

مقایسه اثر بخشی رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و هیجان مدار بر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بهبود یافتگان سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۲۷

خلاصه

مقدمه

پژوهشگران رویکردهای درمانی مختلفی را در جهت کاستن از عوارض روانشناختی بیماری سرطان پستان مورد بررسی قرار داده‌اند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بهبود یافتگان سرطان پستان بوده است.

روش کار

در پژوهشی از نوع مطالعات آزمایشی با طرح نیمه آزمایشی تعداد ۴۵ نفر از زنان بهبود یافته سرطان پستان شهر تهران حضور داشتند که در سه گروه گمارده شدند. درمان هیجان مدار در طی ۱۰ جلسه و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در طی ۸ جلسه بر روی زنان دچار سرطان اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نمودند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه رشد پس آسیبی (تدسچی و کالهن، ۱۹۹۶) و مقیاس تحمل آشفتگی (سیمونز و گاهیر، ۲۰۰۵) جمع‌آوری و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم افزار SPSS22 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌ها نشان داد بین میانگین سه گروه آزمایش و کنترل در متغیر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$) بدین ترتیب که هر دو درمان بر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه تاثیر معناداری دارد ($P < 0/05$)، اما هیچ یک از درمان‌ها بر درمان دیگر برتری ندارد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هم رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و هم درمان هیجان مدار می‌توانند در بهبود وضعیت روانشناختی زنان دچار سرطان اثرگذار باشند.

کلمات کلیدی

سرطان پستان، تحمل پریشانی، رشد پس از سانحه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان هیجان مدار. پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

هاتف زمانی^۱

حسین بیگدلی^{۲*}

بیوک تاجری^۳

جاوید پیمانی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

*گروه روان‌شناسی، واحد تهران شرق، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: hobigdeli@yahoo.com

مقدمه

سرطان رشد غیرطبیعی سلول های بافتی بدن است که به سلول سرطانی تبدیل می شود. سرطان پستان، شایع ترین سرطان در میان زنان است. و اثرات روحی و روانی شدیدتری نسبت به انواع دیگر سرطان دارد. بسته به مرحله بیماری، بیماران مبتلا به سرطان پستان با جراحی و پرتودرمانی، شیمی درمانی کمکی، هورمون درمانی و درمان هدفمند درمان می شوند (۱). تشخیص و درمان سرطان تأثیر بسزایی بر سلامت روان دارد و با بار فیزیکی، عاطفی و مالی هم بر افراد و هم بر کل جامعه همراه است. همچنین تشخیص و درمان سرطان سینه ممکن است بر خانواده بیمار، از جمله صمیمیت با شریک زندگی و روابط با فرزندان نیز تأثیر بگذارد. زنانی که به سر کار باز می گردند نیز ممکن است با چالش های جدیدی روبرو شوند، نه تنها در رابطه با همکاران خود، بلکه در عملکرد شناختی خود. زنان همچنین باید با ترس از عود سرطان و مرگ مقابله کنند. همه این عوامل ممکن است تأثیر منفی طولانی مدت بر سلامت روان بازماندگان سرطان سینه داشته باشد (۲). علاوه بر این بهبود یافتگان و بازماندگان سرطان پستان در سازگاری با تغییرات در تصویر بدن، محیط و زندگی روزمره در طول درمان استرس زیادی را تجربه می کنند (۳)؛ بنابراین، توجه علائم روانی و توجه به متغیرهایی که می توانند استقامت روانی و تاب آوری بیماران را در حین بیماری و در مراحل پس از درمان بهبود بخشد، بخش مهمی از مداخلات روانشناختی است.

از طرفی هرچند تحقیقات آسیب شناسی به طور سنتی اختلال محور بوده است، اما رویکرد فعلی فراتشخیصی در واکنش به محدودیت های شدید موثر بر روانپزشکی و روش های درمان با تمرکز بر اختلالات خاص، برآمده است. پریشانی سازه ای متداول در پژوهش های مربوط به بی نظمی عاطفی است که به صورت سازه ای فراهیجانی و به عنوان قابلیت فرد برای تجربه و مقاومت در برابر حالت های هیجانی منفی بیان شده است (۴).

تحمل پریشانی، ظرفیت تجربه و تحمل کردن حالات روانشناختی منفی، تعریف می شود. تحمل پریشانی، توانایی تحمل و قبول عواطف منفی است. سیمونز و گاهیر (۵) تحمل پریشانی را به عنوان یک سازه فراهیجانی توصیف کردند که دارای چهار خرده مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است. تحقیقات صورت پذیرفته در رابطه با نقش تحمل پریشانی در آسیب روانی نیز شواهد تایید کننده ای فراهم نموده است که تحمل پریشانی می تواند به طور موفقیت آمیزی به افراد در رویارویی مناسب و سازگاری با رویدادهای آسیب زا و استرس های شدید، یاری رساند (۶-۷) و در این زمینه به نظر می رسد که تحمل پریشانی می تواند در سازگاری با بیماری سرطان پستان نیز موثر باشد.

از دیگر سو، در دهه های گذشته در روان شناسی، عمده ی مطالعات انجام شده در مورد حوادث آسیب زا بر پیامدهای منفی آنها بر سلامت روان متمرکز بوده اند، اما در دهه ی گذشته این الگوی فکری به پیامدهای مثبت تغییر کرده (۸) و توجه زیادی به موضوع رشد پس از سانحه، به گونه ای که به نظر می رسد دیدگاه نوینی به روان شناسی اضافه شده است. رشد پس از سانحه به تجربه یک فرد از تغییرات مثبت قابل توجه ناشی از مبارزه با بحران بزرگ زندگی اشاره می کند و بر تغییر پس از ضربه تأکید می کند (۹). رشد پس از سانحه به افراد این امکان را می دهد تا تجربیات خود را تغییر دهند و منافع بالقوه ناشی از آسیب های زندگی را درک کنند، در نتیجه روابط آنها با دیگران بهبود می یابد، امکانات جدیدی ایجاد می شود، قدرت شخصی پیش می رود، تغییرات معنوی ایجاد می شود یا قدردانی از زندگی افزایش می یابد (۱۰). مطالعات قبلی نشان داده است که رشد پس از سانحه ممکن است در افراد مختلفی که تروما را تجربه کرده اند رخ دهد (۹) و رشد پس از سانحه می تواند در بستر بیماری

جلب نموده است. درمان هیجان‌مدار توسط جانسون و گرینبرگ (۱۹) معرفی شد. اهداف درمان هیجان‌مدار در درون رابطه همدلانه منطبق بر عاطفه به دست می‌آید تا خاطرات طرحواره های هیجانی ناکارآمد که به نظر منبع مشکلات روانشناختی است را تغییر دهد. این خاطرات اغلب احساسات شرم و بی‌ارزشی، اضطراب و ناامنی و غم رها شدن را در بر می‌گیرد (۲۰). درمان هیجان‌مدار یک درمان کوتاه تجربی که از سنت انسان‌گرایانه ایجاد شده است (۲۱). این یک درمان تجربی برای افسردگی است و همچنین تأثیرات اولیه امیدوارکننده‌ای در درمان علائم ناشی از سوء استفاده شدید و مکرر دوران کودکی (ضربه پیچیده) و اختلال اضطراب فراگیر نشان داده است (۲۲). درمان هیجان‌مدار به عنوان یک درمان فرا تشخیصی مبتنی بر این فرض است که احساسات اساساً منابع سازگار در عملکرد سالم انسان هستند و دسترسی، فعال سازی و پردازش مولد احساسات برای نتیجه موفقیت آمیز در روان‌درمانی بسیار مهم است (۲۳). پژوهشگران مختلف اثربخشی این درمان را بر طیف گسترده‌ای مشکلات روان‌شناختی، از افسردگی و اضطراب تا مشکلات مربوط به اعتیاد و مشکلات زناشویی بررسی و تایید نموده‌اند (۲۴) و حتی درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی در زنان با بیماری سرطان پستان تأثیر دارد (۲۵).

امروزه با تغییرات روزافزون، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده و در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهمترین مشکلات سلامتی و روانشناختی جوامع محسوب می‌شود که خود منبع عمده تنیدگی، تلقی شده و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌گردد و افراد را در سنین مختلف، از نوجوانی تا کهنسالی، درگیر می‌کند و سرطان پستان در این زمینه می‌تواند برای این بیماران مشکلات و محدودیت‌های فراوانی را به همراه داشته باشد که از جمله عوارضی که بیماران بعد از جراحی با آنها مواجه می‌شوند شامل درد، محدودیت‌های حرکتی، تضعیف تصویر بدن،

سرطان نیز نقش مهمی در بهبودی و سازگاری روانشناختی داشته باشد (۱۱-۱۲).

پژوهشگران همواره با توجه به مشکلات متعدد زنان دچار سرطان پستان، علاقمند بوده‌اند تا مداخلات روانشناختی اثربخش را در جهت بهبود مشکلات روانشناختی این زنان بکار بگیرند و مورد آزمون قرار دهند. در این راستا در دهه اخیر نسلی از درمان‌های شناختی- رفتاری موسوم به درمان‌های موج سوم پا به عرصه ظهور گذاشتند که عمدتاً بر پایه ذهن‌آگاهی می‌باشند (۱۳). ذهن‌آگاهی حالتی از آگاهی که نقش نظارت و تعدیل دیگر تجربه‌های فرد را دارد و در مسیر بهبود خودنظم‌جویی رفتاری و هیجانی- شناختی عمل می‌کند (۱۴). ذهن‌آگاهی عبارت است از آگاهی که از طریق توجه عمدی، در زمان حال و بدون قضاوت به چیزهایی که هستند ظاهر می‌شود (۱۵). یکی از درمان‌های این حوزه، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است که شامل عناصر درمان شناختی رفتاری با کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در یک برنامه گروهی ۸ جلسه‌ای است. این درمان در ابتدا به عنوان مداخله‌ای برای پیشگیری از عود در افراد مبتلا به افسردگی مکرر تصور می‌شد، از آن زمان به بعد در شرایط مختلف روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفته است (۱۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌سازد. این نوع رویکرد تمرکززداد در مورد هیجان‌ات و حس‌های بدنی هم به کار می‌رود (۱۷). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به طور فزاینده‌ای به عنوان رویکردی تجربی برای درمان اضطراب و شرایط خلقی شناخته شده است (۱۵) و نشان داده شده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران دچار سرطان نیز کاربرد دارند (۱۸).

از دیگر سو، درمان هیجان‌مدار یکی از رویکردهای درمانی است که در یکی در دهه اخیر، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود

آیا بین اثربخشی رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بهبود یافتگان سرطان پستان تفاوت وجود دارد؟

روانگردان؛ ابتلا به سایر بیماری های سرطان یا بیماری های مزمن (دیابت، بیماری قلبی - عروقی)؛ داشتن نشانه های سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی؛ غیبت در بیش از دو جلسه درمانی. برای رعایت اصول اخلاقی در ابتدای تحقیق؛ با توضیح صادقانه اهداف پژوهش، رضایت آگاهانه از افراد برای شرکت در پژوهش اخذ گردید. همین طور در اجرای پژوهش سعی بر آن بود رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات هم از جانب پژوهشگر کاملاً حفظ شد و در تمامی مراحل اجرای پژوهش سعی شد تا هیچ گونه آسیبی به شرکت کنندگان در پژوهش وارد نگردد و در نهایت شرکت کنندگان برای ادامه حضور در جلسات تحت فشار نبودند و امکان ترک جلسه یا انصراف از ادامه همکاری در پژوهش برای ایشان وجود داشت. پس از پایان نمونه گیری و گماردن شرکت کنندگان در سه گروه، گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، این درمان را در طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای و گروه درمان هیجان مدار این درمان را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند که شرح جلسات به طور خلاصه در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS 22 و آزمون های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند. در کلیه آزمون های آماری، مقدار P کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

خودانگاره ضعیف، انزوای اجتماعی و حساسیت نسبت به طرد از سوی همسر می باشد؛ بدین ترتیب با توجه به اثرات روحی روانی ناشی از این بیماری و لزوم شناخت درمان های موثرتر در بیماران دچار سرطان، در این پژوهش به این موضوع پرداخته می شود که

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات آزمایشی با طرح نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. در این پژوهش سه گروه حضور داشتند، دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل که در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه بهبود یافتگان سرطان پستان شهر تهران می باشد که در بیمارستان های طالقانی، شریعتی، هفت تیر و موسسه خیریه سمر حضور داشتند. حجم نمونه با توجه به طرح پژوهش، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۴۵ نفر در نظر گرفته شده است که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. روند نمونه گیری به این صورت بود که با مراجعه به بیمارستان های ذکر شده، از زنان بهبود یافته از سرطان پستان لیستی به دست می آید. سپس با این زنان تماس برقرار نموده و در رابطه با طرح تحقیق توضیحاتی داده شد و از زنانی که دارای ملاک های ورود بودند برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد و تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. ملاک های ورود گروه ها عبارتند از: بهبود یافتن از بیماری سرطان؛ دارا بودن تحصیلات راهنمایی به بالا؛ به سرطان دیگری مبتلا نباشند؛ در سنین ۳۰ تا ۵۰ سال قرار داشته باشند؛ توانایی شرکت در جلسه های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک های خروج از مطالعه برای گروه ها عبارت اند از: استفاده از داروهای

ابزار

در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شده است.

مقیاس تحمل آشفتگی (DTS): مقیاس تحمل آشفتگی،

مقیاسی ۱۵ گزینه‌ای است که توسط سیمونز و گاهیر (۵) ساخته شد. گزینه‌های - این مقیاس تحمل آشفتگی را بر اساس توانمندی فرد برای تحمل آشفتگی هیجانی، ارزیابی ذهنی آشفتگی، میزان توجه به هیجانات منفی در صورت وقوع و اقدام تنظیم کننده‌ها برای تسکین آشفتگی، موردسنجش قرار می‌دهند. سوالات این پرسشنامه به صورت طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ می‌باشد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی بالا است. پژوهشگران مختلف پایایی و روایی این پرسش‌نامه را مورد بررسی قرار داده‌اند. ضرایب آلفا برای این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شده که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه مثبت و با مقیاس‌های راهبردهای مقابله‌ای استفاده از الکل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آنها برای بهبود، رابطه منفی دارد (سیمونز و گاهیر، ۲۰۰۵). میزان آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۶۷۲ توسط عزیزی و همکاران (۲۶) برآورد شده و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تمایل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ به دست آمده است. روایی همزمان این پرسش‌نامه نشان داده است که بین مقیاس

تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و وابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی‌های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴- و ۰/۶۵۳- وجود دارد (۲۶).

پرسش‌نامه‌ی رشد و تکامل پس آسیبی: این پرسش‌نامه توسط تدسچی و کالهن (۲۷) با هدف اندازه‌گیری میزان دستاوردهای شخصی بعد از رویداد آسیب‌زا تدوین شد و دارای ۲۱ پرسش است. این پرسش‌نامه ۵ خرده مقیاس ارتباط با دیگران (۷)، فرصت‌های جدید (۵ ماده)، قدرت شخصی (۴ ماده)، درک ارزش زندگی (۳ ماه) و تغییر معنوی (۲ ماده) را شامل می‌شود. هر پرسش دارای ۵ گزینه از صفر (من این تغییر را در پی بحران تجربه نکرده‌ام) تا ۴ (من این تغییر را به میزان زیادی در پی بحران تجربه کرده‌ام) است و سه تغییر مثبت پس آسیبی را اندازه می‌گیرد که عبارتند از: ۱- تغییرات در ادراک خود؛ ۲- تغییرات روابط با دیگران و ۳- تغییرات در فلسفه‌ی زندگی. در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ برای خرده مقیاس‌های ارتباط با دیگران ۰/۸۵، فرصت‌های جدید ۰/۸۴، قدرت شخصی ۰/۷۲، تغییر معنوی ۰/۸۵ و درک ارزش زندگی ۰/۶۷ و ضرایب پایایی بازآزمایی (به فاصله‌ی ۲ ماه) برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۱، برای سه خرده مقیاس ارتباط با دیگران، فرصت‌های جدید و تغییر معنوی از ۰/۶۵ تا ۰/۷۱، قدرت شخصی ۰/۳۷ و درک ارزش زندگی ۰/۴۷ گزارش شده است. در ایران ضرایب پایایی (آلفای کرونباخ) این پرسش‌نامه در کل نمونه ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۷).

جدول ۱. خلاصه برنامه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۱۴)

جلسات	موضوع جلسه
۱	شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، واریسی بدن
۲	سر و کار داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای

۳	حضور ذهن یا آگاهی از تنفس، حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه ای، تنفس و بدن، حس های بدنی ناراحت
۴	ماندن در زمان حال، دلبستگی، بیزاری و کسالت
۵	اجازه دادن / مجوز حضور، پذیرش تجارب فردی
۶	افکار حقایق نسنند، افکار فقط افکارند
۷	چطور می توانیم به بهترین وجه مراقب خودمان باشیم، فهرست فعالیت های لذت بخش و مهارت آمیز، فهرست علائم و نشانه های عود، تمرین خداحافظی
۸	کاربرد آنچه آموختیم برای سر و کار داشتن با خلق منفی

جدول ۲. خلاصه برنامه آموزشی درمان هیجان مدار (۲۰)

جلسات	موضوع جلسه
۱	آشنایی افراد گروه با یکدیگر، بیان هدف کلی تشکیل گروه و قوانین، مشاوره گروهی و بیان مفهوم هیجانات، علائم آنها و اهمیت کنترل هیجان ها و نقش آنها در سلامت روانی و عاطفی
۲	آشنا ساختن افراد با اصول درمان هیجان مدار و نقش هیجانات و کنترل هیجانی
۳	آگاهی نسبت به عوامل هیجانات با توجه، آموزش آرام سازی و منقبض منبسط کردن بعضی از اعضای بدن، تشخیص هیجانات سالم و ناسالم از یکدیگر.
۴	پرداختن اعضاء به بیان هیجانات، آگاهی از هیجانات، تمرکز بر تجربه درونی و علائم فیزیکی و تاثیر هیجانات بر اعضای بدن، جابه جا کردن مرکز توجه افراد.
۵	تاکید بر هیجانات مراجع، فراهم کردن حمایت برای بیان هیجانات به وجود آوردن پندار یا تصور مثبت افراد می تواند پیاموزند که چگونه احساسات مخلف را به تصور به وجو آموزند.
۶	تمرکز و شناسایی هیجانات ثانویه در چرخه ی ارتباطی
۷	از افراد خواسته شد تا با استفاده از پندار یا تصور مثبت، احساسات مخالف را به وجود آورند و از آنها مانند یک پادزهر برای احساسات منفی استفاده کنند و تاثیر آن را بر روی بدنشان ببینند.
۸	تنظیم احساسات استفاده از فن صندلی خالی به یاد آوردن یک موقعیت که در آن یک احساس رخ داده است و با استفاده از این تکنیک آن خاطره را در زمان حال زنده کنند.
۹	بازسازی هیجانات، تجربه حس جدید و تغییر چگونگی نگرش شخص به یک وضعیت یا صحبت درباره معنای یک اتفاق حسی.
۱۰	جمع بندی، تمرین مهارت ها و فنون جلسات قبل، ارزیابی مجدد از عواطف خود، از دم بکارگیری مهارت ها در زندگی هنگام برخورد با موقعیت های هیجان زا ناسالم و گرفتن پس آزمون.

نتایج

یافته های پژوهش نشان داد میانگین رشد پس از سانحه در گروه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان هیجان مدار و کنترل در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر ۲۵/۸۶، ۲۶/۳۳ و ۲۶/۵۳ و در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۳۳/۶۰، ۳۴/۴۰، ۲۸/۷۳ است. در نهایت میانگین رشد پس از سانحه در گروه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان هیجان مدار و کنترل در مرحله پیش آزمون به ترتیب برابر با ۲۸/۴۰، ۲۶/۴۶ و در مرحله پس آزمون به ترتیب برابر با ۳۵/۶۰، ۳۵/۰۶، و ۲۸/۹۳ بوده

است. در ادامه نتایج حاصل تحلیل کوواریانس چندمتغیره ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکنندگی

شاخص آماری	آماره باکس	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
گروه‌ها	۳/۲۱	۰/۴۹۹	۶	۴/۳۹	۰/۸۰۹

با توجه به مقدار $(F(6, 4/39) = 0/499, p = 0/809)$ ، آزمون همگنی ماتریس‌های پراکنندگی معنادار نمی‌باشد؛ بدین ترتیب مفروضه همگنی ماتریس پراکنندگی نمرات متغیرها برقرار می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
تحميل پریشانی	۱۵/۱۳	۳	۵/۰۴	۰/۸۶۶	۰/۴۶۸
رشد پس از سانحه	۴۶/۹۸	۳	۱۵/۶۶	۲/۴۲	۰/۰۸۱

با توجه به داده‌های جدول ۴، اثر متقابل بین پیش‌آزمون تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه و گروه معنی‌دار نیست، معنی‌دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. بنابراین اجرا کوواریانس صرفاً

جدول ۵. خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
تحميل پریشانی	۲۱۲/۱۸	۲	۱۰۶/۰۹	۱۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
رشد پس از سانحه	۳۳۳/۹۰	۲	۱۶۶/۹۵	۲۳/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸

همان طوری که ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره به ترتیب برای تحمل پریشانی $(F=18/38, p=0/001, \eta^2=0/479)$ ، رشد پس از سانحه $(F=23/33, p=0/001, \eta^2=0/538)$ ، نشان می‌دهد بین سه گروه اختلافی معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. جهت

بررسی اینکه نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون باهم تفاوت دارند مقایسه زوجی انجام گرفت. نتایج در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	Sig
	MBCT	کنترل	۵/۱۲	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	MBCT	درمان هیجان مدار	۰/۹۵۵	۰/۸۱۸
	درمان هیجان مدار	کنترل	۴/۱۷	۰/۰۰۱
	MBCT	کنترل	۵/۷۳	۰/۰۰۱
رشد پس از سانحه	MBCT	درمان هیجان مدار	-۰/۳۹۰	۱/۰۰
	درمان هیجان مدار	کنترل	۶/۱۲	۰/۰۰۱

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان هیجان مدار معنادار نمی باشد ($P > ۰/۰۵$)؛ بدین ترتیب هر دو درمان بر متغیرهای تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه تاثیر معناداری دارد، اما هیچ یک از درمان‌ها، بر درمان دیگر از نظر اثربخشی بر این متغیرها، برتری ندارد.

نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پس‌آزمون نشانگر این است که اختلاف میانگین نمرات تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار با گروه کنترل معنادار می باشد ($P < ۰/۰۵$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه در گروه

بحث و نتیجه‌گیری

همکاران (۳۵)، بایدون و همکاران (۳۶)، بارگز و همکاران (۱۵)، کانولی-زوبوت و همکاران (۲۵) و گولدرگ و همکاران (۳۷) همسو می باشد.

درمان هیجان محور تلاش دارد که با گسترش پردازش هیجانی بیمار، تغییرات درمانی را در وی ایجاد کند. این درمان برای گسترش پردازش هیجانی و تغییر فرایند افسردگی، بر چهار اصل اساسی استوار است. این اصول در بطن چهارچوب فراگیری قرار دارند که بر حمایت هیجانی و محیطی تاکید دارد (۳۸). حمایت محیطی و هیجانی مبنای اثربخشی درمانی است که دربردارنده چهار اصل پردازش هیجانی است: الف) افزایش آگاهی هیجانی،

یافته‌های به دست آمده حاکی از آن بود که بین میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب هر دو درمان بر متغیرهای تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه تاثیر معناداری دارد، اما هیچ یک از درمان‌ها، بر درمان دیگر از نظر اثربخشی بر این متغیرها، برتری ندارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های ابراهیمی و همکاران (۲۸)، بانان و همکاران (۲۹)، ناصری و همکاران (۱۸)، طباطبایی و شعربافچی (۳۰)، گیلی و همکاران (۳۱)، غلامرضایی و همکاران (۳۲)، محمودوندی و همکاران (۳۳)، لائوپولو و همکاران (۱۳)، وانگ و همکاران (۳۴)، وو و

زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان منجر شود. کانولی- زوبوت و همکاران (۲۵) هم دریافتند درمان هیجان‌مدار بر اضطراب و افسردگی در زنان با بیماری سرطان پرستان تاثیر بسزایی دارد.

از طرفی دیگر، از مهارت‌های تنظیم هیجان، توانایی آگاه شدن از هیجان‌ها و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به آنهاست. مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی از اهداف مهم ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی است. در روش‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی با به کارگیری روش‌های مراقبه‌ای، مانند ذهن‌آگاه شدن، تنفس و افزایش آگاهی از موقعیت جهت کنار آمدن و بقا در زمان بحران استفاده می‌کند و باعث می‌شود فرد در بلندمدت و کوتاه مدت درد جسمی و عاطفی خود را تحمل کند. آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی برای تشخیص این نکته است که هر اتفاقی در زمان حال روی می‌دهد و این باعث می‌شود بیماران در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند، دریافت کنند. این مطلب گویای این مهم است که فرد با آموزش روش‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی یک سازه فراهیجانی به نام تحمل پریشانی را در خود افزایش می‌دهد. کما اینکه ناصری و همکاران (۱۸) در مطالعه خویش دریافتند که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی تاثیر داشته است و غلامرضایی و همکاران (۳۲) در مطالعه خود دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاهش افسردگی بیماران سرطانی موثر است. همین‌طور آموزش ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که چگونه مهارت‌های عادی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی ببرند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یک روش مناسب برای تنظیم خلق و هیجان است. ذهن‌آگاهی قابلیت مثبت است که به فرد اجازه می‌دهد به جایگزین‌ها فکر کند و

(ب) گسترش تنظیم هیجان (ج) تعمق در مورد هیجان و) دگرگونی هیجان. این چهار چهار اصل راهنمای عمومی کار با هیجان‌ها هستند. درمان هیجان‌محور برای درمان افسردگی شامل سه مرحله اساسی است: ۱- توافق و آگاهی، ۲- فراخوانی و کاوش و ۳- مرحله دگرگونی (۳۹). پایه و اساس روش درمان متمرکز بر هیجان (هیجان‌مدار) خودسازی و رشد شخصی است و کلید آن خود نظم بخشی فرد است. در این ساختار، روان‌شناس یا مشاور به عنوان مربیان کنترل و تنظیم احساسات در نظر گرفته می‌شوند و به افراد کمک می‌کنند تا از تجربه‌ی احساس خود آگاه شوند، آن را بپذیرند و درک کنند و بدین گونه احساس و هیجان افراد را تقویت می‌کنند (۲۰)؛ از طرفی مسأله اصلی درمان متمرکز بر هیجان، این است که هیجان، بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای سازماندهی خود می‌باشد، اساسی‌ترین سطح کارکرد هیجان یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روانشناختی می‌شود و بدین ترتیب می‌تواند به کاهش احساسات منفی همچون افسردگی و اضطراب منجر شود که بدین ترتیب افراد بهبود یافته از سرطان پستان که دوره درمانی هیجان‌مدار را دریافت کرده‌اند، پس پایان دوره توانسته‌اند مهارت‌های تنظیم هیجان را در خود بهبود بخشند، مدیریت هیجانی بهبود را بروز دهند و در نتیجه تحمل پریشانی ایشان بهبود یابد و در نهایت این افراد از دل این حادثه ناگوار، مسیرهای جدیدی را برای خویش باز نمایند و رشد پس از سانحه در ابعاد مختلف فلسفه زندگی، دیدگاه جهان و انسان‌ها و روابط بین فردی در ایشان اتفاق افتد. در این راستا ابراهیمی و همکاران (۲۸) در مطالعه‌ی درمان هیجان‌مدار بر سرمایه روانشناختی و رشد پس از سانحه در زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروز تاثیر معناداری داشته است. نتایج پژوهش طباطبایی و شعرافچی (۳۰) نیز حاکی از آن بوده است که درمان هیجان‌مدار توانسته است به بهبود معنادار کیفیت

پژوهش به بهبود یافتگان سرطان پستان شهر تهران در بیمارستان های طالقانی، شریعتی، هفت تیر و موسسه خیریه سمر، پیشنهاد می‌گردد در پژوهش های آینده سایر مناطق جغرافیایی و قومیتی انجام گیرد.

با توجه به نتایج پژوهش که نشان داده است رویکرد شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بهبود یافتگان سرطان پستان تاثیر دارد و هیچ یک از درمان ها بر درمان دیگر برتری ندارد؛ به نظر می رسد که هر دو رویکرد درمانی می توانند در بستر بیماری های مزمن به ویژه بیماری سرطان پستان در جهت کاهش مشکلات روانشناختی و یا بهبود وضعیت روانشناختی ایشان کارایی لازم را داشته باشند؛ لذا با در نظر گرفتن این موضوع که متغیرهای روانشناختی همچون رشد پس از آسیب و تحمل پریشانی در مراحل بهبودی به این بیماران کمک می کند، پیشنهاد می گردد بیمارستان ها برای زنان مبتلا به سرطان پستان، خدمات روان شناختی و مشاوره ای به طور رایگان و به طور گسترده محیا نمایند تا این زنان با دریافت این خدمات، بتوانند در روند درمان استقامت بیشتری از خود بروز دهند. همین طور پیشنهاد می گردد روان شناسان و مشاورانی که در بیمارستان ها و با بیماران مزمن همچون بیماران سرطانی کار می کنند از رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار که استفاده کنند تا دستکاری متغیرهایی همچون بهبود تنظیم هیجان، به این زنان کمک کنند تا سازگاری بهتری با این بیماری داشته، سطح تحمل پریشانی خود را بهبود بخشند، رشد پس از سانحه در ابعاد مختلف در ایشان شکل گیرد و در نهایت کیفیت زندگی و سلامت روان بالاتری را تجربه نمایند.

خود را با شرایط جدید محیط پیرامون سازگار کند که این همان انعطاف پذیری است. در واقع فرد ذهن آگاه، شیوهی فراشناختی پردازش را به کار می گیرد و انعطاف پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش می دهد که در نتیجه این فرایند، افراد دریافت کننده این درمان، می توانند با خلق منفی و هیجانات و عواطف آزاردهنده مرتبط با سرطان، بهتر کنار آیند و در نتیجه تحمل پریشانی بیشتری داشته باشند. همین طور می توان گفت ذهن آگاهی احتمالاً با کنترل آگاهی لحظه به لحظه و غیرقضاوتی به شکل مرحله به مرحله، خودکنترلی، خودتنظیمی و خودنظارتی فرد بر رفتارهایش را افزایش داده و او را به سمت بهبودی هدایت می کند. مداخله ذهن آگاهی، از طریق تهیه لیست افکار منفی روزانه و جایگزینی این جمله ها با افکار مثبت تا حدودی به تغییر رویه افکار منفی و کاهش اثر مخربشان کمک خواهد کرد و در نتیجه این افراد با تاثیرپذیری از افکار مثبت، هیجانات منفی کمتری را بروز خواهند داد و یا بهتر مدیریت می نمایند که در نتیجه مدیریت بهتر هیجانات، این افراد کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. در این زمینه وانگ و همکاران (۳۴) و وو و همکاران (۳۵) در مطالعه شان نشان دادند که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود سلامت روان در ابعاد مختلف در افراد دچار بیماری سرطان منجر شده است.

محدود بودن جامعه پژوهش به کلیه بهبود یافتگان سرطان پستان شهر تهران می باشد که در بیمارستان های طالقانی، شریعتی، هفت تیر و موسسه خیریه سمر حضور داشتند، یکی از محدودیت های این پژوهش می باشد که می تواند تعمیم پذیری یافته های پژوهش را با محدودیت روبرو کند. با توجه به محدود بودن جامعه

References

1. Pisano CE, Kharouta MZ, Harris EE, Shenk R, Lyons JA. Partial Breast Reirradiation for Patients With Ipsilateral Breast Tumor Recurrence After Initial Treatment With Breast Conservation for Early Stage Breast Cancer. *Practical Radiation Oncology*. 2022 Nov 1;12(6):e493-500.
2. De Jaeghere EA, Tuyaerts S, Van Nuffel AM, Belmans A, Bogaerts K, Baiden-Amisshah R, Lippens L, Vuylsteke P, Henry S, Trinh XB, Van Dam PA. Pembrolizumab, radiotherapy, and an immunomodulatory five-drug cocktail in pretreated patients with persistent, recurrent, or metastatic cervical or endometrial carcinoma: Results of the phase II PRIMMO study. *Cancer Immunology, Immunotherapy*. 2023 Feb;72(2):475-91.

3. Cho O H, Hwang K H. Association between sleep quality, anxiety and depression among Korean breast cancer survivors. *Nursing Open*. 2020; 8 (3): 1030–1037.
4. Salari M, Bakraei S, Sharifnejad M A, Alizadeh N, Mohseni F. Prediction of Coronavirus Anxiety Based on Anxiety Tolerance and Cognitive Emotion Regulation in Employed Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 2021; 1 (4): 38–52.
5. Simons J, Gaher R M. The distress tolerance scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 2005; 29(2): 83–102.
6. Hancock L, Bryant R A. Posttraumatic stress, uncontrollability, and emotional distress tolerance. *Depression and Anxiety*, 2018; 35 (11): 1040-1047.
7. Sauer K, Jungmann S, Witthoft M. Emotional and Behavioral Consequences of the COVID-19 Pandemic: The Role of Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Distress (In)Tolerance. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 17 (19): 7241.
8. Kunst M, Winel F M, & Bogaerts S. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress among Victims of Violence Applying For State Compensation. *Journal of Interpersonal Violence*, 2010; 25 (5): 527-545.
9. Yan S, Yang J, Ye M, Chen Sh, Xie Ch et al. Post-traumatic Growth and Related Influencing Factors in Discharged COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12: 1-9.
10. Ma Z, Xia Y, Lin Z. Post-traumatic growth following exposure to memorial reports of the 5.12 Wenchuan earthquake: the moderating roles of self-esteem and long-term PTSD symptoms. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2019; 16: 3239.
11. MoshirPanahi S, Moradi A, Moghadasin M, Ghaderi B. Investigating the Relationship Between Posttraumatic Growth Dimensions and Posttraumatic Stress Symptoms in Blood, Colorectal and Breast Cancer Patients. *Aumj*, 2019; 8 (4): 305-316.
12. Ma X, Wan X, Chen Ch. The correlation between posttraumatic growth and social support in people with breast cancer: A meta-analysis. *Front. Psychol*. 2022; 13:1060150; 1-11.
13. Iannopolo L, Cristaldi G, Borgese C, Sommacal S, Silvestri G, Serpentine S. Mindfulness meditation as psychological support in the breast cancer experience: a case report. *Behavioral science*, 2022; 12 (216); 1-11.
14. Segal Z V, Williams M G, & Teasdale J D. *Mindfulness based on cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press, 2012.
15. Burgess E, Selchen S, Diplock B D, Rector N A. A Brief Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention as a Population-Level Strategy for Anxiety and Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2021; 14: 380–398.
16. Ferguson A, Williams L, Segal Z. Mindfulness-based cognitive therapy. In A. Wenzel (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches* (pp. 595–615). American Psychological Association, 2021.
17. Williams J M G, Alatiq Y. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of affective disorders*, 2008;107: 275-279.
18. Naseri Garagoun S, Mousavi S M, Shabahang R, Bagheri Sheykhgafshe F. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Resilience and Life Expectancy of Gastrointestinal Cancers Patients. *IJPN*, 2021; 9 (2): 60-71.
19. Aghagedi p, Golparvar M, Aghaei A, Khayatan F. The Effects of Forgiveness-Based Mindfulness Therapy and Emotionally Focused Therapy on Depression and Resiliency in Women Affected by Their Husbands' Infidelity. *Community Health journal* 2018; 12(1): 1-11.
20. Greenberg L S. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*. 2017; 16 (2): 1-12.
21. Greenberg L S. Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *American Psychologist*, 2012; 67 (8): 697-707.
22. Timulak L, Keogh D. Emotion-Focused Therapy: A Transdiagnostic Formulation. *J. Contemp. Psychother*, 2020; 50: 1–13.
23. Shahar B. New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Medicine*, 2020; 9, 2918.
24. Fletcher K, MacIntosh H. Emotionally Focused Therapy in the Context of Addictions: A Case Study. *The Family Journal*, 2018; 26 (3): 330-340.
25. Connolly-Zubo A, Timulak L, Hession N, Coleman N. Emotion-Focused Therapy for Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2020; 50 (9): 113-122.
26. Azizi A R, Mirzaei A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with Students Smoking Dependence. *Hakim* 2010; 13 (1): 11-18.

27. Rajabi Gh, Naderi Z, Khojasteh Mehr R. An investigation precedents posttraumatic growth (breakup romantic relationship) in the students. *Journal of Fundamental of Mental Health*, 2013; 15 (58); 100-110.
28. Ebrahimi S, ahmadi K, farokhi N. Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Psychological Capital and Post Traumatic Growth in Women with Multiple Sclerosis. 2022; 11 (3): 85-96
29. Banan M, Khalili H, Smkhani akbarinejhad H. Comparison the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Acceptance & Commitment Therapy on Intensity of Pain Experience & Psychological Well-being of Patients with Spinal Cord Injury. 2022; 13 (2) :98-114
30. Tabatabai A S, Sherbafchi M R. Investigating the effect of emotion-oriented group training (EFT) on anxiety, depression and quality of life of cancer patients in Isfahan city. 2019. The third national conference of psychology, educational sciences, social and human sciences.
31. Gili Sh, Sadeghi Zavareh V, Haghayegh S A, Ghavidel A, Rezayi Jamalloi H. The Comparison of Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Transcranial Direct Current Stimulation on Anxiety and Depression of Patients with Coronary Artery Disease. *Health Psychology*. 2021; 9 (36): 45-62.
32. Gholamrezaei H, Hosseinzadeh Moghadam N, Boostan S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing depression in cancer patients. *JNIP*, 2020; 4 (8) :1-8
33. Mahmoudvandi-Baher E, Flasa finejad M R, KhodabakhshiKoolaee A. The Effectiveness of Emotion-focused Group Therapy on Hope and Negative Automatic Thoughts among Divorced Women. *Community Health*, 2018; 5 (1): 67-76.
34. Wang L, Chen X, Peng Y, Zheng K, Ma J, Xu L, et al. Effect of a 4-Week Internet-Delivered Mindfulness-Based Cancer Recovery Intervention on the Symptom Burden and Quality of Life of Patients with Breast Cancer: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2022; 24 (11): e40059.
35. Wu H, Li F, Zheng F. The efficacy of mindfulness-based stress reduction vs. standard or usual care in patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Translational Cancer Research*, 2022; 11 (11), doi: 10.21037/tcr-22-2530
36. Baydoun M, Moran Ch, McLennan A, Piedaloe K, Oberoi D Et al. Mindfulness-Based Interventions in Cancer Survivors: A Systematic Review of Participants' Adherence to Home Practice. *Patient Preference and Adherence*, 2021; 15, 1225–1242.
37. Goldberg S, Tucker R, Greene P, Davidson R. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 2018; 59: 52.-60.
38. Greenberg L S. *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association, 2002.
39. Khoshnam S, Borjali A, Karegari Padar L, Amiri H. Effectiveness of emotion-focused therapy on patients with major depression disorder. *Bjcp*, 2014; 9(1): 95-106.

Original Article

Comparing the effectiveness of cognitive approach based on mindfulness and EFT on distress tolerance and post-traumatic growth of breast cancer survivors

Received: 20/01/2023 - Accepted: 17/05/2023

Hatef Zamani¹
Hossein Bigdeli^{2*}
Biuok Tajeri³
Javid Peymani³

¹ PhD student, Department of Psychology, Emirates Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tehran East Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

* Department of Psychology, Tehran East Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: hobigdeli@yahoo.com

Abstract

Introduction: Researchers have investigated different treatment approaches in order to reduce the psychological effects of breast cancer. The aim of the present study was to compare the effectiveness of the cognitive approach based on mindfulness and Emotion Focused Therapy on distress tolerance and post-traumatic growth of breast cancer survivors.

Method: In a research of the type of experimental studies with a semi-experimental design, 45 women who recovered from breast cancer in Tehran were present, and they were assigned to three groups. Emotion Focused therapy was implemented during 10 sessions and cognitive therapy based on mindfulness during 8 sessions on women with cancer, but the control group did not receive any intervention. The data were collected through the post-traumatic growth questionnaire (Tadeschi and Calhoun, 1996) and the disturbance tolerance scale (Simmons and Ghahir, 2005) and were analyzed using multivariate analysis of covariance and spss22 software.

Results: The findings showed that there is a significant difference between the average of the experimental and control groups in the variable of distress tolerance and post-traumatic growth ($P < 0.05$), so that both treatments have an effect on distress tolerance and post-traumatic growth. The accident has a significant effect ($P < 0.05$), but none of the treatments is superior to the other treatment ($P < 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the research, it can be concluded that both the cognitive approach based on the conscious mindfulness and emotion focused therapy can be effective in improving the psychological condition of women with cancer.

Keywords: breast cancer, distress tolerance, post-traumatic growth, mindfulness based cognitive therapy, Emotion Focused therapy.

Conflict of interest: There is no conflict of interest.