Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN) Original Article

June-July 2026, Volume 14, Issue 2 10.22034/ijpn.14.2.79

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Life-Related Mental Health and Emotional Regulation Problems in Women with Breast Cancer

Mehdi Yousefvand[1*], Maryam Shamsifar[2], Shoja Araban[3], Zahra Kashfi[4]

1- Department of Psychology Education and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.
2- Department of Psychology Education and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.
3- Department of Psychology Education and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.
4- Master of Science in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Ashtian Branch, Ashtian, Iran.

***Corresponding author:** Mehdi Yousefvand, Assistant Professor, Faculty of Educational Sciences, Psychology and Counseling Education Department, Farhangian University, Tehran, Iran.
Email: mehdi_yousefvand@cfu.ac.ir

Received: 2025/11/10 Accepted: 2026/07/1

Abstract

Introduction: Women with breast cancer suffer from adverse mood-emotional states such as anxiety, psychological stress, feelings of hopelessness, and difficulty in cognitive-emotional regulation. The present study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on life-related mental health and difficulty in emotional regulation in women with breast cancer in Khorramabad city.

Methods: The present study was a semi-experimental study with a pre-test, post-test design with a three-month follow-up and a control group. 40 women with breast cancer, with an age range of 44.22±4.76 who were admitted to the Noor Cancer Charity Institute in Khorramabad city from July to March 2025 through convenience sampling. Then, they were randomly assigned to the mindfulness-based cognitive-behavioral intervention group (20 females) and the control group (20 females). The data were collected with demographic questionnaires, difficulty in emotional regulation, and life-related mental health in 3 stages: pre-test, post-test, and follow-up. The data were analyzed with SPSS version 26 software.

Results: The findings showed that there was no significant difference between the intervention and control groups in the mean of life-related mental health and difficulty in emotional regulation in the pre-test stage. However, the difference between the intervention and control groups in the post-test and follow-up of the studied variables was significant ($P > 0.001$).

Conclusion: According to the findings, it is recommended that those responsible for increasing mental health and reducing psychological problems of women with breast cancer should make sufficient use of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy in their workshops and interventions to reduce emotional problems and increase life-related mental health.

Keywords: Breast Cancer, Emotional Regulation Difficulties, Life-related Mental Health, Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy.

نشریه روان پرستاری مقاله پژوهشی

خرداد و تیر ۱۴۰۵، دوره ۱۴، شماره ۲

10.22034/ijpn.14.2.79

اثربخشی درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه

مهدی یوسف وند[1*]، مریم شمسی فر[2]، شجاع عربان[3]، زهرا کشفی[4]

۱- گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
۲- گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
۳- گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
۴- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد سلامی واحد آشتیان، آشتیان، ایران.

نویسنده مسئول : مهدی یوسف وند، استادیار، گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
ایمیل: mehdi_yousefvand@cfu.ac.ir،

تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۸/۱۹ تاریخ پذیرش : ۱۴۰۵/۴/۱۰

چکیده

مقدمه: زنان مبتلا به سرطان سینه از حالات خلقی – هیجانی نامطلوبی مانند اضطراب، تنش روانی، احساس ناامیدی و مشکل در تنظیم شناختی - هیجانی رنج می‌برند. پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر خرم آباد انجام شد.

روش کار: روش مطالعه حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با پیگیری سه ماهه و گروه کنترل بود. ۴۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه با دامنه سنی ۴۴/۲۲±۴/۷۶ که از تیرماه تا اسفند ۱۴۰۴ به موسسه خیریه سرطان نور شهر خرم آباد به روش نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس به طور تصادفی به گروه مداخله شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گماشته شدند. داده ها با پرسشنامه های جمعیت شناختی، مشکل در تنظیم هیجان و سلامت روان مرتبط با زندگی در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تکمیل شد. داده ها با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۶تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل در میانگین سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان تفاوت معنی داری وجود ندارد. اما تفاوت بین دو گروه مداخله و کنترل در پس آزمون و پیگیری متغیرهای مورد مطالعه معنی داری بود (P<۰۰۱/).

نتیجه گیری: با توجه به یافته های بدست آمده پیشنهاد می شود که مسئولینی که در راستای افزایش سلامت روان وکاهش مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه فعالیت دارند در کارگاه ها و مداخلات خود حتما از درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی جهت کاهش مشکلات هیجانی و افزایش سلامت روان مرتبط با زندگی، استفاده کافی را داشته باشند.

کلیدواژه ها: درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، مشکل در تنظیم هیجان، سلامت روان مرتبط با زندگی، سرطان سینه.

مقدمه

مطالعات و آمایش های مختلف نشان می دهد که یکی از علل اصلی بیماری و ناتوانی در جهان، سرطان (Cancer) است (۱). سرطان شامل مجموعه ای از بیماری ها است که به‌وسیله رشد و گسترش غیرطبیعی سلول‌ها مشخص می‌شود (۲). سرطان‌ها انواع مختلفی دارند. سرطان معده، مری، روده، مثانه و خون پنج نوع سرطان رایج در مردان و سرطان سینه، مری، معده، روده و دهانه رحم پنج مورد از سرطان‌های شایع در زنان ایرانی هستند (۳). یکی از سرطان های شایع در زنان، سرطان سینه (Breast cancer) هست (۴). سرطان سینه به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. نشانه‌های این سرطان شامل توده در پستان، تغییر در شکل ظاهری، فرورفتگی‌های کوچک پوستی، خروج مایع از نوک پستان، نوک فرورفته پستان یا پوست قرمز و خشک پستان باشد (۵). زنان مبتلا به سرطان سینه از مشکلات جسمی مانند افزایش ضربان قلب، کاهش وزن، تغییر چهره، مشکلات اسکلتی، مشکلات در کنترل روده و مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، وسواس جبری، تنش روانی، افکارپارانوئید، خصومت، خودبیمارانگاری، ناامیدی، راهبردهای هیجانی منفی و به طور کلی سلامت روان پایین رنج می‌برند (۶).

بر اساس مطالعات انجام شده پژوهشگران دریافته اند اغلب زنان مبتلا به سرطان سینه از سلامت روان پایینی برخودار هستند که باعث می شود کیفیت زندگی در آن ها کاهش پیدا کند (۷). سلامت روان به صورتی بهره مندی فرد از شاخصه‌های یک زندگی مطلوب روانشناختی تعریف می شود (۸). مطالعات نشان داده است که زنان مبتلا به سرطان سینه سطح بالایی از اضطراب، افسردگی، وسواس جبری، افکار پارانوئید، اضطراب وحشت زدگی، حساسیت‌های بین فردی، روان پریشی، خصومت و پریشانی روانشناختی را تجربه می‌کنند که منجر به کاهش سلامت روانشناختی در آنها شده و به تبع آن کیفیت زندگی نیز کاهش پیدا می کند (۹). سلامت روان پایین باعث کاهش و تخریب عملکرد مناسب زنان مبتلا به سرطان سینه در زندگی می شود که این عامل هزینه های زیادی را برای جامعه و خانواده ها به همراه دارد (۱۰). سلامت روان پایین و تنش روان‌شناختی در اکثر زنان مبتلا به سرطان سینه شایع است (۱۱). سلامت روان پایین بر کیفیت زندگی تأثیر منفی می‌گذارد و توانایی مقابله موفقیت‌آمیز با بیماری را محدود می‌کند (۱۲). پژوهشگران نشان داده اند که اضطراب و افزایش سطح فیزیولوژیکی برانگیختگی که ناشی از کاهش سلامت روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه است، عملکردهایی را که می‌تواند تحت تأثیر سیستم عصبی خودمختار قرار گیرد، مانند درد، تهوع و استفراغ افزایش می‌دهد و این به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش مجدد اضطراب شود (۱۳). از طرفی برخی دیگر از مطالعات نشان داده است که زنانی که درگیر سرطان سینه هستند ز تنش روانی و خلق آشفته رنج می‌برند (۱۴). همچنین این افراد به دلیل پایین بودن سلامت روان، زندگی روزمره نامطلوبی را تجربه می‌کنند (۱۵). سلامت روان عبارت است از بهره‌مندی از یک زندگی روانشناختی مطلوب به نحوی که اضطراب، فسردگی و وسواس جبری در پایین‌ترین سطح ممکن باشند (۱۶). پژوهشگران معتقدند که سلامت روان عبارت است از بهره‌مندی از شاخص‌های روانشناختی که باعث یجاد یک زندگی مطلوب در فرد می‌شود (۱۷). در زنان مبتلا به سرطان سینه به دلیل اینکه اضطراب و تنش روانی بالایی می باشد این امکان وجود دارد که سلامت روان در آنها کاهش پیدا کند که به تبع آن سطح کیفیت زندگی کاهش چشمگیری پیدا می‌کند (۱۸).

همچنین بر اساس مطالعات انجام شده، زنان مبتلا به سرطان سینه مشکل اساسی در تنظیم هیجان دارند (۱۹). تنظیم هیجانی در اکثر اختلالات روانی دخیل بودهو مفهومی است که توجه ویژه ای را طی پنج سال اخیر به خود جلب کرده است (۲۰). همچنین تنظیم هیجان حاصل تعامل فرد، وضعیت او، و عوامل راهبردی است(۲۱). به اعتقاد نظریه پردازان تنظیم هیجانی عبارتی دو پهلو، به معنای تنظیم از طریق هیجان ها و تنظیم هیجان ها است (۲۲). به طور کلی تنظیم هیجانی، شامل گستره ای از راهبردهای شناختی و رفتاری است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می گیرد (۲۳). پاسخ های هیجانی، اطلاعات مهمی را درباره تجربه فرد در ارتباط با دیگران فراهم می کنند و راهبردهای تنظیم هیجانی، روش کنار آمدن فرد با شرایط استرس زا هستند (۲۴). تنظیم هیجان، فرآیندی روانشناختی جهت نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی منفی است (۲۵). تنظیم هیجان برای کنترل هیجانات منفی و استفاده از راهبردهایی مناسب جهت افزایش هیجانات مثبت در ذهن و روان، فرآیندی موثر است (۲۶). تنظیم هیجان و مدیریت هیجانی نقش بسیار مهمی

در پیش‌بینی امید به درمان در بیماران مبتلا به سرطان دارد (۲۷). محققان دریافتند که زنان مبتلا به سرطان به دلیل مشکلاتی که در زمینه تنظیم هیجان دارند، بیشتر از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار ازجمله نشخوار فکری و فاجعه نمایی استفاده می‌کنند (۲۸).

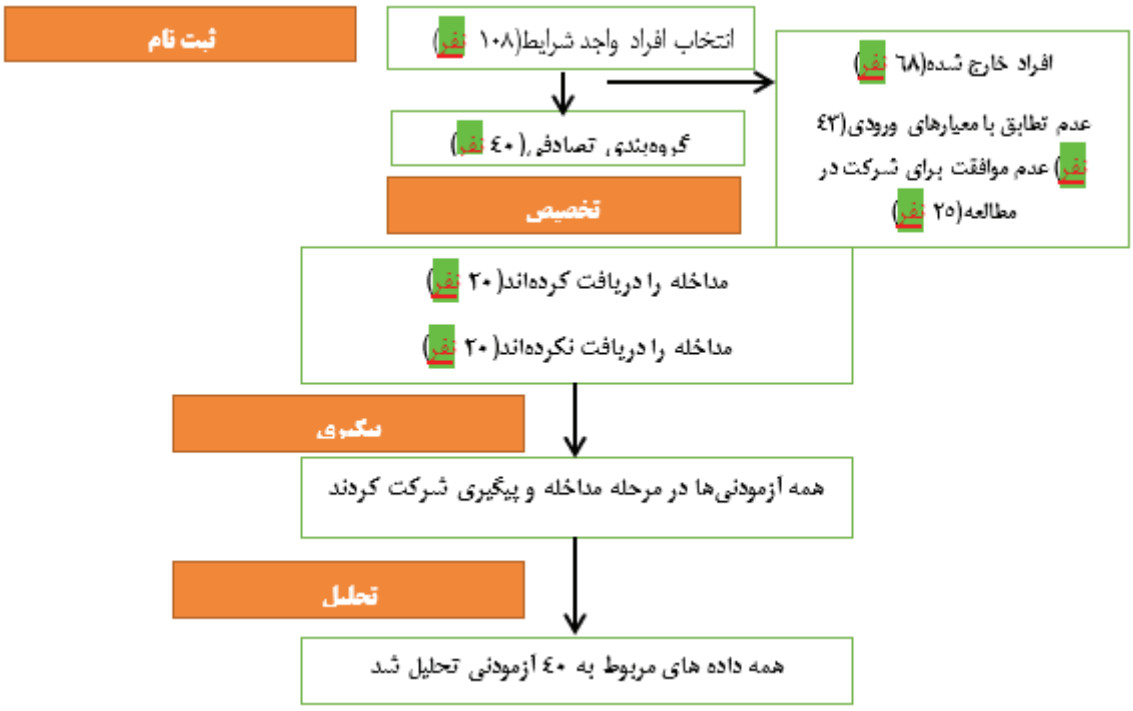
بر اساس آنچه بیان شد کاملا مشخص است که زنان مبتلا به سرطان سینه به دلیل سلامت روان پایین و مشکل در تنظیم هیجان نیازمند بهره مندی از درمان های روانشناختی جهت مقابله با مشکلات خلقی و هیجانی هستند تا ضمن مقابله با پیامدهای روانشناختی منفی بیماری، از زندگی کیفی مطلوب بهره مند شوند (۲۹). مطالعات نشان داده است که درمان های روانشناختی مختلفی برای کاهش پیامدهای روانشناختی منفی بیماران مبتلا به سرطان استفاده می شود که نتایج مثبتی نیز بدست آمده است (۳۰). یکی از درمان هایی که اثربخشی مثبت و معنی داری در کاهش مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان داشته است، درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است (۳۱). مطالعات نشان داده است که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، اضطراب و افسردگی را در زنان مبتلا به سرطان سینه و ترس از بازگشت بیماری را کاهش می دهد (۳۲). درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی و هیجانی، ضمن بهبود تنظیم هیجان زمینه را برای افزایش سلامت روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان فراهم می کند (۳۳). درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی روان‌درمانی است که از تکنیک‌های ذهن آگاهی در ترکیب با درمان شناختی - رفتاری برای جلوگیری از عود اضطراب، استرس و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان استفاده می‌کند(۳۴). در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی روش‌های مورد استفاده در پروتکل درمان شناختی- رفتاری مانند آموزش روانی، که به بیماران مبتلا به سرطان در مورد افسردگی و نقشی که شناخت در آن ایفا می‌کند آموزش لازم را ارائه می دهد، استفاده می‌شوند (۳۵). رویکرد مبتنی بر ذهن آگاهی فرض می‌کند که آگاهی از وقایع زمان حال و عدم تمرکز بر گذشته یا آینده، به بیمار مبتلا به سرطان اجازه می‌دهد تا با عوامل استرس‌زای فعلی و احساسات ناراحت‌کننده، با یک طرز فکر انعطاف‌پذیر و پذیرا، بجای اجتناب و کناره گیری، مقابله و برخورد کند (۳۶). درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر آگاهی از افکار تأکید می‌کند، که به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند افکار منفی منجر به نشخوار فکری را تشخیص دهند. علاوه بر این در درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق ذهن آگاهی، بیماران می‌توانند تشخیص دهند که نگه داشتن برخی از این احساسات بی‌اثر و از نظر ذهنی مخرب است (۳۷). بر این تمرکز دارد که افراد به جای تمرکز بر تغییر احساسات، احساسات خود را بشناسند و از آنها آگاه باشند (۳۸). برخی مطالعات نشان داده است که ذهن آگاهی برای درمانگران در طول جلسات درمانی جهت کاهش مشکل در تنظیم هیجان و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان مفید است (۳۹). تشخیص بیماری سرطان سینه موقعیت هیجانی دشواری برای زنان مبتلا ایجاد کرده چرا که آن‌ها را با یک بیماری شدید با پیش‌آگهی ضعیف روبرو می‌کند. ابتلا به سرطان مشکلات فراوانی به همراه دارد که نه‌تنها مربوط به سلامتی بلکه غیرپزشکی ازجمله مشکلات سازمانی، اجتماعی، معنوی، روانی–هیجانی و ارتباطی است (۴۰).

با توجه به رشد روز افزون سرطان بویژه سرطان سینه در ایران و هزینه های مادی و معنوی بسیار زیادی که برای جامعه به همراه دارد، پرداختن به مشکلات روانشناختی مبتلایان از جمله مشکل در تنظیم هیجان و مساله سلامت روان که به طور مستقیم زندگی آن ها را دستخوش تغییرات نامطلوبی می کند، لازم و ضروری است. از طرف دیگر با توجه به اینکه تاکنون مطالعه ای که در آن به بررسی تاثیر مستقیم درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه در ایران پرداخته باشد، انجام نشده است، پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام گردید.

روش کار

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه شهر خرم آباد هستند که در طی ماه های تیر تا اسفند ۱۴۰۴ به موسسه خیریه سرطان نور مراجعه مراجعه کرده‌اند، تشکیل دادند. از بین آن ها ۴۰ نفر از طریق پژوهشگران مطالعه حاضر با

روش نمونه گیری در دسترس و با هدف شناسایی زنانی که ملاک ها ورودی برای شرکت در مطالعه را دارا بودند انتخاب و با روش تصادفی ساده به روش قرعه کشی در گروه‌های مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. تعداد نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۲۰ مشارکت کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظرگرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۷ و سطح اطمینان ۹۵٪ برابر با ۴۰ نفر برآورد شد. ملاک های ورود شامل: دامنهٔ سنی ۵۰-۲۰ سال، گذشت حداقل یکسال از تشخیص قطعی ابتلا به بیماری سرطان سینه توسط متخصصان، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و همچنین داشتن رضایت برای شرکت در جلسه های درمانی و تمایل به همکاری بود. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از ۲ جلسه بود.



نمودار ۱: روند انجام مطالعه حاضر

برای جمع آوری از اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال از پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده شد.

مقیاس سلامت روان مرتبط با زندگی (Symptom Check List-90-Revised): مقیاس سلامت روان مرتبط با زندگی-۹۰برای سنجش سلامت روان توسط Derogatis & Unger در فرانسه در سال ۱۹۸۴ طراحی شد (۴۱). که شامل ۹۰ عبارت و در طیف ۵ درجه ای لیکرت (هیچ=۱، کمی=۲، تاحدی=۳، زیاد=۴ و به شدت=۵) می باشد، استفاده شده است. حداقل و حداکثر نمره در کل «فهرست علایم بازنگری -۹۰» به ترتیب ۹۰ و ۴۵۰ وخط برش آزمون نیز ۲۷۰ می باشد (۴۱).. ابزار دارای مولفه است شامل: افسردگی (depression) (عبارت های؛ ۵۹، ۵۴، ۴۴، ۳۲، ۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۶، ۲۲، ۱۹، ۱۵، ۱۴، ۵)، اضطراب (anxiety) (عبارت های ۷۸، ۷۲، ۶۶، ۵۷، ۳۹، ۳۳، ۲۳، ۱۷ ، ۲)، جسمانی سازی (somatization) (عبارت های ۵۸، ۵۶، ۵۳، ۵۲، ۴۹، ۴۸، ۴۲، ۴۰، ۲۷، ۱۲، ۴ و ۱)، وسواس جبری (obsessive-compulsive) (عبارت های؛ ۶۵، ۵۵، ۵۱، ۴۶، ۴۵، ۳۸، ۲۸، ۱۰، ۹ و ۳)، حساسیت بین فردی (interpersonal sensitivity) (عبارت های ؛ ۷۳، ۶۹، ۶۱، ۴۱، ۳۷، ۳۶، ۳۴، ۲۱ و ۶)، خصومت (hostility) (عبارت های ؛ ۸۱، ۷۴، ۶۷، ۶۳، ۲۴ و ۱۱)، افکار پارانوئید (paranoid ideation) (عبارت های ۸۳، ۷۶، ۶۸، ۴۳، ۱۸ و ۸)، اضطراب فوبیک (phobic anxiety) (عبارت های ۸۲، ۷۵، ۷۰، ۵۰، ۴۷، ۲۵ و ۱۳) و روان پریشی (Psychosis) (عبارت های ۹۰، ۸۸، ۸۷، ۸۵، ۸۴، ۸۰، ۷۷، ۶۲، ۳۵، ۱۶ ، ۷) است.در مطالعات، Derogatis & Unger (۴۱) و Gariepy و همکاران (۴۲) روایی صوری و محتوا به روش

کیفی «فهرست علایم بازنگری -۹۰» با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه سلامت روان دانشگاه ونکوور مطلوب انیسی و همکاران (۴۳) در پژوهش خود که روی ۱۵۳۵ تن از کارکنان یک واحد نظامی انجام دادند، از «فهرست علایم بازنگری -۹۰» استفاده شده است. روایی محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله تهران مطلوب گزارش شده است.

پرسشنامه مشکل در تنظیم هیجان (Difficulty with emotion regulation): این پرسشنامه توسط Gross (۴۴) ساخته و دارای ده گویه و دو خرده مقیاس مشکل در بازداری هیجانی (Difficulty with emotional inhibition) (سوالات ۱ تا ۵) و مشکل در ارزیابی شناختی (Difficulty with cognitive appraisal) (سوالات ۶ تا ۱۰) می باشد. طیف نمره گذاری سوالات به صورت لیکرت هفت درجه ای از همیشه=۷ تا هیچوقت=۱ تنظیم شده است. بیشترین و کمترین نمره در هر خرده مقیاس به ترتیب ۵ و ۳۵ و بیشترین و کمترین نمره در کل مقیاس مشکل در تنظیم هیجان ۱۰ و ۷۰ می باشد. روایی این پرسشنامه در پژوهش محمودعلیلو، قاسم پور، عظیمی، اکبری و فهیمی (۱۳۹۱) مطلوب و پایایی آن با روش آلفای کرانباخ ۰/۷۱ و برای خرده مقیاس های بازداری هیجانی و بازارزیابی شناختی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۵۲ به دست آمد.

دستورالعمل درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی: درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی توسط Spiegler (۴۵) طراحی شده است. در مطالعه شیرین زاده دستگردی و همکاران (۴۶) با عنوان اثربخشی «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» بر نشخوارفکری، افسردگی و کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به افسردگی با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه شهیدچمران اهواز مطلوب ارزیابی شده است. همچنین در مطالعه شیرین زاده دستگردی و همکاران (۴۶) کاربرد «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی «مثبت ارزیابی شده است. در مطالعه حاضر نیز روایی « شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» با استفاده از نظر ۵ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن مطلوب ارزیابی شده است. محتوای جلسات درمان شناختی - رفتاری درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: جلسه اول؛ در این جلسه اعضاء به یکدیگر معرفی شدند و شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظارات خود از شرکت دراین جلسات دعوت شدند. در مورد معلولیت و ناتوانی و علل ایجاد کننده، درمان های مرتبط با آن، اختلالات ایجاد کننده در زندگی والدین و معرفی کلی درمان کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی توضیحاتی ارائه شد. همچنین در این جلسه پیرامون مواردی از قبیل نحوه کاربرد آگاهی در مورد تفکرات و هیجان ها، تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند با شرکت کنندگان بحث شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه اول و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. جلسه دوم؛ در این جلسه به مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین مجدد وارسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین وارسی بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس، تمرین کششی یوگا پرداخته شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه دوم و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد.جلسه سوم؛ در این جلسه چگونگی نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس، انجام تمرینات یوگا و همچنین تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای به شرکت کنندگان آموزش داده شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه سوم و سی دی تمرینات یوگا، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. جلسه چهارم؛ در این جلسه به شرکت کنندگان چگونگی انجام مجدد تمرین وارسی بدن، انجام تمرینات مربوط به یوگای هشیارانه، تمرین پنج دقیقه ای «دیدن یا شنیدن» و همچنین تمرین مجدد نشست هشیارانه با آگاهی از تنفس و بدن آموزش داده شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه چهارم و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. جلسه پنجم؛ در این جلسه به شرکت کنندگان چگونگی تمرین تنفس، تمرین مجدد نشست هشیارانه، شناسایی واکنش های شرکت کنندگان نسبت به تنش، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی و همچنین چگونگی انجام تمرینات یوگای هوشیارانه و تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه ای، آموزش داده

شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه پنجم و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. جلسه ششم؛ در این جلسه به شرکت کنندگان چگونگی انجام یوگای هوشیارانه و انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار) آموزش داده شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه ششم و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. جلسه هفتم؛ در این جلسه به شرکت کنندگان چگونگی انجام مراقبه کوهستان، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش و بهداشت خواب آموزش داده شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه هفتم و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. جلسه هشتم؛ در این جلسه چگونگی تمرین وارسی بدن، بازنگری کل برنامه، وارسی و بحث در مورد برنامه ها و چگونگی انجام مراقبه سنگ، مهره و تیله به شرکت کنندگان آموزش داده شد. در انتهای جلسه ضمن دادن جزوه مربوط به محتوای آموزشی جلسه ۸ و سی دی مراقبه ها، به شرکت کنندگان تکالیفی جهت انجام دادن ارائه شد. که با مشاهده تکالیف انجام شده توسط آزمونی‌ها میزان یادگیری موارد آموزش داده شده مشخص می شد.

روش اجرا بدین صورت بود که در مرحله اول؛ پژوهشگر با کسب مجوز از دانشگاه آزاد به موسسه خیریه سرطان نور شهر خرم آباد مراجعه کرده و در محیط پژوهش حضور پیدا کرد. در مرحله بعد پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آن ها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین موسسه خیریه سرطان نور شهر خرم آباد کار نمونه گیری آغاز گردید. در فرآیند نمونه گیری، پژوهشگر از بین ۱۶۵ زن مبتلا به سرطان سینه (که توسط متخصصان مربوطه و پس از انجام تمامی آزمایشات و عکس برداری ها و سونوگرافی ها تشخیص قطعی ابتلا به سرطان سینه داده شده بود و یکسال هم از ابتلا به بیماریشان می گذشت) که با هدف دریافت خدمات مشاوره ای و جلوگیری از آسیب های روانشناختی ناشی از ابتلا به بیماری سرطان سینه به مراکز فوق مراجعه کرده بودند، و پس از بررسی دارا بودن ملاک های ورود، به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر را انتخاب و وارد فرآیند پژوهش شدند. کل فرآیند نمونه گیری بین ۲۲ تا ۴۰ روز به طول انجامید.

در مرحله بعد برای هر آزمودنی کدی در نظر گرفته شد، هر کد درون یک پاکت مهر و موم شده قرار داده شد، همه پاکت ها درون یک جعبه بزرگ قرار داده شد، در مرحله بعد پژوهشگران مطالعه حاضر، یکی یکی پاکت ها را به صورت تصادفی از جعبه بیرون کشیده و باز کرده و کد مربوطه که شناسه آزمودنی خاصی بود را به گروه درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یا گروه کنترل اختصاص می دادند. روش به این صورت بود که قبل از باز کردن پاکت ها و دیدن کدها، قرار بر این شد که ۲۰ تن اول که به صورت تصادفی از جعبه استخراج می شوند در گروه درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و ۲۰ تن دوم در گروه کنترل جایگزین شوند.سپس از گروه درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی خواسته شد که در فرآیند آموزش با استفاده از پروتکل درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کنند. بعد از انتخاب نمونه برای گروه درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل به صورت گروهی، با استفاده از مقیاس سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان پیش آزمون اجرا شد. چهار هفته پس از اجرای پیش-آزمون، جلسات گروهی در سالن آمفی تئاتر موسسه خیریه سرطان نور در شهر خرم آباد که دارای ۶۰ صندلی بود توسط یکی از پژوهشگران که دوره تخصصی مربوط به درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی را گذرانده بود برگزار شد. ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه مداخله برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشد و به آن ها اعلام شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله ای دریافت نکنند. ضمنا ۲ گروه مورد مطالعه هیچ ارتباطی را با هم در طی فرآیند مداخله نداشتند به این خاطر که پژوهشگران ضمن هماهنگی با مسئولین موسسه خیریه سرطان نور در شهر خرم آباد مربوطه و جلب رضایت شرکت کنندگان، زنان گروه کنترل را مجاب کرده که در طول فرآیند مداخله از مراجعه حضوری خودداری کنند. برای کنترل این مورد که آزمودنی ها هیچ مداخله

دیگری را دریافت نکنند، با آزمودنی ها یک قرار اخلاقی گذاشته شد و به آن ها این توضیح داده شد که در صورت شرکت در مداخلات دیگر، نتایج این مطالعه غیر علمی و غیر سودمند خواهدشد و آزمودنی ها نیز با یک تعهد اخلاقی پذیرفتند که در هیچ مداخله ای شرکت نکنند. یک هفته پس از پایان مداخله، پرسشنامه سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان مجدد در پس آزمون برای گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل کارگاه آموزشی در همان سالن آمفی تئاتر و توسط پژوهشگری که مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی را برای گروه مداخله اجرا کرده بود، ، نیز برگزار شد. شصت روز (دو ماه) پس از پایان مداخله و برای انجام بررسی روند اثربخشی درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی روی گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پیگیری، پرسشنامه سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان مجدد در مرحله پیگیری برای همه ۴۰ نفر شرکت کننده در مطالعه (۲۰ نفر گروه مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و ۲۰ نفر گروه کنترل) ارسال و پس از پاسخگویی نتایج تحلیل شد. داده های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی سوالات و فرضیات پژوهش استفاده می شود. داده ها با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که تعداد کل شرکت کنندگان ۴۰ تن با دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال بودند. همچنین همه شرکت کنندگان در پژوهش زن بودند. ۲۴ نفر از شرکت کنندگان شاغل و ۱۶ نفر دیگر غیرشاغل بودند (گروه مداخله ۱۳ نفر شاغل و ۷ نفر غیر شاغل و در گروه کنترل ۱۱ نفر شاغل و ۹ نفر غیر شاغل). همچنین ۲ نفر تحصیلات دیپلم، ۴ تن کاردانی، ۲۸ نفر تحصیلات کارشناسی، ۴ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد و ۲ نفر تحصیلات دکتری داشتند. در گروه مداخله پاسخگویان دارای ۲ فرزند بیشترین فراوانی (۷۵ درصد) و پاسخگویان دارای یک فرزند کمترین فراوانی (۲۵ درصد) را داشتند، در گروه کنترل نیز پاسخگویان دارای ۲ فرزند بیشترین درصد فراوانی (۷۰ درصد) را در بین اعضای نمونه پژوهشی داشتند. آماره های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در پژوهش به این صورت بود که؛ میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ۴/۷۶±۴۴/۲۲، و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل ۴/۵۳±۴۳/۵۳ با P=۰/۶۰۹ می باشد.

جدول ۱: میانگین نتایج پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مشکل در تنظیم هیجان به تفکیک گروه و آزمون

متغیر	مرحله	گروه			
		مداخله		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
مشکل در بازداری هیجانی	پیش آزمون	۲۳/۰۰	۳/۹۳	۲۲/۳۴	۳/۶۰
	پس آزمون	۱۹/۸۱	۲/۵۷	۲۱/۸۳	۳/۷
	پیگیری	۱۵/۷۴	۲/۹۸	۲۲/۹۸	۲/۵۵
مشکل در ارزیابی شناختی	پیش آزمون	۲۵/۴۴	۲/۸۱	۲۴/۳۸	۲/۲۱
	پس آزمون	۲۰/۲۸	۲/۱۰	۲۶/۴۴	۲/۶۲
	پیگیری	۱۶/۹۰	۱/۴۵	۲۵/۹۸	۲/۳۴

در جدول ۱ یافته های توصیفی مربوط به متغیر مشکل در تنظیم هیجان گروه مورد مطالعه به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و به تفکیک گروه و آزمون ارائه شده است. بر اساس یافته های توصیفی ارائه شده می توان گفت که نمرات خرده مولفه های متغیر مشکل در تنظیم هیجان در پس آزمون و پیگیری دشواری نسبت به پیش آزمون کاهش قابل ملاحظه ای داشته است.

جدول ۲: میانگین نتایج پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سلامت روان مرتبط با زندگی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر	مرحله	گروه			
		مداخله		گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۶۳/۶۵	۷/۸۹	۶۳/۶۷	۷/۶۰
	پس آزمون	۵۵/۲۳	۷/۱۲	۶۲/۲۱	۷/۷۳
	پیگیری	۴۹/۲۳	۶/۹۸	۶۳/۳۵	۷/۴۱
اضطراب	پیش آزمون	۴۳/۱۳	۴/۱۸	۴۳/۳۴	۴/۲۱
	پس آزمون	۳۵/۰۶	۴/۹۸	۴۲/۵۶	۴/۶۲
	پیگیری	۳۰/۲۴	۳/۴۵	۴۳/۰۴	۴/۳۴
جسمانی سازی	پیش آزمون	۶۸/۲۶	۸/۹۳	۶۸/۵۴	۸/۳۵
	پس آزمون	۵۸/۷۵	۷/۴۳	۶۸/۸۷	۸/۰۷
	پیگیری	۵۰/۸۷	۶/۲۵	۶۷/۴۴	۸/۳۱
وسواس فکری-عملی	پیش آزمون	۴۳/۸۹	۴/۱۳	۴۳/۲۵	۴/۲۸
	پس آزمون	۳۵/۶۵	۴/۸۷	۴۳/۹۷	۴/۸۸
	پیگیری	۳۰/۴۳	۴/۵۴	۴۳/۱۸	۴/۳۵
حساسیت بین فردی	پیش آزمون	۴۱/۶۷	۵/۱۲	۴۲/۳۸	۵/۶۷
	پس آزمون	۳۳/۲۴	۴/۶۷	۴۱/۵۴	۵/۵۴
	پیگیری	۲۹/۹۰	۴/۰۹	۴۱/۱۸	۵/۰۹
روان پریشی	پیش آزمون	۵۹/۴۳	۷/۶۵	۵۹/۵۴	۷/۷۴
	پس آزمون	۴۸/۴۴	۶/۰۹	۵۸/۳۲	۷/۲۹
	پیگیری	۴۰/۱۲	۵/۷۶	۵۹/۵۴	۷/۷۶
خصومت	پیش آزمون	۲۶/۷۶	۵/۶۵	۲۶/۵۴	۵/۳۵
	پس آزمون	۲۱/۳۲	۵/۲۳	۲۵/۳۲	۵/۷۶
	پیگیری	۱۷/۱۳	۴/۵۳	۲۶/۵۴	۵/۲۴
افکار پارانوئید	پیش آزمون	۳۰/۱۱	۶/۲۲	۳۰/۴۳	۶/۲۳
	پس آزمون	۲۴/۲۳	۵/۷۸	۳۰/۸۹	۶/۰۷
	پیگیری	۲۰/۵۴	۴/۵۴	۳۰/۲۳	۶/۴۳
اضطراب فوبیک	پیش آزمون	۲۷/۴۳	۵/۶۵	۲۷/۵۴	۵/۷۴
	پس آزمون	۲۰/۴۴	۵/۰۹	۲۷/۳۲	۵/۲۹
	پیگیری	۱۴/۱۲	۴/۷۶	۲۶/۵۴	۵/۷۶

در جدول ۲ یافته های توصیفی مربوط به متغیر سلامت روان مرتبط با زندگی ارائه شده است. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل در متغیر سن (P=۰/۶۰۹) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۱). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل از نظر وضعیت تحصیلات (P=۰/۶۵۵)، تعداد فرزندان (P=۰/۷۸۹) و وضعیت اشتغال (P=۰/۵۶۷) تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۱) و گروه ها از نظر این متغیرها همگون می باشند. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین در گروه های مداخله و کنترل حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار در میانگین سن آزمودنی‌ها بود. نتایج برای گروه مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل در متغیرهای مشکل در تنظیم هیجان و سلامت روان مرتبط با زندگی در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت بررسی توزیع نرمال متغیرها در گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	آماره K-S	P-value
مشکل در تنظیم هیجان	درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۳۴۴	۰/۴۹۱
	کنترل	۰/۳۵۲	۰/۲۴۰
سلامت روان مرتبط با زندگی	درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۲۹۸	۰/۲۶۰
	کنترل	۰/۱۸۰	۰/۱۸۱

در جدول ۳ نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف (Kolmogorov-Smirnov) نشان داد که این مفروضه در متغیرهای مشکل در تنظیم هیجان و سلامت روان مرتبط با زندگی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری برقرار است (P>۰/۰۵). بنابراین، می توان از آماره های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ٤: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه های نمونه در مرحله پس آزمون و پیگیری

متفیر	متغیرها	F	Df1	Df2	P-value
مشکل در تنظیم هیجان	پیش آزمون- مشکل در بازداری هیجانی	۵/۳۵۹	۱	۲۲	۰/۰۳۰
	پس آزمون- مشکل در بازداری هیجانی	۱/۲۵۳	۱	۲۲	۰/۲۷۵
	پیگیری- مشکل در بازداری هیجانی	۰/۴۴۰	۱	۲۲	۰/۵۱۴
	پیش آزمون- مشکل در ارزیابی شناختی	۹/۳۱۴	۱	۲۲	۰/۰۰۶
	پس آزمون- مشکل در ارزیابی شناختی	۰/۶۷۸	۱	۲۲	۰/۴۱۹
	پیگیری- مشکل در ارزیابی شناختی	۰/۰۰۱	۱	۲۲	۰/۹۷۵
	پیش آزمون - افسردگی	۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۲۸
	پس آزمون- افسردگی	۳/۶۷۵	۱	۲۲	۰/۰۸۷
	پیگیری- افسردگی	۱/۲۵۶	۱	۲۲	۰/۲۵۶
	پیش آزمون - اضطراب	۰/۸۷۵	۱	۲۲	۰/۶۵۷
	پس آزمون- اضطراب	۵/۲۶۸	۱	۲۲	۰/۰۴۶
	پیگیری- اضطراب	۰/۵۵۴	۱	۲۲	۰/۴۱۹
	پیش آزمون - جسمانی سازی	۰/۰۰۹	۱	۲۲	۰/۹۹۹
	پس آزمون- جسمانی سازی	۱/۷۶۵	۱	۲۲	۰/۱۷۸
	پیگیری- جسمانی سازی	۲/۸۶۴۴	۱	۲۲	۰/۲۷۶
	پیش آزمون - وسواس فکری-عملی	۱/۰۹۸	۱	۲۲	۰/۳۵۸
	پس آزمون- وسواس فکری-عملی	۰/۷۷۸	۱	۲۲	۰/۴۵۹
	پیگیری- وسواس فکری-عملی	۱/۰۵۱	۱	۲۲	۰/۳۴۵
	پیش آزمون - حساسیت بین فردی	۰/۰۴۱	۱	۲۲	۰/۹۴۲
	پس آزمون- حساسیت بین فردی	۰/۰۴۵	۱	۲۲	۰/۸۰۴
	پیگیری- حساسیت بین فردی	۲/۳۲	۱	۲۲	۰/۰۶۱
	پیش آزمون - روان پریشی	۰/۸۰۰	۱	۲۲	۰/۴۰۸
	پس آزمون- روان پریشی	۰/۹۰۰	۱	۲۲	۰/۳۶۷
	پیگیری- روان پریشی	۰/۸۰۰	۱	۲۲	۰/۳۰۹
	پیش آزمون - خصومت	۰/۲۶۷	۱	۲۲	۰/۰۹۲
	پس آزمون- خصومت	۰/۰۰۶	۱	۲۸	۰/۹۵۶
	پیگیری- خصومت	۴/۰۰	۱	۲۲	۰/۰۴۷
	پیش آزمون - افکار پارانوئید	۱/۱۹۸	۱	۲۲	۰/۲۸۴

پس آزمون- افکار پارانوئید	۰/۳۱۰	۱	۲۲	۰/۶۳۷
پیگیری- افکار پارانوئید	۸/۴۵۶	۱	۲۲	۰/۰۰۹
پیش آزمون - اضطراب فوبیک	۰/۵۸۳	۱	۲۲	۰/۵۶۰
پس آزمون- اضطراب فوبیک	۰/۰۰۳	۱	۲۲	۰/۹۹۸
پیگیری- اضطراب فوبیک	۱/۵۶۵	۱	۲۲	۰/۲۳۴

با توجه به میزان F و سطح معنی داری در جدول ۵ مشخص شد که واریانس خطای مراحل مختلف مداخله در افراد متفاوت است. بر این اساس مفروضه همگنی واریانس ها برقرار می باشد

جدول۵: نتایج تحلیل واریانس اندازه های مکرر

متغیر	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	P-value	مجذور اتا
مشکل در تنظیم هیجان	۷۸۹/۵۰۰	۱	۷۸۹/۵۰۰	۲۹/۳۴۰	۰/۰۰۳	۰/۵۷۱
سلامت روان مرتبط با زندگی	۲۴۹۴/۵۳۳	۱	۲۴۹۴/۵۳۳	۸۵/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵

$P\leq ۰/۰۰۱$

براساس جدول ۵ سطح معنی داری در متغیر مشکل در تنظیم هیجان برابر با ۰/۰۰۳ و ضریب اتا نیز ۰/۵۷۱ می باشد که بر اساس این یافته ها تفاوت بین ۲ گروه مداخله(درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی) و گواه تایید می شود. بنابراین، می توان گفت درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی مثبت و معنی داری بر متغیر مشکل در تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان سینه در طی مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته است. علاوه بر این، بر اساس ضریب اتای بدست آمده (۰/۵۷۱) باید گفت که، ۵۷/۱ درصد از تغییرات در نمره مشکل در تنظیم هیجان زنان مبتلا به سرطان سینه به دلیل تاثیر درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است. همچنین براساس جدول ۶ سطح معنی داری در متغیر سلامت روان مرتبط با زندگی برابر با ۰/۰۰۱ و ضریب اتا نیز ۰/۶۹۵ می باشد که بر اساس این یافته ها تفاوت بین ۲ گروه مداخله (درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی) و گواه تایید می شود. بنابراین، می توان گفت درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی مثبت و معنی داری بر متغیر سلامت روان مرتبط با زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه در طی مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون داشته است. علاوه بر این، بر اساس ضریب اتای بدست آمده (۰/۶۹۵) باید گفت که، ۶۹/۵ درصد از تغییرات در نمره متغیر سلامت روان مرتبط با زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه به دلیل تاثیر درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر خرم آباد انجام شده است.

اولین یافته پژوهش حاضر این بود که درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش میزان مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می شود. این یافته ها با نتایج مطالعات (۲۷،۳۱، ۳۵) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی از شیوه های شناختی نظیر ارزیابی و آشنایی با مفاهیمی همانند نگرانی و ناامیدی برای بهبود تنظیم هیجانی، استفاده می شود. بنابراین برای بیمارن مبتلا به سرطان سینه که در زمینه تنظیم هیجان مشکل دارند و این روش درمانی ارائه شده است باعث شده که آن فرد نسبت به پاسخ‌های هیجانی، ارزیابی شناختی و بازداری هیجانی آگاهی کامل پیدا کند و هنگامی که این آگاهی را پیدا کردند باعث می شود که نسبت به رفع آن اقدام کنند و همین عاملی می شود که کم کم مشکلات تنظیم هیجانی کاهش و ارزیابی های شناختی افزایش پیدا کند(۳۰). در تبیین دیگر برای یافته فوق می توان گفت که در درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی درمانگر در لابه‌لای فنونی که اجرا می کند، انگیزه ابراز هیجانی را در فرد مراجعه کننده بالا می‌برد. در سطح شناختی نیز درمانگر با توضیح معایب اجتناب تجربی، مزایا و معایب راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد،

تمایز افکار با هیجانات، واقعیت و شخصیت و فاجعه‌زدایی زنان را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجانات و افکار منفی ناشی از ابتلا به بیماری سرطان سینه می‌کند (۳۴). در این مسیر هرگاه بیمار دچار مشکل شود و از روبه‌رویی با هیجان‌های خود ترس داشته باشد، درمانگر و مراجع درباره مراحل مواجه با هیجان با هم بحث می‌کنند و از طریق روش‌هایی مثل ثبت هیجان، ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی، فضاسازی هیجانی و سایر فنون، مراجع با هیجان‌های خویش مواجه می‌شود و به آگاهی و تقویت پردازش هیجانی می‌رسد (۳۵). در نهایت، بیمار از تجربه هیجان‌های خویش دچار احساس گناه نمی‌شود و کنترل هیجان‌ها بیشتر می‌شود و دیدگاه منطقی در قبال هیجانات کسب می‌کند. این عوامل در مجموع موجب کاهش مشکل در تنظیم هیجان و افزایش مطلوب و بهینه ارزیابی شناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه می شود (۵۰).

دومین یافته پژوهش حاضر این بود که درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش میزان سلامت روان مرتبط با زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می شود. این یافته با نتایج مطالعات (۳۳، ۳۷، ۴۰) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت، از آنجایی که درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی روشی غیر رهنمودی مراجع محور می‌باشد که از طریق کشف و حل تردید مراجع، انگیزه درونی وی را در راستای تغییر افزایش می‌دهد. بنابراین، دوسوگرایی مراجع، نقش محوری در درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی دارد و بر خلاف سایر درمان‌ها، مقاومت و دوسوگرایی در برابر تغییر را به طور مستقیم مطرح و آن را برطرف می‌کند (۲۲). این مسئله در زنان مبتلا به سرطان که مدت طولانی با بیماری درگیر هستند و عوارض ناشی از آن از جمله کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و اضراب درگیر هستند، بسیار موثر می‌باشد. لذا درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی میزان مشارکت و موفقیت روش های درمانی عملگرای متعاقب خود را افزایش می‌دهد و در نتیجه باعث افزایش سلامت روان مرتبط با زندگی در زنان مبتلا به سرطان می شود (۳۸).

یکی دیگر از دلایل برای تبیین یافته فوق این است که در درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی سعی می شود که افکار منفی تکرار شوند، نشخوارهای فکری، تنش های روانی و شناخت های معیوب فرد بیمار مورد بررسی و مداقه دقیق قرار بگیرد (۳۶) و از این طریق ضمن اینکه فرد بیمار نسبت به این افکار منفی و تنش های روانی آگاهی پیدا می کند (۱۹) با روش هایی که می تواند این افکار را تحت کنترل قرار بدهد نیز آشنا می شود (۳۸). بنابراین فرد بیمار مبتلا به سرطان سینه از طریق آگاهی شناختی و ذهنی نسبت به افکار منفی و تنش های رولانی هم می تواند آن ها را تحت کنترل قرار دهد و هم میزان اضطراب و استرس و وسواس جبری ناشی از این افکار منفی را نیز بشدت کاهش بدهد (۳۹). به طور کلی فرد مبتلا به سرطان سینه بر اساس مداخله شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی ضمن آگاهی از افکار منفی تکرار شونده می تواند میزان استرس، اضطراب، افسردگی و وسواس جبری را در خود کاهش دهد که همین عامل زمینه را برای افزایش سلامت روان و بهره مندی فرد بیمار از یک زندگی مطلوب را فراهم می کنند (۴۰).

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین میانگین متغیرهای سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر خرم آباد در مرحله پیش آزمون بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری وجود نداشت که نشانگر همگن بودن دو گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون بود. اما تفاوت بین دو گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری معنی داری بود که نشان دهنده اثربخشی مداخله درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای سلامت روان مرتبط با زندگی و مشکل در تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سرطان سینه و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری می-باشد. پیشنهاد می شود که زنان مبتلا به سرطان سینه با ارجاع سریع و به موقع به روانشناس جهت پیشگیری از مشکلات روانی، با اجرای درمان شناختی – رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، میزان مشکل در تنظیم هیجان کاهش و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در آن ها افزایش داده شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و اثربخشی درمان شناختی – رفتاری بر مشکل در تنظیم هیجان و سلامت روان مرتبط با زندگی پیشنهاد می شود که مطالعات آتی روی سایر

انـواع سـرطان و سـایر نشـانگان روانشـناختی انجـام پذیـرد. از محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر می‌تـوان ذکـر کـرد کـه نمونـه پژوهـش حاضـر منحصـر بـه منطقـه جغرافیایـی خاص، و شـرکت داوطلبانـه و ابزارهـای خودگزارشـی بـوده اسـت. لـذا تعمیـم بـه سـایر مناطـق و گـروه هـا بـا احتیـاط صـورت گیـرد. یکـی دیگـر از محدودیت‌هـای پژوهـش حاضـر، حجـم بـالای گویه‌هـای پرسشـنامه‌ها مـورد اسـتفاده و تأثیـر احتمالـی آن بـر دقـت پاسـخ‌ها در نمونـه مـورد مطالعـه بـه دلیـل وضعیـت جسـمی و روانـی آن هـا مـی باشـد.

سپاسگزاری

ایـن مقالـه برگرفتـه موضـوع رسـاله دکتـری بـا شناسـه اخـلاق IR.DUMS.REC.1401.040 مصـوب گردیـده اسـت. بدیـن وسـیله از تمامـی مسـئولین موسسـه خیریـه نـور در شـهر خـرم آبـاد و تمامـی افـرادی کـه در بـه ثمـر رسـیدن مطالعـه حاضـر، پژوهشـگران را یـاری نمودنـد، تشـکر و قدردانـی می‌گـردد.

تضاد منافع

نویسـندگان مقالـه حاضـر هیچگونـه تضـاد منافعـی را گـزارش نکردنـد.

References

1. Liw et al. Global cancer statistics for children: Two decades of change and projections to 2050. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 2026, 76.2: e70069. https://doi.org/10.3322/caac.70069
2. Santucci, C., Mignozzi, S., Malvezzi, M., Collatuzzo, G., Levi, F., La Vecchia, C., & Negri, E. Global trends in esophageal cancer mortality with predictions to 2025, and in incidence by histotype. Cancer Epidemiology, 2023, 87, 102486. https://doi.org/10.1016/j.canep.2023.102486
3. Ahadinejad B, Maleki A, Amerzadeh M, Mohtashamzadeh B, Safdari M & Khosravizadeh A. Study of Socioeconomic Inequality in Breast Cancer Incidence in Iran: Analysis and Interprovincial Comparison. 2025.
4. Baeradeh, N., Mirzae, M., & Zamani, M. Epidemiology of prevalent cancers in Khorasan Razavi province in 2008. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences, 2015, 57(8), 926-931.
5. Kim J et al. Global patterns and trends in breast cancer incidence and mortality across 185 countries. Nature medicine, 2025, 31.4: 1154-1162. https://doi.org/10.1038/s41591-025-03502-3
6. Xiong, X., Zheng, L. W., Ding, Y., Chen, Y. F., Cai, Y. W., Wang, L. P., ... & Yu, K. D. Breast cancer: pathogenesis and treatments. Signal transduction and targeted therapy, 2025, 10(1), 49. https://doi.org/10.1038/s41392-024-02108-4
7. Skyttä, M., Sillanmäki, L., Stolt, M., & Kangasniemi, M. Personal Health-Related Resources and Association Between the Resources and Health-related Quality of Life among Working-age Women with Breast Cancer: A Cross-Sectional Study.2026. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-9540402/v1
8. Tran, Thanh Huong, et al. Health-related quality of life among vietnamese breast cancer women. Cancer Control, 2019, 26.1: 1073274819862787. https://doi.org/10.1177/1073274819862787
9. Konieczny, M., Sawicka, J., Gąska, I., Kaczmar, E., Babuśka-Roczniak, M., & Bądziul, D. Health-related quality of life and disease acceptance among women with breast cancer pre-and post-neoadjuvant chemotherapy. Cancers, 2025, 17(3), 497. https://doi.org/10.3390/cancers17030497
10. Korecki, J. R. T., Slavich, G. M., Ganz, P. A., Irwin, M. R., Cole, S., Crespi, C. M., & Bower, J. E.. Depression and inflammation in women with breast cancer: risk and resilience factors. Biopsychosocial Science and Medicine, 2025, 87(6), 405-417. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001398
11. Rolle, L. D., Ahn, S., Mezzio, E. M., Wheeler, M., Yavelberg, L., Calfa, C. J., ... & Crane, T. E. The impact of exercise interventions on domains of quality of life in women diagnosed with breast cancers during chemotherapy treatment: a meta-analytic review. The Lancet Healthy Longevity.2026 https://doi.org/10.1016/j.lanhl.2026.100819
12. Vieira Carvalho, A., Lima Barroso, V. F., Lobo Baeta, C. C., Soares, A. N., & Drummond-Lage, A. P. Assessment of quality of life, pain, depression, and body-image in breast cancer patients in neoadjuvant therapy. Psychology, Health & Medicine, 2025, 30(2), 325-340. https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2422113
13. Dong, R., Mohamad Aun, N. S., Sofia Amin, A., & Hassan, N. Psychosocial factors promoting resilience in breast cancer survivors: a qualitative study. Sage Open, 2025m 15(1), 21582440251323654. https://doi.org/10.1177/21582440251323654
14. Muzzatti, B., Bomben, F., Flaiban, C., Piccinin, M., & Annunziata, M. A. Quality of life and

psychological distress during cancer: a prospective observational study involving young breast cancer female patients. BMC cancer, 2020m 20(1), 758. https://doi.org/10.1186/s12885-020-07272-8

15. Hussain, Mehnaz, et al. Physical Exercise Among Survivors of Breast Cancer: Value of Psychological Health, Motivational Interviewing, and Adherence. 2025. https://doi.org/10.20944/preprints202507.0243.v1
16. Marques, Vitor Alves, et al. Relationship Between Functional Performance, Kinesiophobia with Muscular Strength, Fatigue and Quality of Life in Breast Cancer Survivors Women. Revista Brasileira de Cancerologia, 2025, 72.1: e-165385. https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n1.5385
17. Zhang, Qiuxiang; ZHAO, Heng; ZHENG, Yaning. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients-a systematic review and meta-analysis. Supportive Care in Cancer, 2019, 27.3: 771-781. https://doi.org/10.1007/s00520-018-4570-x
18. Ingram, Sarah H., et al. Influence of occupational stress on breast cancer incidence in the Women's Health Initiative. Health psychology, 2025, 44.4: 335. https://doi.org/10.1037/hea0001437
19. Yedigün T & Şengün İnan F. The role of emotion regulation difficulties on anxiety and depressive symptoms among patients with breast cancer. Psychology, Health & Medicine, 2025, 1-15. https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2496997
20. Guimarães, I., Torres, S., Vieira, A. I., Jönsson, C., Prista Guerra, M., & Lencastre, L. Difficulties in emotion regulation and well-being in breast cancer. Health Psychology and Behavioral Medicine, 2024m 12(1), 2329087. https://doi.org/10.1080/21642850.2024.2329087
21. Zhang X & Tan H. Association Between Maladaptive Cognitive Emotion Regulation and Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Patients With a History of Suicide Attempts: A Cross-Sectional Study. Cancer Medicine, 2026, 15(6), e71962. https://doi.org/10.1002/cam4.71962
22. Cinek BY, Varan MP, Yaprak G & Altıntaş M. Cognitive Emotion Regulation and Its Impact on Sexual Function, Body Image, and Depression in Breast Cancer Survivors. Psychiatry Investigation,2025, 22(3), 330. https://doi.org/10.30773/pi.2024.0349
23. Rodrigues TF & Machado, PP. Emotion regulation and eating disorders-the current status of research and future directions. Current Opinion in Psychiatry, 2025, 38(6), 421-426. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000001043
24. Wagner KN, Johnson LN & Bradford A. B. Emotion regulation in parent-child relationships: a decade (2013-2023) review. Contemporary Family Therapy, 2025m,47(4), 435-445. https://doi.org/10.1007/s10591-025-09742-2
25. Zhou R, Zhang L, Liu Z& Cao B. Emotion regulation difficulties and disordered eating in adolescents and young adults: a meta-analysis. Journal of Eating Disorders, 2025m 13(1), 25. https://doi.org/10.1186/s40337-025-01197-y
26. Kumpasoğlu GB, Saunders R, Campbell C, Nolte T., Montague, R., Pilling, S., ... & Fonagy, P. Mentalizing, epistemic trust and interpersonal problems in emotion regulation: A sequential path analysis across common mental health disorders and community control samples. Journal of affective disorders,2025, 372, 502-511. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.050
27. Gamal Goda Khalil E, Mohamed Metwaly S, Elsayed Said B & Shaban Elsayed H. Cognitive Emotional Regulation and Fear of Cancer Recurrence Among Breast Cancer Survivors. Zagazig Nursing Journal, 2026,22(1), 189-205. https://doi.org/10.21608/znj.2025.414421.1080
28. Mirzaei S, Bagherian-Sararoudi R, Emami, MHD, Izadi R & Sharbafchi MR. The effectiveness of internet-based acceptance and commitment therapy on acceptance of illness, emotion regulation, symptom severity reduction, and symptoms interference with function in patients with breast cancer. BMC psychiatry,2025, 25(1), 599. https://doi.org/10.1186/s12888-025-06823-2
29. Su, R., Wang, R., Li, Z., Wang, Y., Zhao, X., Sun, Y., ... & Tian, T. Cognitive-behavioral and mindfulness-based therapies for mental health and quality of life of breast cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. International Journal of Clinical Oncology, 2025, 30(11), 2208-2222. https://doi.org/10.1007/s10147-025-02875-2
30. Børøsund, E., Meland, A., Eriksen, H. R., Rygg, C. M., Ursin, G., & Nes, L. S.. Digital cognitive Behavioral-and Mindfulness-Based Stress-Management interventions for survivors of breast cancer: development study. JMIR Formative Research, 2023, 7(1), e48719. https://doi.org/10.2196/48719
31. Arefian, M., & Asgari-Mobarake, K. Mindfulness-integrated Cognitive Behavioral

Therapy reduces pain and psychological distress, and improves equanimity, hope and post-traumatic growth during breast cancer treatment: A pilot randomized controlled trial. European Journal of Oncology Nursing,2025, 76, 102881. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102881

32. Park, S. Y., & Park, S. Y. Integrative Review of Cognitive Behavioral Therapy-Based Interventions Addressing Fear of Cancer Recurrence in Breast Cancer Survivors. Asian Social Work and Policy Review, 2026, 20(1), e70018. https://doi.org/10.1111/aswp.70018
33. Wei, F., Yang, X., He, R., Hu, Z., & Wang, Y. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on fear of cancer recurrence in breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Cancer Nursing, 2025, 48(6), 509-516. https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001356
34. Zgierska, A. E., Edwards, R. R., Barrett, B., Burzinski, C. A., Jamison, R. N., Nakamura, Y., ... & Garland, E. L. Mindfulness vs cognitive behavioral therapy for chronic low back pain treated with opioids: a randomized clinical trial. JAMA network open,2025, 8(4), e253204. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.3204
35. Ajele, K. W., Ramonkga, B. N., Olasupo, M. O., Chidebe, R. C., Ndetei, D. M., Lwaleed, B. A., & Armitage, C. J. Mindfulness-based interventions and cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in adults with chronic conditions: a stratified subgroup meta-analysis. Npj mental health research.2026. https://doi.org/10.1038/s44184-026-00216-3
36. Wei, S., Qin, W., Yu, Z., Cao, Y., & Li, P. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on rumination and related psychological indicators: a systematic review and meta-analysis. BMC psychology, 2025,13(1), 968. https://doi.org/10.1186/s40359-025-03348-x
37. Garg, M. R., Awasthi, S., & Gupta, N. Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Intervention as a Preventative Approach for Elderly Individuals at Risk of Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Trial.2024. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-5386036/v1
38. Lee, S. H., & Cho, S. J. Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depressive disorders. In Major depressive disorder: Rethinking and understanding recent discoveries (pp. 295-310). Singapore: Springer Singapore.2021. https://doi.org/10.1007/978-981-33-6044-0_16
39. Pinhas-Hamiel, O., & Hamiel, D. Cognitive behavioral therapy and mindfulness-based cognitive therapy in children and adolescents with type 2 diabetes. Current Diabetes Reports, 2020,20(10), 55. https://doi.org/10.1007/s11892-020-01345-5
40. Nguyen, H. T. H., Bui, H. T., Hac, M. H., Tran, T. N., Nguyen, A. C., Nguyen, T. C., ... & Dang, A. Q. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Quality of Life and Mental Health Among Women With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. Sage Open Nursing, 2026, 12, 23779608261457726. https://doi.org/10.1177/23779608261457726
41. Derogatis LR, Unger R. Symptom checklist-90-revised. The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010; 30 (11): :1-2. https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970
42. Gariepy G, McKinnon B, Sentenac M, Elgar FJ. Validity and reliability of a brief symptom checklist to measure psychological health in school-aged children. Child Indicators Research. 2016;9(2):471-84. https://doi.org/10.1007/s12187-015-9326-2
43. Anisi J, Eskandari M, Bahmanabadi S, Noohi S, Tavalayi A. [Standardization of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90 -R) of a military Unit]. 2014; 5(17): 57-67. https://jmp.ihu.ac.ir/article_201143_d4e2ef8153d6aa1bb25bc3acbff2975d.pdf
44. Gross, J.J. (2015). Handbook of Emotion Regulation: Guilford Publications.
45. Spiegler MD. Contemporary Behavior Therapy. Cengage Learning; 2015. https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=oTJ-BAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Spiegler,+M.+D.,+%26+Guevremont,+D.+C.++Contemporary+behavior+therapy+(%DB%B5th+ed.).+Wadsworth/Cengage+Learning.2010.&ots=wvZye7mnjC&sig=guavUbVCi7Cr5l3zIytMJqLWRGU#v=onepage&q&f=false
46. Shirinzadeh-Dastgiri S, Beshlide K, Hamid N, Marashi A, Hashemi-Sheykhshabani E. [The study of the effectiveness of Mindfulness -Based Cognitive Therapy on rumination, depression and executive functions in depressed patients]. Journal of Clinical Psychology. 2016; 7(3): 37-48. https://jcp.semnan.ac.ir/article_2207.html?lang=en