌ی درمانی از دو گروه آزمون و شاهد با استفاده از پرسش‌نامه‌های سبک‌های اسنادی پیترسون و سلیگمن (ASQ)، کیفیت زندگی (SF-36) و افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II) پیش-آزمون گرفته شد. سپس در گروه آزمون، برنامه‌ی درمان بر اساس الگوی فعال‌سازی رفتاری گروهی طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت هفتگی بر اساس پروتکل ارائه شده توسط کانتر^۱، بوش^۲ و راش^۳ (۳۷) اجرا شد که خلاصه جلسات در جدول ۱ آورده شده است. طبق روال پژوهشی، هیچ مداخله‌ای در زمینه‌ی درمان فعال‌سازی رفتاری تا قبل از پس‌آزمون بر روی گروه شاهد صورت نگرفت. فقط به منظور رعایت اصول اخلاقی به بیماران گروه شاهد گفته شد که حدود ۲ ماه در لیست انتظار برای دریافت درمان قرار دارند. لازم به ذکر است که تمام ارزیابی‌ها توسط یک ارزیاب مستقل که درگیر درمان بیماران نبود صورت گرفت و تلاش شد آزمودنی‌های گروه آزمون و شاهد در مورد این که با یکدیگر مقایسه می‌شوند بی‌اطلاع بمانند گر چه چون تمام آن‌ها در محیط بیمارستانی مشترکی بستری بودند امکان این که خودشان با یکدیگر صحبت نموده و مطلع شده باشند دور از ذهن نیست. آزمودنی‌ها در هر دو گروه آزمون و شاهد در طی ۲ مرحله (پیش‌آزمون و پس-آزمون) مورد آزمون قرار گرفتند و نتایج آزمون‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) تحلیل شدند. هم‌چنین به منظور بررسی ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌ها در این پژوهش از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید.

¹Kanter²Busch³Rusch

کودکی مورد آزار قرار گرفته‌اند (۳۱)، دانشجویان مبتلا به افسردگی اساسی (۳۲)، افراد مبتلا به اختلال مختلط افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر (۳۳)، افسردگی بیماران سرطانی (۳۴) و رفتارهای منجر به خودکشی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (۳۵) به اثبات رسیده است.

گروه‌درمانی، نوعی روش درمان مشکلات و اختلالات روان‌شناختی است که شرکت‌کنندگان در گروه از طریق تعامل با دیگران در یک محیط امن و پذیرنده این فرصت را پیدا می‌کنند که رفتارهای جدید را تجربه و بازخورد صادقانه‌ای را از دیگران راجع به اثرات رفتارشان دریافت نمایند. بر اساس رویکرد درمانی، نقش درمانگر هم‌چون یک تصریح‌بخش، تسهیل‌گر و تفسیرکننده می‌باشد (۳۶).

با توجه به تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری و هم‌چنین فواید بسیار زیاد گروه‌درمانی، این پژوهش سعی دارد به بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سبک‌های اسنادی، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بپردازد.

روش کار

این کارآزمایی بالینی با تایید معاونت پژوهشی دانشگاه حکیم سبزواری انجام گرفته و با کد IRCT201602083372N2 در سایت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده است. در این طرح که از فروردین‌ماه تا تیرماه سال ۱۳۹۴ به طول انجامید، ابتدا از طریق هماهنگی‌های لازم با مسئولان بیمارستان امید مشهد و کسب مجوز جهت انجام پژوهش، به بخش نگهداری بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه شد و از تمام زنان مبتلا به سرطان پستان بستری در مرکز نگهداری بیماران سرطانی که علاقه‌مند به شرکت در پژوهش بودند ثبت‌نام به عمل آمد. سپس از میان ثبت‌نام‌شدگان با توجه به معیارهای ورود و خروج، ۳۰ نفر زن مبتلا به سرطان پستان به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و به‌طور کاملاً تصادفی در دو گروه (درمان فعال‌سازی رفتاری و شاهد) جای داده شدند. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بودند از: ابتلا به بیماری سرطان پستان بر اساس نظر پزشک متخصص بیمارستان، امضای رضایت‌نامه‌ی کتبی شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات سوم

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی

جلسه‌ی اول	سازمان‌دهی گروه و آشنایی با اصول و قواعد گروهی، برقراری رابطه‌ی درمانی با بیماران و آموزش قراردادهای رفتاری (قراردادهای رفتاری به صورت نوشتاری و کلامی بین درمانگر و بیماران به صورت ساده، روشن و با جزئیات مطرح شد)، تبادل نظر گروهی در رابطه با چگونگی رسیدن به اهداف مورد نظر
جلسه‌ی دوم	آموزش و تمرکز بر فعال‌سازی رفتاری و نیز تعامل فرد با محیط و آموزش راهبردهای مناسب فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرته‌ی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظاره‌ای، پخش فیلم کوتاه اثر پروانه
جلسه‌ی سوم	آموزش روانی در مورد فرآیندهای شفابخش گروهی (با چهار موضوع توجه‌هایی در مورد زمینه‌ی کلی بیماری، انتخاب روش‌های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی) در خصوص تعامل با افراد دیگر و استفاده از تجارب دیگران
جلسه‌ی چهارم	تمرکز بر جنبه‌های تنش و اضطراب بیماری و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امیددرمانی و بیان جملات مثبت و امیدبخش در مورد پیشرفت‌های کوچک بیمار

جلسه‌ی پنجم تمرکز بر جنبه‌های افسردگی بیمار و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل در جریان آموزش روانی (تشریح حالات خلقی بیمار، بهبود سلسله مراتبی، عود افسردگی و حالات روانی به صورت تمثیل و گفتگوی گروهی مطرح شد).

جلسه‌ی ششم تمرکز بر حالات و قضاوت‌های شناختی و کنترل آن‌ها و مدیریت تنش بیماران (شناسایی شیوه‌ی زندگی و تنش بیماران و افکار منفی، هم‌چنین بررسی از طریق یادداشت‌ها در فرم، شخصیت و کنترل تنش، سازگاری با تنش و پیش‌بینی، شناسایی و پیشگیری از پیامدهای منفی و نگرش‌های غیر منطقی و بازسازی پیامدهای تنش در

بیماران، بررسی راهکارهای رهایی از تنش و افسردگی، توانایی حل مسئله، طریقه‌ی استفاده از مقابله‌ی هیجان‌مدار

جلسه‌ی هفتم آموزش بیمار در خصوص اجزای پزشکی، روانی و اجتماعی بیماری، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و بازسازی شناختی و مهارت قاطعیت در درمان و استفاده‌ی بهینه از روان‌شناس و مددکار

جلسه‌ی هشتم جمع‌بندی و ارائه‌ی خلاصه‌ی درمان، نظرخواهی و ارائه‌ی راهکارهای پی‌گیرانه

ابزار پژوهش

الف- پرسش‌نامه‌ی سبک اسنادی (ASQ)^۱: این پرسش‌نامه، نخستین بار برای اندازه‌گیری اسنادهای افراد برای رویدادهای غیر قابل کنترل توسط پیترسون و همکاران (۳۸) ساخته شده و دارای ۴۸ سؤال است که در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌شود. این پرسش‌نامه، دربرگیرنده‌ی ۱۲ موقعیت فرضی (۶ رویداد خوب یا موفقیت و ۶ رویداد بد یا شکست) است. برای هر یک از ۶ موقعیت موفقیت، نمره‌ی یک پایین‌ترین رتبه و نمره‌ی هفت بالاترین یا بهترین گزینه و برای ۶ موقعیت شکست، نمره‌ی گذاری به صورت معکوس است. برای محاسبه‌ی نمره‌ی کل تجارب مثبت، ابتدا نمره‌های تمام موقعیت‌های مثبت را با هم جمع و بعد بر تعداد آن‌ها تقسیم می‌کنیم. بالاترین نمره‌ی تجارب مثبت ۲۱ و کمترین آن ۳ است. نمره‌ی کل برای رویدادهای منفی با جمع نمره‌های تمام موقعیت‌های منفی و با تقسیم آن بر تعداد آن‌ها محاسبه می‌شود. بالاترین نمره برای رویدادهای منفی ۳- و پایین‌ترین آن ۲۱- است. برای محاسبه‌ی نمره‌ی کل رویدادها، نمره‌ی کل تجارب مثبت از نمره‌ی کل تجارب منفی کسر می‌شود. بهترین نمره برای کل رویدادها ۱۸+ و بدترین آن ۱۸- است. در واقع، در این پرسش‌نامه نمرات وقایع مثبت و منفی به طور مجزا محاسبه می‌شوند زیرا نمره‌ی پایین برای یک واقعی مثبت، یک اسناد منفی است در حالی که نمره‌ی پایین برای یک واقعی منفی، یک اسناد مثبت است (۳۸).

برای هر رویداد، چهار پرسش مطرح شده است. نخستین پرسش که درباره‌ی مهم‌ترین علت این رویداد است اگرچه در نمره‌گذاری به کار برده نمی‌شود اما پاسخ به آن، ضروری است تا آزمودنی بتواند به سه پرسش بعد بر حسب موارد زیر پاسخ دهد. این موارد شامل سه بعد درونی یا بیرونی، پایدار (باثبات) یا ناپایدار (بی‌ثبات) و کلی یا اختصاصی بودن رویداد می‌باشد. نمره‌ها را می‌توان برای هر یک از سه بعد یادشده محاسبه نمود. برای نمونه، بعد درونی-بیرونی از مجموع نمره‌های پرسش اول به دست می‌آید (۳۸). بریج^۲ (۳۹) طی پژوهشی ضریب پایایی

پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش نمود. ضریب آلفای کرونباخ برای رویدادهای منفی (درونی، پایدار و کلی) به ترتیب ۰/۶۲، ۰/۵۷ و ۰/۶۷ و برای رویدادهای مثبت (درونی، پایدار و کلی) به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۹ و ۰/۶۲ می‌باشد (۴۰). در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای رویدادهای شکست (درونی، پایدار و کلی) به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۴۳ و ۰/۷۵ و برای رویدادهای موفقیت (درونی، پایدار و کلی) به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۵۶ و ۰/۷۶ می‌باشد (۴۱). هم‌چنین روایی پرسش‌نامه از طریق همسته-کردن با پرسش‌نامه‌ی سبک‌های اسنادی اندرسون^۳ و آرنولت^۴ (۴۲) بین ۰/۵۸ تا ۰/۶۶ به دست آمده است که نشان از روایی بالای آن دارد.

در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی سبک‌های اسنادی با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای موقعیت شکست درونی و بیرونی ۰/۷۸ و ۰/۷۵، شکست پایدار و ناپایدار ۰/۸۲ و ۰/۸۰، شکست کلی و جزئی ۰/۷۷ و ۰/۷۶ و برای موقعیت موفقیت درونی و بیرونی ۰/۷۸ و ۰/۷۵، موفقیت پایدار و ناپایدار ۰/۸۰ و ۰/۸۱ و موفقیت کلی و جزئی ۰/۸۱ و ۰/۸۲ به دست آمد.

ب- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک-ویرایش دوم^۵ (BDI-II): این پرسش‌نامه، شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش افسردگی تدوین شده و دارای ۲۱ ماده است که دامنه‌ی نمرات آن از صفر تا ۶۳ می‌باشد و نحوه‌ی نمره‌گذاری آن در یک پیوستار از صفر تا ۳ برای هر ماده می‌باشد. نمرات بین ۰ تا ۱۳ میزان درجه‌ی افسردگی جزئی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۴۳). بک، اپستین^۶، براون^۷ و استیر^۸ (۴۴) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار و گروه سالم را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. دابسون و محمدخانی (۴۵) پایایی پرسش‌نامه را با روش آلفای کرونباخ برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳

²Anderson

⁴Arnoult

⁵Beck Depression Inventory-II

⁶Epstein

⁷Brown

⁸Steer

²Bridge

36 را توجیه می‌کند (۴۸). هم‌چنین با همبسته نمودن اعتبار پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO) ^{۱۲} ضریب روایی همگرای پرسش‌نامه ۰/۶۶ گزارش شده است (۵۰). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

نتایج

از بین شرکت‌کنندگان در این مطالعه، ۲۸ نفر از نمونه‌ها متاهل و ۲ نفر مجرد بودند. سن آن‌ها بین ۴۰ تا ۵۵ سال با میانگین ۴۳/۷ سال و همه دارای سطح تحصیلات دیپلم به بالا بودند. میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی دو گروه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های اسنادی، کیفیت

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	میانگین
		(انحراف استاندارد)	(انحراف استاندارد)
سبک درونی (موفقیت)	آزمون	۱/۷۰ (۰/۴۸)	۶/۴۰ (۰/۴۸)
شاهد		۱/۸۶ (۰/۵۶)	۲/۰۶ (۰/۵۱)
سبک درونی (شکست)	آزمون	۵/۳۰ (۰/۶۷)	۲/۴۰ (۰/۵۱)
شاهد		۵/۳۳ (۰/۹۱)	۵/۶۰ (۰/۵۰)
سبک بیرونی (موفقیت)	آزمون	۷/۱۰ (۰/۵۶)	۱/۹۰ (۰/۵۶)
شاهد		۶/۰۶ (۰/۷۹)	۵/۸۶ (۰/۹۱)
سبک بیرونی (شکست)	آزمون	۲/۱۰ (۰/۵۶)	۶/۶۰ (۰/۵۱)
شاهد		۲ (۰/۶۵)	۱/۷۳ (۰/۷۰)
سبک پایدار (موفقیت)	آزمون	۲/۱ (۰/۵۶)	۷ (۰/۵۶)
شاهد		۲/۵۳ (۰/۹۱)	۲/۶۶ (۰/۵۱)
سبک پایدار (شکست)	آزمون	۷/۴۰ (۰/۵۱)	۲/۳۰ (۰/۸۲)
شاهد		۶/۹۳ (۰/۷۰)	۶/۳۳ (۰/۴۸)
سبک ناپایدار (موفقیت)	آزمون	۶/۶۶ (۰/۵۲)	۲/۰۹ (۰/۷۹)
شاهد		۶/۷۸ (۰/۸۶)	۶/۵۴ (۱/۰۱)
سبک ناپایدار (شکست)	آزمون	۲/۱۰ (۰/۵۶)	۶ (۰/۶۶)
شاهد		۲/۷۳ (۱/۲۷)	۲/۶۰ (۱/۰۹)
سبک کلی (موفقیت)	آزمون	۲/۶۰ (۰/۵۱)	۷/۷۰ (۰/۶۷)
شاهد		۲/۴۶ (۰/۵۲)	۲/۷۳ (۱/۰۳)
سبک کلی (شکست)	آزمون	۶/۹۰ (۰/۵۶)	۱/۹۰ (۰/۵۶)
شاهد		۶/۲۰ (۰/۶۷)	۶/۳۳ (۱/۳۹)
سبک جزئی (موفقیت)	آزمون	۶/۸۰ (۰/۶۳)	۱/۶۰ (۰/۶۹)
شاهد		۶/۹۳ (۰/۷۹)	۶/۸۶ (۱/۵۹)
سبک جزئی (شکست)	آزمون	۶/۵۰ (۰/۸۴)	۲/۹۰ (۰/۸۷)
شاهد		۶/۲۶ (۰/۷۰)	۶/۰۶ (۰/۸۸)

گزارش نمودند. هم‌چنین در تحقیق آن‌ها، اعتبار پرسش‌نامه به روش بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۰/۷۳ گزارش شد. کاپوایی (۴۶) در تحقیق خود ضریب پایایی این پرسش‌نامه را ۰/۷۷، روایی را ۰/۷۰ و هماهنگی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

ج- پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی (SF-36)^۱: این پرسش‌نامه توسط ویر^۲ و شربورن^۳ در سال ۱۹۹۲ طراحی شده و دارای ۳۶ سؤال است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است که هر زیرمقیاس دارای ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسش‌نامه عبارتند از: عملکرد جسمی^۴، عملکرد اجتماعی^۵، ایفای نقش جسمی^۶، ایفای نقش هیجانی^۷، سلامت روانی^۸، سرزندگی^۹، درد بدنی^{۱۰} و سلامت عمومی^{۱۱}. هم‌چنین SF-36 دارای دو نمره‌ی کلی است. نمره‌ی کلی مولفه‌ی فیزیکی، بعد فیزیکی سلامت و نمره‌ی کلی مولفه‌ی روانی، بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزش‌یابی می‌نمایند. پایین‌ترین نمره در این پرسش‌نامه صفر و بالاترین نمره ۱۰۰ می‌باشد. نحوه‌ی نمره‌گذاری به این صورت است که مجموع نمرات از هر زیرمقیاس را بر ۸ تقسیم می‌کنیم تا نمره کل کیفیت زندگی به دست آید (۴۷،۴۸). در پژوهش مک‌هورنای، ویر و شربورن، پایایی آزمون ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و اعتبار آیت‌های داخلی ۰/۹۷ و آیت‌م تفکیک ۰/۹۲ به دست آمد (۴۹). این پرسش‌نامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۴۸) ترجمه و ضریب پایایی آن ۰/۶۵ تا ۰/۹۵ گزارش شد. منتظری ضریب پایایی پرسش‌نامه را با روش همسانی درونی و روایی آن را با استفاده از روش مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده و تحلیل عاملی مورد ارزیابی قرار داد. تحلیل همسانی درونی نشان داد که به جز مقیاس نشاط سایر مقیاس‌های گونه‌ی فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون آماری مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده نیز نشان داد که گونه‌ی فارسی SF-36 قادر به افتراق زیرگروه‌های جمعیتی به تفکیک جنس و سن است به این نحو که افراد مسن‌تر و زنان در تمامی مقیاس‌ها امتیازهای پایین‌تری را به دست آوردند. با استفاده از آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی به دست آمد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه SF-

¹Short Form Health Survey

²Ware

³Sherbourne

⁴Physical Functioning

⁵Social Role Functioning

⁶Physical Role Functioning

⁷Emotional Role Functioning

⁸Mental Health

⁹Vitality

¹⁰Bodily Pain

¹¹General Health Perceptions

برای مقایسه‌ی دو گروه آزمون و شاهد از نظر متغیرهای وابسته، تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج آن و آماره‌ی لامبدای ویلکز معنی‌دار است $(\eta^2=0/76, \text{Wilks' Lambda}=0/001, F=300/34, P=0/04)$. بنابراین، پس از کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌های گروه-های آزمون و شاهد، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (سبک-های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کواریانس یک‌سویه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ ارایه شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک‌سویه در متن مانکوا

توان آماری	اندازه اثر	F	میانگین	محدورات	مجموع	محدورات
۱	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۱۱۴/۵۲	۲۹/۰۲	۲۹/۰۲	سبک درونی (شکست)
۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۱۳۲/۵۰	۳۲/۵۲	۳۲/۵۲	سبک درونی (موفقیت)
۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۲۴۶/۳۷	۲۵/۷۶۸	۲۵/۶۸	سبک بیرونی (شکست)
۱	۰/۹۰	۰/۰۰۱	۸۰/۶۳	۳۱/۵۴	۳۱/۵۴	سبک بیرونی (موفقیت)
۱	۰/۸۴	۰/۰۰۱	۵۰/۳۵	۳۶/۸۳	۳۶/۸۳	سبک پایدار (شکست)
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۱	۳۲/۸۳	۱۶/۴۰	۱۶/۴۰	سبک پایدار (موفقیت)
۱	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۱۰۲/۳۹	۳۶/۵۶	۳۶/۵۶	سبک ناپایدار (شکست)
۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۱۱۸/۹۵	۲۱/۷۵	۲۱/۷۵	سبک ناپایدار (موفقیت)
۱	۰/۸۴	۰/۰۰۱	۴۷/۳۳	۲۶/۷۵	۲۶/۷۵	سبک کلی (شکست)
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۷۱/۲۶	۲۸/۰۴	۲۸/۰۴	سبک کلی (موفقیت)
۱	۰/۹۱	۰/۰۰۱	۱۰۰/۸۶	۴۴/۵۶	۴۴/۵۶	سبک جزئی (شکست)
۱	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۶۸/۳۴	۵۷/۵۱	۵۷/۵۱	سبک جزئی (موفقیت)
۱	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۴۲/۰۳	۲۳۳۴/۲۰	۲۳۳۴/۲۰	کیفیت زندگی
۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۲۲۷/۲۲	۱۴۳۵/۹۳	۱۴۳۵/۹۳	افسردگی

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، بین زنان مبتلا به سرطان پستان گروه آزمون و شاهد از لحاظ متغیرهای کیفیت زندگی $(F=42/03, P<0/001)$ و افسردگی $(F=227/22, P<0/001)$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۴ میزان تاثیر درمان فعال-سازي رفتاری بر روی کیفیت زندگی و افسردگی به ترتیب برابر با ۸۲ درصد و ۹۶ درصد می‌باشد یعنی ۸۲ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی و ۹۶ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس-آزمون افسردگی مربوط به تاثیر گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری می‌باشد. هم‌چنین نتایج جدول ۴ نشان‌دهنده‌ی کاهش سبک‌های درونی، پایدار و کلی در موقعیت شکست، افزایش سبک‌های بیرونی، ناپایدار و جزئی در موقعیت شکست، افزایش سبک‌های درونی، پایدار و کلی در موقعیت موفقیت و کاهش سبک‌های بیرونی، ناپایدار و جزئی در موقعیت موفقیت

کیفیت زندگی	آزمون	۲۶/۳۰ (۳/۰۵)	۵۶/۸۰ (۷/۸۱)
	شاهد	۲۵ (۲/۲۰)	۲۴/۸۶ (۱/۵۵)
افسردگی	آزمون	۵۵/۲۰ (۲/۲۰)	۲۶/۸۰ (۲/۲۰)
	شاهد	۵۴/۴۶ (۱/۵۰)	۵۴/۹۳ (۱/۰۳)

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد نمرات در گروه آزمون در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به طور برجسته‌ای تغییر کرده است، در حالی که میانگین‌های گروه شاهد در ۲ مرحله تغییر چندانی ندارند. بررسی نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ برای سبک‌های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی در دو گروه آزمودنی نشان داد که در مجموع داده-های مربوط به سبک‌های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی از توزیع نرمال پیروی می‌کنند (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف

متغیر	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه
	گروه	گروه	گروه	گروه	گروه
	کولموگروف اسمیرنوف	کولموگروف اسمیرنوف	کولموگروف اسمیرنوف	کولموگروف اسمیرنوف	کولموگروف اسمیرنوف
	معنی‌داری	معنی‌داری	معنی‌داری	معنی‌داری	معنی‌داری
سبک درونی (شکست)	آزمون	۰/۲۱	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۸
سبک درونی (موفقیت)	آزمون	۰/۱۸	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۷
سبک بیرونی (شکست)	آزمون	۰/۱۸	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۸
سبک بیرونی (موفقیت)	آزمون	۰/۱۹	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۷
سبک پایدار (شکست)	آزمون	۰/۱۴	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۷
سبک پایدار (موفقیت)	آزمون	۰/۱۵	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۶
سبک ناپایدار (شکست)	آزمون	۰/۱۶	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۵
سبک ناپایدار (موفقیت)	آزمون	۰/۱۶	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۴
سبک کلی (شکست)	آزمون	۰/۲۰	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۸
سبک کلی (موفقیت)	آزمون	۰/۲۰	۰/۲۰	شاهد	۰/۲۰
سبک جزئی (شکست)	آزمون	۰/۱۹	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۴
سبک جزئی (موفقیت)	آزمون	۰/۲۰	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۵
کیفیت زندگی	آزمون	۰/۱۷	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۷
افسردگی	آزمون	۰/۱۹	۰/۲۰	شاهد	۰/۱۶

هم‌چنین با بررسی آزمون لون^۲ در مورد تساوی واریانس‌های خطا، فرض تساوی واریانس‌ها برای تمام متغیرها رعایت شد و واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در هر دو گروه مساوی بود $(P>0/05)$. بررسی نتایج آزمون پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون^۳ نیز نشان داد که مقدار F برای تعامل گروه و پس‌آزمون برای تمام متغیرهای تحقیق معنی‌دار نمی‌باشد $(P>0/05)$ بنابراین، مفروضه‌ی همگنی رگرسیون تایید می‌گردد.

^۱Kolmogorov-Smirnov Test

^۲Levene Test

^۳Homogeneity Slope of Regression

روش حل مسئله ترکیب شده و بر خلاف تحقیق حاضر به صورت فردی اجرا شده بود. ریبا و همکاران (۲۸) نیز در مطالعات‌شان نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری منجر به کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌گردد. این پژوهش نیز بر خلاف تحقیق حاضر به صورت فردی اجرا شده بود. درمان فعال‌سازی رفتاری سبب افزایش تعاملات فردی و اجتماعی با محیط شده و در روند درمان با تقویت‌های کلامی مثبت و امیدواری این بیماران، باعث می‌شود آن‌ها فشارهای روانی کمتری در باره‌ی بیماری خود ادراک کنند. هم‌چنین باعث می‌گردد بیماران بتوانند بدون ترس و نگرانی، عقاید، باورها، احساسات هیجان‌انگیز و عواطف خود را ابراز کنند و لذت بیشتری از زندگی شخصی و اجتماعی خود برده، غمگینی کمتری بروز دهند. در نتیجه می‌توان گفت درمان فعال‌سازی رفتاری با تغییر سبک زندگی، ایجاد الگوهای ارتباطی و راهبردهای مقابله‌ای مناسب برای مقابله با تنش‌های بیماری (۲۵،۵۳) سبب کاهش احساس درماندگی، میل به خودملاحت‌گری، شکایات ناشی از افسردگی و افزایش اعتماد به نفس در بیماران می‌شود.

هم‌چنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی منجر به افزایش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود که این نتایج با یافته‌های نادریان (۵۳)، مبنی بر این که گروه-درمانی فعال‌سازی رفتاری باعث ارتقای کیفیت زندگی در بیماران سرطانی می‌شود هم‌سو می‌باشد. زنان مبتلا به سرطان پستان، به دلیل مشکلات شناختی، هیجانی، اجتماعی، خانوادگی و عاطفی، کیفیت زندگی پایینی داشته و یک تصویر ذهنی منفی از بدن خویش دارند که بر رفتار، احساس و ارزش‌های فرد نسبت به خود و کیفیت زندگی اثر منفی می‌گذارد (۴،۵۳). در مداخله به روش فعال‌سازی رفتاری، بیمار فعالانه اشکالات و نقشه‌های نادرست شناختی خود را آزمون نموده و آنان را سازمان‌دهی می‌نماید و از طریق تکنیک‌های آرام‌سازی آرامش خود را در موقعیت بیماری حفظ می‌کند (۳۷). این نوع مداخله، احتمالاً باعث می‌شود بیماران با توجه به وضع جسمانی که دارند احساسات و برداشت‌های مثبتی از خویش‌شان داشته و تصویر مناسب‌تری از خویش و سبک زندگی خود داشته باشند. با توجه به این که اعضای گروه به اجرای تقویت و پس‌خوراند، همدلی و ابراز احساسات می‌پردازند باورهای نادرست بیماران نسبت به طردشدگی از سمت اجتماع، تصحیح و علاقه‌ی اجتماعی بیشتری در بیماران شکل می‌گیرد که در کل بر میزان کیفیت زندگی این زنان تاثیر به‌سزایی خواهد داشت. هم‌چنین درمان باعث می‌شود که وضعیت فیزیکی و ظاهر خود را بهتر بپذیرند و در تعاملات فردی و اجتماعی، کم‌رویی، ترس و غم کمتری داشته باشند.

یکی دیگر از دلایل اثربخشی این درمان را می‌توان به آثار مفید گروه

گروه آزمون شده است. میزان تاثیرها نشان می‌دهد که درصدهای بالایی از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون سبک‌های اسنادی مربوط به تاثیر گروه‌درمانی به روش فعال‌سازی رفتاری می‌باشد.

بحث

تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی بر سبک‌های اسنادی، کیفیت زندگی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج نشان داد گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری منجر به تغییر سبک‌های اسنادی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. به عبارت دیگر، این درمان موجب کاهش سبک‌های درونی، پایدار و کلی در موقعیت شکست، افزایش سبک‌های بیرونی، ناپایدار و جزئی در موقعیت موفقیت و کاهش سبک‌های بیرونی، ناپایدار و جزئی در موقعیت موفقیت شد. این نتایج نسبتاً با تحقیقات آبرامسون^۱، سلینگمن و تیسدال^۲ (۱۸) و هم‌چنین گلی، شیدت^۳، غلامرضایی و فرزنانگان (۱۹) مبنی بر ارتباط سرطان پستان و اختلال در سبک‌های اسنادی و افسردگی و نیز با پژوهش رادان (۵۱) مبنی بر این که درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش سبک‌های اسناد بیرونی و افزایش سبک اسنادی درونی بیماران سرطانی می‌شود هم‌سو است. برخلاف پژوهش حاضر، در پژوهش رادان آموزش نسبی راهبردهای مقابله‌ای به درمان اضافه شده و درمان به صورت گروهی اجرا نشده بود. در مجموع، اثربخشی درمان در پژوهش حاضر در مقایسه با آن چه در پژوهش رادان گزارش شده است بیشتر می‌باشد که می‌تواند به خاطر استفاده از درمان به شیوه‌ی گروهی باشد.

گروه‌درمانی به شیوه‌ی فعال‌سازی رفتاری با تغییر سبک اسناد، حس مبارزه برای تغییر شرایط بیرونی و درونی را به وجود می‌آورد یعنی منجر به ایجاد اراده و روحیه‌ای قوی و آسیب‌ناپذیر در برابر مصایب بیماری می‌شود. می‌توان گفت این درمان با فعال‌سازی بیمار سبب ایجاد این ادراک می‌شود که او احساس دست‌یابی به کنترل موقعیت دارد و لذا باعث می‌شود زنان مبتلا به سرطان پستان در موقعیت ناخوش‌آیند بیماری اسنادهای درونی پایدار و کلی خود را کاهش دهند.

هم‌چنین، نتایج این تحقیق نشان داد که فعال‌سازی رفتاری به شیوه‌ی گروهی منجر به کاهش افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود که این نتایج نسبتاً با تحقیقات هوپکو^۴ و همکاران (۵۲) هم‌سو می‌باشد که نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری روشی موثر در درمان افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان است. البته در تحقیق آن‌ها این درمان با

¹Abramson

²Teasdale

³Scheidt

⁴Hopko

تعمیم به سایر بیماران باشد و پژوهش‌هایی با پی‌گیری‌های درازمدت صورت گیرد تا میزان ثبات نتایج حاصل از درمان مورد ارزیابی قرار گیرد و نیز با مقایسه‌ی درمان فعال‌سازی رفتاری با سایر درمان‌های روان‌شناختی، بهترین درمان جهت کاهش عوارض این بیماری شناسایی شود. به علاوه، تحقیق بر روی اثربخشی گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر روی سایر بیماری‌های جسمی و روان‌تنی می‌تواند نتایج تحقیق حاضر را تایید و گسترش دهد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر روی سبک اسناد، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است. این درمان با ارزیابی رفتار و خلق، انتخاب و انجام پاسخ جایگزین، مشاهده‌ی نتایج رفتار در گروه و ارزیابی آن‌ها، شناخت ارتباط بین اقدامات و پیامدهای هیجانی و جای‌گزینی نظام‌مند الگوهای رفتاری ناکارآمد با الگوهای رفتاری سازگارانه، سبب تامین و ارضای نیازهای زیست‌شناختی و یکپارچه‌سازی در عرصه‌ها و موقعیت‌های اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. آموزش راحت، عدم نیاز به تجهیزات ویژه، اجرای آسان توسط بیماران، مدت کوتاه درمان، روشن و ساده بودن تکنیک‌ها، تکالیف ساده بین جلسات و همچنین انجام درمان به صورت گروهی از جمله عوامل احتمالی بودند که باعث همکاری بیماران و اثربخشی معنی‌دار این درمان در تغییر وضعیت روانی شدند.

درمانی در مقایسه با درمان انفرادی نسبت داد زیرا گروه‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی موثری را بیاموزند و سپس آموزه‌های‌شان را روی دیگر اعضای گروه امتحان کنند (۵۴). آنان از مشاهده‌ی مشکلات دیگران که مشابه یا شاید شدیدتر از مشکلات خودشان است، احساس امید و دلگرمی می‌کنند (۵۵). یالوم در رابطه با تاثیر روان‌درمانی گروهی در بیماران سرطانی گزارش کرد که بیماران سرطانی چون احساسات خود را نسبت به بیماری سرکوب می‌کنند، روز به روز نسبت به موجودیت خود غریبه‌تر می‌شوند و کمتر اجازه می‌دهند تا تجربیات تازه در ذهن‌شان رسوخ کند که در نتیجه‌ی آن، افکار بدبینانه، وضع ملال‌انگیز، خسته بودن از زندگی، ناامیدی، احساس تنهایی و ترس از مرگ را برای خود به وجود می‌آورند. شرکت آن‌ها در جلسه‌های روان‌درمانی گروهی باعث می‌شود که به زندگی با اندیشه‌هایی نوین و دید دیگری بنگرند (۵۶).

اجرای این مطالعه بر روی نمونه‌ی کوچکی از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان امید مشهد می‌تواند تعمیم نتایج به کل بیماران سرطان پستان را محدود سازد. همچنین عدم بررسی اختلالات هیجانی بیماران قبل از شروع درمان و تفکیک بیماران بر اساس نوع اختلال از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود. به علاوه با توجه به عدم پی‌گیری نتایج، مشخص نیست که آیا نتایج در طولانی‌مدت حفظ خواهند شد یا نه. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی بر روی شمار گسترده‌تری از بیماران اعم از زن و مرد و در شهرهای مختلف انجام پذیرد که یافته‌های آن قابل

References

- Hassanpour A, Azari E. [Quality of life and related factors in cancer patients. Abstract Book of National congress of care in special diseases]. Ahvaz: Ahvaz University of Medical Sciences; 2006: 42. (Persian)
- Vaziri Esfarjani Sh, Chabi Ahvazi N, Doberjovi M, Ashrafizadeh SS. [Comparative study of some breast cancer risk factors in patients with breast cancer and leukemia in Ahvaz Shafa Hospital]. Jundishapur Scientific medical journal 2010; 9(3): 263-70. (Persian)
- Mardani Hamule M, Shahraky Vahed A. [The assessment of relationship between mental health and quality of life in cancer patients]. Scientific journal of Hamadan University of Medical Sciences 2009; 16(2): 33-8. (Persian)
- Beiki O, Hall P, Ekbohm A, Moradi T. Breast cancer incidence and case fatality among 4.7 million women in relation to social and ethnic background: a population based cohort study. Breast Cancer Res 2012; 14(1): R5.
- Terry D. Determinants of copying the role of stable and situational factor. J Pers Soc Psychol 1994; 66: 895-910.
- Rothman A, Salvoverg P, Turvey C, Fishkin S. Attributions of responsibility and precaution: Increasing mammography utilization, among women. J Health Psychol 1993; 12: 39-47.
- Peterson C, Seligman MEP. Causal explanation as a risk factor for depression: Theory evidence. Psychol Rev 1984; 91(3): 347-74.
- Weiner B. An attributional theory of achievement motivation and emotion. Psychol Rev 1985; 92: 548-73.
- Fincham F, Bradury T. Marital satisfaction, depression and attributions. A longitudinal analysis. J Pers Soc Psychol 1993; 64: 442-52.
- Seligman MER. Learned optimism: How to change your mind and your life. New York: Vintage Books; 2006.
- Hjelle LA, Busch EA, Warren HE. Explanatory style, dispositional optimism, and reported parental behavior. J Gen Psychol 1996; 157: 489-99.
- Seligman MEP. Learned optimism. New York: Alfred A. Knopf; 1991.
- Sanjuan P, Perez C, Rueda B, Ruiz A. Interactive effects of attributional styles for positive and negative events on psychological distress. Pers Individ Dif 2008; 45(2): 187-90.

14. Calvete E, Villardon L, Estevez A. Attributional style and depressive symptoms in adolescents: An examination of the role of various indicators of cognitive vulnerability. *Behav Res Ther* 2008; 46(8): 944-53.
15. Cole DA, Ciesla JA, Dallaire DH, Jacquez FM, Pineda AQ, Lagrange B, et al. Emergence of attributional style and its relation to depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2008; 117(1): 16-31.
16. Sheikh HI, Hayden EP, Singh SM, Dougherty LR, Olino TM, Durbin CE, et al. An examination of the association between the 5-HTT promoter region polymorphism and depressogenic attributional styles in childhood. *Pers Individ Dif* 2008; 45(5): 425-8.
17. Blount TH, Epkins CC. Exploring modeling-based hypotheses in preadolescent girls' and boys' cognitive vulnerability to depression. *Cogn Ther Res* 2009; 33: 110-25.
18. Abramson L, Seligman M, Teasdale J. Learned helplessness in human: Critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87: 49-74.
19. Goli F, Scheidt CE, Gholamrezaei A, Farzanegan M. The role of locus of control and attributional style in coping strategies and quality of life among Iranian breast cancer and colorectal cancer patients: A pilot study. *Int J Body Mind Culture* 2014; 1(1): 65-72.
20. Lima A, Fleck M. Subsyndromal depression: An impact on quality of life? *J Affect Disord* 2007; 100: 163-9.
21. Chan SW, Chien WT., Thompson DR, Chiu HF, Lam L. Quality of life measures for depressed and non-depressed Chinese older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21: 1086-1092.
22. Chacahmovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *Gerontologist* 2008; 48: 593-693.
23. Taylor SE, Welch W, Kim HS, Sherman DK. Cultural differences in the impact of social support on psychological and biological stress responses. *Psychol Sci* 2007; 18: 831-7.
24. Rastegary F. [The effectiveness of coping strategies on mental health and rumination of Females with breast cancer]. MA. Dissertation. Karaj: Islamic Azad University, Karaj Branch, 2014. (Persian)
25. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalong KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Cons Clin Psychol* 2006; 74: 658-70.
26. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 699-717.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
28. Ryba MM, Lejuez CW, Hopko DR. Behavioral activation for depressed breast cancer patients: The impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *J Cons Clin Psychol* 2014; 82(2): 325-35.
29. Loxton NJ1, Dawe S. Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *Int J Eat Disord* 2001; 29(4): 455-62.
30. Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, et al. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance abuse. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(1): 122-9.
31. Ruggiero KJ, Morris TL, Hopko DR, Lejuez CW. Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clin Case Stud* 2007; 6: 64-78.
32. Gawrysiak M, Nicholas C, Hopko DR. Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *J Couns Psychol* 2009; 56: 468-75.
33. Hopko DR, Lejuez CW, Hopko SD. Behavioral activation as an intervention for co-existent depressive and anxiety symptoms. *Clin Case Stud* 2004; 3: 37-48.
34. Armento MEA, Hopko DR. Behavioral activation of a breast cancer patient with co-existent major depression and generalized anxiety disorder. *Clin Case Stud* 2009; 8: 25-37.
35. Hopko DR, Sanchez L, Hopko SD, Dvir Sh, Lejuez CW. Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2003; 17: 460-78.
36. Corey MS, Corey G, Corey C. *Groups: Process and practice*. 9th ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 2014.
37. Kanter JW, Busch AM, Rusch LC. *Behavioral activation: Distinctive features*. London: Routledge; 2009.
38. Peterson C, Semmler A, von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman MEP. The attributional style questionnaire. *Cogn Ther Res* 1982; 6: 287-300.
39. Bridge KR. Using attributional style to predict academic performance: How does it compare to traditional methods? *Pers Individ Dif* 2001; 31: 723-73.
40. Hoffart A, Martinson EW. Cognition and coping in agoraphobia and depression. *J Clin Psychol* 1991; 47: 9-16.
41. Eslami Shahrabaki H. [The relationship between explanatory style and depression in patients with unipolar and bipolar mood disorders]. MA. Dissertation. Tehran: Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, 1991. (Persian)
42. Anderson CA, Arnoult LH. Attributional style and everyday problems in living: Depression, loneliness and shyness. *Soc Cogn* 1985; 3: 16-35.

43. Thombs BD, Ziegelstein RC, Beck CA, Pilote L. A general factor model for the Beck depression inventory-II: Validation in a sample of patients hospitalized with acute myocardial infarction. *J Psychosom Res* 2008; 65(2): 115-21.
44. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Cons Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
45. Dobson SK, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Rehabil J* 2007; 8(29): 80-6.
46. Kaviani H. [Validity and reliability of hospital anxiety and depression scale (HADS), general health questionnaire (GHQ-28), Mood Adjectives Checklist and BDI in clinical population in comparison with healthy group]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008. (Persian)
47. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
48. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14: 875-82.
49. McHorney CA, Ware JE, Lu JFR, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32(4): 40-66.
50. Afjeh B. [The relationship between emotional intelligence and thinking styles with quality of life]. MA. Dissertation. Ahvaz: Islamic Azad University Ahvaz Branch, 2012. (Persian)
51. Radan AR. [The effectiveness of behavioral activation therapy on coping strategies, depression and attribution styles for women with breast cancer]. MA. Dissertation. Tehran: Allameh Tabatabai University, 2010. (Persian)
52. Hopko DR, Armento MEA, Robertson S, Ryba MM, Carvalho JP, Colman LK, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *J Cons Clin Psychol* 2011; 79: 834-49.
53. Naderian R. [The effectiveness of behavioral activation group therapy on negative self-concept, quality of life and death anxiety in patients with breast cancer]. MA. Dissertation. Islamic Azad University Khozestan Branch, 2010. (Persian)
54. Nolen-Hoeksema S, Fredrickson BL, Loftus GR, Lutz C. Atkinson and Hilgard's introduction to psychology. 16th ed. USA: Cengage Learning; 2014.
55. Sharf RS. Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases. 5th ed. CA: Brooks/Cole; 2011.
56. Yalom ID. Existential psychotherapy. New York: Basic Books; 1980.