DOI: 10.22122/rbs.v16i3.2131

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان

سیما نبی پور گیسی[۱]، امین رفیعی پور[۲]، کبری حاجی علیزاده[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: سرطان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن بوده که بیماران مبتلابه آن با مشکلات مختلف روانی روبرو هستند؛ بنابراین باید به دنبال روش‌هایی بود تا بتوان از شدت مشکلات روانی این بیماران کم کرد. ازاین‌رو، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy یا MBCT) بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کاربردی نیمه تجربی بود که با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلابه سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید محمدی شهر بندرعباس بود. نمونه پژوهش حاضر را تعداد ۳۰ بیمار سرطانی تشکیل می‌داد که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند (هر گروه ۱۵ نفر). اعضای هردو گروه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (Depression Anxiety Stress Scales یا DASS) را قبل و بعد از جلسات (طی سه ماه) تکمیل نمودند. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون افسردگی (F= ۸۴/۱۱ و p< ۰/۰۰۱)، اضطراب (F= ۴۷/۵۲ و p< ۰/۰۰۱) و استرس (F= ۵۹/۵۱ و p< ۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که بیماران مبتلابه سرطان علاوه بر مشکلات جسمانی از مشکلات روانی ناشی از بیماری رنج می‌برند، ازاین‌رو ضروری است مراکز درمانی و انجمن‌های حمایتی مرتبط با بیماران مبتلابه سرطان در برنامه‌ریزی‌های خود جهت کاهش علائم روان‌شناختی بیماران، از روش MBCT به‌صورت گروهی بهره گیرند.

واژه‌های کلیدی: استرس، اضطراب، افسردگی، ذهن آگاهی، سرطان.

ارجاع: نبی پور سیما، رفیعی پور امین، حاجی علیزاده کبری. **اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۷؛ ۱۶(۳): ۳۴۳-۳۳۳.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۳/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

۱- کارشناس ارشد،گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس،ایران.
۲- استادیار،گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران، تهران ، ایران.
۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی ،واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.
نویسنده مسئول: امین رفیعی پور
Email: Rafieepoor2000@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

مقدمه

سرطان (Cancer) یکی از مهم‌ترین و سخت‌ترین بیماری‌های موجود در سراسر جهان است، به‌طوری‌که سومین علت مرگ‌ومیر و همچنین دومین بیماری مزمن غیر واگیردار به شمار می‌رود. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته ۱۲ درصد مرگ‌ها در جهان ناشی از سرطان است. همچنین سالیانه ۹ میلیون مبتلابه سرطان بروز می‌کند که ۴ میلیون آن مربوط به کشورهای توسعه‌یافته و ۵ میلیون مربوط به کشورهای درحال‌توسعه است (۱). سرطان بیماری سلول‌هاست که علامت مشخصه آن تکثیر نامحدود سلول‌هایی است که نئوپلاسم بدخیم را تشکیل می‌دهند. بااین‌وجود بیش از ۲۰۰ گونه سرطان وجود دارد (۲). بیماری مزمن سرطان با تضعیف بدن و همچنین به علت ذهنیتی که در بین مردم دارد، فرد را در برابر مشکلات جسمانی و روان‌شناختی آسیب‌پذیر می‌کند و فرد هرچه بیشتر در معرض تنیدگی‌های ناشی از بیماری باشد، علائم روان‌شناختی بیشتری در او نمایان می‌شود و مقابله مؤثر او با بیماری مشکل پیدا می‌کند (۳). افزایش مشکلات روان‌شناختی به علت بیماری سرطان و همچنین عدم درمان آن‌ها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و همچنین کاهش شانس زنده ماندن می‌شود (۴). اضطراب (Anxiety)، افسردگی (Depression) و استرس (Stress) شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی بیماران سرطانی است که در مراحل مختلف تشخیص، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی دامن‌گیر فرد می‌شود (۵). درواقع بین این مشکلات روان‌شناختی و سرطان، رابطه‌ای دوطرفه وجود دارد و هرکدام می‌تواند روی دیگری تأثیرگذار باشد (۶). در بررسی درخشان فر و همکاران (۷) بیش از ۶۱ درصد افراد مبتلابه سرطان دارای افسردگی بودند. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که افراد مبتلابه سرطان از مشکلات روان‌شناختی متعدد و شدیدی رنج می‌برند (۱۱-۸)، چندان از زندگی لذت نمی‌برند (۱۲) و از امید به زندگی پایینی برخوردارند (۱۳، ۱۴).

بیماری‌های صعب‌العلاجی چون سرطان به دلیل مشکلات جسمی، تبعات روانی و حتی مشکلات اقتصادی که معمولاً متعاقب آن به وجود می‌آید، روند زندگی روانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵)؛ بنابراین تکنیک‌های روان‌شناختی می‌توانند در کاهش مشکلات جسمانی و طبی بیماران سرطان، عوارض درمان‌های سخت آن و افزایش مهارت‌های کنار آمدن با مشکلات ناشی از بیماری مؤثر واقع شوند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy یا MBCT) یکی از درمان‌ها و آموزش‌هایی است که به نظر بتواند در این زمینه تأثیرگذار باشد (۱۵). در MBCT، افراد یاد می‌گیرند که چطور به‌طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند. همچنین یاد می‌گیرند که حالت اضطراب، افسردگی، عادت‌ها و افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آن‌ها آگاه شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببینند (۱۶). هدف از MBCT کاهش تجارب اجتنابی و تمایل به تجربه احساس‌های نامطلوب بدنی، هیجانات و افکار است (۱۷).

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بدان سبب که بیماران را به تمرکز بر اینجا و اکنون فرامی‌خواند، در مقایسه با شناخت درمانی صرف می‌تواند کمک بیشتری به بیماران نماید تا پاسخ سازگارانه‌ای به بیماری خود نشان داده و آن را به‌عنوان بخشی از زندگی خود بپذیرند (۱۸). حضور ذهن یا ذهن آگاهی چنانچه محققان می‌گویند به معنی توجه کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون داوری است. در حضور ذهن فرد یاد می‌آموزد که هرلحظه از حالت ذهنی خودآگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف ذهنی خود متمرکز نماید. حضور ذهن شیوه‌ای است برای پرداختن توجه که از مراقبه‌ی شرقی نشأت گرفته و به‌عنوان، توجه کامل به تجربیات زمان حال به شکل لحظه‌به‌لحظه توصیف‌شده است (۱۹). یک برنامه MBCT شامل موارد ذیل می‌شود: ۱. پرورش آگاهی از طریق عمل به تمرین‌های ذهن آگاهی، ۲. چارچوب نگرشی خاص که از طریق تلاش اندک، پذیرش و علاقه ذاتی به تجربیات مشخص می‌شود و ۳. فرایندی که میان فهم نحوه کار با عوامل آسیب‌پذیر و آموزش آن‌ها ارتباط برقرار می‌کند (۲۰). طی جلسات MBCT از طریق گفت‌وگو، ارائه بازخورد، تمرین گروهی و آموزش، این امر تسهیل می‌شود (۲۱).

پژوهش‌های انجام‌شده درزمینه MBCT نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند در زمینه‌های مختلفی بر زندگی بیماران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

مبتلابه سرطان مفید واقع شود (۲۷-۲۲). باوجوداین، Mosher و همکاران در یک مطالعه کیفی بر روی بیماران مبتلابه سرطان و همچنین مراقبان آنان، یادآور شده‌اند که ضروری است همواره به‌منظور مدیریت علائم روان‌شناختی، درمان‌ها و آموزش‌های روان‌شناختی بر روی این افراد صورت گیرد (۲۸). همان‌طور که پیش‌ازاین عنوان شد، وجود مشکلات روان‌شناختی می‌تواند انرژی بیمار و راهبردهای مقابله وی را تضعیف کند و باعث بروز مشکلات بیشتر برای بیمار، خانواده و پزشکان وی شود و همچنین شانس زنده ماندن را در او کم کند (۴)؛ بنابراین از یک‌سو به‌منظور ارائه راهبردهای مقابله‌ای شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران سرطانی به‌خودی‌خود و از سوی دیگر به‌منظور بررسی اثر این پروتکل درمانی و درنتیجه تکرار یا عدم تکرار آن در سایر جلسات آموزش روانی، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی MBCT بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلابه انواع سرطان (نوع بدخیم) و مراجعه‌کننده به بیمارتان شهید محمدی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۶ بود. با توجه به اینکه عنوان‌شده در مطالعات آزمایشی و نیمه آزمایشی، بهتر است حجم هر گروه ۱۵ نفر باشد (۱۷) و ازآنجاکه انتخاب نمونه‌های بیشتر، قرار گرفتن آن‌ها در گروه آزمایشی و پایبندی آن‌ها به حضور در تمامی جلسات کمی دشوار است، از بین جامعه پژوهش ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین گردیدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به یکی از انواع مختلف سرطان و از نوع بدخیم، عدم ابتلا به اختلال‌های شدید روانی بر اساس مصاحبه، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، برخورداری از وضعیت جسمانی مساعد برای شرکت در جلسات و همچنین عدم دریافت درمان و آموزش‌های روان‌شناختی دیگر در طول جلسات بود. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، تمامی افراد شرکت داده‌شده دارای کد بودند و اطلاعات شخصی افراد محرمانه بود. همچنین تمامی افراد با آگاهی کامل و با تکمیل رضایت‌نامه وارد تحقیق گردیدند. همچنین برای حفظ مضامین اخلاقی افراد گروه گواه بعد از انجام تحقیق ۸ جلسه MBCT به آنان آموزش داده شد. اعضای گروه آزمایش، برنامه درمانی را بر اساس پروتکل مطرح‌شده توسط Crane (۲۱) دریافت کردند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی، به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. ابزارهای مورداستفاده در ادامه به‌تفصیل آمده است.

مقیاس افسردگی اضطراب و استرس (Depression Anxiety Stress Scales یا DASS): این مقیاس توسط Lovibond و Lovibond ساخته‌شده است و شدت علائم روان‌شناختی را می‌سنجد. این پرسشنامه با ۲۱ سؤال دارای سه خرده مقیاس است که ۷ سؤال آن مربوط به استرس، ۷ سؤال مربوط به اضطراب و ۷ سؤال مربوط به افسردگی است. شرکت‌کنندگان باید فراوانی علائم مطرح‌شده را در طول هفته گذشته، در یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) مشخص کنند (۳۰). در پژوهشی، Caplan و همکاران میزان همسانی درونی این پرسشنامه را بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۳۱). صاحبی و همکاران بعد از تأیید روایی محتوایی، در یک نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) ضریب اعتبار این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ و روایی همگرای آن را با پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory) برای افسردگی ۰/۶۶، اضطراب ۰/۶۷ و استرس ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند (۳۲).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: خلاصه جلسات MBCT (۲۱) در جدول ۱ ارائه‌شده است.

یافته‌ها

در بخش اطلاعات توصیفی مربوط به نمونه‌های پژوهش، میانگین سنی گروه آزمایش ۵/۷۳±۴۶/۸۰ و گروه کنترل ۶/۰۵±۴۷/۸۷ بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش دو

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

گروه کنترل و آزمایش در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات MBCT

جلسه	هدف	خلاصه
اول	هدایت خودکار	تشکیل گروه– تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای گروه، شرکت‌کنندگان خود را به سایر اعضای گروه معرفی می‌کنند (درباره آنچه آن‌ها را به شرکت در گروه ترغیب کرده و آنچه از گروه می‌خواهند صحبت می‌کنند)، تمرین خانگی
دوم	مقابله با موانع	تمرین افکار و احساسات، تمرین خانگی
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس و بر بدن در زمان حرکت	شناسایی و ثبت تقویم تجربه‌های خوشایند–یا ثبت تجربه‌های ناخوشایند که در هفته چهارم مورد کاوش قرار می‌گیرد، تمرین خانگی
چهارم	ماندن در زمان حال	شناسایی آنچه تجربه‌های ناخوشایند محسوب می‌شوند، تعریف قلمرو افسردگی یا حوزه دیگری که مشکل اعضای گروه است مانند خستگی مزمن، استرس و غیره، تمرین خانگی
پنجم	پذیرش و اجازه–مجوز حضور	خواندن شعر مهمان‌خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در گروه، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت‌های حضور ذهن برای تسهیل پاسخ‌دهی بیشتر به تجربه زمان حال، تمرین خانگی
ششم	فکرها نه حقایق	تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین، مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت‌کنندگان برای پایان دوره، تمرین خانگی
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم؟	پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدام‌یک کسالت‌آور یا روی بخش است و کدام‌یک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند، شناسایی نشانگان عود و توسعه‌ی راهکارهایی برای مقابله با تهدید به عود/بازگشت مجدد، تمرین خانگی
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده	مروری بر سامانه‌های هشدار اولیه و برنامه‌های عملی که برای استفاده در زمان‌هایی که خطر عود بالاست توسعه داده‌شده‌اند. مروری بر کل آنچه در دوره گذشته–چه چیزهایی در زندگی‌تان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین‌ها توانست به شما دررسیدن به آن‌ها کمک کند؟ بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین‌های رسمی و غیررسمی توسعه داده شد، ارائه پرسشنامه‌هایی به شرکت‌کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	مرحله	گروه آزمایش میانگین	گروه آزمایش انحراف استاندارد	گروه کنترل میانگین	گروه کنترل انحراف استاندارد
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۳/۴۰	۴/۷۰	۱۵/۶۶	۲/۶۳
	پس‌آزمون	۶/۴۰	۳/۱۸	۱۶/۸۰	۳/۳۳
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۲/۸۰	۵/۷۲	۱۴/۳۳	۲/۸۴
	پس‌آزمون	۸/۰۶	۳/۸۴	۱۵/۱۳	۲/۵۳
استرس	پیش‌آزمون	۱۶/۸۶	۳/۷۷	۱۶/۳۳	۳/۵۵
	پس‌آزمون	۸/۹۳	۴/۱۹	۱۷/۰۶	۲/۲۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در پیش‌آزمون افسردگی برابر با ۱۳/۴۰±۴/۷۰، در اضطراب برابر با ۱۲/۸۰±۵/۷۲ و در استرس برابر با ۱۶/۸۶±۳/۷۷ است. میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در پس‌آزمون افسردگی برابر با ۶/۴۰±۳/۱۸، در اضطراب برابر با ۸/۰۶±۳/۸۴ و در استرس برابر با ۸/۹۳±۴/۱۹ است که نشان می‌دهد نمرات گروه پس‌آزمون گروه آزمایش در مقایسه نمرات پیش‌آزمون آنان، تغییرات قابل توجهی داشته‌است، درحالی‌که با گروه کنترل تغییرات چندانی صورت نگرفته‌است. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) نیازمند بررسی پیش‌فرض‌هایی است که در صورت تأیید پیش‌فرض‌ها می‌توان از آن استفاده کرد؛ ازاین‌رو ابتدا به بررسی این پیش‌فرض‌ها می‌پردازیم. یکی از پیش‌فرض‌های انجام ANCOVA نرمال بودن توزیع نمرات است. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در پس‌آزمون در گروه کنترل و آزمایش از آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk test) استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳: آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

مرحله	متغیر	گروه	مقدار	P
پیش‌آزمون	افسردگی	گروه آزمایش	۰/۹۶۳	۰/۷۴۶
		گروه کنترل	۰/۸۹۴	۰/۰۷۶
	اضطراب	گروه آزمایش	۰/۹۲۷	۰/۲۴۵
		گروه کنترل	۰/۹۶۷	۰/۸۱۳
	استرس	گروه آزمایش	۰/۹۲۷	۰/۲۴۷
		گروه کنترل	/۹۶۳	۰/۷۴۴
پس‌آزمون	افسردگی	گروه آزمایش	۰/۹۵۶	۰/۶۱۸
		گروه کنترل	۰/۹۲۴	۰/۲۱۹
	اضطراب	گروه آزمایش	۰/۹۴۲	۰/۴۱۷
		گروه کنترل	۰/۹۴۲	۰/۴۱۳
	استرس	گروه آزمایش	۰/۹۵۲	۰/۵۵۴
		گروه کنترل	۰/۹۸۱	۰/۹۷۸

بر اساس نتایج جدول ۳ سطح معناداری تمام متغیرها در هر دو گروه و در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بالاتر از ۰/۰۵ است ($p>0/05$)؛ که نشان می‌دهد توزیع نمرات علائم افسردگی، اضطراب و استرس در هر دو مرحله و در هر دو گروه کنترل و آزمایش نرمال است. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های انجام تحلیل کوواریانس همگنی واریانس بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهشی است (جدول ۴).

جدول ٤: نتایج آزمون لون

متغیر	df1	df2	F	P
افسردگی	۱	۲۸	۱/۶۳	۰/۲۱۲
اضطراب	۱	۲۸	۱/۷۰	۰/۲۰۲
استرس	۱	۲۸	۳/۹۶	۰/۰۵۶

جدول ۴ نتایج آزمون لون (Levene's test) را در مورد همسانی واریانس بین گروه‌ها نشان می‌دهد. مقدار آماره F برای استرس، اضطراب و افسردگی معنادار نیست ($p> 0/05$)، ازاین‌رو پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید می‌شود.

جدول ۵ نتایج آزمون ANCOVA با کنترل اثر پیش‌آزمون را جهت بررسی اثرات بین گروهی در افسردگی، اضطراب و استرس نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون افسردگی (۸۴/۱۱ =F و $p<0/001$)، اضطراب (۴۷/۵۲ =F و $p<0/001$) و استرس (۵۹/۵۱ =F و $p<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به نتایج جدول ۲ و مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش، مشاهده می‌شود که در مرحله

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

پس‌آزمون و در مقایسه با پیش‌آزمون، میانگین گروه آزمایش در افسردگی، اضطراب و استرس کاهش‌یافته است درصورتی‌که در گروه کنترل تغییرات محسسی مشاهده نمی‌شود. از این‌رو نتیجه گرفته می‌شود که MBCT اثر معناداری در کاهش علائم افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلابه سرطان دارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثرات MBCT

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
افسردگی	عرض از مبدأ	۱۲۲/۷۱	۱	۱۲۲/۷۱	۱۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
	پیش‌آزمون	۲۴/۹۶	۱	۲۴/۹۶	۳/۴۹	۰/۰۷۳	۰/۱۱۴
	گروه	۶۰۱/۷۵	۱	۶۰۱/۷۵	۸۴/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷
	خطا	۱۹۳/۱۶	۲۷	۷/۱۵	–	–	–
اضطراب	عرض از مبدأ	۷۳/۴۸	۱	۷۳/۴۸	۱۱/۹۶	۰/۰۰۲	۰/۳۰۷
	پیش‌آزمون	۱۳۰/۸۶	۱	۱۳۰/۸۶	۲۱/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
	گروه	۲۹۱/۸۰	۱	۲۹۱/۸۰	۴۷/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳۸
	خطا	۱۶۵/۸۰	۲۷	۶/۱۴	–	–	–
استرس	عرض از مبدأ	۱۹/۳۷	۱	۱۹/۳۷	۲/۱۸	۰/۱۵۱	۰/۰۷۵
	پیش‌آزمون	۷۸/۸۹	۱	۷۸/۸۹	۸/۹۱	۰/۰۰۶	۰/۲۴۸
	گروه	۵۲۶/۷۲	۱	۵۲۶/۷۲	۵۹/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۸
	خطا	۲۳۸/۹۷	۲۷	۸/۸۵	–	–	–

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی MBCT بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان انجام شد. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که MBCT آگاهی اثر معناداری در کاهش علائم روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران مبتلابه سرطان دارد. نتیجه به‌دست‌آمده همسو با برخی از پژوهش‌های انجام‌شده است (۲۷-۲۲). Van Der Lee و Garssen در پژوهشی بر روی بیماران مبتلابه سرطان نشان دادند که MBCT اثر معناداری در بهبود علائم خستگی، اختلال عملکردی و همچنین بهزیستی مرتبط با سرطان دارد؛ به‌طوری‌که این نتایج در یک پیگیری ۶ ماهه هنوز هم برقرار بود (۲۲). Sharplin و همکاران در پژوهشی باهدف بررسی اثربخشی MBCT بر روی بیماران مبتلابه سرطان در کشور استرالیا به این نتیجه رسیدند که MBCT اثر معناداری در کاهش علائم افسردگی و اضطراب این بیماران دارد (۲۵). Roth و همکاران نیز در پژوهشی بر روی جوانان مبتلابه سرطان نشان دادند که MBCT اثر معناداری در کاهش علائم روان‌شناختی این بیماران دارد (۳۳). همان‌طور که پژوهش‌ها نشان می‌دهد، MBCT آگاهی به‌وسیله مکانیسم‌هایی که با خود به همراه دارد می‌تواند اثرات معناداری در بهبود مشکلات روانی داشته باشد (۳۴).

MBCT از چند جنبه باعث کاهش علائم روان‌شناختی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش‌شده است. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماری سرطان به‌مرورزمان به خاطر محدودیت‌هایی روانی، جسمی و اجتماعی که می‌گذارد، عملکردهای مختلف فرد را (عملکرد شغلی، اجتماعی، ...) تحت‌الشعاع قرار می‌دهد و موجب تغییر در خلق، افسردگی، اضطراب، رفتار، کردار و بینش بیماران می‌شود. تغییر در نگرش و افکار بیماران، پایین آمدن عزت‌نفس و ترس از مرگ، همراه با محدودیت‌های که بیماری ایجاد می‌کند، باعث پایین آمدن رضایت از زندگی و ناامیدی بیماران می‌شود و این تغییرات نهایتاً منجر به عدم تعادل در برخی شاخص‌های فیزیولوژیک می‌شود که مطمئناً این تأثیرات متقابل خواهد بود (۶). متأسفانه به دلیل عدم توجه افراد به این بیماری و تأخیر در تشخیص به‌موقع، عوارض ناشی از آن‌ها (روان‌شناختی، جسمی و اجتماعی) تشدید

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

می‌شود. این وضعیت مشکلاتی عمده‌ای را برای بیماران ایجاد می‌کند. لذا MBCT از طریق آموزش کنترل توجه، مدیریت زمان، انجام تمرین‌های مختلف (یوگا، مراقبه و حضور ذهن تنفس)، تغییر نگرش و بینش بیماران نسبت به بیماری و همچنین انجام تکالیف منزلی (تمرینات ذهن آگاهی، انجام فعالیت‌های معمولی زندگی به‌صورت ذهن آگاهی، ثبت وقایع خوشایند و ناخوشایند و شرکت در مناسبات شادی‌بخش)، یادگیری راهبردهای مقابله‌ای صحیح و مؤثر در مورد برخورد با حوادث تنش‌زای زندگی؛ مانند بیماری و وقایع مربوط به آن، موجب کاهش علائم روان‌شناختی، ارتقای کیفیت زندگی، ایجاد نشاط و شادابی در انجام فعالیت‌های روزانه شده است که این امر به‌نوبه خود می‌تواند علائم بیماری را به نحو چشم‌گیری کاهش دهد (۳۵).

از دیگر دلایلی که می‌توان در جهت اثربخشی MBCT بر علائم روان‌شناختی بیماران مبتلابه سرطان بیان کرد این است که بیماران پس از کسب اطلاعات در مورد میزان و چگونگی تأثیر عوامل روان‌شناختی (ازجمله اضطراب، افسردگی، استرس، علائم روان‌شناختی، خشم و غیره)، برافزایش خطر عود بیماری سرطان، احتمالاً تلاش کرده‌اند شیوه زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای خود را تغییر داده و این عوامل را کنترل کنند تا از پیشرفت بیماری و عود مجدد سرطان جلوگیری کنند. همچنین محتوای درمانی استفاده‌شده، شامل فنونی بوده که در آن به افراد کمک می‌شود که نقش نحوه‌ی تفکر و برداشت از رویدادها را بر احساس رضایت‌مندی خود را درک کرده، روش‌های شناسایی افکار ناکارآمد و منفی را یاد گرفته و واقع‌بینانه‌تر مسائل خود را بررسی کنند که این می‌تواند یکی دیگر از دلایل کاهش نمره علائم روان‌شناختی ازجمله افسردگی اضطراب و جسمانی سازی در گروه آزمایش باشد (۳۶).

به‌بیان‌دیگر، در پژوهش حاضر سعی شد تا با آموزش تکنیک‌های مختلف مثل آرامش آموزی مراقبه و مدیریت استرس کاهش علائم روان‌شناختی مورد هدف قرار گیرد. عوامل استرس‌زای محیطی در ایجاد و تشدید علائم و نشانه‌های بیماری سرطان تأثیر زیادی دارند. برانگیختگی فیزیولوژیکی مفرطی که در موقعیت‌های استرس‌زا ایجاد می‌شود، باعث افزایش تولید هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین می‌شود و به همان نسبت علائم حاد روانی و جسمی فرد مبتلابه سرطان را بالا می‌برد. این پاسخ‌گویی فیزیولوژیکی مفرط نهایتاً احتمال وقوع بیماری سرطان را افزایش می‌دهد (۳۷). حال استفاده از تکنیک‌های مختلف مدیریت استرس مانند تن آرامی و مراقبه، تنش جسمانی و علائم فیزیولوژیکی و همچنین تولید هورمون‌های اپی‌نفرین و نوراپی‌نفرین را کاهش داده و به‌موازات آن اضطراب و افسردگی و استرس فرد مبتلابه سرطان به میزان زیادی کاهش‌یافته است. طبق نظر Benson و همکاران تمرین آرمیدگی به تغییرات فیزیولوژیک منجر می‌شود، این تغییرات فیزیولوژیکی با کاهش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک هماهنگ هستند و بنابراین می‌توانند باعث کاهش شدت علائم روان‌شناختی فرد بیمار شوند (۳۸). برای مثال از طریق تکنیک‌های ذهن آگاهی ازجمله تمرین خودکار، تمرکز، وارسی بدن، ذهن آگاهی در زندگی روزمره، برخی از تکنیک‌های شناختی و رفتاری و چالش با افکار و نگرش‌های خود آیند منفی مرتبط با بیماری سرطان و اصلاح آن‌ها که منجر به افزایش تمرکز و موفقیت‌های روزمره می‌شود. اثرات جانبی داروها نیز یکی از نگرانی‌های عمده در این بیماران است، بنابراین با دادن آگاهی‌های صحیح در مورد ماهیت بیماری و عوارض جانبی داروها، ترس‌های غیرواقع‌بینانه بیماران کاهش یافت. مجموع تکنیک‌های فوق توانست بر کاهش علائم روان‌شناختی بیماران در مرحله پس‌آزمون تأثیر مطلوبی داشته باشد.

به‌طورکلی، بر اساس نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که MBCT به‌موجب تغییر در محتوای شناختی بیماران مبتلابه سرطان و همچنین ارائه راهبردهایی در جهت مقابله با مشکلات مرتبط با بیماری می‌تواند در کاهش علائم روان‌شناختی آنان مفید واقع شود و موجب بهبود افسردگی، اضطراب و استرس در آنان شود. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود که مدیران بیمارستان‌ها، با آگاهی از نتایج پژوهش حاضر سعی در تدوین برنامه‌هایی داشته باشند تا در محیط بالینی بتوان MBCT را به بیماران مبتلابه سرطان ارائه داد. به‌هرحال به خاطر وجود برخی محدودیت‌ها؛ چون ناهمگن بودن اعضای گروه آزمایش و کنترل بر اساس نوع بیماری سرطان، تعداد کم اعضا، مقارن بودن انجام پژوهش با برخی اقدامات دارویی و همچنین سوگیری‌هایی که ممکن است در پاسخ به ابزارهای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

پژوهش وجود داشته باشد، لازم است در تعمیم نتایج جوانب احتیاط رعایت شود. با توجه به گسترش بیماری سرطان و مشکلات آن، پیشنهاد می‌شود به‌صورت گسترده‌تر و با کنترل عوامل مخدوش‌کننده و همچنین بررسی علّی عواملی که می‌توانند موجب بهبود متغیرهای پژوهش حاضر در بیماران مبتلابه سرطان شود، پژوهش‌های دیگری صورت پذیرد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه با موضوع اثربخشی MBCT بر علائم روان‌شناختی، اضطراب مرگ و افکار خودکشی در افراد مبتلابه سرطان با شماره ۶۱۸۲۰۷۰۱۹۴۲۰۱۰ بود که توسط سیما نبی پور کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی اجرا شد. در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران محترم شرکت‌کننده در پژوهش، مسئولین و کارکنان محترم بیمارستان شهید محمدی شهر بندرعباس و سایر اساتید و دوستانی که حمایتگر این پژوهش بوده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

1. Jemal A, Bray F, Center M, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clinic. 2011; 61(2):69-90.
2. Horney DJ, Smith HE, McGurk M, Weinman J, Herold J, Altman K, Llewellyn CD. Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. Head & neck. 2011; 33(1):65-71.
3. Ross L, Boesen EH, Dalton SO and Johansen C. Mind and cancer: Does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being. Eur J Cancer. 2002; 38(1):1447-57.
4. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on reduction of psychological symptoms among patients with cancer. ZJRMS. 2012; 14(2):112-16. [In Persian].
5. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. Clin Psychol Rev. 2002; 22(4):499-524.
6. Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw Hill Education Medical; 2015.
7. Derakhshanfar A, Niayesh A, Abbasi M, Ghalaeeha A, Shojaee M. Frequency of depression in breast cancer patients: A study in Farshchian and Besat Hospitals of Hamedan during 2007-8. Iran J Surg. 2013; 21(2):68-74. [In Persian].
8. Mosher CE, Duhamel KN. An examination of distress, sleep, and fatigue in metastatic breast cancer patients. Psychooncology. 2012; 21(1):100-7.
9. Kashani F, Kashani P. The effect of massage therapy on the quality of sleep in breast cancer patients. Iranian J of Nurs and Midwifery Res. 2014; 19(2):113-18.
10. Heydarheydari S, Khalili M, Sadeghi S. The relationship between anxiety and depression with breast cancer screening in women referring to the mammography clinics in Kermanshah, 2013-2014. J Paramed Sci. 2015; 4(3):231-37. [In Persian].
11. Atrifard M, Zahiredin A, Dibaei S, Zahed G. Comparing depression in children and adolescents with cancer with healthy ones. J of Urmia University of Medical Sciences. 2014; 25(1):21-31. [In Persian].
12. Kiecolt- Glaser JK, Speicher CE, Holiday JE, Glaser R. Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. J Behav Med. 1984; 7(1):1-12.
13. Moghtader L, Akbari B, Minaei H. Comparing life expectancy, spiritual intelligence and depression in women with breast cancer and healthy women in Rasht. Woman and Study of Family. 2015; 7(28):115-28. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

14. Soroush M, Hejazi E, Shoakazemi M, Gheranpayeh L. Body image psychological characteristics and hope in women with breast cancer. Iran J Breast Dis. 2015; 7(4):52-63. [In Persian].
15. Shennan C, Payne S, Fenlon D. What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care? A review. Psycho-oncology. 2011; 20(7):681-97.
16. Wood AW, Gonzalez J, Barden SM. Mindful caring: Using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. J Psychosoc Oncol. 2015; 33(1):66-84.
17. Oraki M, Sami P. The effect of mindfulness integrated behavior-cognitive therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. Quarterly Journal of Health Psychology. 2017; 5(20):34-47. [In Persian].
18. Poor Mohseni K, Eslami F. The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on mental health and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. 2017; 5(20):48-67. [In Persian].
19. Roberts HC, Roberts TP, Brasch RC, Dillon WP. Quantitative measurement of micro vascular permeability in human brain tumors achieved using dynamic contrast-enhanced MR imaging: correlation with histologic grade. AJNR Am J Neuroradiol. 2000; 21(5):891-9.
20. Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2010; 78(1):72-9.
21. Crane R. Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features. London: Routledge; 2013.
22. Van Der Lee ML, Garssen B. Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: A treatment study. Psychooncology. 2012; 21(3):264-72.
23. Cramer H, Lauche R, Paul A, Dobos G. Mindfulness-based stress reduction for breast cancer-a systematic review and meta-analysis. Cur Oncol. 2012; 19(5): e343-52.
24. Smith JE, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. J Adv Nurs. 2005; 52(3):315-27.
25. Sharplin GR, Jones SB, Hancock B, Knott VE, Bowden JA, Whitford HS. Mindfulness-based cognitive therapy: an efficacious community-based group intervention for depression and anxiety in a sample of cancer patients. Med J Aust. 2010; 193(5): S79-82.
26. Stafford L, Foley E, Judd F, Gibson P, Kiropoulos L, Couper J. Mindfulness-based cognitive group therapy for women with breast and gynecologic cancer: A pilot study to determine effectiveness and feasibility. Support Care Cancer. 2013; 21(11):3009-19.
27. Rouleau CR, Garland SN, Carlson LE. The impact of mindfulness-based interventions on symptom burden, positive psychological outcomes, and biomarkers in cancer patients. Cancer Manag Res. 2015; 7:21-131.
28. Mosher CE, Ott MA, Hanna N, Jalal SI, Champion VL. Coping with physical and psychological symptoms: A qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. Support Care Cancer. 2015; 23(7):2053-60.
29. Yalom ID, Leszcz M. Theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic books; 2005.
30. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. Behav Res Ther. 1995; 33(3):335-43.
31. Randall D, Thomas M, Whiting D, McGrath A. Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): factor structure in traumatic brain injury rehabilitation. J Head Trauma Rehabil. 2017; 32(2):134-44.
32. Sahebi A, Asghari M J, Sadat Salari R. Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population. Journal of Developmental Psychology. 2005; 1(4):36-54. [In Persian]

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]

[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

33. Roth A, Nissim R, Elliott M. Mindfulness-based cognitive therapy for young adults with cancer. UWOMJ. 2018; 87(1):11-3.
34. Van Der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. Clin Psychol Rev. 2015; 37:26-39.
35. Mathias CJ. Management of hypertension by reduction in sympathetic activity. Hypertension. 1991; 17(4):III69-74.
36. Walker J, Hansen CH, Butcher I, Sharma N, Wall L, Murray G, Sharpe M. Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the "suicidal thoughts" item of the PHQ-9 during routine screening for depression. Psychosomatics. 2011; 52(5):424-7.
37. Van Der Valk JM. Blood-pressure changes under emotional influences, in patients with essential hypertension, and control subjects. J Psychosom Res, 1957; 2(2):134-46.
38. Benson H, Beary JF, Carol MP. The relaxation response. Psychiatry. 1974; 37(1):37-46.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Symptoms in Patients with Cancer

Sima Nabipour Gisi[1], **Amin Rafieepoor**[2], **Kobra Alizadeh**[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Cancer is one of the most common chronic diseases that its patients face with various psychological problems; therefore, methods should be sought to reduce the severity of the psychological problems among these patients. Therefore this study was done aimed to evaluate of effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on psychological symptoms of patients with cancer.

Methods and Materials: It was a semi-experimental research and has been executed by pre-test and post-test with control group. The research population included all patients with cancer who referred to Shahid Mohammadi Hospital in Bandar Abbas. It contained 30 cancer patients who were selected through purposive sampling method and randomly placed in two experimental and control groups (15 individuals per group).The members of both groups completed the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) before and after the sessions of group therapy (within three months). Findings have been analyzed by SPSS software and covariance analysis (ANCOVA).

Findings: The results showed that the difference between experimental group and control group were significant respectively in psychological symptoms of depression ($F= 84.11$, $p<0.001$), anxiety ($F= 47.52$, $p<0.001$) and stress ($F= 59.51$, $p<0.001$).

Conclusions: According to the results, it can be said that it is necessary for therapeutic centers and support forums related with cancer patients to use MBCT in their plans to reduce psychological symptoms of patients.

Keywords: Anxiety, Cancer, Depression, Mindfulness, Stress

Citation: Nabipour Gisi S, Refieepoor A, Alizadeh K. **Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Symptoms in Patients with Cancer.** J Res Behav Sci 2018; 16(3): 333-343

Received: 2018.06.12 Accepted: 2018.11.1

1- MSc Student, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad Uniuersity, Bandar Abbas, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.
Corresponding Author: Amin Rafieepoor Email: Rafieepoor2000@gmail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1397.16.3.9.9]
[DOI: 10.52547/rbs.16.3.333]