

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- وجودی و گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی 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

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.

سara Rashti (نویسنده مسئول)

دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی،
دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

دکتر ایران داوودی

استادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید
چمران اهواز، اهواز، ایران.

دکتر سودابه بساک نژاد

استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید
چمران اهواز، اهواز، ایران.

دکتر مهناز مهرابی زاده هنرمند

استاد گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه شهید
چمران اهواز، اهواز، ایران.

چکیده

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.

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- وجودی و درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. روش پژوهش، نیمه آزمایشی و 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 ذهن آگاهی و گواه گمارده شدند. برای گرداری 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 داد که بین نشانگان افت روحیه و تجربه لذت در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری وجود دارد ($P<0.001$). هم‌چنین، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی، به میزان بیشتری باعث کاهش افت روحیه بازماندگان سرطان پستان و افزایش تجربه لذت در این افراد می‌شود ($P<0.001$). در نتیجه می‌توان با اضافه کردن تمرینات ذهن آگاهی به درمان شناختی- وجودی، به میزان بیشتری افت روحیه را کاهش و تجربه لذت را افزایش داد.

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

Keywords: existential-cognitive therapy, mindfulness-based existential-cognitive therapy, demoralization, experience of pleasure, breast cancer

مقدمه

سرطان^۱ 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^۲، ۲۰۱۸). از انواع شایع آن، سرطان پستان^۳ می‌باشد که متدالوی ترین 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 احتمالاً عوامل محیطی می‌تواند خطر ابتلا به سرطان پستان را افزایش دهد (ایزک، یان و جان^۴، ۲۰۱۳)، ولی در اکثر بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، از بعد روان شناختی آن چشمپوشی می‌شود و این در حالی است که بیشتر این بیماران با مشکلات روان شناختی، که از بیماری‌های مزمن و درمان‌های آن‌ها ناشی می‌شوند، روبرو هستند (بونگ^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). یکی از مشکلات رایج بیماران مبتلا به سرطان که در مراکز درمانی مشاهده می‌شود نشانگان افت روحیه است (ساربزاده، مظفری و رحیمیان بوگر، ۱۳۹۷). کیسان^۶ و همکاران (۲۰۰۴) نشانگان افت روحیه را به عنوان تشخیص روانپزشکی آزدگی و رنج وجودی توصیف کردند. لذا این گونه می‌توان درنظر گرفت که هسته مرکزی نشانگان افت روحیه، شناخت‌هایی از درمان‌گی و احساس شکست فردی ناشی از حس گیرافتادن در یک موقعیت بوده و با وضعیت هیجانی نامیدی، فقدان معنا و هدف همراه است (رابینسون، کیسان، بروکر و بورنی^۷، 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 آزدگی وجودی است (کیسان، ماج و ساربزیوس^۸، 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^۹) می‌نامند (تابا، راوال و بیستا^{۱۰}، 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 درمان‌گی 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 (قرلباش، 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 (بل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶)، افت روحیه (رابینسون و همکاران، ۲۰۱۶)، نگرانی از آینده و رنج و عدم لذت نشان می‌دهد (آلکاسی اقلو^{۱۲} 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^{۱۳}، 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

در همین راستا، کیسان^۱ و همکاران (۱۹۹۷) گروه درمانی شناختی- وجودی را برای استفاده از مزایای حاصل از تلفیق جنبه‌هایی از دو رویکرد روان درمانی شناختی بک^۲ (۱۹۷۶) و روان درمانی وجودی بالوم^۳ (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 آسیب‌زا 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 موقع درگیر نشخوارهای ذهنی اضطراب برانگیز مربوط به احتمال بازگشت بیماری یا متابستار به قسمت‌های دیگر بدن خود نیز می‌شوند (حیدریان، زهرآکار 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 مقابله 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^۴؛ هایز، لوما، بوند، ماسودا و لی لیز^۵، 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 این که 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 افروzen درمان‌های ذهن آگاهی می‌توان به ارتقاء توانایی فرد برای نظم جویی 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^۶، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش چامبرز، گولون و آلن^۷ (۲۰۰۹) در بررسی نقش ذهن آگاهی در عاطفه و خلق نشان می‌دهد که ذهن آگاهی 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 ذهن آگاهی می‌تواند به صورت مکمل نقاط ضعف را برای مشکلات چند بعدی این بیماران، که م牲من 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^۸، ۲۰۱۹) و طبیعتاً کاهش لذت را تجربه می‌کنند این وظیفه بر عهده مختصان بهداشت روان جامعه قرار می‌گیرد تا در جهت افزایش مطالعات خود برای طراحی و به کارگیری راه کارها و بهترین مداخلات برای سلامت روان این قشر آسیب‌پذیر برآیند. بنابراین انجام این پژوهش می‌تواند در ارائه خدمات حمایتی پس از اتمام دوره‌ی درمانی به این بیماران مفید باشد. بنابراین پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- وجودی و درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش

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

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده 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 درسترس انخاب 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 روانپژوهی بررسی شد، ۶) تمایل به شرکت در دوره درمانی به دلیل بالا بردن هر چه بیشتر اثربخشی آن، ۷) عدم استفاده از داروهای روانپژوهی 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 اخلاقی به شناسه ir/EE/99.3.02.13288/scu.ac.ir از دانشگاه چمران اهواز و هماننگی‌های 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 به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. انتخاب نمونه بر اساس رویه‌های پذیرفته شده 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 ذهن آگاهی 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 مختصی ارائه داد و به افراد در مورد حفظ حریم خصوصی و محramانه 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 تعییبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۲ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس نشانگان افت روحیه^۱ (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 نمره گذاری می‌شوند. گراسی^۲ 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 بودند و برای عوامل دلسردی، احساس شکست، ملالت و فقدان معنا به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۷، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین این پرسشنامه توسط چنگ، چن، زانگ، کیسان و یان^۳ (۲۰۱۹) مورد بررسی روانسنجی قرار گرفت که برای محاسبه همسانی درونی، آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین بین افت روحیه با افسردگی، روابی همگرا ۰/۵۵ و بین افت روحیه با کیفیت زندگی روابی واگرا ۰/۶۲- در مطالعه آن‌ها بدست آوردند. همچنین ضریب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش بهمنی، فرمانی شهرضا، امین اسماعیلی، نقایی، و قائدیای جهرمی (۱۳۹۴)، ۰/۸۷ در افراد عادی و در افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی ۰/۹۶ به دست آمد. به علاوه آنها بین افت روحیه با نالمیدی و افسردگی، روابی همگرا ۰/۸۵ و بین افت روحیه با کیفیت زندگی روابی واگرا ۰/۷۱- به دست آوردند. همچنین در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تجربه زمانی لذت^۴ (TEPS): مقیاس تجربه زمانی لذت که توسط گارد، گارد، کرینگ و جوهن^۵ (۲۰۰۶) معرفی شده، نخستین ابزار خودگزارشی است که تلاش می‌کند لذت انتظاری و پایانی را جداگانه ارزیابی کند. مقیاس تجربه زمانی لذت دارای ۱۸ عبارت است که عبارت آن لذت انتظاری و ۸ عبارت آن لذت پایانی را اندازه گیری می‌کند. که هر کدام به صورت لیکرت از صفر تا شش نمره گذاری می‌شوند. در مطالعه گارد و همکاران (۲۰۰۶) تحلیل عاملی مقیاس از وجود ساختار دواعملی شامل لذت پایانی و لذت انتظاری حمایت می‌کند. در مطالعه آن‌ها آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ و پایایی باز آزمایشی در فاصله ۵ تا ۷ هفته برابر با ۰/۷۵ تا ۰/۸۱ به دست آمد به علاوه بررسی همبستگی مقیاس

1. Demoralization Scale

2. Grassi

3 Cheng, Chen, Zhang, & Yan

4. Temporal Experience of Pleasure Scale

5. Gard, Gard, Kring, & John

یادشده با دامنه‌ای از سازه‌های مرتبط از روایی و اگرا با پرسشنامه افسردگی بک (۰/۲۲) و همگرای آن با زیرمقیاس هیجانات مثبت در پرسشنامه نئو (۳/۳۰) حملیت می‌کرد. در مطالعه علوی، اصغری مقدم، رحیمی‌نژاد و فراهانی (۹۶/۱۳) ضریب 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 (۱۳/۰) تا ۰/۲۱ نشان داده است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

درمان شناختی- وجودی: پروتکل درمان شناختی- وجودی (بهمنی، اعتمادی، شفیع‌آبادی، دلاور، و قنبری مطلق، ۸۹/۱۳) 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 - وجودی

جلسه	محتوا
هفته اول	جلسه مقدماتی به منظور آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف کلی درمان و گروه درمانی و اجرای پیش‌آزمون 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 در حین 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 تنها‌ی بنيادین و چالش باخطای شناختی مرتبط با آن
هفته ششم	چالش با مفهوم از دست دادن معنای زندگی و معانی ناکارآمد اطلاق شده به بیماری سرطان، کمک به معنایابی کارآمد و عاری از تمرینات شناختی، پذیرش مسئولیت در برای سرنوشت
هفته هفتم	کمک به مواجهه فرد با عدم 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 همچون وابسته بودن مرگ و زندگی معنای زندگی، تنها‌ی 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	جمع‌بندی مباحث مطرح شده، نتیجه‌گیری با کمک شرکت‌کنندگان و اجرای پیش‌آزمون

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 (۸۹/۱۳) و کتاب درمان‌های مبتنی بر حضور ذهن محمدخانی و خانی‌پور (۹۰/۱۳)، توسط پژوهشگر، شامل ۱۲ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای که در طول ۱۲ هفته اجرا می‌گردد به صورت 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
هفته اول	جلسه مقدماتی به منظور آشنایی شرکت‌کنندگان با اهداف کلی درمان و گروه درمانی و اجرای پیش‌آزمون 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	شناخت تمرینات و خطاهای شناختی و به چالش کشیدن 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 در حین خودآشکارسازی و مواجهه با آن، پرداختن به مفاهیم پیش‌بینی‌پذیری، عدم قطعیت هستی و ارزیابی و چالش با خطاهای شناختی مرتبط با آنها، تمرین دیدن و شنیدن همراه با ذهن‌آگاهی و تمرینات 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 تنها‌ی بنيادین و چالش با خطای شناختی مرتبط با آن، تمرین قدم زدن با ذهن‌آگاهی و تمرینات خانگی

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- وجودی و گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان 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 ...

هفته هفتم	چالش با مفهوم از دست دادن معنای زندگی و معانی ناکارآمد اطلاق شده به بیماری سرطان، کمک به معنایابی کارآمد و عاری از تمرينات شناختی، پذیرش مسئولیت دربرابر سرنوشت، بحث در مورد موانع و مشکلات موجود در تمرينات ذهن آگاهی و تمرينات خانگی
هفته هشتم	چگونگی واکنش دهی مناسب به افکار، احساسات و حس‌های بدنی و کمک به پذیرش آن‌ها بدون قضاوت و کاوش در الگوی معمول فرد در واکنش به آن‌ها، تمرين وارسی بدنی و تمرينات خانگی
هفته نهم	کمک به مواجهه فرد با عدم قبول مسئولیت و نادیده گرفتن آزادی و انتخاب، چالش با مفهوم رنج ناشی از بیماری سرطان، تمرين بیان یک واقعه خواشایند و افکار، احساسات و حس‌های بدنی مربوط به آن و تمرينات خانگی
هفته دهم	کمک به افراد در رسیدن به چشم‌اندازهای جدید همچون: وابسته بودن مرگ و زندگی، معنای زندگی، تنهایی در هستی و آزادی و انتخاب، تمرين بیان یک واقعه خواشایند و افکار، احساسات و حس‌های بدنی مربوط به آن و تمرينات خانگی
هفته یازدهم	بررسی تأثیر مداخلات انجام‌شده، تمرينات شناختی اصلاح شده و تمرينات ذهن آگاهانه و ساخت هویت جدید متناسب با آن‌ها، پاسخ به این پرسش که بهترین راه مراقبت از خود چیست و تمرينات خانگی
هفته دوازدهم	جمع‌بندی کل مباحث مطرح شده، نتیجه‌گیری با کمک شرکت‌کنندگان و اجرای پس‌آزمون

بافته‌ها

میانگین سنی و وضعیت تأهل (مجرد و متأهل) به درصد به ترتیب در گروه شناختی- وجودی: ۳۷/۸۵۷ (۴۲/۸۵ و ۳۰/۵۵) و ۳۷/۸۵۷ (۴۲/۸۵ و ۳۰/۵۵ درصد)، در گروه شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی: ۴۸/۵۷۱ (۴۸/۲۸ و ۳۳/۳۴ درصد) و در گروه کنترل: ۵۳/۶۶۶ (۵۳/۲۸ 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، ۱۱ نفر (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 در گروه گواه و گروه‌های آزمایشی

متغیر	گروه	گواه	شناختی- وجودی		شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی		میانگین انحراف معیار
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
پیش‌آزمون	سندرم افت روحیه	پیش‌آزمون	۶۳/۹۳	۱۰/۹۳	۷۰/۱۴	۶/۸۲	۸/۸۹
پس‌آزمون	تجربه لذت	پیش‌آزمون	۶۴/۲۶	۱۰/۷۰	۵۸/۶۴	۷/۹۲	۱۰/۰۹
پیش‌آزمون		پس‌آزمون	۸۱/۱۳	۹/۴۱	۷۰/۵۷	۵/۲۷	۷/۴۱
پس‌آزمون		پس‌آزمون	۸۱/۰۶	۸/۹۷	۸۱/۱۴	۵/۱۱	۵/۶۳

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیر نشانگان افت روحیه و تجربه لذت 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- اسمیرنوف استفاده شد که سطح معنی امده برای سندرم افت روحیه به ترتیب برای گروه گواه ($P < 0.20$)، برای گروه درمان شناختی- وجودی ($P < 0.20$) و برای گروه درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی ($P < 0.187$) بوده است که همگی بزرگتر از ($P < 0.05$) هستند و برای تجربه لذت به ترتیب برای گروه گواه ($P < 0.20$)، برای گروه درمان شناختی- وجودی ($P < 0.20$) و برای گروه درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی ($P < 0.20$) بوده است که بزرگتر از ($P < 0.05$) هستند. بنابراین معنی دار نمی‌باشند و توزیع نرمال است.

جهت بررسی تساوی کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته از آزمون باکس¹ استفاده شد. شرط همسانی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس نمرات پس‌آزمون ($M = ۲۰/۱۲۹$ ، $F = ۱/۲۱$ ، $P > 0.05$) به دست آمد که بیانگر معنادار نبودن آزمون باکس و تایید پیش‌فرض برای کوواریانس‌ها در تحلیل می‌باشد. برای مفروضه همگنی واریانس‌ها، نتیجه آزمون لوبن برای نشانگان افت روحیه ($P < 0.468$) و برای تجربه لذت ($P < 0.396$) بود که در سطح ($P < 0.05$) معنی دار نمی‌باشند؛ بنابراین همگنی واریانس‌ها رعایت شده و در نهایت به منظور بررسی همگنی

1. Box's Test

شبیب رگرسیونی، سطح معنی‌داری مقدار F مربوط به تعامل گروه با پیش‌آزمون برای نشانگان افت روحیه (۱۱۱/۰) و برای تجربه لذت (۳۵۰/۰) می‌باشد که در سطح ($P < 0.05$) معنی‌دار نمی‌باشد؛ بنابراین شبیب‌های رگرسیون مربوط به متغیرهای پژوهش همگن هستند، در نتیجه مفروضه همگنی شبیب‌های رگرسیون نیز رعایت شده است.

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

آزمون	شاخص	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	سطح خطای آزادی معنی‌داری	مجذورات توان آماری	جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) برای تأثیرات عضویت گروهی	
						آثر پیلابی	لمبادی ویکلز
اثر پیلابی		۰/۸۵۲	۱۴/۰۹۵	۴/۰۰۰	۷۶/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
لمبادی ویکلز		۰/۱۵۶	۲۸/۳۰۶	۴/۰۰۰	۷۴/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۶۰۵
اثرهای تینگ		۵/۳۵۰	۴۸/۱۴۷	۴/۰۰۰	۷۲/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۸
بزرگترین ریشه روی		۵/۳۴۰	۱۰۱/۴۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲

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 لمبادی ویکلز با ارزش $F = ۲۸/۳۰۶$ ، $P < 0.001$ معنی‌دار می‌باشد (۱۵۶/۰). بنابراین بین گروه‌های آزمایشی و گروه گواه به لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) بر روی نمرات پس آزمون متغیرها گواه نمرات پیش آزمون

اثر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	گروه	خطا					
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
افت روحیه		۲۳۴۴/۷۲۶	۲	۱۱۷۲/۲۳۶۳	۳۱/۴۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
تجربه لذت		۱۶۸۷/۹۸۰	۲	۱۱۷۲/۳۶۳	۷۶/۶۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
افت روحیه		۱۴۱۶/۸۵۳	۳۸	۳۷/۲۸۶			
تجربه لذت		۴۱۸/۲۲۸	۳۸	۱۱۰۰/۹			

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی نمرات پس آزمون متغیرها با گواه نمرات پیش آزمون که در جدول ۵ آمده نشان می‌دهد با کنترل پیش آزمون، بین متغیرنشنگان افت روحیه ($F = ۳۱/۴۴۳$ ، $P < 0.001$) و متغیر تجربه لذت ($F = ۷۶/۶۶۶$ ، $P < 0.001$)، در بازماندگان سلطان 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 پس آزمون سه گروه براساس تفاضل و سطح معنی‌داری

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

جدول ۶ نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین نمرات پس آزمون سه گروه بر اساس تفاضل و سطح معنی داری را نشان می دهد.

همان طور که نتایج این جدول نشان می دهد، بین میزان افت روحیه در بازماندگان سرطان در گروه گواه با گروه درمانی شناختی وجودی و گروه درمانی شناختی وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده می شود. به عبارت دیگر هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه موجب کاهش افت روحیه در بازماندگان سرطان شده اند. همچنین بین میزان افت روحیه بازماندگان از سرطان در گروه شناختی- وجودی و شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی داری مشاهده می شود. به عبارت دیگر، گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی داری به در بازماندگان سرطان در گروه گواه با گروه درمانی شناختی- وجودی و گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی داری به لحاظ آماری مشاهده می شود. به عبارت دیگر هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه موجب افزایش تجربه لذت در بازماندگان سرطان شده اند. همین طور بین میزان تجربه لذت در بازماندگان از سرطان در گروه شناختی- وجودی و شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی داری مشاهده می شود. به عبارت دیگر، گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه درمانی شناختی- وجودی، توانسته تجربه لذت را در بازماندگان سرطان، به میزان بیشتری افزایش دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- وجودی و درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی برنشانگان افت روحیه و تجربه لذت در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. تحلیل یافته های این پژوهش نشان داد که هر دو درمان شناختی- وجودی و شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه گواه به طور معنی داری باعث کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت در این افراد می شوند. همچنین، مقایسه دو درمان نشان داد که درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی 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 برنشانگان افت روحیه با پژوهش های، فرمانی شهرضا و همکاران (۱۳۹۸)، رحمانی، کرامتی و علیزاده (۱۳۹۸)، مرسا، بهمنی و برکتی (۱۳۹۸)، پاکنیا، بهمنی و عظیمیان (۱۳۹۳) و گریفید^۱ (۲۰۱۳) همسو می باشد.

در تبیین یافته فوق می توان گفت، زمانی که حادثه تهدید کننده ای سبک زندگی آرام فرد را مختل می کند، وی با نگرانی های وجودی که با آگاهی فرد از مرگ و خطر بالقوه تهدید کننده به وجود می آیند، مواجه می شود (لینگ و اسپلن^۲، ۲۰۱۰). همچنین با شروع درمان ها و پیامدهایی مثل خستگی، ناتوانی در تمرکز، کاهش انرژی، تغییر نقش ها و اختلال در فعالیت های روزمره، بیمار ممکن است دریابد که در رابطه با موقعیتی که در آن قرار دارد، کاری از دستش بر نمی آید، در نتیجه به جای مدیریت و کنترل مشکلات، به احساس درماندگی و خود ناکارآمدی دچار می شود. احساس نالمیدی، فقدان معنا و هدف، بیمار را از انگیزه مقابله با بیماری و تعیاتی که برای او ایجاد کرده محروم می کند و بستر مناسبی را برای ایجاد آزردگی های وجودی و نشانگان افت روحیه بیماران فراهم می آورد. روش درمان شناختی- وجودی، از طریق فنون خاص شناخت درمانی به شناسایی و اصلاح طرحواره ها، افکار خودآیند و تحریفات شناختی که در شکل گیری گرایش به اجتناب از مواجهه شدن با اضطراب های وجودی نقش داشته اند، می پردازد و از این طریق به آگاهی و ابراز نگرانی های ناشی از فعال شدن اضطراب های وجودی نظری اضطراب مرگ، تنهایی و کنترل ناپذیری جهان که در اثر تهدید مرگ تشديد می شوند، کمک می کند. در واقع درمان شناختی- وجودی با تأکید بر مسائل بنیادین هستی فرد، تحریفات شناختی و آزردگی های وجودی را کاهش می دهد (فرمانی شهرضا و همکاران، ۱۳۹۸). در نتیجه همان طور که نتایج نشان می دهد و هم راستا با پژوهش های مشابه، درمان شناختی- وجودی باعث کاهش افت روحیه در بازماندگان سرطان می شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی درمان شناختی- وجودی بر افزایش تجربه لذت در بازماندگان سرطان پستان بود که با یافته های، خدادادی سنگده و قمی (۱۳۹۶)، جلیلی نیکو، کریمی، نجاتی نژاد، بهمنی، نقایی، و قاسمی جوبنی (۱۳۹۵) و گاگنون^۳ و

1. Griffith

2. Leung & Esplan

3. Gagnon

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 درمانی 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 به عنوان دو پدیده غیرقابل اجتناب زندگی و کاهش تعارض‌ها و بحران‌های وجودی، علی‌رغم مشکلات و چالش‌های موجودی که افراد مبتلا به سلطان با آن مواجه هستند، به زندگی خود به صورت آگاهانه، همراه با امیدواری ادامه دهنده و رضایت درونی بیشتر، کیفیت زندگی بالاتر و در نتیجه لذت بیشتری را تجربه کنند.

طبق نتایج دیگر این مطالعه، درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی 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، هسوسوه، چانگ و لی^۱ (۲۰۲۱)، وورتن، پیت و زکریا^۲ (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. در ارابطه 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 این که روش ذهن آگاهی 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 خودنظرارتگری، 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 گستردگی 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 ذهن آگاهی باعث افزایش تجربه لذت در این بیماران شده که با مطالعات قاسمی، کریمی و دباغی (۱۳۹۷)، مک‌کنزی، ابوت و کوکوسک^۳ (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 مواجهی که در زندگی در اختیار دارد لذت ببرد. همچنین ذهن بیماران در مواجهه با تشخیص سرطان، ابتدا درگیر علت ابتلای آن‌ها به سرطان و بعد خشم و اندوه می‌شود و بعد از طی کردن مراحل درمانی در پی یافتن احساس تسلط و کنترل بر بیماری و جلوگیری و ترس از بازگشت آن بر می‌آید. 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 ذهن آگاهی افراد تشویق می‌شوند که توجهشان را از طریق فعل کردن حواس پنج گانه به انواع خاصی از محرک‌هایی که در زمان حال وجود دارند، 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 ذهن آگاهی می‌توانند افکار، احساسات و اتفاقات زندگی خود را بدون قضاوت بپذیرند و در سبک زندگی خوبیش 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 ذهن آگاهی باعث افزایش هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی (فلوگل کول، وینسنت‌آچا، لورر، بائر، و وانر رودلر، 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

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- وجودی و گروه درمانی شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زنان مبتلا به سرطان پستان
Comparison of the Effectiveness of Existential-Cognitive Group Therapy and Mindfulness-Based Existential-Cognitive on ...

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر حاکی از برتری اثربخشی درمان شناختی- وجودی بر درمان شناختی- وجودی، در کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت، بود. با توجه به اینکه افزومن ذهن آگاهی به درمان شناختی- وجودی جنبه نوآورانه این پژوهش محسوب می شود، پژوهشی همسو با این یافته، مشاهده نشد. اما در تبیین این نتیجه گیری مبنی بر اثرگذاری بیشتر درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانگان افت روحیه و افزایش تجربه لذت در این افراد، نسبت به درمان شناختی- وجودی می توان گفت، به نظر می رسد یک شیوه درمانی علاوه بر توجه و تاکید بر اصلاح باورها و کاهش رنج وجودی افراد قادر باشد ناملایمات هیجانی و درد و رنج های بدنی ناشی از آن را نیز کاهش دهد. درواقع با اضافه کردن آموزش های ذهن آگاهانه به درمان شناختی- وجودی، فرد قادر خواهد بود، نسبت به فعالیت های روزانه خود آگاهی بیشتری پیدا کرده و به کار کرد اتوماتیک ذهن در دنیا گذشته و آینده پی ببرد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالات جسمانی، بر آن ها کنترل پیدا کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متتمرکز بر گذشته و آینده رها می شود. ویژگی که مداخله شناختی- وجودی به تنها ی فاقد آن است. همچنین با اضافه کردن تمرینات ذهن آگاهی به درمان شناختی- وجودی، این درمان می تواند 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 متتمرکز شده بر زمان حال، پذیرش و خودآگاهی، بهبود می یابد می تواند موجب رهایی روان شناختی از اضطراب مستمر، خلق پایین و نهایتاً افزایش روحیه و تجربه لذت در فرد شود.

با توجه به این که در درمان شناختی- وجودی بیشتر به نگرانی های وجودی و خطاهای شناختی ناشی از این نگرانی ها پرداخته می شود، این مزیت درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی یعنی تقویت توانایی فرد در تنظیم و پذیرش هیجانات منفی و تغییرات بدنی ناشی از آنها از طریق افزودن تمرینات ذهن آگاهانه به درمان، باعث تاثیرپذیری بیشتر آن در کاهش افت روحیه و افزایش تجربه لذت در بازماندگان سرطان شده است.

پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش ها دارای محدودیت هایی بود، از جمله عدم امکان تعمیم پذیری یافته ها به جوامع دیگر به دلیل انتخاب هدفمند نمونه، تعداد کم نمونه های مورد مطالعه و ریزش تعدادی از حجم نمونه به دلیل مشکلات جسمی که این افراد با آن مواجه هستند. همچنین هم زمان شدن اجرای مداخله با محدودیت های شیوع بیماری کووید ۱۹، امکان آزمون پیگیری بعد از درمان برای بررسی و ماندگاری درمان را با مشکل مواجه کرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های بعدی با در نظر گرفتن مشکلات جسمی این بیماران و امکان ریزش نمونه، مطالعات با نمونه گیری تصادفی، با حجم بیشتر و با آزمون پیگیری انجام گیرد. همچنین با توجه به این که درمان شناختی- وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی برای اولین بار ارائه گردیده برای گسترش مبانی نظری و عملی آن، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی جهت اطمینان از اثرات و کاربردهای این نوع روان درمانی در جوامع آماری متعدد تر مورد پژوهش قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: نویسنده گان بر خود لازم می دانند از تمامی مسئولین دانشگاه علوم پزشکی دزفول، بیمارستان امام حسن مجتبی(ع) و شرکت کنندگان 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، شفیع آبادی، ع، دلاور، ع، و قبری مطلق، ع. (۱۳۸۹). گروه درمانی شناختی وجودگرا و شناخت درمانی آموزش محور 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، قائدیانی 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، دکانهای فر، ف، و شفیع آبادی، 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 نگ بر کاهش نشانگان افت روحیه زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. مجله توانبخشی و علوم بهزیستی، ۱۳(۴)، ۳۳-۲۸.

- جلیلی نیکو، س، کریمی، ز، نجاتی نژاد، ن، بهمنی، ب، نقیایی، م، قاسمی جوبنه، ر. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی وجودی بر کیفیت زندگی سالمندان. *ارمندان* داشت، 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 راندرمانی وجودی به شیوه گروهی بر افزایش بهزیستی روان شناختی مادران دارای کودکان مبتلا به سرطان. *مجله مطالعات روانشناسی*، ۱۳(۴)، ۱۴۱-۱۲۶.
- دهستانی، م، باقریان، م، رضایی، ا، و طباطبایی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان بر مبنای عوامل روان شناختی، طبی و جمعیت‌شناسی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۳)، ۴۴۴-۴۵۲.
- رحمانی، م، کرامتی، م، و علیزاده موسوی، ا. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و روحیه معلمان زن شهرستان مشهد. *روش‌ها و مدل‌های روانشناسی*، ۱۰(۳۶)، ۱۷۶-۱۶۵.
- ساراپیزاده، م، مظفری، س، و رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ترس از عود سرطان و رشد پس از سانجه در مبتلایان به سرطان پستان. *نشریه کومش*، ۲۰(۴)، ۶۳۲-۶۲۶.
- علوی، خ، اصغری مقدم، م، رحیمی نژاد، 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، تووندده جانی، ح، و کیافر، ز. (۱۳۹۶). بررسی کارآمدی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و خلق در زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۹(۴)، ۳۲۱-۳۲۲.
- فرمانی شهرضا، ش، خانی، س، قائدنیای جهرمی، ع، و ایمانی، س. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی هستی‌نگر بر خستگی، نشانگان افت روحیه و استرس ادرآکشده بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی البرز*، ۲(۱)، ۱۴۹-۱۳۵.
- قاسمی، ف، کریمی، م، و دیاغی، پ. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه پرستار و پزشک در زم*، ۲۰(۶)، ۵۹-۵۱.
- قزلباش، س، شکوری مقدم، ر، علیزاده، م، و قربانی، ا. (۱۳۹۱). بررسی شیوع افسردگی و اختلالات روان‌شناسی 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 ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر راهبردهای کنترل فکر، افسردگی و رضایت‌زنایی 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: انتشارات 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 emotional disorders*. New York: International University 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.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی - وجودی و گروه درمانی شناختی - وجودی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانگان 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 ...

- 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-existential 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., Ozakinici ,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/whooqlqualityoflife/en>.
- Wu'tzen, 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.