

Original Article



The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Life Expectancy, Tolerance of Treatment-induced Helplessness, and Psychological Well-being of Cancer Patients

Saeid Sharifi Rahnemo¹, Ayatollah Fathi^{2*}, Saba Bagheri Badelbo³, Vahid Yadegari Sorour⁴, Majid Sharifi Rahnemo⁵

1. Educational Development Center (EDC), Research Center for Health Sciences, Institute of Health Sciences and Technology, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences in the Police, Deputy Health, Relief and Treatment, Police Command, Faraja Institute of Police Sciences and Social Studies, Tehran, Iran
3. Department of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
4. Department of Islamic Studies, Faculty of Medicine, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
5. Department of Curriculum Studies, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

Abstract

Article history:

Received: 29 May 2025

Revised: 25 June 2025

Accepted: 02 August 2025

ePublished: 20 December 2025

*Corresponding author:

Ayatollah Fathi, Research Center for Cognitive and Behavioral Sciences in the Police, Deputy Health, Relief and Treatment, Police Command, Tehran, Iran - Faraja Institute of Police Sciences and Social Studies

Email: a.fathi64@gmail.com



Background and Objective: Leukemia is one of the most common types of cancer among patients, which can affect crucial components of life, such as life expectancy, tolerance of helplessness due to treatment, and psychological well-being of patients, leading to increased psychological stress resulting from the disease. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on life expectancy, tolerance of helplessness, and psychological well-being of cancer patients.

Materials and Methods: This quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group was conducted in 2024 for 2 months. The statistical population included all patients with leukemia at Shahid Mahallati Hospital, Tabriz, Iran. In total, 30 patients were selected using convenience sampling and randomly assigned to two groups: experimental (15 participants) and control (15 participants). The experimental group received mindfulness-based training through an educational package of eight 90-minute in-person sessions, whereas the control group received no intervention. Data were collected with Schneider and Peterson's Hope Questionnaire, Riff's Psychological Well-Being, and Simmons and Gaher's Helplessness Tolerance Questionnaire, and analyzed using multivariate and univariate covariance analysis in SPSS software (version 26).

Results: The results showed that MBCT has an effect on the components of life expectancy, factor thinking ($P = 0.004$) and path thinking ($P = 0.007$), and the psychological well-being components of self-acceptance ($P = 0.001$), positive relationships with others ($P = 0.005$), autonomy ($P = 0.001$), mastery of the environment ($P = 0.014$), purposeful living ($P = 0.017$), personal growth ($P = 0.038$), and helplessness tolerance, and the difference between pretests and posttests is also significant ($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the results, using cognitive behavioral therapy integrated with mindfulness can be an effective treatment for increasing life expectancy, tolerance of treatment-induced helplessness, and psychological well-being of patients; therefore, it is suggested that the aforementioned treatment method be used as a complement to drug treatments in patients with leukemia.

Keywords: Cancer pain, Leukemia, Life expectancy, Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), Psychological well-being



Extended Abstract

Background and Objective

Cancer is defined as the rapid growth of abnormal cells that can spread to other organs and is one of the leading causes of death in developed and developing countries. Considering the epidemiological and demographic changes in the population, as well as the changing mortality pattern in Iran, cancer is the third leading cause of death after cardiovascular diseases and accidents. Among the different types of cancer, leukemia is the most common. Leukemia usually starts in the bone marrow, leading to the production of a large number of abnormal white blood cells. The primary concern with cancers, especially leukemia, is early detection and diagnosis before they progress to advanced stages, as well as emotional management, especially in terms of pain. In this context, pain, fatigue, lack of hope for life, enduring helplessness due to treatment, and impaired psychological well-being are among the most common challenges faced by patients with cancer. These issues need to be addressed through modern therapeutic methods, such as mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). The MBCT program is essentially a group therapy in which patients learn various mindfulness exercises (such as sitting meditation, body awareness meditation, yoga, and compassionate mind meditation). This therapy was initially used to treat patients suffering from chronic pain and has been proposed to reduce symptoms of stress, anxiety, and depression. Despite the many advantages of this therapy and its effect on reducing pain or increasing pain tolerance, well-being, and life expectancy, as well as reducing the excessive economic costs of treatment due to stress, it has been less addressed in the scientific literature on the psychological study of cancer. A clear theoretical and research gap in this field exists. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of MBCT on life expectancy, helplessness tolerance, and psychological well-being in cancer patients.

Materials and Methods

This quasi-experimental study, with a pretest-posttest design and a control group, was conducted in 2024 over 2 months. The statistical population included all patients with leukemia at Shahid Mahallati Hospital, Tabriz, Iran. In total, 30 patients were selected using convenience sampling and randomly assigned to the experimental (15) and control (15) groups. The experimental group received mindfulness-based training through an educational package of eight 90-minute in-person sessions, whereas the control group received no intervention. Data were collected with Schneider and Peterson's Hope Questionnaire, Riff's Psychological Well-Being, and Simmons and Gaher's Helplessness Tolerance Questionnaire, and analyzed using multivariate and univariate covariance analysis in SPSS software (version 26).

Results

The results showed that the mean of all variables in the posttest for the experimental group increased from the pretest; however, in the control group, no significant

change was observed before and after the therapeutic intervention. Therefore, before analyzing the data, the results of the Shapiro-Wilk and Kolmogorov-Smirnov tests were presented to examine the distribution of the data. The results showed that the significance level for the two research variables and their subscales in the pretest and posttest was greater than ($P < 0.05$), indicating that the data distribution was normal. The first condition of the multivariate analysis of covariance test was met. Levene's test was also used to examine variance equality, and the results showed that the significance levels for all three research variables were greater than 0.05. The M-box test was also used to examine covariance equality, and the results showed no significant difference in covariances between the two groups. The condition of equality of covariances was also confirmed for the data ($F = 1.19$, $P = 0.31$). In the following, The results showed that MBCT has an effect on the components of life expectancy, factor thinking ($P = 0.004$) and path thinking ($P = 0.007$), and the psychological well-being components of self-acceptance ($P = 0.001$), positive relationships with others ($P = 0.005$), autonomy ($P = 0.001$), mastery of the environment ($P = 0.014$), purposeful living ($P = 0.017$), personal growth ($P = 0.038$), and helplessness tolerance, and the difference between pretest and posttest is also significant ($P < 0.05$).

Discussion

The study's findings revealed that the MBCT protocol significantly enhanced components of life expectancy, including causal and path thinking. This therapy helps individuals rediscover inner peace and satisfaction, integrate it into their daily lives, and ultimately transform it into a lifestyle. It gradually frees them from worry, anxiety, fatigue, depression, and dissatisfaction, thereby fostering increased life expectancy. This approach acknowledges that everyone experiences periods of suffering and pain. Through mindfulness, such suffering becomes empathetic, evoking feelings of compassion toward oneself and others. In contrast, without mindfulness, suffering is perceived as a debilitating emotion characterized by bitterness, anger, and intense helplessness. The results also demonstrated that mindfulness-based stress reduction training enhanced tolerance of helplessness among cancer patients. This suggests that increasing mindfulness reduces avoidance and over-engagement with distressing thoughts and emotions, helping maintain emotional balance. Mindfulness exercises alleviate anxiety and other psychological pressures by fostering positive emotional experiences, thereby promoting better emotional regulation. It is important to note that this study was conducted solely on individuals with leukemia treated at the Cancer Treatment Center of Shahid Mahallati Hospital in 2024. As a result, the sample size was limited, and caution should be exercised when generalizing these findings to other patient populations or treatment centers, given cultural, ethnic, and social differences.

Conclusion

Overall, the findings indicated that cognitive-behavioral interventions integrated with mindfulness effectively increase pain tolerance and well-being, thereby enhancing life expectancy by reducing pain catastrophizing and the perceived imminence of death.

This integrated approach can serve as an effective treatment for alleviating perceived pain, improving well-being, and enhancing pain self-efficacy. Therefore, it is recommended that this therapeutic method be taught to psychologists by qualified specialists across various hospital centers.

Please cite this article as follows: Sharifi Rahnemo S, Fathi A, Bagheri Badelbo S, Yadegari Sorour V, Sharifi Rahnemo M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Life Expectancy, Tolerance of Treatment-Induced Helplessness, and Psychological Well-being of Cancer Patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2025; 33(4): 335-347 DOI: 10.53208/ajnmc.33.4.335

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، تحمل درماندگی ناشی از درمان و بهزیستی روانی بیماران سرطانی

سعید شریفی رهنمو^۱ , آیت اله فتحی^۲ , صبا باقری بدلبو^۳، وحید یادگاری سرور^۴، مجید شریفی رهنمو^۵

۱. مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، پژوهشکده علوم و فناوری های بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. مرکز تحقیقات علوم شناختی و رفتاری در پلیس، معاونت بهداشت، امداد و درمان، فرماندهی انتظامی، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی فراجا، تهران، ایران
۳. گروه روان شناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
۴. گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. گروه مطالعات برنامه درسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: سرطان خون یکی از شایع ترین انواع سرطان در بین بیماران است که می تواند در مؤلفه های مهم زندگی مانند امید به زندگی، تحمل درماندگی ناشی از درمان و بهزیستی روانی بیماران اثرگذار باشد و همین موضوع به افزایش تنش های روانی منتج از بیماری منجر می شود. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، تحمل درماندگی و بهزیستی روانی بیماران سرطانی انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل در سال ۱۴۰۳ است که اجرای آن به مدت دو ماه طول کشید. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به سرطان خون بیمارستان شهید محلاتی تبریز بودند که تعداد سی نفر از بیماران به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و کنترل (پانزده نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش بر مبنای بسته آموزشی هشت جلسه نود دقیقه ای، آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت حضوری دریافت کرد، اما گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. جمع آوری داده ها نیز با پرسش نامه های امیدواری شناسیدر و پترسون، بهزیستی روان شناختی ریف و تحمل درماندگی سیمونز و گاهر انجام و با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته ها: نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مؤلفه های امید به زندگی تفکر عاملی ($P=0/004$) و تفکر مسیر ($P=0/007$) و مؤلفه های بهزیستی روان شناختی پذیرش خود ($P=0/001$)، روابط مثبت با دیگران ($P=0/005$)، خودمختاری ($P=0/001$)، تسلط بر محیط ($P=0/014$)، زندگی هدفمند ($P=0/017$)، رشد فردی ($P=0/038$) و تحمل درماندگی تأثیر دارد و تفاوت آزمون های پیش و پس از آموزش نیز معنی دار است ($P<0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، استفاده از درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی می تواند به منظور افزایش امید به زندگی، تحمل درماندگی ناشی از درمان و بهزیستی روانی بیماران، درمان اثربخشی داشته باشد. بنابراین، پیشنهاد می شود روش درمانی مذکور به عنوان مکمل درمان های دارویی در بیماران مبتلا به سرطان خون استفاده شود.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، امید به زندگی، درد سرطان، بهزیستی روانی، سرطان خون

استناد: شریفی رهنمو، سعید؛ فتحی، آیت اله؛ باقری بدلبو، صبا؛ یادگاری سرور، وحید؛ شریفی رهنمو، مجید. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، تحمل درماندگی ناشی از درمان و بهزیستی روانی بیماران سرطانی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، پاییز ۱۴۰۴؛ ۳۳(۴): ۳۳۵-۳۴۷

مقدمه

بیماری سرطان به عنوان رشد سریع سلول های غیرطبیعی که می توانند به اندام های دیگر گسترش یابند تعریف می شود که یکی

از علل اصلی مرگومیر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. با توجه به تغییر اپیدمیولوژیک، جمعیت شناختی جمعیت و تغییر الگوی مرگومیر در ایران، سرطان پس از بیماری‌ها و حوادث قلبی عروقی، سومین عامل مرگومیر است و در این بین، یکی از انواع سرطان‌های شایع در جامعه، سرطان خون است [۱]. سرطان خون معمولاً از مغز استخوان شروع و باعث شکل‌گیری تعداد زیادی گلبول سفید غیرطبیعی می‌شود. این گلبول‌های سفید خونی به صورت کامل تشکیل نشده‌اند و به آن‌ها بلاست یا سلول‌های لوکمی یا سرطان خون گفته می‌شود [۲]. حال، مسئله اصلی در سرطان‌ها، به ویژه سرطان خون، شناسایی و تشخیص اولیه آن پیش از حرکت به سمت مراحل پیشرفته و کنترل هیجانی آن، به ویژه از نظر درد است. در همین زمینه، درد، خستگی و نبود تاب‌آوری و بهزیستی روانی شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلابه سرطان است [۳]؛ زیرا سرطان یکی از بیماری‌های شایع است که استرس ایجاد می‌کند و می‌تواند تأثیر زیادی در هر جنبه از زندگی فرد مبتلابه سرطان داشته باشد [۴] که در بین این جوانب، امید به زندگی در مقایسه با جوانب دیگر، بیشترین تأثیر را می‌گیرد و یکی از عوامل کاهش افسردگی در این بیماران است [۵].

امروزه، امید به زندگی یکی از عوامل روان‌شناختی مهم و مؤثر در کیفیت زندگی بیماران سرطانی شناخته شده است که اضطراب ناشی از درمان آن، سبب کاهش امید به زندگی در این بیماران می‌شود [۶]. اگرچه سرطان به مرگ آنی منجر نمی‌شود، ریزش مو، درد، مشکلات اجتماعی و مالی، وابستگی، ازهم‌گسیختگی خانواده و فکر به مرگ نزدیک به اتفاق، به بروز مشکلات عاطفی عمیق در این بیماران منجر می‌شود و امید به زندگی را در آن‌ها کاهش می‌دهد [۷]. امید به زندگی به عنوان ذهنیت فردی برای دستیابی به اهداف به ویژه در شرایط حساس [۸]، متشکل از شش بعد شامل بعد شناختی، زمانی، زمینه‌ای، عاطفی، وابستگی و ابعاد رفتاری است [۹]، اما شنایدر و همکاران امید به زندگی را مجموعه شناختی دانسته‌اند که حاصل حس متقابل عامل موفقیت (هدف-محور) و مسیرهای آن (روش‌های دستیابی به اهداف) است [۷]. از نظر بیماران سرطانی، امید به زندگی یکی از اثرگذارترین سبک‌های مقابله‌ای در مبارزه علیه سرطان است [۸]، اما برخی از محققان اعتقاد دارند کانون توجه اصلی در امید به زندگی باید روی بعد انگیزشی باشد که باعث شود این بیماران فعالیت کنند [۲]. از طرف دیگر، باوجود اهمیت مطالعات آنکولوژی و تأثیر آن در بیماران سرطانی، مطالعاتی نظیر مولتون و همکاران نیز به بررسی عوامل درونی و تأثیر آن در امید به زندگی و تحمل درد و درماندگی ناشی از درمان پرداخته‌اند [۱۰].

بر این اساس، متغیر دیگری که با توجه به وضعیت پرخطر بیماران سرطانی، به ویژه بیماران تحت درمان سرطان خون، باید شناسایی شود و تحت کنترل و بررسی قرار گیرد، تحمل درماندگی است. تحمل درماندگی به عنوان توانایی فرد در تجربه و تاب‌آوری هیجانات منفی و آزاردهنده تعریف شده است [۱۱] و افراد با تحمل درماندگی کم، مهارت‌های مقابله‌ای کافی برای رویارویی با شرایط دشوار و تیدگی‌زا ندارند. بنابراین، به جای مواجهه با این موقعیت‌ها، سعی می‌کنند از آن اجتناب کنند تا به آرامش برسند [۱۲]. اگرچه مطالعات مربوط به ارتباط بین تحمل درماندگی و سرطان بسیار اندک است [۱۳]، برخی از مفاهیم منفی مربوط به آن، مانند درماندگی روان‌شناختی بیماران با فشار خون یا بیماری‌های دیگر مرتبط دانسته شده است [۱۴]. برای مثال، اگر درماندگی روان-شناختی بتواند در سطح بیماری نقش داشته باشد، پس توانایی برای تحمل استرس (تحمل درماندگی) نیز می‌تواند عامل مهمی در تجربه بیماران سرطانی باشد [۱۵]. در همین زمینه، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که حس ناکامی می‌تواند به علائم فیزیولوژیکی، مانند افزایش ضربان قلب و پرفشاری خون، منجر شود [۱۶، ۱۷] که این مهم حساسیت مطالعه روش‌های جدید درمان روان‌شناختی را در این زمینه کاملاً تصریح می‌کند [۱۸].

در همین زمینه، متغیر دیگری که می‌تواند تحت مطالعه قرار گیرد، بهزیستی روانی است. بهزیستی روانی مفهومی متنوع و چندبعدی است که در نتیجه ترکیب تنظیم هیجانی ویژگی‌های شخصیتی هویت و تجارب زندگی به وجود می‌آید [۱۹]. بهزیستی روانی بر سلامت ذهنی مثبت دلالت دارد که بر واکنش‌های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، تعامل کارآمد و تأثیرگذار با جهان، داشتن رابطه مطلوب با دیگران و پیشرفت کردن در طول زمان تأکید می‌کند [۲۰]. در سال‌های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، ملهم از روان‌شناسی مثبت‌نگر، رویکرد متفاوتی برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده‌اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان‌شناختی تلقی کرده‌اند و آن را در قالب اصطلاح «بهزیستی روان‌شناختی» مفهوم‌سازی کرده‌اند. این گروه نداشتن بیماری را برای احساس سلامت کافی نمی‌دانند، بلکه معتقدند داشتن احساس رضایت از زندگی، پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و مؤثر با جهان، انرژی و خلق مثبت پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت، از مشخصه‌های فرد سالم است [۲۱]. بهزیستی روان‌شناختی مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی است. رویکرد بهزیستی روان‌شناختی رشد و تحول مشاهده‌شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و بر توسعه انسانی

بهزیستی روانی بیماران سرطانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران سرطان خون بیمارستان شهید محلاتی تبریز در سال ۱۴۰۳ بود که از بین این بیماران، سی نفر نمونه براساس شاخص‌های دسترسی همگنی گروه نمونه با جامعه، اندازه نمونه و میزان پراکندگی نمونه، که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به روش در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و کنترل (پانزده نفر) جایگزین شدند که تمامی فرایند اجرای پژوهش در شکل ۱ به صورت شماتیک ارائه گردیده است.

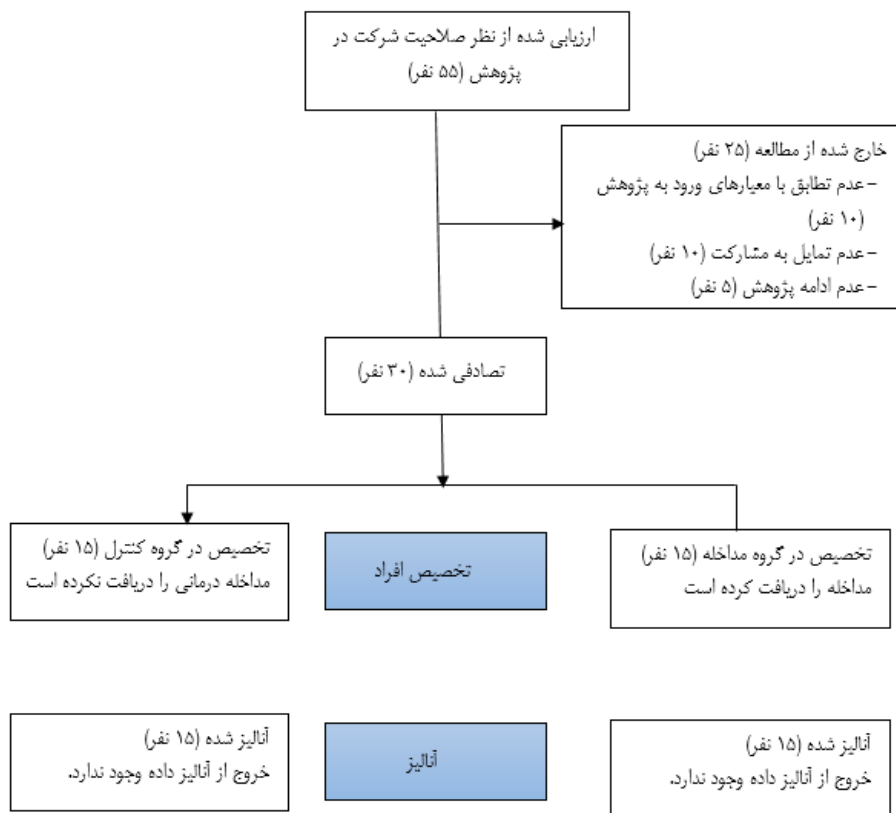
ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن رضایت‌نامه اخلاقی برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی بیست تا چهل، خوداظهاری درباره دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی در شش ماه گذشته، نداشتن وابستگی یا سوءمصرف مواد و نبود شواهدی مبتنی بر وجود بیماری جسمانی و روانی جدی و مزمن که نیازمند به درمان بود. افرادی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند یا تمایلی به ادامه درمان نداشتند، از مطالعه خارج شدند.

روش انجام کار به این صورت بود که ابتدا طی فراخوانی برای شرکت در مطالعه، رضایت شرکت‌کنندگان به‌منظور مشارکت در پژوهش به دست آمد. سپس قبل از اجرای طرح، از هر دو گروه آزمون‌های امید به زندگی، تحمل درماندگی و بهزیستی روانی گرفته شد (پیش‌آزمون). سپس پژوهشگران در بیمارستان شهید محلاتی، گروه آزمایش را طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای (در طول دو ماه به‌صورت حضوری)، تحت آموزش گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار دادند [۲۷]. خلاصه جلسات در جدول ۱ آمده است. گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. در پایان آموزش، مجدداً آزمون‌های نام‌برده از هر دو گروه گرفته و نتایج مقایسه شد. همچنین، برای رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدای پژوهش با توضیح صادقانه اهداف طرح، رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش جلب شد و با برقراری ارتباط مؤثر با آزمودنی‌ها، آن‌ها از لحاظ مشکلات احتمالی مانند اضطراب ناشی از پاسخ‌دادن، حمایت شدند. برای گردآوری داده‌ها از سه ابزار استفاده شد.

تأکید دارد [۲۲]. برای مثال، ادبیات تحقیقی در دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی، از طریق برنامه‌های درمانی، چالش‌ها و مشکلات اساسی در این موضوع پژوهشی را تجزیه و تحلیل کرده‌اند [۲۳].

در همین زمینه، کابات زین (Kabat-Zinn) برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در کلینیک کاهش فشار روانی دانشکده پزشکی دانشگاه ماسوچوست گسترش داد که یکی از نوآوری‌ها در درمان‌های روان‌شناختی و تلفیق سنت‌های معنوی شرق، از جمله فنون مراقبه ذهن‌آگاهی با رفتار درمانی شناختی - سنتی است. ذهن‌آگاهی از عواملی است که با تأکید بر توجه و حضور بر تجارب کنونی و در نتیجه عدم واکنش تکانشی و عادت‌وار در کاهش هیجانات منفی مانند خشم، ناکامی و درماندگی، می‌تواند مؤثر عمل کند [۲۴] و به رشد سه مؤلفه خودداری از قضاوت، آگاهی با قصد و تمرکز بر لحظه کنونی نیاز دارد. توجه متمرکز بر لحظه حال، موجب پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری می‌شود. هدف از ذهن‌آگاهی ایجاد آگاهی از تجارب خوشایند، ناخوشایند و خنثی افراد است [۲۵].

در کنار این ذهن‌آگاهی، شناخت درمانی کمک می‌کند تا شخص افکار و احساسات خود را بررسی کند و با تمرین و تکنیک‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فرد از فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی، بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود [۲۶]. بنابراین، برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اساساً نوعی درمان گروهی است که در آن، بیماران تمرین‌های متنوعی از ذهن‌آگاهی (از قبیل مراقبه نشسته، مراقبه پایش بدن، یوگا، مراقبه ذهن مشفق) را یاد می‌گیرند. این شیوه درمانی ابتدا برای درمان بیمارانی استفاده شد که از درد مزمن رنج می‌بردند. امروزه، این روش درمانی برای کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی مطرح شده است. باوجود مزیت‌های زیاد این روش درمانی و تأثیری که می‌تواند در کاهش درد یا افزایش تحمل درماندگی و بهزیستی و امید به زندگی و همچنین کاهش هزینه‌های اقتصادی بیش از حد درمان ناشی از استرس داشته باشد، در متون علمی مطالعه روان‌شناختی سرطان کمتر به آن پرداخته شده و شکاف نظری و پژوهشی در این زمینه روشن است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر امید به زندگی، تحمل درماندگی و



شکل ۱: نمودار کانسورت (Consort Diagram)

جدول ۱: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوا
۱	معارفه و آشنایی، تعیین اهداف جلسه و قوانین گروه، مفهوم سازی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ارائه تکالیف
۲	رویارویی با موانع، مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف، انجام تمرین واری بدن و پیاده روی در خیابان و ثبت وقایع خوشایند، مراقبه و توزیع جزوه های جلسه دوم، ارائه تکالیف خانگی
۳	مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف، اجرای تمرین های دیدن یا شنیدن، مراقبه نشسته، فضای تنفس سه دقیقه ای و دراز کشیدن و قدم زدن با حضور ذهن، توزیع جزوه های جلسه سوم و تعیین تکالیف جلسه بعد
۴	مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف، بودن در زمان حال، انجام تمرین پنج دقیقه ای دیدن یا شنیدن، مراقبه، آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، انجام فضای تنفس سه دقیقه ای و خواندن شعر، ارائه جزوه و تعیین تکالیف خانگی
۵	مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف، پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته و آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار، آگاهی از بررسی موانع درمان، آگاهی از چگونگی واکنش دهی به افکار و احساسات، فضای تنفس سه دقیقه ای مقابله ای و بازنگری آن، توزیع جزوه های جلسه پنجم و تعیین تکالیف خانگی
۶	مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف، مراقبه نشسته و آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار (به علاوه یادداشتی از واکنش افراد به مشکلات)، آماده شدن برای اتمام دوره، ارائه راهی متفاوت برای برقراری ارتباط با افکار در فضای ذهنی، توزیع جزوه های جلسه ششم و تعیین تکالیف خانگی
۷	مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف، نحوه مراقبت از خود، مراقبه نشسته و آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش، برنامه ریزی برای ایجاد چنین فعالیت هایی، فضای تنفس سه دقیقه ای، ارائه تکالیف خانگی
۸	مرور جلسه قبل و بازنگری تکالیف و کل برنامه، کاربرد آنچه آموخته اید، نگاه روبه جلو، واری و بحث درباره برنامه ها، توزیع جزوه های جلسه هشتم، پایان دادن به کلاس ها با آخرین مراقبه

ماده است که هشت ماده آن امیدواری و چهار ماده آن شکنندگی یا امیدواری پایین را می سنجد [۲۸]. مقیاس امیدواری اسنایدر شامل دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین کننده

مقیاس امیدواری اسنایدر و پترسون (Snyder and Peterson) مقیاس امیدواری اسنایدر و پترسون (۱۹۹۱) متشکل از دوازده

هدفمداری فرد است و مؤلفه تفکر مسیر که راههای برنامه‌ریزی‌شده برای رسیدن به اهداف را در بر می‌گیرد. هر ماده با مقیاس چهاردرجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در بر می‌گیرد. این پرسش‌نامه در قالب پنج‌نقطه-ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، بی‌نظر = ۳، مخالفم = ۴، کاملاً مخالفم = ۵، نمره‌گذاری شده و پایایی این مقیاس از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آمده است. در ایران نیز این مقیاس هنجاریابی شده است و افشانی و جعفری [۲۹] در پژوهش خود آن را با پایایی ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این پرسش‌نامه محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۷ به دست آمده است که پایایی خوبی دارد. همچنین روایی آن در نسخه اصلی تأیید می‌شود.

مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB)

ریف و کیس این پرسش‌نامه را در سال ۱۹۸۹ ساختند و در سال ۲۰۰۲ بازبینی شد. فرم کوتاه پرسش‌نامه RSPWB هجده سؤال دارد که جواب هر سؤال به صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، بی‌نظر = ۳، مخالفم = ۴، کاملاً مخالفم = ۵، نمره‌گذاری شده است. مقیاس بهزیستی روان‌شناختی مفهومی چندمؤلفه‌ای و دربرگیرنده: ۱. پذیرش خود (Self-Acceptance): نگرش مثبت به خود و پذیرش جنبه‌های مختلف خود مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته؛ ۲. روابط مثبت با دیگران (Positive Relation with Others): احساس رضایت و صمیمیت از رابطه با دیگران و درک اهمیت این وابستگی‌ها؛ ۳. خودمختاری (Autonomy): احساس استقلال و اثرگذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارها؛ ۴. تسلط بر محیط (Environmental Mastery): حس تسلط بر محیط، کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌های پیرامون؛ ۵. زندگی هدفمند (Purpose in Life): داشتن هدف در زندگی و باور به اینکه زندگی حال و گذشته او معنادار است؛ ۶. رشد فردی (Personal Growth): احساس رشد مداوم و دستیابی به تجربه‌های نو به عنوان موجودی دارای استعداد بالقوه است [۳۰]. در ایران نیز پژوهش میکائیلی در سال ۱۳۸۹ نشان داد پرسش‌نامه مدنظر پایایی مطلوب دارد [۳۱]. همچنین در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این پرسش‌نامه محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۱ به دست آمده است که پایایی خوبی دارد. روایی آن نیز در نسخه اصلی تأیید می‌شود.

پرسش‌نامه تحمل درماندگی سیمونز و گاهر (Simons and Gaher 2005): این مقیاس نوعی شاخص خودسنجی تحمل

درماندگی هیجانی است که پانزده ماده و چهار زیرمقیاس دارد و تحمل درماندگی را براساس توانمندی فرد برای تحمل درماندگی هیجانی، ارزیابی ذهنی درماندگی، میزان توجه به هیجان‌های منفی در صورت وقوع و اقدام‌های تنظیم‌کننده التیام درماندگی می‌سنجد و ماده‌های آن براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به صورت کاملاً موافقم = ۱، موافقم = ۲، بی‌نظر = ۳، مخالفم = ۴، کاملاً مخالفم = ۵، نمره‌گذاری شده است. ماده ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس چهار زیرمقیاس تحمل (تحمل درماندگی هیجانی/ ماده‌های ۱، ۳، ۵)، جذب (جذب هیجان‌های منفی شدن/ ماده‌های ۲، ۴، ۱۵)، ارزیابی (برآورد ذهنی درماندگی/ ماده‌های ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای التیام درماندگی/ ماده‌های ۸، ۱۳، ۱۴) است. نمره بالای ۲۸ در این مقیاس نشانه تحمل درماندگی بالاست [۳۲]. محمدپور و همکاران در پژوهشی در سال ۱۴۰۰ ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل پریشانی، جذب‌شدن با هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند [۳۳]. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این پرسش‌نامه محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسش‌نامه ۰/۸۶ به دست آمده است که پایایی خوبی دارد. همچنین، روایی آن در نسخه اصلی تأیید شده است.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

بسته مداخله‌ای به کارگرفته شده در پژوهش حاضر برای آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، برگرفته از پروتکل سگال، ویلیامز و تیسدل، که در سال ۲۰۱۳ معرفی کرده‌اند [۲۷]، در هشت جلسه نود دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد.

نتایج

در این بخش، ابتدا میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه آزمودنی‌ها گزارش شده است. با توجه به نتایج به دست آمده، مشخص است که میانگین (انحراف معیار) سن گروه شرکت‌کننده در جلسات درمان برابر با ۳۵/۸۵ (۵/۶۵) و گروه کنترل برابر با ۳۵/۳۰ (با انحراف معیار ۳/۷۸) است. جدول ۲ میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش را پس از دریافت پروتکل نشان داده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین همه متغیرها در پس‌آزمون در گروه آزمایش در مقایسه با پیش‌آزمون، افزایش را نشان می‌دهد، ولی در گروه کنترل تغییر چندانی در پیش و پس از مداخله درمانی مشاهده نمی‌شود.

جدول ۲: میانگین انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	خرده مقیاس	تعداد	گروه آزمایش				گروه کنترل			
			پیش آزمون	پس آزمون	انحراف معیار	میانگین	پیش آزمون	پس آزمون	انحراف معیار	میانگین
امید به زندگی	تفکر عاملی	۱۵	۹/۸۶	۲/۰۳	۱۰/۱۰	۴/۰۴	۹/۰۰	۱/۵۵	۹/۴۳	۱/۸۳
	تفکر مسیر	۱۵	۱۰/۰۰	۱/۸۸	۱۰/۷۳	۲/۱۶	۱۰/۲۱	۲/۴۴	۱۰/۲۰	۳/۶۰
	پذیرش خود	۱۵	۹/۱۶	۲/۰۳	۱۰/۹۷	۲/۶۰	۹/۷۷	۲/۱۶	۱۰/۷۷	۲/۱۳
	روابط مثبت با دیگران	۱۵	۹/۲۰	۱/۵۰	۱۱/۵۲	۲/۲۵	۹/۱۴	۲/۰۶	۹/۵۰	۲/۷۸
بهزیستی روانی	خودمختاری	۱۵	۹/۳۴	۱/۶۵	۱۰/۸۰	۲/۰۵	۱۰/۹۴	۲/۱۶	۱۰/۶۰	۲/۲۵
	تسلط بر محیط	۱۵	۹/۴۱	۱/۶۴	۱۱/۴۱	۱/۸۹	۱۰/۰۰	۲/۲۵	۹/۵۰	۲/۶۰
	زندگی هدفمند	۱۵	۹/۹۰	۱/۶۸	۱۱/۸۵	۲/۱۲	۹/۲۶	۱/۴۹	۹/۸۰	۲/۴۹
	رشد فردی	۱۵	۱۰/۳۴	۱/۶۹	۱۱/۹۰	۲/۲۵	۹/۶۴	۲/۱۶	۱۰/۰۵	۲/۲۵
تحمل درماندگی		۱۵	۶۰/۲۵	۵/۲۵	۷۲/۵۱	۴/۵۰	۶۲/۴۵	۴/۶۸	۶۳/۵۶	۵/۲۹

مانکوا استفاده شده است.

جدول ۳ نتایج آزمون مانکوا را نشان می‌دهد. براساس جدول، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شده است. همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری برای هر دو خرده‌مقیاس امید به زندگی شامل تفکر عاملی (۰/۰۰۴) و تفکر مسیر (۰/۰۰۷) کوچک‌تر از ۰/۰۱ به دست آمده و تفاوت آزمون‌های پیش و پس از پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی معنی‌دار است. همچنین، مقدار اتا (Eta) نیز برای هر خرده‌مقیاس گزارش شده است که اندازه تأثیر را نشان می‌دهد. بنابراین، می‌توان گفت پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تفکر عاملی با مقدار اتا (۰/۲۸۰) به اندازه ۲۸/۰ درصد تأثیر داشته است. همچنین، پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش تفکر مسیر با مقدار اتا (۰/۲۴۶) به اندازه ۲۴/۶ درصد تأثیر داشته است. به نظر می‌رسد پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشترین تأثیر را در تفکر عاملی داشته است.

قبل از ورود به تحلیل داده‌ها، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک و کولموگراف - اسمیرنوف برای بررسی وضعیت توزیع داده‌ها ارائه شد و نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری برای دو متغیر پژوهش و خرده-مقیاس‌های آن‌ها در پیش و پس آزمون بیشتر از (۰/۰۵ > p) به دست آمده است. بنابراین، می‌توان گفت توزیع داده‌ها برای همه متغیرهای پژوهش نرمال است و شرط اول آزمون مانکوا رعایت شده است. همچنین، از آزمون لون برای بررسی شرط برابری واریانس‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح معنی‌داری برای هر سه متغیر پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین، واریانس متغیرهای وابسته دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند و شرط برابری واریانس‌ها تأیید شد. از آزمون ام - باکس نیز برای بررسی شرط همسانی کوواریانس‌ها استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین کوواریانس‌های دو گروه وجود ندارد و شرط همسانی کوواریانس‌ها نیز برای داده‌ها تأیید شد (F=۱/۱۹ و p=۰/۳۱). بنابراین، برای آزمون اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مؤلفه‌های امیدواری از آزمون

جدول ۳: نتایج آزمون مانکوا برای بررسی اثر گروه در امید به زندگی

متغیرهای وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معنی - داری	مقدار اتا (Eta)
تفکر عاملی	۱۲۴/۸۰۲	۱	۱۲۴/۸۰۲	۱۰/۰۸۷	۰/۰۰۴	۰/۲۸۰
تفکر مسیر	۸۴/۸۰۲	۱	۸۴/۸۰۲	۸/۴۹۷	۰/۰۰۷	۰/۲۴۶
تفکر عاملی	۳۲۱/۶۹۵	۲۶	۱۲/۳۷۳	-	-	-
تفکر مسیر	۲۵۹/۴۸۴	۲۶	۹/۹۸۰	-	-	-

جدول نشان می‌دهد، سطح معنی‌داری برای هر شش خرده‌مقیاس بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود (۰/۰۰۰)، روابط مثبت با دیگران (۰/۰۰۵)، خودمختاری (۰/۰۰۱)، تسلط بر محیط (۰/۰۱۴)، زندگی هدفمند (۰/۰۱۷) و رشد فردی (۰/۰۳۸) کوچک‌تر از ۰/۰۵ به دست آمده و تفاوت آزمون‌های پیش و پس از

برای آزمون اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی از آزمون مانکوا استفاده شده است.

جدول ۴ نتایج آزمون مانکوا را نشان می‌دهد. براساس جدول، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده شده است. همان‌طور که

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنی دار است. همچنین، مقدار اتا (Eta) نیز برای هر خرده مقیاس گزارش شده است که اندازه تأثیر را نشان می دهد. بنابراین، می توان گفت پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش پذیرش خود (۷۵/۳ درصد)، روابط مثبت با دیگران (۳۳/۲ درصد)، خودمختاری (۴۴/۵ درصد)، تسلط بر محیط (۲۶/۴ درصد)، زندگی هدفمند (۲۵/۳ درصد) و رشد فردی (۱۹/۷ درصد) تأثیر داشته است. به نظر می رسد پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشترین تأثیر را در پذیرش خود داشته است.

جدول ۵ نتایج آزمون آنکوا را نشان می دهد. براساس جدول،

تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده شده است. همان طور که جدول نشان می دهد، سطح معنی داری برای تحمل درماندگی (۰/۰۰۱) و کوچک تر از ۰/۰۱ به دست آمده است و تفاوت آزمون های پیش و پس از پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی معنی دار است. همچنین، مقدار اتا (Eta) برای کل تحمل درماندگی گزارش شده است که اندازه تأثیر را نشان می دهد. بنابراین، می توان گفت پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش تحمل درماندگی با مقدار اتا (۰/۱۸۰) به اندازه ۲۸/۰ درصد تأثیر داشته است.

جدول ۴: نتایج آزمون مانکوا برای بررسی اثر گروه در بهزیستی روان شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا (Eta)
پذیرش خود	۱۶۰۷/۹۷۶	۱	۱۶۰۷/۹۷۶	۶۱/۰۲۰	۰/۰۰۰	۰/۷۵۳
روابط مثبت با دیگران	۴۰۱/۹۰۹	۱	۴۰۱/۹۰۹	۹/۹۲۷	۰/۰۰۵	۰/۳۳۲
خودمختاری	۹۸۲/۲۸۵	۱	۹۸۲/۲۸۵	۱۶/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴۵
تسلط بر محیط	۵۷۷/۰۹۱	۱	۵۷۷/۰۹۱	۷/۱۹۱	۰/۰۱۴	۰/۲۶۴
زندگی هدفمند	۴۳۵/۰۸۹	۱	۴۳۵/۰۸۹	۶/۷۵۷	۰/۰۱۷	۰/۲۵۳
رشد فردی	۶۳۲/۹۱۸	۱	۶۳۲/۹۱۸	۴/۹۱۷	۰/۰۳۸	۰/۱۹۷
پذیرش خود	۵۲۷/۰۳۱	۲۰	۲۶/۳۵۲	-	-	-
روابط مثبت با دیگران	۸۰۹/۷۶۶	۲۰	۴۰/۴۸۸	-	-	-
خودمختاری	۱۲۲۵/۳۲۷	۲۰	۶۱/۲۶۶	-	-	-
تسلط بر محیط	۱۶۰۵/۱۴۸	۲۰	۸۰/۲۵۷	-	-	-
زندگی هدفمند	۱۲۸۷/۸۵۶	۲۰	۶۴/۳۹۳	-	-	-
رشد فردی	۲۵۷۴/۵۷۲	۲۰	۱۲۸/۷۲۹	-	-	-

جدول ۵: نتایج آزمون مانکوا برای بررسی اثر گروه در تحمل درماندگی

متغیرهای وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	مربع میانگین	F	سطح معنی داری	مقدار اتا (Eta)
تحمل درماندگی	۱۷/۶۹۱	۱	۱۷/۶۹۱	۱۰۲/۹۱۸	۰/۰۰۱	۰/۱۸۰
خطا	۴/۶۴۱	۲۷	۰/۱۷۲	-	-	-

زندگی بیماران مبتلا به کرونا و امیدواری بیماران مبتلا به صرع اثربخش است.

این پژوهش مانند پژوهش قبلی به نوعی به این نتیجه رسید که درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از بیماری سرطان کمک کرده و توانسته است مقاومت آن ها را در مشکلاتشان، که برآمده از بیماری است، بیشتر کند و از این رو، امید به زندگی را افزایش دهد [۲۴]. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران کمک می کند تا یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم، با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانهای به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند [۲۲]. انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد عواملی چون مشاهده،

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، تحمل درماندگی و بهزیستی روانی بیماران سرطانی انجام پذیرفت. نتایج پژوهش نشان داد که پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش مؤلفه های امید به زندگی، شامل تفکر عاملی و تفکر مسیر، تأثیر معنی دار داشته است. این یافته با پژوهش های ذوالفقاری و قوشچیان [۲۴]، مردپور و همکاران [۲۵]، ژو و همکاران [۲۶]، سی و همکاران [۲۷] و محمدپور و همکاران [۲۳] همسو است که به ترتیب نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب کرونا، بهزیستی روان شناختی، سلامت روان و سلامت روان و کیفیت

روان شناختی منجر می‌شود و تنظیم بهتر هیجان‌ها را در پی خواهد داشت. از طرف دیگر، ذهن‌آگاهی با کاهش هیجان‌های منفی، مهارت تنظیم هیجانی را در بیماران سرطانی افزایش می‌دهد. کاهش هیجان‌های منفی ناشی از افزایش پذیرش افراد در خصوص محرک‌های برانگیزاننده آن است. پذیرش باعث برگرداندن توجه فرد به سوی جنبه کمتر ناراحت‌کننده محرک‌های برانگیزاننده هیجان منفی می‌شود. بنابراین، هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد. بیرکینگ و همکاران [۴۲] دریافت‌اند که هیجان‌ها با اجتناب یا با درگیری بیش‌ازحد تنظیم می‌شوند. اجتناب از تجارب کنونی می‌تواند شامل سوگیری انتخابی اطلاعات، تحریف‌های شناختی، ناپایداری هیجانی، انحراف توجه یا عدم درگیری باشد. درگیری بیش‌ازحد نیز دربرگیرنده نشخوار فکری، نگرانی مزمن، وسواس‌ها، امیال قوی یا رفتارهای اجباری است و همین مسئله موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. بنابراین، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیماران سرطانی کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را بهتر مدیریت کنند و بهزیستی روانی آنان افزایش پیدا کند.

از آنجاکه این پژوهش تنها روی افراد مبتلا به سرطان خون تحت درمان مرکز درمان سرطان بیمارستان شهید محلاتی در سال ۱۴۰۳ صورت گرفته، بنابراین حجم نمونه کم است و پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از نتایج این پژوهش در تعمیم نتایج آن به سایر بیماران و مراکز دیگر، به دلیل تفاوت‌های فرهنگی، قومی و اجتماعی، باید احتیاط لازم را در نظر بگیرند. این پژوهش می‌توانست هم‌زمان روی انواع سرطان‌ها انجام شود، اما به دلیل فراهم‌نبودن شرایط و همکاری نکردن بیماران و بیمارستان، تنها به نمونه اشاره شده اکتفا شد. همچنین، هم‌زمانی انجام پژوهش با فرایند درمان بیماران از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که در جمع‌آوری اطلاعات دشواری ایجاد کرد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به کمبود پیشینه اشاره کرد. همچنین، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و محدود بودن به جامعه مذکور از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی اضطراب شرکت‌کنندگان نیز بررسی و در صورت امکان، این متغیر کنترل شود. همچنین، از آنجاکه اغلب بیماران مبتلا به سرطان، هم‌زمان، دچار انواع مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی هستند، پیشنهاد می‌شود محققان بعدی در کنار درمان‌های گروهی، برای کاهش مشکلات جانبی بیماری، از درمان‌های فردی نیز استفاده کنند و آثار آن را گزارش دهند.

نتیجه‌گیری

در کل، یافته‌ها نشان داد مداخله شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی در افزایش تحمل درد و بهزیستی و در نتیجه امید به زندگی مؤثر است که این موضوع موجب کاهش فاجعه‌سازی درد و قریب‌الوقوع بودن مرگ می‌شود. استفاده از درمان شناختی رفتاری

غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل همراه با هوشیاری و در نهایت، رشد امید به زندگی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی می‌شود. وقتی ذهن‌آگاهی افزایش می‌یابد، توانایی برای عقب‌ایستادن و مشاهده کردن حالت‌هایی مثل اضطراب افزایش می‌یابد، در نتیجه، فرد می‌تواند خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، دیگر با حالت‌هایی مثل اضطراب و ترس کنترل نشود، بلکه از اطلاعات برخاسته از این حالت‌ها استفاده کند، با هیجانات همراه باشد و در نتیجه، امید به زندگی خود را ارتقا دهد.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می‌کند بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کند و آن را با زندگی روزمره‌اش بیامیزد و به سبک زندگی‌اش مبدل کند، به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و نارضایتی نجات دهد و امید به زندگی را افزایش دهد. این رویکرد معتقد است که هرکس دوره‌هایی از رنج و درد دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، به رنجی همدلانه تبدیل می‌شود که به احساس شفقت به خود و دیگران منتهی می‌شود، درحالی‌که بدون ذهن‌آگاهی، به صورت هیجان فرسوده‌کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود [۳۵].

نتایج نشان داد آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش تحمل درماندگی بیماران مبتلا به سرطان شده است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات نیلا و همکاران [۳۹] همسو است؛ زیرا نشان دادند برنامه تمرینی ذهن‌آگاهی در افزایش تحمل درماندگی گروه آزمایش مؤثر بوده است [۲۶]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افرادی که تحمل درماندگی کمی دارند، برای رویارویی با شرایط دشوار و تنیدگی‌ها مهارت‌های مقابله‌ای کافی ندارند. بنابراین، به جای مواجهه با این موقعیت‌ها سعی می‌کنند از آن اجتناب کنند تا به آرامش برسند. وقتی فرد تحت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار می‌گیرد، می‌تواند از علل درماندگی و شرایط نامطلوب خود شناخت لازم را به دست آورد و میزان تحمل درماندگی در او افزایش می‌یابد؛ زیرا تمرین‌های موجود در درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهزیستی روانی بیماران سرطانی تأثیر دارد. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های کاکاوند و شیر محمدی [۴۰] و قشقایی، نظیری و فرنام [۴۱] همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افزایش ذهن‌آگاهی به کاهش اجتناب یا درگیری بیش‌ازحد با افکار و هیجان‌های ناراحت‌کننده منجر می‌شود. بنابراین، هیجان‌ها را در حد متعادل نگه می‌دارد. افزایش تجارب هیجانی مثبت با استفاده از تمرین‌های ذهن‌آگاهی به تسکین اضطراب و دیگر استرس‌های

یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی می‌تواند در جهت کاهش درد ادراک‌شده، بهزیستی و افزایش خودکارآمدی درد، درمان اثربخشی باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود افراد متخصص این روش درمانی را در مراکز مختلف بیمارستانی به روان‌شناسان آموزش دهند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل مطالعه مستقل نویسندگان در قالب طرح تحقیقاتی مصوب با شناسه رهگیری (۱۶۲۸۴۵۱۷۵) در دانشگاه علوم پزشکی آزاد واحد تبریز است. نویسندگان مقاله از تمامی مشارکت‌کنندگان مطالعه، مسئولان و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر با کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.440 انجام شده است و نویسندگان متعهد می‌شوند که تمامی ملاحظات اخلاقی مدنظر رعایت و رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات کاملاً حفظ شده است.

سهم نویسندگان

طراحی مسئله و نگارش مقدمه: سعید شریفی رهنمو و آیت اله فتحی؛ روش‌شناسی، جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها: صبا باقری بدلیبو؛ جمع‌آوری داده و تجزیه و تحلیل داده‌ها: وحید یادگاری سرور؛ تنظیم اولیه، جمع‌آوری داده و تنظیم نهایی مقاله: مجید شریفی رهنمو.

حمایت مالی

از این مطالعه حمایت مالی نشده است.

REFERENCES

- Berger E, Dudouet R, Dossus L, Baglietto L, Gelot A, Boutron-Ruault MC, et al. Biological embodiment of educational attainment and future risk of breast cancer: findings from a French prospective cohort. *BMJ Open*. 2025; 6;15(2):e087537. PMID: 39915021 DOI: 10.1136/bmjopen-2024-087537
- Sheehan S, Dowling M, Shewbridge A, Bağçivan G, Kotronoulas G, Erdem S, et al. Digital education in healthcare: A mixed methods evaluation of the advanced breast cancer for nurses (ABC4Nurses) eLearning programme. *Nurse Educ Today*. 2025;146:106533. PMID: 39708403 DOI: 10.1016/j.nedt.2024.106533
- Hsu PY, Liou CF. Impact of patient resourcefulness on cancer patients' pain management and medical opioid use: A cross-sectional study. *Eur J Oncol Nurs*. 2025;74:102771. PMID: 39793192 DOI: 10.1016/j.ejon.2024.102771
- Acquaye AA, Lin L, Vera-Bolanos E, Gilbert MR, Armstrong TS. Hope and mood changes throughout the primary brain tumor illness trajectory. *Neuro Oncol*. 2016;18(1):119-125. PMID: 26109686 DOI: 10.1093/neuonc/nov101
- Cripe LD, Rawl SM, Schmidt KK, Tong Y, Monahan PO, Rand KL. Discussions of life expectancy: moderate relationships between prognosis and anxiety or depression in men with advanced cancer. *J Palliat Med*. 2012;15(1):99-105. PMID: 22268405 DOI: 10.1089/jpm.2011.0249
- Di Bello F, Jannello LM, Baudo A, de Angelis M, Siech C, Tian Z, et al. Life expectancy in high-grade incidental prostate cancer patients versus population-based controls according to treatment type. *The Prostate*. 2025;85(2):191-7. PMID: 39449158 DOI: 10.1002/pros.24816
- Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*. 1991;60(4):570-85. PMID: 2037968 DOI: 10.1037//0022-3514.60.4.570
- Caini S, Gorini G, Del Riccio M, Saieva C, Carreras G, Bonomo P, et al. Upgrading your best chances: postdiagnosis smoking cessation boosts life expectancy of patients with cancer—a systematic review and meta-analysis. *Tob Control*. 2025;6:tc058873. PMID: 39762052 DOI: 10.1136/tc-2024-058873
- Botta L, Dal Maso L, Guzzinati S, Panato C, Gatta G, Trama A, Rugge M, Tagliabue G, Casella C, Caruso B, Michiara M. Changes in life expectancy for cancer patients over time since diagnosis. *Journal of advanced research*. 2019 Nov 1;20:153-9. DOI: 10.1016/j.jare.2019.07.002
- Moulton-Perkins A, Moulton D, Cavanagh K, Jozavi A, Strauss C. Systematic review of mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction via group videoconferencing: Feasibility, acceptability, safety, and efficacy. *J Psychother Integr*. 2022;32(2):110-30. DOI:10.1037/int0000216
- Bergman AL, Christopher MS, Bowen S. Changes in facets of mindfulness predict stress and anger outcomes for police officers. *Mindfulness*. 2016;7(3):851-58. DOI: 10.1007/s12671-016-0522-z
- Bernstein A, Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Moos R. Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: a hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behav Ther*. 2008;40(3):291-301. DOI: 10.1016/j.beth.2008.08.001
- Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull*. 2011;136(4):576. DOI: 10.1037/a0019712
- Onyedibe MCC, Ibeagha PN, Onyishi I. Distress tolerance moderates the relationship between anger experience and elevated blood pressure. *S Afr J Psychol*. 2020;50(1):39-53. DOI: 10.1177/0081246319832540
- Footman K, Roberts B, Tumanov S, McKee M. The comorbidity of hypertension and psychological distress: a study of nine countries in the former Soviet Union. *J Public Health*. 2013;35(4):548-57. PMID: 23480878 DOI: 10.1093/pubmed/fdt019
- Alipour SH, Heidari A. Comparison of perceived stress and failure tolerance between hypertensive patients and normal people in Ahvaz. In: Proceedings of the World Conference on New Horizons in Humanities: Futurology and Empowerment; 2016. [Link]
- Battigalli P, Dufwenberg M, Smith A. Frustration, aggression, and anger in leader-follower games. *Games Econ Behav*. 2019;117:15-26. DOI: 10.1016/j.geb.2019.06.001
- Loya JM, McCauley KL, Chronis-Tuscano A, Chen SZ, Gad A, MacPherson L, et al. An experimental paradigm

- examining the influence of frustration on risk-taking behavior. *Behav Processes*. 2019;**158**:155-62. [PMID: 30366109](#) [DOI: 10.1016/j.beproc.2018.10.013](#)
19. Sarracino, F. Social capital and subjective well-being trends: Comparing 11 Western European countries. *J Socio Econ*. 2010;**39**(4):482-517. [\[Link\]](#)
20. Yamaoka, K. Social capital and health and well-being in East Asia: a population-based study. *J Soc Sci Med*. 2008;**66**(4):885-99. [PMID: 18158206](#) [DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.10.024](#)
21. Ryff CD, Singer BH, Love G. Positive health: Connecting Well-being With Biology. *Phil Trans R Soc Lond*. 2004;**359**: 1383-94. [DOI: 10.1098/rstb.2004.1521](#)
22. Luthans F, Youssef CM. Emerging positive organizational behavior. *J Manage*. 2007; **33**(3):321-39. [DOI: 10.1177/0149206307300814](#)
23. Ryff CD, Keyes CLM, Shmotkin D. Optimal well-being: Empirical encounter of two traditions. *J Pers Soc Psychol*. 2002; **82** (6):1007-1022. [PMID: 12051575](#)
24. Santarnecchi E, Egiziano E, D'Arista S, Gardi C, Romanella SM, Mencarelli L, et al. Mindfulness-based stress reduction training modulates striatal and cerebellar connectivity. *J Neurosci Res*. 2021;**99**(5):1236-52. [PMID: 33634892](#) [DOI: 10.1002/jnr.24798](#)
25. Accoto A, Chiarella SG, Raffone A, Montano A, de Marco A, Mainiero F, et al. Beneficial effects of mindfulness-based stress reduction training on the well-being of a female sample during the first total lockdown due to the COVID-19 pandemic in Italy. *J Environ Res Public Health*. 2021;**18**(11):5512. [PMID: 34063864](#) [DOI: 10.3390/ijerph18115512](#)
26. Bagherzadeh R, Sohrabineghad R, Gharibi T, Mehboodi F, Vahedparast H. Effect of mindfulness-based stress reduction training on revealing sexual function in Iranian women with breast cancer. Sexuality and Disability. *BMC Women's Health*. 2022;**22**(1):552. [PMID: 36575482](#) [DOI: 10.1186/s12905-022-02124-y](#)
27. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford Publ. 2013. [\[Link\]](#)
28. Snyder CR. Conceptualizing, measuring and nurturing hope. *J Counsel Develop*. 1995;**73**(3):355-60. [\[Link\]](#)
29. Afshani S, Jafari Z. The relationship between social capital and hope for the future among students of Yazd University. *Q J Soc Sci*. 2016;**23**(73):93-116 [\[Link\]](#)
30. Ryff CD, Keyes CLM, Shmotkin D. Optimal well-being: Empirical Encounter of two traditions. *J Pers Soc Psych*. 2002;**82**(6):1007-22. [PMID: 12051575](#)
31. Mikaeili Mani F. Investigating the factor structure of the Riff Psychological Well-Being Scale among Urmia University students. *Q J Modern Psychol Res*. 2010;**5**(18):143-165. [\[Link\]](#)
32. Simons JS, Gaher RM. The distress tolerance scale: development and validation of a self-report measure. *Motiv Emot*. 2005;**20**(9):83-102. [DOI:10.1007/s11031-005-7955-3](#)
33. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjaali A, Shafiabadi A. Psychometric properties of the Distress Tolerance Scale (Simmons and Gaher, 2005) in the elderly. *Q J Educ Meas*. 1400;**12**(46):49-64. [DOI: 10.22054/jem.2022.65915.3341](#)
34. Zolfaghari S, Qoshchian S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing coronary anxiety in patients with multiple sclerosis in Semnan. *SPES*. 2020;**6**:84-92. [In Persian] [\[Link\]](#)
35. Amir Varamini N, Mardpour A, Akbari Ebtakar M, Haji Adineh S, Sadati Baradaran M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on the psychological well-being of women affected by COVID-19. Ninth International Conference on Research in Psychology, Counseling and Educational Sciences; 2021. [\[Link\]](#)
36. Zhu JL, Schülke R, Vatansever D, Xi D, Yan J, Zhao H, et al. Mindfulness practice for protecting mental health during the COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry*. 2021;**11**(1):1-11. [DOI: 10.1038/s41398-021-01459-8](#)
37. Si M-Y, Xiao W-J, Pan C, Wang H, Huang Y-M, Lian J, et al. Mindfulness-based online intervention on mental health and quality of life among COVID-19 patients in China: an intervention design. *Infect Dis Poverty*. 2021;**10**(1):69. [PMID: 34001277](#) [DOI: 10.1186/s40249-021-00836-1](#)
38. Mohamadpour S, Shahi M, Tajikzadeh F. The effect of mindfulness-based cognitive therapy on the psychological well-being, hope, and core self-evaluations among epileptic patients. *CPAP*. 2018;**15**: 37-50. [DOI: 10.22070/cpap.2020.2815](#)
39. Nila K, Daniel V, Holt B, Ditzen C. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Ment Health Prev*. 2016;**4**(1):36-41. [DOI:10.1016/j.mhp.2016.01.001](#)
40. Kakavand A. The effect of mindfulness on dysfunctional attitudes and depressive symptoms in elderly women with depressive disorder. *Aging Psychol*. 2016;**2**(2):101-91. [\[Link\]](#)
41. Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life of outpatients with diabetes. *Iran J Diabetes Metab*. 2014;**13**(4) 319-30. [DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.1.103](#)
42. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther*. 2008;**46**(11):1230-7. [DOI: 10.1016/j.brat.2008.08.005](#)