

گروه درمانگری شناختی - هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه

Cognitive-Existential Group Therapy and Cognitive Instructional Therapy for Breast Cancer Patients

Bahman Bahmani

PhD Candidate

Allameh Tabatabayi University

Ahmad Etemadi, PhD

Allameh Tabatabayi University

دکتر احمد اعتمادی

دانشیار

دانشگاه علامه طباطبائی

بهمن بهمنی

دانشجوی دکتری

دانشگاه علامه طباطبائی

Abdollah Shafiabadi, PhD

Allameh Tabatabayi University

Ali Delavar, PhD

Allameh Tabatabayi University

دکتر علی دلاور

استاد دانشگاه علامه طباطبائی

دکتر عبدالله شفیع آبادی

استاد دانشگاه علامه طباطبائی

Ali Ghanbari Motlagh, MD

Shahid Beheshti University of Medical Science

دکتر علی قنبری مطلق

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه دو روش مداخله شناخت درمانگری آموزش محور (فری، ۱۹۹۹) و گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر (کی‌سان و دیگران، ۱۹۹۷) در بهبود مشکلات روانی زنان افسرده مبتلا به سرطان سینه اجرا شد. چهل زن (۲۰ تا ۶۵ ساله) افسرده مبتلا به سرطان سینه به دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه تقسیم شدند. گروه نمونه سابقه بیماری روان‌پزشکی قبل از ابتلا به سرطان نداشتند و در زمان اجرای پژوهش میانگین نمره افسردگی آنها براساس آزمون افسردگی تجدیدنظر شده بک (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) از متوسط بالاتر بود. هر سه گروه به پرسشنامه‌های افسردگی تجدیدنظر شده بک (۱۹۹۶)، امید (میلر و پاورز، ۱۹۸۸)، حرمت خود (پوپ و مک‌هیل، ۱۹۸۸) و کیفیت زندگی (آرنسون و دیگران، ۱۹۹۳) قبل و بعد از اجرای درمانگری که در قالب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی اجرا شد، پاسخ دادند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان دادند که میانگین افسردگی در گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر کمتر و میانگین امیدواری آنها به گونه معناداری بیشتر از میانگین گروه شناخت درمانگری آموزش محور بود. بین میانگینهای حرمت خود و کیفیت زندگی در دو گروه درمانگری تفاوت معنادار به دست نیامد. میانگین هر چهار متغیر در دو گروه آزمایشی تفاوت معنادار با گروه گواه داشت. نتایج براساس نظریه‌های زیربنایی دو روش درمانگری و طرح مداخله مورد بحث قرار گرفت.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر، شناخت‌درمانگری آموزش محور، سرطان سینه، افسردگی، امید، حرمت خود، کیفیت زندگی.

Abstract

This study aimed to compare the two therapeutic interventions: cognitive-instructional therapy (Free, 1999) and cognitive-existential group therapy (Kissane et al. 1997), in improving psychological problems in depressed patients with breast cancer. Forty depressed women (ages 20-65) with breast cancer were randomly assigned into two experimental groups and one witness group. The sample group did not have a history of psychiatric symptoms prior to the cancer and when the study was conducted they scored above average on Beck's Depression Inventory-II (1991). All the three groups responded to the Beck Depression Inventory-II (1996), Miller Hope Scale (Miller & Powers, 1988) and Self-Esteem (Pope & McHale, 1988) and Quality of Life (Aaronson et al. 1993) questionnaires before and after 12 weekly sessions of ninety-minute intervention. MANCOVA results indicated that the depression was lower and hopefulness was higher in the cognitive-existential than in the cognitive-instructional therapy group. The self-esteem and quality of life means of the two therapy groups were not significantly different. The means of the four variables for both therapy groups significantly differed with those of the witness group. Findings are discussed in terms of the underpinnings of the two therapeutic approaches and the design of intervention.

Key words: cognitive-existential group therapy, cognitive instructional therapy, breast cancer, depression, hope, self-esteem, quality of life.

واکنشهای روان‌شناختی در افراد پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان سینه محسوب می‌شود (جاکبسون و جیم، ۲۰۰۳) و حتی برخی از گزارشها حاکی از آن هستند که اضطراب و افسردگی تأخیری تا سه سال پس از پایان اقدامهای پزشکی برای درمان سرطان نیز ادامه پیدا می‌کند (رد^{۱۳}، مونتگومری^{۱۴} و دوهام^{۱۵}، ۲۰۰۱ نقل از شیلدز و روسو، ۲۰۰۴).

افسردگیهای واکنشی حاصل تصور فرد در مورد از دست دادن یک شیء مهم در زندگی است. سطح حرمت خود^{۱۶} در بیمار افسرده ضعیف است، به آینده بدبین است، تسلیم سرنوشت می‌شود و به ایجاد تغییر در شرایط و یاری گرفتن امیدی ندارد (سادوک، جیمز و ویرجینیا، ۱۳۸۵/۲۰۰۳). وستاوی و ولمارانس (۱۹۹۲) نشان داده‌اند که بین داشتن معنا برای زندگی با دو مفهوم نگاه منفی به رویدادها و شدت افسردگی رابطه منفی و بین داشتن معنا برای زندگی و حرمت خود رابطه مثبت وجود دارد.

برخی از نشانه‌های افسردگی نظیر خستگی مفرط، وجود تاریخچه قبلی یا دوره اخیر افسردگی بعد از شروع سرطان، بازخوردهای شناختی^{۱۷} حاکی از درماندگی و ناامیدی و از دست دادن روحیه مبارزه‌گری - به دلیل تأثیر منفی بر روابط بین فردی، عملکرد شغلی، تنیدگی^{۱۸} و برداشت ذهنی فرد در مورد سطح سلامت روانی و جسمانی - می‌توانند بر کیفیت زندگی تأثیر منفی داشته باشند (ریچ، لسور و پردریز - شوالیه، ۲۰۰۷).

چنین مشکلاتی از طریق تأثیر منفی بر کنشهای روان‌شناختی^{۱۹} و افزایش تنیدگی ناشی از بیماری سرطان، قابلیت فرد برای سازگاری عمومی را کاهش می‌دهند (شیلدز و روسو، ۲۰۰۴)، بر نظام ایمنی بدن این بیماران و در نتیجه توانایی بهبود جسمانی تأثیر منفی می‌گذارند (اشرفی، گوپاتا، چادهاری، سولارسنام، راجو، سالوجها و سریواستاوا، ۲۰۰۴) و به محدودیتهایی در کنش‌وری

سرطان سینه حاصل رشد خارج از مهار و بدخیم توده‌های سلول اپیتلیالی پوشاننده مجاری یا لبولهای بافت سینه در زنان (و در موارد بسیار نادر در مردان) است. این بدخیمی‌ها حدود ۳۳٪ انواع سرطان خانمها را تشکیل می‌دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف جهان بین ۸٪ تا ۱۰٪ برآورد شده است (جامعه سرطان آمریکا^۱، ۲۰۰۴).

بیماران مبتلا به سرطان سینه اغلب درماندگی روان-شناختی^۲ شدیدی را در زمان آگاهی از ابتلا به سرطان و نیز در تمام طول دوره درمان تجربه می‌کنند. یافته‌ها نشان داده‌اند که درماندگی روان‌شناختی این بیماران با شدت عوارض جانبی ناشی از شیمی‌درمانگری و پرتو-درمانگری همبستگی دارد (شیلدز و روسو، ۲۰۰۴).

پژوهشگران (نورت‌هاوس^۳، ۱۹۸۹؛ ایروین^۴، ۱۹۹۱؛ براون^۵، گروکس^۶، رابرتس^۷ و براون^۸، ۱۹۹۱؛ مانسل^۹، بریسون^{۱۰} و دشسنس^{۱۱}، ۱۹۹۲ نقل از کی‌سان، بلچ، اسمیت، میاچ، کلارک و ایکین، ۲۰۰۳) به مطالعاتی پرداخته‌اند که به شیوع ۸۰ درصدی نشانه‌های درماندگی روان‌شناختی در طی دوره اول برنامه درمانگری این بیماران اشاره دارند و ممکن است تا دو سال پس از شروع درمانگری نیز ادامه پیدا کنند.

علاوه بر این، پایان دوره فعال درمان پزشکی، آغاز دوره انتقالی مهمی در زندگی این بیماران محسوب می‌شود و آنها را با نمای تازه‌ای از زندگی جدید به عنوان یک بازمانده از سرطان مواجه می‌کند. در این شرایط بسیاری از بیماران وارد دوره جدیدی از زندگی می‌شوند که در طی آن دلمشغولیهای هستی‌نگر^{۱۲} مبتنی بر نگرانی و تردید نسبت به آینده بسیار بارز می‌شوند (مارکوس، گرت، سلا، ونزل، بردی، گرین و دیگران، ۱۹۹۸).

افسردگی با شیوع ۲۵ درصدی شیوع از جمله شایعترین

1. American Cancer Society
2. psychological distress
3. Northouse, L.
4. Irvine, D.
5. Brown, B.
6. Grooks, D.
7. Roberts, J.

8. Brown, G.
9. Maunsell, E.
10. Brisson, J.
11. Deschenes, L.
12. existential issues
13. Redd, W. H.
14. Montgomery, G. H.

15. Duhamel, K. N.
16. self-esteem
17. cognitive attitudes
18. stress
19. psychological functions

سابقه پژوهش در مورد روشهای مداخله روان شناختی مورد استفاده در درمان درماندگی روان شناختی پیامد سرطان به سالهای چندان دور باز نمی گردد و تاریخچه پژوهشهای متقن علمی در مورد میزان کارآمدی روشهای مداخله در مورد سرطان سینه از آن نیز کمتر است.

برای روی آوردهای شناخت درمانگری مزایای متعددی از جمله ساختارمند بودن، اقتصادی بودن، فرهنگ پذیر بودن، عینی و قابل سنجش بودن نتایج درمان، فهرست شده اند. مطالعات مختلف مؤید کارآمدی شناخت درمانگری در درمان افسردگی هستند. برای مثال، مؤسسه ملی ارتقای سلامت و خدمات بالینی^۷ (۲۰۰۳)، در جمع بندی خود از نتایج پژوهشهای بین گروهی که با استفاده از روش گزینش و گمارش تصادفی آزمودنیها در گروههای مقایسه «کوششهای کنترل شده تصادفی»^۸ انجام شده بود، نتیجه گرفت بیمارانی که از روش شناخت درمانگری سود جسته اند در مقایسه با گروه گواه (بیماران در نوبت درمان) در مهار افسردگیهای خفیف تا متوسط کاملاً برتری داشته اند. مطالعات مبتنی بر کوششهای کنترل شده تصادفی دیگری نیز وجود دارند که نشان داده اند تأثیر شناخت درمانگری در درمان بیمارانی که براساس معیارهای نسخه چهارم دستورالعمل آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۹ مبتلا به درجات متوسط اختلال افسردگی مهاد^{۱۰} بوده اند با دارو- درمانگری برابر بوده و تلفیق دارودرمانگری و شناخت- درمانگری در درمان افسردگیهای وخیم^{۱۱} و افسردگیهای مزمن^{۱۲} از تأثیر جداگانه هر یک از آنها بهتر بوده است.

در مورد بررسی اثربخشی روشهای مداخله روان شناختی بر بیماران مبتلا به سرطان نیز پژوهشهایی انجام شده اند. رومانز، ماتيو، جف، مارلن، بوستویک و آلترنون و دیگران (۲۰۰۶) در تلاش خود برای ارزیابی میزان کارآمدی درمانهای CBT بر کاهش درماندگی روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان از روش فراتحلیل استفاده کردند. معیار آنها برای انتخاب پژوهشها جهت ورود به فرایند فرا-

جنبه های مختلف زندگی آنها منجر شوند (اوسورن، روبین، دمونکارا، آنجلیک، فورشتاین و مایکل، ۲۰۰۶).

مطالعات گوناگون نشان داده اند که افسردگی می تواند با کاهش شاخصهای حرمت خود، امیدواری و کیفیت زندگی از میزان و کیفیت همکاری بیمار با پزشک بکاهد و تبعیت از دستورهای درمانگر را دچار نارسایی جدی کند، با تضعیف نظام ایمنی بدن، میزان اثربخشی اقدامهای درمانگری را کاهش دهد و میزان و کیفیت بهبودی را به مخاطره بیندازد (تایلور، ۲۰۰۰).

اگرچه فراتحلیل مطالعات انجام گرفته در زمینه بررسی روشهای مداخله روان شناختی (به طور کلی) که برای کاهش علائم درماندگی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه طراحی و اجرا شده اند، تأثیر مثبت این مداخله ها را بر مشکلات مذکور تأیید کرده اند (مایر^۱ و مارک^۲، ۱۹۹۵؛ دواین^۳ و وستلیک^۴، ۱۹۹۵؛ شی آرد^۵ و مگویر^۶، ۱۹۹۶ نقل از کی سان و دیگران، ۲۰۰۳) اما هیچ کدام از مطالعات مورد استفاده در فراتحلیل مذکور به نیازهای خاص زنانی که به خاطر مراحل اولیه سرطان سینه پس از عمل جراحی تحت شیمی درمانگری قرار داشته اند، توجه مستقیم مبذول نکرده اند (کی سان و دیگران، ۲۰۰۳).

در واقع مطالعات متعدد نشان داده اند که درماندگی روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه بیشتر در حول تهدید مرگ، عود مجدد بیماری، نگرانی در مورد آینده مبهم، رنج حاصل از عوارض جانبی اقدامهای درمانگری، مسائل جنسی، نازایی، تصویر بدنی مغشوش و روابط بین فردی متمرکز است (کی سان و دیگران، ۲۰۰۳).

به این ترتیب به نظر می رسد چالش اصلی با حصول اطمینان از مفید بودن روشهای به کار رفته برای کمک به بیماران در موقعیتهای روزمره و غیرآزمایشگاهی مرتبط است. یک روش برای رسیدن به هدف مذکور می تواند وسعت نگاه به نیازهای بیماران و تطبیق سطح مداخله با نیازهای خاص آنها باشد.

1. Meyer, T.

2. Mark, M.

3. Devine, C.

4. Westlake, G.

5. Sheared, T.

6. Maguire, P.

7. National Institute for Health and Clinical Excellence

8. randomized controlled trials

9. Diagnostics and Statistical Manual of Psychological disorders-IV (DSM-IV)

10. major depression

11. severe depression

12. chronic depression

تحلیل استفاده از مقاله‌هایی بود که بین سالهای ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۴ در یکی از سه سایت تخصصی Medline، PscINFO و Cochrane منتشر شده بودند و پژوهشگران آنها در طرح خود از گروههای مقایسه تجربی و گواه و نیز روش گزینش و گمارش تصادفی استفاده کرده بودند. در مجموع ۱۴۹۲ نمونه زن و مرد که بین ۱۸ تا ۸۴ سال سن داشته و مبتلا به سرطانهای گوناگون بودند مورد فراتحلیل قرار گرفتند. ۷۹۰ نفر از این عده در گروههای تجربی و ۷۰۲ نفر در گروه گواه قرار گرفتند. افزون بر سایر یافته‌ها، این پژوهش نشان داد که در کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان نقش مؤثری داشته است.

کی‌سان و دیگران (۲۰۰۳)، به منظور پاسخ به نیازهای خاص زنانی که از بیماری سرطان غیر منتشر سینه رنج می‌بردند، کوشیدند تا روش مداخله جدیدی را که حاصل تلفیق عناصری از دو روی‌آورد مداخله «شناخت‌درمانگری» و «روان‌درمانگریهای هستی‌نگر» بود، تدوین و پیشنهاد کنند. روش مذکور تلفیقی از فنون ارزیابی مجدد شناختی (موری و گریر، ۱۹۸۹) و ارتقای مهارتهای مقابله (فاووزی، کازینز، فاووزی، کمنی، الاشوف، مورتن، ۱۹۹۰) است که با عناصری از راهبردهای هستی‌نگر (یالوم، ۱۹۸۰) و حمایتی/ابرازکننده (کلاس، دیاموند، سولمن، فوبر، اسپیرا^۱ و اسپیکل^۲، ۱۹۹۳ نقل از کی‌سان و دیگران، ۱۹۹۷) ترکیب شد و در عین حال با هدف استفاده از مزایای حمایتی موجود در گروهها کوشش به عمل آمد تا شکل مداخله در قالب مشاوره‌های گروهی ارائه شود.

کی‌سان و دیگران (۲۰۰۳) در پژوهشی که با استفاده از طرح «کوششهای کنترل‌شده تصادفی» انجام داد، نتیجه گرفت که شناخت‌درمانگری هستی‌نگر بر کاهش نشانه‌های کلی درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه غیرمنتشر تأثیر مثبت دارد. لیکن گزارش مذکور در مورد تأثیر خاص این روش بر افسردگی به عنوان یک اختلال متمایز و نیز تأثیر تفکیکی آن بر متغیرهای مداخله‌گری

نظیر حرمت خود، امیدواری و کیفیت زندگی، یافته‌ای ارائه نکرده است.

کی‌سان، لاو، هاتو، بلاچ، اسمیت، کلارک و دیگران (۲۰۰۴) در مطالعه دیگری که مستقیماً به منظور بررسی احتمال تأثیر شناخت‌درمانگری-هستی‌نگر بر افزایش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام داد، نتیجه گرفتند که اگر چه گروه‌درمانگری شناختی-هستی‌نگر بر افزایش طول عمر این بیماران مؤثر نیست، اما در کاهش درماندگی روان‌شناختی آنها بسیار مفید واقع می‌شود (کی‌سان و دیگران، ۲۰۰۴). با این وجود در این مطالعه نیز درماندگی روان‌شناختی به عنوان یک مقوله کلی بررسی شده و به افسردگی (یا هر نشانگان خاص دیگری) به عنوان یک مجموعه نشانگان متمایز پرداخته نشده است.

این پژوهش درصدد مقایسه کارآمدی دو شیوه مداخله «شناخت‌درمانگری آموزش محور به سبک مایکل فری» (فری^۱، ۱۹۹۹/۱۳۸۴) و «گروه درمانگری شناختی-هستی-نگر» (کی‌سان، بلاچ، میاچ، اسمیت، سه‌دون و ککز، ۱۹۹۷) بوده است. اگرچه کارآمدی شناخت‌درمانگری «بک» بر درمان افسردگی در مطالعات مختلف گزارش شده (بک^۲، ۱۹۹۹ نقل از کی‌سان و دیگران، ۲۰۰۴) و کارآمدی شناخت‌درمانگری آموزش محور به سبک مایکل فری به عنوان روش تلفیقی برگرفته از روی‌آوردهای مختلف شناختی بر درمان افسردگی نیز در گزارشی که فری از ارزیابی شیوه مذکور ارائه کرده تصریح شده است (فری، ۱۹۹۹/۱۳۸۴) و با وجود آنکه در مورد کارآمدی گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر بر درمان افسردگی در بیماران سرطانی نیز گزارشی در دست است (کی‌سان و دیگران، ۲۰۰۴)، اما تا قبل از انجام این پژوهش گزارش موثقی در مورد مقایسه کارآمدی این دو شیوه در درمان افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان (به طور کلی) و به خصوص از مزیت نسبی آنها در درمان افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه و اثر تفکیکی احتمالی این دو روش بر متغیرهای امیدواری، حرمت خود و کیفیت زندگی

1. Classen, C.
2. Diamond, S.
3. Soleman, A.

4. Fobair, P.
5. Spira, J.
6. Spiegel, D.

7. Free, M. L.
8. Beck, A. T.

انجام پیش‌آزمون فراهم شده بود، پرسشنامه و مقیاسهای پژوهش اجرا شد. سپس افراد به تصادف به دو گروه آزمایشی (شناختی-هستی‌نگر و شناخت‌درمانگری آموزش محور هر کدام ۱۲ نفر) اختصاص یافتند و گروه سوم (۷ نفر) نیز به عنوان گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. برنامه درمانگری به صورت هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای با یک تنفس ۱۵ دقیقه‌ای در بین آن و در مجموع ۱۲ جلسه برای دو گروه آزمایشی برگزار شد. طی اجرای برنامه یک نفر از گروه شناختی-هستی‌نگر، دو نفر از گروه شناخت‌درمانگری آموزش محور و دو نفر از گروه گواه به دلیل اتمام دوره پرتودرمانگری، نامناسب بودن محل اسکان در تهران و بازگشت به شهرستان محل زندگی و یک مورد فوت ناگهانی همسر، جلسه‌ها را تا پایان ادامه ندادند. به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی، از آزمودنیهای عضو گروه گواه دعوت شد تا پس از اجرای پس‌آزمون، در گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر شرکت کنند.

ابزارهای به کار رفته در این پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه افسردگی تجدیدنظر شده بک^۱ (BDI-II):

بک، استیر و براون، (۱۹۹۶) یک ابزار ۲۱ ماده‌ای و خود-گزارش‌دهی در مورد نشانه‌های افسردگی است که برای سنجش شدت افسردگی افراد بالاتر از ۱۳ سال طراحی شده است. این پرسشنامه هم وجود و هم شدت افسردگی را در یک مقیاس چهار گزینه‌ای از ۰ تا ۳ اندازه‌گیری می‌کند. نمره کمتر از ۱۴ بیانگر وجود حداقل نشانه‌ها، نمره بین ۱۴ تا ۱۹ بیانگر شدت متوسط نشانه‌ها و نمره بین ۲۰ تا ۲۸ بیانگر سطوح بالای افسردگی است.

دابسون^۲ و محمدخانی (۱۳۸۶) اعتبار کل این آزمون را برابر با ۰/۹۱ و دامنه ضرایب همبستگی هر ماده را با کل پرسشنامه (قدرت تشخیص سؤال) بین ۰/۶۸۱ و ۰/۴۵۴ گزارش کرده‌اند. روایی همگرایی این مقیاس نیز از طریق محاسبه همبستگی با پرسشنامه اختصاری نشانه مرضی^۳ مطلوب بوده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی^۴ (آرنسون،

به دست نیامد. اعتقاد بر این است که یک روش مداخله مؤثر برای پاسخ به نیازهای این بیماران باید بتواند به طور همزمان به نیاز به وجود حمایت اجتماعی، پاسخ به احساس تنهایی یا جدامانگی، ترسهای ناشی از بی‌اطلاعی نسبت به شیوه‌های درمانگری و پیامدهای آن، رنج ناشی از مواجه‌شدن با احتمال مرگ، احتمال معلولیت و یا از دست‌دادن فرصتهای کار، تحصیل و روابط عاطفی و نیز درد و رنج جسمانی ناشی از اقدامهای درمانگری، پاسخ دهد. بر مبنای مطالعات ذکر شده این پژوهش به دنبال پاسخ این سؤال اصلی بود که با توجه به ویژگیهای خاص مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به مرحله غیرمنتشر سرطان سینه، کدام یک از دو شیوه مداخله گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر و شناخت‌درمانگری آموزش محور می‌تواند در درمان افسردگی بیماران و یا کاهش معنادار شدت آن مؤثرتر باشند. در عین حال به دنبال درک تأثیر تفکیکی این دو روش بر متغیرهای مداخله‌گر امیدواری، حرمت خود و کیفیت زندگی نیز بوده است.

روش

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون شامل دو گروه تجربی و یک گروه گواه، انجام شد. از بین جامعه بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر تهران (در سال ۱۳۸۸) که تحت درمانهای تکمیلی (پرتودرمانگری) پس از عمل جراحی برای برداشتن توده‌های سلولی بدخیم ولی غیر-منتشر قرار داشتند، یک نمونه به حجم ۳۶ نفر (که بر پایه نتایج مصاحبه تخصصی و انفرادی اولیه، نشانه‌ها بالینی افسردگی آنها از حد متعارف بالاتر بود) با روش نمونه‌برداری غیرتصادفی و با در نظر گرفتن شرایط زیر انتخاب شدند: ۱) حداقل ۲۰ جلسه از پرتودرمانگری آنها باقی‌مانده باشد، ۲) سابقه بیماری روانی قبل از آگاهی در مورد ابتلا به سرطان نداشته باشند، ۳) در حال حاضر از داروهای روان‌پزشکی استفاده نکنند و ۴) بین ۲۰ تا ۶۵ سال سن داشته باشند.

در جلسه دوم (پس از مصاحبه انتخابی) که به منظور

1. Beck Depression Inventory

2. Dobson, S.

3. Brief Symptom Inventory (BSI)

4. Quality of Life Questionnaire-Core 30 (QLQ-C30)

حداکثر امیدواری) قرار دارد. سلیمی بجستانی (۱۳۸۸) همسانی درونی آن را بر پایه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است.

پرسشنامه حرمت خود^۴ (پوپ و مک هیل، ۱۹۸۸) دارای ۵۷ سؤال است و آزمودنیها پاسخ خود را از بین یکی از سه گزینه همیشه، گاهی اوقات و هرگز انتخاب می کنند. این آزمون پنج زیرمقیاس برای سنجش حرمت خود کلی، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی و نیز یک مقیاس دروغ سنج دارد. نسخه فارسی این آزمون با سه سؤال کمتر از نسخه اصلی (غفاری و رضانی، ۱۳۷۳) هنجاریابی و ضرایب اعتبار آن با روش دو نیمه سازی برابر با ۰/۸۷ و با روش آلفای کرونباخ بین ۰/۸۶ و ۰/۹۴ گزارش شده است.

برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد تا با حذف اثر پیش آزمون، میانگینهای تعدیل شده گروههای مورد مطالعه با یکدیگر مقایسه شوند. نتایج تحلیل عاملی هر شش عامل پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده است (کرمی، ۱۳۸۷).

یافته ها

مشخصه های توصیفی نمره های هر سه گروه در مرحله پیش آزمون برای چهار متغیر مورد مطالعه (حرمت خود، افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری) و نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی برابری میانگینها و واریانسها در پیش آزمون در جدول ۱ نشان داده شده اند.

احمدزایی، برگمن، بولینگر، فیلبرتی، فلچنر و دیگران، (۱۹۹۳) پرسشنامه ای ۳۰ سؤالی و از نوع خودگزارش دهی است که به طور خاص به منظور مطالعه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تهیه شده است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را با ۹ مقیاس چندگویه ای^۱: ۵ مقیاس کنش وری (جسمانی، ایفای نقش، شناختی، هیجانی و اجتماعی)، ۳ مقیاس نشانه مرضی (خستگی، درد، تهوع و استفراغ) و یک مقیاس کلی سلامت و کیفیت زندگی اندازه می گیرد. نمره گذاری ۲۸ سوال در مقیاس ۴ درجه ای (به هیچوجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) و نمره گذاری دو سؤال در مقیاس ۷ درجه ای (بسیار بد تا عالی) انجام می شود. صفایی دهکردی و طباطبایی (۱۳۸۶) روایی و اعتبار پرسشنامه را در بیماران مبتلا به سرطان قابل قبول گزارش کرده اند. افزون بر این، ضرایب اعتبار در بیشتر حیطه ها بالاتر از ۰/۷ و ضرایب روایی همگرا مناسب بوده است. مقایسه نتایج آزمون در بیمارانی که از مرحله های متفاوت بیماری رنج می بردند نیز نشان داد که نمره فرد در مقیاس کیفیت زندگی با سطح کنش وری وی رابطه مثبت و با نشانه ها و شدت بیماری رابطه معکوس دارد (منتظری، حریرچی، وحدانی، خالقی، جاروندی، ابراهیمی و حاجی محمودی، ۱۹۹۹).

پرسشنامه امید^۲ (میلر و پاور، ۱۹۸۸) شامل ۴۸ جنبه از حالت های امیدواری و ناامیدی است که گویه های آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده اند. دامنه نمره آزمون بین ۴۰ تا ۲۰۰ (۴۰ به معنای درماندگی کامل و ۲۰۰ به معنی

جدول ۱.

تحلیل واریانس یکراهه برای بررسی برابری میانگینها و انحراف استانداردهای سه گروه پژوهش در پیش آزمون متغیرهای وابسته

	ANOVA		کنترل		ICT		CEGT		
	P	F	SD	M	SD	M	SD	M	
حرمت خود	۰/۱۰۲	۲/۵۴	۷/۱	۴۳/۱	۵/۹	۵۱/۶	۶/۷	۵۱/۰	
افسردگی	۰/۷۹	۰/۲۱	۶/۵	۲۵/۷	۵/۷	۲۵/۱	۵/۹	۲۵/۶	
کیفیت زندگی	۰/۹۲	۰/۲۳۶	۱۶/۳	۵۳/۰	۱۰/۷	۴۹/۷	۹/۴	۵۳/۷	
امیدواری	۰/۳۳۳	۱/۱۵۳	۲۵/۳	۱۶۹/۳	۱۳/۵	۱۶۲/۷	۱۱/۸	۱۷۵/۴	

توجه: CEGT = گروه درمانگری شناختی - هستی نگر، ICT = شناخت درمانگری آموزش محور

تا اندازه‌ای از دو گروه دیگر بیشتر ولی انحراف استاندارد (۱۱/۸) آن کمتر است. بین میانگینهای سه گروه از لحاظ متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنادار آماری وجود ندارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که گروههای مورد مطالعه از لحاظ متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون شبیه و با یکدیگر همسان هستند.

چنانکه در جدول ۱ دیده می‌شود میانگینهای سه گروه به ویژه در دو متغیر افسردگی و کیفیت زندگی خیلی به هم نزدیک هستند. میانگین نمره حرمت خود در گروه گواه (۴۳/۱) نسبت به دو گروه دیگر کمتر اما انحراف استاندارد آن (۷/۱) بیشتر است. افزون بر این، میانگین گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر در متغیر امیدواری (۱۷۵/۴)

جدول ۲.

میانگین و انحراف استاندارد و همبستگیهای متقابل برای نمره‌های چهار متغیر وابسته

مقیاس	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲	۳	۴
۱. حرمت خود	۵۴/۶۹	۱۱/۴۳	—			
۲. افسردگی	۱۷/۵۰	۶/۵۰	۰/۶۹**	—		
۳. کیفیت زندگی	۴۱/۲۳	۱۱/۵۶	-۰/۶۴**	۰/۷۵**	—	
۴. امیدواری	۱۸۰/۴	۱۷/۶۶	۰/۴۵*	-۰/۶۹**	۰/۵۵**	—

**P<۰/۰۵.

جدول ۳.

تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون با نمره‌های همپراش پیش‌آزمون گروههای مقایسه

منبع و متغیر	<u>DF</u>	<u>SS</u>	<u>MS</u>	<u>F</u>	ω^2
حرمت خود					
پیش‌آزمون	۱	۶۹۵/۷۸	۶۹۵/۷۸	۲۰/۳**	۰/۵۲
گروه	۲	۶۴۹/۹۴	۳۲۴/۹۷	۹/۴۸**	۰/۵۰
افسردگی					
پیش‌آزمون	۱	۲۶۵/۰۱	۲۶۵/۰۱	۶۱/۶۱**	۰/۷۶
گروه	۲	۷۰۶/۹۶	۳۵۳/۴۸	۸۲/۳۱**	۰/۸۹
کیفیت زندگی					
پیش‌آزمون	۱	۱۰۱۲/۲	۱۰۱۲/۲	۴۴/۵۱**	۰/۷۰
گروه	۲	۱۰۶۱/۵۲	۵۳۰/۷۶	۲۳/۳۴**	۰/۷۱
امیدواری					
پیش‌آزمون	۱	۲۸۶۴/۹	۲۸۶۴/۹	۵۲/۶۴**	۰/۷۳
گروه	۲	۱۰۸۵/۱۴	۵۴۲/۵۷	۹/۹۷**	۰/۵۱

*P<۰/۰۱. **P<۰/۰۵.

است. بیشترین همبستگی بین کیفیت زندگی و افسردگی و برابر با ۰/۷۵ به دست آمد. با توجه به اینکه نمره بالا در هر دو متغیر بیانگر وضعیت نامطلوب آزمودنیهاست

محاسبه ضرایب همبستگی متقابل بین متغیرها (جدول ۲) به منظور اطمینان از مفروضه‌های زیربنایی این مدل، نشان داد همه ضرایب همبستگی از لحاظ آماری معنادار

در هر چهار متغیر حرمت خود، افسردگی، کیفیت زندگی و امیدواری از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد. از این رو، می‌توان نتیجه گرفت روشهای درمانگری بر تغییر اندازه‌های متغیرهای چهارگانه وابسته مؤثر بوده‌اند. در عین حال اثرهای پیش‌آزمون هر متغیر بر نمره‌های پس-آزمون آنها نیز از لحاظ آماری معنادار هستند. بدین ترتیب که پس از تعدیل نمره‌های پس‌آزمون براساس نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروهها معنادار نشان داده می‌شوند. اما به منظور بررسی اینکه کدام یک از گروهها میانگین بیشتر یا کمتری نسبت به سایر گروهها به دست آورده است و به بیان دیگر، به منظور مقایسه دو به دو گروهها براساس میانگینهای تعدیل‌یافته، از آزمون پس‌تجربی شفه استفاده و نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده‌اند.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که هر چه افسردگی بیشتر باشد کیفیت زندگی نیز نامطلوب‌تر است. کمترین ضریب افسردگی در جدول بالا برابر با ۰/۴۵ و متعلق به متغیرهای امیدواری و حرمت خود است. ضرایب همبستگی بین متغیرهای کیفیت زندگی با حرمت خود و بین امیدواری با افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۶۴- و ۰/۶۹- و بیانگر آن است که هر چه کیفیت زندگی و امیدواری نامطلوب‌تر باشد حرمت خود آزمودنیها کمتر و افسردگی آنها بیشتر است.

نتایج اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیری به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش در جدول ۳ نشان داده شده‌اند.

نتایج F تک‌متغیری مربوط به اثر روشهای درمانگری بر متغیرهای مورد مطالعه نشان می‌دهند که بین گروهها

جدول ۴.

میانگینهای تعدیل‌یافته و نتایج آزمون مقابله پس‌تجربی شفه برای مقایسه میانگینهای سه گروه

متغیرها	CEGT (۱)		ICT (۲)		کنترل (۳)		آزمون پس‌تجربی شفه
	SD	M	SD	M	SD	M	
حرمت خود	۵۹/۳	۶/۱	۵۷/۱	۴/۹	۴۰/۵	۷/۸	۱ = ۲ > ۳
افسردگی	۱۱/۶	۳/۱	۱۶/۳	۵/۲	۲۳/۸	۶/۰	۱ > ۲ > ۳
کیفیت زندگی	۳۳/۲	۳/۲	۳۵/۴	۶/۹	۴۹/۶	۱۳/۸	۱ و ۲ > ۳
امیدواری	۱۸۲/۲	۸/۹	۱۷۳/۲	۷/۸	۱۶۲/۶	۲۳/۱	۱ > ۲ > ۳

توجه: اعداد داخل پرانتز در عنوان ستونی به شماره‌هایی اشاره دارد که تفاوت‌های معنادار را در ستون آخر، با عنوان آزمونهای پس‌تجربی نشان می‌دهد.

دو از گروه گواه بیشتر بوده و تفاوتها نیز از لحاظ آماری معنادار بودند.

- در متغیر حرمت خود، میانگینهای دو گروه آزمایشی با یکدیگر برابر اما با میانگین گروه گواه تفاوت معنادار داشتند. مقادیر میانگین نشان داد که حرمت خود در هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه افزایش داشته‌اند.
- میانگین کیفیت زندگی در دو شیوه مداخله شناخت درمانگری آموزش محور و گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر از لحاظ آماری تفاوت معنادار نداشت. اما میانگینهای هر دو گروه آزمایشی از گروه گواه کمتر بودند. از آنجا که براساس نحوه نمره‌گذاری مقیاس کیفیت زندگی، نمره بیشتر به معنی وضعیت بدتر و نمره کمتر

- از مشاهده جدول ۴ می‌توان نتایج زیر را استخراج کرد:
- در متغیر افسردگی میانگین نتایج گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر نسبت به هر دو گروه دیگر کمتر بوده است. با توجه به این که در مقیاس مورد استفاده برای سنجش افسردگی نمره کمتر به معنای وضعیت بهتر است، بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که اثر روش گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر بر کاهش افسردگی زنان گروه نمونه بیش از روش شناخت درمانگری آموزش محور بوده است و هر دو گروه آزمایشی نیز میانگین کمتری نسبت به گروه گواه به دست آورده‌اند.
 - در متغیر امیدواری نیز نتایج گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر از شناخت درمانگری آموزش محور و نتایج هر

به معنی وضعیت بهتر است، این یافته را می‌توان حاکی از تأثیر مثبت دو شیوه مداخله مذکور بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه و در عین حال تأثیر مشابه دو شیوه مداخله بر کیفیت زندگی آنان دانست.

بحث

یافته‌ها حاکی از آن هستند که گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر بیش از شناخت‌درمانگری آموزش محور و هر دو بیش از گروه گواه در کاهش میانگین افسردگی و افزایش شاخص امیدواری بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده‌اند و این تفاوتها نیز به لحاظ آماری معنادارند. در عین حال نشان داده شد که اگرچه هر دو شیوه شناخت درمانگری آموزش محور و گروه درمانگری شناختی هستی-نگر توانستند افزایش معناداری در شاخصهای سطح حرمت خود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه ایجاد کنند، اما میزان اثربخشی این دو روش بر متغیرهای حرمت خود و کیفیت زندگی تفاوت نداشت.

براساس دیدگاههای شناختی که در روش مداخله شناخت‌درمانگری آموزش محور زیربنای تمامی صورتبندی رفتارهای سازش‌یافته و سازش‌نیافته در روش مداخله گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر، بخش مهمی از مبانی نظری شکل‌گیری رفتار و اصول و فنون کاربردی برای تغییر آن را تشکیل می‌دهد، تغییرات هیجانی مستلزم تغییر در افکار و نظام شناختی فرد در سطوح سه‌گانه شناخت است. به عبارت دیگر، براساس دیدگاههای مذکور تغییر در هیجانها منوط به تغییر شناختها و باورهاست. در عین حال بخشی از محتوای شیوه مداخله گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر که با اتکا به مفاهیم هستی تهیه شده (به عنوان مثال اهمیتی که هر دو روی‌آورد برای درک دنیای پدیداری مراجع و نقش هدفها در فهم رفتار افراد و نیز اهمیتی که هر دو دیدگاه برای مفهوم معا در زندگی و آسیب‌شناسی روانی قائل هستند) نیز به شباهتهای مفهومی بین دو روش مداخله منجر شده است.

با این وجود، اگر چه صورتبندی شناخت درمانگران از درماندگیهای شایع در بیماران مبتلا به سرطان، شباهت زیادی به دیدگاههای هستی‌نگر دارد اما روش پرداختن

به این درماندگیها در این دو روی‌آورد متفاوت است. شناخت درمانگران به جای تمرکز بر اینجا و اکنون بیشتر بر ریشه‌یابی شکل‌گیری الگوهای غلط و غیرمنطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن تا زمان حال می‌پردازند و می‌کوشند تا به مراجع بیاموزند که چگونه می‌تواند این الگوهای تفکر غلط را شناسایی و باورها و افکار ناکارآمد خود را تغییر دهد (بک، ۱۹۷۶). در حالی که روش شناخت درمانگران یک روش آموزشی، هدایت‌کننده، فعال و تا حدی آمرانه است. مطالعات متعددی که حاکی از مؤثر بودن این روی‌آورد در درمان افسردگی در جمعیت عمومی (فاووزی و دیگران، ۱۹۹۰، مه‌یر و مارک، ۱۹۹۵) و نیز در بیماران سرطانی هستند (کی‌سان و دیگران، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴)، با یافته‌های پژوهش حاضر در مورد اثربخشی هر دو روی‌آورد گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور بر کاهش افسردگی در هر دو گروه تجربی همخوانی دارند. اما سؤال این است که تفاوت نتایج دو شیوه مداخله گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر و شناخت‌درمانگری آموزش محور را به چه چیز می‌توان نسبت داد؟

شاید یکی از دلایل این تفاوت به اختلاف در میزان و عمق تعاملهای بین‌فردی اعضا در هر یک از دو شیوه مورد مطالعه بازگردد. در واقع شناخت‌درمانگری آموزش محور اگرچه در جلسه‌های گروهی و با حضور هم‌زمان چند مراجع انجام می‌شود اما همانطور که در دستورالعمل آن تصریح شده است این شیوه نقش زیادی برای تعامل اعضای گروه با یکدیگر به گونه‌ای که فرایند یادگیری و تغییر را تسهیل کند، قائل نیست. فضای این جلسه‌ها به رغم انعطاف‌پذیری بیشتر، شبیه کلاسهای درس است. اما در گروه‌درمانگری شناختی-هستی‌نگر، به رغم اینکه کی‌سان آنرا روشی می‌داند که در ذات خود، شناختی محسوب می‌شود (کی‌سان و دیگران، ۱۹۹۷)، لیکن تلفیق آن با مضامین هستی‌نگر و نیز استفاده‌اش از قالب گروهی برای فراهم‌سازی حمایت اجتماعی و تسهیل ابراز هیجانها باعث شده تا چهارچوب کلی آن کاملاً با معیارهای کار گروهی منطبق شود. در این روش افراد به صورت دایره‌وار و رودرروی یکدیگر می‌نشینند و مسئولیت متقابل تسهیل

ابراز هیجانها و افکار یکدیگر را می‌پذیرند. در این روش بر ابراز هیجانها و تلاش برای پذیرش آنها تأکید می‌شود و مفاهیم همبستگی گروهی، ائتلاف، دیگر یآوری، بازخورد و حمایت متقابل کاملاً رعایت می‌شود. احساس همبستگی در این گروهها بسیار بیشتر از جلسه‌های شناخت درمانگری آموزش محور است و افراد مسئولیت بیشتری را نسبت به تغییر خود و دیگران می‌پذیرند (کی‌سان و دیگران، ۱۹۹۷). یالوم (۱۹۸۰) معتقد بود که گروهها ویژگیهایی دارند که نمی‌توان آنها را به سادگی با سایر مداخله‌های روان‌شناختی پیوند داد. او معتقد است که القای تدریجی امید در تمامی انواع روان‌درمانگریها، دارای نقش کلیدی است و بدون آن اصولاً هیچ ارتباط درمان‌کننده‌ای استمرار نخواهد یافت تا در سایه آن سایر عوامل شفابخش بتوانند به تدریج خود را ظاهر سازند. یالوم (۱۹۸۰) معتقد است که گروهها این فرصت را در اختیار اعضا می‌گذارند تا با افرادی آشنا شوند که در برخی زمینه‌ها وضعشان بدتر و در حیطه‌های دیگر بهتر از خودشان است یا افرادی را خواهند شناخت و از سرگذشتهایی باخبر خواهند شد که حاکی از صبر و تلاش و موفقیت است. همه اینها فرصت بی‌نظیری فراهم می‌کند تا افراد از طریق تعامل مستقیم با یکدیگر تصویر واقع‌بینانه‌تری از شرایط خود به دست آورند، با دیدن پیشرفت دیگران امیدوارتر شوند و در عین حال، احساس بدبختی منحصر به فرد، بی‌عدالتی، سرنوشت و یا تنهایی و تنهایی خود را کاهش دهند. علاوه بر این، تعاملهای پیچیده هیجانی در گروه، فرصت الگوگیری از رفتارهای موفق را فراهم می‌کند و نیز به افراد امکان می‌دهد تا با کمک کردن به دیگران به ارزشمندی، مفید بودن و بی‌نظیر بودن خود پی ببرند و احساس بهتری را تجربه کنند (یالوم، ۱۹۸۰).

در مورد امیدواری نیز نشان داده شد که میانگین گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر از شناخت درمانگری آموزش محور و میانگین امیدواری هر دو گروه مذکور از میانگین گروه گواه بالاتر بوده است. در واقع اگرچه برنامه‌های مداخله شناخت درمانگری آموزش محور و نیز

گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر مشخصاً برای ایجاد تغییر در متغیر امیدواری طراحی نشده بودند، اما با توجه به نوع رابطه موجود بین دو سازه امید و افسردگی این انتظار وجود داشت که با کاهش افسردگی شاهد افزایش سطح امیدواری در بین گروه نمونه باشیم. انتظاری که براساس یافته‌های آزمون تأیید شد. اشنایدر (۲۰۰۰) معتقد است که سازه امید در ذات خود یک سازه شناختی محسوب می‌شود. به این ترتیب روش مداخله برای ارتقای آن نیز اساساً بر دیدگاههای شناختی متکی است. از این رو، شاید بتوان بهبود در شاخص امیدواری اعضای گروههای شناخت درمانگری آموزش محور و گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر را تابع و پاسخی به تغییرات شناختی‌ای دانست که به دنبال تلاش آزمودنیها برای اصلاح الگوهای شناختی غلط فکری و سبک شناختی خود ایجاد شده است. تغییرات شناختی که چنانچه دیدیم تأثیر مثبت آن در مورد کاهش افسردگی بیماران در نتایج حاصل از آزمون فرض نخست این تحقیق تأیید شد به نظر می‌رسد حضور در گروه، دیدن و الگو گرفتن از سایر افرادی که در موقعیت مشابه کنش‌وری خوبی داشته‌اند، سهیم کردن یکدیگر در غم و رنج و مشکلات خود با دیگران و کاهش احساس تنهایی و قربانی شدن بر کاهش اضطرابهای مرضی^۱ اثر کرده و از آن طریق بر افزایش امیدواری مؤثر واقع شده است. یالوم (۱۹۸۰) القای تدریجی امید را یکی از عوامل شفابخش موجود در گروه می‌داند. او معتقد است که دیدن افراد دیگری که در موقعیتهای مشابه، کنش‌وری مفیدی داشته‌اند، سهم مهمی در فاجعه‌زدایی از برداشت فرد از شرایط دارد. در عین حال حضور در گروه از طریق کاهش احساس تنهایی و بی‌یآوری یا احساس مورد بی‌عدالتی سرنوشت واقع شدن باعث افزایش امیدواری می‌شود (اشپیگل، ۱۹۹۵).

در مورد حرمت خود نیز چنانچه از یافته‌های این پژوهش بر می‌آید هر دو روش مداخله در این طرح بر کاهش افسردگی مؤثر بوده‌اند و نیز توانسته‌اند حرمت خود افراد را افزایش دهند. این نتایج با یافته‌های پیشین

در مورد وجود همبستگی منفی بین دو سازه افسردگی و حرمت خود (به عنوان مثال، هارتر، ۱۹۹۳؛ مان، هاسمن، شالما و دیورایس، ۲۰۰۴) همخوان است. اما برخلاف نحوه تأثیر دو روش مداخله بر افسردگی که حاکی از اثربخشی بهتر روش گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر بود، در مورد حرمت خود این تفاوت مشاهده نشد. به بیان دیگر حرمت خود بیماران سرطانی نسبت به تفاوت‌های موجود در محتوای دو نوع مداخله مذکور حساسیت نشان نداده است. به نظر می‌رسد که بخشی از این عدم حساسیت مربوط به منابع اصلی مؤثر بر حرمت خود در بیمار مبتلا به سرطان باشد. مطالعات نشان داده‌اند که حرمت خود از متغیرهایی نظیر وضعیت جسمانی، تناسب اندام، اثر بخشی کنش‌وری، اثربخشی اجتماعی، مقبولیت نزد خدا و احساس عمومی یا خاص مفیدبودن تأثیر می‌پذیرد (کراکر و ولف، ۲۰۰۱). یافته‌های پژوهشی قابل تأملی مبنی بر اینکه منابع اصلی تهدید حرمت خود در بیماران مبتلا به سرطان بیشتر به عواملی مانند نارساییهای جسمانی، نقص عضو، بیماری و درد و رنج بدنی مرتبط‌اند نیز وجود دارد (بلیک، ۱۹۹۱، والش و والش، ۱۹۸۹). در عین حال شواهد موجود حاکی از آن هستند که حرمت خود بیماران مبتلا به سرطان سینه بیشتر متأثر از اختلال در تصویر بدنی، ریزش مو، تهوع، افزایش شدید وزن، خستگی، بی‌اشتهایی و اختلال در کنش‌وری جنسی است (نوغانی، منجمد، بحرانی و قدرتی جبلو، ۱۳۸۵). طبیعی است که در تلاش برای ارتقای سطح حرمت خود بیماران سرطانی علاوه بر توجه به جنبه‌های عمومی مؤثر بر حرمت خود باید به ابعاد خاص آن نیز توجه ویژه داشت. به نظر می‌رسد که مداخله‌های خاص برای ارتقای حرمت خود باید بتوانند بر متغیرهایی نظیر تصویر بدن، مهارت‌های ابراز وجود، مهارت‌های ارتباط اجتماعی و تحول خودآگاهی تأثیر بگذارند. ویژگی‌هایی که هیچیک از دو روش مداخله گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر و شناخت درمانگری آموزش محور مورد استفاده در این پژوهش به طور مشخص برای پرداختن به آنها طراحی نشده بودند. به عنوان گواهی بر این استدلال می‌توان به پژوهش‌هایی (موستیان، کاتولا، گیل، روسکو، لنگ و مورفی، ۲۰۰۴)

اشاره کرد که نشان داده‌اند استفاده از نوعی تمرین‌های سبک بدنی به نام تای چی چوان و تنش‌زدایی تدریجی تأثیر بسیار بهتری در ارتقای سطح حرمت خود نسبت به روش‌های مبتنی بر حمایت‌های روانی اجتماعی داشته‌اند. هیچ یک از دو روش مداخله مذکور در بهبود کیفیت زندگی گروه نمونه نسبت به دیگری ارجحیت نداشته است اما هر دو از گروه گواه بهتر بوده‌اند. اسبورن و دیگران (۲۰۰۶) نیز در مطالعه فراتحلیلی گسترده خود به تأثیر مثبت درمانگریهای شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأکید کرده‌اند. اما عدم تفاوت معنادار اثربخشی دو روش مداخله بر بهبود کیفیت زندگی را چگونه می‌توان تبیین کرد؟ به نظر می‌رسد این عدم تفاوت را بتوان ناشی از عدم حساسیت کیفیت زندگی نسبت به وجه تمایز اصلی دو روش شناخت درمانگری آموزش محور و گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر یعنی توجه به اضطراب‌های هستی و نیز استفاده از قالب گروهی برای ارائه خدمت به این گروه از بیماران دانست. مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان از عواملی نظیر درد و رنج ناشی از عوامل جسمانی، تهوع، درد، ریزش مو، نقص در تصویر بدنی، میل به محدود کردن روابط اجتماعی و از دست رفتن برخی از کنش‌وری‌های فردی و تصور فرد از بیماری و تبعات آن تأثیر می‌گیرد. آنچه که از تحقیقات مذکور استنباط می‌شود این است که محدودیت‌های حرکتی و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی منفی آن نیز در کنار عوامل هستی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد. بدیهی است که یک طرح مداخله کارآمد باید بتواند به تمامی منابع تأثیر مذکور بپردازد. اما چنانچه در مورد حرمت خود و امید هم تأکید شد محتوای هر دو روش مداخله شناخت درمانگری آموزش محور و گروه درمانگری شناختی-هستی‌نگر مورد استفاده در این تحقیق برای تأثیرگذاری بر افسردگی طراحی شده و تطابق کافی با همه مقتضیات مؤثر بر کیفیت زندگی را دارا نیست. این نتیجه‌گیری را شاید بتوان با یافته‌های کلارک و هرمن (۲۰۰۶) مبنی بر اینکه مداخله‌های کیفیت زندگی باید بتوانند به تأثیرگذاری بر حیطه‌های اصلی کیفیت زندگی (حداقل

آن گونه که در حال حاضر به عنوان مؤلفه های اصلی مقیاس های کیفیت زندگی مطرح هستند) یعنی قلمروهای شناختی، هیجانی، جسمانی، معنوی و اجتماعی، توجه خاص داشته باشند، همخوان دانست. در واقع به نظر می رسد که شیوه های مداخله برای ارتقای کیفیت زندگی می بایست با صراحت بیشتری به نارسایی های حرکتی، درد و رنج های بدنی به همراه اصلاح روابط اجتماعی و کاهش نامالایمتهای هیجانی فرد بپردازند.

تعمیم نتایج و استفاده از یافته های این تحقیق متأثر از کم بودن نسبی حجم نمونه، محدود بودن اجرای مداخله به یک بیمارستان دولتی که اغلب مراجعه کنندگان آنها از قشر اقتصادی-اجتماعی متوسط به پایین جامعه بودند و فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه، هستند. به نظر می رسد چنانچه این مقایسه در مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر نیز تکرار شود، حساسیت این دو روش مداخله نسبت به متغیرهای فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی نیز مشخص خواهد شد. مقایسه اثربخشی روش مداخله گروه درمانگری شناختی-هستی نگر بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه (که در این مطالعه برتری آن بر مداخله ای که بر روی آورد محض شناختی مبتنی بود، تأیید شده است)، با گروه درمانگری های هستی نگر و گروه درمانگری های موسوم به ابرازی-هیجانی نیز می تواند به روشن شدن برخی مفاهیم کمک کند. پیش بینی سنجش های پیگیری برای مشاهده تعامل اثر زمان (تجربه) با نوع مداخله بر متغیرهای وابسته پس از دوره های سه، شش و دوازده ماهه نیز باید مورد توجه قرار گیرند.

منابع

- دابسون، س. ک. و محمدخانی، پ. (۱۳۸۶). مختصات روان-سنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *توانبخشی (ویژه نامه توانبخشی در بیمارها و اختلالات روانی)*.
- سادوک، ب.، جیمز، س. و ویرجینیا، ا. (۱۳۸۵). خلاصه روان-پزشکی (ویراست نهم). ترجمه: ح. رفیعی و ف. رضاعی، تهران: نسل فردا (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۳)
- سلیمی بجستانی، ح. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی مشاوره به شیوه

- آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر سلامت روان، تاب-آوری و امیدواری دانشجویان. رساله دکتری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی.
- صفایی دهکردی، ب. و طباطبائی، س. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. *ارمغان دانش* (۲)، ۱۲، ۸۷-۷۹.
- غفاری، ا. و رضانی، خ. (۱۳۷۳). *هنجاریابی آزمون پنج مقیاسی حرمت خود* (گزارش پژوهشی). مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روان پزشکی تهران،
- فری، م. ل. (۱۳۸۴). *راهنمای عملی شناخت درمانگری گروهی*. ترجمه: م. محمدی و ر. فرنام. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۱۹۹۹).
- کرمی، ا. (۱۳۸۷). *پرسشنامه حرمت خود آلیس پوپ*. تهران: مرکز نشر روان سنجی.
- نوغانی، ف.، منجمد، ز.، بحرانی، ن. و قدرتی جیلو، و. (۱۳۸۵). مقایسه میزان حرمت خود بیماران زن و مرد مبتلا به سرطان. *حيات* (۲)، ۱۲، ۴۱-۳۳.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergamson, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Fliberti, A., Flechtiner, H., Fleishman S. B., de Haes, J. C., & et al. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality of Life instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- American Cancer Society (2004). *Cancer facts and figures*. ACS, Georgia: Atlanta.
- Ashrafee, A., Gupata, S. L., Chaudhury, L., Sudarsanam, C., Raju, B., Salujha, L., & Srivastava, K. (2004). *Effect of short-term psychiatric intervention in cancer patients*. Commandant military Hospital, Kirkee: Pune.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996).

- cology, 12, 532-546.
- Kissane, D. W., Love, A., Hotton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D., Miach, P., Inkin, J., & Raymond, S. (2004).** Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22, 1-6.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P., & DeVries, N. K. (2004).** Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372.
- Marcus, A. C., Garrett, K. M., Cella, D., Wenzel, L. B., Brady, M. J., Crane, L. A., McClatchey, M. W., Kluhsman, B. C., & Pate-Willig, M. (1998).** Telephone counseling of breast cancer patients after treatment: A description of a randomized clinical trial. *Psycho-oncology*, 7, 470-482.
- Meyer, T., & Mark, M. (1995).** Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 14, 101-108.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988).** Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*, 37, 6-10.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M., & HajiMahmoodi, M. (1999).** The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-L30): Translation and validation of the Iranian version. *Supportive Care in Cancer*, 7(6), 400-406.
- Moory, S., & Greer, S. (1989).** *Psychological therapy for patients with cancer: A new approach*. London: Heinemann.
- Mustian, K. M., Katula, J. A., Gill, D. L., Roscoe, J. A., Lang, D., & Murphy, K. (2004).** Tai Chi Chuan, Health-related quality of life and self-
- Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporations.
- Blake, R. L. (1991).** Social stressors, social supports, and self-esteem as predictors of morbidity in adults with chronic lung disease. *Family Practice Research Journal*, 11, 65-74.
- Clarke, D. M., Smith, G. C., & Herman, H. E. (1998).** Monash Interview for Liaison Psychiatry (MILP): Development, reliability and procedural validity. *Psychosomatics*, 39, 318-328.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001).** Contingencies of self-worth. *Psychological Review*, 108, 593-623.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzi, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990).** A structured psychiatric intervention for cancer patients: Changes over time in method of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47, 720-725.
- Harter, S. (1993).** Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum.
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2003).** Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievement and challenges. *Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214-230.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997).** Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer: Techniques and themes. *Journal of Psycho-oncology*, 6, 25-33.
- Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N., & McKenzie, D. (2003).** Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: A randomized controlled trial. *Psycho-on-*

cancer with a structured multidisciplinary intervention: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (4), 635-642.

Shields, C., & Rousseau, S. (2004). A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Family Process*, 43(1), 95-107.

Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope: Theory, measures & application*. San Diego, CA: Academic Press.

Spiegel, D. (1995). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Journal of Support Care Cancer*, 3, 252-256.

Taylor, E. J. (2000). Transforming tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 27, 721-788.

Walsh, A., & Walsh, P. A. (1989). Love, self-esteem and multiple sclerosis. *Journal of Social Science and Medicine*, 29, 793-798.

Westavy, M. S., & Wolmarans, L. (1992). Depression and self-esteem: Rapid screening in black, low literacy, hospitalized tuberculosis patients. *Journal of Social Science and Medicine*, 35, 1311-1315.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books: New York.

esteem: A randomized trial with breast cancer survivors. *Journal of Support Care Cancer*, 12, 871-887.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2003). *Advanced breast cancer: Diagnosis and treatment*. London: The stationary office limited.

Osborn, R. L., Demoncada, A., & Feurestein, M. (2006). Psychological intervention for depression, anxiety and quality of live in survivors: Meta-analysis. *Journal of Psychiatry in Medicine*, 36 (1), 13-34.

Pope, A. W., & McHale, R. B. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents*. Oxford, England: Pergamon.

Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9-17.

Rummans, T. A., Clark, M. M., Sloan, J. A., Frost, M. H., Bostwick, J. M., Atherton, P. J., Johnson, M. E., Gamble, G., Richardson, J., Brown, P., Martensen, J., Miller, J., Piderman, K., Huschka, M., Girardi, J., & Hanson, J., (2006). Impacting quality of life for patients with advanced