

## The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness on Alexithymia and Caregiving Pressure in Women with Spouses Suffering from Cancer

Safari Dizaj S<sup>1</sup>, Rezvani Chamanzamin F<sup>2</sup>, Moheb N\*<sup>3</sup>, Otadi S<sup>2</sup>

1. Department of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2. Department of Clinical Psychology, Eslamshahr Branch, Islamic Azad University, Eslamshahr, Iran

3. Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989143159803, E-mail: moheb.n@yahoo.com

Received: Feb 04, 2023

Accepted: May 22, 2023

### ABSTRACT

**Background & aim:** Cancer is a group of growing chronic diseases in the world, which can negatively affect the mental health of the affected people and the relatives. Appropriate psychotherapy methods can improve the mental health of these patients. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on alexithymia and caregiving pressure in women with spouses suffering from cancer.

**Methods:** The design of the current research was semi-experimental and pre-test and post-test with a control group. The statistical population of this research included all women with spouses diagnosed with cancer hospitalized in Imam Reza Hospital of Tabriz in 2022. Using the available sampling method, 30 people were selected and then randomly assigned into two experimental and control groups. At first, a pre-test was administered to both groups, and then the experimental group received cognitive therapy based on mindfulness 8 session every week, and after the end of the treatment sessions, the post-test was conducted in both groups. In this study, the Toronto Emotional Dysfunction and Patient Care Pressure Questionnaire (FBIS) were used to collect data. Multivariate covariance analysis was used to analyze to analyze data in SPSS-25 software.

**Results:** The results of the research showed that in the experimental group, the post-test scores of alexithymia ( $F=19.42, p\leq 0.01$ ) and patient care pressure ( $F=21.189, p\leq 0.01$ ) in women of spouses with cancer. In women of spouses with cancer in the intervention group, it was significantly lower than the control group.

**Conclusion:** It can be claimed that cognitive therapy based on mindfulness has been effective in reducing alexithymia and the pressure of patient care. Therefore, this treatment can help to improve the emotional state and reduce the psychological pressure of these women.

**Keywords:** Mindfulness, Alexithymia, Caregiving, Cancer, Women

# اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و فشار مراقبتی در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان

سمیرا صفری دیزج<sup>۱</sup>، فائقه رضوانی چمن زمین<sup>۲</sup>، نعیمه محب<sup>۳\*</sup>، سمانه اوتادی<sup>۲</sup>

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران  
 ۲. گروه روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران  
 ۳. گروه روانشناسی و علوم تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران  
 \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۱۵۹۸۰۳ ایمیل: moheb.n@yahoo.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** سرطان از جمله بیماری‌هایی است که می‌تواند سلامت روان فرد مبتلا و نزدیکان وی را تحت تأثیر قرار دهد. روش‌های روان‌درمانی مناسب می‌توانند بهداشت روانی این بیماران را ارتقا بخشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و فشار مراقبتی در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان انجام شد.

**روش:** طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل همه زنان دارای همسر مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که از بین آنها تعداد ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار داده شدند. در ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس گروه آزمایش، درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ۸ جلسه به صورت هفتگی دریافت کردند. پس از پایان جلسات درمانی مجدد پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نارسایی هیجانی تورنتو و فشار مراقبت از بیمار (FBIS) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در نرم افزار SPSS-25 انجام گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که نمرات پس‌آزمون نارسایی هیجانی ( $F=19/42, p \leq 0/01$ ) و فشار مراقبت از بیمار ( $F=21/189, p \leq 0/01$ ) در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان در گروه مداخله به طور معناداری پائین‌تر از گروه کنترل بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها، روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نارسایی هیجانی و فشار مراقبت از بیمار در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان موثر بوده است. بنابراین از این روش درمانی می‌توان در بهبود وضعیت هیجانی و کاهش فشارهای روانی زنان دارای همسر مبتلا به سرطان استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نارسایی هیجانی، بار مراقبتی، سرطان، زنان

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۳۰

## مقدمه

خانواده وی وارد می‌کند (۱). خوشبختانه در شمار زیادی از کشورهای دنیا، شناس درمان سرطان بهبود یافته است، به طوری که بیشتر بیماران می‌توانند

سرطان یکی از علت‌های رایج مرگ و میر در جهان است که فشار مالی و روانی فراوانی را بر بیمار و

انتظار بهبودی بلندمدت و احتمالاً علاج کامل را داشته باشند. تقریباً ۷۵ درصد افراد مبتلا به سرطان در انگلستان در حال حاضر برای حداقل ۵ سال پس از تشخیص زنده می‌مانند و نرخ زنده ماندن در اروپای غربی و آمریکا به همین میزان است (۲). بنابراین امروزه سرطان به عنوان یک بیماری مزمن تهدید کننده زندگی و نه یک بیماری لاعلاج شناخته می‌شود. این بدان معنی است که خانواده‌ها مجبورند برای سال‌ها با تهدید عود بیماری و یا احتمال مرگ فرد مبتلا، زندگی کنند (۳).

تحقیقاتی که به مطالعه تأثیر سرطان یک فرد بر خانواده پرداخته‌اند، بر نشانه‌های آسیب‌شناسی همسران متمرکز بوده و سلامت روان را مترادف با نبود نشانه‌های آسیب‌شناسی در نظر گرفته‌اند (۴). معمولاً وقتی عضوی از خانواده به بیماری مزمن مبتلا می‌شود، هیجانات فرد مبتلا و نزدیکان وی به ویژه همسر و خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵). از سوی دیگر مدیریت هیجانات، بیان و ابراز متناسب احساسات می‌تواند از فشار روانی وارد بر اطرافیان بیمار و بویژه همسر وی بکاهد، از این‌رو بررسی رابطه نارسایی هیجانی با استرس‌های وارد بر همسران و ارائه راه‌کارهایی جهت بهبود این متغیر به منظور کاهش فشارهای روانی مراقبت از فرد بیمار، ضروری به نظر می‌رسد (۶).

وجود بیماری مزمن و جدی در یکی از اعضای خانواده معمولاً تأثیر عمیقی بر سیستم خانواده، نقش‌ها، عملکرد و کیفیت زندگی اعضای خانواده می‌گذارد. در واقع یک اثر گذاری و اثرپذیری دو سویه بین شرایط بیمار و خانواده او دیده می‌شود (۷). تا آنجا که حتی گاهی برخی علائم بیماران مثل سردرد، سرگیجه و دشواری تنفس را در مراقبین خانوادگی وی می‌توان مشاهده کرد (۸). هرچه این علائم شدیدتر باشد فشار روانی و اضطراب مراقبین نیز بیشتر بوده و مزمن شدن این فشارها در طول زمان، خطر جدی شدن افسردگی و علائم اضطرابی را افزایش می‌دهد (۹).

هرچند عده‌ای از پژوهشگران معتقدند همسران بیماران به دلیل درک مناسب از شرایط روحی و جسمی همسر خود و پذیرش او و باورهای منطقی از شرایط یکدیگر به رضایت زناشویی مقبولی دست می‌یابند، اما آنچه مسلم است اینکه تعهد و الزام مراقبان خانوادگی بیمار برای مراقبت از بیمار و فرد ناتوان در خانواده ممکن است به تخریب روانی منجر شود، همچنین افزایش فشار مراقبت از بیمار، پیامدهایی همچون مراقبت ناکافی از بیمار، رها کردن بیمار و اختلال در روابط خانوادگی را به همراه دارد (۱۰).

از میان عوامل متعددی که در رابطه با فشار روانی وارد بر همسران بیماران وجود دارد، می‌توان به نقش برجسته مشکلات خلقی و ناتوانی در کنترل و تنظیم هیجانات به طور کلی و نارسایی هیجانی<sup>۱</sup> به طور خاص اشاره کرد (۱۱). نارسایی هیجانی به معنی ناتوانی در بیان احساسات و فقدان آگاهی خلقی است. افراد مبتلا به نارسایی هیجانی به طور معمول قادر به شناسایی، درک و یا توصیف هیجانات خویش نیستند. نارسایی هیجانی در برگیرنده ویژگی دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در بیان و توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی است. کاهش ابراز هیجانات، اساساً بیانگر نوعی فقدان یا بدتنظیمی هیجانات است. به همین صورت آسیب در ظرفیت‌های پردازش هیجانی<sup>۲</sup> و تنظیم هیجانی مبتنی بر نارسایی هیجانی ممکن است یک عامل خطر احتمالی برای انواع بیماری‌های پزشکی و روانپزشکی باشد (۱۲). نارسایی هیجانی معمولاً با مشکل در تشخیص و توصیف احساسات، خیالبافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار و مشکل در تفاوت دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود. این افراد مشکلاتی در خودنظم‌دهی دارند به عبارت دیگر، دچار

<sup>1</sup> Alexithymia

<sup>2</sup> Processing emotional

نانوانی در پردازش شناختی اطلاعات خلقی و نظم‌دهی هیجان‌ها هستند (۱۳).

فشارهای روانی مراقبت از بیمار بر خانواده و به ویژه همسر فرد مبتلا، نیاز به مداخلات درمانی برای بهبود تنظیم و نارسایی هیجانی و در نتیجه کاهش فشارهای روانی را ضروری می‌سازد. از جمله درمان‌های جدید و مؤثر بر نمونه‌های مختلف، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. روش مبتنی بر ذهن‌آگاهی نوعی مداخله گروهی است که به نظر می‌رسد در درمان درد مزمن همراه با کاهش عملکرد فیزیکی و سلامت روانی، درمانی امیدبخش است. ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. ذهن‌آگاهی به معنای بودن در لحظه، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد، یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح می‌باشد (۱۴).

هسته ذهن‌آگاهی بر آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، بیماری و درد متمرکز است (۱۵). ذهن‌آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد. افراد ذهن‌آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک می‌کنند و توانایی زیادی در رویارویی با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند. ذهن‌آگاهی با آرامش ذهنی و سلامت روانی رابطه مثبت دارد، در حالی که خودآگاهی با میزان پایین آرامش روانشناختی مرتبط است (۱۶). ذهن‌آگاهی می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار منفی، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کننده باشد، از این رو نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می‌نماید. بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضور ذهن و مشاهده‌گری را در سلامت روان به اثبات رسانده‌اند (۱۷). تمرین‌های مراقبه‌ای که در زندگی روزمره انجام می‌شود به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های

دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آنها به‌صورت یک ذهن انسجام‌یافته استفاده کنند. در ذهن‌آگاهی تمرینات بصورت تمرکز روی افکار، احساسات و ادراک انجام می‌شود. این مهارت‌ها از طریق تمرکز بر تنفس تا تمام فعالیت‌های زندگی را شامل می‌شود. ذهن‌آگاهی با تغییر ادراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش تاب‌آوری و توانایی آنها در کنترل وقایع زندگی، به افراد کمک می‌نماید (۱۵).

از آنجا که سرطان سبب بروز مشکلات متعدد جسمانی، روانی و اجتماعی در بیماران و خانواده آنان می‌شود، بنابراین بر کسی پوشیده نیست که این گروه از بیماران و نزدیک‌شان نیازمند مداخله درمانی جهت بهبود مشکلات روانی از قبیل مشکلات هیجانی و فشارهای روانی هستند. از طرفی مشکلات هیجانی و فشارهای روانی می‌تواند تأثیر منفی مهمی بر رضایت زناشویی ایجاد کند، که این خود می‌تواند بنیان خانواده را تهدید کند و این در حالی است که پژوهش‌های منسجم و کاربردی در خصوص تأثیر شناخت درمانی ذهن‌آگاهانه بر مشکلات هیجانی و فشارهای روانی در این بیماران و نزدیکان بیماران انجام نشده است، از این رو خلأ پژوهشی در این زمینه حس می‌شود. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نارسایی هیجانی و فشار مراقبت در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان انجام شد.

### روش کار

طرح پژوهش حاضر، آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه زنان دارای همسران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) به صورت تصادفی ساده گماشته شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه

شامل: عدم دریافت برنامه روان درمانی دیگر، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سکونت در شهر تبریز و عدم ابتلا به اختلال حاد روانی منجر به بستری بود. همچنین عدم پاسخدهی دقیق و کامل به سوالات پرسشنامه‌ها، انصراف از همکاری در هر مرحله از پژوهش و غیبت بیش از ۲ جلسه در طول درمان از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. در ابتدا به کلیه شرکت کنندگان، اهداف پژوهش توضیح داده شد، همچنین به آنها این اطمینان داده شد که مشخصات هیچ کدام از شرکت کنندگان افشا نخواهد شد و کلیه اصول اخلاقی در پژوهش مانند صداقت و رازداری در تمام مراحل پژوهش رعایت می‌شود.

شایان ذکر است که طبق نظر دلور (۱۴۰۱)، حداقل حجم نمونه برای هر گروه مداخله و کنترل باید حداقل ده نفر باشد (۱۸)، که جهت اطمینان بیشتر در هر گروه ۵ نفر بیشتر گنجانده شد. گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در مدت ۳ ماه دریافت کردند (۱۵). پس از پایان مطالعه برای گروه کنترل نیز همین تعداد جلسات برگزار شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس فشار مراقبت از بیمار و پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو استفاده شد. مقیاس فشار مراقبت از بیمار<sup>۱</sup> توسط پای و کاپور<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۱ تدوین شده است. این مقیاس به منظور سنجش میزان فشار مراقبت ادراک شده بیمار طراحی شده و نمره بالاتر در این آزمون، فشار روانی مراقبت بیشتری را نشان می‌دهد. این مقیاس دارای خرده مقیاس‌های فشار اقتصادی، اختلال در فعالیت‌های روزمره و اختلال در استراحت خانواده

است که هر گویه دارای سه پاسخ شدید (امتیاز ۲)، متوسط (امتیاز ۱) و بدون فشار (صفر) است. پرسش‌های شماره ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ خرده مقیاس فشار اقتصادی، سوالات ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱ خرده مقیاس اختلال در فعالیت‌های روزمره و پرسش‌های ۱۲، ۱۳ و ۱۴ خرده مقیاس اختلال در استراحت خانواده را مورد سنجش قرار می‌دهند (۱۹). نتایج مطالعه ملکوتی و همکاران (۱۳۸۶) نشان داد که این آزمون از اعتبار خوبی برخوردار است. همچنین نتایج آلفای کرونباخ نشان داد که میزان پایایی این پرسشنامه ۰/۷۲ می‌باشد (۲۰).

پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو<sup>۳</sup> یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای است که توسط بگی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۴) ساخته شده و نارسایی هیجانی را در سه خرده مقیاس دشواری در تشخیص احساس‌ها (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساس‌ها (۵ ماده) و تفکر برون مدار (۸ ماده) ارزیابی می‌کند که در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره دهی می‌شود. یک نمره کل نیز از جمع نمره‌های سه خرده مقیاس برای نارسایی هیجانی محاسبه می‌گردد. جمع نمرات بین ۲۰ تا ۱۰۰ بوده و نمره بیشتر از ۶۱ نشان دهنده نارسایی هیجانی است (۲۱). نتایج روانسنجی این ابزار در داخل ایران، حکایت از اعتبار و روایی این پرسشنامه دارد؛ بطوری که مطالعه طاهری و همکاران (۱۳۹۷)، پایایی این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ نشان داد (۲۲).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS-25 استفاده شد.

<sup>3</sup> Toronto Alexithymia Scale (TSA-20)

<sup>4</sup> Bagby

<sup>1</sup> Family Burden Interview Scale (FBIS)

<sup>2</sup> Pai & Kapur

جدول ۱. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه       | هدف  | محتوای جلسه   |
|------------|--|---|
| جلسه اول   | هدایت خودکار   | اجرای پیش آزمون، تشکیل گروه، تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای گروه، شرکت کنندگان خود را به سایر اعضای گروه معرفی می کنند (درباره آنچه آنها را به شرکت در گروه ترغیب کرده و آنچه از گروه می خواهند صحبت می کنند)، تمرین خانگی  |
| جلسه دوم   | مقابله با موانع  | تمرین افکار و احساسات، تمرکز بر بدن و تجربه حس های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی، مقابله با موانع و مشکلات، تمرین خانگی  |
| جلسه سوم   | زمان حرکت ماندن در زمان حال                                    | حضور ذهن بر روی شناسایی و ثبت تقویم تجربه های خوشایند- ثبت تجربه های ناخوشایند که هفته چهارم مورد کاوش قرار می گیرد. تمرین خانگی  |
| جلسه چهارم | ماندن در زمان حال  | شناسایی آنچه تجربه های ناخوشایند محسوب می شوند، تعریف قلمرو افسردگی یا حوزه دیگری که مشکل اعضای گروه است، مانند خستگی مزمن، استرس و غیره، تمرین   |
| جلسه پنجم  | پذیرش و اجاره- مجوز حضور                                       | خواندن شعر مهمان خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در گروه، تمرین بر روی کاوش الگوهای عادت و واکنش و کاربرد بالقوه مهارت های حضور ذهن برای تسهیل پاسخ دهی بیشتر به تجربه زمان حال، تمرین خانگی   |
| جلسه ششم   | فکرها نه حقایق   | تمرین خلق ها، افکار و دیدگاهی جایگزین، مشخص کردن نشانه ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره، تمرین خانگی   |
| جلسه هفتم  | چگونه می توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم                 | پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت های روزانه و تعیین اینکه کدام یک کسالت آور است و کدام یک حسی از تسلط یا لذت را فرد ایجاد می کند، شناسایی نشانگان عود/ بازگشت مجدد، تمرین خانگی   |
| جلسه هشتم  | استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده | مروری بر سامانه های هشدار اولیه و برنامه های عملی که برای استفاده در زمان هایی که خطر عود بالاست، توسعه داده شده اند، مروری بر کل آنچه در دوره گذشته مانند چه چیزهایی در زندگی تان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین ها توانست به شما در رسیدن به آنها کمک کند؟ بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین های رسمی و غیررسمی توسعه داده شد، ارائه پرسشنامه ها به شرکت کنندگان. اجرای پس آزمون |

### یافته ها

که سرطان پروستات و ریه به ترتیب با ۳۳ و ۲۶ درصد، رایج ترین انواع سرطان ها در میان مبتلایان بودند (جدول ۲).

پژوهش حاضر در یک نمونه ۳۰ نفری از زنان دارای همسر مبتلا به سرطان در سنین ۳۰ تا ۵۵ سال با میانگین ۴۶/۸۹±۶/۳۴ سال انجام شد. نتایج نشان داد

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

| متغیر                        | گروه         | تعداد | درصد |
|------------------------------|--------------|-------|------|
| فرزندان                      | دارای فرزند  | ۲۲    | ۷۳   |
|                              | بدون فرزند   | ۸     | ۲۷   |
| سابقه اختلال روانی غیر بستری | دارای اختلال | ۷     | ۲۳   |
|                              | بدون اختلال  | ۲۳    | ۷۷   |
| نوع سرطان همسر               | پروستات      | ۱۰    | ۳۳   |
|                              | ریه          | ۸     | ۲۶   |
|                              | روده بزرگ    | ۷     | ۲۳   |
|                              | سایر         | ۵     | ۱۶   |

جدول ۳. میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از آزمون

| متغیرها              | گروه آزمایش          |                     | گروه کنترل           |                     |
|----------------------|----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
|                      | پیش آزمون<br>میانگین | پس آزمون<br>میانگین | پیش آزمون<br>میانگین | پس آزمون<br>میانگین |
| نارسایی هیجانی       | ۶۲/±۱۳۹/۸۷           | ۵۴/±۷۳۱۲/۰۸         | ۵۴/±۶۰۹/۴۹           | ۵۳/±۸۸۱۰/۷۷         |
| فشار مراقبت از بیمار | ۲۲/±۲۰۰/۹۵۷          | ۲۱/±۰۷۱/۱۸۹         | ۱۶/±۸۰۱/۰۴۳          | ۲۱/±۶۱۱/۱۶۹         |

مطابق با نتایج بدست آمده از جدول ۳، میانگین نمرات نارسایی هیجانی در گروه آزمایش در پیش آزمون ۶۲/۱۳ بوده که بعد از دریافت درمان به ۵۴/۷۳ کاهش پیدا کرد. همچنین میانگین نمرات فشار مراقبت از بیمار در این گروه از ۲۲/۲۰ به ۲۱/۱۸۹ کاهش یافت.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها

| متغیر                | آماره لوین | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معناداری |
|----------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| نارسایی هیجانی       | ۰/۲۹۳      | ۱            | ۲۸           | ۰/۵۹۳        |
| فشار مراقبت از بیمار | ۰/۵۰۶      | ۱            | ۲۸           | ۰/۴۸۳        |
| پیش آزمون            | ۲/۰۱۴      | ۱            | ۲۸           | ۰/۱۶۷        |
| پس آزمون             | ۰/۵۱۲      | ۱            | ۲۸           | ۰/۴۸۰        |

که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابری. در جدول ۴ چون مقدار F در سطح خطای داده شده (۰/۲۹) معنی‌دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی‌شود. به این معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند.

جدول ۵. آزمون ام. باکس برای همگنی ماتریس‌های واریانس - کواریانس

| ام. باکس | F     | سطح معناداری |
|----------|-------|--------------|
| ۳/۹۸۴    | ۱/۲۲۵ | ۰/۲۹۹        |

براساس نتایج گزارش شده در جدول ۴، سطح معناداری تمام متغیرها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون از سطح معناداری آلفا ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود. فرضیه صفر در آزمون لوین عبارت بود از این که واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. لذا با توجه به این که سطوح معناداری به دست آمده از مقدار آلفا ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود فرض صفر مبنی بر این که واریانس‌ها همگن هستند، تأیید شد. جدول ۵ آماره ام. باکس را نشان می‌دهد. آزمون ام. باکس، این فرض صفر را مورد آزمون قرار می‌دهد

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نارسایی هیجانی و فشار مراقبت از بیمار در دو گروه آزمایشی و کنترل

| متغیر وابسته         | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معناداری | مجذور ایقایی سهمی |
|----------------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-------------------|
| فشار مراقبت از بیمار | ۱۳/۸۵۴        | ۱          | ۱۳/۸۵۴          | ۲۱/۱۸۹ | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۵              |
| نارسایی هیجانی       | ۱۶۶/۷۸        | ۱          | ۱۶۶/۷۸          | ۱۹/۴۲  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۳              |

فرض تحقیق با ۹۹٪ اطمینان تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر فشار مراقبت از بیمار و نارسایی هیجانی در همسران

با توجه به داده‌های جدول ۶ چون مقدار F در متغیرهای فشار مراقبت از بیمار و نارسایی هیجانی در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار است، فرض صفر رد و

بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد و مقدار اتا نشان می‌دهد که ۴۵ درصد از تغییرات فشار مراقبت از بیمار، ۷۳ درصد از تغییرات نارسایی هیجانی ناشی از تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است.

### بحث

هدف از این پژوهش تعیین تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نارسایی هیجانی و فشار مراقبت از بیمار در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری باعث کاهش نارسایی هیجانی در زنان همسران مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های تقی‌زاده و همکاران که در پژوهش خود به این نتیجه رسیده بودند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر بهبود خلق و خو و تنظیم هیجانات منفی در زنان افسرده کمک کند، همسو بود (۲۳). در نتایج مشابه افتخار افضلی و همکاران نیز دریافتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در درمان نارسایی هیجانات دختران دانشجویی که دارای تجربه‌های عاطفی ناخوشایند بودند، نقش موثری داشته باشد (۲۴). همچنین نتایج مطالعه نورمن<sup>۱</sup> و همکاران نیز که گزارش دادند این نوع درمان می‌تواند بر بهبود کنترل هیجانات منفی در گروه‌های سنی مختلف که دارای اختلالات شخصیت هستند، نقش مفید داشته باشد، با این یافته همسو می‌باشد (۲۵). در تبیین این نتایج می‌توان گفت استفاده از درمان ذهن آگاهی در میان همسران بیماران مبتلا به سرطان از طریق بهبود آگاهی شخص از افکار و هیجان‌های خود منجر به کاهش نگرانی‌های او می‌گردد. لذا در مطالعه حاضر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکید بر فونونی همچون یوگای هوشیارانه، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و مراقبه ذهن آگاهی منجر به بهبود ارزیابی مجدد همسران بیماران مبتلا به سرطان

می‌گردد. ذهن آگاهی نوعی کنترل فرایند توجه است که منجر به ایجاد آگاهی فراشناختی می‌شود. فرایندهای فراشناختی اجازه توسعه نوعی حالت تمرکززدایی از افکار را فراهم می‌کنند. در این حالت افکار به جای اینکه ضرورتاً بازنمایی‌های مستقیمی از واقعیت تعبیر شود به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا ادراک می‌شوند (۱۳).

همچنین نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری باعث کاهش فشار مراقبت از بیمار در زنان دارای همسر مبتلا به سرطان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های خزعلی و همکاران، که نشان دادند درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش اضطراب، افسردگی و فشار مراقبت از بیماران مزمن مالتیپل اسکلروزیس موثر باشد، همسو بود (۲۶). در نتایج مشابه، کازینیو<sup>۲</sup> و همکاران گزارش دادند که این درمان در کاهش فشار روانی مراقبت از بیماران قلبی موثر بوده است (۲۷). چونگ<sup>۳</sup> و همکاران نیز گزارش دادند درمان ذهن آگاهی توانسته به صورت معناداری بر کاهش فشار روانی مراقبین دارای بیمار دمانس موثر باشد (۲۸). در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا موقعیت‌هایی را که باعث اضطراب و استرس می‌شود، شناسایی کرده و با آگاهی بیشتر نسبت به خود، راهبردهای مقابله‌ای لازم برای کنترل اضطراب و استرس را دریافت کنند و در نتیجه احساس فشار کمتری در مراقبت از بیمار خود تجربه کنند. افرادی که از ذهن آگاهی بیشتری برخوردارند، از دانش و بینش مناسبی در مورد فرآیندهای شناختی و توانمندی‌های خود در برابر فشارهای روانی، برخوردارند. به همین خاطر راهبردهای موثر مواجهه با مشکلات و مسائل روانشناختی، موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت در

<sup>2</sup> Cousineau

<sup>3</sup> Cheung

<sup>1</sup> Norman



### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر کاهش نارسای هیجانی و فشار مراقبت از بیمار در زنانی دارای همسر مبتلا به سرطان، موثر باشد. این درمان با استفاده از آگاهی‌های لازم که منجر به شناخت و درک عمیق‌تر فرد از وضعیت خود و دیگران می‌شود، روشی موثر جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران و مراقبان آنها در زمینه مشکلات هیجانی و فشارهای روانی است. بنابراین می‌توان از این درمان جهت کاهش مشکلات روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران و افرادی که مراقبت از این بیماران را دارند در مراکز درمانی و کلینیک‌های خصوصی بهره گرفت.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی با کد IR.IAU.TABRIZ.REC.1401.294 می‌باشد. بدینوسیله از کلیه کسانی که در این مطالعه محققین را یاری کردند، بخصوص شرکت کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

زمان کنونی می‌شود، که قطعاً همین مساله در کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری موثر است. ناگویی خلقی در اصل مربوط به ناقص بودن آگاهی از وضعیت خویش است و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق آگاهی دادن از وضعیت بدنی و درونی فرد و کمک به درک احساسات و هیجانات منفی، موجب درمان ناگویی خلقی می‌شود. به دنبال این آگاهی و با شناسایی و تخفیف هیجانات، فشار ناشی از مراقبت از بیمار نیز کاهش می‌یابد (۲۹).

این پژوهش همچون هر پژوهش دیگری دارای یکسری محدودیت‌ها می‌باشد از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به محدود بودن جامعه پژوهش، انتخاب نمونه‌ها تنها از یک شهر و استفاده از یک جنسیت (زنان) اشاره کرد. بنابراین جهت رفع محدودیت‌های حاضر پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، از مردان دارای همسر مبتلا به سرطان نیز استفاده شود. همچنین جهت افزایش تعمیم پذیری بهتر است این مطالعه در سایر شهرهای ایران با بافت فرهنگی، مذهبی و اجتماعی متفاوت انجام شود. همچنین در این مطالعه شدت سرطان مورد سنجش قرار نگرفت که می‌تواند بر نتایج مطالعه اثر داشته باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود که شدت سرطان‌ها در مطالعات آتی نیز مورد سنجش قرار گیرد.

### References

- 1- Tamura S, Suzuki K, Ito Y, Fukawa A. Factors related to the resilience and mental health of adult cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2021;29(7):3471-86.
- 2- Faro JM, Mattocks KM, Nagawa CS, Lemon SC, Wang B, Cutrona SL, et al. Physical activity, mental health, and technology preferences to support cancer survivors during the COVID-19 pandemic: cross-sectional study. *JMIR Cancer*. 2021;7(1): e25317.
- 3- Preethi KA, Lakshmanan G, Sekar D. Antagomir technology in the treatment of different types of cancer. *Epigenomics*. 2021;13(07):481-84.
- 4- Reaisipour Z, Shafiabady A, Younesi Boroujeni J. The relationship between anger and the marital relationship quality in parents of children with cancer: the mediating role of psychological distress (depression, anxiety, and stress). *Iranian Journal of Pediatric Nursing*. 2021;8(1):35-45 [Persian].
- 5- Jung MY, Matthews AK. Understanding nurses' experiences and perceptions of end-of-life care for cancer patients in Korea: a scoping review. *Journal of Palliative Care*. 2021;36(4):255-64.
- 6- Maudgal S, Han W, Shukla Mishra V. Alexithymia in breast cancer patients and their sisters in Seoul. *Journal of Global Oncology*. 2019;4(2):105-18.

- 7- Kaushik D, Shah PK, Mukherjee N, Ji N, Dursun F, Kumar AP, et al. Effects of Yoga in men with prostate cancer on quality of life and immune response: a pilot randomized controlled trial. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. 2022;25(3):531-38.
- 8- Reijneveld EAE, Bor P, Dronkers JJ, Argudo N, Ruurda JP, Veenhof C. Impact of curative treatment on the physical fitness of patients with esophageal cancer: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Surgical Oncology*. 2022;48(2):391-402.
- 9- Neugut AI, Prigerson HG. Curative, life-extending, and palliative chemotherapy: new outcomes need new names. *Oncologist*. 2017;22(8):883-85.
- 10- Lewandowska A, Zych B, Papp K, Zrubcová D, Kadučáková H, Šupínová M, et al. Problems, stressors and needs of children and adolescents with cancer. *Children (Basel)*. 2021;8(12):1173.
- 11- Griffioen IPM, Rietjens JAC, Melles M, Snelders D, Homs MYV, van Eijck CH, et al. The bigger picture of shared decision making: a service design perspective using the care path of locally advanced pancreatic cancer as a case. *Cancer Medicine*. 2021;10(17):5907-16.
- 12- Fortin J, Leblanc M, Elgbeili G, Cordova MJ, Marin MF, Brunet A. The mental health impacts of receiving a breast cancer diagnosis: a meta-analysis. *British Journal of Cancer*. 2021;125(11):1582-92.
- 13- Britton WB. Can mindfulness be too much of a good thing? the value of a middle way. *Current Opinion of Psychology*. 2019;28(2):159-65.
- 14- Barton JA, Johns L, Salkovskis P. Are self-reported difficulties in emotional regulation associated with hoarding? a systematic review. *Oxford Institute of Clinical Psychology Training and Research (OXICPTR)*. 2021;30:100660.
- 15- Schuman-Olivier Z, Trombka M, Lovas DA, Brewer JA, Vago DR, Gawande R, et al. Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry*. 2020;28(6):371-94.
- 16- Baer R. Assessment of mindfulness by self-report. *Current Opinion in Psychology*. 2019;28(1):42-48.
- 17- Kriakous SA, Elliott KA, Lamers C, Owen R. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: a systematic review. *Mindfulness*. 2021;12(1):1-28.
- 18- Delavar A. *Research method in psychology and educational sciences*. 5th edition. Virayesh Publisher; 2022 [Persian].
- 19- Yu Y, Liu ZW, Li TX, Zhou W, Xi SJ, Xiao SY, Tebes JK. A comparison of psychometric properties of two common measures of caregiving burden: the family burden interview schedule (FBIS-24) and the Zarit caregiver burden interview (ZBI-22). *Health and Quality of Life Outcomes*. 2020;18(1):1-9.
- 20- Malakouti K, Poshtmashadi M. Comparison of the effects of Clozapine and Conventional antipsychotics on the burden and psychological well-being of caregivers of patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006;11(4):396-406 [Persian].
- 21- El Frenn Y, Akel M, Hallit S, Obeid S. Couple's satisfaction among Lebanese adults: validation of the Toronto Alexithymia scale and couple satisfaction index-4 scales, association with attachment styles and mediating role of alexithymia. *BMC Psychology*. 2022;10(1):1-0.
- 22- Taheri Z, Rezaee Jamaoui H, Zamani S. The effect of distress tolerance education on emotional regulation and improvement of alexithymia in patients with masturbation. *Journal of Child Mental Health*. 2019;6(1):54-69 [Persian].
- 23- Taghizadeh ME, Dalvand A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on alexithymia and cognitive impairment in women with depressive disorder. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2020;7(5):117-29 [Persian].
- 24- Eftekhar Afzali AR, Izadi F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on self-compassion, alexithymia and cognitive distortion of students experiencing love failures. *Research in Cognition and Behavioral Science*. 2021;11(2):61-72 [Persian].
- 25- Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *Evidence Base Mental Health*. 2019;22(1):36-43.
- 26- Farhadi M, Pasandideh MM. Mindfulness based cognitive therapy in reducing stress, anxiety, depression and increase self-efficacy in female patients with Multiple Sclerosis (MS). *Clinical Psychology and Personality*. 2020;15(2):7-15 [Persian].

- 27- Cousineau TM, Hobbs LM, Arthur KC. The role of compassion and mindfulness in building parental resilience when caring for children with chronic conditions: a conceptual model. *Frontiers in Psychology*. 2019;10:1602.
- 28- Cheung DSK, Kor PPK, Jones C, Davies N, Moyle W, Chien WT, et al. The use of modified mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy program for family caregivers of people living with dementia: a feasibility study. *Asian Nursing Research*. 2020;14(4):221-30.
- 29- Maniscalco E, La Marca L, Faldetta N, Fabbiano F, Verderame F, Schimmenti A. Maladaptive personality features, alexithymia, and traumatic events as risk factors for patients with cancer diagnosis. *Journal of Mental Health Counseling*. 2022;44(2):153-72.