



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود و تصویر بدن در مبتلایان به سرطان پستان در مرکز درمانی کرج

ساناز دارویی: دانشجوی دکتری تخصصی گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

جاوید پیمانی: استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، (\* نویسنده مسئول)، Dr.peymani@yahoo.com

پریسا پیوندی: استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

شیدسا سوداگر: استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان شناختی- رفتاری

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

ترس از عود

تصویر بدن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

**زمینه و هدف:** سرطان یکی از بیماری‌هایی هست که منجر به اختلالات روانی عدیدهای در بیماران این بیماری می‌گردد و بکارگیری روش‌های روان درمانی در این بیماری حائز اهمیت است. لذا هدف اصلی در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود و تصویر بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

**روش کار:** طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان بود که به مراکز درمانی کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها شهر کرج جهت درمان مراجعه داشتند. آزمودنی‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری داوطلبانه در سه گروه ذهن آگاهی، شناختی- رفتاری و کنترل همتاسازی شدند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه روابط چندبعدی خودبدن کیش و همکاران (۱۹۸۶-۱۹۸۷) و ترس از عود سرطان استفاده گردید. برنامه ذهن آگاهی و شناختی- رفتاری به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه و حدود دو ماه به طول انجامید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و آزمون تعقیبی بن‌فرونی با استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود و تصویر بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد. همچنین بین درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود تفاوت وجود دارد و همچنین بین درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن و ادراک بیماری تفاوت وجود ندارد.

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی می‌توان بیان کرد که با استفاده از شیوه‌های درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی، می‌توان ترس از عود و تصویر بدن زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.

**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Darouei S, Peymani J, Peyvandi P, Sodagar S. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Fear of Recurrence and Body Image in Breast Cancer Patients at Karaj Medical Center. Razi J Med Sci. 2023;30(4): 275-287.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 3.0** صورت گرفته است.

## Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Fear of Recurrence and Body Image in Breast Cancer Patients at Karaj Medical Center

**Sanaz Darouei** : PHD Student in the Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

**Javid Peymani** : Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**(\* Corresponding author)** Dr.peymani@yahoo.com

**Parisa Peyvandi** : Assistant professor of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

**Sheyda Sodagar** : Assistant professor of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

### Abstract

**Background & Aims:** Breast cancer is the most common cancer among women all over the world and at the same time, it is one of the most curable. These two characteristics, i.e. the prevalence and curability of this disease, have caused a large number of patients to be treated, have a long life span, and need support after diagnosis, during, and after treatment. Many women suffer from mental complications such as depression and anxiety after learning about this disease, and performing difficult treatments such as surgery and chemotherapy, each of which has specific side effects, aggravates these mental complications. Fear of cancer recurrence is considered a significant concern for breast cancer survivors. It is acknowledged that there is a connection between the fear of cancer recurrence and the states of anxiety and depression. Fear of recurrence is the fear or worry that the cancer will return or progress in the same organ or in another part of the body. Many patients are afraid of relapse and have to live with uncertainty. Fear of cancer recurrence has a functional impact on the lives of cancer survivors and their families. Fear of relapse is associated with lower quality of life and emotional health, higher mental and physical fatigue, and higher depression and anxiety in cancer survivors. In addition, body image is an important element in the quality of life of cancer patients. Today, due to the high and stable prevalence of cancers especially breast cancer in women, and their relationship with mental and social functioning defects effective and timely prevention and intervention programs for this special group of women. It is very important. In order to reduce stress and damage caused by cancer, both preventive strategies and therapeutic strategies are necessary. But so far, most of the investments have been made in the treatment sector. Since many women have breast cancer, clinical treatments are not able to cover all of them, so planners should invest more in prevention so that fewer women are affected by this traumatic problem. Among the other treatment methods that can be effective in improving the psychological symptoms of people with cancer and have received less attention from researchers, especially in Iran, is cognitive therapy based on mindfulness. This type of psychotherapy is derived from cognitive-behavioral treatments and is considered one of the important components of the third wave of psychological treatment models. Mindfulness is a process of having non-judgmental attention to internal and external events as they arise in the moment. Internal events include thoughts, emotions, perceptions, and bodily sensations, and external events include environmental, situational, and interpersonal experiences, mindfulness means moment-to-moment awareness of existing experiences. Many researchers have investigated the effectiveness of cognitive group therapy based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on psychological disorders resulting from cancer or its consequences. Considering the high prevalence of breast cancer among women and its increasing spread in many countries of the world, including Iran, and the stress that this issue causes people suffering from this disease, it is necessary to identify the factors related to it. Few researches have been conducted on the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy on fear of recurrence and body image in patients with breast cancer in Arak, therefore, considering the high prevalence of this disease among women and its

### Keywords

Cognitive-Behavioral Therapy,  
Mindfulness-Based Therapy,  
Fear of Relapse,  
Body Image

Received: 27/04/2023

Published: 11/07/2023

adverse effects. The main question of this study is whether cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy affect the fear of recurrence and body image in women with breast cancer.

**Methods:** The current research design was a quasi-experimental type of unequal control group with pre-test, post-test, and follow-up, which was approved by the code of ethics IR.IAU.K.REC.1402.106 in the Islamic Azad University of Karaj branch. The current research design was a semi-experimental one with pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population of the present study was women with breast cancer who were referred to treatment centers, clinics, and hospitals in Karaj city for treatment. The subjects were selected based on the voluntary sampling method in three groups of 15 people, based on the diagnosis and referral of experts according to the entry and exit criteria, which were randomly selected for the physical division of the subjects of each group into three groups. The statistical population of the present study was women with breast cancer who were referred to treatment centers, clinics, and hospitals in Karaj for treatment. Based on the voluntary sampling method, the subjects were matched in three groups: awareness, cognitive-behavioral, and control. To collect data, Kesh et al.'s (1986-1987) self-body multidimensional relationship questionnaire and fear of cancer recurrence were used. The mindfulness and cognitive-behavioral program lasted for 8 sessions and each session lasted for 90 minutes and about two months. To analyze the data, univariate and multivariate analysis of covariance and Ben-Ferroni post hoc test were used.

**Results:** The results showed that cognitive behavioral therapy and mindfulness-based therapy have an effect on fear of recurrence and body image in women with breast cancer. Also, there is a difference between cognitive behavioral therapy and therapy based on mindfulness of the fear of relapse, and there is no difference between cognitive behavioral therapy and therapy based on mindfulness of body image and disease perception.

**Conclusion:** In general, it can be said that using cognitive-behavioral therapy and mindfulness methods, it is possible to improve the fear of recurrence and the body image of women with breast cancer. The important limitations of the current research include the use of available sampling methods, the unisex nature of the sample, the large number of items in the questionnaires for women with breast cancer, the lack of examination of the type of treatment received, the use of self-reporting tools, and the limitation of the research community to women with breast cancer. According to the results of the research, the researchers should use random sampling methods for sampling, conduct this research on men (for example, men with lung cancer), divide the questionnaires into two or more parts to reduce bias as a result of fatigue and examine the results by treatment type. Acceptance by women with breast cancer and the use of interviews to collect data are suggested. Another suggestion is to conduct this research on women with breast cancer in other cities and even other vulnerable groups such as women with obesity, women with diabetes, etc.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

### Cite this article as:

Darouei S, Peymani J, Peyvandi P, Sodagar S. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Therapy on Fear of Recurrence and Body Image in Breast Cancer Patients at Karaj Medical Center. *Razi J Med Sci.* 2023;30(4): 275-287.

\*This work is published under [CC BY-NC-SA 3.0 licence](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

## مقدمه

سرطان پستان شایعترین سرطان در بین بانوان سراسر دنیا و در عین حال یکی از درمان‌پذیرترین آن‌ها است. این دو مشخصه یعنی شایع بودن و قابل درمان بودن این بیماری باعث شده است که تعداد زیادی از بیماران درمان شده باشند، طول عمر زیاد داشته و نیازمند حمایت‌های پس از تشخیص، حین و پس از درمان باشند (۱). بسیاری از بانوان پس از اطلاع از ابتلا به این بیماری دچار عوارض روحی مانند افسردگی و اضطراب می‌شوند و انجام درمان‌های سخت هم چون عمل جراحی و شیمی درمانی که هر یک با عوارض جانبی خاصی همراه است، این عوارض روحی را تشدید می‌کند (۲). اضطراب ناشی از بیماری و عوارض درمان گاهی تا سال‌ها پس از درمان باقی می‌ماند و باعث کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. به همین دلیل شناخت این عارضه و بررسی راه‌های مقابله با آن در افزایش کیفیت زندگی این بیماران اهمیت زیادی دارد (۳). سرطان توسط بیماران به‌عنوان یک بیماری کشنده، دردناک، وحشتناک و ترسناک تفسیر می‌شود که حضور مرگ را تحقق می‌بخشد و مواجهه با واقعیت مرگ یک پرسش وجودی از خود را به همراه می‌آورد (۴). این پرسش به‌طور مستقیم با تفسیر و ویژگی‌های زیستی روانی اجتماعی فرد مرتبط است و به وضوح توسط تجارب قبلی بیمار و نوع سرطان تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵).

ترس از عود سرطان به‌عنوان یک نگرانی قابل توجه برای بازماندگان از سرطان سینه در نظر گرفته می‌شود. ادعان می‌شود که بین ترس از عود سرطان و حالت‌های اضطراب و افسردگی ارتباط وجود دارد (۶). ترس از عود عبارت از ترس یا نگرانی از این است که سرطان در همان عضو یا در بخش دیگری از بدن باز خواهد گشت یا پیشرفت خواهد کرد (۷). بسیاری از بیماران از عود بیماری می‌ترسند و مجبور هستند با عدم اطمینان زندگی کنند (۸). ترس از پیشرفت یا ترس از عود سرطان یک واکنش عقلانی مناسب به تهدید واقعی سرطان و درمان‌های سرطان می‌باشد. با این حال، سطوح بالای ترس از پیشرفت می‌تواند موجب اختلال عملکرد شود و بر بهزیستی، کیفیت زندگی و عملکرد اجتماعی اثر بگذارد (۹). در یک مطالعه از زنان مبتلابه

سرطان سینه که درمان را کامل کرده‌اند، ۳۹ درصد ترس از عود سرطان را به‌عنوان نگرانی غالب و نزدیک به نیمی از آن‌ها احساس می‌کردند که اکثر نیازهای آن‌ها در مورد پرداختن به این ترس‌ها برآورده نشده‌اند (۱۰). حتی در بازماندگان، هم ترس در مورد سلامتی‌شان ادامه دارد. تقریباً یک سوم بازماندگان از سرطان پستان به‌طور متوسط ده سال از زمان تشخیص نگرانی در مورد عود در آینده، نگرانی از این که علائم جسمانی فعلی آن‌ها ممکن است یک عود را آشکار کند، نگرانی در مورد گسترش نوع دیگری از سرطان یا نگرانی در مورد آزمایش‌های تشخیصی آینده را گزارش می‌کنند (۱۱). ترس از عود سرطان تأثیر عملکردی بر زندگی بازماندگان از سرطان و خانواده‌هایشان دارد. ترس از عود با کیفیت زندگی و سلامت هیجانی پایین‌تر، خستگی روانی و جسمی بالاتر، و افسردگی و اضطراب بالاتر در بازماندگان از سرطان ارتباط دارد (۱۲).

علاوه بر این، تصویر بدنی عنصرهای مهمی در کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌باشد (۱۳). هنوز معنای دقیقی از تصویر بدنی وجود ندارد، بیشتر دیدگاه‌های اخیر که پدیدار شده‌اند در مسیر اصلی ادبیات تصویر بدنی شامل این سازه چند بعدی می‌شود که عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری را در بر می‌گیرد (۱۴). شواهدی در دست است که نشان می‌دهد تصویر بدنی نقش مهمی در عملکرد روانی بیماران مبتلابه سرطان پستان بازی می‌کند (۱۵). به علاوه تحقیقاتی که بر عامل‌هایی که می‌تواند بر تصویر بدنی بیماران مبتلابه سرطان پستان تأثیر گذارد ناکافی است (۱۶). اگرچه بعضی مطالعات شواهد تجربی از نقش آن را در سازگاری بیماران مبتلابه سرطان پستان ارائه کرده، به‌طور عمومی نشان داده شده کسانی که جایگاه بزرگتری را بر وضع ظاهری شان قائل می‌شوند نسبت به سازگاری آسیب‌پذیرتر هستند وقتی که نمای ظاهری در نتیجه درمان سرطان تغییر می‌کند (۱۷).

امروزه با توجه به شیوع زیاد و پایدار سرطان‌ها و مخصوصاً سرطان پستان در زنان و ارتباط آن‌ها با نقص در عملکرد روحی روانی و عملکرد اجتماعی جهت پیشگیری مؤثر و به‌هنگام و برنامه‌های مداخله‌ای برای این گروه ویژه از زنان اهمیت بسیار زیادی دارد (۱۸). جهت کاهش استرس و آسیب ناشی از سرطان هم

بهبود علائم روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان موثر باشد و کمتر مورد توجه پژوهشگران به‌ویژه در داخل ایران قرار گرفته است، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. این نوع از روان‌درمانی، از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق و از مولفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روان‌شناختی به‌شمار می‌رود (۲۲). ذهن آگاهی به‌عنوان یک فرآیند داشتن توجه بدون قضاوت به رویدادهای درونی و بیرونی است که در لحظه به وجود می‌آیند. رویدادهای درونی شامل افکار، هیجانات، ادراکات و حس‌های بدنی و رویدادهای بیرونی شامل تجارب محیطی، موقعیتی و بین‌فردی می‌باشد و ذهن آگاهی به معنای آگاهی لحظه به لحظه از تجربه‌های موجود است. پژوهش‌های زیادی به بررسی اثر بخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری بر اختلال‌های روان‌شناختی منتج به سرطان یا پیامد ناشی از آن پرداخته‌اند (۲۳). شواهد پژوهشی موید تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی-رفتاری بر کاهش عوارض ناشی از بیماری‌های مزمن منجمله سرطان می‌باشد (۲۴). با توجه شیوع بالای ابتلا به سرطان پستان در بین زنان و گسترش روزافزون آن در بسیاری از کشورهای دنیا از جمله ایران و استرسی که این مسئله بر روی افراد مبتلا به این بیماری ایجاد می‌نماید، لذا نیاز است تا عوامل مرتبط با آن را شناسایی و از آنها برای کاهش اثرات این بیماری در افراد استفاده کرد. پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود و تصویر بدن در بیماران مبتلا به سرطان پستان شهر اراک انجام شده، بنابراین، با توجه به شیوع بالای این بیماری در بین زنان و اثرات نامطلوب آن بر روی زندگی مبتلایان در بین این قشر و لزوم شناسایی عوامل موثر بر درمان آن، سوال اصلی این مطالعه این است که آیا درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود و تصویر بدن در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد؟

## روش کار

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع گروه گواه

راهبردهای پیشگیرانه و هم‌راهبردهای درمانی لازم هستند. اما تاکنون بیشتر سرمایه‌گذاری‌ها در بخش درمان صورت گرفته است. از آنجایی که زنان بسیاری دچار سرطان پستان هستند، درمان‌های بالینی قادر نیستند همه‌ی آن‌ها را تحت پوشش قرار دهند، بنابراین برنامه‌ریزان باید سرمایه‌گذاری بیشتری در بخش پیشگیری انجام دهند تا زنان کمتری این مشکل آسیب‌زا را تجربه کنند (۱۹). رفتار درمانی-شناختی یا درمان شناختی-رفتاری، یکی از بزرگ‌ترین دست‌آوردهای علم روان‌شناسی در نیم قرن گذشته است. این روش درمانی چنان مؤثر بوده است که برای توصیف آن از عبارت «انقلاب شناختی» استفاده می‌شود. این نظریه اثربخش‌ترین روش در درمان اختلالات روانی است. هم‌چنین در درمان و کاهش علائم بیماری‌های حاد روانی تأثیر بسیاری دارد. مبانی فلسفی و علمی درمان شناختی رفتاری چنان قدرتمند هستند که باعث می‌شوند این نظریه در میان روش‌های مختلف روان‌شناسی بیشتر از همه پیشرفت کند. حجم و تعداد پژوهش‌ها و آزمایش‌های بالینی و علمی در زمینه رفتار درمانی شناختی به حدی زیاد است که تنها در مؤسسه‌ی بهداشت ملی ایالات متحده آمریکا در طول ده سال گذشته بیش از ده‌هزار تحقیق و آزمایش در زمینه رفتار درمانی شناختی به ثبت رسیده است (۲۰). درمان شناختی-رفتاری برای مشکلات عاطفی بیماران اثربخش می‌باشد و تلفیقی از رویکرد‌های شناختی و رفتاری است که به بیمار کمک می‌کند الگوهای تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را شناسایی و تغییر دهد؛ به نحوی که بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود ایجاد کند. لذا در این درمان، بر فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه‌ی بالینی تأکید می‌شود. از مهمترین اهداف درمان شناختی-رفتاری، تقویت انگیزه‌ی بیمار، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ایجاد تغییر در وابستگی‌ها، تقویت کنترل عواطف دردناک، بهبود عملکرد بین فردی و تقویت مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (۲۱).

از جمله روش‌های درمانی دیگری که می‌تواند بر

نامعادل با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود که با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1402.106 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تصویب رسید. طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به بیماری سرطان پستان بود که به مراکز درمانی کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها شهر کرج جهت درمان مراجعه داشتند. آزمودنی‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری داوطلبانه در سه گروه ۱۵ نفری، بر اساس تشخیص و ارجاع متخصصان با توجه به معیارهای ورود خروج به صورت هدفمند انتخاب شدند که برای تقسیم بدنی آزمودنی‌های مربوط به هر گروه به صورت تصادفی در سه گروه هم‌تاسازی شدند.

ملاک‌های ورود به برنامه مداخله شامل نداشتن سابقه روان‌گسستگی و آشفتگی بنا به تشخیص روانپزشک، میانگین سن بین ۳۰-۴۰ ساله (جوان) و تحصیلات حداقل دیپلم، عدم دریافت دارودرمانی و یا در مان روانشناختی دیگر در زمان تشخیص، اختلال روانپزشکی حاد و همبود دیگری و نیز رضایت و اعلام آمادگی آگاهانه و داوطلبانه جهت شرکت در پژوهش بود. ملاک‌های خروج از برنامه نیز شامل اعتیاد و وابستگی به مواد یا الکل و قرار داشتن در معرض مسمومیت دارویی یا ترک دارو بود. ابزار گردآوری اطلاعات در مطالعه حاضر شامل موارد زیر بود:

**پرسشنامه روابط چندبعدی خود بدن:** این پرسشنامه به منظور ارزیابی تصویر بدنی فرد مورد استفاده قرار می‌گیرد. یک مقیاس خودسنجی ۴۶ سوالی است ۵ گزینه‌ای است که توسط کش و همکاران در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ ساخته شده است. در این پژوهش از فرم تجدیدنظر شده کش (۱۹۹۷) استفاده می‌گردد. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: (۱) ارزیابی وضع ظاهری، (۲) گرایش به ظاهر، (۳) ارزیابی تناسب، (۴) گرایش به تناسب، (۵) دل مشغولی با اضافه وزن، (۶) رضایت از نواحی بدنی. شیوه نمره‌گذاری به صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت (از عدد ۱ برای گزینه کاملاً مخالفم تا ۵ برای گزینه کاملاً موافقم) انجام می‌شود. نمرات این مقیاس در دامنه ۲۳۰-۴۶ قرار می‌گیرد.

**پرسشنامه ی ترس از عود سرطان:** پرسشنامه‌ی ترس از عود سرطان یک ابزار خود گزارشی است که ترس از عود سرطان را در ماه گذشته برر سی می‌کند، این پرسشنامه شامل ۴۲ سؤال است که به صورت لیکرت از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و گزینه‌ی "من باور دارم که درمان شده‌ام و بیماری‌ام برنخواهد گشت" به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود، اطلاعات بالینی معناداری را در مورد ماهیت ترس از عود سرطان و محصول نمرات را برای ۷ خرده مقیاس زیر بدست می‌دهد: راه اندازه‌ها، شدت، آشفتگی، اختلال عملکرد، بینش، اطمینان و مقابله، نمرات هر یک از خرده مقیاس‌ها برای رسیدن به یک نمره‌ی کلی با هم جمع می‌شوند، نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی ترس بیشتر از عود سرطان است. نسخه‌ی اصلی فرانسوی پرسشنامه همسانی درونی بالایی (۰/۷۵) و روایی بازآزمایی (۰/۵۸) را گزارش کرده است.

برنامه ذهن آگاهی در مطالعه حاضر به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه و حدود دو ماه به طول انجامید که خلاصه محتوای برنامه ذهن آگاهی در جدول شماره ۱ ارائه گردید.

برنامه درمان شناختی- رفتاری در مطالعه حاضر به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه و حدود دو ماه به طول انجامید که خلاصه محتوای برنامه در مان شناختی- رفتاری در جدول شماره ۲ ارائه گردید (۲۵). در پژوهش حاضر جهت انجام محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره و همچنین برای مقایسه زوجی میانگین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده گردید. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS۲۲ استفاده شد.

### یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در گروه (درمان شناختی رفتاری)، میانگین و انحراف معیار ترس از عود در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر ۱۴۱/۵۳ و ۹/۸۶، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر ۱۰۳/۶۶ و ۸/۱۹ و در مرحله پیگیری برابر ۱۰۶/۰۶ و ۸/۲۱، میانگین و

### جدول ۱- محتوای برنامه ذهن آگاهی

جلسه	موضوع
اول	هدایت خودکار: وقتی که متوجه هدایت خودکار شویم حضور ذهن پیدا می‌کنیم. حضور ذهن بهترین راه برای خروج از هدایت خودکار است که آگاهی از هر لحظه را به ما می‌آموزد. معطوف کردن توجه به قسمت‌های مختلف بدن هم آسان و هم مشکل به نظر می‌رسد. حضور ذهن: توجه به یک شی خاص به‌طور آگاهانه در زمان حاضر و بدون قضاوت است.
دوم	مقابله با موانع: تمرکز بیشتر بر بدن، نجوای ذهنی را آشکارتر کرده و منجر به کنترل بیشتر واکنش نسبت به وقایع روزانه می‌شود
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس: با آگاهی بیشتر از اینکه ذهن چگونه می‌تواند اغلب مشغول و پراکنده باشد، یاد می‌گیریم که با تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس، امکان متمرکز و یکپارچه بودن بیشتر بر ادراک بیماری و تصویر بدن را فراهم آوریم.
چهارم	ماندن در زمان حال: اکثراً وقتی ذهن می‌خواهد روی موضوعی تمرکز کرده و از موضوعات دیگر اجتناب کند دچار حواس‌پرتی می‌شود. در رویکرد حضور ذهن برای حضور همزمان در زمان حال، فرد باید از زاویه دیگری به وقایع نگاه کند تا دید گسترده و متفاوتی نسبت به آن‌ها داشته باشد
پنجم	پذیرش و اجازه مجوز حضور: ارتباط متفاوت به معنی اجازه حضور به تجربه، دقیقاً همان‌طوری که هست، بدون اینکه در مورد آن قضاوت کنیم یا سعی داشته باشیم که تغییری در آن نسبت به آنچه هست ایجاد کنیم.
ششم	فکرها نه حقایق: خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کند. درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند حتی برای کسی که این اعتقاد را ندارد، معقولانه است
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟ چگونه می‌توانم درک بهتری از بیماری داشته باشم؟
هشتم	استفاده از آموخته‌ها در مقابل خلق منفی: تمرین منظم حضور ذهن به حفظ تعادل در زندگی کمک می‌کند. نیات مثبت تقویت می‌شوند زیرا این تمرینات با دلایل مثبت مراقبت از خود در مقابل بیماری مرتبط است

### جدول ۲- محتوای برنامه شناختی - رفتاری

جلسه	موضوع
اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با همدیگر و ارزیابی تصویر بدن، بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر درمان شناختی رفتاری، امضای رضایت‌نامه جهت مشارکت در پژوهش، اجرای پیش‌آزمون و انتخاب تصادفی اعضای گروه آزمایش و کنترل.
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، اکتشاف انعکاس‌های ظاهری و ذهنی در آینه در خصوص ریزش موها و زخم‌های پستان و نیز آثار جراحی‌های به جا مانده از گذشته.
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ایجاد بازتاب‌های رضایت بخش و کشف عواطف تصویر تن، آموزش آرام سازی و حساسیت‌زدایی نسبت به بیماری، معرفی و شناسایی افکار و تحریفات شناختی و تاثیرات آن بر ادراک بیماری.
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، استقرار تردیدهای منطقی در خصوص بدن آسیب دیده، تاکید درمانگر بر فرضیه‌های ناخوشایند و با چالش کشیدن افکار غیر منطقی از طریق تکنیک بازسازی شناختی و گوش دادن به ندای درون برای درک درست بیماری.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصحیح گفتگوی بدنی خصوصی توسط افکار اصلاحی، ارائه و نمایش نمونه‌هایی از افکار اصلاحی به بیماران و درخواست تمرین و تکرار آن‌ها.
ششم	آشنایی با انواع خودگویی، تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، شکستن رفتارهای خودشکانه در مورد بدن، شکستن ترس از بازگشت بیماری، روبرو کردن بیماران با موقعیت‌های که در حالت عادی از آن اجتناب می‌کنند و نگرانند که در موردشان قضاوت صورت بگیرد.
هفتم	تمرین پاسخ‌های ابراز گرانه، آشنایی با موانع رفتار ابراز گرانه و تمرین گام‌های اجرایی، پرداختن به حقوق بدن، توجه به نکات مثبت بدن، تشویق شدن توسط درمانگر برای هدیه دادن به خود، بحث پیرامون اهداف و برنامه‌های آینده در زندگی بیماران در راستای کسب نگرش جدید نسبت به تصویر تن خودشان بعد از جراحی و شیمی درمانی و ارائه راه‌حلهایی به منظور برطرف کردن موانع.
هشتم	حفاظت از تصویر بدن مثبت تن (جلوگیری از عود مجدد)، بیان گروه از دستاوردهایشان، شرح خلاصه‌ای از مباحث گذشته و جمع بندی مباحث

انحراف معیار تصویر بدن در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر ۱۵۶/۵۳ و ۱۱/۱۳، در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر ۷/۴۶ و ۱۴۳/۱۳، میانگین و انحراف معیار ترس از عود در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر ۶/۸ و ۹۹/۸، میانگین و انحراف معیار پیگیری برابر ۱۰۱/۸۶ و ۶/۷۱، میانگین و انحراف معیار ترس از عود در مرحله‌ی پس‌آزمون برابر ۱۰۲/۸ و ۶/۸۵، میانگین و انحراف معیار پیگیری برابر ۲ (در مان در مان) می‌باشند. همچنین، در گروه ۲ (در مان در مان) میانگین و انحراف معیار ترس از عود در مرحله‌ی پیش‌آزمون برابر ۱۰۲/۸ و ۶/۸۵، میانگین و انحراف معیار پیگیری برابر ۲ (در مان در مان) می‌باشند.

متغیرهای وابسته (ترس از عود و تصویر بدن) در گروه های آزمایشی و گواه نشان می دهد. نتایج یافته های جدول ۴ نشان دهنده همگنی واریانس ها می باشد که با توجه به نتایج جدول فوق ( $p > 0.05$ ) و عدم معناداری آزمون لوین، اجازه استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد. بدین معنی که گروه های آزمایشی و گواه قبل از اعمال مداخله آزمایشی (در مرحله پیش آزمون) از نظر واریانس ها همگن بودند.

یکی دیگر از مفروضات آزمون کوواریانس، وجود همگنی شیب های رگرسیون است. بدین معنی که رابطه بین متغیر وابسته و متغیر تصادفی کمکی باید برای تمام گروه ها یکسان باشد، یعنی که خطوط رگرسیون باید موازی باشند. جهت بررسی همگنی شیب های رگرسیون از آزمون کوواریانس و بررسی تعامل بین عامل گروه ها و پیش آزمون ها استفاده شد. چنانچه تعامل بین این دو متغیر از نظر آماری معنی دار باشد، داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیونی پشتیبانی نمی کنند. به بیان دیگر، چنانچه خطوط رگرسیونی برای گروه ها مشابه باشد، داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیونی پشتیبانی می شود. جدول ۵ همگنی شیب های رگرسیون متغیرهای وابسته (ترس از عود و تصویر بدن) را نشان می دهد. بر اساس جدول ۵، نتایج F گروه × پیش آزمون متغیرهای وابسته نشان می دهد شیب های رگرسیونی پیش آزمون، پس آزمون و

علائم تصویر بدن در مرحله ی پیش آزمون برابر ۱۶۳/۴ و ۱۱/۳۳، در مرحله ی پس آزمون برابر ۱۰۳/۷۳ و ۸/۷۲ و در مرحله پیگیری برابر ۱۰۵/۹۳ و ۸/۳۱ می باشد و نیز، در گروه ۳ (گواه)، میانگین و انحراف معیار ترس از عود در مرحله ی پیش آزمون برابر ۱۴۴/۸۶ و ۸/۹۷، در مرحله ی پس آزمون برابر ۱۴۵/۶ و ۹/۷۱ و در مرحله پیگیری برابر ۱۴۳/۷۳ و ۹/۰۵، میانگین و انحراف معیار علائم تصویر بدن در مرحله ی پیش آزمون برابر ۱۵۸/۷۳ و ۱۲/۴۱، در مرحله ی پس آزمون برابر ۱۵۷/۴۶ و ۱۱/۶۴ و در مرحله پیگیری برابر ۱۵۸/۰۶ و ۱۳/۴۸ می باشد.

ضرایب همبستگی بین پیش آزمون و پس آزمون برای دو متغیر وابسته، به ترتیب برابر ۰/۶۱ و ۰/۶۶ به دست آمدند. با توجه به همبستگی های به دست آمده ( $p < 0.05$ )، مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کواریت ها) وابسته محقق شده است. در این پژوهش، پیش آزمون های متغیرهای وابسته، به عنوان متغیرهای کمکی (کواریت) تلقی شدند. ضرایب همبستگی محاسبه شده در دامنه ای برابر ۰/۰۱ تا ۰/۰۷ ( $p < 0.05$ ) به دست آمد، با توجه به همبستگی به دست آمده، می توان گفت که تقریباً مفروضه همخطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کواریت ها)، تأیید شده است.

جدول ۴- نتایج آزمون همگنی واریانس ها را در

**جدول ۳-** میانگین و انحراف معیار ترس از عود و تصویر بدن در گروه های مطالعه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
ترس از عود	گروه (۱)	۱۴۱/۵۳	۹/۸۶	۱۰۳/۶۶	۸/۱۹	۸/۲۱
	گروه (۲)	۱۴۳/۱۳	۷/۴۶	۹۹/۸	۶/۸	۶/۷۱
	گروه (۳)	۱۴۴/۸۶	۸/۹۷	۱۴۵/۶	۹/۷۱	۹/۰۵
تصویر بدن	گروه (۱)	۱۵۶/۵۳	۱۱/۱۳	۱۰۰/۵۳	۶/۸۵	۶/۲۴
	گروه (۲)	۱۶۳/۴	۱۱/۳۳	۱۰۳/۷۳	۸/۷۲	۸/۳۱
	گروه (۳)	۱۵۸/۷۳	۱۲/۴۱	۱۵۷/۴۶	۱۱/۶۴	۱۳/۴۸

**جدول ۴-** نتایج همگنی واریانس های لوین در متغیرهای وابسته ی پژوهش در مرحله ی پیش آزمون

متغیر	آماره لوین	درجه آزادی بین گروهی	درجه آزادی درون گروهی	سطح معنی داری
ترس از عود	۱/۵۸	۲	۴۲	۰/۲۱
تصویر بدن	۰/۰۷۱	۲	۴۲	۰/۹۳



بدن ( $F=239/48$  و  $P=0/001$ ) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که در متغیرهای وابسته (ترس از عود و تصویر بدن) بین گروه‌های درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود.

برای پاسخ به اینکه دقیقاً مشخص شود که بین کدام یک از گروه‌های سه گانه در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جداول ۸ مشاهده می‌شود. جدول ۸، میانگین تعدیل یافته، خطای معیار، حد پایین و حد بالای متغیرهای پژوهش را در سه گروه آزمایش ۱، ۲ و ۳ مشاهده می‌شود. همانگونه که در جدول ۸ معیار متغیرهای وابسته قابل ملاحظه است.

در جدول ۹، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته متغیر ترس از عود در سه گروه درمان شناختی رفتاری (۱)، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (۲) و گروه گواه (۳) ارائه شده است. همانگونه که در جدول ۹ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ترس از عود برابر  $39/31$  می‌باشد که در سطح

پهگیری در گروه‌های آزمایشی و گواه معنی‌دار نمی‌باشد ( $p>0/05$ ). بنابراین، تعامل شیب‌های رگرسیون متغیرهای ترس از عود و تصویر بدن با گروه معنی‌دار نمی‌باشند و پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون تأیید می‌شود.

برای مقایسه گروه‌های آزمایشی و گواه بر اساس نمره‌های پس‌آزمون‌ها، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، جهت تعیین تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود و تصویر بدن، ابتدا یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت. همان‌طور که در جدول ۶ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) در گروه‌های درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند.

جدول ۷ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود نسبت  $F$  تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای ترس از عود ( $F=350/67$  و  $P=0/001$ ) و علائم تصویر

**جدول ۵- همگنی شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون‌های ترس از عود و تصویر بدن با پس‌آزمون‌های آن‌ها**

متغیر	شاخص‌های آماری	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
گروه × ترس از عود	۹۲/۷۱	۳	۳۰/۹	۱/۳۵	۰/۲۷	
گروه × علائم تصویر بدن	۹۱	۳	۳۰/۳۳	۰/۷۴	۰/۵۳	

**جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی نمره‌های پس‌آزمون ترس از عود و تصویر بدن در گروه‌های مطالعه**

آزمون	ارزش	F	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۱/۰۵۵	۱۴/۱۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۳	۶۸/۱۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳۸/۲۵	۲۲۹/۵۱	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۳۸/۱۶	۴۸۳/۴۱	۰/۰۰۱

**جدول ۷- نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های پس‌آزمون ترس از عود و تصویر بدن**

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	ترس از عود	۱۷۳۹۰/۲۸	۲	۸۶۹۵/۱۴	۳۵۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	تصویر بدن	۳۰۳۵۱/۷۲	۲	۱۵۱۷۵/۸۶	۲۳۹/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲

سه گروه درمان شناختی رفتاری (۱)، گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (۲) و گروه گواه (۳) ارائه شده است. همان گونه که در جدول ۱۰ ملاحظه می شود، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در تصویر بدن برابر ۵۶/۰۶ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در تصویر بدن تفاوت معنی داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه در تصویر بدن برابر ۵۵/۸۴ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که بین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه در تصویر بدن تفاوت معنی داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در تصویر بدن برابر ۰/۱۹ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار نمی باشد. این یافته نشان می دهد که بین گروه

۰/۰۵ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه گواه در ترس از عود تفاوت معنی داری به نفع گروه درمان شناختی رفتاری وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه در ترس از عود برابر ۴۴/۸۱ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که بین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه در ترس از عود تفاوت معنی داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی وجود دارد. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در ترس از عود برابر ۵/۵ می باشد که در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد. این یافته نشان می دهد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در ترس از عود تفاوت معنی داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی وجود دارد. در جدول ۱۰، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین های تعدیل یافته متغیر تصویر بدن در

**جدول ۸-** میانگین تعدیل یافته، خطای معیار، حد پایین و حد بالای متغیرهای پژوهش را در سه گروه آزمایش ۱، آزمایش ۲ و گواه

متغیر	گروه	شاخص های آماری		
		میانگین	خطای معیار	حد پایین حد بالا
ترس از عود	گروه آزمایش ۱	۱۰۵/۰۸	۱/۳۱	۱۰۷/۷۴
	گروه آزمایش ۲	۹۹/۵۸	۱/۳۱	۱۰۲/۲۳
گواه	گواه	۱۴۴/۳۹	۱/۲۹	۱۴۷/۰۲
	گروه آزمایش ۱	۱۰۱/۸۳	۲/۱	۱۰۶/۰۸
تصویر بدن	گروه آزمایش ۲	۱۰۲/۰۲	۲/۰۹	۱۰۶/۲۶
	گواه	۱۵۷/۸۶	۲/۰۷	۱۶۲/۰۶

**جدول ۹-** نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین های تعدیل یافته ترس از عود گروه های آزمایشی و گواه در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه های مورد مقایسه	میانگین های تعدیل یافته	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری
ترس از عود	گروه ۱ - گروه گواه	۱۰۵/۰۸ و ۱۴۴/۳۹	۳۹/۳۱	۱/۸۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۹۹/۵۸ و ۱۴۴/۳۹	۴۴/۸۱	۱/۸۵	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۱۰۵/۰۸ و ۹۹/۵۸	۵/۵	۱/۸۸	۰/۰۱

**جدول ۱۰-** نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین های تعدیل یافته تصویر بدن گروه های آزمایشی و گواه در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه های مورد مقایسه	میانگین های تعدیل یافته	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	سطح معنی داری
تصویر بدن	گروه ۱ - گروه گواه	۱۰۱/۸۳ و ۱۵۷/۸۶	۵۶/۰۳	۲/۹۷	۰/۰۰۱
	گروه ۲ - گروه گواه	۱۰۲/۰۲ و ۱۵۷/۸۶	۵۵/۸۴	۲/۹۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱ - گروه ۲	۱۰۱/۸۳ و ۱۰۲/۰۲	۰/۱۹	۳/۰۱	۱/۰۰

درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در تصویر بدن تفاوت معنی داری وجود ندارد.

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در ترس از عود تفاوت معنی داری به نفع گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی وجود دارد. نتایج حاضر همسو با نتایج مطالعات شرمن (Sherman) و همکاران (۲۰۱۷) (۲۳) و ایدین (Aydin) و همکاران (۲۰۱۷) (۱۱) می باشد. ذهن آگاهی، نوعی آگاهی است که در زمان توجه فرد به تجربیاتش نسبت به موضوع خاصی شکل می گیرد. توجهی که متمرکز بر هدف است توجه به طور آشکار روی جنبه های خاصی از تجربه معطوف می شود و در زمان حال وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می شود آن را به زمان حال باز می گرداند و بدون قضاوت فرایندی که با روح پذیرش نسبت به آنچه رخ داده است، همراه است صورت می گیرد (۶). تمرین ذهن آگاهی، اغلب کار سخت به نظر می رسد (۱۴). تمرینی که در آن فرد مبتلا به سرطان به طور منظم به خود آموزش می دهد تا بدان آنچه در اطرافش رخ می دهد و ناشی از تجارب او ست اطمینان کند. درمان شناختی رفتاری بر روی مولفه های هیجانی و رفتاری تمرکز دارد و به بیمار کمک می کند تا پاسخ هایش به وقایع را تعدیل کند و انطباقی تر عمل نماید (۱۶). در صورتی که در درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد بیمار آموزش داده می شود که به طور همزمان بر هر دو حوزه توجه در هر لحظه بدون قضاوت و رهایی از افکار، باورها و عاداتهای خودکار نامناسب و بهبود ویژگی های مثبت نظیر دانایی، شجاعت، کنترل افکار و هیجانات و خودآگاهی و بالا بردن پاسخ های سازگارانه و کنترل ترس از عود در خویش بپردازند که همین امر سبب کاهش میزان ترس از عود در این دسته از زنان می گردد که این روش نسبت به روش درمان شناختی رفتاری موثرتر می باشد (۱۹). نتایج محقق نشان داد که از بین دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در ترس از عود در مان مبتنی بر ذهن

آگاهی تأثیر بیشتری دارد. یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر این می باشد که بین گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در تصویر بدن تفاوت معنی داری وجود ندارد. این یافته با نتایج مطالعه ایدین (Aydin) و همکاران (۲۰۱۷) (۱۱) در یک راستاست. هر دو روش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری دارای مزایایی هستند که این امر سبب می شود بتوانند نقش موثری در کاهش اثرات روانشناختی ناشی از تغییرات جسمانی که منجر به افکار، نگرش ها، احساسات و باورهای منفی درباره بدن می شود کاهش یابد و سبب افزایش میزان امید به زندگی و نگرش مثبت به تصویر بدنی گردند و بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد (۲۲). از مزایا و نقاط قوت درمان شناختی رفتاری که قدمت بسیار طولانی دارد اصلاح افکار غلط و ناکارآمد در ارتباط با بیماری سرطان و اثرات جسمانی آن می باشد، این روش از طریق تمرین های مبتنی بر کارکردهای اجرایی موثر بر ویژگی های اجرایی و روانشناختی مانند تمرین های توجهی دیداری و شنیداری، آموزش عناصر توجهی، تمرین حفظ و تغییر توجه، شناخت و بهبود حافظه و تمرین عملکردهای اجرایی و نقش آن ها در بهبود ویژگی های روانشناختی سبب کاهش میزان اثرات ناشی از ابتلا به سرطان در بیماران می گردد (۱۲). همچنین درمان مبتنی بر ذهن آگاهی سبب بالا رفتن میزان خودآگاهی، خودکارآمدی، خودشفق توری و خودمختاری، بهبود هیجان های مثبت، معناداری و روابط مثبت با دیگران و ارتقای مشغولیت و تعهد و نقش آن ها در بهبود ویژگی های روانشناختی می گردد. نقاط قوت هر یک از روش های درمانی باعث می شود که هر دو بتوانند میزان تصویر بدنی را در بیماران افزایش دهند (۹). نتایج محقق نشان داد که بین دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در تصویر بدن هر دو روش اثر بخش بوده است و تفاوتی وجود ندارد.

2. Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2021;384(5):440-451.

3. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1998;33(11):676-8.

4. Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(5):259-260.

5. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am*. 2003;38(3):495-508.

6. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs*. 2010;27(3):146-55.

7. Jayakar JP, Alter DA. Music for anxiety reduction in patients undergoing cardiac catheterization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;28:122-130.

8. Zengin S, Kabul S, Al B, Sarcan E, Doğan M, Yildirim C. Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing port catheter placement procedure. *Complement Ther Med*. 2013;21(6):689-96.

9. Yu H, Liu Y, Li S, Ma X. Effects of music on anxiety and pain in children with cerebral palsy receiving acupuncture: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(11):1423-30.

10. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik-Warchulska K. Psychological Resilience as a Protective Factor for the Body Image in Post-Mastectomy Women with Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1181.

11. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res*. 2017;33:164-168.

8. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev*. 2013;34(11):e42-6.

12. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med*. 2019;20(9):1831-1840.

13. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.

14. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep*.

## نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که بین درمان شناختی رفتاری و در مان مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از عود تفاوت وجود دارد و همچنین بین درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر تصویر بدن تفاوت وجود ندارد. لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد که با استفاده از شیوه‌های درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی، می‌توان ترس از عود و تصویر بدن زنان مبتلا به سرطان پستان را بهبود بخشید.

## محدودیت‌ها

از محدودیت‌های مهم پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تک‌جنسیتی بودن نمونه، تعداد زیاد گویه‌های پرسشنامه‌ها برای زنان مبتلا به سرطان پستان، عدم بررسی نوع درمان دریافتی، استفاده ابزارهای خود گزارش‌دهی و محدود شدن جامعه پژوهش به زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده اشاره کرد.

## پیشنهادها

با توجه به نتایج تحقیق به پژوهشگران استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی برای نمونه‌گیری، انجام این پژوهش بر روی مردان (مثلا مردان مبتلا به سرطان ریه)، تقسیم پرسشنامه‌ها به دو یا چند بخش برای کاهش سوگیری در نتیجه خستگی، بررسی نتایج به تفکیک نوع درمان دریافتی توسط زنان مبتلا به سرطان پستان و استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان سایر شهرها و حتی سایر گروه‌های آسیب‌پذیر مثل زنان مبتلا به چاقی، زنان مبتلا به دیابت و غیره است.

## References

1. Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2016;61:137-45.

2012;16(4):325-31.

15. Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns.* 2017;26(6):1173-1178.

16. Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol.* 2020;38(11):1222-1245.

17. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer.* 2019;27(8):3119-3132.

18. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(5):399-403.

19. Johnson JR, Crespino DJ, Griffin KH, Finch MD, Dusek JA. Effects of integrative medicine on pain and anxiety among oncology inpatients. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2014;2014(50):330-7.

20. Bauchner H, Vinci R, Bak S, Pearson C, Corwin MJ. Parents and procedures: a randomized controlled trial. *Pediatrics.* 1996;98(5):861-7.

21. Han L, Li JP, Sit JW, Chung L, Jiao ZY, Ma WG. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in China: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2010;19(7-8):978-87.

22. Chen LC, Wang TF, Shih YN, Wu LJ. Fifteen-minute music intervention reduces pre-radiotherapy anxiety in oncology patients. *Eur J Oncol Nurs.* 2013;17(4):436-41.

23. Sherman KA, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psychooncology.* 2017;26(3):337-345.

24. Yinger OS, Gooding LF. A systematic review of music-based interventions for procedural support. *J Music Ther.* 2015;52(1):1-77.

25. Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. *Arch Dis Child.* 2022;107(2):109-113.