

June-July 2021, Volume 9, Issue 2

The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Resilience and Life Expectancy of Gastrointestinal Cancers Patients

Sara Naseri Garagoun¹, Seyedeh Maryam Mousavi^{2*}, Reza Shabahang³, Farzin Bagheri Sheykhangafshe⁴

1- M.A. in Rehabilitation Counseling, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

2- PhD in Health Psychology, Department of Nursing and Midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

3. M.A. in General Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

4. PhD Candidate in Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Seyedeh Maryam Mousavi, PhD in Health Psychology, Department of Nursing and Midwifery, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: Mmousavi.msc@gmail.com

Received: 23 Feb 2021

Accepted: 20 May 2021

Abstract

Introduction: Resilience and life expectancy of patients are among the most crucial psychological concepts that have been mentioned in previous research for their importance in effectively dealing with cancer-related problems. The present study aimed to investigate the effect of mindfulness-based stress reduction intervention on resilience and life expectancy of gastrointestinal cancer patients.

Methods: The present study is a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study included patients with various gastrointestinal cancers in Rasht who referred to medical centers (Razi hospital and Beasat clinic) in the period from September to January 2019-2020; 60 participants were selected by random sampling method and randomly assigned to experimental (n = 30) and control (n = 30) groups. The experimental group received 8 sessions of mindfulness-based stress reduction intervention compared to the control group. Research tools included the Connor-Davidson Resilience Questionnaire (Connor & Davidson, 2002) and the Hope Scale (Snyder et al., 1991). Data were analyzed by SPSS24 by using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: Based on the findings, mindfulness-based stress reduction intervention improved resilience and life expectancy of the experimental group participants ($p < 0.01$).

Conclusions: Improving resilience and life expectancy is recognized as a critical part of the cancer treatment process. The present study shows that mindfulness-based stress reduction intervention with emphasis on relaxation techniques such as meditation can be an effective way to improve resilience and life expectancy in patients with gastrointestinal cancers which ultimately lead to increased patient adaptation. Therefore, it is recommended to utilize mindfulness-based stress reduction intervention to enhance the coping capacity of cancer patients.

Keywords: Cancer, Mindfulness, Stress, Resilience, Life expectancy.

اثر بخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی

سارا ناصری گرگون^۱، سیده مریم موسوی^{۲*}، رضا شباهنگ^۳، فرزین باقری شیخانگفته^۴

۱- کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۲- دکترا روانشناسی سلامت، گروه پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۴- دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: سیده مریم موسوی، دکترا روانشناسی سلامت، گروه پرستاری و مامایی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
ایمیل: Mmousavi.msc@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۳۰

چکیده

مقدمه: تاب آوری و امید به زندگی بیماران از جمله حیاتی ترین سازه های روانشناختی به حساب می آیند که به اهمیت آن ها برای مقابله موثر با مشکلات مرتبط با بیماری سرطان در پژوهش های پیشین اشاره شده است. پژوهش حاضر در نظر داشت که تاثیر مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی را بررسی نماید.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به انواع سرطان های گوارشی شهر رشت بودند که در بازه زمانی مهر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی (مرکز آموزشی درمانی رازی و کلینیک بعثت) مراجعه نمودند. ۶۰ شرکت کننده به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) گمارده شدند. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، ۸ جلسه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب آوری کانر-داویدسون (کانر و داویدسون، ۲۰۰۲) و مقیاس امیدواری (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) بودند. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده با روش تحلیل چندمتغیره کوواریانس (مانکوا) انجام گردید.

یافته ها: بر اساس نتایج، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود تاب آوری و امید به زندگی شرکت کنندگان گروه آزمایش گردید ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: بهبود تاب آوری و امید به زندگی به عنوان بخشی حیاتی در فرآیند درمان بیماری سرطان شناخته می شود. پژوهش حاضر نشان می دهد که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با تاکید بر روش های آرام سازی مثل مدیتیشن می تواند روشی کارآمد در بهبود تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی باشد که در نهایت منجر به افزایش انطباق بیماران گردد. از این رو، پیشنهاد می گردد که از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای افزایش توانایی مقابله بیماران مبتلا به سرطان استفاده شود.

کلیدواژه ها: سرطان، ذهن آگاهی، تنیدگی، تاب آوری، امید به زندگی.

مقدمه

سرطان (Cancer) از جمله برجسته ترین بیماری های است که تنش ها و بارهای روانشناختی (Psychological burdens) متعددی را در پی دارد؛ تا جایی که در چند دهه اخیر رویکرد مشخصی تحت عنوان روانشناسی سرطان (Psycho-oncology) در تلاش برای درک بهتر پیامدهای روانشناختی منفی بیماری سرطان و مقابله موثر با آن به وجود آمده است [۱]. در همین راستا، پژوهش های اخیر، شیوع بسیار زیاد تنش را در بیماران مبتلا به سرطان گزارش می دهند که در این بین، بیماران مبتلا به سرطان گوارشی از جمله گروه هایی هستند که بیشترین سطوح تنش را تجربه می کنند [۲].

در واقع، دامنه گسترده ای از تنش زاهای جسمانی، اجتماعی، روانشناختی و وجودی در ارتباط با بیماری سرطان گزارش شده است [۳]. بیماری سرطان در کنار علائم جسمانی، یکسری درماندگی های روانشناختی را نیز به همراه دارد. چنین چالش های روانشناختی از طریق تأثیر منفی بر کنش های روان شناختی و افزایش تنیدگی، قابلیت فرد را برای سازگاری عمومی کاهش می دهند. با پیشرفت بیماری سرطان، بیماران در معرض انواع گوناگونی از ناراحتی ها قرار می گیرند که این مشکلات اغلب به صورت اضطراب، افسردگی و ناامیدی نمایان می شود. به بیانی دیگر، بیماری سرطان، استقلال و توانایی افراد را برای ایفای نقش های مختلف فردی و اجتماعی تهدید می کند و آن ها را به سوی احساس فقدان شایستگی و اطمینان از خود سوق می دهد [۴].

بیماران مبتلا به سرطان در سطوح متفاوت بیماری، مشکلات جسمانی و همچنین تنش های روانشناختی مختلفی مانند تصویر بدن منفی، ناتوانی عاطفی، احساس تنهایی، رهاشدگی و گوشه نشینی، تغییر منفی در چشم-اندازهای آینده و مشکلات بین فردی را تجربه می کنند که می توانند اختلال افسردگی، مشکلات سازگاری، اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات اضطراب و حتی مشکلات شناختی همچون دلیریوم را برای آن ها به همراه داشته باشند [۱]. همچنین بیماران سرطان تحت فشار یک نوع فشار عصبی خاص و شدید هستند که در واکنش به خطر مرگ، قطع عضو و یا از بین رفتن عضو مهمی از بدن در پی بیماری سرطان ایجاد می گردد و بر هم زننده الگوهای مهم سازگاری (Adaption patterns) است [۵].

یکی از مهمترین توانایی های روانشناختی مرتبط با بیماری سرطان، تاب آوری (Resilience) است [۶]. تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی های مقابله ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگیهای فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد، تعریف می شود. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانشناختی جلوگیری به عمل می آورد و افراد را از بروز اثرات روانی رویدادهای تنش زا در امان نگه می دارد. در واقع، تاب آوری فرایند سازگاری بهینه در مواجهه با سختی ها، وقایع آسیب زا، مصیبت ها، تهدیدها یا هر موقعیت تنش زا است. افراد تاب آور، پس از رویارویی با موقعیت های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمولی عملکرد باز می گردند. آن ها تاب آور، واقعیت های زندگی را به سهولت می پذیرند و ایمان دارند که زندگی پر معنا است. باورهای معمول آن ها به وسیله ارزش هایشان حمایت می شود. در واقع، این دسته از افراد، توانایی های چشمگیری در وفق دادن سریع خود با تغییرات بزرگ دارند [۷،۸].

شواهد بسیاری در مورد نقش توانایی تاب آوری در تجربه بیماری سرطان و مقابله موثر با پیامدهای منفی روانشناختی آن وجود دارد. Aflakseir و همکاران [۹] از استحکام روانی (Mental toughness) به عنوان عاملی موثر در رشد پس از آسیب (Posttraumatic growth) زنان مبتلا به سرطان سینه نام می برند. دونگ و همکاران [۱۰] مطرح می کنند، تاب آوری به صورت معناداری با رشد پس از آسیب بازماندگان سرطان (Cancer survivals) همبسته است. پژوهش Somasundaram & Devamani [۱۱] حاکی از آن هستند که تاب آوری به صورت معناداری با درماندگی کمتر و حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر مرتبط است. Connor [۱۲] ارتباط بین تاب آوری بیشتر، تنش های هیجانی کمتر و مشکلات مرتبط با سرطان کمتر را گزارش می دهد. Di Giacomo و همکاران [۱۳] نیز بر اهمیت تاب آوری روانشناختی در رابطه با سرطان تاکید می کنند. یافته های پژوه Diehl & Hay [۱۴] نشان می دهند که تاب آوری عاملی تأثیرگذار در مقابله با فشارهای عصبی روزانه است. Eicher و همکاران [۱۵] در مطالعه مروری خود به اهمیت تاب آوری در چرخه مواجهه با چالش های مرتبط با بیماری سرطان اشاره می کنند. نتایج مطالعه Gouzman و همکاران [۱۶] نشان داد که تاب آوری با سازگاری، عواطف مثبت و رشد پس از سانحه

امید یک منبع روانشناختی ضروری برای بیماران مبتلا به سرطان است که باید تلاش های به منظور افزایش آن در بیماران صورت گیرد. Gill & Gilbar [۲۶] نامیدی را واکنشی برجسته در بیماران سرطانی می دانند که به صورت معناداری افسردگی را در آن های پیش بینی می کند. یافته های Tan & Karabulutlu [۲۷] نیز تاییدکننده وجود سطوح نامیدی در بیماران مبتلا به سرطان است.

یافته های پژوهش های پیشین حاکی از آن هستند که تنش های روانشناختی منجر به افزایش احتمال مرگ ناشی از بیماری سرطان در بیماران مبتلا به سرطان می گردند [۲۸]. با توجه به اهمیت چشمگیر تاب آوری و امید در بیماران مبتلا به سرطان و همچنین در نظر گرفتن شواهد موجود در مورد اهمیت سلامت روان در بازماندگان بیماری سرطان و تاثیرات مثبت تاب آوری و امید بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان [۲۹،۳۰]، طراحی و ارائه مداخلاتی روانشناختی به منظور افزایش سطوح تاب آوری و امید به زندگی آن ها غیرقابل چشم پوشی است. در همین راستا، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند به عنوان مداخله ای کارآمد به حساب آید. Mehta و همکاران [۳۱] بیان می کنند که ذهن آگاهی می تواند در جنبه های مختلف مدیریت بیماری سرطان استفاده شود و از آن می توان برای مدیریت علائم پیشرفت بیماری سرطان و اثرات منفی درمان استفاده نمود. یافته های پژوهش Kenne Sarenmalm و همکاران [۳۲] نشان دهنده تاثیر مثبت مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش مشکلات خلقی زنان مبتلا به بیماری سرطان سینه است. Zhang و همکاران [۳۳] گزارش می دهند که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد فیزیولوژیک، عملکرد شناختی، خستگی، بهزیستی هیجانی، اضطراب، افسردگی، تنش و ذهن آگاهی بیماران مبتلا به سرطان تاثیر مثبت می گذارد. همچنین Mackenzie و همکاران [۳۴] مطرح می کنند که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود خلق، کاهش مشکلات خواب، کاهش نشانه های تنش و عادی کردن عملکرد هورمونی و سیستم ایمنی بیماران مبتلا به سرطان می گردد.

با توجه به بارهای روانشناختی بیماری سرطان برای بیماران مبتلا به سرطان و اهمیت افزایش توانایی مقابله ای روانشناختی این دسته از بیماران و همچنین با در نظر گرفتن یافته های مرتبط با اثربخشی مداخلات ذهن آگاهی بر

بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش مرتبط است. Li و همکاران [۱۷] از تاب آوری به عنوان یکی از پیش بین های اصلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان بیضه یاد می کنند. همچنین یافته های پژوهش Manne و همکاران [۱۸] پیشنهاد می دهد که زنان مبتلا به سرطان سیستم تناسلی زنانه که از سطوح بالاتر تاب آوری برخوردار هستند، به موجب ابراز هیجانات مثبت، شکل دهی تجارب به صورت مثبت و پرورش حس معنا در زندگی، کیفیت زندگی بیشتری را تجربه می کنند. Markovitz و همکاران [۱۹] بر طبق یافته های پژوهش شان بیان می کنند که سطوح بالاتر تاب آوری با سازگاری هیجانی بهتر زنان مبتلا به سرطان سینه مرتبط است. همچنین Syriopoulou و همکاران [۲۰] ادعان می کنند که تاب آوری عاملی اساسی در ابعاد متفاوت کیفیت زندگی شامل تنش جسمانی، تنش روانشناختی و سطوح فعالیت است.

همچنین امید به زندگی (Life expectancy) یکی دیگر از مفاهیم روانشناختی بسیار مهم مرتبط با بیماری سرطان است. امید فرایندی است که طی آن افراد هدف هایشان را تعیین می کنند؛ استراتژی هایی را جهت رسیدن به آن هدف ها توسعه می دهند؛ و انگیزه لازم برای اجرای آن هدف ها را به وجود می آورند و در طول مسیر حفظ می کنند. این سه مولفه الگوی امید به عنوان هدف ها، تفکر گذرگاه ها و تفکر عامل شناخته می شوند. [۲۱، ۲۲]. به بیانی دیگر، امید به عنوان نوعی روند فکری دارای دو جزء تفکر عامل (اراده های هدفمند) و مسیرها (طرح های هدفمند) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری هستند و موجب سازگاری، سلامت جسمانی و روان شناختی می شوند. مسیرها جزء شناختی امید و نشان دهنده توان فرد در خلق راه های معقول برای دستیابی به اهداف هستند و تفکر عامل به عنوان جزء انگیزشی امید، نماینگر برداشت های شخصی در مورد توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است [۲۱-۲۳]. Syriopoulou و همکاران [۲۰] بیان می کنند که بیماری سرطان و تشخیص آن بر امید به زندگی بیماران تاثیر منفی می گذارد که در این بین، گروه های با محرومیت های اجتماعی و اقتصادی بیش از همه تاثیر می پذیرند. Rustøen [۲۴] از امید و کیفیت زندگی به عنوان دو مولفه اساسی در بیماران مبتلا به سرطان نام می برد. McClement & Chochinov [۲۵] بیان می کنند که

و روابط ایمن (گویه های ۲، ۴، ۵ و ۸)، کنترل (گویه های ۱۳، ۲۱ و ۲۲) و تاثیرات معنوی (گویه های ۳ و ۹) تشکیل شده است. Connor & Davidson [۸] مشخصه های آماری مناسب مقیاس را گزارش می دهند. نتایج مقایسه های زوجی (Pairwise comparison) نشان دهنده تفاوت معنادار بین نمرات گروه عادی در مقایسه با نمرات گروه های دیگر (گروه اختلال اضطراب تعمیم یافته، گروه مراقبت پزشکی) بود. همسانی درونی پرسشنامه با استفاده از آلفا کرونباخ (۰/۸۹) و همبستگی های بین گویه-کل (Item-total correlations) (بین ۰/۳۰ تا ۰/۷۰) مطلوب بدست آمد. نتایج پایایی بازآزمایی در گروه اختلال اضطراب تعمیم یافته و اختلال استرس پس از سانحه نشان دهنده ضریب همبستگی درون رده ای (Interclass correlation coefficient) مناسب پرسشنامه تاب آوری بود (۰/۸۷). همچنین همبستگی مثبت مقیاس تاب آوری با سنجح سرسختی کوباسا (Kobasa hardiness measure) و همبستگی منفی مقیاس تاب آوری با مقیاس آسیب پذیری تنش شیهان (Sheehan stress vulnerability scale) تاییدکننده روایی همگرایی مقیاس تاب آوری بود. در ایران، درخشان راد و همکاران [۳۶] پایایی (۰/۸۹) مقیاس تاب آوری را مطلوب گزارش می دهند. در مطالعه پیش رو، نتایج حاکی از همسانی درونی مناسب مقیاس بود (۰/۸۳).

مقیاس امیدواری (The hope scale): مقیاس امیدواری با هدف ارزیابی امیدواری توسط Snyder و همکاران [۳۷] طراحی شد. Snyder و همکاران [۳۷] پس از بررسی های اولیه، ۸ گویه اصلی و ۴ گویه همراه کننده (Filler) را طراحی کردند. پرسشنامه امید متشکل از ۸ گویه و دو زیرمقیاس عامل (Agency) (تعیین هدف شامل گویه های ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲) و مسیرها (Pathways) (راه های دستیابی به هدف شامل گویه های ۱، ۴، ۶ و ۸) است که بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه ای پاسخدهی و نمره گذاری می گردد (نمره بین ۸ تا ۳۲). Snyder و همکاران [۳۷] بر اساس تحلیل های شان وجود دو عامل همبسته ولی مستقل از هم را در پرسشنامه امید گزارش می دهند. همچنین در پژوهش آن هه آلفا کرونباخ برای کل مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴، برای زیرمقیاس عامل ۰/۷۱ تا ۰/۷۶ و برای زیرمقیاس مسیرها ۰/۶۳ تا ۰/۸۰ بدست آمد. نتایج پایایی بازآزمایی پس از ۳ هفته (۰/۸۵) = r ، ۸ هفته (۰/۷۳) = r و ۱۰ هفته (۰/۷۶) = r حاصل گردید که حاکی از ثبات زمانی (Temporal stability) مقیاس بود.

افزایش توانایی های انطباقی در بیماران مبتلا به سرطان و همچنین با توجه به شواهد موجود در مورد تاثیر مداخلات ذهن آگاهی بر تاب آوری و امید [۳۵]، پژوهش حاضر در نظر دارد که که تاثیر مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی را بررسی نماید. پژوهش حاضر با تکیه بر یافته های تجربی می تواند مداخله ای کارآمد برای مقابله با تاب آوری و امید به زندگی پایین بیماران مبتلا به سرطان فراهم نماید.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به انواع سرطان های گوارشی شهر رشت بودند که در بازه زمانی مهر تا بهمن ماه سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی (مرکز آموزشی درمانی رازی و کلینیک بعثت) مراجعه نمودند ($n = 100$). از این بین، ۶۰ شرکت کننده به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n = 30$) و کنترل ($n = 30$) گمارده شدند. حجم نمونه با توجه به حجم جامعه ($n = 100$) و حجم نمونه پژوهش های مشابه پیشین [۳۵، ۳۸] تعیین گردید. ملاک های ورود به پژوهش شامل سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، نبود مشکلات روانشناختی جدی گزارش شده، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و رضایت شخصی بودند. همچنین، عدم تکمیل کامل پرسشنامه ها، غیبت بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش به عنوان ملاک های خروج شرکت کنندگان در نظر گرفته شدند.

پرسشنامه تاب آوری (Resilience scale Connor & Davidson [۸])، پرسشنامه تاب آوری را با هدف سنجش توانایی مقابله با تنش، مقیاس تاب آوری را طراحی کردند. مقیاس تاب آوری از ۲۵ گویه تشکیل شده است که بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه ای (۰ تا ۴) پاسخدهی و نمره گذاری می گردد. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است که نمرات بیشتر در این مقیاس بیانگر سطوح بالاتر تاب آوری است. پرسشنامه تاب آوری از پنج عامل تصور از شایستگی فردی (گویه های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، اعتماد به گرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (گویه های ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹ و ۲۰)، پذیرش مثبت تغییر

پایایی پرسشنامه امید رضایت بخش بود ($\alpha = 0/82$). مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی: این روش مداخله مبتنی بر برنامه های مداخله ای کلان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی [۳۹، ۴۰] و مداخلات کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ارائه شده به بیماران مبتلا به سرطان و همچنین نکات مطرح شده از جانب Mehta و همکاران [۳۱] در مورد برنامه های ذهن آگاهی برای مدیریت بیماری سرطان است. شرح مختصری از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در (جدول ۱) ارائه شده است. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، ۸ جلسه مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند.

Snyder و همکاران [۳۷] نیز با بررسی انطباق پرسشنامه امید با ابزارهای مرتبط، همبستگی مناسب پرسشنامه امید را با ابزارهای سنجش انتظارات پیامدهای مثبت، ادراکات کنترل، عرت، درماندگی، ناامیدی و افسردگی نشان می دهند که حاکی از روایی همگرا پرسشنامه بود. همچنین نتایج مطالعه Snyder و همکاران [۳۷]، روایی سازه (ارتباط با مولفه هایی همچون سختی اهداف و دستیابی به اهداف) و روایی افتراقی (عدم همبستگی با خود هوشیاری خصوصی و جمعی) پرسشنامه امید را تأیید کردند. در ایران، کرمانی، خداپناهی و حیدری [۳۸] پایایی پرسشنامه امید را با استفاده از آلفا کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ برای کل پرسشنامه، ۰/۷۷ و ۰/۷۸ برای زیرمقیاس تفکر و ۰/۷۹ و ۰/۶۵ برای زیرمقیاس مسیرها گزارش می دهند. در مطالعه حاضر،

جدول ۱: شرح مختصری از مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	تشریح ماهیت تشکیل جلسه، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر؛ شرح مختصری از ۸ جلسه؛ انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد تجربه آن.
جلسه دوم	انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد تجربه آن؛ بحث در مورد تکالیف خانگی، موانع تمرین و راهلهای برنامه ذهن آگاهی برای آن؛ انجام مدیتیشن در حالت نشسته.
جلسه سوم	حرکات آرام و ذهنآگاه یوگا به عنوان شیوههایی برای آرام کردن علایم جسمانی استرس و آگاه شدن از حرکات ظریف بدن؛ تمرین دیدن و شنیدن؛ مدیتیشن نشسته و نفس کشیدن همراه با توجه به حواس بدنی.
جلسه چهارم	مراقبه نشسته با تأکید بر توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار؛ بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش یک فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین؛ تمرین قدم زدن ذهن آگاه.
جلسه پنجم	انجام مدیتیشن نشسته؛ ارائه و اجرای حرکات ذهن آگاه بدن.
جلسه ششم	تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ بحث در مورد تکالیف خانگی؛ ارائه تمرینی با عنوان خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه با این مضمون که محتوای افکار، اکثراً واقعی نیستند؛ چهار تمرین پی در پی مدیتیشن به مدت یک ساعت.
جلسه هفتم	مدیتیشن چهاربعدی و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هوشیاری وارد می شود؛ ارائه تمرینی که در آن شرکت کنندگان مشخص می کنند کدامیک از رویدادهای زندگیشان خوشایند و کدامیک ناخوشایند است و علاوه بر آن چگونه میتوان برنامه هایی چید که به اندازه کافی رویدادهای خوشایند در آن باشد؛ ضای تنفسی سه دقیقه ای.
جلسه هشتم	اسکن بدن؛ تمرین فضای تنفسی سه دقیقه ای؛ بحث در مورد روشهای کنار آمدن با موانع مدیتیشن.

طول هشت جلسه یک و نیم ساعته به صورت یک روز در هفته ارائه شد. در نهایت، پرسشنامه های پژوهش دوباره به شرکت کنندگان هر دو گروه ارائه گردید. به شرکت کنندگان پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات تحقیق به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. در انتهای مطالعه، توضیحات کاملتری در مورد موضوع، روش و اهداف پژوهش به شرکت کنندگان ارائه شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و با استفاده با روش تحلیل چندمتغیره کوواریانس (مانکوا) انجام گردید.

این مطالعه با اخذ تأییدیه کمیته ی اخلاق با کد IR.IAU.RASHT.REC.1398.050 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت تأیید و ثبت شد. ۶۰ بیمار مبتلا به بیماری سرطان گوارش و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ($n = 30$) و کنترل گمارده ($n = 30$) گردیدند. در ابتدا هر دو گروه در مرحله پیش آزمون به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب آوری [۸] و مقیاس امیدواری [۳۷] در یک کلینیک روانشناسی به صورت گروهی پاسخ دادند. سپس به گروه آزمایش، به صورت گروهی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در

یافته ها

گوارشی در گروه آزمایش و گواه در (جدول ۲) ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرن (K-S Z) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرن برای تمامی متغیرها معنی دار نمی باشد. لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

میانگین سنی شرکت کنندگان پژوهش ۴۸/۵ (انحراف معیار ۱۱/۳) بود. ۷۰ درصد متاهل بودند. ۳۴ نفر از شرکت کنندگان مرد و مابقی زن (۲۶ نفر) بودند که از این بین، ۸۶/۷ درصد یکسال و ۱۳/۳ درصد دو سال از ابتلایشان به بیماری سرطان می گذشت. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون-پس آزمون نمرات مؤلفه های تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های

جدول ۲: شاخص های توصیفی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (n=۶۰)

متغیرها	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	P
تصور از شایستگی فردی	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۷۰	۲/۰۵	۰/۰۸۹	۰/۰۵۲
	پس آزمون	گواه	۲۱/۳۳	۱/۸۳	۰/۰۵۹	۰/۰۷۴
اعتماد به غرایز فردی	پیش آزمون	آزمایش	۱۷/۶۳	۲/۵۴	۰/۰۷۴	۰/۰۶۹
	پس آزمون	گواه	۱۷/۲۰	۱/۰۳	۰/۰۶۸	۰/۰۸۲
پذیرش مثبت تغییر	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۶۱	۲/۵۴	۰/۰۷۲	۰/۰۷۲
	پس آزمون	گواه	۱۷/۳۳	۱/۳۶	۰/۰۸۲	۰/۰۶۶
کنترل	پیش آزمون	آزمایش	۱۳/۱۴	۱/۲۴	۰/۰۹۱	۰/۱۰۷
	پس آزمون	گواه	۱۳/۴۰	۲/۶۰	۰/۰۸۲	۰/۰۸۵
نمره کل تابآوری	پیش آزمون	آزمایش	۱۶/۳۱	۱/۴۱	۰/۰۶۹	۰/۰۶۷
	پس آزمون	گواه	۱۳/۱۶	۱/۰۷	۰/۰۷۷	۰/۰۳۴
تاثیرات معنوی	پیش آزمون	آزمایش	۷/۵۳	۱/۶۸	۰/۰۷۵	۰/۰۶۸
	پس آزمون	گواه	۷/۲۶	۲/۸۷	۰/۰۹۸	۰/۰۵۲
عامل	پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۸۱	۲/۴۱	۰/۰۹۳	۰/۰۷۵
	پس آزمون	گواه	۷/۳۶	۱/۶۱	۰/۰۶۷	۰/۰۶۲
مسیر	پیش آزمون	آزمایش	۳/۳۴	۲/۳۰	۰/۰۸۳	۰/۱۰۷
	پس آزمون	گواه	۳/۲۱	۱/۶۹	۰/۰۷۹	۰/۰۵۸
نمره کل امیدواری	پیش آزمون	آزمایش	۶/۵۶	۱/۸۴	۰/۰۸۲	۰/۰۸۶
	پس آزمون	گواه	۳/۵۳	۲/۳۴	۰/۰۷۴	۰/۰۵۹
مسیر	پیش آزمون	آزمایش	۶۳/۳۴	۹/۴۲	۰/۰۹۵	۰/۰۵۳
	پس آزمون	گواه	۶۲/۳۳	۸/۶۳	۰/۰۶۳	۰/۱۳۷
مسیر	پیش آزمون	آزمایش	۸۰/۳۹	۶/۳۴	۰/۰۸۴	۰/۰۶۸
	پس آزمون	گواه	۶۲/۶۸	۶/۹۴	۰/۰۶۹	۰/۰۵۲
نمره کل امیدواری	پیش آزمون	آزمایش	۷/۱۳	۱/۹۲	۰/۰۹۶	۰/۰۶۷
	پس آزمون	گواه	۷/۲۶	۲/۰۴	۰/۰۶۸	۰/۱۶۱
مسیر	پیش آزمون	آزمایش	۱۱/۲۱	۱/۵۳	۰/۰۸۰	۰/۰۵۳
	پس آزمون	گواه	۷/۵۴	۲/۳۴	۰/۰۷۶	۰/۰۷۵
نمره کل امیدواری	پیش آزمون	آزمایش	۶/۳۷	۲/۴۵	۰/۰۸۳	۰/۰۶۴
	پس آزمون	گواه	۶/۲۶	۱/۳۹	۰/۰۷۸	۰/۰۸۴
نمره کل امیدواری	پیش آزمون	آزمایش	۱۰/۳۵	۱/۹۲	۰/۰۹۳	۰/۱۵۳
	پس آزمون	گواه	۶/۵۳	۲/۳۷	۰/۰۸۴	۰/۰۵۴
نمره کل امیدواری	پیش آزمون	آزمایش	۱۳/۵۳	۴/۸۹	۰/۰۹۵	۰/۰۵۸
	پس آزمون	گواه	۱۳/۵۱	۷/۶۶	۰/۰۷۸	۰/۰۹۲
نمره کل امیدواری	پیش آزمون	آزمایش	۲۱/۵۶	۷/۰۸	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
	پس آزمون	گواه	۱۴/۰۷	۵/۳۹	۰/۰۶۷	۰/۰۶۳

آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی نشان داد که رابطه بین آن ها معنی داری است ($p < 0.01$)، $\chi^2 = 54/93$ $df = 27$ ، مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش آزمون ها و پس آزمون ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۳).

برای بررسی اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نمرات مؤلفه های تاب آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان های گوارشی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس تاب آوری ($F_{1,30} = 0/582 > 0/05$ ، $p = 0/30$) و امید به زندگی ($F_{1,30} = 1/46$ ، $p = 0/231 > 0/05$) در گروه ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ($F_{1,16} = 37/48$ ، $p = 0/251 > 0/05$)، میزان معناداری آزمون باکس از 0/05 بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی دو بارلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین مؤلفه های تاب

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمرات پس آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	0/966	128/523	0/001	0/966	1
آزمون لامبدای ویلکز	0/034	128/523	0/001	0/966	1
آزمون اثر هتلینگ	28/212	128/523	0/001	0/966	1
آزمون بزرگترین ریشه روی	28/212	128/523	0/001	0/966	1

ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با 1 است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطة تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا استفاده شد که نتایج آن در (جدول ۴) گزارش شده است.

با توجه به (جدول ۳)، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه های آزمایش و گواه حداقل در یکی از مؤلفه های تاب آوری و امید به زندگی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، 96 درصد از کل واریانس های گروه آزمایش و گواه

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره های پس آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
تصور از شایستگی فردی	186/227	1	186/227	72/711	0/001	0/597
اعتماد به غرایز فردی	228/860	1	228/860	102/263	0/001	0/676
پذیرش مثبت تغییر	170/928	1	170/928	121/540	0/001	0/713
کنترل	144/803	1	144/803	313/746	0/001	0/865
تأثیرات معنوی	114/856	1	114/856	64/170	0/001	0/567
نمره کل تابآوری	3766/865	1	3766/865	141/154	0/001	0/742
عامل	179/251	1	179/251	97/219	0/001	0/665
مسیر	217/341	1	217/341	83/002	0/001	0/629
نمره کل امیدواری	703/338	1	703/338	217/176	0/001	0/816

بر سلامتی وی خواهد گذاشت. بنابراین آموزش مدیریت استرس به نحوی که بیمار بتواند به طور کارآمد با آن مقابله کند، بسیار مهم است. چون تنش در نتیجه لرزایی‌های شناختی فرد از موقعیت ایجاد می‌شود، بعضی از رویکردهای کنار آمدن با تنش، بر تعدیل الگوهای رفتاری و فکری افراد تأکید کرده‌اند. در این رویکردها به فرد در بازسازی الگوی فکری کمک می‌شود که یکی از این روش‌ها مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی است. از طریق ذهن آگاهی بیمار از احساسات منفی نظیر اضطراب و استرس در بدن خود آگاهی پیدا کرده و افکار مرتبط با این آن‌ها را کشف می‌کند و یاد می‌گیرد که چگونه به وسیله خودگویی با این مشکلات کنار بیاید [۶، ۸]، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که وقتی یک نفر بتواند افکار خود را بدون هیچ‌گونه قضاوتی و بدون عکس‌العمل نشان دادن نسبت به این افکار مشاهده کند، به یک حالت آسودگی و آرامش در وضعیت‌های ناخوشایند دست پیدا می‌کند. آرامش در وضعیت ناخوشایند خود منجر به کاهش استرس و ایجاد بهزیستی در فرد می‌شود. ذهن آگاهی نه تنها علائم روانشناختی و جسمی اضطراب را از طریق آرمیدگی بهبود میبخشد، بلکه با استفاده از یک نگرش جدید، با ایجاد تمرکز بر روی منبع استرس، کاهش اضطراب، بهبود مقاومت در مقابل استرس و افزایش مهارت‌های مقابله به فرد کمک می‌کند [۶، ۸]. در واقع، برنامه مداخله موجب می‌گردد که بیماران مبتلا به سرطان، با تکیه بر تکنیک‌های مراقبه، ذهن آگاه شده‌ای داشته باشند که به موجب آن، ارتباط فرد با موقعیت‌ها و افکار تنش‌زا از طریق کاهش واکنش به هیجانات و بهبود اعمال آگاهانه تغییر می‌کند. در واقع نوعی از آگاهی در بیماران مبتلا به سرطان به وجود می‌آید که باعث می‌گردد حالتی از آسودگی نسبت به بیمارشان و وضعیت‌های ناخوشایند مرتبط با آن، کسب کنند که افزایش تاب‌آوری نسبت به شرایط موجود را موجب می‌گردد. در همین راستا، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق ایجاد تغییرات در ذهن آگاهی افراد منجر به افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی در پژوهش حاضر گردید.

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی شرکت‌کنندگان پژوهش تأثیر گذاشت. بدین مفهوم که امیدواری شرکت‌کنندگان گروه آزمایش که برنامه کاهش

با توجه به مندرجات (جدول ۴)، آماره F برای تصور از شایستگی فردی (۷۲/۷۱)، اعتماد به‌خود فردی (۱۰۲/۲۶)، پذیرش مثبت تغییر (۱۲۱/۵۴)، کنترل (۳۱۳/۷۴)، تأثیرات معنوی (۶۴/۱۷)، نمره کل تاب‌آوری (۱۴۱/۱۵)، عامل (۹۷/۲۱)، مسیر (۷۳/۰۲) و نمره کل امیدواری (۲۱۷/۱۷) در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۵۹ درصد از تغییرات تصور از شایستگی فردی، ۶۷ درصد از اعتماد به‌خود فردی، ۷۱ درصد از پذیرش مثبت تغییر، ۸۶ درصد از کنترل، ۵۶ درصد از تأثیرات معنوی، ۷۴ درصد از نمره کل تاب‌آوری، ۶۶ درصد از عامل، ۶۲ درصد از مسیر و ۸۱ درصد از نمره کل امیدواری ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است؛ در نتیجه می‌توان بیان کرد که بررسی اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معنی‌داری باعث افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی شده است.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی صورت گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا با نتایج بدست آمده در مطالعات Kenne Sarenmalm و همکاران [۳۲]، Zhang و همکاران [۳۳] و Mackenzie و همکاران [۳۴] تأیید کننده اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیر برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری شرکت‌کنندگان پژوهش بود. بدین مفهوم که تاب‌آوری شرکت‌کنندگان گروه آزمایش که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، بهبود یافت. از عمده‌ترین مسائلی که بیماران مزمن همچون بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجه می‌شوند، تنش و اضطراب ناشی از روبرو شدن و کنار آمدن با بیماری است. برای فردی که تحت شرایط تنش‌زا قرار دارد، ارزیابی سطح استرس و روش‌های مقابله با آن مهم است. تنش بالا، مداوم و طولانی مدت، می‌تواند منجر به ناسازگاری در فرد شود. اگر استرس تجربه شده به وسیله بیمار به طرز مناسبی مدیریت نشود، تأثیر زیادی

کنترل این مولفه‌ها صورت گیرد. همچنین در پژوهش حاضر به تاثیر عوامل جمعیت شناختی بر اثربخشی مداخله پرداخته نشد. پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی تاثیر متغیرهایی همچون جنسیت و سن در میزان اثربخشی مداخله بر سازه‌های روانشناختی، کنترل یا بررسی گردند. کنترل موضوعاتی همچون تعداد سال‌های تشخیص داده شدن به بیماری و سطوح حمایت ادراک شده بیماران نیز می‌توانند در دست یافتن به نتایج دقیق‌تر بسیار کمک کننده باشند. عدم امکان پیگیری بلندمدت تاثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری، نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تاثیر بلندمدت برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی ممکن شود.

نتیجه گیری

در مجموع باید اذعان داشت که بر طبق نتایج پژوهش حاضر، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با ایجاد یکسری تغییرات در ذهن آگاهی و همچنین بهره‌گیری از روش‌هایی همچون اسکن بدن (تمرکز فرد بر بدن و اعضای بدن)، مراقبه نشسته (نشستن در حالت آرمیده و هدایت کل توجه به احساس تنفس)، یوگا ذهن آگاه یوتا (کش دادن به بدن با تمرکز بر آگاهی بدنی به جای فرم بدنی)، ادراک غیرداورانه (توجه کامل به اتفاقات در حال رخ دادن در لحظه بدون داوری آن‌ها)، صبر (ایجاد و گسترش این آگاهی که علت هر اتفاقی در زمانی مشخصی، آشکار خواهد شد)، اعتماد (افتخار کردن و اعتماد کردن به احساسات خود)، رها کردن (عدم حفظ کردن یا رد کردن تجارب شخصی)، محبت (صمیمی بودن با خود و عدم انتقاد خود)، کنجکاوی (پذیرا بودن نسبت به تجارب جدید بدون پیش داوری) و پذیرش (پذیرش کامل افکار، احساسات، عواطف و باورها و در ساده نگریدن آن‌ها) [۳۴] منجر به افزایش تاب‌آوری و امیدواری شرکت‌کنندگان پژوهش که به سرطان‌های گوارش مبتلا بودند، گردید. از این رو، پیشنهاد می‌گردد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان مداخله‌ای کارآمد برای بهبود سلامت روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شود.

استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، افزایش یافت. نقش مفید امید، هم‌قبل از بروز مشکل و هم‌پس از بروز آن مشخص شده است [۲۲، ۲۱]. امید یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی است و امید یکی از نشانه‌های سلامت روان است. افراد امیدوارتر، معناهای مورد نظر خود را به شکل موفقیت آمیزی دنبال می‌کنند و در نتیجه هیجان‌های مثبت بیشتری را نیز تجربه می‌کنند. در واقع، امید یکی از مفاهیمی است که در رویارویی با بیماری‌ها و تنش ناشی از آن نقش مهمی دارد و به عنوان یک عامل بالقوه قدرتمند در بهبود و سازگاری بیماران مؤثر است. امید به زندگی، عملکرد فیزیولوژیک و روانشناختی را تقویت کرده و فقدان آن منجر به اختلالات زودرس در عملکرد فرد می‌شود [۲۲، ۲۳]. در پژوهش حاضر، برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با بهره‌گیری از تکنیک‌هایی همچون اسکن بدن، مراقبه، ادراک بدون پیش داوری، آموزش صبر و اعتماد و همچنین افزایش پذیرش در شرکت-کنندگان موجب تمرکز افراد بر بدن‌شان، آرمیدگی، توجه کامل به اتفاقات در حال رخ دادن در لحظه بدون داوری آن‌ها، کاهش پیش داوری، عدم حفظ کردن یا رد کردن تجارب شخصی و همچنین افزایش صمیمی بودن با خود و عدم انتقاد خود گردید که موجب آن بر سطوح امیدواری شرکت‌کنندگان پژوهش افزوده شد. در واقع، مداخله پیش رو منجر به گسترش باور پذیرش و عدم کنترل کامل بر زندگی در بیماران مبتلا به سرطان گردید. تلاش گردید که شرکت‌کنندگان پژوهش برای جستجوی تجارب مثبت و سازنده تشویق شوند و بین افکارشان و احساساتشان و واقعیت تمایز قائل شوند. با خود صمیمی باشند و خود را مقصر وضعیت موجود ندانند و موقعیت موجود را به صورت غیرپیش‌داورانه ادراک کنند. در همین راستا، مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق ایجاد تغییرات در چگونگی نگرش نسبت به شرایط و پیامدهای موجود منجر به افزایش امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان‌های گوارشی در پژوهش حاضر گردید. لازم به ذکر است که پژوهش حاضر یکسری محدودیت‌ها داشت. عدم انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان از جمله محدودیت‌های پژوهش است. عدم امکان کنترل وضعیت اجتماعی، تحصیلی و اقتصادی شرکت‌کنندگان پژوهش از جمله محدودیت‌های پژوهش بود. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تلاش‌هایی به منظور

دست اندرکاران و بیماران محترم که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچگونه تضاد منافی ندارند.

سپاسگزاری

این مطالعه با اخذ تأییدیه کمیته اخلاق با کد IRIAU.RASHT.REC.1398.050 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت تأیید و ثبت شد. نویسندگان بدین وسیله از تمامی

Referencess

- Gregurek R, Bras M, Dordević V, Ratković AS, Brajković L. Psychological problems of patients with cancer. *Psychiatr Danub*. 2010; 22 (2): 227-30.
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology*. 2001; 10 (1):19-28. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200101/02\)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::AID-PON501>3.0.CO;2-6)
- Hamer M, Chida Y, Molloy GJ. Psychological distress and cancer mortality. *J Psychosom Res*. 2009; 66 (3):255-58. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.11.002>
- Ryan H, Schofield P, Cockburn J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005;14(1):7-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2005.00482.x>
- Sutherland AM. Psychological impact of cancer and its therapy. *Med Clin North Am*. 1956; 40 (3):705-20. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)34561-8](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)34561-8)
- Seiler A, Jenewein J. Resilience in Cancer Patients. *Front Psychiatry*. 2019;10:208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00208>
- Fleming J, Ledogar RJ. Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. *Pimatisiwin*. 2008;6(2):7-23.
- Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18 (2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Aflakseir A, Nowroozi S, Mollazadeh J, Goodarzi MA. The Role of Psychological Hardiness and Marital Satisfaction in Predicting Posttraumatic Growth in a Sample of Women With Breast Cancer in Isfahan. *Iran J Cancer Prev*. 2016;9(4):e4080. <https://doi.org/10.17795/ijcp-4080>
- Dong X, Li G, Liu C, et al. The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:47-52. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.007>
- Somasundaram RO, Devamani KA. A Comparative Study on Resilience, Perceived Social Support and Hopelessness Among Cancer Patients Treated with Curative and Palliative Care. *Indian J Palliat Care*. 2016;22(2):135-40. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179606>
- Connor KM. Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *J Clin Psychiatry*. 2006;67 Suppl 2:46-49.
- Di Giacomo D, Cannita L, Rainieri J, Cocciolone V, Passafiume D, Ficorella C. Breast cancer and psychological resilience among young women. *J Psychopathol*. 2016;22:191-5.
- Diehl M, Hay EL. Personality-Related Risk and Resilience Factors in Coping with Daily Stress among Adult Cancer Patients. *Res Hum Dev*. 2013;10(1):47-69. <https://doi.org/10.1080/15427609.2013.760259>
- Eicher M, Matzka M, Dubey C, White K. Resilience in adult cancer care: an integrative literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42(1):E3-E16. <https://doi.org/10.1188/15.ONF.E3-E16>
- Gouzman J, Cohen M, Ben-Zur H, et al. Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *J Clin Psychol Med Settings*. 2015;22(1):1-13. <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9416-9>
- Li MY, Yang YL, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:73. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0481-z>
- Manne SL, Myers-Virtue S, Kashy D, et al. Resilience, Positive Coping, and Quality of Life Among Women Newly Diagnosed With Gynecological Cancers. *Cancer Nurs*. 2015; 38 (5):375-82. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000215>
- Markovitz SE, Schrooten W, Arntz A, Peters ML. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psychooncology*. 2015;24(12):1639-45.

- <https://doi.org/10.1002/pon.3834>
20. Syriopoulou E, Bower H, Andersson TM, Lambert PC, Rutherford MJ. Estimating the impact of a cancer diagnosis on life expectancy by socio-economic group for a range of cancer types in England. *Br J Cancer*. 2017;117(9):1419-26. <https://doi.org/10.1038/bjc.2017.300>
 21. Snyder CR, Ritschel LA, Rand KL, Berg CJ. Balancing psychological assessments: including strengths and hope in client reports. *J Clin Psychol*. 2006; 62 (1):33-46. <https://doi.org/10.1002/jclp.20198>
 22. Snyder CR, Cheavens J, Simpson SC. Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 1997;1 (2):107-18. <https://doi.org/10.1037/1089-2699.1.2.107>
 23. Snyder, CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*. 2002;13(4):249-75. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
 24. Rustøen T. Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis. *Cancer Nurs*. 1995; 18 (5): 355-61.
 25. McClement SE, Chochinov HM. Hope in advanced cancer patients. *Eur J Cancer*. 2008;44(8):1169-74. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.031>
 26. Gill S, Gilbar O. Hopelessness among cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2001; 19 (1): 21-33, https://doi.org/10.1300/J077v19n01_02
 27. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs*. 2005; 28 (3): 236-40. <https://doi.org/10.1097/00002820-200505000-00013>
 28. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000; 284 (22): 2907-11. <https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>
 29. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological health in cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*. 2008; 24 (3):193-201. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.05.007>
 30. Li MY, Yang YL, Liu L, Wang L. Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:73. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0481-z>
 31. Mehta R, Sharma K, Potters L, Wernicke AG, Parashar B. Evidence for the Role of Mindfulness in Cancer: Benefits and Techniques. *Cureus*. 2019; 11 (5):e4629. <https://doi.org/10.7759/cureus.4629>
 32. Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Andersson BA, Karlsson P, Bergh I. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med*. 2017;6(5):1108-22. <https://doi.org/10.1002/cam4.1052>
 33. Zhang Q, Zhao H, Zheng Y. 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. *Support Care Cancer*. 2019; 27 (3): 771-81. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4570-x>
 34. Mackenzie MJ, Carlson LE, Specam M. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) in oncology. *Evid-Based-Integrative-Med*. 2005; 2:139-145. <https://doi.org/10.2165/01197065-200502030-00005>
 35. Thompson RW, Arnkoff DB, Glass CR. Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma Violence Abuse*. 2011;12 (4): 220-35. <https://doi.org/10.1177/1524838011416375>
 36. Drakhshanrad, S. A., Piven, E., Rassafiani, M., Hosseini, S. A., & Mohammadi Shahboulaghi, F. Standardization of Connor-Davidson resilience scale in Iranian subjects with cerebrovascular accident. *Journal of Rehabilitation Sciences and Research*. 2014;1(4):73-77. [Persian].
 37. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of personality and social psychology*. 1991;60(4):570-85.
 38. Kermani Z, Khodapanahi MK, Heidari M. Psychometric features of the Snyder hope scale. *Journal of Applied Psychology*. 2011; 5 (3):7-23. [Persian].
 39. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism?. *Ann Behav Med*. 2008; 35 (3): 331-40. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9030-2>
 40. Hunt M, Al-Braiki F, Dailey S, Russell R, Simon K. Mindfulness Training, Yoga, or Both? Dismantling the Active Components of a Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention. *Mindfulness*. 2018; 9: 512-20. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0793-z>