



اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی

هادی غلامرضایی^۱، نفیسه حسین زاده مقدم^۲، سیما بوستان^۳

چکیده

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی در دستگاه گوارش صورت گرفت. این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان گوارش مرکز بیماران سرطانی ایران مهر شهر بیرجند، که در طی سال ۱۳۹۸ دارای پرونده پزشکی بودند. بر اساس آمار ارائه شده از سوی معاونت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، تعداد بیمار مبتلایان به سرطان گوارش ۶۷ نفر بودند که ۳۰ نفر از بیماران به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) انتساب شدند. روش اجرای مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت آموزش در ۸ جلسه به گروه آزمایش بود و گروه گواه هیچ درمانی دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین میانگین نمرات دو گروه در پس‌آزمون تفاوت معناداری از لحاظ افسردگی وجود داشته است، بنابراین نتایج یافته‌ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی در دستگاه گوارش مؤثر بوده است.

کلمات کلیدی: بیماران سرطانی، افسردگی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، مدرس مدعو دانشگاه پیام نور بیرجند، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول) hadirezayi2014@gmail.com

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فردوس، فردوس، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد فردوس، فردوس، ایران



مقدمه

سرطان، یکی از مهم ترین عواملی است که سلامت جسمی و روانی افراد را به مخاطره می اندازد. با توجه به آمار به دست آمده از مراجعین مبتلا به سرطان در انستیتو تحقیقات سرطان در ایران، این بیماری از نقطه نظر عاطفی و روانی بیش از سایر بیماری ها فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (غضنفری، ۱۳۹۱). به دلیل پیشرفت علم پزشکی و تشخیص و درمان به موقع، مرگومیر ناشی از سرطان از سال ۱۹۹۰ تاکنون به طور پیوسته کاهش یافته است. بررسی ها نشان داده است افرادی که با سرطان دست و پنجه نرم می کنند در معرض فشارهای روانی بوده که خود می تواند اختلالات روانی و اجتماعی را در زندگی آنان ایجاد نماید. سادوک و سادوک^۱ (۱۳۹۴) باور دارند، زمانی که بیمار نیازمند کمک و غلبه بر مشکلات و استرس های ناشی از عدم تطابق با بیماری، محیط خانواده و جامعه می باشد، درمان روانی _ اجتماعی برای وی ضروری است. حمایت از این افراد، عامل بسیار مهمی در سازگاری روانی _ اجتماعی آنان هست. بررسی ها حاکی از آن است که نگرانی و افسردگی یک مشکل اساسی و شایع در این افراد به شمار می رود. عدم سازش با بیماری و پذیرش خود، می تواند بر روابط بین فردی تأثیر بگذارد (نادورت^۲ و همکاران، ۲۰۰۹).

بیماران معمولاً با شنیدن کلمه سرطان دچار شوک یا عوارض روانی همچون ترس، گوشه گیری، خشم و عصبانیت، زودرنجی، گنجی و بسیاری از علائم و نشانه های اختلال در سلامت روانی می شوند و افسردگی و اضطراب از جمله مشکلات روانی می باشد که در نهایت در اکثر بیماران پدیدار می شود و مطالعات حاکی از آن است که افسردگی و اضطراب شایع ترین مشکلاتی هستند که بیماران سرطانی با آن روبرو می باشند (بلک و هاکسون^۳، ۲۰۰۹). همانطور که اشاره شد یکی دیگر از احساس هایی که معمولاً در بیماران دچار سرطان ایجاد می شود افسردگی است. افسردگی^۴ یک نوع اختلال عاطفی است، بارزترین علامت اختلالات عاطفی تغییرات و نوسانات مشهوری است که در خلق بیماران مبتلا به آن یافت می شود که معمولاً به شدت متفاوت است از خلق افراد سالم و تظاهر آن به صورت های افسردگی و یا خوشحالی زیاده از حد (مانی) هست. مانی عبارت است از سرخوشی، گشاده رویی، تحریک پذیری، پرحرفی، عزت نفس کاذب و پرش فکری افراطی. افسردگی هم دارای علائم و نشانه های بارزی همچون احساس غمگینی شدید، عصبانیت و بی حوصلگی، بی علاقی و عدم لذت بردن از فعالیت های تفریحی، کاهش انرژی یا بی قراری، بی اشتها، کاهش وزن، بی خوابی، کاهش قوای ذهنی، کاهش میل جنسی، احساس بی ارزشی و گناه، احساس نومیدی، فکر خودکشی و علائم و دردهای جسمانی است (حقیقی، ۱۳۸۹). در بیماران سرطانی با

^۱ - Kaplan & Sadock

^۲ . Nadort

^۳ . Black & Hokanson

^۴depression



توجه به مزمن بودن بیماری؛ سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی برای مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای آن‌ها می‌شود که در اینجا به افسردگی در بین بیماران سرطانی در پژوهش‌های مختلف اشاره می‌شود. دارابی (۱۳۹۱) میزان شیوع افسردگی را در بین بیماران سرطانی ۳۲٪ گزارش نمود. مدبرنیا (۱۳۹۰) میزان شیوع افسردگی را در بین بیماران سرطان روده ۱۹٪ گزارش کرد. همچنین ملکیان (۱۳۸۶) میزان شیوع افسردگی را در بین بیماران سرطان معده ۱۷٪ گزارش نمود.

در کنار این احساس‌های نگرانی، اضطراب و حتی افسردگی که در برخی بیماری‌های خاص با فراوانی بیشتری رخ می‌دهد؛ روان‌شناسان معتقدند زمانی که فرد در مواجهه با بیماری و مسائل مربوط به آن، نیازمند کمک و غلبه بر مشکلات و استرس‌های ناشی از عدم تطابق با بیماری و نیز مسائل مربوط به محیط خانواده و جامعه می‌باشد، درمان روانی _ اجتماعی برای وی ضروری است. درحالی‌که به نظر می‌رسد بیشتر مراقبت‌های انجام‌گرفته از مبتلایان به سرطان نیازهای جسمی آنان را برآورده می‌کند و به نیازهای روانی این افراد کمتر توجه می‌شود. این افراد، مانند همه انسان‌ها، به موازات نیازهای جسمی نیازهای روانی فراوانی هم دارند که به آن‌ها بی‌اعتنایی می‌شود. مشکلات آنان بسیار متنوع است، از مسائل فردی و خانوادگی گرفته تا مشکلات اجتماعی و اقتصادی و در این راستا بهزیستی روان‌شناختی افراد مورد بی‌توجهی خاص قرار دارد. در کنار درمان‌های پزشکی که برای بیماران سرطانی انجام‌شده است، مداخلات روان‌شناختی مختلفی نیز انجام‌شده است که یکی از این موارد ذهن آگاهی^۱ است (غلامرضایی و طهرانچی، ۱۳۹۵). ذهن آگاهی مفهومی است که در سال‌های اخیر تحت تأثیر تفکر بودایی، توجه روانشناسان، روان‌درمانگران و محققان را به خود جلب کرده است. ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف‌شده است (معصومیان، شعیری و هاشمی، ۱۳۹۲).

برنامه درمان ذهن آگاهی یک مداخله رفتاری بر اساس مفهوم خودآگاهی است. این روش با تغییر درک مردم از حوادث ناراحت‌کننده به مردم کمک می‌کند تا کنترل بهتری بر زندگی خود داشته باشند. روند ذهن آگاهی شامل نظم و انضباط و خودآگاهی زمان واقعی از زندگی روزمره می‌باشد (جم، ایمانی، فروغی، سید علی نقی^۲، ۲۰۰۹).

مورونه^۳ و همکاران (۲۰۰۸؛ نقل در احمدوند و همکاران، ۱۳۹۱) در مطالعه خود بر روی بیماران با درد مزمن دریافتند که تمرین ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر روی درد، توجه و مسائل خواب دارد. همچنین مطالعه آن‌ها نشان داد که تمرین ذهن آگاهی باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود که این امر تأثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات درازمدت بر کیفیت

¹ -Mindfulness

² . Jam, Imani, Foroughi & SeyedAlinaghi

³ -Morone



زندگی دارد. در حقیقت آن‌ها دریافتند که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی جسمانی همراه است، لذا قابل انتظار است این رویکرد بر پایه شناخت درمانی نیز بتواند نشانگان روانشناختی (اضطراب، افسردگی) را کاهش دهد.

با توجه به تأثیرات مثبت آموزش مؤلفه‌های ذهن آگاهی، در این پژوهش سعی شده، تأثیر مداخله‌ی ذهن آگاهی بر عامل کاهش افسردگی بیماران سرطان دستگاه گوارش مورد بررسی قرار گیرد.

روش

پژوهش حاضر با توجه به اهداف و نیز نوع مداخلات به عمل آمده از طرح‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان گوارش مرکز بیماران سرطانی ایران مهر شهر بیرجند است که در طی سال ۱۳۹۸ دارای پرونده پزشکی بودند. بر اساس آمار ارائه شده از سوی معاونت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، تعداد بیمار مبتلایان به سرطان گوارش ۶۷ نفر می‌باشند. پس از انجام هماهنگی‌های اداری و تماس با بیماران تعداد ۳۰ نفر از بیماران که دارای سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال و نیز شرایط ورود به پژوهش (سکونت در بیرجند جهت سهولت شرکت در جلسات و تکمیل پرسشنامه، داشتن سواد و عدم مشکل خاص روانی) داشتند، به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) انتساب شد.

برای سنجش میزان افسردگی از پرسشنامه افسردگی، *DASS-21* استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار توسط لویباند و لویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه شد و در ادامه آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸، از روی ابزار ۴۲ سوالی *DASS* نسخه ۲۱ سوالی این پرسشنامه را طراحی کردند. پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس شامل ۲۱ گویه است که این عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب و استرس) تشکیل شده است. خرده مقیاس افسردگی شامل عباراتی است که خلق ناشاد، فقدان اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، فقدان علاقه برای درگیری در امور، عدم لذت بردن از زندگی و فقدان انرژی و قدرت را می‌سنجد. هر یک از خرده مقیاس‌های *dass-21* شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید. هر سوال از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره گذاری می‌شود (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵، به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). همچنین در پژوهش نیک آذین و نایینیان (۱۳۸۶؛ نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸) ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ بدست آمد و ضرایب بازآزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۷ و ۰/۶۴ به دست آمد که قابل قبول می‌باشند.



یافته ها

به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی؛ از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه ANCOVA برای تعیین اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی با کنترل نمره

افسردگی پیش آزمون

منابع تغییرات	مجموع	درجات	میانگین	F مقدار	سطح معنی داری
	مجذرات	آزادی	مجذورات		
نمره های افسردگی پیش- آزمون	۹/۰۹۶	۱	۹/۰۹۶	۷/۰۱۰	۰/۰۱۳
اثر اصلی (آموزش)	۲۹/۲۹	۱	۲۹/۲۹	۲۲/۵۷	۰/۰۰۱
خطای باقی مانده	۳۵/۰۳۷	۲۷	۱/۲۹۸		

نتایج ANCOVA نشان می دهد که با حذف اثر نمره های افسردگی پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش اثر اصلی متغیر آموزش بر نمره های افسردگی پس آزمون معنی دار است. به عبارت دیگر جدول نشان می دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین های نمرات افسردگی شرکت کنندگان گروه آزمایش - کنترل بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس آزمون با ۹۹ درصد اطمینان معنی دار می باشد ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۲. جدول میانگین های تعدیل شده افسردگی

گروه	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	۱۲/۹۳	۱/۶۸
آزمایش	۱۱/۱۶	۱/۵۷



میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمره گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون افسردگی کاهش بیشتری داشته است و نشان دهنده بهبود افسردگی بیماران سرطانی است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران سرطانی مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های رجبی و ستوده ناورودی (۱۳۹۰)، بیجاری و همکاران (۱۳۸۸)، هافمن و همکاران (۲۰۱۰) و اوانس و همکاران (۲۰۰۸) است که بیانگر تأثیر مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی می‌باشد. در تبیین نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان اینگونه بیان داشت که در روش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن که آن‌ها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی می‌شود (کرین^۱، ۲۰۰۹). در حالت‌های توجه آگاهانه، پخش اطلاعات از چرخه‌های دوطرفه معیوب، به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل آموزش حضور ذهن به افراد یاد می‌دهد چگونه مهارت‌های عادی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا تداوم افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب‌تر کم تر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا تداوم افسردگی کاهش می‌یابد (ولی زاده و حسنوندی، ۱۳۹۰).

در تبیین اثر درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی، پاپاجورجیو و ولز^۲ (۲۰۱۰) معتقد هستند که درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می‌شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا شود. به این ترتیب کارکرد اجرایی خودنظم بخشی از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد.

پژوهشگر در روند پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رو برو بود که ممکن است بر کیفیت پژوهش تأثیر گذاشته باشد که می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارها و محدودیت زمانی و عدم انجام مطالعات پیگیری را از محدودیت‌های پژوهش حاضر در نظر

¹. Crane

². Papageorgiou & Wells



گرفت اما پیشنهاد می شود با توجه به نتایج مطالعه مذکور در راستای کاهش افسردگی، پیشنهاد می شود کارگاه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش افسردگی این گروه از بیماران برگزار شود و پژوهش های آتی اثربخشی آموزش مهارت های شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی سایر بیماران سرطانی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

آذرگون، حسن. کجیاف، محمدباقر. مولوی، حسین. عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشور رفتار، دانشگاه شاهد، ۱۶(۲۰): ۴-۱۳.

بارانی، سمیه (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی با رویکرد قرآنی بر کاهش اضطراب دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهر بیرجند. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد بیرجند.

بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی و آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روان شناسی، ۱۰(۱): ۱۷۲-۱۸۴.

پیرکلانی، روشنگر. رحیم جمارونی، هانیه. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان یک مورد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه روان شناسی بالینی، ۴(۱۳): ۱۴۷-۱۲۱.

حقیقی، جمال (۱۳۸۹). بررسی رابطه جو عاطفی خانواده با سازگاری دانش آموزان دختر پایه سوم مدارس راهنمایی اهواز، مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۹(۳-۴): ۹۷-۱۰۸.

رجبی، غلامرضا. ستوده ناورودی، سید امید. (۱۳۹۰). تاثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل. مجله علوم پزشکی دانشگاه گیلان، ۲۰(۸۰): ۹۰-۸۳.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری روانپزشکی بالینی، ترجمه: حسن رفیعی، خسرو سبحانیان. تهران: ارجمند.

غضنفری، دامن. (۱۳۹۰). پیشگیری از سرطان. نشره نوین پزشکی، شماره ۵۰۴، ۵۱۶-۵۲۲.

گل پور چمرکوهی، رضا. امینی، زرار محمد. (۱۳۹۱). اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود ذهن آگاهی و افزایش ابراز وجود در دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان. مجله روان شناسی مدرسه، ۱(۲): ۴۵-۳۳.



معصومیان، سمیرا. شعیری، محمد رضا. هاشمی، سید مسعود. (۱۳۹۲). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، ۴(۱)، ۴۵-۵۵.

Hofmann, G.; Sawyer, T.; Witt, A.; Oh, D(2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 78(2),169-183.

Jam,S.,A. Foroughi1,M. SeyedAlinaghi,S.(2009). The Effects of Mindfulness.Based Stress Reduction (MBSR) Program in Iranian HIV/AIDS Patients: A Pilot Study.*Acta Medica Iranica*; 48(2): 101-106.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wending, M., & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.