

اثربخشی درمان گروهی شناختی- ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان

غلامرضا طالبی^{۱،۲}، رضا باقریان سرارودی^{۳،۴}، حسن رضایی جمالویی^{۵،۶}، حمیدرضا عریضی^{۱،۲}، پگاه باقریان سرارودی^۷

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایعترین مشکلات بهداشتی زنان دنیا است که دامنه‌ی گسترده‌ای از عوارض روان‌شناختی را برای مبتلایان نظیر ادراک بیماری و تحمل پریشانی ایجاد می‌کند. در این پژوهش هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌ها: روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه گواه می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون انجام شده است. تعداد ۳۶ نفر از بیماران با سرطان پستان از بیمارستان سیدالشهداء و مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء اصفهان با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج به صورت دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه گواه (۱۸ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ربکا (۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه گواه تنها از مراقبت‌های معمول پزشکی و روانشناختی بهره‌مند بودند و در برنامه‌ی درمانی پژوهش مشارکت نداشتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه ادراک بیماری (Broadbent) و تحمل پریشانی (Simons) استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل نشان داد که درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ادراک بیماری و تحمل پریشانی گروه آزمایش را در سطح معناداری بهبود بخشید ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش ادراک بیماری و تحمل پریشانی در مطالعه حاضر تأیید شد.

واژگان کلیدی: درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ ادراک بیماری؛ تحمل پریشانی؛ سرطان پستان

ارجاع: طالبی غلامرضا، باقریان سرارودی رضا، رضایی جمالویی حسن، عریضی حمیدرضا، باقریان سرارودی پگاه. اثربخشی درمان گروهی شناختی-ذهن آگاهی

بر ادراک بیماری و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۴۷): ۱۹۵۵-۱۹۶۵.

ایجاد می‌کند بی‌مانند است و تأثیرات روان‌شناختی و جسمانی گوناگونی بر روی مبتلایان دارد (۲). آمار ابتلا به سرطان به طور هشداردهنده‌ای رو به افزایش است به نحوی که در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با یک افزایش ۵۰ درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر موارد جدید سرطان در سراسر دنیا خواهد رسید (۳). سرطان سینه، سومین سرطان شایع در جهان است، شایع‌ترین سرطان در زنان (۴) و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است (۵)

مقدمه

سرطان، یک اصطلاح کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌ها است که با رشد کنترل نشده سلول‌های بدن و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌گردد (۱). این بیماری یکی از انواع گوناگون بیماری‌های مزمن است و علیرغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌ها و افزایش تعداد نجات یافتگان از آن، این بیماری همچنان از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد

۱- استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲- استادیار روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات توسعه پژوهش‌های بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استاد، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- دانشیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۶- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۷- اینترن پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: حسن رضایی جمالویی؛ استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: h.rezayi2@yahoo.com

های درمانی تأثیرگذار بر هیجان حرکت کرده اند. تاکنون مداخلات روان‌شناختی مختلفی بر روی کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران سرطانی انجام شده از جمله درمان معنویت درمانی (۱۶)، پذیرش و تعهد (۱۷)، در مان هیجان مدار و در مان شناختی رفتاری (۱۸) و فرا شناختی (۱۹) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰)؛ یکی از مداخلات مطرح در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و کاهش پریشانی های روانی و عواطف منفی آنها، درمان مدیریت استرس و هیجان‌ات منفی در زمینه شناختی-رفتاری برای زنان مبتلا به سرطان است. یکی از بهترین منابع پژوهشی در این زمینه مطالعات مایکل آنتونی و همکاران در دانشگاه میامی، فلوریدا طراحی شده است که بر روی بیماران مبتلا به سرطان پستان، سرطان پروستات و ایدز مطالعه و اجرایی گردید (۲۱). این درمان بدین منظور طراحی شده است تا به بیماران جسمی کمک کند با نوسانات هیجانی موجود در زندگی مقابله نمایند و کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند. از آنجا که استرس، سیستم ایمنی را دچار اختلال می‌کند، مدیریت هیجان‌ات برای بیماران مزمن جسمی که عملکرد ایمنی ضعیفی دارند، ضروری می‌باشد (۲۲). تعریف واژه ی ذهن آگاهی مهم است. آگاهی به معنای معطوف کردن توجه کامل به تجربه ی حاضر بر اساس یک رویکرد لحظه به لحظه است. از این رو ذهن آگاهی یعنی آگاه بودن، غیر قضاوت گر بودن و پذیرش تجربه ی حاضر؛ بودن در حالت ذهن آگاه مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در مقابل وضعیت های هیجانی و روانشناختی تسهیل می‌کند. تمرین ذهن آگاهی ممکن است برای افرادی که از مواجه شدن با هیجان‌اتشان میترسند مفید باشد. (۲۳). در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تاکید اصلی بر آموزش نظام مند برای آگاه تر شدن لحظه به لحظه از حس های بدنی به افکار و هیجان ها به عنوان رویدادهایی در حوزه آگاهی می‌شود. این مسئله به تدریج توانایی بالقوه برای برقراری ارتباطی غیرمتمركز بر افکار، هیجان ها و حس های بدنی را تسهیل می‌کند. ما در اثر یادگیری می‌توانیم به جای آنکه به آنها به عنوان واقعیت بنگریم، آنها را به عنوان جنبه هایی از تجربه که از آگاهی مان عبور خواهند کرد در نظر بگیریم. ما یاد می‌گیریم که با فرایند تفکر به شکلی غیرمتمركز با محتوای افکار ارتباط داشته باشیم. آنگاه ما می‌توانیم بی‌بریم که افکارمان حقیقت مسلم نیستند، آنها تنها یک سری فکر هستند. این رویکرد در جمعیت های بالینی ویژه نیز مورد پژوهش و کاربرد قرار گرفته، برای مثال درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای درمان اختلالات افسردگی توام با میل به خودکشی، سندرم خستگی مزمن، بیماران سرطانی، اختلالات اضطرابی و کاهش استرس عمومی به کار گرفته شده است. استفاده از تمرینات گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بطور روز افزونی در ادبیات درمانی بیماری سرطانی رو به رشد است و همچنین محبوبیت آن رو به افزایش است. مطالعات منتشر شده در زمینه

در ایران نیز سرطان سینه شایع ترین سرطان در میان زنان می‌باشد (۶). بر اساس مطالعات مختلف، افسردگی و اضطرابی که در حین تشخیص و درمان سرطان رخ می‌دهد، باعث افزایش علائم جسمی و روانشناختی شده و منجر به تأثیر منفی بر کیفیت زندگی و کاهش سازگاری به درمان می‌شود (۷). در این میان، ادراک علائم بیماری به عنوان یکی از متغیر های روان شناختی و رفتاری مهم در درمان بیماری سرطان که بر پایه کسب اطلاعات از منابع مختلف و باور های بیمار شکل می‌گیرد می‌تواند نگرانی های مرتبط با سلامتی و ظاهر فرد و توانایی او را در تطابق با بیماری تحت تأثیر قرار دهد (۸). ادراک فرد از بیماری مجموع شناخت‌ها و باورهای بیماران در مورد بیماری خود است. بیماران غالباً مرحله درمان را مرحله انفعالی و ساکن دانسته و این جریان را بی‌فایده و غیرمولد می‌دانند، چرا که در جریان بیماری متحمل درد زیادی می‌شوند که بهره‌گیری از درمان‌های جایگزین نیز برای التیام آنها مفید و موثر نیست و آنها را به در ادراک بیماری ناتوان‌تر و شدت بیماری را اغراق‌آمیزتر برداشت می‌کنند (۹). در بیمارانی که از سرطان رنج می‌برند، ارتباطی بین ادراک بیماری، و رفتار مقابله‌ای پیدا شد (۱۰) که نشان می‌دهد ادراک بیماری به تبعیت بیماران و پیامدهای گزارش شده از بیمار مربوطه مرتبط است و رفتارهای فرد در مقابله با بیماری را پیش‌بینی می‌کند (۱۱). رفتارهای مقابله فرد تحت شرایط ویژه بیماری به میزان تحمل افراد بستگی دارد؛ تحمل از ابزار طبیعی مواجهه با تنش است، تحمل پریشانی، از سازه‌های بی‌نظمی عاطفی و به معنای توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف شده است و به عنوان یکی از ابعاد هیجان‌ات یعنی توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی (۱۲). در حقیقت تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (۱۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌ات منفی تأثیرگذار است و افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌ات منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند و با پرداختن به رفتارهای منفی هیجانی درصدد تسکین دردهای هیجانی خود برمی‌آیند و واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند (۱۴). تاکنون درمان های روانشناختی مختلفی به علت چندعاملی بودن ماهیت عوارض بیماری سرطان برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران سرطانی به کار برده شده است. در سال‌های اخیر توجه روزافزونی به نقش پردازش هیجانی در انواع بیماری‌ها شده است (۱۵). همچنین روان‌درمانگران و روانپزشکان به نقش پررنگ هیجان‌ات در ایجاد و تداوم اختلالات روانشناختی پی برده‌اند به طوری که نقش بسیار برجسته‌ای را برای هیجان‌ات در شروع یا ادامه اختلال‌ها و مشکلات روانشناختی قائل‌اند و به سمت روش

به شرکت در فرایند پژوهش، عدم شرکت در جلسات رواندرمانی فردی و یا گروهی در زمان ورود به مطالعه. همچنین معیارهای خروج از مطالعه برای افراد عبارت بودند از: عدم پیگیری منظم در جلسات (حضور نامنظم در جلسات درمان- غیبت بیش از سه جلسه)، عدم رضایت جهت ادامه ی مطالعه. سپس برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس (ANOVA) اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ استفاده شد. ابزار پژوهش در ذیل مطرح شده‌اند.

۱- پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS): این مقیاس یک

پرسشنامه خودسنجی تحمل پریشانی است که به وسیله سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است (۲۵). این مقیاس شامل ۱۵ پرسش و چهار خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، ارزیابی ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها در راستای کاهش پریشانی می‌شود. گویه‌های این مقیاس از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵) برای هر عبارت بهره می‌گیرد. حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس ۷۵ و حداقل نمره ۱۵ می‌باشد. نمره‌های بالا در این پرسشنامه نمایانگر تحمل پریشانی بیشتری بوده و طبیعتاً نمرات پایین‌تر نشان از تحمل کمتری است. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای چهار خرده مقیاس آن شامل تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ و برای کل ابزار ۰/۸۲ محاسبه گردیده است. اعتبار بازآزمایی این پرسش نامه را نیز ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند (۲۶).

۲- پرسشنامه ادراک بیماری (Brief-Illness Perception Questionnaire): این پرسشنامه به وسیله برادبت و همکاران در سال

۲۰۰۶ تهیه شده است (۲۷). پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری یک مقیاس ۹ ماده‌ای کوتاه است که بازنمایی عاطفی و شناختی فرد از بیماری اش را مورد سنجش قرار می‌دهد. سوال‌ها به ترتیب پیامدهای ناشی از بیماری (ماده اولیه)، طول مدت بیماری (ماده دوم)، کنترل شخصی (ماده سوم)، درمان‌پذیری (ماده چهارم)، ماهیت بیماری (ماده پنجم)، نگرانی درمورد بیماری (ماده ششم)، درک و فهم بیماری (ماده هفتم)، بازنمایی عاطفی (ماده هشتم) و علت بیماری (ماده نهم) را می‌سنجند. دامنه‌ی نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ باز پاسخ بوده و سه علت عمده ابتلا بیماری را به ترتیب مورد سوال قرار می‌دهد. برای به دست آوردن نمره کل، سوالات ۴، ۲ و ۷ معکوس نمره گذاری می‌شوند. ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ گزارش کردند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ برآورد شد. آلفای کرونباخ این مقیاس نخستین بار توسط باقریان سروردی (۱۳۸۶) ۰/۸۴ گزارش شده است (۲۸). با

کاربرد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در بیماران سرطانی محدود است اما نتایج دلگرم‌کننده است و حاکی از اثربخشی این درمان بر افسردگی، اضطراب، استرس، مشکلات خواب، خستگی و مسایل جنسی است. اگرچه تمرینات ذهن آگاهی بصورت رسمی در حالت نشسته، خوابیده و ایستاده تمرین می‌شود اما بصورت غیر رسمی هنگامی که فرد درگیر فعالیت روزمره نیز به کار برده می‌شود (۲۴). با توجه به محدودیت پژوهش‌های پیشین در بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی این رویکرد انجام شده است. این مطالعه با تمرکز بر سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط، تلاش دارد به ارائه شواهدی برای توسعه مداخلات کارآمدتر در این گروه از بیماران کمک کند.

روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان دارای تشخیص سرطان پستان، مراجعه‌کننده به مراکز درمانی سرطان (آنکولوژی) دولتی واقع در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۶ زن با سرطان پستان بوده که در بیمارستان سیدالشهدا (ع) و مرکز کنترل و پیشگیری سرطان آلاء اصفهان تحت درمان بودند و به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس تعداد ۳۶ نفر در ۲ گروه آموزش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) به صورت تصادفی گمارده شدند. روند اجرای پژوهش به این صورت بود که با مراجعه به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان، براساس معیارهای ورودی، ۳۶ زن با سرطان پستان انتخاب‌شده، به‌طور تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند. برای گروه آزمایش به‌طور هفتگی جلسات درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برگزار می‌شد (۲۳). ابزارهای پژوهش در هر دو گروه قبل از شروع و بعد از اتمام کامل جلسات تکمیل شد. دو ماه بعد از اتمام جلسات مجدداً با شرکت‌کنندگان در طرح تماس گرفته شد و از آن‌ها تقاضا شد مجدد پرسشنامه‌های ادراک بیماری و تحمل پریشانی را جهت مرحله پیگیری تکمیل کنند. معیارهای ورود به مطالعه برای افراد عبارت بودند از: تشخیص سرطان پستان توسط فوق تخصص سرطان‌شناسی (آنکولوژیست)، بودن بیماران در مرحله دوم بیماری، گذشته شدن یک سال از آخرین دوره درمان‌های رایج (مانند شیمی‌درمانی، پرتو درمانی و جراحی) بیماران، دامنه سنی بیماران بین ۱۸ تا ۵۰ سال، نداشتن آسیب روان‌شناختی حاد نظیر افسردگی شدید با توجه به تاریخچه پرونده پزشکی بیماران، موافقت آگاهانه بیماران و تمایل آنان

تحلیل واریانس (ANOVA) با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ (version 26, IBM Corporation, Armonk, NY) صورت گرفت. جهت تعیین تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دو گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی:

در این پژوهش بر حسب موارد زیر رهنمودهای اخلاقی مربوط به انجام پژوهش و در رابطه با کسب رضایت آگاهانه و رازداری (۲۹) رعایت گردید.

۱- کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1399.114)

۲- کسب کد کارآزمایی بالینی به شماره (IRCT20240408061449N1)

۳- از زنان مبتلا به سرطان پستان به منظور توزیع پرسشنامه‌ها و انجام مصاحبه‌های مربوطه، رضایت کتبی آگاهانه اخذ شد.

۴- هیچ بیماری به شکل غیر داوطلبانه (اجباری) در این پژوهش شرکت داده نشد.

۵- به زنان مبتلا به سرطان پستان در مورد حریم خصوصی و خلوت و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. بدین منظور به جای درج نام و نام خانوادگی به هر زنان مبتلا به سرطان پستان کدی اختصاص داده شد و اسامی زنان مبتلا به سرطان پستان به همراه کد اختصاص داده شده به صورت محرمانه نزد پژوهشگر نگهداری شد.

۶- به زنان مبتلا به سرطان پستان جهت خودداری از شرکت در مطالعه در هر زمان در صورت تمایل آنان و حتی آزاد بودن برای خروج از پژوهش در هر مرحله از پژوهش اطمینان داده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ توزیع فراوانی سن شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر بر حسب عضویت گروهی آورده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱، آزمون خی دو غیرمعنادار و حاکی از آن است که گروه پژوهش در توزیع فراوانی سن زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت معناداری وجود ندارد.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش آورده شده است.

جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک بیماری و تحمل پریشانی را در دو گروه آزمایش و کنترل و همچنین تغییرات این میانگین‌ها را در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

با این حال پیش از انجام تحلیل‌های چند متغیری باید چند پیش فرض مورد بررسی قرار گیرد. نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه

توجه به نحوه نمره گذاری در پژوهش حاضر افزایش نمره در ادراک بیماری به معنای بهبود ادراک بیماری می باشد.

۳- پروتکل درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

در این پژوهش مداخله شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به شیوه گروهی مشتمل بر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که به طور هفتگی اجرا می شود (۲۳).

جلسه اول: تنظیم خط‌مشی کلی جلسات، اجرای پیش‌زمون، ارائه توضیحاتی در مورد سرطان پستان و علل ایجادکننده آن میزان شیوع آن در جامعه زنان و در مان‌های مرتبط با آن، اختلالات ایجادکننده در زندگی بیماران / تعیین تکلیف هفته‌ی آینده و توزیع جزوات و سی‌دی جلسه اول

جلسه دوم: انجام مراقبه وارسی بدن/دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین وارسی بدن /تنفس به مناطق دردناک و یا صدمه دیده (مهربان بودن با این اعضا)/مرور تکالیف هفته گذشته /تعیین تکلیف هفته‌ی آینده /توزیع جزوات و سی‌دی جلسه‌ی دوم

جلسه سوم: آگاهی از حرکت /مهربان بودن با مناطق دردناک و صدمه دیده و توجه به آن مناطق/انجام نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس (مراقبه نشسته)/ تعیین تکلیف خانگی هفته‌ی آینده/توزیع جزوات جلسه سوم

جلسه چهارم: انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک و احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)/انجام مجدد تمرین وارسی بدن / ترسیم تجارب ناخوشایند به وسیله حباب/ انجام تنفس سه دقیقه‌ای/تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن. تعیین تکلیف خانگی /توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه چهارم

جلسه پنجم: مرور تکلیف هفته گذشته /تمرین تنفس /تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار) / تعیین تکلیف هفته‌ی آینده /توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه پنجم
جلسه ششم: مراقبه نشسته /مرور برنامه تا به حال و گرفتن تعهد برای انجام بقیه دوره درمان /مرور تکلیف هفته‌ی گذشته / تعیین تکلیف هفته‌ی آینده / توزیع جزوات

جلسه هفتم: مراقبه نشسته و بحث و بازخورد/ تهیه امضای ماری / تهیه برنامه عمل/توزیع جزوات جلسه هفتم/تعیین تکلیف هفته‌ی آینده /مرور تکلیف هفته‌ی گذشته /بهداشت خواب /تکرار تمرینات جلسات قبل

جلسه هشتم: تمرین وارسی بدن /بازنگری کل برنامه / تاکید بر مهربان بودن با خود و همه جنبه‌های تجارب/ وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها / مرور تکالیف خانگی/مرور دوره درمان/ ارزیابی / تعیین روز جلسه پیگیری.

تجزیه و تحلیل اطلاعات: تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری

جدول ۱. توزیع فراوانی سن بر حسب عضویت گروهی

متغیر / گروه	گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی
سن	۶	۳۳/۳	۴	۲۲/۲
	۲	۱۱/۱	۴	۲۲/۲
	۵	۲۷/۸	۸	۴۴/۴
	۵	۲۷/۸	۲	۱۱/۱
مجموع	۱۸	۱۰۰	۱۸	۱۰۰
میانگین \pm انحراف معیار	۱۳/۴۱۴ \pm ۵۱/۲۲۲		۹/۶۷۶ \pm ۵۰/۷۲۲	
مقدار Chi-square (معناداری)	۰/۳۸۵ \pm ۰۳/۰۴۵			

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ادراک بیماری	آزمایش	۳۲/۰۰۰	۸/۷۷۸	۴۷/۴۴۴	۱۲/۶۲۷	۴۹/۵۵۶	۱۱/۱۷۹
	کنترل	۲۶/۰۵	۹/۹۴۴	۲۶/۵۰۰	۹/۹۷۲	۲۶/۴۴۴	۹/۹۷۲
تحمل پریشانی	آزمایش	۳۰/۲۷۸	۸/۰۷۹	۵۶/۶۱۱	۸/۳۶۱	۶۰/۲۷۸	۶/۸۷۵
	کنترل	۳۲/۶۱۱	۵/۸۲۲	۳۲/۰۰۰	۵/۱۵۶	۳۱/۴۴۴	۵/۵۶۴

یعنی آزمون محافظه‌کارانه گرین هاوس گیزر استفاده شد. نتایج جدول ۳، برای متغیرهای ادراک بیماری و تحمل پریشانی در بخش اثر درون‌گروهی، نشان می‌دهد که از لحاظ اثر زمان و تعامل زمان و گروه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین در بخش اثر بین‌گروهی در هر دو متغیر ادراک بیماری و تحمل پریشانی تفاوت معناداری بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل نشان داده شده است ($P < ۰/۰۰۱$)، بدین معنا که بین دو گروه پژوهش تفاوت معناداری در ادراک بیماری و تحمل پریشانی وجود دارد.

با آزمون شاپیرو ویلک مورد آزمون قرار گرفت و نتایج نشان داد فرض نرمال بودن داده‌ها برای متغیرهای ادراک بیماری و تحمل پریشانی در هر دو گروه رعایت شده است. نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها نیز در ادراک بیماری و تحمل پریشانی برآورده شده است. همچنین نتایج آزمون m باکس نشان داد، مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت مالکی (ماچلی) برای هر دو متغیر در جداول نتایج درون‌گروهی تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به جای استفاده از ردیف اول از ردیف دوم

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های تکرار شده برای ادراک بیماری و تحمل پریشانی

متغیر	اثر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر (تا)	توان آماری
ادراک بیماری	درون گروهی	اثر زمان	۱۷۳۶,۰۵۶	۱,۱۶۲	۱۴۹۴,۰۴۰	۹۲,۲۱۲	۰,۰۰۱	۰,۷۳۱	۰,۹۹۹
		تعامل زمان و گروه خطا (زمان)	۱۵۷۳,۱۶۷	۱,۱۶۲	۱۳۵۳,۸۵۸	۸۳,۵۶۰	۰,۰۰۱	۰,۷۱۱	۰,۹۹۹
بین گروهی	خطا	اثر گروه	۶۴۰,۱۱۱	۳۹,۵۰۸	۱۶,۲۰۲	۷۵۰,۰۰۰	۰,۰۰۱	۰,۴۱۵	۰,۹۹۸
		خطا	۷۵۰۰,۰۰۰	۱	۳۱۰,۷۸۴	۲۴,۱۳۲	۰,۰۰۱	۰,۴۱۵	۰,۹۹۸
تحمل پریشانی	درون گروهی	اثر زمان	۴۵۰۸,۰۱۹	۲	۲۲۵۴,۰۰۹	۱۴۱,۱۶۹	۰,۰۰۱	۰,۸۰۶	۰,۹۹۹
		تعامل زمان و گروه خطا (زمان)	۵۱۴۵,۵۷۴	۱,۴۵۹	۳۵۲۵,۶۵۷	۱۶۱,۱۳۴	۰,۰۰۱	۰,۸۲۶	۰,۹۹۹
بین گروهی	خطا	اثر گروه	۱۰۸۵,۷۴۱	۴۹,۶۲۲	۲۱,۸۸۰	۷۴,۶۲۸	۰,۰۰۱	۰,۶۸۷	۰,۹۹۹
		خطا	۷۸۳۷,۰۳۷	۱	۱۰۵,۰۱۴	۷۴,۶۲۸	۰,۰۰۱	۰,۶۸۷	۰,۹۹۹

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه ادراک بیماری و تحمل پریشانی در مراحل پژوهش

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
ادراک بیماری	پیش آزمون	-۷,۹۴۴	۰,۹۵۹	۰,۰۰۰۱
	پس آزمون	-۸,۹۷۲	۰,۷۰۶	۰,۰۰۰۱
	پیگیری	-۱,۰۲۸	۰,۳۸۸	۰,۰۳۷
تحمل پریشانی	پیش آزمون	-۱۲,۸۶۱	۱,۰۳۲	۰,۰۰۰۱
	پس آزمون	-۱۴,۴۱۷	۱,۱۱۳	۰,۰۰۰۱
	پیگیری	-۱,۵۵۶	۰,۵۹۷	۰,۰۴۱

درباره بیماری را کاهش داده، پاسخ‌های عاطفی منفی را تعدیل کرده، و خوش‌بینی بیشتری نسبت به پیامدهای بیماری و روند درمان پیدا کنند. همچنین، ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد بتوانند با هیجانات و افکار منفی مقابله کنند و حوادث ذهنی را به شیوه‌ای مثبت تجربه نمایند. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با تغییر فرایندهای شناختی از طریق بازسازی شناختی، ادراک بیماری را در افراد بهبود می‌بخشد. این درمان، توانایی افراد در شناسایی الگوهای ناکارآمد فکری و اصلاح آن‌ها را افزایش داده و باورهای تحریف‌شده درباره بیماری را تعدیل می‌کند. ذهن بیماران مبتلا به سرطان پستان، اغلب درگیر نشخوارهای فکری و گفت‌وگوهای درونی است. ذهن آگاهی به این بیماران کمک می‌کند تا از پیام‌های خودکار آگاه شوند و از چرخه نشخوارهای بی‌ثمر رها شوند. در نتیجه، آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش بی‌قضاوت آن‌ها، از واکنش‌های هیجانی شدید جلوگیری کرده و پذیرش شرایط بیماری را تقویت می‌کند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که برنامه آموزشی شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر ادراک بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان داشته باشد. این درمان به بیماران می‌آموزد که توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی متمرکز کنند و در هر لحظه از حالت ذهنی خود آگاه باشند. چنین آگاهی لحظه‌به‌لحظه‌ای، به بیماران کمک می‌کند تا احساس امیدواری بیشتری نسبت به درمان پیدا کنند و نگرش مثبت‌تری نسبت به ماهیت و پیامدهای بیماری داشته باشند.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی که نشان داد اثر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و پایداری به درمان بیشتر از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود (۳۱). در پژوهش دیگری روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر ادراک بیماری، تصویر بدنی و ترس از عود بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان داشته است که با نتایج پژوهش حاضر همسو بود (۳۲). همچنین با یافته‌های پژوهشی که نشان داد ذهن آگاهی تأثیر مستقیمی بر ادراک بیماری داشته است همسو بود (۳۳).

همچنین سرطان موجب می‌شود، بیماران از تحمل پریشانی پایداری برخوردار باشند (۳۴). به طوری که فرد به دلیل انعطاف پذیری

نتایج آزمون بونفرونی جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات ادراک بیماری و تحمل پریشانی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری معنی‌دار است ($p < 0,05$). بنابراین می‌توان گفت که مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و تحمل پریشانی زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخش است و اثرات این آموزش‌ها در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

بحث

مداخلات غیر دارویی و روان‌شناختی در مدیریت سرطان پستان از اهمیت بالایی برخوردار هستند. به همین دلیل پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک بیماری و تحمل پریشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان در مراحل پس آزمون و پیگیری، باعث تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه در متغیر ادراک بیماری شد.

ادراک علائم بیماری به عنوان یکی از متغیرهای روان شناختی و رفتاری مهم در درمان بیماری سرطان که بر پایه کسب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد می‌تواند نگرانی‌های مرتبط با سلامتی و ظاهر فرد و توانایی او را در تطابق با بیماری تحت تأثیر قرار دهد (۳۰). از جمله روش‌های درمانی که می‌تواند در بهبود علائم جسمی و روان شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است. این روش، یک مداخله کوتاه‌مدت و ساختاریافته است که به عنوان یک حالت آگاهی متعادل و بدون قضاوت تعریف می‌شود. ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا هیجانات و پدیده‌های جسمانی را همان‌طور که هستند مشاهده و پذیرش کند. این برنامه با ارائه تمرین‌ها و تکنیک‌های ذهن آگاهی، افراد را قادر می‌سازد که از پردازش‌های خودکار ذهن، که غالباً معطوف به گذشته یا آینده است، رها شوند و با تمرکز بر لحظه حال، کنترل بیشتری بر افکار، احساسات، و حالت‌های جسمانی خود به دست آورند. این تمرین‌ها به بیماران کمک می‌کند تا نگرانی‌های خود

پیشانی، هم در سطح نظری و هم بالینی، به ویژه در یافته های پژوهشی، از اهمیت بسیاری برخوردار است. به تازگی بیان شده که "داشتن آگاهی آگاهانه از وضعیت های درونی و توانایی پرهیز از واکنش های خودکار و ناخودآگاه به استرس های ناخواسته از طریق به کارگیری استراتژی های تغییر (مانند اجتناب)" می تواند به صورت نظری به افزایش تحمل مؤثر و سالم تر پیشانی منجر شود. به بیان دیگر، ناتوانی در مدیریت پیشانی معمولاً موجب تقویت تمایل به واکنش های خودکار و ناخودآگاه اجتنابی در مواجهه با استرس های ناخواسته می شود. در این راستا، تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی می توانند با تمرکز بر تقویت آگاهی و توجه به تجربیات درونی در لحظه حال، نظیر احساسات ناخوشایند (مانند درد)، ارزیابی های شناختی مرتبط (مانند این فکر که "این درد غیرقابل تحمل است") و تمایلات به واکنش های عاداتی (شامل افکار، اعمال، احساسات و نیازها)، به کاهش گرایش به اجتناب ناسالم کمک کنند. این رویکرد باعث تقویت توانایی تصمیم گیری آگاهانه تر و ارزیابی منطقی تر برای ادامه یا پایان دادن به وضعیت پیشانی در یک لحظه مشخص می شود؛ در حالی که رفتارهای اجتنابی ناشی از عدم تحمل پیشانی، معمولاً واکنش هایی خودکار و عادت گونه هستند (مانند فرار، اجتناب، یا سرکوب هیجانی) (۴۰).

محدودیت هایی نیز بر سر راه انجام این پژوهش بود که می تواند بر نتایج و تعمیم پذیری یافته ها تأثیر بگذارد. یکی از محدودیت های این تحقیق، حجم نمونه کوچک بود که قدرت آماری مطالعه را کاهش داده و امکان تعمیم نتایج به جمعیت های بزرگتر و متنوع تر را محدود کرده است. همچنین، عدم توانایی در پیگیری طولانی مدت شرکت کنندگان، ارزیابی پایداری اثرات مورد مطالعه را دشوار ساخته است. علاوه بر این، مطالعه در یک محیط خاص یا در میان گروه جمعیتی محدود انجام شده است، که ممکن است نتایج آن را به دیگر جمعیت ها یا شرایط قابل تعمیم نکند. در پژوهش های آینده، می توان با افزایش حجم نمونه، انجام دوره های پیگیری طولانی مدت، و گنجاندن متغیرهای جدید و تأثیرگذار، نتایج دقیق تر و تعمیم پذیری به دست آورد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد درمان شناختی-ذهن آگاهی بر بهبود ادراک بیماری و افزایش تحمل پیشانی در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. این رویکرد درمانی با تقویت مهارت های شناختی و ارتقای آگاهی ذهن آگاهانه، به بیماران کمک می کند تا نگرش مثبت تر و واقع بینانه تری نسبت به بیماری خود پیدا کنند و توانایی مواجهه با چالش های هیجانی ناشی از بیماری را افزایش دهند. علاوه بر این،

پایین، شرایط تنش زا را بعنوان موقعیت غیر قابل کنترل در نظر می گیرد، کمتر به کاربرد گزینه ها و راه حل ها و درمان های مختلف می اندیشد، به تلاش و کوشش خود در حل بیماری بدبین است که در نتیجه آن منجر به افزایش عصبانیت، ناراحتی، نگرانی، افسردگی و تحمل پیشانی پایین او می گردد (۳۵). نتایج این پژوهش نشان داد که درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پس از آموزش متغیر تحمل پیشانی تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. همچنین در مرحله پیگیری بین دو گروه تفاوت معنی داری را در متغیر تحمل پیشانی نشان دادند. برخی مطالعات نتایج مشابه با مطالعه ی حاضر را داشتند. نتایج پژوهشی نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان شناختی مانند تنظیم هیجان و تحمل استرس در دوره پس از آموزش تأثیر معناداری داشته است (۳۶). در پژوهش دیگری نیز درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبود قابل توجه بیشتری در تنظیم هیجان و تحمل استرس نسبت به درمان بین فردی و گروه کنترل نشان داد (۳۷). همچنین پژوهشی به بررسی تأثیرات یک آموزش کوتاه مدت ذهن آگاهی بر تحمل پیشانی پرداخت که نتایج آن مبنی بر اینکه آموزش کوتاه مدت ذهن آگاهی می تواند تحمل پیشانی را افزایش دهد با نتایج پژوهش حاضر همسو بود (۳۸).

یکی از راهکارهایی که می تواند به افزایش تحمل پیشانی کمک کند، بهبود مهارت های تنظیم هیجان در افراد است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد این امکان را می دهد که با هیجان های منفی خود روبه رو شوند و در نتیجه، توانایی تحمل پیشانی در آنها افزایش یابد. در این نوع مداخلات، انجام تمرینات ذهن آگاهی از قبیل وارسی بدنی به زنان با سرطان پستان کمک می کند راهبردهای کارآمدتری را به منظور تنظیم هیجانها به کار بگیرند. زمانی که هیجانها در قالب افکار یا حتی همزمان با حس های بد نیز ظهور می یابند، اگر افراد یاد بگیرند که در این حالت حس های بدنی خود را همراهی کنند، واکنش پذیری هیجانی کمتری خواهند داشت و با سطوح بالاتر و کارآمدتری می توانند هیجانها منفی و حس های بدنی آزاردهنده خود را تاب بیاورند. همچنین می توان گفت ذهن آگاهی با تقویت فرایندهای کنار آمدن شناختی و تقویت توانش های تنظیم هیجان، آموزش حل مساله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در مقابل بدعملکردی خلقی محافظت می کند و با انجام تمرینات منظم ذهن آگاهی تغییراتی مثبت در برخی از کارکردهای روانشناختی ایجاد کند که به کسب توانایی خودگردانی و انعطاف پذیری در برخورد با رویدادهای تنیدگی زا منجر شود، تمامی موارد ذکر شده باعث برتری کاهش استرس نسبت به تکنیک های آرام سازی به افزایش تحمل پیشانی منجر می شود (۳۹). ارتباط میان ذهن آگاهی و تحمل

تشکر و قدردانی

در پایان ما پژوهشگران بدین‌وسیله از مدیریت و پرسنل محترم بیمارستان سیدالشهداء، مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و موسسه نیکوکاری کنترل سرطان ایرانیان آلاء (مکسا) و زنان مبتلا به سرطان پستان، شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر اعتماد، صبر و بردباری کمال تشکر و قدردانی را داریم.

مشارکت در گروه‌های درمانی و بهره‌گیری از حمایت‌های متقابل، به بهبود کیفیت زندگی روان‌شناختی این افراد منجر شد. این یافته‌ها بر اهمیت استفاده از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کنار مداخلات پزشکی برای مدیریت بهتر بیماری و ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان تأکید می‌کند.

References

1. Aghajani S, Khoshsorour S, Taghizadeh Hir S. The effects of holographic reprocessing therapy on cognitive flexibility and posttraumatic growth in women with breast cancer [in Persian]. *J Arak Uni Med Sci* 2021; 24(1): 108-21.
2. Wu HS, Davis JE, Chen L. Bright light shows promise in improving sleep, depression, and quality of life in women with breast cancer during chemotherapy: findings of a pilot study. *Chronobiol Int* 2021; 38(5): 694-704.
3. World Health Organization. Cancer [Internet] 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Kim K, Park H. Factors affecting anxiety and depression in young breast cancer survivors undergoing radiotherapy. *Eur J Oncol Nurs* 2021; 50: 101898.
5. Lai HL, Chen CI, Lu CY, Huang CY. Cognitive behavioral therapy plus coping management for depression and anxiety on improving sleep quality and health for patients with breast cancer. *Brain Sci* 2021; 11(12): 1614.
6. Mohabbat Bahar S, Golzari M, Akbari M E, Moradi-Joo M. Effectiveness of group logo therapy on decreasing hopelessness in women with breast cancer [in Persian]. *Iranian Journal of Breast Diseases* 2015; 8(1): 49-58.
7. Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Depression and the factors affecting the quality of Life in cancer patients. *Selçuk Üniv Tıp Derg* 2011; 27(3): 149-53.
8. Nasrolahi B, Torkaman SH, Darandegan K. Relationship between depression and psychological well-being perception in women with breast cancer [in Persian]. *Iranian Journal of Surgery* 2016; 24(1): 35-46.
9. Attari SM, Ozgoli G, Solhi M, Majd HA. Study of relationship between illness perception and delay in seeking help for breast cancer patients based on Leventhal's self-regulation model. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(S3): 167-74.
10. Nehir S, Tavşanlı NG, Özdemir Ç, Akyol T. A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. *Omega (Westport)* 2019; 79(2): 115-31.
11. Kugbey N, Asante KO, Meyer-Weitz A. Illness perception and coping among women living with breast cancer in Ghana: an exploratory qualitative study. *BMJ Open* 2020; 10(7): e033019.
12. Erdal GŞ, Balcioglu SS, Namli MN. Distress Tolerance in Patients with Metastatic and Non-metastatic Breast Cancer: A Single-center Experience. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2023; 14(3): 409-14.
13. Jeffries ER, McLeish AC, Kraemer KM, Avallone KM, Fleming JB. The role of distress tolerance in the use of specific emotion regulation strategies. *Behav Modif* 2016; 40(3): 439-51.
14. Veilleux JC, Pollert GA, Zielinski MJ, Shaver JA, Hill MA. Behavioral assessment of the negative emotion aspect of distress tolerance: Tolerance to emotional images. *Assessment* 2019; 26(3): 386-403.
15. Leahy RL. Emotional schema therapy. New York. The Guilford Press; 2015.
16. Mohamad Karimi M, Shariatnia K. The effectiveness of spiritual therapy on the quality of life of women with breast cancer in Tehran. *J Gorgan Univ Med Sci* 2017; 15(2): 32-7.
17. Mohammadzadeh S, Khalatbari J, Ahadi H, Hatami HR. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on perceived stress, body image and quality of life in women with breast cancer [in Persian]. *Scientific Journal of Social Psychology* 2021; 8(57): 87-100.
18. Safar Mohammadlou N, Mollazadeh A, Meschi F. Comparing the effects of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy on the quality of sexual life and sexual function in women with breast cancer [in Persian]. *MEJDS* 2021; 11.
19. Asaszadeh I, Mahmoudalilou M. The study of the effectiveness of metacognitive therapy on depressive symptoms and life expectancy of women with breast cancer. *Clinical Psychology Studies* 2018; 8(29): 69-95.
20. Ghasemi F, Karimi M, Dabaghi P. The effectiveness of mindfulness - based cognitive therapy on the quality of life in women with breast cancer [in Persian]. *NPWJM* 2018; 6(20): 51-9.
21. Jelvehzadeh F, Dogaheh ER, Bernstein C, Shakiba S, Ranjbar H. The effect of a group cognitive behavioral therapy on the quality of life and emotional disturbance of women with breast cancer. *Support Care Cancer* 2022; 30(1): 305-12.
22. Aghamohammadi F, Saed O, Ahmadi R, Kharaghani R. The effectiveness of adapted group mindfulness-based stress management program on perceived stress and emotion regulation in midwives: a randomized clinical trial. *BMC Psychol* 2022; 10(1): 123.

23. Tickell A, Ball S, Bernard P, Kuyken W, Marx R, Pack S, Strauss C, Sweeney T, Crane C. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in real-world healthcare services. *Mindfulness* (N Y) 2020; 11(12): 279-90.
24. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Publications; 2018.
25. Simons J.S, Gaher R.M. The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot* 2005; 29(2): 83-102.
26. Azizi A, Mirzaei A, Shams. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence [in Persian]. *Hakim* 2010; 13(1): 11-8.
27. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-7.
28. Bagherian Sararoudi R, Bahrami EH, Sanei H. Relationship between the history of myocardial infarction and cognitive representation of myocardial infarction [in Persian]. *J Res Psychol Health* 2008; 2(2): 29-39.
29. Silverman JJ, Galanter M, Jackson-Triche M, Jacobs DG, Lomax 2nd JW, American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *Am J Psychiatry* 2015; 172(8): 798-802.
30. Nasrolahi B, Torkaman SH, Darandegan K. Relationship between depression and psychological well-being perception in women with breast cancer [in Persian]. *Iranian Journal of Surgery* 2016; 24(1): 35-46.
31. Sami P, Emamipoor S, Rafiepoor A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on illness perception and adherence to the treatment of patients with multiple sclerosis. *Hormozgan Med J* 2022; 26(4): 185-190.
32. Moghadam NB, Heidari H, Abadi MZ, Pour RH. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on disease perception, body image, and fear of cancer recurrence in women with breast cancer. *Journal of Health Reports and Technology* 2023; 31: 9(3).
33. Tian X, Tang L, Yi LJ, Qin XP, Chen GH, Jiménez-Herrera MF. Mindfulness affects the level of psychological distress in patients with lung cancer via illness perception and perceived stress: a cross-sectional survey study. *Front Psychol* 2022; 13: 857659.
34. Bahrami M, Behbahani MA. The effect of a health literacy promotion program on the level of health literacy and death anxiety in women with breast cancer [in Persian]. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2019; 24(4): 286.
35. Borji M. Investigating the effect of home care on death anxiety in patients with gastrointestinal cancer [in Persian]. *Govareh* 2017; 22(2): 131-2.
36. Soltanizadeh M, Kazemi H, Darabi N, Ghodrati-pour S. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on emotion regulation and distress tolerance among firefighters in Isfahan [in Persian]. *Journal of Applied Psychological Research* 2021; 12(2): 83-100.
37. Bigonah Roodmajani M, Nayyeri M, Ramezani J. Comparison of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Integrated Transdiagnostic Psychotherapy for Emotion Regulation and Distress Tolerance. *Elderly Health Journal* 2024; 10 (1) :52-61.
38. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behav Ther* 2019; 50(3):630-45.
39. Saluja A. Mental Health and Well-being—New Paradigms 2023; 9:67.
40. Lynch TR, Mizon GA. Distress over tolerance and distress intolerance: A behavioral perspective. In: Zvolensky MJ, Bernstein A, Vujanovic AA. *Distress tolerance: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press; 2011; P. 52 -79.

Effectiveness of Cognitive-Mindfulness Group Therapy on Illness Perception and Distress Tolerance in Women with Breast Cancer

Gholamreza Talebi^{1,2}, Reza Bagherian Sararodi^{3,4}, Hasan Rezaei Jamaloui^{5,2},
Hamidreza Oreyzi⁶, Pegah Bagherian Sararodi⁷

Original Article

Abstract

Background: Breast cancer is one of the most prevalent health issues among women worldwide, causing a wide range of psychological complications, such as illness perception and distress tolerance. This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive mindfulness-based group therapy on illness perception and distress tolerance in women with breast cancer.

Methods: The method of this research is a semi-experimental type that was conducted in the year 1400 with a pre-test-post-test design. The number of 36 patients with breast cancer from Seyed al-Shohda Hospital and Alaa Cancer Prevention and Control Center of Isfahan, taking into account the entry and exit criteria. They were selected as available and randomly divided into two experimental (18 people) and control (18 people) groups. The experimental group underwent cognitive therapy based on Rebecca's (2009) mindfulness in 8 sessions of 60 minutes, and the control group received only routine medical and psychological care and did not participate in the therapeutic program. In order to collect data, Illness Perception Questionnaire (Broadbent) and Distress Tolerance Questionnaire (Simons) were used. Then the data was analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements.

Findings: The results of the analysis showed that the Mindfulness-based cognitive group therapy significantly improved the illness perception and distress tolerance of the experimental group ($P < 0.01$).

Conclusion: The results showed that the effectiveness of the Mindfulness-based cognitive group therapy on increasing illness perception and distress tolerance was confirmed in the present study.

Keywords: Mindfulness based cognitive therapy, disease perception, distress tolerance, Breast Neoplasms

Citation: Talebi Gh, Bagherian Sararodi R, Rezaei Jamaloui H, Oreyzi H, Bagherian Sararodi P. **Effectiveness of Cognitive-Mindfulness Group Therapy on Illness Perception and Distress Tolerance in Women with Breast Cancer.** J Isfahan Med Sch 2026; 43(847): 1955-65.

1- Assistant Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na.c., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2- Assistant Professor of Health Psychology, Clinical Research Development Center, Na.c., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

3- Professor, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Professor, Department of Health Psychology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

5- Associate Professor of Health Psychology, Department of Medicine, Na.c., Islamic Azad University, Najafabad, Iran

6- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

7- Medical Intern, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Hasan Rezaei Jamaloui, Professor, Behavioral Sciences Research Center, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: h.rezayi2@yahoo.com

پیوست

پرسشنامه تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (DTS)

لطفا عبارات زیر را به دقت مطالعه کرده و نظر خود را نسبت به هریک از آنها، در مقابل آن علامت بزنید.

ردیف	عبارت	کاملا موافق	کاملا مخالف
۱	داشتن احساس پریشانی یا آشفتگی برای من غیر قابل تحمل است.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۲	وقتی پریشان یا آشفته هستم، فقط به این می توانم فکر کنم که چه احساس بدی دارم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۳	من نمی توانم احساس پریشانی یا آشفتگی ام را کنترل کنم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۴	احساسات پریشانی من آن قدر شدید هستند که کاملاً بر من غلبه می کنند.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۵	هیچ چیز بدتر از احساس پریشانی یا آشفتگی نیست.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۶	من به خوبی سایر مردم می توانم پریشانی یا آشفتگی را تحمل کنم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۷	احساسات پریشانی یا آشفتگی ام قابل قبول نیست.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۸	من هر کاری را انجام می دهم تا از احساس پریشانی یا آشفتگی دوری کنم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۹	پریشان یا آشفته بودن همیشه برای من آزمایشی سخت است.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۱۰	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم از خودم خجالت می کشم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۱۱	من هر کاری را برای توقف احساس پریشانی یا آشفتگی ام انجام می دهم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۱۲	وقتی پریشان یا آشفته می شوم، باید بلافاصله کاری در مورد آن انجام دهم.	کاملا موافق	کاملا مخالف
۱۳	وقتی احساس پریشانی یا آشفتگی می کنم، به جز این که بر بد بودن آن تمرکز کنم، کاری نمی توانم بکنم.	کاملا موافق	کاملا مخالف

پرسشنامه ادراک بیماری (Brief-Illness Perception Questionnaire)

پاسخ دهنده محترم لطفا هر عبارت زیر را به دقت مطالعه و متناسب با وضعیت فعلی خود، با انتخاب یکی از گزینه های روبروی هر عبارت مشخص کنید.

بیماری زندگی شما را چقدر تحت تاثیر قرار داده است؟	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰
شما فکر می کنید بیماری تان چقدر ادامه می یابد؟											
چه مقدار احساساتان را در مواجهه با بیماری کنترل می کنید؟											
شما فکر می کنید درمان چه میزان به بیماری شما کمک می کند؟											
شما چقدر علائم بیماری تان را تجربه می کنید؟											
شما چقدر نگران بیماری تان هستید؟											
کر می کنید چقدر راجع بیماری تان اطلاعات دارید؟											
بیماری شما چقدر بر هیجاناتان موثر بوده است؟											