

## اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان

مریم هاشمی<sup>۱</sup>، محمدمهدی بدیعی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. روش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی بود و از طرح پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران بود. ۳۰ نفر از این زنان که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و آزمودنی های گروه کنترل تا پایان مرحله پیگیری مداخله ای دریافت نکردند. ابزار گردآوری داده ها مقیاس امید به زندگی بود که در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه توسط آزمودنی ها تکمیل شدند. داده های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام شد. نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش در پایان درمان و بعد از پیگیری یک ماهه مؤثر واقع شدند. نتایج این مطالعه حمایت تجربی مناسبی را برای مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن فراهم آورد. پیشنهاد می شود از این رویکرد در جهت امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بهره بگیرند.

**کلیدواژه ها:** شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، امید به زندگی، زنان مبتلا به سرطان پستان

<sup>۱</sup> دانشجوی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران Maryam.h5555@gmail.com

<sup>۲</sup> روانپزشک، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب، تهران، ایران mmbadiei@gmail.com

## مقدمه

از جمله بیماری های مزمن که ارتباط تنگاتنگی با عوامل روان شناختی دارد سرطان می باشد. تشخیص سرطان استرس فوق العاده و قابل توجهی بر فرد وارد کرده و زندگی وی را مورد تهدید قرار می دهد. سرطان پستان، رشد و تکثیر غیر قابل کنترل سلول ها در بافت پستان است که می تواند داخل مجاری شیر و یا داخل بافت پستان تشکیل شود که به طور کلی به دو گروه اصلی غیرتهاجمی و سرطان مهاجم تقسیم می شود (دویتا، لارنس و رزبرگ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). طبق بررسی های انجام شده سرطان پستان یکی از شایع ترین انواع سرطان در بین زنان است و دومین فراوانی را در میزان مرگ و میر مردم ایالات متحده دارد (ویچمن و کورر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). رشد روز افزون سرطان پستان در چند دهه اخیر و اثرات زیان بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، روانی، اجتماعی و اقتصادی سبب شده است که علاوه بر افراد عادی، توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آنها این نوع از سرطان را یک مشکل بهداشتی عمده قرن معرفی کنند (لی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در ایران نیز سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از موارد سرطان های زنان را تشکیل می دهد و شایع ترین سرطان در میان زنان ایرانی است (حیدری و همکاران، ۱۳۹۴). شیوع بیماری های روانی در زنان مبتلا به سرطان، در حال افزایش است و سلامت روان و کیفیت زندگی آنان را به خطر انداخته است. سلامت روان حالتی از بهزیستی است و این احساس را در فرد ایجاد می کند که می تواند با جامعه کنار بیاید؛ علاوه بر این، موقعیت های شخصی و ویژگی های اجتماعی نیز برای او رضایت بخش است (بحرینیان، رادمهر، محمدی، باوادی، و موسوی، ۱۳۹۵). فرد مبتلا به سرطان در معرض بسیاری از علائم متوسط تا شدید مشکلات هیجانی مانند اندوه، افسردگی، اضطراب، تحریک پذیری، خشم، رفتارهای کناره گیری از روابط خانوادگی، ترس از مرگ، ترس از درمان و عوارض آن و اطمینان نداشتن به بازگشت سلامتی، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویش و به دنبال آن، کاهش سلامت روانشناختی، قرار دارد (لیائو، چن، لین، چن، وانگ و جین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴).

یافته هانشان می دهد، بیماران مبتلا به سرطان پستان از مشکلات روان شناختی همچون افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده، احساس درماندگی رنج می برند (پلد<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). بخشی از این نشانگان، به خاطر آگاهی از سرطان و بازخوردهای شناختی و بخشی دیگر به علت عوارض درمان های طبی رایج مانند ماستکتومی، شیمی درمانی، جراحی، رادیو تراپی نظیر از دست دادن موها و عضوی از بدن که سمبل زن و مادر بودن است؛ می باشد (فالآگس<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در میان نشانگان روان شناختی، میزان ناامیدی و استرسی که فرد ادراک می کند، شرایط روحی خاصی را ایجاد می کند که فرد در آن شرایط، احساس درماندگی، ناتوانی و بی علاقهگی به زندگی می کند. در این حالت فرد به شدت غیر فعال و ناتوان شده و قدرت تطبیق با تغییر شرایط زندگی را ندارد و روز به روز از جریان طبیعی زندگی فاصله می گیرد (بدجر<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). وقتی افراد در چنین شرایطی قرار می گیرند به بهداشت روابط اجتماعی، تغذیه، و دیگر مسائل شخصی خود کمتر توجه می کنند و این مهم به نوبه خود زمینه را برای پیشرفت سرطان آماده می سازد (سینگ<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). با توجه به نقش عوامل روان شناختی در ابتلا به سرطان، مطالعه حاضر می کوشد اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی و راهبردهای مقابله ای در زنان مبتلا به سرطان پستان را مورد مطالعه قرار دهد.

1 - DeVita, Lawrence, Rosenberg

2 - Wiechmann L, Kuerer HM

3 - Li

4 - Liao M-N, Chen S-C, Lin Y-C, Chen M-F, Wang C-H, Jane

5 Peled

6 Falagas

7 Badger

8 Singh

در تعریف زین حضور ذهن یعنی: توجه به طریقی خاص، معطوف به هدف در زمان حال و بدون داوری. این تعریف به دلیل سادگی و صراحت قابل توجه است. حال بینیم در عمل حضور ذهن چگونه به کار گرفته شد؟ در کلینیک کاهش استرس جان کبات زین در مرکز پزشکی دانشگاه ماساچوست (UMASS)، کبات زین به شرکت کنندگان تمرین آرامش ذهنی همراه با حضور ذهن را آموزش می داد و استفاده از آن را مانند یک تمرین روحی برای سهولت دسترسی به آن و ارتباط با بیمارانی که از گستره ای از بیماری های جسمانی مزمن رنج می بردند تعدیل کرد. هدف او مجهز کردن بیماران به روش های پاسخ به استرس های زندگی بود تا بتوانند از واکنش های روانی که اغلب استرس را بدتر می کنند و در روش های مؤثر حل مسأله تداخل ایجاد می کنند رهایی یابند. علت این که بیماران برنامه درمان را رها می کردند با علتی که موجب تغییر بنیادی در درمان شناختی شد شباهت زیادی داشت. با شروع مطالعه درمان حضور ذهن برای کاهش استرس (MBRS) به سرعت آشکار شد که در این روش به افراد آموزش داده می شود که با دیدگاه وسیع تری افکارشان را زیر نظر بگیرند و رابطه ای غیر متمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند (سگال و همکاران، ۲۰۰۵).

با وجود پیشرفت های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری ها، سرطان هنوز هم به عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیر قابل درمان به شمار می رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان ها را تهدید می کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل توجهی از جامعه بشری وجود دارد (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). انواع سرطان ها طیفی گسترده از بیماری هایی هستند که هر یک از آنها سبب شناسی، برنامه درمانی و پیش آگهی ویژه خود را دارند. بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می شوند، یک دوره فشار روانی را تجربه می کنند. در برخی از بیماران، این فشار روانی خود به خود از بین می رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی شود و می توان آن را به عنوان یک واکنش سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از بیماران مشکلات روانی شدیدتری را تجربه می کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه آنها می شود (پدرام و همکاران، ۲۰۱۰). پس از بیماری های قلبی عروقی 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 می دهند. با افزایش امید به زندگی و افزایش درصد سالمندی در جمعیت کشور، انتظار می رود موارد بروز سرطان در دو دهه آینده به دو برابر فعلی، افزایش یابد. در این میان سرطان پستان شایعترین سرطان و شایعترین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان ایرانی می باشد و اکثراً بصورت آدنوکارسینوم های ارتشاحی مجاری و لوبولار است (رحیمی و حیدری، ۲۰۱۲).

امیدواری و امید به زندگی، به عنوان یکی از منابع مقابله انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری های صعب العلاج در نظر گرفته می شود، همچنین، امید می تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود. و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (کاوردیم و همکاران، ۲۰۱۳). سلامت روانی دانش یا هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد رو شهای صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نمایند (محتشمی، ۲۰۰۶). بر همین اساس حفظ سلامت فکری و توانایی مقابله با مشکلات زندگی و برقراری یک رابطه سالم و صمیمانه با هم نوع و داشتن زندگی هد فدار و پر ثمر یک هدف مهم در زندگی می باشد (حجتی، ۲۰۰۸). سلامت روانی دانش یا هنری است که به افراد کمک می کند تا با ایجاد رو شهای صحیح روانی و عاطفی بتوانند با محیط خود سازگاری نمایند (محتشمی، ۲۰۰۶). بر همین اساس حفظ سلامت فکری و توانایی مقابله با مشکلات زندگی و برقراری یک رابطه سالم و صمیمانه با هم نوع و داشتن زندگی هد فدار و پر ثمر یک هدف مهم در زندگی می باشد (حجتی، ۲۰۰۸).

بیشتر افرادی که به سرطان مبتلا می شوند یک دوره فشار روانی را تجربه می کنند که باعث کاهش عملکرد روزانه آنها می شود، این مشکلات روانی به لحاظ بالینی چنان شدید هستند که حتی بعضی از بیماران شیمی درمانی را به خاطر این مشکلات ترک می کنند (بهزادی پور و زمانیان، ۲۰۱۳). با توجه به اهمیت مساله بیماری سرطان و شیوع بالای آن، لازم است عوامل مؤثر در آن شناسایی و این

پدیده کنترل شود. نتایج این پژوهش‌ها می‌تواند منجر به افزایش آگاهی از عوامل تشدید کننده بیماری شده و با ارائه اطلاعات بیشتر درباره روش‌های کنترل و درمان این بیماری و با به کار بستن راهبردهای مناسب، آسیب پذیری افراد مبتلا به این بیماری را کاهش داد. با توجه به اهمیت سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان و نظر به شیوع افسار گسیخته این بیماری در ایران ضرورت انجام تحقیق با این موضوع واضح و مبرهن است. در بررسی پیشینه پژوهش‌های مرتبط در ایران تنها یک مورد پژوهش امانی از مدل ساختاری برای بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیت، هیجانات و استرس ادراک شده بر راهبردهای مقابله با استرس استفاده کرده بود. پژوهش حاضر با آزمون مدل‌های نظری، علاوه بر ویژگی‌های شخصیت و استرس ادراک شده، مساله تنظیم شناختی هیجان در بیماران سرطانی را مورد توجه قرار می‌دهد، زیرا در این افراد راهبردهای غیر انطباقی (فاجعه‌انگاری، خود سرزنش گری، نشخوار فکری و سرزنش دیگری) بیشتر مورد استفاده قرار می‌گیرد.

## روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، جزء پژوهش‌های کاربردی و برحسب نحوه گردآوری داده‌ها، از نوع پژوهش‌های شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون چندگروهی با گروه کنترل و پیگیری است. در این طرح برخی از عواملی که ممکن است اعتبار درونی را تحت تأثیر قرار دهد به وسیله طرح کنترل شد و آزمودنی‌ها با انتصاب تصادفی میان گروه آزمایشی و گروه گواه تقسیم شدند و سپس عمل آزمایشی به اجرا درآمد. متغیر مستقل در گروه آزمایش ارائه گردید، به این صورت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در گروه آزمایش، اجرا گردید و سپس تأثیر آن بر مؤلفه‌های امید به زندگی و راهبردهای مقابله ای ارزیابی گردید در نتیجه متغیر وابسته با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری اندازه‌گیری شد (تاکمن، ۱۹۹۹). جامعه آماری عبارت بود از کلیه بیماران مبتلا به بیماری سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان‌های منطقه ۲ تهران بودند نمونه آماری شامل ۳۰ نفر افراد مبتلا به بیماری سرطان پستان بود که از این ۳۰ نفر دو گروه ۱۵ نفره برای گروه گواه و کنترل به عنوان نمونه آماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه امید میلر (MHS) در سال ۱۹۸۸ توسط میلر و پاورز ساخته شد. پرسشنامه اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. هدف این پرسشنامه، سنجش میزان امیدواری در افراد است. این پرسشنامه از نوع پرسشنامه‌های تشخیصی بوده و شامل ۴۸ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی می‌باشد که ماده‌های قید شده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده‌اند. نحوه نمره گذاری: این پرسشنامه در یک پیوستار پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف، ۲= نسبتاً مخالف، ۳= نظری ندارم، ۴= نسبتاً موافق، ۵= کاملاً موافق) تنظیم شده است. در آزمون میلر دامنه امتیازات کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می‌باشد و هر چه فرد نمره بیشتری بگیرد، دارای امید بیشتری است. ۱۴ جمله از پرسشنامه‌ی میلر از ماده‌های منفی تشکیل شده است. در برخی از سؤالات نمره گذاری به صورت معکوس می‌باشد. با توجه به اینکه این پرسشنامه زیرمقیاس ندارد، در پایان تمامی ماده‌ها را جمع کرده و نمره کل را به دست می‌آوریم. روایی و اعتبار: میلر روایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده و پایایی آن را طبق آلفای کرونباخ بالای ۸۰ ذکر کرده است. حسینی (۱۳۸۵) برای تعیین روایی این پرسشنامه، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک همبسته شده است و مشخص گردید که بین این دو رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. برای تعیین پایایی پرسشنامه از دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده کرد که به این ترتیب ضرایب آن ۰/۸۹ و ۰/۸۹ می‌باشد. همچنین در تحقیق (غلامی و همکاران، ۱۳۸۸) ضرایب پایایی پرسشنامه امید به زندگی با استفاده از روش آلفای کرونباخ و

تصنیف محاسبه گردید که برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۴ می باشد که بیانگر پایایی مطلوب پرسشنامه مذکور است (غلامی و همکاران، ۱۳۸۸).

پرسشنامه راهبردهای مقابله در سال ۱۹۸۳ توسط روزنشتاین و کیف ساخته شده و دارای ۴۲ ماده است که راهبردهای مقابله با درد را مورد سنجش قرار می دهد. راهبردهای مقابله ای شامل ۶ راهبرد شناختی (توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده گرفتن درد، فاجعه سازی، دعا و امیدواری) و یک راهبرد رفتاری (افزایش فعالیت رفتاری) است. هر یک از راهبردهای مقابله از ۶ عبارت تشکیل شده است از آزمودنی خواسته می شود که با استفاده از یک مقیاس ۷ درجه ای (صفر تا شش) مشخص نماید که به هنگام مواجهه با درد تا چه حد از هر کدام از راهبردها استفاده کرده است. نمره های شش عبارت با هم جمع شده یک نمره ترکیبی برای هر راهبرد به دست می آید که بین صفر تا ۳۶ می تواند متغیر باشد. سوال های ۱۳، ۱۱، ۵، ۳۷، ۳۳، ۲۵ مربوط به حیطه فاجعه آفرینی درد امتیاز بین (۰-۳۶) می باشد و سوال های ۴۱، ۲۹، ۲۴، ۱۶، ۱۴ مربوط به زیرمقیاس تفسیر مجدد با امتیاز بین (۰-۳۶) می باشد و سوال های ۴۰، ۳۹، ۳۸، ۲۷، ۳۶ مربوط به زیرمقیاس توجه برگردانی با امتیاز بین (۰-۳۶) می باشد و سوال های ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۳، ۲۰، ۱۹ مربوط به گفتگو با خود با امتیاز (۰-۳۶) می باشد. و سوال های ۶، ۳۵، ۳۴، ۲۱، ۱۷، ۱۲ مربوط به نادیده انگاشتن درد با امتیاز (۰-۳۶) می باشد و سوال های ۴۲، ۴۱، ۱۰، ۹، ۷، ۲ مربوط به افزایش فعالیت رفتاری با امتیاز بین (۰-۳۶) می باشد و سوال های ۲۶، ۲۸، ۲۲، ۱۵، ۱۴، ۸ مربوط به دعا و امیدواری با امتیاز بین (۰-۳۶) می باشد. امتیاز کلی راهبرد مقابله ای (۲۵۲-۰) می باشد. بسته آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) می باشد. گروه آزمایش در ۸ جلسه تحت درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن قرار خواهند در پایان مداخله درمانی هر دو گروه با استفاده از همان ابزار مجدداً ارزیابی خواهند شد (پس آزمون).

## یافته ها

جدول ۱ آمارهای توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه ذهن آگاهی

متغیر	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای استاندارد	کجی	کشیدگی
امید درمانی	پیش آزمون	۱۵	۲۷/۲۰	۳/۷۸	۰/۹۷	-۰/۱۵	-۱/۰۹
	پس آزمون	۱۵	۱۶/۹۳	۴/۱۱	۲/۲۷	۰/۷	۰/۲۵
	پیگیری	۱۵	۱۶/۶۴	۳/۷۳	۱/۰۶	۰/۵۱	-۱/۱
راهبردهای مقابله ای	پیش آزمون	۱۵	۹۵/۶۷	۸/۸۱	۲/۵۵	۱/۱۱	۰/۶۹
	پس آزمون	۱۵	۱۰۲/۵۳	۹/۹۰	۰/۹۹	۰/۱۶	-۱/۲
	پیگیری	۱۵	۱۰۲/۲۹	۸/۴۲	۲/۲۴	۰/۷	-۰/۲۶

یافته های توصیفی حاصل از مقیاس های امید به زندگی و راهبرد های مقابله ای به تفکیک دو گروه و مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جداول ۱، ارائه شده است. اطلاعات این جدول نشانگر افزایش میانگین امید به زندگی در گروه آزمایش است، این در حالی است که در گروه کنترل تغییر چشمگیری در مورد این متغیر وجود ندارد. در مورد متغیر راهبرد های مقابله ای اطلاعات جدول حاکی از افزایش میانگین در گروه آزمایش است و در گروه کنترل تغییر چشمگیری در مورد این متغیر وجود ندارد. به عبارت دیگر



جدول ۴- بررسی آزمون‌های تحلیل کواریانس (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)

منبع اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلابی	۱/۳۱	۳۸/۳۷	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵
	لامبدای ویلکز	۰/۰۹	۴۵/۶۳	۴	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	اثر هاتلینگ	۵/۶	۵۳/۶۲	۴	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	بزرگترین ریشه روی	۴/۶	۹۳/۶	۴	۴۰	۰/۰۰۱	۰/۸۲

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس حاکی از آن است که در نیمرخ نمرات گروه، متغیرهای امید به زندگی و راهبرد های مقابله ای در دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد  $\eta^2 = 0/65$  و  $p < 0/05$  و  $(df = 4 و 80)$  و  $(F = 38/37 و Pillai's Trace = 1/31)$ . این یافته نشان‌دهنده احتمال اثربخشی مداخله در گروه آزمایشی است. در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تأثیر جداگانه متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته جدول آزمون‌های اثرات بین‌آزمودنی ارائه می‌گردد.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کواریانس افزایش امید به زندگی

منابع تغییرات	متغیر	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی	توان آزمون
۱- پیش‌آزمون	امید به زندگی	۱	۴۳۶/۶۷۶	۱/۲۹۵	۰/۰۰۱	-	-
پس‌آزمون	امید به زندگی	۱	۴۰۳۰/۳۸۶	۲۷۹/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳	۲۷۹/۶۱۳

نتایج مربوط به جدول حاکی از آن است که بین دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل از لحاظ امید به زندگی تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/05$ )؛ بنابراین می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی معناداری بر افزایش امید به زندگی بیماران دارای سرطان پستان داشته است؛ بنابراین فرضیه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دارای سرطان پستان تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه گیری

در تبیین نتایج حاصل از آزمون این فرضیه می‌توان گفت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انتظارات منفی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت استرس را اصلاح نموده و با استفاده از فن بازسازی شناختی، استنباط‌ها و نگرش‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان در خصوص موقعیتهای استرس زا را به واقعیت نزدیک می‌کند و موقعیت استرس زا را به صورت یک مساله در می‌آورد و به بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند که با استفاده از فن مساله‌گشایی، بهترین راه حل و گزینه را برای مواجهه بهینه با موقعیت استرس زا انتخاب کنند و بکار بگیرند و از طرفی به بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند، در موقعیت استرس زا با بکارگیری فن تن آرامی به کنترل وضعیت جسمانی خویش نایل شود و با تصویر سازی پیامدهای مثبت رهایی از استرس، خود را برای مواجهه توانمند با موقعیت استرس آماده کند و با پیشروی موفقیت آمیز در کنترل موقعیت استرس، به خود تقویتی مشغول شود و از این طریق انگیزش مثبت در مواجهه با موقعیت استرس در خود ایجاد کند و نهایتاً با انجام اقداماتی عملی به تغییر محیط خویش بپردازد. از این رو انتظار بر این است که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بتواند به توانمندی مدیریت استرس بیماران مبتلا به سرطان پستان بپردازد (مایکن بام، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه یکی از علل کاهش امید به زندگی، استرس‌های مرتبط با رابطه زناشویی است، بنابراین، به نظر

می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند به بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک کند تا موقعیت‌هایی را که باعث استرس می‌شوند، شناسایی و سپس راهبردهای مقابله‌ای برای مواجهه با این موقعیت‌ها را به دست آورند. این روش، باعث می‌شود که مراجعان با اصلاح ارزیابی‌های شناختی، بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های آرایه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی خود، استرس ادراکی و مشکلات روان‌شناختی خود را به نحو احسن کاهش دهند.

همچنین با توجه به اینکه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به سرطان پستان، آنها را با نحوه تأثیر استرس بر خودشان آشنا می‌سازد، به آنها آموزش می‌دهد که به موقعیت‌های استرس‌زا به صورت مسائلی قابل حل نگاه کنند و نیز روش‌های مختلف رویارویی و مدیریت مؤثر آنها به مراجعان نشان داده می‌شود. پذیرش این باور که مسائل استرس‌زا حل‌شدنی‌اند، باعث می‌گردد که مراجعان احساس کنترل بیشتری بر محیط پیرامون خود داشته باشند، در برخورد با چنین موقعیت‌هایی آنها را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کنند، هنگام مواجهه با موقعیت‌های مذکور با داشتن مهارت‌های مقابله‌ای کارآمدتر بتوانند به صورت مؤثرتری آنها را حل کنند و از عوارض روان‌شناختی منفی که بر اثر مقابله ناکارآمد با موقعیت‌های استرس‌زا در بیماران مبتلا به سرطان پستان ایجاد می‌شود، ایمن باشند. همین امر باعث ایجاد آرامش در مراجعان می‌شود که می‌تواند علائم امید به زندگی بیشتر در آنها پدید می‌آیند

یکی از ویژگی‌های مهم ذهن آگاهی این است که به بیماران مبتلا به سرطان پستان آموزش می‌دهد به جای واکنش سریع و آنی به رویدادها، نسبت به اتفاقات همان‌طور که هستند، بدون هیچگونه قضاوتی آگاه باشند. در واقع بیماران مبتلا به سرطان پستان به طور معمول عادت کرده‌اند که نسبت به افکار، احساسات، حس‌ها و هیجانات خود برخورد واکنشی داشته باشند. در ذهن آگاهی با انجام تمریناتی مثل تمرکز بر تنفس، واریسی بدن، و مراقبه‌نشسته می‌آموزند که نسبت به هر نوع فکر، احساس و هیجان که در آنها وجود دارد و نمایان می‌شود آگاه باشند. در نتیجه تمام این افکار و حس‌ها و هیجانات که اغلب از نوع فرسایشی بوده و تهدیددی برای بهزیستی روان‌شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان محسوب می‌شود، گذرا بوده و بیماران مبتلا به سرطان پستان به حالتی از راحتی و آرامش می‌رسند. این تمرین‌ها به زندگی روزمره نیز تعمیم پیدا می‌کند و بیماران مبتلا به سرطان پستان به این بینش می‌رسند که در صورت وجود رویدادهای ناخوشایند همچون مشکلات تعارضات و مشکلات زناشویی با همسر، به جای برخورد واکنشی و ناگهانی که معمولاً منجر به فرسودگی و نشانه‌های آن مانند بی‌معنایی می‌شود، حالتی از پذیرش و آگاهی لحظه‌به‌لحظه را در خود پرورش دهد.

این آگاهی پیامدهای مثبتی به همراه دارد که یکی از آنها آرامش روان خواهد بود و بیماران مبتلا به سرطان پستان در حالتی از آرامش می‌توانند تصمیم‌سازنده و مناسب گرفته و به جای واکنش آنی، کنش‌سازنده داشته باشند. همچنین می‌توان گفت که در ذهن آگاهی با انجام تمریناتی مانند انجام حرکات آگاهانه و یا تمرین واریسی بدن سعی می‌شود که بیماران مبتلا به سرطان پستان با بدن خود ارتباط بهتری پیدا کنند و نسبت به بسیاری از علائم و نشانه‌های فرسودگی آگاهی پیدا کنند. این آگاهی و بینش در کاهش فرسودگی کمک می‌کند. به این ترتیب بیماران مبتلا به سرطان پستان بهتر می‌توانند با شرایط ناخوشایند فعلی سازگاری پیدا کرده و به زندگی خود نیز با کیفیت مطلوب ادامه دهند.



## منابع

- احمد طهور سلطانی، محسن، عسگری، محمد، دانشور، زهرا. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر سازگاری جانبازان. *فصلنامه روان شناسی نظامی*، ۵(۱۹)، ۲۹-۳۹.
- اصلانی، خالد، جامعی، معصومه، رجبی، غلامرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تصویرسازی ارتباطی بر کیفیت روابط زناشویی زوجها. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۹(۴)، ۳۷-۵۷.
- اکبری، محمد اسماعیل، نفیسی، ناهید، جمشیدی فر، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۷(۲۷)، ۷-۱۶.
- امیری، محمد، آقائی، اصغر، عابدی، احمد، صفری، یداله. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر علائم افسردگی بیماران دیابتی. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۳(۱)، ۱۶-۲۸.
- داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، معیری، نسیم، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی کارایی زوج درمانی هیجان مدار به شیوه گروهی بر کاهش فرسودگی زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۲۵(۲)، ۱۳۲-۱۴۰.
- داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، نظری، علی محمد. (۱۳۹۴). تأثیر رویکرد زوج درمانی - کوتاه مدت راه حل - محور بر کاهش ابعاد فرسودگی زناشویی زنان. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳(۱)، ۳۶-۴۶.
- زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۲). بررسی اثر بخشی آموزش تلقیح استرس (SIT) به شیوه گروهی بر کاهش نشانگان استرس بیماران مبتلا به دیابت. *فصلنامه پژوهش های مشاوره*، ۱۲(۴۵)، ۱۳۱-۱۴۷.
- زهراکار، کیانوش، شفیع آبادی، عبدالله، دلاور، علی. (۱۳۸۵). بررسی اثر بخشی آموزش تلقیح استرس (SIT) در کاهش اختلالات روان شناختی (کاهش افسردگی، اضطراب، فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی) ناشی از استرس شغلی کارکنان ایران خودرو. *فصلنامه تازه ها و پژوهش های مشاوره*، ۵(۱۷)، ۵۵-۷۶.
- سودانی، منصور، دهقانی، مصطفی، دهقان زاده، زهرا. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زوجین. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۳(۲)، ۱۵۹-۱۸۰.
- سیداسماعیلی قمی، نسترن، کاظمی، فرنگیس، پزشک، شهلا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان فشار روانی مادران کودکان کم توان ذهنی. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۵(۱۷)، ۱۳۱-۱۴۸.
- شاکرمی، محمد، داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، طلایان، رضوانه. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج درمانی گروهی کوتاه مدت راه حل محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۱)، ۱-۱۳.
- شریفی، مرضیه، کارسولی، سلیمان، بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۰). اثربخشی بازآموزی اسنادی در کاهش فرسودگی زناشویی و احتمال وقوع طلاق در زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲(۱)، ۲۲۵-۲۱۲.
- شفیعی، فائزه و فسخودی، مریم. (۱۳۹۶). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی - اسکلتی. *بیهوشی و درد*، ۷(۳)، ۱-۱۰.
- شوانی، اسماعیل، زهراکار، کیانوش، رسولی، محسن. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مولفه‌های فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر جانباز. *مجله طب جانباز*، ۸(۲)، ۱۱۱-۱۱۸.
- صفی پوریان، شهین، قدمی، سید امیر، خاکپور، مسعود، سودانی، منصور، مهرآفرید، معصومه. (۱۳۹۵). تأثیر مشاوره گروهی با روش درمان بین فردی (IPT) بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان متقاضی طلاق. *مجله آموزش پرستاری*، ۵(۱)، ۱-۱۱.

- عبادت پور، بهناز، نوابی نژاد، شکوه، شفیع آبادی، عبدالله، فلسفی نژاد، محمد رضا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای کارکردهای خانواده برای تاب‌آوری فردی و باورهای معنوی و دلدزدگی زناشویی. *روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴(۱۳)، ۲۹-۴۵.
- عطاری، یوسفعلی، حسین پور، محمد، راهنورد، سیما. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی به شیوه برنامه ارتباطی زوجین بر کاهش دلدزدگی زناشویی در زوجین. *اندیشه و رفتار*، ۱۴(۴)، ۲۵-۳۴.
- فیض آبادی، سکینه، زهراکار، کیانوش، نظری، علی محمد (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زناشویی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۷(۹)، ۷۸۲-۷۹۰.
- فیضه، عبدالملک، دباغی، پرویز، گودرزی، نادر. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، در میزان استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی در کارکنان نظامی. *فصلنامه روان‌شناسی نظامی*، ۶(۲۱)، ۵-۱۴.
- قاسمی، رضا. (۱۳۹۴). *اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در کاهش فرسودگی زناشویی زنان دارای همسر معتاد*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه خوارزمی تهران.
- محمدی، محمد، شیخ‌هادی سیروی، رحمان، گرافر، امیر، زهراکار، کیانوش، شاکرمی، محمد، داورنیا، رضا. (۱۳۹۵). اثر زوج‌درمانی شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر فرسودگی زناشویی و میل به طلاق در زوجین. *ارمغان دانش*، ۲۱(۱۱)، ۱۰۶۹-۱۰۸۶.
- مرشدی، مهدی، داورنیا، رضا، زهراکار، کیانوش، محمودی، محمد جلال، شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش فرسودگی زناشویی زوج‌ها. *مجله پژوهش پرستاری*، ۱۰(۴)، ۷۶-۸۷.
- معصومیان، سمیرا، شعیری، محمد رضا، شمس، جمال، مومن زاده، سیروس. (۱۳۹۲). بررسی تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به کمر درد مزمن. *مجله پژوهش در پزشکی*، ۳۷(۳)، ۱۵۸-۱۶۳.
- نویدی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی و مقایسه رابطه دلدزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستانهای شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی تهران.
- نیک‌رخ، مرزیه و زهراکار، کیانوش. (۱۳۹۴). بررسی تاثیر آموزش تلقیح استرس (SIT) بر کاهش استرس زناشویی زنان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۳۵۳-۳۶۵.
- یوسفی، ناصر و سهرابی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر بهبود کیفیت روابط زناشویی مراجعان در آستانه طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۲)، ۱۹۲-۲۱۱.

Adams, C. E., Benitez, L., Kinsaul, J., McVay, M. A., Barbry, A., Thibodeaux, A., & Copeland, A. L. (2013). Effects of brief mindfulness instructions on reactions to body image stimuli among female smokers: An experimental study. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 376-384.

Bisseling, E.M., Schellekens, M.P.J., Jansen, E.T.M., van Laarhoven, H.W.M., Prins, J.B., & Speckens, A.E.M. (2017). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: a mixed method study on what patient's experience as a suitable stage to participate. *Support Care Cancer*, doi: 10.1007/s00520-017-3714-8. [Epub ahead of print]

Bookwala, J.I. (2005). The role of marital quality in physical health during the mature years. *Journal of Aging and Health*, 17(1), 85-104.

Bowen, S., & Marlatt, A. (2009). Surfing the urge: Brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 666-671.

Campbell, T. S., Labelle, L. E., Bacon, S. L., Faris, P., & Carlson, L. E. (2011). Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: A waitlist-controlled study. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 262-271.

- Carmody, J., & Baer, R. A. (2009). How long does a mindfulness- based stress reduction program need to be? A review of class contacts hours and effect sizes for psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 627–638.
- Cavanagh, K., Strauss, C., Forder, L., & Jones, F. (2014). Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help? A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clinical Psychology Review*, 34, 118–129.
- Chang, V.Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., Gill, M., Burke, A., & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy positive states of mind. *Journal of Stress and Health*, 20, 141- 147.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy: The CBT distinctive features series*. 1st ed. UK: Routledge.
- Ebrahimi, A., & Ghahari, S.H. (2016). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in stress and fatigue in patients with multiple sclerosis (MS). *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 5(7), 486-491.
- Fausel, D. F. (1995). Stress inoculation training for step couples. *Marriage & Family Review*, 21(1-2), 135-155.
- Feltman, R., Robinson, M. D., & Ode, S. (2009). Mindfulness as a moderator of neuroticism– outcome relations: A self-regulation perspective. *Journal of Research in Personality*, 43, 953-961.
- Flaxman, P.E., & Bond, F.W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 816-820.
- Flugel Colle, K. F., Cha, S., S. Loehrer, L., & Bauer, B.A. (2010). Wahner-Roedler, D L. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(1), 36–40.
- Gong, M. (2007). Does status in consistency matter for marital quality? *Journal of Family Issues*, 28(12), 1582-1610.
- Gottman, J. (1999). *The Marriage Clinic*. (1st ed.). New York, NY: Norton.
- Gross, C.R., Kreitzer, M.J., Reilly-Spong, M., Wall, M., Winbush, N.Y., Patterson, R., Mahowald, M., Cramer-Bornemann, M. (2011). Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore (NY)*, 7(2), 76-87.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive Therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
- Hasha, M.H. (2009). *Measuring the impact of a mindfulness-based stress reduction intervention on perceived stress and study skills of social work graduate students*. [Dissertation]. Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College.
- Hedayati Shalkouhi, F., Vatankeh, H.R., Zarbakhsh Bahri, M.R. (2015). The Effectiveness of Stress Inoculation Training (SIT) on Resiliency and Life Expectancy in Infertile Women from Rasht. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 4(1), 117-124.
- Henderson, V.P., Massion, A.O., Clemow, L., Hurley, T.G., Druker, S., & Hébert, J.R. (2013). A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Women With Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, 12(5), 404-413.
- Hendrickson, M.E. (1983). *The effects of stress inoculation training on migraine headaches*. [Dissertation]. University of Miami.
- Huston, T. (2009). What is love got to do with it? Why some marriage succeeds and other fail. *Journal of Personal Relationship*, 16, 301-327.
- Jamshidifara, Z., Salehi Moghadama, N., Mohammadzadeha, S. (2014). Effectiveness of Group Training of Stress Inoculation in Reducing Perceived Stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 430 – 432.
- Jeanine, D.N. (2005). The relationship between attachment, love styles, and marital quality in a sample of married member of day saits. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 6(3), 78-97.
- Jokar, E., & Rahmati, A. (2015). The effect of stress inoculation training on anxiety and quality of sleep of pregnant women in third trimester. *Fundamentals of Mental Health*, 2, 103-109
- KabatZin, J. (2003). Mindfulness based interventions in context: past, present, and future." *Clinical psychology: Science & Practice*, 10 (2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. New York: Delacorte Press. Kabat-Zinn, J. (1993). *Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice*. In D. Goleman and J. Gurin, Eds., *Mind Body Medicine*. Yonkers, New York: Consumer Reports Books.
- Kabat-Zinn, J. (2003b). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73-107.

- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World through Mindfulness*. New York, NY: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (15th anniversary ed.). New York, NY: Bantam Dell.
- Lawrence, E., Barry, R. A., Brock, R. L., Bunde, M., Langer, A., Ro, E., Fazio, E., Mulryan, L., Hunt, S., Madsen, L., & Dzankovic, S. (2011). The Relationship Quality Interview: Evidence of Reliability, Convergent and Divergent Validity, and Incremental Utility. *Psychological Assessment*, 23, 44-63.
- Madathil, J., & Benschoff, J. (2008). Importance of marital characteristics and marital satisfaction: A comparison of Asian Indians in arranged marriages and Americans in marriages of choice. *The Family Journal*, 15(3), 112-125.
- Marks, S.R. (1989). Toward a system theory of marital quality. *Journal of Marriage and Family*, 51, 15-26.
- Martín-Asuero, A., & García-Banda, G. (2010). The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 897-905.
- Pines, A. M. (2005). *Falling in love: Why we choose the lovers we choose*. (Second Edition). New York: Routledge
- Pines, A. M., & Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling*, 40(2), 50-64.
- Pines, A.M. (2002). Teacher burnout: a psychodynamic existential perspective. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 8, 121-140.
- Pinez, A. M. (1996). *Couple burnout: courses & cures*. London: Routledge.
- Pinez, A. M., Hammer, L. B., Neal, M. B., & Icekson, T. (2011). Job burnout and couple burnout in dual-earner couples in the sandwiched generation. *European Journal of Psychology*, 9, 1-9.
- Pinez, A.M. (2002). The female entrepreneur: Burnout treated using a psychodynamic existential approach. *Clinical Case Studies*, 1(2), 170-180.
- Praissman, S.H. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinicians guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212-216.
- Reich, R.R., Lengacher, C.A., Alinat, C.B., Kip, K.E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H.S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Shivers, S., Cox, C.E., Goodman, M., & Park, J. (2017). Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-Treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(1), 85-95.
- Ritchie, C., Kenardy, J., Smeets, R., & Sterling, M. (2015). StressModEx-Physiotherapist-led Stress Inoculation Training integrated with exercise for acute whiplash injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Physiotherapy*, 61(3), 157-165.
- Schramm, D.G., Marshall, J.P., Harris, V.W., & Lee, T.R. (2012). Religiosity, Homogamy, and Marital Adjustment: An Examination of Newlyweds in First Marriages and Remarriages. *Journal of Family Issues*, 33(2), 246-268.
- Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I am: cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 561-573.
- Young, A.L. (2011). Mindfulness meditation: A primer for rheumatologists. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 37(1), 63-75.
- Young, L.A., & Baime, M.J. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction: Effect on Emotional Distress in Older Adults. *Complementary Health Practice Review*, 15(2), 59-64.
- Zhang, Y., Gan, Y., & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college student: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences*, 43, 1529-1540.

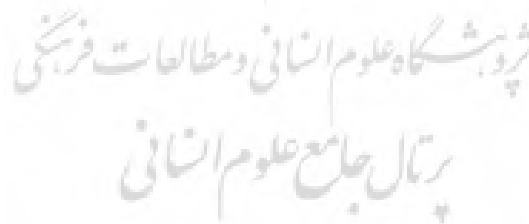
## The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy in women with breast cancer

Maryam Hashemi<sup>1</sup>, Mohammad Mehdi Badiiee<sup>2</sup>

### Abstract

The aim of this study was the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy and coping strategies in women with breast cancer in Tehran in 2009-2010. The method of the present study was quasi-experimental and a pre-test-post-test-follow-up design with a control group was used. The statistical population included women with breast cancer in Tehran. Thirty of these women who met the inclusion criteria were selected using available sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group did not receive cognitive therapy intervention based on the presence of mind and the subjects in the control group did not receive any intervention until the end of the follow-up phase. Data collection tools were life expectancy scale and coping strategies questionnaire that were completed by the subjects in the pre-test, post-test and one-month follow-up stages. Research data were performed using univariate analysis of covariance. The results showed that mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy and coping strategies in women with breast cancer in the experimental group were effective at the end of treatment and after one month of follow-up. The results of this study provided appropriate empirical support for mindfulness-based cognitive therapy interventions. It is suggested that this approach be used for life expectancy and coping strategies in women with breast cancer.

**Keywords:** Cognitive therapy based on mind presence, life expectancy, coping strategies, women with breast cancer



<sup>1</sup> Master student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran  
Maryam.h5555@gmail.com

<sup>2</sup> Psychiatrist, Islamic Azad University, West Tehran Branch, Tehran, Iran  
mmbadiei@gmail.com