

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

پانته آ خسروی^۱

علیرضا مرادی^۲

آرش جنابیان^۳

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۱۶

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 پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل در یک پیگیری ۶۰ روزه می باشد. 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 بطور 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، تاهل و شغل با دو گروه بالا همتا شدند به عنوان گروه کنترل سالم، در مطالعه شرکت

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- فوق تخصص خون و آنکولوژی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی

کردند. ابزار پژوهش شامل مصاحبه تشخیصی *SCID*، آزمون حافظه شرح حال (*AMT*)، پرسشنامه کیفیت زندگی (*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 موثر 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 در مانی مبتنی بر هشیاری ذهن، استرس پس از سانحه، حافظه شرح حال، کیفیت زندگی، درمان شدگان سرطان پستان.

مقدمه

سرطان پستان^۱، از درمان‌پذیرترین 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 درمان‌شده، 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

1. Breast cancer

(بیتی^۱، آکسلد^۲، ۲۰۰۸). از پاسخ های رایج در درمان شدگان سرطان پستان، می توان به نگرانیهای وجودی، ترس از عود، تغییرات خلقی شامل نگرانی، خشم، ناراحتی، ناامیدی، عدم اطمینان، تصویر بدنی نامناسب، پریشانی هیجانی و مشکلات دیگر اشاره کرد (نابف^۳، ۲۰۱۱). در برخی از آنان، این فشار روانی با گذشت زمان از بین می رود و می توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی به لحاظ بالینی مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می کنند که معمولاً به عنوان بخشی از یک اختلال افسردگی یا اختلالات اضطرابی بروز می کنند. از آن جمله می توان به اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) اشاره کرد. انجمن روانپزشکی آمریکا^۴ در سال ۱۹۹۴ برای اولین بار بیماریهای تهدیدکننده زندگی مانند سرطان را بعنوان عامل استرس زا که می تواند اختلال استرس پس از سانحه PTSD^۵ را ایجاد نماید، در نظر گرفته است. سرطان پستان نیز به دلیل تأثیرات خاصی که بر سلامت روان زنان می گذارد می تواند بعنوان عامل استرس زا شناخته شده و منجر به PTSD شود (کوردوا^۶، دیویس^۷ و گولانت^۸، ۲۰۰۷). PTSD در بازماندگان سرطان به صورت نشانه هایی از قبیل افکار مزاحم^۹، اجتناب، احساس گناه، گوش به زنگ بودن، شکایات بدنی، ناامیدی و زود رنجی بروز می کند (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^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین در ۲۰٪ تا ۵۰٪ از درمان شدگان سرطان پستان، علائم زیر سندرمی PTSD

۱. Beatty

۲. Oxlad

۳ knobf

4. American Psychiatric Association

5. Post Trauma Stress Disorder

۶. Cordova

۷. Davis

۸. Golant

۹. instrutive thoughts

10 Andrykowski

گزارش شده است (نابف، ۲۰۱۱). PTSD زیر سندرمی به عنوان بروز حداقل یک نشانه در هر یک از سه خرد مقیاس های این اختلال (اجتناب، بیش برانگیختگی، افکار مزاحم) تعریف شده است (بلانچارد^۱، ۱۹۹۶، به نقل از تامسون^۲، ۲۰۱۱). این اختلال به عنوان یکی از اختلالات اضطرابی در طبقه بندی (DSM-IV) علاوه بر داشتن ویژگی های اختصاصی، در بسیاری از موارد با افسردگی و اضطراب به عنوان عوامل همبود با اختلال، همراه می باشد که سبب کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه درمان شدگان می شود. همچنین بیماران مبتلا به PTSD در گیر دامنه ای از مشکلات شناختی در ابعاد مختلف می باشند. کنش های شناختی ویژه ای نظیر توجه، تمرکز، حافظه، پردازش اطلاعات و فرایندهای استدلال و قضاوت دچار آسیب می گردد. آنچه حائز اهمیت است، نقش حافظه و فرایندهای پردازش حافظه و بازیابی خاطرات در حافظه می باشد. در سال های اخیر مشکلات مربوط به حافظه شرح حال در افراد مبتلا به PTSD محور پژوهش های علمی قرار گرفته است (جابسون و اوکارونی، ۲۰۰۹). یافته های برخی پژوهش ها نشان می دهد که میان شدت نشانه های PTSD و کاهش در عملکرد حافظه ی شرح حال اختصاصی رابطه ی مثبت و پایایی وجود دارد (بروین، ۲۰۰۷، مرادی و همکاران، ۲۰۰۸). بیماران مبتلا به PTSD خاطرات ناقص و آشفته ای از رویداد تروماتیک به یاد می آورند 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 نمی باشند. در واقع کاهش اختصاصی بودن حافظه در افراد مبتلا، منجر به عملکرد ضعیف آنها در تکالیف شناختی می شود (داگلیش^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). به دلیل همین نقص می کوشند با راهبردهای اجتنابی از احساس وقوع مجدد رویداد آسیبزا جلوگیری کنند و متناوباً آن را می پذیرند و انکار می کنند. وجود اضطراب و نشانه های اختلال استرس پس از سانحه مانند اجتناب می تواند

۱. Blanchard

۲. Thompson

۳. Dagleish

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 اجتناب ناپذیر است. زیرا می تواند بر پیگیری دوره ها، عود بیماری و بطور کلی کیفیت زندگی آنان تأثیر بگذارد. از میان رویکردهای درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن از جمله رویکردهای روان شناختی است که توجه پژوهشگران و روان شناسان را در دهه های اخیر به خود جلب کرده است. 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 آمیزه ای مثبت از جنبه های شناخت درمانی^۲ بک و برنامه کاهش استرس مبتنی بر هشیاری ذهن (MBSR^۳) کابات زین (۱۹۹۰) بود (کاویانی و همکاران، ۱۳۸۴). MBSR یک برنامه ۸ هفته ای برای بیماران با درد مزمن و کاهش استرس ناشی از چالش های زندگی، نشانه های پزشکی و مدیریت فعالیت های هیجانی است و در اختلالات پزشکی از قبیل سرطان، درد مزمن، بیماری های بدخیم، ایدز، فشار خون بالا، ناباروری، سردرد، درد معده، اختلالات خواب، ترس و اختلالات افسردگی و وحشت زدگی موفقیت آمیز بوده است (کرن^۴، ۲۰۰۹). نتایج برخی پژوهش ها از نقش درمانی MBCT در درمان اختلالات خلقی، اضطرابی و درد مزمن ۵ حمایت کرده اند. همچنین پژوهش (کیمبراف^۵، ۲۰۱۰، لین^۶ و همکاران، ۲۰۱۲) نشان دهنده ی اثربخشی MBSR بر کاهش نشانه های استرس پس از سانحه در افرادی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند، می باشد. فالی^۸ و همکاران (۲۰۰۹)،

^۱ Steven

^۲ Cognitive therapy

^۳ Mindfulness Base stress therapy

^۴ Crane

^۵ Chronic pain

^۶ Kimbrough

^۷ Lynn

^۸ foley

اثربخشی MBCT را در افرادی که تحت درمان سرطان بودند، ارزیابی کردند. نتایج بیانگر تاثیر این مداخله در کاهش افسردگی، اضطراب و به طور کلی کیفیت زندگی بیماران می باشد. لاری^۱ و همکاران (۲۰۱۲)، مطالعه ای 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 می گردد. جانسن^۲ (۲۰۱۲)، اثربخشی MBCT را بر کاهش درد مزمن در زنان درمان شده‌ی سرطان پستان، ارزیابی کرده است. نتایج نشان داد MBCT می تواند به عنوان یک راهکار درمانی برای کاهش درد در درمان شدگان سرطان پستان، کاربرد داشته باشد. همچنین یافته‌های پژوهش مهرانفر، یونسی، بنی هاشم (۲۰۱۱) با هدف اثربخشی MBCT در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در مادران کودکان مبتلا به سرطان، بیانگر موثر بودن این روش در کاهش علائم اضطراب و افسردگی می باشد.

از آن جاییکه اختلال PTSD تمام سطوح رفتاری، هیجانی و شناختی را تحت تاثیر قرار می دهد 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) می گردد، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هوشیاری ذهن در بهبود علائم هیجانی، رفتاری و شناختی افراد درگیر با ترومای سرطان می باشد. همچنین این پژوهش بر آن است تا اثربخشی درمان را در ارتقاء کیفیت زندگی افراد مبتلاء نیز بررسی کند.

روش

۱. Lari

۲. Johannsen

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون، گروه کنترل در یک پیگیری ۶۰ روزه می باشد. 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 بخش های رادیوتراپی و آنکولوژی بیمارستان های فوق تخصصی چمران، بقیه الله، بعثت و بخش جراحی درمانگاه ارم مراجعه کرده بودند انتخاب شدند. دو گروه فوق از طریق ارزیابی مقدماتی از میان درمان شدگانی که نمره برش در مجموعه آزمون ها 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=۶/۰۸)، گروه کنترل بیمار ۴۶/۵۸ (SD=۳/۷۶)، گروه کنترل سالم ۵۳ سال (SD=۶/۴۱) بود. تحلیل خی دو نشان داد خانه های برخی از جداول دارای فراوانی پیش بینی شده کمتر از ۵ هستند بنابراین آزمون معنی داری Exact برای خی دوی انتخاب شد. میان گروهها در متغیر تحصیلات (exact = 1, df = 2, x² = 0/56), متغیر شغل (exact = 0/73, df = 4, x² = 2/50), متغیر فرزند (exact = 0/18, df = 6, x² = 8/51), متغیر وضعیت تاهل (exact = 0/75, df = 2, x² = 2/18) و نوع درمان (exact = 0/44, df = 2, x² = 3/73) 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 راه استفاده شد. با توجه به (F = 0/49, P > 0005) بین گروهها از نظر سن تفاوت معنی داری نیست. از تمام آزمودنی ها نیز رضایت نامه 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، هفته ای 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 آزمون های روان شناختی 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 روان شناختی و دارویی (روانپزشکی و سایر) نباشند.
- تمایل و امکان شرکت در جلسات

ابزارهای پژوهش

ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر می باشد:

• مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای اختلالات محوری (SCID-I)^۱

SCID-I یک مصاحبه کلینیکی نیمه ساختار یافته است که برای تشخیص گذاری اختلالات عمده محوری I بر اساس DSM-IV به کار می رود (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 پژوهش ها 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 پژوهش هایی که اخیراً انجام شده اند،

1. Structural clinical Interview for DSM

تشخیص‌هایی که با استفاده از SCID گذاشته شده است از روایی بالاتری نسبت به مصاحبه‌های بالینی استاندارد دیگر برخوردار است (محمد خانی و همکاران، ۱۳۸۹).

• پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک

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

• پرسشنامه خودسنجی تاثیر رویداد^۱ (IES-R)

مقیاس تجدید نظر شده تاثیر رویداد؛ به وسیله وایس^۲ و مارمر^۳ (۱۹۹۷) هماهنگ با ملاکهای DSM-IV برای تشخیص PTSD تدوین گشت. مقیاس IES اصلی (هوروویتز و همکاران^۴، 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 ۱۵×۲۰، 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

1. Impact of Event Scale
2. Weiss
3. Marmar
4. Horowitz

لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی همتا شده بود، انتخاب می شوند. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید. به شرکت کنندگان آموزش داده می شود که به هر لغت، با رویدادی اختصاصی که به واسطه لغت یادآوری می شود، پاسخ دهند اولین خاطره بازیابی شده (اختصاصی یا غیراختصاصی) کدگذاری می شود. لازم به ذکر است که فقط داده های مربوط به خاطرات اختصاصی وارد تحلیل و در اینجا ذکر شده اند.

• پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی بیماران سرطانی QLQ-C36

پرسشنامه کیفیت زندگی QLQ-36 یک معیار استاندارد می باشد 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 بر اساس 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 $QLQ-36 \alpha \geq 0.85$ 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، واریسی 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 خودکار 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 ی دیگری به وقایع نگاه کند تا

دید گسترده و متفاوتی به آن‌ها 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 می‌کند. افکار فقط فکر هستند و لزوماً واقعیت ندارند.

جلسه هفتم: تشخیص نشانگان هشدار دهنده و برنامه ریزی برای پاسخ بهینه به آن‌ها

جلسه هشتم: جمع بندی، مرور جلسات، ارزیابی برنامه

یافته ها

در جدول ۱ با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی، عملکرد آزمودنی‌های 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 پیش آزمون و پس آزمون در متغیرهای پژوهش تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در متغیر IES میانگین نمرات پس آزمون 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 پس آزمون کاهش یافته است. همچنین میزان حافظه شرح حال و کیفیت زندگی در مرحله پیگیری با افزایش همراه بوده است. مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تایید شد. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۲ و میزان عدد F می‌توان عنوان نمود پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنی دار عامل بین آزمودنی‌های گروه آزمایش وجود دارد. نمرات میانگین تعدیل شده در متغیرها پیشنهاد می‌کند گروه آزمایش تحت تاثیر برنامه MBCT بوده است.

جدول ۱. مقایسه میانگین ها در سه مرحله

مقیاسها	مرحله	گروه آزمایش		گروه کنترل بیمار		گروه کنترل سالم	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
IES	پیش	۶۴/۹	۸/۵۳	۶۱/۶۶	۶/۷۷		
	آزمون	۲۶/۵۳	۷/۷۱	۶۱/۶۳	۶/۰۳		
	پس آزمون پیگیری	۱۵/۳۷	۱۳	۶۳/۱۲	۵۷/۶		
خرده مقیاس اجتناب	پیش	۲۲/۵۰	۴/۲۱	۲۱	۴/۴۱		
	آزمون	۱۰	۳	۲۰/۵۸	۵/۱۲		
	پس آزمون پیگیری	۵/۴۴	۴/۴۱	۱۹/۸۸	۴/۹۳		
خرده مقیاس افکار مزاحم	پیش	۲۱/۲۵	۳/۹۵	۲۰/۵۸	۳/۴۴		
	آزمون	۸/۵۸	۳/۳۴	۲۰/۶۳	۳/۹۳		
	پس آزمون پیگیری	۶/۲۲	۴/۹۴	۲۲/۲۲	۲/۶۳		
خرده مقیاس بی برانگیختگی	پیش	۲۱/۷۰	۳/۳۳	۲۰/۰۸	۲/۸۸		
	آزمون	۸/۷۵	۳/۳۸	۱۹/۶۶	۱/۸۹		
	پس آزمون پیگیری	۵/۱۱	۴/۸۳	۱۹/۷۷	۱/۷۸		
حافظه شرح حال اختصاصی	پیش	۱/۸۳	۱/۴۶	۱/۴۱	۰/۷۹	۵/۸۳	۱/۸۵
	آزمون	۵/۵۸	۲/۰۲	۱/۴۱	۰/۹۰	۵/۸۳	۲/۱۲
	پس آزمون پیگیری	۵/۸۸	۲/۳۶	۱	۱	۶/۱۲	۱/۴۵

۲۷۷۰/۴۱	۲۷۶۰/۱۰	۳۸۰/۵	۱۳۷۲	۴۲۰/۴۷	۱۳۱۹/۵۴	پیش	کیفیت زندگی
۷۰۰/۱۴	۵۶۵/۵۹	۴۲۲/۵۷	۱۴۰۳/۳۳	۵۰۰/۳۱	۲۳۳۸/۵۰	آزمون	
۶۳۶/۹۱	۲۸۲۷	۴۸۳/۲۷	۱۳۳۰	۴۲۹/۲۸	۲۴۶۷/۳۳	پس	
						آزمون	
						پیگیری	

جدول ۲. آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها

مقیاس	منبع	مجذوراتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	Df	مجموع مجذورات نوع سوم
	پیش	۰/۴۰	۰/۰۰۳	۱۱/۵۹	۲۷۳/۰۴	۱	۲۷۳/۰۴
	آزمون						
استرس پس از سانحه	گروه	۰/۹۳	۰/۰۰	۲۷۹/۱۵	۶۵۷۴/۶۲	۱	۶۵۷۴/۶۲
	خطا	۴۰۰/۳۸			۲۳/۵۵	۱۷	
	کل	۴۸۴۹۵				۲۰	
حافظه شرح حال	پیش	۰/۲۵	۰/۰۰۲	۱۱/۱۶	۲۶/۷۷	۱	۲۶/۷۷
	آزمون						
	گروه	۰/۵۴	۰/۰۰۰	۱۹/۲۴	۴۶/۱۲	۲	۹۲/۲۵
	خطا				۲/۳۹	۳۲	۷۶/۷۲
	کل					۳۶	۹۱۰
کیفیت زندگی	پیش	۰/۸۱	۰/۰۰۰	۹۸/۳۹	۵۸۷۶۶۳۷/۴۵	۱	۵۸۷۶۶۳۷/۴۵
	آزمون						
	گروه	۰/۷۹	۰/۰۰۰	۴۳/۷۸	۲۶۱۴۸۹۹/۱۸	۲	۵۲۲۹۷۹۸/۳۶
	خطا				۵۹۷۲۴/۲۱	۲۳	۱۳۷۳۶۵۶/۹۲
	کل					۲۷	۱/۵۴

جدول ۳. مقایسه گروه‌ها بر اساس 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 ۱	۴/۸۸	۰/۰۰۰
	کنترل ۲	-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 بر اساس 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 نشخوار کننده در شرکت کنندگان سبب اجتناب از مراجعه به موقع به پزشک جهت کنترل دوره ای، 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 ناامیدی 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 مرحله‌ی 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 تجربه‌ی 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 علائم افسردگی که همبود

اختلال PTSD می باشد، 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 موثری دارد. درمان سبب شد تا با کاهش علائم اجتنابی و نشانه‌های افسردگی بازیابی خاطرات گذشته بهتر انجام پذیرد. همچنین درمان MBCT با ایجاد نظم و برطرف کردن مشکلات توجه سبب می شود تا علائم مربوط به حالات فراموشی حافظه برطرف گردد و نتیجه آن باز تولید خاطرات گذشته می باشد. ارائه درمانهای اختصاصی معطوف به حافظه رویدادی بهتر می تواند بازیابی خاطرات را سبب شود. در پژوهش حاضر سعی شد که با استفاده از برنامه شناخت درمانی مبتنی بر هشپاری 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 ی پیگیری می توان پیش بینی کرد در صورت انجام مستمر تمرین های MBCT این بهبودی افزایش یابد و به سطح مطلوب تری برسد. با توجه به اثر بخشی این برنامه ی آموزشی و با در نظر گرفتن فواید آن، توصیه می شود مسئولین بهداشتی، کیفیت مراقبت ها 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 موثری ایفا کنند.

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

منابع فارسی

علوی، نسرين السادات، منائی. (۱۳۸۸). اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان و مقابله با آن. فصلنامه بیماری های پستان ایران، سال دوم، شماره سوم و چهارم.

کاوینانی، حسین، جواهری، فروزان، بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. مجله تازه های 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
- 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. & Dalglish, 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.