

Research Paper: The Effectiveness of Mindfulness based Art Therapy on Depression, Anxiety, Stress and Quality of Life among Postmenopausal Women

*Mojtaba Habibi¹, Maryam Hanasabzadeh²

1. Assistant Professor in Health Psychology, Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

2. PhD in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Psychiatry Institute, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 02 Dec. 2012

Accepted: 20 Jul. 2013

ABSTRACT

Objectives The aim of this research was to study the effect of mindfulness-based art therapy (MBAT), as a new group intervention in recent psychotherapy, in reducing depression, anxiety, stress and improving the quality of life among postmenopausal women.

Methods & Materials Using semi-experimental pre-test post-test with control group design, the number of 17 postmenopausal women, between 47 to 60 years old, were selected using voluntary sampling method, and short version of the depression, anxiety, stress scales, and world health organization quality of life questionnaire were administered in two experimental (n=9) and control groups (n=8). The experimental group attended in ten sessions MBAT protocol. One month after the intervention, both groups were assessed again using the same tools. Data were evaluated by MANCOVA.

Results Implementation of the MBAT in experimental group decreases depression, and stress. It also increases the quality of life, but has not significant effects on the anxiety.

Conclusions The MBAT, as a new intervention method which combines art therapy and psychotherapy, seems to decrease depression, stress, and improve quality of life in postmenopausal women. So, using MBAT is recommended in large scale in the population of postmenopausal women.

Keywords:

Negative affectivity, Art therapy, Mindfulness, Postmenopausal women, Quality of life

* Corresponding Author:

Mojtaba Habibi, PhD

Address: Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Daneshgah Sq., Velenjak, Tehran, Iran.

Tell: +98 (21)29903190

E-mail: babakhabibius@yahoo.com

اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس و کیفیت زندگی در میان زنان یائسه

*مجتبی حبیبی^۱، مریم حناسابزاده^۲

۱. استادیار روان‌شناسی سلامت، پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهیدبهشتی، تهران، ایران.

۲. دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ آذر ۱۳۹۱

تاریخ پذیرش: ۲۹ تیر ۱۳۹۲

اهداف پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان مداخله گروهی جدید در روان‌درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب، استرس و نیز افزایش کیفیت زندگی زنان یائسه انجام شده است.

مواد و روش‌ها ۱۷ نفر از زنان یائسه ۴۷ تا ۶۰ سال، در یک طرح تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه، از طریق نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه به ترتیب به ۹ و ۸ نفر تقسیم شدند و به نسخه کوتاه مقیاس اضطراب، افسردگی، استرس و نیز پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پاسخ دادند. گروه آزمایش، ۱۰ هفته هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت نموده و یک ماه پس از مداخله، هر دو گروه دوباره با همان ابزارها ارزیابی و داده‌ها با تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها اجرای هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد گروه آزمایش موجب کاهش افسردگی و استرس و افزایش کیفیت زندگی آنها شده ولی اثر معناداری روی اضطراب نداشت.

نتیجه‌گیری: هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان یک روش جدید که ترکیبی از درمان‌های روان‌شناختی و هنردرمانی است، در بهبود افسردگی و کیفیت زندگی جمعیت زنان یائسه مؤثر است. با توجه به سودمندی این روش، استفاده گسترده از این روش در چنین جمعیت‌هایی پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه:

عاطفه منفی، هنردرمانی، ذهن آگاهی، زنان یائسه، کیفیت زندگی

مقدمه

داروهای ضد استروژن زودتر از موعد حادث می‌شود [۳]. در واقع، علاوه بر روند طبیعی حادث‌شدن پدیده یائسگی در زنان، کمبود استروژن یا یائسگی پیش از موعد می‌تواند در بیماران زن دچار سرطان سینه، تحت درمان‌های دارویی کاهنده استروژن نیز اتفاق افتد. به‌عبارتی، علاوه بر مسیر طبیعی رشد و تحول، یائسگی می‌تواند عارضه جانبی یا ثانویه بر بیماری‌های جسمانی باشد.

حتی برافراشتگی نرخ افسردگی در جمعیت عمومی می‌تواند با حالات بدنی کاهش‌یافته استروژن مثل یائسگی زودتر از موعد در ارتباط باشد. به‌طوری‌که مشاهدات بالینی نشان داده است، افسردگی عمده‌ترین عارضه جانبی معکوس^۲ درمان توموکسیفن^۳ - داروی مورد مصرف در کاهش استروژن - برای

دوران یائسگی^۱ امروزه به‌مثابه یکی از گذرگاه‌های رشد در چرخه زندگی زنان مطرح می‌شود [۱]. از نگاه روان‌شناسی تحولی و از دیدگاه صاحب‌نظرانی همچون اریکسون، تحول چیزی جز گذر از یک دوره بحران و از نظر پیاژه نیز چیزی جز عدم تعادل و تعادل نیست. به‌عبارتی، دوره یائسگی نیز به‌مانند دیگر دوره‌های رشد دارای پاره‌ای بازپدیدایی‌ها در نظام جسمانی و به‌دنبال آن چرخه روان‌شناختی افراد می‌باشد [۲].

یائسگی بخش طبیعی از چرخه زندگی زنان است که در اواسط یا اواخر میان‌سالی اتفاق می‌افتد. حتی در بسیاری از زنان دچار سرطان سینه، این پدیده تحت تأثیر مصرف برخی

Adverse side effect ۲

Tomoxifen ۳

Menopause ۱

* نویسنده مسئول:

دکتر مجتبی حبیبی

نشانی: تهران، اتوبان چمران، ولنجک، میدان دانشگاه، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.

تلفن: ۰۲۱-۲۹۹۰۳۱۹۰ (۲۱) ۹۸+

آدرس الکترونیکی: babakhabibius@yahoo.com

درمان سرطان سینه در زنان است [۴].

بسیار ناگوار و نگران‌کننده‌ای خواهد بود. بر همین مبنا تغییرات خلقی، به‌خصوص پیدایش اضطراب، افسردگی، استرس و نیز افت کیفیت زندگی زنان در گذرگاه تحولی یائسگی می‌تواند یکی از مهم‌ترین اهداف مداخله‌ای روان‌شناسان باشد [۸-۱۰]

با توجه به ارتباط بین جسم-ذهن در زنان دچار افسردگی بعد از یائسگی، می‌توان گفت که توجه به ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی این مسئله در به‌کارگیری رویکردهای درمانی بسیار حائز اهمیت است. از طرفی، با روی‌کارآمدن رویکرد پزشکی تکمیلی و جایگزین^۴ در درمان بیماری‌ها و مشکلات جسمانی از سال ۱۹۹۳ توجه به مباحث درمانی و ارتباط بین جسم-ذهن بیشتر شده است [۱۰].

درمان‌های مبتنی بر رویکرد پزشکی تکمیلی و جایگزین، در سه حوزه کلی ارائه می‌شود که سه روش: ۱. مباحث پزشکی سنتی چینی مثل طب سوزنی، یوگا و فنون عصبی هیجانی [۲]؛ ۲. فنون مبتنی بر تعامل جسم-ذهن که شامل روش‌هایی است که بر تعامل و تأثیر دوطرفه جسم و ذهن تأکید دارند مثل تمرین آرامش‌آموزی پیش‌رونده عضلانی، هیپنوتیزم و برنامه‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی^۵ [۲، ۱۱]؛ ۳. روش‌های ماساژدرمانی [۱۲] را شامل می‌شود.

فنون مبتنی بر تعامل پویای جسم-ذهن به‌ویژه روش مراقبه و ذهن‌آگاهی جزو روش‌هایی هستند که در سال‌های اخیر با نشأت‌گرفتن از ریشه‌های شرقی آن به‌صورت برنامه‌های مداخله‌ای روان‌شناختی رونق یافته‌اند [۱۳-۱۴]. مراقبه شامل تمرین‌هایی است که ریشه در نظام‌های جامع سنتی شرقی مثل یوگا دارد که خود یک برنامه و رویکرد به زندگی است که بر حوزه‌هایی مثل برنامه غذایی، شیوه‌های رفتاری و بهداشت خواب تأکید دارد. هرچند ریشه‌های آن به آسیای شرقی مثل هند و چین برمی‌گردد، اما امروزه تمرین مراقبه همراه با ریاضت در ایالات متحده در بین مردم عادی بسیار رایج است. روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یکی از این نوع تمرین‌ها و فنونی است که اثربخشی درمانی خوبی برای بیماران مختلف طیف پزشکی نشان داده است [۱۵-۱۸].

روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالارفتن هوشیاری لحظه‌به‌لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق آنها یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیارشدن به افکار هیجانی منفی خود، این نوع افکار را به‌صورت غیرقضوتی پذیرا و همراه با آرامش بیان کنند. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن به بیماران کمک

مسئله مورد تأکید در اینجا آن است که یائسگی در هر دو حالت روند رشد طبیعی، یا عوارض جانبی مربوط به بیماری‌های خاص، نشانه‌هایی مثل گرگرفتگی، تعریق، خشکی واژن و غیره را به‌همراه دارد که همه آنها روی هم اثر مستقیمی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان دارد. از طرفی، علائم یائسگی می‌تواند عامل راه‌انداز یا تشدیدکننده مشکلات روان‌شناختی در زنانی که دارای دیگر پیش‌زمینه‌های استرس‌زا، با سابقه افسردگی قبلی و یا نگرش منفی نسبت به یائسگی هستند، باشد.

ارتباط بین جسم-ذهن آنقدر زیاد است که مطالعات نشان داده است که افراد یائسه سطوح بالایی از شکایت‌های مربوط به سلامت روانی مثل افسردگی، اضطراب، استرس، خستگی مفرط پیش‌رونده و منجر به تأخیر در عملکرد فعالیت‌های روزانه، مشکلات خواب و غیره را گزارش می‌کنند [۵]. در خصوص ارتباط بین اختلال‌های روان‌شناختی با بیماری‌ها و تغییرات جسمانی می‌توان گفت که در بسیاری از مواقع این مشکلات گذرگاه‌ها و نقاط مشترکی با هم دارند.

به‌دلیل ارتباط بین جسم-ذهن تغییرات طبیعی و بیمارگونه جسمانی می‌تواند منجر به نشانه‌های روان‌شناختی بیمارگونه و ناتوان‌کننده‌ای شود که خود این نشانه‌ها مبنای تشدید یا راه‌اندازی اختلال‌هایی چون افسردگی، اضطراب، استرس، آسیب‌ها و تحریفات شناختی در افراد نسبت به خود و جهان بیرونی بوده و پیامد این حالات می‌تواند عوارض منفی بر سلامتی و پیشبرد درمان جسمانی داشته باشند. بنابراین تعامل بین بیماری‌های جسمانی و روانی باید مدنظر متخصصان پزشکی، روان‌پزشکی و روان‌شناسی باشد و به‌عنوان یک چالش ذاتی بین محیط زیستی، روانی و اجتماعی مراجعان مورد توجه قرار گیرد [۲].

با نگاهی به نظریه‌های روان‌شناسی سلامت می‌توان گفت که مهم‌ترین الگوی موجود در ادبیات سلامت، الگوی زیستی، روانی و اجتماعی است که براساس آن مراجع می‌تواند در تعامل پویا با جهان بیرون مدنظر قرار گیرد [۶].

زوترا، هال و مورای [۷] سلامت را توان مستمر جسمی، هیجانی، ذهنی و اجتماعی فرد برای مقابله با محیطی که در آن به‌سرمی‌برد، تعریف کرده‌اند. براساس این تعریف، سلامتی صرفاً به نبود بیماری جسمی و ناتوانی اطلاق نمی‌شود، بلکه منظور از آن، صحت کامل جسمی، روانی و اجتماعی انسان است. با این نگاه جامع به سلامت و ارتباط جسم-ذهن و براساس نظریه دوگانه‌نگری ارتباط جسم-ذهن دکارت، عدم‌آگاهی از ابعاد تعاملی سلامت جسمی-روانی، فقدان برنامه‌ریزی‌های بلندمدت و جامع و نیز برنامه‌های متمرکز و مقطعی، حامل پیامدهای

۴. Complementary and Alternative Medicine (cam)
۵. Meditation and mindfulness program

مزمّن یا حاد در طول ۱۲ ماه گذشته، از طریق فراخوان پژوهشی دعوت شد تا در این دوره درمانی-پژوهشی شرکت کنند. تمامی شرکت‌کنندگان یائسگی طبیعی (نه ثانوی ناشی از دارو یا عمل جراحی) داشته و حداقل یک سال و حداکثر ۱۵ سال از قطع طبیعی قاعدگی در آنها گذشته بود. از مجموع ۳۵ نفر شرکت‌کننده در این فراخوان، تنها ۱۷ نفر واجد ویژگی‌ها و شاخصه‌های شرکت در این پژوهش بودند. آنها با امضای رضایتنامه کتبی، به صورت تصادفی به دو گروه ۹ و ۸ نفره آزمایش و گواه تقسیم شده و به ابزارهای پژوهش جواب دادند.

برای انجام این پژوهش گروه آزمایش هفته‌ای دو بار و با استفاده از پروتکل یادشده در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. به‌منظور رعایت اخلاق پژوهش، به تمامی آزمودنی‌ها در مورد محرمانه‌بودن نتایج پژوهش اطمینان داده شد. در یک ماه و نیم ابتدایی تحقیق هیچ‌گونه مداخله‌ای در مورد گروه گواه که تنها مقیاس‌های ارزیابی درباره آنها به‌کار گرفته شده بود، انجام نشد ولی پس از گذشت این مدت و به جهت در نظر داشتن کدهای اخلاقی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، مداخله‌ای فشرده‌تر (۵ جلسه) و با همان سرفصل‌ها صورت گرفت. پس از پایان دوره مجدداً در مرحله پس‌آزمون ابزار پژوهش اجرا شد تا تأثیر دوره درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت خلقی مشخص گردد.

ابزار پژوهش

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۹: این مقیاس ۲۱ سؤالی نسخه کوتاه‌شده مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی لوبوند و لوبوند [۲۹] است که با طیف لیکرت ۴ ارزشی (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط صاحبی [۳۰] مورد بررسی قرار گرفت و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز این ارقام به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۷۵ می‌باشند.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^{۱۰}: نسخه کوتاه این مقیاس ۲۶ سؤالی در سال ۱۹۹۴ زیر نظر سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی کیفیت زندگی در چهار بُعد ابعاد سلامت، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی طراحی شده است [۳۱]. در مطالعه نجات، منتظری، هلاکویی، محمد و مجدزاده [۳۱] ضریب اعتبار این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در جمعیت سالم، در ابعاد سلامت

می‌کند [۱۸-۲۰]. روش هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۶ یکی از برنامه‌های مداخلاتی و درمانی است که اخیراً برای بیماران سرطانی به‌واسطه ادغام روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با قالب گروه حمایتی اظهار عواطف^۷ ارائه شده است. شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی این روش در کاهش اختلالات، آشفتگی‌های روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به انواع مختلفی از سرطان بوده است [۱۱]. تفاوت عمده روش هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی از آن جهت است که بر هنردرمانی و ارائه مؤلفه‌های غیرکلامی مانند بیان خلاقانه^۸ عواطف و احساسات جسمانی در بیماران تأکید دارد [۲۱].

رویکردهای مداخله‌ای متفاوتی در حوزه درمان‌های فردی و گروهی دوران یائسگی مانند گروه درمانی حمایتی، روان‌درمانی‌های شناختی و بین فردی به‌کار رفته است. با توجه به اثربخشی روش ذهن‌آگاهی در اختلالات جسمانی و روان‌شناختی [۲۲-۲۵] و اثربخشی هنردرمانی در درمان اختلالات روانی [۲۶-۲۷] به‌نظر می‌رسد که روش گروهی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از قدرت اثربخشی بیشتری در حوزه درمان و مداخله در اختلالات با ریشه جسمی-ذهنی برخوردار بوده و همین ویژگی یعنی ادغام دو روش قبل، نکته قوت این روش جدید درمان است.

براساس نتایج مطالعات می‌توان گفت که یکی از جدیدترین مداخلات روان‌شناختی در سال‌های اخیر در درمان بیماری‌های مزمّن جسمی نظیر سرطان و درد مزمّن، روش گروه‌درمانی به روش هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که ریشه در نظریه گاباتزین دارد [۲۱]. این روش حاصل مطالعات نظری و درمانی کاباتزین [۱۳، ۱۶، ۲۸] است که اثربخشی آن توسط مونتی و همکاران [۲۱]، در مورد بیماران زن دچار سرطان تأیید شده است. اما تاکنون مطالعه‌ای درخصوص استفاده از روش هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود عملکرد روان‌شناختی و بهزیستی زنان عادی در گذر به دوران یائسگی انجام نشده است. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روش درمانی هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس و نیز ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه می‌باشد.

روش مطالعه

طرح این پژوهش، آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. ابتدا، از زنان یائسه با داشتن ویژگی‌هایی مانند دامنه سنی ۴۷ تا ۶۰ سال، متأهل، خانه‌دار، فاقد بیماری جسمی

۹. Depression, anxiety & stress scale (dass)
۱۰. World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (whoqol-bref)

۶. Mindfulness-based art therapy
۷. Supportive – Expressive Group Format
۸. Nonverbal creative-expressive component

جدول ۱. میانگین نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس.

گروه	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	میانگین اصلاح شده	
گروه آزمایش	افسردگی	۲۵/۵۵	۱۴/۱۱	۳/۳۴
	اضطراب	۹/۴۴	۸/۶۶	۸/۹۸
	استرس	۸/۴۴	۳/۰۰	۳/۲۳
گروه گواه	افسردگی	۳۱/۰۰	۳۲/۱۲	۱۰/۸۵
	اضطراب	۱۰/۳۷	۱۰/۵۰	۱۰/۱۳
	استرس	۹/۶۲	۹/۷۵	۹/۴۸

سالمند

افکار.

جلسه ششم: آموزش روان‌شناختی درباره فیزیولوژی استرس؛ رویدادهای خوشایند و نیز پراسترس. تصویر کشیده‌شده به‌عنوان معرفی فیزیولوژی استرس هر یک از اعضای گروه؛ انجام مراقبه آگاهی از افکار و احساسات.

جلسه هفتم: انجام یک فعالیت هنری به دلخواه شامل نقاشی، کلاژ، کاردستی و...؛ انجام مراقبه آگاهی از فعالیت هنری انجام‌شده.

جلسه هشتم: تجسم سلامتی و احساسات جسمانی خوشایند با تمرکز بر این تجسم و احساسات.

جلسه نهم: کشیدن یک تصویر کامل و سالم از خود براساس این تجسم سلامتی؛ مراقبه ذهن آگاهی با تمرکز بر تصویر کامل و سالم از خود.

جلسه دهم: بحث گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربه‌های اعضا و جمع‌بندی در مورد محتوای تمامی جلسات.

یافته‌ها

تحصیلات آزمونی‌ها در گروه آزمایش عبارت بود از ۷ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم و ۱ نفر دارای مدرک سیکل. گروه کنترل را نیز ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس و ۱ نفر دارای سیکل تشکیل می‌داد. به لحاظ سنی ۵ نفر از گروه آزمایش و ۷ نفر از گروه گواه در رده سنی ۴۷ تا ۵۲ سال و بقیه در دامنه ۵۳ تا ۶۰ سال قرار داشتند. تمامی زنان گروه گواه و آزمایشی خانهدار بوده و در سطح اقتصادی-اجتماعی متوسطی قرار داشتند.

در پژوهش حاضر فرضیه طبیعی بودن در هر سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و گواه به‌وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و ارتباطات محیطی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۵۵ و ۰/۸۴ و ضریب اعتبار به‌روش بازآزمایی پس از دو هفته را ۰/۷ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب اعتبار به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۶۶ و ۰/۸۹ به‌دست آمد.

شیوه اجرای پژوهش

پروتکل درمانی در این پژوهش با الهام از راهنمای عملی هنردرمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پژوهش مونتگی و همکاران [۲۱] روی زنان مبتلا به سرطان اتخاذ گردید که با تغییراتی در ۱۰ جلسه درمان گروهی و به‌شکل زیر برگزار گردید:

جلسه اول: معرفی برنامه و تأثیر آن در کاهش فشارهای روانی روزمره و نیز افزایش بهزیستی روانی؛ هریک از اعضای گروه تصویری کامل از خود را نقاشی می‌کنند و سپس شرح می‌دهند که این تصویر دارای چه احساس‌های بدنی می‌باشد. معرفی روش ذهن آگاهی و انجام مراقبه بازرسی بدنی (آگاهی از احساس‌های جسمانی سراسر بدن).

جلسه دوم: ذهن آگاهی از ابزارهای نقاشی (ماژیک‌ها، مدادها، کاغذ و...؛ آگاهی از محرک‌های حسی و پاسخ به آنها؛ انجام مراقبه بازرسی بدنی.

جلسه سوم: مراقبه نشسته؛ آموزش آگاهی از ارتباط میان ذهن و بدن.

جلسه چهارم: آموزش توجه؛ آگاهی از تمام حس‌های بدنی شامل گرما، سرما، داغی، سوزش، درد، فشار و...؛ انتقال حس‌های جسمانی به تصویر نقاشی شده خود؛ تصور مراقبت از خود با توجه به تصاویر کشیده‌شده.

جلسه پنجم: آموزش گسترش آگاهی با استفاده از تصاویر نقاشی شده؛ مراقبه نشسته با تأکید بر آگاهی از احساسات و

جدول ۲. خلاصه تحلیل کواریانس مربوط به نمرات افسردگی، اضطراب و استرس.

منبع تغییرات	قلمرو	درجه آزادی	F	معناداری	مجذور ایفا
پیش‌آزمون	افسردگی	۱-۱۲	۲۰/۲۴	۰/۰۹	۰/۶۳
	اضطراب	۱-۱۲	۲۷/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰
	استرس	۱-۱۲	۰/۱۲	۰/۷۴	۰/۱۴
گروه	افسردگی	۱-۱۲	۱۶۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	اضطراب	۱-۱۲	۳/۳۲	۰/۰۹	۰/۲۲
	استرس	۱-۱۲	۳۵/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴

سالمند

پیش‌آزمون به‌عنوان عامل کواریانس روی پس‌آزمون، حاکی از آن بود که میزان افسردگی گروه آزمایش کمتر از زنان گروه گواه است. میزان اضطراب زنان گروه آزمایش کمتر از زنان گروه گواه است اما این مقدار تفاوت به‌لحاظ آماری معنی‌دار نبود.

بررسی شد و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه^{۱۱} بود. برای بررسی پیش‌فرض رابطه خطی بین متغیر وابسته با متغیر کمکی از نمودار پراکنش و برای بررسی همسانی ضرایب رگرسیونی در گروه‌ها از تحلیل رگرسیون با یک متغیر مستقل کدگذاری‌شده جدول ۳. میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس کیفیت زندگی.

گروه	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	میانگین اصلاح شده
آزمایش	۶۴/۵۵	۷۱/۲۲	۷۲/۲۲
گواه	۶۶/۷۵	۶۵/۷۵	۶۴/۶۲

سالمند

براساس نتایج جداول ۱ و ۲ میزان استرس زنان گروه آزمایش کمتر از زنان گروه گواه است.

از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین زنان گروه گواه و آزمایش استفاده گردید. بررسی اثر گروه در مقیاس کیفیت زندگی با گواه اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل کواریانس روی پس‌آزمون براساس نتایج جداول ۳ و ۴ حاکی از آن بود که میزان کیفیت زندگی گروه آزمایش بیشتر از زنان گروه گواه است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مداخله روان‌شناختی برای ایجاد تغییر در نگرش، افکار، رفتار و احساسات وابسته به تغییرات زیستی، روانی و اجتماعی دوران یائسگی در زنان و ارزیابی افکار، احساسات بدنی در این گروه انجام شده است. بر همین اساس برای توانمندسازی، ایجاد تمرکز، تجربه مبتنی بر یادگیری حضور در لحظه، پذیرش احساسات جسمی و رهایی

به‌واسطه کدگذاری تصنعی استفاده گردید. براساس نتایج مشاهده‌شده، هر دو فرضیه تأیید گردید و در مرحله بعد، تحلیل کواریانس برای مقایسه اثر متغیر مستقل عضویت گروهی بر متغیرهای وابسته افسردگی، اضطراب و استرس و نمره کل کیفیت زندگی بررسی و اجرا شد.

از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره جهت بررسی تفاوت بین زنان گروه گواه و آزمایش استفاده گردید. نتایج حاکی از آن بود که فرضیه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس تأیید شد. نتایج بررسی اثرات پیش‌آزمون بر پس‌آزمون افسردگی، پیش‌آزمون بر پس‌آزمون اضطراب و پیش‌آزمون روی پس‌آزمون استرس متغیر گروه (آزمایش و گواه) بر روی ترکیب خطی خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با استفاده از آزمون تی هاتلینگ، حاکی از وجود اثر معنی‌دار این متغیرها بود.

بررسی اثر گروه در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها با گواه اثر

Kolmogorov – Smirnov Zs = ۱/۵, P > ۰/۰۵ .۱۱

جدول ۴. خلاصه محاسبات تحلیل کواریانس مربوط به نمرات کیفیت زندگی.

منبع تغییرات	درجه آزادی	F	مجذور ایتا
پیش‌آزمون	۱-۱۴	۴۰/۷۸**	۰/۹۶
گروه	۱-۱۴	۴۱/۴۳**	۰/۷۴

*P<۰/۰۱

سالمند

ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه در پژوهش حاضر با استناد به یافته‌ها، حاکی از اثر درمانی این روش می‌باشد. این نتایج می‌تواند در یک نظام درهم‌تنیده با حالت‌های خلقی بدین صورت تبیین شود که تاریخچه پژوهشی در حوزه روش‌های درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرکز بر ابعاد روان‌شناختی، جسمی، رفتاری و بین‌فردی، توانمندی بالقوه‌ای را در ایجاد تغییر و اصلاح روند زندگی داشته و به حفظ رابطه با افکار در مقابل انحراف از افکار می‌پردازد.

به بیان تیزدل و همکاران [۳۲] این روش آموزش گواه ذهن است. به عبارت دقیق‌تر می‌توان چنین استنتاج کرد که روش هنردرمانی و روش ذهن‌آگاهی توانسته است با قرارگرفتن در گذرگاه افکار و رفتار زنان در وضعیت گذار از یائسگی، به‌عنوان عامل پذیرش این وضعیت در سطح ترسیم تصویر از خود عمل کرده و بتواند از طریق آگاهی، پذیرش احساسات معطوف به بدن، بار روانی احساسات، افکار و حس‌های بدنی را به واسطه تمرکز و آگاهی کاهش دهد و منجر به کاهش نشانه‌های اضطراب افسردگی و استرس ناشی از آنها شود. طبیعی است که کاهش نشانه‌های منفی روان‌شناختی خود به تغییرات مثبت در کیفیت زندگی می‌انجامد. استفاده از روان‌درمانی در تشخیص‌های منتهی به افسردگی‌های بعد از یائسگی در هر دو حالت یائسگی طبیعی یا یائسگی زودرس ثانویه، بر درمان‌های دارویی بیماری‌هایی مثل سرطان سینه می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روانی اجتماعی مترادف با این دوره درمانی منجر شود.

به‌طوری‌که مطالعات نشان داده است، کژکنشی در ایفای نقش‌هایی همچون همسری، مادری، مادرزیرگی، سازگاری‌های اجتماعی، عملکرد شناختی و کارکرد جنسی همه می‌تواند تحت تأثیر میزان خلق افسرده و کیفیت پایین زندگی در زنان باشند [۳۴]. بسیاری از زنان بر این مسئله اذعان دارند که گذار از این مرحله امری است بسیار تنش‌زا و فرصت‌های حمایتی از طرف دیگران نیز در این دوره پرآشوب هیجانی بسیار کم است. آنها عمدتاً این دوره را به تنهایی و بدون مساعدت و درک شدن از طرف دیگران مهم^{۱۲} می‌گذرانند [۳۵].

استفاده از روش‌های دارودرمانی در این مرحله از دوره تحول برای درمان اختلال‌هایی مثل افسردگی توسط پزشکان

از پیامدهای روان‌شناختی مخمل در فرایندهای زندگی، روش ذهن‌آگاهی می‌تواند مثرتر باشد. همان‌طور که این روش با برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته است در اصلاح و تعدیل افکار و احساسات وابسته به حالت‌های خلقی، اثربخشی درمانی بهینه‌ای ایجاد کند [۳۲-۳۳]. ادغام روش ذهن‌آگاهی با هنردرمانی به‌صورت استفاده از تصاویر بدنی حاصل از تعامل احساسات فردی، ارزیابی فرد از بدن خود و ارائه تصویری از خود در ارتباط مستقیم و غیرمستقیم با وضعیت جسمانی فرد یائسه می‌تواند منجر به استفاده همزمان از نقاط قوت و اثرات درمانی هر دو روش هنردرمانی و ذهن‌آگاهی، به صورتی یک‌جا و همه‌جانبه شود.

با این رویکرد و با هدف قراردادن نشانه‌های روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس، ارتقای کیفیت زندگی زنان یائسه، شکستن زنجیره ارتباطی این حالت‌های روان‌شناختی با وضعیت جسمانی، بازآفرینی افکار، احساسات بدنی مثبت و با تمرکز بر روابط ذهن-جسم، پژوهش حاضر به دنبال تعیین میزان اثر بخشی هنردرمانی و روش ذهن‌آگاهی در زنان یائسه بوده است. نتایج حاکی از آن بود که این روش بر کاهش میزان استرس، اضطراب و افسردگی زنان یائسه تأثیرگذار بوده است، اما این یافته درخصوص کاهش میزان اضطراب زنان، به‌لحاظ آماری معنی‌دار نبود. میزان اثربخشی روش هنردرمانی و روش ذهن‌آگاهی بر متغیرهای وابسته افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۲۲ و ۰/۷۴ می‌باشد.

این یافته علاوه بر حمایت ضمنی از وجه تسمیه اسمی و نظری این سه حالت خلقی از دیدگاه لویبوند و لویبوند [۲۹] نشان می‌دهد که به احتمال قوی نشانه‌های روان‌پزشکی این سه اختلال جدا از هم بوده‌اند؛ چراکه اگر تفاوت میان این سه اختلال (به‌ویژه اضطراب و استرس) به ایجاد تمایز اسمی محدود بود و تفاوتی بین نشانه‌های آنها در عمل وجود نداشت، در نتیجه میزان اثربخشی این روش در هر سه اختلال باید مشابه بود. از طرف دیگر اثربخشی بالای این روش در کاهش نشانه‌های افسردگی در مقایسه با اضطراب و استرس، نیاز به پژوهش‌های بعدی جهت مقایسه هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با روش‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا هنردرمانی را ضروری می‌گرداند.

بررسی اثربخشی روش هنردرمانی و روش ذهن‌آگاهی بر

Significance others ۱۲

دیگر، به دلیل تأثیرات مفید پزشکی و اثرات مثبت روان‌شناختی حاصل از ذهن‌آگاهی، می‌تواند درمان انتخابی مناسبی برای زنان در دوران یائسگی باشد و در مجموع، با ارتقای کیفیت زندگی آنها، به بهبود حواس جسمانی و نیز احساسات بهتر بیانجامد.

در مطالعه حاضر، حجم پایین نمونه و نبود جلسه پیگیری، باعث کاهش توان آزمون در رد فرض صفر بوده و نیز دامنه محدود نمونه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، ضعف در تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه را مطرح می‌کند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی اثر دامنه متنوعی از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مثل: وضعیت اجتماعی، اقتصادی، تحصیلی، اشتغال، وضعیت تأهل، فوت همسر، حضور وقایع و رویدادهای مهم زندگی در طول ۱۲ ماه گذشته بررسی، کنترل یا مطالعه شوند؛ چرا که همگی این متغیرها، از عوامل استرس‌زا و تهدیدکننده سلامت روان محسوب شده و بالطبع می‌تواند در وضعیت سلامتی زنان در دوران یائسگی مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به یافته‌های این پژوهش و بررسی‌های مشابه، به ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی دوران یائسگی پیشنهاد می‌شود که در کنار به‌کارگیری راهبردهای ارتقای سلامت جسمانی، از برنامه هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از مداخله‌های سودمند روان‌شناختی با هدف افزایش سلامت روانی این زنان بهره گرفته شود؛ بنابراین هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک روش جدید که ترکیبی از درمان‌های روان‌شناختی و هنردرمانی است، در بهبود افسردگی و کیفیت زندگی جمعیت زنان یائسه مؤثر می‌باشد. لذا استفاده گسترده از این روش در چنین جمعیت‌هایی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- [1] Gracia C, Sammel M, Freeman E, Lin H, Langan E, Kapoor S, et al. Defining menopause status: creation of a new definition to identify the early changes of the menopausal transition. *Menopause (New York, NY)*. 2005; 12(2):128-35.
- [2] Monti DA, Mago R, Kunkel EJS. Practical geriatrics: Depression, cognition, and anxiety among postmenopausal women with breast cancer. *Psychiatric Services*. 2005; 56(11):1353-5.

به‌ویژه در بیماران مبتلا به سرطان سینه باید مورد توجه خاص قرار گیرد؛ چراکه ممکن است در زنان بعد از دوره یائسگی، اثرات بالقوه مخصوص و مداخله‌های دارویی اتفاق افتد که پیامدهای بعدی آن بسیار خطرناک است. بنابراین استفاده از روش‌هایی مثل هنردرمانی و ذهن‌آگاهی نه تنها می‌تواند در درمان افسردگی‌های بعد از یائسگی طبیعی یکی از رویکردهای روان‌درمانی منتخب باشد، بلکه همان‌طور که برخی مطالعات اشاره کرده‌اند می‌تواند برای موارد افسردگی ناشی از سرطان سینه، بهتر از روش‌های دارویی ضد افسردگی عمل کند [۳۶]. همسو با نتایج پژوهش‌های قبلی در بیماران سرطانی [۲، ۲۱]، نتایج این پژوهش حمایت تجربی در خصوص اثربخشی روش هنردرمانی و روش ذهن‌آگاهی در افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس زنان یائسه را ارائه نمود.

رویکرد کاهش استرس و افسردگی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش مشکلات روان‌شناختی در سال‌های اخیر یکی از رویکردهای موفق در حوزه مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بوده است. مطالعات حاکی از اثربخشی این روش درمانی در کاهش سطوح استرس و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن بوده است [۲، ۱۹-۲۰]. در پژوهش حاضر با ترکیب و تعدیل ذهن‌آگاهی به‌واسطه هنردرمانی، تمرکز اصلی برنامه بر مداخله گروهی مبتنی بر احساسات بدنی قرار داشت تا با بیان خلاقانه‌ای از عواطف معطوف بر بدن در میان گروهی از زنان یائسه، درمان صورت پذیرد. یائسگی و اختلال‌های ناشی از آن مثل افسردگی، اضطراب و استرس یکی از مشکلات روان‌شناختی رایج در زنان است و عوامل روان‌شناختی و جسمی طبیعی متعددی می‌تواند در تشدید، تخفیف و راه‌اندازی حالت‌های افسردگی، استرس، تحریف و سوگیری‌های شناختی، منجر به تداخل در زندگی روزمره و کیفیت زندگی شود.

البته وضعیت و حالت سلامت روانی یا جسمانی حادث قبل از افسردگی اثر مستقیمی بر میزان استرس‌زا بودن موقعیت و نشانه‌های پیرو آن دارد. پزشکان، روان‌پزشکان و روان‌شناسان درگیر در این حوزه به‌ویژه متخصصان سالمندی با مداخله‌های آموزشی پیش از موعد و یا بعد از یائسگی می‌توانند در کنار رویکردهای دارودرمانی، پیشگیری‌های اولیه و ثانویه را در جامعه زنان گسترش دهند. بسیاری از این روش‌های مداخله مبتنی بر رابطه بین جسم و ذهن، مثل هنردرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با افزایش میزان احساس کنترل بر عواطف بدنی، دردهای جسمانی و نیز کنترل بر زندگی روزمره، باعث افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود.

در این زمینه، رویکرد هنردرمانی و روش ذهن‌آگاهی از یک سو به دلیل داشتن مؤلفه هنردرمانی و جذابیت‌هایی که به‌کارگیری آن به‌ویژه می‌تواند برای زنان خانه‌دار داشته باشد و نیز از سوی

- fate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*. 2004; 29(4):448-74.
- [20] Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2003; 65(4):571-81.
- [21] Monti D, Peterson C, Kunkel E, Hauck W, Pequignot E, Rhodes L, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-oncology*. 2006; 15(5):363-73.
- [22] Kingston J, Chadwick P, Meron D, Skinner TC. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research*. 2007; 62(3):297-300.
- [23] Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2010; 78(2):169-83.
- [24] Walsh JJ, Balint MG, Smolira SJ DR, Fredericksen LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46(2):94-9.
- [25] Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2011; 187(3):441-53.
- [26] Smeijsters H, Cleven G. The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *The Arts in Psychotherapy*. 2006; 33(1):37-58.
- [27] Holt E, Kaiser DH. The First Step Series: Art therapy for early substance abuse treatment. *The Arts in Psychotherapy*. 2009; 36(4):245-50.
- [28] Kabat-Zinn J, Wheeler E, Light T, Skillings A, Scharf MJ, Cropley TG, et al. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*. 1998; 60(5):625-32.
- [29] Lovibond S, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd edition. Australia: Psychology Foundation of Australia; 1996.
- [30] Saebi A, Salari R, Asgari J. [Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population (Persian)]. *Developmental Psychology*. 2005; 1(4):299-312.
- [31] Nejat S, Montazeri A, Holakouie K, Mohammad K, Majdzadeh S. [The World Health Organization quality of Life (WHO-QOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*; 2006; 4(4):1-12.
- [32] Teasdale JD, Segal ZV, Ridgeway VA, Soulsby JM. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Prevention*. 2000; 68(4):615-23.
- [3] Hickey M, Saunders CM, Stuckey BGA. Management of menopausal symptoms in patients with breast cancer: An evidence-based approach. *The Lancet Oncology*. 2005; 6(9):687-95.
- [4] Bardwell WA, Natarajan L, Dimsdale JE, Rock CL, Mortimer JE, Hollenbach K, et al. Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24(16):2420-7.
- [5] Sarrel P. Women, work, and menopause. *Menopause (New York, NY)*. 2012; 19(3):250-2.
- [6] Curtis AJ, Ebrary I. *Health Psychology*. London: Routledge; 2000.
- [7] Zautra AJ, Hall JS, Murray KE. *A New Definition of Health for People and Communities*. New York: Guilford Press; 2010.
- [8] Bryant C, Judd F, Hickey M. Anxiety during the menopausal transition: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2012; 139(2):141-8.
- [9] Schnatz PF, Whitehurst SK, O'Sullivan DM. Sexual dysfunction, depression, and anxiety among patients of an inner-city menopause clinic. *Journal of Women's Health*. 2010; 19(10):1843-9.
- [10] Bunge M. *The mind-body problem. Matter and Mind*. Springer; 2010, pp: 143-57.
- [11] Monti D, Peterson C. Mindfulness-based art therapy: Results from a two year study. *Psychiatry Times*. 2004; 21:63-6.
- [12] Weinrich SP, Weinrich MC. The effect of massage on pain in cancer patients. *Applied Nursing Research*. 1990; 3(4):140-5.
- [13] Kabat Zinn J. *Mindfulness Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10(2):144-56.
- [14] Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. 6th edition. New York: Hyperion; 1994.
- [15] Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149(7):936-43.
- [16] Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*. 1985; 8(2):163-90.
- [17] Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*. 2001; 23(4):183-92.
- [18] Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, Angen M, Speca M. The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*. 2001; 9(2):112-23.
- [19] Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sul-

- [33] Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002; 70(2):275-87.
- [34] Mosher CE, Danoff-Burg S. A review of age differences in psychological adjustment to breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2006; 23(2-3):101-14.
- [35] Rabinowitz B. Psychosocial issues in breast cancer. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2002; 29(1):233-47.
- [36] Pezzella G, Moslinger-Gehmayr R, Contu A. Treatment of depression in patients with breast cancer: a comparison between paroxetine and amitriptyline. *Breast cancer research and treatment*. 2001; 70(1):1-10.

Archive of SID