

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال شانزدهم شماره ۶۲ تابستان ۱۴۰۰

## مقایسه اثربخشی درمان معنامحور گروهی با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه

علیرضا مرادی<sup>۱\*</sup>، محمد مهدی اسماعیل زاده پوریا<sup>۲</sup>، مهدی اکبری<sup>۳</sup>، جعفر حسنی<sup>۴</sup>، نسرين غلامی<sup>۵</sup>

\* - استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه خوارزمی

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

۴- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی

۵- استادیار گروه آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۴/۱۳

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان معنامحور گروهی با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه بود. طرح پژوهش از نوع مختلط بوده و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان سینه تحت درمان در مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. از این بین ۲۴ بیمار به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه درمان معنامحور گروهی (۱۲ نفر) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۲ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه به مدت ۸ هفته و هر هفته یک جلسه دو ساعته، تحت درمان معنامحور گروهی و یا شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی و انعطاف‌پذیری شناختی (CFI) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. هر دو درمان بر متغیر انعطاف‌پذیری شناختی اثربخشی معناداری در بیماران مبتلا به سرطان سینه داشتند. همچنین بررسی مرحله پیگیری بعد از دو ماه نشان داد درمان معنامحور گروهی بین پس‌آزمون و مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. اما این تفاوت در گروه ذهن‌آگاهی معنادار بود. همچنین گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان معنامحور گروهی داشت.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی؛ درمان معنامحور گروهی؛ انعطاف‌پذیری شناختی؛ سرطان سینه

email: moradi 90@yahoo.com

\*(نویسنده مسئول)

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی سلامت محمد مهدی اسماعیل زاده پوریا است

## مقدمه

امروزه سرطان در کشورهای پیشرفته بعد از بیماری‌های قلبی عروقی، دومین و در کشورهای در حال توسعه سومین علت مرگ و میر به شمار می‌رود (دیز و اوسلا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹؛ به نقل از؛ عسگریان، میرزایی، عسگریان و جزایری، ۱۳۹۵). سرطان سینه به عنوان شایع‌ترین نوع سرطان در میان زنان دنیا و نیز شایع‌ترین بیماری و دومین علت مرگ و میر در میان زنان ایرانی (جمال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱)، دارای پیامدهایی نظیر؛ مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) و سایر مشکلات اجتماعی / شغلی است (اکبری و همکاران، ۲۰۰۸). وقوع این بیماری تجربه‌ای توأم با استرس و اضطراب بوده (سو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ اشپیگل و ریبا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵) و سطح بالای استرس در این دوران باعث اختلال در عملکرد خانوادگی و زناشویی می‌شود (مهدوی و همکاران، ۲۰۱۷). این بیماری بعنوان شایع‌ترین سرطان در بین زنان و نیز به عنوان یک تشخیص پریشان‌کننده واکنش‌های روان‌شناختی و عصب‌شناختی متعددی را در بین مبتلایان در پی دارد، از جمله واکنش‌های شایع عصب‌شناختی؛ تغییرات ساختاری و عملکردی در مغز بیماران مبتلا به سرطان پس از دریافت شیمی‌درمانی است. این امر بیانگر نقش آسیب‌دیدگی مغزی در بروز نقص‌های شناختی است (کسلر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). مطالعات تصویر برداری عصبی نیز مکرراً تغییرات ساختاری و عملکردی را در قشر پیشانی نشان می‌دهد که منطقه ویژه عصبی برای کنترل کارکردهای اجرایی است (کسلر و همکاران، ۲۰۱۱). نتایج مطالعات وفل و شاگن<sup>۶</sup> (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که حدود ۱۷ تا ۷۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان سینه، نقایص شناختی درازمدت، نظیر آسیب در کارکردهای اجرائی خصوصاً آفت انعطاف‌پذیری شناختی، را تجربه می‌کنند. لیکن شایع‌ترین نارسایی‌های شناختی در بین بازماندگان سرطان سینه، شامل؛ اختلال در کارکردهای اجرایی مانند؛ حافظه کاری، انعطاف‌پذیری شناختی<sup>۷</sup>، عملکرد چند تکلیفی<sup>۸</sup>، برنامه‌ریزی و توجه است (یامادا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بروز این قبیل آسیب‌های شناختی<sup>۱۰</sup>، ناتوانی‌های مرتبط با بیماری را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش داده و با محدود کردن فعالیت‌های زندگی روزمره، ایجاد اختلال عملکرد در محل کار و ایجاد مشکلاتی در تبعیت از رژیم‌های درمانی، باعث بروز عوارض روان‌شناختی روز افزون این بیماران شده و سازگاری با بیماری را دچار اختلال می‌نماید (استیلی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در مجموع نقص کارکردهای اجرایی با افزایش مشکلات رفتاری و منش شناختی همراه بوده و به تبع آن پاسخ به درمان‌های روان‌شناختی و روانپزشکی را نیز کاهش می‌دهد (دانکین<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ تارتر<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

به دلیل اینکه کارکردهای اجرایی حوزه‌های زیادی از عملکرد شناختی را که در پاسخ به نیازهای متغیر محیطی، برای سازگاری حیاتی هستند، یکپارچه‌سازی می‌کنند (هانا پلادی<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷) نقص این کارکردها می‌تواند مشکلات فراگیری را برای بازماندگان سرطان سینه به وجود آورد. افراد دارای اختلال در کارکردهای اجرایی تمایل دارند الگوهای تفکر سفت و سخت از خود نشان دهند، ناکامی در درک دیدگاهها یا ایده‌های جایگزین، چالش با عملکرد چند تکلیفی، مشکل داشتن در تغییر ایده‌ها یا رفتارها،

<sup>1</sup> Diaz & Osella

<sup>2</sup> Jemal

<sup>3</sup> So

<sup>4</sup> Spiegel & Riba

<sup>5</sup> Kesler

<sup>6</sup> Wefel & Schagen

<sup>7</sup> Cognitive Flexibility

<sup>8</sup> Multitasking

<sup>9</sup> Yamada

<sup>10</sup> Cognitive Impairments

<sup>11</sup> Stille

<sup>12</sup> Dunkin

<sup>13</sup> Tarter

<sup>14</sup> Hanna-Pladdy

اشکال در تشخیص این نکته که یک تکلیف معین می‌تواند بیش از یک پاسخ یا رویکرد داشته باشد و ناتوانی در تشخیص اشتباه رخ داده، جزو ویژگی‌های این قبیل افراد می‌باشد (هانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر این کارکردهای اجرایی به قابلیت‌هایی اشاره دارد که فرد را به ایجاد الگوی جدید رفتار و فکر کردن و نیز باز بینی شناخت‌هایش قادر می‌سازد. این قابلیت‌ها در موقعیت‌های ناآشنا؛ جاییکه فرد نمی‌داند چه کاری را انجام دهد و یا موقعیت‌هایی که روش‌های قبلی رفتار کردن، دیگر کارآمد و اثربخش نیستند، بسیار مورد نیاز است (هالیگا<sup>۲</sup>، کیسچا<sup>۳</sup> و مارشال<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

انعطاف‌پذیری شناختی به عنوان مؤلفه‌ای از کارکردهای اجرایی<sup>۵</sup> تلقی می‌شود، این کارکردها مجموعه‌ای از فرآیندهای شناختی سطح بالا هستند که مسئولیت خودتنظیمی و رفتارهای معطوف به هدف را بر عهده دارند. کارکردهای اجرایی نقش مهمی در انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل آن، هیجان و عملکردها دارند و برای زندگی روزمره بسیار حیاتی هستند (کاناگراتنام<sup>۶</sup> و اسبجرسن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷، به نقل از، بداقی، مرادی، حسنی و همکاران، ۱۳۹۵).

در کنار بررسی نقش آسیب‌های ساختاری و کارکردهای مغزی در بروز اختلال در کارکردهای اجرایی، تلاش‌های مضاعفی در راستای فهم نحوه تأثیر گذاری انواع مختلف عوامل استرس‌زا؛ به منظور شناسایی اهداف بالقوه درمان، بر عملکرد شناختی صورت گرفته است (لوپین و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹؛ کاستر<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). با وجود اینکه تجربه استرس حاد (تولید پاسخ‌های کورتیزولی) به انعطاف‌پذیری شناختی آسیب می‌رساند. با اینحال اختلال عملکرد شناختی مرتبط با سرطان، به عواملی نظیر شیمی‌درمانی، هورمون‌درمانی، خستگی، آشفتگی خلقی و نوع سرطان، نیز نسبت داده می‌شود (وفل و همکاران، ۲۰۰۴). علاوه بر این مطالعات نوروسایکولوژی نیز برخی نقص‌های اجرایی را در اختلال افسردگی اساسی مشخص کرده است، نمونه این نقص‌ها، اختلال در حافظه کاری، برنامه‌ریزی، کنترل اجرایی، توجه و نقص در انعطاف‌پذیری ذهنی و تغییر شناختی می‌باشد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری ذهنی ممکن است مستقیماً به خلق؛ نه الزاماً با کل نشانگان افسردگی، مرتبط باشد. وجود اختلال کارکرد اجرایی در افسردگی به عنوان تابعی از شدت افسردگی متغیر بوده ولی در مجموع این قبیل اختلالات با ناتوانی شغلی و احتمالاً پاسخ‌درمانی ضعیف‌تر همراه است (دی باتیستا<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). در عین حال مطالعات اخیر ون در استیچل<sup>۱۱</sup> و همکاران (۲۰۱۱) بیانگر این است که هیجان مثبت می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش داده، بر عکس حوادث استرس‌زایی نظیر؛ ابتلای به سرطان، نقش مهمی در ظهور و تجربه هیجان‌ات منفی بازی می‌کنند که به نوبه خود انعطاف‌پذیری را کاهش می‌دهد (هامن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۵).

در شرایط کنونی، سرطان از یک تشخیص تهدیدکننده زندگی خارج شده و به عنوان یک وضعیت استرس‌زا و آشفته ساز، الهام بخش پژوهش‌ها و مداخلات روانشناختی متعددی است (گروویچ<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). از سوی دیگر در سایه شواهدی که از تأثیر متغیرهای روانی/اجتماعی بر سازگاری هیجانی و روانشناختی با سرطان به دست آمده، مداخلات متعددی با هدف بهبود عوارض این بیماری طراحی شده است. طی سال‌های اخیر در کنار سایر رویکردهای روان‌درمانی، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی نیز، در مداخلات روان‌شناختی مرتبط با سرطان توسعه پیدا کرده‌اند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ترکیبی از آموزش‌های کاهش استرس

<sup>1</sup> Hong

<sup>2</sup> Halliga

<sup>3</sup> kischka

<sup>4</sup> Marshal

<sup>5</sup> Executive Functional

<sup>6</sup> Kanagaratnam

<sup>7</sup> Asbjornsen

<sup>8</sup> Lupien

<sup>9</sup> Koster

<sup>10</sup> De Battista

<sup>11</sup> Van der Stigchel

<sup>12</sup> Hammen

<sup>13</sup> Gurevich

مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۱</sup>، همراه با عناصری از درمان شناختی/ رفتاری برای اختلالات روانی خصوصاً افسردگی است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> شناسایی و رهایی از روش‌های مبتنی بر ناهماهنگی ذهن<sup>۳</sup> با تفکر منفی و نشخوار گونه را به بیماران آموزش می‌دهد تا یک روش متفاوت ذهنی که با نگرشی پذیرفتنی تر حالات روانی فرد را توصیف می‌کنند، را کسب کرده و به کار برند (سگال<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). در نتیجه بیماران یاد می‌گیرند، در زمان نشخوار ذهنی، الگوهای فکری خاص خود را شناسایی کرده و آگاهی گسترده تر لحظه به لحظه را به جای نشخوار ذهنی توسعه دهند به گونه ای که این آگاهی به کشف و آشکارسازی الگوهای اولیه مبتنی بر بازگشت افکار، هیجانات و احساسات بدنی منتهی شود.

ذهن‌آگاهی به عنوان تجربه لحظه به لحظه و آگاهانه، رابطه ای معکوس با فرآیندهای پردازشی خودکار (مثل انعطاف‌ناپذیری شناختی) دارد. به عبارت دیگر با در نظر گرفتن تعریف ذهن‌آگاهی به عنوان جلب توجه کامل فرد به تجربه لحظه به لحظه کنونی رابطه‌ی بالقوه ذهن‌آگاهی با فرآیندهای پردازشی غیرخودکار روشن می‌شود؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت اگر آموزش ذهن‌آگاهی توانایی سرمایه‌گذاری توجه فرد بر لحظه‌ی کنونی را بهبود ببخشد، بر اثر تمرین بتواند با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، پردازش‌هایی را دوباره تحت کنترل درآورد که خودکار می‌شوند (پورمحمدی و باقری، ۱۳۹۴). تمرینات مدیتیشن نیز به عنوان یک تمرین ذهنی و به عنوان مؤلفه‌ای بنیادین در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مداخله‌ای بالقوه مؤثر؛ به تنهایی یا همراه با سایر درمان‌ها، برای تعدیل اختلال کارکرد شناختی عینی و ذهنی؛ خصوصاً برای عوارض جانبی شناختی مرتبط با درمان سرطان سینه، ارائه می‌دهد. چندین مطالعه مراقبه، بهبود عملکرد را در تکالیف مختلف شناختی؛ که شامل اندازه‌گیری توجه پایدار و انعطاف‌پذیری و کنترل شناختی می‌شود را گزارش داده‌اند (برفرانسکی لویز<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسلاتر<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ سو<sup>۷</sup> و اُرمه جانسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱؛ لازار<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

در کنار سایر درمان‌های روانی اعمال شده برای بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان، یکی دیگر از درمان‌های که به دلیل ماهیت بیماری سرطان، در ادبیات پژوهشی و بالینی کاربرد زیادی داشته است درمان معنامحور می‌باشد. این درمان در سال ۲۰۰۰ توسط بریت بارت بنیان‌گذاری شد. روان‌درمانی معنامحور به لحاظ تئوریک ریشه در نوشته‌های ویکتور فرانکل<sup>۱۰</sup> دارد. فرانکل فرض بر این می‌گذارد که یافتن معنا نیروی انگیزشی اولیه انسان بوده و معتقد است که مردم تمایل دارند معنا را در وجود خود پیدا کنند و توانایی یافتن معنا را حتی در زمان‌هایی که متحمل رنج‌های طاقت‌فرسا هستند، نیز دارند. علاوه بر این، یافتن معنا می‌تواند به کاهش رنج کمک کرده و نیز به بهزیستی روانشناختی شخص درآینده منجر شود (مونتروس-توماس، می‌یر و اروین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۴). راهبردهای این رویکرد در قالب بندی استاندارد و متوالی که شامل ترکیبی از تمرین‌های آموزشی، تجربی و تکنیک‌های روان‌درمانی برای ارتقاء اکتشاف معنا و به کارگیری آن برای مقابله با بیماری‌های پیشرفته است، طراحی شده‌اند (لو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). همانند بسیاری از مداخلات بالینی در زمینه روان‌آنکولوژی، روان‌درمانی معنامحور<sup>۱۳</sup> نیز به دلیل نیاز به مقابله با مشکلات

<sup>1</sup> Mindfulness-Based Stress Reduction

<sup>2</sup> Mindfulness - Based Cognitive Therapy

<sup>3</sup> Discrepancy-Based Modes Of Mind

<sup>4</sup> Segal

<sup>5</sup> Brefczynski-Lewis

<sup>6</sup> Slagter

<sup>7</sup> So

<sup>8</sup> Orme-Johnson

<sup>9</sup> Lazar

<sup>10</sup> Viktor Frankl

<sup>11</sup> Montross-Thomas, Meier, & Irwin

<sup>12</sup> Lo

<sup>13</sup> Meaning-Centred Psychotherapy

بالینی چالش برانگیز؛ یأس<sup>۱</sup>، ناامیدی و تمایل به مرگ سریع در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته؛ که در واقع، با بحران وجودی ناشی از زوال معنای زندگی، ارزش و هدف زیستن در صورت روبرویی با پیش آگهی منفی نهایی مواجه اند، توسعه پیدا کرده است (بریت بارت<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۰). طی دهه های گذشته علاقه شدید روان درمانگران به توسعه مداخلات روانشناختی، شامل ترکیب جنبه های؛ معنوی و به ویژه احساس معنا، مشهود بوده است. این رویکرد به ویژه برای بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته؛ که نگرانی هایی را در مورد مرگ و میر داشته و ممکن است دچار پریشانی روانشناختی، معنوی و وجودی شوند، جذاب می باشد (بریت بارت، ۲۰۰۲؛ گرینشتاین<sup>۳</sup> و بریت بارت، ۲۰۰۰؛ هلر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

شواهد محکمی وجود دارد که مداخلات روان درمانی گروهی؛ در مقایسه با مداخلات فردی، برای بیماران مبتلا به سرطان، علاوه بر مقرون به صرفه بودن از لحاظ اقتصادی، به دلیل ایجاد فضایی مناسب برای همدلی و ابراز هیجانات و بهره مندی از تجارب دیگران، باعث کاهش علائم روانشناختی و نیز بهبود مهارت های مقابله ای و نیز کاهش پریشانی ناشی از ابتلای به سرطان و نهایتاً بهبود کیفیت زندگی می شود (اسپیگل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

علیرغم اینکه بیماران مبتلا به سرطان خصوصاً در مراحل پیشرفته، اغلب با مسائل وجودی مواجه بوده و به نوعی الگوی از تفکرات و سبک زندگی انعطاف ناپذیر را نشان می دهند، با اینحال، مداخلات اندکی به ویژه با تمرکز بر ابعاد وجودی و معنوی در بررسی تأثیر روان درمانی های وجودی بر روی پیامدهای شناختی ناشی از ابتلای به سرطان، به ویژه در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، وجود دارد. به ویژه پژوهش در زمینه تأثیر رویکردهای روان درمانی وجودگرا، بر روی انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به سرطان سینه اندک بوده و پیشینه پژوهشی کافی وجود ندارد. با در نظر گرفتن اینکه سرطان در حال حاضر به عنوان یک بیماری مزمن دارای پیامدهای آسیب زای روانشناختی نظیر اختلال در انعطاف پذیری شناختی می باشد و همین امر سازگاری با این بیماری را در ابعاد مختلف آن دچار اشکال می نماید. پژوهش روی کارآیی درمان های جدید (متمرکز بر ابعاد وجودی و معنوی) و مقایسه آن با درمان هایی که پیشینه بیشتری دارند ضروری به نظر می رسد. بدین معنا که مفاهیم کنونی مراقبت های کارآمد، فراتر از کنترل ساده درد و علائم فیزیکی، به ابعاد روانشناختی، وجودی و معنوی مراقبت، گسترش یافته است (پورتنوی<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از بریت بارت و اپلوم، ۲۰۱۱). در نتیجه پذیرش ابعاد روانشناختی و معنوی مراقبت های منتهی به پایان زندگی، اولویت واضح و اساسی برای کادر درمانی درگیر و نیز خود بیماران است و همین مداخلات معنا محور و باز تعریف مفهوم زیستن در ابعاد گسترده آن، باعث افزایش انعطاف پذیری شناختی و رفتاری و نیز زندگی متناسب با بیماری، و نهایتاً جستجو و کشف معنایی نهفته در بیماری، می شود. بنابراین با استناد به مطالب مذکور هدف پژوهش حاضر کاربرد رویکرد روان درمانی معنا محور به صورت گروهی جهت بهبود مؤلفه انعطاف پذیری شناختی به منظور تسهیل فرآیند سازگاری با تغییرات متعدد ناشی از ابتلای به سرطان سینه در ابعاد فردی، خانوادگی، اجتماعی و شغلی، و نیز مقایسه آن با رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

## روش پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح مختلط استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان پیشرفته تحت درمان در مرکز تحقیقات هماتولوژی و آنکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بود. از بین این افراد، ۲۴ نفر پس از مصاحبه بالینی اولیه و بررسی تشخیصی مرتبط با متغیرهای پژوهش به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه معنا

<sup>1</sup> Despair

<sup>2</sup> Breitbart

<sup>3</sup> Greenstein

<sup>4</sup> Heller

<sup>5</sup> Spiegel

<sup>6</sup> Portenoy

درمانی گروهی (۱۲ نفر) و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۲ نفر) جایگزین شدند. علت انتخاب این حجم نمونه بر اساس قاعده تجربی حداقل نمونه لازم برای طرح‌های آزمایشی بوده است. با توجه به عدم همکاری یک نفر، نمونه نهایی در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۱۱ نفر شد. هر دو گروه به مدت ۸ هفته تحت روان‌درمانی وجودی معنامحور گروهی و شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به این پژوهش عبارت بود از: قرارگرفتن در مرحله دوم و بالاتر سرطان سینه، اعلام رضایت کتبی برای شرکت در فرآیند پژوهش، بین سنین ۲۰ تا ۵۵ سال بودن، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، تحت درمان پزشکی بودن عدم ابتلا به بیماری جسمانی اساسی غیر از سرطان سینه (نظیر؛ سکتة مغزی، دیابت و سایر بیماری‌های مزمن)، عدم ابتلاء به اختلالات عمده روانپزشکی و روانشناختی (نظیر اختلالات سایکوتیک، اختلالات دوقطبی و اختلال افسردگی اساسی)، فقدان محدودیت‌های فیزیکی و شناختی که مانع از حضور در جلسات گروه درمانی باشد، فقدان سابقه شرکت در درمان‌های روانشناختی به صورت فردی و گروهی.

## ابزارهای پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد:

**پرسشنامه جمعیت شناختی:** این پرسش‌نامه شامل مشخصات دموگرافیک بیمار نظیر؛ سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال و نوع درمان‌های انجام شده است.

**انعطاف‌پذیری شناختی (CFI):** پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس<sup>۱</sup> و وندر وال<sup>۲</sup> (۲۰۱۰) ساخته شده، این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی کوتاه است که شامل بیست سؤال است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن براساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی است و سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را می‌سنجد؛ الف) میل به درک موقعیت‌های سخت بعنوان موقعیت‌های قابل کنترل (ادراک کنترل‌پذیری). ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها (ادراک توجیه رفتار). ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت (ادراک گزینه‌های مختلف). این پرسشنامه درکار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی/ رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. دنیس و وندر وال (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان دادند که پرسشنامه حاضر از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار می‌باشد. روایی همزمان این پرسش‌نامه با پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی پرسشنامه حاضر را به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل‌پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب؛ ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۱ و با روش بازآزمایی به ترتیب؛ ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ به دست آوردند. در ایران شاره و همکاران (به نقل از؛ تقی‌زاده و فرمانی، ۱۳۹۲)، ضریب پایایی بازآزمایی کل مقیاس را برابر با ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب؛ ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای

<sup>1</sup> Dennis

<sup>2</sup> Vander Wal

کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب: ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نمودند. همچنین این ابزار از روایی عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است (شاره و همکاران، ۱۳۸۸ به نقل از: تقی زاده و فرمانی، ۱۳۹۲).

## مداخلات درمانی

**گروه درمانی معنامحور:** همانند بسیاری از مداخلات بالینی در زمینه روان آنکولوژی، روان درمانی معنامحور<sup>۱</sup> ناشی از نیاز به مقابله با یک مشکل بالینی چالش‌انگیز؛ یأس، ناامیدی و تمایل به مرگ سریع در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته که از یک بحران وجودی ناشی از زوال معنای زندگی و نیز ارزش و هدف زیستن در صورت رویارویی با پیش‌آگهی نهایی منفی، توسعه پیدا کرده است. بریت بارت و اپلبوم (۲۰۱۱) با الهام از معنادرمانی و ویکتور فرانکل و نیز درمان وجودی اروین یالوم؛ روان‌درمانی گروهی معنامحور را برای کاستن از یأس، بی‌معنایی، ناامیدی و تمایل به مرگ سریع از طریق نگهداشتن و تقویت احساس معنا؛ حتی در زمان مواجهه با مرگ قریب‌الوقوع، را در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته، طراحی نمودند. این رویکرد هم مفاهیم اساسی وجودی و هم مفاهیمی که بر مفهوم "معنا" تمرکز ندارند، را به همدیگر مرتبط می‌سازد و مداخله ای هشت هفته‌ای است که شامل تمرینات آموزشی و تجربی، برای کمک به بیماران سرطانی در درک اهمیت معنای زندگی برای کاهش ناامیدی و بهبود وضعیت روانشناختی بیماران مبتلا در زمان نزدیک شدن به پایان زندگی، طراحی شده است.

### محتوای جلسه‌های گروه درمانی وجودی (معنامحور): اقتباس از بریت بارت (۲۰۰۰)

جلسات	سر فصل‌ها	محتوای درمان
جلسه اول	مفاهیم و منابع معنا	معرفی اعضای گروه؛ تبیین مفهوم معنا و منابع آن؛ تمرین تجربی؛ تکلیف خانگی
جلسه دوم	سرطان و معنا	هویت شخص (قبل و بعد از تشخیص سرطان)؛ تمرین تجربی؛ تکلیف خانگی
جلسه سوم	منابع تاریخی معنا (میراث: گذشته)	زندگی میراثی است که به تو عطا شده است(گذشته)؛ تمرین تجربی؛ تکلیف خانگی
جلسه چهارم	منابع تاریخی معنا (میراث: حال و آینده)	زندگی به مثابه میراثی که یک فرد در آن زندگی می‌کند (در حال حاضر) و میراثی که از خود به جا می‌گذارد (آینده)؛ تمرین تجربی؛ تکلیف خانگی
جلسه پنجم	منابع نگرشی معنا: مواجهه با محدودیت‌های زندگی	مواجهه با محدودیت‌های تحمل‌شده توسط سرطان، پیش‌آگهی و مرگ؛ تمرین تجربی؛ مقدمه‌ای بر طرح میراث؛ تکلیف خانگی
جلسه ششم	منابع خلاق معنا؛ پرداختن به زندگی به طور کامل	خلاقیت، شجاعت و مسئولیت‌پذیری؛ تمرین تجربی؛ تکلیف خانگی
جلسه هفتم	منابع تجربی معنا: ارتباط با زندگی	عشق، طبیعت، هنر و طنز
جلسه هشتم	انتقال(تحول)؛ بازتاب‌ها و امیدها برای آینده	مرور منابع مفهوم، به عنوان منابع، تأملاتی در دروس آموخته شده در گروه، تمرین تجربی در زمینه امیدها به آینده

**شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی:** شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) توسعه یافته است. نسخه بکار رفته در این پژوهش شامل هشت جلسه درمان گروهی است که هر جلسه حدود دو ساعت طول می‌کشد. تعداد اعضای گروه درمانی شامل ۶ تا ۱۴ نفر است. تمرین‌ها شامل اسکن بدنی، آموزش ذهن‌آگاهی، یوگا و ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار است. تمرین‌ها و فعالیت‌های ذهن‌آگاهی می‌بایست به طور روزانه انجام شود و به همین جهت در هر جلسه درمانی، تمرین‌هایی تحت عنوان تکالیف خانگی پیشنهاد می‌شود. ابعاد درمان، شامل استنباط این مسأله است که چگونه شیوه‌های ناسازگارانه واکنش به ترس و یا ناراحتی مانند؛ اجتناب یا تلاش برای کنترل تجربه به وسیله تجزیه و تحلیل یا اطمینان جویی، ممکن

<sup>1</sup> Meaning-Centred Psychotherapy

است به چرخه ای معیوب منتهی شود که احساسات را بدتر و تشدید کند. هدف اصلی این رویکرد درمانی، کاهش اجتناب و تسهیل پردازش هیجانی و همچنین گسترش مجموعه شیوه های پاسخ دهی به نگرانی ها در مورد سرطان است.

### جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (اقتباس از پاتو، ۱۳۹۵)

جلسات	شرح درمان
جلسه اول	معرفی شرکت کنندگان، پذیرش مراجع، تعیین هدف‌های جلسه و خط مشی کلی قانون گروه، بررسی انتظارات و اهداف مراجع از درمان، بررسی مشکلات روانشناختی بیماران سرطانی، خلاصه‌ای از شیوه آموزشی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای مراجع. <b>موضوع جلسه:</b> هدایت خودکار، تکنیک خوردن کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مراقبه واری (اسکن) بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مراقبه‌ها. تعیین تکلیف خانگی شامل: حضور در لحظه و بسط دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها.
جلسه دوم	<b>موضوع جلسه:</b> تمرکز بیشتر بر بدن، انجام مراقبه اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه، تمرین واری بدنی، دادن بازخورد و بحث در مورد واری بدنی، آغاز تمرین با تمرکز به تنفس کوتاه، ثبت وقایع خوشایند. <b>تکالیف:</b> واری بدن، تنفس با ذهن آگاهی و ذهن آگاهی یک فعالیت روزمره.
جلسه سوم	<b>موضوع جلسه:</b> رویارویی با موانع، انجام تمرین واری بدن، قدم زدن با ذهن آگاهی، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی شامل مراحل: توجه به تمرین در لحظه انجام، توجه به تنفس و توجه به بدن. <b>تکالیف:</b> واری بدن، تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی، ثبت رویدادهای ناخوشایند.
جلسه چهارم	<b>موضوع جلسه:</b> ماندن در زمان حال، تمرین دیدن و شنیدن، تمرین آگاهی تنفس، بدن، صدا و افکار، و بحث در مورد این تجربه، مشخص کردن تمرین منزل: تمرین مراقبه نشسته، اسکن بدن و تمرین فضای تنفسی سه دقیقه‌ای منظم و مقابله‌ای در یک رویداد ناخوشایند.
جلسه پنجم	<b>موضوع جلسه:</b> اجازه حضور به تجربه، انجام مراقبه نشسته و بحث در مورد این تجربه، بازنگری تکالیف منزل، بحث در مورد افکار و احساسات، تمرین فضای تنفس و بازنگری آن، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای در یک رویداد ناخوشایند و بازنگری آن، تعیین تکالیف منزل.
جلسه ششم	<b>موضوع جلسه:</b> افکار حقایق نیستند، مراقبه نشستن ۴۰ دقیقه‌ای و بازنگری آن، بحث در مورد تکالیف خانگی، بحث در مورد رابطه خلق و افکار، تمرین تنفس و بازنگری، تعیین تکالیف منزل.
جلسه هفتم	<b>موضوع جلسه:</b> استفاده از تمرین‌های مراقبه در زمان افکار منفی راجع به سرطان، مراقبه نشستن ۴۰ دقیقه‌ای و بازنگری آن، شناسایی نشانگان عود، تعیین تکالیف منزل.
جلسه هشتم	<b>موضوع جلسه:</b> تمرین واری بدن، بازنگری تکالیف منزل، مروری به جلسه‌های پیشین و بازنگری تکالیف‌های خانگی، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس.

### روش اجرا

در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش، آزمودنی‌های هر دو گروه؛ که در مرحله دوم و بالاتر بیماری قرار دارند، ابتدا با استفاده از روش کمی (پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی) مورد سنجش قرار گرفته و سپس در دو گروه روان‌درمانی معنامحور گروهی و شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی جایگزین شده و نهایتاً هر دو گروه طی هشت جلسه تحت روان‌درمانی گروهی (روان‌درمانی معنامحور گروهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی) قرار گرفتند. پس از اتمام مداخله درمانی، متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در هر دو گروه مجدداً ارزیابی شد (پس از مومن) تا تأثیر مداخله روان‌درمانی معنامحور گروهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ذهن‌آگاهی



آگاهی مورد بررسی قرار گیرد. در پایان به منظور ارزیابی پایایی تأثیر احتمالی مداخله، متغیرهای پژوهش در هر دو گروه پس از دو ماه (پیگیری) سنجیده شده و معناداری تفاوت‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند.

## یافته‌ها

میانگین سنی گروه روان‌درمانی معنامحور گروهی، ۴۲/۶۲، با انحراف معیار ۸/۱۵؛ و میانگین سنی بیماران گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، برابر با ۴۲ با انحراف معیار ۶/۴۵ بود. سطح تحصیلات مشارکت‌کنندگان در گروه روان‌درمانی معنامحور گروهی شامل ۴ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق دیپلم، ۵ نفر لیسانس و یک نفر دکتری تخصصی بود. همچنین در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ۶ نفر دیپلم، ۱ نفر فوق دیپلم و ۴ نفر لیسانس بودند. در گروه روان‌درمانی معنامحور گروهی، ۴ نفر مجرد بودند اما در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی همه آزمودنی‌ها متأهل بودند. در جدول ۱ آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است.

جدول (۱) آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهشی در پیش‌آزمون

مراحل	روان‌درمانی معنامحور گروهی		MBCT	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۹۳/۸۳	۱۸/۹۵	۹۰/۷۲	۱۳/۲۷
پس‌آزمون	۱۰۵/۵۰	۱۷/۷۴	۱۱۲/۱۸	۱۱/۲۰
پیگیری ۲ ماهه	۱۰۵/۲۵	۱۶/۵۸	۱۱۶/۳۶	۱۲

برای بررسی اثربخشی درمان‌ها و با توجه به عدم وجود گروه انتظار، در ابتدا هر یک از درمان‌ها جداگانه بررسی شد و سپس دو درمان با هم مقایسه شدند. در ابتدا اثر بخشی روان‌درمانی معنامحور گروهی با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، تحلیل شده است. پیش‌فرض کرویت با استفاده از آزمون کرویت ماچلی تحلیل شده و نتایج نشان از رعایت این پیش‌فرض دارد ( $p = ۰/۸۷$ )؛  $W > ۰/۰۵$ ). همچنین داده‌های مربوط به آزمون چند متغیری نشانگر آن است، اثر پیلایی بعنوان محافظه‌کارترین آزمون در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ( $p = ۰/۸۰$ ؛  $p < ۰/۰۵$ ) معنادار است که نشان می‌دهد حداقل بین دو مرحله از مراحل آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۲ داده مربوط به آزمون درون گروهی تک متغیری نمرات انعطاف‌پذیری شناختی نشان داده شده است.

جدول (۲) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اثر زمان	۱۰۶۶/۰۵	۲	۵۳۳/۰۲	۲۸/۱۰	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۲ نتایج نشانگر آن است اثر متغیر آزمایش یعنی روان‌درمانی معنامحور گروهی در طول زمان بر متغیر وابسته یعنی انعطاف‌پذیری شناختی معنادار بوده ( $P < ۰/۰۵$ ) است. به عبارت دیگر روان‌درمانی معنامحور گروهی گروه بر انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر مثبتی داشته است.

همچنین مقایسه زوجی بین مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داد که تفاوت نمرات در دو مرحله یعنی بین پیش آزمون و پس آزمون و نیز پیش آزمون و پیگیری معنادار بوده است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر متغیر آزمایشی یعنی روان-درمانی معنامحور گروهی توانسته تفاوت معناداری در طول زمان بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران داشته باشد. اما این تأثیر از مرحله پس آزمون تا پیگیری معنادار نبوده است.

یافته دوم که عبارت بود از تحلیل اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشان داد پیش فرض کرویت رعایت شده است ( $p > 0/05$ ؛  $w = 0/69$ ). همچنین داده‌های مربوط به آزمون چندمتغیری نشانگر آن است اثر ویلکز لامبدا ( $I = 0/11$ ؛  $p < 0/01$ ) و اثر پیلائی ( $p < 0/01$ ؛  $p = 0/89$ ) معنادار است که نشان می‌دهد حداقل بین دو مرحله از مراحل آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد.

در جدول ۳ داده‌های مربوط به آزمون درون گروهی تک متغیری نمرات انعطاف‌پذیری شناختی نشان داده شده است.

**جدول (۳) نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی**

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اثر زمان	۴۱۶۱/۶۹	۲	۲۰۸۰/۸۴	۶۰/۹۳	۰/۰۰۱

بر اساس جدول ۳ نتایج نشانگر آن است اثر متغیر آزمایش یعنی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی در طول زمان بر متغیر وابسته یعنی انعطاف‌پذیری شناختی معنادار بوده است. به عبارت دیگر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی بر انعطاف-پذیری شناختی تأثیر مثبتی داشته است. همچنین مقایسه زوجی بین مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داد، تفاوت نمرات در هر سه مرحله معنادار بوده است ( $p < 0/05$ ). به عبارت دیگر متغیر آزمایشی یعنی درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی گروهی توانسته تفاوت معناداری در طول زمان بر انعطاف‌پذیری شناختی بیماران داشته باشد.

تحلیل مقایسه اثربخشی معنادرمانی گروهی با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نشان داد پیش فرض کرویت رعایت شده است ( $p > 0/05$ ؛  $w = 0/66$ ). همچنین آزمون لون و آزمون باکس نشان داد به ترتیب برابری واریانس‌ها و برابری کواریانس‌ها نیز رعایت شده است.

داده‌های مربوط به آزمون چندمتغیری نشانگر آن است اثر پیلائی ( $p = 0/42$ ؛  $p < 0/05$ ) معنادار است. که نشان می‌دهد بین دو گروه حداقل در یکی از مراحل آزمایش تفاوت معنادار وجود دارد.

در جدول ۴ نیز نتایج مربوط به تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی نشان داده شده است.

**جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی**

زمان * گروه	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
زمان * گروه	انعطاف‌پذیری	۶۰۷/۶۶	۲	۳۷۱/۹۹	۱۱/۵۹	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۴ نشان داده شده، بین گروه‌های پژوهش در طول زمان تفاوت معنادار وجود دارد ( $F = 11/59$ ؛  $p < 0/01$ ). عطف به جدول توصیفی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به معنادرمانی داشته است.

## بحث و نتیجه گیری

یافته اول پژوهش نشان داد اثر درمان معنامحور گروهی در طول زمان بر متغیر وابسته یعنی انعطاف‌پذیری شناختی معنادار بوده است. به عبارت دیگر، درمان معنامحور گروهی توانسته انعطاف‌پذیری شناختی بیماران را افزایش بدهد. همچنین یافته‌ها نشان دادند تفاوت نمرات در پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بوده است. به تعبیر دیگر، میزان انعطاف‌پذیری شناختی افراد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است اما تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با مرحله پیگیری معنادار نبوده است.

علیرغم اینکه نتایج مطالعات نشان می‌دهد که برخی از بیماران مبتلا به سرطان سینه، نقایص شناختی درازمدت، نظیر؛ اُفت انعطاف‌پذیری شناختی، را تجربه می‌کنند. همچنین زنان تحت شیمی‌درمانی، از ریسک بالایی برای ابتلای به این نقایص شناختی برخوردارند (کسلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ کاستلون<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). اما پژوهشی که به مطالعه تاثیر معنادرمانی بر بهبود انعطاف-پذیری شناختی پرداخته باشد - بر اساس جستجوی ما - یافت نشد. لذا امکان مقایسه با پژوهش‌های قبلی مقدور نیست.

با این حال یک تبیین احتمالی برای یافته پژوهش حاضر می‌تواند به رابطه بین هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی مربوط باشد. بدین معنا که همانطوری که مطالعات اخیر نشان می‌دهد که هیجان مثبت می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد. به استناد پژوهش وانگ (۲۰۱۷) هیجان مثبت تعارض پاسخ را کاهش می‌دهد. پژوهش وان در استگچل و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان داد که هیجان مثبت می‌تواند تعارض پاسخ را کاهش دهد و پاسخ رقابتی را سرکوب کند مطابق با نتایج رفتاری (FMRI) پژوهش، فعالیت قشر سینگولیت قدامی (ACC) در طول تکلیف سوئیچینگ طی حالات هیجانی مثبت کاهش می‌یابد، که نشان می‌دهد، هیجان مثبت می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را تسهیل کند. این واقعیات نشان می‌دهند که هیجان مثبت و هیجان منفی بر تعارض پاسخ به طور متفاوتی تأثیر گذاشته و هر کدام از این هیجانات سطوح عصبی و رفتاری متفاوتی دارند. بنابراین هیجان مثبت کنترل شناختی را تقویت کرده و حساسیت به تعارض پاسخ را کاهش می‌دهد.

مطالعات اخیر وان در استگچل<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که هیجان مثبت می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد. عکس حوادث استرس‌زایی نظیر؛ ابتلای به سرطان، نقش مهمی در ظهور و تداوم اختلالات افسردگی و نیز تجربه هیجانات منفی بازی می‌کنند، که به نوبه خود انعطاف‌پذیری را کاهش می‌دهد (هامن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

علاوه بر این مطالعات نوروسایکولوژی برخی نقص‌های اجرائی را در اختلال افسردگی اساسی مشخص کرده است، نمونه این نقص‌ها، اختلال در حافظه کاری، برنامه‌ریزی، کنترل اجرائی، توجه و نقص در انعطاف‌پذیری ذهنی و تغییر شناختی می‌باشد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری ذهنی ممکن است مستقیماً به خلق؛ نه الزاماً با کل نشانگان افسردگی، مرتبط باشد (دی باتیستا<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵).

بنابراین تبیین احتمالی تأثیر معنادرمانی بر بهبود انعطاف‌پذیری شناختی اینگونه می‌تواند بیان شود که؛ از آنجائیکه ابتلای به سرطان به عنوان یک بیماری مزمن، با واکنش‌های روانشناختی آسیب‌زایی نظیر؛ استرس و اضطراب (سو و همکاران، ۲۰۰۹؛ اشپیگل و ریبا، ۲۰۱۵) و نیز یأس و ناامیدی، درد و رنج روانی، از دست دادن بهزیستی معنوی، زوال معنای زندگی و تمایل به مرگ سریع (بریت بارت، ۲۰۱۷)، همراه است؛ که یکی از مؤلفه‌های مشترک اکثر این واکنش‌های روانشناختی، هیجان و خلق منفی است. بنابراین به نظر می‌رسد معنادرمانی احتمالاً از طریق افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی و نیز بهبود خلق بیماران؛ بعنوان یک متغیر میانجی، توانسته انعطاف‌پذیری شناختی را افزایش دهد. علاوه بر این از آنجائیکه یکی از راهبردهای این رویکرد

<sup>1</sup> Kesler

<sup>2</sup> Castellon

<sup>3</sup> Van der Stigchel

<sup>4</sup> Hammen

<sup>5</sup> De Battista

درمانی، برای کشف و خلق معنای زندگی؛ خصوصاً در شرایط طاقت فرسا، روش "نگرش‌ها" است، بنابراین بهبود انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند نتیجه اعمال تکنیک‌های معطوف به این مؤلفه در طی فرآیند گروه درمانی باشد. با این حال تعیین دقیق مکانیزم تأثیر گذاری رویکرد معنادرمانی بر روی انعطاف‌پذیری شناختی مستلزم پژوهش‌های بیشتری است. یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در طول زمان بر انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر مثبتی داشته است. تفاوت نمرات در هر سه مرحله معنادار بوده است. این یافته‌ها همسو با پژوهش نجفی و همکاران (۱۳۹۷) است که در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که گروه آزمایش در پس‌آزمون بهبود معناداری در متغیرهای عملکردهای اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی نشان می‌دهند.

برخی پژوهش‌ها از یافته‌های این پژوهش حمایت کرده‌اند و تأکید کرده‌اند که کارکردهای شناختی مغز که در اختلالات گوناگون دچار اشکال می‌شود می‌تواند با مراقبه ذهن‌آگاهی بهبود یابد. مطالعه‌ی چان و همکاران (۲۰۱۶)؛ به نقل از نجفی و همکاران، (۱۳۹۷) نشان داد که آموزش کنترل توجه ذهن‌آگاهانه با افزایش فعالیت آمیگدال و لوب پیش‌پیشانی در ارتباط است. مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس نیز می‌تواند با بهبود کارکردهای اجرایی باعث بهبود انعطاف‌پذیری شناختی گردد. از طرف دیگر چون این آزمون مستلزم کنترل توجه است و مداخله ذهن‌آگاهی منجر به بهبود توجه متمرکز و انتخابی فرد می‌شود، می‌تواند به بهبود انعطاف‌پذیری کمک کند (نجفی و همکاران، ۱۳۹۷). تمرینات مدیتیشن نیز به عنوان یک تمرین ذهنی و به عنوان مؤلفه‌ای بنیادین در مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مداخله‌ای بالقوه مؤثر؛ به تنهایی یا همراه با سایر درمانها، برای تعدیل اختلال کارکرد شناختی عینی و ذهنی و عوارض جانبی روانشناختی مرتبط با درمان سرطان سینه، ارائه می‌دهد. چندین مطالعه مراقبه، بهبود عملکرد را در تکالیف مختلف شناختی؛ که شامل اندازه‌گیری توجه پایدار و انعطاف‌پذیری و کنترل شناختی می‌شود، را گزارش داده‌اند (برفزانسکی لویز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسلاتر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷؛ سو<sup>۳</sup> و اُرمه جانسون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ لازار<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

به تعبیری دیگر در حالتی که به آن ذهن‌نا آگاهی گفته می‌شود، کم‌ترین تلاشی برای پردازش اطلاعات صورت نمی‌گیرد، در این حالت، اطلاعات به گونه‌ای از پیش تعیین شده و انعطاف‌ناپذیر، پردازش می‌شوند و کمترین میزان آگاهی نصیب فرد می‌شود که نمونه بارز آن در اضطراب و افسردگی دیده می‌شود که در آنها سیستم پردازش اطلاعات به شیوه نسبتاً کلیشه‌ای حق تقدم را به برخی پردازش‌ها داده و از برخی پردازش‌های دیگر جلوگیری می‌کند (کانستنز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از؛ نصرتی، خسروی، درویزه و خدابخش، ۱۳۸۸).

در حالت‌های ذهن‌آگاهانه پخش اطلاعات از چرخه‌های معیوب به طرف تجربه کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل آموزش ذهن‌آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه مانند تنفس، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از پردازش خودکار جلوگیری نموده و باعث می‌شود پردازش‌های معیوب کم‌تر در دسترس قرار گیرند و شانس دوباره دیدن محیط و انتخاب‌های صحیح افزایش یافته و انعطاف‌پذیری شناختی نیز بهبود یابد. بنابراین از طریق آموزش ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد تا لایه‌هایی را که به

<sup>1</sup> Brefczynski-Lewis

<sup>2</sup> Slagter

<sup>3</sup> So

<sup>4</sup> Orme-Johnson

<sup>5</sup> Lazar

<sup>6</sup> Constans

صورت عادت‌ی، خود به درک تجربه می‌افزاید را مشاهده کند و لنزهای ویژه ای را شناسایی کند که از آن طریق به تماشای دنیا می‌نشیند.

آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد بین گروه‌های پژوهش در طول زمان تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که گروه ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری نسبت به معنادرمانی نشان می‌دهد. با توجه به ادبیات پژوهشی اگر چه به دلیل عدم وجود پژوهش مشابه امکان مقایسه این یافته با یافته‌های قبلی مقدور نیست، اما، همانطور که در بالا اشاره شد، ذهن آگاهی به طور کلی بر مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی اثربخشی بالایی دارد. همچنین معنادرمانی نسبت به ذهن آگاهی تمرین و تکالیف کمتری برای افزایش انعطاف‌پذیری دارد.

بطور کلی، یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند معنادرمانی گروهی و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند به درجاتی بر انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر واقع شوند. بنابراین برای کمک به بیماران مبتلا به سرطان سینه علاوه بر درمان‌های پزشکی، درمان‌های روانشناختی نیز می‌توانند تأثیرات مثبتی در پی داشته باشند، تا ضمن غلبه بر بحران وجودی ناشی از رویارویی با ابتلای به سرطان و بهبود خلق و افزایش هیجان‌های مثبت، سیستم شناختی و رفتاری جدیدی اتخاذ کنند که منجر به جذب حمایت‌های اجتماعی بیشتری شده و سبک زندگی خود را بهینه سازند، از عادات و قالب‌های فکری خود بیرون بیایند و آگاهانه و معنادار زندگی بکنند و در دل رنج‌های ناشی از سرطان معنایی نهفته را کشف کنند.

این پژوهش شامل محدودیت‌هایی بود که از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: حضور نامنظم برخی از مراجعان در تعدادی از جلسات به دلیل مشغله‌های شخصی و ناتوانی‌های جسمانی و روانی، داده‌های حاضر بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارشی جمع‌آوری شده و ممکن است بیشتر ادراک افراد از متغیرهای مورد بررسی و نه لزوماً وضعیت واقعی این پدیده‌های روان‌شناختی را منعکس کرده و بنابراین ممکن است دارای سوگیری باشد.

## منابع

- بدافی، الهه؛ مرادی، علیرضا؛ حسنی، جعفر؛ علیپور، فرشید؛ شاهسوند بغدادی، طیبه (۱۳۹۵). بررسی مقایسه‌ای کارکردهای اجرایی در زنان مبتلا به ام اس دارای اختلال افسردگی، فاقد اختلال افسردگی و زنان بهنجار. **فصلنامه عصب‌روان‌شناسی**، ۲، ۲، (پیاپی ۵).
- پورمحمدی، سمیه و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار. **مطالعات روان‌شناختی**، ۱۱ (۳): ۳۵-۴۶.
- تقی زاده، محمد احسان؛ و فرمانی، اعظم. (۱۳۹۲). بررسی نقش انعطاف‌پذیری شناختی در پیش بینی نومییدی و تاب‌آوری در دانشجویان. **فصلنامه روان‌شناسی شناختی**، دوره ۱، شماره ۲: ۲۴-۳۵.
- عسگریان، فاطمه سادات؛ میرزایی، مسعود؛ عسگریان، صدیقه سادات؛ و جزایری، سید مهرداد. (۱۳۹۵). بررسی اپیدمیولوژیک سرطان پستان و توزیع سنی بیماران در یک بازه ده ساله. **فصلنامه بیماریهای پستان ایران**، ۹ (۱): ۲۰-۲۶.
- نجفی، مریم؛ قربانی، مریم؛ رضایی، صدیقه (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله‌ی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر عملکردهای اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان دارای خصیصه نوروژ گرای در شهر اصفهان. **مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت**، ۵ (۳): ۲۲-۳۷.
- نصرتی، کبری؛ خسروی، زهره؛ درویزه، زهرا و خدابخش، روشنگ (۱۳۸۸). بررسی سوگیری حافظه آشکار و ضمنی با شرایط آسان و دشوار، ادراک پیامد مخاطره آمیز در دانشجویان افسرده، مضطرب، ترکیبی، سالم دانشگاه‌های الزهرا و تهران. **فصلنامه مطالعات روان‌شناختی**، ۵ (۲): ۷۵-۱۱۴.
- Akbari, M.E., Khayamzadeh, M., Khoshnevis, S.J., et al. (2008). Five and ten years' survival in breast cancer patient's mastectomies vs. breast conserving surgeries personal experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 1(2), 53-56.
- Brefczynski-Lewis, J., Lutz, A., Schaefer, H., et al . (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practioners. *Proc Natl Acad Sci, USA*:104,11483-88.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 10(4), 272-280.
- Breitbart, W. (2017). (Ed.). *Meaning-centered psychotherapy in the cancer setting: Finding meaning and hope in the face of suffering*, New York, NY: Oxford University Press.

- Breitbart, W., Heller, K.S. (2003). Reframing hope: Meaning-centered care for patients near the end of life. *J Palliat Med*, 6,979-988.
- Breitbart, W., & Applebaum, A. (2011). Meaning-Centered Group Psychotherapy, In. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care* (Eds. M. Watson & D. Kissane), Wiley-Blackwell, pp, 149-157.
- Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H., et al.(2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *J Am Med Assoc*, 284, 2907–2911.
- Castellon, S.A., Ganz, P.A., Bower, J.E., et al. (2004).Neurocognitive performance in breast cancer survivors exposed to adjuvant chemotherapy and tamoxifen. *J Clin Exp Neuropsychol*, 26, 955-69.
- De Battista, C. (2005). Executive dysfunction in major depressive disorder. *J, Neurotherapeutics*. 5(1), 79-8.
- Dennis, J.P., Vander Wal, J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cog Therap Res*, 34(3):241-53.
- Dunkin, J.J., Leuchter, A.F., Cook, I.A., et al. (2000). Executive dysfunction predicts nonresponse to fluoxetine in major depression. *J Affect Disord*, 60:13-23.
- Greenstein, M., Breitbart, W. (2000). Cancer and the experience of meaning: a group psychotherapy program for people with cancer. *Am J Psychotherapy*, 54,486–500.
- Gurevich, M., Devins, G. M., Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259–281.
- Halliga, P.w.; kischka, U. & Marshal, J.C. (2003). *Handbook of clinical neuropsychology* (PP.302-318). New York: Oxford University Press Inc.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 1, 293–319.
- Hong, D., Scaletta Kent, J., & Kesler, S. (2009). Cognitive profile of Turner syndrome. *Dev Disabil Res Rev*, 15, 270-8.
- Hanna - Pladdy, B. (2007). Dysexecutive syndromes in neurologic disease. *J Neurol Phys Ther* , 31, 119-127.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., et al. (2011). Global cancer statistics. *CACancer J Clin*, 61(2), 69-90.
- Kesler.S.R., Kent.J.S., & O’Hara.R. (2011). Prefrontal cortex and executive function impairments in primary breast cancer. *Arch Neurol*, 68, 1447-53.
- Koster, E. H., Hoorelbeke, K., Onraedt, T., et al. (2017).Cognitive control interventions for depression: a systematic review of findings from training studies. *Clin Psychol. Rev*. 53, 79–92.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., et al. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport* .16, 1893-97.
- Lo, C., Zimmermann, C., Gagliese, L., et al .(2011). Sources of spiritual well-being in advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* , 1,149–53.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., and Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Rev. Neurosci*, 10, 434.
- Mahdavi, A., Aghaei, M., Aminnasab, V., et al. (2017). The Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy (ACT) on Perceived Stress, Symptoms of Depression, and Marital Satisfaction in Women with Breast Cancer. *Archives of Breast Cancer*, 4(1),16-23.
- Montross-Thomas, L.P. Meier, E.A., Irwin, S.A. (2014). Meaning-Centered Psychotherapy: A Form of Psychotherapy for Patients With Cancer. *Curr Psychiatry Rep*, 16(10), 488.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression – A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press, New York.
- Slagter, H., Lutz, A., Greischar, L.L., et al. (2007). Mental training affects distribution of limited brain resources. *Public Libr Sci Biol*, 5, 1228-35.
- So, K., Orme-Johnson, D. (2001). Three randomized experiments on the longitudinal effects of the transcendental meditation technique on cognition. *Intelligence*. 29, 419-40.
- So, W.K., Marsh, G., Ling, W.M., Leung, F.Y., et al. (2009). The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncol Nurs Forum*, 36(4), E205-214.
- Spiegel, D., Morrow, G.R., Classen, C. et al. (2000).Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients:a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, 8 (6),482–493.
- Spiegel, D., Riba, M.B. (2015). Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J*, 21(1), 97-103.
- Stilley, C.S., Bender, C.M., Dunbar-Jacob, J., et al. (2010). The impact of cognitive function on medication management: three studies. *Health Psychol*, 29:50-5.

- Tarter, R.E., Kirisci, L., Reynolds, M., et al. (2004). Neurobehavior disinhibition in childhood predicts suicide potential and substance use disorder by young adulthood. *Drug Alcohol Depend*, 76(suppl), 45-52.
- Van der Stigchel, S., Imants, P., and Ridderinkhof, K. R. (2011). Positive affect increases cognitive control in the antisaccade task. *Brain Cogn*. 75, 177-181.
- Wang, Y., Chen, J., Yue, Z. (2017). Positive emotion facilitates cognitive flexibility: An FMRI Study. *Frontiers in Psychology*. 8,1832.
- Wefel, J.S, Kayl, A.E, Meyers, C.A. (2004). Neuropsychological dysfunction associated with cancer and cancer therapies: A conceptual review of an emerging target. *Br J Cancer*. 90:1691-6.
- Wefel, J.S., Schagen, S.B. (2012). Chemotherapy-related cognitive dysfunction. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 12, 267-75.
- Yamada. T.H., Denburg. N.L., Beglinger. L.J., et al. (2010). Neuropsychological outcomes of older breast cancer survivors: cognitive features ten or more years after chemotherapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 22, 48-54.

Moradi, A<sup>1\*</sup>, Esmailzadeh Poria, M.M<sup>2</sup>, & Akbari, M<sup>3</sup>, Hasani, J<sup>4</sup>, & Golami, N<sup>5</sup>

\*<sup>1</sup>. Ph.D, Professor, Department of Psychology, Kharazmi University

*Email: moradi90@yahoo.com (Corresponding Author)*

<sup>2</sup>. Ph.D, student, Health Psychology, Kharazmi University

<sup>3</sup>. Ph.D, Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University

<sup>4</sup>. Ph.D, Associate Professor, Department of Psychology, Kharazmi University

<sup>5</sup>. MD, Assistant Professor, Department of Oncology, Tabriz University of Medical Sciences

### *Abstract*

The present study aimed to compare effectiveness of meaning-centered group therapy with mindfulness based cognitive therapy in cognitive flexibility among patients with breast cancer. The research design was mixed. The study population included all patients with advanced breast cancer being treated at the Hematology and Oncology Research Center of Tabriz University of Medical Sciences. Using purposeful sampling, 24 patients were selected and were assigned in two groups of group meaning therapy and mindfulness-based cognitive therapy (12 subjects in each group). Group psychotherapy was conducted on both groups in two hour sessions for 8 weeks. A demographic questionnaire and Cognitive Flexibility Inventory (CFI) were used for data collection. Data were analyzed by repeated measure analysis of variance method by SPSS 21 software. Both treatments had a significant effect on the cognitive flexibility in patients with breast cancer. Also, the study of the follow-up stage (after two months) showed that there was no significant difference between the post-test and the follow-up stage in the meaning centered therapy group, but this difference was significant in the mindfulness group. In addition, the group mindfulness based cognitive therapy was more effective than meaning-centered group therapy.

*Keywords:* Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Meaning Centered Group Therapy; Cognitive Flexibility, Breast Cancer