

بررسی اثربخشی درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه

نجمه حمید^۱، علی احمدیان^۲، یحیی اکبری شایه^۲

^۱ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، ^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهیدچمران اهواز

مجله پزشکی هرمزگان سال شانزدهم شماره سوم مرداد و شهریور ۹۱ صفحات ۲۲۱-۲۱۳

چکیده

مقدمه: سرطان سینه یکی از شایع ترین سرطانها در بین زنان و دومین علت مرگ و میر آنها است. ابتلا به سرطان سینه اغلب می تواند افراد را مستعد مشکلات روان شناختی کند و از کیفیت زندگی آنها و امید به آینده شان بکاهد. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر شناخت درمانی مذهب محور بر امیدواری و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بوده است.

روش کار: این پژوهش از نوع مطالعه نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و گروه کنترل می باشد. ۳۰ آزمودن از بین زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی درمانی شهر اهواز انتخاب شد. این افراد از لحاظ سن، طول ابتلا به بیماری، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش کاملاً همگون بودند. سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای تحت درمان شناختی مذهب محور قرار گرفت. اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون از لحاظ متغیر امیدواری و کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0.001$).

نتیجه گیری: شناخت درمانگری مذهب محور بر میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده و آن را افزایش داده است.

کلیدواژه ها: رفتاردرمانی - کیفیت زندگی - سرطان سینه

نویسنده مسئول:

نجمه حمید

گروه روانشناسی دانشگاه شهید

چمران اهواز

اهواز - ایران

تلفن: +۹۸ ۶۱۱ ۳۳۳۳۹۱۱

پست الکترونیکی:

dnajmehamid@yahoo.com

دریافت مقاله: ۹۰/۲/۱۹ اصلاح نهایی: ۹۰/۸/۱۹ پذیرش مقاله: ۹۰/۸/۳۰

مقدمه:

سرطانها گروهی از بیماریها با تنوع حدود یک صد نوع مختلف بوده، که ناشی از رشد بدخیم سلولهای بدن هستند، سلول کوچکترین واحد زنده بدن است و بدن انسان از میلیاردها سلول ساخته شده است. این سلولها در حالت عادی تا جایی که بدن نیاز دارد، تقسیم می شوند. در سرطانها این سلولها به طور غیر عادی و خارج از کنترل و بدون اینکه بدن نیازی به آنها داشته باشد، تقسیم می شوند و زندگی عادی سلولها را در معرض خطر و تهاجم قرار می دهند (۱).

سرطان سینه حاصل رشد خارج از مهار و بدخیم توده های سلول اپتیلیایی پوشاننده مجاری یا لیولهای بافت سینه در زنان (و در موارد نادر در مردان) است. این بد خیمیها حدود ۲۳٪ انواع سرطان زنان را تشکیل می دهد و میزان شیوع آن در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف جهان بین ۸٪ تا ۱۰٪ برآورده شده است (۲). همچنین این نوع سرطان یکی از شایع ترین سرطانها در میان زنان ایرانی محسوب می شود و دومین علت شایع مرگ در بین آنان به شمار می رود. سالانه هفت هزار زن ایرانی به سرطان سینه

برنامه‌ریزی درمانی علاوه بر ارزیابی آسیب شناختی، دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و اعتقادات فرد در کنار ویژگی‌های جمعیت شناختی و سایر اطلاعاتی که در یک مصاحبه تشخیصی گردآوری می‌شود، باید مورد توجه و ارزیابی قرار گیرد تا به عنوان خزانه فکری فرد مراجعه‌کننده در فرآیند درمان مورد بهره برداری قرار گیرد (۱۰). تحقیقات پیشین نشان دادند که بکارگیری روان‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد دینی در درمان افسردگی زنان به طور معنی‌داری برتر از روش شناختی رفتاری کلاسیک به تنهایی است (۱۶).

بر مبنای مطالعات ذکر شده، این پژوهش به دنبال پاسخ این سؤال اصلی است که با توجه به ویژگی‌های خاص و مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به مرحله غیر منتشر سرطان سینه، آیا شناخت درمانگری مذهب محور می‌تواند بر کاهش این علائم و افزایش امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد. بنابراین در این پژوهش، هدف درک تأثیر روش شناخت درمانگری مذهب محور بر متغیرهای مداخله‌گر امیدواری و کیفیت زندگی بوده است.

روش کار:

طرح این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با استفاده از پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گواه انجام شد. از میان بیماران مبتلا به سرطان سینه که تحت شیمی درمانی پس از عمل جراحی برای برداشتن توده‌های سلولی بدخیم ولی غیرمنتشر در بیمارستان شرکت نفت اهواز در سال ۱۳۸۹ قرار داشتند، یک نمونه اولیه به حجم ۶۸ نفر که به طور داوطلبانه و با روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شد و پس از آن با لحاظ نمودن متغیرهای مورد نظر در پژوهش مانند عدم ابتلا به بیماری روانی قبل از ابتلا به سرطان، عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی، دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۶۵ سال، باقی ماندن حداقل ۲۰ جلسه از پرتو درمانگری بیمار، همگون بودن از لحاظ وضعیت اجتماعی - اقتصادی و سایر متغیرهای مورد نظر در پژوهش، تعداد ۳۰ نفر نمونه نهایی انتخاب شدند. سپس افراد به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران سرطانی (۱۱) که

مبتلا می‌شوند (۳). در طی دو دهه گذشته کیفیت زندگی یکی از مهمترین موضوعات تحقیقات بالینی بوده و به عنوان یکی از جنبه‌های مؤثر در مراقبت از بیماران مورد تأیید قرار گرفته و به منظور تشخیص تفاوت‌های موجود بین بیماران، پیش‌بینی عواقب بیماری و ارزشیابی مداخلات درمانی مورد استفاده قرار گرفته است (۴). همچنین روحیه امیدوارانه از فاکتورهای بسیار مهم و از عناصر ضروری در بیماران سرطانی است که اثرات زیادی در سازگاری بیماران با شرایط خود به خصوص در طی دوران درد و محرومیت دارد. امیدواری در افزایش کیفیت زندگی بیمار نقش به سزائی داشته و بر مراحل مختلف بیماری اثرگذار می‌باشد (۵). بیماران مبتلا به سرطان سینه اغلب درماندگی روان‌شناختی 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 شیمی‌درمانی و پرتو درمانی همبستگی دارد (۶).

سابقه پژوهش در مورد روشهای مداخله روان‌شناختی مورد استفاده در درمان درماندگی روان‌شناختی پیامد سرطان، به سالهای دور باز نمی‌گردد. در بسیاری از پژوهش‌ها از جمله پژوهشی که ۱۶۴ زن ۵۵-۲۵ ساله را مورد بررسی قرار داده بود، نتایج حاکی از اثربخشی مشاوره و درمان روان‌شناختی بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش اثربخشی درمانهای پزشکی بوده است (۷).

در پژوهش‌های گذشته مشخص شده است که درمان‌های شناختی رفتاری بر کاهش درماندگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان به خصوص در کاهش افسردگی و اضطراب این بیماران مؤثر بوده است (۸).

ایمان، اعتقاد مذهبی، دستورات دینی، مراسم و آیین‌های مذهبی عواملی هستند که می‌توانند در امر درمان و پیشگیری از اختلالات روانی به شکل مؤثری به کار برده شوند به شرط آنکه روش بکارگیری آنها آموخته شده و موارد استفاده از آنها شناخته شود (۹). با توجه به این مطلب که استفاده از نگرش‌ها، آموزش‌ها، روشها و عبادتهای دینی در قالب رویکردهای رفتار درمانی شناختی نتایج مطلوب‌تر را در درمان افراد معتقد به دین به همراه دارد، روشن است که به عنوان یک اصل در هر

پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی توأم است. با ایجاد چنین طرز تفکری بیمار از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد. همچنین در این رویکرد درمانی با استناد به آیات قرآن کریم و احادیث و تأثیر آنها در درمان تمرکز شد. برخی از بیماران که علاوه بر افسردگی، دچار اضطراب و حملات هراس بودند، همواره تصور می‌کردند که ممکن است هر لحظه تعادل خود را از دست داده و دچار غش و مرگ ناگهانی شوند. در رویکرد مذهبی این باورداشت که جهان هستی واجد نظم است و بدون اراده خالق هستی برگی از درخت نمی‌افتد و اعتقاد بیماران به اینکه خالق هستی بزرگترین حافظ و تکیه‌گاه است در آنها تقویت می‌شد. از سوی دیگر در روش آرامش عضلانی برای مهار اضطراب، به بیمار کمک می‌شود تا با تلقینات مثبت و تمرکز بر نیروی عظیم الهی که در وجود هر انسانی به طور بالقوه وجود دارد، به آرامش درونی رسیده و بر پدیده‌های جهان پیرامون خود مسلط شود. این شیوه همراه با تکالیف خانگی به طور گام به گام اجرا شد. بعد از مرحله پیش‌آزمون در مورد گروه آزمایش، شناخت درمانگری مذهب محور به میزان ۱۲ جلسه و هر جلسه ۴۵ تا ۱۲۰ دقیقه در کلینیک تخصصی مشاوره و خدمات روانشناختی توسط درمانگر اجرا شد. در این جلسات از روان‌درمانگری شناختی همراه با رویکرد دینی، نیایش و دعا و ارتباط مستقیم با مبدأ هستی به صورت انفرادی و در مناسک جمعی استفاده شد (۱۶). داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از آزمون t وابسته و تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت و $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید.

نتایج:

میانگین سنی گروه آزمایش ۳۲/۱۶ و میانگین سنی گروه گواه ۳۱/۸۴ بود. قبل از انجام این مداخله نمرات امیدواری و کیفیت زندگی دو گروه اختلاف معنی‌داری نداشتند. جدول شماره ۱ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره و تعداد آزمودنی‌ها در این تحقیق است.

پرسشنامه‌ای ۳۰ سؤالی و از نوع خود گزارش‌دهی است و به طور خاص به منظور مطالعه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تهیه شده است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را با ۹ مقیاس چند گویه‌ای شامل 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 را می‌سنجد. نمره‌گذاری ۲۸ سؤال در مقیاس ۴ درجه‌ای (به هیچ وجه، کمی، زیاد، خیلی زیاد) و نمره‌گذاری ۲ سؤال در مقیاس ۷ درجه‌ای (بسیار بد تا عالی) انجام شد.

صفایی دهکردی و طباطبایی، روایی و اعتبار پرسشنامه را در بیماران مبتلا به سرطان قابل قبول گزارش کرده‌اند (۱۲). افزون بر این، ضرایب اعتبار در بیشتر حیطه‌ها بالاتر از ۰/۰۷ و ضرایب روایی همگرا مناسب بوده است. مقایسه نتایج آزمون در بیمارانی که از مرحله‌های متفاوت بیماری رنج می‌برند نیز نشان داد که نمره فرد در مقیاس کیفیت زندگی با سطح کنش‌وری وی رابطه مثبت و با نشانه‌ها و شدت بیماری رابطه معکوس داشته است (۱۳). پرسشنامه امید (میلر و باور، ۱۹۸۸) شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و ناامیدی است که گویه‌های آن بر مبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند (۱۴). دامنه نمره آزمون بین ۴۰ تا ۲۰۰ (۴۰ به معنای درماندگی کامل و ۲۰۰ به معنی حداکثر امیدواری) قرار دارد. سلیمی بجستانی همسانی درونی آن را بر پایه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است (۱۵). جهت شناخت درمانگری مذهب محور، علاوه بر روشهای شناخت درمانگری که هدف آن تغییر باور داشت‌های غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به بیمار کمک شد تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید. همچنین "توکل به خدا" و اعتقاد به امدادهای الهی، سبب می‌شود امید به زندگانی افزایش یابد. در جلسات روان‌درمانگری این باورداشت تقویت می‌شود که هر تلاش و رنجی که در زندگی رخ می‌دهد، بی‌فایده نبوده بلکه با بازتاب و

جدول شماره ۱- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره امیدواری و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی و گواه در مرحله پیش‌آزمون و

پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری گروه	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
امیدواری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲۰/۱۳	۱۲/۹۲	۴۸	۱۲۵	۱۵
	پس‌آزمون	گواه	۱۱۷/۱۴	۱۱/۸۳	۴۵	۱۲۰	۱۵
		آزمایش	۱۶۴/۳۶	۸/۸۹	۸۵	۱۹۱	۱۵
	گواه	۱۲۰/۶۴	۷/۱۳	۵۶	۱۱۴	۱۵	
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۴/۵۹	۶/۸۷	۳۱	۴۸	۱۵
	پس‌آزمون	گواه	۴۱/۳۷	۷/۳۴	۳۳	۴۵	۱۵
		آزمایش	۸۵/۱۲	۱۳/۲۱	۳۶	۸۶	۱۵
	گواه	۴۲/۹۱	۱۲/۸۶	۲۹	۶۱	۱۵	

جدول شماره ۲- نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کوواریانس

چند متغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون امیدواری و کیفیت زندگی گروه‌های آزمایشی و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی	درجه آزادی خطا	F	P-value
آزمون اثر پیلای	۰/۴۳۱	۲	۲۷	۷/۸۴	۰/۰۰۱
آزمون لانداوی و لیکز	۰/۵۶	۲	۲۷	۷/۸۴	۰/۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۵۱۴	۲	۲۷	۷/۸۴	۰/۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۴۸۱	۲	۲۷	۷/۸۴	۰/۰۰۱

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که پس از انجام مداخله میانگین نمرات امیدواری در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری افزایش داشت ($P < 0/001$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی نیز به طور معنی‌داری در گروه آزمایشی افزایش نشان داد ($P < 0/001$). با توجه به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که اجرای شناخت درمانی مذهب محور در گروه آزمایشی به طور معنی‌داری باعث افزایش میزان امیدواری و کیفیت زندگی در آنها شده است.

جدول شماره ۳- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی

میانگین نمره‌های امیدواری و کیفیت زندگی پس‌آزمون

آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
امیدواری	۴۹۷/۸۹۹	۱	۴۹۷/۸۹۹	۱۸/۴۵	۰/۰۰۱
کیفیت	۵۸۳/۱۲۷	۱	۵۸۳/۱۲۷	۱۹/۱۸	۰/۰۰۱

در این جدول که میزان امیدواری و کیفیت زندگی در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایشی به ترتیب ۱۲۰/۱۳ و ۴۴/۵۹ بوده است. ولی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب به ۱۶۴/۳۶ و ۸۵/۱۲ افزایش پیدا کرده است که این امر نشان‌دهنده تأثیر شناخت درمانگری مذهب محور بر افزایش امیدواری و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه است. در حالی که در گروه گواه چنین تغییراتی مشاهده نشد. قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای امیدواری و کیفیت زندگی از آزمون لوین استفاده شد که تفاوت معنی‌داری بین آنها مشاهده نشد.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی و گواه از لحاظ متغیرهای امیدواری و کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری در سطح ($P < 0/001$) وجود دارد، بنابراین می‌توان گفت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (امیدواری و کیفیت زندگی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کوواریانس در متن مانکوا انجام گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری:

یافته‌های پژوهش نشان داد که شناخت درمانگری مذهب محور در بهبود کیفیت زندگی و میزان امیدواری بیماران سرطانی گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه مؤثر بوده است. این تحقیق با نتایج مطالعات دیگری که در این زمینه انجام گرفته، همسو می‌باشد. در پژوهشی که به بررسی ارتباط میزان عدم اطمینان و امیدواری در بیمارانی که از درد سرطان رنج می‌بردند و بیمارانی که مبتلا به این درد نبودند، پرداخته بود، به این نتیجه رسید که میزان امیدواری و اطمینان بیمارانی که از درد سرطان رنج می‌برند، نسبت به بیماران گروه گواه پایین‌تر بوده است. همچنین نشان داده شد که هرچه این درد منتشرتر و در سطوح بالاتری باشد، میزان عدم اطمینان و ناامیدی آنها بیشتر خواهد بود (۱۷). همچنان که از پژوهش فوق بر می‌آید، نتایج نشان می‌دهد که ابتلا به سرطان بر کیفیت زندگی و میزان امیدواری بیماران سرطانی تأثیر داشته و این خود لزوم مداخلات روان‌شناختی را آشکار می‌سازد.

در پژوهش دیگری اثر آموزش شناختی رفتاری بر میزان امیدواری و کاهش علائم روان‌شناختی بیماران سرطانی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل آشکار ساخت که میزان امیدواری و کیفیت زندگی آنها پس از خاتمه جلسات درمانی و بعد از دوره پیگیری ۱۲-۳ ماهه به طور معنی‌داری افزایش یافت. اگر چه میزان امیدواری و کیفیت زندگی بیماران پس از دوره پیگیری ۱۲ ماهه نسبت به پیگیری ۳ ماهه اندکی کاهش یافته بود. اما کماکان نسبت به مرحله قبل از درمان، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران سرطانی به طور معنی‌داری بالاتر بوده است (۱۸).

کارالهو و هوپکو نیز سعی کردند با استفاده از درمان حل مسأله (PST) به درمان افسردگی ناشی از سرطان در بیماران سرطانی بپردازند. نتایج آنها حاکی از تأثیرگذاری این درمان و بهبود افسردگی افراد مبتلا به سرطان سینه بوده است (۱۹).

پژوهش‌های دیگری به بررسی اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر بهبود روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان سینه پرداخته‌اند. در پژوهشی به بررسی اثر درمان‌های جراحی، شیمی درمانی و پرتو درمانی بر کیفیت زندگی و عزت نفس بیماران مبتلا به سرطان سینه پرداخته شد. در این مطالعه،

اثر مداخلات شناختی رفتاری بر این دو ویژگی روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان‌های شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و وضعیت کلی روانی بیماران تأثیر مثبتی داشته است (۲۰). نتایج پژوهش‌های فوق با یافته‌های پژوهش حاضر کاملاً همسویی داشته و نشان دهنده تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و وضعیت کلی روانی فرد می‌باشد.

هوپکو و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان افسردگی، کیفیت زندگی، کمبود فعالیت جسمانی و تفریحی، مشکلات بین فردی و مشکلات خواب بیماران سرطانی پرداخته بودند، نتایج حاصل آشکار ساخت که بعد از خاتمه درمان شناختی رفتاری، میزان افسردگی، مشکلات بین فردی، کمبود خواب و فعالیت جسمانی به طور معنی‌داری کاهش یافته و متقابلاً کیفیت زندگی آنها افزایش یافته بود (۲۱). این یافته حاکی از تأثیربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی بوده است.

در پژوهش دیگری، تعداد ۱۲۸ زن مبتلا به سرطان سینه که در مرحله ۱ تا ۳ بیماری بوده و ۴ تا ۸ هفته از جراحی آنها می‌گذشت به دو گروه آزمایشی تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت آموزش کنترل استرس به شیوه شناختی رفتاری (CBSM) به مدت ۱۰ هفته قرارگرفت و گروه گواه آموزش‌های روان‌شناختی یک روزه را گذراند. هر دو گروه بعد از ظهرها مورد آزمایش خون قرار می‌گرفتند، همچنین برای حفظ شرایط آزمایش پژوهش هر دو گروه در پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه تحت همین آزمایش برای بررسی سطوح کورتیزول سیتوکین $th1$ قرار گرفتند. نتایج این پژوهش نشان داد زنانی که تحت آموزش کنترل استرس به شیوه شناختی قرار گرفته بودند سلامت روان‌شناختی بیشتر، سطوح اضطراب کمتر و تطابق فیزیولوژیک (سطوح کورتیزول پایین‌تر، میزان سیتوکین $th1$ بالاتر) بیشتری نسبت به گروه گواه داشتند. این نتایج پس از پیگیری ۱۲ ماهه نیز پایدار بود (۲۲).

گریور و همکاران نیز به بررسی اثر درمان شناختی رفتاری بر بهبود وضعیت اضطراب و کیفیت زندگی بیماران سرطانی پرداخته بودند، یافته‌های آنها نشان‌دهنده اثربخشی این درمان

بر بهبود وضعیت اضطراب و کیفیت زندگی بیماران سرطانی بود (۲۳). نتایج این پژوهش نیز بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه بوده و با نتایج پژوهش‌های قبلی و نتایج پژوهش حاضر در این زمینه همخوان بوده است.

هو و همکاران در سال ۲۰۱۱ رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای مثبت، امیدواری و خوشبینی در بهبودی بیماران مبتلا به سرطان را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های حاصل از پژوهش آنها نشان داد که امید و خوشبینی به طور معنی‌داری با بهبودی پس از بیماری رابطه دارد. در این پژوهش همچنین نتایج نشان داد که روابط دو نفره سالم برای داشتن امید و تداوم سطوح بالای بهبودی پس از بیماری بسیار حائز اهمیت است (۲۴).

حمید در سال ۲۰۰۸ نشان داد که روان‌درمانگری شناختی رفتاری توأم با رویکرد دینی در مقایسه با شناخت درمانگری بک به طور معنی‌داری باعث کاهش افسردگی و افزایش عملکرد سیستم ایمنی بدن شده بود. این نتایج حتی در پیگیری یک ساله هم پایدار ماند (۱۶). این یافته نشان می‌دهد که روان‌درمانگری شناختی رفتاری توأم با رویکرد دینی بهتر از شناخت درمانگری صرف است. یک مطالعه توصیفی به بررسی رابطه تعلق پذیری، امید و دیدگاه‌های معنوی در بازماندگان مبتلایان به سرطان سینه در گروه زنان آفریقایی، آمریکایی و اروپایی پرداخته بود. در این مطالعه تحلیل آماری توصیفی نشان‌دهنده رابطه مثبت بین تعلق‌پذیری، دیدگاه‌های معنوی با بهبودی یا طول عمر بیشتر افراد مبتلا به سرطان بوده است (۲۵).

پژوهش‌های فوق در کل نشان دهنده اثربخشی دیدگاه‌های معنوی بر بهبودی و افزایش امیدواری بیماران سرطانی است که با نتایج پژوهش حاضر کاملاً همسو می‌باشد.

در پژوهشی اثر مداخلات شناختی رفتاری بر میزان افسردگی ۱۰۰ زن مبتلا به سرطان سینه که مراحل ابتدایی این بیماری را می‌گذرانند، مطالعه شده بود. نتایج نشان دادند که این مداخلات بر بهبود و کاهش سطوح متوسط، افسردگی مؤثر بوده و بر سطوح بالاتر افسردگی و نیز جنبه‌های روان‌شناختی بیماران تأثیری نداشته است (۲۶). نتیجه این پژوهش با نتایج

پژوهش حاضر همخوانی ندارد. این امر ممکن است به دلیل تأثیر بیشتر رویکرد شناختی رفتاری توأم با مذهب در مقایسه با رویکرد شناختی رفتاری تنها باشد. هر چند در همین پژوهش به ظاهر متناقض نیز آزمودنی‌ها بیان کرده بودند که مداخلات درمانی برای آنها سودمند بوده است، اما این نتایج از لحاظ آماری معنی‌دار نبوده است. در پژوهش حاضر سعی گردید که علاوه بر شناخت درمانی کلاسیک مبتنی بر نظریه بک از اعتقادات و باورهای مذهبی در درمان استفاده شود. با توجه به رنجی که بیماران می‌کشند و ناامیدی که در زندگی دارند، نباید فقط از درمان‌های متداول بک استفاده کرد که برای بیماری‌های دیگر مانند افسردگی مفید هستند. شاید در زمینه بیماری‌های بدخیم مانند سرطان، باید از رویکردهای درمانی مکمل مانند شناخت درمانگری توأم با رویکرد دینی استفاده کرد، تغییرات موردنظر در درمان روحیه و روان بیماران حاصل شود و امید به زندگی و کیفیت زندگی را افزایش دهد. اگرچه تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم تحقیقات بیشتری در این زمینه است. این پژوهش گام اندکی در زمینه پژوهش‌های مربوط به اثربخشی درمان‌های شناختی مبتنی بر رویکرد دینی و معنوی در زنان مبتلا به بیماری‌های بدخیم است. برخی از محدودیت‌های این پژوهش عبارت بودند از: کم بودن حجم نمونه، مشکل در انتخاب بیماران به دلیل مسائلی مانند بیماری، عدم تمایل برای همکاری، مشکلات شخصی و فرهنگی، تحقیق اندک در این زمینه و در نتیجه عدم دسترسی به پیشینه چندان قوی فارسی همچنین با در نظر گرفتن معیارهای ورود به پژوهش افراد بسیاری کمی واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند.

با توجه به مسائل فوق به نظر می‌رسد در این زمینه نیاز به تحقیقات بیشتری وجود داشته باشد.

سپاسگزاری:

از کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش و نیز کلیه کسانی که در روند اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

References

منابع

1. Family Planning Association IRI. Cancer's. Tehran: 2000.
2. American Cancer Society. Cancer feet's and figure's. Atlanta: Bioregion Press; 2004.
3. Emami A. Breast cancer. *Razi Journal*. 2010;11:1-13. [Persian]
4. Gill M, Feinstein AR: A critical appraisal of the quality of life measurements. *JAMA*. 1994;272:619-626.
5. Abdi N, Taghdisi MH, Naghdi S. The effect of hope promoting intervention on cancer patient's a case study in Sanandaj, Iran in 2007. *Armaghan Danesh Journal*. 2009;14:13-21. [Persian]
6. Shield SC, Rousseu S. A pilot study of an intervention for breast cancer survivors and their spouses. *Family Process*. 2004;43:45-107.
7. Hopko DR, Colman LK. The impact of cognitive intervention in treating depressed breast cancer patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2010;24:314-323.
8. Bahmani B, Etemadi A, Shafiabadi A, Dealvar A, Ghandari motlagh A. Cognitive- Existential group therapy and cognitive instructional therapy for breast cancer patient. *Iranian Psychologist's Journal*. 2010;6:201-214. [Persian]
9. Davidian H. Mental health from the perspective of monotheistic religions. Paper presented at the first conference of the role religion in the mental health, Tehran University of Medical sciences and Health services.1997;8-154. [Persian].
10. Bayan zade SA. Necessity of religious values need of look at the approach of choice counseling and psychotherapy, paper presented at the first conference of the role religion in the mental health: Tehran University of Medical Sciences and Health services. 1997; 8. [Persian]
11. Aaran son NK, Ahadzai S, Bergman B, Bollinger M, Fliberti A, Flechtiner H, et al. The European organization for research and treatment of cancer QLQ 30. A quality of life instrument for use in international clinical trials on oncology. *Journal of National Cancer Institute*. 1993;85:365-376.
12. Safayi Dehkordi B, Taba Tabayi S. Quality of life questionnaire validity and reliability in cancer patients. *Armaghan Danesh Journal*. 2008;12:79-87. [Persian]
13. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi MS, et al. The european organization for-research and treatment of cancer quality of life questionnaire (EORTC QLQ-L30). *Supportive Care in Cancer Journal*. 1999;6:400-406. [Persian]
14. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nurs Res*. 1988;37:6-10.
15. Salimi Bajestani H. Compare the effectiveness of counseling, cognitive style adler and reconstruction based on the analogy of mental health and resiliency hope for student. PhD Dessertation. Tehran: Psychology and Educational Sciences Faculty of Allameh Tabatabayi University. 2009. [Persian]
16. Hamid N. Comparison the effect of cognitive therapy and cognitive therapy based on religion on T cell responses against the PHA mitogen in depressed patients. *Bahar Psychological Journal*. 2008;1:36-49. [Persian]
17. Tsui HH, Meei SL, Tsung ST, Ghia CL. The relationship of pain, uncertainty, and hope in Taiwan lung cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2003;26:835-842.
18. Rustoen T, Acooper BA, Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patient. *Eur J Oncol Nurs*. 2011;15:351-357.
19. Caralho JP, Hopko DR. Treatment of a depressed breast cancer patient with problem-solving therapy. *Clinical Case Studies Journal*. 2009;8:121-126.
20. Wojtyna E, Zycinska J, Stawiaska P. The influence of cognitive behavior therapy on quality of life and self- esteem in women suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 2007;12:109-117.

21. Hopko DR, Bell JL, Armento M, Robertson S, Mullane C, Wolf N, et al. Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behav Ther.* 2008;39:126-136.
22. Pedram M, Mohamadi M, Nazari GH, Aein parast N. Effectiveness of group cognitive behavior therapy for treatment of depression and anxiety disorders to create hope in women with breast cancer. *Journal of Scientific Research In Women and Community.* 2010;1:61-76. [Persian]
23. Greer JA, Park ER, Prigerson HG, Safren SA. Tailoring cognitive-behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy.* 2010;24:294-313.
24. Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, Mc Garth C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncol.* 2011;47:121-124.
25. Gibson LM. Inter relationships, among sense of coherence, hope and spiritual perspective (Inner resources) of African American and European American breast cancer survivors. *Appl Nurs Res.* 2003;16:236-244.
26. Antoni M, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers A, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decrease the prevalence of depression and enhance benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol.* 2001;20:20-32.

Archive of SID

Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer

N. Hamid, PhD¹ A. Ahmadian, MSc Student² Y. Akbari Shaye, MSc Student²

Associate Professor Department of Clinical Psychology¹, MSc Student of Clinical Psychology², University of Ahvaz Shahid Chamran, Ahvaz, Iran.

(Received 9 May, 2011 Accepted 21 Nov, 2011)

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers among women, which is the second common cause of death among them. Breast cancer can often make people prone to psychological problems and reduce their quality of life and hope to future. While having religious beliefs and attitudes can deter decreasing of hope and quality of life. The purpose of this research was study the effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life of women with breast cancer.

Methods: The study was a quasi-experimental study. The sample included 30 women with breast cancer undergoing chemotherapy in Ahvaz, Iran. They were matched for age, educational status, duration of disease and other criteria. The subjects randomly divided into two groups as experimental and control group (n=15 for each). For experimental group, we used 12 sessions of 45 minutes of cognitive behavior therapy based on religious believes, but the control group did not receive any intervention. Multivariate analysis of covariance was used to analyse the data.

Results: Results showed that there was a significant difference in hope and quality of life scores in experimental group, before and after cognitive behavior therapy, compare to control group ($P < 0.001$).

Conclusion: The results of this research revealed that cognitive behavior therapy based on religious believes significantly increased the hope and quality of life in patients with breast cancer.

Key words: Behavior Therapy- Quality of Life – Breast Cancer

Correspondence:

N. Hamid, PhD.

Psychology Department,
University of Ahvaz, Shahid
Chamran.

Ahvaz, Iran

Tel: +98 611 3333911

Email:

dmajmehamid@yahoo.com