

Effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavioural Therapy (MiCBT) on Body Image and Emotional Regulation in Mastectomy Patients: A Randomized Clinical Trial

Maedeh Rasouli¹, Habibolah Khazaie^{2*}, Yahya Yarahmadi¹

¹Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran

²Sleep Disorders Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

Abstract

Introduction: Women with breast cancer often face many psychological problems after mastectomy, especially difficulties in regulating body image attitudes and emotions, which necessitate therapeutic attention. Consequently, this study was conducted to investigate the effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavioural therapy on emotion regulation difficulties and body image in mastectomy patients.

Materials and Methods: This study was a randomized clinical trial. The population included all patients undergoing mastectomy in Tehran in 2022. Convenience sampling was adopted in selecting 24 patients from three hospitals (Modares, Moheb Yas, and Hazrat Rasool Akram), psychotherapy clinics, and social media. The participants (n=24) were divided into two groups of equal size-one experimental and one control group. The two groups were assessed at three different times: pre-test, post-test, and two-month follow-up. The questionnaires used in this study were the Body Image Scale (BIS, Hopwood et al. 2001) and the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz & Roemer 2003). Statistical analysis was carried out using SPSS-25 software. Frequency, mean, and standard deviation were reported for descriptive statistics, and repeated measures analysis of variance was used for inferential statistics.

Results: Findings showed that MiCBT significantly improves body image and emotion regulation difficulties in mastectomy patients. Significant effect sizes were reported for emotion regulation difficulties ($\eta^2=0.59$, $p \geq 0.01$) and body image ($\eta^2=0.55$, $p \geq 0.01$).

Conclusion: In combination with medications, MiCBT can be used to improve emotional problems and body image in mastectomy patients.

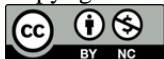
Keywords

Cognitive-Behavioral Therapy, Mindfulness, Body Image, Emotional Regulation, Mastectomy

Received: 2023/03/26
Accepted: 2023/05/28

*Corresponding Author:
hakhazaie@gmail.com

Ethics Approval:
IR.IAU.SDJ.REC.1401.020



Introduction

Breast cancer is one of the four most common cancers and the second cause of mortality among patients (1). Various treatments for breast cancer have been introduced depending on the disease intensity. Mastectomy is one of the treatment options in which the entire breast tissue along with cancer cells are removed (2). After mastectomy, the appearance of the person typically undergoes some changes that might be difficult for the individual to deal with them (3). Emotional difficulties are the other crucial psychological dimension among patients with breast cancer. The patients are usually severely exposed to different emotional difficulties (4).

Mindfulness-integrated cognitive behavioural therapy (MiCBT) has targeted two ways of experiencing physical feelings and negative beliefs as the treatments in explaining psychological disorders in recent years. This approach believes that the essential role in forming mental disorders are dysfunctional thoughts and negative experiences about physical feelings (5). Therefore, the current study has aimed to investigate the efficiency of MiCBT on body image and emotional difficulties among these patients.

Materials and Methods

This study was a randomized, controlled clinical trial with a two-month follow-up period. The population included all the women with breast cancer in Tehran city who had experienced mastectomy surgery in 2022. Twenty-four women entered into the study

based on the inclusion criteria and ethical considerations. These participants were randomly divided into two experimental (12) and control (12) groups.

Body Image Scale (BIS): It is a 10-item questionnaire using a four-point Likert scale, ranging from (never=0) to (very much=3). The maximum and minimum scores for this scale are 0 and 30, respectively. A high score indicates more symptoms and higher distress or worries about body image.

Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS): It is a 36 item self-report questionnaire using a five-point Likert scale ranging from 1 (rarely) to 5 (always). Higher scores indicate greater difficulties in emotion regulation.

Results

The average age for the experimental and control groups was 44.33 and 45.25 years, respectively, according to demographic information in the study. In the experimental group, eight women had undergone surgery for one breast, and four women had experienced surgery for both breasts. Besides, in the control group, five women had undergone surgery for both breasts, and seven women had experienced surgery for one breast. The results revealed no significant difference between the two groups regarding demographic information. Table. 1 illustrates the mean and SD for the study variables in the two experimental and control groups, separately for the pre-test, post-test, and follow-up stages.

Table 1: Mean and SD for the study variables in the two experimental and control groups, separately for the pre-test, post-test, and follow-up stages

Variable	Experimental group			Control group		
	Pre-test	Post-test	Follow-up	Pre-test	Post-test	Follow-up
Body image	2.16±34.75	2.12±33.64	2.10±76.64	2.15±18.90	2.15±13.90	1.15±43.60
Difficulty in emotion regulation	6.93±90.45	5.78±88.54	5.78±95.09	5.92±59.80	7.89±69.33	9.89±04.00

As shown in Table.1, the mean of post-test and follow-up in the experimental group has significantly decreased in body image compared to those of the control group. Moreover, the scores of difficulty in emotion regulation in the post-test and follow-up stages have significantly decreased in comparison with those of the control group. The results of repeated measures ANOVA showed that the between-subject effect size was significant for

difficulty in emotion regulation ($\eta^2=0.59$, $P\geq 0.01$) and body image ($\eta^2=0.55$, $P\geq 0.01$).

Discussion

The current study has aimed to investigate the efficiency of MiCBT on body image and emotional difficulties among mastectomy patients. The results of this study stressed that MiCBT leads to significant recovery from body image problems in the experimental

group. These patients usually avoid looking at their altered bodies after mastectomy because they feel that the natural perfection of their body has been missed and their identity has been disintegrated (6). In this vein, during meditations, they learned to pay attention to their body and slowly guide this attention to the body parts undergoing surgery, to accept their new body image, and deal with treatment compassionately. Meanwhile, meditation was effective in significant recovery from emotional difficulties among patients who had experienced mastectomy surgery. One of the sources of distress among these patients was worry about disease recurrence, as some patients wrongly attributed these symptoms to disease recurrence or new disease development. This misunderstanding exacerbated the physical symptoms, and ultimately, a circle of symptom/distress was formed in which the patients felt powerless when they encountered these symptoms. However, this problem was solved by using two techniques. First, the patients were imaginarily exposed to physical symptoms that resulted in emotional difficulties. Second, they performed these techniques in the real world as an assignment. Further, the other reason for unpleasant emotions was the person's focus on the past unappealing symptoms and thoughts or future worries that produced unpleasant emotions. Nevertheless, the patients learned to focus on the present and real experience, as it exists, by performing meditation exercises in this treatment. Correspondingly, these meditations prevented patients from experiencing emotion in a harmful and unhealthy way.

Conclusion

The prevalence of emotional difficulties and body image problems occur among patients with mastectomy surgery, and MiCBT is efficient for the mentioned dimensions. Therefore, it can be claimed that this treatment can be used for recovery from body image and emotional difficulties among patients with mastectomy surgery. In addition, it prevents the complexity of mental disorders and physical issues among mastectomy patients.

References

1. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet].(ed). World Health Organization, International Agency of Research on Cancer, Lyon, France. 2010.
2. Cody Iii HS. Current surgical management of breast cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2002;14(1):45-52.
3. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *The journal of breast health*. 2016;12(4):145-150.
4. Saeedi-Saedi H, Shahidsales S, Koochak-Pour M, Sabahi E, Moridi I. Evaluation of emotional distress in breast cancer patients. *Iranian journal of cancer prevention*. 2015;8(1):36-41.
5. Cayoun BA. Mindfulness-integrated CBT for well-being and personal growth: Four steps to enhance inner calm, self-confidence and relationships: John Wiley & Sons; 2014.
6. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2006;15(7):579-94.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر تصویر بدن و دشواری در تنظیم هیجان بیماران با جراحی ماستکتومی: یک کارآزمایی بالینی تصادفی

مائده رسولی^۱، حبیب‌الله خزایی^{۲*}، یحیی یاراحمدی^۱

^۱گروه روانشناسی، واحد سنجش، دانشگاه آزاد اسلامی، سنجش، ایران

^۲مرکز تحقیقات اختلالات خواب، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

چکیده

زمینه و هدف: زنان مبتلا به سرطان سینه معمولاً پس از عمل جراحی برداشتن سینه مشکلات روانشناختی متعددی به خصوص از جنبه تصویر بدنی و مشکلات تنظیم هیجان تجربه می‌کنند که نیازمند توجه درمانی است. از این رو، این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی بر مشکلات تنظیم هیجان و تصویر بدنی بیماران با جراحی ماستکتومی انجام گرفت.

روش بررسی: طرح پژوهش یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه بیماران با سابقه‌ی جراحی ماستکتومی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس از سه بیمارستان مدرس، محب یاس و حضرت رسول اکرم، کلینیک‌های روان‌درمانی و فضای مجازی انتخاب شدند. نمونه شامل ۲۴ نفر بودند که شامل دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) می‌شد. بیماران در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره‌ی پیگیری دو ماهه مورد سنجش قرار گرفتند. ابزارها شامل پرسشنامه تصویر بدن هوپ وود و همکاران (۲۰۰۱) و مشکلات تنظیم هیجان گراتز و رومر (۲۰۰۴) بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-25 تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی منجر به بهبود معنادار تصویر بدنی و دشواری در تنظیم هیجان بیماران ماستکتومی می‌شود. اندازه اثر بین‌آزمودنی برای دشواری در تنظیم هیجان ($\eta^2 = 0/59, P \geq 0/01$) و تصویر بدنی ($\eta^2 = 0/55, P \geq 0/01$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: در کنار درمان‌های پزشکی در بیماران با جراحی ماستکتومی می‌توان از درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی برای بهبود مشکلات هیجانی و تصویر بدن این بیماران استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، ذهن آگاهی، تصویر بدنی، دشواری در تنظیم هیجان، ماستکتومی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۱/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۰۷

* نویسنده مسئول:

hakhazaie@gmail.com

مقدمه

سرطان سینه یکی از چهار سرطان شایع در میان سرطاناتها و دومین علت مرگ ناشی از سرطان در بیماران است (۱). این بیماری حدود ۱۰ درصد زنان را مبتلا می‌کند. در ایران سالانه حدود ۸۰۰۰ زن مبتلا به سرطان سینه می‌شوند که از این تعداد حدود ۷۰ درصد آن‌ها در مرحله‌ی پیشرفته‌ی بیماری تشخیص داده می‌شوند (۲). تا به حال درمان‌های مختلفی برای این بیماری تدوین شده است که بستگی به شدت بیماری دارد. یکی از این درمان‌ها جراحی ماستکتومی است که در طی این درمان بافت سرطانی به همراه پستان برداشته می‌شود (۳). پس از این عمل معمولاً ظاهر فرد دچار تغییراتی می‌شود که ممکن است کنار آمدن آن برای فرد دشوار باشد (۴). زیرا پستان در بسیاری از فرهنگ‌ها بخشی از هویت زن است که بیانگر زنانگی، جنسیت و احساس مادرانگی است و با ادراک فرد در مورد از دست دادن این بخش از بدن ممکن است تأثیر منفی بر تصورش از بدنش بگذارد (۵). اهمیت مسأله‌ی تصویر بدن به حدیست که نتایج تحقیقات نشان داده تصویر بدن در بیماری که جراحی ماستکتومی شده می‌تواند بیش از ۵۰ درصد سازگاری روانی او را پیش‌بینی کند. تأثیرات منفی تصویر بدنی در بازماندگان ماستکتومی شامل از دست دادن جذابیت جنسی، بی میلی برای نگاه کردن به ظاهر خود، حس از دست دادن زنانگی خود و ناراضی‌تی از روال درمان است (۶). یکی دیگر از ابعاد روانی مهمی که در در افراد مبتلا به سرطان سینه تحت تأثیر قرار می‌گیرد مشکلات هیجانی است. پس از این درمان معمولاً بیماران به شدت در معرض مشکلات مختلف هیجانی قرار دارند (۷). به گونه‌ای که حدود ۴۰ درصد این بیماران از افسردگی و حدود ۶۰ درصد از نشانه‌های اضطرابی رنج می‌برند (۸). در واقع به دلیل تغییرات بدنی صورت گرفته ناشی از جراحی معمولاً این بیماران باورهای منفی نسبت به تصویر بدنی خود دارند که این باورها با شکل‌گیری مشکلات هیجانی همراه است (۹). همچنین، بیماران مبتلا به

سرطان سینه که جراحی ماستکتومی انجام داده‌اند معمولاً به دلیل حساسیت بالا نسبت به احساسات بدنی در معرض مشکلات هیجانی قرار دارند (۷). از طرف دیگر یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر توانسته این دو مسیر یعنی تجربه احساسات جسمانی و باورهای منفی را در تبیین و درمان مشکلات روانشناختی هدف قرار دهد، درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی کاپون است. این رویکرد چنین فرض می‌کند که آنچه نقش کلیدی در شکل‌گیری مشکلات روانی دارد افکار ناکارآمد و تجربه‌ی منفی در مورد احساسات جسمانی است (۱۰). از این رو مسیر درمانی این رویکرد از طرفی ریشه در درمان شناختی-رفتاری و از طرفی مراقبه‌ی ذهن آگاهانه دارد. به این صورت که درمانگر تلاش می‌کند هم از طریق اصلاح باورهای ناسازگار فرد و هم با استفاده از تکنیک‌های ذهن-آگاهی تجربه‌ی فرد را از احساسات بدنی تغییر دهد. همان‌گونه که در بالا ذکر شد بیماران ماستکتومی معمولاً مشکلات هیجانی بالایی را تجربه می‌کنند، از دیگر سو یکی از عوامل درمانی رویکرد کاپون تنظیم هیجان است که این هدف را با آگاهی از احساسات جسمانی دنبال می‌کند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان دهنده این بوده که در بیماران جسمی مزمن درمان‌های نوین شناختی-رفتاری با ذهن آگاهی کارآمدتر از شناختی-رفتاری صرف هستند (۱۰). از طرف دیگر برخلاف بسیاری رویکردهای درمانی دیگر که با هدف درمان یک اختلال خاص طراحی شده‌اند این رویکرد یک درمان فراتشخیصی است که مشکلات روانشناختی مختلفی را به طور همزمان هدف درمان قرار می‌دهد. با توجه به دلایلی که ذکر شد در این پژوهش از رویکرد درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی برای درمان بیماران با جراحی ماستکتومی استفاده شد. از نظر انتخاب درمان فردی یا گروهی، بسیاری از پژوهشگران توصیه می‌کنند که درمان‌گران به جای درمان‌های فردی از درمان‌های گروهی استفاده کنند. چون در گروه درمانی بیماران در قبال پاسخ‌شان از دیگران بازخورد دریافت می‌کنند و بازخورد می‌دهند. همچنین

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر پس از دریافت کد اخلاق (IR.IAU.SDJ.REC.1401.020) از دانشگاه آزاد واحد سنجش شروع شد. این پژوهش از نظر روش یک کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. آزمودنی‌ها پس‌آزمون را در هفته‌ی هشتم درمان یعنی پس از آخرین جلسه‌ی مداخله تکمیل کردند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، آزمودنی‌ها برای سنجش دوره‌ی پیگیری، هشت هفته پس از آخرین جلسه‌ی درمان دوره‌ی پیگیری را تکمیل کردند. به این صورت که با شرکت‌کنندگان تماس گرفته شد و از آن‌ها درخواست شد که چنانچه تمایل دارند به کلینیک مراجعه کرده و برای بار سوم پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. درمان شامل ۸ جلسه به صورت هفته‌ای یک‌بار بود. درمان به صورت گروهی انجام گرفت. به دلیل ماهیت مطالعه امکان کورسازی وجود نداشت. به گونه‌ای که بیماران نسبت به شرایط گروه خود از نظر دریافت مداخله و درمانگر نسبت به نوع گروه‌ها آگاه بودند. اما تحلیل‌گر آماری نسبت به تخصیص گروه‌ها اطلاعی نداشت. جامعه‌ی آماری شامل کلیه زنان سرطان سینه با سابقه‌ی جراحی ماستکتومی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. پیش از شروع مطالعه حجم نمونه براساس پژوهش‌های قبلی و براساس پیامد عزت نفس محاسبه شد (۱۵) که میزان آن برابر با ۱۸ نفر بود اما با در نظر گرفتن افت آزمودنی‌ها به ۲۴ نفر افزایش یافت. برای حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد (۱۶، ۱۷).

$$n=2 C \times [\sqrt{(SD_1^2 + SD_2^2) / (M_1 - M_2)}]^2 = 2 \times 7.9 [\sqrt{(11.58_1^2 + 14.57_2^2) / (90.13_1 - 69.13_2)}]^2 = 18$$

آن‌ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گروه کنترل (۱۲ نفر) تقسیم شدند. دو گروه به صورت موازی بودند به این صورت که گروه آزمایش در کنار درمان معمول پزشکی خود درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی را دریافت کرد اما گروه کنترل

گروه درمانی منجر به بهبود ابعاد مختلف شناختی و هیجانی در بیماران می‌شود که ممکن است در درمان فردی دستیابی به آن دشوار باشد (۱۱). درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن‌آگاهی رویکردی است که ترکیبی از ذهن‌آگاهی و اصول شناختی-رفتاری است. این درمان شامل مجموعه‌ای از تکنیک‌هاست که برای بهبود تنظیم هیجان، خودکارآمدی و خودآگاهی در حوزه‌های مختلف زندگی شکل گرفته است (۱۰). نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر اثربخشی این درمان بر روی بیماری‌های مختلفی از جمله MS (۱۲)، افسردگی و سوء مصرف مواد بوده است (۱۳). همچنین بررسی نتایج این درمان بر روی بیماران حوزه‌ی سرطان سینه نشان دهنده‌ی اثر بخشی آن بر ادراک درد و خودکارآمدی درد بوده است (۱۴).

باوجود آن‌که نتایج تحقیقات بیانگر اثربخشی این درمان بر روی مشکلات روانشناختی بیماران مزمن و بیماری سرطان سینه بوده است. همچنین با وجود این‌که تحقیقات مختلفی در مورد مشکلات مربوط به تصویر بدن و مشکلات هیجانی در بیماران با جراحی ماستکتومی انجام گرفته است با این حال تا آنجایی که پژوهشگران این مطالعه کاوش کرده‌اند تا به حال مطالعه‌ای به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن-آگاهی بر تصویر بدنی و مشکلات هیجانی بیماران با جراحی ماستکتومی انجام نگرفته است. از این رو مطالعه‌ی حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی بر تصویر بدنی و مشکلات هیجانی در این بیماران انجام گرفته است.

پس از تبلیغ (پخش اطلاعیه) در بیمارستان‌های مدرس، حضرت رسول اکرم، محب یاس تهران، کلینیک‌های روان-درمانی واقع در تهران و شبکه‌های اجتماعی حدود ۳۱ نفر اظهار تمایل به شرکت در پژوهش کردند. ۲۴ نفر براساس معیارهای ورود و ملاحظات اخلاقی وارد پژوهش شدند.

تهران انجام گرفت. فضا به صورتی بود که برای ظرفیت ۱۲ نفر کفایت می‌کرد. جهت عدم تداخل جلسه با بیماران دیگر درمان در یک روز که فقط مختص بیماران پژوهش بود انجام شد. پیش از شروع هر جلسه آزمودنی‌ها تلفن‌های خود را خاموش می‌کردند که در روند درمان تداخلی ایجاد نشود.

ملاک‌های ورود شامل این موارد بود: تمایل به شرکت در پژوهش، انجام عمل ماستکتومی چه برداشتن یک پستان یا هر دو، عدم سوء مصرف مواد مخدر، عدم ابتلا به اختلالاتی که واقع بینی را مختل می‌کرد مانند اختلالات دو قطبی، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات روان‌پریشی. ملاک‌های خروج نیز شامل: داشتن سابقه مشکلات روانپزشکی شدید، دریافت همزمان دارو درمانی یا دیگر مداخلات روان‌درمانی همزمان با پژوهش، داشتن سوء مصرف مواد. شرکت‌کنندگان به‌طور تصادفی در دو گروه درمان و گروه کنترل گمارده شدند. گروه کنترل درمانی را دریافت نمی‌کرد اما گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی را دریافت می‌کرد. در ادامه، گروه درمان ۸ جلسه، هر جلسه به مدت ۲ ساعت گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند (۱۰) که محتوای آن در جدول ۱ گزارش شده است (۱۱).

صرفاً درمان معمول پزشکی را دریافت کرد. این روند از سنجش پیش‌آزمون تا پایان سنجش دوره‌ی پیگیری ادامه یافت. از این‌رو این مطالعه یک پژوهش موازی بود. برای گزینش آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل از روش تصادفی غیر ساده یا محدود استفاده شد. به این صورت که ۱۲ توپ برای گروه آزمایش و ۱۲ توپ برای گروه کنترل مشخص شد و در درون یک ظرف انداخته شدند سپس توپ‌ها به‌طور تصادفی و بدون جایگزین از ظرف خارج شدند و توالی ایجاد شده ثبت شد. همچنین جهت اجرای پنهان‌سازی توالی تصادفی از پاکت‌نامه‌های غیرشفاف مهر و موم شده با توالی تصادفی استفاده شد. آزمودنی‌های هم‌تاسازی شدند به گونه‌ای که بین آن‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری وجود نداشت. دوره‌ی بیمارگیری حدود ۲ ماه به طول انجامید. برای رعایت ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها پیش از شروع پژوهش فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند و تمامی اطلاعات شخصی آن‌ها محرمانه باقی ماند. بیماران آزاد بودند که هر زمان که خواستند درمان را ترک کنند. پس از این‌که نتایج نشان داد که مداخله منجر به بهبود معنادار دشواری در تنظیم هیجان و تصویر بدن می‌شود، همان درمانی را که گروه آزمایش دریافت کرد برای گروه کنترل نیز انجام گرفت. مداخله به صورت حضوری در کلینیک و در شهر

جدول ۱: محتوای جلسات درمان

شماره جلسه	محتوای جلسات
۱	توضیح در مورد جلسات، قوانین درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی
۲	تنفس ذهن آگاهانه، دلیل افکار مزاحم و اصلاح آن‌ها، واریسی بخش به بخش بدن
۳	واریسی بخش به بخش بدن، توضیح در مورد احساسات بدنی، انجام تمارین
۴	تمرین‌های واریسی بدن، توضیح برخی مولفه‌های درمان شناختی-رفتاری مانند مواجهه، مواجهه با احساسات ناخوشایند از طریق مواجهه واقعی یا تصویری
۵	ادامه‌ی تمرین‌های واریسی بدن
۶	ادامه تمرین‌های واریسی بدن، مهارت‌های بین‌فردی، جرات ورزی
۷	توضیح در مورد شفقت به خود، همدلی و مراقبه‌های مرتبط با شفقت به خود
۸	مرور و ارزیابی

مقياس دشواري در تنظيم هيجان^۳

در پژوهش حاضر جهت اندازه‌گيري دشواري در تنظيم هيجان از پرسشنامه دشواري در تنظيم هيجان گراتز و رومر^۴ (۲۰۰۴) استفاده خواهد شد. مقياس دشواري در تنظيم هيجان يك شاخص خود گزارشي است كه توسط گراتز و رومر در سال ۲۰۰۴ و براي ارزيابي دشواري‌هاي موجود در تنظيم هيجاني به شكل جامع تري نسبت به ابزارهاي موجود در اين زمينه ساخته شده است و داراي ۳۶ عبارت مي‌باشد. گراتز و رومر (۲۰۰۴) در پژوهشي بر روي دو نمونه مجزا به بررسي ساختار عملي وجود ۶ عامل عدم پذيرش پاسخ‌هاي هيجاني (پرسش‌هاي: ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواري در انجام رفتار هدفمند (پرسش‌هاي: ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳)، دشواري در كنترل تكانه (پرسش‌هاي: ۳، ۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲)، فقدان آگاهي هيجاني (پرسش‌هاي: ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶)، دسترسي محدود به راهبردهاي نظم بخشي هيجاني (پرسش‌هاي: ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، عدم وضوح هيجاني (پرسش‌هاي: ۱، ۴، ۵، ۷، ۹) و نمره كلي را تأييد نمودند. پاسخ‌ها بر اساس مقياس ۵ درجه‌اي ليكرت از ۱ (به ندرت) تا ۵ (هميشه) نمره گذاري مي‌شوند. سؤالات ۱، ۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۳۴ به صورت معكوس نمره گذاري مي‌شوند. نتايج مربوط به پايابي نشان مي‌دهد كه مقياس كل داراي همساني دروني بالا در سطح ۰/۹۳ بود. همچنين ميزان پايابي به روش آلفاي كرونباخ براي عدم پذيرش پاسخ‌هاي هيجاني، دشواري در انجام رفتار هدفمند، دشواري در كنترل تكانه، فقدان آگاهي هيجاني، دسترسي محدود به راهبردهاي نظم بخشي هيجاني و عدم وضوح هيجاني به ترتيب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ به دست آمد. محاسبه‌ي روايي همگرا نتايج نشان داد كه نمره كلي مقياس با مقياس اجتناب هيجاني همبستگي ۰/۶۰ درصد و با عدم پذيرش پاسخ‌هاي هيجاني، دشواري در انجام رفتار هدفمند،

بعد از اجرائي مداخله شركت‌كنندگان پرسشنامه‌هاي موردنظر را دوباره در قالب پس‌آزمون و دوره پيگيري دوماهه تكميل كردند. در طي مراحل درمان ۱ نفر از گروه درمان و ۲ نفر از گروه كنترل، از پژوهش خارج شدند و در نهايت در گروه درمان ۱۱ نفر و در گروه كنترل نيز ۱۰ نفر باقي ماندند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25 تحليل شدند. براي تحليل داده‌ها از روش تحليل واريانس با اندازه‌گيري مكرر استفاده شد.

ابزار مقياس تصوير بدني^۱

اين مقياس توسط هوپوود^۲ و همكاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شد كه ۱۰ ماده دارد و از يك نمره كلي تشكيل مي‌شود. اين ابزار براي سنجش تصوير بدني بيماران سرطاني طراحي شده و مي‌تواند در مورد هر نوع سرطان و يا درماني کاربرد داشته باشد، كه در يك طيف ليكرتي ۴ رتبه اي (اصلاً = ۰ تا خيلي زياد = ۳) مرتب شده است. حداقل و حداكثر نمره اين ابزار به ترتيب صفر و ۳۰ است، و نمره بالا بيانگر نشانه‌هاي بيشتر و پريشاني يا نگراني‌هاي بالاتر از تصوير بدني مي‌باشد. براي سنجش پايابي آن از روش آلفاي كرونباخ استفاده شد كه ميزان آن ۰/۹۳ گزارش شد. همچنين براي سنجش روايي از روايي تميزي استفاده شد كه توانست دو گروه جراحي ماستكتومي و غيرماستكتومي را تفكيك كند (۱۸). رجيبي و همكاران (۱۳۹۴) به بررسي ويژگي‌هاي روان‌سنجي نسخه فارسي اين مقياس پرداختند، كه يافته‌ها نشان داد مدل يك عملي BIS با دو شاخص اصلاح برانزده جامعه است. همچنين، ضريب آلفاي كرونباخ مقياس برابر با ۰/۷۰ و ضريب روايي واگراي اين مقياس با مقياس عزت نفس روزنبرگ ۰/۲۱- بود كه از لحاظ آماري معنادار بود (۱۹). همچنين ميزان آلفاي كرونباخ در مطالعه‌ي حاضر برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

^۳ Difficulty in Emotion Regulation (DERS)

^۴ Gratz, Roemer

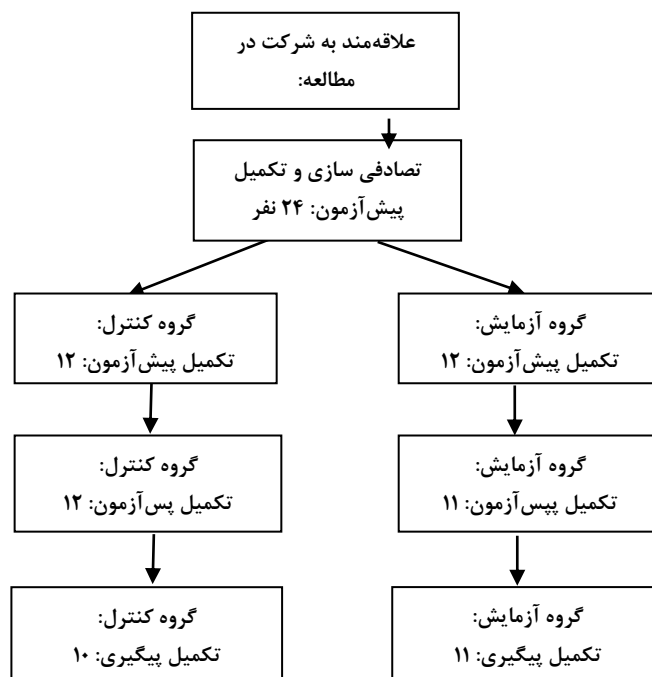
^۱ Body Image Scale (BIS)

^۲ Hopwood

همکاران این مقیاس با استرس همبستگی مثبت و معناداری (۰/۶۴) دارد که نشان دهنده روایی همگرایی این پرسشنامه است. همچنین میزان روایی همگرایی این پرسشنامه با سایر ابزارها برابر با ۰/۵۳، ۰/۵۲، ۰/۵۱، ۰/۴۸، ۰/۴۶، ۰/۴۷ و ۰/۱۷ بود (۲۱). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۳ به دست آمد.

یافته‌ها

نمودار ۱ روند ارزیابی‌های اولیه تا آخرین مرحله، یعنی پیگیری را نشان می‌دهد.



شکل ۱: دیاگرام شرکت کنندگان در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بودند. در گروه آزمایش ۸ نفر جراحی یک پستان، ۴ نفر جراحی دو پستان و در گروه کنترل ۵ نفر جراحی دو پستان و ۷ نفر جراحی یک پستان انجام داده بودند. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت-شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل را به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۳۹، ۰/۴۴، ۰/۴۱، ۰/۳۲، ۰/۵۶ و ۰/۳۸ بود (۲۰). در ایران ضریب پایایی این مقیاس بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش مظاهری و همکاران ۰/۹۰ به دست آمده است. همچنین برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانی و عدم وضوح هیجانی به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۷۱ و ۰/۶۹ به دست آمد. بر اساس نتایج پژوهش مظاهری و

طبق یافته‌های جمعیت شناختی پژوهش، میانگین سن گروه مداخله ۴۴/۳۳ و گروه کنترل ۴۵/۲۵ بود. در گروه مداخله ۲ نفر (۱۶/۶۶) مجرد و ۱۰ نفر (۸۳/۳۳) متاهل و در گروه کنترل ۳ نفر (۲۵/۰۰) مجرد و ۹ نفر (۷۵/۰۰) متاهل بودند. از نظر تحصیلات، در گروه مداخله ۲ نفر (۱۶/۶۰) دیپلم، ۷ نفر (۵۸/۳۰) کارشناسی، ۱ نفر (۸/۳۰) کارشناسی ارشد و ۲ نفر دکتری (۱۶/۶۰) و در گروه کنترل، ۴ نفر (۳۳/۳۰) دیپلم، ۵ نفر (۴۱/۷۰) کارشناسی، ۲ نفر (۱۶/۷) کارشناسی ارشد و ۱ نفر دکتری (۸/۳۰)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه مداخله			گروه کنترل		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تصویر بدن	۲/۳۴±۱۶/۷۵	۲/۷۶±۱۰/۶۴	۲/۱۸±۱۵/۹۰	۲/۱۳±۱۵/۹۰	۱/۴۳±۱۵/۶۰	۱/۴۳±۱۵/۶۰
دشواری در تنظیم هیجان	۶/۹۰±۹۳/۴۵	۵/۸۸±۷۸/۵۴	۵/۹۵±۷۸/۰۹	۵/۵۹±۹۲/۸۰	۷/۶۹±۸۹/۳۳	۹/۰۴±۸۹/۰۰

تنظیم هیجان (Leven statistic=۱/۵۸۱، $P=۰/۲۲۴$) نشان می‌دهد که، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیرهای وابسته در دو گروه مساوی بوده است. نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون بیانگر رعایت این پیش‌فرض برای دشواری در تنظیم هیجان ($F=۱/۰۲$ ، $P=۰/۳۸$) و تصویر بدنی ($F=۱/۲۳$) نیز برای متغیرهای تصویر بدنی ($P=۰/۹۹۶$) و مشکلات تنظیم هیجان ($P=۰/۲۵۵$) معنادار نبود. در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تصویر بدنی و مشکلات تنظیم هیجان ارائه شده است. همان‌گونه که نتایج نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی منجر به بهبود معنادار تصویر بدنی و مشکلات تنظیم هیجان در زنان سرطان سینه که جراحی ماستکتومی کرده‌اند، می‌شود.

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، در گروه مداخله میانگین نمره پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری در تصویر بدنی نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. همچنین نمرات مشکلات تنظیم هیجان در گروه آزمایش در پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای متغیرهای تصویر بدنی (M باکس=۱۱/۶۰، $P=۰/۱۴۴$) و مشکلات تنظیم هیجان (M باکس=۸/۶۱، $P=۰/۳۱۱$) معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس-های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شد. همچنین عدم معناداری متغیرهای وابسته در آزمون لوین، تصویر بدنی ($P=۰/۶۳۰$ ، Leven statistic=۰/۲۳۶) و مشکلات

جدول ۳: تحلیل اندازه‌گیری مکرر نمره‌ی تصویر بدنی و مشکلات تنظیم هیجان در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌ها

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	MS	F	مقدار P-value
تصویر بدنی	اثر درون آزمودنی	۱۰۶/۴۷۳	۲	۵۳/۲۳۷	۹/۵۳۹	۰/۳۳
	اثر تعاملی	۸۵/۰۹۳	۱	۸۵/۰۹۳	۱۵/۲۴۵	۰/۰۰۱
مشکلات تنظیم هیجان	اثر بین آزمودنی	۹۷/۹۷۶	۱	۹۷/۹۷۶	۲۳/۳۳۷	۰/۰۰۱
	اثر درون آزمودنی	۱۲۹۲/۲۵۱	۲	۶۴۶/۱۲۵	۱۰/۹۲۱	۰/۰۰۴
مشکلات تنظیم هیجان	اثر تعاملی	۳۵۰/۲۱۳	۱	۳۵۰/۲۱۳	۷/۵۸۷	۰/۰۰۱
	اثر بین آزمودنی	۷۰۶/۰۵۳	۱	۷۰۶/۰۵۳	۲۷/۹۳۸	۰/۰۰۰

است به این معنا که در مقایسه با گروه کنترل، مداخله در گروه آزمایش منجر به بهبود معناداری هم در تصویر بدنی و هم مشکلات تنظیم هیجان شده است.

همان‌گونه که از نتایج جدول ۳ در بعد اثر بین‌آزمودنی و همچنین مقایسه‌ی میانگین‌ها در جدول ۲ مشهود است بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته

است. در تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر صرفاً مشخص می شود که آیا بین میانگین ها در دو گروه در سطوح مختلف سنجش تفاوت وجود دارد یا خیر. اما نمی تواند مشخص کند که این تفاوت مربوط به کدام مراحل سنجش بوده است. به همین دلیل از مقایسه های دوتایی بین گروه ها استفاده می شود. یعنی تفاوت نمرات در مراحل سنجش را در دو گروه با هم مقایسه می کند. همان گونه که جدول نشان می دهد بین پیش آزمون- پس آزمون و پیش- آزمون- پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان دهنده این است که تا زمانی که درمان صورت گرفته بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از نظر میانگین ها وجود داشته و در واقع مداخله ای که بر روی گروه آزمایش انجام گرفته، باعث این تفاوت شده است. اما بررسی نتایج در پس آزمون- پیگیری نشان داد که تفاوتی بین این دو مرحله در مقایسه ای بین گروه آزمایش و گروه کنترل وجود نداشته است که این از یک سو نشان دهنده حفظ اثر درمان در طول زمان و از سوی دیگر تفاوت بین دو گروه به مداخله ای بر می گردد که بر روی گروه آزمایش اعمال شده است. زیرا با اتمام درمان تفاوتی مشاهده نشده است.

همچنین بررسی مقایسه ای پیامدها در طول زمان در گروه کنترل نشان داد که بین نمرات آزمودنی ها در دشواری در تنظیم هیجان و تصویر بدنی در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت به این معنی که در طول زمان بهبودی که از لحاظ آماری معنادار باشد، برای این گروه حاصل نشده است. در واقع در این گروه از نظر نمرات دشواری در تنظیم هیجان و تصویر بدن بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$).

در صورتی که در گروه آزمایش مقایسه ای پیامدها در طول زمان نشان داد که در هر دو متغیر دشواری تنظیم هیجان و تصویر بدنی بین پیش آزمون نسبت به پس آزمون و پیش آزمون نسبت به پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). اما بین پس آزمون نسبت به دوره پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$). این بدین معناست که تا زمانی که مداخله بر روی بیماران صورت گرفته نمرات آن ها در دشواری در تنظیم هیجان و تصویر بدنی بهبود یافته است و پس از پایان مداخله این بهبودی ثابت مانده و تغییری نکرده است.

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه ای پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری نشان داده شده

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل	تفاوت میانگین	سطح معناداری
دشواری در تنظیم هیجان	پیش آزمون	۹/۶۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۵۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۹/۶۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۰۷	۱/۰۰۰
تصویر بدنی	پیش آزمون	۲/۰۰	۰/۰۴۱
	پیگیری	۳/۱۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۲/۰۰	۰/۰۴۱
	پیگیری	۱/۱۵	۰/۳۸۵
	پیش آزمون	-۳/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۱/۱۵	۰/۳۸۵
	پس آزمون	۳/۱۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۱۵	۰/۳۸۵

بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی بر تصویر ذهنی و مشکلات هیجانی بیماران ماستکتومی انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی منجر به بهبود معناداری مشکلات تصویر بدن در گروه آزمایش می‌شود. این یافته همسو با مطالعاتی پیشین است (۲۲-۲۴). در تبیین این یافته این‌گونه می‌توان گفت که معمولا در بیماران با جراحی ماستکتومی به دلیل جراحی و تغییرات صورت گرفته در ظاهر احساس شرم می‌کنند به گونه‌ای که بسیاری از بیماران حاضر در جلسه از این‌که در موقعیت‌های جمعی ظاهر شوند اجتناب می‌کردند. در صورتی که با شرکت در گروه و ایفای نقش در جمع و بیان افکار و احساساتشان نسبت به حضور دیگران و دریافت بازخورد از آن‌ها دریافتند که آن‌گونه که خودشان گمان می‌کردند دیگران آن‌ها را ارزیابی و قضاوت نمی‌کنند. در این بیماران معمولا به دلیل برداشتن پستان‌ها از نگاه کردن به بدن خود و هر گونه واریسی بدنی اجتناب می‌کردند. زیرا با واریسی احساس می‌کنند که کاملیت بدن خود را از دست داده و هویت خود را از هم پاشیده تلقی می‌کنند (۶). در صورتی که در طی مراقبه آموختند به بدنشان توجه و این توجه را به آرامی به بخش‌های جراحی شده نیز معطوف کنند. در نتیجه‌ی این مراقبه آن‌ها آموختند که بدن خود را همان‌گونه که هست بپذیرند و مورد شفقت قرار دهند. یکی دیگر از ابعاد این درمان بحث پیرامون مفاهیم شناختی در مورد بدن بود. به این صورت که بیماران از بدن خود ناراضی بودند، باورهای منفی در مورد ارزشمندی خود داشتند و حتی از نگاه کردن به بدن خود در آینه اجتناب می‌کردند. زیرا احساس شرم، اضطراب و ترس می‌کردند. در صورتی که در درمان آموختند به صورت تجسمی و تدریجی به بدن خود نگاه کنند. در نتیجه این مواجهه و انجام آن به عنوان تکلیف به تدریج آن‌ها توانستند ادراک روانی مثبتی از بدن خود داشته باشند.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه این بود که درمان شناختی رفتاری یکپارچه با ذهن‌آگاهی منجر به بهبود معنادار مشکلات هیجانی در بیماران با جراحی ماستکتومی می‌شود. این یافته همسو با مطالعاتی است که نتایج آن‌ها نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان‌های روانشناختی بر مشکلات هیجانی بیماران مبتلا به سرطان سینه است (۲۶،۲۵). یکی از مسائلی که متعاقب عمل جراحی بیماران سرطانی نقشی تعیین کننده در پیش‌بینی پریشانی روانی دارد بحث شفقت به خود است. به این معنا که بیماران با جراحی ماستکتومی که شفقت به خود پایینی دارند معمولا پریشانی روانی بیش‌تری را تجربه می‌کنند (۲۷). به همین دلیل یکی از ابعاد اصلی که این درمان بر روی آن متمرکز بود افزایش شفقت بیمار نسبت به خود به خصوص بدن خود بود. این هدف با استفاده از مراقبه‌های ذهن-آگاهانه انجام می‌گرفت به این صورت که بیمار با توجه لحظه به لحظه بر افکار (من بی‌ارزش هستم، جسم من کامل نیست، دیگران من را غیر جذاب قضاوت می‌کنند)، باورها و احساسات منفی (خشم، اضطراب، افسردگی) که منبع بی‌زاری از خود بودند آن‌ها را شناسایی می‌کرد اما این‌بار به جای این‌که به آن‌ها واکنش نشان دهد، یاد می‌گرفت که صرفا آن‌ها را تماشا کند بدون این‌که با آن‌ها درگیر شود. در نتیجه بیمار به این نتیجه می‌رسید که افکار صرفا افکار هستند نه نمود واقعیت بیرونی. آن‌ها منابع قابل اتکالی برای ارزیابی خود نیستند زیرا افکار و احساسات مدام در تغییر هستند و آنچه که ثابت دارد وجود خود فرد است (۲۸،۲۹). یکی دیگر از منابع پریشانی روانی این بیماران نگرانی از عود بیماری بود به این صورت که احساس و تغییر در احساسات بدنی را نشانی از عود بیماری یا ابتلا به یک بیماری جدی جدید تعبیر می‌کردند که این سوء تعبیر منجر به تشدید نشانه‌های جسمانی و در نتیجه یک چرخه‌ای از نشانه-پریشانی شکل می‌گرفت که بیمار از مواجهه با آن‌ها احساس ناتوانی می‌کرد. در صورتی که با استفاده از دو تکنیک این مشکل رفع شد. نخست مواجهه با نشانه‌های بدنی به صورت تجسمی بود

از این رو در تعمیم یافته‌ها به نمونه‌ی بیماران شهرستانی باید احتیاط کرد. بیماران این مطالعه صرفاً شامل بیماران سرطان سینه و زنان بوده‌اند لذا نمی‌توان یافته‌ها را به سایر بیماران مزمن و مردان تعمیم داد. پژوهش حاضر دارای دوره‌ی پیگیری دو ماهه بود از این رو مطالعات آینده بهتر است مدت زمان بیش‌تری را به پیگیری تعلق دهند. بنابراین پژوهش‌های آینده بهتر است به بررسی اثربخشی این درمان بر روی بیماران سرطانی دیگر، با هر دو جنسیت، دوره‌ی پیگیری بیش‌تر و استفاده از ابزارهای عینی دقیق‌تر بپردازند.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع مشکلات هیجانی و مشکلات تصویر بدنی در بیماران با جراحی ماستکتومی همچنین با توجه به کارایی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه با ذهن آگاهی بر ابعاد ذکر شده در این پژوهش، این‌گونه می‌توان گفت که از این درمان می‌توان برای بهبود مشکلات تصویر بدنی و هیجانی بیماران با جراحی ماستکتومی استفاده و از پیچیده‌تر شدن مشکلات روانی و جسمی آن‌ها جلوگیری کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه مقطع دکترای روانشناسی که مصوب دانشگاه آزاد واحد سنجندج بوده استخراج شده است. پژوهشگران این مطالعه ضمن تشکر از تمامی بیماران این مطالعه برای این عزیزان آرزوی سلامتی زود هنگام دارند.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی با یکدیگر ندارند.

که در آن بیمار با نشانه‌هایی که از خفیف شروع و به شدید می‌رسید مواجهه می‌شد. سپس بیماران به عنوان تکلیف آن‌ها را به صورت واقعی و تکلیف در محیط بیرون انجام می‌دادند. همچنین یکی دیگر از دلایل هیجانات ناخوشایند تمرکز فرد بر نشانه‌های ناخوشایند و افکار ناخوشایند گذشته یا نگرانی‌های آینده بود که مولد هیجانات ناخوشایند بودند. در صورتی که در این درمان بیمار با انجام تمرین‌های مراقبه می‌آموخت که تمرکزش را بر زمان حال و تجربه‌ی واقعیت به همان صورتی که هست، بگذارد. از این رو این مراقبه‌ها مانع تجربه‌ی هیجان به صورت آسیب‌زا و ناسالم می‌شود.

با توجه به یافته‌های بالا می‌توان گفت که از وجوه تمایز این مطالعه نسبت به مطالعات دیگر این بود که این درمان این بار روی بیمارانی انجام گرفت که در ارتباط با بدن خود به خصوص در تصویر بدن مشکل داشتند. این درمان نیز یکی از پایه‌های اصلی‌اش پی‌ریزی برای ارتباط سالم فرد با بدن خود به صورت ذهن آگاهانه بود در صورتی که درمان‌های دیگر معمولاً ماهیتی شناختی داشتند که صرفاً روی افکار متمرکز بود. یکی از دغدغه‌های اصلی این بیماران نگرانی است که در مورد تصویر بدنشان دارند در صورتی که بیش‌تر مطالعات صرفاً به بررسی توصیفی آن می‌پردازند اما در این مطالعه به درمان آن توجه شده است. از طرف دیگر در بسیاری از درمان‌ها دوره‌ی پیگیری وجود نداشت که ثبات اثرگذاری درمان را در طول زمان بررسی کند در صورتی که این مطالعه با دوره‌ی پیگیری همراه بود. با وجود یافته‌های بالا پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در تعمیم یافته‌ها باید به آن توجه کرد. نخست این که در این پژوهش از ابزارهای خودگزارشی پرسشنامه-ای برای تعیین اثربخشی استفاده کرده است در صورتی که ابزارهای عینی دقیق‌تر مانند FMRI، MRI و ... برای شناسایی فرایند اثر گذاری درمان می‌تواند مثمر ثمر باشد. با توجه به این که نمونه این مطالعه شامل شهر تهران بود

References

1. Ferlay J, Shin H, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet].(ed). World Health Organization, International Agency of Research on Cancer, Lyon, France. 2010.
2. Akbari ME. Cancer and Emotion; the Scope of Psycho-Socio-Oncology. Briefland; 2010.
3. Cody Iii HS. Current surgical management of breast cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. 2002;14(1):45-52.
4. Koçan S, Gürsoy A. Body image of women with breast cancer after mastectomy: a qualitative research. *The journal of breast health*. 2016;12(4):145-150.
5. Cebeci F, Yangın HB, Tekeli A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(4): 12-21.
6. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2006;15(7):579-94.
7. Saeedi-Saedi H, Shahidsales S, Koochak-Pour M, Sabahi E, Moridi I. Evaluation of emotional distress in breast cancer patients. *Iranian journal of cancer prevention*. 2015;8(1):36-41.
8. Naik H, Leung B, Laskin J, McDonald M, Srikanthan A, Wu J, et al. Emotional distress and psychosocial needs in patients with breast cancer in British Columbia: younger versus older adults. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2020;179:471-7.
9. Lasry J-CM, Margolese RG, Poisson R, Shibata H, Fleischer D, Lafleur D, et al. Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. *Journal of chronic diseases*. 1987;40(6):529-34.
10. Cayoun BA. Mindfulness-integrated CBT for well-being and personal growth: Four steps to enhance inner calm, self-confidence and relationships :John Wiley & Sons; 2014.
11. Pouyanfard S, Mohammadpour M, ParviziFard AA, Sadeghi K. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2020;42:55-63.
12. Fiest KM, Bernstein CN, Walker JR, Graff LA, Hitchon CA, Peschken CA, et al. Systematic review of interventions for depression and anxiety in persons with inflammatory bowel disease. *BMC Research Notes*. 2018;31(3):45-53.
13. Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36-months. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2014;46(3): 281-90.
14. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari A-A. Effectiveness of Mindfulness-Integrated cognitive-behavioral therapy in breast cancer pain management. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2020;13(1):35-45. [persian]
15. Abdollahzadeh H, Kabirinasab Y. The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019;7(28):184-99. [persian]
16. Gupta KK, Attri J, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: critical step for any clinical trials! *Saudi journal of anaesthesia*. 2016;10(3):328-31.
17. Abdolghani Abdollahi M, Firouzkoohi MR. Sample size estimation in clinical trial studies. *journal of diabetes nursing*. 2012;3(4):737-39.
18. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer

- patients. *European journal of cancer*. 2001;37(2):189-97.
19. Rajabi G, Kavehfarsani Z, Fadie Dahcheshmeh H, Jelodari A. Investigating the psychometric properties of the Persian version of the body image scale in breast cancer patients. *Iranian Journal of Breast Diseases*. 2015;8(2):66-74.[persian]
20. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004;26:41-54.
21. Mazaheri M. Psychometric properties of the persian version of the difficulties in emotion regulation scale) DERS-6 & DERS-5-revised (in an Iranian clinical sample. *Iranian journal of psychiatry*. 2015;10(2):115-122.
22. Wenqian Z, CHONG YY, CHIEN WT. Effectiveness of cognitive-based interventions for improving body image of breast cancer patients :A systematic review and meta-analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2023:100213.
23. Linardon J, Gleeson J, Yap K, Murphy K, Brennan L. Meta-analysis of the effects of third-wave behavioural interventions on disordered eating and body image concerns: Implications for eating disorder prevention. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2019;48(1):15-38.
24. Sherman KA, Przewdziecki A, Alcorso J, Kilby CJ, Elder E, Boyages J, et al. Reducing body image-related distress in women with breast cancer using a structured online writing exercise: Results from the my changed body randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(19):1930-40.
25. Esfahani A, Zeinali S, Kiani R. Effect of acceptance and commitment therapy on pain-related anxiety and cognitive emotion regulation in breast cancer patients: A clinical trail. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020;23(2):138-49. [persian]
26. Boyle CC, Stanton AL, Ganz PA, Crespi CM, Bower JE. Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2017;85(4):397-402.
27. Sherman K, Woon S, French J, Elder E. Body image and psychological distress in nipple-sparing mastectomy: the roles of self-compassion and appearance investment. *Psycho-oncology*. 2017;26(3): 337-45.
28. Academic Mindfulness Interest Group M, Academic Mindfulness Interest Group M. Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(4):285-94.
29. Somov PG. Present perfect: a mindfulness approach to letting go of perfectionism and the need for control: New Harbinger Publications; 2010.