

## «زن و مطالعات خانواده»

سال نوزدهم، شماره شصت و ششم، زمستان ۱۴۰۳

ص ص: ۱۳۹-۱۶۸

### اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، پریشانی روانشناختی و نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به سرطان تبریز

مریم عظیمی<sup>۱</sup> نسترن منصوریه<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۴۰۲/۶/۱ تاریخ پذیرش: ۴۰۲/۷/۳

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، پریشانی روانشناختی و نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به سرطان تبریز انجام شد. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش نیز شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان مراجعه کننده به مراکز درمانی تبریز در نیمه نخست سال ۱۴۰۲ بودند که دارای پرونده پزشکی بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان بودند که بصورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که در دو گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات هم شامل پرسشنامه استاندارد فاجعه‌سازی درد سالیوان، پرسشنامه استاندارد پریشانی روان‌شناختی کسلر و پرسشنامه استاندارد نشخوار ذهنی هوکسیما - مارو به همراه برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بود. بعد از اجرای پیش‌آزمون، پروتکل آموزشی در طی ۸ جلسه ۲ ساعته صرفاً برای گروه آزمایش برگزار گردید و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از برنامه آموزشی مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون پرسشنامه‌های یاد شده بعمل آمد و نتایج داده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین به منظور بررسی فرضیه‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده گردید. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، در زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. ( $F=244/96$ ،  $P < 0/01$  و  $\eta^2 = 0/901$ ). همچنین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد ( $F=217/20$ ،  $P < 0/01$  و  $\eta^2 = 0/889$ ). نهایتاً، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد ( $F=265/25$ ،  $P < 0/01$  و  $\eta^2 = 0/908$ ). براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش

<sup>۱</sup>. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

<sup>۲</sup>. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

میزان فاجعه‌سازی درد، پریشانی روان‌شناختی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان شهرستان تبریز مؤثر است؛ بنابراین استفاده از آن به عنوان یک روش درمانی مکمل در کنار روش‌های پزشکی و دارویی به منظور درمان بیماران سرطانی پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فاجعه‌سازی درد، پریشانی روان‌شناختی، نشخوار ذهنی، سرطان

### مقدمه

سرطان نامی است که به مجموعه‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که از تکثیر ماهر نشده سلول‌ها پدید می‌آید. سلول‌های سرطانی از سازوکارهای عادی تقسیم و رشد سلول‌ها جدا می‌افتند و بدون توقف شروع به تقسیم شدن می‌کنند و به بافت‌های اطراف گسترش می‌یابند. علت دقیق این پدیده نامشخص است ولی احتمال دارد عوامل محیطی یا سبک زندگی زمینه‌ساز سرطان شوند. تحقیقات انجام شده تعدادی از عوامل را که به تنهایی یا با هماهنگی با سایر عوامل منجر به سرطان می‌شوند را شناسایی کرده‌است که عمده‌ترین آنها عبارتند از: قرار گرفتن در معرض ترکیبات شیمیایی یا سموم، پرتوهای یونیزه کننده، پاتوژن‌ها، زمینه‌های ژنتیکی، شیوه تغذیه، التهاب‌های مزمن و اختلال در فرآیند ترشح هورمون‌ها.

با این حال شنیدن کلمه "سرطان" از زبان یک پزشک می‌تواند برای هر کسی هولناک بوده و سرآغاز یک سفر طولانی باشد که سلامت جسمانی، وضعیت روحی، عملکرد اجتماعی و روابط او با اعضای خانواده و نزدیکانش را تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر این، هزینه‌های مالی تحمیل شده برای درمان، فشار روانی نبرد با مرگ و هراس از تکرار آن می‌تواند آسیب‌های روانی متعددی را به دنبال داشته باشد و فرد به مشکلاتی نظیر: پریشانی حال، افسردگی، اضطراب، درد، بدبینی، تنهایی، خشم، نشخوار ذهنی، احساس گناه و خستگی دچار شود. چنین مشکلاتی بویژه در بین زنان که با انواع متفاوتی از سرطان‌ها مواجه هستند بیشتر خودنمایی می‌کند. شایع‌ترین سرطان‌ها در بین زنان، سرطان‌های دستگاه تناسلی، سرطان سینه، سرطان کولون، سرطان ریه، سرطان پوست و برخی از سرطان‌ها می‌باشد که با اصول و روش‌های درمانی خاصی همچون: جراحی، شیمی‌درمانی، درمان اندک‌رین، درمان ایمونولوژیک، درمان با سلول CAR-T، پیوند سلول بنیادی و درمان‌های حمایتی و... کار فرآیند درمان متناسب با شرایط بیمار انتخاب و شروع می‌شود.

به دلیل تأثیرها و پیامدهای منفی قابل توجه ناشی از مشکلات روان‌شناختی در درمان بیماران سرطانی و بویژه زنان مبتلا به سرطان، سازمان جهانی بهداشت بر لزوم بکارگیری روش‌های مکمل در درمان بیماری‌ها تأکید کرده‌است. بر همین اساس در دو دهه اخیر درمان‌های مکمل بسیاری برای کاهش عوارض جانبی و مقابله با سرطان طراحی و اجرا شده‌است. یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی، تلفیق سنت‌های معنوی شرق و از جمله فنون مراقبه ذهن‌آگاهی با درمان‌های شناختی است که توانایی

خودتنظیمی توجه و هدایت سنجیده توجه بصورت هدفمند را در فرد فراهم می‌کند. در پژوهش حاضر نیز که با عنوان اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان فاجعه‌سازی درد، پریشانی روانشناختی و نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به سرطان شهرستان تبریز می‌باشد سعی شده‌است ابعاد مختلف موضوع مورد بررسی قرار گرفته، نتایج حاصل از پژوهش بصورت دقیق و شفاف ارائه گردد.

### بیان مسأله

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده و در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهم‌ترین مشکلات سلامت و روان‌شناختی جوامع به شمار می‌رود که خود، منبع عمده تنیدگی تلقی می‌شود و هزینه‌های زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند. این بیماری‌ها انواع متعددی دارند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها سرطان<sup>۱</sup> است. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، در این بیماری سلول‌ها توانایی تقسیم و رشد عادی خود را از دست می‌دهند و این موضوع منجر به تسخیر، تخریب و فاسد شدن بافت‌های سالم می‌شود (۱). تنوع این بیماری بسیار گسترده بوده و در زنان شامل انواع سرطان‌های خون، رحم، دهانه رحم، سینه، تخمدان، روده بزرگ، پوست، مهبل، مثانه و تیروئید می‌باشد. (۲). تشخیص سرطان تجربه‌ای تلخ و غیرقابل باور برای هر فرد است و در صورت مثبت بودن نتیجه، با پیامدهای متعدد روانشناختی همراه است. تأثیرات این بیماری به خصوص جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی را شامل می‌شود. (۳) مطالعات نشان داده‌است که بین پنجاه تا هشتاد و پنج درصد بیماران مبتلا به سرطان، به طور همزمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (۴). در یک پژوهش نتیجه بررسی بر روی ۶۵ هزار بیمار سرطانی از ۲۴ کشور نشان داد که حدود ۵۹ درصد مبتلایان، مشکلات روان‌شناختی داشته‌اند (۵). در عین حال درد، خستگی، و نبود انرژی شایع‌ترین مشکلات این بیماری است (۶) درد یک حس نامطلوب می‌باشد که آن را به صورت تجربه‌ی هیجان مرتبط با آسیب واقعی یا غیر واقعی توصیف کرده‌اند (۷) بعد هیجانی درد با تظاهرات روان‌شناختی مختلفی مانند استرس، افسردگی و اضطراب همبستگی قوی دارد و بهبودی بیمار را به طرز قابل توجهی تحت تأثیر قرار می‌دهد. (۸) پیش برآورد کردن و فاجعه‌سازی درد توان مقابله با بیماری و مدیریت درد را می‌کاهد (۹) بنابراین آسیب‌پذیری وی در برابر درد افزایش پیدا می‌کند (۱۰) در افراد درگیر با این بیماری زمینه بروز نگرانی و نشخوار ذهنی نیز شیوع پیدا می‌کند (۱۱) این عوامل در کنار احساس خستگی سلامت بیمار را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲). با وجود نگرانی و استرس‌های ناشی از تشخیص سرطان، بیماران و اطرافیان آنها باید با فشارهای ناشی از درمان و اختلال در سلامتی و ناتوانی دائمی مقابله کنند. این تأثیرات باعث پریشانی عاطفی و مشکلات سلامت روان در بیماران سرطانی می‌شود.

<sup>۱</sup>- Cancer

مطابق با پژوهش‌های اخیر، افراد با پریشانی روانی بالا، بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند (۱۳). برخی از بیماران در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند که این مسأله بر پریشانی روانی و مسیر آینده بیماری آنان تأثیرگذار است (۱۴). از سوی دیگر می‌توان گفت بارزترین عوامل روان‌شناختی شناسایی شده در حوزه سرطان عبارتند از پریشانی‌های هیجانی مانند اضطراب، استرس و افسردگی که به اندازه خود سرطان ناتوان‌کننده بوده، مانع بهبودی و در نهایت باعث افزایش درد سرطان می‌شود (۱۵). بنابراین گزارش آن‌چه در بیماران مبتلا به سرطان باعث پریشانی هیجانی و به دنبال آن ادراک درد می‌شود افکار منفی مبتلایان به این بیماری می‌باشد (۱۵). براساس گزارش‌های موثق پریشانی روان‌شناختی به عنوان مهم‌ترین و یا دومین عامل خطر برای تعداد زیادی از بیماری‌ها مانند نارسایی قلبی (۱۶) و سرطان (۱۷) و به ویژه سرطان سینه (۱۸) محسوب می‌شود.

سرطان‌ها به عنوان یکی از بیماری‌های جسمی مزمن، برای بیمار وضعیت ناامیدکننده‌ای را به وجود می‌آورند (۱۹). تحقیقات کیفی در خصوص نرخ مشکلات بیماران دچار سرطان نشان داده شده است که میزان مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان ۸ برابر افراد عادی تخمین زده می‌شود (۲۰). مشکلات روان‌شناختی و از جمله نشخوار فکری با کاهش کیفیت زندگی، زوال قابل توجه در فعالیت‌های تفریحی و جسمی، مشکلات ارتباطی، مشکلات خواب، سرعت بیشتر پیشرفت علائم سرطان و متاستاز بیشتر و درد، در بیماران مبتلا به سرطان افسرده و نگران نسبت به بیماران دیگر بیشتر است (۲۱). نشخوار ذهنی به عنوان حالت خلقی افراد در پاسخ به پریشانی تعریف شده‌است و شامل تمرکز مکرر و منفعل بر علائم پریشان‌کننده و علل و پیامدهای این علائم می‌باشد (۲۲). همچنین نشخوار ذهنی با اختلال‌ها و مشکلات روان‌شناختی متعددی مثل افسردگی، وسواس-اجباری و اسکیزوتیپی رابطه دارد (۲۳). نشخوار فکری آشفتگی و به ویژه افسردگی را به واسطه افزایش تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (۲۲). در مدل کالهنون و تدسچی (۲۴) نیز فرض شده‌است که نشخوار ذهنی اثر مهمی در تلاش برای اصلاح یا بازسازی مجدد سیستم باور افراد پس از داغ‌دیدگی دارد. (۲۵) تحقیقات انجام شده بیانگر آنست که ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی، نشخوار ذهنی، عدم کیفیت زندگی مطلوب و ناامیدی فوق‌العاده‌ای در مراحل اولیه معالجات خود رنج می‌برند (۲۶) ذهن آگاهی یکی از درمان‌ها و آموزش‌هایی است که به نظر بتواند در این زمینه تأثیرگذار باشد (۲۷) در ارتباط با مشکلات رفتاری و روان‌شناختی افراد دارای بیماری‌های خاص، الگوهای درمانی متنوعی طراحی و مورد بررسی قرار گرفته‌است، از بین درمان‌هایی که در دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته‌است، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد که نخستین بار توسط کابات زین<sup>۱</sup> برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با فشار روانی و درد مزمن<sup>۲</sup> ارائه گردید (۲۸). در حال حاضر دو

<sup>۱</sup>- Kabat- Zinn

<sup>۲</sup>- chronic pain

رویکرد رسمی به درمان مذکور عبارتند از: روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup> (MBSR) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT). این رویکردها از سنت‌های کهن مراقبه آسیای شرقی یعنی بودایسم اقتباس شده‌است که انسان از آن برای آزادی خود از رنج روزافزون و دردهای موجود سود می‌برد. در سال ۲۰۰۷ ویلیامز، تیزدل و سگال<sup>۳</sup> این رویکرد درمانی را به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت افسردگی توسعه دادند و نشان دادند که بین شناخت، هیجان و ذهن ارتباط وجود دارد (۲۹). دیوید سون<sup>۴</sup> و کابات زین و همکارانش (۳۰) گزارش کردند ذهن‌آگاهی فرایندی درمانی است که بر توجه هدفمند، بدون داوری همراه با پذیرش تجارب و اعتراف به آن و زیستن در لحظه اشاره دارد (۳۱). همچنین می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک‌کننده باشد (۳۲). نتایج مطالعات پژوهشگران بیانگر آنست که رویکرد درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش دردهای ادراک شده و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده‌است. (۳۳) در گزارش محدث اردبیلی و همکاران نیز به مؤثر بودن این درمان به عنوان یکی از روش‌های درمان شناختی در بیماری کووید ۱۹ (کرونا) اشاره شده‌است. (۳۴). همچنین یافته‌های حاصل از مطالعه زارع و همکاران حاکی از آنست که رویکرد تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش فاجعه‌پنداری درد (نشخوار ذهنی، بزرگنمایی و درماندگی) مؤثر بوده‌است (۳۵).

در ارتباط با تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روانشناختی، نتایج مطالعات ابوطالبی پیرامون اثربخشی درمان مذکور بر ویژگی‌های روان‌شناختی افراد دارای اختلال سوء‌مصرف مواد که بر روی مردان دارای این اختلال در شهر رباط کریم اجرا شد بیانگر آن است بر سه متغیر نظم‌جویی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه آزمایش تأثیر بسزایی داشته‌است (۳۶). نتایج مطالعات شیرخانزاده و همکاران نیز بیانگر آنست که مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی و ابعاد دشواری تنظیم هیجان به ویژه در کاهش استرس و افسردگی افراد مبتلا به پرخوری عصبی مؤثر بوده‌است (۳۷). همچنین یافته‌های حاصل از بررسی کولی و همکاران در مورد بیماران مبتلا به نارسایی قلبی و عروقی و مشکلات ریوی آنان، مشخص ساخت که این درمان به شکل معناداری باعث کاهش نگرانی و وحشت‌زدگی در آن بیماران شده‌است (۳۸). همچنین مشخص گردیده درمانگران می‌توانند از این رویکرد درمانی جهت کاهش نشخوار فکری و بهبود رشد پس از سانحه زنان داغیده استفاده کنند (۳۹). مطالعات در ایران نیز نتایج مثبتی در خصوص تأثیرگذار بودن درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس، افسردگی مبتلایان سرطان به دست آمده‌است با این وجود نتایج این مطالعات در زمینه‌های مختلف

<sup>۱</sup>- Mindfulness Based Stress Reduction

<sup>۲</sup>- Mindfulness Based Cognitive Therapy

<sup>۳</sup>- Williams, Teasdale, Segal

<sup>۴</sup>- Davidson

متفاوت است و عوامل پیش بینی کننده آن هنوز به وضوح شناسایی نشده‌اند (۴۷). همچنین پژوهش‌های مربوط به اثربخشی درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در هر یک از متغیرهای فاجعه‌سازی درد، پریشانی روان‌شناختی و نشخوار ذهنی در مبتلایان به سرطان بصورت گسترده‌ای انجام نگرفته‌است. این محدودیت در مطالعات به ویژه در خصوص اثربخشی درمان‌های تلفیقی که اثربخشی ترکیب فنون درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی را نشان دهد. در بیماران مبتلا به سرطان بارزتر است. از جهتی دیگر بررسی‌های مجدد پس از مداخله برای برآورد مقدار پایداری تغییرات احتمالی نیز از آن دسته مواردی می‌باشد که در بیشتر پژوهش‌ها مورد اهمال قرار گرفته؛ پژوهش حاضر می‌تواند قابلیت آگاهی بیشتر نسبت به نقش زمینه‌های روانشناختی در گسترش بیماریها و موانع سر راه بهبود بیماریها، در طراحی و اجرای مداخلات مؤثر بر کاهش تنش‌ها و مشکلات روان‌شناختی و از جمله فاجعه‌سازی درد، پریشانی روان‌شناختی و نشخوار ذهنی بیماران و به ویژه زنان مبتلا به انواع سرطان مؤثر باشد و برای گروه درمان روانشناسی و کادر درمان درگیر با این بیماران و تحقیقات متمر ثمر واقع گردد.

در یک مطالعه علمی که توسط هدون گارد و واتکینر برای کاهش نشخوار فکری افراد دارای اختلال افسردگی صورت پذیرفت نشان داد که استفاده از این رویکرد درمانی توانسته‌است میزان نشخوار فکری را تا حدود زیادی در بیماران کاهش دهد (۴۱).

نکته دارای اهمیت در بکارگیری این رویکرد درمانی اینست که این درمان در ایران بر روی تعدادی از بیماری‌ها به کار برده شده و در مورد تمام بیماری‌های سرطانی مختص زنان خیلی کمتر به کار برده شده‌است. بنابراین انجام پژوهشی که به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیامدهای منفی روان‌شناختی انواع بیماران سرطانی ویژه زنان صورت بگیرد دارای اهمیت بالایی است. بنابراین مطالعه حاضر در پی پاسخ دهی به این سؤال اساسی است که استفاده از رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تا چه میزان بر فاجعه‌سازی درد، پریشانی روان‌شناختی و نشخوار ذهنی زنان بیمار سرطانی مؤثر می‌باشد؟

### روش پژوهش

پژوهش حاضر به دلیل اینکه به بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، پریشانی روانشناختی و نشخوار ذهنی در زنان مبتلا به سرطان می‌پردازد، یک تحقیق نیمه آزمایشی است که بصورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام می‌پذیرد، به طوری که برای گروه آزمایش (۱۵ نفر از زنان مبتلا به انواع سرطان تبریز) جلسات آموزشی بر اساس پروتکل درمانی MBCT طی هشت جلسه ۲ ساعته برگزار شد و اعضای گروه کنترل هیچ نوع آموزشی را دریافت نکردند.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به انواع سرطان می‌باشد که طی سه ماه اول ۱۴۰۲ به مراکز درمانی و بیمارستان‌های الزهراء، امام رضا و شهید قاضی شهر تبریز مراجعه کردند. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مراجعه کننده به بخش سرطان مراکز درمانی تبریز بودند که از

بین زنان مراجعه کننده به بخش سرطان بصورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در جهت توزیع نرمال در دو گروه ۱۵ نفری (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) قرار گرفتند. در جهت هم‌تاسازی حجم یا تعداد افراد نمونه نیز از جایگزاری تصادفی استفاده شد.

ملاک‌های ورود به تحقیق نیز صرفاً بیمارانی بودند که معیارهایی از قبیل: داشتن بیماری سرطان تأیید شده توسط پزشک معالج، آگاهی از بیماری خود و توانایی برقراری ارتباط را داشته و بیشترین تمایل را به شرکت در پژوهش و جلسات آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) از خود نشان دادند، که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شده و کار مطالعه بر روی آن‌ها از طریق اجرای پرسشنامه‌های تعیین شده به صورت پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس جلسات آموزشی MBCT به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش برگزار گردید و پس از آن با اجرای پس‌آزمون برای هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل، نتایج نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه و ارزیابی قرار گرفت. در ارتباط با رعایت موازین اخلاقی در فرآیند پژوهش نیز محقق متعهد شده که با در نظر گرفتن اصل صداقت و ارتباط مؤثری که با آزمودنی‌ها داشته‌است (ارائه توضیحات کافی در مورد اهداف طرح و گرفتن رضایت آگاهانه از آنها)، آزمودنی‌ها وارد مطالعه شده و پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار داده شد. همچنین به هر آزمودنی این اطمینان داده شد که می‌تواند هر لحظه بخواهد از مطالعه خارج شود، همچنین در زمان انجام پژوهش و پس از آن اصل رازداری و حریم شخصی افراد رعایت شده و نتایج این مطالعه بصورت صادقانه، دقیق و کامل منتشر می‌شود.

### روش گردآوری اطلاعات

جمع‌آوری اطلاعات مربوط به مبانی نظری و پیشینه پژوهشی حاضر از طریق مراجعه به کتابخانه‌ها و استفاده از کتب، مقالات و پایان‌نامه‌ها بوده و در عین حال از سایت‌های معتبر اینترنتی نیز استفاده شده‌است. در جمع‌آوری داده‌های آماری نیز از ابزارها و پرسشنامه‌های استاندارد مربوط به متغیرهای موضوعی استفاده شده‌است. بدین صورت که با استفاده از پرسشنامه‌ها و توزیع و جمع‌آوری آنها در بین بیماران سرطانی اطلاعات لازم گردآوری گردید. بر همین اساس در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها از پروتکل آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، پرسشنامه استاندارد فاجعه‌سازی درد (PCS)، پرسشنامه استاندارد پریشانی روان‌شناختی و پرسشنامه استاندارد نشخوار فکری استفاده شد.

### ابزارهای گردآوری داده‌ها

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پروتکل آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، پرسشنامه استاندارد فاجعه‌سازی درد (PCS)، پرسشنامه استاندارد پریشانی روان‌شناختی و پرسشنامه استاندارد نشخوار فکری استفاده شد.

### ساختار و محتوای دوره آموزشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

برنامه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل آموزشی ربکا کرین می باشد که ساختار کلی آن طی هشت جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته برنامه ریزی شده است. این برنامه شامل تکالیف خانگی ساختار یافته همراه با تمرین های رسمی و در برخی روزها تمرین های غیر رسمی ذهن آگاهی است و گاهی فرد به ثبت مشاهدات خود از تجارب روزانه اش می پردازد.

تأکید کلی در نیمه نخست برنامه، بر یادگیری روش معطوف کردن توجه به تجربه درونی و مشاهده آنچه چیزی که در این فرایند رخ می دهد. در نیمه دوم برنامه نیز بر روی کاربرد آموخته های مرحله قبلی که از طریق تمرین های ذهن آگاهی به دست آمده اند در کار برای ادراک و فهم چالش های موجود در زندگی واقعی تأکید می گردد. آموزش های ارائه شده برای هر شرکت کننده از طریق ارائه راهنمای جلسه به جلسه و صداهای ضبط شده جلسات آموزشی برای مرور تمرین های ذهن آگاهی در منزل، هدایت و پشتیبانی می شود. ساختار و محتوای دوره آموزشی ( برنامه هشت جلسه ای ) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به قرار زیر است:

- ۱- هفته نخست: هدایت خودکار و هوشیاری آگاهانه
- ۲- هفته دوم: زندگی کردن با آنچه در ذهن ماست
- ۳- هفته سوم: سر و سامان دادن به ذهن پراکنده
- ۴- هفته چهارم: تشخیص بیزاری
- ۵- هفته پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن، مجوز حضور
- ۶- هفته ششم: افکار واقعیت نیستند
- ۷- بین هفته ششم و هفتم: راهنمای روزانه تمرین های عملی ذهن آگاهی
- ۸- هفته هفتم: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم
- ۹- هفته هشتم: حفظ و گسترش یادگیری جدید. (۴۹)

### فاجعه سازی درد

مقیاس فاجعه آمیز کردن درد که توسط سالیوان، بی شاب و پیوک (۴۹) تدوین شده است دارای ۱۳ سؤال است که ۳ خرده مقیاس نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی را اندازه گیری می کند و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی در افراد می باشد. سؤالات این پرسشنامه با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۱ تا ۵) نمره گذاری می شود. این مقیاس بر مبنای این فرضیه ساخته شده است که فاجعه سازی درد با سطوح مختلف درد، ناتوانی جسمانی و ناتوانی روان شناختی در ارتباط است. (۵۰). بر همین اساس در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۳ تا ۲۶ باشد، میزان فاجعه سازی درد در جامعه مورد نظر ضعیف می باشد.



نمرات بین ۲۷ تا ۳۹ میزان فاجعه‌سازی درد را در حد متوسط و نمرات بالای ۴۰ نیز میزان فاجعه‌سازی درد را بسیار بالا نشان می‌دهد.

### پیشانی روانشناختی

مقیاس پیشانی روان‌شناختی (K-۱۰) توسط کسلر، اندروز، کولپ، هیرپی، مروکزک، نورمند و زاسلاوسکی (۵۱). طراحی شده و ابزاری است که برای کاربرد غربالگری و طرح زمینه‌یابی سلامت روانی در جمعیت عمومی بکار برده می‌شود (۵۲). این پرسشنامه به منظور شناسایی و سنجش اختلالات روانی، خلقی و اضطرابی از کارایی و کارآمدی بیشتری برخوردار است (۵۳). بر همین اساس می‌تواند یکی از ابزارهای مناسب برای غربالگری خصوصیات خلقی و روانی افراد و بویژه زنان مبتلا به انواع سرطان قرار گیرد. این پرسشنامه دارای ۱۰ سؤال و سه مؤلفه حضور آموزشی، حضور اجتماعی و حضور شناختی می‌باشد و براساس طیف چهار گزینه‌ای لیکرت به سنجش پیشانی روان‌شناختی می‌پردازد. ضریب پایایی این پرسشنامه توسط طراحان آن براساس آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برآورد شده و در پژوهش یعقوبی (۵۴) بالای ۰/۷ گزارش شده‌است.

### نشخوار ذهنی

پرسشنامه نشخوار ذهنی توسط هوکسیما (۵۵) برای سنجش نشخوار ذهنی طراحی و تدوین شده‌است این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال می‌باشد. سؤالات در مقیاس چهار درجه‌ای از هرگز تا همیشه و به میزان ۱ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه یک نمره کلی می‌دهد که دامنه آن بین ۲۲ تا ۸۸ می‌باشد. نمرات بالا نشان‌دهنده نشخوار ذهنی بالاتر بوده و بالعکس. نولن - هاکسیما روایی محتوایی این مقیاس را مطلوب ارزیابی نمودند. پایایی این مقیاس را به شیوه بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۲ محاسبه کرده‌اند و اعتبار آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش نمودند (۵۶). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد همبستگی بازآزمایی برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۶۷ است (۵۷). آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش باقری‌نژاد، ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین روایی همزمان آن با آزمون وسواس عملی - اجباری مادزلی ۰/۵۹ گزارش شده‌است (۵۸).

### یافته‌ها

#### آزمون فرضیه اول

فرضیه‌ی اول تحقیق بیان می‌کند که «درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، در زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد». برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده می‌شود. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های این روش که شامل نرمال بودن متغیرهای همپراش و وابسته، همگن بودن واریانس خطاهای متغیر وابسته، خطی بودن رابطه‌ی بین متغیر وابسته و متغیر همپراش و

همگنی شیب‌های خط رگرسیون بین متغیر همپراش و متغیر وابسته در گروه‌های آزمایشی و کنترل هستند، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

برای آزمون مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر «فاجعه‌سازی درد» در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از آزمون لون استفاده شده‌است. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده‌است.

جدول نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر «فاجعه‌سازی درد» در مرحله‌ی پس‌آزمون

متغیر	آماره‌ی F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	Sig
فاجعه‌سازی درد	۰/۰۵۸	۱	۲۸	۰/۸۱۱

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که مقدار آماره‌ی لون برابر ۰/۰۵۸ و مقدار Sig آن برابر ۰/۸۱۱ است. چون مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ برابری واریانس خطاهای متغیر «فاجعه‌سازی درد» در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و کنترل پذیرفته می‌شود. در نتیجه مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر وابسته بین گروه‌های آزمایشی و کنترل برقرار است.

تحلیل کوواریانس فرض می‌کند که رابطه‌ی بین متغیر وابسته (فاجعه‌سازی درد در مرحله پس‌آزمون) و متغیر همپراش (فاجعه‌سازی درد در مرحله پیش‌آزمون) خطی است. تخطی از این مفروضه توان آزمون را کاهش می‌دهد. برای بررسی این مفروضه از نمودار پراکنش متغیر همپراش در مقابل متغیر وابسته برای هر کدام از گروه‌های آزمایشی و کنترل استفاده می‌کنیم.

مفروضه‌ی همگنی شیب‌های خط رگرسیون به رابطه‌ی بین متغیر همپراش (فاجعه‌سازی درد در مرحله پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (فاجعه‌سازی درد در مرحله پس‌آزمون) برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل مربوط است. این مفروضه را می‌توان به صورت آماری از طریق بررسی اینکه آیا تعامل معنی‌داری بین متغیر وابسته و متغیر همپراش وجود دارد یا نه، مورد سنجش قرار داد. اگر تعامل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، بنابراین ما از این مفروضه تخطی کرده‌ایم. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده‌است.

جدول نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون برای آزمون فرضیه اول

Sig	آماره F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
۰/۰۰۰	۹۲/۵۴	۴۰۳/۹۹	۳	۱۲۱۱/۹۶	مدل اصلاح شده
۰/۰۷۹	۳/۳۳	۱۴/۵۵	۱	۱۴/۵۵	عرض از مبدا
۰/۵۵۷	۰/۳۵	۱/۵۴	۱	۱/۵۴	گروه
۰/۰۰۰	۲۴/۲۵	۱۰۵/۸۶	۱	۱۰۵/۸۶	فاجعه‌سازی درد - پیش‌آزمون
۰/۱۱۷	۲/۶۳	۱۱/۴۸	۱	۱۱/۴۸	گروه* (فاجعه‌سازی درد - پیش-آزمون)
		۴/۳۷	۲۶	۱۱۳/۵۱	خطا
			۳۰	۵۰۶۱۴	کل
			۲۹	۱۳۲۵/۴۷	کل اصلاح شده

در جدول فوق مقداری که بایستی مورد توجه قرار گیرد سطح معنی‌داری (Sig) تعامل است که در این جدول به صورت «گروه\* فاجعه‌سازی درد - پیش‌آزمون» نشان داده شده‌است. در جدول فوق چون مقدار Sig تعامل برابر با ۰/۱۱۷ بوده و این مقدار از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ لذا تعامل از نظر آماری معنی‌دار نیست. بنابراین مفروضه‌ی همگنی شیب‌های خط رگرسیون برقرار است.

همچنین با توجه به این که مقدار آماره‌ی F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۲۴۴/۹۶ و مقدار Sig آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار Sig کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ لذا بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در میزان فاجعه‌سازی درد زنان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول ۴-۷، میانگین اصلاح شده‌ی متغیر «فاجعه‌سازی درد» در گروه آزمایشی (۳۴/۳۸) کوچکتر از میانگین اصلاح شده‌ی این متغیر در گروه کنترل (۴۶/۶۹) می‌باشد. لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش میزان فاجعه‌سازی درد در زنان مبتلا به سرطان شده‌است. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، در زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. در نتیجه، فرضیه‌ی اول تحقیق تأیید می‌شود.

### آزمون فرضیه‌ی دوم

فرضیه‌ی دوم تحقیق بیان می‌کند که «درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد». همانند فرضیه اول، برای آزمون این فرضیه نیز از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده می‌شود. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های این روش مورد بررسی قرار می‌گیرند.

برای آزمون مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر «پریشانی روان‌شناختی» در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از آزمون لون استفاده شده‌است. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده‌است.

جدول نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر «پریشانی - روان‌شناختی» در مرحله‌ی پس‌آزمون

متغیر	آماره‌ی F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	Sig
پریشانی روان‌شناختی	۳/۶۱۲	۱	۲۸	۰/۰۶۸

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که مقدار آماره‌ی لون برابر ۳/۶۱۲ و مقدار Sig آن برابر ۰/۰۶۸ است. چون مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ برابری واریانس خطاهای متغیر «پریشانی روان‌شناختی» در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و کنترل پذیرفته می‌شود. در نتیجه مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر وابسته بین گروه‌های آزمایشی و کنترل برقرار است. تحلیل کوواریانس فرض می‌کند که رابطه‌ی بین متغیر وابسته (پریشانی روان‌شناختی در مرحله پس-آزمون) و متغیر همپراش (پریشانی روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون) خطی است. تخطی از این مفروضه توان آزمون را کاهش می‌دهد. برای بررسی این مفروضه از نمودار پراکنش متغیر همپراش در مقابل متغیر وابسته برای هر کدام از گروه‌های آزمایشی و کنترل استفاده می‌کنیم.

مفروضه‌ی همگنی شیب‌های خط رگرسیون به رابطه‌ی بین متغیر همپراش (پریشانی روان‌شناختی در مرحله پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پریشانی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون) برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل مربوط است. این مفروضه را می‌توان به صورت آماری از طریق بررسی اینکه آیا تعامل معنی‌داری بین متغیر وابسته و متغیر همپراش وجود دارد یا نه، مورد سنجش قرار داد. اگر تعامل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، بنابراین ما از این مفروضه تخطی کرده‌ایم. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده‌است.

جدول نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون برای آزمون فرضیه دوم

Sig	F	اماره	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
۰/۰۰۰	۷۴/۱۴		۳۲۹/۱۸	۳	۹۸۷/۵۳	مدل اصلاح شده
۰/۲۱۴	۱/۶۲		۷/۱۹	۱	۷/۱۹	عرض از مبدا
۰/۹۰۸	۰/۰۱		۰/۰۶	۱	۰/۰۶	گروه
۰/۰۰۷	۸/۶۹		۳۸/۵۹	۱	۳۸/۵۹	پیشانی روان‌شناختی - پیش‌آزمون
۰/۳۳۶	۰/۹۶		۴/۲۷	۱	۴/۲۷	گروه* (پیشانی روان‌شناختی - پیش‌آزمون)
			۴/۴۴	۲۶	۱۱۵/۴۳	خطا
				۳۰	۱۵۵۷۹	کل
				۲۹	۱۱۰۲/۹۷	کل اصلاح شده

در جدول فوق مقداری که بایستی مورد توجه قرار گیرد سطح معنی‌داری (Sig) تعامل است که در این جدول به صورت «گروه\* پیشانی روان‌شناختی - پیش‌آزمون» نشان داده شده‌است. در این جدول، چون مقدار Sig تعامل برابر با ۰/۳۳۶ بوده و این مقدار از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ لذا تعامل از نظر آماری معنی‌دار نیست. بنابراین مفروضه‌ی همگنی شیب‌های خط رگرسیون برقرار است.

حال چون تمامی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس یک‌راهه برقرار است؛ لذا می‌توان از این روش جهت آزمون فرضیه‌ی دوم تحقیق استفاده کرد. با توجه به اینکه که مقدار آماره‌ی F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۲۱۷/۲۰ و مقدار Sig آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار Sig کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ لذا بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در میزان پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین میانگین اصلاح شده‌ی متغیر «پیشانی روان‌شناختی» در گروه آزمایشی (۱۶/۲۸) کوچکتر از میانگین اصلاح شده‌ی این متغیر در گروه کنترل (۲۷/۶۶) می‌باشد؛ لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش میزان پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان شده‌است. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. در نتیجه، فرضیه‌ی دوم تحقیق تأیید می‌شود. لازم به توضیح است که مقدار مجذور اتا برای متغیر گروه در جدول ۴-۱۰ (۰/۸۸۹) نشان دهنده‌ی آن است که ۸۸/۹ درصد تغییرات نمرات گروه آزمایشی در متغیر پیشانی روان‌شناختی ناشی از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد.

### آزمون فرضیه سوم

فرضیه‌ی سوم تحقیق بیان می‌کند که «درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد». همانند فرضیه‌های اول و دوم، برای آزمون این فرضیه نیز از روش تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده می‌شود. برای این منظور، ابتدا مفروضه‌های این روش مورد بررسی قرار

می‌گیرند. برای آزمون مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر «نشخوار ذهنی» در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و کنترل از آزمون لون استفاده شده‌است. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده‌است.

جدول نتایج آزمون لون جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر «نشخوار ذهنی»  
در مرحله‌ی پس‌آزمون

متغیر	آماره‌ی F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	Sig
نشخوار ذهنی	۲/۱۷۴	۱	۲۸	۰/۱۵۱

با توجه به جدول فوق مشاهده می‌شود که مقدار آماره‌ی لون برابر ۲/۱۷۴ و مقدار Sig آن برابر ۰/۱۵۱ است. چون مقدار Sig بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ برابری واریانس خطاهای متغیر «نشخوار ذهنی» در مرحله‌ی پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایشی و کنترل پذیرفته می‌شود. در نتیجه مفروضه‌ی همگنی واریانس خطاهای متغیر وابسته بین گروه‌های آزمایشی و کنترل برقرار است.

تحلیل کوواریانس فرض می‌کند که رابطه‌ی بین متغیر وابسته (نشخوار ذهنی در مرحله پس‌آزمون) و متغیر همپراش (نشخوار ذهنی در مرحله پیش‌آزمون) خطی است. تخطی از این مفروضه توان آزمون را کاهش می‌دهد. برای بررسی این مفروضه از نمودار پراکنش متغیر همپراش در مقابل متغیر وابسته برای هر کدام از گروه‌های آزمایشی و کنترل استفاده می‌کنیم.

مفروضه‌ی همگنی شیب‌های خط رگرسیون به رابطه‌ی بین متغیر همپراش (نشخوار ذهنی در مرحله پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (نشخوار ذهنی در مرحله پس‌آزمون) برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل مربوط است. این مفروضه را می‌توان به صورت آماری از طریق بررسی اینکه آیا تعامل معنی‌داری بین متغیر وابسته و متغیر همپراش وجود دارد یا نه، مورد سنجش قرار داد. اگر تعامل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار باشد، بنابراین ما از این مفروضه تخطی کرده‌ایم. نتایج این آزمون در جدول زیر آمده‌است.

جدول نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون برای آزمون فرضیه سوم

Sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
۰/۰۰۰	۹۸/۵۲	۹۵۴/۵۲	۳	۲۸۶۳/۵۶	مدل اصلاح شده
۰/۰۰۴	۹/۹۳	۹۶/۲۱	۱	۹۶/۲۱	عرض از مبدا
۰/۸۶۲	۰/۰۳	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	گروه
۰/۰۰۰	۴۰/۹۴	۳۹۶/۷۱	۱	۳۹۶/۷۱	نشخوار ذهنی - پیش‌آزمون
۰/۰۶۹	۳/۶۰	۳۴/۹۳	۱	۳۴/۹۳	گروه* (نشخوار ذهنی - پیش- آزمون)
		۹/۶۹	۲۶	۲۵۱/۹۱	خطا
			۳۰	۹۸۷۷۰	کل
			۲۹	۳۱۱۵/۴۷	کل اصلاح شده

در جدول فوق مقداری که بایستی مورد توجه قرار گیرد سطح معنی‌داری (Sig) تعامل است که در این جدول به صورت «گروه\* نشخوار ذهنی - پیش‌آزمون» نشان داده شده‌است. در این جدول، چون مقدار Sig تعامل برابر با ۰/۰۶۹ بوده و این مقدار از ۰/۰۵ بزرگتر است؛ لذا تعامل از نظر آماری معنی‌دار نیست. بنابراین مفروضه‌ی همگنی شیب‌های خط رگرسیون برقرار است. همچنین با توجه به این که مقدار آماره‌ی F برای متغیر مستقل (گروه) برابر ۲۶۵/۲۵ و مقدار Sig آن برابر ۰/۰۰۰ است. چون مقدار Sig کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد؛ لذا بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در میزان نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به میانگین اصلاح شده‌ی متغیر «نشخوار ذهنی» در گروه آزمایشی (۴۶/۳۱) کوچکتر از میانگین اصلاح شده‌ی این متغیر در گروه کنترل (۶۶/۶۳) می‌باشد؛ لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان شده‌است. بنابراین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. در نتیجه، فرضیه‌ی سوم تحقیق تأیید می‌شود. لازم به توضیح است که مقدار مجذور آتا برای متغیر گروه (۰/۹۰۸) نشان دهنده‌ی آن است که ۹۰/۸ درصد تغییرات نمرات گروه آزمایشی در متغیر نشخوار ذهنی روان شناختی ناشی از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اول که با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک راهه انجام شد نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌سازی درد، در زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. همچنین چون میانگین اصلاح شده‌ی متغیر «فاجعه‌سازی درد» در گروه آزمایشی (۳۴/۳۸) کوچکتر از میانگین اصلاح شده‌ی این متغیر در گروه کنترل (۴۶/۶۹) می‌باشد؛ لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث

کاهش میزان فاجعه‌سازی درد در زنان مبتلا به سرطان شده است. در نتیجه، فرضیه اول تحقیق تأیید می‌شود.

این یافته تأییدی بر کارایی الگوی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کنترل درد است که پیش از این در پژوهش‌های بسیاری از قبیل مطالعات نوروزی و همکاران (۵۹)، صناعی و همکاران (۶۰)، حسنی و همکاران (۶۱)، شفیع و همکاران (۶۲)، محمدی (۶۳)، زارع و همکاران (۶۴)، عبدالقادری (۶۵)، پیتر (۶۶)، گارلند و همکاران (۶۷)، هولیز و کولامسیمو (۶۸)، فلدمن و همکاران (۶۹) مورد توجه قرار گرفته و تأیید گشته‌است.

در تبیین هماهنگی بین یافته‌های این مطالعه و پژوهش‌های انجام شده پیرامون تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌سازی درد در افراد مبتلا به سرطان، میتوان گفت که کاهش فاجعه‌سازی درد در زنان مبتلا به سرطان از طریق آموزش مهارت‌هایی که به ذهن‌آگاهی منجر می‌شود به فرد کمک می‌کند تا با شناخت و آگاهی لحظه به لحظه نسبت به هیجانات خود و پذیرش بی قید و شرط مشکل، مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نماید و خود را از الگویی که موجب افزایش درد و رنج می‌شود دور کند.

با توجه به مدل‌های روانشناختی درد از جمله مدل ترس - اجتناب که نشان می‌دهد شیوه‌ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می‌کنند و یا به آن پاسخ می‌دهند، تعیین کننده مهمی در تجربه درد است مثلاً فاجعه‌آمیز کردن درد و یا به عبارتی گرایش مبالغه‌آمیز و منفی نسبت به تجربه درد واقعی و یا پیش بینی شده، که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن از جمله افراد مبتلا به سرطان می‌شود. به نظر می‌رسد که گرایش برای درگیر شدن در فرایندهای پردازشی خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف، و عدم آگاهی نسبت به لحظه کنونی موجب می‌شود که افراد بیش از پیش به درد فکر کرده و در مورد آن دست به نشخوار ذهنی بزنند. در نتیجه شدت خطر ناشی از آن را بیشتر برآورد کنند. بنابراین فرآیند فوق‌زمینه مناسبی برای رشد افکار منفی و انحرافی در مورد درد ایجاد می‌کند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش فاجعه‌آمیز کردن درد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد در کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران مبتلا به درد مزمن مؤثر می‌باشد. بنابر این تمرینات ذهن‌آگاهی می‌تواند نگرش به درد را تغییر داده و امکانی را فراهم آورد که درد به رنج منجر نشود. ذهن‌آگاهی می‌تواند دوام و پایداری افراد را در برابر شدت درد افزایش دهد و توانبخشی زنان مبتلا به سرطان را تقویت و بهبود بخشد. بنابر این می‌تواند یک راهبرد پیشگیرانه مفید تلقی شود، همچنین فرد را قادر می‌سازد تا با چالش‌ها و آسیب‌پذیری‌هایی که جز ذاتی انسان بوده، مواجه شود و برخورد مناسبی با آنها داشته باشد.

همچنین یافته‌های تحقیق حاضر، با برخی از تئوری‌های روانشناختی از جمله تئوری‌های یادگیری و زمینه هم مرتبط است. بر اساس این تئوری‌ها، الگوی تکراری از واکنش‌پذیری به درد به رفتار اجتنابی،



تمایل شناختی از طریق سیگنال‌های جسمانی و منجر به افزایش برانگیختگی روانشناختی می‌شود که ممکن است از این طریق باعث مزمن شدن درد در بیماران شود. در نتیجه حمایت‌های تجربی کافی جهت تأیید کردن مدل چند بعدی درد و تأثیر حیاتی آن در بیماران دارای درد مزمن و از جمله بیماران سرطانی وجود دارد. در همین راستا و همسو با یافته‌های مطالعه حاضر جانسون و همکارانش نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش درد بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است (۷۰). هس نیز در یک مطالعه مروری به این نتیجه رسید که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در کاهش انواع دردهای سرطانی در بخش آنکولوژی مؤثر واقع شد (۷۱). هر چند نتایج مطالعه کاسنز و همکارانش نشان داد درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان درد تأثیر معنادار نداشته است (۷۲). این تفاوت در یافته‌ها با توجه به تفاوت در نوع بیماری قابل توجیه است. بیماران مورد بررسی در مطالعه کاسنز و همکارانش به مولتیپل اسکلوزیس مبتلا بودند. از طرفی بر خلاف مطالعه حاضر، شدت و مرحله بیماری هنگام نمونه‌گیری مورد توجه قرار نگرفته بود که این ناهمگنی در شدت بیماری می‌تواند در نتایج اثر منفی داشته باشد. این یافته با توجه به تمریناتی که در طی جلسات به بیماران آموزش داده شده قابل تبیین است. در طی مراقبه و تنفس و واریسی بدنی از بیماران خواسته شد بدون قضاوت به افکار و احساساتی که تجربه می‌کنند، نظاره کنند. این نظارت می‌بایست بدون درگیری با احساسات و هیجانات همراه آن تفکر صورت می‌گرفت. از شرکت کنندگان خواسته شد به تجربه درد نیز مانند سایر احساسات و هیجانات خود نگاه کنند و همیشه این نکته را در نظر داشته باشند که هر احساسی گذرا است و میزان احساسات مرتب در حال تغییر است. نگاه کردن از این بعد به تجربه درد در افزایش پذیرش درد شرکت کنندگان مؤثر بود و به نظر می‌رسد این پذیرش و عدم درگیری با درد در ادراک شدت درد مؤثر واقع شده است.

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه دوم که با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک راهه انجام شد نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. همچنین چون میانگین اصلاح شده‌ی متغیر «پریشانی روان‌شناختی» در گروه آزمایشی (۱۶/۲۸) کوچکتر از میانگین اصلاح شده‌ی این متغیر در گروه کنترل (۲۷/۶۶) می‌باشد؛ لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی باعث کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان شده است. در نتیجه، فرضیه دوم تحقیق تأیید می‌شود.

همانگونه که اشاره شد نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان بوده است. در بررسی ادبیات پژوهش، تحقیقی که به صورت مستقیم به بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی بیماران سرطانی بپردازد، یافت نشد؛ با اینحال میتوان نتایج این پژوهش را با یافته‌های تحقیقاتی از قبیل خانبابایی و همکاران (۷۳)، ذاکری و همکاران (۷۴)، پورحسینی دهکردی و همکاران (۷۵)، موسوی (۷۶)، غلام رضایی و همکاران (۷۷)، فروزانفر (۷۸)، گراوند (۷۹)، الینبرگ و همکاران (۸۰)، پیکاردی و همکاران (۸۱)

( گارنفسکی و کرایچ ( ۸۲) که به بررسی تأثیر انواع رویکردهای درمانی بر پریشانی روانشناختی در بیماران مختلف پرداختند، همسو دانست. در همین راستا یکی از اختصاصی‌ترین تحقیقات، پژوهش ذاکری و همکاران می‌باشد که به بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر کاهش پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو پرداخته‌است اشاره نمود که در آن، درمان بر اساس راهنمای عملی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر مبنای مدل گروس، در قالب ده جلسه درمانی بصورت فردی برای ۳ نفر از افراد مبتلا به بیماری ویتیلیگو ارائه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از اثربخشی آموزش مهارت نظم‌جویی هیجان بر کاهش پریشانی روانشناختی و مولفه‌های آن ( افسردگی، اضطراب و استرس ) بود. این آموزش موجب کاهش چشم‌گیر نمرات پریشانی روانشناختی در بیماران در دوره درمان گردید. روند کاهش نمرات در مرحله پیگیری ۴۵ روزه نیز ادامه داشته که حاکی از حفظ نتایج درمانی در طول دوره بود و در نهایت این برنامه آموزشی توانست نزدیک ۵۰ درصد نمرات پریشانی روان شناختی را در بیماران کاهش دهد ( ۷۴)

در تبیین نتایج مطالعه حاضر میتوان گفت، برنامه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی زنان مبتلا به سرطان توانسته‌است بعنوان یک سازه روانشناختی باورهای افراد را در مورد رفتارهای مربوط به سلامتی تنظیم کند و با بهبود آگاهی، افراد حاکم بر افکار خود شده و پاسخ‌های سازگارانه‌تری نسبت به موقعیت‌های پر فشار زندگی می‌دهند و موفقیت‌ها و شکست‌هایشان را بر حسب توانایی و ضعف‌هایشان ارزیابی می‌کنند و در نتیجه به افزایش تحمل پریشانی و کاهش پریشانی روانی منجر می‌شود. همچنین می‌توان گفت که مطابق با یافته‌های پژوهشگران، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته‌است شاخص‌های اصلی سرمایه روانشناختی ( امید، خوش بینی، قدرت تحمل و خودکارآمدی ) در افراد را تقویت کرده و بر همین اساس سطح امید، عزت نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بیمار را بهبود بخشد و در مقابل هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و به عنوان یک سپر حفاظتی در برابر بیماری‌های مزمن همچون سرطان عمل کند. در همین راستا نتایج مطالعات لطفی و همکاران (۸۳) در تعیین اثر بخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی زنان دچار سرطان پستان نشان داد که سازه امید بعنوان یک نقطه قوت روانشناختی می‌تواند کمک زیادی به پرورش و ایجاد سلامت روانی در بیماران سرطانی کند. چرا که امید دارای دو مولفه شناختی و عاطفی است. مولفه شناختی شامل انتظار رخ دادن وقایعی در آینده و مولفه عاطفی شامل امید به این که این رویدادها، رویدادهای مثبت و دارای پیامدهای مطلوبی باشند، است. مولفه عاطفی آن می‌تواند پیش‌بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش سلامت روانی باشد. لذا از آنجا که بیماران دچار سرطان دارای پریشانی، استرس و اضطراب بالایی در طول دوره درمان و نیز بعد از آن تجربه می‌کنند، و این وضعیت منجر به از دست رفتن امید به زندگی در آنها می‌شود، به همین خاطر امید درمانی با هدف ایجاد امید در بیماران سرطانی موجب کاهش پریشانی آنها می‌شود. از آنجائیکه مطالعات متعددی بیانگر تأثیرات مثبت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ایجاد امید به

زندگی و تامین سلامت روانی افراد می‌باشد بنابر این، این رویکرد درمانی می‌تواند سطح پریشانی روانشناختی بیماران سرطانی را کاهش دهد.

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه سوم که با استفاده از روش تحلیل کوواریانس یک راهه انجام شد نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان تأثیر دارد. همچنین چون میانگین اصلاح شده‌ی متغیر «نشخوار ذهنی» در گروه آزمایشی (۴۶/۳۱) کوچکتر از میانگین اصلاح شده‌ی این متغیر در گروه کنترل (۶۶/۶۳) می‌باشد؛ لذا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش میزان نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان شده‌است. در نتیجه، فرضیه سوم تحقیق تأیید می‌شود.

این یافته پژوهشی مؤثر بودن الگوی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار ذهنی در بیماران سرطانی را نشان می‌دهد. بنابر این، این رویکرد درمانی می‌تواند شیوه مناسبی برای کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به سرطان باشد. اگر چه مطالعات گسترده‌ای بطور مستقیم برای تعیین اثر بخشی این رویکرد درمانی در درمان نشخوار ذهنی بیماران سرطانی صورت نگرفته‌است ولی با این وجود مطالعات مشابهی توسط پژوهشگرانی چون زمستانی و فاضلی (۸۴)، قدم پور و همکاران (۸۵)، سلطانی و همکاران (۸۶)، جاجرمی و همکاران (۸۷)، محمد پور و همکاران (۸۸)، زیدان و همکاران (۸۹)، اسپی و همکاران (۹۰)، در ارتباط با رویکردهای درمانی مختلف صورت گرفته‌است که نتایج آنها همسو با نتایج تحقیق حاضر می‌باشد.

در تبیین هماهنگی بین یافته‌های این مطالعه و پژوهش‌های انجام شده پیرامون تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار ذهنی در افراد مبتلا به سرطان، میتوان گفت مکانیزم‌های عملی رویکرد درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با هدف افزایش آگاهی فراشناختی و توانایی توجه افراد در رویارویی با مسایل و مشکلات است که به افراد اجازه پاسخ‌های شناختی و رفتاری انعطاف پذیرتر را می‌دهد. این رویکرد درمانی همچنین می‌تواند توجه و تنظیم عاطفه را از طریق افزایش ظرفیت حافظه فعال بهبود دهد. ذهن‌آگاهی همچنین می‌تواند از طریق پرورش آگاهی غیرقضاوتی از لحظه حال، چرخه نشخوار فکری در باره پشیمانی‌های گذشته یا ترس‌های آینده را قطع و خود شفقتی را افزایش دهد (۸۹). اسپی و همکاران نیز با بررسی ادبیات پژوهش بیان کردند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و خود شفقتی را افزایش دهد و در مقابل نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای را کاهش دهد (۹۰).

با توجه به آنچه که ذکر شد می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بواسطه مجموعه‌ای از تمرین‌های مراقبه از جمله تمرین واری بدن، مراقبه‌های نشسته و ایستاده، حرکت به شیوه ذهن‌آگاهی، سه دقیقه فضای تنفس و متمرکز کردن آگاهی بر اینجا و اکنون و مجموعه‌ای از تکنیک‌های شناختی از جمله بازسازی شناختی و آموزش روانی به زنان مبتلا به سرطان کمک می‌کند تا روش جدیدی را برای بودن در شرایط دردناک و چالش برانگیز در پیش گیرند؛ روشی که بوسیله افزایش آگاهی فراشناختی یا

توجه بر شناخت و پذیرش تجربه‌های منفی لحظه حال مشخص می‌شود (۸۸). در تمرین‌های ذهن‌آگاهی مراجعان در مورد رابطه بین افکار، حس‌های بدنی و احساسات شان آگاهی پیدا می‌کنند. همچنین یاد می‌گیرند به جای اجتناب تجربه‌ای یا اشتغال ذهنی با افکار، حس‌های بدنی و احساسات خود را بپذیرند و از نشخوار ذهنی پرهیز کنند. در نهایت تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بواسطه بازسازی شناختی و ایجاد بینش جدید، کار بر روی پریشانی روانشناختی، افزایش حمایت در درون گروه، صحبت در مورد تجارب و خاطرات ناخوشایند خود، زمینه ساز کاهش نشخوار فکری در بیماران سرطانی شود.

پژوهشگر در روند پژوهش خود با محدودیت‌هایی از جمله عدم بررسی و کنترل متغیرهایی چون طول مدت و شدت بیماری که می‌تواند پاسخ‌گویی به درمان را تحت تأثیر قرار دهد مواجه بوده‌است همچنین عدم انجام آزمون‌های پی‌گیری جهت بررسی میزان ماندگاری اثر مداخله درمانی مواجه بوده‌است

### پیشنهاد‌های کاربردی و پژوهشی

با توجه به یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود از رویکرد شناخت درمانی در مراحل مختلف درمان انواع سرطان‌ها و همچنین سایر بیماری‌های خاص که به نحوی مستلزم رویارویی با شرایط پیش آمده‌است به عنوان مکمل درمان‌های پزشکی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی کارگاه‌های تخصصی به پزشکان و روانشناسان مراکز درمانی آموزش داده شود تا با بکارگیری این رویکرد در کنار روشهای درمان پزشکی و دارویی، گام عملی مهمی در وضعیت درمان مراکز درمانی برداشته شود.

پیشنهاد می‌شود برای به دست آوردن حمایت‌های تجربی و پژوهشی بیشتر، مشابه این پژوهش در سایر مناطق و شهرها با در نظر گرفتن متغیرهای بالینی ذکر شده در بیماران سرطانی توسط محققان اجرا، و با نتایج تحقیق حاضر مقایسه گردد. همچنین این پژوهش به صورت مقطعی در مورد گروهی از زنان مبتلا به سرطان انجام گردیده‌است، از این رو پژوهش‌های طولی می‌تواند اطلاعات بیشتری در این زمینه فراهم سازد.

### فهرست منابع و ماخذ (فارسی و غیر فارسی)

۱. Kumar S.P. "Cancer pain: a critical review of mechanism-based classification and physical therapy management in palliative care". Indian journal of palliative care. 2019; 17 (2): 116.
۲. پیرخانی علیرضا، صالحی فاطمه. اثر بخشی معنا درمانی گروهی بر ارتقای سلامت روان زنان مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت ۱۳۹۳، شماره ۲: صفحات ۶۱ تا ۶۹.

۳. بهرامی بتول، بهرامی عبدالله، مشهدی علی، کارشکی حسین. نقش راهکارهای کنترل شناختی هیجان در کیفیت زندگی بیماران سرطانی. مجله دانشکده پزشکی علوم پزشکی مشهد ۱۳۹۶، شماره ۵۸: صفحات ۹۶ تا ۱۰۵.
۴. حسینی سیده محبوبه. تأثیر سرمایه اجتماعی بر درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ۱۳۹۷، سال هفتم، شماره ۲: صفحات ۵۷ تا ۷۰.
۵. Nakash O. Levav I. Aguilar - Gaxiola S. Alonso J. Andrade L.H. Angermeyer M.C. "Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: Findings from the World Mental Health Surveys". *Psycho - Oncology*. 2020; 23(1):40-51.
۶. Kasper D. Fauci A. Hauser S. Longo D. Jameson J. Loscalzo J. "Harrison's principles of internal medicine". Mc Graw-Hill Professional Publishing. 2021.
۷. Zale E.L. Ditre J.W. " Pain-related fear, disability, and the fear-avoidance model of chronic pain ". *Current Opinion Psychology*, 2020 ;5: 24-30.
۸. Cheng S.T. , Leung C.M. , Chan K.L. , Chen P.P. , Chow Y.F. , Chung J.W. " The relationship of self-efficacy to catastrophizing and depressive symptoms in community-dwelling older adults with chronic pain: A moderated mediation model ". *PIOS one*. 2021; 13(9):e0203964
۹. Dehghani M. Asgharzadegan F. Habibi M. " Prayer and pain catastrophizing coping strategies on headach intensity prediction in patients with headache. " *International Journal of Applied Behavioral Sciences*. 2019; 3(2): 1-8
۱۰. Costa W.A. , Monteiro M.N. , Queiroz J.f. , Gonçalves A.K. " Pain and quality of life in life in breast Cancer patients". *Clinics*. 2021; 72 (12): ۷۵۸-۷۶۳
۱۱. Xu X, Qu M, Xie C, Cheng Q, Chen Y. " Pain acceptanc and its associated factors among cancer patients in mainland china: A Cross- Sectional Study ". *Pain Research and Management*. 2019.
۱۲. Elahi N. Imanian M. " The effects of the continuous care model on sleep quality, pain, fatigue and nausea among breast cancer patients receiving chemotherapy: A clinical trial ". *Nursing and Midwifery Studies*. 2018; ۷(۴): ۱۴۵-۵۰
۱۳. وزیري شهرام، لطفی کاشانی فرح. سبک‌های هویت و پریشانی روانی. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی ۱۳۹۴، سال هفتم، شماره ۲۶: صفحات ۷۷ تا ۸۶.

۱۴. Rustoen T. Moum T, Wiklund I, Hanestad BR. " Quality of life in newly diagnosed cancer patients ". J Adv Nor 2016; 29(2):490-98
۱۵. Lerman C. Trock B. Rimer B. Jepson C. " Psychological side effects of breast cancer screening". American psychological association. 2018 ; ۱۰(۴): ۲۵۹-۲۶۷.
۱۶. Hamer M. Molloy G.J. & Stamatakis E. " Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms ". Journal of the America College of Cardiology. 2014 ; 52 (25), 2156-2162.
۱۷. Weiss T. Weinberger M.I. Holland J. Nelson C, & Moadel A. " Falling through the Cracks: a review of psychological distress and psychosocial service needs in older Black and Hispanic patients with cancer". Journal of Ceriatric Oncology.2019; 3(2), 163-173.
۱۸. Park J.H.Chun, M., Jung, Y.S., Bae,S.H. " Predictors of psychological distress trajeactories in the first yearafter a breast cancer diagnosis ". Asian Nursing Research. 2017 ; 11(4)268-275.
۱۹. Smith - Turchyn J, Morgan A, & Richardson J. " The effectiveness of group-based self-management programmes to improve physical and psychological outcomes in patients with Cancer: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials". Clinical Oncology. 2021 ; 28 (5), 292 – 305.
۲۰. Stewart B.W. & wild C.P. " World cancer report: Lyon, France: International Agency for Research on Cancer". World Health organization. 2017 ; 630
۲۱. Eun - Young B, & Change I. " The effect of visual feed back plus entail practice on three patients with breast cancer woman ". Clinical Rehabilitation. 2007 ; 20, 379-388,
۲۲. Nolen - Hoeksema S. Wisco B.E. & Lyubomirsky S. " Rethinking rumination ". Perspectives on Psychological science.2016; 3 (5). PP. 400-۴۲۴.
۲۳. منصورى احمد، منصورى محمود، منصورى نسيبه. رابطه بين اسكيزوتايپى و علايم افسردگى با توجه به نقش ميانجى نشخوار فكرى. روانشناسى بالينى و شخصيت ۱۳۹۵، سال يازدهم، شماره ۲۱: صفحات ۹۹ تا ۱۰۸.
۲۴. Calhoun L.G. , Tedeschi R.G. , Cann A. & Hanks E.A. " Positive outcomes following bereavement: Paths to posttraumatic growth ". Psychologica Belgica. 2019; 50 (1&2), pp. 125-143.
۲۵. Zhou K. Li X. Li J. Liu M.. Dang S. Wang D. & Xin X. " A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle

- relaxation training in female breast Cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay “. *European journal of oncology nursing*. 2019 ; 19(1), 54-59.
۲۶. Barre P.V. , Padmaja G. , Rana S. “ Stress and quality of life in cancer patients: medical and psychological intervention “. *Indian journal of psychological medicine*. 2018 ; 40 (3): 1232-1238.
۲۷. Shennan C. Payne S. Fenlon D. “ What is the evidence for the use of mindfulness- based interventions in cancer care? A review “. *psycho-oncology*. 2019; 20(7):681-97.
۲۸. Kabat-Zinn, J. “ Wherever you go, There you are: Mindfulness meditation in everyday life “. New York: Hyperion. 1994.
۲۹. Williams, J.M.G., Teasdale , J.D., Segal, Z.V. “ The mindful way through depression: Yourself From Chronic Unhappiness “. New York: Guilford Press. 2007
۳۰. Davidson R. J., Kabat-Zinn J., Schumacher J., Rosenkranz M., Muller D., Santorelli S. F. & Sheridan J. F. “ Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation”. *Psychosomatic medicine*. ۲۰۱۳ □ ۶۵(۴), ۵۶۴-۵۷۰.
۳۱. Segal Z. V. Teasdale J. D. Williams J. M.. & Gemar M. C. “ The mindfulness based cognitive therapy adherence scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness “. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018 ; 9(2), 131-138.
۳۲. Brown, K.W., & Ryan, R. M. “ The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being “. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2019 ; 84, 822-848
۳۳. مظفری مطلق محمد رسول، نجات حمید، توزنده جانی حسن، ثمری علی اکبر. اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی بر کاهش دردهای سرطانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران ۱۳۹۹، سال ۱۲، شماره ۱: صفحات ۳۶ تا ۴۵.
۳۴. Mohades Ardabili, A. , Sheyda Anbarani , B. , Bamshghi , M. & Rajaei , Z. “ Cognitive therapies in Corona disease (Covid 19) “. *Journal of Psychology and Educational Sciences (Nagareh Institute of Higher Education)*. ۲۰۲۱; ۴۹: ۱-۶.
۳۵. زارع حسین، محمدی نرگس، متقی پیمان، افشار حمید، پور کاظم لیلا. تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فاجعه‌پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا. روان‌شناسی سلامت ۱۳۹۳، سال سوم، پیاپی ۱۲، شماره ۴: صفحات ۹۳ تا ۱۱۳.

۳۶. کاشفی زاده مهسا، طاهر محبوبه، حسین خانزاده عباسعلی، حاج ابوطالبی نرگس. اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود تنظیمی ارادی، تحمل پریشانی و انعطاف پذیری روانشناختی در افراد دارای اختلال سو مصرف مواد تحت درمان نگهدارنده. نشریه علمی روانشناسی نظامی ۱۴۰۱، سال ۱۳، شماره ۵۲: صفحات ۳۱ تا ۵۴.
۳۷. Shirkhonzade, M. , Hatami, M. , Ahadi, H. & Sorami - khurushami , Gh. “ Comaring of the effectiveness of cognitive behavioral therapy , and cognitive therapy based on mindfulness on the psychological distress of people with bulimia nervosa “. *Cognitive Analytical Psychology Quarterly*. 2020;12(46):109-118.
۳۸. Cully J.A., Paukert A., Falco J., Stanley M. “ Cognitive- behavioral therapy: Innovations for cardiopulmonary patients with depression and anxiety”. *Cogn Behav Pract* 2020; 16(4): 394- 407.
۳۹. رحمانی نرگس، منصوری احمد. اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری و رشد پس از سانحه زنان داغدیده. روانشناسی بالینی و شخصیت ۱۳۹۸، دوره ۱۷، شماره ۱: صفحات ۳۳ تا ۳۲.
۴۰. نیکو گفتار منصوره، سنگانی علیرضا، جنگی پریا. اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب، انگیزه و عملکرد. نشریه مطالعات مدیریت رفتار سازمانی در ورزش ۱۳۹۸. دوره ۶، پیاپی ۲۲، شماره ۲: ۵۵ تا ۶۵.
۴۱. Hollis-Walker L. & Colosimo K. “ Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators”. *A theoretical and empirical examination. Personality and Individual Differences*. 2018 ; 50(2), 222- ۲۲۷.
۴۲. عباچی زاده کامبیز، کرامتی نیا علی اصغر. روندهای اجتماعی و پیش بینی سرطان در ایران تا سال ۲۰۲۵. *مجله سلامت اجتماعی* ۱۳۹۴. دوره ۳، شماره ۱: صفحات ۶۶ تا ۷۳.
۴۳. فندرسکی افسانه، حاجی زاده ابراهیم، حقیقت شهیر، راسخی علی اکبر. بررسی عوامل مرتبط با بقای کوتاه مدت و بلند مدت بیماران مبتلا به سرطان پستان با استفاده از مدل شفای آمیخته. نشریه بیماری‌های پستان ایران ۱۴۰۱. دوره ۱۵، پیاپی ۵۶، شماره ۱: صفحات ۴ تا ۱۷.
۴۴. علی قنواتی سجاد، بهرامی فاطمه، گودرزی کوروش، روزبهانی مهدی. اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه روانشناسی سلامت* ۱۳۹۷، سال هفتم، پیاپی ۲۷، شماره ۳: صفحات ۱۵۲ تا ۱۶۸.
۴۵. Baer R.A. , Krietemeyer J. “ Overview of mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. *Mind fulness-based treatment approaches*”. *Clinician's guide to evidence base and applications*. 2016:3-27.



۴۶. Turner J.A. Anderson M.L. Balder B.H. Cook A.J. Sherman K.J. Cherkin D.C. "Mindfulness-based stress reduction cognitive-behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mind fulness, Catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial". *Pain*. 2020;157(11):2434.
۴۷. حیدریان آرزو، زهرا کار کیانوش، محسن زاده فرشاد. اثر بخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. فصلنامه بیماری‌های پستان ایران ۱۳۹۶، سال نهم، شماره ۲: صفحات ۴۵ تا ۵۲.
۴۸. خوش‌لهجه صدق انیسی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی. مولف: ربکا کرین. تهران. انتشارات بعثت ۱۴۰۰، چاپ اول.
۴۹. Sullivan M.J. Bishop S.R. Pivik J. "The pain catastrophizing scale: Development and validation". *Psychol Assess*. 1995; 7(4):524-532.
۵۰. Sullivan M.J. Rodgers W.M. Kirsch I. "Catastrophizing, depression and expectancies and emotional distress. *Pain*. 2001; for pain and emotional distress". *Pain*. 2001; 91 (1-2):147-545
۵۱. Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S. L., & Zaslavsky, A. M. "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress". *Psychological medicine*. 2002; 32(6), 952-976
۵۲. Andrews G. & Slade T. Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australicon and New Zealand. Journal of Public Health*. 2001; 25: 494-497.
۵۳. Furukawa T.A.; Kessler R.C.; Slade T.; & Andrews G. The performance of the K-6 and K-10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and well-Being - *Psychological Medicine*. 2003; 23: 357-362.
۵۴. یعقوبی حمید. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر (k-۱۰). فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی ۱۳۹۴. دوره ۶، شماره ۴: ۴۵ تا ۵۷.
۵۵. Nolen - Hoeksema. S. "The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms". *Journal of - abnormal psychology*. 2000 ; 109 (3). 504.
۵۶. سرمد زهره، بازرگان عباس و حجازی الهه. روش تحقیق در علوم رفتاری انتشارات آگاه ۱۴۰۲، چاپ ۴۲.

۵۷. Treynor W.; Gonzalez R. & Nolen Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 2007; 27 (3): 24-7-259.

۵۸. باقری نژاد مینا، صالحی فدردی جواد و طباطبایی محمود. رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی* ۱۳۹۵. دوره ۱۱، شماره ۱: صفحات ۲۱ تا ۳۸.

۵۹. نوروزی حسن، هاشمی الهام. اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم‌جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری‌های پستان* ۱۳۹۶. دوره ۱۰، شماره ۲: صفحات ۳۸ تا ۴۸.

۶۰. صناعی هاله، موسوی سیدمحمدعلی، مرادی علیرضا، پرهون هادی و صناعی سولماز. اثر بخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و جهت‌گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصل نامه اندیشه و رفتار* ۱۳۹۶. دوره ۱۱، شماره ۱۱: صفحات ۵۷ تا ۷۱.

۶۱. حسنی جعفر، امام وردی فاطمه. اثر بخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابراز وجود زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا* ۱۳۹۷، دوره ۱۹، مسلسل ۵۹، شماره ۲: صفحات ۲۱ تا ۲۷.

۶۲. شفیع فایزه، امینی فسخوری مریم. اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فاجعه‌آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی - اسکلتی. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد* ۱۳۹۶، دوره ۸، شماره ۱: ۱ تا ۱۰.

۶۳. محمدی فهیمه. اثر بخشی مداخله حضور ذهن بر مدیریت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. *روان شناسی معاصر* ۱۳۹۵، ویژه نامه، شماره ۵: صفحات ۶۹۵ تا ۶۷۱.

۶۴. زارع حسین، محمدی نرگس، متقی پیمان، افشار حمید و پورکاظم طاهره. تأثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرو میالژیا. *فصلنامه علوم تربیتی و روانشناسی (روانشناسی سلامت)*. ۱۳۹۵، شماره ۱۲: صفحات ۹۷ تا ۱۱۷.

۶۵. عبدالقادری ماریه، کافی سید مرتضی، صابری عالیا و آریاپوران سعید. اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد* ۱۳۹۴. دوره ۲۱، شماره ۶: صفحات ۷۹۵ تا ۸۰۷.

۶۶. Petter, M., McGrath, P.J., Chambers, C.T., & Dick, B.D. The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of pediatric psychology*. 2017; 9(13): 49-59.

۶۷. Hyperprolactinemia as an adverse effect in regulatory and clinica toxicology role in breast and prostate cancer. 2015; 25(7): 395-411.

۶۸. Fredrickson, B. L., & Losoya, S. H. (2016). Happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 2016; 50(2): 222-227.
۶۹. Gross, R. M., & Shapiro, D. L. (2017). Mindfulness, breathing, progressive muscle relaxation, and Loving-Kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour research and therapy*, 2017; 48 (10): 1002-1011.
۷۰. Gross, R. M., Shapiro, D. L., & Carlson, L. A. (2018). Mindfulness-based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer. *The Clinical journal of pain*. 2018; 34(1): ۵۹-۶۷.
۷۱. Gross, R. M., & Carlson, L. A. (2018). Mindfulness-based Cognitive Therapy and Persistent Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer. *Hematology/Oncology Clinics*. 2018; 32(3): ۴۹۳-۵۰۴.
۷۲. Gross, R. M., & Carlson, L. A. (2017). Mindfulness-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of mind fulness. *Clinical Psychology of Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2017; 17(1):63-78.
۷۳. خان‌بابایی ناهید، زاهدی راضیه و رفیعی‌پور امین. اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از پیشرفت بیماری و پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید. نشریه علمی روانشناسی سلامت ۱۳۹۸. سال هشتم، پیاپی ۳۰، شماره ۲: صفحات ۱۱۷ تا ۱۳۲.
۷۴. ذاکری محمدمهدی، حسنی جعفر و اسماعیلی نفیسه. اثر بخشی آموزش نظم‌جویی فرآیندی هیجان بر پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت ۱۳۹۸. سال ششم، پیاپی ۲۳، شماره ۳: ۳۹ تا ۵۶.
۷۵. پورحسینی‌دهکردی راضیه، سجادیان ایلناز و شعرافچی محمدرضا. اثر بخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده و پریشانی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان. روان‌شناسی سلامت ۱۳۹۸. شماره ۳۱: صفحات ۳۷ تا ۵۲.
۷۶. موسوی سیدولی‌اله. مقایسه اضطراب مرگ و امیدواری در مراحل ابتدایی و پیشرفته سرطان و افراد بهنجار. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم ۱۳۹۸. سال هفتم، شماره ۲۵: صفحات ۱۳ تا ۱۸.
۷۷. غلام‌رضایی هادی، حسین‌زاده نفیسه و بوستان سیما. اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران. فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی ۱۳۹۹. دوره ۴، شماره ۸: صفحات ۵۳ تا ۶۱.

۷۸. فروزانفر آزاده. تحمل پریشانی: نظریه، مکانیسم و رابطه با آسیب شناسی روانی. مجله رویش ۱۳۹۶. سال ششم، پیاپی ۱۹، شماره ۲: صفحات ۲۳۹ تا ۲۶۱.
۷۹. گراوند هوشنگ. نقش میانجی پریشانی روانشناختی در رابطه بین کانون کنترل سلامت و اضطراب کرونا در دانشجویان. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی ۱۴۰۰. دوره ۱۷، شماره ۶۵: صفحات ۲۵۲ تا ۲۶۱.
۸۰. commitment group therapy for health anxiety- Results from a pilot study. Journal of Anxiety Disorders. 2015; 27 (5): 461-468.
۸۱. Salvatori, V.; Mazzotti, E.; Pasguini, P. & Abeni, D. Recognition of depressive and anxiety disorders in dermatological outpatients. Acta Derm Venereol. 2004; 84: 213-217.
۸۲. development of a short 18 item version (CERQ- short). Pers Individ Dif, ۲۰۱۰: ۴۱: ۱۰۴۵-۱۰۵۳.
۸۳. لطفی کاشانی فرح، وزیری شهرام، زین‌العابدینی سیده نرگس و زین‌العابدینی سیده نیلوفر. اثر بخشی امید درمانی گروهی در کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان دچار سرطان پستان، فصلنامه روانشناسی کاربردی ۱۳۹۵. سال هفتم، پیاپی ۲۸، شماره ۴: صفحات ۴۵ تا ۵۸.
۸۴. زمستانی مهدی، فاضلی نیکلر زهرا. اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. فصلنامه روانشناسی کاربردی ۱۳۹۸. دوره ۱۳، پیاپی ۱، شماره ۱: صفحات ۱۱۹ تا ۱۳۹.
۸۵. قدم‌پور عزت‌اله، سبزیان سعیده و بیرانوند ساناز. اثر بخشی آموزش شناختی - رفتاری بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر اصفهان. مجله راهبردهای شناختی در یادگیری ۱۳۹۵. دوره اول، شماره ۱: صفحات ۴۹ تا ۶۰.
۸۶. سلطانی شیرین، مامی شهرام، احمدی وحید، محمد زاده جهان‌شاه. بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، استرس ادراک شده و احساس تنهایی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. مجله روان‌شناسی و روان پزشکی شناخت ۱۴۰۱. دوره ۶، شماره ۹: صفحات ۱۴۶ تا ۱۶۱.
۸۷. جاجرمی محمود، رضوی زاده تبادکان، وکیلی یعقوب. اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی و سبک پاسخ دهی نشخواری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه زن و مطالعات خانواده ۱۳۹۸. دوره ۱۲، شماره ۴۳: صفحات ۸۵ تا ۱۰۴.
۸۸. Mohammadi, N.. The effectiveness of Cognitive therapy-based on mindfulness on reducing symptoms of

- depression, mental rumination and dysfunctional attitudes of pregnant women with depression. *Clinical Psychology & Personality*. 2018; 30: 187-197.
۸۹. Zeidan, F.; Johnson, S. Diamond, B. J.; David, Z. & Goolkasian, K. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 2014; 19: 597-605.
۹۰. ... Theory and practice. *Canadian journal of Psychiatry*. 2012: 57(2): 63-69.

**The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on the pain catastrophizing ,psychological distress and mental rumination in women with cancer in Tabriz**

**Tabriz**

Maryamazimi<sup>۱</sup> Nastern Mansooriyeh<sup>۲</sup>

**Objective:** The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on pain catastrophizing ,psychological distress and mental rumination in women with cancer in Tabriz

**Methodology:** The method of the current research was semi-experimental using a pre-test post-test design with a control group. The statistical population of the research included all female cancer patients referred to Clinics in Tabriz in the first half of 2023. They had medical records. The studied sample included 30 women with cancer, who were selected as accessible sampling , who were Assigned into two groups of 15 people. The

<sup>۱</sup> . Master of Clinical Psychology, Tabriz Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

<sup>۲</sup> . Assistant Professor, Clinical Psychology Department, Tabriz Medical Sciences Unit, Islamic Azad University, Tabriz, Iran (corresponding author) n.mansoreye1984@gmail.com

data collection tools included Sullivans standard pain catastrophizing questionnaire, Kesslers psychological distress questionnaire, and Hoxima-Marus mental rumination questionnaire along with the training program MBCT. After the pre-test ,the object learning protocol was held for the experimental group during 8 2-hour sessions , and the control group did not receive any intervention. After the training program , the questionnaires were again administered to both groups and the results were evaluated . Covariance analysis was also used to examine the hypotheses.

**Findings :** Mindfulness-based therapy has A significant effect effect on pain catastrophizing in women with cancer . Also , mindfulness-based cognitive therapy has A significant effect effect on the psychological distress of women with cancer .Finally, , mindfulness-based cognitive therapy affects mental significantly . It affects women with cancer.

**Conclusion:** Based on the findings of this research , it can be said that Mindfulness-based therapy is effective in catastrophizing pain , psychological distress, and mental rumination in women with cancer . Therefore , the use of this complementary treatment method alongside the menthod Medicines and drugs are recommended for the treatment of cancer patients.

**Key words:** Mindfulness Based cognitive therapy, Pain catastrophizing, Psychological distress, Rumination, Cancer