

اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان

آذر ولیدی پاک^{۱*}، علی خدایی^۲، شجاع شیخله^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. مربی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

مقدمه: افسردگی، شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان است که بر وضعیت عملکرد، مدت بستری و حتی نتیجه درمانی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر منفی دارد. این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود و بدین منظور ۳۰ نفر از بیماران زن و مرد که مبتلا به سرطان و در بیمارستان بستری بودند به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. سپس در گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت ارائه شد. هر دو گروه از طریق پیش‌آزمون و پس‌آزمون با پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج بدست آمده نشان دادند که نمرات پس‌آزمون افسردگی در گروه آزمایش بطور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. همچنین تعامل بین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نبود؛ بنابراین، فرضیه صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناخت می‌تواند افسردگی بیماران مبتلا به سرطان را کاهش دهد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۲، پیاپی ۲۷
پاییز و زمستان ۱۳۹۵
صص: ۴۹-۵۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۴/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۰۵

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No. 2, Serial 27

Autumn & Winter
2016-2017

pp.: 49-57

کلیدواژه‌ها: ذهن آگاهی، افسردگی، سرطان.

*Email: Azar_validi@yahoo.com

مقدمه

بیماریهای مزمن، همواره آسیب‌های روان‌شناختی را به همراه دارد و تشخیص سرطان، استرس قابل ملاحظه‌ای را ایجاد می‌کند که ممکن است منجر به واکنش‌های روان‌شناختی ناسازگارانه حاد یا مزمن شود [۱]. سرطان یکی از بیماریهایی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد. به گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۲) حدود ۷/۶ میلیون نفر در اثر ابتلا به بیماری سرطان جان خود را از دست داده‌اند [۲].

در دنیا بیش از ۲۰۰ نوع سرطان وجود دارد که در سبب‌شناسی انواع این بیماری به عوامل مختلف اشاره شده است. مهمترین ریسک فاکتورها در این بیماری عبارتند از: عوامل ژنتیکی، مواجهه با کار سینوژنها، عوامل نوروایمیون و نوروآندوکراین و همچنین عوامل هیجانی و رفتاری [۳] و به دلیل رشد روزافزون آمارهای مربوط به وقوع سرطان، پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه اقدامات پیشگیرانه و درمانی برای مبتلایان و نجات‌یافتگان از این بیماری صورت گرفته است [۴]. بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه‌ای از علائم شامل درد و انواع ناراحتی‌های جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر شوند [۵].

از جمله مشکلات روانی متعدد که بیماران با آن مواجه می‌شوند خستگی، اضطراب، ناامیدی و علائم بالینی افسردگی است. اختلال افسردگی، شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در بیماران سرطانی است [۶]. طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا (۲۰۰۹)، بیش از ۲۵٪ از مبتلایان به سرطان‌های مختلف این کشور، علائم بالینی افسردگی مشاهده می‌شود و بیماران سرطانی افسرده از درد، ناراحتی و شکایتهای جسمانی بیشتری رنج می‌برند [۷].

بر اساس گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، افسردگی چهارمین مشکل بهداشتی مهم در دنیا می‌باشد که ۳۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان از آن رنج می‌برند و هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی بالایی به جامعه تحمیل می‌کند. بر اساس همان گزارش‌ها برآورد می‌شود تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به عنوان دومین علت عمده بیماری پس از بیماری‌های قلبی باشد [۸]. اختلال افسردگی عبارت است از «پاسخ طبیعی فرد به فشارهای زندگی، این اختلال در برابر یک تعارض درونی در پاسخ به یک عامل تشخیص خارجی بروز می‌کند. در افسردگی تغییر خلق و دگرگونی افکار

برداشتها و عملکرد های فیزیولوژیک مشاهده می‌شود» [۹]. بر اساس چهارمین ویرایش تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال افسردگی با علائمی چون خلق افسرده یا از دست دادن علاقه، کاهش یا افزایش اشتها، بی‌خوابی یا پرخوابی، کندی روانی حرکتی، خستگی یا نبود انرژی، احساس بی‌ارزشی و گناه، کاهش توانایی تمرکز و تفکر، بی‌تصمیمی، بازداری کنشهای شناختی و هیجانی و افکار تکرار شونده در مورد مرگ ظاهر می‌شود [۱۰]. افسردگی بر عملکرد اجزای ایمنی بدن و به تبع آن بر مداوای سرطان تأثیر گذار است و پیشرفت سرطان و مرگ و میر ناشی از آن را پیش‌بینی می‌کند [۱۱]. در پژوهشی که روی مبتلایان به سرطان و با هدف بررسی تأثیرات روان‌شناختی ادراک بیماری در آن‌ها صورت گرفته بود، هیجان‌ات ادراک شده، اسنادهای روان‌شناختی و هویت بیماری، بهترین پیش‌بینی‌ها برای بروز افسردگی بیان شدند [۱۲]. خطر ابتلا به افسردگی در طول عمر برای زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد است [۱۳]. افسردگی اختلال عاطفی جدی و مشکل مهمی برای سلامتی است. بر این اساس رهیافتهای زیادی برای درمان، کاهش نشانه‌ها و مسائلی که بیماران با آن مواجه هستند، ارائه شده است که حضور ذهن^۱ یکی از آنهاست.

حضور ذهن هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود. در تعریفی دیگر حضور ذهن فنی است که با ترکیب با مراقبه و جهت‌گیریهای ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند [۱۴]. مراقبه ذهن‌آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز شده که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن را پدید می‌آورد [۱۵].

این فرآیند به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده هستند، دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در حالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته است. در این روش هدف فقط کاهش استرس نیست بلکه به زبان ساده تر «حضور در لحظه^۲» است. به این طریق می‌توان به حضور ذهن در قالب

² Present Moment

¹ Mindfulness

افسردگی در زنان مبتلا به سرطان به این نتیجه رسید که به کار بردن حضور ذهن تأثیر زیادی در بهبود کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان داشته است. پوتس^۵ و همکاران [۲۵] مطالعه‌ای را با موضوع اثر بخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی شناختی بر سلامت روان و کاهش علائم افسردگی اجرا کردند و نتایج این مطالعه کاهش معنی داری در افسردگی و اضطراب و افزایش و بهبود در تمرکز حواس و سلامت روانی عاطفی و روانی را نشان داد. استنفورد^۶ و همکاران [۲۶] نیز تحقیقی را با بررسی مزایای مداخله ذهن آگاهی در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دادند نتایج نشان داد که استفاده از مداخله ذهن آگاهی برای بهبود کیفیت زندگی در یک گروه نا همگن از زنان مبتلا به سرطان مؤثر است. نتیجه تحقیق ورتزن^۷ [۲۷] این بود که ذهن آگاهی بطور معناداری اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد.

در پژوهشی که گالهاردو^۸ [۲۸] یافته‌ها نشان داد که گروه آزمایش با استفاده از برنامه ذهن آگاهی کاهش معنی داری در علائم افسردگی داشتند.

ملیانی و همکاران [۲۹] در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش‌بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نشخو ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایت‌مندی از خود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی - رفتاری کاهش می‌دهد.

همچنین در تحقیقی که اسکندری و همکاران [۳۰] با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان انجام شد، نتایج حاکی از تفاوت معنی دار در میزان افسردگی دو گروه تحقیق بود و نشان داد که گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در کاهش افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان مؤثر باشد. در تحقیقی آذرگون، کجباف، مولوی و عابدی [۳۱] تحت عنوان اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان به این نتیجه رسیدند که نتایج حاکی از اثر بخشی روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود به طوری که در نمرات حاصل از پرسشنامه افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمایش در مقایسه با پرسشنامه افسردگی و پرسشنامه نشخوار فکری گروه کنترل

دو فرآیند حساس شدن^۱ و حساس زدایی^۲ نگریتست. در واقع حضور ذهن به واسطه کاهش اجتناب در افراد نسبت به جنبه های آزار دهنده عاطفی منفی حساس زدایی کرده و از طریق توجه به ارتباط بین حالات هیجانی و تجربه پاسخهای خودکار در افراد حساسیت زایی ایجاد می‌کند. ماهیت حساسیت‌زایی و حساسیت‌زدایی حضور ذهن به افراد این امکان را می‌دهد که پاسخهای هیجانی و رفتاری خویش را افزایش دهند، بنابراین مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقاء بخشیده و به هیجانها و نگرشهای منفی "مجوز خروج"^۳ از ذهن می‌دهد. در واقع تعداد بسیاری از پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که حضور ذهن در به وجود آمدن حس آرامش بخشی، امیدواری و بالابردن قابلیت‌ها در مواجهه با استرس، اعتماد به نفس و کنترل درونی، تأثیرگذاری بیشتری دارد [۱۶]. در جدیدترین تحولات روی آوردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن طرح شد. این درمان که یک مداخله کوتاه مدت ۸ جلسه‌ای است بطور گروهی برگزار می‌شود این رویکرد از روشهای ساده‌ای برخوردار است که از مراقبه و یوگا مشتق شده و هدف آن ایجاد آگاهی از زمان حال و تماس لحظه به لحظه با تغییرات بدن و ذهن در بیماران است [۱۷].

تأثیر این روش برای آن دسته از بیماران افسرده‌ای که در گذشته سه دوره یا بیشتر را تجربه کرده‌اند، تأیید شده است [۱۸]. در پژوهش‌های جدید از این رویکرد در درمان بیماران افسرده مقاوم به درمان [۱۹] و درمان نشانه‌های باقیمانده افسردگی [۲۰] نیز استفاده شده است. در مطالعه‌ای که طلائی و همکاران [۲۱] به بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر افسردگی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود افسردگی مؤثر است. خانی‌پور، برجعلی، محمدخانی و سهرابی [۲۲] در تحقیقی اثربخشی ذهن آگاهی را بر روی نشانه‌های افسردگی بررسی نمودند، نتایج این تحقیق نشان داد که درصد بهبودی بالینی برای نشانه‌های افسردگی از لحاظ بالینی معنادار است. در پژوهشی دیگر که طالبی‌زاده، شاهمیر و جعفری‌فرد [۲۳] اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر کاهش شدت علائم افسردگی انجام دادند، این نتیجه حاصل شد که این درمان، موجب کاهش شدت علائم افسردگی در گروه آزمایش شده است. تحقیقات خارج از کشور نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند. ایلس^۴ [۲۴] در تحقیقی با عنوان حضور ذهن برای خودمدیریتی از خستگی، اضطراب و

⁵ Pots

⁶ Stafford

⁷ Würtzen

⁸ Galhardo

¹ Sensit

² Desensitizing

³ Letting Go

⁴ Eyles

ابتدای مهر تا ابتدای آذرماه سال ۱۳۹۳ به بخش رادیوتراپی و شیمی‌درمانی بیمارستان توحید سنجید مراجعه و بیش از دو ماه تشخیص سرطان را دریافت کرده بودند.

ب) نمونه پژوهش: پس از صحبت با بیماران، از آزمودنی‌های داوطلب مرد و زن یک نمونه به حجم ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه (آزمایشی و کنترل) قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها، (۱) بیماری که از تشخیص بیماری‌شان ۲ ماه گذشته بود. (۲) هیچ‌یک از آزمودنی‌ها به سرطان مغز مبتلا نبودند. (۳) حداقل نمره ۱۴-۱۹ از پرسشنامه افسردگی بک را کسب کرده بودند و برخی از معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پروتکل تحقیق عبارت بودند از سابقه اسکیزوفرنی، اختلالات شخصیت و اختلالات هذیانی و وجود تمایل به خودکشی. مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

تفاوت معناداری مشاهده شد. همچنین مشاهدات کیفی نشان داد روش مذکور در بالا افزایش تمرکز و همچنین پیشگیری از افسردگی مؤثر است.

با توجه به مطالعات انجام شده هدف از پژوهش حاضر، دادن پاسخ علمی به این پرسش است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد؟

روش

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: آزمودنی از بین جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان که از

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌های پژوهش

زمان تشخیص سرطان			سطح تحصیلات						سن (سال)	تفکیک جنسیت (نفر)	جنسیت بیماران
بیش از سه سال	بین یک تا دو سال	کمتر از یکسال	دیپلم	کارشناسی ارشد	کارشناسی	کارشناسی	زیر دیپلم	لیسانس			
۲	۵	۷	۰	۰	۰	۰	۹	۴	۴۵/۴	۱۷ (۵۶/۶٪)	مرد
۳	۴	۹	۰	۰	۰	۱	۱۰	۶	۴۷/۹	۱۳ (۴۳/۴٪)	زن
۵	۹	۱۶	۰	۰	۰	۱	۱۹	۱۰	۴۶/۶	۳۰	مجموع

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک^۲: این پرسشنامه توسط آرون بک، بکوارد، مندلسون، مارک و اریاف در سال ۱۹۶۱ تدوین شد. دارای ۲۱ ماده و ۴ گزینه است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌کند و از صفر تا ۳ نام گذاری می‌شود. حداکثر نمره در این تست ۶۳ و حداقل آن صفر می‌باشد. نمره کمتر از ۱۴ بیانگر حداقل نشانه‌ها، نمره ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ بیانگر سطوح بالای افسردگی است. بک، استیر و گاربین در سال ۱۹۸۸ در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ را بدست آوردند [۳۲]. در ایران، یزدان‌دوست این پرسشنامه را هنجاریابی کرد و پایایی آن را ۰/۴۹ گزارش کرد [۳۳].

شیوه اجرا

قبل از آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت^۱، پرسشنامه‌های افسردگی بک بین افراد توزیع و تکمیل آن جمع‌آوری گردید. سپس در گروه آزمایش، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت به مدت ۲ ماه اجرا شد ولی در گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی ارائه نگردید. بعد از آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در گروه آموزش هر دو گروه از طریق پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. برنامه به صورت هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه با یک تنفس ۱۵ دقیقه‌ای در بین آن و در مجموع ۸ جلسه برای گروه آزمایشی برگزار گردید. مراحل جلسات درمانی حضور ذهن مبتنی بر شناخت در جدول ۲ ذکر گردیده است.

^۲ BDI

^۱ MBCT

شیوه تحلیل داده‌ها

پرداخته شد.

در پژوهش حاضر برای سازماندهی اطلاعات به دست آمده در طول تحقیق از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در این قسمت ابتدا میانگین و انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی مشخص شد. سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون معناداری آن به رد یا تأیید فرض صفر

جدول ۲. عناوین جلسات آموزش

شماره جلسات	نام و عنوان جلسه	فعالیت‌های انجام یافته در جلسه
۱	هدایت خودکار	حضور ذهن باعث خروج از هدایت خودکار می‌شود، تمرین خوردن کشمش و تمرکز بر آن.
۲	روبارویی با موانع	تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته، تمرین واریسی بدنی.
۳	حضور ذهن از تنفس	تمرین دیدن و شنیدن، تمرین قدم زدن با حضور ذهن، واریسی بدنی تمرکز بر تنفس.
۴	ماندن در زمان حال	تمرین مراقبه‌های تنفس، بدن، مراقبه سر و صدا و افکار.
۵	مجوز حضور	اجازه حضور به تجربه‌ها همان طوری که هستند بدون قضاوت در مورد آن‌ها، مراقبه‌ها.
۶	افکار حقایق نیستند	خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند با اینکه حقیقت ندارند.
۷	مراقبت از خود	در صورت یادگیری تمرینات و انجام آن‌ها می‌توانید از خودتان مراقبت کنید. انجام مراقبه‌ها.
۸	استفاده از یادگیری‌ها	حضور ذهن به داشتن زندگی متعادل کمک می‌کند، انجام مراقبه‌ها.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	گروه آزمایش	۱۵	۳۶/۸۶	۶/۸۸	۲۷/۲۰	۴/۵۸
	گروه کنترل	۱۵	۳۶/۱۳	۶/۰۶	۳۷/۷۶	۶/۴۲

برای تحلیل آماری داده‌های مربوط به این فرضیه از تحلیل کوواریانس^۱ استفاده شد. در این تحلیل میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش با میانگین گروه کنترل مقایسه شد و نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. البته رعایت شرط همگنی شیب‌های رگرسیونی لازم می‌باشد که نتایج آن گزارش شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تعامل بین گروه و پیش‌آزمون افسردگی معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($p = ۰/۸۰۵$ و $p = ۰/۰۶$). $F=$ به همین خاطر باید از تحلیل کوواریانس استفاده شود که در جدول ۵ بررسی شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد هر گروه ۱۵ آزمودنی دارد. کمترین میانگین نمرات افسردگی ۲۷/۲۰ مربوط به آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون بوده و بیشترین میانگین نمرات افسردگی ۳۶/۸۶ در پیش‌آزمون مربوط به آزمودنی‌های گروه آزمایش می‌باشد؛ بنابراین میانگین نمرات افسردگی در پس‌آزمون به میزان معنی‌داری کاهش یافته است.

فرضیه پژوهش:

آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناخت بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

^۱ ANCOVA

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در پس‌آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	SS	Df	MS	F	sig
شاخص‌ها					
گروه	۱۰/۲۰	۱	۱۰/۲۰	۰/۴۴	۰/۵۱
پیش‌آزمون افسردگی	۲۷۰/۴۴	۱	۲۷۰/۴۴	۱۱/۷۶	۰/۰۰۲
گروه × پیش‌آزمون	۱/۴۲	۱	۱/۴۲	۰/۰۶	۰/۸۰۵
خطا	۵۹۶/۱۱	۲۶	۲۲/۹۲	-	-
کل	۲۵۶۵۱/۰	۳۰	-	-	-

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پس‌آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	SS	Df	MS	F	Sig
شاخص‌ها					
پیش‌آزمون افسردگی	۲۷۹/۷۹	۱	۲۷۹/۷۹	۱۲/۶۴	۰/۰۰۱
گروه	۵۷۴/۲۷	۱	۵۷۴/۲۷	۶/۹۷	۰/۰۱۴
خطا	۵۹۷/۵۳	۲۷	۲۲/۱۳	-	-
کل	۲۵۶۵۱/۰۰	۳۰	-	-	-

بیماری‌های موجود در انسان از جهاتی با استرس در ارتباط است. این بیماری‌ها تنها شامل اختلالات روانی یا روان‌تنی نمی‌شود بلکه در برگیرنده تمام امراض جسمانی از قبیل سرطان و غیره می‌باشد. رویدادهای زندگی و تغییرات ناشی از آن جمله مهمترین استرس‌ها محسوب می‌گردند.

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که رابطه‌ای پایدار بین تعداد رویدادهای دگرگون‌کننده زندگی آدمی با سلامت جسمانی و هیجانی وجود دارد و اختلال‌های جسمانی بیشتر در دوره‌هایی از زندگی پیدا می‌شود که در آنها دگرگونی روی داده است و یا رویدادهای استرس‌زا به لحاظ شناختی جدی‌تر و غیرقابل جبران‌تر ارزیابی نموده‌اند که این تجربه‌ها، مشکلات روانی و بیماری‌های گوناگونی در افراد ایجاد می‌کنند [۳۶].

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشانگر این بود که آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناخت بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان که تحت آزمایش بودند، تأثیر معنی داری داشته است. افسردگی قبل و بعد از یک مداخله ۸ هفته ای مورد ارزیابی قرار داده شد. یافته‌ها نشان داد که نمرات پس‌آزمون افسردگی بطور معناداری پایین‌تر از نمرات پیش‌آزمون بود و سطح افسردگی نسبت به نمرات پیش‌آزمون کاهش یافته است. همچنین بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه این پژوهش که

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون افسردگی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات افسردگی افرادی که از حضور ذهن استفاده کرده‌اند به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات افسردگی آزمودنی‌های گروه کنترل است. $P \leq 0.05$ و $F(1, 27) = 6.97$ بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماران مبتلا به سرطان از مشکلات روانی متعدد از جمله خستگی، اضطراب، ناامیدی و علائم بالینی افسردگی رنج می‌برند و مشکلات روان‌شناختی نه تنها کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌کند بلکه سیر بیماری و پیگیری اقدامات درمانی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

ساتین^۱، لیندن^۲ و فیلیپس^۳ [۳۴] در یک مطالعه فراتحلیل دریافتند خطر مرگ در بیماران سرطانی که علائم افسردگی را گزارش می‌کنند بیشتر از بیماران غیر افسرده است. این مطالعه نشان داد نرخ مرگ و میر در بیمارانی که از علائم افسردگی رنج می‌برند ۲۵ درصد و در بیمارانی که تشخیص افسردگی خفیف یا عمده را دریافت کرده‌اند ۳۹ درصد بیشتر است [۳۴].

تحقیقات چینگ و کوپر [۳۵] اعلام داشته که تمام

³ Phillips

¹ Satin

² Linden

سطح عمیق به واکنشهای خود مسلط شوند، می‌توانند نوع واکنش خود را در هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس آفرین و افسردگی‌زا تغییر دهند و در آن موقعیت‌ها به جای پاسخهای منفی، از پاسخهای مثبت استفاده کنند. بیماران مبتلا به سرطان در گروه آزمایش توانستند به کاهش نمره افسردگی خود کمک کنند و از طریق توقف فکر، افکار مثبت و دفع افکار و هیجانات منفی تأثیر عمده‌ای در سلامت روان، سلامت جسمی و روابط اجتماعی خود داشته باشند. این افراد بعد از پایان دوره آموزش و انجام تکالیف، اظهار داشتند با فشارهای روانی بهترتر از قبل کنار می‌آیند. از ویژگیهای این افراد در آخرین جلسات آموزش و بعد از اجرای پس‌آزمون که به آن ابراز نمودند، کاهش استرس، افسردگی، امیدواری بیشتر و غلبه بر مشکل متمرکز شده بود و همچنین در حل مشکل فعالانه‌تر عمل می‌کردند و افکار بیماری سرطان را از خود دور می‌کردند. افرادی که با حضور ذهن امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان، پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خود نشان دادند و از طریق افکار مثبت، ایجاد خوش‌بینی، امید و دفع افکار و هیجانات منفی تأثیر عمده‌ای در سلامت روان خود داشتند.

پیشنهادات پژوهشی

۱. پیشنهاد می‌شود آموزش‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر روی نمونه‌هایی با بیماری‌های متفاوت اجرا گردد.
۲. پیشنهاد می‌شود که در آینده از همین روش برای افزایش عزت نفس و هوش هیجانی نیز در بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود.

منابع

- 1- Seitz D. C. M, Besier T, Debatin K-M, Grabow D, Dieluweit U, Hinz A, et al. (2010) Posttraumatic stress, depression and anxiety among adult long-term survivors of cancer in adolescence. *Eur J Cancer.*; 46(9), PP: 1596-1606.
- 2- World Health Organization Online. (2012). Media Center, Cancer Key Facts. Geneva. Cited Jan. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- 3- Tylor, S. E. (2009). *Health psychology* (7th ed.). New York: McGraw- Hill.
- 4- Bisht M, Bist SS, hasmana DC, Saini S. (2010). Quality of life as an outcome variable in the management of advanced cancer. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 31(4), PP: 121-5.

«آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناخت بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد» تأیید گردید. یافته‌ها نشان می‌دهد که عامل آموزش یا مداخله در این مطالعه، نمرات پس‌آزمون افسردگی را به طور معنا داری نسبت به نمرات پیش‌آزمون کاهش داده، این یافته‌ها نشانگر تأثیر بالای این مداخله در کاهش افسردگی آزمودنی‌ها می‌باشد. با توجه به پیشینه پژوهشی این تحقیق مقایسه‌هایی می‌توان انجام داد. نتایج به دست آمده در این پژوهش با یافته‌های مشابه از نتایج پژوهش ولیدی پاک، احمدیان و رحیمی [۳۷]، ملیانی و همکاران [۲۹]، اسکندری و همکاران [۳۰]، آذرگون و همکاران [۳۱]، طلائی و همکاران [۲۱]، خانی‌پور و همکاران [۲۲]، طالبی زاده [۲۳]، ایلس [۲۴]، پوتس و همکاران [۲۵]، استنفورد و همکاران [۲۶]، ورتزن [۲۷]، گالهاردو [۲۸] همسو و همخوان است.

تبیین این فرضیه حاکی از این است که بیماران مبتلا به سرطان در گروه آموزش با آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناخت و با تأکید بر عامل حضور در لحظه بودن و حضور در زمان حال و با تأکید بر عامل بدون قضاوت بودن و هدفمند بودن که از عاملهای دیگر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت است، همچنین آموزشهای مدیتیشن که در رده‌ها اجرا شد و از طریق مراقبه و ریلکسیشن توانستند خود را به میزان زیادی آرام و بدون هرگونه تنش نموده و افسردگی خود را کاهش دهند. درمان شناختی رفتاری بطور خاص آسیب‌پذیری صفت و استعداد برای افسردگی را با خطاب قرار دادن طرحواره شناختی ناکارآمد (نگرشهای ناکارآمد) که دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می‌نماید [۳۸]. چنانچه در پژوهش ملیانی و همکاران [۲۹] نیز تصریح و تأیید گشت، درمان شناختی رفتاری بطور معناداری نگرش‌های ناکارآمد را در قیاس با درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تعدیل می‌نماید چرا که مقیاس نگرشهای ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب‌شناختی بک ساخته شده است و در تلاش برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیربنایی که مشخص‌کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است لذا ارتقاء نگرش‌های کارآمد متعاقب این درمان امری بدیهی و مورد انتظار است چنانچه در طول دوره شناخت درمانی بیش از سایر مداخلات، تغییرات شناختی و از جمله نگرش‌های ناکارآمد اتفاق می‌افتد که این تغییرات درمانی نشانه‌های افسردگی را میانجی‌گری می‌نمایند [۳۹].

در آموزش ذهن آگاهی فرد می‌آموزد که موقعیتهای استرس‌زا را شناسایی کرده و نسبت به آن‌ها آگاهی و شناخت کامل پیدا کند و موقعیتهای مثل (افسردگی) را آگاهانه تحت کنترل خود قرار دهد. افراد به محض اینکه بتوانند در

- 17- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. (2013). *Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression, A New approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- 18- Ma, SH, Teasdel J. D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and clinical psychology*. 72(3), PP: 31-40.
- 19- Kenny, M., Williams, G.M.J. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behavior research and therapy*. 45(3), PP: 617-625.
- 20- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 80(5), PP: 193-203.
- 21- Talai, A., Kimiyai, S.A. Borhani Maghani, M., Moharari, F., Talai, A., Khanghai, R. (2014). Effects of cognitive behavioral group therapy on depression in women. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility Iran*. Infertile. Volume 17, Issue 94, PP: 1-9.
- 22- Khanipoor, H., Borjali, A., Mohamadkhani, P., Sohrabi, F. (2012). Effectiveness of Mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of depression and rumination in the wash-out period, patients with major depression. *Journal of Clinical Psychology*. 7, 2, PP: 31-50.
- 23- Talebizadeh, M., Shahmir, E., Jafarifard, S. (2014). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy to reduce the severity of depression and mania in patients with bipolar disorder thoughts and behavior. 7, No. 26, pp: 17-26.
- 24- Eyles C, Leydon GM, Hoffman CJ, Copson ER, Prescott P, Chorozioglou M, Lewith G. (2015). Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integr Cancer Ther*. 14(1), PP: 42-56.
- 25- Pots WT, Meulenbeek PA, Veehof MM, Klungers J, Bohlmeijer ET. (2014). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PLoS One*. 15; 9(10):e109789.
- 26- Stafford L, Thomas N, Foley E, Judd F, Gibson P, Komiti A, Couper J, Kiropoulos L. (2014). Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: a pilot study to determine effectiveness and feasibility. 4.
- 5- Deng G, Cassileth BR. (2005). Integrative oncology; complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *CA Cancer J Clin*. 55(2), PP: 109-16.
- 6- Juvier JP, Vercosa N. (2008). Depression in patients with advanced cancer and pain. *Rev Bras Anesthesiol*. 58 (3), PP: 287- 98.
- 7- American Cancer Society. (2009). Depression in cancer patient. www.cancer.org/docroot/RED.
- 8- Pakenham, K. (2004). Coping with multiple sclerosis: Development of a measure. *Journal of Psychology, Health, and Medicine*, 6, PP: 411-428.
- 9- Sadock, bj. VA., Sadock, VA., (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical Psychiatry*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, PP: 898-907.
- 10- Lakdawalla, Z., Hankin, B.L., & Mermelstein, R. (2010). Cognitive Theories of Depression in Children and Adolescents: A conceptual and quantitative review. *Child Clinical and Family Psychology Review*; 22(1), PP: 217-235.
- 11- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Journal of Biol Psychiatry*. 54, PP: 269-282.
- 12- Giannousi, Z. Manaras, I. Georgoulas, V, & Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: A validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psycho-Oncology*. 19 (1), PP: 85- 92.
- 13- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 14- Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*: New York University.
- 15- Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*. 65(4), PP: 564-570.
- 16- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10. PP: 144-156.

- [Epub ahead of print].
- 37- Validi Pak, Azar. Ahmadian, Hamzeh. Rahimi, Ezatollah. (2013). "Efficacy of Mindfulness Training on Enhancing Happiness in Women with pregnancy diabetes". *Advances in Environmental Biology*. 7(13), PP: 4203-4207.
- 38- Conradi, H.J., De Jonge, P. & Ormel, J. (2008) Cognitive behavioral therapy versus usual care in recurrent depression. *Brit. J. Psychiat.*: Vol193: PP. 505-506.
- 39- Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (2003). The Coping with Depression course: Shortterm outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behav. Ther.* Vol34: PP.381-396.
- 27- Würtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, Andersen KK, Flyger HL, Pedersen AE, Johansen C. (2013). Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. *European Journal of Cancer*, Volume 49, Issue 6, April, PP: 1365-1373.
- 28- Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J. (2013). Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study. *Fertil Steril*. 100(4), PP: 1059-67.
- ۲۹- ملیانی، مهدیه. الهیاری، عباسعلی. آزاد فلاح، پرویز. فتحی آشتیانی، علی و طاولی، آزاده. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی - رفتاری بر پیش‌بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۲۱، شماره ۱۰. صص: ۸۶-۷۵.
- ۳۰- اسکندری، مهدی. بهمنی، بهمن. حسنی، فریبا. دادخواه، علی اصغر و نقیبایی، مائده. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۲۱، شماره ۱۰. صص: ۵۰-۴۱.
- ۳۱- آذرگون، حسن. کجباف، محمدباقر، مولوی، حسین و عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۱۶، شماره ۳۴. صص: ۲۱-۱۳.
- 32- Beck AT, Steer RA. (1993). Beck depression inventory manual. The Psychological Corporation. San Antonio: Harcourt Brace & Company.
- 33- Yaghubi Nasrabadi M, Atefvahid MK, Ahmadzade Gh. (2003). The effect of group cognitive-behavior therapy on decreasing depression and anxiety of mood disorder patient. *Journal of cognition and behavior*. 9(2), PP: 56-64.
- 34- Satin, J.R., Linden, W., Phillips.J. (2009). published online: Depression Increase Increase Cancer Patients' Risk of Dying.
- 35- Cheang, A. Cooper, Cl. (2004) Psychological Factors in Breast Cancer. *Journal of Personality*; 1:61-6.
- 36- Vander, J. (2009) Searching foe and Making Meaning after Breast Cancer. *Social Science & Medicine*; Article in press.

