

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه

مهناز تقی زاده^۱، شیما پرنندین^۲

چکیده

مقدمه: سرطان پستان مهم‌ترین و رایج‌ترین بیماری در بین زنان است که دومین میزان مرگ و میر را بعد از سرطان ریه به خود اختصاص داده است، لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تاب آوری، سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه تجربی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان ۱۱۳ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷، تعداد ۳۰ بیمار انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه درمان گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند؛ و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. پرسشنامه سازگاری اجتماعی احمدی (۱۳۶۹) به عنوان ابزار ارزشیابی قبل و بعد از مداخله مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داده گروه درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر معنادار داشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه، بیانگر سودمندی گروه درمانی شناختی رفتاری در افزایش سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه است؛ بنابراین توصیه می‌شود از این رویکرد درمانی در جهت ارتقاء به سازگاری اجتماعی این بیماران استفاده شود.

واژگان کلیدی: گروه درمانی شناختی رفتاری، سازگاری اجتماعی، سرطان سینه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۲۰ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۱/۸/۲۵


استناد: تقی زاده م، پرنندین ش. اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه، خانواده و بهداشت،

۱۴۰۱؛ ۱۲(۴): ۲۵-۱۱

^۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام آباد غرب، ایران

^۲ - (نویسنده مسئول) استادیار گروه روان شناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران

Email: shimaparandin@yahoo.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کربیتو کامنز  (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز

است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

سرطان پستان، شایع ترین سرطان در زنان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان ۴۰ تا ۴۴ ساله می‌باشد (۱). این بدخیمی، ۳۳ درصد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و مسئول ۹۱ درصد مرگ‌های وابسته به سرطان است (۲)، سالانه، ۱۸۰ هزار زن مبتلا به این سرطان در آمریکا تشخیص داده می‌شوند (۳). این نوع از سرطان، در جنوب شرق آسیا شایع ترین سرطان بوده (۴) و آمار جهانی حاکی از افزایش میزان بروز و افزایش سریع تر آن در کشورهای در حال توسعه می‌باشد. در حال حاضر حدود یک سوم کل سرطان‌های زنان در کشورهای در حال توسعه را سرطان پستان تشکیل می‌دهد (۵، ۶).

الگوی اپیدمیولوژی سرطان پستان در ایران مشابه با کشورهای مدیترانه شرقی و سایر کشورهای در حال توسعه است (۷)، تمام زنان در هر سنی، در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان هستند، ولی با افزایش سن، این خطر بیشتر می‌شود (۸). با این حال، سن ابتلا به سرطان پستان در ایران، ۱۵ سال جوانتر از دیگر کشورها می‌باشد (۹). در واقع، سن بروز سرطان پستان حداقل یک دهه کمتر از کشورهای توسعه یافته است. بر اساس آمارهای موجود در ایران در سال ۲۰۱۶، از هر ۱۰ تا ۱۵ زن ایرانی یک نفر احتمال دارد به سرطان پستان مبتلا شود (۶).

ریسک فاکتورهای سرطان پستان محدوده وسیعی را در بر می‌گیرد که شامل افزایش سن، جنس مونث، سابقه خانوادگی سرطان پستان، افزایش تراکم پستان، استعداد ژنتیکی، شروع قاعدگی پیش از ۱۲ سالگی و یائسگی طبیعی پس از ۴۵ سالگی می‌باشد (۸). میزان خطر سرطان پستان با تاریخچه باروری شامل نداشتن سابقه باروری یا بالا بودن سن اولین بارداری و جایگزینی فاکتورهای هورمونی درون‌زا و برون‌زا، شیر ندادن و نازایی مرتبط می‌باشد (۱۰)، افزایش مواجهه با استروژن آگروژن و استفاده دراز مدت از استروژن (بیش از ۵ سال) در طول زندگی با افزایش خطر سرطان پستان همراه است (۱۱). مشکلات و شرایط خاص زنان مبتلا به سرطان سینه، علائم جسمی، و خلفی بارزی نیز خواهد داشت و بر ابعاد مختلف روانشناختی افراد تاثیر دارد. البته نوع و شدت علائم از فردی به فرد دیگر متفاوت است (۱۲).

با توجه به سختی تحمل و هزینه بر بودن سرطان برای زنان و تاثیری که بر زندگی فردی و اجتماعی شان می‌گذارد، می‌توان تصور کرد که این بیماری در بسیاری از جنبه‌های اجتماعی زندگی تأثیرگذار باشد (۱۳)، سازگاری اجتماعی به طور گسترده با سازه‌های مرتبط با سلامت در ارتباط است (۱۴) و انعکاسی از تعادل فرد با دیگران، رضایت از نقش‌های خود و نحوه عملکرد در نقش‌هاست که به احتمال زیاد تحت تأثیر فرهنگ و انتظارات خانواده قرار دارد و معمولاً در اصطلاحات نقش اجتماعی، عملکرد نقش، درگیر شدن با دیگران و رضایت با نقش‌های متفاوت مفهوم سازی شده است (۱۵)، هر گاه واژه‌های اجتماعی شدن، جامعه پذیری، شایستگی اجتماعی و رفتار جامعه پسند، مترادف با سازگاری اجتماعی است. اجتماعی شدن فرایندی است که فرد از طریق آن قالب‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای مورد نظر فرهنگ و جامعه خود را می‌آموزد (۱۶).

از جمله درمان‌های مؤثر بر روابط و سازگاری اجتماعی، می‌توان به روه درمانی شناختی- رفتاری اشاره کرد که یک مداخله روانشناختی است که هدف آن کمک به بازسازی تفکرات، احساس‌ها، رفتارها و نشانه‌های جسمانی درمانجویان است. هدف روش‌های شناختی شناسایی و چالش با تفکرات منفی، جستجوی کمک برای یافتن

روش‌های جایگزین، تفکر در راستای بهبود روابط و روش‌هایی برای حفظ این روش هاست. این درمان بر زمان حال، افکار و رفتارهای اینجا و اکنون تمرکز دارد و از نظریه شناختی بک^۱ اقتباس شده است (۱۷). درمان شناختی-رفتاری، شامل روش‌هایی است که راهکارهای رفتاری و شناختی را با هم تلفیق می‌کند. بنابراین، نظریه شناختی-رفتاری، بر این فرض مبتنی است که افکار، احساسات و رفتارهای فرد درهم تنیده هستند و برای درک و حل مشکلات مراجعان اهمیت دارند. به طور ویژه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر این اساس است که آشفتگی هیجانی، ناشی از نظام باورهای ناکارآمد است (۱۸) لذا این پژوهش با هدف، بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه در کرمانشاه انجام شد.

روش پژوهش:

این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده، از دسته طرح‌های نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، بیماران زن مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۷ بودند که به مرکز آنکولوژی بیمارستان امام رضا(ع) مراجعه کردند. تعداد کل زنان مبتلا به سرطان سینه ی تحت درمان ۶۱۷ نفر بود که از بین آنها ۱۱۳ نفر زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که از این جامعه، ۳۰ بیمار انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه درمان گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

ابزارهای پژوهش عبارت بود از: پرسشنامه سازگاری اجتماعی احمدی: این پرسشنامه در سال ۱۳۶۹ توسط احمدی ساخته شد. این پرسشنامه از ابتدا با هدف اندازه گیری میزان رفتارهای سازگاری اجتماعی ساخته شده بود. این پرسشنامه از ۶۷ سوال سه گزینه‌ای تشکیل شده است که به صورت لیکرتی از صفر تا ۲ نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره‌ی ممکن کسب شده به ترتیب صفر و ۹۶ است. تفسیر نمرات به دست آمده به اینصورت است که نمرات بالاتر نشان دهنده ی سازگاری اجتماعی است و مجموع نمرات تمامی سوالات سازگاری اجتماعی را نشان می‌دهد، سوالات این پرسشنامه رفتار سازشی و ویژگیهای رشد یافته‌ی اجتماعی را می‌سنجد، این ویژگی‌ها شامل: راستگویی، نشاط، اعتماد به نفس، میزان خجالتی بودن، حساسیت و زودرنجی، میزان حسادت، تملق گویی، خیالبافی، ترسو بودن، جرات داشتن، آزار و اذیت دیگران، قدرت رهبری و نحوه ارتباط با خواهران و برادران و همسالان می‌باشند (۱۹)، ضریب روایی محتوایی پرسشنامه توسط احمدی ۰/۸۷ گزارش داده است که نشان دهنده‌ی روایی محتوایی بالا و قابل قبول است.

جدول ۱- خلاصه پروتکل گروه درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	پروتکل
جلسه اول	معارفه و آشنایی؛ شرح فرایند کار؛ معرفی رویکرد درمان شناختی رفتاری به شیوه ی گروهی

جلسه دوم	تعریف سازگاری اجتماعی، تاب آوری و بهزیستی ذهنی؛ بررسی انگیزه‌های شرکت‌آزمودنی‌ها؛ تعیین اهداف جلسات؛ تشریح رابطه‌ی خلق با رفتار
جلسه سوم	آموزش فن «بیان عواطف و احساسات»، فن «افزایش خوش بینی»، فن «داشتن رابطه‌ی صمیمانه»
جلسه چهارم	تعیین تغییرات خلقی؛ آموزش تکنیک‌های «افزایش فعالیت جسمانی»، «افزایش روابط اجتماعی»؛ تحلیل و بررسی افکار خود آیند
جلسه پنجم	بررسی افکار خود آیند؛ معرفی شواهد مخالف که از افکار خودآیند حمایت نمی‌کند؛ ارائه و تمرین تکنیک‌های «سازمان دهی و برنامه ریزی و توقف نگرانی» به شکل سناریو در جلسه
جلسه ششم	معرفی و ثبت افکار مثبت و مناسب طرح راهبردهای حل مسأله، آموزش تکنیک «دوری از افکار نگران کننده» و «تکنیک تفکر خلاق»؛ پرداختن به این مسئله که چگونه افکار معیوب و غیرمنطقی بوجود می‌آیند.
جلسه هفتم	کار بر روی افکار معیوب و افکار غیر منطقی؛ معرفی و بررسی شناخته‌های عمیق و مفهوم پیش فرض‌های شرطی و باورهای محوری؛ آشنایی با مفهوم «شخصیت سالم» و تمرین «خود بودن»؛ و آموزش تشخیص تفاوت خود واقعی و خودایده آل
جلسه هشتم	پیشنهاد راهبردهای مقابله‌ای مناسب؛ تمرین تکنیک «زندگی کردن در زمان حاله و تکنیک «اولویت دادن به شادی» و تشخیص «الگوی ارتباطی»
جلسه نهم	مرور مباحث آموزشی و درمانی جلسات گذشته؛ دریافت گزارشات افراد، درمان «چرخه معیوب تعاملات ارتباطی»؛ ترکیب و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده.
جلسه دهم	جمع بندی فنون آموزش داده شده؛ پاسخ به سوالات؛ برنامه ریزی ویژه در زمینه‌ی راهبردهای مقابله

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از روش‌های آماری زیر استفاده شد: روش‌های آمار توصیفی مانند شاخص‌های گرایش مرکزی (نما، میانه و میانگین)، شاخص‌های پراکندگی (دامنه تغییرات، واریانس، انحراف معیار). تحلیل‌های استنباطی شامل تحلیل کواریانس چند متغیره بود که با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها استفاده شد، علاوه بر این از آزمون تحلیل کواریانس برای تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری استفاده شد. همچنین در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد و برای کلیه‌ی فرضیه‌ها سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد، در بیشتر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش (۶ نفر (۴۰ درصد)) بین ۳۶ تا ۴۰ سال و در گروه کنترل (۵ نفر (۳۳/۷۳ درصد)) بیشتر آزمودنی‌ها بین ۴۱ تا ۴۵ سال سن دارند، این در حالی است که فقط در گروه آزمایش (۲ نفر (۱۳/۳ درصد)) و در گروه کنترل (۳ نفر (۲۰ درصد)) در دامنه سنی بیشتر از ۴۵ سال قرار دارند.

بیشتر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش (۶ نفر (۴۰ درصد)) تحصیلات کارشناسی و در گروه کنترل (۷ نفر (۴۷/۶ درصد)) تحصیلات زیردیپلم و دیپلم دارند؛ این در حالی است که تعداد کمتری از آزمودنی‌های (۲ نفر (۱۳/۳ درصد)) گروه آزمایش تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد و بالاتر دارند.

جدول ۲- آماره توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه

متغیر	آماره	گروه آزمایش		گروه کنترل
		پیش آزمون	پس آزمون	
حوزه کاری	میانگین	۶۱/۳۳	۵۹/۴۷	۵۸/۹۳
	انحراف معیار	۶/۳۹	۶/۲۴	۶/۱۱
اوقات فراغت	میانگین	۴۶/۳۳	۴۳/۴	۴۷/۶۷
	انحراف معیار	۴/۱۳	۴/۱	۴/۴۷
روابط با خانواده	میانگین	۲۶/۶۷	۲۲/۰۶۷	۲۴/۲
	انحراف معیار	۳/۲۹	۲/۲۵	۳/۰۷
نقش همسری	میانگین	۳۹/۳۳	۳۵/۶۷	۴۰/۶۷
	انحراف معیار	۳/۰۶	۳/۲۴	۲/۷۲
نقش والدی	میانگین	۱۵/۸	۱۱/۶	۱۵/۸۷
	انحراف معیار	۱/۵۲	۱/۳	۲/۱
عضو واحد خانواده	میانگین	۹/۲	۶/۲۷	۸/۴
	انحراف معیار	۱/۰۸	۱/۱۶	۰/۹۸
کل	میانگین	۱۹۸/۶۷	۱۷۸/۴۷	۱۹۵/۷۳
	انحراف معیار	۸/۰۸	۶/۸۵	۶/۹

سازگاری اجتماعی

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود در میانگین نمرات پس آزمون سازگاری اجتماعی و تاب آوری نسبت به نمرات پیش آزمون در گروه آزمایشی تفاوت دیده می شود.

جدول ۳- آزمون کالموگروف - اسمیرنف جهت سنجش نرمال بودن توزیع متغیرها

حوزه کاری	اوقات فراغت		روابط با خانواده		نقش همسری	
	زمان ۱	زمان ۲	زمان ۱	زمان ۲	زمان ۱	زمان ۲
آماره Z	۰/۱۱۷	۰/۱۱۷	۰/۱۱۲	۰/۱۱۲	۰/۱۸۵	۰/۰۸۹
احتمال Z	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۲	۰/۰۱	۰/۲
نقش والدی	عضو واحد خانواده		سازگاری اجتماعی			
	زمان ۱	زمان ۲	زمان ۱	زمان ۲		
آماره Z	۰/۱۶۴	۰/۱۸۳	۰/۱۸	۰/۰۹۱	۰/۱۱	
احتمال Z	۰/۰۳۸	۰/۰۱۲	۰/۰۱۵	۰/۲	۰/۲	

همان طور که در جدول فوق مشخص است نمرات آزمودنی ها در زمان ۱ (پیش آزمون) و زمان ۲ (پس آزمون) متغیرهای پژوهش مقادیر آماره KMO نیست ($p < 0.01$) و بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها در مطالعه حاضر است.

جدول ۴- آزمون خطی بودن رابطه بین متغیر همراه و وابسته

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری	R
حوزه کاری	۸۷۳/۳۶۲	۱	۸۷۳/۳۶۴	۱۳۶/۰۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰۳
اوقات فراغت	۵۲۶/۵۴۴	۱	۵۲۶/۵۴۴	۱۱۹/۶۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹۹
روابط با خانواده	۱۱۲/۶۵۲	۱	۱۱۲/۶۵۲	۲۶/۷۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۹
نقش همسری	۲۸۱/۷۸۴	۱	۲۸۱/۷۸۴	۴۲/۶۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۲
نقش والدی	۶۳/۷۲۱	۱	۶۳/۷۲۱	۱۰/۴۱۴	۰/۰۰۰۴	۰/۵۳۶
عضو واحد خانواده	۷/۸۲۹	۱	۱/۷۲۹	۳/۸۵۵	۰/۰۴۹	۰/۴۱
سازگاری اجتماعی	۶۱۶/۳۳۹	۱	۶۱۶/۳۳۹	۴/۳۸۷	۰/۰۴۸	۰/۴۱۶

همان طور که در جدول فوق مشخص است خطی بودن رابطه بین پیش آزمون و پس آزمون و نیز پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش با $P < 0.05$ معنادار است بنابراین این مفروضه رعایت شده است. همچنین مقادیر R در مراحل بیان شده ۰/۴ و بالاتر می باشد.

همگنی شیب‌های رگرسیون: در این مفروضه بر رابطه بین همپراش و متغیر وابسته برای هر گروه متمرکز است ، بنابراین بررسی می شود که هیچ تعاملی بین همپراش و مداخله یا همان دستکاری آزمایشی نباشد

جدول ۵- آزمون همگنی ضرائب رگرسیون بین گروه ها

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	معناداری
حوزه کاری	۲/۰۵۱	۱	۲/۰۵۱	۰/۲۸۹	۰/۵۹۵
اوقات فراغت	۰/۳۸۳	۱	۰/۳۸۳	۰/۱۴	۰/۷۱۱
روابط با خانواده	۱/۴۱۲	۱	۱/۴۱۲	۱/۴۲۶	۰/۲۴۳
نقش همسری	۴/۱۱۷	۱	۴/۱۱۷	۳/۴۷۸	۰/۰۷۴
نقش والدی	۱/۸۹۶	۱	۱/۸۹۶	۲/۰۹۵	۰/۱۶
عضو واحد خانواده	۱/۴۹۷	۱	۱/۴۹۷	۱/۹۷۹	۰/۱۷۱
سازگاری اجتماعی	۱۷/۹۳۳	۱	۱۷/۹۳۳	۱/۳۴۹	۰/۲۴۸

همان طور که در جدول فوق مشخص است اثر تعامل گروه و پیش آزمون در متغیرهای پژوهش با $P > 0.01$ معنادار نیست بنابراین مفروضه شیب رگرسیون در آنها رعایت شده است. سایر مفروضه ها مانند همگنی واریانس (آزمون لوین)، همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس (آزمون ام باکس) و تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند (آزمون کرویت بارتلت) به فراخور هر فرضیه در جای مناسب بیان می شود.

درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی موجب افزایش سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

الف) در حالت کلی سازگاری اجتماعی

جدول ۶- آزمون همگنی واریانس در سازگاری اجتماعی

متغیر	F	درجه آزادی ۱ و ۲	احتمال F
سازگاری اجتماعی	۰/۰۱۲	۱ و ۲۸	۰/۹۱۵

همانطور که در جدول شماره ۶، مشاهده می‌شود. مفروضه همگنی واریانس با $P > 0.05$ رعایت شده است.

جدول ۷- آزمون تحلیل کوواریانس سازگاری اجتماعی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
۹۷۲/۱۶۹	۱	۹۷۲/۱۶۹	۷۴/۴۶۴	۰/۰۰۰۱
۲۵۹۱/۸۶۳	۱	۲۵۹۱/۸۶۳	۱۹۸/۵۲۷	۰/۰۰۰۱
۳۵۲/۴۹۸	۲۷	۱۳/۰۵۵		
۱۰۵۳۷۵۳	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۷، مشاهده می‌شود: اثر پیش آزمون با $P < 0.01$ معنادار است. بنابراین بین پس آزمون و پیش آزمون همبستگی وجود دارد. بنابراین با برداشتن اثر پیش آزمون در بین گروه ها با $F(1,27)=198.527, P < 0.01$ تفاوتی معنادار مشاهده شد.

جدول ۸- میانگین‌های پس آزمون سازگاری اجتماعی

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون
آزمایش	۱۷۸/۴۶۶۷	۱۷۷/۷۲۷
کنترل	۱۸۷/۷۳۳۳	۱۹۶/۴۷۳

همانطور که در جدول شماره ۸، مشاهده می‌شود در میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه آزمایش با گروه کنترل (۱۸۷/۷۳۳۳-۱۷۸/۴۶۶۷) نشان داد که نمرات سازگاری اجتماعی افراد در گروه آزمایش پایین تر (نمره کمتر بیانگر سطح سازگاری بیشتر) از گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت: درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی موجب افزایش سطح سازگاری اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

ب) در حالت مولفه‌های سازگاری اجتماعی

جدول ۹- آزمون M BOX، آزمون‌های کرویت بارلت، چند متغیری و لوین در فرضیه دوم

value	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۴۳/۰۶۶	۱/۵۷	۲۱	۲۸۸۳/۵۵۱	۰/۰۴۷

آزمون کرویت بارتلت	-	$\lambda^2 = 58/75$	۲۰	-	۰/۰۰۰۱
آزمون چند متغیری	اثر پیلاپی	۰/۹۵۷	۶	۶۲/۹۸۵	۰/۰۰۰۱
	ویلکز لامبدا	۰/۰۴۳	۶	۶۲/۹۸۵	۰/۰۰۰۱
	هتلینگ	۲۲/۲۳	۶	۶۲/۹۸۵	۰/۰۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۲/۲۳	۶	۶۲/۹۸۵	۰/۰۰۰۱
	حوزه کاری	-	۰/۰۰۰۱	۱	۰/۹۸۸
آزمون لوین	اوقات فراغت	-	۱	۴/۷۲۸	۰/۰۳۸
	روابط با خانواده	-	۱	۰/۵۴	۰/۴۶۹
	نقش همسری	-	۱	۵/۳۷۷	۰/۰۲۸
	نقش والدی	-	۱	۰/۸۱	۰/۳۷۶
	عضو واحد خانواده	-	۰/۴۷۷	۱	۰/۴۹۶

با توجه به داده‌های جدول شماره ۹،

- با توجه به اینکه در آزمون M BOX سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت نشده است، بنابراین جهت بررسی ترکیب خطی متغیرهای وابسته از آزمون اثر پیلاپی که مقاوم تر است استفاده می‌شود.
- آزمون کرویت بارتلت با $\lambda^2 = 58/75$ با سطح معناداری کوچکتر از ۰/۰۵ بیانگر تناسب ماتریس کوواریانس باقیمانده با ماتریس همانند است.
- با $F=62.985, value=0.957, P<0.001$ آزمون اثر پیلاپی با سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ نشان داد تفاوت آماری معنادار بین گروه‌ها در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود دارد.
- در آزمون لوین نشان داده شد که سطح معناداری مولفه‌های سازگاری اجتماعی (به غیر از اوقات فراغت و نقش همسری) بیشتر از ۰/۰۵ است بنابراین مفروضه همگنی واریانس در آن‌ها رعایت شده است. اما در مولفه‌های اوقات فراغت و نقش همسری که این مفروضه رعایت نشده است در مراحل بعد در صورتی معناداری پذیرفته می‌شود که سطح سخت تری بر آن اعمال گردد.

جدول ۱۰- اثرات بین آزمودنی‌ها در پس آزمون گروه‌ها در فرضیه ۲

سطح معناداری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی او ۲	مجموع مربعات	
۰/۱۷۲	۱/۹۹۱	۱۴/۱۲۴	۱ و ۲۲	۱۴/۱۲۴	حوزه کاری
۰/۰۰۱	۱۴/۴۷۹	۳۲/۸۸۲	۱ و ۲۲	۳۲/۸۸۲	اوقات فراغت
۰/۰۰۰۱	۶۷/۴۴۷	۷۱/۹۸۸	۱ و ۲۲	۷۱/۹۸۸	روابط با خانواده
۰/۰۰۰۱	۶۵/۸۰۹	۸۷/۳۶	۱ و ۲۲	۸۷/۳۶	نقش همسری
۰/۰۰۰۱	۱۲۲/۲۵۵	۱۰۵/۵۴۳	۱ و ۲۲	۱۰۵/۵۴۳	نقش والدی

عضو واحد خانواده ۲۳/۲۳۴ ۲۲ و ۱ ۲۳/۲۳۴ ۲۵/۳۹۸ ۰/۰۰۰۱

نتایج جدول شماره ۱۰، حاکی از آن است که در هر مولفه‌های سازگاری اجتماعی (به غیر از حوزه کاری) مطرح شده با $p < 0.01$ بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. حال تفسیر این معناداری در جدول زیر ذکر می‌شود.

جدول ۱۱- میانگین‌های پس آزمون مولفه‌های سازگاری اجتماعی

گروه	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون بدون برداشتن اثر پیش آزمون	میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون
	گروه آزمایش	گروه کنترل	گروه آزمایش	گروه کنترل
حوزه کاری	۵۹/۴۶۶۷	۵۸/۳۹۹	۵۸/۹۳۳۳	۶۰/۰۰۱
اوقات فراغت	۴۳/۴	۴۴/۳۱۱	۴۷/۶۶۶۷	۴۶/۷۵۶
روابط با خانواده	۲۲/۰۶۶۶۷	۲۱/۳۲۵	۲۴/۲	۲۴/۹۴۲
نقش همسری	۳۵/۶۶۶۷	۳۶/۱۷۵	۴۰/۶۶۶۷	۴۰/۱۵۹
نقش والدی	۱۱/۶	۱۱/۵۴۴	۱۵/۸۶۶۷	۱۵/۹۲۳
عضو واحد خانواده	۶/۲۶۶۷	۶/۳۰۶	۸/۴	۸/۳۶۱

همانطور که در جدول شماره ۱۱، مشاهده می‌شود در مولفه سازگاری اجتماعی (اوقات فراغت، روابط با خانواده، نقش والدی، نقش همسری و عضو واحد خانواده) میانگین پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون اختلاف میانگین بین گروه آزمایش با گروه کنترل به ترتیب (۲/۴۴۴، -۳/۶۱۷، -۳/۹۸۴، -۴/۳۷۹ و -۲/۰۵۵) نشان داد که اجرای درمان شناختی-رفتاری بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه سبب افزایش سطح سازگاری اجتماعی در مولفه‌های (اوقات فراغت، روابط با خانواده، نقش والدی، نقش همسری و عضو واحد خانواده) در آنان شده است.

بحث و نتیجه گیری:

مقصود پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه در کرمانشاه بود. نتیجه‌ی اجرای دوره‌ی درمانی این بود که گروه درمانی شناختی-رفتاری بطور معناداری قادر به ارتقاء سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. همچنین سازگاری اجتماعی هر یک با یک نمره‌ی کلی مورد بررسی قرار گرفتند.

درمان شناختی رفتاری به شیوه‌ی گروهی موجب افزایش سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. نتایج نشان داد که سطح سازگاری اجتماعی افراد نسبت به پیش آزمون به طور معناداری بیشتر بود. به عبارت دیگر روان درمانی گروهی شناختی-رفتاری بطور معناداری بر سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر مثبت می‌گذارد. به این معنا که این سبک درمانی توانسته بود باعث افزایش سطح سازگاری اجتماعی در افراد شود. این تاثیر اینطور قابل تفسیر است که اگر افراد در محیطی درمانی

قرار گیرند که در آنها با تمرکز بر ارتقاء آگاهی شناختی نسبت مسائل و اصلاح رفتارهای ناسازگارانه مطرح شود، می‌تواند در زمان عود فشارهای روانی خود را از لحاظ سازگاری اجتماعی حفظ کند (۱۷).

در روان درمانی شناختی- رفتاری هیچ تلاشی برای کاهش، اجتناب، سرکوب یا کنترل این تجربیات درونی نمی‌گردد، بلکه بیماران یاد می‌گیرند افکار و عواطف ناسازگارانه و مختل را با کمک توجه به آگاهی کم کنند (۹). بیماران یاد می‌گیرند تا شناخته‌های مشکل زا و رفتارهای ناسازگارانه ی خود را قبول کنند تا بتوانند آنها را اصلاح نمایند و آنها را حذف کنند، با این اوصاف مداخلات درمان شناختی رفتاری به شیوه ی گروهی بر دو فرابند اصلی متمرکز است: ۱) پذیرش تجربیات درونی ناخواسته که قابل کنترل نیستند، ۲) تعهد به زیستن یک زندگی ارزشمند و اقدام در جهت تغییر رفتار ناسازگارانه. با توجه به این سبک درمانی و تغییراتی که در شناخت افراد ایجاد می‌شود، از لحاظ نظری هم می‌توان این درمان را برای افزایش سازگاری اجتماعی زنان مبتلا به سرطان سینه موثر دانست (۱۸).

در همین راستا پژوهش عابدی پر یجا، صادقی، شلانی، و صادقی (۲۰) نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بطور قابل توجهی می‌تواند باعث بهبود وضعیت سازگاری اجتماعی معتادان تحت درمان با متادون شود، و توانمندی افراد در استفاده از سبک‌های مقابله ای کار آمد شود. همچنین یافته ها نشان داد که این سبک روان درمانی در استفاده از مهارت‌های سازگاری اجتماعی و سبک‌های مقابله ای به معتادان کمک می‌کند تا به مصرف مجدد مواد مخدر بازگشت نکنند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر کارآمدی این سبک روان درمانی در بهبود سازگاری اجتماعی و سبک‌های مقابله ای می‌توان نتیجه گرفت که پژوهش حاضر با این پژوهش همسر بوده است.

همچنین نتایج پژوهش آقابراری و همکاران (۲۱) اعتبار و توانایی مدل درمان شناختی- رفتاری را به عنوان یک مدل عملی در اثربخشی بر سازگاری اجتماعی و اضطراب اجتماعی افراد نشان داد، سازه ی سازگاری اجتماعی به عنوان یکی از سازه ی اصلی در دیدگاه شناختی - اجتماعی به خوبی توانسته است در سازگاری اجتماعی و اضطراب اجتماعی افراد تغییر ایجاد کند. با مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر می‌توان همسویی پژوهش حاضر را مشاهده کرد.

ملاحظات اخلاقی:

ملاحظات اخلاقی طرح شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به داوطلبین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان و در پایان با توجه به شواهد که از اثربخش بودن گروه درمانی شناختی رفتاری بر سازگاری اجتماعی حمایت می‌کنند لذا به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام پروسه درمان مذکور، درمان فوق برای گروه کنترل نیز انجام شد.

محدودیت‌های پژوهش:

هر تحقیقی از ابتدای کار یعنی انتخاب مسئله اصلی تا مراحل اجرا، تحلیل و تفسیر نهایی با محدودیت‌هایی مواجه است. گزارش محدودیت‌های هر پژوهش به محققانی که در آینده می‌خواهند پژوهشی در حوزه ی مشابه انجام دهد کمک می‌کند تا اقدامات لازم را جهت برطرف کردن محدودیت ها و انجام پژوهش با دیدگاهی جامع تر انجام شود. این پژوهش نیز به نوبه ی خود دارای محدودیت‌هایی بود که اهم آنها در ادامه ذکر شده اند.

- افراد مورد مطالعه محدود به زنان مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه بود. این محدودیت بودن نمونه‌ی پژوهشی موجب می‌گردد که با اطمینان نتوان یافته‌ها را به جوامع دیگر تعمیم داد.
- در دسترسی به زنان مبتلا به سرطان سینه و راضی کردن آنها برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و شرکت در دوره‌ی درمانی نیز با محدودیت روبرو بودیم، زیرا بیماران برای شیمی‌درمانی و دارو با درمان به بیمارستان مراجعه می‌کردند و بعضاً ناراحتی‌های ناشی از بیماری کار با آنها را سخت می‌کرد.
- محدودیت دیگر این بود که ما اطلاعاتی در رابطه با سابقه‌ی اختلالات روانشناختی افراد مورد مطالعه نداشتیم. داشتن این اطلاعات خود می‌توانست اطلاعات جامعی به پژوهشگر ارائه دهد.

پیشنهادها:

در بخش محدودیت‌های پژوهش بیان شد که نمونه‌ی مورد مطالعه به زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر کرمانشاه محدود بود. در راستای رفع این محدودیت و زمینه‌سازی برای تعمیم یافته‌های پژوهش به جوامع دیگر، پیشنهاد می‌گردد که این سبک درمانی و سازه‌ها در بین جوامع دیگر نیز اجرا شوند؛ محدودیت دیگر، روش سنجش و گردآوری اطلاعات سنجش بود، برای برطرف شدن این محدودیت پیشنهاد می‌گردد، از روش‌های دیگر همچون مصاحبه و مشاهده استفاده گردد و جمع‌آوری اطلاعات فقط محدود به پرسشنامه‌ی خود-گزارشی نباشد. در همین راستا پرسشنامه‌های باز پاسخ با نیمه ساختار یافته نیز می‌توانند مفید باشند، جهت مقایسه و ارزیابی دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود که گروه شاهد (غیر از بیماران مبتلا به سرطان سینه و با غیر از زنان نیز در پژوهش‌های دیگر مورد بررسی قرار گیرند نیز استفاده شود تا مشخص گردد که آیا ویژگی‌های بیماری و جنسیتی نقشی در ایجاد تفاوت در بین افراد دارند و یا خیر و با مطالعه‌ی تحقیقات خارج از کشور روش می‌شود که تحقیقات گسترده‌ای تأثیرات روان‌درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش به شیوه‌ی گروهی را از جنبه‌های مختلف بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه سنجیده‌اند. اما در تحقیقات داخلی به این مسئله بطور مناسبی پرداخته نشده است. برای بهبود این وضعیت و گسترش پژوهش‌های داخلی پیشنهاد می‌گردد که محققان داخلی به این مسئله توجه کنند و آن را از جنبه‌های مختلف مورد مطالعه قرار دهند.

Reference

1. Alsayyad J, Hamadeh R. Cancer incidence among the Bahraini population: a five-year (1998-2002) experience. *Ann Saudi Med.* 2007; 27(4):251-8.
2. Omar S, Khaled H, Gaafar R, Zekry AR, Eissa S, El-Khatib O. Breast Cancer in Egypt: A Review of Disease Presentation and Detection Strategies. *East Mediterr Health J.* 2003; 9(3):448-63.
3. Lester J, Fulton JS. Breast cancer: advances in diagnosis and surgical treatment. *Am J Nurs.* 1998: 8-11.
4. Porter P. "Westernizing" women's risks? Breast cancer in lower-income countries. *N Engl J Med.* 2008; 358(3):213-6.

5. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World J Surg Oncol*. 2006; 4:11.
6. Bakhtiari A, Haji Ahmadi M. 5 Year Assessment of Breast Cancer at Rajaii Hospital, Babolsar (1991-1996). *Iran J Obstet, Gynecol Infertility*, 2006; 9(1):47-51 [In Persian].
7. Akbari ME, Mozaffar M, Heidari A, Zirakzadeh H, Akbari A, Akbari M, et al. Recurrence and Survival Effect in Breast Conserving Surgery: What are the Predictive and/or Prognostic Factors? *Iran J Cancer Prev*. 2011;4(2): 49-54.
8. Fitzmaurice, Akinyemiju TF, Al Lami FH, Alam T, Alizadeh-Navaei R, Allen C, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived with Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*. 2018;4(11):1553-68.
9. Vostakolaei FA, Broeders MJ, Rostami N, Van Dijck JA, Feuth T, Kiemeney LA, et al. Age at Diagnosis and Breast Cancer Survival in Iran. *Int J Breast Cancer*. 2012; 2012:517976.
10. Jafari F, Azami F. Knowledge Regarding Symptoms and Risk Factors and Screening of Breast Cancer in Women Under 30 Years and Their Practice Relative to Self-Examination. *Alborz Univ Med J*. 2013;2(3):121-127 [In Persian].
11. Zreik TG, Mazloom A, Chen Y, Vannucci M, Pinnix ChC, Fulton S, et al. Fertility drugs and the risk of breast cancer: a meta-analysis and review. *Breast Cancer Res Tr*. 2010;124(1):13-26.
12. Badeleh Shamoshaki MT, Landrani M, Sadeghi E. Relationship between cognitive flexibility and fear of cancer recurrence in breast cancer patients. *IJCA*. 2021; 2 (3) :3-10 URL: <http://ijca.ir/article-1-135-fa.html>
13. Anoushirvani E, Razeghi N, Nouhi S, Aghae H. Effectiveness of Compassion-based Therapy on Self-Criticism and Sexual Schemas in Women with Breast Cancer. *IJCA*. 2021; 2 (2) :3-12, URL: <http://ijca.ir/article-1-128-fa.html>.
14. Rajabi Farjad H. Influence of training the skills of establishing an effective communication on resilience and social adjustment in One of the military universities`s students. *The Quarterly Management on Police Training*.1400;(53): 117-136. doi: 10.22034/mape.2021.97369
15. Anderson A, Furlonger B, Moore DW, Sullivan VD, White MP. «A comparison of video modelling techniques to enhance social-communication skills of elementary school children», *International Journal of Educational Research*. 2018; 87: 100-109. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883035516301161>
16. Rezaee Rezvan S, Kareshki H, Pakdaman M. The Effectiveness of Play Therapy based on Cognitive - Behavioral Therapy on Social Adjustment of preschool children. *Pajouhan Sci J*. 2022; 20 (1) :89-96. URL: <http://psj.umsha.ac.ir/article-1-901-fa.html>.

17. Gholami N, Shafiabadi A, Mohammadipour M. Comparison of the Effectiveness of "Cognitive-Behavioral Group therapy" with "Existential Group Therapy" on Mother-Child Relationships of Mothers of Exceptional Children. JHPM. 2021; 10 (3) :136-149. [URL: http://jhpm.ir/article-1-1418-fa.html](http://jhpm.ir/article-1-1418-fa.html)
18. Khayatan S, Aghaei A, Abedi M, Golparvar M. Comparison of "Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy" with "Cognitive Behavioral Therapy" (CBT) on Depression and Glycosylated Hemoglobin in Female with Type II Diabetes. JHPM. 2021; 10 (6) :127-140. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1166-fa.html>
19. Tarazi, Z., Khademi Ashkezari, M., Akhavan Tafti, M. effectiveness of attributional retraining program, emotion regulation and social-cognitive problem solving on Improvement of social adjustment in Students with Learning Disabilities. Psychology of Exceptional Individuals, 2018; 8(30): 73-111. [doi: 10.22054/jpe.2018.9274](https://doi.org/10.22054/jpe.2018.9274)
20. Abedi Paricha, H., Sadeghi, E., Shalani, B., Sadeghi, S. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Intervention on The Reduction of Social Phobia in Male Students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology, 2016; 11(41): 67-76.
21. Agha barari M, ahmadi F, mohammadi E, hagizadeh E, varvarani A. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. IJNR. 2007; 1 (3) :55-65. [URL: http://ijnr.ir/article-1-49-fa.html](http://ijnr.ir/article-1-49-fa.html)