

اثر مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره بر روند بهبود بیماران سرطانی ۲۰-۳۰ سال

سمیرا علیخانی*، لیلا ظریف سادات حسینی ارومیه^۱، نیلوفر تحقیقی احمدی^۲، ساناز گودرزی^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد

^۲ گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد

چکیده

در دنیای امروز یکی از شایع‌ترین علل مرگ، بیماری سرطان می‌باشد و این در حالیست که پزشکان و محققان این مقوله بیشتر بر جنبه‌های فیزیکی و جسمی این بیماری تأکید دارند و جنبه‌های روحی و روانی را به فراموشی سپرده‌اند؛ در حالی که در روند بیماری از زمان تشخیص تا طول درمان، جلسات مشاوره و مداخلات روانشناختی تأثیرگذار می‌باشد. هدف این پژوهش بررسی اثر مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره بر روند بهبود بیماران سرطانی ۲۰-۳۰ ساله بود. جامعه آماری این پژوهش در برگزیده کلیه بیماران دارای سرطان ۲۰-۳۰ ساله که به بیمارستان خاتم الانبیاء در سال ۱۳۹۳ مراجعه کرده‌اند، بود. ۳۰ بیماری که از خدمات مشاوره استفاده کرده‌اند و ۳۰ بیماری که از این خدمات استفاده نکرده‌اند، به صورت نمونه دردسترس انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه SCL-90-R و مصاحبه استفاده شد. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین بیمارانی که از خدمات مشاوره‌ای و مداخلات روانشناختی استفاده کرده‌اند و بیمارانی که از خدمات مشاوره‌ای و مداخلات روانشناختی استفاده نکرده‌اند، وجود دارد و این بدان معناست که مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره تأثیر به‌سزایی در روند بهبود بیماران سرطانی دارد.

کلیدواژه‌ها: مداخلات روانشناختی؛ مشاوره؛ بیماران سرطانی

مقدمه

تئیدگی‌های روانشناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود و عدم درمان این واکنش‌ها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. بسیاری از نگرانیها و افسردگیها در افراد مبتلا به سرطان به دلیل از دست دادن عضو یا قسمتی از بدن یا عملکرد آن عضو، وابستگی به دیگران و ازدست دادن نقش خود در جامعه یا خانواده است. اضطراب و افسردگی، شایعترین واکنش‌های روانشناختی در بیماران سرطانی است که در برخورد با تشخیص، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی دامنگیر فرد بیمار می‌شود و درمانهای انجام شده برای خودبیماری نیز می‌تواند اضطراب برانگیز باشد (Kangas, 2002). از طرفی، تحمل درد در بیماران سرطانی اثر شدید روی کیفیت عمومی زندگی بیمار با تأثیر بر جنبه‌های جسمانی و روان شناختی دارد. بیماریهای مزمن همچون سرطان با تئیدگی ارتباط دارند و هر چه فرد بیشتر در معرض تئیدگی‌های ناشی از بیماری باشد عوارض منفی روان شناختی و فیزیولوژیکی در آنها بیشتر خواهد بود که این امر سبب می‌شود کارکرد سیستم ایمنی فرد کاهش یافته و او در مقابله موثر با بیماری دچار مشکل خواهد شد. بنابراین در بیماران سرطانی، وجود استرس بالا، نه تنها تعداد سلولهای کشنده را کاهش نمی‌دهد، بلکه تأثیر این سلولها را کمتر می‌کند و استرس وارد شده به فرد در فعالیت گلبولهای سفید خون اختلال ایجاد کرده و سبب ضعف سیستم ایمنی می‌شود (Ross, 2002). به همین منظور، در پژوهش حاضر، تأثیر مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره در روند بهبود بیماران سرطانی مورد بررسی قرار گرفت.

سرطان، نگاه به زندگی را به عنوان فرآیندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. بیمارانی که بیماریشان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیر قابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر شده، ناتوانی بیشتری را گزارش می‌کنند، کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند. ادراک بیمار درباره‌ی کنترل نشانه‌ها و یا طول دوره‌ی بیماری با حالات خلقی او مانند افسردگی ارتباط دارد. اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی شان تجربه می‌کنند سازگاری روانی دشوارتر می‌شود (Juvier, 2008)، اگرچه درمانهای کنونی سرطان تأثیرات ارزنده‌ای در کنترل و جلوگیری از پیشرفت بیماری را دارند ولی خالی از تئیدگی نیستند. درمانهای سرطان را شیمی درمانی شکل می‌دهد. در بعضی از موارد به بهبودی و علاج منجر شده است، متأسفانه این گونه منفعتهای بلند مدت می‌توانند بهای کوتاه مدت قابل ملاحظه‌ای را به شکل انزجار و ناتوانی در برابر اثرات جانبی فراهم بیاورند (Levy, 2008). بنابراین نمی‌توان درمان یک بیمار مبتلا به سرطان را فقط به ابعاد بالینی خلاصه کرد.

امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان شناختی در روند بهبود بیماریهای مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته روانشناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری در فرایند درمان این بیماریها به عهده گرفته‌اند. رویکرد شناختی رفتاری از جمله رویکردها در روانشناسی است که توجه پژوهشگران و روانشناسان را در چند دهه‌ی اخیر به خود جلب کرده است. این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک کند تا تأثیرات روانی منفی بیماریشان را به کمترین مقدار برسانند. درمان شناختی- رفتاری به صورت موفقیت آمیزی برای کنترل سندرم روده‌ی تحریک پذیر، سندرم خستگی مزمن، دردهای مزمن، بیمارانی مبتلا به ایدز و کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان، به کاررفته است (Winnie, 2009). نظام مراقبت موارد سرطانی به عنوان یکی از اولویتهای اصلی نظام بهداشتی درمانی مطرح است. با دانش فعلی بشر، پیشگیری از بروز سرطان‌ها با کنترل عوامل خطر مقدور و تشخیص زودرس باهدف درمان قطعی درمورد بسیاری از سرطان‌ها امکان پذیراست (کهرزایی، ۱۳۹۱).

* e-mail: shabani_2m2@yahoo.com

با توجه به مبانی ارائه شده مبنی بر اینکه بیماری سرطان به عنوان یک رویداد تنیدگی‌زا، سبب فراخوانی واکنش های روانشناختی می‌شود و همچنین با توجه به اثبات سودمندی رفتار درمانگری شناختی در بسیاری از بیماری‌های مزمن جسمانی، در این پژوهش، هدف کاربرد این مداخله درمانی، کاهش نشانه های روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد. لذا، پژوهش حاضر ضمن بررسی این سودمندی، در پی آن است که این مداخله را در نمونه ای از جمعیت بیماران سرطانی کشورمان نیز بررسی نماید. به طور خلاصه پژوهش حاضر در تلاش برای یافتن پاسخ به این سوال است که آیا مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره در روند بهبود بیماران سرطانی تاثیرگذار است؟

روش

شرکت کنندگان

این پژوهش از نوع طرح های نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعه مورد پژوهش تمام بیمارانی بودند که بیماری سرطان در آنها به تازگی تشخیص داده شده بود و برای شیمی درمانی به بیمارستان خاتم الانبیاء مراجعه می کردند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۶۰ نفر از بیماران انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود شرکت کنندگان به مطالعه عبارت بودند از: سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، طول مدت تشخیص سرطان کمتر از یک ماه، مرحله تومور (فاز یک)، مبتلا به یکی از سرطانهای (پروستات، گوارش، پستان یا مغز و اعصاب)، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی، عدم وجود سابقه بیماری جسمانی به جز موارد مورد مطالعه، عدم سوء مصرف مواد، عدم سابقه بستری به خاطر بیماری فعلی، عدم سابقه بیماری در خانواده باشد.

ابزار

پرسشنامه *SCL-90-R*، مقیاس سنجش روند بیماری سرطان در این تحقیق پرسشنامه *SCL-90-R* می باشد که یکی از پر استفاده ترین ابزارهای تشخیص روانپزشکی است. مقیاس مربوط به شاخص های بهداشت روانی، یعنی شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی و روان گسستگی را می سنجد. پاسخهای ارایه شده به هر یک از سوال های پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه ای از میزان ناراحتی که از "هیچ" تا "به شدت" می باشد، مشخص می گردد. نمره گذاری و تفسیر پرسشنامه بر اساس سه شاخص ضریب کلی علایم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و شاخص کلی علایم مرضی به دست می آید. در هنجاریابی اصلی آزمون، بالاترین ضریب آلفای کرونباخ مربوط به افسردگی (۰/۹۰) و کمترین آن مربوط به روان گسستگی (۰/۷۷) بوده است. بررسی اعتبار به شیوه بازآزمایی نیز، ضرایب نشان داده است.

شیوهی اجرا

چون روش نمونه گیری این پژوهش استفاده از نمونه های دسترس می باشد، بعد از معرفی هر بیمار به درمانگر از جانب پزشک و رعایت ملاحظات اخلاقی، به صورت انفرادی از هر بیمار، ابتدا ارزیابی اولیه از لحاظ وضعیت روانشناختی با استفاده از *SCL-90-R* برای پیش آزمون انجام گرفت و سپس بیماران گروه آزمایش به صورت انفرادی در ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای به صورت ۲ جلسه در هفته تحت رفتار درمانی شناختی قرار گرفتند در حالی گروه شاهد تحت روانشناسی قرار نگرفت ولی قرار بر این شد که بعد از اتمام مداخله روی گروه آزمایش، این بیماران نیز از رفتاردرمانگری شناختی بهره مند شوند. پس از اتمام جلسه ها هر دو گروه مجدداً به مقیاس *SCL-90-R* پاسخ دادند. بنابراین گروه آزمایش ۹ جلسه ۶۰ دقیقه ای ۲جلسه در هفته، متغیر مستقل یعنی رفتار درمانی شناختی را دریافت کرد.

نتایج

جدول یک نتایج تفاوت دو گروه مداخله و کنترل را در تحلیل روند بهبود بیماری سرطان در پیش و پس آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

جدول ۱

تحلیل روند بهبود بیماری سرطان در دو گروه کنترل و آزمایش

شاخص	گروه	زمان آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معنا داری آماره t
شاخص کلی علائم مریضی	آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۳۹/۰۶	۱۱/۵۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون	۳۰	۲۵/۵۳	۱۲/۳۵	
	کنترل	پیش آزمون	۳۰	۲۱/۹۳	۱۱/۲۳	۰/۰۱
		پس آزمون	۳۰	۳۴/۰۶	۱۲/۶۶	
شکایت جسمانی	آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۲۳/۶۶	۷/۳۲	۰/۱۲
		پس آزمون	۳۰	۲۲	۷/۱۵	
	کنترل	پیش آزمون	۳۰	۳۴/۲	۸/۵۵	۰/۰۲
		پس آزمون	۳۰	۲۷/۷	۹/۲۵	
وسواس و اجبار	پیش آزمون	۳۰	۲۳/۱	۹/۲۸	۰/۵۸	
	پس آزمون	۳۰	۳۰/۸	۹/۰۸		

اثر مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره بر روند بهبود بیماران سرطانی ۲۰-۳۰ سال

شاخص	گروه	زمان آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	سطح معناداری آماره t
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۲۵/۸	۶/۰۷	۰/۲۳	
	پس آزمون	۳۰	۲۱/۷	۷/۶۶		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۸/۲۷	۲/۸	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۳۰	۵/۶	۳/۹۳		
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۷/۴۵	۳	۰/۱۱	
	پس آزمون	۳۰	۸/۶۵	۲/۲۷		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۸/۹۹	۲/۶	۰/۳۵	
	پس آزمون	۳۰	۷/۱۲	۲/۴۶		
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۹/۲۶	۲/۵	۰/۴۱	
	پس آزمون	۳۰	۱۰/۱۲	۴/۲		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۶/۲۵	۲/۷	۰/۷۵	
	پس آزمون	۳۰	۶/۸۵	۲/۷		
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۵/۲۹	۴/۲	۰/۰۰۳	
	پس آزمون	۳۰	۶/۲۵	۲/۹		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۳۶/۰۷	۱۱/۵۷	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۳۰	۲۵/۵۳	۷/۸۱		
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۲۱/۹۳	۷/۳۱	۰/۰۰	
	پس آزمون	۳۰	۳۴/۰۶	۱۳		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۲۳/۶۶	۷/۳۲	۰/۲۱	
	پس آزمون	۳۰	۲۲	۷/۱۵		
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۳۴/۲	۱۲/۴۹	۰/۰۳	
	پس آزمون	۳۰	۲۷/۷	۱۳/۲۴		
آزمایش	پیش آزمون	۳۰	۷/۷۵	۲/۸	۰/۲۵	
	پس آزمون	۳۰	۷/۱۲	۳/۹۳		
کنترل	پیش آزمون	۳۰	۶/۶	۳	۰/۰۰۴	
	پس آزمون	۳۰	۷/۱۵	۲/۲۷		

از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص کلی علائم مرضی در دو گروه کنترل (۰/۰۰۰) و آزمایش (۰/۰۰۱) کمتر از ۰/۰۵ است لذا با توجه به میانگین در پیش و پس از آزمون می پذیریم که شاخص کلی علائم مرضی در دو گروه کنترل و آزمایش افزایش معناداری یافته است.

از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص شکایت جسمانی در گروه کنترل (۰/۰۲) کمتر از ۰/۰۵ است لذا با توجه به میانگین در پیش و پس از آزمون می پذیریم که شاخص شکایت جسمانی گروه کنترل افزایش معناداری یافته است. همچنین از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص شکایت جسمانی در گروه آزمایش (۰/۱۲۲) و بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا شاخص شکایت جسمانی در گروه آزمایش تغییر معناداری نداشته است. و از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص وسواس و اجبار در گروه آزمایش (۰/۵۸۴) و کنترل (۰/۲۳۱) بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا شاخص وسواس و اجبار در گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری نداشته است.

از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص حساسیت در روابط بین فردی در گروه آزمایش (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است لذا با توجه به میانگین در پیش و پس از آزمون می پذیریم که شاخص حساسیت در روابط بین فردی گروه آزمایش کاهش معناداری یافته است و همچنین از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص حساسیت در روابط بین فردی در گروه کنترل (۰/۱۱۵) و بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا شاخص حساسیت در روابط بین فردی در گروه کنترل تغییر معناداری نداشته است. و از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص افسردگی در گروه آزمایش (۰/۳۵۵) و کنترل (۰/۴۱۱) بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا شاخص افسردگی در گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری نداشته است.

از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص اضطراب در گروه کنترل (۰/۰۰۳) کمتر از ۰/۰۵ است لذا با توجه به میانگین در پیش و پس از آزمون می پذیریم که شاخص شکایت جسمانی گروه کنترل افزایش معناداری یافته است. همچنین از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص اضطراب در گروه آزمایش (۰/۷۵۱) و بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا شاخص شکایت جسمانی در گروه آزمایش تغییر معناداری نداشته است.

از آنجا که سطح معناداری آماره t در شاخص پرخاشگری در دو گروه کنترل (۰/۰۰۰) و آزمایش (۰/۰۰۰) کمتر از ۰/۰۵ است لذا با توجه به میانگین در پیش و پس از آزمون می پذیریم که شاخص کلی علائم مرضی در دو گروه کنترل افزایش و در گروه آزمایش کاهش معناداری یافته است. و همچنین از آنجا که سطح معناداری آماره

t در شاخص ترس مرضی در گروه کنترل (۰,۰۳) کمتر از ۰/۰۵ است لذا با توجه به میانگین در پیش و پس از آزمون می پذیریم که شاخص ترس مرضی گروه کنترل افزایش معناداری یافته است. همچنین از آنجا که سطح معنا داری آماره t در شاخص ترس مرضی در گروه آزمایش (۰/۲۱) و بزرگتر از ۰/۰۵ است لذا شاخص ترس مرضی در گروه آزمایش تغییر معنا داری نداشته است. از آنجا که سطح معنا داری آماره t در شاخص روان گسستگی در گروه کنترل افزایش معناداری یافته است. همچنین از آنجا که سطح معنا داری آماره t در شاخص روان گسستگی در گروه آزمایش (۰/۲۲۵) و بزرگتر از ۰/۰۵ است، لذا شاخص روان گسستگی در گروه آزمایش تغییر معناداری نداشته است. بررسی تاثیر مداخلات روانشناختی بر گروه آزمایش:

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات بهبود روند سرطان

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درج آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنا داری
پیش آزمون	۱۰۳۹,۷۴۱	۱	۱۰۳۹,۷۴۱		
گروه	۱۶۳۹۷۸,۸۵۲	۱	۱۶۳۹۷۸,۸۲۵	۱۱,۰۷۰	۰,۰۰۱
خطا	۳۹۹۷,۷۲۵	۵۷	۱۴۸,۰۶۴		
کل	۲۰۲۰۵۶۱	۶۰			

با توجه به جدول ۲ از آنجا که سطح معنا داری آماره F برابر (۰/۰۰۱) و کمتر از ۰/۰۱ است لذا با اطمینان ۹۹٪ می پذیریم که مداخلات روانشناختی و برنامه‌های مشاوره بر بهبود روند بیماری سرطان بیماران مورد تحقیق اثر مثبت گذاشته است و توانسته موجب ارتقاء سلامت در بیماران مبتلا به سرطان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر مداخلات روانشناختی و جلسات مشاوره بر روند بهبود بیماران سرطانی ۲۰-۳۰ ساله بود. یافته های تحقیق نشان داد که مداخلات روانشناختی باعث کاهش در حساسیت در روابط بین فردی و پرخاشگری بیماران گردیده و سایر شاخص ها (شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، اضطراب، ترس مرضی، روان گسستگی) در بیماران سرطانی تحت دوره تغییر معناداری نداشتند در حالی که همین شاخص ها (شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، اضطراب، ترس مرضی، روان گسستگی) در بیمارانی که تحت دوره نبوده اند افزایش یافته است. نتایج بررسی محققان دیگر، نیز حاکی از اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی در افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بود. بیماران سرطانی در هر سه بعد کیفیت زندگی (جسمانی، روانشناختی و اجتماعی) دارای محدودیتهایی هستند و استفاده از مداخلات روانشناختی همراه به درمانهای طبی میتواند در بهبود کیفیت زندگی موثر باشد (Ransom, ۲۰۰۸). همچنین شاخص کلی علائم مرضی در هر دو گروه آزمایش و کنترل افزایش یافت که این امر نشان می دهد وجود مداخلات روانشناختی تاثیر معنا داری بر بهبود علائم مرضی نداشته است. همچنین نتایج آزمون کوواریانس نشان داد که بطور کلی مداخلات روانشناختی بر بهبود روند سرطان تاثیر مثبت می گذارد. لذا به نظر میرسد، استفاده از مداخلات روانشناختی مداخله سودمندی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان باشد چرا که سرطان دارای ابعاد و فرآورده های روان شناختی است. در این راستا، رویکرد شناختی رفتاری از جمله رویکردها در روانشناسی است که توجه پژوهشگران و روانشناسان را در چند دهه اخیر به خود جلب کرده است. نتایج حاصل از بررسی این تحقیق نشان می دهد که رفتار درمانگری شناختی میتواند سبب کاهش تنیدگیهای ایجاد شده به دنبال تشخیص و درمانهای رایج بیماری سرطان گردد و در روند درمان و سازگاری بهتر بیماران نقش ارزنده ای داشته باشد. بنابراین توصیه می شود که با تاسیس مراکز مشاوره و روان درمانی در بیمارستانها و مراکز انکولوژی، در روند رو به بهبود این بیماران کمک مؤثری صورت پذیرد.

منابع

- که‌رزایی، ف. دانش، ع. و حیدرزادگان، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رفتار درمانگر شناختی در کاهش نشانه‌ها روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴(۲)، ۱۱۲-۱۱۶.
- Kangas, M., Henry, J.L., & Bryant, R.A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 22(4), 499-524.
- Ross, L., Boesen, E.H., Dalton, S.O., & Johansen, C. (2002). Mind and Cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being. *Eur J Cancer*, 38(1), 1447-1457.
- Juver, J.P., & Vercosa, N. (2008). Depression in patients with advanced cancer and pain. *Rev Bras Anesthesiol* 58(3), 287-98.
- Levy, M. (2008). Cancer fatigue: A review for psychiatrists. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(3), 233-244.
- Winnie, K.W. (2009). Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Cancer*, 6(1), 47-49.
- Esmaili, A. (2003). The comparison level of mental health students of Tehran University for presentation consulting center] Persian. *J Psychol*, 3(4), 42-46.
- Hopko, D.R., Bell, J. L., Armento, M., & et al (2008). Cognitivebehavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther*, 39(2), 126- 136.
- Ransom, S., Jacobsen, P. B., Schmidt, J. E., & Andrykowski, M. A. (2008). Relationship of problem focused coping strategies to change in quality of life following treatment for early stage breast cancer. *J Pain Symptom Manag*, 30(3), 243-253.