

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان

زینب گنجعلی^۱، علی اکبر خسروی همپا^{۲*}، مهدیه پوررستم^۳، فاطمه میرزایی عرب آبادی^۴، لیلا زاهدی اصل^۵

چکیده

مقدمه: سرطان پستان یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و دومین علت مرگ و میر در بین زنان با بسیاری از مشکلات و عوارض جسمانی و روان شناختی همراه می باشد که نیازمند درمان متناسب هستند. لذا هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش پژوهش: روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه زنان با تشخیص سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های شهر تهران که از بین ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس یا داوطلبانه انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۳۰ نفره آزمایشی و کنترل به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. ابزارهای به کار گرفته شده شامل پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ساخته سگال، ویلیامز و تیزدیل، پرسشنامه های خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس تاب آوری کونور و دیویدسون بود. برای اجرا، ابتدا از هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد. سپس، گروه آزمایشی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی آموزش دیدند و بعد از اتمام جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS-24 و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان تاثیر معنی داری دارد.

نتیجه گیری: می توان از این روش درمانی که کم هزینه و کارآمد است، برای درمان اختلال های هیجانی و بهبود وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان استفاده کرد.

واژگان کلیدی: تاب آوری، خودکارآمدی، سرطان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۳/۱ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۴/۲۰

استناد: گنجعلی زینب، خسروی همپا علی اکبر، پوررستم مهدیه، میرزایی عرب آبادی فاطمه، زاهدی اصل لیلا. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۴؛ ۱۵(۱): ۱۱۶-۱۰۶

^۱ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. Sh.ganjali.1984@gmail.com

^۲ - (نویسنده مسئول)، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. Alikhosravi3344@gmail.com تلفن: ۰۹۱۲۸۰۶۹۷۸۱

^۳ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران. Mahdieh.pour63@gmail.com

^۴ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد انار، دانشگاه آزاد اسلامی، انار، ایران.

^۵ - کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه:

سرطان یکی از بیماری‌های شایع در دنیای متمدن امروزی است که تعداد افراد مبتلا به آن روز به روز افزایش می‌یابد. (۱). سرطان به عنوان رشد غیر قابل کنترل سلول‌های غیر عادی تعریف شده است، که تومورهایی به نام نئوپلاسم تولید می‌کند. دو نوع تومور وجود دارد: تومور خوش خیم که در تمام بدن پراکنده نمی‌شود، و تومور بدخیم، که متاستاز یا فراگستری نشان می‌دهد. {فرآیند کنده شدن سلول‌ها از تومور و حرکت به نقاط دیگر}. (۲). در سال ۲۰۰۸ سرطان مسئول مرگ ۷/۶ میلیون نفر در سراسر کره زمین بود (حدود ۱۳ درصد تمام مرگ و میرها) و اکنون علت اصلی مرگ و میر است. برآورد می‌شود که مرگ و میر ناشی از سرطان در کل جهان به بیش از ۱۱ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد. (۲). پس از بیماری‌های قلبی عروقی و سوانح و حوادث، سرطان سومین عامل مرگ و میر در ایران است. سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر از ایرانیان در اثر سرطان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود سالیانه بیش از ۸۰۰۰۰ مورد جدید سرطان، در کشور اتفاق می‌افتد. (۳).

سرطان پستان و پروستات هنوز به ترتیب از شایع‌ترین انواع سرطان در زنان و مردان است. موارد سرطان ریه در زنان در حال افزایش است. همچنین موارد تومورهای مری که در اثر اسیدهای واکنشی در اثر چاقی ایجاد می‌شود، اکنون بیشتر در مراکز درمانی دیده می‌شود. سرطان در نواحی سروگردن که توسط نوعی ویروس ایجاد می‌شود در حال افزایش است. گفته می‌شود که سکس دهانی عامل اصلی انتقال این نوع ویروس است. بر اساس بررسی‌های تازه، افزایش امید به زندگی به این معنی است که افراد بیشتر عمر می‌کنند و لذا تعداد بیشتری از آن‌ها تحت تأثیر این بیماری قرار خواهند گرفت. اما سبک زندگی بهتر مانند کاهش وزن و سیگار نکشیدن، می‌تواند تأثیر مهمی در عدم ابتلا به این بیماری داشته باشد.

مهمترین درمان‌های سرطان امروزه عبارتند از: (۱) جراحی (۲) شیمی درمانی (۳) داروهای آنتی نئوپلاسمی (۴) پرتو درمانی (۵) هورمون درمانی، که طی آنها به نوعی (دارویی یا جراحی) عملکرد برخی هورمون‌ها مختل می‌شود. که هر یک از آن‌ها می‌تواند بر سازگاری روانشناختی بیماران تأثیر بگذارد. اضطراب معمولاً به صورت نگرانی غیر قابل کنترل ظاهر می‌شود؛ ترس شدیدی که حملات وحشت زندگی خواب‌های ناراحت‌کننده، یا بی‌قراری، بیداری‌های مفرط، بی‌خوابی، تنفس دشوار و ناراحت، تنگی نفس، بی‌حسی، خستگی یا تنش عضلانی را به وجود می‌آورد. اضطراب ممکن است بعد از دریافت تشخیص سرطان در طول مرحله درمان یا در مرحله کنترل بیماری به وجود آید (۴).

سرطان و درمان آن علاوه بر پیامدهای جسمانی، با اختلالات روانشناختی همراه است؛ تشخیص سرطان بسیار ناراحت‌کننده است و موجب فقدان کنترل و عدم امنیت در فرد می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند کیفیت زندگی به میزان زیادی تحت تأثیر میزان تاب آوری است. در واقع، پژوهش درباره تاب آوری و خودکارآمدی و آثار روانشناختی مثبت و منفی سرطان در بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی ضروری است؛ چراکه بین رویدادهای تنش‌زا (سرطان) و اختلالات روانشناختی عواملی چون تاب آوری و خودکارآمدی وجود دارد که موجب اثرگذاری متفاوت مداخلات بر آثار روانشناختی سرطان می‌شود. (۵).

تاب آوری به توانایی برگشت پذیری یا بهبودی (یا کاهش پاسخ‌های منفی) پس از مواجهه با یک رویداد استرس‌زا (مثل سرطان) و استفاده از تجربه برای رشد گفته می‌شود. انجام وظایف با مهارت‌های مشابه در موقعیت‌های مختلف به صورت ضعیف، متوسط یا قوی از سوی فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای خودکارآمدی افراد بستگی دارد. (۶). خودکارآمدی برای مقابله با سرطان سازهای خاص است که به رفتارهایی اطلاق می‌شود که در طول دوره درگیری با تشخیص سرطان، درمان و تغییر وضعیت به بازماندگی رخ می‌دهد. خودکارآمدی ادراک‌شده، باور فرد به توانایی اش در اجرای راهکارهای مقابله با سرطان است. (۷)

بیماران سرطانی که خودکارآمدی مثبتی دارند، از جست وجوی حمایت و حل مسئله به عنوان مکانیسم های مقابله ای سازگار و در مقابل بیماران با خودکارآمدی منفی از مشکلات اجتناب میکنند. پژوهش طاهری و فلاورجانی روی زنان دارای سرطان پستان در ایران نشان داد تاب آوری اثرات خودکارآمدی را بر استرس ادراک شده میانجی گری میکند. (۷). تاب آوری بالایی روانشناختی به حس پذیرش تشخیص سرطان، سازگاری بهتر با استرس ادراک شده، رشد روانشناختی و توانایی برای کنار آمدن با مشکلات کمک میکند. (۷). پژوهش سیلر و جنوین (۸) تلاش شده است عوامل بیولوژیکی، فردی و اجتماعی دارای تأثیر در تاب آوری (به عنوان ضربه گیر علیه پریشری روانشناختی) شناسایی و مدل یابی شوند. به هر حال، اهمیت تاب آوری و خودکارآمدی به عنوان منابع مثبت درونی در بهبود سلامت روانی و جسمانی افراد دارای سرطان پستان باعث شده است این موارد مورد توجه ویژه قرار گیرند، اما پژوهش ها در این زمینه هنوز نوظا هستند.

یکی از رویکردهای موثر در تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی شیوه ای است برای پرداختن توجه یا مدیریت فکر که امروزه بیشتر محققین آن را به مراقبه شرقی ارتباط داده، و آن را به عنوان «توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه به لحظه» توصیف کرده اند. همچنین به عنوان «پرداختن توجه به یک شیوه خاص در زمان حال، و بدون قضاوت (۹)، و توانایی معطوف ساختن توجه به گونه ای که بتوان از طریق تمرین های مراقبه آن را پرورش داد. این شیوه خاص تحت عنوان خودتنظیمی توجه از یک لحظه به لحظه دیگر تعریف شده است» (۹). متون معاصر ذهن آگاهی، تمرینات متنوعی را جهت فراگیری مهارتهای مراقبه های معرفی کرده است (۹). افراد ترغیب می شوند تا به تجربه های درونی خود در هر لحظه، همچون حس های بدنی، افکار و احساسات توجه کنند. همچنین توجه کردن به جنبه های محیطی نظیر مناظر و صداها مورد ترغیب قرار می گیرد (۹). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی به عنوان یک احساس بدون قضاوت و متعادل از آگاهی تعریف شده است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی، همانطور که اتفاق می افتند، کمک می کند. آموزش ذهن آگاهی یکی از روش های درمانی مبتنی بر کاهش استرس و روان درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن به افراد آموزش داده میشود و در واقع این روش درمانی تلفیقی از تن آرامی و ذهن آگاهی است. ریان و دسی نشان دادند که ذهن آگاهی به افراد در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار خودکار و تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی کمک می کند (۱۰). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان است.

روش پژوهش:

روش پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه زنان با تشخیص سرطان پستان مراجعه کننده به یکی از بیمارستان های شهر تهران که از بین ۶۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس یا داوطلبانه انتخاب شدند. سپس در دو گروه ۳۰ نفره آزمایشی و کنترل به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. ملاک ورود: سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، شرکت داوطلبانه، عدم وجود بیماری های روانی، بستری بودن در بخش شیمی درمانی، گذشتن حداقل دو هفته از شروع بیماری. ملاک خروج: فوت کردن بیمار، شرکت نکردن در حداقل دو جلسه روان درمانی. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس: مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس (۱۱) برای بررسی خودکارآمدی عمومی دارای ۱۷ «گویه» است، این مقیاس سه جنبه از رفتار شامل «میل به آغازگری رفتار» میل به گسترش تلاش برای کامل کردن

تکلیف «و مقاومت در رویارویی با موانع» را اندازه‌گیری می‌کند و به شیوه ۴ امتیازی لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری مقیاس برای گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ از راست به چپ (۱ امتیاز اولین گزینه تا ۴ امتیاز آخرین گزینه) است. امتیاز کلی از جمع نمره‌های تمام گویه‌ها به دست می‌آید که به این ترتیب کمینه آن ۱۷ و بیشینه آن ۶۸ می‌باشد. وودروف و کاشمن در بررسی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر و مادوکس روایی و اعتبار آن را تأیید کردند. اعتبار مقیاس در بررسی شرر و مادوکس (۱۱) ۰/۸۶ در بررسی وودروف و کاشمن ۰/۸۴ و در بررسی اصغر نژاد، احمدی قطب‌الدینی، فرزاد، خداپناهی ۰/۸۳ گزارش شده است. در مطالعه دیاز- فویو و همکاران روایی صوری و محتوا به روش کیفی مقیاس خودکارآمدی عمومی را با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه سلامت روان دانشگاه بارسلونای اسپانیا مطلوب گزارش شده است. همچنین برای بررسی میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، روی ۳۵۱ تن از بیماران مبتلا به سلیاک در شهر بارسلونای اسپانیا اجرا و ۰/۹۲ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله یک ماه ۰/۷۵ گزارش شد. بر اساس پژوهش‌هایی که در ایران انجام شده، ضریب اعتبار پرسش‌نامه از طریق روش دونیمه کردن ۰/۸۵ گزارش شده است جلالی اعتبار پرسشنامه را بر روی یک نمونه متشکل از ۴۱ دانش آموز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ و با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته برابر با ۰/۶۹ به دست آورد. در پژوهش دهقان، آتش پور و شفتی ضریب آلفای کرونباخ برای خودکارآمدی عمومی ۰/۸۵ بدست آمد.

مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون: برای سنجش تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۱۲) استفاده شد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) با دامنه ۲۵-۱۲۵ نمره‌گذاری می‌شود. یک مطالعه مقدماتی در مورد ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی بازآزمایی، روایی همگرا و واگرایی کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چند بعدی است و وجود پنج عامل شایستگی / استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/ روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تأیید کرده است (۱۲). پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (۱۳). در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد، انجام شد، پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ بدست آمده است. محمدی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ضریب پایایی مقیاس را ۰/۸۹ و روایی مقیاس را به روش همبستگی هرگویه با نمره ی کل مقوله ی ضریب ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ بدست آورد. روایی به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ بود. پایایی پرسشنامه تاب آوری علاوه برهنجاریابی اولیه توسط کرمیرزا مجدداً هنجاریابی شد پژوهشگر کرمیرزا (۱۳۸۸) در پژوهش خود ضریب آلفای کل آزمون را برابر با ۰/۹۰ گزارش کرد. بشارت و عباسپور (۱۳) میزان شاخص آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۶ در حد قابل قبول و تأییدکننده پایایی پرسش‌نامه می‌باشد به دست آوردند اعتبار این سازه در ایران در سال توسط بشارت (۱۳) تأیید شده است.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: آموزش گروهی مهارت‌های شناختی ذهن آگاهی در هشت جلسه تنظیم شده است. هر یک از جلسات شامل هدف، خلاصه جلسات، مباحث آموزشی، تمرین و تکلیف منزل می‌باشد. اهداف هر جلسه به شرح زیر است:

جلسه اول:

- ارائه این مطلب برای شرکت کنندگان که فرایندهای فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری در موجود انسانی با هم تعامل دارند.
- ارائه این مطلب برای شرکت کنندگان که تمام یا اغلب واکنش‌های هیجانی دارای مولفه های شناختی هستند.
- توانا سازی شرکت کنندگان در دریافت افکار سطحی مقدماتی که بین واقعه و واکنش هیجانی قرار می‌گیرند و نوشتن آنها در زیر شکل سه ستونی، یکی برای واقعه فعال ساز (A)، یکی برای باورها یا افکار (B) و دیگری برای پیامد هیجانی (C).

جلسه دوم:

شرکت کنندگان دانش های زیر را به دست آورند:

- مهم ترین جنبه های نظریه های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم
- خصوصیات افکار خودآیند و چگونگی دست یابی به آنها
- تحریف های شناختی یا خطاهای منطقی مهم و امکان بازشناسی آنها در افکار خودتان
- شرکت کنندگان مقاومت های بالقوه خود را که ممکن است در برابر شناخت درمانی بروز دهند، بشناسند و برای مقابله با این مقاومت ها راهبردهایی را در نظر بگیرند.

جلسه سوم:

- آشنایی شرکت کنندگان با این نکته که افکارشان درست مثل پیامدهای هیجانی دارای پیامدهای رفتاری می باشد و هم چنین اینکه خود این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشد.
- آموزش شرکت کنندگان در خصوص ماهیت طرحواره (باورهای مرکزی، اندیشه های، نگرش های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره ها و افکار خودآیند و هم چنین آموزش روش پیکان رو به پایین برای شناسایی طرحواره ها (برنز، ۱۹۸۰)

جلسه چهارم:

- کار بر روی پیکان های رو به پایین که هفته گذشته معرفی شد، ادامه دهید و مشکلاتی را که شرکت کنندگان هنگام به کارگیری روش پیکان رو به پایین برای تعیین طرحواره های منفی داشته اند، حل کنید.
- شرکت کنندگان باید بتوانند ده نوع از طرحواره های منفی رایج و معمول را تشخیص دهند و باورهایشان را درون آن ده طبقه معمول طبقه بندی کنند

جلسه پنجم:

- اهداف این جلسه بیشتر به شرکت کنندگانی مربوط می شود که به تصویر بزرگ یعنی فهم اینکه چطور باورهای منفی شان با یکدیگر مربوط می شوند، دست یافته اند. در پایان آنها فهرست اصلی باورهای منفی، نقشه های شناختی از این که چطور باورها با یکدیگر مرتبط هستند را تهیه می کنید و باورهایشان را بر روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی بر اساس شدت هیجان مرتبط با آنها درجه بندی می کنند.

جلسه ششم:

- این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو شناختی هستند. اولین هدف این است که شرکت کنندگان این عقیده باید بپذیرند که باورها تغییر پذیر هستند. باورهای فرهنگی غالب طی تاریخ بشری تغییر می کنند و افراد هم چنین در طی زمان باورهایشان را تغییر می دهند.

- هدف دوم این است که شرکت کنندگان بپذیرند که این امکان وجود دارد که آنها بتوانند به باورهایشان به طور عینی توجه کنند. هدف اول از طریق واداشتن شرکت کنندگان به اینکه مثال هایی بزنند از باورهایی که طی تاریخ بشری تغییر کرده اند و باورهایی که طی مدت زندگی شان تغییر کرده است، برآورد خواهد شد. این مسئله راه را برای این عقیده می گشاید که باورهایی که آنها در روش پیکان رو به پایین شناسایی کرده اند نیز می توانند تغییر کنند.

جلسه هفتم:

- اهداف اصلی این جلسه فهم این مطلب است که باورها می‌توانند بر پایه تعدادی از معیارها ارزیابی شوند. این مساله تبیین می‌شود که باورها می‌توانند درجات متفاوتی از کارآیی را داشته باشند و افراد برای سازماندهی رفتارهایشان مجموعه‌ای از باورها را بکار می‌گیرند که با باورهای دیگر و باورهایی که توسط افراد دیگر بکار گرفته می‌شوند تا حدودی سازگار و هماهنگ است.

جلسه هشتم:

- استفاده از آنچه یاد گرفتید برای روزهای آتی
- روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها: روش‌های متداول آمار توصیفی مانند: توزیع فراوانی، شاخص‌های پراکندگی و سایر روش‌های این نوع از تحلیل آماری به کار گرفته شد. روش آمار استنباطی: پردازش آماری با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) و کمک گرفتن از نرم افزار SPSS پردازش آماری انجام می‌گردد.

یافته‌ها:

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تاب آوری، خودکارآمدی در دو گروه آموزش و گروه کنترل به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول (۱) آمده است.

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تاب آوری و خودکارآمدی

متغیر	گروه	میانگین		انحراف استاندارد	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب آوری	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۲۸/۶۸	۴۴/۲۵	۵/۵۶	۷/۸۵
	کنترل	۳۵/۰۸	۳۴/۴۷	۵/۷۸	۵/۴۲
خودکارآمدی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۰/۲۰	۱۸/۶۸	۵/۹۵	۷/۷۸
	کنترل	۱۱/۶۸	۱۲/۶۶	۶/۳۵	۶/۸۷

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، تغییراتی در نمرات پیش-آزمون، پس‌آزمون در متغیرهای تاب آوری و خودکارآمدی در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی رخ داده است. در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب آوری و خودکارآمدی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش معنی‌دار داشت. در این تحقیق از آزمون آماری کوواریانس به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه تحقیق استفاده شده است.

جدول (۲): مقایسه تفاضل نمرات پس آزمون - پیش آزمون تاب آوری و خودکارآمدی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل

منبع	متغیر وابسته	SS	DF	MS	F	P
گروه	تاب آوری	۲۶۳۷/۰۶	۲	۱۳۱۸/۵۳	۲۷۰/۷۰	۰/۰۰۱
	خودکارآمدی	۱۶۰۴/۴۱	۲	۸۰۲/۲۰۵	۸/۵۰	۰/۰۰۱
خطا	تاب آوری	۴۴۸/۵۲	۲۸	۱۶/۰۱۸		
	خودکارآمدی	۹/۵۲	۲۸	۰/۳۴۰		
کل	تاب آوری	۱۵۸۰/۳۵	۳۰			
	خودکارآمدی	۲۱۰۵/۲۲	۳۰			

باتوجه به نتایج جدول ۲، پس از تعدیل نمره‌های پیش آزمون، تفاوت بین گروه‌ها در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار می‌باشد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان و تفاوت بین گروه‌ها در پس آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و خودکارآمدی بیماران مبتلا به سرطان تأثیر معنی داری دارد. می‌توان از این روش درمانی که کم هزینه و کارآمد است، برای درمان اختلال‌های هیجانی و بهبود وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان استفاده کرد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های آذرگون و همکاران (۱۴) مرادی و همکاران (۱۵)، حسن پور و خوش اخلاق (۱۶)، سوره و همکاران (۱۷)، مهدی پور و همکاران (۱۸)، مرادی و همکاران (۱۹)، غیورکاظمی (۲۰) همسو می‌باشد. برمال و همکاران (۱۳۹۷) به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در کمک به کاهش افسردگی، نشخوار ذهنی، بهبود شیوه حل مسئله و خودکارآمدی و تاب آوری مفید واقع شود. همچنین یافته‌های آذرگون و همکاران (۱۴) نشان داد که نشخوار فکری و افسردگی گروه آزمایش و کنترل بعد از جلسات ذهن آگاهی تفاوت معنی داری با یکدیگر داشت. درمان ذهن آگاهی یکی از رویکردهای درمانی جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله گیرند. به طور کلی، آموزش ذهن آگاهی کمک می‌کند تا افکار غیر سودمند و عوامل راه اندازی آن شناسایی شوند و با توقف فکری درباره رویدادهای منفی و پیامدهای آن در جهت کاهش نشخوار ذهنی، کمک به تنظیم شناختی هیجان و به دنبال آن در بهبود شیوه حل مسئله مؤثر باشد و در نهایت کاهش افسردگی و بهبود خلق را انتظار داشت. آموزش انعطاف پذیر روی توجه، غنی سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات، باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌شود.

ملاحظات اخلاقی: اگر در طی انجام آموزش افرادی که قصد ترک از پژوهش را داشته باشند مانعی وجود نداشت و همان طور که با میل و رغبت خود وارد پژوهش شده‌اند در صورت تمایل می‌توانستند از ادامه کار دست‌بردارند. اطلاعات بیماران به صورت کاملاً محرمانه نزد پژوهشگر باقی می‌ماند. فیلم‌برداری از جلسات آموزشی انجام نشد.

محدودیت پژوهش: این پژوهش هم مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود که یکی از این محدودیت‌ها وضعیت روانی و عاطفی بیماران هنگام پاسخگویی به سوالات بود که ممکن است در صحت و دقت پاسخگویی آنان تاثیر گذار باشد که این محدودیت غیر قابل کنترل بود.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

References:

1. Babapour J, Zeinali S, Zarezade F, Nejati B. The Structural Association of Religious Attitude and Coping Style with Quality of Life and Fatigue in Cancer Patients. JHC; 2016; 18 (1): 45-54. <http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-436-fa.html>
2. Ogden J. health Psychology. Tehran: Arajmand Publications; 2020. https://books.google.com/books/about/Health_Psychology_6e.html?id=RMsvEAAAQBAJ
3. Ramezani Darya Seri R. Comprehensive National Cancer Control Program, Ministry of Health and Medical Education; 2012.
4. Snyder C.R, Lopez SG. Positive Psychology, New York Published by Oxford University Press, Inc; 2017. <https://global.oup.com/academic/product/the-oxford-handbook-of-positive-psychology-9780199396511?cc=de&lang=en&>
5. Tajikzade F, Sadeghi R, Raees Karimian F. The comparison of resilience, coping style and pain catastrophizing in cancer patients and normal people. JAP. 2016; 7(3): 38-48. <https://jdisabilstud.org/article-1-1991-en.html>
6. Soleymani E, Hoveyda R. Investigation the concept of self-efficacy in Bandura's theory. Soc Sci. 2013; 63:91-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.07.001>
7. Ye ZJ, Peng CH, Zhang HW, Liang MZ, Zhao JJ, Sun Z, et al. A biopsychosocial model of resilience for breast cancer: A preliminary study in mainland China. Eur J Oncol Nurs. 2018; 36: 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.08.001>
8. Chirico A, Lucidi F, Merluzzi T, Alivernini F, De Laurentiis M, Botti G, et al. A meta-analytic review of the relationship of cancer coping self-efficacy with distress and quality of life. Oncotarget. 2017; 8(22): 36800-11. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.15758>
9. Kabat-zin J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion; 1994: 10-15. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=845294>

10. Dennis J.P., Vander Wal J.S.. The cognitiv e flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validit, Cogn Ther Res, 2010; 34: 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9275-1>
11. Sherer M. Maddux J. The self-efficacy scale: Construction and validation Psychological Reports, 1982; 51: 663-671. <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
12. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale, Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety, 2003; 18:76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
13. Basharat M.. Psychometric characteristics of Persian form of resilience scale. Research report, University of Tehran, 2016.
14. Azargoon H., Kajbaf M., Molavi H., Abedi M. The Effect of Mindfulness Training on Mental Rumination and Depression of the Students of Isfahan University. Clinical Psychology and Personality, 2009; 7(1): 13-20. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23452188.1388.7.1.2.0>
15. Moradi A., Ahmadian A., Mohammadi I., Ghavidel Kolowr R. The Effect of Training Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Rumination and Death Anxiety amongst Women with Breast Cancer. Journal of Modern Psychological Researches, 2024; 18(72): 249-256. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.17336>
16. Hosseinpoomohammadabadi R., Khoshakhlagh H. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Sense of Coherence, Emotional Processing, Death Anxiety, and Body Image in Breast Cancer Patients. Sadra Medical Journal, 2024; 12(1): 12-24. <https://doi.org/10.30476/smsj.2024.97697.1396>
17. Mehdipour F., Rafiepoor A., Hajializade K. The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Group Therapy (MBCT) In Improving Quality of Life among Patients with Cancer. Iranian Journal of Health Psychology, 2019; 2(1): 125-134. doi: <https://doi.org/10.30473/ijohp.2020.35178.1004>
18. Sooreh J., hajloo N., Atadokht A., Basharpour S. Comparing the Effectiveness of Positive Thinking Skills (PTS) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in Promoting Demoralization and Psycho-Social Adjustment in Cancer Patients. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2023; 30(2): 193-207.. <https://doi.org/10.30468/jsums.2023.1557>
19. Moradi A., Esmailzadehpourya M. M., Akbari M., Hasani J., Gholami N. Effectiveness of Meaning-centered Group Therapy and Mindfulness based Cognitive therapy in Cognitive flexibility in Patients with Breast Cancer. Journal of Modern Psychological Researches, 2021; 16(62): 74-89. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_12551.html?lang=en
20. Ghayour Kazemi F, Shahhabizadeh F, Safara M, Shahidsales S. Effectiveness of Trans diagnostic Intervention and Mindfulness-Based Schema Therapy on Cancer Self-Efficacy and Resilience in Women with Breast Cancer. North Khorasan University of Medical Sciences, 2022; 14(3): 24-33. <http://dx.doi.org/10.32592/nkums.14.3.24>