رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱۰، شماره پیاپی ۱۱۵، دی ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(10), 2026

مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه

Comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy on insomnia in women with breast cancer and symptoms of posttraumatic stress disorder

سید مصطفی نجم آبادی
گروه روان شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.
محمدرضا بیات (نویسنده مسئول)
گروه روانشناسی، واحد اندیمشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیمشک، ایران.
محمد مهدی جهانگیری
گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Seyed Mostafa Najmabadi
Department of Psychology, Ar.C., Islamic Azad University, Arak, Iran.
Mohammad Reza Bayat *
Department of Psychology, And.C., Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.
Mr.bayat1354@iau.ac.ir
Mohammad Mahdi Jahangiri
Department of Psychology, Ar.C., Isamic Azad University, Arak, Iran.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بود که به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۳ جهت پیگیری درمان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه جای‌گذاری شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامۀ اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5) ودرس و همکاران (۱۹۹۳) و شاخص شدت بی‌خوابی (ISI) مورین (۱۹۹۳) بود. گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار ۸ جلسه ۲ مداخله دریافت کردند. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که تفاوت میانگین پیش‌آزمون بی‌خوابی با پس‌آزمون و پیگیری معنادار است (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان داد برای هر دو مولفه تفاوت گروه-های آزمایش با گروه گواه معنادار است (P<۰/۰۰۱) و گروه هیجان‌مدار در مقایسه با گروه شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاهش بیشتری در بی‌خوابی نشان داده است (P>۰/۰۰۱). نتایج بیانگر این بود که درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی احتمالا درمان کارآمدتری برای بهبود بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه است.

واژه‌های کلیدی: *اختلال استرس پس از سانحه، بی‌خوابی، ذهن‌آگاهی، درمان هیجان‌مدار، سرطان پستان.*

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy on insomnia in women with breast cancer and symptoms of posttraumatic stress disorder. The research method was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the study included women with breast cancer and symptoms of post-traumatic stress disorder who had referred to hospitals in Tehran in 2024 for follow-up treatment. The sample size consisted of 45 people (15 people in each group) who were selected by convenience sampling and randomly assigned to three groups. The research instruments included the Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire (PCL-5) by Ders et al. (1993) and the Morin Insomnia Severity Index (ISI) by Morin (1993). The mindfulness-based cognitive therapy and emotion-focused therapy group received 8 sessions of intervention 2. The results of repeated measures analysis of variance showed that the difference in mean pre-test insomnia with post-test and follow-up was significant (P<0.001). The results also showed that for both components, the difference between the experimental and control groups was significant (P<0.001) and the emotion-focused group showed a greater reduction in insomnia compared to the mindfulness-based cognitive therapy group (P<0.001). The results indicated that emotion-focused therapy is probably a more effective treatment for improving insomnia in women with breast cancer and symptoms of post-traumatic stress disorder compared to mindfulness-based cognitive therapy.

Keywords: *Post-Traumatic Stress Disorder, Insomnia, Mindfulness, Emotion-Focused Therapy, Breast Cancer.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : تیر ۱۴۰۴** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

مقدمه

سرطان پستان در آسیا و از جمله در ایران یکی از شایع‌ترین سرطان‌هاست و دومین علت مرگ در بین زنان است؛ به طوری که میزان بروز سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۲ در هر ۱۰۰ هزار نفر و میزان شیوع آن ۱۲۰ در هر ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (حقیقت و همکاران، ۱۴۰۱). تشخیص یک بیماری تهدیدکننده زندگی نظیر سرطان پستان در زنان می‌تواند یک تجربه فوق العاده استرس‌زا باشد که نشانه‌های روانی همراه آن به عنوان اختلال استرس پس از سانحه[1] شناخته شود (کاپالدی[2] و همکاران، ۲۰۲۴). اختلال استرس پس از سانحه، پاسخی روان‌شناختی به تجربه تنش حاصل از وقایع ضربه‌آمیز یا آسیب‌زا (برای مثال ترس، درماندگی و وحشت) است که علاوه بر معیارهای تشخیصی تجربه مجدد وقایع تروماتیک، اجتناب و بیش‌انگیختگی، ملاک‌های تشخیصی تغییرات منفی پایدار در شناخت و خلق نیز به آن اضافه شده است (مریانس[3] و همکاران، ۲۰۲۳). آثار روانی و عاطفی ناشی از ابتلا به اختلال استرس از سانحه تا حدودی کیفیت خواب مبتلایان به سرطان پستان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (فلمینگ[4] و همکاران، ۲۰۱۹). بی‌خوابی در ۵۰ درصد از مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به سمت مزمن شدن می‌رود، یعنی علائم بی‌خوابی حداقل سه بار در هفته و به مدت شش ماه ادامه می‌یابد. بی‌خوابی علاوه بر مشکلات مربوط به خواب شبانه با پیامدهایی در عملکرد روزانه و تاثیرات منفی بر کیفیت زندگی همراه است (لیو[5] و همکاران، ۲۰۲۱). خستگی و خواب آلودگی روزانه، مشکلات حافظه، کاهش توجه و تمرکز، ناتوانی در لذت بردن از ارتباط با دیگران و استفاده بیشتر از خدمات درمانی از جمله پیامدهایی است که در مبتلایان به بی‌خوابی گزارش شده است (هرنتستین[6] و همکاران، ۲۰۲۳). مبتلایان به بی‌خوابی در مقایسه با افرادی که خوب نرمالی دارند در طول روز خلق افسرده، و مضطرب را بیشتر تجربه می‌کردند، و از سطح برانگیختگی بیشتری برخوردار هستند (پلاگیانی[7] و همکاران، ۲۰۲۲).

با توجه به آسیب‌هایی که اختلال استرس پس از سانحه به روند طبیعی زندگی افراد وارد می‌کند، امروزه توجه ویژه‌ای به درمان این اختلال می‌شود و در حال حاضر روش‌های درمانی متنوعی برای درمان اختلال استرس پس از سانحه مانند دارودرمانی[8]، حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم[9]، درمان شناختی رفتاری[10]، درمان تلقیح فشار روانی[11] و درمان پردازش شناختی[12] وجود دارد و شواهد تجربی از کارآمد بودن همه آنها حمایت می‌کنند (مریانس[13] و همکاران، ۲۰۲۳). اما هر کدام از درمان‌ها، از نظر طول درمان و هزینه‌هایی که بر شخص آسیب‌دیده تحمیل می‌کنند با کاستی‌هایی روبرو هستند (چانگ[14] و همکاران، ۲۰۲۳). در این میان، رویکردهای شناختی رفتاری بیشترین شواهد تجربی را به خود اختصاص داده و تبدیل به گزینه نخست درمانی در درمان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شده است (سالوجا[15]، ۲۰۲۳). ذهن‌آگاهی یکی از رویکردهای شناختی رفتاری و از منابع مهم مقابله با استرس به شمار می‌رود و ابزاری است که انسان از آن برای آزادی خود از درد، رنج و مشکلات به آن متوسل می‌شود (آنر سنگیز[16] و همکاران، ۲۰۲۳). فنون درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[17] از جمله پایش بدن، با بهبود در وضعیت شناسایی احساسات در بیماران، احتمالاً به صورت غیرمستقیم منجر به درک بهتر علائم و کاهش قضاوت‌های غیر واقع بینانه از افکار توسط بیمار و درنتیجه باعث افزایش روند بهبود بیمار می‌شود (لی[18] و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی‌های محدود محققان در جهت کمک به حل مشکلات افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه با رویکردهای مختلف حکایت از اثربخشی روش‌های ذهن‌آگاهی دارد. از آن جمله در پژوهش ارتیز و سیبینگا[19] (۲۰۱۷) نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش افسردگی، اضطراب و علائم اختلال استرس پس از سانحه و همچنین بهبود کیفیت زندگی افرادی که یک

1 Post-traumatic stress disorder (PTSD)
2 Capaldi
3 Merians
4 Fleming
5 Liu
6 Hertenstein
7 Palagini
8 Pharmacotherapy
9 Eye Movement Desensitization and Reprocessing
10 Cognitive Behavior Therapy
11 Stress Inoculation Therapy
12 Cognitive Processing Therapy
13 Merians
14 Chang
15 Saluja
16 Oner Cengiz
17 Mindfulness
18 Li
19 Ortiz & Sibinga

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

ضربهٔ روحی را تجربه کرده‌اند، می‌شود. نتایج بدست آمده از یک فراتحلیل نیز نشان داده که ذهن آگاهی کیفیت خواب ضعیف را در افراد مبتلا به اختلالات خواب طولانی مدت و کوتاه مدت کاهش می‌دهد (گنزالز – مارتین[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در مطالعه‌ای دیگر نشان داده شده که رویکردهای شناختی رفتاری برای درمان بی‌خوابی همزمان در بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی و بیماران مبتلا به التهابی روده اثربخش است (محمدی جم و همکاران، ۲۰۲۵؛ تر اوست[2] و همکاران، ۲۰۲۳). در نمونه‌ای از سالمندان نیز نشان داده شده که درمان ذهن‌آگاهی برای درمان بی‌خوابی اثربخش است (کامینو[3] و همکاران، ۲۰۲۱).

علی‌رغم توجه روزافزانی که به بهبود مولفه های روانشناختی در افراد با اختلال استرس پس از سانحه شده است، هنوز اطلاعات دقیقی درباره مداخلاتی که می‌توانند این مولفه‌ها و فرآیند و پیامدهای آن را تحت تأثیر قرار می‌دهند، در دسترس نیست (ماراکا و احمید[4]، ۲۰۲۱). یکی از روش‌های درمانی که می‌توان برای این بیماران استفاده کرد، درمان هیجان‌مدار است (کونولی[5] و همکاران، ۲۰۲۰). این دو درمان به دلیل تفاوت‌ها و مزیت‌هایی که نسبت به یک‌دیگر دارند مقایسه اثربخشی آنها را ضروری می‌کند. درمان هیجان‌مدار بر پردازش و تبدیل هیجان‌ها، به ویژه از طریق بررسی تجربیات گذشته و الگوهای دلبستگی تمرکز دارد (گاینر[6]، ۲۰۱۹)، در حالی که ذهن‌آگاهی بر آگاهی از لحظه حال و پذیرش هیجان‌ها بدون قضاوت تأکید دارد. نقاط قوت درمان هیجان‌مدار در حل مسائل عاطفی عمیق و تقویت دلبستگی ایمن نهفته است، در حالی که ذهن آگاهی در تنظیم هیجان‌ها و ارتقای احساس آرامش برتری دارد (انز[7]، ۲۰۲۱). درمان هیجان‌مدار به دلیل تاکید بر همدلی یکی از روش‌های درمانی مناسب برای کار با آسیب روانی ناشی از بیماری‌های مزمن است (کونولی و همکاران، ۲۰۲۰). در این نوع درمان هیجانات منبع اطلاعات در مورد انگیزه و عملکرد افراد در نظر گرفته می‌شود و با تاکید بر ارتباط پیچیده بین شناخت و احساس می‌تواند میزان پذیرش رنج در بیماران مبتلا به سرطان را تحت تاثیر قرار دهد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۲). درمان هیجان‌مدار در بهبود کیفیت خواب اثربخشی معناداری نشان داده است، البته نمونه مورد مطالعه از جامعه بیماران مبتلا به سرطان نبوده و شامل بیماران بستری‌شده بهبودیافته از کرونا بوده است (گلچین و همکاران، ۱۴۰۳). در بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا نیز نشان داده شده که مداخله مبتنی بر هیجان همانند درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت خواب اثربخش است (جهانشاهی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه نتایج نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر افزایش کیفیت خواب اثربخش است (بهاروندی و گل‌پرور، ۲۰۲۱).

با توجه به اثرات نامطلوب اختلال استرس پس از سانحه و پیامدهای ناشی از آن، با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمانگران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب ناشی از این اختلال کمک قابل توجهی داشت (یاحی[8] و همکاران، ۲۰۲۲). هر یک از این دو درمان نام برده شده، به تنهایی برای اختلالات روانشناختی و اثربخشی آنها مورد بررسی قرار گرفته است (جهانشاهی و همکاران، ۲۰۲۱؛ تر اوست و همکاران، ۲۰۲۳)، اما برای پی بردن به این نکته که کدام یک از این دو درمان اثربخشی بیشتری دارند، پژوهشی انجام نشده است. بنابراین ضرورت دارد روش‌های درمانی مختلف مورد مقایسه قرار گیرند تا اثربخش‌ترین و مناسب‌ترین روش مداخله شناسایی شود. دلیل انتخاب این دو رویکرد را می‌توان در تداوم مفهومی زیادی بین این دو مدل، بخصوص از نظر تأکید هر دو بر اهمیت آگاهی و تجربه مشترک انسانی به عنوان هسته رفاه و سلامت وجود دارد دانست (سیلسون[9] و همکاران، ۲۰۱۸).

در مجموع می‌توان گفت که ختلال استرس پس از سانحه پاسخی شایع به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان پستان محسوب می‌شود که پیامدهای ناگوار متعددی با خود به همراه دارد. از جمله این پیامدها بی‌خوابی می‌باشد که نیازمند ارائه مداخله‌های کارآمد و اثربخش است. بنابراین وجود پژوهش‌هایی در این زمینه می‌تواند در بهبود کارایی و اثربخشی مداخلاتی که توسط روان‌شناسان و متخصصان این حوزه به کار گرفته می‌شود، کمک کننده باشد. با نظر به کارآیی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار در کاهش آسیب‌های روانشناختی و بهبود پردازش‌های شناختی، روانشناختی و هیجانی افراد مختلف، هدف پژوهش حاضر پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بود.

1 González-Martín
2 Ter Avest
3 Camino
4 Maraqa & Ahmead
5 Connolly
6 Gayner
7 Enez
8 Yahi
9 Cillessen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان دارای نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بود که به بیمارستان‌های شهر تهران (بیمارستان‌های طالقانی، شریعتی، هفت تیر و موسسه خیریه سمر) در سال ۱۴۰۳ جهت پیگیری درمان مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری به صورت دردسترس انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از نرم افزار تخصصی GPower نسخه ۳/۱ استفاده گردید. در این مطالعه با توجه به سه گروه، توان ۹۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. روند نمونه‌گیری به این صورت یود که با مراجعه به بیمارستان‌های ذکر شده، از زنان مبتلا به سرطان پستان لیستی به دست آمد. سپس با این زنان تماس برقرار نموده و در رابطه با طرح تحقیق توضیحاتی داده شد و از زنانی که دارای ملاک‌های ورود بودند برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد و تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. روش تصادفی‌سازی به این شکل بود که پس از انجام مصاحبه روان شناختی و بررسی پرونده‌های بیماران، از بین بیمارانی که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش هستند تعداد ۱۵ نفر با استفاده از روش قرعه کشی توسط فردی غیر از پژوهشگر در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص بیماری سرطان پستان توسط متخصص سرطان، کسب نمره بالاتر از ۳۳ در پرسشنامۀ اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5)، سن ۳۰ تا ۵۰ سال، تمایل به همکاری و عدم دریافت خدمات مشاوره در خارج در جلسات درمان بود، عدم استفاده از داروهای روانگردان، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های سرطان یا بیماری‌های مزمن (دیابت، بیماری قلبی- عروقی) و عدم نشانه‌های سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی (طبق ارزیابی پژوهشگر بر اساس مصاحبه تشخیصی) بود. غیبت در بیش از دو جلسه درمانی و عدم تمایل به همکاری و ادامه درمان از معیارهای خروج از مطالعه بود. علاوه بر رضایت آگاهانه، رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات، عدم تداخل جلسات مداخله پژوهش با برنامه‌های درمان سرطان شرکت‌کنندگان و اولویت بودن پیگیری درمان شخصی، فرآهم آوردن حمل و نقل مناسب و هزینه آن برای شرکت در جلسات در صورت نیاز و درخواست افراد شرکت کننده در پژوهش، اختیاری بودن خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای از پژوهش، همچنین امکان دریافت هر یک از مداخله‌ها برای گروه کنترل به صورت رایگان دیگر ملاحظه اخلاقی پژوهش حاضر بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد.

ابزار سنجش

چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5)[1]: این چک‌لیست توسط ودرس[2] و همکاران در سال ۱۹۹۳ طراحی شده شامل ۱۷ گویه است که در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت شامل صفر (هرگز)، یک (بسیار کم)، دو (متوسط) سه (زیاد) و چهار (همیشه) نمره گذاری می شود. امتیاز کلی در محدوده ۰ تا ۸۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بیشتر اختلال استرس پس از سانحه در افراد است و نمره برش آن نیز ۳۳ است. پایایی چک‌لیست اصلی به وسیله بازآزمایی با فاصله دو هفته برابر با ۰/۹۶ و روایی همگرا با ابزار اختلال استرس پس از سانحه می سی سی پی برابر با ۰/۹۳ (P<۰/۰۱) گزارش شده است (ودرس و همکاران، ۱۹۹۳). در مطالعه ورمقانی و همکاران (۱۳۹۷) میزان آلفای کرانباخ برابر با ۰/۹۲ بدست آمد و همبستگی معنادار بین نمرات این مقیاس با نمرات مقیاس اختلال تنیدگی پس از سانحه می‌سی‌سی‌پی بیانگر روایی همگرای مطلوب (۰/۷۴) و با نمرات تاب‌آوری نشان دهنده روایی واگرای مطلوب (۰/۴۶-) چک‌لیست بود. در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ چک‌لیست ۰/۹۱ بدست آمد.

شاخص شدت بی‌خوابی (ISI)[3]: این شاخص یک ابزار خودارزیابی کوتاهی است که در سال ۱۹۹۳ توسط مورین[4] طراحی شده است. در این شاخص از ۷ گویه برای ارزیابی ادراک فرد از بی‌خوابی خود و سنجش شدت آن استفاده می‌شود. نمره‌گذاری نتایج به صورت ۰ (هرگز) تا ۴ (بسیار شدید) برای ۳ سؤال اول و ۰ (بسیار راضی) تا ۴ (بسیار ناراضی) برای ۴ سؤال بعدی صورت می‌گیرد. نمره کل شاخص از طریق جمع کردن نمره گویه‌ها به دست می‌آید و نمرات بالاتر نشان دهنده شدت بی‌خوابی است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۸ خواهد بود. نمرات ۱۵ تا ۲۱ نشان دهنده بی‌خوابی متوسط و ۲۲ تا ۲۸ نشان‌دهنده بی‌خوابی شدید است. همسانی درونی شاخص با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده و روایی همگرا با همبستگی‌های معنادار بین نمره کل شاخص و معیارهای خستگی،

1 Posttraumatic stress disorder checklist; PCL-5
2 Weathers
3 *Insomnia Severity Index* (ISI)
4 Morin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی با ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۳۰ گزارش شده است (مورین و همکاران، ۲۰۱۱). در نمونه ایرانی مقدار آلفای کرونباخ شاخص ۰/۸۷ بدست آمده و همبستگی معنادار آن با شاخص کیفیت خواب پیتسبورگ ۰/۵۸ و مقیاس خواب‌آلودگی اپورت ۰/۴۲ بیانگر روایی همگرا شاخص بود (یزدی و همکاران، ۲۰۱۲). در پژوهش حاضر مقدار آلفای کرونباخ شاخص ۰/۸۹ بدست آمد. در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اساس کتاب ذهن‌آگاهی کابات زین[1] (۲۰۰۵) در ۸ جلسه تقریبا دو ساعته و هر هفته یک جلسه به صورت گروهی برای یکی از گروه‌های آزمایش اجرا گردید که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول۱. خلاصه جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوا	مباحث
یکم	هدایت خودکار	تشریح ماهیت تشکیل جلسه و بیان اهداف درمان، بیان لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی و تاثیر آن بر بی خوابی، اضطراب و افسردگی و بحث پیرامون چگونگی سیستم هدایت خودکار
دوم	رویارویی با موانع	مرور آموخته‌ها و تکالیف جلسه یکم، تمرین وارسی بدن و دادن بازخورد به شرکت‌کنندگان، ارائه مبحث مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس
سوم	حضور ذهن از تنفس	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین مراقبه نشسته و دادن بازخورد به شرکت‌کنندگان و ارائه مبحث تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای
چهارم	ماندن در زمان حال	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، ارائه مبحث تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، تمرین مجدد ذهن‌آگاهی تنفس و اسکن بدن
پنجم	مجوز حضور	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین تنفس، ارائه مبحث مراقبه نشسته" آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار"، توضیحاتی پیرامون استرس و رابطه آن با رنج، آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی
ششم	افکار حقایق نیستند	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین یوگای هوشیارانه و ارائه مبحث متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین و تمرین مراقبه‌ی نشسته
هفتم	چطور میتوانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، ارائه‌ی مبحث بهداشت روان، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش برای کاهش اضطراب و تمرینات جلسات قبل
هشتم	پذیرش و تغییر	مرور آموخته‌ها و تکالیف قبلی، تمرین وارسی بدن، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات

پروتکل درمان هیجان‌مدار، بر اساس رویکرد گرینبرگ (۲۰۰۴) در ۸ جلسه تقریبا دو ساعته و هر هفته یک جلسه به صورت گروهی برای یکی از گروه‌های آزمایش اجرا گردید که خلاصه آن در جدول ۲ ارائه شده است

جدول۲. خلاصه جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه اول	۱ـ برقراری رابطه درمانی با مراجعان (رابطه مبتنی بر همدلی و بازخورد احساسات) ۲ـ ارزیابی انتظارات و نگرانی های مراجعان ۳ـ آموزش مراجعان درباره درمان ۴ـــ توزیع بروشورهایی در باره هیجان، آموزش هیجانی، شناسایی هیجان، ارایه برگه ثبت هیجانی (در تمامی جلسات این برگه‌ها همراه مراجعان آورده می‌شود و در هر جلسه بازخورد می‌گیرند). ۵ـ شناسایی چرخه تعامل معیوب
جلسه دوم	۱ـبازگشایی مشکل اعضای گروه و مشاهده پردازش هیجان از طریق گوش دادن به مشکل فعلی وشناسایی تجربه هیجانی دردناک ۲ـ شروع آگاهی هیجانی و توزیع برگه های ثبت هیجانی، شناسایی افکار هوشمند به لحاظ هیجانی. .
جلسه سوم	۱ـهمراهی، مشاهده و سبک پردازش هیجانی شرکت کنندگان در گروه اا‌ز طریق مراحل شناسایی اگاهی، پذیرش و تحمل و تنظیم هیجانی
جلسه چهارم	۱ـ بازگشایی هیجانات اولیه، ثانویه و ابزاری از طریق کار بر روی نشانه و استفاده از فنون کار با صندلی خالی

1 Kabat– zinn

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

	۲_ بازگشایی هیجان اصلی شرکت کنندگان از طریق کار با صندلی خالی
جلسهٔ پنجم :	ادامه شناسایی، بازنمایی و تنظیم هیجانات زیر بنایی سازگار/ ناسازگار
جلسهٔ ششم	۱- شناسایی و کار بر روی انسدادهای دسترسی به هیجانات اولیه و ثانویه و تجربه
	۲-رد گیری و شناسایی موضوعات و تصاویر ابژه‌های احتمالی
	۳-ادامه شناسایی بر روی نشانگرهای نمودار شده و کار با نصاویر باقی مانده از طریق استفاده از هنرهای بیانگر مثل کار با بدن، موسیقی و حرکات
جلسهٔ هفتم	۱-رسیدن به بینش در حین باز نمایی ابژه
	۲-ارزیابی اینکه چگونه معانی جدید باعث خلق خود جدید می‌شوند
جلسهٔ هشتم	۱- تثبیت خود جدید و تعمیم به آینده

یافته ها

نتایج بدست آمده نشان داد که فراونی سطح تحصیلات دیپلم و کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد و بالاتر در گروه هیجان‌مدار به ترتیب ۴ (۲۶/۷۰ درصد)، ۸ (۵۳/۳۰ درصد) و ۳ (۲۰ درصد)، برای گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب ۳ (۲۰ درصد)، ۸ (۵۳/۳۰ درصد) و ۴ (۲۶/۷۰ درصد) و برای گروه کنترل نیز ۳ (۲۰ درصد)، ۱۰ (۶۶/۷۰ درصد) و ۲ (۱۳/۳۰ درصد) بود. همچنین وضعیت تامل مجرد و متاهل در گروه هیجان‌مدار به ترتیب ۵ (۳۳/۳۰ درصد) و ۱۰ (۶۶/۷۰ درصد)، برای گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب ۶ (۴۰ درصد) و ۹ (۶۰ درصد) و برای گروه کنترل نیز ۵ (۳۳/۳۰ درصد) و ۱۰ (۶۶/۷۰ درصد) بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن و مدت بیماری در گروه هیجان‌مدار به ترتیب ۴۲/۷۳±۵/۱۵ و ۳/۹۳±۱/۴۴، برای گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به ترتیب ۴۲/۰۷±۴/۶۹ و ۳/۸۷±۱/۵۵ و برای گروه کنترل نیز ۴۱/۸۰±۵/۲۴ و ۲/۹۳±۱/۵۳، بود. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر پژوهش در گروه‌های پژوهش ارائه شده است.

جدول۳. میانگین و انحراف استاندارد بی‌خوابی

متغیر	گروه	میانگین			انحراف استاندارد		
		پیش‌آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
بی‌خوابی	گواه	۲۰/۹۳	۲۰/۷۳	۲۱/۲۶	۱/۴۸	۱/۴۸	۱/۶۲
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲۱/۲۶	۱۶/۱۳	۱۸/۶۶	۱/۶۲	۱/۲۴	۱/۱۷
	هیجان‌مدار	۲۱/۱۳	۱۴	۱۶	۱/۶۴	۱/۳۰	۱/۸۳

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است که حاکی از کاهش مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ها در مقایسه با پیش‌آزمون برای گروه‌های آزمایش پژوهش است. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت و نتایج بدست آمده برای برای آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد که پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مراحله آزمون رعایت شده است (P>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لوین نیز نشان می‌دهد پیش‌فرض همگنی واریانس متغیر پژوهش بین‌گروه‌ها در سه مرحله آزمون نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). برای آزمون ام باکس و کرویت موچلی سطوح معناداری بدست آمده بیشتر از ۰/۰۵ بود که بیانگر برقرار بودن پیش‌فرض همگنی کوواریانس‌ها و فرض موچلی بود. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ارائه شده است.

جدول۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

منبع		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آزمون
درون گروهی	مراحل آزمون	۳۸۵/۳۵	۲	۱۹۲/۶۷	۱۳۱/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

	تعامل مراحل و گروه	۲۱۰/۶۱	۴	۵۲/۶۵	۳۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱
	خطا	۱۲۳/۳۸	۸۴	۱/۴۷				
بین گروهی	گروه	۳۵۰/۴۲	۲	۱۷۵/۲۱	۶۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
	خطا	۱۱۸/۳۶	۴۲	۲/۸۲				

نتایج بدست آمده در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت مراحل آزمون، عضویت گروهی و تعامل مراحل و گروه معنادار است (P<۰/۰۱). برای بررسی نقاط تفاوت در مولفه‌های معنادار از مقایسه زوجی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول۵. مقایسه زوجی تفاوت های بین گروهی و مراحل آزمون بر اساس میانگین های تعدیل شده بی‌خوابی

مراحل پژوهش	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای انحراف معیار	مقدار P
پیش‌آزمون	گواه	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	-۰/۲۰	۰/۵۲	۱
		هیجان‌مدار	-۰/۳۳	۰/۵۲	۱
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	هیجان‌مدار	۰/۱۳	۰/۵۲	۱
پس‌آزمون	گواه	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۴/۷۳	۰/۵۳	۰/۰۰۱
		هیجان‌مدار	۶/۸۱	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	هیجان‌مدار	۲/۰۸	۰/۵۳	۰/۰۰۱
پیگیری	گواه	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	۲/۷۳	۰/۴۷	۰/۰۰۱
		هیجان‌مدار	۴/۴۸	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی	هیجان‌مدار	۱/۷۴	۰/۴۷	۰/۰۰۱

نتایج بدست آمده از جدول ۵ نشان می‌دهد که هر دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بی‌خوابی در مقایسه با گروه گواه اثربخشی معناداری داشته است (P<۰/۰۰۱) و این اثربخشی برای گروه هیجان‌مدار در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بیشتر بود است (P<۰/۰۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد که نتایج در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بود. نتایج بدست آمده نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه اثربخشی معناداری داشته است. این یافته با نتایج ارتیز و سیبینگا(۲۰۱۷)، گنزالز – مارتین و همکاران (۲۰۲۳)، محمدی جم و همکاران (۲۰۲۵)، تر اوست و همکاران (۲۰۲۳) و کامینو و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که اختلال استرس پس از سانحه، پاسخی روان‌شناختی به تجربه تنش حاصل از وقایع ضربه‌آمیز یا آسیب‌زا است که علاوه بر معیارهای تشخیصی تجربه مجدد وقایع تروماتیک، اجتناب و بیش‌انگیختگی، ملاک‌های تشخیصی تغییرات منفی پایدار در شناخت و خلق نیز به آن اضافه شده است. بر همین اساس و با توجه به پیشینه نظری و تحقیقات انجام شده، سازوکار اصلی درگیر در تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مربوط به تأثیر عمیقی است که این روش بر افکار باورهای نادرست و اصلاح رفتارهای نامناسب زنان مبتلا به سرطان پستان می‌گذارد. آگاهی از مشکل بی‌خوابی و اصلاح افکار به واسطه فاجعه تلقی نکردن بی‌خوابی و درک خطاهای شناختی و با خاصیت درمانی و در نهایت امید به بهبودی، منجر به در هم شکستن عوامل شناختی تداوم بخش بی‌خوابی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (گنزالز – مارتین و همکاران، ۲۰۲۳). در تبیین دیگر می‌توان بیان داشت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق افزایش ثبات

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

هیجانی، آگاهی لحظه‌ای، توانایی آزاد بودن در تجربه شخصی بدون قضاوت و توانایی تفکر هدفمند به جای نشخوار فکری منفی می‌تواند کیفیت خواب را در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بهبود بخشد. تکنیک‌های درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی و پذیرش فرد از محرک‌های بیرونی و درونی (مانند افکار هیجان‌ها و احساسات) برانگیختگی فیزیولوژیکی افراد مبتلا به بی‌خوابی را کاهش می‌دهد و می‌تواند به بهبود کیفیت خواب منجر شود. به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی علاوه بر کاهش نشخوارهای فکری منفی، مشکلات خواب را از طریق افزایش سطح ملاتونین، کاهش برانگیختگی از طریق تغییر شناخت و با پرداختن تنفس بهبود می‌بخشد (ارتیز و سیبینگا، ۲۰۱۷). در مجموع به نظر می‌رسد که در این درمان زنان مبتلا به سرطان پستان یاد گرفتند که کدام یک از افکار خودایند در فرایند خواب آن‌ها تداخل ایجاد می‌کند و آموختند تا افکار مقابله‌ای را جانشین آنها نمایند.

همچنین نتایج بیانگر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه بود. این یافته با نتایج گلچین و همکاران (۱۴۰۳)، جهانشاهی و همکاران (۲۰۲۱) و بهاروندی و گل‌پرور (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین یافته بدست آمده می‌توان گفت که از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار کاملاً در تعامل یکدیگر هستند، راهبردهای هیجان‌مدار با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم‌های شناختی و سپس تنظیم هیجان می‌شود (کونولی و همکاران، ۲۰۲۰) بنابراین آموزش این روش توانست موجب بهبود کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شود. با این رویکرد بیمار اطلاعاتی درباره‌ی خواب طبیعی یا متوسط خود دریافت کرد. یاد گرفت چگونه خواب خود را تنظیم کند و تشویق شد بهداشت خواب مناسب را رعایت کند. نوعاً بیمار یاد گرفت نشانه‌هایی که ممکن است بی‌خوابی را ایجاد کنند تشخیص دهد و آنها را از بین ببرد و عادت‌های جدیدی یاد گرفت که موجب خواب بهتر شد. بیماران از افکار و انتظارات خود درباره خواب آگاه‌تر شدند و بعداً بهتر قادر بودند آنها را تغییر دهند. از آنجایی که هیجان‌ها قبل از رفتارها واقع می‌شوند و سازگاری فرد را با ضروریات محیط فیزیکی و اجتماعی بهینه می‌سازند. هیجان با هماهنگ کردن فرایندهای ذهنی، زیستی و انگیزشی موجب می‌شود وضعیت فرد با محیط تثبیت شود و ضمن تجهیز وی با پاسخ‌های ویژه و کارآمد مناسب با مسائل، در نهایت موجب کاهش مشکلات بی‌خوابی شود (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۲). درمان هیجان‌مدار، بیمار مبتلا به سرطان پستان را به این آگاهی می‌رساند که اگر چه نمی‌تواند حوادث قطعی زندگی‌شان را تغییر دهند و یک سری از مسائل وجود دارد که از کنترل آنها خارج است، اما می‌تواند یاد بگیرد تا روش مقابله با آنها را تغییر دهند و در مقابل آن رویداد واکنش نشان دهد. بنابراین به کمک این درمان می‌توان شیوه و نگرش فرد نسبت به حقیقت بیماری سرطان پستان، شناخت هیجانات مرتبط به آن را کنترل نمود تا کیفیت خواب را در این افراد افزایش داد. در تبیین دیگر این یافته می‌توان این نکته را نیز اضافه نمود که درمان هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند تا احساساتی را که ممکن است در بی‌خوابی آنها نقش داشته باشند، مانند اضطراب، استرس یا آسیب‌های گذشته، شناسایی، پردازش و تنظیم کنند (کونولی و همکاران، ۲۰۲۰). بر همین اساس می‌توان چنین استنباط کرد که درمان هیجان‌مدار باعث استفاده مؤثر زنان مبتلا به سرطان پستان از راهبردهای مثبت تنظیم هیجان شده است. بنابراین در رویارویی با مشکلات، ذهن خود را به فعالیت‌ها و تجارب مثبت معطوف می‌کنند و بر سازنده بودن رویداد ناگوار تأکید کرده‌اند و از میزان اهمیت و جدیت آن کاسته‌اند. پس نتایج هیجانی مثبت باعث بهبود کیفیت خواب بهتر در آنان شده است.

در نهایت نتایج بیانگر اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بی‌خوابی بوده است. این یافته با نتایج بدست آمده از پژوهش‌های شریف‌زاده و همکاران (۱۴۰۴) و حبیبی کیلک و همکاران (۱۴۰۳) همسو بود. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار می‌توان این گونه بیان داشت که درمان هیجان‌مدار، ممکن است در زمینه‌های خاصی مانند تنظیم هیجان‌ها و مدیریت درد در مقایسه با ذهن‌آگاهی مؤثرتر باشد (گرینبرگ و واتسون، ۲۰۲۲). این امر از آن جهت اهمیت دارد که مبتلایان به بی‌خوابی در طول روز خلق افسرده و مضطرب را بیشتر تجربه می‌کردند، و از سطح برانگیختگی بیشتری برخوردار هستند که می‌تواند ریشه در ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها و دردهای ناشی از سرطان پستان باشد (پلاگیانی و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به اینکه درمان هیجان‌مدار در بهبود دردها و تجربه هیجانی از طریق پردازش هیجان‌ها توجه دارد، بنابراین این احتمال وجود دارد که در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی که توجه چندانی به بررسی و پردازش هیجان‌ها ندارد، اثربخشی بیشتری نشان دهد. به عبارتی درمان هیجان‌مدار از سویی از طریق نظم بخشی هیجانی به کاهش اضطراب، آشفتگی، خشم و سایر هیجان‌های منفی می‌پردازد و از سویی دیگر با فعال‌سازی عواطف انطباقی مانند خودارزشمندی، علاقمندی، شادکامی، همدلی و سایر عواطف مثبت کیفیت خواب را بهبود می‌بخشد. از سویی دیگر اثربخشی بیشتر درمان هیجان‌مدار نسبت به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی را مرتبط با این تبیین دانست که زنان مبتلا به سرطان پستان در مواجهه با بیماری به دنبال جلوگیری و تسکین فوری هیجانات منفی خود هستند و از شیوه‌های

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

هیجان‌مدار بیش از شیوه‌های مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. از آنجا که شناخت، عاطفه، هیجان و رفتار کاملاً در تعامل یکدیگر هستند، راهبردهای هیجان‌مدار با کنترل توجه و عواقب شناختی هیجان موجب تغییر عملکرد سیستم‌های شناختی و سپس تنظیم هیجان می‌شود بنابراین آموزش این روش احتمالا توانست در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود بیشتر کیفیت خواب در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شود.

در مجموع نتایج بدست آمده نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار هر دو بر بی‌خوابی در زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه اثربخش بوده است و در این میان درمان هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نشان داده است. بر همین اس مشاوران و روان‌شناسان از درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار می‌توانند در کلاس‌های آموزشی، جهت کاهش مشکلات خواب در افراد با اختلال استرس پس از سانحه بهره ببرند. پیشنهاد می‌شود در مراکز روان‌شناختی و مشاوره، کارگاه‌ها و برنامه‌هایی در زمینه آشنایی و آگاهی‌رسانی هر چه بیشتر در این زمینه برگزار گردد. پیشنهاد می‌شود درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار به عنوان یک اصل در یادگیری جزو اهداف در برنامه‌های آموزشی در مراکز درمانی قرار گرفته و این‌گونه بسته‌های آموزشی برای استفاده افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مورد استفاده قرار گیرد.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی نیز مواجه بود. از جمله محدودیت‌های عمده این پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری این پژوهش که به صورت در دسترس بوده، اشاره کرد که ممکن است تا اندازه‌ای قابلیت تعمیم‌دهی نتایج و روایی بیرونی پژوهش را دچار مشکل کند. در این تحقیق نمونه‌گیری فقط در گسترهٔ زنان مبتلا به سرطان پستان بود که به بیمارستان‌های شهر تهران مراجعه کرده بودند، انجام شد که این امر تعمیم نتایج تحقیق را با محدودیت مواجه می‌سازد. همچنین عدم بررسی اثر متغیرهایی مانند شدت نشانگان استرس پس از ضربه و مدت ابتلا به سرطان از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بر همین اساس برای بهبود تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی از اثربخشی درمان در گروه‌های دیگر استفاده گردد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در منطقه جغرافیایی وسیع‌تری انجام شود تا با اطمینان بیشتری نسبت به تعمیم نتایج پرداخته شود.

منابع

حبیبی کیلک، آ؛ خدابخش، م؛ باقرزاده گلمکانی، ز. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیجان مدار بر سوگ در مراقبین بیماران مبتلا به سرطان. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۱۰)،۲۰۰-۱۹۱. http://frooyesh.ir/article-1-5677-fa.html

حقیقت، ش؛ امیدی، ز. و قنبری مطلق، ع. (۱۴۰۱). روند بروز سرطان پستان در ایران در یک بازه زمانی ۱۵ ساله مطابق گزارش ثبت سرطان کشور . *بیماری‌های پستان ایران*، ۱۵ (۲)، ۱۷-۴. 10.30699/ijbd.15.2.4

شریف‌زاده، م؛ رازقی، ن؛ آقایی، ح. و طباطبایی، س. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *روان پرستاری*، ۱۳ (۲)، ۲۳-۱۴.http://ijpn.ir/article-1-2490-fa.html

گلچین، آ؛ اکبری امرغان، ح؛ نجات، ح. و مسعودی، ش. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان با درمان مبتنی بر ذهن مشفق بر کیفیت خواب در بیماران بستری‌شده بهبودیافته از کرونا. *رویش روان شناسی*، ۱۳ (۱۱)، ۱۷۵-۱۸۴. http://frooyesh.ir/article-1-5842-fa.html

ورمقانی، ح؛ فتحی آشتیانی، ع. و پورشریفی، ح. (۱۳۹۷). بررسی ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی فهرست اختلال استرس پس از ضربه منطبق با ویراست پنجم نظام تشخیصی و آماری اختلالات روانی. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۹(۳)، ۱۳۱-۱۴۲. doi: 10.22059/japr.2018.69707

Behvandi, N., & Golparvar, M. (2021). Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Yafteh*, *23*(4), 1-11. http://eprints.lums.ac.ir/id/eprint/3421

Camino, M., Satorres, E., Delhom, I., Real, E., Abella, M., & Meléndez, J. C. (2022). Mindfulness-based Cognitive Therapy to Improve Sleep Quality in Older Adults with Insomnia. *Psychosocial intervention*, *31*(3), 159–167. https://doi.org/10.5093/pi2022a12.

Capaldi, J. M., Shabanian, J., Finster, L. B., Asher, A., Wertheimer, J. C., Zebrack, B. J., & Shirazipour, C. H. (2024). Post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder, and post-traumatic growth among cancer survivors: a systematic scoping review of interventions. *Health psychology review*, *18*(1), 41-74. https://doi.org/10.1080/17437199.2022.2162947

Chang, Y. C., Tseng, T. A., Lin, G. M., Hu, W. Y., Wang, C. K., & Chang, Y. M. (2023). Immediate impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) among women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC women's health*, *23*(1), 331. https://doi.org/10.1186/s12905-023-02486-x.

Cillessen, L., Schellekens, M. P. J., Van de Ven, M. O. M., Donders, A. R. T., Compen, F. R., Bisseling, E. M. & Speckens, A. E. M. (2018). Consolidation and prediction of long-term treatment effect of group and online mindfulness-based cognitive therapy for distressed cancer patients. *Acta Oncologica*, *57*(10), 1293-1302. https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1479071

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]

Connolly, A., Timulak, L., Hession, N., & Coleman, N. (2020). Emotion-focused therapy for anxiety and depression in women with breast cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *50*(2), 113-122. https://doi.org/10.1007/s10879-019-09439-2.

Enez, Ö. (2021). An overview of emotion-focused therapy. *Current Research and Reviews in Psychology and Psychiatry*, *1*(1), 77-95. 536-548. https://doi.org/10.1037/a0028259.

Fleming, L., Randell, K., Stewart, E., Espie, C. A., Morrison, D. S., Lawless, C., & Paul, J. (2019). Insomnia in breast cancer: a prospective observational study. *Sleep*, *42*(3), zsy245. https://doi.org/10.1093/sleep/zsy245

Gayner, B. (2019). Emotion-focused mindfulness therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *18*(1), 98-120. https://doi.org/10.1080/01926180390232266.

González-Martín, A. M., Aibar-Almazán, A., Rivas-Campo, Y., Marín-Gutiérrez, A., & Castellote-Caballero, Y. (2023). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on older adults with sleep disorders: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, *11*, 1242868. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1242868

Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *11*(1), 3-16. https://doi.org/10.1002/cpp.388

Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2022). Emotion-focused therapy for depression: Canadian contributions. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *54*(2), 152-162. https://doi.org/10.1037/cbs0000317

Hertenstein, E., Benz, F., Schneider, C. L., & Baglioni, C. (2023). Insomnia—A risk factor for mental disorders. *Journal of sleep research*, *32*(6), e13930. https://doi.org/10.1111/jsr.13930

Jahanshahi, N., Asgari, P., Naderi, F., & Heidari, A. (2021). Effectiveness of positive mindfulness therapy and emotion-focused cognitive-behavioral therapy in improving pain perception and sleep quality in fibromyalgia patients. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, *6*(4), 564-572. 10.52547/ijmpp.6.4.564

Kabat– zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta trade paperback

Li, H., Qin, W., Li, N., Feng, S., Wang, J., Zhang, Y., & Liu, Y. (2023). Effect of mindfulness on anxiety and depression in insomnia patients: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *14*, 1124344. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1124344

Liu, H. P., Wei, J. C. C., Yip, H. T., & Yeh, M. H. (2021). Association of insomnia, depressive disorders, and mood disorders as risk factors with breast cancer: a nationwide population-based cohort study of 232,108 women in taiwan. *Frontiers in Oncology*, *11*, 757626. https://doi.org/10.3389/fonc.2021.757626

Maraqa, B. N., & Ahmead, M. (2021). Quality of life and post-traumatic stress disorder among adult females with cancer in Palestine: a cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 1904699 . https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1904699

Merians, A. N., Spiller, T., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H. (2023). Post-traumatic stress disorder. *Medical Clinics*, *107*(1), 85-99. https://www.appi.org/Products/DSM-Library/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disord?sku=2554

Mohamadi Jam, M., Rasouli, A., Nejad-Ebrahim Soumee, Z., Doosalivand, H., & Saed, O. (2025). Integration of sleep and emotion treatment: a randomized trial of transdiagnostic CBT for comorbid insomnia. *BMC psychiatry*, *25*(1), 397. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06832-1.

Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, *34*(5), 601-608. https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.601

Oner Cengiz, H., Bayir, B., Sayar, S., & Demirtas, M. (2023). Effect of mindfulness-based therapy on spiritual well-being in breast cancer patients: a randomized controlled study. *Supportive Care in Cancer*, *31*(7), 438. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07904-2.

Ortiz, R., & Sibinga, E. M. (2017). The role of mindfulness in reducing the adverse effects of childhood stress and trauma. *Children*, 4(16), 1-19. https://doi. org/10. 3390/children4030016.

Palagini, L., Hertenstein, E., Riemann, D., & Nissen, C. (2022). Sleep, insomnia and mental health. *Journal of sleep research*, *31*(4), e13628. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101565

Saluja, A. (2023). *Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on Post-Traumatic Growth and Quality of Life among Breast Cancer Patients*. Mental Health and Well-being—New Paradigms.

Ter Avest, M. M., van Velthoven, A. S., Speckens, A. E., Dijkstra, G., Dresler, M., Horjus, C. S., & Huijbers, M. J. (2023). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in reducing psychological distress and improving sleep in patients with Inflammatory Bowel Disease: study protocol for a multicentre randomised controlled trial (MindIBD). *BMC psychology*, *11*(1), 183..https://doi.org/10.1186/s40359-023-01127-0.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. In annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX (Vol. 462).

Yahi, F., Lequesne, J., & Joly, F. (2022). Post-traumatic stress disorder symptoms and associated factors in breast cancer patients during the first COVID-19 lockdown in France. *Frontiers in psychology*, *13*, 768043. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.768043

Yazdi, Z., Sadeghniiat-Haghighi, K., Zohal, M. A., & Elmizadeh, K. (2012). Validity and reliability of the Iranian version of the insomnia severity index. *The Malaysian journal of medical sciences MJMS*, *19*(4), 31–36. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3629678.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.10.181]