



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
MARBURG

Philipps
Universität
Marburg

THE INDIAN PSYCHO-
ANALYTIC SOCIETY
OF INDIA
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

اثربخشی آموزش گروهی خوشبینی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان سینه*

محمد ترکمان^۱ - کمال محمدیان^۲ - عبدالعظیم صدیقی پاشاکی^۳ - علیرضا مقدس^۴ - احمد برجعلی^۵

چکیده

سرطان یک بیماری مزمن و جزو بیماری‌های تهدیدکننده زندگی محسوب می‌شود و در این میان سرطان سینه شایعترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی-روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر آموزش گروهی خوشبینی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان سینه صورت پذیرفت. بدین منظور، طی یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری ۳ ماه، از بین کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان، ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند، بصورت در دسترس انتخاب و سپس با گمارش تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایشی و کنترل) جایگزین شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفت. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) بود. در پایان هر دو گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماه، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل واریانس آمیخته، نشان از آن بود که گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری،

^۱ نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی: m.torkaman87@yahoo.com

*این پژوهش در مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان و با حمایت مالی این مرکز صورت پذیرفته است.

^۲ متخصص رادیوتراپی و آنکولوژی - مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان

^۳ متخصص رادیوتراپی و آنکولوژی - مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان

^۴ استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

^۵ استادیار دانشگاه علامه طباطبایی تهران

بصورت معناداری ($p < 0/05$) نمرات افسردگی، اضطراب و استرس کمتری داشت. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی علاوه بر مداخلات دارویی، می تواند به این بیماران جهت بهبود و سازگاری بهتر، کمک نماید.

واژه های کلیدی: سرطان سینه، خوشبینی، افسردگی، اضطراب، استرس

group training optimism on depression, anxiety and stress in women with Effectiveness of breast cancer

Abstract

Cancer is Life-threatening diseases, and breast cancer is the most common, fatal, and the emotional-mental influential cancer among women. This study examines the impact of *group training optimism* on depression, anxiety and stress in women with breast cancer was performed. During a quasi-experimental pretest-posttest control group, among all women referred to Mahdiah charitable medical diagnostic and therapeutic center Hamadan, 30 women with breast cancer were placed randomly into two groups of 15 participants. The experimental group received 12 sessions of *group training optimism* of 90 minutes. The research instrument was the depression, anxiety and stress (Lovibond & Lovibond, 1995). Data were analyzed using mixed ANOVA. Results showed that the experimental group compared with the control group at posttest and follow-up, significant ($p < 0/05$) scores for depression, anxiety and stress less. Therefore it is necessary to design and implement psychological interventions in addition with medical interventions to have a significant impact to improve patients.

Keywords: breast cancer, optimism, depression, anxiety, stress

مقدمه

سرطان^۱ بیماری سلول‌هاست که علامت مشخصه آن تکثیر نامحدود و غیر قابل کنترل سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند. در سایه پیشرفت‌های اخیر در علوم پزشکی، بیماری سرطان دیگر یک بیماری غیر قابل علاج محسوب نمی‌شود. شواهد حاکی از آن است که امروزه طول عمر بیماران مبتلا به انواع سرطان، حتی وقتی بیماری در موقعیتی بوده است که غیر قابل علاج تشخیص داده شده، از هر زمان دیگری بیشتر است. این بدان معنی است که بیماری سرطان هر روز بیش از قبل در جرگه بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرد (وایت^۲، ۲۰۰۱، ترجمه مولوی و فتاحی، ۱۳۸۹). در این میان سرطان سینه^۳، شایع‌ترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (اکبری نساجی، ۱۳۷۸).

سرطان سینه، رشد مهارنشده سلول‌های غیرطبیعی است که در نواحی مختلف سینه ایجاد می‌شود. این اتفاق ممکن است در بافت‌های مختلف، مانند مجاری که شیر را انتقال می‌دهد، در بافت تولیدکننده شیر و در بافت غیرغددی رخ می‌دهد. سرطان سینه اکثر اوقات بصورت یک توده بدون درد یا بصورت سفتی در قسمت‌های فوقانی و خارجی سینه شروع می‌شود و بطور کلی می‌تواند در هر جایی از سینه از جمله نوک سینه ایجاد گردد. سرطان سینه ممکن است به غدد لنفاوی^۴ (ناحیه گودی در زیر بغل) و بعد از آن به سراسر بدن گسترش یابد (کالین^۵، ترجمه یوسفی و بدایت، ۱۳۸۵، به نقل از حیدری و همکاران، ۱۳۸۸).

این سرطان، یکی از شایع‌ترین سرطان‌های زنان می‌باشد به طوری که طبق آمار اعلام شده به طور متوسط در جهان از هر ۱۰ زن یک نفر به این بیماری مبتلا می‌گردد. دو عامل مهم یعنی شایع بودن بیماری و نیز جوان یا میانسال بودن اغلب مبتلایان به آن، سبب شده است که مبحث سرطان سینه و راه‌های پیشگیری و درمان آن از جمله مباحث علمی روز دنیا باشد. مهمتر آنکه سرطان سینه بیشترین علت نگرانی زنان محسوب می‌شود (پری، کوواسکی و چانگ^۶، ۲۰۰۷).

¹ cancer

² White

³ Breast cancer

⁴ lymph

⁵ Kalin

⁶ Perry, Kowalski & Chang

از سویی، اگرچه پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان سینه موجب واکنش بهتر تومور به درمان‌ها و افزایش طول عمر این مددجویان گردیده است؛ اما درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان سینه را دچار اختلال می‌سازند (رمضانی، ۱۳۸۰). همچنین، بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب^۱، استرس^۲ و دیگر اختلالات خلقی^۳ در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر می‌شوند (دنگ و کاسیلث^۴، ۲۰۰۵). بطور کلی شیوع اختلالات روانی در زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است. برای مثال در مطالعه کیسان و همکارانش^۵ (۲۰۰۴)، زنان مبتلا به سرطان سینه در مراحل اولیه ۳۶/۷ درصد اختلالات خلقی داشتند که ۹/۶ درصد آنها افسردگی اساسی و ۲۷/۱ درصد افسردگی جزئی داشتند. اختلال اضطراب در ۱۴/۶ درصد آنها دیده می‌شد که در ۸/۶ درصد زنان مبتلا در مراحل اولیه و در ۶ درصد زنان در مراحل پیشرفته دیده می‌شد (به نقل از رنجبر کوچکساری و مصطفوی، ۱۳۸۵). بنابراین طراحی و اجرای مداخلات درمانی جهت کاهش اختلالات هیجانی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران امری لازم است.

در همین راستا یکی از مداخلات روانشناختی که احتمالاً تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر کاهش اختلالات روانی بیماران سرطانی خواهد داشت، مداخلات شناختی رفتاری^۶ از جمله آموزش خوشبینی^۷ است. در مورد اهمیت کاربرد مداخلات شناختی رفتاری بطور اعم و خوشبینی بصور اخص، وایت (۲۰۰۱، ترجمه مولوی و فتاحی، ۱۳۸۹) بیان می‌کند که؛ منطقی است چنانچه معتقد باشیم، تقریباً هیچ مشکل شناختی و یا حتی جسمی وجود ندارد که بطور بالقوه نتوان برای کمک به کاهش علائم یا عوارض آنها و یا حتی برطرف شدن کاملشان از شیوه‌های برگرفته از دیدگاه شناختی رفتاری استفاده نکرد. در همین راستا و به عنوان پیشینه پژوهش حاضر، در تحقیقی

¹ Anxiety

² stress

³ Mood disorder

⁴ Deng & Cassileth

⁵ Kissane & et al

⁶ Cognitive-Behavior

⁷ Optimistic

تحت عنوان تاثیر رفتار درمانگری شناختی در افسردگی بیماران دچار سرطان، نشان داده شد که این روش در کاهش افسردگی این بیماران موثر است؛ این اثربخشی در مطالعات پیگیری سه ماهه نیز ادامه داشت (هوپکو و همکاران^۱، ۲۰۰۸). تاثیر رفتار درمانی شناختی بر کاهش افسردگی و اختلالات خلقی زنان مبتلا به سرطان سینه در پژوهش‌های دیگر (کوکر، بل و کیدمن^۲، ۲۰۰۷؛ کوژر، بونک، جونگ، یما و ساندرمن^۳، ۲۰۰۴؛ سیمپسون^۴، ۲۰۰۱؛ ادلمان^۵، بل و کیدمن، ۱۹۹۹؛ کوکر و همکاران، ۱۹۹۴) نیز نشان داده شده است. همچنین آبند و ویلیامسون^۶ (۲۰۰۲) نقش خوشبینی را در کاهش اضطراب بیماران سرطان پستان تأیید کرده‌اند.

در ایران؛ کهرآزئی، دانش و حیدرزادگان (۱۳۹۱) در تحقیق خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشانه‌های روانشناختی بیماران سرطانی با استفاده از آزمون SCL-90-R پرداختند و نشان دادند که گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد در تمامی زیر مقیاس‌ها و شاخص کلی علائم، کاهش معناداری داشتند. مطالعات دیگر از جمله حسنی خیابانی، باباپورخیرالدین و علی پور (۱۳۹۰)، بهمنی (۱۳۸۹)، پدرام، محمدی، نظیری و آیین پرست (۱۳۸۹)، حیدری، عسکری و درویشی (۱۳۸۸)، امینی خود (۱۳۸۷)، سجادی هزاوه، صالحی و مشفق (۱۳۸۷)، نصری، براهنی، کیهانی و واعظی (۱۳۸۰)؛ نیز بر اثربخش بودن آموزش شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی، کاهش اضطراب، افزایش امیدواری و بهبود عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه، تأکید کردند.

گرچه برخی مطالعات (گیون و همکاران^۷، ۲۰۰۴؛ فوکویی و همکاران^۸، ۲۰۰۰؛ ماگویر، هوپوود، تارریر و هوول^۹، ۱۹۸۵، به نقل از سجادی هزاوه و همکاران، ۱۳۸۷)، نیز اثربخشی آموزش شناختی رفتاری را کم یا هیچ ارزیابی کرده‌اند.

بنابراین، با توجه به افزایش شیوع سرطان سینه و اهمیتی که تاثیر این بیماری در تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا دارد و با در نظر گرفتن اینکه بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت درمان، دچار مشکلات متعدد روانشناختی هستند و با عنایت به اینکه در جامعه ما به مفهوم

¹ Hopko & et al

² Cocker, Bell & Kidman

³ Kuijer, Buunk, Jong, Ybema & Sanderman

⁴ Simpson

⁵ Edelman

⁶ Abend & Williamson

⁷ Given & et al

⁸ Fukui & et al

⁹ Maguire, Hopwood, tarrier & Howell

اختلالات هیجانی در بیماران سرطانی، اهمیت به کاربرد مداخلات روانشناختی مانند آموزش خوشبینی در بیماران سرطانی کمتر پرداخته شده است؛ و همچنین از آنجایی که شناخت این درمان‌ها و راهکارها، به کادر بهداشتی و درمانی جامعه کمک می‌کند تا فعالیت‌های خود را برای ارتقای سطح کیفیت زندگی و کاهش اختلالات روانشناختی ناشی از این بیماری همچون افسردگی، اضطراب و استرس، سازماندهی نمایند و با توجه به اینکه پژوهش در مورد ارتباط عوامل روانشناختی با سرطان، خود می‌تواند راهنما و ترغیب کننده مطالعات دیگر در زمینه‌های مرتبط با این بیماری باشد، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی خوشبینی بر افسردگی، اضطراب، استرس زنان مبتلا به سرطان سینه، انجام شد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: پژوهش حاضر از منظر طرح تحقیق، نتیجه‌گرا و از منظر هدف تحقیق، کاربردی بود. روش پژوهش نیز بصورت نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه که در سال ۱۳۹۰ مقیم شهرستان همدان بودند و جهت طی کردن مراحل درمانی، به مرکز تشخیصی-درمانی مهدیه همدان مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. حجم نمونه با حجم اثر ۰/۴، آلفای ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۶، ۳۰ نفر تعیین گردید. روش نمونه‌گیری در مرحله اول براساس نمونه‌گیری در دسترس بود. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به مرکز تشخیصی-درمانی مهدیه همدان، زنان مبتلا به سرطان سینه که در حال گذراندن مراحل درمان (رادیو تراپی، شیمی درمانی یا هورمون درمانی) بودند و برای شرکت در پژوهش تمایل داشتند؛ از لحاظ شدت ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از ابزار پژوهش ارزیابی شدند و از بین آنها ۳۰ نفر که شدت افسردگی، اضطراب و استرس آنها بالاتر از متوسط بود و سایر ملاک‌های ورود را دارا بودند، انتخاب شدند. در مرحله‌ی بعد، شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه (آزمایشی و کنترل) جایگزین شدند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. معیارهای ورود شرکت کنندگان، به مطالعه عبارت بودند از: ۱. مبتلا بودن به شدت مشخصی از افسردگی (حداقل نمره ۱۴) و اضطراب (حداقل نمره ۱۰) و استرس (حداقل نمره ۱۱)؛ ۲. از طول مدت تشخیص سرطان سینه بیشتر از یک ماه گذشته باشد؛ ۳. دریافت نکردن درمان‌های روانشناختی از زمان تشخیص بیماری؛ ۴. عدم ابتلا به سرطان دیگری غیر از سرطان سینه؛ ۵. دارا

بودن حداقل تحصیلات پنجم ابتدایی؛ ۶. داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۵ سال؛ ۷. عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سوء مصرف مواد؛ ۸. توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و ۹. تمایل داشتن به همکاری. همچنین معیارهای خروج نیز در نظر گرفته شده بود که به شرح زیر بودند: ۱. مبتلا شدن به سرطان دیگری غیر از سرطان سینه در طول جلسات؛ ۲. فوت؛ ۳. عدم تمایل به ادامه دادن جلسات و ۴. غیبت بیش از سه جلسه در فرایند جلسات. لازم به توضیح است که در گروه خوشبینی ۳ نفر، به علل دوری مسافت، مخالفت خانواده و درگیری شغلی، از فرایند درمان خارج و در کل گروه با ۱۲ نفر مورد ارزیابی و درمان قرار گرفتند.

ابزار سنجش

پرسشنامه مشخصات فردی: به دلیل تاثیرگذار بودن عوامل زمینه‌ای و خصوصیات زیست‌شناختی و همچنین کنترل ملاک‌های ورود، پرسشنامه محقق ساخته مشخصات فردی تهیه شد. این پرسشنامه سؤالاتی مشتمل بر سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، تعداد افرادی که با بیمار زندگی می‌کنند، میزان مدت اطلاع از بیماری، مرحله بیماری، میزان حمایت ادراک شده توسط خانواده، سابقه بیماری روانی و سابقه خودکشی بود. دو نمونه از پرسش‌های این پژوهش عبارتند از: «چگونه از بیماری خود مطلع شدید؟». «چند مدت است که از بیماری خود اطلاع دارید؟».

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس^۱ DASS-21: این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند^۲ تهیه شده و دربرگیرنده دربرگیرنده مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش‌دهی برای ارزیابی حالات عاطفه منفی یعنی افسردگی، اضطراب و استرس است. از آنجا که این مقیاس می‌تواند مقایسه‌ای از شدت علائم در طول هفته‌های مختلف فراهم کند، می‌توان از آن برای ارزیابی پیشرفت درمان در طول زمان استفاده کرد. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت (صفر برای اصلاً و نمره چهار برای زیاد) صورت می‌گیرد. هر یک از خرده مقیاس‌های DASS-21 شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن بدست می‌آید. همچنین از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها

^۱ Depression Anxiety Stress Scales (DASS)

^۲ Lovibond & Lovibond

باید ۲ برابر شود تا شدت علائم به دست آید. آنتونی و همکاران^۱ (۱۹۹۸) ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این آزمون را ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ عنوان کردند. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد ارزیابی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نمودند. نمونه‌های از سوالات این مقیاس عبارتند از: «برایم مشکل است که آرام بگیرم». «فکر نمی‌کنم بتوانم هیچ نوع احساس خوبی را تجربه کنم».

روش اجرا و تحلیل

پس از انتخاب افراد نمونه و جایگزین کردن آنها در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و آزمایش، شرکت‌کنندگان گروه کنترل در زمان درمان، مراقبت‌های استاندارد و گروه‌های آزمایشی علاوه بر مراقبت‌های استاندارد، تحت مداخله پژوهشی قرار گرفتند. در گروه خوشبینی، اعضاء به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ الی ۱۲۰ دقیقه‌ای و بصورت هفته‌ای دو بار تحت مداخله و آموزش خوشبینی قرار گرفتند. برای آموزش خوشبینی از اصول اساسی معرفی شده توسط سلیگمن^۲ در کتاب‌های کودکان خوشبین (۱۹۹۶)، خوشبینی آموخته شده (۱۹۹۸) و شادمانی درونی (۲۰۰۶) استفاده شد. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه‌ای با هدف ارزیابی کلی اثربخشی مداخله، صورت پذیرفت. سرفصل‌های آموزشی و مداخله‌ای برای گروه درمانی خوشبینی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- سرفصل‌های آموزش گروهی خوشبینی برای زنان مبتلا به سرطان سینه

جلسه	شرح
جلسه اول	معارفه، آشنایی با گروه درمانی خوشبینی و اهمیت آن، اجرای پیش آزمون.
جلسه دوم	آشنایی اعضا با هم، اصول گروه و آموزش و تفهیم الگوی ABC.

^۱Antony & et al

^۲ Seligman

جلسه سوم	آشنایی با گفتگوی درونی و اهمیت آن، شنیدن گفتگوی درونی اعضا در مورد بیماری خود.
جلسه چهارم	اصلاح اسنادی؛ تغییر سبک‌های تبیین بد بینانه (درونی، کلی و پایدار) به سبک‌های تبیین خوش بینانه (بیرونی، خاص و گذرا) و تعمیم ابعاد اسناد به بیماری اعضا.
جلسه پنجم	معرفی انواع خطاهای فکری و ناکارآمد و بررسی خطاهای فکری اعضا در مورد بیماری.
جلسه ششم	آموزش مقابله و مجادله کردن با باورهای نادرست و معرفی سه تکنیک به هم زدن تمرکز، نزاع، فاصله گرفتن با ذکر مثال‌های در مورد بیماری اعضا.
جلسه هفتم	آشنایی با فنون پذیرش خود، تمرکز بر توانمندی‌ها و محدود تلقی کردن نا توانی‌ها.
جلسه هشتم	تمرکز بر تفکرات غلط نفرات ۱ و ۲ و ۳ و ۴ گروه و دادن بازخورد اعضا به آنها.
جلسه نهم	تمرکز بر تفکرات غلط نفرات ۵ و ۶ و ۷ و ۸ گروه و دادن بازخورد اعضا به آنها.
جلسه دهم	تمرکز بر تفکرات غلط نفرات ۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ گروه و دادن بازخورد اعضا به آنها.
جلسه یازدهم	تمرکز بر تفکرات غلط نفرات ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ گروه و دادن بازخورد اعضا به آنها.
جلسه دوازدهم	جمع بندی، گرفتن بازخورد و اجرای پس آزمون.

همچنین در این پژوهش جهت رعایت نکات اخلاقی پژوهش موارد زیر رعایت شد: افراد شرکت کننده با رضایت آگاهانه نسبت به هدف پژوهش و بصورت داوطلبانه انتخاب شدند؛ در تمام مراحل پژوهش سعی شد به سوالات شرکت کنندگان در مورد نحوه انجام پژوهش و محتوی سوالات، به گونه‌ای که بر پاسخ آنها تاثیر نگذارد، جواب داده شود؛ بر لزوم محرمانه ماندن اسامی افراد شرکت کننده در تمامی مراحل پژوهش تاکید شد؛ در صورت نیاز جلسات فردی برای هر یک از شرکت کنندگان در نظر گرفته شد؛ همچنین گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا پس از پژوهش و در صورت همکاری مرکز درمانی، برای شرکت در درمان دعوت شوند. از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی با توجه به نوع داده‌ها استفاده گردید. برای بررسی فرض همگون بودن واریانس‌ها پیش از مداخله، از آزمون باکس و جهت تعیین اختلاف متغیرهای تحقیق بین گروه‌ها از تحلیل کوواریانس آمیخته استفاده شد.

یافته ها

یافته‌های حاصل از اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران شرکت‌کننده نشان می‌دهد: بیشترین گروه سنی، مربوط به دامنه سنی ۴۶-۵۵ (۳۴/۲ درصد)؛ است. همچنین اکثر بیماران؛ متاهل (۶۸/۳ درصد)، دارای تحصیلات دبیرستان یا دیپلم (۲۹/۲ درصد)، وضعیت اقتصادی متوسط (۵۱/۲ درصد)، با همسر خود زندگی می‌کنند (۵۶/۹ درصد)، بین ۶ تا ۱۲ ماه است که از بیماری خود اطلاع دارند (۴۱/۵ درصد) و میزان حمایت خانواده خود را بسیار زیاد ارزیابی می‌کنند (۳۶/۶ درصد). همچنین در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌ها در مراحل مختلف ارزیابی انعکاس یافته است. جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس گروه خوشبینی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ در حالی که این تغییر در گروه کنترل بسیار کم است. در گام بعد به منظور اطمینان از رعایت پیش‌فرض این آزمون (برابری کوواریانس متغیرهای وابسته در تمامی سطوح متغیر مستقل) از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن حاکی از رعایت مفروضه فوق می‌باشد ($P > 0.05$ ، $F_{(۴۵, ۱۸۳۳/۲۴۶)} = 1/210$).

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در دو گروه خوشبینی و کنترل زنان مبتلا به سرطان سینه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه خوشبینی			گروه کنترل			گروه و زمان متغیر
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
۲۲/۶۶±۱۲/۴۸	۸/۵±۳/۹۱	۹±۳/۰۱	۱۷/۶۶±۶/۳۶	۱۵/۷۳±۷/۱۲	۱۹/۲±۹/۲۲	افسردگی
۱۹/۸۳±۱۲/۵۷	۷/۵±۴/۲۷	۸/۷۵±۲/۸۶	۱۶/۶۶±۶/۶۱	۱۵/۳۳±۸/۵	۱۵/۰۶±۷/۲۸	اضطراب
۲۳/۸۳±۱۰/۴۹	۸/۳۳±۵/۹۵	۱۱/۱۶±۲/۳۲	۱۵/۴۶±۸/۷۳	۱۸/۵۳±۶/۱۶	۱۹/۶±۸/۳۲	استرس

همچنین مشخص شد (با توجه به مقدار $F_{(۶,۲۰)} = ۸/۳۲$ ، $P < 0.0001$ ، و لیکرز، $\lambda = 0.422$ لا مبدای ویلکز، $P < 0.0001$)، مجدداً $F_{(۶,۲۰)} = ۸/۳۲$ ، $P < 0.0001$) ترکیب متغیر خطی

(افسردگی، اضطراب و استرس) در تعامل با زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه خوشبینی و کنترل تفاوت معنادار

وجود دارد. همچنین نتایج آزمون ماکلی معنادار نیست ($p > 0/05$) و این بدان معناست که مفروضه‌ی کرویت ماکلی رعایت شده است. بنابراین نیازی به اصلاح درجات آزادی وجود ندارد. اکنون بعد از بررسی مفروضه‌ی کرویت ماکلی (جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس آمیخته را در جدول ۴ می‌بینید.

جدول ۳. آزمون های تک متغیری RM برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌های خوشبینی و کنترل

منبع	وابسته ها		SS نوع III	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
زمان اندازه گیری	افسردگی	با فرض	۵۸۶/۱۳۸	۲	۲۹۳/۰۶۹	۵/۴۱۳	۰/۰۰۷
	اضطراب	کرویت	۷۱۰/۲۹۸	۲	۳۵۵/۱۴۹	۷/۱۵۹	۰/۰۰۲
		با فرض	۷۰۲/۱۰۹	۲	۳۵۱/۰۵۴	۷/۱	۰/۰۰۲
	استرس	کرویت					
		با فرض					
		کرویت					

جدول ۴. تعامل گروه و زمان در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌های خوشبینی و کنترل

تعامل گروه و زمان	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معناداری	اثربخشی
افسردگی	۱	۷۶۳/۲۶۷	۵/۷۴۹	۰/۰۲۴	۰/۱۸۷
	۱	۹۸۱/۴۵۲	۷/۹۲۴	۰/۰۰۹	۰/۲۴۱
اضطراب	۱	۱۰۵۸/۴	۷/۷۸۸	۰/۰۱۰	۰/۲۳۸
	۱	۱۰۷۲/۴۶۶	۱۱/۹۰۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲۳

۰/۳۷۴	۰/۰۰۱	۱۴/۹۶۶	۱۳۸۸/۸۰۷	۱	پس آزمون با پیش آزمون	استرس
۰/۱۴۷	۰/۰۴۸	۴/۳۲۵	۴۸۵/۴۵۲	۱	پیگیری با پیش آزمون	

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌ها در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون بصورت معناداری متفاوت است. با توجه به داده‌های فوق فرضیه پژوهش تائید می‌گردد.

بحث

سرطان به عنوان یک بیماری مزمن شناخته شده و در این میان، سرطان سینه شایعترین، کشنده‌ترین و از نظر عاطفی-روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است. از طرفی پژوهش‌ها حاکی از آن است که عوامل و مداخلات روانشناختی در استعداد ابتلا، بروز و نحوه رویارویی و روند بهبودی سرطان موثر می‌باشند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی خوشبینی بر افسردگی، اضطراب، استرس زنان مبتلا به سرطان سینه صورت پذیرفت.

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته، بیانگر تائید فرضیه پژوهش است. در واقع تحلیل‌ها نشان می‌دهد که نمرات افسردگی، اضطراب و استرس گروه خوشبینی در مقایسه با گروه کنترل در ارزیابی‌های پس آزمون و پیگیری، بصورت معناداری کاهش یافته است. بنابراین آموزش گروهی خوشبینی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به سرطان سینه در مقایسه با گروه کنترل موثر بوده است.

این یافته با مطالعات خارجی و داخلی که اثربخش بودن مداخلات شناختی رفتاری، از جمله آموزش خوشبینی و تکنیک‌های آن، بر کاهش اختلالات خلقی مانند افسردگی، اضطراب و استرس، و در نتیجه افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه تاکید کرده بودند، مطابقت دارد. از جمله این پژوهش‌ها میتوان به مطالعات؛ هوپکو و همکاران (۲۰۰۸)، کوکرو همکاران (۲۰۰۷)، کوژرو همکاران (۲۰۰۴)، آبند و ویلیامسون (۲۰۰۲)، سیمپسون (۲۰۰۱)، ادلمان و همکاران (۱۹۹۹)، بریدگ و همکاران (۱۹۸۸)، کوکرو همکاران (۱۹۹۴)، کهرازی و همکاران (۱۳۹۱)، حسنی خیابانی و همکاران (۱۳۹۰)، بهمنی (۱۳۸۹)، پدرام و همکاران (۱۳۸۹)، حیدری و همکاران (۱۳۸۸)، امینی خود (۱۳۸۷) سجادی هزاوه و همکاران، (۱۳۸۷)، و نصری و همکاران (۱۳۸۰)؛ اشاره کرد.

در ذکر چرایی این نتیجه شواهد نشان می‌دهند که صفاتی مثل خوشبینی بر روی پاسخ‌های مقابله‌ای و در نتیجه سازگاری روانشناختی با بیماری تأثیر دارند. افراد خوشبین با کاربرد روش مقابله‌ای مشکل‌گشایی، بازنگری مثبت و پذیرش واقعیت با بیماری مقابله می‌کنند (اتکینسون و همکاران^۱، ۲۰۰۳، ترجمه براهنی و همکاران، ۱۳۸۴). اما مهم‌تر آنکه مداخلات شناختی رفتاری از جمله خوشبینی، می‌تواند در گسترش مفهوم کنترل بر زندگی در این بیماران موثر واقع شود. در واقع تردیدی نیست که یکی از اصلی‌ترین مشکلات روانشناختی این گروه از بیماران، نداشتن احساس کنترل بر شرایط و بطور کلی زندگی است، که ضمن تشدید مشکلات روانی، پیشبرد اهداف پزشکی را نیز با مشکل مواجهه می‌کند. بهره‌گیری از این نوع مداخلات احساس کنترل و باور بر نقش تاثیرگذار فرد بر سرنوشتش را به عنوان یک مولفه مهم، هدف قرار می‌دهد (سندوال، برون، سولیوان و گرین^۲، ۲۰۰۶).

به واقع، در آموزش خوشبینی و مثبت‌اندیشی بیماران تشویق می‌شوند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را باز شناسند و نقش آنها را در افزایش و ارتقای احترام خود و عزت نفس بازشناسی کنند، در عین حال توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را نیز کسب کنند. آنان همچنین می‌آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند، نه این که هر آنچه بر سرشان می‌آید، به گونه‌ای منفعل بپذیرند. به علاوه آنها از طریق آموزش این مهارت‌ها قادر می‌شوند، ارتباط میان افکار، احساسات و رفتارهای خود را درک کنند. در حالی که افراد اغلب باورها و تفسیرهای خود را حقایق خدشه‌ناپذیر (غیرقابل تغییر) می‌دانند، پس از آموزش این مهارت‌ها می‌توانند با تأمل، به بررسی اعتقادهای خود بپردازند و درستی یا نادرستی آنها را مشخص کنند. با این آموزش‌ها، آنان برای مقابله با دشواری‌ها آماده می‌شوند و می‌توانند برای غلبه بر مشکلات خود، به تلاشی حساب شده دست بزنند و این توانایی را پیدا کنند که به جای یأس و ناامیدی و تفسیرهای بدبینانه، رویدادها را به گونه‌ای مثبت معنا کنند و با آنها به صورتی سازنده روبرو شوند. بنابراین، شرکت زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه‌های آموزش خوشبینی باعث بالا رفتن توانایی نگرش مثبت آنها می‌شود و بهره‌مندی از نگرش مثبت و امیدوارانه به پدیده‌های مختلف، بالاخص به

¹ Atkinson & et al

² Sandoval, GA., Brown, AD., Sullivan, T., & Green

آینده دور و نزدیک، به مثابه بستر اصلی انگیزه و تلاش هدفمند، جهت بالا رفتن سلامت روان و مبارزه با بیماری و بازدارنده اختلالات هیجانی، در این بیماران در می آید.

همچنین این یافته با مطالعات گیون و همکاران (۲۰۰۴)، فوکوبی و همکاران (۲۰۰۰) و ماگویر و همکاران (۱۹۸۵)، به نقل از سجادی هزاوه، صالحی و مشفق، (۱۳۸۷)، که اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری را کم یا هیچ ارزیابی کرده بودند، مطابقت ندارد. عدم مطابقت یافته‌های پژوهشگران فوق با این پژوهش را میتوان در متفاوت بودن نوع آموزش و مداخله صورت گرفته و همچنین نمونه مورد مطالعه دانست.

یک محدودیت اجرایی این مطالعه، تشکیل جلسات آموزش گروهی بود. برخی از بیماران مراجعه کننده به این مرکز را مراجعه کنندگان از شهرها و استان‌های مجاور تشکیل می‌دادند. هماهنگی جلسات گروهی به شکلی که مدت اقامت آنها را طولانی نکند، یکی از محدودیت‌های اجرایی این روش بود. محدود بودن اجرای مداخله به یک بیمارستان، فقدان سنجش پیگیری‌های بلندمدت تر در طرح مطالعه به دلیل محدودیت زمانی، از دیگر مشکلات پژوهش حاضر بود. بنابراین با توجه به اینکه برخی بیماران به علل مختلف از شرکت در جلسات گروهی معذور هستند، پیشنهاد می‌شود بین آموزش گروهی و فردی به عنوان دو روش مؤثر در کنار هم و با توجه به سهولت آن برای بیماران انتخاب صورت گیرد. همچنین با توجه به اینکه علاوه بر بیمار، خانواده نیز تحت تاثیر بیماری و پیامدهای آن قرار می‌گیرد، به نظر می‌رسد با شرکت دادن خانواده بیمار در فرایند جلسات، بتوان به نتایج مطلوب‌تری دست یافت. کاربرد روان‌درمانی خوشبینی به عنوان یک روش درمانی مکمل در کنار سایر درمان‌های رایج بیماران سرطانی با توجه به اثربخش بودن آن؛ انجام مطالعات پیگیری بلندمدت، بکارگیری این روش‌های درمانی در مورد سایر سرطان‌ها و همچنین بکارگیری رویکردهای دیگر روان‌درمانی به صورت گروهی در مورد مبتلایان به سرطان، از دیگر پیشنهادات این پژوهش می‌باشد که میتواند به غنای ادبیات پژوهشی در این زمینه بیفزاید.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مدیریت و کارکنان مرکز تشخیصی درمانی مهدیه همدان و بیماران شرکت کننده، که در اجرای این پژوهش ما را یاری نمودند، اعلام می‌داریم.

منابع

- اتکینسون، ر. اتکینسون، ر.س. اسمیت، ا. و هوکسما، س.ن. (۱۳۸۴). *زمینه روانشناسی هیلگارد*. ترجمه محمدنقی براهنی، بهروز بیرشک، مهرداد بیک، مهدی محی‌الدین، رضا زمانی، مهرناز شهرآرای، یوسف کریمی و نیمسان گاهان. تهران: نشر رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- اکبری نساجی، ن. (۱۳۷۸). *بررسی باورهای بهداشتی پرستاران نسبت به خودآزمایی پستان در مراکز درمانی شهر تبریز*، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- امینی خو، م. (۱۳۸۷). *بررسی و مقایسه اثربخشی روایت درمانی و درمان شناختی-رفتاری بر تصویر بدنی و عزت نفس زنان مبتلا به سرطان سینه*، پایان نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بهمنی، ب. (۱۳۸۹). *مقایسه اثربخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی/وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر علائم افسردگی از خود بروز دادند*، رساله دکتری چاپ نشده، دانشگاه علامه طباطبایی.
- پدرام، م. محمدی، م. نظیری، ق. و آیین پرست، ن. (۱۳۸۹). *اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بردرمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه*. فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه، ۱ (۴)، ۷۵-۶۱.
- حسنی خیابانی، ن. باباپورخیرالدین، ج. و علی پور، ا. (۱۳۹۰). *تاثیر شناخت رفتار درمانی در کاهش اختلال افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه*. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. ۳۳ (۵). ۵۵-۵۰.
- حیدری، ع. عسکری، پ. و درویشی، ح. (۱۳۸۸). *مقایسه اضطراب، افسردگی و امیدواری از نظر دارو درمانی، دارودرمانی همراه با تصویرسازی و تن آرامی در زنان مبتلا به سرطان سینه بیمارستان گلستان اهواز*. زن و فرهنگ، ۱ (۱)، ۹۸-۱۰۹.

- رمضانی، ط. (۱۳۸۰). میزان افسردگی و نیاز به مشاوره در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراکز شیمی درمانی شهر کرمان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۶ (۴)، ۷۰-۷۷.
- رنجبر کوچکسرائی، ف. و مصطفوی، گ. (۱۳۸۵). اختلالات اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان دستگاه تناسلی و سینه. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱ (۱)، ۲۸-۳۴.
- سامانی، س. و جوکار، ب. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، ۲۶ (۳)، ۶۵-۷۶.
- سجادی هزازه، م. صالحی، ب. و مشفق، ک. (۱۳۸۷). مقایسه تاثیر دارو درمانی و دارو-شناخت درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۱ (۳)، ۵۵-۶۱.
- سلیگمن، م. (۱۳۸۸). *شادمانی درونی*. ترجمه مصطفی تبریزی، رامین کریمی و علی نیلوفری. تهران: نشر دانژه (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۶).
- سلیگمن، م. (۱۳۸۶). *خوش بینی آموخته شده*. ترجمه قربانعلی خدایی. تهران: نشر چنار (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸).
- سلیگمن، م. رایویچ، ک. جی کاکس، ل. و گیلهم، ج. (۱۳۸۳). *کودک خوشبین: برنامه ای آزموده شده برای ایمن ساختن همواره کودکان در برابر افسردگی*. ترجمه فرزونده داورپناه. تهران: نشر رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۶).
- کهرآزنی، ف. دانش، ع. و حیدزادگان، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در کاهش نشانه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۴ (۲)، ۱۱۲-۱۱۶.
- نصری، ص. براهنی، م. کیهانی، م. و واعظی، ا. (۱۳۸۰). بررسی اثر بخشی مداخلات شناختی - رفتاری در کاهش اثرات جانبی روان شناختی در بیماران سرطان و بهبود شیوه های مقابله آن ها. *فصلنامه پژوهش های روان شناختی*، ۶ (۳ و ۴)، ۱۱-۳۶.
- وایت، ک. آ. (۱۳۸۹). *درمان شناختی رفتاری برای بیماری های مزمن پزشکی؛ راهنمای عملی برای ارزیابی و درمان*. ترجمه رضا مولوی و کتایون فتاحی. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار کتاب به زبان اصلی، ۲۰۰۱).

- Abend, TA., & Williamson, GM. (2002). Feeling attractive in the wake of breast cancer: Optimism matters and so do interpersonal relationships. *Journal of Health Psychology*, 28, 427-436.
- Antony, MM. Bieling, PJ. Cox, BJ. Enns, MW. & Swinson, RP. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical group and a community sample. *Psychological Assessment*, 2, 176-181.
- Cocker, K. Bell, D. & Kidman, A. (2007). Cognitive behavior therapy with advanced breast cancer patients: A brief report of a pilot study.
- Cocker, K. Bell, D. & Kidman, A. (1994). Cognitive-behavior therapy with advanced breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 3, 233-237.
- Deng, G. & Cassileth, BR. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *A Cancer Journal for Clinicians*, 55, 109-16.
- Edelman, S. Bell, D. kidman, A. (1999). Group CBT versus Supportive Therapy with Patients Who Have Primary Breast Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13 (3), 189-202.
- Fukui, S. Kugaya, A. Okamura, H. Kamiya, M. Koike, M. Nakanishi, T. Imoto, S. Kanagawa, K. & Uchitomi, Y. A. (2000). Psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma: a randomized controlled trial. *Cancer*, 89, 1026.1036.
- Given, C. Given, B. Rahbar, M. Jeon, S. McCorkle, R. & Cimprich, B. (2004). Does a symptom management intervention affect depression among cancer patients: results from a clinical trial? *Psycho-Oncology*, 13, 818.830.
- Hopko, DR. Bell, JL. Armento, M. [Robertson, S.](#) [Mullane, C.](#) [Wolf, N.](#) & [Lejuez, CW.](#) (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behave There*, 39(2), 126- 136.
- Kuijter, RG. Buunk, BP., Jong, M., Ybema, JF. & Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feeling of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho-oncology*, 13, 321-334.

Lovibond, PF. & Lovibond, SH. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and therapy*, 33(3), 335-343.

Perry, SH. Kowalski, Th. & Chang, CH. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Hqlo*, 2(1), 1-8.

Sandoval, GA. Brown, AD. Sullivan, T. & Green, E. (2006). Factors that influence patients' overall perceptions of quality of care. *International Journal of Quality Health Care*, 18, 266–274.

Simpson, JS. (2001). Effect of group therapy for Breast cancer on health care utilization. *Cancer practice*, 9(1), 19-26.