رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱، شماره پیاپی ۷۰، فروردین ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(1), 2022

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- وجودی و گروه‌درمانی شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان

Comparison of the Effectiveness of Existential–Cognitive Group Therapy and Mindfulness–Based Existential– Cognitive on Demoralization and Experience of Pleasure in Women with Breast Cancer

سارا رشتی (نویسنده مسئول)
دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
دکتر ایران داودی
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
دکتر سودابه بساک نژاد
استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.
دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند
استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

Sara Rashti*
PhD of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
sararashti59@gmail.com
Dr. Iran Davoudi
Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Dr. Sodabe Basak Nezhad
Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Dr. Mahnaz Mehrabi Zadeh Honarmand
Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- وجودی و درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز درمان سرطان شهرستان دزفول بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند که با توجه به معیارهای ورود، ۴۵ نفر به عنوان نمونه، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی-وجودی، درمان شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و گواه گمارده شدند. برای گرداوری داده‌ها از مقیاس نشانگان افت روحیه (DS) (کیسان و همکاران، ۲۰۰۴) و مقیاس تجربه زمانی لذت (TEPS) (گارد و همکاران، ۲۰۰۶) استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان دادکه بین نشانگان افت روحیه و تجربه لذت در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به میزان بیشتری باعث کاهش افت روحیه بازملندگان سرطان پستان و افزایش تجربه لذت در این افراد می‌شود (P<۰/۰۰۱). در نتیجه می‌توان با اضافه کردن تمرینات ذهن‌آگاهی به درمان شناختی- وجودی،به میزان بیشتری نشانگان افت روحیه را کاهش و تجربه لذت را افزایش داد.

واژه‌های کلیدی: *درمان شناختی-وجودی، درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشانگان افت روحیه، تجربه لذت، سرطان پستان.*

Abstract

This study was conducted to compare the effectiveness of cognitive- existential and mind- based cognitive-existential therapy on the fear of cancer recurrence and its components in women with breast cancer. The method of the present study is quasi-experimental and pretest-posttest with a control group. The statistical population of this study included all women with breast cancer referred to Dezful Cancer Treatment Center who were selected by the available sampling method. according to the inclusion criteria, 45 people were selected as a sample and randomly divided into three groups existential-cognitive group therapy, mindfulness-based existential-cognitive group therapy, and a control group was assigned. Used to collect data Demoralization Scale (Kissane et al., 2004) and Temporal Experience of Pleasure Scale (Gard et al., 2006). The results of the multivariate analysis of covariance showed that there was a statistically significant difference between demoralization and pleasure experience in the experimental and control groups (P<0.001). Also, the results of the Bonferroni test showed that mindfulness–based existential-cognitive therapy further reduces the Demoralization in breast cancer survivors and increases the experience of pleasure in these people (P<0.001). As a result, by adding mindfulness exercises to existential-cognitive therapy, Demoralization can be further reduced and the Experience of Pleasure can be increased.

Keywords: *existential-cognitive therapy, mindfulness–based existential-cognitive therapy, demoralization, experience of pleasure, breast cance*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : تیر ۱۴۰۰** **پذیرش: مهر ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

مقدمه

سرطان[1] یک بیماری پیچیده ژنتیکی، اپی ژنتیکی و محیطی و دارای تنوع فراوانی در سطوح بافتی و سلولی است و اصطلاحی کلی برای توصیف گروه بزرگی از بیماری‌ها است که با رشد کنترل نشده سلول‌های بدن و تهاجم به بافت‌های موضعی و متاستاز سیستماتیک مشخص می‌گردد. سرطان دومین علت مرگ و میر در سطح جهان است و باعث مرگ ۹/۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۸ بوده و تقریباً ۷۰ درصد مرگ و میرهای ناشی از آن در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط رخ می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی[2]، ۲۰۱۸). از انواع شایع آن، سرطان پستان[3] می‌باشد که متداول‌ترین نئوپلاسم بدخیم در بین زنان است. علت اصلی ابتلا به سرطان پستان مشخص نیست و در ۷۰ درصد از زنان مبتلا، عامل بیماری‌زایی شناخته نشده است. ترکیبی از عوامل هورمونی، ژنتیکی و احتمالا عوامل محیطی می‌تواند خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش دهد (ایزاک، یان و جان[4]، ۲۰۱۳). ولی در اکثر بیماریهای مزمن از جمله سرطان، از ابعاد روان شناختی آن چشم‌پوشی می‌شود و این در حالی است که بیشتر این بیماران با مشکلات روان‌شناختی، که از بیماری‌های مزمن و درمان‌های آن‌ها ناشی می‌شوند، روبرو هستند (یونگ[5] و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از مشکلات رایج بیماران مبتلا به سرطان که در مراکز درمانی مشاهده می‌شود نشانگان افت روحیه است (ساریزاده، مظفری و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷). کیسان[6] و همکاران (۲۰۰۴) نشانگان افت‌روحیه را به عنوان تشخیص روانپزشکی آزردگی و رنج وجودی توصیف کردند. لذا این گونه می‌توان درنظر گرفت که هسته مرکزی نشانگان افت روحیه، شناخت‌هایی از درماندگی و احساس شکست فردی ناشی از حس گیرافتادن در یک موقعیت بوده و با وضعیت هیجانی ناامیدی، فقدان معنا و هدف همراه است (رابینسون، کیسان، بروکر و بورنی[7]، ۲۰۱۶). در نتیجه می‌توان گفت نقطه آغازین تجربه نشانگان افت روحیه، احساس بی کفایتی و خود ناکارآمدی در مواجهه با وضعیت ناتوان‌کننده‌ای است که به پرسش‌های بنیادینی ختم می‌شود که در صورت ناتوانی فرد در معنا بخشیدن و پاسخ دهی مؤثر به آن‌ها می‌تواند به نقطه پایانی یعنی افت روحیه ختم شود (مرسا، بهمنی و برکتی، ۱۳۹۸) بنابراین اختلال در فرایند معنایابی مشخصه اصلی نشانگان افت روحیه است در نتیجه می‌توان گفت نشانگان افت روحیه یکی از مظاهر آزردگی وجودی است (کیسان، ماج و سارتریوس[8]، ۲۰۱۱). هم‌چنین این بیماران در طول درمان اغلب ترس‌ها و مسائل روان‌شناختی و اجتماعی مشترکی را تجربه می‌کنند که به اصطلاح آن‌ها را 6Ds (ترس از مرگ، ترس از وابستگی به خانواده، همسر یا پزشک، ترس از بدشکلی یا تغییر در ظاهر که منجر به فقدان یا کاهش عملکرد جنسی فرد می‌شود، ناتوانی مزمن که منجر به تداخل در فعالیت‌های مربوط به خانه ، محیط کار و اوقات فراغت می‌شود، قطع روابط بین فردی و در آخر ناراحتی یا درد[9]) می‌نامند (تاپا، راوال و بیستا[10]، ۲۰۱۰). تجربه چنین شرایطی می‌تواند به مرور باعث کاهش خلق شده و تجربه لذت فرد را تحت تأثیر قرار دهد. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که افسردگی و از مظاهر آن عدم لذت بردن از زندگی سه سال پس از پایان اقدامات پزشکی برای درمان سرطان ادامه پیدا می‌کند (دهستانی، باقریان، رضایی و طباطبایی، ۱۳۹۴). توانایی به دست آوردن لذت از فعالیت‌ها بخش مهمی از تجربه بشر است که تأثیرات مثبتی بر خلق و خوی فرد می‌گذارد و انگیزه برای تعامل با دنیای اطراف خود را افزایش می‌دهد. هر گونه مشکلی در ایجاد تجارب لذت بخش احتمالاً باعث کاهش سطح فعالیت، انزوای اجتماعی و احساس درماندگی در فرد شده در نتیجه می‌تواند عامل مهمی در عدم قبول درمان از سوی بیمار و نهایتاً یک عامل خطر در میزان بقا در بیماران سرطانی باشد (قزلباش، شکوری مقدم، علیزاده و قربانی، ۱۳۹۱). مطالعات نشان داده‌اند که این نگرانی‌های روان‌شناختی بازماندگان از سرطان پستان، بیشتر خود را به صورت تهدید مرگ، نگرانی از عود بیماری (لبل[11] و همکاران، ۲۰۱۶)، افت روحیه (رابینسون و همکاران، ۲۰۱۶)، نگرانی از آینده و رنج و عدم لذت نشان می‌دهد (آلاکاسی اقلو[12] و همکاران، ۲۰۱۴). هم‌چنین سرطان پستان می‌تواند باورهای اساسی بیماران در مورد آسیب‌پذیری شخصی، ایمنی و ارزش خود را به چالش بکشد(براندو، چولز و مناماتوس[13]، ۲۰۱۳).

1. cancer
2. World Health Organization (WHO)
3. Breast cancer
4. Izak, Yan, & Jun
5. Jung
6. Kissane
7. Robinson, Kissane, Brooker, & Burney
8. Kissane, Maj, & Sartorius
9. death, dependency, disfigurement, disability, disruption, discomfort
10. Thapa, Rawal, & Bista
11. Lebel
12. Alacacioglu
13. Brandão, Schulz, & Mena Matos

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

در همین راستا، کیسان [1] و همکاران (۱۹۹۷) گروه درمانی شناختی- وجودی را برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق جنبه‌هایی از دو رویکرد روان درمانی شناختی بک[2] (۱۹۷۶) و روان درمانی وجودی یالوم[3] (۱۹۸۰) در قالب فنون مشاوره گروهی پیشنهاد کرده است که به نظر می‌رسد در پاسخ به نیازهای خاص بیماران مبتلا به سرطان بیشترین تأثیر را داشته است (بهمنی، اسکندری، حسنی، دکانه‌ای و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۲). شیوه درمانی موسوم به شناخت درمانی وجودگرا یکی از روش‌های مداخله‌ای است که با توجه به نیازهای خاص بیمارانی که به نوعی با خطر از دست دادن زندگی خود یا سایر افراد مهم زندگی مواجه بوده و به دنبال آن در معرض اضطراب‌های وجودی فعال شده و واکنش‌های آسیب زای روان شناختی برانگیخته شده، نظیر تحریفات شناختی، قرار گرفته اند، طراحی شده است (فرمانی شهرضا، خانی، قائدنیای جهرمی و ایمانی، ۱۳۹۸).

اما این بیماران علاوه بر داشتن اضطراب‌های وجودی و تحریفات شناختی مربوط به آن‌ها که در درمان شناختی- وجودی به آن‌ها پرداخته می‌شود (کیسان و همکاران، ۱۹۹۷). با ظاهرشدن نشانه‌های بیماری، عوارض درمان، اعتقاد به کشنده بودن سرطان، اکثر مواقع درگیر نشخوارهای ذهنی اضطراب برانگیز مربوط به احتمال بازگشت بیماری یا متاستاز به قسمت‌های دیگر بدن خود نیز می‌شوند (حیدریان، زهراکار و محسن‌زاده، ۱۳۹۵). این وضعیت در طول زمان حساسیت و تحریک‌پذیری آن‌ها را بالا برده و باعث ایجاد پاسخ‌های هیجانی منفی و واکنش‌های بدنی ناشی از این هیجانات می‌شود درنتیجه توان روانی آن‌ها را در مقابل مسائل روزمره کاهش می‌دهد. پس به نظر می‌رسد ابتلا به سرطان همزمان با نگرانی‌های وجودی و پیامدهای متعدد شناختی، رفتاری و هیجانی و تأثیرات جسمانی ناشی از آن‌ها همراه است. درنتیجه با توجه به چند بعدی بودن مشکلات بیماران سرطانی، نمی‌توان فقط بر روی یک رویکرد تمرکز کرد. تحقیقات مختلف کارایی درمان‌های ترکیبی در بیماران سرطانی را نشان داده‌اند (ناندا[4]، ۲۰۱۰؛ هایز، لوما، بوند، ماسودا و لی‌لیز[5]، ۲۰۰۶؛ کیسان و همکاران، ۲۰۰۴). منطقی به نظر می‌رسد که اثربخش‌ترین مداخله‌ها آن‌هایی هستند که به لحاظ محتوا و روش بیشترین تناسب مفهومی و سازه‌ای را با آسیب‌شناسی زیربنایی یک اختلال دارا هستند. با توجه به این‌که در درمان شناختی- وجودی با تمرکز بیشتر بر نگرانی‌های وجودی و تحریفات شناختی ناشی از این نگرانی‌ها، به مشکلات هیجانی و تأثیرات جسمانی آن‌ها کمتر پرداخته می‌شود، با افزودن درمان‌های ذهن آگاهی می‌توان به ارتقاء توانایی فرد برای نظم‌جویی هیجانی و بهبود عملکرد کلی او کمک کرد زیرا این درمان به فرد آموزش می‌دهد به جای تلاش برای سرکوبی هیجان‌های منفی و ترس و اجتناب از تأثیرات جسمانی‌شان، آن‌ها را بپذیرد (لایکینز و بیر[6]، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش چامبرز، گولون و آلن[7] (۲۰۰۹) در بررسی نقش ذهن‌آگاهی در عاطفه و خلق نشان می‌دهد که ذهن‌آگاهی پیش‌بینی‌کننده رفتار خودتنظیمی و حالات هیجانی مثبت بوده و از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون با ترکیب سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می‌تواند تغییرات مثبتی را در شادکامی و بهزیستی فرد ایجاد نماید. درنتیجه به نظر می‌رسد ترکیب دو درمان شناختی- وجودی با درمان ذهن‌آگاهی می‌تواند به صورت مکمل نقاط ضعف را برای مشکلات چند بعدی این بیماران، که متضمن استفاده از روش‌های ترکیبی است، کاهش دهد. با توجه به اینکه حدود ۴۵/۶ درصد از بیماران مبتلا به سرطان، علائم نشانگان افت روحیه متوسط و شدید (ایگناتیوس و دلاگارزا[8]، ۲۰۱۹) و طبیعتا کاهش لذت را تجربه می‌کنند این وظیفه بر عهده متخصصان بهداشت روان جامعه قرار می گیرد تا در جهت افزایش مطالعات خود برای طراحی و به کارگیری راه کارها و بهترین مداخلات برای سلامت روان این قشر آسیب پذیر برآیند. بنابراین انجام این پژوهش می تواند در ارائه خدمات حمایتی پس از اتمام دوره ی درمانی به این بیماران مفید باشد. بنابراین پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- وجودی و درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش

1. Kissane,
2. Beck Cognitive Therapy
3. Yalum Existential Therapy
4. Nanda
5. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis
6. Lykins & Baer
7. Chambers, Gullone, & Allen
8. Ignatius **&** De La Garza.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز درمان سرطان امام حسن مجتبی (ع) شهرستان دزفول، که دوره شیمی درمانی و رادیوتراپی خود را پشت سر گذاشته‌اند، می‌باشند. نمونه پژوهش شامل ۴۳ نفر از افراد بقایافته از سرطان پستان است که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده‌اند. ملاک‌های ورود شامل: ۱) گذشتن حداقل ۶ ماه از پایان دوره درمان سرطان، ۲) نداشتن بیماری جسمی دیگر، ۳) داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، ۴) عدم دریافت مداخلات روان‌شناختی موازی، ۵) داشتن حداقل توانایی جسمی و شناختی جهت شرکت در مداخلات روان‌شناختی که مطابق با معیارهای DSM-5 توسط مصاحبه روانپزشکی بررسی شد، ۶) تمایل به شرکت در دوره درمانی به دلیل بالا بردن هر چه بیشتر اثربخشی آن، ۷) عدم استفاده از داروهای روانپزشکی و ملاک‌های خروج شامل: ۱) عدم تمایل یا عدم همکاری برای ادامه درمان، ۲) عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و ۳) غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود.

پس از اخذ مجوز و دریافت کد اخلاق به شناسه EE/99.3.02.13288/scu.ac.ir از دانشگاه چمران اهواز و هماهنگی‌های لازم با مرکز درمان سرطان شهرستان دزفول از افرادی که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش تمایل به شرکت در درمان را داشتند ۴۵ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. انتخاب نمونه بر اساس رویه‌های پذیرفته‌شده در متون علمی و آکادمیک که در منابع در دسترس بود، انجام گرفت. سپس گروه درمانی شناختی-وجودی و گروه درمانی شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرکز مشاوره اجرا شد. فرایند انتخاب شرکت‌کنندگان در پژوهش از طریق آگاهی کامل افراد همراه با رازداری و حفظ شأن، احترام و توجه کامل به سلامتی آنان، با رعایت قواعد انتخاب اخلاقی و علمی، انجام گرفت. قبل از پاسخ به پرسشنامه‌ها، پژوهشگر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و معایب شرکت در مطالعه و هدف از تکمیل پرسشنامه، توضیح مختصری ارائه داد و به افراد در مورد حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد. بدین منظور به جای درج نام و نام خانوادگی، به هر فرد یک کد اختصاص داده شد. هم‌چنین به شرکت‌کنندگان جهت آزاد بودن برای خروج در هر مرحله از پژوهش، اطمینان داده شد.

در طول درمان، هر کدام از گروه‌های آزمایشی یک نفر ریزش داشتند که درنهایت تعداد نمونه به ۴۳ نفر رسید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۲ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس نشانگان افت روحیه[1] (DS): این ابزار توسط کیسان و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده، است و دارای ۵ خرده‌مقیاس فقدان معنا، ملامت، دلسردی، درماندگی و احساس شکست است. دارای ۲۴ سؤال می‌باشد که هر کدام به صورت لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند. گراسی[2] و همکاران (۲۰۱۷) با استفاده از تحلیل عامل اکتشافی پرسشنامه مذکور را به ۴ عامل تقلیل دادند که آلفای کلی را برابر با ۰/۷۱ بدست آوردند و برای عوامل دلسردی، احساس شکست، ملالت و فقدان معنا به‌ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۷، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به‌دست آمد. هم‌چنین این پرسشنامه توسط چنگ، چن، ژانگ، کیسان و یان[3] (۲۰۱۹) مورد بررسی روانسنجی قرار گرفت که برای محاسبه همسانی درونی، آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ به‌دست آمد. همچنین بین افت روحیه با افسردگی، روایی همگرا ۰/۵۵ و بین افت روحیه با کیفیت زندگی روایی واگرا ۰/۶۲- در مطالعه آن‌ها بدست آوردند. هم‌چنین ضریب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش بهمنی، فرمانی شهرضا، امین اسماعیلی، نقیایی، و قائدنیای جهرمی (۱۳۹۴)، ۰/۸۷ در افراد عادی و در افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی ۰/۹۶ به‌دست آمد. به علاوه آنها بین افت روحیه با ناامیدی و افسردگی، روایی همگرا ۰/۸۵ و بین افت روحیه با کیفیت زندگی روایی واگرا ۰/۷۱- بدست آوردند. هم‌چنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

مقیاس تجربه زمانی لذت[4](TEPS): مقیاس تجربه زمانی لذت که توسط گارد، گارد، کرینگ و جوهن[5] (۲۰۰۶) معرفی‌شده، نخستین ابزار خودگزارشی است که تلاش می‌کند لذت انتظاری و پایانی را جداگانه ارزیابی کند. مقیاس تجربه زمانی لذت دارای ۱۸ عبارت است که ۱۰ عبارت آن لذت انتظاری و ۸ عبارت آن لذت پایانی را اندازه گیری می‌کند. که هر کدام به صورت لیکرت از صفر تا شش نمره‌گذاری می‌شوند. در مطالعه گارد و همکاران (۲۰۰۶) تحلیل عاملی مقیاس از وجود ساختار دوعاملی شامل لذت پایانی و لذت انتظاری حمایت می‌کند. در مطالعه آن‌ها آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ و پایایی باز آزمایی در فاصله ۵ تا ۷ هفته برابر با ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ به‌دست آمد به‌علاوه بررسی همبستگی مقیاس

1. Demoralization Scale
2. Grassi
3 Cheng, Chen, Zhang, &Yan
4. Temporal Experience of Pleasure Scale
5. Gard, Gard, Kring, & John

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

یادشده با دامنه‌ای از سازه‌های مرتبط از روایی واگرا با پرسشنامه افسردگی بک (۰/۲۲-) و همگرای آن با زیرمقیاس هیجانات مثبت در پرسشنامه نئو (۰/۳۳) حمایت می‌کرد. در مطالعه علوی، اصـــغری مقدم، رحیمی‌نژاد و فراهانی (۱۳۹۶) ضـــریب آلفای کرونباخ کل مقیاس و عامل‌های تشکیل‌دهنده آن در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۸۲ قرار داشت. هم‌چنین این مقیاس همبستگی منفی با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۱۳- تا، ۰/۲۱- نشان داده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به‌دست آمد.

درمان شناختی- وجودی: پروتکل درمان شناختی-وجودی (بهمنی، اعتمادی، شفیع‌آبادی، دلاور، و قنبری مطلق، ۱۳۸۹) طرحی مداخله‌ای است شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که در طول ۱۰ هفته توسط پژوهشگر اجرا گردید. خلاصه شرح جلسات در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات گروه درمانی شناختی ـ وجودی

جلسه	محتوا
جلسه مقدماتی	به منظور آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف کلی درمان و گروه درمانی و اجرای پیش‌آزمون
هفته اول	آغاز فرآیند ایجاد ارتباط متقابل، زمینه‌سازی شکل‌گیری گروه و آماده شدن برای خودآشکارسازی
هفته دوم	شناخت تمرینات و خطاهای شناختی و به چالش کشیدن آنها، بروز مقاومت‌های احتمالی و تلاش برای کاهش یا رفع آن‌ها
هفته سوم	توجه به اضطراب‌های وجودی درحین خودافشاسازی و مواجهه با آن، پرداختن به مفاهیم پیش‌بینی، ناپایداری، عدم قطعیت هستی و ارزیابی و چالش با خطاهای شناختی مرتبط با آن‌ها
هفته چهارم	کار با مضمون اضطراب مرگ و مواجهه با آن، اصلاح تمرینات شناختی مربوط به اضطراب مرگ و تلاش برای پذیرش آن به جای تحریف یا انکار
هفته پنجم	کمک به خلق معنایی جدید درمشکل فرد، آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی بنیادین و چالش باخطای شناختی مرتبط با آن
هفته ششم	چالش با مفهوم از دســت دادن معنای زندگی و معانی ناکارآمد اطلاق شــده به بیماری ســرطان، کمک به معنایابی کارآمد و عاری از تمرینات شناختی، پذیرش مسئولیت در برابر سرنوشت
هفته هفتم	کمک به مواجهه فرد باعدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن آزادی و انتخاب، چالش با مفهوم رنج ناشی از بیماری سرطان
هفته هشتم	کمک به افراد در رسیدن به چشم‌اندازهای جدید همچون‌وابسته بودن مرگ و زندگی معنای زندگی، تنهایی درهستی و آزادی و انتخاب
هفته نهم	بررسی تأیید مداخلات وجودی انجام شده، تمرینات شناختی اصلاح شده و ساخت هویت جدید متناسب با آن‌ها
هفته دهم	جمع بندی مباحث مطرح شده، نتیجه‌گیری با کمک شرکت‌کنندگان و اجرای پس‌آزمون

درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: پروتکل درمان شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (محقق‌ساخته)، طرحی مداخله‌ای است که با توجه به پروتکل درمان شناختی-وجودی بهمنی و همکاران (۱۳۸۹) و کتاب درمان‌های مبتنی برحضور ذهن محمدخانی و خانی‌پور (۱۳۹۰)، توسط پژوهشگر، شامل ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای که در طول ۱۲ هفته اجرا می‌گردد به‌صورت اولیه تنظیم گردید. خلاصه شرح جلسات در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲. محتوای جلسات گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوا
جلسه مقدماتی	به منظور آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف کلی درمان و گروه درمانی و اجرای پیش‌آزمون
هفته اول	آغاز فرآیند ایجاد ارتباط متقابل، زمینه‌سازی شکل‌گیری گروه و آماده شدن برای خودآشکارسازی
هفته دوم	بیان مؤلفه‌ها و اصول زیربنایی ذهن‌آگاهی و تمرین تمرکز بر یک شیء واحد با ذهن‌آگاهی و تمرین خانگی
هفته سوم	شـناخت تمرینات و خطاهای شـناختی و به چالش کشـیدن آن‌ها، بروز مقاومت‌های احتمالی و تلاش برای کاهش یا رفع آن‌ها، تمرین تنفس ۳ دقیقه‌ای با ذهن‌آگاهی و تمرینات خانگی
هفته چهارم	توجه به اضطراب‌های وجودی درحین خود آشکارسـازی و موجهه با آن، پرداختن به مفاهیم پیش‌بینی‌ناپذیری، عدم قطعیت هسـتی وارزیابی و چالش با خطاهای شناختی مرتبط با آن‌ها، تمرین دیدن وشنیدن همراه با ذهن‌آگاهی وتمرینات خانگی
هفته پنجم	کار با مضمون مرگ و مواجهه با آن، اصلاح تمرینات شناختی مربوط به اضطراب مرگ و تلاش برای پذیرش آن به جای تحریف یا انکار، تمرین مدیتیشن نشسته (۴ بعدی) و تمرینات خانگی
هفته ششم	کمک به خلق معنایی جدید درمشکل فرد، آشنایی با مفهوم اضطراب تنهایی بنیادین و چالش با خطای شناختی مرتبط با آن، تمرین قدم زدن با ذهن‌آگاهی و تمرینات خانگی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

هفته هفتم	چالش با مفهوم از دســت دادن معنای زندگی و معانی ناکارآمد اطلاق شــده به بیماری ســرطان، کمک به معنایابی کارآمد و عاری از تمرینات شناختی، پذیرش مسئولیت دربرابر سرنوشت، بحث درمورد موانع و مشکلات موجود در تمرینات ذهن‌آگاهی و تمرینات خانگی
هفته هشتم	چگونگی واکنش‌دهی مناســب به افکار، احســاســات و حس‌های بدنی و کمک به پذیرش آن‌ها بدون قضــاوت و کاوش درالگوی معمول فرد در واکنش به آن‌ها، تمرین وارسی بدنی و تمرینات خانگی
هفته نهم	کمک به مواجهه فرد باعدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن آزادی و انتخاب، چالش بامفهوم رنج ناشی از بیماری سرطان، تمرین بیان یک واقعه خوشایند و افکار، احساسات و حس‌های بدنی مربوط به آن و تمرینات خانگی
هفته دهم	کمک به افراد در رســیدن به چشــم‌اندازهای جدید همچون: وابســته بودن مرگ و زندگی، معنای زندگی، تنهایی در هســتی و آزادی و انتخاب، تمرین بیان یک واقعه ناخوشایند و افکار، احساسات و حس‌های بدنی مربوط به آن و تمرینات خانگی
هفته یازدهم	بررسی تأثیر مداخلات انجام‌شده، تمرینات شناختی اصلاح شده و تمرینات ذهن‌آگاهانه و ساخت هویت جدیدمتناسب با آن‌ها، پاسخ به این پرسش که بهترین راه مراقبت از خود چیست و تمرینات خانگی
هفته دوازدهم	جمع‌بندی کل مباحث مطرح شده، نتیجه‌گیری با کمک شرکت‌کنندگان و اجرای پس‌آزمون

یافته ها

میانگین سنی و وضعیت تأهل (مجرد و متأهل) به درصد به ترتیب در گروه شناختی- وجودی: ۳۷/۸۵۷ (۴۲/۸۵ و ۳۰/۵۵ درصد)، در گروه شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی: ۵۷۱ /۴۸ (۲۸/۵۷ و ۳۳/۳۴ درصد) و در گروه کنترل: ۵۳/۶۶۶ (۲۸/۵۸ و ۳۶/۱۱ درصد) بود. به علاوه، از این بین ۱۸ نفر (۴۱/۸۶ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۹ نفر (۲۰/۹۳ درصد) فوق دیپلم، ۱۱نفر (۲۵/۵۹) لیسانس و ۵ نفر (۱۱/۶۲) فوق لیسانس بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سندرم افت روحیه و تجربه لذت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون درگروه گواه و گروه‌های آزمایشی

متغیر	گروه	گواه		شناختی ـ وجودی		شناختی- وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سندرم افت روحیه	پیش‌آزمون	۶۳/۹۳	۱۰/۹۳	۷۰/۱۴	۶/۸۲	۷۲/۱۴	۸/۸۹
	پس‌آزمون	۶۴/۲۶	۱۰/۷۰	۵۸/۶۴	۷/۹۲	۵۰/۰۰	۱۰/۰۹
تجربه لذت	پیش‌آزمون	۸۱/۱۳	۹/۴۱	۷۰/۵۷	۵/۲۷	۷۱/۸۵	۷/۴۱
	پس‌آزمون	۸۱/۰۶	۸/۹۷	۸۱/۱۴	۵/۱۱	۹۲/۲۱	۵/۶۳

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر نشانگان افت روحیه و تجربه را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه‌های آزمایشی نشان می‌دهد.لازم به ذکر است نمرات کمتر در مقیاس نشانگان افت روحیه به معنی افت روحیه کمتر و نمرات بیشتر در مقیاس تجربه زمانی لذت نشان‌دهنده لذت بیشتر در آزمودنی‌ها می‌باشد. برای بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس و مفروضه‌های توزیع نرمال متغیرها از آزمون کولموگروف- اسمیرنف استفاده شد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده برای سندرم افت روحیه به‌ترتیب برای گروه گواه (۰/۲۰)، برای گروه درمان شناختی- وجودی (۰/۲۰) و برای گروه درمان شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۰/۱۸۷) بوده است که همگی بزرگتر از (P< ۰/۰۵) هستند و برای تجربه لذت به ترتیب برای گروه گواه (۰/۲۰)، برای گروه درمان شناختی-وجودی (۰/۲۰) و برای گروه درمان شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۰/۲۰) بوده است که بزرگتر از (P< ۰/۰۵) هستند. بنابراین معنی‌دار نمی‌باشند و توزیع نرمال است.

جهت بررسی تساوی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون باکس[1] استفاده شد. شرط همسانی ماتریس‌های واریانس–کوواریانس نمرات پس‌آزمون(Box's M = ۲۰/۱۲۹ ، F=۱/۲۱ ،P>۰/۰۵) به دست آمد که بیانگر معنادار نبودن آزمون باکس و تایید پیش‌فرض برابری کوواریانس‌ها در تحلیل می‌باشد. برای مفروضه همگنی واریانس‌ها، نتیجه آزمون لوین برای نشانگان افت روحیه (۰/۴۶۸) و برای تجربه لذت (۰/۳۹۶) بود که در سطح (P<۰/۰۵) معنی‌دار نمی‌باشند؛ بنابراین همگنی واریانس‌ها رعایت شده و در نهایت به منظوربررسی همگنی

1. Box's Test

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

شیب رگرسیونی، سطح معنی‌داری مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش‌آزمون برای نشانگان افت روحیه (۰/۱۱۱) و برای تجربه لذت (۰/۳۵۰) می‌باشد که در سطح (P<۰/۰۵) معنی‌دار نمی‌باشند؛ بنابراین شیب‌های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن هستند، در نتیجه مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز رعایت شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری(مانکوا) برای تأثیرات عضویت گروهی

شاخص / آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذورات	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۵۲	۱۴/۰۹۵	۴/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶	۱/۰۰۰
لمبدای ویکلز	۰/۱۵۶	۲۸/۳۰۶	۴/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵	۱/۰۰۰
اثرهتلینگ	۵/۳۵۰	۴۸/۱۴۷	۴/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۵/۳۴۰	۱۰۱/۴۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۱/۰۰۰

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای تأثیرات عضویت گروهی که در جدول ۴ آمده، نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه از نظر متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همان‌طور که نتایج این جدول نشان می‌دهد F کلی مربوط به آزمون لمبدای ویلکز با ارزش (۰/۱۵۶) معنی‌دار می‌باشد (F=۲۸/۳۰۶، P<۰/۰۰۱). بنابراین بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه به لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) برروی نمرات پس‌آزمون متغیرها گواه نمرات پیش‌آزمون

اثر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح-معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	افت روحیه	۲۳۲۹/۲۳۵	۱	۲۳۲۹/۲۳۵	۶۲/۴۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	تجربه لذت	۱۴۳۰/۶۱۷	۱	۱۴۳۰/۶۱۷	۱۲۹/۹۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴
گروه	افت روحیه	۲۳۴۴/۷۲۶	۲	۱۱۷۲/۳۶۳	۳۱/۴۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
	تجربه لذت	۱۶۸۷/۹۸۰	۲	۱۱۷۲/۳۶۳	۷۶/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
خطا	افت روحیه	۱۴۱۶/۸۵۳	۳۸	۳۷/۲۸۶			
	تجربه لذت	۴۱۸/۳۲۸	۳۸	۱۱/۰۰۹			

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات پس‌آزمون متغیرها با گواه نمرات پیش‌آزمون که در جدول ۵ آمده نشان می‌دهد با کنترل پیش‌آزمون، بین متغیرنشانگان افت روحیه (F=۳۱/۴۴۳ ، P<۰/۰۰۱) و متغیر تجربه لذت (F=۷۶/۶۶۶ ، P<۰/۰۰۱)، در بازماندگان سرطان در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود. بنابراین جهت انجام مقایسه و برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت وجود دارد، از آزمون بونفرونی استفاده شده است که نتایج حاصل در جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه براساس تفاضل و سطح معنی‌داری

متغیر	گروه		اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
نشانگان افت روحیه	گواه	شناختی ـ وجودی	۱۰/۸۰۱	۲/۷۱۳	۰/۰۰۱
		شناختی-وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی	۳۱/۱۲۶	۲/۶۹۷	۰/۰۰۱
	شناختی-وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی	شناختی-وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی	۱۰/۳۲۵	۲/۳۲۴	۰/۰۰۴
تجربه لذت	گواه	شناختی-وجودی	-۷/۷۴۷	۱/۴۷۴	۰/۰۰۱
		شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۱۷/۶۰۷	۱/۴۶۶	۰/۰۰۱
	شناختی-وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی	شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۹/۸۶۰	۱/۲۶۳	۰/۰۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

جدول ۶ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون سه گروه بر اساس تفاضل و سطح معنی‌داری را نشان می‌دهد. همان‌طورکه نتایج این جدول نشان می‌دهد، بین میزان افت روحیه در بازماندگان سرطان در گروه گواه با گروه درمانی شناختی-وجودی و گروه درمانی شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه موجب کاهش افت روحیه در بازماندگان سرطان شده‌اند. هم‌چنین بین میزان افت روحیه بازماندگان از سرطان درگروه شناختی-وجودی و شناختی-وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، گروه درمانی شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به گروه درمانی شناختی-وجودی، میزان افت روحیه را در بازماندگان، به میزان بیشتری کاهش داده است. هم‌چنین بین میزان تجربه لذت در بازماندگان سرطان در گروه گواه با گروه درمانی شناختی-وجودی و گروه درمانی شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه موجب افزایش تجربه لذت در بازماندگان سرطان شده‌اند. همین‌طور بین میزان تجربه لذت در بازماندگان از سرطان درگروه شناختی-وجودی و شناختی-وجودی مبتنی برذهن‌آگاهی تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، گروه درمانی شناختی-وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به گروه درمانی شناختی-وجودی، توانسته تجربه لذت را در بازماندگان سرطان، به میزان بیشتری افزایش دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- وجودی و درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. تحلیل یافته‌های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی- وجودی و شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه گواه به‌طور معنی‌داری باعث کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت در این افراد می‌شوند. هم‌چنین، مقایسه دو درمان نشان داد که درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان، مؤثرتر از درمان شناختی- وجودی بوده است.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی درمان شناختی- وجودی بر نشانگان افت روحیه با پژوهش‌های، فرمانی شهرضا و همکاران (۱۳۹۸)، رحمانی، کرامتی و علیزاده (۱۳۹۸)، مرسا، بهمنی و برکتی (۱۳۹۸)، پاک‌نیا، بهمنی و عظیمیان (۱۳۹۳) و گریفید[1] (۲۰۱۳) همسو می‌باشد.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت، زمانی که حادثه تهدیدکننده‌ای سبک زندگی آرام فرد را مختل می‌کند، وی با نگرانی‌های وجودی که با آگاهی فرد از مرگ و خطر بالقوه تهدیدکننده به وجود می‌آیند، مواجه می‌شود (لیانگ و اسپلن[2]، ۲۰۱۰). هم‌چنین با شروع درمان‌ها و پیامدهایی مثل خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش‌ها و اختلال در فعالیت‌های روزمره، بیمار ممکن است دریابد که در رابطه با موقعیتی که در آن قرار دارد، کاری از دستش بر نمی‌آید، در نتیجه به جای مدیریت و کنترل مشکلات، به احساس درماندگی و خود ناکارآمدی دچار می‌شود. احساس ناامیدی، فقدان معنا و هدف، بیمار را از انگیزه مقابله با بیماری و تبعاتی که برای او ایجاد کرده محروم می‌کند و بستر مناسبی را برای ایجاد آزردگی‌های وجودی و نشانگان افت روحیه بیماران فراهم می‌آورد. روش درمان شناختی-وجودی، از طریق فنون خاص شناخت درمانی به شناسایی و اصلاح طرحواره‌ها، افکار خودآیند و تحریفات شناختی که در شکل‌گیری گرایش به اجتناب از مواجه شدن با اضطراب‌های وجودی نقش داشته‌اند، می‌پردازد و از این طریق به آگاهی و ابراز نگرانی‌های ناشی از فعال شدن اضطراب‌های وجودی نظیر اضطراب مرگ، تنهایی و کنترل‌ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ تشدید می‌شوند، کمک می‌کند. در واقع درمان شناختی- وجودی با تأکید بر مسائل بنیادین هستی فرد، تحریفات شناختی و آزردگی‌های وجودی را کاهش می‌دهد (فرمانی شهرضا و همکاران، ۱۳۹۸). در نتیجه همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد و هم‌راستا با پژوهش‌های مشابه، درمان شناختی-وجودی باعث کاهش افت روحیه در بازماندگان سرطان می‌شود.

هم‌چنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان شناختی- وجودی بر افزایش تجربه لذت در بازماندگان سرطان پستان بود که با یافته‌های، خدادادی سنگده و قمی(۱۳۹۶)، جلیلی نیکو، کریمی، نجاتی‌نژاد، بهمنی، نقیایی، و قاسمی جوبنه (۱۳۹۵) و گاگنون[3] و

1. Griffith
2. Leung & Esplan
3. Gagnon

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

همکاران (۲۰۱۵)، همسو می‌باشد. در خصوص تبیین این یافته می‌توان گفت، از تأثیرات دیگر روان درمانی شناختی- وجودی این است که با ایجاد تغییرات عمیق در بینش افراد نسبت به زندگی و معنا بخشیدن به آن، افراد می‌توانند برای خود هدفی برگزینند و از فرصت‌های خود لذت بیشتری ببرند. در واقع گروه درما نی شناختی-وجودی با کمک به این افراد برای برخورداری ازنگرش مثبت‌تر به زندگی، افزایش آگاهی از سایر ابعاد زندگی، افزایش رفتار مسئولانه، پذیرش تنهایی و مرگ به‌عنوان دو پدیده غیرقابل اجتناب زندگی و کاهش تعارض ها و بحران‌های وجودی، علی‌رغم مشکلات وچالش‌های موجودی که افراد مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند، به زندگی‌خود به صورت آگاهانه، همراه با امیدواری ادامه دهند و رضایت درونی بیشتر،کیفیت زندگی بالاتر ودر نتیجه لذت بیشتری را تجربه کنند.

طبق نتایج دیگر این مطالعه، درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانست منجر به کاهش افت روحیه در بازماندگان سرطان پستان شود. این یافته با پژوهش‌های رحمانی و همکاران (۱۳۹۸)، نوا، مشهدیو تیموری خلیل‌آباد (۱۳۹۵)، پنگ، هسووه، چانگ و لی[1] (۲۰۲۱)، وورتزن، پیت و زکریا[2] (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. در رابطه با اثربخشی این یافته می‌توان چنین تبیین کرد که، با توجه به اینکه سرطان از طبقه بیماری‌های مزمن می‌باشد و زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، به نظر می‌رسد این مداخله روان‌شناختی با تغییر زاویه دید فرد نسبت به رنج و بیماری و پذیرش آن، می‌تواند باعث کاهش پیامدهای روان‌شناختی از جمله عواطف منفی شود، زیرا به ریشه یابی شکل گیری الگوهای غلط و غیرمنطقی شناخت در زمان گذشته و چگونگی استمرار آن در زمان حال می‌پردازد. هم‌چنین اتخاذ یک رویکرد خودمدیریتی از سوی بیمار و تشویق بیمار در پذیرش نقش فعال در درمان بیماری از شیوه‌های مقابله‌ای مناسب در خصوص مشکلات روان‌شناختی از جمله خلق پایین و افت روحیه می‌باشد. با توجه به این‌که روش ذهن‌آگاهی یک آموزش خودتوانمندسازی است، با اضافه کردن آن به درمان، به بیمار آموزش داده می‌شود که ترس و اضطراب، نه تنها خطرناک نیستند بلکه لازمه بقا می‌باشند و او می‌تواند با تمرکز بر زمان حال به جای آینده و با افزایش خودنظارت‌گری، هوشیاری نسبت به بدن خود را افزایش دهد. زیرا می‌تواند به بیمار کمک کند تا کنترل خود را بر زندگی حفظ کرده و ظرفیت احساس عدم قطعیت گسترده ای را که بخش بزرگی از مشکلات بیماران مبتلا به سرطان است (یالوم،۱۹۸۰) و یکی از دلایل افت روحیه در این افراد می‌باشد را افزایش دهد و این امر می‌تواند منجر به کاهش قابل توجه علائم روان‌شناختی از جمله علائم افت روحیه در فرد شود.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش تجربه لذت در این بیماران شده که با مطالعات قاسمی، کریمی و دباغی(۱۳۹۷)، مک‌کنزی، ابوت و کوکوسک[3] (۲۰۱۸)، علیایی، توزنده جانی و کیافر (۱۳۹۶)، همسو است. در خصوص تبیین این یافته می‌توان به این مساله اشاره کرد که یکی از اصول اساسی این درمان پذیرش درد و رنج در زندگی است. وقتی فرد به این نتیجه می‌رسد که حتی در دردها و رنج‌هایش نیز معنایی نهفته است، پذیرش و تحمل آنها، برای او آسان تر می‌شود و درد و رنج بیماری را با تمام شرایط آن می‌پذیرد. در نتیجه چون دیگر تمرکز او برای از بین بردن رنج‌هایش از بین می‌رود قادر خواهد بود از مواهبی که در زندگی در اختیار دارد لذت ببرد. هم‌چنین ذهن بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، ابتدا درگیرعلت ابتلای آن‌ها به سرطان و بعد خشم واندوه می‌شود و بعد از طی کردن مراحل درمانی در پی یافتن احساس تسلط و کنترل بر بیماری و جلوگیری و ترس از بازگشت آن برمی‌آید. این روند باعث می‌شود که ذهن فرد مدام درگیر گذشته و نگران از اتفاقات آینده باشد و این آمیختگی با ذهن، در واقع تماس فرد با زمان حال و جهان اطراف را کاهش می‌دهد. در فرآیند آموزش ذهن‌آگاهی افراد تشویق می‌شوند که توجهشان را از طریق فعال کردن حواس پنج گانه به انواع خاصی از محرک‌هایی که در زمان حال وجود دارند، متمرکز سازند. تمرکز بر حواس پنجگانه باعث ارتباط بدون واسطه فرد با تجربیات حسی و افزایش وضوح حواس در فرد می‌شود. بنابراین این افراد در صورت مجهز شدن به تکنیک‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند افکار، احساسات و اتفاقات زندگی خود را بدون قضاوت بپذیرند و در سبک زندگی خویش تغییرات مثبتی ایجاد نمایند که موجب نگرش مثبت آن‌ها نسبت به خود و زندگی می‌شود و رضایت از زندگی در آنان را به همراه خواهد داشت زیرا ذهن‌آگاهی باعث افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی (فلوگل کول، وینسنت‌آچا، لورر، بائر، و وانر رودلر[4]، ۲۰۱۰) و در نتیجه باعث افزایش احساس لذت در فرد می‌شود.

1. Peng, Hsueh, Chang, & Ren-Hau
2. Wu¨rtzen, Piet, & Zachariae
3. MacKenzie, Abbott, & Kocovsk
4. Flugel Colle, Vincent Acha, Loehrer, Bauer, & Wahner-Roedler

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از برتری اثربخشی درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر درمان شناختی- وجودی، در کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت، بود. با توجه به اینکه افزودن ذهن‌آگاهی به درمان شناختی- وجودی جنبه نوآورانه این پژوهش محسوب می‌شود، پژوهشی همسو یا ناهمسو با این یافته، مشاهده نشد. اما در تبیین این نتیجه‌گیری مبنی بر اثرگذاری بیشتر درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانگان افت روحیه و افزایش تجربه لذت در این افراد، نسبت به درمان شناختی- وجودی می توان گفت، به نظر می‌رسد یک شیوه درمانی علاوه بر توجه و تاکید بر اصلاح باورها و کاهش رنج وجودی افراد باید قادر باشد ناملایمات هیجانی و درد و رنج‌های بدنی ناشی از آن را نیز کاهش دهد. درواقع با اضافه کردن آموزش‌های ذهن‌آگاهانه به درمان شناختی- وجودی، فرد قادر خواهد بود، نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی بیشتری پیدا کرده و به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده پی ببرد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالات جسمانی، بر آن‌ها کنترل پیدا کند و از ذهن روزمره و اتوماتیکِ متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود. ویژگی که مداخله شناختی- وجودی به تنهایی فاقد آن است. هم‌چنین با اضافه کردن تمرینات ذهن‌آگاهی به درمان شناختی- وجودی، این درمان می‌تواند موجب ایجاد ارتباطی منطقی بین تجربه جسمی، احساسی و شناختی، حتی در زمان نگرانی، خلق منفی و افت روحیه در فرد شود. این ارتباط منطقی که با استفاده از توجه شدید، آگاهی متمرکز شده بر زمان حال، پذیرش و خودآگاهی، بهبود می‌یابد می‌تواند موجب رهایی روان‌شناختی از اضطراب مستمر، خلق پایین و نهایتا افزایش روحیه و تجربه لذت در فرد شود.

با توجه به این‌که در درمان شناختی- وجودی بیشتر به نگرانی‌های وجودی و خطاهای شناختی ناشی از این نگرانی‌ها پرداخته می‌شود، این مزیت درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یعنی تقویت توانایی فرد در تنظیم و پذیرش هیجانات منفی و تغییرات بدنی ناشی از آنها از طریق افزودن تمرینات ذهن‌آگاهانه به درمان، باعث تاثیرپذیری بیشتر آن در کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت در بازماندگان سرطان شده است.

پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود، از جمله عدم امکان تعمیم‌پذیری یافته‌ها به جوامع دیگر به دلیل انتخاب هدفمند نمونه، تعداد کم نمونه‌های مورد مطالعه و ریزش تعدادی از حجم نمونه به دلیل مشکلات جسمی که این افراد با آن مواجه هستند. هم‌چنین همزمان شدن اجرای مداخله با محدودیت‌های شیوع بیماری کووید ۱۹، امکان آزمون پیگیری بعد از درمان برای بررسی و ماندگاری درمان را با مشکل مواجه کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با در نظر گرفتن مشکلات جسمی این بیماران و امکان ریزش نمونه، مطالعات با نمونه‌گیری تصادفی، با حجم بیشتر و با آزمون پیگیری انجام گیرد. هم‌چنین با توجه به این‌که درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای اولین بار ارائه گردیده برای گسترش مبانی نظری و عملی آن، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت اطمینان از اثرات و کاربردهای این نوع روان درمانی در جوامع آماری متنوع‌تر مورد پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی دزفول، بیمارستان امام حسن مجتبی(ع) و شرکت‌کنندگان در این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند. هم‌چنین این پژوهش توسط دانشگاه شهید چمران اهواز مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

منابع

بهمنی، ب.، اعتمادی، ا.، شفیع‌آبادی، ع.، دلاور، ع.، و قنبری مطلق، ع. (۱۳۸۹). گروه درمانی شناختی وجودگرا و شناخت درمانی آموزش‌محور در بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایران، ۶*(۲۳)، ۱۰۲-۱۱۴.

بهمنی، ب.، فرمانی شهرضا، ش.، امین اسماعیلی، م.، نقیایی، م.، قائدنیای جهرمی، ع. (۱۳۹۴). نشانگان افت روحیه در بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسان. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور، ۳*(۱)، ۲۷-۱۹.

بهمنی، ب؛ اسکندری، م.، حسنی، ف.، دکانه‌ای‌فر، ف.، و شفیع‌آبادی، ع. (۱۳۹۲). تأثیر گروه درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین فرزندان مبتلا به سرطان. *فصلنامه روانشناسی سلامت، ۲*(۶)، ۶۱-۴۸.

پاک‌نیا، ن.، بهمنی، ب.، و عظیمیان، م. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی شناختی هستی نگر بر کاهش نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله توانبخشی و علوم بهزیستی، ۱۳*(۴)، ۳۳-۲۸.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

جلیلی نیکو، س.، کریمی، ز.، نجاتی‌نژاد، ن.، بهمنی، ب.، نقیایی، م.، قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودی بر کیفیت زندگی سالمندان. *ارمغان دانش، ۲۱*(۱۰)، ۱۰۲۱-۱۰۱۳.

حیدریان، آ؛ زهراکار، ک؛ محسن زاده، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر میزان تاب آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان، ۹*(۲)، ۵۹-۵۲.

خدادادی سنگده، ج.، و قمی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی رواندرمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان. *مجله مطالعات روانشناختی، ۱۳* (۴)، ۱۴۱-۱۲۶.

دهستانی، م.، باقریان، م.، رضایی، ا.، و طباطبایی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان بر مبنای عوامل روان‌شناختی، طبی و جمعیت‌شناختی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳* (۳)، ۴۶۴-۴۵۲.

رحمانی، م.، کرامتی، م.، و علیزاده موسوی، ا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و روحیه معلمان زن شهرستان مشهد. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱۰* (۳۶)، ۱۷۶-۱۶۵.

ساریزاده، م.، مظفری، س.، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ترس از عود سرطان و رشد پس از سانحه در مبتلایان به سرطان پستان. *نشریه کومش، ۲۰*(۴)، ۶۳۲-۶۲۶.

علوی، خ.، اصغری مقدم، م.، رحیمی‌نژاد، ع.، و فراهانی، ح. (۱۳۹۶). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس تجربه زمانی لذت در دانشجویان دانشگاه. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۱* (۴)، ۶۱۵-۵۹۷.

علیایی، ز.، توزنده جانی، ح.، و کیافر، ز. (۱۳۹۶). بررسی کارآمدی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و خلق در زنان مبتلابه سرطان پستان ماستکتومی شده. *مجله اصول بهداشت روانی، ۱۹* (۴)، ۳۲۹-۳۲۱.

فرمانی شهرضا، ش.، خانی، س.، قائدنیای جهرمی، ع.، و ایمانی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۸*(۲)، ۱۴۹- ۱۳۵.

قاسمی، ف.، کریمی، م.، و دباغی، پ. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلابه سرطان پستان. *فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۶*(۲۰)، ۵۹-۵۱ .

قزلباش، س.، شکوری مقدم، ر.، علیزاده، ه.، و قربانی، ا. (۱۳۹۱). *بررسی شیوع افسردگی و اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. هشتمین کنگره بین‌المللی سرطان پستان*. ۲ اسفند ۱۳۹۱، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران.

محمدخانی، پ.، و خانی‌پور، ح. (۱۳۹۰). *درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن*. تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مرسا، ر.، بهمنی، ب.، و برکتی، س. (۱۳۹۸). نشانگان افت روحیه در سالمندان ساکن آسایشگاه، ساکن منزل و بهره‌مند از خدمات مرکز توان‌بخشی روزانه سالمند. *مجله سالمندی ایران، ۱۴* (۴)، ۴۴۹-۴۳۶.

نوا، ف.، مشهدی، ع.، و تیموری خلیل‌آباد، س. (۱۳۹۵). *اثربخشی درمان گروهی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر راهبردهای کنترل فکر، افسردگی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان سینه*. سومین همایش ملی پژوهش و درمان در روان‌شناسی بالینی، ۲۲ اردیبهشت ۱۳۹۵، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام ، تربت‌جام.

یالوم، ا. (۱۹۸۰). *روان‌درمانی اگزیستانسیال*. ترجمه حبیب، س. (۱۳۹۰). تهران: انتشارت نی.

Alacaciog, A., Ulger, E., Varol, U., Yildiz, I., Salman, T., Bayoglu, V., ... & Tarhan, M. (2014). Depression, anxiety and sexual satisfaction in breast cancer patients and their partners-izmir oncology group study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 15*(24), 10631-6.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emo tional disorders.* New York: International Univer- sity Press.

Brandao, T., Schulz, S. M., & Mena Matos, P. (2013). Psychological intervention with couples coping with breast cancer: A systematic review. *Psychology & Health, 29*(5), 491-516.

Chambers, R., Gullone, F., & Allen, N. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560-572.

Cheng, J., Chen, J., Zhang, Y., Kissane, D., & Yan, J. (2019). Translation and psychometric properties for the Demoralization Scale in Chinese breast cancer .*Cancer Management and Research, 42*, 134-140.

Flugel Colle, K., Vincent Acha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *16*(1), 36-40.

Gagnon, P., Fillion, L., Robitaille, M. A., Girard, M., Tardif, F., Cochrane, J. P., … & Breitbart, W .(2015). cognitive–existential intervention to improve existential and global quality of life in cancer patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care, 13*(4), 981-990.

Gard, D. E., Gard, M. G., Kring, A. M., & John, O. P. (2006). Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study. *Journal of Research in Personality, 40*(6), 1086-1102.

Grassi, L., Costantini, A., Kissane, D., Brunetti, S., Caruso, R., Piazza, G., … & Nanni, M. G. (2017).The factor structure and use of the Demoralization Scale (DS-IT) in Italian cancer patients. *Psychooncology, 26*(11), 1965-1971.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]

Griffith, J. (2013). Existential inquiry: Psychotherapy for crises of demoralization syndrome in individuals with progressive disease and cancer: a decade of research. *European Journal of Psychiatry*, *27*(1), 42-47.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis J. (2006). Acceptance and commitment therapy:model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 1-25.

Ignatius, J., De La Garza, R. (2019). Frequency of demoralization and depression in cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, *60*, 137-140.

Izak, S., Yan, L. I., & Jun, L. U.(2013). Longevity and age-related diseases. *Biomedicines, 1*(1), 17-48.

Jung, S., Spiegelman, D., Baglietto, L., Bernstein, L., Boggs, DA., van den Brandt, P. A., … & Cerhan, J. R. (2013). Fruit and vegetable intake and risk of breast cancer by hormone receptor status. *Journal of the National Cancer Institute,105*(3), 219-236.

Kissane, D. W., Bloch, S., Miach, P., Smith, G. C., Seddon, A., & Keks, N. (1997). Cognitive–existential group therapy for patients with primary breast cancer: Techniques and themes. *Journal of Psycho-oncology*, *6*, 25-33.

Kissane, D. W., Love, A., Hotton, A., Bloch, S., Smith, G., Clarke, D., ... & Raymond, S. (2004). Effect of cognitive-existen- tial group therapy on survival in early stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *22*(21), 4255-4260.

Kissane, D. W., Maj, M., & Sartorius, N. (2011). *Depression and cancer*. Chichester, Uk: John Wiley & Sons.

Lebel, S., Ozakinci ,G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., … & Butow, P. (2016). From normal response to clinical problem: Definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, *24*(8), 3265-3268.

Leung, D., & Esplan, M. J. (2010). Alleviating existential distress of cancer patients: Can relational ethics guide clinicians? *European Journal of Cancer Care*, *19*(1), 30-38.

Lykins, E. L., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation .*Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*(3), 226-41.

MacKenzie, M., Abbott, K., & Kocovsk, N. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *14*, 1599-1605.

Nanda, J. (2010). Embodied integration: Reflections on Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and a case for Mindfulness Based Existential Therapy (MBET). A single case illustration. *Existential Analysis, 21*(2), 331-350.

Peng, H. L., Hsueh, H. W., Chang, Y. H., & Ren-Hau, L. I. (2021). The Mediation and Suppression Effect of Demoralization in Breast Cancer Patients After Primary Therapy: A Structural Equation Model. *Journal of Nursing Research*, *29*(2), e144.

Robinson, S., Kissane, D. W., Brooker, J., & Burney, S. (2016). A review of the construct of demoralization: History, definitions, and future directions for palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, *33*(1), 93-101.

Thapa, P., Rawal, N., & Bista, Y. (2010). A study of depression and anxiety in cancer patients. *Nepal Medical College Journal*, *12*(3), 171-175.

World Health Organization. (2018). *Health statistics and information systems*. [online]11 oct. Available from: http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqolqualityoflife/en.

Wu¨rtzen, H., Piet, J., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(6), 1007-1020.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.1.4.1]