مقاله پژوهشی

فصلنامهٔ بیماری‌های پستان ایران، سال نهم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۵

# اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده

**آرزو حیدریان** *: گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
**کیانوش زهراکار**: گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
**فرشاد محسن‌زاده**: گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه**: افزایش میزان نشخوار فکری و کاهش تاب‌آوری از جمله مشکلات روانی است که متعاقب ابتلا به سرطان پستان، توسط زنان تجربه می‌شود. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بوده است.

**روش بررسی**: پژوهش حاضر، یک طرح کارآزمایی تصادفی شده از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود که بر روی ۴۰ زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد. افرادی که شرایط ورود به طرح را داشتند به شکل تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد گمارش شدند. هر دو گروه، پرسشنامه‌های تاب‌آوری و نشخوار فکری را تکمیل کردند. سپس، گروه مداخله به مدت ۸ جلسه دو ساعته، تحت آموزش ذهن‌آگاهی قرار گرفت. پس از اتمام دوره آموزش، برای هر دو گروه مداخله و شاهد، پس‌آزمون اجرا شد. و نتایج با استفاده از آزمون تی مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها**: یافته‌ها حاکی از این است که در هر دو متغیر تاب‌آوری و نشخوار فکری، تفاوت معناداری بین گروه‌های مداخله و شاهد وجود دارد. مقدار t حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه برای تاب‌آوری و نشخوار فکری به ترتیب۵/۲۲ و ۶/۲۱- است که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشند. نتایج، حاکی از اثربخش بودن مداخله است. به عبارتی دیگر، آموزش ذهن‌آگاهی در افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی مؤثر بوده است.

**بحث**: یافته‌ها حاکی از این است که می‌توان آموزش ذهن‌آگاهی را مداخله‌ای موثر برای افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان به حساب آورد. لازم است اثربخشی این مداخله بر سایر متغیرهای روان‌شناختی نیز مورد بررسی قرارگیرد.

**واژه‌های کلیدی**: ذهن آگاهی، نشخوار ذهنی، تاب آوری، سرطان.

* نشانی نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شهید مفتح، نرسیده به انقلاب، پلاک ۴۹، کدپستی ۱۴۹۱۱-۱۵۷۱۹، آرزو حیدریان.
نشانی الکترونیک: Arezuheidarian@yahoo.com

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

## مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های مزمن است که علی‌رغم پیشرفت‌های پزشکی همچنان سبب احساس درماندگی و ترس عمیقی در افراد می‌شود. امروزه، سرطان پستان یکی از مهم‌ترین عوامل تهدیدکننده سلامت زنان به شمار می‌رود (۱). تشخیص بیماری‌های تهدید کننده زندگی مانند سرطان اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد می‌گذارد (۲) و اضطراب و فشار زیادی را بر فرد وارد می‌کند. با ظاهر شدن نشانه‌های بیماری، پاسخ‌های هیجانی همراه آن شروع می‌شود (۳). این پاسخ‌ها شامل افسردگی شدید، غم، عصبانیت، تغییر شخصیت و اضطراب است. علت اصلی پاسخ‌های هیجانی در این بیماری، روبرو کردن افراد با این واقعیت است که چیزهای زیادی وجود دارد که به میزان قابل توجهی در کنترل نیست. این مسئله باور مردم به اینکه روی زندگی خود کنترل زیادی دارند را به چالش می‌کشد بویژه در رابطه با بحران‌ها یا بیماری‌های مزمنی که طول عمر افراد را کاهش می‌دهند شدت بیشتری می‌یابد. در حقیقت، افراد بسیار کمتر از آنچه فکر می‌کنند بر زندگی خود کنترل دارند، اما روبرو شدن آنها با این توهم کنترل می‌تواند بسیار ناراحت‌کننده و اضطراب‌زا باشد (۴). اعتقاد به کشنده بودن بیماری، بی‌پناهی و درماندگی و نشخوار ذهنی مضطربانه، بیماران سرطانی را رنج می‌دهد. یکی از شیوه‌های کمک به آنها در کنار آمدن با این پاسخ‌های هیجانی نامطلوب، و تسکین و تخفیف نشانه‌ها و بالا بردن کیفیت زندگی، توسل به مفاهیم روان‌شناسی مثبت نظیر تاب‌آوری، شادکامی، خوش‌بینی و امید بوده است (۵). تاب‌آوری یکی از مولفه‌های مهمی است که افزایش آن برای کمک به بیماران سرطانی مورد توجه پژوهشگران و متخصصان قرار گرفته است و به معنی پیامدهای مثبت به رغم تجربه ناگواری‌ها و ناملایمات و عملکرد مثبت و موثر در شرایط ناگوار و بهبودی بعد از یک ضربه مهم است (۶). تاب‌آوری یک موضوع روان شناختی است که پاسخ فرد را در ارتباط با موقعیت‌های پرتنش، آسیب‌زا، و مشکل آفرین زندگی همانند سرطان مورد بررسی قرار می‌دهد (۷). بعد اخلاقی افراد تاب‌آور در رویدادها و بحران‌های شکننده، گسترده‌تر می‌شود، احساس هدفمندی بیشتری در زندگی می‌کنند و شفقت و مهربانی‌شان نسبت به گرفتاری‌های دیگران افزایش می‌یابد، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند و سطح استرس آنها کاهش پیدا می‌کند (۸-۱۰). در مقابل، سبک تفکر ناتاب‌آورانه باعث می‌شود فرد به عقاید نادرست و باورهای بنیادین خود در رابطه با دنیا و راهبردهای نامناسب حل مسئله که منجر به هدر دادن انرژی روانی می‌شود وابسته شود (۱۱). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که یکی از عوامل مهم در فعال شدن این باورهای بنیادی، سبک پاسخ نشخواری است بیماران مبتلا به سرطان، پس از بروز علایم اولیه بیماری ممکن است بیماری را به عنوان علت تنبیهی برای خود در نظر بگیرند (۱۲). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دایمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود و طبقه‌ای از افکار اگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می‌شوند (۱۳). نشخوار فکری نیز همانند ناتاب‌آوری می‌تواند موجب افزایش اثرات خُلق منفی روی حل مسئله و انگیزش شود. همچنین، این امر، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار می‌کند و توان حل مسئله آنها را ضعیف می‌کند (۱۴). در این مرحله، فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسولیت خودش در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فجایع مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (۱۵). بررسی‌های منین و همکاران نشان می‌دهد افرادی که نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به طور موثری مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری از ناراحتی‌های روانی را تجربه می‌کنند (۱۶). به همین علت نیاز است که افراد مهارت‌هایی را بیاموزند که هنگام مواجه با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌های سازگارانه‌تری تفکر و به صورت تاب‌آورانه‌تری عمل کنند (۱۷). بیشتر پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که ماهیت افکار هر چقدر هم منفی باشند، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود، بلکه این شیوه واکنش‌دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌ها است که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود (۱۹،۱۸). مدل‌های شناختی بیان می‌کنند که همه تلاش‌های ناموفق در کنترل نشخوارهای فکری در شکل‌گیری و تداوم اختلال، نقش تعیین کننده‌ای دارند (۱۵). در تکنیک ذهن‌آگاهی از توانایی مددجو برای بازسازی شناختی استفاده می‌شود (۲۰). ذهن‌آگاهی از طریق توجه هدفمند، در اینجا و هم‌اکنون، و توجه عاری از

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

قضاوت نسبت به تجارب لحظه به لحظه پدیدار می‌شود. وقتی ذهن در عمل مورد مشاهده قرار می‌گیرد، افکار خود به خود ناپدید می‌شوند (۲۲،۲۱). افراد بر اساس عادت آموخته‌اند که در زندگی و در موقعیت‌های مختلف، بسیاری از تجارب ناخوشایند خود را انکار کنند. در حالی که در ذهن‌آگاهی به آنها آموخته می‌شود که به جای انکار و رد تجارب ناخوشایند، آنها را همان‌طور که هستند بپذیرند و نسبت به خودشان و واکنش‌هایشان به تجارب ناخوشایند، آگاهی داشته باشند (۲۳). بیشاپ و همکاران اعتقاد دارند که ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد که به جای اینکه بخواهند به زور افکار منفی خود را کنترل و یا سرکوب کنند، بپذیرند که افکار و احساسات وجود دارند (۲۴). در یک بررسی مروری نتیجه‌گیری شد که ذهن-آگاهی اثرات مثبت روانی مختلف، از جمله افزایش بهزیستی روانی، کاهش علایم روانی و واکنش‌پذیرش هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار، و سرزندگی و نشاط را به ارمغان می‌آورد (۲۵). اما با وجود اینکه پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان بسیار موفق عمل کرده، اما در ایران پژوهش‌های بسیار کمی اثربخشی این روش را در این دسته از بیماران مورد بررسی قرار داده‌اند. علاوه بر این، نشخوار فکری درباره‌ی عود مجدد بیماری یا مسایل مرتبط با دوره درمان، باعث به وجود آمدن ناراحتی‌های روانی (در کنار مشکلات جسمی و دوره سخت درمان) برای بیماران می‌شود و آنها را در شرایط سخت روانی قرار می‌دهد. با توجه به موارد یاد شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و افزایش تاب‌آوری در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بوده است.

## مواد و روش‌ها

**روش**: این پژوهش از نوع کارآزمایی تصادفی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد و شرکت‌کنندگان در پژوهش با روش گمارش تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند.

**جامعه و نمونه**: جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مراجعه‌کنندگان زن با تشخیص سرطان پستان به یکی از مراکز درمانی تهران بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند انجام گرفت. بیماران پس از معرفی توسط متخصص انکولوژی بیمارستان امام حسین با توجه به هدف پژوهش و اعلام رضایت و پس از یک جلسه مصاحبه بالینی وارد طرح می‌شدند معیارهای ورود عبارت بودند از:

۱. زنانی که مبتلا به سرطان پستان هستند.
۲. دامنه سنی بین ۲۵ تا ۶۵ سال دارند.
۳. داشتن حداقل تحصیلات سیکل
۴. از شروع بیماری تا زمان پژوهش درمان روان‌شناختی دریافت نکرده باشند.
۵. یک یا هر دو پستان تخلیه شده باشد

**معیارهای خروج**

۱. عدم تمایل آزمودنی به ادامه
۲. ناتوانی جسمی به علت دوره‌های درمان

پرسشنامه تاب‌آوری و نشخوار فکری توسط ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به بخش انکولوزی که شرایط ورود به طرح را داشتند تکمیل شد. از این میان ۲۵ نفر شرایط ورود به طرح را نداشتند و ۳۴ نفر نیز تمایلی به شرکت در طرح نداشتند و یک نفر نیز فوت کرد که از مطالعه حذف شدند. ۴۰ بیماری که نمره آنها در نشخوار فکری بالاتر از حد متوسط و در تاب‌آوری پایین‌تر از حد متوسط بود انتخاب شدند بیماران با استفاده از جدول اعداد تصادفی تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری مداخله و شاهد تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه دو ساعته تحت آموزش قرار گرفتند و بر روی گروه شاهد هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در آخرین جلسه، پس‌آزمون از هر دو گروه شاهد و کنترل برگزار شد. هیچ یک از آزمودنی‌ها در طول ۲ هفته آموزش از گروه خارج نشدند و تحلیل آماری بر روی ۴۰ نفر صورت گرفت. با توجه به اینکه میانگین پیش‌آزمون گروه‌های مداخله و شاهد در هر دو متغیر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی تقریباً برابر بود نمرات پیش‌آزمون هر دو گروه از تحلیل کنار گذاشته شد و برای مقایسه میانگین‌ها در پس‌آزمون از آزمون تی مستقل استفاده شد. در این مطالعه مقدار P کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار تلقی گردید.

**ابزار پژوهش:** پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون: این پرسشنامه که دارای ۲۵ سوال است توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است که با استفاده از طیف درجه‌بندی



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

لیکرت (از کاملا نادرست تا همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و هدف آن سنجش میزان تاب‌آوری در افراد مختلف است در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است و رنجبر (۱۳۹۰) نیز پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کرده است. پرسشنامه نشخوار ذهنی- تامل نیز دارای ۲۵ ماده خود-گزارشی است که توسط تراپنل و کامپبل (۱۹۹۹) ساخته شده است. قربانی همسانی درونی این مقیاس را در ایران ۰/۸۴ گزارش کرد و واتسون و هارگیس در آمریکا ۰/۸۰ گزارش کردند. این پرسشنامه گرایش افراد برای استفاده از خودآگاهی تاملی و نشخوار ذهنی را اندازه‌گیری می‌کند این پرسشنامه شامل دو خرده‌مقیاس نشخوار ذهنی (۱۲ ماده) و تامل (۱۲ ماده) است. پاسخ به پرسشنامه با استفاده از طیف لیکرت می‌باشد. برنامه درمان در ۸ جلسه به مدت ۱ ساعت انجام گرفته است. سر فصل‌ها، تکالیف و تمرین‌ها براساس کتاب راهنمای عملی درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است (۲۶).

## یافته‌ها

در جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های شرکت کننده در پژوهش نشان داده شده است.

آزمودنی‌ها، بیماران زن ۳۱ تا ۶۳ ساله بودند. میانگین سنی ۴۶/۷۷ با انحراف معیار ۸/۶۵ بود. تحصیلات (۱۵ نفر سیکل، ۱۵ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم، ۷ نفر لیسانس). ۳۵ نفر متاهل بودند و ۵ نفر مجرد. ۱۹ نفر در مرحله درمان، ۲۰ نفر در مرحله بهبود، ۲۱ نفر متاستاز. همانطوری که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌کنید با توجه به اینکه میانگین پیش‌آزمون گروه‌های مداخله و شاهد در هر دو متغیر تاب‌آوری و نشخوار ذهنی تقریباً برابر است، لذا نمرات پیش‌آزمون از تحلیل کنار گذاشته شد و برای مقایسه میانگین دو گروه در پس‌آزمون از آزمون تی مستقل استفاده شد. نتایج حاصل از اجرای آزمون تی مستقل در جدول زیر نشان داده شده است. جدول شماره ۳ نشان می دهد که فرض برابری واریانس گروه‌های مداخله و شاهد برای متغیر تاب‌آوری برقرار نیست اما برای متغیر نشخوار ذهنی برقرار است. به خاطر این موضوع، درجه آزادی مربوط به متغیر تاب‌آوری تعدیل شده است. یافته‌ها حاکی از این است که در هر دو متغیر وابسته مورد مقایسه، تفاوت معناداری بین گروه‌های مداخله و شاهد وجود دارد. مقدار t حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه ۵/۲۲ و ۶/۲۱- است که در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشند. این نتیجه بدین معناست که مداخله اثربخش بوده است.

**جدول۱: مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش در هر دو گروه**

| گروه | میانگین سنی | تحصیلات | | | | تاهل | | وضعیت درمان | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | سیکل | دیپلم | فوق دیپلم | لیسانس | مجرد | متاهل | در حال درمان | بهبود | متاستاز |
| **مداخله** | ۴۵/۴۰ | ۵ | ۱۰ | ۲ | ۳ | ۴ | ۱۶ | ۹ | ۰ | ۱۱ |
| **شاهد** | ۴۸/۱۰ | ۱۰ | ۵ | ۱ | ۴ | ۱ | ۱۹ | ۶ | ۴ | ۱۰ |

**جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری و نشخوار فکری در واحدهای مورد پژوهش**

| متغیر | گروه | آزمون | میانگین | انحراف معیار | N |
|---|---|---|---|---|---|
| تاب‌آوری | **مداخله** | پیش‌آزمون | ۷۵/۶۵ | ۱۸/۶۵ | ۲۰ |
| | | پس‌آزمون | ۱۰۰/۱۰ | ۸/۵۳ | ۲۰ |
| | **شاهد** | پیش‌آزمون | ۷۴/۵۰ | ۱۹/۲۴ | ۲۰ |
| | | پس‌آزمون | ۷۶/۰۵ | ۱۷/۵۰ | ۲۰ |
| نشخوار ذهنی | **مداخله** | پیش‌آزمون | ۴۲/۲۰ | ۶/۳۷ | ۲۰ |
| | | پس‌آزمون | ۳۱/۸۰ | ۴/۱۸ | ۲۰ |
| | **شاهد** | پیش‌آزمون | ۴۲/۲۵ | ۶/۱۹ | ۲۰ |
| | | پس‌آزمون | ۴۲/۳۰ | ۶/۲۹ | ۲۰ |

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

**جدول ۳: آزمون تی برای مقایسه میانگین دو گروه در متغیرهای تاب‌آوری و نشخوار ذهنی**

| | آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها | | t | درجه آزادی | سطح معنادار ی | تفاوت میانگین‌ها | خطای معیار تفاوت | فاصله اطمینان ۹۹ درصدی اختلاف میانگین‌ها | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | F | معناداری | | | | | | حد پایین | حد بالا |
| تاب‌آوری | ۶/۸۷ | ۰/۰۱۲ | ۵/۵۲ | ۲۷/۵۵ | ۰/۰۰۰ | ۲۴ | ۴/۳۵ | ۱۵/۱۲ | ۳۲/۹۷ |
| نشخوار ذهنی | ۲/۱۱ | ۰/۱۵۴ | -۶/۲۱ | ۳۸ | ۰/۰۰۰ | -۱۰/۵۰ | ۱/۶۹ | -۱۳/۹۲ | -۷/۰۷ |

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. یافته‌ها حاکی از این بود که آموزش ذهن‌آگاهی موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری در بیماران شده است. این یافته‌ها با یافته‌های تیزدل و همکاران (۲۷)، ویلیامز و همکاران (۲۸) ورونزویگ و همکاران (۲۹) همسو است. در تبیین فرضیه اول یعنی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوارفکری بیماران می‌توان عنوان کرد که فشارهای روانی، کاهش عملکردهای جسمی و اجتماعی و همچنین اختلال در عملکرد جنسی و تغییر تصویر ذهنی بدنبال تشخیص سرطان و دوره درمان، فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد. در سال‌های اخیر، روان‌شناسی مثبت‌نگر با شعار توجه به توانمندی‌های انسان به این دسته از افراد توجه ویژه‌ای معطوف کرد و هدف خود را افزایش بهزیستی روانی این افراد قرار داد. در این میان، ذهن‌آگاهی یک عمل خود- توانمندسازی است که آثار مثبتی همچون روشن‌اندیشی، متانت، محبت، خوش‌قلبی و سرسختی روانی در فرد ایجاد می‌کند و بر عواطف مثبت و روش‌های حل مسئله اثر می‌گذارد (۳۰). ذهن‌آگاهی با استفاده از فنونی نظیر آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود، و هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم بنیادین این رویکرد است سبب هشیاری از لحظه حاضر و به تبع آن، کاهش اضطراب و نشخوار ذهنی بیماران می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان با توجه به دوره سختی که در طول روند درمان سپری می‌کنند-که معمولا فرسودگی جسمی و مالی شدیدی برای آنها به دنبال دارد اکثر مواقع، درگیر نشخوار ذهنی بازگشت مجدد بیماری و متاستاز به قسمت‌های دیگر بدن خود هستند. این وضعیت در طول زمان حساسیت و تحریک‌پذیری آنها را بالا می‌برد و توان روانی آنها را در مقابل مسائل روزمره کاهش می‌دهد. علاوه بر این، این شرایط جدید که منجر به از دست رفتن تحرک بدن می‌شود و روی ظاهر، هویت، و اعتماد به نفس بیماران تاثیر می‌گذارد و زمانی که در موقعیت‌های اجتماعی به صورت عمد یا غیرعمد از طرف دیگران نیز تایید می‌شود می‌تواند مشکلات روان‌شناختی و اشتغال مداوم ذهنی برای آنها ایجاد کند (۳۱). بخشی از این نگرانی‌ها برای بسیاری از بیماران غیرقابل اجتناب است، اما نحوه پاسخ‌دهی آنها به این فشارها می‌تواند تغییر کند. یکی از علل اصلی نشخوارهای ذهنی و اضطراب‌ها حرکت ذهن به سمت آینده و پیش‌بینی حوادثی است که احتمال به وقوع پیوستن آنها سبب نگرانی و پریشانی فرد می‌شود. تغییرات حاصل از ناراحتی‌های جسمی، مشکلات زناشویی یا اختلالات جنسی و تغییر در فعالیت‌های روزمره، ترس یا نگرانی از تصویر بدن و بازگشت بیماری و مرگ از جمله علل نشخوارهای فکری بیماران در طول و یا بعد از درمان است. این مسئله را می‌توان با نظریه عدم تحمل ابهام نیز توضیح داد که عنوان می‌کند محدودیت قدرت پیش‌بینی، اساس اضطراب‌ها و نشخوارهای ذهنی است، بویژه برای افرادی که تمایل بیشتری برای کنترل بی‌وقفه رویدادهای احتمالی دارند. ذهن‌آگاهی در پی این است به فرد کمک کند با تمرکز بر حال به جای آینده و با افزایش خود نظارت‌گری، هشیاری نسبت به بدن را افزایش دهد که احتمالا منجر به کاهش قابل توجه علایم روان‌شناختی، از جمله اضطراب و بهبود مراقبت از خود می‌شود. علاوه بر این، تمایل انسان به کنترل شرایط با ظهور بیماری غیرقابل پیش‌بینی مانند سرطان از دست



[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

می‌رود و فرد در تقلای شدیدی برای اتمام زودتر وضعیت رنج‌آوری است که به خاطر بیماری با آن روبرو شده است. این باورهای وسواسی و نشخوارهای فکری می‌توانند زمینه‌ساز اختلالات روانی شوند. وقتی افراد، افکار را به گونه‌ای منفی ارزیابی می‌کنند، در نتیجه ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز، تحمل کاهش می‌یابد و اختلال‌ها بروز می‌کنند (۱۸).

در تبیین فرضیه دوم یعنی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب‌آوری بیماران می‌توان عنوان کرد که کاهش درد و رنج ناشی از بیماری یکی از دغدغه‌های اصلی جامعه در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان است. افزایش تاب‌آوری در این بیماران می‌تواند بخش مهمی از زندگی آنان را تغییر دهد، به نحوی که بیماران با تاب‌آوری بالا خواهند توانست در مقابله با مسائل زندگی خود دقیق‌تر عمل کنند. آموزش ذهن‌آگاهی می تواند با تقویت فرایندهای مقابله‌ی شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان مانند تاب‌آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن، در زمان شروع حملات استرس از فرد در مقابل بدعملکردی خُلقی ناشی از استرس و نشخوار محافظت کند (۳۳،۳۲). نتایج پژوهش آزادی و همکاران نشان می‌دهد افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار، سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند (۳۴). تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان معمولا از سه راهبرد موثر برای مقابله با فرایند بیماری استفاده می‌کنند. اولین راهبرد، جستجوی آنها برای یافتن علت ابتلا به سرطان است. دومین راهبرد، یافتن احساس تسلط و کنترل بر بیماری و جلوگیری از بازگشت آن است. و سومین راهبرد، یافتن برنامه‌ای برای بالابردن اعتمادبه نفس و ارتقای سطح باورها درباره وضعیت خودشان و افزایش تاب‌آوری است (۳۱).

انجام تمرینات ذهن‌آگاهی می‌تواند بعد از مدتی تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان‌شناختی آنها ایجاد کند و با توسعه راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد به بهزیستی روانی آنها کمک کند. افراد یاد می‌گیرند ارزیابی مجدد مثبتی از وقایع ناخوشایندی مانند سرطان داشته باشند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی موثرتری به کار می‌اندازند. زمانی که بخشی از افکار بیمار حول این موضوع می‌چرخد که سبک زندگی خودش باعث ابتلا به سرطان شده، خود را سرزنش می‌کند و توان مقابله‌ای او کاهش می‌یابد. در این شرایط، درمان شناختی ذهن‌آگاهی می‌تواند به این دسته از بیماران کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند تجربه کنند (۳۵). در نتیجه، فرد به تفکرات و احساسات، اجازه ورود و خروج می‌دهد بدون آنکه با آنها درگیر شود (۳۶). افزایش تاب‌آوری و کاهش نشخوارهای فکری باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرات سودمند در کارکرد سیستم ایمنی بدن می‌شود (۳۷).

## نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر حاکی از اثربخش بودن آموزش ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان پستان است. لذا در مراحل مختلف درمان یا پس از آن می‌توان با ارایه این دسته از آموزش‌ها به کاهش نشانگان روانی ناشی از بیماری به بیماران کمک کرد. آموزش فنون ذهن آگاهی و یوگا به عنوان مهارت‌های سازگاری می‌تواند بسیاری از مشکلات بیماران را کاهش دهد و توان آنهارا برای سازگاری با شرایط کنونی خودشان افزایش دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود. مهم‌ترین محدودیت، عدم امکان همسان‌سازی گروه‌های مداخله و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی و مرحله درمان بود که به دلیل کوچک بودن حجم نمونه میسر نبود. همچنین پیشنهاد می‌شود تحقیقات بعدی تمرکز بیشتری بر نقش خانواده بیماران و نگرانی‌ها و نشخوارهای فکری آنها درباره‌ی بیمار با هدف ارتقا میزان تاب‌آوری خانواده در طی دوره درمان بیمار و ارایه آموزش‌هایی به آنها جهت کمک به بهبود شرایط روانی فرد بیمار داشته باشند.

## تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که مراتب قدردانی خود را از بیماران شرکت کننده در این مطالعه و پزشکان بخش انکولوژی بیمارستان امام حسین(ع) ابراز کنند.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

## References


1. Kruk J, Aboul- EneinHy. Psychological stress and the risk of breast cancer: A case-control study. Cancer Detercton and Prevention 2004; 28(6): 399-408.
2. Tavali A. The Role of cancer diagnosis in the quality of life of patients with cancer. Payesh 2008; 6(2): 257-64.
3. LaveeY, mey-dan M. Patterns of change in marital relationships among parents of children with the degree of education in the school of education. Health Soc Work 2003; 28(4):255-63.
4. Carlson LE. Mindfulness for Cancer and Terminal Illness. University of Calgary Department of Psychosocial Resources, Tom Baker Cancer Centre; 2012.
5. Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology: An introduction. American Psychologist 2000; 55: 5-14.
6. Schoon I.Risk and resilience adaptation in changing times. J Marriage Fam 2006; 68: 1383-4.
7. Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, Golshan S, Ganiats TG, Jeste DV. Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older womenJ Psychiatr Res 2008; 43(2):148-54.
8. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder DR, Sood A. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. Clin Breast Cancer 2011; 11(6): 364- 8.
9. Walsh J, Baliant MG, Smolira SJ, David R, Fredericksen, LK, Madsen S. Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attention control. Personality and Individual differences 2009; 46: 94- 9.
10. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. J Psychosom Res 2006; 61(2): 213-9.
11. Reivich K, Shatte A. There silience factor.NewYork: Broad way Books; 2002.
12. Ward AH, Lyubomirsky S, Sousa L, Nolen–Hoeksema S. Can't quite commit: Rumination and uncertainty. Pers Soc Psychol Bull 2003; 29: 96-107.
13. Nolen- Hoeksema S. The role of ruminationin depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptom. J Abnorm Psychol 2000; 109(3): 504-11.
14. Papageorigiou c, wells A. depressive ruminationnature, theory and treatment. New York: wiley; 2004.
15. Belloch A, Morillo C, Luciano JV, Garcia-Soriano G, Cabedo E, Carri A. Dysfunctional Belief Domains Related to obsessive- Compulsive Disorder: A Further Examination of their Dimensionality and Specificity. Span J Psychol 2010; 13(1):376-38.
16. leahy RL. A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract 2007; 9:177-90.
17. Hall D, Pearson J. Resilince giving childernthe skills to bounce back. Ontar io: Reaching out project publishers ; 2003.
18. Mackay M. Handbook of research method in abnormal and clinical psychology. New York: Guilford Press; 2008.
19. Carighead WE G.. Widiger T. A. Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy : wiley; 2003.
20. 20. Richard BA, Dodge k.A.socialmal adjustmuent and problem solvingin school-aged childern :J counclin psychol.1982; 50(2):226-33.
21. Wikipedia. Mindfulness- based cognitive therapy. 2013 September; In Wikipedia, The Free Encyclopedia. Retrieved 09:56, September 18.
22. Kehart DR. Mindfulness and Acceptance in Couple and Family Therapy. New York: Springer; 2012.
23. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. London: Rutledge; 2009.
24. Keye M, Pidgeon AM. An Investigation of the Relationship between Resilience, Mindfulness, and Academic Self-Efficacy.




[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

[ DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]

Open Journal of Social Sciences 2013; 1(6):1-4.

25. RakelD, Luke F, Victor SS, Mary JK. Mindfulness in medicine. EXPLORE March/April 2011; 7(2):124-6.

26. Mohamadkhani P, Khanipour H. Mindfullness based therapy, Tehran, well being and rehabilitation science publication.

27. Teasdale JD, Segal ZV, Williams MG. Mindfulness training and problem for mutation. Clin Psychol Sci Pract 2003; 10(2): 157-16.

28. Williams JM, Duggan DS, Crane C, Fennell MJ. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. J Clin Psychol 2006; 62(2): 201-10.

29. Rosenzweig S, Greeson JM, Reibel DK, Green JS, Jasser SA, Beasley D.Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. J Psychosom Res 2010; 68(1): 29-36.

30. Crowley BJ, Hayslip Jr, HobdyJ. Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. J Adult Dev 2003; 10(4): 237-48.

31. Curtis AJ. Health Psychology. London: Routledge 2000.

32. Garland E, Gaylord S, Park J. The role of mindfulness in positive reappraisal. Explore (NY) 2009; 5:37-44.

33. Maesomian S, shaeiri M, Hashemi, S. The impact of mindfulness- based stress reduction therapy on quality of life in patients with low chronic back pain. Journal of Anesthesia and pain 2014; 4(1): 4-25.

34. Azadi S, Hosini A. The correlation of Social support tolerance and mental health in children of martyrs and war-disabled in universities of Ilamprovince. Journal of war and public health 2011; 3(12):48-58.

35. Amber SE. The role of mindfulness in affective forecasting. A thesis submittedto Kent State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of Arts Manuel December 2009.

36. Babapour J. The relationship of metacognition components and mindfulness to obsessive beliefs among students. J Sch Psychol 2014;1(4):23-38.

37. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, Urbanowski F, Harrington A, Bonus K, Sheridan JF. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. Psychosom Med 2003;65(4): 564-70.

۳۸. محمدخانی پروانه، خانی‌پور حمید. درمان مبتنی بر حضور ذهن. تهران. انتشارات علوم بهزیستی و توانبخشی ۱۳۹۱.

[ Downloaded from ijbd.ir on 2026-11-01 ]

DOR: 20.1001.1.17359406.1395.9.2.5.9 ]