

## اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر عملکرد

### روانی - اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان

عبدالحسن فرهنگی<sup>\*۱</sup>

#### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر عملکرد روانی - اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. **روش:** نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون بود. جامعه شامل زنان مراجعه کننده به بیمارستان ۷ تیر در سال ۱۳۹۷ (۳۱۰۰ نفر) بود. روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر گزینش و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه های درجه بندی درد مزمن (CPQ) ون کوروف، دورکین و لیریسک (۱۹۹۲)، کیفیت زندگی (SF-36) ویر و شربورن (۱۹۹۲) و علائم افسردگی گلد برگ (GDS) (۱۹۸۲) بود. گروه آزمایش در ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی شرکت داده شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق کوواریانس (MANCOVA) صورت گرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات عملکرد روانی - اجتماعی در پس آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد، ( $p < 0/05$ ). **نتیجه گیری:** درمان ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر سلامت روانی، نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی و درمان دردهای مزمن زنان مبتلا به سرطان پستان موثر بود.

**واژه های کلیدی:** درمان شناختی، ذهن آگاهی، درد مزمن، عملکرد روانی - اجتماعی، سرطان پستان

#### مقدمه

در زمینه درمان های روانشناختی، الگوهای متنوعی در مورد درد مزمن طراحی و مورد بررسی قرار گرفته است. از بین درمان هایی که در دو دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۲</sup> (MBCT) می باشد که نخستین بار توسط کابات زین<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) برای دامنه وسیعی از افراد مبتلا به اختلالات مرتبط با فشار روانی و درد مزمن<sup>۳</sup> ارایه گردید. در حال حاضر دو رویکرد رسمی به

<sup>۱</sup> - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تنکابن، ایران. Email: abdolhassanfarhangi@yahoo.com

ذهن آگاهی عبارت‌اند از روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۴</sup> (MBSR) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) این رویکردها از سنت های کهن مراقبه آسیای شرقی یعنی بودایسم اقتباس شده است که انسان از آن برای آزادی خود از رنج روز افزون و درد های موجود سود می برد (کابات زین، ۱۹۹۴). در سال ۲۰۰۲ مارک ویلیامز، جان تیزدل و زیندل سگال<sup>۵</sup>، روش MBCT را به منظور درمان، پیشگیری و جلوگیری از بازگشت افسردگی توسعه دادند و نشان دادند که بین شناخت، هیجان و ذهن ارتباط وجود دارد. دیویدسون<sup>۶</sup> و کابات زین (۲۰۰۳) به ضرورت گنجاندن ذهن آگاهی به عنوان یکی از مولفه های اساسی درمان های روانشناختی تاکید کردند و نشان دادند که ذهن آگاهی در عملکرد سیستم ایمنی موثر است. ذهن آگاهی فرایندی درمانی است که بر توجه هدفمند، غیر قضاوتی، همراه با پذیرش تجارب و اعتراف به آن و زیستن در لحظه اشاره دارد و از میزان هشجاری محدود شده و رفتارهای پریشان کننده به گونه معناداری می کاهد. به واسطه انجام تمرین های ذهن آگاهی، فرد نسبت به کارکردهای خودکار ذهن و فعالیت های روزمره آگاهی یافته و زمینه لازم جهت آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و به طبع آن کنترل آنها فراهم می گردد (سگال و همکاران، ۲۰۱۲). ذهن آگاهی در کنشی دو سویه قادر به بهبود سلامت روان و جسم می باشد و تعاملی هنرمندانه بین فرایندهای بدنی، شناختی و هیجانی برقرار می نماید، به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. (گروسمن و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱). پژوهشگران نشان داده اند که افزایش ذهن آگاهی با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (کرامر و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۲). ذهن آگاهی می تواند در رهاسازی افراد از افکار خود کار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کننده باشد، از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می نماید. بسیاری از نظریه های آسیب شناسی روانی و روان درمانی اهمیت آگاهی، حضور ذهن و مشاهده گری را در سلامت روانی به اثبات رسانده اند (برون و رایان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۱). ذهن آگاهی به عنوان سبکی برای زندگی، با استفاده از تمرین های مراقبه ای که در زندگی روزمره ادغام می شود به افراد کمک می کند تا با وضعیت های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن ها به صورت یک ذهن انسجام یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه می شوند که آن ها تنها فکر نمی کنند، بلکه می توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. از طریق مراقبه های رسمی (نظیر مراقبه تنفس و بدن، مراقبه یوگای هوشیارانه و مراقبه واریسی بدن)، همین طور مراقبه های غیررسمی (نظیر خوردن، قدم زدن، دوش گرفتن) و تمرینات عادت شکن، افراد یاد می گیرند که همه زندگی را در «اینجا» و «اکنون» ببینند (ویلیامز، پنمن<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۲). ناتوانی در عدم حضور در لحظه اکنون موجب می شود بین فرد و واقعیت فاصله افتد و امکان درک صحیح موقعیت و ارائه پاسخ های معقول و

هشیارانه از او سلب گردد. پژوهش‌های علمی متعدد نشان داده است که علت بسیاری از مشکلات روانی افراد، عدم حضور آن‌ها در همین‌جا و همین لحظه به لحظه زندگی‌شان است، درحالی‌که افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. ذهن آگاهی با مؤلفه‌هایی نظیر پذیرش (واقعیت)، حضور (در زمان حال)، اجتناب (از نشخوار فکری) سروکار داشته و شامل اهدافی همچون ارتقای بهزیستی و آگاهی از خود و محیط همراه با تعدیل ذهن است. برخلاف بسیاری از مکاتب روان‌درمانی و البته همخوان با اهداف و مفروضه‌های روانشناسی مثبت، هدف از کاربرد حضور ذهن، کمک به آگاه شدن از فرایندهایی است که زمینه‌ساز قرار گرفتن فرد در ذهنیت آسیب‌زا و یا درجا ماندگی در آن حالت‌های ذهنی است (امیدی، ۱۳۸۷). ویلیامز و پنمن (۲۰۱۲) ذهن آگاهی را آگاهی و توجه تقویت شده به تجربه در حال وقوع می‌دانند که ابعاد محوری آن شامل توجه غیر قضاوتی، پذیرندگی نسبت به توجه، عدم واکنش‌گری، توانایی توصیف تجربه می‌باشد. (والش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). شاپیرو<sup>۳</sup> و همکارانش (۲۰۱۰) با افزودن ۵ کیفیت به ۷ کیفیت مطرح شده از سوی کابات زین، مجموع آن‌ها را به ۱۲ کیفیت رساندند. این کیفیت‌ها عبارت‌اند از: عدم قضاوت، پذیرش، صبر، اعتماد، باز بودن، رهاسازی، آرامش، سخاوت، همدلی، سپاسگزاری، مهربانی عاشقانه و ملایمت. ذهن آگاهی یک عامل زیربنایی مهم برای رسیدن به رهایی است؛ زیرا روشی مؤثر و قوی برای خاموش کردن و توقف فشارهای دنیا و یا فشارهای ذهنی خود فرد می‌باشند که زمینه‌ساز بسیاری از اختلالات روانی هستند (کرین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). یکی از اصول مهم در حضور ذهن «رها کردن» است. رویکرد ذهن آگاهی معتقد است که انسان به‌طور کلی به خیلی چیزها چسبیده است: به باورها، رویدادهای خاص، زمانه‌ای خاص، یک منظره، یک خواسته و ... این مسئله آن‌ها را آسیب‌پذیر و درمانده می‌سازد و احساس از دست دادن کنترل بر زندگی را تشدید می‌کند. اما زمانی که افراد یاد بگیرند این مسائل را رها کنند و نسبت به آن‌ها آگاهی و پذیرش بیشتری کسب کنند مشکلات و مسائل را با ذهنی شفاف‌تر و گشوده‌تر بررسی خواهند کرد. این نظریه سلامت روانی را با توانایی فرد برای رهایی از درگیری در فعالیت‌های شناختی و هیجانی ذهن و همچنین تمرکز و آگاهی از چیزهایی که در حال حاضر وجود دارد و درگیر نشدن با گذشته و آینده می‌سنجد. این وضعیت به مراجع امکان می‌دهد که در مواجهه با استرس‌آورهای کنونی و احساسات پریشان‌کننده به‌جای اجتناب و در نتیجه طولانی‌تر شدن آن‌ها، از ذهنیت منعطف و پذیرا استفاده کند. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا این نکته را درک کنند که هیجان‌های منفی ممکن است رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند. همچنین به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و

بدون تأمل پاسخ دهد، با تفکر و تأمل پاسخ دهد (امانوئل و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). علاوه بر این فرد با مشاهده دقیق واقعیت درونی خود درمی‌یابد که خوشحالی یا غم کیفیت‌هایی نیستند که وابسته به عناصر بیرونی و تغییرات دنیای بیرون باشند و زمانی اتفاق می‌افتند که فرد وابستگی به افکار، موضع گرفتن‌های ذهنی از پیش تعیین‌شده را رها کند و در نتیجه رفتارهای خودکاری که برای رسیدن به موقعیت‌های لذت‌آور یا فرار از موقعیت‌های دردناک انجام می‌دهد، را کنار بگذارد و به رهایی برسد. ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می‌نماید تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره‌اش آمیخته و به سبک زندگی‌اش مبدل نماید؛ به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و نارضایتی نجات دهد. این رویکرد معتقد است که هر کس دوره‌هایی از درد و رنج دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می‌شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی می‌گردد، درحالی‌که بدون ذهن آگاهی، به‌صورت هیجان فرسوده کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته‌شده و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود (آرمسترانگ و ریمز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). پژوهش‌های علمی نشان داده‌اند که ذهن آگاهی نه تنها از افسردگی جلوگیری می‌کند بلکه اثرات مثبتی بر روی الگوهای ذهن در زمینه نگرانی، اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری و عصبانیت دارند (هولیز و کولامسیمو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). مراقبه در آموزش و تفهیم ذهن آگاهی از اهمیت زیادی برخوردار است. منظور از مراقبه تمرین‌های روزانه‌ای است که ذهن سرگردان را تربیت می‌نماید تا بر روی یک موضوع واحد، (غالباً تنفس) متمرکز شود. تنفس، عملی که به طور طبیعی و به‌صورت خودبه‌خود انجام می‌شود، در مراقبه به‌صورت لنگری برای حضور در اینجا و اکنون درمی‌آید و الگوی احساسات درونی را به نمایش می‌گذارد. زمان مراقبه‌های رسمی با توجه به اهداف هر رویکرد تعیین می‌شود؛ به‌عنوان مثال در کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مراقبه واریسی بدن بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد (کابات زین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰)، شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی هشت هفته طول می‌کشد. در طی این هشت هفته، جلسات هفتگی وجود دارد که دو ساعت طول می‌کشد (هوریش و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). درحالی‌که همین مراقبه در آموزش ذهن آگاهی ۱۵ تا ۳۰ دقیقه انجام می‌شود. پرکاربردترین مراقبه غیررسمی، فضای تنفسی سه دقیقه‌ای<sup>۵</sup> است که تنها ۳ دقیقه طول می‌کشد و در مواقع اضطراری آن را می‌توان حتی تا یک دقیقه کاهش داد. آنچه برای انجام مراقبه‌ها لازم است صبر، استقامت و تعهد است. مراقبه‌ها پیچیده نیستند و در انجام آن‌ها مسئله موفقیت یا شکست

1 Emanuelle and others

2- Armstrong &amp; Rimes

3- Hollis &amp; Colosimo

4- Horesh and others

5-Three Minute Breathing Space

مطرح نیست (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲). هر چند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام‌سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود. مراقبه ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرات سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن می‌شود (دیویدسون و کابات زین، ۲۰۰۳). سرطان بیماری است که با تغییر شکل طبیعی سلول به وسیله جهش ژنی در DNA آغاز می‌گردد. در بین انواع مختلف سرطان، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در خانم‌ها و دومین علت مرگ در زنان ۳۵-۵۵ ساله است. تقریباً از هر ۹ زن، یک نفر در طول عمر خود به سرطان پستان مبتلا می‌شود (گارلند و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). سرطان پستان دارای پنج مرحله است. در مورد شیوع بیماری در ایران آمار دقیقی موجود نیست ولی مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که سرطان پستان دومین نوع سرطان شایع در ایران می‌باشد. سرطان پستان از جمله بیماری‌هایی است که مشکلات شدید روانی ایجاد می‌کند. برداشتن سینه و موضوع مرگ علت اصلی ترس و اضطراب شدید بیمار می‌باشد. در مواجهه با این بیماری، فرد از چندین مرحله مختلف روانی گذر می‌کند: به ناگاه دنیای زن مبتلا به سرطان فاجعه وار فرو می‌ریزد، گیج و سردرگم می‌شود، امیدهای کوچکش در برابر ناامیدی‌های بزرگ رنگ می‌بازد. در چنین شرایطی است که هیچ کس احساسات او را عمیقاً درک نمی‌کند. از طرفی زندگی با درد مزمن ناشی از این بیماری مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است زیرا خواست مداوم فرد برای رهایی از آن در بیشتر اوقات دست نیافتنی می‌شود. درد توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش داده، این امر موجب آشفتگی روانشناختی ستیز درونی، تضعیف روحیه بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی و افسردگی در وی می‌گردد. به طوری که فرد مبتلا احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به زندگی می‌کند به شدت غیرفعال و ناتوان می‌شود و قدرت تطبیق با تغییرات شرایط زندگی را از دست می‌دهد و از جریان طبیعی زندگی فاصله می‌گیرد. نهایتاً بیماری بر کیفیت زندگی تاثیر منفی گذاشته و موجب اختلال در عملکرد روانی - اجتماعی فرد می‌گردد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۶). دردهای مزمن و عودکننده مشکلی اساسی برای بخش عمده‌ای از جمعیت جهان است. درد مزمن اغلب به عنوان درد حاد در پاسخ به بیماری یا صدمه خاصی شروع می‌شود، اما بعد از حداقل شش ماه پایان نمی‌پذیرد. شاید درد عمومی‌ترین فشار روانی باشد که انسان با آن رو به رو می‌شود. هیچ کدام از علائم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند. (اسوانسن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). اگرچه شیوع سرطان پستان در آسیا به دلیل سبک زندگی سنتی زنان کمتر از کشورهای غربی است. اما پیشرفت سریع اقتصادی - اجتماعی و تغییرات فرهنگی - اجتماعی، منجر به غربی‌شدن سبک زندگی و افزایش خطر سرطان پستان در آسیا شده است؛ چنان‌که امروزه در آسیا زنان، فرزندان کمتری دارند؛ در سنین بالاتری بچه‌دار می‌شوند

و مدت زمان شیردهی کوتاه‌تری را تجربه می‌کنند (نوروزی و همکاران ۱۳۹۶). در بین اختلالات روانی-اجتماعی بیشترین میزان رابطه بین درد ناشی از سرطان پستان در بین زنان اختلال افسردگی گزارش شده است. مطالعات روانشناسی سلامت نشان می‌دهد که ارتباط ثابتی بین درد ناشی از سرطان پستان و افسردگی وجود دارد. افسردگی نیز ممکن است شدت درد ادراک شده را بدتر کند. درد در واقع مؤلفه‌های حسی، عاطفی، و قضاوتی-شناختی را در برمی‌گیرد و مشکلاتی را برای عملکرد روانی - اجتماعی زنان ایجاد می‌نماید. (محمدی، ۱۳۹۲). با توجه به شیوع سرطان سینه در بین زنان کشور و دردهای ناشی از آن که موجب اختلال در عملکرد روانی-اجتماعی زنان می‌گردد. یافتن روش‌های درمانی مناسب که بیماران را در سازگاری مؤثر با درد یاری دهد، بسیار با ارزش است. فرضیه‌های پژوهش شامل: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر نقش عاطفی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. «درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر درمان دردهای مزمن زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر درمان دردمزمن بر عملکرد روانی اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل دردهای مزمن زنان مبتلا به سرطان پستان در برابر موقعیت‌های تهدید کننده زندگی نه تنها احساس درماندگی، ناتوانی و بی‌علاقگی می‌کنند بلکه در روابط اجتماعی و مناسبات خانوادگی نیز از ابراز وجود کم و بیمارگونه برخوردار هستند. به نظر می‌رسد که ابتلا به سرطان پستان پیامدهای روانشناختی منفی متعددی دارد. در این راستا کوپرا<sup>۱</sup> (به نقل از حسنی) نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان در مناسبات اجتماعی تعارض انگیز از مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود ضعیفی برخوردار بوده و از حالت‌های دفاعی خود رنج می‌برند. همچنین نتایج پژوهش نیلسون<sup>۲</sup> (به نقل از حسنی) نشان داد که زنان در معرض ابتلا به سرطان پستان در موقعیت‌های بین فردی اضطراب انگیز، قدرت دفاع از خود را نداشته و از قرار گرفتن در چنین موقعیت‌هایی اجتناب می‌کنند. حسنی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابراز وجود زنان مبتلا به سرطان سینه» نشان دادند که در پس آزمون، میانگین نمره کلی ابراز وجود در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل و مقدار F در سطح معناداری ( $p > 0/1$ ) معنادار بود. شفیعی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی-اسکلتی» در مطالعه‌ای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با

جامعه بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک تخصصی درد تبریز، نشان داد ندکه آموزش مهارت های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش تمرکز و آگاهی از چیزهایی که در حال حاضر تمرکز و آگاهی از چیزهایی که در حال حاضر فاجعه آمیزی و شدت درد بیماران موثر است. صنایع و همکاران، (۱۳۹۶) پژوهشی با عنوان «اثر بخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی، استرس ادراک شده و جهت گیری به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان» انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معنی داری موجب افزایش جهت گیری مثبت به زندگی و کاهش استرس ادراک شده در گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون و پیگیری شد. نوروزی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان «اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان» نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معناداری موجب بهبود نظم جویی هیجانی بیماران گروه آزمایش شد. معصومیان و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان «تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک های درد شهر تهران نشان دادند که ، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت زندگی و به کارگیری راهبردهای کنار آمدن با درد در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن می شود. نتایج پژوهش عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان «اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن»، از تأثیر دو روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و رفتار درمانی شناختی بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب حمایت می کند. پژوهش زارع و همکاران (۱۳۹۳) تحت عنوان تاثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نشان داد که ذهن آگاهی برای درد در کاهش فاجعه پنداری و شدت درد و افزایش پذیرش درد بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا موثر بوده است. پژوهش مومن زاده و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که ذهن آگاهی در کاهش میزان افسردگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن موثر بوده است. کریستینا و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی نشان دادند که ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به سرطان موجب کاهش اختلالات روانی از جمله افسردگی، اضطراب، روان رنجوری و ... می گردد. پیتر<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی بیان می کند که ذهن آگاهی می تواند دوام و پایداری افراد را در برابر شدت درد افزایش داده ، توان بخشی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشد. این روش درمانی می تواند به عنوان یک روش درمانی مقرون به صرفه برای زنان مبتلا به سرطان پستان در نظر گرفته شود و تا حدودی از این روش می توان برای بهبود عملکرد روانی اجتماعی زنان در جامعه و خانواده بهره برد. گارلند و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش

خود بیان می‌کنند که راهبرد مقابله فاجعه آفرینی با ذهن آگاهی همبستگی منفی دارد و با افزایش ذهن آگاهی فاجعه آفرینی کاهش می‌یابد همچنین در پژوهش مذکور نشان داده شد که فاجعه آفرینی در پس آزمون کاهش معنی داری یافته است. کارلسون<sup>۳</sup> (۲۰۱۲) در پژوهش خود نشان داد انعطاف پذیری شناختی و ذهن آگاهی بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماری های جسمانی همراه است. کرامر و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که ذهن آگاهی موجب کاهش احساس درد می‌شود. ویلیامز و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که ذهن آگاهی در ارتقاء سلامت روانی موثر است. فلمد من و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان داده است که ذهن آگاهی موجب کاهش افکار تکرار شونده می‌شود. گروسمن و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی اثربخشی روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را بر جنبه‌های عمومی بهزیستی شامل کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد، اضطراب و افسردگی مورد بررسی قرار دادند. نتایج بهبودی معناداری را در درد، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله با درد و افسردگی نشان داد. این نتایج در مرحله پیگیری فقط برای کیفیت زندگی معنی دار گزارش شد. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن بر عملکرد روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

### روش اجرای پژوهش

روش پژوهش در قالب یک طرح نیمه آزمایشی؛ با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه ی زنان مراجعه کننده (۳۱۰۰ نفر) به بخش آنکولوژی مرکز تشخیصی درمانی بیمارستان ۷ تیر تهران در بهار و تابستان سال ۱۳۹۷ بودند. با استفاده از نمونه گیری در دسترس از بین جامعه مورد نظر ۳۰ نفر از افرادی که دارای ملاک های ورودی پژوهش بودند انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. شرکت کنندگان بانوان متاهلی بودند که حداقل دارای تحصیلات دیپلم، بازه‌ی سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل مدت ۶ ماه بود که از بیماری خود مطلع بودند. همچنین در مرحله دوم بیماری قرار داشتند و عمل جراحی انجام نداده بودند. موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت نامه کتبی نیز از دیگر ملاک های ورود بود. گروه ها قبل و بعد از مداخله که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای صورت گرفت با پرسشنامه های درد مزمن، کیفیت زندگی و افسردگی گلدبرگ مورد ارزیابی قرار گرفتند.



### پرسشنامه درد مزمن<sup>۲</sup> (CPQ)

پرسشنامه درجه بندی درد مزمن (CPQ) توسط ون کوروف، دورکین و لیریسک (۱۹۹۲) برای اندازه‌گیری شدت درد مزمن ساخته شد که دارای ۴۲ سوال و هفت گزینه است که شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد را در یک طیف صفر تا ده درجه ای می‌سنجد. صفر به معنی "بدون درد" و ۱۰ به معنی "شدیدترین درد" ممکن است. نمرات شدت درد از میانگین نمرات مربوط به سوالات شدت درد، ضربدر ۱۰ بدست می‌آید که شدت درد در حوزه های فعالیت های اجتماعی، فعالیت های زندگی روزمره و شغلی را اندازه می‌گیرد. بعد ناتوانی درد نیز از میانگین نمرات مربوط به سوالات مربوط به ناتوانی درد، ضربدر ۱۰ بدست می‌آید. آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۸ میباشد. هم‌چنین این آزمون از ثبات درونی مطلوبی برخوردار بود (فلدینگ و وونگ، ۲۰۰۸). این پرسشنامه توسط شیرزای تهرانی و همکاران (۱۳۹۶) ترجمه و اجرا شد و ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای ناتوانی و شدت درد به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۳ بدست آمد.

### پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱</sup> (SF-36)

این پرسشنامه توسط ویر و شربون (۱۹۹۲) ساخته شده است. دارای ۳۶ سوال و از ۸ زیر مقیاس که هر کدام دارای ۲ الی ۱۰ ماده است تشکیل شده است. مقیاس‌ها شامل عملکرد جسمانی (PF) اختلال نقش مرتبط با سلامت جسمانی (RP) اختلال نقش مرتبط با سلامت هیجانی (RE) سرزندگی (EF) بهزیستی هیجانی (EW) کارکرد اجتماعی (SF) درد (P) و سلامت عمومی (GH). هم‌چنین از ادغام زیر مقیاس‌ها دو زیر مقیاس کلی به نام های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر است و نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. در پژوهش حاضر منظور از عملکرد روانی اجتماعی، مجموع نمرات فرد در خرده مقیاس‌های سلامت روانی، نقش عاطفی و عملکرد اجتماعی پرسشنامه SF-36 است.

### مقیاس افسردگی گلدبرگ<sup>۲</sup> (GDS)

این مقیاس در سال (۱۹۸۲) توسط ایوان گلدبرگ ساخته شد. دارای ۱۸ سوال است. نمره گذاری آن به صورت لیکرت ۶ گزینه ای (خیلی زیاد، ۵، زیاد، ۴، متوسط، ۳، کم، ۲، خیلی کم، ۱، اصلاً) می‌باشد. هر چقدر نمره فرد زیاد باشد افسردگی شدیدتر است. آزمودنی با در نظر گرفتن شرایط خود در دو هفته اخیر به سوالها

پاسخ می دهد. افراد در طبقه های شش گانه سالم ۹-۰، احتمال رشد افسردگی ۱۷-۱۰، افسردگی مرزی ۱۸-۲۱، افسردگی خفیف تا

متوسط ۳۵-۲۲، افسردگی متوسط تا شدید ۵۳-۳۶ و افسردگی شدید ۵۴ به بالا قرار می گیرد. در پژوهش ماگناویتا (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمده است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس (MANCOVA) به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده گردید.

### یافته ها

جدول شماره ۱: نتایج مربوط به «عملکرد روانی-اجتماعی» و خرده مقیاس های مربوطه در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
سلامت روانی	پیش آزمون	آزمایش	۲۲/۳۳	۸/۳۹
		کنترل	۲۴/۱۳	۷/۴۷
	پس آزمون	آزمایش	۳۶/۸۷	۱۰/۵۰
		کنترل	۲۵/۸۰	۶/۹۶
نقش عاطفی	پیش آزمون	آزمایش	۲۴/۲۰	۷/۳۱
		کنترل	۲۶/۸۰	۷/۴۹
	پس آزمون	آزمایش	۳۷/۰	۹/۳
		کنترل	۲۵/۳۳	۸/۷۷
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۴۰	۸/۴۱
		کنترل	۲۳/۴۷	۷/۲۵
	پس آزمون	آزمایش	۳۷/۱۰	۷/۸۰
		کنترل	۲۷/۷۳	۹/۴۱
سرزندگی	پیش آزمون	آزمایش	۲۵/۷	۱۰/۴۵
		کنترل	۲۲/۹۳	۸/۵۴
	پس آزمون	آزمایش	۳۸/۷	۹/۶۲

جدول شماره ۱: نتایج مربوط به «عملکرد روانی-اجتماعی» و خرده‌مقیاس‌های مربوطه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
کل (عملکرد روانی اجتماعی)	پیش‌آزمون	کنترل	۲۴/۱۳	۹/۳۴
		آزمایش	۹۳/۰	۱۵/۲۷
		کنترل	۹۷/۳۳	۱۳/۵۷
		آزمایش	۱۴۸/۹۳	۱۸/۵۵
	پس‌آزمون	کنترل	۱۰۳/۰	۲۱/۱۸
		آزمایش		
		کنترل		
		آزمایش		

در این پژوهش متغیر «عملکرد روانی-اجتماعی» دارای ۴ خرده‌مقیاس شامل: سلامت روانی، نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، و سرزندگی می‌باشد.

جدول شماره ۲: نتایج مربوط به «درمان دردهای مزمن» در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	آزمون	گروه	میانگین	انحراف معیار
درمان دردهای مزمن	پیش‌آزمون	آزمایش	۹۷/۱۳	۲۹/۴۰
		کنترل	۹۷/۷۳	۳۴/۶۴
		آزمایش	۱۳۵/۷۳	۲۰/۴۰
		کنترل	۱۱۵/۶۷	۲۱/۳۶
	پس‌آزمون	آزمایش		
		کنترل		
		آزمایش		
		کنترل		

جدول شماره ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه درد مزمن

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۱۵۸۷/۶۲	۱	۱۵۸۷/۶۲	۴/۳	۰/۰۵
پس‌آزمون	۳۰۶۲/۲۲	۱	۳۰۶۲/۲۲	۷/۷۷	۰/۰۱
خطا	۱۰۶۲۸/۶۴	۲۷	۳۹۳/۶۵		
کل	۷۸۹۲۵/۱۰	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۲ و ۳ مشاهده می گردد ، بین گروه آزمایش و کنترل در نمرات حاصل از درمان دردهای مزمن در پیش‌آزمون و پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل دردمزمن موجب بهبود دردهای مزمن در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است . به عبارت دیگر، ذهن آگاهی اثر معناداری بر درمان دردهای مزمن زنان مبتلا به سرطان پستان داشته است. یعنی ذهن آگاهی موجب کاهش دردهای مزمن زنان مبتلا به سرطان پستان شده است .

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه سلامت روانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۱۶۸۲/۱۶	۱	۱۶۸۲/۱۶	۸۴/۱۱	۰/۰۰
پس‌آزمون	۱۲۱۶/۳۰	۱	۱۲۱۶/۳۰	۶۰/۸۱	۰/۰۰
خطا	۵۳۹/۹۷	۲۷	۱۹/۹۹		
کل	۳۲۵۹۴/۰	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن موجب بهبود سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن اثر معناداری بر سلامت روانی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته و موجب افزایش سلامت روانی آنان شده است.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه نقش عاطفی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۴۱۰/۷۶	۱	۴۱۰/۷۶	۶/۱۳	۰/۰۲
پس‌آزمون	۱۲۲۹/۱۸	۱	۱۲۲۹/۱۸	۱۸/۳۵	۰/۰۰
خطا	۱۸۰۸/۵۷	۲۷	۶۶/۹۸		
کل	۳۲۳۸۱/۰	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن موجب بهبود نقش عاطفی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی اثر معناداری بر نقش عاطفی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته و موجب افزایش نقش عاطفی آنان شده است.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه عملکرد اجتماعی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۱۲/۸۱	۱	۱۲/۸۱	۰/۱۶	۰/۶۸
پس‌آزمون	۵۶۵/۸۳	۱	۵۶۵/۸۳	۸/۵۲	۰/۰۰
خطا	۲۰۸۰/۱۱	۲۷	۷۷/۴		
کل	۳۴۱۶۵/۰	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌شود، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن موجب بهبود عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ( $p < 0.05$ ). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی اثر معناداری بر عملکرد اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته و موجب افزایش عملکرد اجتماعی آنان شده است.

جدول شماره ۷: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه سرزندگی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۱۰۰۲/۱	۱	۱۰۰۲/۱	۱۷/۸۳	۰/۰۰
پس‌آزمون	۱۱۷۴/۳۳	۱	۱۱۷۴/۳۳	۲۰/۹۰	۰/۰۰
خطا	۱۵۱۶/۶۵	۲۷	۵۶/۱۷		
کل	۳۲۹۹۱/۰	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌گردد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن موجب بهبود سرزندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ( $p < 0.05$ ). به عبارت دیگر، ذهن آگاهی اثر معناداری بر سرزندگی زنان مبتلا به سرطان پستان داشته است.

جدول شماره ۸: نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه عملکرد روانی - اجتماعی

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
پیش‌آزمون	۲۹۱۶/۴	۱	۲۹۱۶/۴	۹/۶۱	۰/۰۰۴
پس‌آزمون	۱۷۵۷۹/۶	۱	۱۷۵۷۹/۶	۵۷/۹۶	۰/۰۰
خطا	۱۸۸۸/۸۹	۲۷	۳۰۳/۲۹		
کل	۵۰۲۹۵۷/۰	۳۰			

همانطور که در جدول شماره ۸ مشاهده می‌گردد، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کنترل درد مزمن موجب بهبود عملکرد روانی-اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است ( $p < 0.05$ ) به عبارت دیگر، ذهن آگاهی اثر معناداری بر عملکرد روانی-اجتماعی داشته و موجب افزایش عملکرد روانی-اجتماعی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات معصومیان و همکاران (۱۳۹۲)، عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲)، کرامر و همکاران (۲۰۱۲) و ویلیامز و همکاران (۲۰۱۱)؛ گروسمن و همکاران (۲۰۰۷)؛ محمدی و همکاران (۱۳۹۰) (ویلیامز و همکاران ۲۰۱۱)، گروسمن و همکاران (۲۰۰۷) نوروزی و همکاران (۱۳۹۶)، صنایعی و همکاران (۱۳۹۶) (فلدمن و همکاران، ۲۰۱۰)، حسنی و همکاران (۱۳۹۶) (ویلیامز و همکاران ۲۰۱۱) شفیع و همکاران (۱۳۹۶)، زارع و همکاران (۱۳۹۳)، عبدالقادری و همکاران (۱۳۹۲)، مومن زاده و همکاران (۱۳۹۱)، کریستینا و همکاران (۲۰۱۶)، گارلند و همکاران (۲۰۱۲)، و هولیز و کولامسیمو (۲۰۱۱)، (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۹) و پیتر (۲۰۱۴) همسومی باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت با توجه به مدل های روانشناختی درد مزمن از جمله مدل ترس - اجتناب که نشان می‌دهد شیوه ای که مردم احساس دردشان را تفسیر می‌کنند و یا به آن پاسخ می‌دهند، تعیین کننده مهمی در تجربه درد است. فاجعه آمیز کردن درد، گرایشی مبالغه آمیز و منفی نسبت به تجربه‌ی درد واقعی یا پیش بینی شده است که باعث افزایش شدت درد، آشفتگی و ناتوانی در بیماران مبتلا به دردهای مزمن از جمله افراد مبتلا به سرطان پستان می‌شود. در واقع به نظر می‌رسد که گرایش برای درگیر شدن در فرایندهای پرده‌های خودکار به جای فرایندهای مبتنی بر آگاهی به همراه توجه بدون انعطاف، و عدم آگاهی نسبت به لحظه‌ی 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 زمینه‌ی مناسبی برای رشد افکار منفی و انحرافی در مورد درد ایجاد می‌کند. درمان شناختی ذهن آگاهی با کاهش فاجعه آمیز 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. تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند نگرش به درد را تغییر داده و امکانی را فراهم آورد که درد به رنج منجر نشود. ذهن آگاهی می‌تواند دوام و پایداری افراد را در برابر شدت درد افزایش دهد و توانبخشی زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود

بخشد. بنا بر این می‌تواند یک راهبرد پیشگیرانه مفید تلقی شود. از سویی گرچه بیماران مبتلا به سرطان پستان فشار روانی زیادی را تجربه می‌کنند اما در عین حال بکاربردن مداخلات روانی اجتماعی در کاهش فشارهای روانی بسیار موثر است. معمولاً مداخلات روانی-اجتماعی در بیماران مزمن نسبت به بیمارانی که مشکلات حاد جسمی دارند کاربرد رایج‌تری داشته و دارای پیشینه بیشتری است. نتیجه‌ی پژوهش‌های متعدد نشان داده است که وقتی این بیماران با تشخیص ابتلا به سرطان پستان مواجه می‌شوند شرکت در گروه‌های مداخله‌ی روانی-اجتماعی در کاهش احساس دردهای (جسمانی و روانی) موثر است. زنان مبتلا به سرطان پستان با شرکت در کلاسهای آموزشی ذهن آگاهی می‌توانند توانایی، دانش، نگرش و رفتارهای اجتماعی خود را تغییر دهند و با یادگیری ابعاد ذهن آگاهی و همچنین مشاهده پیامدهای آن، زندگی خود و دیگران را متحول سازند. ذهن آگاهی با افزایش مهارت‌های روانی-اجتماعی و میان‌فردی به افراد کمک می‌کند تا تصمیماتشان را با آگاهی بگیرند و به طور مؤثر ارتباط برقرار کنند؛ مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت شخصی خود را گسترش داده و زندگی سالم و بارور داشته باشند تا رفتار شخصی و رفتار مربوط به دیگران و نیز رفتار مربوط به محیط اطراف را طوری هدایت کنند که به بهبود عملکرد اجتماعی منجر شود. لذا چنانچه آموزش ذهن آگاهی به عنوان یک اصل در زندگی فردی و اجتماعی قرار گیرد می‌تواند در مقابل عوامل تنش‌زای اجتماعی، تصمیم‌گیری و حل مسئله، رفتار جرأت‌مندانه و کارآمد فرد را افزایش دهد و با پیشگیری از رفتارهای زیان‌بار موجب سازگاری اجتماعی فرد گردد. از سویی دیگر مداخله درمانی حاضر با برخورداری از عوامل فردی همچون مولفه‌های انگیزشی، فرد را در برابر فشارهای روانی بدون آنکه عامل فشار روانی را تهدید آمیز تلقی کرده باشد، توانمند ساخته و منجر به بهزیستی روانی و بهبود عملکرد در تکالیف درمانی و نیز افزایش خودکارآمدی فردی می‌شود. خودکارآمدی نیز در خودنظم‌دهی با پایبندی به رفتارهای ایمن و موثر ارتباط دارد. بنا بر این ذهن آگاهی در رهاسازی افراد از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک‌کننده بوده به همین دلیل نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می‌نماید. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. آگاهی می‌تواند از طریق محدود کردن واکنش‌پذیری، تنظیم عاطفی را بهبود بخشد. در نتیجه یکی از خصوصیات افراد خود آگاه تغییرپذیری کمتر عاطفی است. در واقع داشتن ذهن آگاهی با واکنش‌پذیری عاطفی کمتر نسبت به عوامل فشار روانی خارجی همراه است. در نتیجه انتظار می‌رود که میزان ذهن آگاهی بیشتر با بی‌ثباتی عاطفی کمتری برای عواطف عمومی مثبت و منفی در ارتباط باشد (فلدمن و همکاران، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی می‌تواند تنظیم عاطفی را از طریق آگاهی از تفاوت‌های کوچک بین تجربیات عاطفی در لحظه حاضر زنان مبتلا به سرطان پستان بهبود

بخشد. زنانی که از نظر سازگاری عاطفی در سطح پایینی قرار دارند، افرادی هستند که در شناخت خود و ذهن آگاهی دچار نقص هستند. نتیجه این امر کاهش اعتماد به نفس بوده که موجب می‌شود، فرد از نظر عاطفی نتواند نیازهای خود را به صورت مثبت برآورده سازد. این در حالی است که ذهن آگاهی، موجب افزایش سازگاری عاطفی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. با توجه به نتایج پژوهش‌های متعدد بویژه پژوهش‌های کابات زین و سایر پیشگامان ذهن آگاهی مانند سگال، تیزدل و ویلیامز که نشان داده است ذهن آگاهی با افزایش سرزندگی در پیشگیری از عود افسردگی بسیار موثر است. می‌توان گفت که ذهن آگاهی موجب رهایی از پردازش‌های شناختی خود آیند منفی می‌گردد. زیرا این نوع پردازش سرزندگی افراد را کاهش داده و آنها را در برابر دوره‌های افسردگی آسیب پذیر می‌سازد. به طوری که یک اندوه و غم معمولی این افراد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد. ذهن بیماران مبتلا به سرطان به دلیل قضاوت و تعبیر و تفسیری که انجام می‌دهد دایما در حال نشخوار و گفتگوی درونی است. در ذهن آگاهی فرد از این پیام‌های خودکار آگاه می‌شود و از درگیر شدن با آن‌ها پرهیز می‌نماید. در نتیجه از نشخوارهای بی‌ثمر رها می‌شود. در واقع آگاهی از افکار، احساسات و پذیرش آنها که نتیجه ذهن آگاهی است از چسبیدن به افکار و احساسات و واکنش به آنها جلوگیری می‌کند در نتیجه از چرخه‌های احساس پریشانی و فرایندهای خودکار شناختی جلوگیری می‌نماید. ذهن آگاهی به بیماران مبتلا به سرطان پستان در پذیرش و مشاهده‌ی بدون قضاوت کمک می‌کند. به عبارت دیگر در طول دوره‌های کاهش سرزندگی بین نشخوار فکری، اجتناب تجربه‌ای و حس‌های بدنی خستگی و سنگینی تداعی بوجود آمده و این تداعی آموخته می‌شود. اما در ذهن آگاهی تاکید بر آموزش نظام مند جهت آگاه‌تر بودن از لحظه‌لحظه‌ی افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی موجب می‌شود ارتباط تمرکز زدایی شده با افکار شکل بگیرد. این مسئله به تدریج توان فرد برای بوجود آوردن یک ارتباط غیر متمرکز با افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی را تسهیل می‌کند. در نتیجه فرد یاد می‌گیرد تا با فرایند تفکر نه محتوای آن ارتباط برقرار کند. بنا براین در می‌یابد که افکار او واقعیت نیستند بلکه فقط فکر هستند. ذهن آگاهی از طریق ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات، می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی ایجاد نماید. ذهن آگاهی؛ زنان مبتلا به سرطان پستان را قادر به شناخت و تنظیم احساسات خود نموده، در نتیجه آنها سطوح پایین‌تری از رفتارهای کناره‌گیری را از خود نشان می‌دهند. بنا براین ذهن آگاهی می‌تواند در ابراز وجود و سایر توانمندی‌های زنان مبتلا به سرطان پستان موثر باشد. در ذهن آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود که اندیشه‌ها و احساساتشان را مشاهده کنند. مشاهده طولانی مدت رویدادهای ناخوشایند زندگی خصوصی موجب کاهش اجتناب روانی - اجتماعی از محرک‌های درونی



می‌شود که قبلاً غیر قابل تحمل بوده است. ذهن آگاهی مشاهده باورها را ممکن ساخته در نتیجه دامنه زیادی از پاسخ‌ها در دسترس قرار می‌گیرند و روش‌های عادت شده پاسخ‌دهی که به صورت خودکار انتخاب می‌شد با روش‌های آگاهانه پاسخ‌دهی که غیر خودکار انتخاب می‌شوند، جایجا می‌شود. به عبارت دیگر فرد از حالت ذهنی (انجام دادن<sup>۱</sup>) که در ایجاد و تداوم مشکلات روانشناختی نقش اساسی دارد (به ترتیب موجب واکنش‌های بی‌زاری، اجتناب تجربه‌ای، نشخوار ذهنی و افسردگی می‌شود) به حالت ذهنی (بودن<sup>۲</sup>) جابه‌جا می‌شود. زیرا از ویژگی‌های بارز ذهن آگاهی پرورش مهارت‌ها از طریق مراقبه برای هماهنگی با تجربه‌ی مستقیم (آن چه از آن اجتناب می‌شود) است. با توجه به اینکه ذهن آگاهی به‌عنوان یک سبک زندگی، همخوان با فطرت طبیعی انسان، قابلیت این را دارد که بر سیستم هیجانی افراد یعنی افکار، حس‌های بدنی، احساسات خام و تکانه‌های عمل آن‌ها تأثیرگذار باشد، نگاه اشخاص را به زندگی دگرگون کرده و کیفیت ارتباط آن‌ها را با خود، دیگران و دنیا با پذیرشی شفقت‌آمیز و واقع‌بینانه ارتقا می‌بخشد. به کمک فنون ذهن آگاهی افراد مشاهده‌ی عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد می‌گیرند؛ آن‌ها می‌آموزند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس‌زا و غم‌انگیز، الگوی افکار منفی را قبل از آن که به چرخه معیوب کشیده شود، شناسایی کنند، به این ترتیب در درازمدت، ذهن آگاهی تغییرات بسیاری در خلق‌و‌خو و سطح شادی و سلامت افراد ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد این درمان با مورد هدف قرار دادن سازوکارهای درگیر در استرس موجب می‌گردد استرس ادراک شده کاهش یافته و از سویی موجب دوری از الگوی معیوب تفکر بیماران مبتلا به سرطان پستان شده این شیوه‌ی درمانی را می‌توان به عنوان شیوه‌ی مستقل یا در کنار سایر شیوه‌های درمانی مانند دارودرمانی برای تسریع روند درمان و جلوگیری از عود مشکلات روانشناختی بیماران بکار برد و مشکلات روان‌شناختی و رفتاری افراد مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید. بنا براین استرس زنان مبتلا به سرطان، بیشتر جنبه‌ی ذهنی و شناختی دارد زیرا در روش ذهن آگاهی شخص می‌آموزد با فنونی که مربوط به تجربه کردن لحظه‌ی حال است، به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است (حالت ذهنی انجام دادن) رها شود و به حالت ذهنی بودن دست یابد. بسیاری از درمانگران معتقدند شاکله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حالت ذهن آگاهی و شفقت معطوف به خود قرار دارد و به صورت معنی‌داری منجر به کاهش مشکلات نظم‌جویی هیجانی، ترس از هیجان‌ها، نگرانی‌ها و سرکوب خشم می‌گردد و در نتیجه کارکردهای شخصی و اجتماعی فرد را بهبود می‌بخشد. روی هم رفته ذهن آگاهی از طریق برقراری ارتباط با جریان لحظه به لحظه زندگی بوسیله تمرین‌های همراه با تمرکز و دقت به حواس پنج‌گانه، تمرکز به تنفس و دم و

باز دم موجب کسب آرامش و دور نمودن انسان از نگرانی‌ها می‌شود. مفهوم زیبایی (چشم‌ها را باید شست جور دیگر باید دید) یکی از معانی اصلی ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی نوعی آگاهی است که در هنگام توجه هدفمند به فرایند تجربه (از طریق توجه ارادی بر جنبه‌های خاص تجربه) در زمان حال با اجتناب از لغزش ذهنی به گذشته و آینده (حالت ذهنی انجام دادن) و بدون قضاوت با پذیرش هر آنچه رخ می‌دهد (حالت ذهنی بودن) پدیدار می‌شود. بیماران یادگرفته‌اند که گرچه رنج بخش ذاتی تجربه‌های ماست اما راه‌هایی وجود دارد که می‌توانیم الگوهای عادت‌ها را که باعث تداوم، افزایش و عمیق‌تر شدن رنج می‌شود را تشخیص داده و درگیر این الگوها نشوند. جابه‌جایی حالت ذهنی از حالت انجام دادن به حالت بودن شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد تا از منظر و دیدگاهی متفاوت با تجربه‌ی موجود ارتباط برقرار نمایند. تحقیقات نشان داده افرادی که تحت تاثیر درد‌های مزمن از قبیل درد‌های عودکننده قرار دارند از فاجعه‌سازی به عنوان یک باور مقابله‌ای اجتنابی استفاده کرده و از فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی کناره‌گیری می‌کنند. ذهن آگاهی این چنین راهبردهای مقابله‌ای نامناسب را کاهش می‌دهد. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان از ذهن آگاهی به عنوان روشی برای کنترل درد مزمن و افزایش عملکرد روانی - اجتماعی و پیشگیری از عود علائم خلقی استفاده کرد. از محدودیت‌های پژوهش استفاده از نمونه‌گیری در دسترس است.

### منابع

- امیدی، علی (۱۳۸۷). آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی، فصلنامه سلامت روان، سال اول، شماره اول، ص ۳۸ - ۳۰.
- صناعی، هاله؛ موسوی، سید علی محمد؛ مرادی، علیرضا؛ پرهون، هادی؛ صناعی، سولماز؛ (۱۳۹۶) 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، دوره ۱۱، شماره ۴۴، ۵۷-۷۱.
- حسنی، جعفر؛ امام‌وردی، فاطمه؛ (۱۳۹۶) اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در ابراز وجود زنان مبتلا به سرطان سینه، فصل نامه علمی - پژوهشی ابن سینا، دوره ۱۹، شماره ۲ (مسلسل ۵۹)، ۲۱-۲۷.
- زارع، حسین؛ محمدی، نرگس؛ متقی، پیمان؛ افشار، حمید؛ پور کاظم، طاهره (۱۳۹۳). تاثیر درمان تعدیل شده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فاجعه‌پنداری، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به فیبرو

میالژیا. فصل نامه علوم تربیتی و روانشناسی (روانشناسی سلامت) دانشگاه پیام نور دوره ۳ شماره ۱۲، ۹۷، ۱۱۷-.

شفیعی، فایزه؛ امینی فسخوری، مریم؛ (۱۳۹۶) اثر بخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فاجعه آمیزی و شدت درد در بیماران دارای درد مزمن عضلانی - اسکلتی. فصل نامه علمی- پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۸، شماره ۱، ۱۰-۱۰۱.

کرین، ربکا. (۱۳۹۴) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ترجمه رازقی، نرگس و لاریجانی، زرین سادات؛ چاپ اول، اراک، انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی اراک.

عبدالقادری، ماریه؛ کافی، سید موسی؛ صابری، عالیبا؛ آریا پوران، سعید (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان شناختی - رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. فصل نامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۱، شماره ۶ بهمن و اسفند، ۷۹۵-۸۰۷.

محمدی، فهمیه (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله حضور ذهن بر مدیریت درد در بیماران مبتلا به درد مزمن. روانشناسی معاصر، ویژه نامه، ۵، ۶۹۶-۶۹۵.

معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمد رضا؛ هاشمی، سید مسعود؛ (۱۳۹۲) تاثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به درد مزمن، فصل نامه بیهوشی و درد، دوره ۴، شماره ۳، ۲۵-۳۷. مومن زاده، سیروس؛ شعیری، محمد رضا، گلزاری، محمود؛ (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن. فصل نامه علمی - پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۳، شماره ۴، ۸۲-۸۸.

نوروزی، حسن؛ هاشمی، الهام؛ (۱۳۹۶) اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نظم جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان فصل نامه بیماری های پستان، جلد ۱۰، شماره ۲، ۳۸-۴۸.

Armstrong, L., & Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Neuroticism (Stress Vulnerability): A Pilot Randomized Study. *Behavior therapy, 47*(3), 287-298.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 68*(6), 539-544.

Brown . K. W., & Ryan , R. M. (2011) . The benefits of being present : Mindfulness and its role in psychological well – being. *Journal of Personality and Social Psychology* , 84 , 822 – 848.

Carlson, L. E. (2012). “Mindfulness - Based Interventions for Physical Conditions: A Narrative Review Evaluating Levels of Evidence”. *International Scholarly Research Network, ISRN Psychiatry* , 21. doi: 10.5402/2012.

Cramer, H., Haller, H., Lauche, R. and Dobos, G., 2012. Mindfulness-based stress reduction for low back pain. A systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*, 12(1), p.162.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 564-570.

Emanuel, A. S., Updegraff, J. A., Kalmbach, D. A., & Ciesla, J. A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 815-818.

Feldman, G., Greeson, J., & Senville, J. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 1002-1011.

Garland, E.L., Boettiger, C.A., Gaylord, S., Chanon, V.W. and Howard, M.O., 2012. Harvey PW et al. Hyperprolactinemia as an adverse effect in regulatory and clinica toxicology role in breast and prostate cancer. *Hum Exp Toxicol* 2006; 25(7): 395-1404.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (200۷). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.

Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227.

Horesh, D., Glick, I., Taub, R., Agmon-Levin, N., & Shoenfeld, Y. (2017). Mindfulness-based group therapy for systemic lupus erythematosus: A first exploration of a promising mind-body intervention. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 26, 73-75.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, There you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion

Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, et al. (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatr*; 149: 936–943.

Kabat – Zinn , J. ( 2003 ) . Mindfulness – based interventions in context : past , present , and future . *Clinical Psychology . Science and Practice* , 10 , 144 – 156 .

Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2010). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta

Kristeinsen G et al. CD24 expression is a new prognostic marker in breast cancer. *Clin Cancer Res* 2016; 9(13): 4906-13.

Petter, M., McGrath, P. J., Chambers, C. T., & Dick, B. D. (2014). The effects of mindful attention and state mindfulness on acute experimental pain among adolescents. *Journal of pediatric psychology*, jsu007.

Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142-154.

Ryan, R.M. and Deci, E.L. (2000). “Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being”. *J Am Psychol.*; 55(1): 68-78.

Shapiro S. L., Schwartz , G. E, & Bonner , G. (2010) . The effects of mindfulness based stress reduction medical and premedical students . *Journal of Behavioral Medicine* , 21 , 581 – 599.

Segal, Z, V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M., & Gemar, M. C. (2012). The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(2), 131-138.

Swanson(2007). analysis An: pain chronic for treatment effectiveness cost and Efficacy, r guidelines: management pain Chronic.) Eds (Campbell A, &

Schatman E M In. synthesis based. healthcare informa: York New". development program.

Walsh, J. J., Balint, M. G., SJ, D. R. S., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 94-99.

Williams, M. J. McManus, F. and Muse, K. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for severe health anxiety(hypochondiasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(3): 379-97.

Williams, M. & Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world.*

