

July-August 2021, Volume 9, Issue 3

The Effect of self- Healing Training on Stress, Death Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients

Farzaneh Zamani- Gharaghoosh¹, Zohreh Latifi ^{2*}, Mehran Sharifi- Isfahani³

1- Department of Psychology. MD, Payame Noor University, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Medical Sciences, University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Zohreh Latifi, Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran.

E-mail: z_yalatif@yahoo.com.

Received: 19 Dec 2020

Accepted: 11 June 2021

Abstract

Introduction: Considering the psychological effects of cancer such as stress, death anxiety and depression, the use of psychological treatment is very important in reducing the psychological problems of breast cancer. The purpose of this study was to determine the effective training of self-healing on stress, death anxiety, and depression, in breast cancer patients.

Methods: The present quasi-experimental study design with pre-test, post-test, and follow-up design with experimental and control groups. The statistical population of the study included all females with breast cancer in the year 1396-98 referring to seyedshohada hospital in Isfahan city, among 28 selected by the available sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. (14 people in each group). For the experimental group, the self-healing program was performed in 12 sessions per week for 90 minutes per session. Data was collected through cohen's Perceived Stress questionnaire (1983), the temple Death Anxiety Scale (1970), and the beck depression Inventory-2(1988) before, after, and two months after the intervention and analyzed by variance analysis test with repeated measures and Bonferroni post hoc.

Results: After performing the self-healing program, the mean stress death anxiety and depression in the experimental group decreased from (31/71,12/71,29/79) to (22/43,5/0,17/0), with indicated a significant reduction in stress, death anxiety and depression($p<0/01$) while the control group had no significant difference before (30/71,12/29,27/86) and after (29/21,10/71,31/7) the intervention($p>0/01$). There was a significant difference between the control group and the experimental group in all three variables in the post-test and follow-up stages ($p<0/01$).

Conclusions: The finding of this study showed that the stress, death anxiety, and depression decreased, meaning that the self-healing training program was effective for the stress, death anxiety, and depression of breast cancer. Therefore, this method can be used to reduce the psychological programs in breast cancer and other chronic diseases.

Keywords: Self-healing, stress, death anxiety, depression and breast cancer.

تأثیر آموزش خود شفابخشی بر میزان استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه

فرزانه زمانی قراقوش^۱، زهره لطیفی^{۲*}، مهران شریفی اصفهانی^۳

۱- کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۳- استادیار، گروه پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: زهره لطیفی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

ایمیل: z_yalatif@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۲۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۲۱

چکیده

مقدمه: با توجه به آثار روانشناختی ناشی از ابتلا به سرطان ازجمله استرس، اضطراب مرگ و افسردگی، بکارگیری درمانهای روانشناختی در کاهش مشکلات روانشناختی مربوط به ابتلا به سرطان سینه اهمیت دارد. پژوهش حاضر با هدف تأثیر آموزش خود شفابخشی بر میزان استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه صورت پذیرفت. **روش کار:** پژوهش نیمه آزمایشی آزمایشی حاضر از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری دو ماهه، با دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جامعه آماری، شامل کلیه زنان دارای سرطان سینه مراجعه کننده به مرکز درمانی سیدالشهدای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۶ بود که ۲۸ نفر داوطلب از بین آنها به صورت نمونه در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. (هر گروه ۱۴ نفر). برای گروه آزمایش آموزش خود شفابخشی در ۱۲ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه در هر جلسه اجرا شد. داده ها از طریق پرسشنامه های استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳)، مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) و پرسشنامه افسردگی بک - ۲ (۱۹۸۸)، قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخله آموزشی جمع آوری و با استفاده از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و تعقیبی بونفرونی، با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته ها: در گروه آزمون پس از آموزش خود شفابخشی، میانگین نمرات استرس، اضطراب مرگ و افسردگی به ترتیب از (۳۱/۷۱، ۱۲/۷۱ و ۲۹/۷۹) به (۲۲/۴۳، ۵/۰۰ و ۱۷/۰۰)، کاهش یافت که این کاهش معنادار بود ($P > ۰/۰۱$). در حالیکه در گروه کنترل این میزان قبل از مداخله (۳۰/۷۱، ۱۲/۲۹ و ۲۷/۸۶) و بعد از آن (۳۱/۰۷، ۱۰/۷۱ و ۲۹/۲۱) تفاوت معنادار نبود ($P > ۰/۰۱$). در مراحل پس آزمون و پیگیری در هر سه متغیر، گروه کنترل با گروه آزمایش تفاوت معنادار بود ($P < ۰/۰۱$).

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان داد، برنامه آموزش خود شفابخشی در کاهش استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر می باشد. لذا از این روش می توان در مراکز درمانی در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه و سایر بیماریهای مزمن، استفاده کرد.

کلیدواژه ها: خود شفابخشی، استرس، اضطراب مرگ، افسردگی، سرطان سینه.

مقدمه

بیماری در دنیا با نرخ ۱/۸ تا ۲ درصد در حال افزایش بوده و در بین تمام سرطان های زنان، مقام نخست دارد (۲). شیوع سرطان سینه در ایران با نرخ ۳۴،۵۳ درصد و اوج سن بروز آن بین ۴۰ تا ۵۰ سال در سال ۲۰۱۹ گزارش شده است (۳). تشخیص بیماری و گذراندن مراحل درمانی

سرطان سینه یکی از انواع سرطان ها می باشد که در اثر تکثیر غیر قابل کنترل سلول های غیر طبیعی بافت پستان ایجاد می شود (۱) و عامل مرگ یک پنجم زنان ۴۰ تا ۵۰ ساله می باشد. میزان بروز سالانه این

استرس برپایه شناختی رفتاری (۱۶،۱۷،۱۸)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۹)، معنویت درمانی و مراقبه (۲۰،۲۱) و روانپوشی کوتاه مدت (۲۲) حاکی از اثربخشی مداخلات روانشناسی برای این گروه از بیماران است. در همین راستا آموزش خودشفابخشی بعنوان جدیدترین رویکرد موج سوم در حوزه روانشناسی مثبت، توسط الکساندر لوید روانشناس (روانشناس و درمانگر طب مکمل) و بن جانسون (متخصص سرطان) در سال ۲۰۱۱ رسماً با عنوان کدهای شفا بخش ارائه شده است. خود شفابخشی به معنای توانایی التیام بخشی خویشتن است و به نقشی که خود فرد در بهبود بیماری و یا حل مشکلات خود دارد اشاره می کند. این رویکرد شامل مهارتهای خاطره یابی، شناخت ویژگی های شخصیتی مشکل آفرین، کاهش اقدامات زیان بخش، آموزش مهارتهای خود آرامبخشی، دعا و تمرینات کدهای شفا بخش است (۲۳). به اعتقاد لوید، جانسون و لپتون، ۹۵ درصد علل تمام مشکلات فیزیکی و غیر فیزیکی، به استرس مربوط است و دو نوع استرس موقعیتی و فیزیولوژیک وجود دارد. استرس موقعیتی مربوط به رویدادهای بیرونی با منبع مشخص می باشد که عمدتاً قابل تشخیص است ولی استرس فیزیولوژیک، استرس درونی، ناشکار و پنهان است که توسط خاطرات سلولی ایجاد می شود (۲۴،۲۵،۲۶). این نوع استرس باعث بروز بیماری ها و مشکلاتی می شود که برپایه شرایط بیرونی نیست که بتوان آن را تغییر داد؛ بلکه پنهان و درونی بوده و از شرایط بیرونی مستقل می باشد به طوری که تغییر وضعیت استرس زای موقعیتی که تا به حال مورد توجه روانشناسان بوده، احتمالاً بر این نوع استرس (فیزیولوژیک) تاثیر کمی دارند (۲۶،۲۷). استرس فیزیولوژیک سیستم عصبی خود مختار را از حالت تعادل خارج کرده و با فعال نمودن واکنش جنگ و گریز، بدن را در حالت آماده باش نگه داشته و در ادامه، باعث فرسودگی و عملکرد نادرست سلولی و بروز بیماری می شود. از نظر لوید علت استرس فیزیولوژیک خاطرات سلولی مخرب است که در کلیه سلولهای بدن به شکل الگوی ناسالم انرژی ذخیره شده و با کاهش سطح انرژی سلولی، در بدن استرس تولید می کند (۲۶،۲۸). این خاطرات که شامل ترسها و تصورات غلط می باشد با ایجاد احساسات منفی و باورهای غلط باعث می شود فرد تفسیر نادرست و تهدیدآمیزی از شرایط

طبی سخت، باعث بروز واکنشهای روانشناختی چون ترس، استرس، اضطراب و افسردگی در این بیماران می شود به طوریکه درصد بالایی از این افراد از یک اختلال روانپزشکی رنج می برند (۴۵). استرس مهمترین مشکل روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه از زمان تشخیص بیماری تا مرحله بهبودی است که با تأثیر سوء بر عملکرد سیستم ایمنی و تضعیف آن، احتمال رشد تومور و تهاجم آن را افزایش می دهد و با کاهش رفتارهای سلامت در روند بهبودی اختلال ایجاد می کند (۶). به تعارضات حاصل از شرایط و رویدادهای ناهماهنگ با توانمندیهای فرد که به شکل مهار نشدنی، پیش بینی ناشدنی و خارج از توان و خود پنداره شخصی بروزی می کند؛ استرس می گویند (۷). زنانی که استرس مربوط به بیماری سرطان سینه را تجربه می کنند، از پیشنهادات و دستورات پزشک کمتر پیروی کرده و از کیفیت زندگی پایینی برخوردار هستند. (۸). از سویی دیگر استرس عامل اضطراب و افسردگی است (۷). مطالعات نشان داده بیماران، تشخیص سرطان را با مرگ مساوی دانسته و دچار اضطراب مرگ می شوند (۹). اضطراب مرگ، ترسی غیر عادی از مرگ همراه با احساس وحشت و دلهره هنگام فکر کردن به فرآیند مردن و موارد پس از مرگ، است. اضطراب مرگ در بین مبتلایان به بیماری سرطان سینه، شیوع بالایی دارد (۱۰). این مشکل با کاهش کیفیت زندگی این بیماران منجر به درماندگی، تغییرات جسمانی، از دست دادن کنترل، احساس تنهایی و گناه شده و سرانجام با اختلال در کارکرد زندگی، روند بهبودی آنان را با مشکل مواجه می سازد (۱۱). افسردگی نیز یکی دیگر از شایعترین اختلالات روانپزشکی حاصل روند درمان در این بیماران می باشد (۱۲)، به طوری که میزان بروز آن در این افراد، دو برابر افراد دیگر گزارش شده است (۱۲،۱۳). افسردگی یک حالت هیجانی مقاوم در گستره ای از احساس ناامیدی نسبتاً خفیف تا یاس بسیار شدید تعریف می شود. افسردگی در این بیماران باعث می شود مبتلایان، تسلیم بیماری شده و به طور مؤثر با بیماری مبارزه نکرده و در جهت زندگی کردن به مدت طولانی تر تلاشی ننمایند (۱۳،۱۵). نظر به تأثیر مثبت روانشناسی در بهبود بیماریهای مزمن جسمی و نقش مهم روانشناسان در فرآیند درمان این بیماریها (۱۴)، نتایج مداخلات روانشناختی چون ذهن آگاهی (۱۵)، مدیریت

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل بود و جامعه آماری این پژوهش، تمام زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان سیدالشهدای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ - ۱۳۹۸ بود. معیارهای ورود برای بیماران شامل، محرز شدن بیماری سرطان سینه توسط پزشک متخصص با گذشت حداقل شش ماه تا ۳ سال از بیماری، قرار نداشتن در مراحل آخر بیماری، رنج سنی ۳۰ تا ۶۵ سال، نداشتن اختلالات حاد روانی و حضور با رضایت آگاهانه و معیارهای خروج شامل عدم همکاری در انجام تمرینات لازم، داشتن بیش از سه جلسه غیبت در جلسات، شرکت هم زمان در جلسات روان درمانی دیگر و عدم تمایل و یا توانایی جهت ادامه شرکت در مطالعه بود. برای اجرای پژوهش پس از تایید کمیته اخلاق در پژوهش و دریافت کد با شناسه IR.MUI.RESEARCH. REC.1398، با مراجعه به مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان سینه بیمارستان سیدالشهدای اصفهان، با ۶۰ نفر از مبتلایان به سرطان سینه که شرایط حضور در دوره آموزشی این رویکرد درمانی را داشتند؛ تماس گرفته شد و از آنها برای شرکت در این دوره آموزشی دعوت به عمل آمد. پس از توضیح کامل فرآیند پژوهش و کسب رضایت آگاهانه با رعایت معیار ورود و خروج با توجه به طرح تحقیق (نیمه آزمایشی)، ۲۸ نفر داوطلب به روش نمونه در دسترس، وارد مطالعه شدند و به شکل تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۴ نفر) تقسیم شدند. پس از انتخاب نمونه گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه (یکبار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه) در بیمارستان امید شرکت کردند در حالیکه گروه کنترل در لیست انتظار بعد از مداخله قرار گرفت. جهت ملاحظات اخلاقی تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی ها و رعایت حقوق انسانی شرکت کنندگان در نظر گرفته شد. برای جمع آوری داده ها از سه مقیاس استفاده شد. ۱- مقیاس استرس ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳): این پرسشنامه استاندارد دارای ۱۴ سوال است که برای برآورد میزان استرس عمومی تجربه شده فرد طی یک ماه گذشته تهیه شده است که افکار و احساسات فرد

بیرونی داشته باشد و با فعال شدن سیستم «جنگ و گریز» در مغز و تداوم این شرایط علاوه بر پریشانی روانی و ضعف سیستم ایمنی، باعث کاهش فعالیت بخش پره فرونتال کورتکس (تفکر منطقی) و افزایش فعالیت بخش آمیگدال مغز (هیجانی) شده و در فرآیند حل مساله، استدلال منطقی، برنامه ریزی و قضاوت فرد اختلال ایجاد می کند (۲۷، ۲۶). بر این اساس وجود خاطرات سلولی مخرب علاوه بر ایجاد مشکلات روانشناختی چون استرس، اضطراب، افسردگی، کمالگرایی و غیره؛ در بروز و افزایش اختلالات جسمانی مزمن از جمله سرطانها نقش دارند (۲۷). در این رویکرد ریشه تمام خاطرات مخرب افراد به کینه جویی، اقدامات زیان بخش، باورهای نادرست و احساسات منفی خودخواهی، غمگینی، اضطراب، خشم، ناامیدی، ناشکیبایی، طرد کردن، غرور ناسالم و تحت کنترل در آوردن مربوط می شود (۲۳). تمرکز خود شفابخشی بر تلاش فرد برای ریشه یابی علل استرس فیزیولوژیک و درمان خاطرات سلولی مخرب است. علاوه بر آن برخورد مراقبتی، تعالی معنوی، اصلاح گفتگوهای درونی، داشتن سبک زندگی سالم، اصلاح ترسها و باورهای ناسالم، مراقبه، دعا و انجام تمرینات کدهای شفابخش تاکید می شود (۲۸، ۲۹). اثر بخشی آموزش خودشفابخشی در بهبود مشکلات روانشناختی بیماربهای سرطان پوست (۲۴)، سردرد مزمن (۳۱، ۳۰)، دیابت (۳۲) و فشار خون (۲۹) گزارش شده است. اگر چه این رویکرد جدید در سرطان، نیاز به تحقیقات گسترده ای دارد؛ با توجه به اهمیت کاهش استرس، اضطراب مرگ و افسردگی در بهبود فرآیند درمان بیماران مبتلا به سرطان سینه (۶، ۱۱، ۱۲، ۱۵)، این رویکرد می تواند بعنوان یک روش مکمل با برنامه آموزشی نسبتا ساده و قابل فهم، در کاهش مشکلات قید شده و ارتقاء سلامت روان و به تبع آن مقابله با بیماری و تلاش برای درمان در این بیماران موثر باشد. رویکرد خودشفابخشی، در ایران توسط لطیفی و مروی (۱۳۹۷) بومی سازی شده و پروتکل درمانی آن تهیه و با تأیید لوید مورد استفاده قرار گرفته است. با توجه به مطالب مطرح شده، این پژوهش در پاسخ به این سوال است که آیا آموزش خود شفابخشی در کاهش استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر است؟

و روایی آن در پژوهشهای متعدد مورد تأیید قرار گرفته است (۳۵). هر سؤال شامل چهار جمله است که سطوح شدت افسردگی را توصیف می‌کند. بر اساس نمره آزمون، افسردگی به درجات ناچیز، خفیف، متوسط و شدید تقسیم می‌شود. از آنجا که این ابزار، خود گزارشی می‌باشد، جهت غربالگری افسردگی اساسی در بیماران طبی مناسب است و از حساسیت و اعتبار مطلوبی برخوردار است. در ایالات متحده، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۶ و در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب اعتبار ۰/۹۴ محاسبه شده است (۳۶). در پژوهش حاضر اجرای آزمونهای تحقیق، قبل از شروع مداخله، بعد از اتمام جلسات آموزشی (پس آزمون) و ۶۰ روز پس از آخرین جلسه (پیگیری) اجرا شد.

در تمام جلسات با تأکید بر راز داری از همه افراد گروه خواسته می‌شد که در بحث مشارکت فعال داشته و تجربیات شخصی خود را با دیگران در میان بگذارند، خود کاوی و یافتن خاطرات سلولی مخرب و چگونگی کاهش اثرات سوء این خاطرات از اصلی ترین موارد جلسات بود که با استفاده از تکنیک های متعدد و متناسب با سلیقه هر فردی باید اجرا می‌شد. شرکت کنندگان ملزم بودند در جلسه و در فاصله بین جلسات تمرینات را فردی انجام داده و حتما به سوالات تاملی مربی دوره پاسخ دهند. با تشکیل گروه مجازی ارتباط بین جلسات حفظ می‌شد. داشتن خلوت و تفکر در مورد خود جزء اساسی تمرینات بود. از مشارکت کنندگان خواسته می‌شد در شروع هر جلسه به تمرینات، چالشهای پیش آمده مرتبط با آنها و رفع موانع موجود پرداخته می‌شد و با مرور مباحث قبلی بر انجام تکالیف تأکید می‌شد.

برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پس از اتمام دوره آموزش با تشکیل گروه مجازی مطالب و مفاهیم آموزش در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. برنامه جلسات هفتگی خود شفابخشی با توجه به کتاب هلینگ کد (۲۳) در (جدول ۱) آورده شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید.

را درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی ارزیابی می‌کند. نمره دهی سؤالات بر اساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمره صفر تا خیلی زیاد (نمره چهار) انجام می‌گیرد. سؤالات ۴ و ۵ و ۶ و ۷ و ۹ و ۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند بدین ترتیب که به گزینه هرگز نمره چهار و به گزینه خیلی زیاد نمره صفر تعلق می‌گیرد. حداقل نمره در این پرسشنامه نمره صفر است و حداکثر نمره ۵۶ می‌باشد که نمره بالاتر نشاندهنده ادراک استرس بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۵-۰/۸۴ بدست آمده است و پایایی این آزمون ۸۰٪ بوده است (۳۳). ۲- مقیاس اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰): این مقیاس دارای ۱۵ ماده است که نگرش آزمودنی‌ها را نسبت به مرگ می‌سنجد. آزمودنی‌ها پاسخ هر سؤال را با گزینه‌های بلی (صحیح) و خیر (غلط) مشخص می‌کنند و نمره‌های ۰ و ۱ داده می‌شود. پاسخ بلی نشان دهنده وجود اضطراب مرگ است و نمره ۱ دارد پاسخ خیر نشاندهنده عدم وجود اضطراب مرگ و نمره ۰ دارد بدین ترتیب نمره‌های این مقیاس بین صفر تا پانزده متغیر می‌باشد. حد وسط آن (۶-۷) نقطه برش در نظر گرفته خواهد شد بیشتر از آن (۷-۱۵) اضطراب مرگ بالا و کمتر از آن (۰-۶) اضطراب مرگ پایین است. بررسی‌های بعمل آمد از پایایی و روایی این مقیاس نشان می‌دهد این مقیاس از اعتبار قابل قبولی برخوردار است. سنجش اضطراب مرگ تمپلر یک پرسشنامه استاندارد بوده و در پژوهش‌های مختلف در سطح جهان، جهت سنجش اضطراب مرگ مورد استفاده قرار گرفته است و در کشور ایران نیز ترجمه، تحلیل عاملی و اعتباریابی شده است بطور مثال در سال ۱۳۸۰ همسانی درونی آن ۷۳ درصد (۱۰) و در سال ۱۳۸۷ ضریب همبستگی این مقیاس ۹۵٪ گزارش شده است (۳۴). ۳- مقیاس افسردگی بک BDI (۱۹۸۸): این پرسشنامه استاندارد ۲۱ پرسش دارد که نشانه‌های افسردگی را در اندازه‌های ۴ درجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۶۳ با توجه به علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی می‌سنجد این مقیاس یک ابزار معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود و پایایی

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی براساس پروتکل لطیفی، مروی با اقتباس از لوید (۳۰)

تعداد جلسات	خلاصه محتوای درمانی در هر جلسه خودشفابخشی پروتکل، لطیفی، مروی و لوید (۱۳۹۷)
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، مشخص نمودن اهداف و قوانین جلسات، معرفی استرس‌های موقعیتی و آموزش مدیریت استرس‌های موقعیتی- توضیح سیستم ایمنی بدن تکلیف ۱: بررسی حالات و تهیه کامل تر لیست نگرانی‌ها و مشکلات و استرس‌ها توسط اعضای گروه
جلسه دوم	توضیح استرس‌های فیزیولوژیک، استرس‌های پنهان یا خاطرات سلولی مخرب و حافظه کاذب تکلیف ۲: مشاهده خود و بررسی استرس‌های موجود و اجرای عملی تنفس صحیح و ریلکسیشن حداقل یک بار در روز (فایل صوتی آرامش عضلانی تنفسی به اعضا داده شد)
جلسه سوم	آموزش تشخیص مشکل واقعی یا کاذب؛ - خاطره یابی با توجه به شکست‌ها-تعارضات و ناکامی‌ها و سردرگمی‌های فرد تکلیف ۳: خاطره یابی با فایل خاطره یابی در مورد تروماها و حوادث بسیار اثر گذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها و PTSD با توجه به نگرش فرد - تمرین عملی مراقبه با گل سرخ
جلسه چهارم	ریشه یابی خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ گروه. معرفی (کینه جویی-اقدامات زبان بخش- باورهای غلط و احساسات منفی) تکلیف ۴: شروع کار برای شناخت دقیق ترابعاد باورهای مخفی و خاطرات مخرب سلولی و تمرکز بر گروه کینه جویی
جلسه پنجم	اجرای تکنیک آسانسور شیشه ای، خاطره یابی یا حافظه یابی در مورد تروماها و حوات بسیار اثر گذار زندگی در تمام دوره‌های زندگی، شوک‌ها و PTSD با توجه به نگرش فرد تکلیف ۵: اجرای تکنیک صندلی خالی در منزل با سایر خاطرات و بررسی سالم یا ناسالم بودن احساس‌ها و باورهای ناشی از آن و تفکر در مورد بخشش. مطالعه مطالب بخشش
جلسه ششم	توضیح احساسات مثبت و منفی قلبی و آموزش فنون بخشش تکلیف ۶: ادامه چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه توزی و انتقام- خودکاوای برای شناخت سندرم من بیچاره - بررسی افکار ناسالم و دروغ‌های باور شده و شناخت احساسات مشکل آفرین (خشم، شهوت، غرور، ترس، غم، شرم) و قبول قدرت اراده، آزادی و اختیار و مسئولیت پیامد رفتارهای خود
جلسه هفتم	توضیح گروه اقدامات زبان بخش و عادات غلط و مخرب و آموزش روش‌های تقویت اراده (تصمیم، مراقبت، ارزیابی، تنبه و پاداش) یادگیری مسئله و تغییر محیط تکلیف ۷: بررسی نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب -ثبت موفقیت‌ها و مهارت‌های به کار گرفته شده در راستای سه گروه بازدارنده
جلسه هشتم	معرفی کدهای شفابخش اول تا چهارم شامل: عشق-شادی-آرامش و بردباری تکلیف ۸: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهارکد شفابخش در زندگی روزانه و انجام تمرینات خاص هیپننگ کد و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت
جلسه نهم	معرفی و چگونگی ایجاد و تقویت کدهای شفابخش پنجم تا نهم شامل: مهربانی-خوبی-اعتماد-تواضع و خویشتنداری و آموزش فن خاطره یابی معکوس تکلیف ۹: شروع برنامه ایجاد و تقویت چهارکد شفابخش در زندگی روزانه و انجام تمرینات خاص هیپننگ کد، اجرای فن خاطره یابی معکوس و ثبت موفقیت‌ها و پیشرفت
جلسه دهم	توضیح در مورد نقش درخواست حقیقی با تمام وجود و اثرات دعا و تداوم تمرکز بر خواسته‌ها در مسیر زندگی و توضیح شواهد علمی مربوط به دعا در خود شفابخشی-آموزش تمرینات عملی کدهای شفابخش عمومی تکلیف ۱۰: صرف وقت خاص تنهایی با نیایش مناجات و برقراری ارتباط با خدا- نیایش (تقویت معنویت) تمرینات سکوت و خلوت و ذهن آگاهی فکری و بدنی و مرور تمرینات اثر گذار برای افراد- عمل طبق سیستم ارزشی خود + تجسم خلاق (مثبت نگری به آینده)
جلسه یازدهم	آموزش سبک زندگی متعادل و بهبود کیفیت زندگی در حیطه‌های سلامت و بهداشت تکلیف ۱۱: اجرای عملی تمرینات هیپننگ کد همراه با دعا و جملات تمرکزی حقیقی-شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادات غلط، ادامه تمرینات تعالی معنوی - شناخت ناراضیاتی از حیطه‌های خاص و اقدام برای کاهش ناراضیاتی
جلسه دوازدهم	اصلاح گفتگوی درونی و برنامه ریزی برای ابدیت، هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی (مفید و مراقب خود و دیگران بودن) و آموزش تنفس قدرتی: بازنگری استرس‌های فردی - تاکید بر خود مراقبتی مداوم در مقابل آسیب‌های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات و ارتباطات تکلیف ۱۲: ادامه تمرینات قبلی و اصلاح گفتگوی درونی و خود مراقبتی و شناخت میان برهای آرامش و معنویت برای خود

یافته‌ها

با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز ($P > 0.05$) تایید شد (جدول ۳) و آزمون لوین همگنی واریانس‌ها برای هر دو گروه در هر سه متغیر را ($P > 0.05$). نشان داد (جدول ۴). برای بررسی معنادار بون کاهش میانگین‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در ابتدا کرویت ماچلی جهت بررسی فرض یکسانی کواریانس‌ها بررسی شد. این فرض تایید نشد ($P < 0.01$) و از تصحیح گرین هوس-گیسر استفاده شد (جدول ۶). مقدار لامبدای ویلکز آموزش خود شفابخشی بر سه متغیر برای اثرات بین گروهی، درون گروهی و اثر تعاملی نشان دهنده اثربخشی رویکرد مداخله ای بر حداقل یکی از مقیاس‌های مورد

شرکت کنندگان در این پژوهش ۲۸ نفر از بیماران مبتلا به سرطان سینه با حداقل سن ۲۵ سال و حداکثر سن ۶۱ سال و با میانگین سنی ۴۵/۶۲ سال بودند. از نظر وضعیت تأهل ۸۰٪ افراد متأهل و مابقی بیوه بودند. میزان تحصیلات بیشتر افراد در حد دیپلم وزیر دیپلم بود و از نظر درآمد هر دو گروه در حد متوسط بودند. بیشترین درصد فراوانی مربوط به مدت زمان بیماری در هر دو گروه بین یک تا دو سال بود. مقایسه گروه‌ها از نظر جمعیت شناختی نشان داد که هر دو گروه از این نظر همسان ($P > 0.05$) می باشند (جدول ۲). نرمال بودن داده‌های هر دو گروه

فرزانه زمانی قراقوش و همکاران

درصد از تغییرات بین گروهی سه متغیر ناشی از مداخله آموزشی خودشفابخشی بر بیماران سرطان سینه بوده است (جدول ۸). معنادار بودن تفاوت بین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مقیاس های استرس، اضطراب مرگ و افسردگی با آزمون تعقیبی بونفرونی تایید شد ($P < 0.01$) و ثبات نسبی نمرات پس آزمون و پیگیری مقیاس ها، ماندگاری اثر دوره آموزش خودشفابخشی ($P > 0.01$) را نشان داد (جدول ۹).

مطالعه می باشد (جدول ۷). نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی، معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها و معنادار بودن تفاوت سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مقیاس های استرس، اضطراب مرگ و افسردگی در سطح $P < 0.01$ را تایید کرد. بامعنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها، تفاوت بین دو گروه برای هر سه مقیاس در سطح $P < 0.01$ معنادار بود. ضرایب اتا نشان داده که ۶۲، ۶۶ و ۵۹ درصد از تغییرات درون گروهی استرس، اضطراب مرگ و افسردگی و همچنین ۱۴، ۳۶ و ۲۱

جدول ۲: اطلاعات دموگرافیک هر دو گروه آزمایش و کنترل در بیمارستان امید اصفهان در سال ۱۳۹۶ – ۱۳۹۸

مشخصات	آزمایش	کنترل	کای دو
رده سنی:			
۲۵-۳۵ سال	۱۷/۱۴	۲(۱۴/۲۸)	$P = 0.79$ $X^2 = 3.84$
۳۵-۴۵ سال	۵(۳۵/۷۱)	۶(۴۲/۸۵)	
۴۵-۵۵ سال	۴(۲۸/۵۷)	۴(۲۸/۵۷)	
۵۵ و بالاتر	۴(۲۸/۵۷)	۲(۱۴/۲۸)	
میزان تحصیلات:			
بیسواد	۰(۰)	۲(۱۴/۲۸)	$P = 0.30$ $X^2 = 3.69$
زیر دیپلم	۵(۳۵/۷۱)	۷(۵۰)	
دیپلم	۶(۴۲/۸۵)	۳(۲۱/۴۲)	
فوق دیپلم	۰(۰)	۰(۰)	
لیسانس	۳(۲۱/۴۲)	۲(۱۴/۲۸)	
فوق لیسانس و بالاتر	۰(۰)	۰(۰)	
وضعیت درآمد:			
خوب	۱۷/۱۴	۰	$P = 0.43$ $X^2 = 3.61$
متوسط	۱۱(۷۸/۵۷)	۸(۵۷/۱۴)	
ضعیف	۲(۱۴/۲۸)	۶(۴۲/۸۵)	
وضعیت تاهل:			
متاهل	۱۲(۸۵/۷۱)	۱۲(۸۵/۷۱)	$P = 0.55$ $X^2 = 3.37$
مجرد	۰	۰	
مطلقه/بیوه	۲(۱۴/۲۸)	۲(۲۸/۱۴)	
تعداد فرزندان:			
۰	۲(۱۴/۲۸)	۱(۷/۱۴)	$P = 0.32$ $X^2 = 5.84$
۱	۳(۲۱/۴۲)	۳(۲۱/۴۲)	
۲	۴(۲۸/۵۷)	۶(۴۲/۸۵)	
۳	۴(۲۸/۵۸)	۱(۷/۱۴)	
۴	۱(۷/۱۴)	۲(۱۴/۲۸)	
۵	۰	۱(۷/۱۴)	
مدت بیماری:			
کمتر از ۱ سال	۲(۱۴/۲۸)	۱(۷/۱۴)	$P = 0.08$ $X^2 = 5.18$
۱-۲ سال	۱۰(۷۱/۴۲)	۱۲(۸۵/۷۱)	
بیش از ۲ سال	۲(۱۴/۲۸)	۲(۱۴/۲۸)	

جدول ۳. آزمون شاپیرو-ویلکز جهت نرمال بودن پیش‌آزمون مقیاس‌های افسردگی، شدت درد ادراک شده و اضطراب مرتبط با آن

مقیاس	نوع آزمون	ارزش	سطح معناداری
استرس	پیش‌آزمون	۰/۸۸	۰/۰۷
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	۰/۹۴	۰/۴۳
افسردگی	پیش‌آزمون	۰/۹۵	۰/۶۶

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته

تجانس گروه همپراش و وابسته مقیاس‌ها	F	df 1	df 2	سطح معناداری
استرس	۱/۴۴	۱	۲۶	۰/۲۴
اضطراب مرگ	۰/۸۸	۱	۲۶	۰/۳۵
افسردگی	۰/۰۵	۱	۲۶	۰/۸۱

مقایسه میانگین نمرات نمرات استرس، اضطراب مرگ و افسردگی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش داشت (جدول ۵).

جدول ۵. آمار توصیفی نمرات نمرات استرس، اضطراب مرگ و افسردگی در سه مرحله، به تفکیک گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
استرس	آزمایش	۳۱/۷۱	۵/۳۱	۲۲/۴۳	۵/۵۵	۲۳/۰۷	۵/۳۸
	کنترل	۳۰/۷۱	۸/۰۷	۳۱/۰۷	۸/۰۳	۳۱/۲۱	۷/۵۴
اضطراب مرگ	آزمایش	۱۲/۷۱	۳/۵۱	۵/۰۰	۳/۲۱	۴/۹۳	۳/۳۳
	کنترل	۱۲/۲۹	۲/۱۹	۱۰/۷۱	۲/۶۴	۱۰/۶۴	۲/۶۷
افسردگی	آزمایش	۲۹/۷۹	۷/۱۸	۱۷/۰۰	۷/۹۱	۱۷/۲۹	۸/۵۳
	کنترل	۲۷/۸۶	۷/۳۵	۲۹/۲۱	۷/۳۵	۲۹/۳۶	۷/۹۹

جدول ۶. کروییت ماچلی جهت بررسی فرض یکسانی کواریانس‌ها

مقیاس	مقدار آماره	مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
استرس	۰/۳۳	۲۷/۱۷	۲	۰/۰۱
اضطراب مرگ	۰/۰۹	۵۸/۸۲	۲	۰/۰۱
افسردگی	۰/۳۴	۲۶/۹۰	۲	۰/۰۱

جدول ۷. آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تفاوت میانگین‌های استرس، اضطراب مرگ و افسردگی

منبع	مقدار	F	درجه آزادی	سطح معناداری	Eta	توان آماری
بین گروهی	۰/۵۷	۵/۹۸	۳	۰/۰۱	۰/۴۲	۰/۹۲
درون گروهی	۰/۲۱	۱۲/۷۲	۶	۰/۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
اثر تعاملی	۰/۱۹	۱۴/۳۵	۶	۰/۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰

فرزانه زمانی قراقوش و همکاران

جدول ۸: تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر تأثیر آموزش خود شفا بخشی بر میزان استرس، اضطراب مرگ و افسردگی

توان آماری	اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع	مقیاس
۱/۰۰	۰/۶۲	۰/۰۱	۴۳/۹۱	۲۶۷/۸۳	۱/۲۰	۳۴۲/۱۶	عامل	استرس
۱/۰۰	۰/۶۷	۰/۰۱	۵۲/۹۵	۳۴۳/۰۱	۱/۲۰	۴۱۲/۵۹	اثر تعاملی	
				۶/۴۷	۳۱/۲۷	۲۰۲/۵۷	خطا	
۰/۵۳	۰/۱۴	۰/۰۴	۴/۴۸	۵۸۱/۴۴	۱	۵۸۱/۴۴	گروه	بین گروهی
				۱۳۹/۵۶	۲۶	۳۳۶۸/۷۸	خطا	
۱/۰۰	۰/۶۶	۰/۰۱	۵۲/۶۲	۳۸۹/۲۳	۱/۰۵	۴۰۸/۶۶	عامل	اضطراب مرگ
۰/۹۹	۰/۴۶	۰/۰۱	۲۲/۶۷	۸۸/۰۴	۱/۰۵	۱۷۶/۰۹	اثر تعاملی	
				۷/۳۹	۲۷/۲۹	۲۰۱/۹۰	خطا	
۰/۹۶	۰/۳۷	۰/۰۱	۱۵/۱۴	۲۸۲/۳۳	۱	۲۸۲/۳۳	گروه	بین گروهی
				۱۸/۶۴	۲۶	۴۸۴/۸۱	خطا	
۱/۰۰	۰/۵۹	۰/۰۱	۳۷/۶۵	۴۸۷/۳۷	۱/۲۰	۵۸۷/۵۲	عامل	افسردگی
۱/۰۰	۰/۶۹	۰/۰۱	۵۹/۲۲	۷۶۶/۵۷	۱/۲۰	۹۳۴/۰۹	اثر تعاملی	
				۱۲/۹۴	۳۱/۳۴	۴۰۵/۷۱	خطا	
۰/۷۲	۰/۲۱	۰/۰۲	۷/۱۱	۱۱۶۶/۲۹	۱	۱۱۶۶/۲۹	گروه	بین گروهی
				۱۶۳/۹۵	۲۶	۴۳۶۲/۷۸	خطا	

جدول ۹: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه استرس، اضطراب مرگ و افسردگی به صورت زوجی در سری زمانی

مقیاس	مرحله A	مرحله B	اختلاف میانگین (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
استرس	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۴۶	۰/۶۴	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۴/۰۷	۰/۶۰	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۹	۰/۲۳	۰/۳۱
اضطراب مرگ	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۶۴	۰/۶۴	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۴/۷۱	۰/۶۳	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۷	۰/۱۱	۰/۹۹
افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۷۱	۰/۸۷	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۵/۵۰	۰/۸۹	۰/۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۲۱	۰/۳۲	۰/۹۷

بحث

یافته های این پژوهش نشان می دهد که آموزش خودشفا بخشی باعث کاهش پایدار استرس در بیماران مبتلا به سرطان سینه شد. این نتیجه با تحقیقات لوید و جانسون (۲۳، ۲۷)، ارائه دهندگان این رویکرد جدید، در زمینه استرس (۲۳، ۲۷)، موسسه هارتمت و مرکز پزشکی یو.سی.آل. ای دیدونا (۲۳)، آزمایشات سنجش ضربان قلب قبل و پس از انجام تمرینات خاص درمان خود شفا بخشی هم خوانی دارد (۲۸). همچنین با پژوهشهای رضایی ارادنی و همکاران (۳۷) شصت فولادی و منشئی (۳۸)، ولا (۱۵)، وانگ و همکاران (۱۶)، توب و همکاران (۱۸)، که از مداخلات آرامبخش دیگر همسو با نتایج تحقیق در بیماران مبتلا به سرطان سینه استفاده کرده اند، هم خوانی دارد. یکی از مشکلات عمده روانشناختی

در بیماران مبتلا به سرطان سینه استرس می باشد که خود هم بعنوان عامل زمینه ساز بروز بیماری و هم بعنوان معلول روند تشخیص و درمان وعوارض ناشی بعد از ابتلا به بیماری باشد که در روند درمان و بهبودی می تواند اختلال ایجاد نماید (۵). همچنین با هدف قرار دادن منبع تولید انرژی سلولی (میتوکندریها)، باعث افزایش رادیکالهای آزاد شده که در فرآیند ملکولی بیماری سرطان نقش دارند. (۲۶). در تبیین یافته فوق می توان گفت، از آنجا که تمرکز عمده آموزش خود شفا بخشی شناخت و درمان خاطرات سلولی مخرب است و این خاطرات دانسته و یا ندانسته در بدن استرس ایجاد کرده، و سلولها را به حالت دفاعی تغییر داده، دستگاه اتونوم را از حالت تعادل خارج کرده و به حالت جنگ و گریز قرار می دهد و موجب آشفتگی

می شود. احتمالاً شرکت کنندگان با یادگیری تکنیکهایی چون خاطره یابی، بخشش و رها کردن کینه جویی، توقف اقدامات زیان بخش و اصلاح باورهای ناسالم، اصلاح سبک زندگی و گفتگوهای درونی، یادگیری مدیریت کنترل استرس درونی و بیرونی و انجام کدهای شفابخش موفق به ایجاد تعادل در سیستم اتونوم خود شده و فعالیت سیستم عصبی جنگ و گریز خود را با کاهش هر دو نوع استرس متوقف نمایند (۲۷، ۲۸).

از یافته های دیگر این پژوهش آن است که آموزش خودشفابخشی سبب کاهش پایدار میزان اضطراب مرگ بیماران مبتلا به سرطان سینه، می شود. این نتیجه با تحقیقات کریمی افشار و همکاران (۳۹)، کیم و همکاران (۲۱) که از مداخلات آرامبخش دیگر همسو با نتایج تحقیق برای این گروه از بیماران استفاده کرده اند، هم خوانی دارد. اضطراب مرگ که در اثر تداعی مرگ در ذهن بیمار و ترس ناشی از آن است؛ با مختل کردن آرامش و ایجاد احساس تنهایی و گناه، باعث کاهش رفتارهای سلامت در بیماران می شود (۹). در تبیین تاثیر آموزش خودشفابخشی در کاهش اضطراب مرگ این بیماران می توان گفت تبیین رابطه مثلثی به جای رابطه خطی، داشتن ساعاتی خلوت برای خود و ارزیابی خود، داشتن برنامه ریزی برای ابدیت در کنار افزایش ارتباط با خدا و دعا، ایجاد و تقویت کدهای شفا بخش آرامش، خویشتن داری و شکیبایی، آموزش استخراج و ساخت جملات تمرکزی حقیقی بر اساس وضعیت و شرایط موجود هریک از اعضای گروه و انجام مراقبه های معبد و گل سرخ، در کاهش اضطراب مرگ و افزایش آرامش فرد و سازگاری بیشتر او با روند درمان اثرگذار بوده اند (۲۳).

یافته دیگر این پژوهش آن است که آموزش خودشفابخشی سبب کاهش پایدار افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه، می شود. این نتیجه با تحقیقات لویید و جانسون (ارائه دهندگان این رویکرد جدید)، در زمینه افسردگی مطابقت دارد (۲۷، ۲۶، ۲۳). همچنین با تحقیقات حسنی خیابانی (۴۰)، گراوندی (۴۱)، غریبی اصل و همکاران (۴۲)، کیم و همکاران (۲۱)، کوئی و همکاران (۴۳) که از سایر مداخلات آرام بخش همسو با نتیجه تحقیق حاضر این گروه از بیماران استفاده کرده اند، هم خوانی دارد. ماهیت مزمن بیماری سرطان سینه و شرایط استرس زای

این بیماری، جراحی و بر داشته شدن سینه باعث شیوع افسردگی در آنها می شود. افسردگی با انرژی روانی، بیمار را به سمت استرس بیشتر و کاهش عملکرد سیستم ایمنی سوق داده و باعث کاهش شدید کیفیت زندگی می شود (۱۲، ۱۳). در تبیین اثر خود شفابخشی بر کاهش افسردگی شاید بتوان گفت از آنجا که در افسردگی، نشخوار فکری، تمرکز بر گذشته و خود سرزنش گری نقش مهمی دارد (۳۶) احتمالاً آموزش شناخت نقش سندرم من بیچاره در عادات مخرب و پازل درونی احساسات مثبت و منفی، تاکید بر هدفمندی معنوی زندگی و افزایش غنای درونی (مفید بودن خود و دیگران) اجرای تکنیک خاطره یابی معکوس و تمرکز بر خاطرات مثبت، استفاده از روش تجسم خلاق در آینده فرد (بیمار)، استفاده از تکنیک اصلاح گفتگوی درونی در جهت جلوگیری از ایجاد باورهای نادرست جدید، ایجاد و تقویت کدهای مهربانی و شادی، در رسیدن بیماران به خود باوری، پذیرش و قضاوت درست نسبت به خود و دیگران در کاهش متغیر موثر بوده است (۲۳، ۲۹).

نتیجه گیری

پژوهش حاضر کوشید تا در چارچوب یک روش شناسی معتبر مبتنی بر کارآزمایی، سوال مربوط به اثر بخشی آموزش خود شفا بخشی بر استرس، اضطراب مرگ و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان سینه را بررسی نماید. نتایج این پژوهش نشان داد که این برنامه توانسته است به طور معناداری منجر به کاهش استرس، اضطراب مرگ و افسردگی شرکت کنندگان شود، بنابراین می توان چنین برنامه ای را در محتوی آموزشی این بیماران در مراحل مختلف درمانی به کار برد و گامی مثبت جهت ارتقای سلامت روان و بهبود روند درمانی برداشت. محدود بودن این پژوهش به زنان مبتلا به سرطان سینه شهرستان اصفهان و نمونه گیری در دسترس از محدودیتهای این پژوهش می باشد. پیشنهاد می شود، در پژوهشهای آتی برای مقایسه و بررسی قدرت اثر بخشی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار این رویکرد استفاده شود و با توجه به دامنه وسیع بیماریهای روان تنی اثر بخشی این رویکرد بر سایر بیماریهای خاص از جمله سایر سرطانها مورد تحقیق قرار گیرد.

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بوده است. در پایان از کلیه بیماران مشارکت کننده در این پژوهش و همکاری ریاست محترم و کادر درمانی بیمارستان سیدالشهدای اصفهان، مرکز غربالگری و تحقیقات آن مرکز، قدردانی می‌شود. از نظر مالی هیچ

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تعارض منافی در این پژوهش وجود ندارد.

References

1. Alzheimer's Association. Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimer's Dementia. 2018. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/facts-figures>
2. Jean L, Bergeron MÈ, Thivierge S, Simard M. Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: Systematic review of the literature. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2010; 18(4):281-96. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9>
3. Lee Y, Kim J, Back JH. The influence of multiple lifestyle behaviors on cognitive function in older persons living in the community. Preventive Medicine. 2009; 48(1):86-90. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.10.021>
4. Simpson JR. DSM-5 and neurocognitive disorders. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. 2014; 42(2):159-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24986342/>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf
6. Flicker C, Ferris SH, Reisberg B. Mild cognitive impairment in the elderly: Predictors of dementia. Neurology. 1991; 41(7):1006-1009. <https://doi.org/10.1212/WNL.41.7.1006>
7. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. Archives of Neurology. 1999; 56:303-308. <https://doi.org/10.1001/archneur.56.3.303>
8. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. Journal of Internal Medicine. 2004; 256 (3): 183-94. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x>
9. Janelidze M, Botchorishvili N. Mild cognitive impairment. Alzheimer's disease-The 21st Century Challenge. Georgia: 2018. p. 91-107 Chapter 6 <https://doi.org/10.5772/intechopen.75509>
10. Sachdev PS, Lipnicki DM, Kochan NA. Cohort Studies of Memory in an International Consortium (COSMIC). The prevalence of mild cognitive impairment in diverse geographical and ethno cultural regions: The COSMIC collaboration. PLoS One. 2015; 10(11): e0142388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142388>
11. Duff K. Mild cognitive impairment and dementia: Definitions, diagnosis, and treatment. Archives of Clinical Neuropsychology. 2014; 29(7): 691-692. <https://doi.org/10.1093/arclin/acu034>
12. Gold CA, Budson AE. Memory loss in Alzheimer's disease: Implications for development of therapeutics. Expert Review of Neurotherapeutics. 2008; 8 (12): 1879-1891. <https://doi.org/10.1586/14737175.8.12.1879>
13. Holtzer R, Tang MX, Devanand DP, Albert SM, Wegesin DJ, Marder K, Stern Y. Psychopathological features in Alzheimer's disease: Course and relationship with cognitive status. Journal of the American Geriatrics Society. 2003; 51(7): 953-960. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2389.2003.51308.x>
14. Nobis L, Husain M. Apathy in Alzheimer's disease. Current Opinion in Behavioral Sciences. 2018; 22: 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.12.007>
15. Fotoukian Z, Mohammadi Shahboulaghi F, Fallahi Khoshknab M. [Analytical on empowerment interventions in older people with chronic disease: A review literature]. Health Promotion Management. 2013; 4(8): 65-77 http://jhpm.ir/browse.php?a_id=239&sid=1&slc_lang=fa&ftxt=1
16. Gelkopf M. The use of humor in serious mental illness: A review. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2011; (8) 1,1-8. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep106>
17. Martin RA. The Psychology of Humor:

- An Integrative Approach, Elsevier, Burlington, Mass, 2007. https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780123725646/Sample_Chapters/01~FrontMatter.pdf
18. Gelkopf M, Sigal M, Kramer R. Therapeutic use of humor to improve social support in an institutionalized schizophrenic inpatient. *The Journal of Social Psychology*. 1994; 134(2): 175-182. <https://doi.org/10.1080/00224545.1994.9711380>
19. Bennett MP, Langacher C. Humor and laughter may influence health: III. Laughter and health outcomes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2008; 5(1): 37-40. <https://doi.org/10.1093/ecam/nem041>
20. Martin RA. Humor, laughter, and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological Bulletin*. 2001; 127(4): 504-519. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.4.504>
21. Cooper CD. Just joking around? employee humor expression as an ingratiation behavior. *Academy of Management Review*. 2005; 30(4): 765-776. <https://doi.org/10.5465/amr.2005.18378877>
22. Kazarian SS, Martin RA. Humor styles, culture-related personality, well-being, and family adjustment among Armenians in Lebanon. *Humor - International Journal of Humor Research*. 2006; 19(4): 405-423 <https://doi.org/10.1515/HUMOR.2006.020>
23. Low LF, Goodenough B, Fletcher J, Xu K, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R, Spitzer P, Bell JP, Brodaty H. The effects of humor therapy on nursing home residents measured using observational methods: The SMILE cluster randomized trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014; 15 (8): 564-9. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.017>
24. Brodaty H, Low LF, Liu Z, Fletcher J, Roast J, Goodenough B, Chenoweth L. Successful ingredients in the SMILE study: Resident, staff, and management factors influence the effects of Humor Therapy in residential aged care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014; 22(12): 1427-37. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.08.005>
25. Goodenough B, Low LF, Casey AN, Chenoweth L, Fleming R, Spitzer P, Bell JP, Brodaty H. Study protocol for a randomized controlled trial of humor therapy in residential care: The Sydney multisite intervention of Laughter Bosses and Elder Clowns (SMILE). *International Psychogeriatric*. 2012; 24 (12): 2037-44. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000683>
26. Konradt B, Hirsch RD, Jonitz MF, Junglas K. Evaluation of a standardized humor group in a clinical setting: A feasibility study for older patients with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28(8): 850-7. <https://doi.org/10.1002/gps.3893>
27. Zare H, Sharifi AA, Hashamdar S. [Effect of computerized cognitive rehabilitation on improvement of mild cognitive impairment and working memory capacity]. *Journal of Psychology*. 2020; 23 (92); 371-387.
28. Liptak A, Tate J, Flatt J, Oakley M A, Lingler J. Humor and laughter in persons with cognitive impairment and their caregivers. *Journal of Holistic Nursing*. 2014; 32(1): 25-34. <https://doi.org/10.1177/0898010113500075>
29. Zare M, Shayeghian Z, Birashk B, Azizeh-Afkham E. [Reliability, validity and factor analysis of Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 18(1): 67-73. <http://eprints.bpums.ac.ir/1253/1/ijpcp-v18n1p67-fa.pdf>
30. Cohen-Mansfield J. Instruction Manual for THE Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). 1991. The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington: USA. <https://www.yumpu.com/en/document/view/11662384/>
31. Griffiths Aw, Albertyn ChP, Burnley NL, Byron Creese B, Walwyn R, Holloway I, Safarikova J, Claire A Surr. Validation of the Cohen-Mansfield Agitation Inventory Observational (CMAI-O) tool. *International Psychogeriatric Association*. 2020; 32(1): 75-85 <https://doi.org/10.1017/S1041610219000279>
32. Aghdamizahneh S, Mohammadi - Shahbouslaghi F, Norouzi K, Rezaei- Kushalshah Sf, Farzi M. [The impact of individualized music therapy on the behavior of agitation in elderly patients with Alzheimer living in nursing homes]. *Journal of Health Literacy*. 2016; 1(2): 100-108. https://literacy.mums.ac.ir/article_10970.html of geriatric psychiatry
33. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, Cummings JL, Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening

- tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005; 53(4): 695-9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
34. Chen K-L, Xu Y, Chu A-Q, Ding, D, Liang, X-N, Nasreddine, ZS, Guo, Q-H. Validation of the Chinese Version of Montreal Cognitive Assessment Basic for screening mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016; 64(12): e285-e290. <https://doi.org/10.1111/jgs.14530>
35. Saleh A, Alkholy R, Khalaf O, Sabry NA, Amer H, El-Jaafary S, Khalil, M. Validation of Montreal Cognitive Assessment-Basic in a sample of elderly Egyptians with neurocognitive disorders. *Aging & Mental Health*. 2019; 23(5):551-557. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1428936>
36. Emsaki G, Molavi H, Chitsaz A, Movahed Abtahi M, Asgari K. [Introduce and study of the psychometric properties of Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in Parkinson's Disease Patients of Isfahan]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 29(158); 1391-1400. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=261968>
37. McGhee P. Humor as Survival Training for a Stressed-Out World: The 7 Humor Habits Program. 2010: Bloomington, Indiana. <https://www.amazon.com/Humor-Survival-Training-Stressed-Out-World/dp/1452021813>
38. Yim J, Therapeutic benefits of laughter in mental health: A theoretical review. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*. 2016;239(3): 243-249. <https://doi.org/10.1620/tjem.239.243>
39. Zhao J, Yin H, Wang X, Zhang G, Jia Y, Shang B, Chen L. Effect of humor intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing*. 2020, 76(10):2709-2718. <https://doi.org/10.1111/jan.14472>
40. Bains GS, Berk LS, Daher N, Lohman E, Schwab E, Petrofsky J, Desphande P. The effect of humor on short-term memory in older adults: A new component for whole-person wellness. *Advances in Mind-Body Medicine*. 2014;28(2):16-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24682001/>
41. Lujan HL, DiCarlo SE. Humor promotes learning. *Advances in Physiology Education*. 2016; 40(4): 433-434. <https://doi.org/10.1152/advan.00123.2016>