

بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن بر کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه و افزایش حافظه شرح حال اختصاصی در درمان شدگان سرطان پستان

پانته آخسروی^۱

علیرضا مرادی^۲

آرش جنابیان^۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۶

تاریخ وصول: ۹۲/۹/۱۲

چکیده

در این پژوهش اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، افزایش حافظه شرح حال و بهبود کیفیت زندگی در درمان شدگان سرطان پستان، بررسی شد. پژوهش حاضر یک پژوهش شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل در یک پیگیری ۶۰ روزه می‌باشد. نمونه پژوهش شامل ۲۴ زن درمان شده سرطان پستان که بین ۲۵ تا ۵۵ سال سن داشته و به بخش‌های رادیوتراپی و آنکولوژی بیمارستان‌های فوق تخصصی شهید چمران، بقیه‌الله، بعثت و بخش جراحی درمانگاه ارم مراجعه کرده بودند، بود. کلیه شرکت کنندگان با سابقه بیماری سرطان پستان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل بیمار (۱۲ نفر) جایگزین شدند. همچنین ۱۲ نفر زن سالم (بدون هیچگونه سابقه‌ی بیماری) که در متغیرهای سن، تحصیلات، تأهل و شغل با دو گروه بالا هم‌تا شدند به عنوان گروه کنترل سالم، در مطالعه شرکت کردند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی SCID، آزمون حافظه شرح حال (AMT)، پرسشنامه کیفیت زندگی

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران. pantea_khosravi@yahoo.com

۲- استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم)

۳- استادیار گروه خون و سرطان دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

(QLQ)، مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد (IES-R)، وایس، مارمر، ۱۹۹۷) بود که در سطح سه گروه آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجرا گردید. گروه آزمایش ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه به صورت گروهی آموزش MBCT را دریافت کردند. نتایج توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ در سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد برنامه‌ی آموزشی MBCT در کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه، افزایش حازه شرح حال و بهبود کیفیت زندگی مؤثر است. همچنین با توجه به نتایج مرحله پیگیری، این روش می‌تواند در کاهش و پیشگیری از عود علائم PTSD در درمان شدگان سرطان پستان اثرگذار باشد. استفاده از MBCT در مراکز درمانی می‌تواند به عنوان درمان توانبخشی پس از اتمام درمان در نظر گرفته شود و در رفع بسیاری از مشکلات جسمی و روانی که سبب کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها می‌شود، نقش موثری ایفا کند.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن، استرس پس از سانحه، حافظه شرح حال، کیفیت زندگی، درمان شدگان سرطان پستان.

مقدمه

سرطان پستان^۱، از درمان پذیرترین انواع سرطان‌ها است که پی‌آمد آن، افزایش طول عمر همراه با نیاز به حمایت در مراحل مختلف بیماری بویژه پس از درمان می‌باشد (علوی، منائی، ۱۳۸۸). زنان درمان شده، پایان درمان را به عنوان زمانی برای بازگشت زندگی به حالت عادی و اولیه جستجو می‌کنند. با این حال، هیجان‌های پیچیده مرتبط با درمان هنوز وجود دارد (بیتی^۲، آکسلد^۳، ۲۰۰۸). از پاسخ‌های رایج در درمان شدگان سرطان پستان، می‌توان به نگرانی‌های وجودی، ترس از عود، تغییرات خلقی شامل نگرانی، خشم، ناراحتی، ناامیدی، عدم اطمینان،

-
1. Breast cancer
 - . Beatty
 3. Oxlad

تصویر بدنی نامناسب، پریشانی هیجانی و مشکلات دیگر اشاره کرد (نابف^۱، ۲۰۱۱). در برخی از آنان، این فشار روانی با گذشت زمان از بین می‌رود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی به لحاظ بالینی مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال افسردگی یا اختلالات اضطرابی بروز می‌کنند. از آن جمله می‌توان به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اشاره کرد. انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ در سال ۱۹۹۴ برای اولین بار بیماری‌های تهدیدکننده زندگی مانند سرطان را بعنوان عامل استرس‌زا که می‌تواند اختلال استرس پس از سانحه PTSD^۳ را ایجاد نماید، در نظر گرفته است. سرطان پستان نیز به دلیل تأثیرات خاصی که بر سلامت روان زنان می‌گذارد می‌تواند بعنوان عامل استرس‌زا شناخته شده و منجر به PTSD شود (کوردوا^۴، دیویس^۵ و گلانت^۶، ۲۰۰۷). PTSD در بازماندگان سرطان به صورت نشانه‌هایی از قبیل افکار مزاحم^۷، اجتناب، احساس گناه، گوش به زنگ بودن، شکایات بدنی، ناامیدی و زود رنجی بروز می‌کند (نابف، ۲۰۱۱). در درمان شدگان سرطان پستان، ۳ الی ۱۹ درصد اختلال استرس پس از سانحه گزارش شده که نسبت به جمعیت عادی، درصد قابل توجهی است (کاسکی^۸ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین در ۲۰٪ تا ۵۰٪ از درمان شدگان سرطان پستان، علائم زیر سندر می PTSD گزارش شده است (نابف، ۲۰۱۱). PTSD زیر سندر می به عنوان بروز حداقل یک نشانه در هر یک از سه خرد مقیاس‌های این اختلال (اجتناب، پیش برانگیختگی، افکار مزاحم) تعریف شده است (بلانچارد^۹، ۱۹۹۶، به نقل از تامسون^{۱۰}، ۲۰۱۱). این اختلال به عنوان یکی از اختلالات

1. knobf
2. American Psychiatric Association
3. Post Trauma Stress Disorder
4. Cordova
5. Davis
6. Golant
7. instrutive thoughts
- 8 Andrykowski
9. Blanchard
10. Thompson

اضطرابی در طبقه بندی (DSM-IV) علاوه بر داشتن ویژگی‌های اختصاصی، در بسیاری از موارد با افسردگی و اضطراب به عنوان عوامل همبود با اختلال، همراه می‌باشد که سبب کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه درمان‌شدگان می‌شود. همچنین بیماران مبتلا به PTSD درگیر دامنه‌ای از مشکلات شناختی در ابعاد مختلف می‌باشند. کنش‌های شناختی ویژه‌ای نظیر توجه، تمرکز، حافظه، پردازش اطلاعات و فرایندهای استدلال و قضاوت دچار آسیب می‌گردد. آنچه حائز اهمیت است، نقش حافظه و فرایندهای پردازش حافظه و بازیابی خاطرات در حافظه می‌باشد. در سال‌های اخیر مشکلات مربوط به حافظه شرح حال در افراد مبتلا به PTSD محور پژوهش‌های علمی قرار گرفته است (جاسون و اوکارونی، ۲۰۰۹). یافته‌های برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که میان شدت نشانه‌های PTSD و کاهش در عملکرد حافظه‌ی شرح حال اختصاصی رابطه مثبت و پایایی وجود دارد (بروین، ۲۰۰۷، مرادی و همکاران، ۲۰۰۸). بیماران مبتلا به PTSD خاطرات ناقص و آشفته‌ای از رویداد تروماتیک به یاد می‌آورند و در مقایسه با افراد سالم در بازیابی اطلاعات از حافظه شرح حال کلی تری برخوردار هستند و قادر به دستیابی به جزئیات مربوط به رویداد تروماتیک در حافظه نمی‌باشند. در واقع کاهش اختصاصی بودن حافظه در افراد مبتلا، منجر به عملکرد ضعیف آنها در تکالیف شناختی می‌شود (داگلیش^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). به دلیل همین نقص می‌کوشند با راهبردهای اجتنابی از احساس وقوع مجدد رویداد آسیب‌زا جلوگیری کنند و متناوباً آن را می‌پذیرند و انکار می‌کنند. وجود اضطراب و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه مانند اجتناب می‌تواند مشکلاتی در سازگاری روانی و کیفیت زندگی در بازماندگان ایجاد نماید. بنابراین توجه به تشخیص و درمان این اختلالات در ارتقاء کیفیت زندگی و بازگرداندن سلامت روان شناختی موضوعی اجتناب‌ناپذیر است. زیرا می‌تواند بر پیگیری دوره‌ها، عود بیماری و بطور کلی کیفیت زندگی آنان تأثیر بگذارد. از میان رویکردهای درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن از جمله رویکردهای روان‌شناختی است که توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را در دهه‌های اخیر به خود جلب کرده است.

1. Dalgleish

شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن در سال ۲۰۰۲ توسط سگال، ویلیامز، تیزدل برای پیشگیری از عود و بازگشت افسردگی مطرح شد (استون^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). MBCT آمیزه‌ای مثبت از جنبه‌های شناخت درمانی^۲ بک و برنامه کاهش استرس مبتنی بر هشیاری ذهن (MBSR^۳) کابات زین (۱۹۹۰) بود (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۴). MBSR یک برنامه ۸ هفته‌ای برای بیماران با درد مزمن و کاهش استرس ناشی از چالش‌های زندگی، نشانه‌های پزشکی و مدیریت فعالیت‌های هیجانی است و در اختلالات پزشکی از قبیل سرطان، درد مزمن، بیماری‌های بدخیم، ایدز، فشار خون بالا، ناباروری، سردرد، درد معده، اختلالات خواب، ترس و اختلالات افسردگی و وحشت‌زدگی موفقیت‌آمیز بوده است (کرن^۴، ۲۰۰۹). نتایج برخی پژوهش‌ها از نقش درمانی MBCT در درمان اختلالات خلقی، اضطرابی و درد مزمن ۵ حمایت کرده‌اند. همچنین پژوهش (کیمبراف^۵، ۲۰۱۰، لین^۶ و همکاران، ۲۰۱۲) نشان دهنده‌ی اثربخشی MBSR بر کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه در افرادی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند، می‌باشد. فالی^۸ و همکاران (۲۰۰۹)، اثربخشی MBCT را در افرادی که تحت درمان سرطان بودند، ارزیابی کردند. نتایج بیانگر تأثیر این مداخله در کاهش افسردگی، اضطراب و به طور کلی کیفیت زندگی بیماران می‌باشد. لاری^۹ و همکاران (۲۰۱۲)، مطالعه‌ی با هدف اثربخشی MBCT بر بهبود عملکرد جنسی در ۳۱ مراجع درمان شده‌ی سرطان رحم با میانگین سنی ۵۴ سال انجام دادند. نتایج نشان داد این مداخله منجر به پیشرفت قابل توجهی در تمامی حیطه‌های پاسخ جنسی می‌گردد. جانسن^{۱۰} (۲۰۱۲)، اثربخشی MBCT

1. Steven
2. Cognitive therapy
3. Mindfulness Base stress therapy
4. Crane
5. Chronic pain
6. Kimbrough
7. Lynn
8. foley
9. Lari
10. Johannsen

را بر کاهش درد مزمن در زنان درمان شده سرطان پستان، ارزیابی کرده است. نتایج نشان داد MBCT می‌تواند به عنوان یک راهکار درمانی برای کاهش درد در درمان‌شدگان سرطان پستان، کاربرد داشته باشد. همچنین یافته‌های پژوهش مهرانفر، یونسی، بنی‌هاشم (۲۰۱۱) با هدف اثربخشی MBCT در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان، بیانگر مؤثر بودن این روش در کاهش علائم اضطراب و افسردگی می‌باشد. از آن جاییکه اختلال PTSD تمام سطوح رفتاری، هیجانی و شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد به طوریکه فرد علاوه بر علائم کلاسیک ذکر شده در DSMIV-TR در مورد اختلال، موجب بروز مشکلات جدی در حافظه و از آن جمله نقص در حافظه کلی (برای مثال مرادی و همکاران، ۱۹۹۹)، و حافظه شرح حال (مرادی و همکاران ۲۰۰۸، ۲۰۱۲) می‌گردد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هوشیاری ذهن در بهبود علایم هیجانی، رفتاری و شناختی افراد درگیر با ترومای سرطان می‌باشد. همچنین این پژوهش بر آن است تا اثربخشی درمان را در ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلا نیز بررسی کند.

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل در یک پیگیری ۶۰ روزه می‌باشد. نمونه مطالعه در دو گروه شامل گروه آزمایش ($n=16$) و گروه کنترل بیمار ($N=16$) از میان زنان رها یافته از سرطان پستان که به بخش‌های رادیوتراپی و آنکولوژی بیمارستان‌های فوق تخصصی چمران، بقیه‌الله، بعثت و بخش جراحی درمانگاه ارم مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. دو گروه فوق از طریق ارزیابی مقدماتی از میان درمان‌شدگانی که نمره برش در مجموعه آزمون‌ها را کسب کرده و در مصاحبه تشخیصی معیارهای ورود را دارا بودند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل بیمار جایگزین شدند. همچنین ۱۲ نفر از افراد سالم که در متغیرهای سن، جنس و میزان تحصیلات با دو گروه آزمایش و کنترل بیمار هم‌تا شده بودند، به عنوان گروه کنترل سالم در مطالعه شرکت داده

شدند. میانگین سنی گروه آزمایش ۴۵ سال ($SD=6/08$)، گروه کنترل بیمار ۴۶/۵۸ ($SD=3/76$)، گروه کنترل سالم ۵۳ سال ($SD=6/41$) بود. تحلیل خلی دو نشان داد خانه‌های برخی از جداول دارای فراوانی پیش‌بینی شده کمتر از ۵ هستند بنابراین آزمون معنی‌داری Exact برای خلی دوی انتخاب شد. میان گروهها در متغیر تحصیلات ($x^2 = 1, df = 2$)، متغیر شغل ($x^2 = 2/50, df = 4$)، متغیر فرزند ($x^2 = 0/18, df = 1$)، متغیر وضعیت تأهل ($x^2 = 8/51, df = 6$)، متغیر وضعیت تاهل ($x^2 = 2/18, df = 2$)، و نوع درمان ($x^2 = 3/73, df = 2$) تفاوت معناداری مشاهده نشد و گروهها در این متغیرها نیز همگن هستند. به منظور مشخص کردن همگنی سن افراد در گروههای مورد مطالعه از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده شد. با توجه به ($F = 0/49, P > 0005$) بین گروهها از نظر سن تفاوت معنی‌داری نیست. از تمام آزمودنی‌ها نیز رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش دریافت شد. گروه آزمایش به دلیل محدودیت زمانی درمان شدگان به دو گروه ۸ و ۴ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه و به مدت ۲-۲/۵ ساعت تحت آموزش و درمان گروهی با رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن قرار گرفتند. در پایان، مجموعه آزمون‌های روان‌شناختی در هر سه گروه (آزمایش، کنترل بیمار، کنترل سالم) مجدداً اجرا و ۶۰ روز پس از آن، پیگیری در تمام گروهها انجام گرفت.

معیارهای لازم جهت شرکت در پژوهش

- تکمیل درمان؛
- حداقل ۶ ماه از پایان درمان سرطان گذشته باشد؛
- محدوده سنی ۵۵⁺ ۲۵ سال؛
- میزان تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم؛
- تحت درمان روان‌شناختی و دارویی (روانپزشکی و سایر) نباشند؛
- تمایل و امکان شرکت در جلسات؛

ابزارهای پژوهش

ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر می‌باشد:

• مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID-I)^۱

SCID-I یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلالات عمده محور I بر اساس DSM-IV به کار می‌رود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). روند این مصاحبه با دو نیمه کردن SCID و تبدیل آن به دو نسخه بالینی (SCID-CV) و پژوهشی مورد استفاده قرار گرفته است. بعد از انتشار DSM-IV-TR هر ساله (تا سال ۲۰۱۰) اصلاحاتی بر مبنای پژوهش‌ها و تجربه بالینگران برای انطباق هر چه بیشتر ابزار با DSM-IV-TR انجام شده که این اصلاحات نیز گردآوری، ترجمه و در نسخه فارسی اعمال شده است (محمدخانی، جوکار، جهانی تابش و تمنایی فر، ۱۳۸۹). در پژوهش‌هایی که اخیراً انجام شده‌اند، تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID گذاشته شده است از روایی بالاتری نسبت به مصاحبه‌های بالینی استاندارد دیگر برخوردار است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۹).

• پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک

اطلاعات این پرسشنامه، شامل: نام و نام خانوادگی، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، مراحل درمان، تاریخ آخرین درمان و تلفن تماس از بیماران اخذ گردید.

• پرسشنامه خودسنجی تاثیر رویداد^۲ (IES-R)

مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد؛ به وسیله وایس^۳ و مارمر^۴ (۱۹۹۷) هماهنگ با ملاکهای DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (هوروویتز و همکاران^۵،

1. Structural clinical Interview for DSM
2. Impact of Event Scale
3. Weiss
4. Marmar
5. Horowitz

۱۹۸۷) تنها دو ملاک افکار ناخواسته و اجتناب از سه ملاک لازم برای تشخیص PTSD را شامل می‌شد. IES-R برای پوشش علائم بیش‌انگیزگی تدوین شده است. این مقیاس در بر گیرنده ۲۲ ماده است که ۷ ماده به IES اصلی اضافه شده است. ۶ ماده از ۷ ماده به علائم بیش‌انگیزگی مانند خشم و تحریک پذیری؛ پاسخ شدید به محرک‌های غیرمنتظره؛ مشکل در تمرکز؛ گوش به زنگ بودن و یک ماده به افکار ناخواسته که تجربه مجدد شبه گسستگی است مربوط است. آزمودنی‌ها می‌بایست هر ماده را در یک مقیاس لیکرت شامل ۰ (هرگز)؛ ۱ (به ندرت)؛ ۲ (گاهی)؛ ۳ (اغلب) و ۴ (به شدت)؛ در طی هفت روز گذشته مشخص می‌کردند.

• آزمون حافظه شرح حال (AMT)

AMT آزمون حافظه شرح حال با همکاری یک ارزیاب (مفسر) که درباره هدف و ماهیت آزمون آموزش دیده و با استفاده از کارت‌هایی به ابعاد 15×20 ، که نشانه لغات بر روی آنها نوشته شده است، اجرا می‌گردد. با استفاده از خزانه لغات عاصی، پنج لغت منفی و پنج لغت مثبت که از لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی هم‌تا شده بود، انتخاب می‌شوند. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید. به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود که به هر لغت، با رویدادی اختصاصی که به واسطه لغت یادآوری می‌شود، پاسخ دهند اولین خاطره بازیابی شده (اختصاصی یا غیراختصاصی) کدگذاری می‌شود. لازم به ذکر است که فقط داده‌های مربوط به خاطرات اختصاصی وارد تحلیل و در اینجا ذکر شده‌اند.

• پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی بیماران سرطانی QLQ-C36

پرسشنامه کیفیت زندگی QLQ-36 یک معیار استاندارد می‌باشد که برای استفاده در تحقیق و کار بالینی، ارزیابی خط مشی بهداشتی و سلامتی و بررسی وضعیت سلامت جمعیت عمومی در نظر گرفته شده است. اعتبار علمی پرسشنامه علاوه بر مطالعه کتب و مقالات در مورد مشکلات بیماران مبتلا به سرطان براساس پرسشنامه اختصاصی بیماران سرطانی تهیه گردید. پرسشنامه

اختصاصی بیماران سرطانی در بیش از ۱۵۰۰ مطالعه و تحقیق در دنیا به کار گرفته شده و به ۳۸ زبان ترجمه شده است. پایایی آن QLQ-36 ۸۵ می باشد.

محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر هوشیاری ذهن

این نوع شناخت درمانی شامل ترکیبی از راهکارها شامل مراقبه، یوگای کششی، آموزش مقدماتی در مورد افسردگی، و ارسی بدنی به همراه چند تکنیک درمان شناختی است که ارتباط بین خلق، افکار و حس های بدنی را نشان می دهد (سگال، تیزدل، ویلیامز، ۲۰۰۴).

جلسه اول: آشنایی با مفاهیم هدایت خود کار و حضور ذهن؛

جلسه دوم: تمرکز بیشتر بر بدن و آشکار تر کردن نجوهای ذهنی؛

جلسه سوم: آگاهی بیشتر از این که ذهن چگونه می تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد و با آگاهی و تمرکز بر تنفس، امکان متمرکز و یکپارچه کردن ذهن را فراهم می کند؛

جلسه چهارم: برای حضور همزمان در حال، فرد باید از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند تا دید گسترده و متفاوتی به آن ها داشته باشد؛

جلسه پنجم: ارتباط متفاوت با تجربه از طریق پذیرش و اجازه حضور بدون قضاوت و یا سعی در تغییر آن؛

جلسه ششم: خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می کند. افکار فقط فکر هستند و لزوما واقعیت ندارند؛

جلسه هفتم: تشخیص نشانگان هشدار دهنده و برنامه ریزی برای پاسخ بهینه به آن ها؛

جلسه هشتم: جمع بندی، مرور جلسات، ارزیابی برنامه.

یافته ها

در جدول ۱ با استفاده از شاخص های آمار توصیفی، عملکرد آزمودنی های سه گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است. نگاهی گذرا به اطلاعات جدول نشان

می‌دهد که در گروه آزمایش از نظر شاخص‌های توصیفی، میان میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در متغیر IES میانگین نمرات پس‌آزمون کاهش یافته و در متغیرهای حافظه اختصاصی شرح حال و کیفیت زندگی افزایش نشان می‌دهد. این تفاوت‌ها در گروه کنترل بیمار و سالم مشاهده نمی‌شود. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود میانگین نشانگان استرس پس از سانحه در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش یافته است. همچنین میزان حافظه شرح حال و کیفیت زندگی در مرحله پیگیری با افزایش همراه بوده است. مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید شد. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۲ و میزان عدد F می‌توان عنوان نمود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه آزمایش وجود دارد. نمرات میانگین تعدیل شده در متغیرها پیشنهاد می‌کند گروه آزمایش تحت تأثیر برنامه MBCT بوده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین ها در سه مرحله

مقیاس ها	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل بیمار		گروه کنترل سالم	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
IES	پیش آزمون	۶۴/۹	۸/۵۳	۶۱/۶۶	۶/۷۷		
	پس آزمون	۲۶/۵۳	۷/۷۱	۶۱/۶۳	۶/۰۳		
	پیگیری	۱۵/۳۷	۱۳	۶۳/۱۲	۵۷/۶		
خرده مقیاس اجتناب	پیش آزمون	۲۲/۵۰	۴/۲۱	۲۱	۴/۴۱		
	پس آزمون	۱۰	۳	۲۰/۵۸	۵/۱۲		
	پیگیری	۵/۴۴	۴/۴۱	۱۹/۸۸	۴/۹۳		
خرده مقیاس افکار مزاحم	پیش آزمون	۲۱/۲۵	۳/۹۵	۲۰/۵۸	۳/۴۴		
	پس آزمون	۸/۵۸	۳/۳۴	۲۰/۶۳	۳/۹۳		
	پیگیری	۶/۲۲	۴/۹۴	۲۲/۲۲	۲/۶۳		
خرده مقیاس بی برانگیختگی	پیش آزمون	۲۱/۷۰	۳/۳۳	۲۰/۰۸	۲/۸۸		
	پس آزمون	۸/۷۵	۳/۳۸	۱۹/۶۶	۱/۸۹		
	پیگیری	۵/۱۱	۴/۸۳	۱۹/۷۷	۱/۷۸		
حافظه شرح حال	پیش آزمون	۱/۸۳	۱/۴۶	۱/۴۱	۰/۷۹	۵/۸۳	۱/۸۵
	پس آزمون	۵/۵۸	۲/۰۲	۱/۴۱	۰/۹۰	۵/۸۳	۲/۱۲
اختصاصی	پیگیری	۵/۸۸	۲/۳۶	۱	۱	۶/۱۲	۱/۴۵
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۳۱۹/۵۴	۴۲۰/۴۷	۱۳۷۲	۳۸۰/۵	۲۷۶۰/۱۰	۲۷۷۰/۴۱
	پس آزمون	۲۳۳۸/۵۰	۵۰۰/۳۱	۱۴۰۳/۳۳	۴۲۲/۵۷	۵۶۵/۵۹	۷۰۰/۱۴
	پیگیری	۲۴۶۷/۳۳	۴۲۹/۲۸	۱۳۳۰	۴۸۳/۲۷	۲۸۲۷	۶۳۶/۹۱

جدول ۲. آزمون اثرات بین آزمودنی ها

مقیاس	منبع	مجذور اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات نوع سوم
پیش آزمون	۰/۴۰	۰/۰۰۳	۱۱/۵۹	۲۷۳/۰۴	۱	۲۷۳/۰۴	

بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ... ۷۵

۶۵۷۴/۶۲	۱	۶۵۷۴/۶۲	۲۷۹/۱۵	۰/۰۰	۰/۹۳	گروه	استرس پس
	۱۷	۲۳/۵۵			۴۰۰/۳۸	خطا	از سانحه
	۲۰				۴۸۴۹۵	کل	
۲۶/۷۷	۱	۲۶/۷۷	۱۱/۱۶	۰/۰۰۲	۰/۲۵	پیش	حافظه شرح
						آزمون	
۹۲/۲۵	۲	۴۶/۱۲	۱۹/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۴	گروه	حال
۷۶/۷۲	۳۲	۲/۳۹				خطا	اختصاصی
۹۱۰	۳۶					کل	
۵۸۷۶۶۳۷/۴۵	۱	۵۸۷۶۶۳۷/۴۵	۹۸/۳۹	۰/۰۰۰	۰/۸۱	پیش	کیفیت
						آزمون	
۵۲۲۹۷۹۸/۳۶	۲	۲۶۱۴۸۹۹/۱۸	۴۳/۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۹	گروه	زندگی
۱۳۷۳۶۵۶/۹۲	۲۳	۵۹۷۲۴/۲۱				خطا	
۱/۵۴	۲۷					کل	



جدول ۳. مقایسه گروه‌ها براساس آزمون تعقیبی شفه

متغیر	گروهها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
کیفیت زندگی	کنترل ۱	۱۳۲۴	۰/۰۰۰
	کنترل ۲	-۲۳۰/۱۶	۰/۶۵
حافظه شرح حال	کنترل ۱	-۱۵۵۴	۰/۰۰۰
	کنترل ۲	۴/۸۸	۰/۰۰۰
	کنترل ۱	-۰/۲۳	۰/۹۶
	کنترل ۲	-۵/۱۲	۰/۰۰۰

جدول ۴. آزمون تی برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل بیمار در نشانگان استرس در مرحله

پیگیری

F	سطح معناداری	T	Df	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها
۲/۱۸	۰/۱۵	-۹/۱۰	۱۶	۰/۰۰۰	-۴۵/۱۱

همچنین مقایسه گروه‌ها براساس آزمون تعقیبی شفه در جدول ۳ نشان می‌دهد که در متغیر کیفیت زندگی و حافظه شرح حال اختصاصی میان گروه آزمایش با کنترل بیمار تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ با توجه به میزان تی و سطح معناداری نشان می‌دهد که بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل بیمار در نشانگان استرس پس از سانحه در مرحله پیگیری از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه مشاهده شد وجود خاطرات مکرر مزاحم و نشخوارکننده در شرکت کنندگان سبب اجتناب از مراجعه به موقع به پزشک جهت کنترل دوره‌ای، شرکت در روان‌درمانی گروهی به دلیل مواجهه با بیماران دیگر، محیط‌های بیمارستانی و به طور کلی ارتباطات اجتماعی می‌شود. بعضی از آن‌ها با این خاطرات و افکار درگیر شده و برخی دیگر از آن اجتناب می‌کردند. این افکار اغلب مربوط به آینده و ترس از عود مجدد بیماری و توأم با احساس

نامیدی می‌باشد. این افراد در تولید خاطرات دقیق از وقایع گذشته دارای مشکلاتی می‌باشند و در حافظه رویدادی در مقایسه با افراد سالم عملکرد ضعیف‌تری در تولید خاطرات شرح حال اختصاصی نشان می‌دهند (مرادی و همکاران، ۲۰۰۸). هدف از آموزش این رویکرد فراهم کردن بستری است تا افراد بتوانند از لحظه به لحظه زندگی خود استفاده کنند و بتوانند به بهترین شکل ممکن هر لحظه را کنترل کنند. شرکت کنندگان در ابتدا توجه کمی به زندگی روزانه خود داشتند. در این تجربه آنها از تغییرات سریع ذهنشان از موضوعی به موضوع دیگر آگاه شدند و متوجه شدند چطور ذهن سرگردان موجب افکار منفی می‌شود. مهارت‌های حضور ذهن از جمله واریسی بدنی و قرار گرفتن در فضای تنفس سبب شد شرکت کنندگان ذهن خود را متمرکز کرده و نشانه‌های PTSD و افکار خود آیند را در خود شناسایی و جزئیات رویداد مربوط به سرطان را بدون قضاوت در مورد آن بپذیرند و به نوعی ارتباط خود را با آن‌ها تغییر دهند. پس از پذیرش افکار و احساسات بدون داوری، به آنها کمک شد که با یادگیری مهارت‌های شناختی از جمله تمرین افکار و احساسات، فن سود و زیان و افکار واقعیت‌نیستند و...، به بازسازی افکار خود بپردازند، افکار و احساسات خود را به نحو متفاوتی اداره کنند تا از این طریق بتوانند از منابع مقابله‌ای بهتری استفاده کنند. در آینده موقعیت‌های دشوار را شناسایی و با آنها ماهرانه چالش کنند. در مقایسه گروه آزمایش و کنترل سالم در مرحله پس از آزمون و پیگیری شاخص حافظه شرح حال اختصاصی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش به گروه کنترل سالم نزدیک شده است. هر چند میان دو گروه تفاوت دیده می‌شود اما این تفاوت نامحسوس است و می‌تواند ناشی از اثرات درمان و تجربه بیماری در شرکت کنندگان باشد. کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال در بیماران افسرده توسط ویلیامز و همکاران (۲۰۰۷) مطرح گردید. بر این اساس، افراد افسرده از نقص در حافظه شرح حال برخوردار بوده و قادر نیستند خاطرات گذشته را چه با کمک نشانه و یا از طریق بازتولید، بازیابی کنند. به نظر می‌رسد این نکته با نشانه شناسی افسردگی که نسبت به گذشته خود یک ارزیابی منفی دارند هماهنگ است. در مورد افراد دارای نشانه‌های PTSD می‌توان چنین بیان کرد که علاوه بر علایم

افسردگی که همبود اختلال PTSD می‌باشد، مشکلات حافظه در این اختلال به صورتهای مختلف مانند مشکل در رمزگردانی، کاهش عملکرد کلی حافظه، سوگیری در حافظه آشکار، نقص در حافظه آینده‌نگر نقش مؤثری دارد. درمان سبب شدت تا با کاهش علایم اجتنابی و نشانه‌های افسردگی بازیابی خاطرات گذشته بهتر انجام پذیرد. همچنین درمان MBCT با ایجاد نظم و برطرف کردن مشکلات توجه سبب می‌شود تا علایم مربوط به حالات فراموشی حافظه برطرف گردد و نتیجه آن باز تولید خاطرات گذشته می‌باشد. ارائه درمان‌های اختصاصی معطوف به حافظه رویدادی بهتر می‌تواند بازیابی خاطرات را سبب شود. در پژوهش حاضر سعی شد که با استفاده از برنامه شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن (MBCT) از مشکلات روانشناختی درمان شدگان به ویژه نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه کاسته شود و به آنان کمک شود تا با حداقل رساندن اثرات منفی بیماری و درمان، کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کرنی^۱ و همکاران (۲۰۱۲)، کومار، فلدمن و هایز^۲ (۲۰۰۸)، کیمبراف^۳ ۲۰۱۰، لین^۴ و همکاران، ۲۰۱۲ هماهنگ بوده است. بنابراین با استناد به نتایج در مرحله پیگیری می‌توان پیش بینی کرد در صورت انجام مستمر تمرین‌های MBCT این بهبودی افزایش یابد و به سطح مطلوب‌تری برسد. با توجه به اثر بخشی این برنامه آموزشی و با در نظر گرفتن فواید آن، توصیه می‌شود مسئولان بهداشتی، کیفیت مراقبت‌ها را نیز پس از اتمام درمان ارتقا دهند و MBCT را جزئی از برنامه‌های درمانی این مددجویان قرار داده و در رفع بسیاری از مشکلات جسمی و روحی که سبب کاهش کیفیت زندگی در آنها می‌شود، نقش مؤثری ایفا کنند.

1. Kearney
2. Kumar , Feldman , Hayes
3. Kimbrough
4. Lynn

منابع فارسی

- علوی، نسرین السادات، منائی. (۱۳۸۸). اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان و مقابله با آن. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران، سال دوم، شماره سوم و چهارم.
- کاویانی، حسین، جواهری، فروزان، بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. مجله تازه‌های علوم شناختی، ۱ (۷).

منابع لاتین

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrykowski MA, Kangas M (2010). *Posttraumatic stress disorder associated with cancer diagnosis and treatment*. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press; : pp. 348-357.
- Beatty L, Oxlad M, Koczwara B, et al. (2008). *The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives*. Health Expectations; 11:331-342.
- Brewin, C .R. (2007). *Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies*. Memory, 15(3), 227° 248.
- Cancer diagnosis and treatment. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, eds. Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press; : pp. 348-357.
- Cordove M, Giese Davis J, Golant M, et al. (2007). Breast Cancer as trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Journal of Clinical Psychology Medical Settings*. 14: 308-319.
- Crane R. (2009). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*. London and Newyork: Routledge.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G., Perkins, N., Golden, A. J., Barnard, P. J., Yeung, C., et al. (2007). Reduced specificity of autobiographical memory and depression: The role of executive processes. *Journal of Experimental Psychology: General*, 136, 23° 42.

- Foley, e, Baillie ,a, Huxter m, Price m, Sinclair e.(2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer : A.
- Jobson L. Okearney, R .(2009). Impact of Cultural Differences in Self on Cognitive Appraisals in Posttraumatic Stress Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 37, 249 ° 266.
- Kearney David J. McDermott K, Malte C, Martinez M& Simpson Tracy L . (2012). Association of participation in a mindfulness program with measures of PTSD, depression and quality of life in a veteran sample. *Journal of Clinical Psychology*.
- Kimbrough, E., Magyari, T., Langenberg, P., Chesney, M., & Berman, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 17° 33.
- Knobf Tish.M .(2011). Clinical Update: Psychosocial Responses In Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, Vol 27, No 3 (August), : pp e1-e14.
- Kumar S, Feldman G, Hayes A. (2008). Changes in Mindfulness and Emotion Regulation in an Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Cognitive Therapy Research*. 32: 734-744.
- Lynn SJ, Malakataris A, Condon L, Maxwell R, Cleere C . (2012). *Post-traumatic stress disorder: cognitive hypnotherapy, mindfulness ,and acceptance-based treatment approaches*. Psychology Department, Binghamton University (SUNY), Binghamton.
- Mehranfar M, Younesi J, Banihashem A(2012). Effectiveness Of Mindfulness-Based Cognitive Therapy On Reduction Of Depression And Anxiety Symptoms In Mothers Of Children With Cancer. *Iranian journal of cancer prevention*.
- Moradi, A., Herlihy, J., Yasseri, G., Turner, S. & Dalgleish, T. (2008). *Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)*. *Acta Psychologica*, 127, 645-653.
- Steven F & Levia Chan .(2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Effectiveness and Limitations.
- Thompson S B, Eccleston L , Hickish T(2011). *Post-Traumatic Stress Disorder in Cancer Survivors: Recognizing and Acknowledging the Symptoms*.