

## تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

اینچه ناز اسدزاده<sup>۱</sup>، مجید محمود علیلو<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۰۴

تاریخ وصول: ۹۶/۰۱/۱۵

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام پذیرفت. این مطالعه بر روی سه بیمار از بین بیماران مبتلا به سرطان پستان انجمن حمایت از زنان مبتلا به سرطان پستان شهرستان تبریز در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی طی هشت جلسه، انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه افسردگی Beck-II BDI و پرسشنامه امید به زندگی بود. نتایج تحلیل نشان داد بیشترین درصد بهبودی در نشانه‌های جسمانی و عاطفی افسردگی و همچنین در حوزه امید به زندگی ۷۵ درصد و کمترین میزان آن ۵۰ درصد بود، همچنین در حوزه نشانه‌های شناختی افسردگی نیز بالاترین درصد بهبودی ۱۰۰ درصد و کمترین میزان ۵۰ درصد بود. نتایج نشان داد که این اثربخشی برای هر سه آزمودنی در مرحله پیگیری پایدار بوده است. بر اساس این نتایج می‌توان از درمان فراشناختی برای کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی، افسردگی، امید به زندگی، سرطان پستان

### مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های شایع و در حال افزایش است که حجم زیادی از تلاش‌های مراقبتی را به خود اختصاص می‌دهد (رنجبر نوشری، محدثی، اسدی مجره، هاشمی، ۱۳۹۲). با گذشت زمان معلوم شده که سرطان یک مساله‌ی جهانی است و به کشورهای صنعتی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد تبریز (نویسنده مسئول)،

naziasadzadeh@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز

محدود نمی‌شود. هر چند آمار مرگ و میر در کشورهای صنعتی بالاتر از کشورهای نیمه صنعتی است؛ اما سرطان پستان شایعترین سرطان در زنان کشورهای توسعه یافته می‌باشد (محمدی، کشفی، نیکوفر و حسینی، ۱۳۷۹). شیوع سرطان پستان در زنان افسرده بیشتر از زنان شاداب می‌باشد از آنجایی که مقاومت در برابر سرطان به مقاومت سیستم ایمنی بستگی دارد، لذا به نظر می‌رسد که عوامل تنش‌زا باعث تضعیف این سیستم و زمینه‌ساز بروز بیماری می‌گردند. سرطان پستان و درمان آن مشکلات جسمی و روحی فراوانی را در فرد ایجاد خواهد کرد (احمدی، ۱۳۷۷). سرطان سینه شایعترین سرطان در زنان است و یکی از مهمترین عواملی است که سلامت بدنی و روانی زنان را به مخاطره انداخته است (کریمی بناری، ۱۳۹۰، به نقل از زارعیان، رحمتی، ۱۳۹۳). سرطان پستان پنجمین علت مرگ و میر زنان سرطانی است و میزان مرگ و میر زنان، چهار مورد از هر صد هزار نفر است و در میان سرطان‌های مختلف، این سرطان سومین مقام را از لحاظ بیماریهای سرطانی در زنان دارا می‌باشد (ابوالقاسمی، ساعدی، نجف آبادی، ۱۳۹۱). سرطان پستان شایع‌ترین و پرتلفات‌ترین و از نقطه نظر عاطفی و روانی بیش از سایر سرطان‌ها زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین این بیماری یک تجربه‌ی استرس‌زا برای زنان محسوب می‌شود (شیخ ابومسعودی و همکاران، ۱۳۹۴). در جهان بیش از یک میلیون زن مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می‌شود (حسین پور فیضی، خدایی، آذرفام و پولادی، ۱۳۹۲). رشد روزافزون سرطان پستان در چند دهه‌ی اخیر و اثرات زیانبار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی و روانی، اجتماعی، اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها این نوع سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده‌ی قرن معرفی کنند (لی، ۲۰۱۲). مبتلایان به سرطان با مشکلات و استرس‌های متعدد زیستی، روانی و اجتماعی مواجه‌اند و افسردگی بالینی، شایعترین اختلال روانی در این بیماران است به گونه‌ای که طبق گزارش انجمن سرطان آمریکا در سال ۲۰۱۲، بیست و پنج درصد افراد مبتلا به سرطان از علائم افسردگی بالینی رنج می‌برند (کارآموزیان، باقری، دره کردی، امینی زاده، ۱۳۹۳). در مطالعات متعددی ابتلا به سرطان‌های مختلف ریسک فاکتور مهمی برای ایجاد افسردگی بیان شده است. افسردگی اختلال ناتوان‌کننده‌ای است که فرد و جامعه را مجبور به پرداخت تاوان سنگینی می‌کند، زیرا با شیوع و بروز گسترده، سیر نسبتاً مزمن و اختلال در عملکردهای

شغلی، روابط بین فردی آسیب‌های اقتصادی و انسانی شدید بر جای می‌گذارد (درگاهیان، ۱۳۹۰). مهمترین دلایل ایجاد افسردگی در این بیماران، درد ناشی از متاستاز، کاهش فعالیت‌های اجتماعی و ناتوانی ذکر شده است (رجبی‌زاده، منصوری، شکیبی، رضانی، ۱۳۸۴). همچنین، آگاهی از این که بیماری توان ما را به تحلیل می‌برد؛ از جمله موقعیت‌هایی است که اغلب موجب بروز افسردگی می‌شود (سجادی هزاوه، صالحی و مشفق، ۱۳۸۷). افسردگی برای بیماران سرطانی بسیار زیانبار است؛ زیرا مستلزم تسلیم در برابر بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی‌کنند و فرصت‌های بهتر زندگی کردن در باقیمانده‌ی عمر را از دست می‌دهند (بیجاری، قنبری، آقامحمدیان و همایی شاندیز، ۱۳۸۸). افسردگی می‌تواند دامنه‌ی وسیع داشته باشد، بدبینی نسبت به آینده، کاهش حرمت نفس و احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایت بودن. ناامیدی یعنی دلمردگی ناشی از افسردگی که می‌تواند خود را به شکل از دست رفتن امید به آینده نشان دهد. در این شرایط فرد احساس می‌کند نامطبوع خواهد بود و در موارد شدید فرد احساس می‌کند که آینده برایش وجود ندارد (شعاع کاظمی و سعادت، ۱۳۸۹). ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان شناختی افراد اثر منفی داشته و فاکتور خطری برای اختلال در این ابعاد می‌باشد (درن و ویگنز، ۲۰۱۴). در بیماری‌هایی مانند سرطان امیدآوری تلاش فرد را برای مقابله و مبارزه با بیماری و تداوم درمان افزایش می‌یابد (پروشتم، بین، لوینسون، سولیوان، ۲۰۱۳). ناامیدی از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (حیدری، قدوسی، شهبازی، ۱۳۹۴). افسردگی و اضطراب در این بیماران به دلایل گوناگون ایجاد می‌شود که عبارتند از واکنش فرد به تشخیص، عوارض درمان، طولانی بودن مدت درمان، بستری شدن به طور مکرر و از هم گسیختگی زندگی خانوادگی فرد (کارآموزیان و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج برخی مطالعات حاکی از آن هستند که اضطراب و افسردگی سه سال پس از پایان اقدام‌های پزشکی برای درمان سرطان نیز ادامه پیدا می‌کند (دهستانی، باقریان، رضایی و طباطبایی، ۱۳۹۴).

طبق مطالعات انجام شده پیش بینی می‌شود که در آینده افسردگی یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های جهان به شمار می‌رود. بنابراین می‌توان گفت با توجه به شیوع، مخرب بودن و پرهزینه‌بودن اختلال افسردگی، توجه خاص به پژوهش‌های نظری و کاربردی

1. Doreen L, Wiggins
2. purushotham A, Bains s, Lewison G, Sullivan

در زمینه‌ی روش‌های پیشگیری و درمان این اختلال ضروری است (زارع، ۱۳۹۰). به نظر می‌رسد ارزیابی روانشناختی این بیماران به کشف واکنش‌های شایع و عوارض روانی جهت پیشگیری و درمان سریع اهمیت دارد. از این رو علاوه بر درمان‌های پزشکی و دارویی آموزش برخی راهکارهای مناسب به این بیماران برای مقابله با تجربه‌ی فایق آمدن با ابعاد آسیب‌شناسانه‌ی ناشی از دوره‌های تشخیص، درمان و پیشگیری ضروری است (قهاری و همکاران، ۱۳۹۱). امروزه تأثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبودی بیماری‌های مزمن مورد تأیید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته‌ی روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری در فرایند درمان این بیماری به عهده گرفته‌اند (کهرزائی، دانش، حیدرزادگان، ۱۳۹۱).

در چهارچوب الگوی شناختی، مدل‌های نظری و به تبع آن راهکارهای مداخله‌ای متعددی جهت درمان افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند (هاشمی، محمود علیلو، هاشمی، ۱۳۹۰). درمان فراشناختی، به عنوان رویکرد شناخت درمانی خالص، به دلیل نارضایتی از رویکردهای رفتاری-شناختی موجود که ویژگی‌های مهم تفکر غیرانطباقی و عوامل کنترل‌کننده‌ی آن مورد توجه قرار نمی‌گیرند، به وجود آمده است. اصل بنیادین این درمان است که اختلال روانشناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی توجهی مرتبط است و هدف درمان فراشناختی درمان این سندرم و تعدیل باورهای فراشناختی مربوط به آن است (ولز، ۲۰۰۹، به نقل از شهبازی راد، قدم پور، غضنفری و مومنی، ۱۳۹۵). در رویکرد فراشناختی که درون‌مایه‌ی اصلی آن از رویکرد شناختی بر گرفته شده است به جای تمرکز بر محتوای تفکر که در دیدگاه شناختی بر آن تأکید می‌شود بر فرایند تفکر تمرکز می‌کند (شاکری، پرهون، محمدخانی، حسنی، ۱۳۹۴). در این مدل، افسردگی با رخداد یک برانگیزاننده‌ی فردی و فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی توجهی (CAS) مرتبط است. این سندرم شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی یا نشخوارفکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. در واقع نشخوارفکری به عنوان یک سبک مقابله با

خلق افسرده یا راهی برای خودتنظیمی هیجانی، تداوم یافته و تشدید می‌گردد (در گاهیان، محمدخانی، حسنی، ۱۳۹۳).

درمان فراشناختی از طریق آموزش توجه به بیمار کمک می‌کند تا فرایند نشخوارفکری را قطع کند، سپس باورهای منفی و مثبت بیمار درباره نشخوارفکری را به چالش می‌کشد. این درمان به جای افکار خودآیند منفی، فرایند نشخوارفکری را هدف مداخله قرار می‌دهد و به این ترتیب احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد (محمدخانی، حسنی، سپاه منصور، محمدی، لاریجانی، ۱۳۹۲). تحقیقات زیادی در زمینه اثر بخشی درمان فراشناختی بر افسردگی زنان صورت گرفته از جمله پژوهشی که توسط در گاهیان (۱۳۹۰) بر روی چهار زن مبتلا به افسردگی اساسی انجام گرفت.

یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی تغییرات مثبت معناداری در نمره مقیاس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش ایجاد کرده این تغییرات تا مرحله پیگیری ادامه داشت. نتایج پژوهش زارع (۱۳۹۰) بر روی چهار بیمار زن مبتلا به افسردگی اساسی نشان داد که درمان فراشناختی تغییرات مثبت معناداری در نمره مقیاس پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش ایجاد کرد و این تغییرات تا مرحله پیگیری ادامه داشت. حبیبی (۱۳۹۲) در پژوهشی اثر بخشی درمان گروهی فراشناختی را بر اضطراب و افسردگی کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان گنجویان دزفول انجام داد نتایج پژوهش نشان داد که درمان گروهی فراشناختی در کاهش علایم اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تاثیر معناداری دارد. ولز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) از طریق طرح جامع درمان فراشناختی توانستند علایم گروهی از بیماران افسرده را طی جلسه از طریق فنون فراشناختی بهبود دهند. جلسات پیگیری این گروه حاکی از آن است که میزان عود علایم افسردگی در این بیماران طی مدت شش ماه کمتر از نتایج درمان شناختی رفتاری سنتی بوده است. ولز و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی اثر بخشی درمان فراشناختی را در گروهی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مقاوم در هشت جلسه درمانی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که افرادی که این درمان را دریافت کرده بودند کاهش معناداری در نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری نشان دادند. مداخلات روان شناختی با کاهش تنش‌های روانی، افزایش امید به بهبودی و گسترش روابط و فعالیت‌های اجتماعی به دنبال ارتقای

1. Wells

سلامت روانی این افراد می‌باشد. چرا که در صورت بهبودی جسم اگر روح و روان دستخوش تنش و آسیب باشد، نمی‌توان از سلامت کلی سخن گفت (سروش، حجازی، شعاع کاظمی، گرانیپایه، ۱۳۹۳) و با توجه به این که افسردگی می‌تواند منجر به عدم سازش با بیماری و تأثیر بر روابط بین فردی، سیر درمان و پیش آگهی بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان گردد، این تحقیق به دنبال جواب‌هایی برای این پرسش است که آیا درمان‌های فراشناختی بر علائم افسردگی و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد؟

### روش

جامعه‌ی مورد مطالعه‌ی پژوهش حاضر، کلیه‌ی زنان مبتلا به سرطان پستان شهرستان تبریز در سال ۱۳۹۴ بود که در انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان پستان عضو شده بودند. تعداد زنان مبتلا به سرطان پستان در این انجمن پانصد نفر می‌باشد. از جامعه‌ی مورد نظر با توجه به معیارهای ورود و خروج سه نفر به شیوه‌ی نمونه‌گیری به صورت غیر تصادفی و از نوع در دسترس از بین زنان مبتلا به سرطان پستان که در انجمن عضو بودند انتخاب شده و پس از جلب رضایت وارد پژوهش شدند. آزمودنی اول خانم بیست و هشت ساله، آزمودنی دوم خانم پنجاه ساله و آزمودنی سوم خانم چهل و هشت ساله که تحت درمان تکمیلی شیمی درمانی و پرتودرمانی قرار داشتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: - داشتن ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی براساس نظر روانپزشک. - داشتن سن حداقل بیست و پنج تا پنجاه سال - پذیرش داوطلبانه شرکت در پژوهش - داشتن بیماری سرطان پستان. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: - داشتن اختلال روانی همزمان دیگر - داشتن بیماری جسمی همزمان دیگر - فقدان انگیزه‌ی شخصی برای درمان - دریافت مداخلات روان‌شناختی همزمان دیگر.

### ابزار پژوهش

سیاهه افسردگی بک ۱- (BDI - II): پرسشنامه‌ی افسردگی بک ویرایش دوم (II) (BDI-) شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. فرم تجدیدنظر شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV همخوان است. علاوه بر آن ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی

عناصر افسردگی را براساس نظریه شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این پرسشنامه همانند ویرایش نخست از ۲۱ ماده تشکیل شده که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای را که نشان دهنده‌ی شدت علامت افسردگی در مورد خویش است را بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد. پرسشنامه‌ی افسردگی بک (ویرایش دوم) چهار ماده از ویرایش قبلی را نداشته و به جای آنها ماده‌های دیگری در پرسشنامه افزوده شده‌اند. همچنین در این پرسشنامه دو ماده (ماده‌های شانزده و هجده) به گونه‌ای ویرایش شده‌اند که به شدت افسردگی بیشتر حساس باشند. این پرسشنامه در جمعیت سیزده سال به بالا قابل استفاده است. بیست و یک ماده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سه گروه نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های جسمانی طبقه بندی می‌شوند (فتحی آشتیابی، ۱۳۹۲). پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب، و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. این آزمون از نوع خود سنجی است و برای تکمیل آن بین پنج تا ده دقیقه زمان لازم است. برای درک ماده‌ها داشتن توانایی خواندن در سطح کلاس پنجم یا ششم کافی است. دامنه‌ی نمره‌ها بین حداقل صفر تا حداکثر شصت و سه قرار دارد (مارنات<sup>۱</sup>، ۱۳۸۴). مطالعات روان سنجی انجام شده بر روی ویرایش دوم این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به طور کلی این پرسشنامه جانسین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌شود. بک، استیرو براون<sup>۲</sup> (۲۰۰۰) ثبات درونی این ابزار را ۷۳٪ تا ۹۲٪ با میانگین ۸۶٪ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۸۶٪ و غیر بیمار ۸۱٪ گزارش کرده‌اند. همچنین دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶)، ضریب آلفای ۹۲٪ را برای بیماران سرپایی و ۹۳٪ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته ۹۳٪ به دست آورده‌اند. به علاوه در یک بررسی بر روی صد و بیست و پنج دانشجوی دانشگاه تبریز و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت اعتبار و روایی BDI-II بر روی جمعیت ایران انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته، ۰/۷۳ بود (غرایبی، ۱۳۸۲).

1. Marnat
2. Beck, Steer, Brown

پرسشنامه ی امید به زندگی: در این تحقیق از پرسشنامه ی امید به زندگی (حلاجیان، ۱۳۸۹) استفاده شد. پرسشنامه ی امید به زندگی مشتمل بر سی و سه سوال است که آزمودنی‌ها براساس مقیاس لیکرت (کاملاً، تقریباً، هرگز) به آن پاسخ می‌گویند. برای سنجش همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. حداکثر نمره در این پرسشنامه ۹۹ است، هر چه فرد نمره‌ی بالاتری کسب کند نشان دهنده‌ی امید به زندگی بیشتر است. برای سنجش همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. براساس نتایج حاصله ضرایب آلفا برای کل نمونه، آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب (۰/۸۹، ۰/۹۴ و ۰/۹۲) است. برای سنجش روایی مقیاس این آزمون مجدد پس از چهار تا شش هفته به نود و پنج آزمودنی دختر و نود و یک آزمودنی پسر که در مرحله‌ی اول شرکت داشتند داده شده میانگین و انحراف معیار کل آزمودنی‌ها و آزمودنی‌های دختر و پسر در مرحله‌ی بازآزمایی عبارتند از:  $x=35/24$  ( $SD=19/26$ )  $x=13/39$  ( $SD=15/8$ )  $X=30/16$  ( $SD=19/22$ ) است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت یعنی آزمون و آزمون مجدد برای کل آزمودنی‌های دختر و آزمودنی‌های پسر به ترتیب ( $r=0/82$ )، ( $r=0/79$ ) است. هنجارهای نمره‌های آزمونی‌ها نمونه ( $N=450$ ) را به صورت رتبه‌های درصدی محاسبه کرده و با مقیاسه‌ی نمره‌های آزمودنی‌های دختر و پسر به وسیله‌ی آزمون نتیجه‌گیری کردند که در نتیجه نمره‌های آزمودنی‌های دختر به طور معنادار بیشتر از آزمودنی‌های پسر بوده است (حلاجیان، ۱۳۸۹).

به منظور بررسی و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چشمی نمودارها، محاسبه اندازه اثر و درصد بهبودی استفاده شد. جهت اندازه‌گیری اندازه اثر از رایج‌ترین شاخص که مقیاس  $d$  کوهن می‌باشد، استفاده شد که طبق فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{اندازه اثر (خط پایه - درمان)} = \frac{\text{میانگین دوره درمان - میانگین خط پایه}}{\text{انحراف استاندارد کل (Spooled)}}$$

$$\text{اندازه اثر (خط پایه - پیگیری)} = \frac{\text{میانگین دوره پیگیری - میانگین خط پایه}}{\text{انحراف استاندارد کل (Spooled)}}$$



$$S_{pooled} = \sqrt{\frac{S_1^2(n_1 - 1) + S_2^2(n_2 - 1)}{x_1 + x_2 - 2}}$$

مطالعات مختلف برای تفسیر این شاخص، مقدار ۰/۴۱ را به عنوان حداقل میزان اندازه اثر، ۱/۱۵ را به عنوان اندازه اثر متوسط و ۲/۷۰ را به عنوان اندازه اثر بزرگ پیشنهاد کرده‌اند (فرگوسن<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). یکی از مزیت‌های اندازه اثر این است که می‌تواند به وسیله میانگین افزایش صدک تفسیر شود. برای اندازه‌گیری درصد بهبودی از شاخص<sup>۲</sup> PND استفاده شد. در واقع PND درصدی از داده‌های مرحله مداخله است که از بالاترین نقطه مرحله خط پایه بیشتر است و مقدار آن بین صفر تا ۱۰۰ در نوسان است. روش PND همبستگی خوبی با تحلیل چشمی دارد، محاسبه آن بسیار آسان است و با مجموعه داده‌های کوچک (کمتر از ۲۰) نیز قابل اجراست (لنز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). نحوه محاسبه عبارت است از: ۱- تعیین هدف درمان (افزایش یا کاهش رفتار هدف). ۲- تعیین بزرگ‌ترین یا کوچک‌ترین نقطه مرحله خط پایه (اگر هدف، افزایش رفتار است بزرگ‌ترین نقطه مرحله خط پایه انتخاب می‌شود و برعکس). ۳- ترسیم خطی مستقیم از نقطه انتخاب شده در مرحله ۲ و ادامه دادن آن تا مرحله درمان ۴- شمارش تعداد نقاط بالا یا پایین (با توجه به جهت درمان) خط ترسیم شده در مرحله ۳. ۵- تقسیم مقدار به دست آمده در مرحله ۴ بر تعداد کل نقاط مرحله درمان. تفسیر: مقادیر بالای ۷۰٪ حاکی از تأثیر بالای مداخله، مقادیر بین ۵۰ تا ۷۰٪ نشان دهنده اثربخشی متوسط و مقادیر کمتر از ۵۰٪ نیز حاکی از عدم اثربخشی درمان است.

**روند اجرای پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع طرح تک آزمودنی با خط پایه‌ی چندگانه بود. در پژوهش‌های تک موردی به دلیل تعداد کم نفرت، هر آزمودنی به عنوان خط پایه‌ی دیگری محسوب می‌شود. راهنمای درمانی پژوهش بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان (راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی اثر wells) در قالب ۸ جلسه توسط پژوهشگر در انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان پستان اجرا شد.

1. Ferguson
2. Percentage of Non-Overlapping Data (PND)
3. Lenz

## یافته‌ها

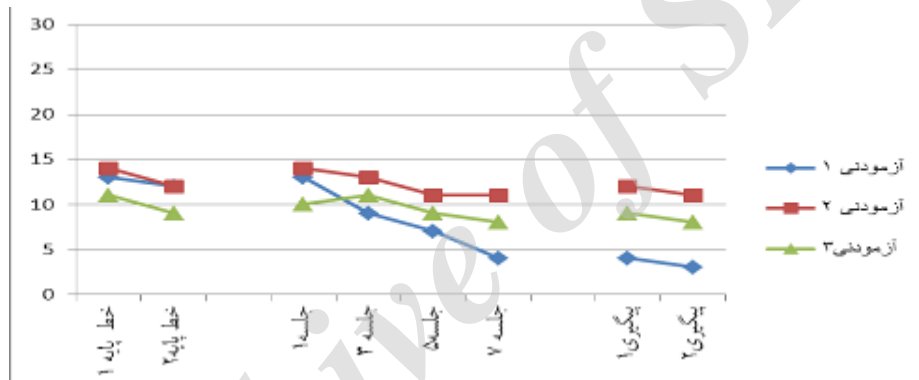
برای ارزیابی اثر بخشی درمان فراشناختی بر نشانه‌های جسمانی افسردگی، نمره سه آزمودنی در خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی افسردگی طی خطوط پایه، مداخله و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌های به دست آمده برای نشانه‌های جسمانی افسردگی، درصد بهبودی و اندازه اثر در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین داده‌های به دست آمده در این سطح در نمودار ۱ ارائه شده است، که با تحلیل چشمی نموداری بررسی می‌شود.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی و اندازه‌های اثر برای آزمودنی‌های مورد مطالعه

درصد بهبودی پیگیری	درصد بهبودی درمان	اندازه اثر (خط پایه- پیگیری)	اندازه اثر (خط پایه- درمان)	انحراف استاندارد پیگیری	انحراف استاندارد درمان	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین پیگیری	میانگین درمان	میانگین خط پایه	آزمودنی ۱
٪۱۰۰	٪۷۵	۲/۷۵	۲/۷۸	۰	۳/۷۷	۰/۷۰۷	۳/۵	۸/۲۵	۱۲/۵	۱
٪۵۰	٪۵۰	۱/۱۱	۰/۴۱	۰/۷۰	۱/۵	۱/۴۱	۱۱/۵	۱۲/۲۵	۱۳	۲
٪۵۰	٪۵۰	۰/۳۶	۰/۲۶	۰/۷۰۷	۱/۲۹	۱/۴۹	۸/۵	۹/۵	۱۰	۳

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، برای آزمودنی اول میانگین نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۲/۵، در مرحله مداخله ۸/۲۵ و در مرحله پیگیری ۳/۵ به دست آمد. طبق نمودار تغییر اندکی در فاز خط پایه تا شروع فاز مداخله مشاهده می‌شود. تغییر در سطح از اوایل درمان شروع شده و با شیب ملایمی رو به کاهش نهاده است. به طور کلی نمره این آزمودنی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه کاهش قابل توجهی یافته است. اندازه اثر و درصد کاهش نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب ۲/۷۸ و ۷۵٪ محاسبه شده است. در مورد آزمودنی دوم همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۳، در مرحله مداخله ۱۲/۲۵ و در مرحله پیگیری ۱۱/۵ به دست آمد. طبق نمودار تغییر اندکی در فاز خط پایه تا شروع فاز مداخله مشاهده می‌شود. از شروع مداخله تا پایان جلسات تغییرات ملایم و رو به کاهش می‌باشد و در مرحله پیگیری نیز تغییرات رو به کاهش نهاده تا جایی که این تغییرات در مرحله پیگیری در سطح ثابتی مانده است. به طور کلی اندازه اثر

و درصد کاهش نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب ۰/۴۱ و ۵۰٪ محاسبه شده است که اندازه اثر و درصد بهبودی پایینی هست. آزمودنی سوم نیز در مرحله خط پایه تغییرپذیری اندکی در نمرات داشت. میانگین نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۰، در مرحله مداخله ۹/۵ و در مرحله پیگیری ۸/۵ به دست آمد. پس از شروع مداخله تا مرحله پیگیری تغییرات با شیب ملایمی رو به کاهش نهاده است، تنها در جلسه سوم شیب تغییرات در خلاف جهت هدف درمان می باشد و در مرحله پیگیری نیز تقریباً به سطح ثابتی رسیده است. به طور کلی می توان گفت که درمان فراشناختی منجر به کاهش نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی شده است.



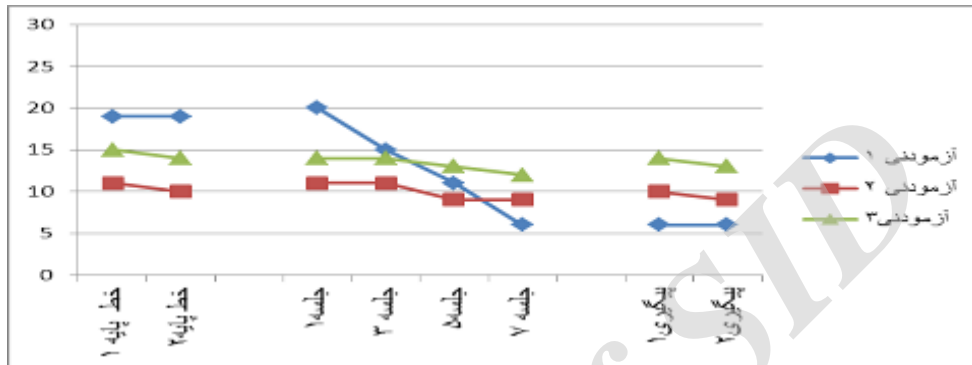
نمودار ۱. الگوی تغییرات نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مراحل خط پایه، آموزش و پیگیری جدول ۲ داده‌های به دست آمده برای نشانه‌های عاطفی افسردگی، درصد بهبودی و اندازه اثر را نشان می دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نشانه‌های عاطفی افسردگی و اندازه‌های اثر برای آزمودنی‌های مورد مطالعه

درصد بهبودی پیگیری	درصد بهبودی درمان	اندازه اثر (خط پایه - پیگیری)	اندازه اثر (خط پایه - درمان)	انحراف استاندارد پیگیری	انحراف استاندارد درمان	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین پیگیری	میانگین درمان	میانگین خط پایه
۱۰۰٪	۷۵٪	۲/۰۷	۱/۹۵	۰	۵/۹۴	۰	۶	۱۳	۱۹
۵۰٪	۵۰٪	۱/۲	۰/۳	۰/۷۰۷	۰/۹۵	۰/۷	۹/۵	۱۰/۲۵	۱۰/۵
۵۰٪	۵۰٪	۱/۸	۱/۱۳	۰/۷	۰/۸۱	۰/۷	۱۳	۱۳	۱۴/۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای آزمودنی اول میانگین نمرات نشانه‌های عاطفی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۹، در مرحله مداخله ۱۳ و در مرحله پیگیری ۶ به دست آمد. طبق نمودار از شروع مداخله تغییرات ملایم و رو به کاهش تا آخر درمان ادامه می‌یابد. از جلسه هفتم تا آخرین پیگیری تغییرات چندانی مشاهده نمی‌شود و تغییرات در مرحله پیگیری در سطح ثابتی مانده است. به طور کلی اندازه اثر و درصد کاهش نمرات نشانه‌های عاطفی افسردگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب ۱/۹۵ و ۷۵٪ محاسبه شده است. در مورد آزمودنی دوم همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نشانه‌های عاطفی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۰/۵، در مرحله مداخله ۱۰/۲۵ و در مرحله پیگیری ۹/۵ به دست آمد. از شروع مداخله تا جلسه سوم تغییرات اندکی مشاهده می‌شود. از جلسه پنجم تغییرات رو به کاهش نهاده، به طور کلی نمره این آزمودنی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است. اندازه اثر و درصد کاهش نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب ۰/۳ و ۵۰٪ محاسبه شده است. آزمودنی سوم نیز در مرحله خط پایه تغییرپذیری اندکی در نمرات داشت. میانگین نمرات نشانه‌های عاطفی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۴/۵، در مرحله مداخله ۱۳ و در مرحله پیگیری ۱۳ به دست آمد. پس از شروع مداخله نمرات آزمودنی با شیب ملایمی کاهش یافته، به طور کلی تعداد خطاها در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه کاهش داشته است. اندازه اثر و درصد کاهش نمرات نشانه‌های جسمانی افسردگی در مرحله درمان برای

این آزمودنی به ترتیب ۱/۱۳ و ۵۰٪ محاسبه شده است. به طور کلی می توان گفت که درمان فراشناختی منجر به کاهش نمرات نشانه های عاطفی افسردگی شده است.



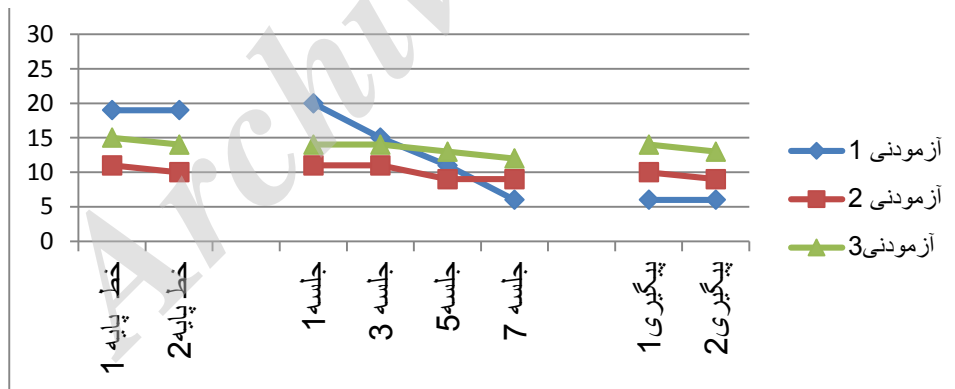
نمودار ۲. الگوی تغییرات نمرات نشانه های عاطفی افسردگی در مراحل خط پایه، آموزش و پیگیری جدول ۳ داده های به دست آمده برای نشانه های شناختی افسردگی، درصد بهبودی و اندازه اثر را نشان می دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نشانه های شناختی افسردگی و اندازه های اثر برای آزمودنی های مورد مطالعه

درصد بهبودی پیگیری	درصد بهبودی درمان	اندازه اثر (خط پایه- پیگیری)	اندازه اثر (خط پایه- درمان)	انحراف استاندارد پیگیری	انحراف استاندارد درمان	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین پیگیری	میانگین درمان	میانگین خط پایه	آزمودنی ۱
٪۱۰۰	٪۱۰۰	۲/۲۲	۲/۴۹	۰/۷	۳/۹۴	۰	۸/۵	۱۲/۲۵	۲۰	آزمودنی ۱
٪۵۰	٪۵۰	۰/۹۸	۱/۰۸	۰/۷۰۷	۰/۹۸	۰	۱۱/۵	۱۱/۵	۱۲	آزمودنی ۲
٪۱۰۰	٪۵۰	۱/۸۶	۱/۰۵	۰/۷	۱/۲۹	۰	۱۳/۵	۱۴/۵	۱۶	آزمودنی ۳

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، برای آزمودنی اول میانگین نمرات نشانه های شناختی افسردگی در مرحله خط پایه ۲۰، در مرحله مداخله ۱۲/۲۵ و در مرحله پیگیری ۸/۵ به دست آمد. طبق نمودار تغییر زیادی در فاز خط پایه تا شروع فاز مداخله مشاهده می شود.

از شروع مداخله تا جلسه هفتم شیب تغییرات رو به کاهش می‌باشد. که این تغییرات در مرحله پیگیری نیز ادامه می‌یابد. به طور کلی اندازه اثر و درصد کاهش نمرات نشانه‌های شناختی افسردگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب  $2/49$  و  $100\%$  محاسبه شده است. در مورد آزمودنی دوم همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات نشانه‌های شناختی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۲، در مرحله مداخله  $11/5$  و در مرحله پیگیری  $11/5$  به دست آمد. تغییر در سطح از اوایل درمان شروع شده و بیش‌ترین شیب تغییرات بین جلسات پنجم تا هفتم بوده است و پس از آن با شیب ملایمی رو به کاهش نهاده است. نمره این آزمودنی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه کاهش یافته است. به طور کلی اندازه اثر و درصد کاهش نمرات نشانه‌های شناختی افسردگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب  $1/08$  و  $50\%$  محاسبه شده است. آزمودنی سوم نیز در مرحله خط پایه تغییرپذیری اندکی در نمرات داشت. میانگین نمرات نشانه‌های شناختی افسردگی در مرحله خط پایه ۱۶، در مرحله مداخله  $12/5$  و در مرحله پیگیری  $13/5$  به دست آمد. تغییر در سطح از اوایل درمان شروع شده و پس از آن با شیب ملایمی رو به کاهش نهاده است. نمره آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری نسبت به آخرین خط پایه کاهش اندکی داشته است. به طور کلی می‌توان گفت که درمان فراشناختی منجر به کاهش نمرات نشانه‌های شناختی افسردگی شده است.



نمودار ۳. الگوی تغییرات نمرات نشانه‌های شناختی افسردگی در مراحل خط پایه، آموزش و پیگیری

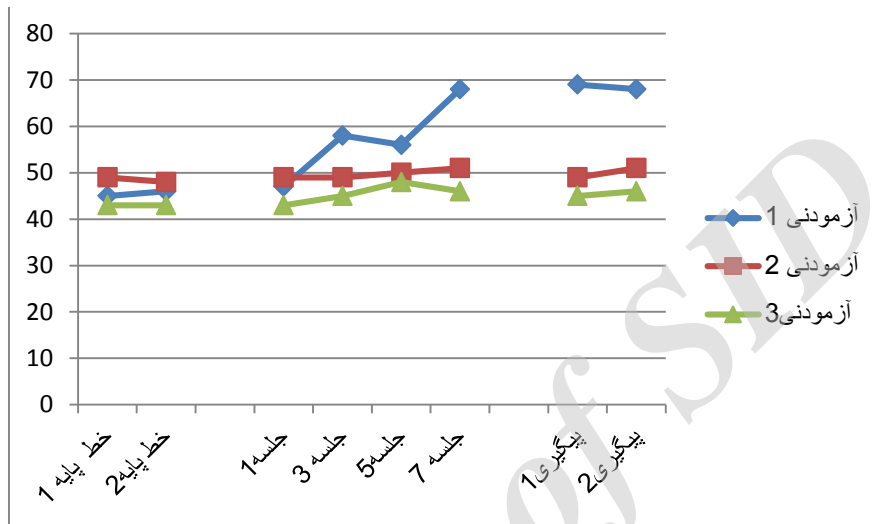
جدول ۴ داده‌های به دست آمده برای نمرات امید به زندگی، درصد بهبودی و اندازه اثر را نشان می‌دهد.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات امید به زندگی و اندازه های اثر برای آزمودنی های مورد مطالعه

درصد بهبودی پیشگیری	درصد بهبودی درمان	اندازه اثر (خط پایه-پیگیری)	اندازه اثر (خط پایه-درمان)	انحراف استاندارد پیگیری	انحراف استاندارد درمان	انحراف استاندارد خط پایه	میانگین پیگیری	میانگین درمان	میانگین خط پایه	آزمودنی
٪۱۰۰	٪۷۵	-۲/۱۷	-۱/۱۳	۰/۷	۸/۶۱	۰/۷	۶۸/۵	۵۷/۲۵	۴۵/۵	آزمودنی ۱
٪۵۰	٪۵۰	-۱/۴۱	-۱/۱۷	۱/۴۱	۰/۹۵	۰/۷	۵۰	۴۹/۷۵	۴۸/۵	آزمودنی ۲
٪۱۰۰	٪۷۵	-۱/۶۳	-۱/۳۵	۰/۷	۰/۹۵	۰	۴۹/۵	۴۹/۲۵	۴۸	آزمودنی ۳

همان طور که در جدول ۴-۴ مشاهده می‌شود، برای آزمودنی اول میانگین نمرات امید به زندگی در مرحله خط پایه ۴۵/۵، در مرحله مداخله ۵۷/۲۵ و در مرحله پیگیری ۶۸/۵ به دست آمد. طبق نمودار تغییر اندکی در فاز خط پایه تا شروع فاز مداخله مشاهده می‌شود. پس از شروع مداخله تغییرات رو به افزایش نهاده و این تغییرات در مرحله پیگیری در سطح ثابتی مانده است. به طور کلی اندازه اثر و درصد بهبودی نمرات امید به زندگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب ۱/۱۳- و ۷۵٪ محاسبه شده است. در مورد آزمودنی دوم همان طور که در جدول ۴-۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات امید به زندگی در مرحله خط پایه ۴۸/۵، در مرحله مداخله ۴۹/۷۵ و در مرحله پیگیری ۵۰ به دست آمد. تغییر در سطح از اوایل درمان شروع شده و پس از آن با شیب ملایمی رو به افزایش گذاشته است. به طور کلی نمره این آزمودنی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه افزایش یافته است. اندازه اثر و درصد بهبودی نمرات امید به زندگی در مرحله درمان برای این آزمودنی به ترتیب ۱/۴۹- و ۵۰٪ محاسبه شده است. میانگین نمرات امید به زندگی آزمودنی سوم در مرحله خط پایه ۴۸، در مرحله مداخله ۴۹/۵۲ و در مرحله پیگیری ۴۹/۵ به دست آمد. پس از شروع مداخله تغییرات رو به افزایش گذاشته و در مرحله پیگیری در سطح نسبتاً ثابتی باقی ماند، به طور

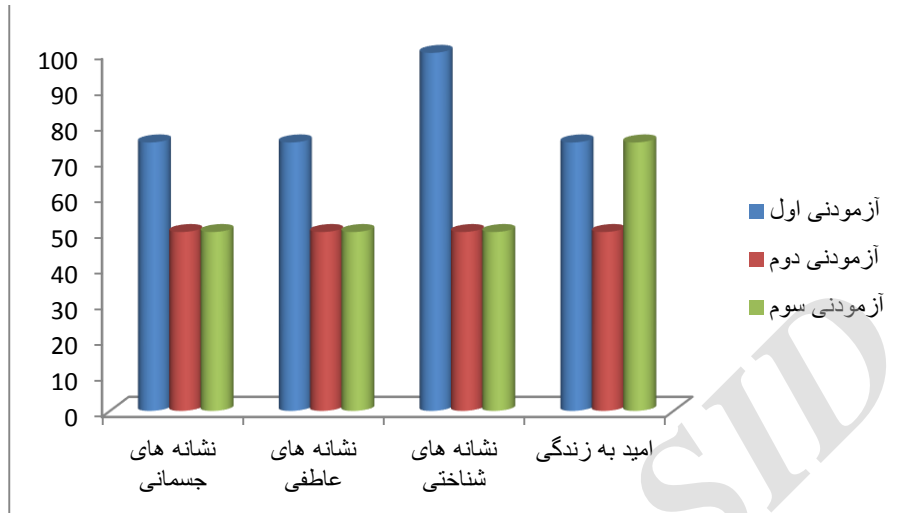
کلی نمره آزمودنی در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه افزایش داشته است. به طور کلی می‌توان گفت که درمان فراشناختی منجر به افزایش نمرات امید به زندگی شده است.



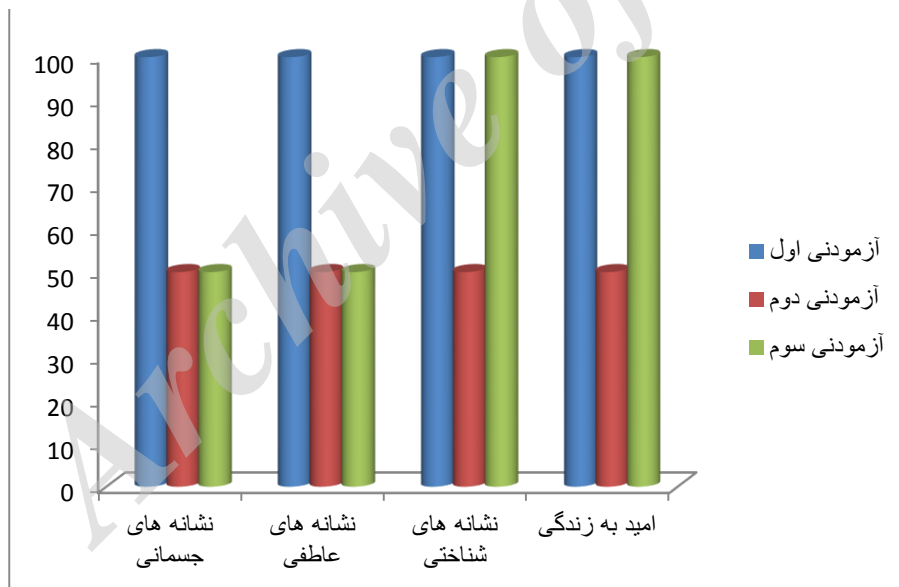
نمودار ۴. الگوی تغییرات نمرات امید به زندگی در مراحل خط پایه، آموزش و پیگیری

در یک نگاه کلی می‌توان دریافت که درمان فراشناختی موجب کاهش نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی افسردگی شده و همچنین موجب افزایش نمرات امید به زندگی آزمودنی‌ها شده است که این تغییرات در آزمودنی اول بیشتر از آزمودنی دوم و سوم اتفاق افتاده است. نمودارهای ۴-۵ و ۴-۶ نشان می‌دهند درصد بهبودی در مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه بیشتر از مرحله مداخله در مقایسه با خط پایه است.





نمودار ۵. درصد بهبودی نشانه‌های جسمانی، عاطفی، شناختی و امید به زندگی در مرحله مداخله در مقایسه با خط پایه



نمودار ۶. درصد بهبودی نشانه‌های جسمانی، عاطفی، شناختی و امید به زندگی در مرحله پیگیری در مقایسه با خط پایه

### بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل داده‌های حاصل از اندازه‌گیری مکرر در طی جلسات خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داد که درمان فرا شناختی اثربخشی مثبت و قابل‌ملاحظه‌ای در کاهش نشانه‌های جسمانی، عاطفی و شناختی افسردگی داشت. این شیوه درمانی بر روی سه آزمودنی مورد بررسی قرار گرفت و دارای اثر بخشی متوسط و بالا در مرحله مداخله و پیگیری بود. افسردگی با مواردی از قبیل نشخوار فکری و فراشناخت‌های مثبت و منفی همراه است. از این رو اگر درمان روی مولفه‌هایی از قبیل کاهش نشخوارهای فکری و تغییر فراشناخت‌ها گام بردارد می‌تواند علایم افسردگی را کاهش دهد (ما و تیزدل<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). از سویی افسردگی نه تنها با علایم روانی از قبیل خلق پایین، ناامیدی، کندی روانی حرکتی و بیقراری همراه است، بلکه سایر علایم فیزیولوژیک نیز می‌توانند در شدت این اختلال نقش داشته باشند. چنانچه روان درمانی بتواند به موازات تغییر علایم روانی در زمینه‌ی کاهش علایم جسمانی نیز موثر باشد، موفقیت درمان بیش از پیش افزایش خواهد یافت. موفقیت درمان فراشناختی افسردگی در گرو هدف قرار دادن مشخصه‌ی اصلی افسردگی یعنی نشخوار فکری می‌باشد (ولز و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر تغییرات در خلق به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است، که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های ولز و کینگ<sup>۲</sup> (۲۰۰۶)، سیگل، گایناس، تاس<sup>۳</sup> (۲۰۰۷)، ولز و فیشر<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۰)، بارنهوفر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، ولز و همکاران (۲۰۰۸)، برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و چانک<sup>۶</sup> (۲۰۱۱)، تیزدل و همکاران (۲۰۰۲)، ما و تیزدل (۲۰۰۴)، تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) و فنل<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) همسو است.

افکار منفی سمج (نشخوار فکری و نگرانی) به عنوان یکی از چند عامل همزمان در آسیب‌پذیری و حفظ اختلال موثر شناخته می‌شوند و به عنوان راهبردهای مقابله‌ای مد نظر قرار می‌گیرند. محتوای باورهای فراشناختی مثبت، شامل موضوعاتی در رابطه با نشخوار فکری به عنوان راهبرد مقابله‌ای است. باورهای فراشناختی منفی، نشخوار فکری موضوعاتی

1. Ma SF, Teasdale
2. Siegle GJ, Ghinassi F, Thase
3. Banhofer
4. Bergersen H, Foslie F, Sunnerhagen KS, Schank
5. Fennel

را در ارتباط با غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نشخوار فکری در بر می گیرد. اگر چه بسیاری از مردم معتقدند، نشخوار فکری به حل مشکل آنها کمک می کند، اما پاسخ به مشکلات از طریق نشخوار فکری با مشکلات و تنش بیشتر همراه است. بنابراین می توان احتمال داد که درمان به کار گرفته شده در این پژوهش توانسته است نشخوار فکری آزمودنی ها را تحت تاثیر قرار دهد. نولن و هوکسما به نقل از ولز در تبیین اثربخشی فنون فراشناختی، به ماهیت این درمان اشاره کرده و آن را در اثربخش بودن روند درمان موثر دانسته اند (ولز، ۲۰۰۰). از آن جا که در افسردگی الگوهای تفکر شخص، بر خود و موضوعات تهدید کننده متمرکز می شود، درمان مذکور بر تغییر این الگوهای تفکر، تاکید می کند. از سوی دیگر درمان فراشناختی به تغییر فرآیندها و فعالیت هایی از قبیل نشخوار فکری، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد افسرده برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می دهند، ولی در درازمدت نتیجه ی معکوس می گیرند، پرداخته است (ولز و سمبی، ۲۰۰۴). در واقع درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در بیماران زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می کند. به عبارت دیگر هدف مدل درمانی فراشناختی اختلال افسردگی، نشان دادن فراشناخت ها و فرآیندهای تداوم بخش دوره های افسرده ساز است. همچنین در تبیین نتایج درمان می توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی افسردگی دارای برنامه ی ارزیابی و مقیاس های دقیقی بوده و از این طریق، درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می دهد. برخی اصول تغییر رفتاری می توانند باورهای فراشناختی را به چالش بکشانند. بنا بر این یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله ی پیگیری می تواند به علت افزایش کنترل فراشناختی افراد دارای علایم افسردگی بر باورهای فراشناختی شان باشد. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به افراد افسرده می دهد که رابطه ی جدیدی با افکار خود برقرار نموده، فراشناخت هایی که شیوه ی ناسازگارانه ی تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می بخشند یا باعث افزایش تشدید باورهای منفی می گردند، تغییر دهند (ولز و متیوس، ۱۹۹۴).

در کل با توجه به تغییراتی که در هر سه آزمودنی اتفاق افتاده است می توان نتیجه گرفت که تسهیل سبک های زیر بنایی تفکر از جمله نشخوار فکری و باورهای فراشناختی توانسته موجب کاهش افکار خودآیند منفی گردد و در نتیجه موجب کاهش نشانه های عاطفی

(غمگینی نارضایتی، احساس گناه، بیزاری از خود، گریستن، بی قراری، کناره‌گیری اجتماعی، تحریک‌پذیری)، نشانه‌های شناختی (بدبینی، احساس شکست، انتظار تنبیه، اتهام به خود، افکار خودکشی، بی تصمیمی، بی ارزشی، اشکال در تمرکز) و نشانه‌های جسمانی (کم توانی، تغییر در الگوی خواب، خستگی‌پذیری، تغییر در اشتها، کاهش علائق جنسی) افسردگی شد.

بیماران افسرده مبتلا به سرطان احتمالاً به دلیل استفاده‌ی فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، پرخوابی، اجتناب، گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوار فکری، مرور خاطرات منفی گذشته، تجزیه و تحلیل افراطی روی داده‌های ناخوشایند گذشته) و هیجانی (گریه کردن، خودسرزنش‌گری، واکنش‌های هیجانی شدید به سر نخ‌های اتفاقات ناخوشایند گذشته) تقریباً تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجان‌های منفی گذشته و تغییرات آنها می‌کنند. این راهبردها نه تنها مؤثر و رهایی‌بخش نیست، بلکه کارکردهای جسمانی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی و روان‌شناختی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. براساس نظریه‌های رفتاری جدید، علت عمده‌ی اکثر اختلالات روانی به ویژه افسردگی، اجتناب از شرکت در فعالیت‌های فردی و اجتماعی مهم می‌باشد. نافع‌الی فردی و اجتماعی می‌تواند منجر به افزایش میزان ساعت‌های حضور در خانه شود و فردی که بیش از حد طبیعی در منزل می‌ماند، لاجرم وقت بیشتری به فعالیت‌های منفعلانه از جمله: خوابیدن، فکر کردن، تماشای تلویزیون، یادآوری و مرور خاطرات گذشته، نشخوار فکری منفی، احساس تنهایی و عدم احساس کارایی و کفایت و... اختصاص خواهد داد. از طرفی دیگر قرار گرفتن در این شرایط نافع‌الی، منجر به قرار گرفتن فرد افسرده در دام اجتناب می‌شود و اجتناب کردن منجر به تشدید نافع‌الی می‌شود و این نافع‌الی در شکل‌گیری بسیاری از علائم افسردگی مانند اختلال خواب (بیخوابی یا پرخوابی)، نشخوارهای فکری منفی، اشکال در تفکر یا تمرکز و تصمیم‌گیری، احساس انزوا و تنهایی، غمگینی، لذت نبردن از زندگی و کاهش شرکت در فعالیت‌های لذت‌بخش نقش دارد و این رویدادهای منفی زندگی موجب می‌شود که افراد خود را به صورت انتقادی ارزیابی کنند و این امر موجب کاهش عزت نفس و افزایش عواطف منفی در آنها می‌شود؛ به طوری که افراد افسرده فعالیت‌ها را کمتر خوشایند می‌یابند و کمتر مشغول فعالیت‌های خوشایند می‌شوند و در نتیجه نسبت به دیگران تقویت مثبت کمتری را دریافت می‌کنند. برنامه ریزی فعالیت یک درمان رفتاری برای

افسردگی است که در آن بیماران از یک سو بازبینی خلق و فعالیت‌های روزانه خود، و از سوی دیگر افزایش تدریجی و نظام‌دار فعالیت‌های لذت بخش و تعاملات مثبت با محیط شان را می‌آموزند (کویجرز، ون استارن و وارمردام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). در واقع فراشناخت درمانگران با قطع مکانیسم‌های تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه بیمار را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. می‌توان نتایج حاصله را چنین تبیین کرد که با توجه به رفتارهای مقابله‌ای غیر انطباقی بیماران افسرده، که شامل اجتناب از فعالیت‌ها و تماس اجتماعی می‌باشد، این بیماران به منظور فراهم ساختن زمان بیشتر برای نشخوار فکری یا برای افزایش آرامش خود، فعالیت‌های شان را کاهش می‌دهند، چون به غلط معتقدند که نشخوار فکری، فرصت ارزشمندی برای بهبودی آنها فراهم می‌سازد. بنابراین بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند، در نتیجه‌ی انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان، زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهند داشت؛ در چنین شرایطی قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند. با توجه به این که در این پژوهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می‌داد، می‌توان فرض نمود به دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آنها، خلق افسرده نیز کاهش پیدا کرده و در نتیجه این امر کاهش نشانه‌های افسردگی نیز صورت پذیرفته است (فنل، ۲۰۰۴).

به طور کلی، با توجه به این که نتایج درمان در پیگیری نیز پایدار بود، می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی و کاهش نشخوار فکری به بیماران کمک کرده است رابطه‌ی جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه‌ی ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی تکرارشونده را فرونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردند، تغییر دهند و به همین سبب از میزان افسردگی آنان کاسته شده است.

1. Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam

همچنین تحلیل داده‌های حاصل از اندازه‌گیری مکرر در طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری نشان داد که این شیوه درمانی اثربخشی مثبت و قابل ملاحظه‌ای در افزایش امید به زندگی آزمودنی‌ها داشت. این شیوه درمانی بر روی سه آزمودنی مورد بررسی قرار گرفت و دارای اثر بخشی متوسط و بالا بود.

بیماران افسرده مبتلا به سرطان احتمالاً به دلیل استفاده‌ی فراوان از راهبردهای ناکارآمد رفتاری (اهمال کاری، پرخوابی، اجتناب، گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوار فکری، مرور خاطرات منفی گذشته، تجزیه و تحلیل افراطی روی داده‌های ناخوشایند گذشته) و هیجانی (گریه کردن، خودسرزنش‌گری، واکنش‌های هیجانی شدید به سر نخ‌های اتفاقات ناخوشایند گذشته) تقریباً تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجان‌های منفی گذشته و تغییرات آنها می‌کنند. این راهبردها نه تنها مؤثر و رهایی بخش نیست، بلکه کارکردهای جسمانی، اجتماعی، شغلی، تحصیلی و روان‌شناختی فرد را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجایی که درمان فراشناختی به طور غیر مستقیم موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد می‌شود، می‌تواند به افزایش امید به زندگی در تمام جوانب زندگی کمک نماید. در واقع فراشناخت درمانگران با قطع مکانیسم‌های تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه بیمار را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. می‌توان نتایج حاصله را چنین تبیین کرد که با توجه به رفتارهای مقابله‌ای غیر انطباقی بیماران افسرده، که شامل اجتناب از فعالیت‌ها و تماس اجتماعی می‌باشد، این بیماران به منظور فراهم ساختن زمان بیشتر برای نشخوار فکری یا برای افزایش آرامش خود، فعالیت‌های شان را کاهش می‌دهند، چون به غلط معتقدند که نشخوار فکری، فرصت ارزشمندی برای بهبودی آنها فراهم می‌سازد. بنابراین بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند، در نتیجه‌ی انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان، زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهند داشت؛ و این موضوع باعث می‌شود بر جنبه‌های دیگر زندگی خود توجه بیشتری کنند و روابط اجتماعی خود را گسترش دهند و این امر موجب احساس انرژی بیشتر و مثبت‌اندیشی و امید به زندگی در آنها می‌شود. در چنین شرایطی قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند (فیل، ۲۰۰۴).

## منابع

- ابوالقاسمی، شهنام، ساعدی، سارا، موری نجف آبادی، ندا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی تجسم هدایت یافته و معنادرمانی بر میزان افسردگی، اضطراب و امیدواری زنان مبتلا به سرطان بیمارستان شفا اهواز، فصلنامه‌ی علمی پژوهشی زن و فرهنگ، سال دوم. شماره پنجم. صص ۴۷-۳۱.
- بیجاری، هانیه، قنبری هاشم آبادی، بهرام علی، آقامحمدیان شعرناف، حمیدرضا، همایی شاندیز، فاطمه. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، دوره دهم. شماره ۱.
- حسینپور فیضی، محمدعلی، خدایی، فاطمه، آذرقام، پروین، پولادی، ناصر. (۱۳۹۲) همه گیر شناسی سرطان پستان در تبریز (۸۸-۱۳۸۵). مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوینی، سال هفدهم، شماره ۲ (پی در پی ۶۷).
- حلاجیان، زهره. (۱۳۸۹). پرسشنامه امید به زندگی، موسسه آزمون یار پویا.
- حیدری، محمد، قدوسی، منصوره، شهبازی، سارا. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط ارزش گذاری به بدن با امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از سانتکتومی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، دوره ۴، شماره ۱۵-۸.
- درگاهیان، ریحانه. (۱۳۹۰)، ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی گروه روان شناسی دانشگاه تربیت معلم تهران.
- درگاهیان، ریحانه، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی، مولفه های سندرم شناختی توجهی و راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. شفای خاتم. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران. ایران. دوره دوم، شماره سوم، صص ۴۵-۵۲.
- دهستانی، مهدی، باقریان، مرضیه، رضایی، امیرموسی، طباطبایی، سید محمود. (۱۳۹۴). پیش بینی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان بر مبنای عوامل روان شناختی، طبی و جمعیت شناختی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۱۳، شماره ۳.

رجبی زاده، قدرت الله، منصوری، سیدمحمد، شکیبی، محمدرضا، رضائی، آرشی. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مرتبط با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در بخش رادیوانکولوژی کرمان، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره دوازدهم، شماره ۲، صص ۱۴۷-۱۴۲.

رنجبرنوشری، فرزانه، محدثی، حمیده، اسدی مجره، سامره، هاشمی، سیده صغری، (۱۳۹۲). همبسته های روان شناختی سرطان: نگرانی، سبک زندگی، خودکارآمدی، *مجله دانشگاه پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره یازدهم، شماره نهم، پی در پی ۵۰، صص ۷۰۵-۶۹۸.

زارع، هادی. (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی. دانشگاه علامه طباطبائی.

زارعیان، احسان، رحمتی، فروغ. (۱۳۹۳). تأثیر تمرین ایروبیک بر اضطراب، افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، شماره هفدهم، سال پنجم، ۱۸-۱.

سجادی هزاوه، محبوبه، صالحی، بهمن، مشفق، کامران. (۱۳۸۷) مقایسه تاثیر دارو درمانی و شناخت درمانی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال ۱۱، شماره ۳ (شماره پیاپی ۴۴)، صص ۶۱-۵۵.

سروش، مریم، حجازی، الهه، شعاع کاظمی، مهرانگیز، گرانپایه، لعبت. (۱۳۹۳). ویژگی های روان شناختی و امید به آینده در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، سال هفتم، شماره چهارم.

شاکری، محمد، پرهون، هادی، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر، پرهون، کمال. (۱۳۹۴). اثر بخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، دوره ۷ (۲): ۲۵۳-۲۶۵.

شعاع کاظمی، مهرانگیز، سعادت، معصومه. (۱۳۸۹). بررسی تاثیر آموزش ابعاد معنا درمانی (مسئولیت، آزادی، ارزش ها و...) بر کاهش ناامیدی زنان مبتلا به سرطان، *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، سال سوم، شماره اول و دوم.



شهبازی راد، افسانه، قدم پور، عزت اله، غضنفری، فیروزه و مومنی، خدامراد. (۱۳۹۵).  
 اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم  
 اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، سال ششم، شماره  
 بیست و چهارم، ۴۷-۶۱

شیخ ابومسعودی، روح اله، کاشانی، فهیمه، کریمی، طیبه، سالاروند، شهینی، هاشمی، مریم  
 السعادت، متقیان، مریم، آتشی، وجیهه، کاشانی، پریسا. (۱۳۹۴). مقایسه تاثیر دو شیوه  
 آموزشی (چهره به چهره و الکترونیکی) بر افسردگی و اضطراب و استرس مبتلایان به  
 سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. سال هشتم، شماره دوم.

قهاری، شهربانو، فلاح، راحله، بوالهری، جعفر، موسوی، سیدمهدی، رزاقی، زهرا، اکبری،  
 محمداسماعیل. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله‌های شناختی و معنوی-مذهبی در کاهش  
 اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *دانش و پژوهش در روانشناسی*  
 کاربردی. سال ۱۳، شماره ۴، (پیاپی ۵۰)، صص ۴۰-۳۳.

غرایبی، بنفشه. (۱۳۸۲). *تعیین وضعیت‌های هویت و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و*  
*افسردگی در نوجوانان*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی بالینی. دانشگاه علوم پزشکی  
 ایران. انستیتو روانپزشکی.

کارآموزیان، مهسا، باقری، مسعود، دره کردی، علی، امینی زاده، محسن. (۱۳۹۳). اثر  
 بخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری مدیریت استرس بر سلامت روان و راهبردهای  
 مقابله با درد بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، سال ۷،  
 شماره دوم.

کهرزائی، فرهاد، دانش، عصمت، حیدرزادگان، علیرضا. (۱۳۹۱). اثر بخشی رفتار  
 درمانگری شناختی در کاهش نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان. *مجله*  
*تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. دوره ۱۴، شماره ۲.

محمدخانی، پروانه، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان، محمودی، غلامرضا، لاریجانی،  
 زرین السادات، مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان  
 فراشناختی بر تشخوار فکری و علایم افسردگی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه آزاد  
 اسلامی واحد تهران مرکزی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

محمدی، رخشنده، کشفی، فهیمه، نیکوفر، علیرضا، حسینی، فاطمه. (۱۳۷۹). عوامل مستعد کننده سرطان پستان، فصلنامه پرستاری و مامایی ایران. سال ۱۳، شماره ۲۶.

هاشمی، زهره، محمود علیلو، مجید، هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۲.

- Barnhofer, T., come, c. Hargus, E., Amara singhe, M., Winder, R., J. Williams, M., G. (2009). Mind fullness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.
- Bergersen, H., fosile, F., sunnerhagen, ks., schank, A. K. (2011). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J stroke cerebrovasc Dis*; 23(2):1-6.
- Fennel MJV (2004). Depression, Low-steem and mindfulness. *Behavres Ther*; 42 (2): 1053-67.
- Doreen, L., Wiggins, MD. (2014). The impact of reproductive cancers on women's mental health, *Journal Neurosic*; 5(1): 283-300.
- Li, Q. (2012). Iraumatic neuroma in a patient with breast cancer after mastectomy: case report and review of the literature. *World Journal of surgical oncology*; 10(2):35-42.
- Ma, SF., Teasdale, JD. (2004). Mind fullness- based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects, *J consult clin Psychol*; 72 (3): 31-40.
- Purushotham, A., Bains, s., Lewison, G., Sullivan, R. (2013). Cancer and mental Health: a clinical and research unmet need. *Journal Res Behave SCi*: 15(9): 65-72.
- Siegle, GJ., Chinassi, F., Thase, ME. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21 st century: summary of on emerging feld and an extended example of cognitive control training for depression. *cognitive Therapy and Research*. 37:235-262.
- Teasdale, JD., Moore, RG., Hayhurst, H., pope, M., williamas, s., Segal, ZV. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J consult clin psychol*; 70(2): 275-87.
- Teasdale, SD., segal, ZV., Williams, JMG., Ridgeway, VA., soulsby, JM., Lau MA. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness – based cognitive therapy. *J consult clin psychol*; 68 (2): 615-23.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical prespective. Hove, uk: *Erlbaum*.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 35, 307-318.

- Wells, A. (2000). Emotional disorders and Meta cognition: Innovative cognitive therapy. *Chichester, uk: wiley*.
- Wells, A., welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., wisely, J. (2008). Chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. *cogn Behav pract*; 15(2): 85-92
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal at Behavior therapy and Experimental psychiatry*, 37, 206-212.

Archive of SID