

تاریخ ارسال: ۹۵/۶/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۸/۲۰

فصلنامه تخصصی روان‌سنجی

دوره پنجم، شماره ۱۷، تابستان ۱۳۹۵

صفحات: ۶۸-۵۵

## سنجش رابطه بین ذهن آگاهی با افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

### Assessment Relationship between mindfulness with depression and quality of life in women with breast cancer

نازنین آهنگری<sup>۱</sup>، بهروز بیرشک<sup>۲</sup>، احمد عاشوری<sup>۳</sup>

#### چکیده:

#### Abstract:

**Objectives:** This study aimed to investigate the relationship between mindfulness with depression and quality of life in women with breast cancer. **Methods:** In this study, 120 women with breast cancer referred to the Oncology part of Imam Hussein hospital of Tehran, were selected by purposive sampling. Participants complete the questionnaires of five-factor mindfulness, Beck, global quality of life and specific quality of life. **Findings:** The results of correlation and step by step regression showed that the global quality of life scales (scales of performance, symptoms and general health) and scales of

هدف: پژوهش حاضر به منظور سنجش رابطه ذهن آگاهی با افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. روش: در این پژوهش ۱۲۰ زن مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان امام حسین تهران به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی (هدفمند) انتخاب شدند و پرسشنامه‌های پنج وجهی ذهن آگاهی، افسردگی بک، کیفیت زندگی عمومی و کیفیت زندگی اختصاصی روی آنها اجرا شد. یافته‌ها: نتایج توصیفی این مطالعه نشان داد که میانگین مدت سرطان در بیماران ۱۴/۶۲ ماه، بسیاری از بیماران تحصیلاتشان در سطح راهنمایی و

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان. خ ستارخان، کوچه منصوری، انستیتو روانپزشکی تهران (نویسنده مسؤل) nazaninahangari@gmail.com

<sup>۲</sup> دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

<sup>۳</sup> دکترای تخصصی روان شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

specific quality of life (scales of performance, symptoms) with subscales of mindfulness (observation, descriptions, act with conscious, non-judgmental and nonreactive) and also general score of mindfulness have positive and significant relationship. In addition, the Beck Depression Inventory score has a significant negative relationship with subscales and total score of mindfulness. **Discuss:** According to the results, the Beck Depression Inventory scores predict the greatest amount of variance of mindfulness and high scores in mindfulness scales is the predictor of global and specific quality of life.

**Keyword:**

Mindfulness, depression, quality of life, cancer

میانگین سنی آنها ۴۲/۳۷ سال بوده است. همچنین نتایج بخش استنباطی این پژوهش حاکی از آن است که مقیاس‌های کیفیت زندگی عمومی و مقیاس‌های کیفیت زندگی اختصاصی با خرده مقیاس‌های ذهن‌آگاهی و هم‌چنین نمره کلی ذهن‌آگاهی، ارتباط مثبت و معنادار نشان داد ( $p \leq 0/01$ ). علاوه بر این مشخص شد که نمره مقیاس افسردگی بک با خرده مقیاس‌ها و نمره کلی ذهن‌آگاهی، ارتباط منفی و معنادار داشت ( $p \leq 0/01$ ). بدین ترتیب هر سه فرضیه پژوهش تایید شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط ذهن‌آگاهی با کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، می‌توان از تمرین‌های آن به طور گسترده استفاده کرد.

**کلید واژه‌ها:** ذهن‌آگاهی، افسردگی، کیفیت زندگی، سرطان

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلاء به بیماری‌ها تغییر کرده است و در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهمترین مشکلات سلامتی و روان‌شناختی جوامع محسوب می‌شوند که خود، منابع عمده تنیدگی تلقی شده و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کنند. این بیماری‌ها انواع متعددی دارند. یکی از مهمترین این بیماری‌ها سرطان است. بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می‌شود که با تهدید سلامتی و زندگی فعال انسان در سنین مختلف، خسارت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی در ابعاد جسمی، روانی و معنوی ایجاد می‌کند (علی پور، ۱۳۹۰). سرطان پستان<sup>۱</sup> یک بیماری شایع، بدخیم و پیشرونده است. و بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد تاثیر گذار است (چن و همکاران،<sup>۲</sup> ۲۰۰۹). علی رغم پیشرفت‌های پزشکی، توسعه درمان‌های سرطان و افزایش تعداد بازمانده‌های سرطان این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌همتاست (لی و وو،<sup>۳</sup> ۲۰۰۲). در سراسر جهان، سرطان پستان در زنان بار سنگینی بر نظام سلامت وارد می‌کند و رایجترین سرطان در میان زنان طبقه بالا و پایین است (تونسر،<sup>۴</sup> ۲۰۱۰). و طبق آمار مجله اپیدمیولوژی آمریکا در سال ۲۰۰۹، تقریباً ۴/۴ میلیون زن جهان به این بیماری مبتلا بوده‌اند (چن و همکاران، ۲۰۰۹). و علی رغم تشخیص‌های زودرس و اقدامات درمانی گسترده که باعث افزایش طول عمر بیماران شده است، (میزان بقای ۵ ساله ۸۷٪) زنان در طی درمان و متعاقب آن اختلالات جسمی و روحی متعددی را تجربه می‌کنند که بر روی کیفیت زندگی<sup>۵</sup> آنها تاثیرگذار است (صفائی کشتگر و استین، ۱۳۸۸). اگر چه پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان پستان موجب واکنش بهتر تومور به درمان‌ها و افزایش طول عمر این بیماران شده است اما اغلب این درمان‌ها با عوارض جانبی بسیاری چون ورم غدد لنفاوی، ضعف، درد، بی‌حسی، محدودیت در حرکت مفصل شانه، احساس سنگینی در دست و اختلالات روانی- اجتماعی همراه بوده‌اند که خود موجب کاهش چشمگیر کیفیت زندگی بیماران می‌شوند (کیلبرت و رفشاق،<sup>۶</sup> ۲۰۰۶). بیماران مبتلا به سرطان، معمولاً در سازگاری با بیماری، مشکلات جدی دارند. هم چنین بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب،<sup>۷</sup> استرس<sup>۸</sup> و دیگر اختلالات خلقی<sup>۹</sup> در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود<sup>۱۰</sup> و بهبود بیماری دستخوش تغییر می‌شوند (دنگ و کاسیلت،<sup>۱۱</sup> ۲۰۰۵). انکولوژی<sup>۱۲</sup> نوین، توجه روز افزونی به حفظ و یا افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد. چنان که کار آزمایشی‌های بالینی باید علاوه بر بررسی کارایی و اثر بخشی دارو، تغییرات کیفیت زندگی بیماران را گزارش کنند. با بهبود پیش‌آگهی درمان سرطان‌ها، حفظ و

- |                                 |                    |                             |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------------|
| 1. breast cancer                | 2. Chen & et al    | 3. Lee, A., & W U, HY       |
| 4. Tuncer                       | 5. quality of life |                             |
| 6. Kilbreth, SH & Refshauge, lc | 7. Anxiety         | 8. Stress                   |
| 9. mood disorder                | 10. Relapse        | 11. Deng, G, Cassileth & BR |
| 12. oncology                    |                    |                             |

ارتقای کیفیت زندگی وابسته به سلامت به یک معیار مهم ارزیابی در حین و بعد از درمان تبدیل شده است. بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان، خصوصاً آنهایی که از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند، می‌بایست مورد توجه ویژه درمان‌گران قرار گیرند (چن و همکاران، ۲۰۰۹). کیفیت زندگی فرد با همه عوامل بیماری سرطان از جمله نوع درمان ارتباط دارد. ویژگی سرطان شامل خستگی، مشکلات روحی - روانی، انکار بیماری، اختلال در تصویرسازی ذهنی به دلیل تغییر در عملکرد اعضای بدن و طول مدت بیماری است. از ویژگی‌های دیگر سرطان، نوع سرطان، مرحله سرطان، زمان تشخیص اولیه، پذیرش بیماری توسط بیمار، درد ناشی از سرطان، استرس‌های روانی و رفتار مراقبین است که بر کیفیت زندگی بیماران سرطانی تاثیر دارند (حسن‌پور دهکردی، ۱۳۸۳).

ذهن‌آگاهی مفهومی است که در سال‌های اخیر تحت تاثیر تفکر بودایی، توجه روانشناسان، روان‌درمانگران و محققان را به خود جلب کرده است. ذهن‌آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (براون، ریان،<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ والش<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). این توجه، توجهی است هدفمند، به همراه پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی (کابات زین،<sup>۳</sup> ۲۰۰۳؛ به نقل از لی و بوون،<sup>۴</sup> ۲۰۰۵). ذهن‌آگاهی روشی است برای زندگی بهتر، تسکین دردها و غنابخشی و معنادارسازی زندگی (سیگل، ۲۰۱۰). هم چنین شواهد و ادبیات تحقیق، نمایانگر اثرات مفید آموزش ذهن‌آگاهی در تندرستی است (کولز، سور، والش،<sup>۵</sup> ۲۰۰۹). افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش کیفیت زندگی (رحمانی، طالع پسند، ۲۰۱۵) توافق، گشودگی، وجدانمندی و کاهش نشانه‌های درد (معصومیان، شعیری، ۱۳۹۲) همراه است. در حقیقت، افراد ذهن‌آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانا تر هستند (واکر، کولوسیمو،<sup>۶</sup> ۲۰۱۱؛ زیدان<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از جهت‌گیری‌های اساسی ذهن‌آگاهی پافشاری بر توجه به لحظه کنونی است. این جهت‌گیری «اینجا و اکنون»<sup>۸</sup> در کمک به بیماران سرطانی و بیماران با درد مزمن مؤثر بوده است (اسپکا<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ داهل و لوند گرین،<sup>۱۰</sup> ۲۰۰۶). بنابراین امروزه تاثیر مثبت مداخلات روان‌شناختی در روند بهبود بیماری‌های مزمن جسمی مورد تأیید قرار گرفته است و با گسترش روزافزون رشته روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسان نقش فعال‌تری در فرایند درمان این بیماری‌ها بر عهده گرفته‌اند (هپکو و همکاران، ۲۰۰۸). بدین ترتیب همان‌گونه که اشاره شد، از یک سو با توجه به تاثیر بیماری سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی و ابتلاء افراد مبتلا به سرطان به اختلالات اضطرابی و خلقی و کاهش کیفیت زندگی آنها چه از لحاظ بیماری و چه از لحاظ روند درمان طبی و مصرف داروهای ضد سرطان و از سوی دیگر

1. Brown, K. W, Ryan, R.M.

4. Leigh, L&amp;Bowen, S.

6. Walker, L.H.&amp; Colosimo, K

9. Speca, M

2. Walch, J.

5. Kohls, N.&amp; Sauer, S.&amp; Walach, H.

7. Zeidan, F

3. Kabat-zinn, J

8. Here and now

با توجه به تاثیر درمان ذهن آگاهی به عنوان یکی از مهم ترین مولفه های درمان های موج سوم در ارتقا کیفیت و بهبود زندگی بیماران سرطانی، پژوهش حاضر با هدف سنجش رابطه بین ذهن آگاهی با افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان صورت گرفته است. در این رابطه ۳ فرضیه مطرح شدند که عبارتند از :

(۱) بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی عمومی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد.

(۲) بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی اختصاصی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد.

(۳) بین ذهن آگاهی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه وجود دارد.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است.

### روش اجرا

برای اجرای پژوهش حاضر ابتدا مجوز حضور در بیمارستان، از طرف دانشگاه و اخذ موافقت ازسوی بیمارستان کسب شد. و در مرحله بعد از زنان مبتلا به سرطان پستان که جهت انجام شیمی درمانی و رادیوتراپی به بخش آنکولوژی و رادیوتراپی بیمارستان امام حسین تهران مراجعه کرده بودند، نمونه های بر اساس ملاک های ورود انتخاب شدند. ملاک های ورود عبارتند از:

(۱) براساس یافته های بالینی و مطالعات سیتولوژی و تشخیص پزشکی، مبتلا به مرحله ۱، ۲ و ۳ سرطان پستان باشند. (۲) از طول مدت تشخیص سرطان پستان بیشتر از یک ماه گذشته باشد. (۳) دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا. (۴) به سرطان دیگری مبتلا نباشند. (۵) در سنین ۳۰ تا ۵۵ سال قرار داشته باشند. (۶) عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان. (۷) عدم سوء مصرف مواد. (۸) تمایل به همکاری.

هم چنین ملاک های خروج عبارتند از: (۱) ابتلا به سرطانی غیر از سرطان پستان. (۲) ابتلا به سرطان در مدتی کمتر از یک ماه. (۳) ابتلا به بیماری های عصبی و روانی. (۴) سابقه بستری. (۵) تحصیلات پایین تر از دوره راهنمایی. (۶) سنین کمتر از ۳۰ سال و بیشتر از ۵۵ سال. (۷) مصرف مواد مخدر. در مرحله بعد توضیحاتی پیرامون تحقیق به آنها داده شد. پس از اخذ موافقت کتبی آنها مبنی بر شرکت در پژوهش افراد به صورت نمونه گیری در دسترس در گروه مورد مطالعه قرار گرفتند. این نوع نمونه گیری به دلیل سهولت، سادگی و در دسترس بودن انتخاب می شوند و در پژوهش های زمینه یابی از یک جامعه وسیع که بر آزمونی متکی است امکان پذیر است. تمامی شرکت کنندگان در محیطی آرام، پرسشنامه های مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه افسردگی

بک، پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان را تکمیل کردند. هیچ-گونه توضیحی در مورد اهداف پژوهش به زنان مبتلا به سرطان پستان داده نشده و از آنها خواسته شد که دستورالعمل پرسشنامه و تمامی سؤالات را به دقت بخوانند و گزینه‌ای را که در مورد آنها بیشتر صدق می‌کند، انتخاب نمایند.

### جامعه آماری

در پژوهش حاضر جامعه مورد مطالعه کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان هستند که در سال ۱۳۹۴ مقیم شهر تهران بوده و جهت انجام مراحل شیمی درمانی و رادیوتراپی به بخش آنکولوژی بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کرده اند.

### نمونه آماری و روش نمونه‌برداری

روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع غیرتصادفی (هدفمند<sup>۱</sup>) است. حجم نمونه آماری پژوهش حاضر با توجه به طرح پژوهش توصیفی و همبستگی و با توجه به میانگین مطالعات صورت گرفته در این زمینه، ۱۲۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان پستان در نظر گرفته شده است.

### ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه اندازه‌گیری "کیفیت زندگی" عمومی در بیماران مبتلا به سرطان<sup>۲</sup> (EORTC QLQ-C30):

این پرسشنامه پس از انتشار عمومی آن در سال ۱۹۹۳ توسط تعداد زیادی از پژوهشگران در فرهنگ‌ها و جوامع مختلف جهان پس از ترجمه و ارزیابی سایکومتریک به طور وسیع در مراکز پژوهشی و درمانی سرطان استفاده شده است (کهرآزنی، ۱۳۹۰). در این پژوهش برای ارزیابی کیفیت زندگی از ویرایش سوم پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان متعلق به سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان استفاده شده است که توسط منتظری و همکاران (۱۹۹۹) ترجمه و ارزیابی شده است. این پرسشنامه چند بعدی و متشکل از ۳۰ سوال است که کیفیت زندگی را در ۵ مقیاس عملکردی (عملکرد جسمانی، ایفای نقش، شناختی، هیجانی و اجتماعی) ۹ مقیاس علائم (خستگی، درد و تهوع و استفراغ، تنگی نفس، کاهش اشتها، اختلال در خواب، یبوست و اسهال) و مشکلات اقتصادی ناشی از بیماری و درمان‌های دریافتی و یک حیطه کلی کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کند (صفایی؛ دهکردی و طباطبائی، ۱۳۸۶). این

<sup>۱</sup> . Purposive

<sup>۲</sup> . پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا

پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۰) به منظور تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی بر روی ۱۶۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان، مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که پایایی این پرسشنامه، با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ \_ ۰/۴۸ در مصاحبه اولیه و ۰/۹۸ \_ ۰/۵۲ در زمان پیگیری است.

**ب) پرسشنامه اختصاصی "کیفیت زندگی" در بیماران مبتلا به سرطان پستان EORTC (QLQ – BR23):<sup>۱</sup>**

این پرسشنامه به طور متوسط برای بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل بیماری و درمان‌های مختلف (جراحی، شیمی درمانی، رادیو تراپی و هورمون درمانی) کاربرد دارد این پرسشنامه شامل ۲۳ سوال جهت بررسی علائم بیماری، عوارض جانبی درمان‌ها (جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی) تصویر بدنی، عملکرد جنسی و دورنمای آینده است. پایایی این پرسشنامه در هلند، اسپانیا و ایالات متحده به طور کامل ارزیابی شده است و به صورت یک مطالعه بین فرهنگی در ۱۲ کشور بررسی شده است (سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان، ۲۰۰۱) و در مطالعات متعدد تعیین کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شده است (صفایی؛ ضیغمی؛ طباطبایی و دهکردی، ۱۳۸۶). این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران (۲۰۰۰) به منظور تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی بر روی ۱۶۸ بیمار مبتلا به سرطان پستان، مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که ۹۹٪ سوالات این پرسشنامه توسط بیماران به خوبی درک شده است. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ \_ ۰/۶۳ در مصاحبه اولیه و ۰/۹۲ \_ ۰/۷۲ در زمان پیگیری، مشخص شده است. روایی این پرسشنامه با استفاده از روش همخوانی مقیاس‌ها<sup>۲</sup> نشان می‌دهد که تقریباً تمامی مقیاس‌ها از نظر مفهومی با هم مرتبط می‌باشند و از نظر آماری در جهت مورد انتظار همبستگی دارند. در روش مقایسه گروه‌های شناخته شده،<sup>۳</sup> برای تحلیل روایی هر دو پرسشنامه، مشخص شد که هر دو پرسشنامه قادر به افتراق بین زیر گروه‌های متفاوت بیماران از نظر وضعیت بالینی و عملکردی است (صفایی؛ ضیغمی، طباطبایی و دهکردی، ۱۳۸۶).

**پ) پرسشنامه افسردگی بک – ویرایش دوم (BDI-II):**

۱. پرسشنامه استاندارد اختصاصی جهت بررسی کیفیت زندگی در مبتلایان به سرطان پستان

۲. Inter scale correlation

۳. known groups correlation

این پرسشنامه، شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI، BDI-II نیز ۲۱ سؤال است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۸۵). نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (بک، ۱۹۹۶). همچنین در مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش شده است. فتی نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است (فتی، ۱۳۸۲).

#### ت) پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی (FFMQ):

این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن آگاهی فریبرگ (والاش و همکاران، ۲۰۰۶)، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه (بروان و ریان، ۲۰۰۳)، مقیاس ذهن آگاهی کنچوکی (بائر و اسمیت، ۲۰۰۴)، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن آگاهی شناختی و عاطفی (کومر و همکاران، ۲۰۰۵) و پرسشنامه ذهن آگاهی سوتامپتون (چادویک و همکاران، ۲۰۰۷) با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی، تحول یافته است. بائر (۲۰۰۶) تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه انجام داد. عامل‌های به‌دست آمده این چنین نامگذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. براساس نتایج همسانی درونی، عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نئوسر، ۲۰۱۰). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون بازآزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین  $r = 0/57$  (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و  $r = 0/84$  (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین  $\alpha = 0/55$  مربوط به عامل غیر واکنشی بودن  $\alpha = 0/83$  مربوط به عامل توصیف) به‌دست آمد (احمدوند، ۱۳۹۰).

پرسشنامه‌ها پس از گردآوری، کدگذاری می‌شوند و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. پس از اجرای کار، داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و همچنین با استفاده از شاخص‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار و...) و آزمون‌های آماری استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. آزمون‌های آماری مورد استفاده در این پژوهش آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان است.

#### یافته‌های پژوهش



میانگین سنی افراد نمونه ۴۲/۳۷، (کمترین آن ۳۰ سال و بیشترین آن سال ۵۲) و انحراف معیار آن ۵/۴۸ است. میانگین مدت سرطان ۱۴/۶۲ ماه (کمترین آن ۲ ماه و بیشترین ۴۲ ماه) و انحراف معیار آن ۹/۴۷ است. هم چنین، بالاترین فراوانی تحصیلات، مربوط به مقطع راهنمایی (فراوانی = ۴۵) و پایین ترین مربوط به مقطع دکتری (فراوانی = ۱) است. علاوه بر این، در رابطه با وضعیت تاهل، بالاترین فراوانی مربوط به افراد متاهل (فراوانی = ۸۶) و پایین ترین فراوانی مربوط به افراد مطلقه (فراوانی = ۱۱) و افراد بیوه (فراوانی = ۱۱) است.

همان گونه که جدول شماره ۱ نشان می دهد، در رابطه با متغیر ذهن آگاهی، بیشترین میانگین مربوط به نمره کلی (۷۸/۸۹) و کمترین میانگین مربوط به خرده مقیاس غیرقضاوتی بودن (۱۴/۱۴) است. انحراف معیار مربوط به خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۲/۷۴ تا ۶/۹۳ متغیر است. در رابطه با متغیر کیفیت زندگی عمومی، بیشترین میانگین مربوط به مقیاس عملکرد است (۵۱/۵۶) و کمترین میانگین مربوط به حیطه سلامت کلی / کیفیت زندگی است که میزان آن ۴۶/۴۷ است. انحراف معیار مربوط به خرده مقیاس های پرسشنامه بین (۱۷/۴۵) تا (۱۹/۶۷) متغیر است. هم چنین در رابطه با متغیر کیفیت زندگی اختصاصی، بیشترین میانگین مربوط به مقیاس عملکرد (۵۹/۲۳) و کمترین میانگین مربوط به مقیاس علائم است (۵۳/۲۸). انحراف معیار مربوط به خرده مقیاس های پرسشنامه بین ۱۱/۷۵ تا ۱۹/۰۷ متغیر است و علاوه بر این، میانگین افسردگی ۲۵/۵۱ که کمترین آن ۳ و بیشترین ۵۷ است و انحراف معیار ۱۵/۰۴ است.

جدول ۱: شاخص های توصیفی مربوط به پرسشنامه های پژوهش

شاخص متغیر	دامنه	میانگین	واریانس	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
مشاهده	۲۳	۱۷/۷۰	۴۳/۸۱	۶/۶۱	۸	۳۱
توصیف	۱۴	۱۶/۳۰	۷/۵۲	۲/۷۴	۱۱	۲۵
عمل توام با هوشیاری	۴۸	۱۵/۵۶	۴۸/۰۴	۶/۹۳	۴	۵۲
غیرقضاوتی بودن	۱۷	۱۴/۴۱	۲۲/۲۶	۴/۷۱	۵	۲۲
غیرواکنشی بودن	۱۹	۱۴/۹۰	۲۰/۴۸	۴/۵۲	۷	۲۶
کل	۷۰	۷۸/۸۹	۳۴۶/۲۶	۱۸/۶۰	۴۸	۱۱۸
پرسشنامه اندازه گیری کیفیت زندگی عمومی	۶۶/۶۷	۴۶/۴۷	۳۸۶/۹۶	۱۹/۶۷	۸/۳۳	۷۵
مقیاس عملکرد	۷۱/۱۱	۵۱/۵۶	۳۰۴/۶۶	۱۷/۴۵	۸/۸۹	۸۰

پرسشنامه ذهن آگاهی

						پرسشنامه اندازه‌گیری پریشانی
۱۴۶/۱۵	۵/۱۳	۱۸/۰۷	۳۲۶/۵۴	۴۸/۰۴	۱۴۱/۰۳	مقیاس علائم
۹۵/۸۳	۱۲/۵۰	۱۹/۰۷	۳۶۳/۹۰	۵۹/۲۳	۸۲/۳۳	مقیاس عملکرد
۸۸/۸۹	۲۰	۱۱/۷۵	۱۳۸/۲۶	۵۳/۲۸	۶۸/۸۹	مقیاس علائم
۵۷	۳	۱۵/۰۴	۲۲۶/۲۶	۲۵/۵۱	۵۴	پرسشنامه افسردگی بک

همچنین، نتایج بررسی فرضیات این پژوهش به صورت زیر به دست آمد:

### نتایج فرضیه اول:

جدول ۲ همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه ذهن آگاهی و پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی عمومی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود بسیاری از همبستگی‌ها در سطح  $p \leq 0/01$  و  $p \leq 0/05$  به گونه مثبتی معنادار است. بدین ترتیب می‌توان گفت که بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی عمومی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مثبت وجود دارد. بنابراین فرضیه اول پژوهش تایید شد.

جدول ۲: همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه ذهن آگاهی و پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی عمومی

پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی عمومی						شاخص متغیر
مقیاس علائم		مقیاس عملکرد		حیطه سلامت کلی / کیفیت زندگی		
p	r	p	r	p	r	
۰/۰۰۰	۰/۳۲۶**	۰/۰۰۰	۰/۴۵**	۰/۰۰۰	۰/۴۶**	مشاهده
۰/۲۹	۰/۰۹۷	۰/۰۱۷	۰/۲۱۸*	۰/۰۱۶	۰/۲۱۹*	توصیف
۰/۰۴۹	۰/۱۸*	۰/۰۰۰	۰/۳۷**	۰/۰۰۰	۰/۳۸۳**	پرسشنامه ذهن آگاهی
۰/۰۰۰	۰/۳۷**	۰/۰۰۴	۰/۲۶**	۰/۰۰۱	۰/۲۹**	عمل توام با هوشیاری
۰/۰۰۰	۰/۳۷**	۰/۰۰۴	۰/۲۶**	۰/۰۰۱	۰/۲۹**	غیرقضاوتی بودن
۰/۰۵۵	۰/۱۷	۰/۰۰۰	۰/۵۴**	۰/۰۰۰	۰/۳۸**	غیرواکنشی بودن
۰/۰۰۱	۰/۳۰**	۰/۰۰۰	۰/۵۳**	۰/۰۰۰	۰/۵۰**	کل

\*  $p \leq 0/05$  \*\*  $p \leq 0/01$

### نتایج فرضیه دوم:

جدول ۳ همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه ذهن آگاهی و پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی اختصاصی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود بسیاری از همبستگی‌ها در سطح  $p \leq 0/01$  به گونه مثبتی معنادار است. بدین ترتیب می‌توان گفت که بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی اختصاصی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه مثبت وجود دارد. بنابراین فرضیه دوم پژوهش تایید شد.

جدول ۳: همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه ذهن آگاهی و پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی اختصاصی

پرسشنامه اندازه‌گیری کیفیت زندگی اختصاصی				شاخص متغیر
مقیاس علائم		مقیاس عملکرد		
p	r	p	r	
0/000	0/41**	0/000	0/71**	مشاهده
0/26	0/10	0/24	0/10	توصیف
0/000	0/31**	0/000	0/32**	پرسشنامه ذهن آگاهی
0/000	0/32**	0/000	0/31**	عمل توام با هوشیاری
0/001	0/31**	0/000	0/52**	غیرقضاوتی بودن
0/000	0/44**	0/000	0/60**	غیرواکنشی بودن
				کل

$$p \leq 0/01 \quad ** \quad p \leq 0/05 \quad *$$

### نتایج فرضیه سوم:

جدول ۴ همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه ذهن آگاهی و پرسشنامه افسردگی بک را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود همه همبستگی‌ها در سطح  $p \leq 0/01$  یا  $p \leq 0/05$  به گونه منفی معنادار است. بدین ترتیب می‌توان گفت که بین ذهن آگاهی و افسردگی در زنان مبتلا به سرطان پستان رابطه منفی وجود دارد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش تایید شد.

جدول ۴: همبستگی بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه ذهن‌آگاهی و پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک		شاخص متغیر	
p	r		
۰/۰۰۰	-۰/۷۶**	مشاهده	پرسشنامه ذهن‌آگاهی
۰/۰۱۲	-۰/۲۲*	توصیف	
۰/۰۰۰	-۰/۵۷**	عمل توأم با هوشیاری	
۰/۰۰۰	-۰/۴۲**	غیرقضاوتی بودن	
۰/۰۰۰	-۰/۶۲**	غیرواکنشی بودن	
۰/۰۰۰	-۰/۷۷**	کل	

$$p \leq ۰/۰۱ ** p \leq ۰/۰۵ *$$

### نتایج تحلیل بیشتر

جدول ۵ رگرسیون سلسله مراتبی، پیش‌بینی ذهن‌آگاهی بر اساس متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی را نشان می‌دهد. به دلیل در نظر گرفتن پیش فرض‌های رگرسیون سلسله مراتبی و محدودیت حجم نمونه، تنها نمره کلی ذهن‌آگاهی به عنوان متغیر ملاک (یا متغیر وابسته) در نظر گرفته می‌شود. همان‌گونه که در جدول نشان داده شده، بین متغیرهای پیش‌بین، متغیر افسردگی در گام ۱ به تنهایی توانست ۰/۶۰۳ از واریانس ذهن‌آگاهی را به نحو معناداری پیش‌بینی و تبیین کند. در گام‌های بعدی با ورود متغیرهای مربوط به کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی، میزان کمی بر ضریب تبیین اضافه شد. هم‌چنین بررسی بتاهای همراه با متغیرهای پیش‌بین نشان داد که متغیر افسردگی (در گام ۱)، متغیر حیطه سلامت کلی مربوط به کیفیت زندگی عمومی (در گام ۴، ۵ و ۶) و متغیر علائم مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی (در گام ۶)، توانستند به گونه‌ی معناداری متغیر ذهن‌آگاهی را پیش‌بینی کنند.

جدول ۵: رگرسیون سلسله مراتبی جهت پیش‌بینی ذهن‌آگاهی بر اساس متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی

گام‌ها	SquareR	F change	Sig F change	B	Beta	t	sig
گام ۱	۰/۶۰۳	۱۷۹/۲۸	۰/۰۰۰	-۰/۹۶	-۰/۷۷	-۱۳/۳۹	۰/۰۰۰

افسردگی بک

				۰/۰۰۰	۸۸/۹۹	۰/۶۰۳	گام ۲
۰/۰۰۰	-۹/۷۳	-۰/۷۹	-۰/۹۸				افسردگی بک
۰/۷۷	-۰/۲۹	-۰/۰۲	-۰/۰۲				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی عمومی)
				۰/۰۰۰	۵۸/۹۱	۰/۶۰۴	گام ۳
۰/۰۰۰	-۹/۶۹	-۰/۷۹	-۰/۹۸				افسردگی بک
۰/۹۲	-۰/۰۹	-۰/۰۰	-۰/۰۰۹				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۷۳	-۰/۳۳	-۰/۰۲	-۰/۰۲				مقیاس علائم (کیفیت زندگی عمومی)
				۰/۰۰۰	۴۶/۶۷	۰/۶۱۹	گام ۴
۰/۰۰۰	-۸/۵۶	-۰/۷۳	-۰/۹۰				افسردگی بک
۰/۶۵	-۰/۴۵	-۰/۰۴	-۰/۰۴				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۹۳	-۰/۰۸	-۰/۰۰	-۰/۰۰۶				مقیاس علائم (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۰۳	۲/۱۳	۰/۱۴	۰/۱۳				حیطه سلامت کلی (کیفیت زندگی عمومی)
				۰/۰۰۰	۳۷/۰۵	۰/۶۱۹	گام ۵
۰/۰۰۰	-۷/۲۹	-۰/۷۱	-۰/۸۹				افسردگی بک
۰/۶۴	-۰/۴۶	-۰/۰۴	-۰/۰۴				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۹۰	-۰/۱۲	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۹				مقیاس علائم (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۰۴۹	۱/۹۸	۰/۱۴	۰/۱۳				حیطه سلامت کلی (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۷۸	۰/۲۷	۰/۰۲	۰/۰۲				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی اختصاصی)
				۰/۰۰۰	۳۳/۱۷	۰/۶۳۸	گام ۶
۰/۰۰۰	-۶/۴۹	-۰/۶۵	-۰/۸۰				افسردگی بک
۰/۵۵	-۰/۵۹	-۰/۰۵۵	-۰/۰۵۸				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۷۳	-۰/۳۳	-۰/۰۲۴	-۰/۰۲۵				مقیاس علائم (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۰۱	۲/۵۹	۰/۱۸	۰/۱۷				حیطه سلامت کلی (کیفیت زندگی عمومی)
۰/۹۶	۰/۰۳۹	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳				مقیاس عملکرد (کیفیت زندگی اختصاصی)
۰/۰۱	۲/۴۲	۰/۱۶	۰/۲۵				زندگی (کیفیت زندگی اختصاصی)

**بحث و نتیجه‌گیری**

پژوهش کنونی با هدف سنجش رابطه میان ذهن‌آگاهی با افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شده است. همان‌گونه که نتایج این مطالعه نشان داد هر سه فرضیه‌ی این مطالعه تایید شدند. بدین ترتیب می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی عمومی و اختصاصی رابطه مثبت و با افسردگی رابطه منفی دارد. در حقیقت می‌توان گفت نتایج فرضیه اول با پژوهش مورون و همکاران (۲۰۰۸) همسو است. در آن پژوهش مشخص شده که تمرین ذهن‌آگاهی باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی در افراد می‌شود که این امر تاثیر فوری بر افزایش خلق و اثرات دراز مدت بر کیفیت زندگی دارد. هم چنین آنها دریافتند که افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی جسمانی همراه است. علاوه بر این می‌توان گفت نتایج این فرضیه با نتایج مطالعه الجوتسون و همکاران (۲۰۱۰)، مبنی بر ارتباط تمرین‌های ذهن‌آگاهی و افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، همسو است. تحقیق فلوگل و همکاران (۲۰۱۰)، پژوهش دیگری است که نتایجی همسو با نتایج این فرضیه دارد. نتایج آن تحقیق نشان داد که بین مداخله ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی، بهزیستی روانی، بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، میزان فعالیت اجتماعی و بهزیستی معنوی ارتباط وجود دارد. در ایران نیز، پژوهش‌های زیادی در رابطه با ارتباط ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی در جمعیت‌های مختلف صورت گرفته است. منتهای مطالعه این موضوع در جمعیت بیماران سرطانی با خلاء پژوهشی مواجه است. در رابطه با ارتباط ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد:

مطالعه فشقایی و همکاران (۱۳۹۳) که به منظور تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه مطهری شیراز صورت گرفته بود نشان داد که میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه آزمایش (۷۴/۹۹) بیشتر از گروه گواه (۴۵/۶۴) در پس آزمون و مقدار  $F$  در سطح  $(P < 0/0001)$ ، معنادار بود. بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنادار بود و میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود. در واقع در آن پژوهش نتیجه‌گیری شده بود که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت زندگی کلی و ابعاد جسمانی و روانی موثر است. پژوهش نجاتی و همکاران (۱۳۹۰) از جمله پژوهش‌های دیگری است که ارتباط ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی را مورد مطالعه قرار داده است. در واقع نتایج آن مطالعه نشان داد که ذهن‌آگاهی با ابعاد نشاط و سلامت روانی در سطح  $0/01$  و با ابعاد درک کلی از سلامتی، ایفای نقش جسمی و ایفای نقش عاطفی در سطح  $0/05$  ارتباط معنی‌دار داشته و با ابعاد

فعالیت فیزیکی، فعالیت اجتماعی و درد جسمی رابطه معنی دار نداشت (آماره پی بزرگتر از ۰/۰۵). در واقع نتایج آن مطالعه نشان داد که ذهن آگاهی شاخص مهمی در کیفیت زندگی در جانبازان نابینا است و می توان به کمک پژوهش های مداخله ای آتی پیشنهاد نمود برای ارتقا کیفیت زندگی در جانبازان نابینا از تمرینات تقویتی ذهن آگاهی بهره گرفت. پژوهش کویانی و همکاران (۱۳۸۷) نیز از جمله پژوهش های دیگری است که به منظور بررسی ذهن آگاهی و کیفیت زندگی صورت گرفته بود. مطالعه آنها که به منظور تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی) صورت گرفته بود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را افزایش و افسردگی را کاهش می دهد. پژوهش معصومیان و همکاران (۱۳۹۲) که به منظور بررسی تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن صورت گرفته بود نشان داد که این روش درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می شود. هم چنین درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR)، منجر به بهبود کیفیت زندگی و به کارگیری راهبردهای کنار آمدن با درد در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می شود.

در رابطه با ارتباط ذهن آگاهی با کیفیت زندگی به شکل اختصاصی در بیماران سرطانی (فرضیه دوم)، مطالعات محدودی صورت گرفته است. در این ارتباط می توان به پژوهش برون و ریان (۲۰۰۳) مبنی بر بررسی نقش ذهن آگاهی در بهزیستی روان شناختی بیماران سرطانی اشاره کرد. با توجه به اینکه در آن مطالعه نشان داده شد که افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان شناختی در بیماران همراه است، می توان گفت که با نتایج فرضیه این مطالعه همسو است. علاوه بر آن نتایج مطالعه کارلسون و همکاران (۲۰۰۳)، با نتایج فرضیه این مطالعه همسو است. نتایج آن مطالعه حاکی از کاهش علائم استرس و افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی تحت مداخله تمرکز حواس و مدیتیشن است. به طور کلی در ایران پژوهش های محدودی در رابطه با ارتباط ذهن آگاهی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است. که تنها به دو پژوهش زیر اشاره می کنیم:

پژوهش نژاد حمدی و همکاران (۱۳۹۳) که به منظور بررسی رابطه ذهن آگاهی، راهبردهای مقابله ای و استرس ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران سرطانی صورت گرفته بود، از جمله پژوهش هایی است که با نتایج این فرضیه همسو است. در واقع نتایج نشان داد که متغیرهای ذهن آگاهی و راهبردهای مقابله مساله مدار و هیجان مدار قادرند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را پیش بینی کنند، در حالی که در مورد متغیر استرس ادراک شده مبتنی بر یافته ها، می توان بیان داشت، افراد ذهن آگاه، موقعیت های تهدیدآمیز زندگی را با استرس کمتری ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه تری در برخورد با شرایط استرس زا استفاده می کنند، به ویژه از راهبردهای اجتنابی کمتر استفاده می کنند. یافته های این مطالعه پیشنهاد می کند که استفاده از روش های افزایش ذهن

آگاهی و آموزش راهبردهای مقابله سازگارانه می‌تواند موجب ارتقاء ارزیابی مثبت از شرایط استرس‌زا و سرانجام افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی شود. پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۳)، از جمله پژوهش‌های دیگری است که به منظور تعیین اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان صورت گرفته است. نتایج آن مطالعه نشان داد که آموزش برنامه مذکور باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش شدت درد در بیماران دچار سرطان پستان شده و این تاثیر در مرحله پی‌گیری نیز پایدار مانده است. در واقع نتیجه آن پژوهش نشان داد که چون برنامه مداخله کاهش استرس بر پایه ذهن‌آگاهی باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد بیماران دچار سرطان می‌شود، بنابراین لازم است با تاسیس مراکز مشاوره و روان‌درمانی در بیمارستان‌ها و مراکز سرطان‌شناسی، از این روش نیز در کنار درمان‌های پزشکی استفاده شود.

در رابطه با ارتباط ذهن‌آگاهی با کاهش اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال افسردگی (فرضیه سوم) پژوهش‌های زیادی مخصوصاً از زاویه مداخلات ذهن صورت گرفته است. در این ارتباط می‌توان به پژوهش دیاز و همکاران (۲۰۱۳)، پژوهش مک کراکن و همکاران (۲۰۰۷)، پژوهش اسپاتز و همکاران (۲۰۱۰)، پژوهش بروان و ریان (۲۰۰۳)، پژوهش شنان و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر ارتباط ذهن‌آگاهی با کاهش علائم افسردگی اشاره کرد. به عنوان مثال پژوهش مک کراکن و همکاران (۲۰۰۷) که به منظور بررسی حضور ذهن در عملکرد جسمانی و هیجانی مرتبط با درد مزمن در ۱۰۵ بیمار مبتلا به درد مزمن صورت گرفته بود نشان داد که شدت درد، پذیرش درد و حضور ذهن درصداً از واریانس مربوط به افسردگی، اضطراب مربوط به درد و ناتوانی جسمانی و روان‌شناختی و سایر ناتوانی‌ها را تبیین می‌کند و حضور ذهن بیشتر با عملکرد بهتر همراه بود. هم‌چنین پژوهش اسپاتز و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که به طور معناداری ذهن‌آگاهی متغیرهایی مانند شدت درد، عاطفه منفی، فاجعه‌سازی درد، ترس مرتبط با درد، گوش‌بستگی درد و ناتوانی عملکردی را به طور منفی پیش‌بینی می‌کند. در این رابطه، پژوهش بروان و ریان (۲۰۰۳) نشان داد که مداخله بالینی بر روی بیماران سرطان حاکمی از افزایش ذهن‌آگاهی با کاهش آشفتگی خلقی و تنیدگی در آنها است. علاوه بر این، پژوهش شنان و همکاران (۲۰۱۰) در این رابطه حاکمی از تاثیر مثبت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زمینه استرس، اضطراب و افسردگی و خواب بیماران مبتلا به سرطان بود. در ایران هم پژوهش‌های تقریباً زیادی در رابطه با ارتباط ذهن‌آگاهی با افسردگی مخصوصاً از زاویه مداخلات ذهن‌آگاهی در جمعیت‌های مختلف صورت گرفته است. به عنوان مثال پژوهش خرمائی و همکاران (۱۳۹۴) از جمله پژوهش‌هایی است که نتایج آن با نتایج این فرضیه تا حدودی همسو است. نتایج آن مطالعه نشان داد که بین سه گروه بیماران افسرده، بیماران مبتلا به اضطراب منتشر و افراد بهنجار، در مولفه‌های ذهن‌آگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر در مولفه‌های مشاهده، توصیف و عمل



توأم با آگاهی میان افراد مضطرب و بهنجار و همچنین افراد افسرده و بهنجار تفاوت معناداری ( $P < 0/0001$ ) وجود داشت. در مولفه عدم قضاوت ذهن آگاهی، میان افراد افسرده و مضطرب و افراد بهنجار و مضطرب تفاوتها معنادار ( $P < 0/0001$ ) بود. همچنین در مولفه عدم واکنش تفاوت میان گروه‌های مضطرب-افسرده ( $P < 0/001$ )، مضطرب-بهنجار ( $P < 0/0001$ ) و افسرده-بهنجار ( $P < 0/05$ ) معنادار بود. در واقع در تبیین نتایج این تحقیق اشاره شد که بیماران مضطرب و افسرده نسبت به افراد بهنجار در مولفه‌های ذهن آگاهی عملکرد ضعیف‌تری دارند و بنابراین درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند با تاکید بر این مولفه‌ها موجب تسهیل روند درمان و همچنین بهبود علائم این گونه بیماران شود. در میان پژوهش‌های ایرانی، جمعیت دانشجویان و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، از جمله جمعیت‌های دیگری هستند که ارتباط ذهن آگاهی و افسردگی در آنها مورد مطالعه قرار گرفته است. به عنوان مثال، نتایج پژوهش آذرگون و همکاران (۱۳۸۸) که به منظور بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان صورت گرفته بود، تا حدودی با نتایج این مطالعه همسو است. در واقع نتایج آن مطالعه حاکی از اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بود؛ به طوری که در نمرات حاصل از پرسشنامه‌های افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده شد ( $P < 0/01$ ). همچنین مشاهدات کیفی نشان داد روش مذکور در بالا بردن تمرکز و همچنین پیشگیری از افسردگی موثر است. مطالعه کاویانی و همکاران (۱۳۸۴) از جمله پژوهش‌های دیگری است که با نتایج این فرضیه همسو است. در واقع نتایج این مطالعه که به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب صورت گرفته بود نشان داد که روش MBCT در کاهش افسردگی، اضطراب، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند موثر است. همچنین این روش می‌تواند در پیشگیری از افسردگی و اضطراب نقش داشته باشد. در آن مطالعه نتیجه‌گیری شد که به نظر می‌رسد ذهن آگاهی به وسیله "آموزش کنترل توجه" موثر واقع شود و از عود و بازگشت افسردگی و اضطراب پیشگیری کند. هم چنین در رابطه با ارتباط ذهن آگاهی و افسردگی می‌توان به پژوهش تیموری و همکاران (۱۳۹۴)، نیز اشاره کرد. این پژوهش که به منظور اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی زنان در حال ترک با متادون صورت گرفته بود نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی، نمرات افسردگی و نشخوار فکری را کاهش داده است. نتیجه‌گیری این پژوهش نشان داد که شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سوء مصرف کنندگان مواد قرار بگیرد.

نتایج تحلیل‌های بیشتر نشان داد که در میان متغیرهای کیفیت زندگی عمومی، کیفیت زندگی اختصاصی و افسردگی، افسردگی بیشترین میزان واریانس ذهن آگاهی را پیش‌بینی می‌کند

که با توجه به خلا پژوهشی موجود در این زمینه، لازم است در این رابطه پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد ذهن‌آگاهی با توجه به تمرکزی که بر افزایش آگاهی افراد از لحظه حال از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن، و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون دارد بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد. لذا با توجه به ارتباط ذهن‌آگاهی با کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، می‌توان از تمرین‌های آن استفاده گسترده کرد.

**محدودیت‌ها:** از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده و حجم این نمونه محدود بوده است. در پژوهش‌های آتی می‌توان با گسترش زمان و مکان نمونه‌گیری، حجم نمونه را بالا برده و از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده کرد. هم‌چنین می‌توان علاوه بر نمونه‌افراد مبتلا به سرطان، از نمونه‌افراد سالم هم، جهت مقایسه ارتباط ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی و افسردگی، استفاده کرد.

### منابع

- آذرگون، حسن؛ کجیاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. *دانشور رفتار*، سال شانزدهم، شماره ۳۴.
- اکبری، مهرداد؛ علی‌پور، احمد؛ زارع، حسین؛ شیخی، عبدالکریم. (۱۳۹۳). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و میزان درد در بیماران دچار سرطان پستان. *روان‌شناسی کاربردی*، دوره ۸، شماره ۲۹.
- تیموری، سعید؛ رضانی، فرزانه؛ محبوب، نجمه. (۱۳۹۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار فکری افسردگی زنان در حال ترک با متادون. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، سال نهم، شماره ۳۴.
- حسن‌پور دهکردی، علی و شبان، مرضیه (۱۳۸۳). بررسی ارتباط بین ویژگی‌های سرطان و کیفیت زندگی در بیماران سرطان تحت شیمی‌درمانی مراجعه‌کننده به درمانگاه منتخب انکولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد*. دوره ششم؛ شماره ۴، ص ۶۴.

- صفایی، آزاده؛ ضیغمی، بهرام؛ طباطبایی، سید حمیدرضا؛ مقیمی دهکردی، بیژن. (۱۳۸۶). کیفیت زندگی و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی. *مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، ۳(۳ و ۴)، ۶۱-۶۶.
- صفایی کشتگر، محمدرضا؛ استین، راب (۱۳۸۸). *اطلاعات عمومی برای پیشگیری و نقاشی های بالینی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان و تهران: پیام سفید*.
- قشقایی، سحر؛ نظیری، قاسم؛ فرنام، رابرت. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، دوره ۱۳، شماره ۴.
- کویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ هادی، بحیرایی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *تازه های علوم شناختی*، سال ۷، شماره ۱.
- کویانی، حسین؛ حاتمی، ندا؛ شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). *تازه های علوم شناختی*، سال ۱۰، شماره ۴، ۳۹-۴۸.
- کهرازی، فرهاد؛ دانش، عصمت؛ آزادفلاح، پرویز. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتار درمانگری شناختی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار سرطان. *روان شناسی کاربردی*، دوره ۵، شماره ۲، صفحه ۷ تا صفحه ۲۳.
- معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمدرضا و هاشمی، سید مسعود (۱۳۹۲). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کمر درد مزمن. *فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد*، دوره ۴، شماره ۱.
- نجاتی، وحید؛ امینی، رضا؛ ذبیح زاده، عباس؛ معصومی، مهدی؛ ملکی، قیصر؛ شعاعی، فاطمه (۱۳۹۰). ذهن آگاهی شاخصی موثر در کیفیت زندگی جانبازان نابینا. *مجله علمی-پژوهشی طب جانباز*، سال سوم، شماره ۱۱.

#### References:

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts

- and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451-455.
- Dahl, J. & Lundgren, T. (2006), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the York: Springer, P. 369- 81.
  - Deng, G., & Cassileth, B. R. (2005). Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. *CA: a cancer journal for clinicians*, 55(2), 109-116.
  - Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222-227
  - Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
  - Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness—Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 224-230.
  - Kumar, S. M., Feldman, G. C., & Hayes, A. M. (2005). Change in mindfulness and emotional regulation in an integrative therapy for depression. *Manuscript under review*.
  - Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). “I felt like a new person.” The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain*, 9(9), 841-848.
  - Neuser, N. J. (2010). Examining the factors of mindfulness: A confirmatory factor analysis of the five facet mindfulness questionnaire.
  - Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120-127.
  - Speca, M., Carlson, L. E., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, 62(5), 613-622.

- Tuncer, A. M. (2010). Cancer Report: Asian pacific organization for cancer prevention. *Ankara-Turkey: Publisher New hope in health foundation.*
- Walsh, J. J., Balint, M. G., SJ, D. R. S., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual Differences, 46*(2), 94-99.
- Zeidan, F., Gordon, N. S., Merchant, J., & Goolkasian, P. (2010). The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *The Journal of Pain, 11*(3), 199-209.