

## اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان

محمد اسماعیل اکبری<sup>۱</sup>، ناهید نفیسی<sup>۲</sup>،

و زهرا جمشیدی فر<sup>۳</sup>

دریافت مقاله 2013, Mar 20, پذیرش مقاله 2013, March 08

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از شیوه های کاهش استرس ادراک شده در بیماران است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور، تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تهران به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. هر دو گروه، قبل و بعد از آموزش ذهن آگاهی، از نظر سطح استرس ادراک شده مورد بررسی قرار گرفتند و گروه آزمایش در ۸ جلسه یک ساعته تحت آموزش ذهن آگاهی گروهی قرار گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس نمرات استرس ادراک شده آزمودنیها در دو مرحله ی پیش و پس آزمون، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نمرات استرس ادراک شده بیماران تحت آموزش، موثر بوده است. بنابراین، می توان این شیوه مداخله را به عنوان شیوه ای مستقل یا در کنار سایر شیوه های درمانی مانند دارو درمانی برای کاهش استرس این مبتلایان، بکار برد.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، سرطان پستان

### مقدمه

رشد روز افزون سرطان در چند دهه ی اخیر و اثرات زیان بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی معنوی، اجتماعی و اقتصادی، سبب شده است که علاوه بر مردم، توجه ی متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده ی قرن معرفی کنند.

۱. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

۲. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده مسول) zjamshidifar@yahoo.com

بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی ایران، میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۷/۵ در هزار نفر است (اکبری، ۲۰۰۸)؛ یعنی سالانه بیش از ۸ هزار مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده می شود که حدود ۷۷۷۸ مورد آن در بین زنان است. این سرطان، همه سنین بین ۱۵ تا ۸۵ سال را درگیر می کند اما شایع ترین سن بروز آن، ۴۵ تا ۵۵ سال است (اکبری، ۲۰۱۰). بررسی ها نشان داده است که سرطان، مبتلایان خود را در معرض انواع فشارهای روانی قرار می دهد و مطالعات نشان داده است که بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، بطور همزمان از یک اختلال روان پزشکی رنج می برند. فراوان ترین اختلال روانپزشکی در این بیماران، طبق آمار استخراج شده از این مطالعات، اختلال انطباق دارای زیرگروه های عاطفی از قبیل اختلال انطباق همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی همزمان است (آکیچی و همکاران، ۲۰۰۱؛ پرپل، ۲۰۰۴؛ دروگاتیس، ۱۹۸۳؛ از حسینی، ۲۰۱۲).

درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی است که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان را دچار اختلال می سازد. بحران های ناشی از سرطان، سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می شود اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس ناامیدی و استرس است (برنارد، ۲۰۰۸) و شواهد محکمی وجود دارد که استرس می تواند منجر به پیامدهای منفی متفاوتی از قبیل بیماری های جسمی، اختلالات روانی یا احساس فرسودگی در اشخاص شود (کابات زین، ۲۰۰۲). از سوی دیگر، دیدگاه های جدید در مورد استرس به جای تمرکز بر ماهیت استرس، به نقش منابع روانشناختی فرد در رویارویی با عوامل فشارزا تاکید دارد زیرا از این طریق، می توان تدابیر درمانی مناسب را برای کمک به فرد تحت فشار فراهم کرد (از مسعودنیا، ۲۰۰۷). در واقع، برای فردی که تحت شرایط استرس زا قرار دارد، ارزیابی سطوح استرس و روش های مقابله با استرس مهم است. استرس بالا، مداوم و طولانی مدت، می تواند منجر به ناسازگاری در فرد شود و مشکلات جسمی و هیجانی از قبیل عدم رضایت فرد از خود، احساس شکست، اضطراب، تنش شدید، ناکامی، افسردگی و کیفیت زندگی نامطلوب را برای فرد در پی داشته باشد (ون و کیم، ۲۰۰۲؛ از صناعی، ۲۰۱۲). بنابراین چگونگی مقابله افراد با استرس از شدت و فراوانی آن مهم تر است. شیوه های مقابله ی افراد با شرایط و

موقعیت های استرس زا، متفاوت است و برای کاهش این استرس که راه انداز سایر اختلالات و مشکلات در زندگی آنهاست، استفاده از درمان های روانشناختی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. یکی از نوآوری ها در درمان های روانشناختی، به ویژه درمان سرطان، تلفیق سنت های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ی تفکر نظاره ای (ذهن آگاهی) با رفتار درمانی شناختی-سنتی است که از این تلفیق به عنوان موج سوم روان درمانی یاد می شود (هایز، لوما و بوند، ۲۰۰۶) و برای پیشگیری از استرس و افسردگی به کار می رود (گروسمن، نیمان، اشمیت و والاج، ۲۰۰۴؛ کارلسون، اوسولیک، گودی، آنجن و اسپیکا، ۲۰۰۱؛ اسمیت، ریچاردسون، هافمن و پیلینگتون، ۲۰۰۵؛ ایوانز، ۲۰۰۹؛ کاویانی، ۲۰۰۳).

ذهن آگاهی، یک آگاهی پذیرا و بدون قضاوت از وقایع جاری است (ریان و براون، ۲۰۰۳). آگاهی ای که بر اثر توجه روی هدف، در لحظه ی جاری، بدون استنتاج لحظه به لحظه ایجاد می شود (کابات - زین، ۲۰۰۵). افراد ذهن آگاه، واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه ی گسترده ای از تفکرات، هیجانات و تجربه ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (براون، ۲۰۰۷). ذهن آگاهی با آرامش ذهنی و روانشناختی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد در حالی که خودآگاهی با میزان پایین آرامش روانشناختی مرتبط است (دی مور، ۲۰۰۵). ذهن آگاهی را می توان توانایی خودتنظیمی توجه و هدایت آن به طرف تکلیف قلمداد کرد. بر این اساس، تنظیم سنجیده ی توجه، بخش مرکزی ذهن آگاهی است (بایر، ۲۰۰۶؛ دی مور، ۲۰۰۹).

ذهن آگاهی، مشاهده ی محرک های درونی و بیرونی همان گونه که اتفاق می افتد بدون هیچ گونه قضاوت و پیش داوری است و در واقع مهارتی است که به افراد اجازه می دهد در زمان حال، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده است، دریافت کنند (کابات زین ۲۰۰۲، روبینز ۲۰۰۲، بایر ۲۰۰۳، بورکووک ۲۰۰۲). ذهن آگاهی نه تنها به وسیله ی تسهیل ارزیابی فرایند مثبت، باعث کاهش نتایج زیان بار ناشی از شرایط استرس زا می شود بلکه همچنین از طریق عادت زدایی استفاده از راهبرد ها مقابله ای نامناسب باعث کاهش مشکلات مربوط به شرایط استرس زا می شود. سبک های مقابله ای ناکارآمد، از قبیل فاجعه سازی ارتباط مستقیمی با بیماری های خلقی دارد (کارنسکی و کراج، ۲۰۰۶). اگر چه ارتباط آن هنوز به درستی مشخص نیست

ولی مشکلات هیجانی مربوط به استرس نیز در اثر استفاده از شیوه های مقابله ی نامناسب، پایدارتر می شود (از صناعی، ۲۰۱۲).

آموزش ذهن آگاهی، بر کاهش افسردگی، اضطراب و سازگاری روان شناختی موثر است (بوالمیجر، ۲۰۱۰). امروزه ذهن آگاهی یکی از درمان های مطرح در جهان است که در شرایط مختلف و برای افراد سالم و بیمار کاربرد دارد. از آن جمله می توان به درمان اختلال های خودکشی (لوما و ویلیت، ۲۰۱۲)، درد (مورون، گریکو و وینر، ۲۰۰۸)، افسردگی مزمن (بارنوفر، کران، هارگوس، آماراسینق، ویندر و همکاران، ۲۰۰۹)، اختلال خواب (شاپیرو، بوتزین، فیگوردو، لویز و اسکوارتز، ۲۰۰۳)، اضطراب فراگیر (ایوانز، فراندو، فیندل، استول، اسمارت و همکاران، ۲۰۰۸)، اختلال اضطرابی (ولستاد، سیورتنس و نلسو، ۲۰۱۱)، اختلالات روانپزشکی (چیسا و سرت، ۲۰۰۹)، پرخاشگری (سینق، لانکیونی، وینتون، سینق، سینق و همکاران، ۲۰۱۱) اشاره کرد. همچنین، در ایران نیز پژوهشها نشان می دهد که ذهن آگاهی می تواند باعث بهبود کیفیت زندگی افراد افسرده (کاویانی، حاتمی و شفیع آبادی، ۲۰۰۹)، پیشگیری از عود مواد افیونی (کلدوی، بورجعی، فلسفی نژاد و سهرابی، ۲۰۱۲)، تنظیم هیجان (نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی، ۲۰۱۱)، اختلال و سواس (فیروزآبادی و شاره، ۲۰۰۹) و چاقی (موسویان، مرادی، میرزایی، شادفر، محمودی کهریز و همکاران، ۲۰۱۱) شود (از دهقان منشادی، تقوی و دهقان منشادی، ۲۰۱۳). بنابراین ما در این پژوهش به دنبال پاسخ به این سوال هستیم که آیا آموزش ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر است؟

## روش

این پژوهش، یک طرح نیمه آزمایشی بود که با روش پیش آزمون- پس آزمون با گروه انتظار انجام شد. بدین طریق که از میان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران، ابتدا ۳۰ نفر با روش در دسترس انتخاب شدند که به دو گروه ۱۸ نفری آزمایش و ۱۲ نفری انتظار تقسیم شدند. هر دو گروه قبل و بعد از آموزش با پرسشنامه ی استرس ادراک شده ی کوهن (۱۹۸۳) مورد آزمون قرار گرفتند و گروه آزمایش در ۸ جلسه ی یک ساعته تحت آموزش ذهن آگاهی قرار گرفت ولی گروه در لیست انتظار هیچگونه آموزشی دریافت نکرد.

مقیاس استرس ادراک شده ی کوهن (PSS)، در سال ۱۹۸۳ از سوی شلدون کوهن تهیه شده و دارای ۳ نسخه ی ۱۰،۴ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. این فرم از طریق بررسی پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره ی حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را، مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این پرسشنامه، در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین دلیل به زبان‌های گوناگون ترجمه شده و در کشورهای زیادی هنجاریابی شده است. به هر پرسش، بر اساس طیف ۵ درجه ای لیکرت به هرگز=۰، تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳، بسیار اوقات=۴ امتیازی تعلق می‌گیرد. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به طور معکوس نمره گذاری می‌شود (هرگز=۴ تا بسیاری از اوقات=۰) کمترین امتیاز کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره ی بالاتر نشان‌دهنده ی استرس ادراک شده ی بیشتر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است (کوهن، ۱۹۸۳؛ از صناعی، ۲۰۱۲).

### جدول ۱: آموزش ذهن آگاهی (باون، چاولا و مارلات، ۲۰۱۱؛ از یوسفی، ۲۰۱۳)

جلسه	محتوی جلسات
اول	مرحله اول: معرفی شرکت‌کنندگان و شرح مختصری از ۸ جلسه. ۲. تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن‌ها. ۳. تکلیف خانگی: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیتها
دوم	۱. انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛ ۲. بحث در مورد تکلیف خانگی، موانع تمرین و راه حل‌های برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ ۳. بحث در مورد تفاوت بین افکار و احساسات؛ ۴. انجام مدیتیشن در حالت نشسته؛ ۵. تکالیف: ذهن آگاهی یک رویداد خوشایند، انجام مدیتیشن نشسته و اسکن بدن و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
سوم	۱. تمرین دیدن و شنیدن (در این تمرین از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود به نحوی غیرقضاوتی و به مدت ۲ دقیقه نگاه کنند و گوش دهند)؛ ۲. مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی؛ ۳. بحث در مورد تکلیف خانگی تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی؛ این مدیتیشن سه مرحله دارد: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن؛ ۴. انجام یکی از تمرین‌های حرکات ذهن آگاه؛ ۵- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن، تمرین ۳ دقیقه‌ای فضای تنفسی، ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید و ذهن آگاهی رویدادی ناخوشایند.
چهارم	۱- مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز

نامیده می‌شود)؛ ۲- بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین؛ ۳- تمرین قدم زدن ذهن آگاه؛ ۴- تکالیف: مدیتیشن نشسته، اسکن بدن یا یکی از حرکات بدنی ذهن آگاه و تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای (در یک رویداد ناخوشایند).

انجام مدیتیشن نشسته؛ ۲. ارایه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن؛ ۳. تکالیف: مدیتیشن نشسته، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

پنجم

۱. تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای؛ ۲. بحث در مورد تکالیف خانگی در گروه‌های دوتایی؛ ۳. ارایه ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه‌هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثرا واقعی نیستند؛ ۴. پذیرش احساسات به عنوان احساس ۵. تکالیف: انتخاب ترکیبی از مدیتیشن‌ها که ترجیح شخصی باشد. به علاوه انجام فضای تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید روزمره.

ششم

۱. مدیتیشن چهاربعدهی و آگاهی نسبت به هرآنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ ۲. مضمون این جلسه این است: بهترین راه مراقبت از خودم چیست؛ ۳. ارایه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می‌کنند کدامیک از رویدادهای زندگی‌شان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه می‌توان برنامه‌ای چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ۴. آموزش پذیرش بدون قضاوت و داوری؛ ۵. تکالیف: انجام ترکیبی از مدیتیشن که برای فرد مرجح است، تمرین تنفسی سه دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند. ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره ی جدید.

هفتم

۱. اسکن؛ ۲. مضمون این جلسه این است: استفاده از آنچه تا کنون یاد گرفته‌اید؛ ۳. تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ ۴. بحث در مورد روش‌های کنارآمدن با موانع انجام مدیتیشن؛ ۵. مطرح شدن سوالاتی در مورد کل جلسات، از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند؟ آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده؟ آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته و آیا دوست دارند تمرین‌های مدیتیشنشان را ادامه دهند.

هشتم

### یافته ها

برای بررسی تاثیر درمان انجام شده در کاهش استرس ادراک شده ی آزمودنی‌ها بعد از حذف داده‌های پرت، مولفه‌های توصیفی گروه آزمایش و گروه کنترل را در پیش آزمون و پس آزمون ارایه کرده‌ایم.

برای مقایسه ی نمرات استرس ادراک شده قبل و بعد از آموزش ذهن آگاهی، ابتدا مفروضه های تحلیل کواریانس بررسی شد.

**جدول ۲: مولفه های توصیفی نمرات آزمودنی های دو گروه در مقیاس استرس**

**ادراک شده به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون**

پس آزمون			پیش آزمون			گروهها
n	sd	M	n	sd	M	
۱۵	۳/۳	۱۲/۹	۱۵	۳/۷	۱۵/۳	آزمایش
۱۵	۶/۰	۱۳/۸	۱۵	۶/۳	۱۳/۸	کنترل
۳۰	۴/۵	۱۳/۲	۳۰	۴/۹	۱۴/۷	کل

نتایج آزمون لون  $F=۷۵۰/۰$  نشان داد با توجه به اینکه سطوح معناداری به دست آمده برای هر یک از ابعاد بیشتر از  $۰/۰۵$  است. داده ها، مفروضه ی تساوی خطای واریانس ها را زیرسوال نبرده اند؛ به علاوه، با توجه به اینکه اثر متقابل بین پیش آزمون مولفه های استرس ادراک شده و گروه، معنادار نیست؛ داده ها از فرضیه ی همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند. بنابراین، اجرای کوواریانس برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون استرس ادراک شده و گروه، جایز است. نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون ابعاد استرس ادراک شده گروه های آزمایش و کنترل، نشان می دهد که بین آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F(۲۵ و ۷)=۵/۳۷۲, p=۰/۰۰۱$ ).

به این ترتیب، مفروضه های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس تایید می شود. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ ارائه شده است. همان طور که در جدول بالا ملاحظه می شود،  $f$  محاسبه شده در سطح آلفای ( $p < ۰/۰۰۱$ ) معنادار است. پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، اثر معنادار بین آزمودنی های گروه آزمایش و گروه کنترل وجود دارد. ( $\text{Partial Eta}^2 = ۰/۹۶, P < ۰/۰۰۰۵$ )،  $F(1, 20) = ۱۸$  و  $R^2 = ۰/۹۶$  ( $R^2 \text{adjust} = ۰/۹۵$ ) در نهایت، می توان نتیجه گرفت که با ثابت نگه داشتن نمرات پیش آزمون در هر دو گروه، نمرات پس آزمون در دو گروه به طور معناداری تفاوت دارد. بنابراین تاثیر آموزش ذهن آگاهی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در کاهش استرس ادراک شده معنادار بوده است.

جدول ۴: خلاصه ی تحلیل کوواریانس نمرات آزمودنی ها

منبع	MS	df	ss	F	Sig	Eta
پیش تست	۵۵۸/۱۷	۱	۵۵۸/۷۱	۵۹۶/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶
گروه	۳۳/۲	۱	۳۳/۲	۳۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸
خطا	۲۵/۳	۲۷	۰/۷۴			

### بحث و نتیجه گیری

یافته ها، نشان می دهد که شیوع استرس و به طور کلی، مشکلات روان شناختی در بیماران مبتلا به سرطان، ۲۵ تا ۳۰ درصد است (زیدان، جانسون، دیاموند، دیوید و گلکاسیان، ۲۰۱۰) و سازگاری با تنش های ناشی از بروز و پیشرفت سرطان، به انجام واکنش های مقابله ای رفتاری-روانی نیاز دارد؛ به طور مثال، پاسخ های واکنشی شناختی و هیجانی در دریافت درمان، بر عملکرد روانی در جهت بهبود بیماری موثر است (والکر، زونا و فیشر، ۲۰۰۶). هدف این پژوهش، اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج تحلیل داده ها با روش کوواریانس، نشان داد که آموزش ذهن آگاهی در کاهش استرس ادراک شده ی گروه آموزش نسبت به گروه انتظار موثر بوده است؛ به عبارت دیگر، ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات، می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید که این یافته با یافته های مک کنزی، کارلسون، مانوز و اسپیکا (۲۰۰۷)؛ شاپیرو، براون و بیگل (۲۰۰۷)؛ اسمیت، ریچاردسون، هافمن و پیلینگتون (۲۰۰۵)؛ ایوانز (۲۰۰۹)؛ کاویانی (۲۰۰۳)؛ آرچ و کراسک (۲۰۰۶)؛ اسمیت، شلی، دالن، ویگینز، تولی و برنارد (۲۰۱۲) همسویی دارد. در تبیین یافته های این پژوهش می توان دریافت که استرس زنان مبتلا به سرطان، بیشتر جنبه ی ذهنی و شناختی دارد زیرا در این روش، شخص می آموزد با تکنیک هایی که مربوط به تجربه کردن لحظه ی حال است، به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متاثر از ترس ها و نگرانی های آینده است (کابات زین، ۲۰۰۲) رها شود. همچنین، این نگرش در آنها به وجود می آید که به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند) پذیرش بدون داوری داشته باشند. اتخاذ چنین تدبیری، به خصوص برای فرد مبتلا به سرطان که احساسات دردناکی مانند ناامیدی، درماندگی و غمگینی را تجربه می کند، سودمند است. همان طور که شیگان و همکاران (۲۰۰۶)



اشاره کردند، تمرینات ذهن آگاهی به علت ویژگی مواجهه با افکار و احساسات اضطراب زا و کنترل اجتناب به عنوان عامل افزایشدهنده ی اضطراب، به شرکت کنندگان فرصت مشاهده ی افکار، هیجانات و حس های بدنی درغیاب پیامد های مصیبت بار را می دهد.

آرچ و کرسک (۲۰۰۵) نیز معتقدند که مکانیسم ذهن آگاهی، با بهره گیری از تنفس متمرکز، بر تنظیم هیجان موثر است. بنابراین در نتیجه گیری پایانی می توان گفت که استفاده از روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با کاهش استرس ادراک شده و الگوی معیوب تفکر بیماران مبتلا به سرطان، همراه است و این شیوه ی درمانی را می توان به عنوان شیوه ای مستقل یا در کنار سایر شیوه های درمانی مانند دارودرمانی بکار برد و مشکلات روان شناختی و رفتاری ناشی از استرس ادراک شده را در افراد بهبود بخشید.

#### References

- Akbari, M. E. (2010). Cancer and Emotion: The Scope of Psycho-Socio-Oncology. *Iranian Journal of cancer Prevention*, 3,12-25. (Persian).
- Akbari, M. E. (2008). *Cancer in Iran*. Shahid Beheshti University, Medical Sciences. Cancer Research Center. Qom: Dar-ol-Fekr Publication. (Persian).
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2005). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behavior research and therapy*. 44. 1849-1858.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10,125-143.
- Bohlmeijer E , Prenger R, Taal E, Cuijpers P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal Psychosom Reserch*. (68): 539-5440
- Borkovec, T.D. (2002) . Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9,76-80.
- Brown, K.W., Ryan, R.M., & Creswell, J.D. (2007). Addressing Fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 18: 272-281.
- Burnard. P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D. & et al. (2008) A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*. 26:134-45.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: Six month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9,112-123.
- Dehghan Menshadi, Z., Taghavi, M.R., & Dehghan Menshadi, M. (2012). Psychometric Characteristics of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Journal of Thought & Behavior*. Vol 7. No.25, 27-36
- De More, M., & Cohen, L.L. (2005). Distraction for pediatric immunization pain: A critical review. *Journal Clinical Psychology Medical Settings*; 12(4): 281-291.
- Evens. S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal Anxiety Disorder*. (22):716-721.
- Frewen, P. A., Evans. E. M., Maray, N., Dozois, D.J.A., Partridge. K. (2007) Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Springer Science*. 10, 1-17.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35-43
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hossini, I. (2012). *Model development of illness perception and consequences in breast cancer patients* . un published theses. Islamic Azad university, Sciences & Researches branch of Tehran

- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kaviani, H., Hatami, N., & Shafieabadi, A. E. (2009). The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. *Advances in Cognitive Science*, 10(4), 39-48. [persian]
- Masoudniea, E. (2007). Perceived self- efficacy and coping strategies in stressful situations. *Journal of Iranian Psychiatrists & Clinical Psychologists* . 4. 405-415
- Sanaei, H. (2012). *Determine the effect of mindfulness on variables such as self efficacy, perceived stress and life orientation on women suffering from breast cancer* . un published theses. International Branch of Ghazvin.
- Smith B.W., Shelley, B.M., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., & Bernard J. (2012). A pilot study comparing the effects of mindfulness-based and cognitive-behavioral stress reduction. Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque, NM, 85131-1161, USA *Journal Alternative Complement Medical*. 14(3):251-8
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in Dialectical behavioral therapy. *Cognitive and behavioral Practice*, 9 , 50-57.
- Ryan, R.M., & Brown, K.W. (2003). Why We Don't Need Self-Esteem: on Fundamental Need, Contingent Love, and Mindfulness. *Psychological Inquiry*. 14: 27-82.
- Walker, M. S., Zona, D. M., & Fisher, E. B. (2006). Depressive symptoms after lung Cancer surgery: Their relation to coping style and social support. *Psycho-oncology*, 15(8), 684-693.
- Zeidan, F., Johnson, S.K., Diamond, B.J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognitive*. (19):597-605

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 7 (No. 27), pp.7-16, 2013

## **Effectiveness of Mindfulness Training in Decreasing the Perceived Stress among the Patients Suffering from Breast Cancer**

**Akbari, Mohammad Esmaeel**

Cancer research center, Medical Sciences University of Shahid Beheshti, Tehran,  
Iran

**Nafisi, Nahid**

Cancer research center, Medical Sciences University of Shahid Beheshti, Tehran,  
Iran

**Jamshidifar, Zahra**

Islamic Azad University, Roudehen Branch, Roudehen, Iran

Received: March 02, 2013

Accepted: March 08, 2013

Cognitive therapy based on mindfulness is one of the methods of decreasing the stress among the patients and allows for less distressful perception of negative phenomena at the present time. Hence, the research purpose was to investigate the effectiveness of mindfulness training in decreasing the perceived stress among the patients suffering from breast cancer. Therefore, a sample of 30 women suffering from breast cancer hospitalized in Shohaday-e Tajrish hospital was selected through convenience sampling and assigned to the experimental and control group. Groups were tested with regard to mindfulness and perceived level of stress both prior to and subsequent to the treatment. The experimental group underwent eight one-hour sessions of group mindfulness training. Results of covariance analysis indicated that mindfulness training has been effective in decreasing the patients' perceived level of stress. Therefore, this treatment can be employed both independently and along with other therapeutic methods like pharmaceutical treatment in the decrease of stress.

**Keywords:** Mindfulness, Perceived Stress, Breast Cancer

*Electronic mail may be sent to: zjamshidifar@yahoo.com*