

# تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان<sup>۱</sup>

بهمن بهمنی\*، مهدی اسکندری\*\*، فریبا حسنی\*\*\*، فریده دکانه‌ای فرد\*\*\*\*، عبدالله شفیع آبادی\*\*\*\*\*

دریافت مقاله:

۹۲/۶/۲۵

پذیرش:

۹۲/۱۰/۱۱

## چکیده

**هدف:** این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان با استفاده از شیوه نیمه آزمایشی با پیش - پس آزمون و گروه گواه انجام گردید.

**روش:** ۳۰ والد (۲۴ تا ۵۴ ساله) که فرزندشان به دلیل ابتلا به بیماری سرطان در بیمارستان محک تحت درمان پزشکی قرار داشته و داوطلب شرکت در برنامه مشاوره بودند در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. قبل از مداخله درمانی، هر دو گروه با آزمون افسردگی بک-II (۱۹۹۶) و پرسشنامه امید میلر (۱۹۸۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در دوازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی شناختی وجودگرا که به صورت ۲ جلسه در هفته اجرا گردید شرکت نمودند، در حالی که گروه گواه در این مدت از هیچ‌گونه مداخله رسمی روان‌شناختی استفاده نکردند. در پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-16 برای اجرای آزمون آماری تحلیل کوواریانس پردازش شدند.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار در میزان افسردگی و امیدواری دو گروه به نفع گروه آزمایش ( $p < 0/01$ ) بود.

**نتیجه‌گیری:** گروه درمانی شناختی وجودگرا می‌تواند در کاهش افسردگی والدین فرزندان مبتلا به سرطان و همچنین در افزایش امیدواری آنان مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی وجودگرا، افسردگی، امیدواری، والدین فرزندان مبتلا به سرطان.

۱. این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره مؤلف دوم می‌باشد.

\*استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران (نویسنده مسئول) bbahmani43@yahoo.com

\*\* کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران

\*\*\* استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز

\*\*\*\* استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

\*\*\*\*\* استاد، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

## مقدمه

افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن<sup>۱</sup> و نیازمند به درمان و مراقبت همیشگی و خانواده‌های آنها، از یک سو امیدی به درمان ندارند و از سوی دیگر این بیماری-ها به دلیل طبیعت‌شان، به تدریج بر فعالیت‌های عادی تمام دستگاه‌های بدن اثرات مخرب گذاشته و به تدریج افراد را در معرض عوارض روان‌شناختی قرار خواهند داد (جیمسون و همکاران، ۲۰۰۸).

در سایه پیشرفت‌های اخیر در علوم پزشکی، بیماری سرطان<sup>۲</sup> دیگر یک بیماری غیر قابل علاج محسوب نمی‌شود. شواهد حاکی از آن است که امروزه طول عمر بیماران مبتلا به انواع سرطان (حتی وقتی بیماری در موقعیتی بوده است که غیر قابل علاج تشخیص داده شده) از هر زمان دیگری بیشتر است. این بدان معنی است که بیماری سرطان هر روز بیش از قبل در جرگه بیماری‌های مزمن قرار می‌گیرد (وایت، ۲۰۰۱).

اگرچه سرطان‌های دوران کودکی امروزه عموماً جزء بیماری‌های مزمن قرار گرفته‌اند اما تلاش‌هایی که برای درمان صورت می‌گیرد، همیشه موفقیت‌آمیز نبوده و کودک مبتلا به سرطان و خانواده‌اش ممکن است زندگی توأم با عدم اطمینان درباره آینده و ترس از مرگ را در پیش رو داشته باشند. خانواده‌ها باید در حفاظت از کودک بیمار خود، بر ترس غلبه کرده و تلاش نمایند تا در شرایط غیر طبیعی، تا جایی که امکان دارد زندگی را

به طور طبیعی ادامه دهند (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۰۳).

زندگی با هر نوع بیماری مزمن و اقداماتی که برای درمان آنها صورت می‌گیرد می‌تواند منشأ آزرده‌گی روان‌شناختی یا اجتماعی جدی برای بیمار و خانواده او به حساب آید (وایت، ۲۰۰۱). تقریباً تمامی شواهد موجود حکایت از آن دارد که تشخیص وجود بیماری سرطان در هر عضوی از خانواده با ایجاد نوعی بحران جدی و شدید برای سایر اعضای آن همراه است (اشنایدر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰).

در مواجهه با بیماری سرطان در بسیاری از موارد اعضاء خانواده علاوه بر ضربه روانی ناشی از احتمال مرگ عزیز با تجربیات جدید و نگران‌کننده دیگری که به درمان بیمار مربوط است- نظیر حضور مستمر در بیمارستان، پرستاری از بیمار در منزل، مشاهده رنج و درد او و سایر بیماران، خستگی ناشی از به هم ریختن نظم زندگی و یا پذیرش مسئولیت‌های جدید- روبه‌رو می‌شوند که ممکن است حداقل در ابتدا از حد توان مدیریت آنها خارج باشد. اگرچه احتمال مرگ یک عزیز، رویدادی بسیار دردناک برای اطرافیان او محسوب می‌شود اما وقتی مسئله به از دست دادن فرزند مربوط شود می‌توان انتظار شرایط دشوارتری را برای والدین داشت (برآبادی، ۱۳۸۳).

از یک منظر شاید بتوان واکنش روانی والدین به ابتلا فرزند به یک بیماری بالقوه مهلک را در دو گروه کلی دسته‌بندی کرد. نخست واکنش‌های عاطفی حاد و فوری مربوط به آگاهی از احتمال

1. chronic diseases
2. cancer
3. White

4. Schneider

مرگ قریب‌الوقوع فرزند است که عموماً با درجات بالای آزرده‌گی روانی<sup>۱</sup> همراه است و بلافاصله بعد از اطلاع از تشخیص در افراد ایجاد می‌شود. دوم واکنش به فشارزاهای روانی مزمن است که در پی مواجه شدن با پیامدهای متعدد اقتصادی، خانوادگی، اجتماعی و فردی مراقبت از اینگونه بیماران ایجاد می‌شود (پیرل<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

ماهیت تهدیدکننده سرطان، استرس زیادی را برای خانواده مبتلایان به بار می‌آورد. مقابله با ترس‌های گوناگونی از قبیل ترس از مرگ، ترس از ناشناخته‌ها و مجهولات، ترس از عدم توانایی‌ها و محدودیت‌های خود، اجتناب‌ناپذیر است. افراد خانواده مجبور به ایجاد تغییرات قابل ملاحظه‌ای در زندگی روزانه خود هستند، وقتی آنان با این واقعیت جدید (تشخیص سرطان در یکی از فرزندان) مواجه می‌گردند، ناگزیر به تغییر نقش هر یک از افراد در واحد خانواده می‌شوند (میترا<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴).

افسردگی یکی از شایع‌ترین واکنش‌های روانی پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری‌های سخت، نظیر سرطان است (وایت، ۲۰۰۱).

بریتبارت<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) پس از بررسی اثربخشی گروه درمانی وجودی در مداخلات درمانی افراد مبتلا به سرطان بیان کرد؛ در گروه‌هایی که افراد درگیر بیماری‌های مزمن می‌گردند، به مرور زمان معنا و امید خود را از دست داده و دچار افسردگی

می‌گردند. لذا درمان‌های وجودی برای کاهش افسردگی و افزایش امید این دسته از بیماران یکی از مناسب‌ترین شیوه‌های درمانی است.

رجاجی، ازیلاراسی و اندوماتی<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) در تحقیقی به منظور بررسی مشکلات روانی-اجتماعی خانواده‌های دارای کودکان سرطانی عنوان کردند؛ ساختار خانواده باید دارای حمایت-های روان‌شناختی و هیجانی باشد. بهترین راه ارائه و ایجاد حمایت‌های روان‌شناختی شرکت در جلسات گروه درمانی می‌باشد.

وارنر، لودویگ، سوئینی، هوگان، رایان و کارول<sup>۶</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان درمان اضطراب و آزرده‌گی‌های روانی در والدین کودکان سرطانی؛ نشان دادند برای درمان این اضطراب‌ها که والدین به علت بیماری فرزندان دچار آن گردیده‌اند می‌توان از رویکرد شناختی استفاده نمود.

گروه درمانی شناختی - وجودگرا نخستین بار توسط کی‌سان<sup>۷</sup> برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق آن جنبه‌هایی از دو رویکرد روان‌درمانی-شناختی بک<sup>۸</sup> و وجودگرای یالوم<sup>۹</sup> در قالب فنون مشاوره گروهی که به نظر می‌رسیده در کاهش میزان افسردگی و افزایش امیدواری خاص بیماران سرطانی بیشترین اثر را داشته‌اند، عرضه شده است (کی سان، بلوچ، میاچ، اسمیت، سِدون و کِکس<sup>۱۰</sup>،

5. Rajajee, Ezhilarasi & Indumathi  
6. Wamer, Ludwig, Sweeney, Hogan, Ryan & Carroll  
7. Kissane  
8. Beck Cognitive Therapy  
9. Yalum Existential Therapy  
10. Kissane, Bloch, Miach, Smith, Seddon & Keks

1. distress reaction  
2. Pirl  
3. Meitar  
4. Breitbart

روش افراد مسئولیت بیشتری را نسبت به تغییر خود و دیگران می‌پذیرند. در مورد کاهش افسردگی بیماران در نتایج حاصل از آزمون به نظر می‌رسد حضور در گروه، دیدن و الگو گرفتن از سایر افرادی که در موقعیت مشابه کنش‌وری خوبی داشته‌اند، سهیم کردن یکدیگر در غم و رنج و مشکلات خود با دیگران و کاهش احساس تنهایی و قربانی شدن بر کاهش اضطراب‌های مرضی اثر کرده و از آن طریق بر افزایش امیدواری مؤثر واقع شده است.

کی‌سان و همکاران (۱۹۹۷) در تحقیقی که با عنوان گروه درمانی شناختی وجودگرا در بیماران دارای سرطان سینه انجام دادند؛ نشان دادند که با توجه به رویکردهای درمانی این شیوه درمانی می‌توان از میزان غم و اندوه بیماران کاسته، قدرت حل مسئله آنان را افزایش داده و همچنین راهبردهای شناختی را در آنان ایجاد نمود. کی‌سان، بلوچ، اسمیت، میاچ، کلارک، اِکین، لاو، رنجری و مکنزی<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) در پژوهشی که با استفاده از طرح کوشش-های کنترل شده تصادفی انجام داد، نتیجه گرفت که شناخت درمان‌گری وجودی بر کاهش نشانه‌های کلی درماندگی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه غیر منتشر تأثیر مثبت دارد. کی‌سان، لاو، هاتون، بلوچ، اسمیت، کلارک، میاچ، اِکین، رنجری و اسنایدر<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) در مطالعه دیگری که مستقیماً به منظور بررسی احتمال تأثیر شناخت درمان‌گری وجودی بر افزایش طول عمر بیماران مبتلا به

کی‌سان و بلوچ (۲۰۰۲) مضامین وجودی نظیر نگرانی درباره مرگ، از دست دادن معنی، اندوه، تنهایی، آزادی و ارزشمندی را به عنوان چالش‌های کلیدی وجودی در مبتلایان به بیماری-های صعب‌العلاجی که مردم تصور می‌کنند احتمال مرگ در آنها بالاست، در نظر می‌گیرد. علاوه بر این او تصور می‌کند که بیماران ممکن است در اثر تجربه هیجان‌های منفی مرتبط با مضامین وجودی فوق دچار افت شدید روحیه یا آنچه که او آزرده‌گی وجودی نیز نامیده است، شده و احساس بی‌کفایتی کنند (بهمنی، ۱۳۸۹).

فتوکیان و همکاران (۱۳۸۳) در تحقیقی به منظور تعیین کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت کننده از بیماران مبتلا به سرطان در مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران؛ عنوان نمودند که تنها ۱/۷ درصد از آنها در وضعیت روانی مطلوب قرار داشتند. یه<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نشان داد گسترش معنی زندگی از طریق باورهای معنوی به انطباق والدین کودکان سرطانی با شرایط پیش آمده کمک شایانی می‌کند.

بهمنی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی نشان دادند گروه درمان‌گری شناختی- هستی‌نگر، به رغم اینکه کی‌سان آن را روشی می‌داند که در ذات خود، شناختی محسوب می‌شود، لیکن تلفیق آن با مضامین هستی‌نگر و نیز استفاده‌اش از قالب گروهی برای فراهم‌سازی حمایت اجتماعی و تسهیل ابراز هیجان‌ها باعث شده تا نسبت به شناخت درمانی آموزش‌محور اثربخشی بیشتری داشته باشد. در این

2. Kissane, Bloch, Smith, Miach, Clarke, Ikin, Love, Ranjeri & Mckenzie

3. Kissane, Love, Hatton, Bloch, Smith, Clarke, Miach, Ikin, Ranjeri & Snyder

1. Yeh

سرطان سینه انجام داد، نتیجه گرفتند که گرچه گروه درمانگری شناختی وجودی بر افزایش طول عمر این بیماران مؤثر نیست، اما این روش گروه درمانی باعث کاهش شدید درماندگی روان‌شناختی، اضطراب و همچنین بهبود روابط خانوادگی می‌گردد. کی‌سان (۲۰۰۹) در تحقیقی دیگر با عنوان فراتر از بحث‌های درمانی: چالش‌های اجتماعی، افسردگی و راهبردهای درمانی برای آن در بیماران سرطانی؛ مجدداً یافته‌های قبلی خود را تأیید کرده و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا بر روی طولانی‌تر شدن عمر بیماران مبتلا به سرطان تأثیری نمی‌گذارد؛ اما یافته‌ها حاکی از آن است که به شدت باعث افت میزان افسردگی بیماران می‌گردد.

اینکه کدام یک از شیوه‌های مداخله در کاهش روان‌آزردگی‌های متعاقب سرطان، برای بیماران و خانواده‌های آنها مؤثر و بیشترین کارآمدی را دارد، سؤال است که پاسخ به آن می‌تواند علاوه بر ضرورت رعایت حقوق انسانی بیماران و خانواده‌ها، در استفاده از مؤثرترین روش‌های مداخله، کمک مؤثری نیز به صرفه‌جویی در زمان، نیرو و امکانات مراکز بهداشتی در پی داشته باشد. با توجه به مواجه شدن والدین با احتمال جدی مرگ قریب‌الوقوع فرزند خود و احساس فقدان و پوچی حاصل از آن، و همچنین اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا بر کاهش افسردگی و افزایش امیدواری بیماران سرطانی؛ در این پژوهش سعی بر آن بود که آیا گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان اثرگذار است؟

## روش

این طرح به صورت نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. از بین جامعه آماری والدین کودکان مبتلا به سرطان مرتبط با بیمارستان خیریه حمایت از کودکان سرطانی (محک) (در سال ۱۳۹۰) که فرزندانشان به دلیل ابتلا به این بیماری تحت درمان پزشکی قرار داشتند، یک نمونه به حجم ۲۴ نفر برای دو گروه آزمایش و گواه؛ و با در نظر گرفتن دارا نبودن شرایط زیر به صورت غیر تصادفی انتخاب شدند (۱) کودکان مبتلا به سرطان مغز نبوده و یا مرگ قریب‌الوقوع آنها را تهدید نمی‌کرد، (۲) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده، مبتلا به بیماری بسیار شدید دیگری نبودند، (۳) والدین کودکان یا هر یک از اعضا خانواده سابقه اختلال روان‌پزشکی شدید را نداشتند، (۴) والدینی که از تشخیص بیماری فرزندان کمتر از یک ماه گذشته باشد و (۵) والدینی که فرزند آنها در زمان تشخیص بیماری، بیشتر از ۱۸ سال نداشته باشد.

شایان ذکر است با هدف پیشگیری از تأثیر منفی ریزش احتمالی آزمودنی‌ها، ۳۰ نمونه انتخاب گردید تا در صورت لزوم بتوان آنها را جایگزین نمود.

گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای دو بار تشکیل می‌شد شرکت کردند در حالی که گروه گواه به عنوان فهرست انتظار در طی این مدت در هیچ برنامه مدون روان‌شناختی شرکت نکردند. همچنین به منظور رعایت حقوق انسانی و

(۵ = هر فرد با انتخاب جمله‌ای که در رابطه با او صدق می‌کند، امتیازی به دست می‌آورد. ارزش‌های نمره‌ای هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می‌کند. جمع امتیاز کسب شده بیانگر امیدواری یا عدم امیدواری است. در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۰ تا ۲۰۰ متغیر است و اگر فردی امتیاز ۴۰ را کسب کند، کاملاً درمانده تلقی می‌شود، نمره ۲۰۰ بیشترین امیدواری را نشان می‌دهد. میلر بر این باور است که امید باعث سلامت روانی بوده و کسی که امیدوار باشد، مفهوم درستی از زندگی خواهد داشت (نادری و حسینی، ۱۳۸۹). سلیمی بجزستانی (۱۳۸۸) همسانی درونی آن را بر پایه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرده است. عبدی و اسدی لاری عنوان کردند که آزمون امیدواری میلر، بهترین آزمون برای پیش‌بینی امید در گروهی از بیماران است که عزت نفس، حمایت اجتماعی و حمایت تحصیلی آنها آسیب دیده باشد (عبدی و اسدی لاری، ۲۰۱۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد سن والدین و فرزندان آنها در دو گروه آزمایش و گواه

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
سن	آزمایش	۳۸	۸,۳۱
	گواه	۳۴,۷۵	۷,۹۲
سن فرزند مبتلا	آزمایش	۹,۵۸	۴,۴۴
	گواه	۶,۴۱	۲,۸۸

5. Abdi & Asadi-Lari

اخلاق حرفه‌ای؛ از آزمودنی‌های عضو گروه گواه دعوت گردید تا پس از اجرای پس آزمون، در گروه درمانی شناختی وجودگرا شرکت کنند. برای جمع-آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسشنامه افسردگی تجدیدنظر شده بک<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال در مورد افسردگی است که هر کدام از آنها دارای چهار گزینه و هر گزینه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ را دارا می‌باشد. نمره کمتر از ۱۴ بیانگر حداقل نشانه‌ها، نمره ۱۴ تا ۱۹ بیانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰ تا ۲۸ بیانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹ تا ۶۳ بیانگر سطوح بالای افسردگی است. دابسون<sup>۲</sup> و محمدخانی (۱۳۸۶) اعتبار کل این آزمون را برابر با ۰/۹۱ و دامنه ضرایب همبستگی هر ماده را با کل پرسشنامه (قدرت تشخیص سؤال) بین ۰/۶۸۱ و ۰/۴۵۴ گزارش کرده‌اند. روایی همگرایی این مقیاس نیز از طریق محاسبه همبستگی با پرسشنامه اختصاری نشانه مرضی<sup>۳</sup> مطلوب بوده است.

**پرسشنامه امید میلر<sup>۴</sup>:** این آزمون شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، جملاتی بدین شرح نوشته شده‌اند (بسیار مخالف = ۱، مخالف = ۲، بی تفاوت = ۳، موافق = ۴ و بسیار موافق

1. Beck depression inventory (BDI-II)
2. Dobson, S.
3. brief symptom inventory (BSI)
4. Miller hopes questionnaire

## طرح درمان

به منظور اجرای جلسات مداخله، پروتکل اجرایی کی‌سان که توسط بهمنی اجرا شده بود با تعدیل و تطبیق خاص این پژوهش و براساس ویژگی‌های این گروه مورد استفاده قرار گرفت که شامل موارد زیر می‌باشد: **پیش جلسه:** زمینه‌سازی استقرار عوامل اصلی و ضروری برای ایجاد فضای گروهی، معرفی کلی فرایند گروه درمانی شناختی وجودگرا، آشنایی مقدماتی اعضا با یکدیگر. **جلسه اول:** مشخص کردن اهداف و فرایند گروه درمانی شناختی وجودگرا. **جلسه دوم:** استقرار مطلوب سنت‌های شکل دهنده گروه از قبیل مسئولیت‌پذیری در قبال خود و دیگری، مشارکت فعال، تعبیر و تفسیر، رعایت حقوق دیگران و... معرفی مفهوم اضطراب‌های وجودی و تفاوت آن با اضطراب‌های نوروتیک. **جلسه سوم:** آشنا شدن با اضطراب مرگ به عنوان یک مضمون وجودی است که فرد نسبت به آن آگاهی یافته و به جای انکار و یا تحریف آن را بپذیرد. **جلسه چهارم:** آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی به عنوان یک مضمون وجودی. **جلسه پنجم:** به چالش کشیدن باورهای غلط نظیر نحوست سرنوشت، تقدیر منفی، طالع نحس و تاوان گناه. **جلسه ششم:** ادامه روند به چالش کشیدن باورهای غلط به عنوان منابع مهم اضطراب‌های نوروتیک. **جلسه هفتم:** کاهش ترس از عود بیماری کودکان به عنوان یک منبع مهم اضطراب. **جلسه هشتم:** کاهش اضطراب‌های ناشی از به هم خوردن تصویر تن و تصور از خویشتن کودکان. **جلسه**

**نهم:** چالش از دست دادن معنا زندگی. **جلسه دهم:** براساس طرح کلی فرایند درمان، درمانگر از این جلسه به بعد می‌کوشد تا ضمن روال عادی کار گروه برای بررسی منابع اضطراب غیر کارکردی و رفع آنها به تدریج گروه را آماده پایان دادن به دوره مداخله کند. هدف این مرحله استمرار فرایند بازبینی اهداف و برقراری جهت‌گیری‌های تازه در زندگی است. **جلسه یازدهم:** زمینه‌سازی عهد لازم برای کار مستمر و پیگیری برای رسیدن به اهداف جدید. **جلسه دوازدهم:** مطرح کردن احساس در مورد کلیت درمان، پیگیری نحوه ادامه تعامل با یکدیگر و سنجش پایانی.

## یافته‌ها

توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون افسردگی آزمودنی‌های مورد مطالعه در جدول ۲ آمده است و نشان می‌دهد که میانگین نمره افسردگی و انحراف استاندارد در گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۲۷٫۷۵ و ۷٫۳۰ بوده و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب به ۱۶٫۴۱ با انحراف استاندارد ۶٫۳۸ کاهش یافته است. توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون امیدواری آزمودنی‌های مورد مطالعه در جدول ۳ آمده است و نشان می‌دهد که میانگین نمره امیدواری و انحراف استاندارد در گروه آزمایشی در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۱۳۹٫۳۳ و ۲۳٫۵۸ بوده و در مرحله پس‌آزمون به ترتیب به ۱۶۵٫۵ با انحراف استاندارد ۱۸٫۵۴ افزایش یافته است.

جدول ۲. توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات «افسردگی» افراد مورد مطالعه

افسردگی	آمار توصیفی			شاخص‌های مرکزی			شاخص‌های پراکندگی	
	تعداد	کمترین	بیشترین	میان	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۱۴	۴۰	۲۷,۵	۲۷,۷۵	۵۳,۲۹	۷,۳۰
	پس‌آزمون	۱۲	۶	۲۹	۱۷,۵	۱۶,۴۱	۴۰,۸۱	۶,۳۸
گواه	پیش‌آزمون	۱۲	۱۷	۴۱	۲۲,۵	۲۳,۹۱	۵۴,۰۸	۷,۳۵
	پس‌آزمون	۱۲	۱۵	۳۸	۲۳,۵	۲۳,۴۱	۴۳,۷۲	۶,۶۱

جدول ۳. توصیف آماری نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات امیدواری افراد مورد مطالعه

امیدواری	آمار توصیفی			شاخص‌های مرکزی			شاخص‌های پراکندگی	
	تعداد	کمترین	بیشترین	میان	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار
آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲	۹۵	۱۷۸	۱۴۳	۱۳۹,۳۳	۵۵۶,۴۲	۲۳,۵۸
	پس‌آزمون	۱۲	۱۳۲	۱۹۶	۱۶۴	۱۶۵,۵	۳۴۴,۰۹	۱۸,۵۴
گواه	پیش‌آزمون	۱۲	۱۰۱	۱۷۰	۱۴۴,۵	۱۴۰,۷۵	۴۵۶,۲۰	۲۱,۳۵
	پس‌آزمون	۱۲	۱۰۹	۱۸۵	۱۳۸	۱۳۸,۹۲	۵۴۲,۲۶	۲۳,۲۸



به منظور بررسی فرض برابری همسانی واریانس گروه‌ها از آزمون لوین استفاده گردید؛ که نتایج نشان‌دهنده همسانی واریانس‌های دو گروه در نمرات «افسردگی» و «امیدواری» می‌باشد. به این ترتیب فرض برابری دو گروه تأیید و هرگونه تغییری در پس آزمون را می‌توان به اثر مداخله نسبت داد. با توجه به مفروضه‌های تحلیل کوواریانس مبنی بر یکسانی شیب خط رگرسیون به منظور حذف اثر پیش آزمون - پس آزمون، شیب خط رگرسیون بررسی و سطح معنی‌داری اثر تقابل بزرگ‌تر از  $\alpha = 0/05$  به دست آمد. بنابراین فرضیه همگنی شیب خط رگرسیون نیز پذیرفته می‌شود؛ و می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به نتایج آزمون لوین و یکسان بودن شیب خط رگرسیون می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود. در جدول

۴ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون بین دو گروه ارائه شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۳۲/۳۴) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگ‌تر است. همچنین براساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است که این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۶۰ درصد کاهش افسردگی آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی- وجودگرا نسبت داد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی- وجودگرا بر افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان اثر دارد؛ با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات درمان شناختی وجودگرا بر افسردگی والدین کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
پیش آزمون	۵۵۸/۴۰	۱	۵۵۸/۴۰	۳۶/۱۹	<۰/۰۰۱
گروه مستقل	۵۲۵/۹۳	۱	۵۲۵/۹۳	۳۲/۳۴	
خطا	۳۴۱/۴۳	۲۱	۲۵۰/۱۶		
کل	۱۰۷۴۴	۲۴	-	-	

این تفاوت معنی‌دار است. شاخص اثر به دست آمده حاکی از این است که ۴۵ درصد افزایش امیدواری آزمودنی‌های شرکت‌کننده در گروه آزمایش را می‌توان به گروه درمانی شناختی- وجودگرا نسبت داد. بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش که عبارت بود از اینکه گروه درمانی شناختی- وجودگرا بر امیدواری والدین کودکان مبتلا به سرطان اثر دارد؛ با اطمینان ۰/۹۹ تأیید می‌گردد.

در جدول ۵ نیز نتایج آزمون تحلیل کوواریانس پس‌آزمون با برداشتن اثر پیش‌آزمون بین دو گروه در مورد متغیر امیدواری ارائه شده است. براساس نتایج مندرج در جدول، چون مقدار F محاسبه شده (۱۷/۸۱) با درجه آزادی ۱ و ۲۱ از مقدار F جدول بزرگ‌تر است، و براساس نتایج جدول ۳ میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش یافته است مشاهده می‌شود که

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت میانگین‌های تعدیل شده نمرات درمان شناختی وجودگرا بر امیدواری

والدین کودکان مبتلا به سرطان در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۴۴۱۷/۵۵	۱	۴۴۱۷/۵۵	۱۷/۳۹	<۰/۰۰۱
گروه مستقل	۴۵۲۴/۵۲	۱	۴۵۲۴/۵۲	۱۷/۸۱	
خطا	۵۳۳۲/۳۶	۲۱	۲۵۳/۹۲		
کل	۵۷۰۰۰۷	۲۴	-	-	

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها حاکی از آن هستند که گروه درمانگری شناختی وجودگرا در کاهش میانگین افسردگی و افزایش امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان مؤثر بوده و این تفاوت به لحاظ آماری معنادار هستند.

یافته‌های پژوهش در مورد میانگین افسردگی گروه‌ها و همچنین امیدواری آنها، فرض عدم اختلاف معنی‌دار میانگین گروه‌ها را تأیید و شرط همسانی گروه‌ها را برقرار نشان می‌دهد. به این ترتیب با اطمینان کافی می‌توان به بررسی و بحث در مورد نتایج به دست آمده از آزمون فرض‌ها پرداخت. کی‌سان (۲۰۱۱) معتقد است در گروه‌هایی که افراد درگیر بیماری‌های مزمن می‌گردند، به مرور زمان معنا و امید خود را از دست داده و دچار افسردگی می‌گردند. لذا درمان‌های وجودی با تلفیقی از راهبردهای شناختی برای کاهش افسردگی و افزایش امید این دسته از بیماران یکی از مناسب‌ترین شیوه‌های درمانی است.

پژوهش‌های گذشته تا به حال، با نتایج این پژوهش همخوان بوده‌اند. اینکه چگونه می‌توان تفاوت مشاهده شده در میزان اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا در این دو گروه را تبیین کرد، سؤالی است که جواب آن می‌تواند با توجه به تأیید فرض وجود همسانی گروه‌ها، در محتوا و شیوه عمل این رویکرد درمانی در ایجاد تغییرات گروه آزمایش دانست.

به نظر می‌رسد عناصر مطرح شده در پروتکل

درمانی و همچنین شیوه خاص گروهی اجرای مداخله، توانسته است تغییر مثبت و معنی‌داری را در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری گروه آزمایش ایجاد کند. باید در نظر داشت که فضای درمان در مداخله شناختی وجودگرا، بر مبنای یک تعامل گروهی فعال پایه‌ریزی گردیده است؛ که خود می‌تواند یکی از دلایل مفید بودن این رویکرد محسوب گردد. در این روش افراد به صورت دایره‌وار، رو در روی یکدیگر نشسته و مسئولیت متقابل تسهیل ابراز هیجان و افکار یکدیگر را می‌پذیرند. بخشی از محتوای شیوه مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا که با استفاده از مفاهیم وجودی تهیه شده، به درک دنیای پدیداری مراجع و نوع مفهوم فرد از معنای زندگی توجه می‌کند. مهم‌ترین دغدغه‌های والدین بیماران مبتلا به سرطان، ترس آنها از مرگ، تنهایی، بی‌اعتمادی به آینده و از دست دادن معنا است. این افراد ممکن است در اثر ترس از مواجه شدن با اضطراب‌های فوق‌روحیه خود را از دست داده و احساس خمودگی و افسردگی نمایند. به نظر کی‌سان (۲۰۰۲) روش مداخله‌ای مفید است که بتواند با سرعت و صراحت کافی به این ترس‌ها پردازد و قابلیت کمک به کاهش آزردهی‌های روانی از جمله افسردگی را داشته باشد. علاوه بر اینها به منظور شناسایی خطاهای شناختی، آموزش‌هایی از طرف درمانگر در اختیار افراد قرار گرفته و اعضا در این خصوص نیز به یکدیگر کمک می‌کنند.

کی‌سان، بلوچ، میاچ، اسمیت، سیدون و

فرزندان مبتلا به سرطان؛ از قبیل میزان تنش درمان، احتمال از دست دادن فرزند و بارز شدن اضطراب- های وجودی رابطه دارد.

پژوهش حاضر نیز مانند هر پژوهش دیگر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که از آن میان می‌توان به محدود بودن حجم نمونه که تعمیم یافته‌ها را با موانعی مواجه می‌کند، اشاره کرد. با توجه به اینکه پرستاری از کودک مبتلا به سرطان شرایط خاص و ویژه‌ای را می‌طلبد و برای خانواده بسیار هزینه‌بر و زمان‌بر است، والدین این کودکان نیز برای شرکت در پژوهش دارای محدودیت‌هایی بودند. محدود بودن اجرای مداخله در یک بیمارستان خیریه (محک) که اغلب مراجعه‌کنندگان آنها از قشر اقتصادی \_ اجتماعی متوسط به پایین جامعه بودند و فقدان سنجش پیگیری در مطالعه انجام شده از دیگر محدودیت‌های این طرح پژوهشی می‌باشد.

با توجه به مؤثر بودن این روش در کاهش افسردگی و افزایش امیدواری والدین کودکان مبتلا به سرطان، پیشنهاد می‌شود این روش بر روی والدین کودکان بیماری‌های مزمن دیگر نیز اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودگرا با انواع درمان‌های شناختی دیگر در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مزمن و صعب‌العلاج مقایسه شود تا بتوان به مؤثرترین روش درمان این گروه دست یافت.

ککس (۱۹۹۷) در تحقیقی که با عنوان گروه درمانی شناختی وجودگرا در بیماران دارای سرطان سینه انجام دادند؛ نشان دادند که این شیوه درمانی می‌تواند از میزان غم و اندوه بیماران کاسته، قدرت حل مسئله آنان را افزایش داده و همچنین راهبردهای شناختی را در آنان ایجاد نمود.

به نظر تورن<sup>۱</sup> (۲۰۰۵) درمان شناختی برای بیماران دارای دردهای مزمن یکی از مؤثرترین رویکردها می‌باشد؛ این شیوه درمانی می‌تواند باعث کاهش خشم، اضطراب، ترس و افسردگی این دسته از بیماران گردد. نتایج تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که این رویکرد به صورت گروهی مؤثرتر و از لحاظ اقتصادی نیز مقرون به صرفه‌تر می‌باشد. افراد در گروه‌های درمانی مسائل زیادی را در بازخوردهایی که از هم دریافت می‌کنند یاد خواهند گرفت.

کی‌سان (۲۰۰۹) در تحقیقی دیگر با عنوان فراتر از بحث‌های درمانی: چالش‌های اجتماعی، افسردگی و راهبردهای درمانی برای آن در بیماران سرطانی؛ مجدداً یافته‌های قبلی خود را تأیید کرده و نشان داد گروه درمانی شناختی وجودگرا بر روی طولانی‌تر شدن عمر بیماران مبتلا به سرطان تأثیری نمی‌گذارد؛ اما یافته‌ها حاکی از آن است که به شدت باعث افت میزان افسردگی بیماران می‌گردد. کاهش افسردگی و افزایش امیدواری بر اثر مداخله گروه درمانی شناختی وجودگرا نشان‌دهنده این است که برنامه مداخله با حوزه نیازهای والدین

1. Thorn

## منابع

- انجمن سرطان آمریکا، (۲۰۰۳). *سرطان‌های شایع کودکان و نوجوانان*. ترجمه مانا بازی برون (۱۳۸۸). بابل: انتشارات آویشن.
- بانکی، یاسمن (۱۳۸۹). «ارائه مدل تبیین‌کننده افسردگی در نوجوانان مبتلا به سرطان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- برآبادی، حامد (۱۳۸۳). «بررسی میزان اثربخشی روان درمانی حمایتی به شیوه گروهی بر کاهش اختلالات روانی افراد مبتلا به سرطان». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- بهمنی، بهمن؛ اعتمادی، احمد؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ دلاور، علی و قنبری مطلق، علی (۱۳۸۹). «گروه درمانی شناختی هستی‌نگر و شناخت درمانی آموزش محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه». *فصلنامه روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*. سال ۶، شماره ۲۳، صص ۲۱۴-۲۰۱.
- بهمنی، بهمن (۱۳۸۹). «مقایسه اثربخشی دو روش مداخله شناخت درمانی آموزش محور به سبک مایکل فری و گروه درمانی شناختی وجودگرا بر امیدواری، عزت نفس و کیفیت زندگی زنانی که پس از شروع درمان سرطان غیر منتشر سینه علائم افسردگی از خود بروز داده‌اند». پایان‌نامه *therapy for patients with primary breast cancer*". *Psycho Oncology Journal*. 6(1), 25-33.
- Kissane, D. W. & Bloch, S. (2002). "Family Focused Grief Therapy: a model of family-centered care during palliative care and bereavement". Open University Press.
- Kissane, D. W.; Bloch, S.; Smith, G.; Miach, P.; Clarke, D.; Ikin, J.; Love, A.; Ranieri, N. & Mckenzie, D. (2003). "Cognitive-existential group psychotherapy for women with
- دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- جمیسون، لری؛ کاسپر، دنیس و فاوسی، آنتونی (۲۰۰۸). *اصول طب داخلی هاریسون: بیماریهای غدد و متابولیسم*. ترجمه خسرو سبحانیان (۱۳۸۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). «مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی». *فصلنامه توانبخشی*. دوره ۸، شماره ۲۹، صص ۸۶-۸۰.
- سلیمی بجستانی، حسین (۱۳۸۸). «مقایسه اثربخشی مشاوره به شیوه آدلری و بازسازی شناختی مبتنی بر تمثیل بر سلامت روان، تاب‌آوری و امیدواری دانشجویان». پایان‌نامه دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- فتوکیان، زهرا؛ عالیخانی، مریم؛ سلمان یزدی، ناهید و جمشیدی، روح‌انگیز (۱۳۸۳). «بررسی کیفیت زندگی بستگان درجه یک مراقبت‌کننده از بیماران مبتلا به سرطان». *فصلنامه پرستاری ایران*. سال ۱۷، شماره ۳۸، صص ۵۶-۴۸.
- نادری، فرح و حسینی، سیده مونس (۱۳۸۹). «رابطه امید به زندگی و سرسختی روان‌شناختی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران». *فصلنامه زن و جامعه*. سال ۱، شماره ۲، صص ۱۴۱-۱۲۳.
- Abdi, N. & Asadi-Lari, M. (2011). "Standardization of three hope scales as possible measures at the end of line in Iranian population". *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 4(2), 71-77.
- Breitbart, W. (2001). "Spirituality and meaning in supportive care". *Supportive Care in Cancer*. 10(4), 272-280.
- Kissane, D. W.; Bloch, S.; Miach, P.; Smith, G. C.; Seddon, A. & Keks, N. (1997). "Cognitive existential group

- primary breast cancer: a randomized controlled trial". *Psycho-Oncology Journal*. 12, 532-546.
- Kissane, D. W.; Love, A.; Hatton, A.; Bloch, S.; Smith, G.; Clarke, D.M.; Miach, P.; Ikin, J.; Ranieri, N. & Snyder, R.D. (2004). "Effect of Cognitive Existential Group Therapy on Survival in early stage breast Cancer". *Journal of Clinical Oncology*. 22, 4255-4260.
- Kissane, D. W. (2009). "Beyond The Psychotherapy and Survival Debate: The challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care". *Psycho Oncology Journal*. 18(1), 1-5.
- Kissane, D.W.; Bultz, B.; Butow, P. & Finlay, I. (2011). "Handbook of Communication in oncology and palliative care". Oxford University Press.
- Meitar, D. (2004). "The Family of the child with cancer". *Psychosocial aspects of pediatric oncology*. England: John Wiley & Sons.
- Pirl, W. F. (2004). "Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients". *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 32, 32-39.
- Rajajee, S.; Ezhilarasi, S.; Indumathi, D. (2007). "Psychosocial problems in families of children with cancer". *Indian Journal of Pediatrics*. 74, 837-839.
- Sanatani, M.; Schreier, G.; Still, L. (2008). "Level and direction of hope in cancer patients". *Journal of Advanced Nursing*. 37, 267-274.
- Schneider, M. (2000). "Beacon in the storm: an explosion of the spirituality and faith of parents whose children have cancer". *Journal of Comprehensive Pediatric Nursing*. 29 (1), 3-24.
- Thorn, B. E. (2005). "Cognitive Therapy for chronic pain". *National Register of Health service providers in psychology*. Washington: DC.
- Warner, C.M.; Ludwig, K.; Sweeney, C.; Hogan, L.; Ryan, J.; Carroll, W. (2011). "Treating persistent distress and anxiety in parents of children with cancer". *Journal of pediatric oncology nursing*. 28(4), 224-230.
- White, C. A. (2001). *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice*. John Willy & Sons. LTD.
- Yeh, C. H. (2001). "Development and testing of the parental coping strategy inventory with children with cancer in Taiwan". *Journal of Advanced Nurse*. 36(1), 78-88.