



# مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان

گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران  
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.  
گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران  
گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

رحمن یوسفی <sup>id</sup>  
فریبا حافظی\* <sup>id</sup>  
سعید بختیارپور <sup>id</sup>  
بهنام مکوندی <sup>id</sup>

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۳ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱ | ایمیل نویسنده مسئول: febram315@yahoo.com

## فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰  
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ | پایب ۱۴ | ۲۰۹-۲۲۷  
زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:  
درون متن:

(یوسفی، حافظی، بختیارپور و مکوندی، ۱۴۰۱)

### در فهرست منابع:

یوسفی، رحمن، حاضی، فریبا، بختیارپور، سعید، و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهر گرگان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵ پایب ۱۴): ۲۰۹-۲۲۷.

## چکیده

**هدف:** بی‌تردید سرطان پستان یکی از پر استرس‌ترین رخدادها برای زنان است که بیماران معمولاً در روبرو شدن با تشخیص سرطان دچار ضربه و شوک شدیدی خواهند شد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. **روش پژوهش:** طرح تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز رادیوتراپی و انکولوژی میرداماد شهر گرگان در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بود. به همین منظور ۴۵ نفر انتخاب شده، و به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. در گروه آزمایش اول، از پروتکل درمانی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری دونالد رابرتسون (۲۰۱۲) استفاده شد. در گروه آزمایش دوم، جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس راهنمای درمان مبتنی بر حضور ذهن سگال و همکاران (۲۰۰۲) طی ۸ جلسه اجرا شد. گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش شامل مقیاس خودکارآمدی درد نیکلاس (۱۹۹۸)، و پرسشنامه ادراک درد مک‌گیل (۱۹۹۷) بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه گواه، هر دو روش درمانی تأثیر معناداری بر ادراک درد ( $F=۵۵/۱۹, P<۰/۰۰۱$ ) و خودکارآمدی درد ( $F=۷/۱۶, P<۰/۰۰۱$ ) در زنان مبتلا به سرطان پستان داشته است ( $P<۰/۰۰۵$ ). درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی اثربخشی متفاوتی در کاهش ادراک درد و افزایش خودکارآمدی درد بیماران نداشته است ( $P>۰/۰۰۵$ ). می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به سرطان پستان موثر بود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، ادراک درد، خودکارآمدی درد، سرطان پستان، هیپنوتیزم.

## مقدمه

در جهان امروز با وجود این که پیشرفت فناوری و علوم پزشکی انسان را قادر به غلبه بر بسیاری از سرطان‌ها از جمله سرطان پستان کرده است، همچنان سرطان به خاطر پیش‌آگهی‌هایی که در مورد آن وجود دارد بیماری وحشت‌آوری در زندگی بشر به شمار می‌رود و از زمان تشخیص تا درمان مشکلات مختلف جسمانی و روانی را برای فرد مبتلا و اطرافیانش به وجود می‌آورد (هربک، پینالت لورکا، کورتس، گونات، هوسامی و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به این که سرطان پستان در سنینی رخ می‌دهد که زنان در اوج مسئولیت‌های زندگی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند و همچنین بخاطر ماهیت‌های درمان این بیماری که گاهی با برداشتن پستان همراه است و باعث ایجاد تغییراتی در بدن زنان و نقش‌های جنسی و حس زنانه و مادرانه ی آن‌ها می‌شود می‌توان گفت مشکلات این بیماری برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها بسیار زیاد است (واکر و وینر، ۲۰۱۹). در واقع سرطان پستان نوعی بیماری تلقی می‌شود که افراد مبتلا به آن در خطر تجربه ی آشفتگی‌ها و فشارهای مرتبط با بیماری هستند و بسیاری از آن‌ها مشکلات سازگاری را تجربه می‌کنند که مستقیماً با زندگی یک فرد سرطانی مرتبط است. مانند آشفتگی‌های مرتبط با آغاز بیماری و پیامدهای ناشی از سرطان (بریت، کوزیک و فیلیپز، ۲۰۲۰).

یکی از عوامل مهم در بیماران مبتلا به سرطان، ادراک درد است (واله، ۲۰۲۲). درد یکی از ترس‌آورترین و پریشان‌کننده‌ترین علائم سرطان است. درد از نظر طول مدت به دو دسته تقسیم می‌شود: درد حاد و درد مزمن. درد حاد معمولاً نتیجه ی بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه دارد اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه ادامه دارد می‌تواند با آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند. درد مزمن جنبه‌های متفاوت از زندگی فرد از قبیل عملکرد هیجانی، بین شخصی، شغلی و فیزیکی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و هزینه‌های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می‌نماید (کلتینگ، رابینسون و لوترز، ۲۰۱۹). بین شدت درد و وضعیت روحی و روانی رابطه وجود دارد. بیماران مبتلا به سرطانی که درد داشتند نسبت به آن‌هایی که درد نداشتند بیشتر مضطرب، افسرده و متخاصم بودند و شکایات جسمانی بیشتری داشتند (گلدشتین و همکاران، ۲۰۲۰). یکی دیگر از متغیرهای مهمی که در بیماران مبتلا به سرطان تحت تاثیر قرار می‌گیرد، خودکارآمدی است (هیدون و همکاران، ۲۰۲۱). در خلال سال‌ها نظریه‌های روانشناختی متعددی سعی کردند تا چگونگی رفتار آدمی را تبیین کنند. نظریه‌های شناختی اجتماعی نیز یکی از این نظریه‌هاست (کوری و استلا، ۲۰۱۸). خودکارآمدی که به عنوان هسته مرکزی این نظریه در نظر گرفته شده بر عملکرد انسانی و شیوه برخورد وی با مسائل تاثیر بسزایی دارد. خودکارآمدی به عنوان رگه شخصیتی تعریف و ارزیابی نشده است بلکه باورهای فرد درباره توانایی انسجام مهارت‌ها و توانایی‌ها برای دستیابی به اهداف در شرایط و موقعیت خاص می‌باشد، به نوعی داوری فرد درباره صلاحیت خودش است (نیومن و همکاران، ۲۰۱۹). بندورا (۱۹۸۶) این نظریه را در مورد عملکرد آدمیان مطرح کرد که در آن نقش باورهای خود را در شناخت، انگیزش، عاطفه و رفتار آدمی برجسته نمود. بندورا با دیدگاه‌هایی که به عوامل درونی موثر بر رفتار توجه می‌کنند و عوامل محیطی را نادیده می‌گیرند، مخالفت می‌کند و از دیدگاه‌هایی که انسان را پاسخ دهنده منفعل به رویدادهای محیطی می‌دانند نیز انتقاد می‌کند. از نظر بندورا شخص، محیط و رفتار شخص بر هم تاثیر و تاثر مقابل دارند و هیچ کدام از آن سه جزء را نمی‌توان جدا از اجزای دیگر به عنوان

تعیین کننده ی رفتار انسان به حساب آورد. بندورا این تعامل سه جانبه را جبر متقابل یا تعیین گری متقابل نامیده است. بندورا (۱۹۹۷) عقیده دارد که باورهای خودکارآمدی در افراد تحت تاثیر عوامل مختلف قرار دارد و تنها از طریق متقاعد ساختن فرد و تشویق وی رشد نمی کند. بنظر می رسد افرادی که خودکارآمدی بالا دارند و اعتقاد دارند می توانند فشارهای بالقوه زندگی را تحت کنترل خود درآرند، الگوهای فکری نگران کننده به خود راه نمی دهند و در نتیجه مضطرب نمی شوند و بر عکس کسانی که به کارآمدی خود برای کنترل بالقوه تهدیدها معتقد نباشند، تهدیدها منجر به فشار روانی و اضطراب در آنها می شود (گلنیک، بلدو و استارک، ۲۰۲۰).

در مورد بررسی اثربخشی روش های مداخله روانشناختی بر مشکلات روانی بیماران مبتلا به سرطان نیز پژوهش هایی انجام شده است. پژوهشگران جهت درمان انواع سرطان ترکیب متفاوتی از مداخلات روانشناختی را به کار برده اند که شامل آموزش آگاهی در مورد ارتباط افسردگی با رشد تومورهای سرطانی، کمک در جهت ایجاد راهکارهای مقابله با استرس شامل تمرین آرام سازی، تصویرسازی ذهنی، رفتار درمانی شناختی، مدیریت استرس و گروه درمانی بوده است که اثربخشی هر یک از این درمان ها به گونه ای به اثبات رسیده است (گورینو و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی فراتحلیل در دهه اخیر نشان می دهد بیشترین پژوهش ها متمرکز بر دو درمان شناختی-رفتاری و ذهن آگاهی بوده است. رویکرد شناختی رفتاری بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر عواطف و رفتارها است و روی رفتار تمرکز دارد. درمانگر به بیمار کمک می کند تا تحریفات شناختی خود را شناسایی کرده و شیوه های تفکری مثبت تر و واقع بینانه تری را جایگزین آنها کند. در رویکردهای جدیدتر به درمان شناختی-رفتاری به هیپنوتیزم توجه شده است. هیپنوتراپی شناختی-رفتاری این گونه فرض می کند که علت بیشتر آشفتگی های روان شناختی اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می شوند (تاستان و همکاران، ۲۰۲۰). برای درمان این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آنها آگاه کرد و بعد به آنها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی هیپنوتیزی، خودگویی های مثبت تر و سازگارانه تری بسازند (شکیل، ۲۰۲۰). نتایج یکی از فراتحلیل ها روی ۱۸ تحقیق که درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم الحاقی را با درمان شناختی رفتاری صرف، مقایسه کرده بود، نشان داد مراجعانی که با هیپنوتراپی شناختی رفتاری درمان شده بودند، به طور متوسط از ۷۰ درصد مراجعانی که درمان بدون هیپنوتیزم دریافت کرده بودند، بهبودی بیشتری نشان دادند (کیرچ و همکاران، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از درمان ها مطرح شده در سال های اخیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. رنج های انسانی اشکال متفاوتی به خود می گیرند و روان درمانی ها همیشه به دنبال راهکارهایی برای شکل های متفاوت این رنج ها و افزایش سلامت انسانی بوده اند (لی، ۲۰۱۸). یکی از این راه ها که به دنبال یافتن آزادی نهایی و رهایی از این رنج های انسانی ظهور یافته است ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی به علت ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه و مشاهده گری بدون داوری می تواند باعث بهبود شفقت و افزایش سبک های تصمیم گیری شود (توبین و دانکلی، ۲۰۲۰). رویکرد کابات زین برای درمان این مراجعان شامل واری بدن یا فن آگاهی از بدن، یک سری تغییرات عمدی را در بر می گیرد که در آغاز بر کل بدن و سپس بر هر بخشی از بدن در یک شیوه بدون داوری متمرکز می شود (لیوریچ، کاوناق و استراوس، ۲۰۲۰). با استفاده از تمرین های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می گیرد که پاسخ هایی

جایگزین ناراحتی‌های هیجانی بدهد و بنابراین پاسخ‌های شرطی شده کاهش می‌یابد. در ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند که تجربیات را به عنوان تجربیات مجزا از خود و به عنوان یک حالت گذرا و موضوعی برای تغییر بپذیرند (ویزمن و خوری، ۲۰۲۰). تمرینات ذهن آگاهی به دنبال افزایش پذیرش آگاهی متمایز از طریق تمرکز خاص بر ناراحتی‌های جسمی و هیجانی است و به مراجعین می‌آموزد که وضعیت‌های هیجانی، جسمانی و شناختی را بدون واکنش غیرارادی مورد مشاهده قرار دهند (هافمن و گومز، ۲۰۱۷). بر اساس پژوهش‌ها، مراقبه متعادل، مراقبه ذهن آگاهی، مراقبه ویپاسانا، یوگا و سایر فنون مراقبه‌ای تاثیر قابل توجهی در بهبود توانبخشی انواع مراجعان داشته‌اند (اسمیت، ۲۰۱۹). با توجه به مطالب گفته شده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی روی ادراک درد و خودکارآمدی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری پایدار بود؟

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعه نیمه آزمایشی بوده و با استفاده از طرح گروه‌های نامعادل (آزمایش و گواه) با پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز رادیوتراپی و انکولوژی میرداماد شهر گرگان در نیمه دوم سال ۱۳۹۸ بود. حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون (۰/۸۰)، اندازه اثر (۰/۵۰) و سطح اطمینان (۰/۰۵) در نرم افزار G\*Power برای هر گروه (۱۵ نفر) برآورد شد. برای انتخاب حجم نمونه ابتدا از بین زنان مراجعه‌کننده با توجه به ملاک‌های ورود ۴۵ نفر انتخاب شد. پس از انتخاب گروه نمونه اولیه؛ بصورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم و سپس با گمارش تصادفی دو تا از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله و دیگر گروه به عنوان گروه گواه در نظر گرفته شد. بر این اساس ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: قرار داشتن در مرحله (استیج ۳) و درجه (گرید ۲) سرطان پستان، قرار داشتن در فرایند شیمی درمانی، حداقل تحصیلات در سطح سیکل، حداقل سن ۳۰ سال و حداکثر سن ۶۰ سال و رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها شامل وجود اختلال‌های روانی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری (مثل نشانه‌های روان‌پریشی و افسردگی شدید) که براساس یک مصاحبه بالینی مقدماتی تشخیص داده شد. وجود متاستاز در شش ماه گذشته که براساس گزارش پرونده پزشکی بیمار بررسی شد.

### ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه خودکارآمدی درد. بر پایه مفهومی که بندورا آزمون خودکارآمدی مربوط به درد از خودکارآمدی مطرح کرده است، قرارداد. این پرسشنامه دارای ده عبارت است و به منظور ارزیابی باور بیمار از تواناییش در انجام فعالیت‌های گوناگون علی‌رغم وجود دردبه وسیله نیکلاس (۱۹۹۸) ساخته شده است. پاسخگویی به این پرسشنامه براساس یک مقیاس لیکرت ۷ بخشی صفر تا شش درجه می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۳۰ است. نمره بالاتر مبین احساس خودکارآمدی بالاتر و باور قدرتمندتر در انجام

فعالیت‌های روزمره علی‌رغم وجود درد است. نیکلاس (۱۹۸۸) پایایی پرسشنامه را به شیوه همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آورد. روایی پرسشنامه همبستگی بالایی با مقیاس ناتوانی ناشی از درد را منعکس می‌کند. برای بررسی اعتبار پرسشنامه ضرایب بازآزمایی پرسشنامه را با فاصله زمانی ۹ روز ( $p = 0.01/0$ ) گزارش کرده‌اند. ضرایب اعتبار آزمون را با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ، روش تنصیف و روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۸ و ۰/۷۷ به دست آوردند که بیانگر پایایی مطلوب و رضایت بخش آزمون است.

**۲. پرسشنامه ادراک درد مک‌گیل.** این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت داشته و هدف سنجش درک افراد از درد از ابعاد مختلف (ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد، دردهای متنوع و گوناگون) می‌باشد. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۷۰ است. در پژوهش دورکین (۲۰۰۹) روایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه گردید. ضریب آلفا برای کلیه ابعاد بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۷ بدست آمد.

**۳. پرسشنامه ترس از عود.** این پرسشنامه توسط سیمارد و همکاران (۲۰۰۹) تدوین شده است و یک ابزار خودگزارش دهی است که ترس از عود سرطان را در یک ماه گذشته بررسی می‌کند. این مقیاس شامل ۴۲ سؤال است که به صورت طیف چهار ارزشی از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نقطه برش این پرسشنامه نمره ۸۴ است. این پرسشنامه اطلاعات بالینی معناداری را درباره ماهیت ترس از عود سرطان و نیز نمرات را برای ۷ مؤلفه شامل راه اندازه‌ها، شدت، آشفتگی، اختلال عملکرد، بینش، اطمینان و مقابله به دست می‌دهد. نمرات هر یک از مؤلفه‌ها برای رسیدن به یک نمره کلی با هم جمع می‌شوند و نمره بالاتر نشان دهنده ترس بیشتر از عود بیماری است. در نسخه اصلی همسانی درونی پرسشنامه ۰/۷۵، پایایی بازآزمایی ۰/۵۸ گزارش شده است؛ همچنین تحلیل عوامل وجود ۷ مؤلفه و روایی عاملی این پرسشنامه را تایید کرده است.

**۴. درمانی شناختی- رفتاری خودهیپنوتیزمی.** به منظور اجرای جلسات درمانی شناختی- رفتاری خودهیپنوتیزمی در گروه آزمایش اول، از پروتکل درمانی برگرفته شده از راهنمای هیپنوتراپی شناختی- رفتاری دونالد رابرتسون (۲۰۱۲) استفاده شد که در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای انجام پذیرفت. این پروتکل شامل موارد زیر است:

#### جدول ۱. مداخله‌ای آموزش کنترل درد مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری خودهیپنوتیزمی

| جلسه | آموزش خودهیپنوتیزمی   |
|------|---|
| اول  | گرفتن شرح حال و بیان چگونگی انجام کار، رفع هرگونه سوء برداشت درمورد هیپنوتیزم و بیان اثر بخشی و محدودیت‌ها. توضیح درمورد خودآگاه و ناخودآگاه. توضیح درد و مؤلفه‌های مرتبط با درد و توضیح منطق توضیح منطق درمان و معرفی مؤلفه‌های هیپنوتیزم و پاسخ به سؤالات افراد، درمان شناختی رفتاری و آموزش تنفس شکمی، تست هیپنوزپزیری هیلگارد، پرکردن پرسش‌نامه‌های ترس از عود، ادراک درد و خودکارآمدی، اجرای هیپنوز با روشن کیاسون، عمیق‌سازی هیپنوز، تلقینات درمانی، شرطی سازی، خروج از هیپنوز. |
| دوم  | تلقینات مرتبط با کنترل درد به افراد داده شد از جمله جایگزینی احساس درد با یک احساس متفاوت، جایجایی محل درد به نقطه دیگر بدن یا به محلی خارج از بدن، آموزش آرامسازی عضلانی و خودهیپنوتیزم، و ارائه تکلیف برای منزل   |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>سوم</b>   | عمیق کردن خلسه، تمرین بی‌حسی دست از طریق تلقین‌های مستقیم سرد شدن و بی‌حس شدن دست برای کمک به فرآیند بی‌حسی و شرطی سازی، تلقینات مربوط به احساس مطلوب بدنی، مدیریت درد   |
| <b>چهارم</b> | تمرین آرامسازی عضلانی و آموزش حذف انقباضات و ورود به خلسه و بی‌حس کردن دست با تلقین‌ها و استفاده از دست برای بی‌حس کردن ناحیه شکم و کمر، پیش‌روی سنی، ایجاد احساس خوشایند و امید به زندگی؛ بدون درد در آینده.  |
| <b>پنجم</b>  | توضیح در مورد راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و ناسازگارانه و شناسایی راهبردهای مقابله‌ای افراد و تمرین برای جایگزینی راهبردهای ناسازگارانه و آموزش تکنیک‌های حواس‌پرتی و آموزش خودهیپنوتیزی و انجام خودهیپنوتیزی به وسیله افراد در جلسه و ارائه تمرین برای منزل جهت مقابله با درد   |
| <b>ششم</b>   | بررسی تکالیف، آموزش تکنیک‌های پردازش هیجانی به خود هیپنوتیزی افراد در جلسه و ارائه تلقین‌ها برای سیستم گوارش به ویژه در مورد تجربه درد (یادآوری تجارب و منظور رفع حالت تهوع و شرطی سازی و ارائه تمرین برای منزل شناسایی هیجان از طریق دقت به احساسات بدنی و تمرکز بر آنها و تجربه کردن احساسات، شناسایی افکار همراه هیجان و بازگو کردن حالت هیجانی و بیان - نیازها، شناسایی گره‌های کور و افشای هیجانی به صورت نوشتاری و تکنیک بازسازی تصویر ذهنی) و ارائه تکلیف برای منزل |
| <b>هفتم</b>  | بررسی تکالیف، توضیح افکار خودآیند منفی و رابطه خودهیپنوتیزی افراد در جلسه و تجسم سازی ذهنی به منظور گرم کردن پا، انبساط رحم و شرطی سازی و ارائه تمرین برای منزل آموزش راههای شناسایی افکار خودآیند منفی و ارائه تکلیف برای منزل  |
| <b>هشتم</b>  | بررسی تکالیف، ارزیابی صحت افکار خودآیند و چالش خودهیپنوتیزی افراد در جلسه و تجسم سازی ذهنی به منظور تغییر شکل و کشیدن افکار خودآیند منفی و ارائه تکلیف برای منزل   |
| <b>نهم</b>   | بررسی تکالیف، آموزش تحریف‌های شناختی و آموزش شیوه ارائه تلقینات و تبدیل حسی (تبدیل خاطرات بد به خاطرات خوب)  |
| <b>دهم</b>   | بررسی تکالیف، خود هیپنوتیزی افراد در جلسه و تمرین تبدیل حسی، تصویرسازی از آینده خوشایند و بدون درد. خروج از هیپنوز. در این جلسه مجدداً پرسش‌نامه‌های ترس از عود، دراک درد و خودکارآمدی را به‌عنوان پس‌آزمون پر کردند.  |

۵. **درمان مبتنی بر ذهن آگاهی.** جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس راهنمای درمان مبتنی بر حضور ذهن سگال و همکاران (۲۰۰۲) بود. این مداخله طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به شرح زیر آموزش داده شد:

#### جدول ۲. روش مداخله‌ای آموزش کنترل درد مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه       | آموزش کنترل درد مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری   | اهداف جلسه ها   |
|------------|---|---|
| <b>اول</b> | توضیح پیرامون اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون و بازکردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با کمک چند تکنیک و یاد گرفتن انجام امور روزمره با توجه کردن به آنها. | آگاهی بیشتر به احساس‌ها، فکرها و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه بودن در لحظه. |

|              |  |   |
|--------------|--|---|
| <b>دوم</b>   | پی بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه بر بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس.                                    | توجه به احساسها و فکرها و گسترش آنها و پذیرش فکرها و احساسهای ناخوشایند.  |
| <b>سوم</b>   | آرام گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مدیتیشن نشسته و انجام تمرینهایی که توجه را به لحظه حال می آورند.  | مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند از سرطان.  |
| <b>چهارم</b> | یاد گرفتن اینکه بدون کناره گیری و انزوا از اطرافیان؛ در لحظه حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم.         | جلوگیری از ایجاد تثبیت فکرهای منفی نسبت به سرطان  |
| <b>پنجم</b>  | آگاهی کامل نسبت به فکرها و احساسها و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم.                                       | تغییر عادت‌های قدیمی فکر کردن مانند: شناخت امور روزمره خودکار-بی انگیزه بودن در کارها- بی نتیجه دانستن کارها- فرار یا اجتناب یا موقعیت‌های سخت زندگی. |
| <b>ششم</b>   | تغییر خلق و افکار از طریق دیدن افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت.   | آگاه شدن از علایم هشداردهنده افکار منفی نسبت به بیماری.   |
| <b>هفتم</b>  | هشیاری نسبت به نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبرویی احتمالی با نشانه‌های بیماری.                          | آگاهی نسبت به تغییرهای کوچک در علائم جسمانی.  |
| <b>هشتم</b>  | د) برنامه ریزی برای آینده و استفاده از تکنیک‌های حضور در لحظه حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها در کل جریان زندگی. | توانمند سازی برای به کار گیری آموخته‌ها و تکنیک‌ها در جریان زندگی.  |

**روش اجرا.** برای مشخص شدن میزان استعداد هیپنوتیزم پذیری افراد مراجعه کننده آزمون هیلگارد (دو دست هم چون آهن ربا به هم نزدیک می‌شوند) اجرا و با توجه به ملاک‌های ورود ۴۵ نفر از کسانی که استعداد هیپنوتیزم پذیری بیشتری داشتند انتخاب شدند و سپس با گمارش تصادفی یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله درمان با هیپنوتیزم انتخاب شد. برای هر سه گروه ابزار پرسشنامه نیز به کار گرفته شد. همچنین درباره سودمندی‌ها، اثرات و همینطور محدودیت‌های هیپنوتیزم توضیحات لازم به شرکت کنندگان ارائه شد. هر پژوهشگر باید با توجه به ماهیت مسئله و فرضیه‌های طراحی شده یک یا چند ابزار را طراحی می‌کند و پس از کسب شرایط در مورد اعتبار این ابزارها، از آنها برای جمع‌آوری داده‌ها بهره می‌جوید تا از طریق پردازش و تحلیل این داده‌ها بتواند در مورد فرضیه‌ها قضاوت کند. در تحقیق حاضر اطلاعات مورد نیاز در دو مرحله جمع‌آوری شده است: در مرحله اول به بررسی کتابخانه‌ای شامل جمع‌آوری اطلاعات از طریق کتاب، مجلات، نشریات الکترونیکی و پایان‌نامه‌ها می‌پردازد. در مرحله دوم که مداخله‌ای است، براساس طرح مداخله عمل شد. استفاده از روش‌های آماری به دو شکل توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در بخش توصیفی ارائه جدول‌های توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه، شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی داده‌ها صورت گرفته است. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس، پس از بررسی و تایید پیش فرض‌ها استفاده شد. لازم به ذکر است که تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت.

### یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه هیپنوتیزم شناختی-رفتاری ۴۸/۵۷ (۷/۹۴)، در گروه ذهن آگاهی ۴۶/۹۶ (۷/۵۱)، و گروه گواه ۴۷/۳۴ (۷/۶۴) بود. در این بخش میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه‌های آزمایش و گروه گواه گزارش می‌شود.

### جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ادراک درد و خودکارآمدی درد به تفکیک مرحله سنجش در

| گروه‌ها                  |                |              |           |          |        |
|--------------------------|----------------|--------------|-----------|----------|--------|
| گروه                     | متغیر          | شاخص         | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری |
| هیپنوتیزم شناختی- رفتاری | ادراک درد(کل)  | میانگین      | ۰۰.۸۸     | ۰۰.۶۱    | ۲۷.۶۳  |
|                          | انحراف معیار   | انحراف معیار | ۴۱.۱۱     | ۳۶.۱۰    | ۱۱.۱۰  |
| درمان مبتنی بر ذهن آگاهی | ادراک درد(کل)  | میانگین      | ۱۳.۸۸     | ۴۰.۷۳    | ۸۸.۷۵  |
|                          | انحراف معیار   | انحراف معیار | ۹۶.۱۱     | ۶۶.۱۲    | ۴۲.۱۲  |
| گواه                     | ادراک درد(کل)  | میانگین      | ۴۰.۸۸     | ۰۰.۸۸    | ۶۹.۸۸  |
|                          | انحراف معیار   | انحراف معیار | ۸۰.۱۰     | ۶۶.۱۱    | ۴۸.۱۱  |
| هیپنوتیزم شناختی- رفتاری | خودکارآمدی درد | میانگین      | ۸۰.۲۶     | ۸۷.۳۱    | ۱۷.۳۰  |
|                          | انحراف معیار   | انحراف معیار | ۷۰.۵      | ۹۱.۴     | ۵۵.۴   |
| درمان مبتنی بر ذهن آگاهی | خودکارآمدی درد | میانگین      | ۶۷.۲۶     | ۲۷.۳۲    | ۶۹.۳۱  |
|                          | انحراف معیار   | انحراف معیار | ۴۵.۴      | ۱۲.۵     | ۰۷.۵   |
| گواه                     | خودکارآمدی درد | میانگین      | ۷۳.۲۷     | ۶۷.۲۶    | ۱۸.۲۶  |
|                          | انحراف معیار   | انحراف معیار | ۰۱.۵      | ۱۸.۶     | ۰۷.۶   |

میانگین در سه گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون در مقیاس ادراک درد کاهش نشان می‌دهد. همچنان میانگین خودکارآمدی درد در سه گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می‌دهد. در جدول ۳، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای آزمون فرضیه ی اصلی پژوهش آمده است.

### جدول ۴. آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نمرات ادراک درد و خودکارآمدی درد در سه گروه

| شاخص آماری اثر         | آزمون         | ارزش  | F      | df فرضیه | df خطا | سطح معناداری | اندازه اثر |
|------------------------|---------------|-------|--------|----------|--------|--------------|------------|
| تفاوت سه گروه با کنترل | اثربندی و بکس | ۱/۱۷  | ۱۷/۷۵  | ۶        | ۷۶     | ۰/۰۰۱        | ۰/۵۸       |
| اثر پیش آزمون          | اثرهتلینگ     | ۱۸/۶۳ | ۷۷/۱۱  | ۶        | ۷۲     | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۰       |
| بزرگترین ریشه روی      | بزرگترین ریشه | ۱۸/۳۵ | ۲۳۲/۴۰ | ۳        | ۳۸     | ۰/۰۰۱        | ۰/۹۵       |



نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل بین‌گروهی «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از متغیرهای ادراک درد و خودکارآمدی درد شرکت‌کنندگان سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد (لامبدای ویلکز=۰/۰۴،  $p > ۰/۰۵$ ).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

| شاخص آماری متغیرها | منبع تغییر | SS      | df | MS      | F      | سطح معناداری | ضریب ایستا |
|--------------------|------------|---------|----|---------|--------|--------------|------------|
| ادراک درد          | گروه       | ۵۷۰۳/۴۴ | ۲  | ۲۸۵۱/۷۲ | ۵۵/۱۹  | ۰/۰۰۱        | ۰/۷۴       |
|                    | زمان*گروه  | ۱۷۰/۵۵۶ | ۲  | ۸۵/۲۷۸  | ۲۵/۶۳۲ | ۰/۰۰۱        | ۰/۴۲       |
| خودکارآمدی         | گروه       | ۳۲۶/۸۰  | ۲  | ۱۶۳/۴۰  | ۷/۱۶   | ۰/۰۰۱        | ۰/۲۷       |
| درد                | زمان*گروه  | ۱۰۶/۴۶۷ | ۲  | ۵۳/۲۳۳  | ۱۵/۷۹۰ | ۰/۰۰۱        | ۰/۳۶       |

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، با حذف تاثیر متغیر پیش‌آزمون، فرضیه اصلی مبنی بر وجود تفاوت معنادار در متغیرهای ادراک درد و خودکارآمدی درد در سه گروه، تایید می‌گردد. همانگونه که از نتایج جدول ۵ ملاحظه می‌گردد سطح معناداری حاصل شده برای مؤلفه‌های ادراک درد و خودکارآمدی درد در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۱۷ به دست آمده از اصلاح بونفرونی (تقسیم سطح معناداری ۰/۰۵ بر ۳ متغیر وابسته) کوچکتر می‌باشد. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان مؤلفه‌های ادراک درد و خودکارآمدی درد در دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه تغییر داشته است. برای اینکه به‌طور مشخص تفاوت بین گروه‌ها و مقایسه دو به دوی میانگین‌ها مورد بررسی قرار گیرد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. آزمون تعقیبی توکی جهت مقایسه سه گروه در ادراک درد و خودکارآمدی درد

| گروه اول   | گروه دوم   | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | سطح معنی‌داری |
|------------|------------|------------------|----------------|---------------|
| هیپنوتراپی | ذهن آگاهی  | -۱۲/۴۰           | ۴/۲۴           | ۰/۰۶          |
|            | گواه       | -۲۷/۰۰           | ۴/۲۴           | ۰/۰۰۱         |
| ذهن آگاهی  | هیپنوتراپی | ۱۲/۴۰            | ۴/۲۴           | ۰/۰۶          |
|            | گواه       | -۱۴/۶۰           | ۴/۲۴           | ۰/۰۰۱         |
| گواه       | هیپنوتراپی | ۲۷/۰۰            | ۴/۲۴           | ۰/۰۰۱         |
|            | ذهن آگاهی  | ۱۴/۶۰            | ۴/۲۴           | ۰/۰۰۱         |
| هیپنوتراپی | ذهن آگاهی  | -۰/۴۰            | ۱/۹۸           | ۰/۹۸          |
|            | گواه       | ۵/۲۰             | ۱/۹۸           | ۰/۰۳          |
| ذهن آگاهی  | هیپنوتراپی | ۰/۴۰             | ۱/۹۸           | ۰/۹۸          |
|            | گواه       | ۵/۶۰             | ۱/۹۸           | ۰/۰۲          |
| گواه       | هیپنوتراپی | -۵/۲۰            | ۱/۹۸           | ۰/۰۳          |
|            | ذهن آگاهی  | -۶۰/۵-           | ۹۸/۱           | ۰/۲۰          |

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بین سه گروه در متغیر ادراک درد تفاوت معنادار در سطح ( $P < 0/05$ ) وجود دارد. نتایج بیانگر آن است که بین شاخص گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) با گروه گواه اختلاف معناداری به‌دست آمده است ( $P < 0/05$ ). لذا باتوجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه موجب کاهش ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. همچنین یافته‌های آزمون تعقیبی نشان می‌دهد درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی اثربخشی متفاوتی در کاهش ادراک درد بیماران نداشته است ( $P > 0/05$ ). همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، بین سه گروه در متغیر خودکارآمدی درد تفاوت معنادار در سطح ( $P < 0/05$ ) وجود دارد. نتایج بیانگر آن است که بین شاخص گروه‌های آزمایش (درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) با گروه گواه اختلاف معناداری به‌دست آمده است ( $P < 0/05$ ). لذا باتوجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه گواه موجب افزایش خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. همچنین یافته‌های آزمون تعقیبی نشان می‌دهد اثر بخشی درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی درد یکسان بوده است ( $P < 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد بین سه گروه در متغیر ادراک درد تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج بیانگر آن است که بین شاخص گروه‌های آزمایش (گروه درمانی مبتنی بر هیپنوتراپی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) با گروه گواه اختلاف معناداری به‌دست آمده است. همچنین با توجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی اثربخشی متفاوتی در کاهش ادراک درد بیماران نداشته است. یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج تحقیقات مک کنزی، کارلسون، مانوز و اسپیکا (۲۰۰۷)؛ شاپیرو، براون و بیگل (۲۰۰۷)؛ اسمیت، ریچاردسون، هافمن و پیلینگتون (۲۰۰۵)؛ ایوانز (۲۰۰۹)؛ کاپیانی (۲۰۰۳)؛ آرچ و کراسک (۲۰۰۶)؛ اسمیت، شلی، دالن، ویگینز، تولی و برنارد (۲۰۱۲) همسویی دارد. در تبیین این یافته در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد این نتیجه با مدل‌های شناختی درد (ملزات و وال، ۱۹۶۵؛ ترک و رودی، ۱۹۹۲) همخوانی دارد. هر دو عوامل فیزیولوژیکی و روان شناختی در ادراک شدت درد نقش مهمی ایفا می‌کنند. وجود متغیرهای واسطه‌ای امروزه تایید شده و بر ادراک فعال به جای احساس منفعل تاکید می‌شود. در نتیجه پژوهش‌های گسترده بر روی نور و فیزیولوژی درد، درد دیگر به عنوان یک پیام حسی ابتدایی که توسط قشر حسی-تنی تشخیص داده می‌شود تلقی نمی‌شود بلکه محصول پایانی پردازش‌های وسیع و موازی درون مغز است (ترک و اکیفرجی، ۲۰۰۲). مشخصه‌های هیجانی و شناختی، اثرات قابل توجهی بر ادراک شدت درد دارند. بنابراین تغییرات هیجانی و شناختی که در اثر هیپنوتراپی شناختی رفتاری ایجاد می‌شوند. به عنوان فرایندهای پویا در شدت درد ادراک شده بیمار اثر می‌گذارند. مطالعات بسیاری کاهش درد بالینی از طریق دستکاری متغیرهای شناختی را تایید کرده است که در مطالعات مروری بازبینی و تایید شده است (ریچموند و همکاران، ۲۰۱۵؛ جیکوبی و همکاران، ۲۰۱۵؛ ماکیا و همکاران، ۲۰۱۰؛ هری

و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین در هیپنوتراپی تصویر سازی هدایت شده، هم در نتیجه تاثیر روانی فیزیولوژیکی تصورات آرامش بخش، و هم با مکانیسم انحراف توجه سبب کاهش درد می شود (اسکونینگتن، ۱۹۹۵: جیمز، ۱۹۹۲).

از سویی بر طبق دیدگاه ویلیامز و پنمن (۲۰۱۲) ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک میکند تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجود خود درک کند و آن را با زندگی روزمره اش درهم آمیزد و به سبک زندگی اش تبدیل کند، به او کمک میکند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و نارضایتی نجات دهد. این رویکرد معتقد است که هر کس دوره هایی از رنج و درد را دارد و این درد و رنج با آگاهی ذهنی، تبدیل به رنجی همدلانه میشود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی میگردد در حالی که بدون ذهن آگاهی، به صورت هیجان فرسوده کننده ای تجربه میشود که با تلخی و خشم آمیخته شده و با ادراک درماندگی شدید همراه میشود. زهاوا و وینریب (۲۰۱۱) معتقدند ذهن آگاهی فرصتی را ایجاد میکند برای مواجهه طولانیتر با ادراک درد که سابقا از آن اجتناب میشده است در ذهن آگاهی، آگاهی بدون قضاوت منجر به افزایش مواجهه با محتوای ادراک منفی میشود که این مسئله برای پیشرفت پردازش سالم ادراک درد مشکل تر مهم است. همچنین ایوانز و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی در کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی در بیماران جسمی پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که آموزش ذهن آگاهی، باعث کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی میشود. در تایید یافته ها سگال و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی بالابردن خودآگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخهای مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از تجربه اضطراب می باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیشگیرنده عمل میکند. همچنین تانایلوپتان و برنستین (۲۰۱۲) در بررسی پیامدهای آموزش ذهن آگاهی بیان کردند که آموزش مهارت های ذهن آگاهی به لحاظ آماری و بالینی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه های خلق آسیب پذیر و اضطراب می شود. زیدان و همکاران، (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که مراقبه ی ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش میدهد و ذهن آگاهی با افسردگی و اضطراب ارتباط معکوس و با احساسات رضایت از زندگی، عواطف مثبت و شکوفایی بیشتر استعدادها ارتباط مثبت دارد.

همچنین ذهن آگاهی توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق و پذیرش واقعی رخداد های زندگی را به دنبال دارد (میک همکاران، ۲۰۰۹)، زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (برهلمیجر و همکاران، ۲۰۱۰). هدف اصلی درمان ذهن آگاهی توانمند کردن افراد برای تشخیص شکل ذهنی است که در آن قرار دارند و توانمند شدن برای تغییر عمده ای از یک شکل ذهن به شکل دیگر است. این اتفاق در لحظه رخ می دهد، یعنی توانایی برای «بیدار شدن» در خلال رویدادهای زندگی روزمره که به عنوان مثال می تواند به شکل یک حس آگاهی لحظه ای در مورد احساس گذاشتن کف پا روی زمین یا نفس کشیدن باشد. در آن لحظه، برای درک این موضوع که وضعیت ذهن بر چه چیز غلبه دارد، ما تغییر دیدگاه می دهیم، یعنی می توانیم از این موضوع

آگاه باشیم که چه اتفاقی در حال وقوع است و فرصتی برای فکر کردن و عمل کردن متفاوت به بیمار داده می‌شود (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲).

نتایج نشان داد بین سه گروه در متغیر ادراک درد تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج بیانگر آن است که بین شاخص گروه‌های آزمایش (گروه درمانی مبتنی بر هیپنوتراپی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی) با گروه گواه اختلاف معناداری به‌دست آمده است. لذا باتوجه به یافته‌های یاد شده می‌توان گفت که گروه درمانی مبتنی بر هیپنوتراپی و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. همچنین یافته‌های آزمون تعقیبی نشان داد اثر بخشی درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بر خودکارآمدی درد یکسان بوده است. یافته‌های این پژوهش نیز با نتایج تحقیقات کلای او و همکاران (۲۰۲۲)، وون سو و همکاران (۲۰۲۱)، شلی و همکاران (۲۰۲۱)، یانگ وانگ و همکاران (۲۰۲۰)، پینتو - گوویا و همکاران (۲۰۲۰)، مقصود و رفیق (۲۰۱۹)، راکلد، لوک، ویکتور و ماری (۲۰۱۸)، میشل و همکاران (۲۰۱۶)، کیتلی و همکاران (۲۰۱۵)، هانس واترز و همکاران (۲۰۱۴)، ون ویلینگن و همکاران (۲۰۰۶) و ساندرز و ملانی (۲۰۱۷) به نقل از مقصود و رفیق، (۲۰۱۹) همسو و مطابقت دارد.

در تبیین این یافته براساس آنچه در مبانی نظری بیان شد باید گفت که تأکید اصلی درمان ذهن آگاهی بر بهبود توسعه مهارت‌های فردی، استقلال، تصمیم‌گیری، داشتن اعتماد به خود، تعهد و مسئولیت‌پذیری، توانمندسازی فردی، خودمهارگری، پذیرش واقعیت، و مراقبت است که از مؤلفه‌های اصلی فرایند درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی هستند. در طی فرایند مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی، مهار و اداره کردن هیجانات مربوط به ابعاد جسمی و ذهنی همزمان مورد توجه قرار می‌گیرند و به فرد یاد داده می‌شود نسبت به افکار و احساسات خود، آگاهی داشته باشد و آنها را بدون قضاوت پذیرفته و با دیدی گسترده تر به آنها نگاه کنند. زمانی که فرد علاوه بر آگاهی از افکار و احساسات و پذیرش آنها در یک وضعیت کاملاً آرام و با تمرکز قرار می‌گیرد و توانایی مهار افکار و احساساتش را به دست می‌آورد، کسب این توانایی باعث می‌شود که فرد احساس مهار بیشتری در همه امور زندگی داشته باشد و به جای ارائه پاسخ‌های منفی در موقعیت‌های تنش آور با مهارگری و حفظ آرامش و آگاهی بیشتری با مشکلات مقابله کند.

به نظر می‌رسد مؤلفه اصلی ذهن آگاهی با تأکید بر خودمهارگری است، زیرا که متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مانند تنفس، محیط توجهی مناسبی به وجود می‌آورد و فرد را از اشتغال ذهنی و یا از افکار تهدید کننده، باز می‌دارد. ذهن آگاهی به جای تغییر محتوای افکار، رابطه فرد را با افکارش تغییر می‌دهد. هدف از این تکنیک بیرون کردن افکار منفی از ذهن نیست، بلکه هدف پیشگیری از تحکیم این افکار است. هوشیاری برای کمک به تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع، آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آنها منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی خاص می‌شود و فرد به این نکته پی می‌برد که افکار بیش از اینکه بازتابی از واقعیت باشند، افکار ساده‌ای هستند و بدین ترتیب ذهن آگاهی تکنیک‌هایی برای افزایش خودکارآمدی درد فراهم می‌کند. از سویی در هیپنوتراپی شناختی رفتاری با استفاده از تصویر سازی هدایت شده، بینش‌های تازه‌ای در مورد مکانیسم درد در بدن و همچنین پیش آگهی درد داده می‌شود که می‌تواند منجر به اصلاح خطاها و سوگیری شناختی در کاهش باورهای فاجعه آمیز این بیماران در حوزه درد شود. همانطور که یافته‌های پژوهش حاضر

نشان می‌دهد، مداخله حاضر بیشترین تغییر در باور به استمرار درد در آینده و باور به ثبات درد در زمان حال می‌باشد. مطالعه جنسن و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داده بود که در میان گروه‌های آزمایشی پژوهش فوق، گروه هیپنوتراپی از نظر ادراک کنترل بر درد، نسبت به گروه‌های دیگر بهبود معناداری داشتند. جمنی و کلاید (۲۰۰۸) بازسازی شناختی را برای افزایش خودکارآمدی درد و کسب انعطاف پذیری روانشناختی لازم برای درگیر شدن کامل در رفتارهایی که موضوع ترس و اجتناب بیماران درد هستند، پیشنهاد می‌دهند. نکته مهمتر اینکه افزایش خودکارآمدی و کاهش درماندگی، یک اثر ثانویه هیپنوتراپی است که بر اثر احساس افزایش کنترل درد ایجاد می‌شود. با تاکید بر این امر که هر هیپنوتیزمی یک خودهیپنوتیزم است، باورهای خودکارآمدی در گفتگوهای شناختی مداخله حاضر تقویت می‌شود. همچنین بجز جنبه فرایندی، هیپنوتراپی با تصویر سازی درد به سوژه‌های قابل مقابله و تصویرسازی‌هایی با هدف تقویت ایگو، در افزایش خودکارآمدی درد اثر گذار است.

همچنین این رویکرد درمانی با استفاده از تکنیک‌های شناسایی افکار غیرمنطقی و منفی افراد و جایگزینی و تکرار افکار منطقی و مثبت در زمان جلسه و در زمان هشیاری افراد توانسته است به افراد کمک کند نقاط قوت و ضعف خود را بشناسند، مهارت‌های مدیریت افکار مثبت بر هجوم افکار منفی را بالا ببرند و با توانایی درک هیجانات خود و تشخیص تاثیر آن‌ها، احساس شایستگی، کفایت و قابلیت در کنار آمدن با زندگی را داشته باشند. در واقع در این پژوهش سعی شد با دادن آگاهی بیشتر به افراد، آن‌ها با انواع سطح و نوع اندیشه و انعکاس نسبت به خود مواجه شوند. همچنین نمونه‌هایی از تنوع خوداندیشی‌ها و خودانعکاسی‌ها در جلسات مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند و بعضی از آن‌ها عملاً در جلسات با دادن بازخوردهای مکرر به آگاهی فرد رسانده شده و مورد تقویت قرار گرفتند. جامعه پژوهش حاضر محدود به بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز رادیوتراپی و انکولوژی میرداماد شهر گرگان است و بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران و سایر شهرها بایستی جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به این که مدت زمان استاندارد جهت پیگیری پایداری نتایج تحقیق ۶ ماه است، در این پژوهش، به علت محدودیت‌های زمانی، مرحله پیگیری انجام نشد. در این پژوهش فقط از پرسشنامه برای گردآوری اطلاعات استفاده گردید و به دلیل محدودیت‌های اجرایی از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. پیشنهاد می‌شود، روش‌های درمانی استفاده شده در این پژوهش در سایر بیماری‌های مزمن نیز استفاده و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود برای سنجش دقیق‌تر متغیرها از روش‌های کیفی نیز استفاده گردد. سطح بهره‌مندی از مداخلات روانشناختی در بیماران مبتلایان به سرطان، بدلیل موانع متعدد از جمله عدم آگاهی، بی‌حوصلگی بیماران دردمند، شکاف‌های بین رشته‌ای، وجود مقاومت نسبت به دریافت مداخلات روانشناختی و ... بسیار کم است. از آنجا که رویکرد درمان روانشناختی رایج در مدیریت درد، درمان شناختی رفتاری است، برای غلبه بر موانع فوق، پیشنهاد می‌شود از ترکیب هیپنوتراپی با درمان شناختی-رفتاری استفاده شود که منجر به افزایش چشمگیر اندازه اثر درمانی و تسهیل درمان می‌شود. با توجه به بالا بودن تقاضا برای خدمات تخصصی روان شناختی در حوزه درمان درد، و باتوجه به اثر بخشی قابل توجه هیپنوتیزم و ذهن آگاهی در کنترل درد، پیشنهاد می‌شود آموزش هیپنوتراپی، در برنامه آموزش کارگهی دانشجویان دوره‌های ارشد و دکتری روانشناسی قرار گیرد. راهبردهای خودمدیریتی نقش بسیار مهمی در تسکین درد مزمن ایفا می‌کنند. پیشنهاد می‌شود آموزش ذهن آگاهی در کلینیک‌های درد جزو خدمات اولیه درمانی به بیماران مبتلا به درد

مزمین قرار گیرد. در هیپنوتراپی شناختی رفتاری، همزمان که به درمانجو کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد، بر عواطف و هیجانات نیز تمرکز می‌شود و بدین ترتیب هر سه حوزه را همزمان در نظر می‌گیرد. از یافته‌های پژوهش حاضر در تأیید فرضیات پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش درد و پریشانی مرتبط با درد موثر است و می‌تواند بر اصلاح باورها و افزایش خودکارآمدی درد اثرگذار باشد؛ بنابراین می‌تواند بعنوان درمانی در دسترس غیر تهاجمی و بدون عوارض جانبی در مدیریت و کنترل درد بیماران مبتلا به سرطان بکار گرفته شود.

### موازن اخلاقی

هیچ‌گونه اجباری برای شرکت در پژوهش وجود نداشت. تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان در پژوهش نزد پژوهشگر محفوظ می‌ماند. در جهت حفظ حقوق گروه گواه، برای این گروه پس از اتمام دوره‌ها اجرای پس‌آزمون، دوره درمان مبتنی بر هیپنوتیزم شناختی- رفتاری انجام شد.

### سیاسگزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

### مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### References

- Britt, K. L., Cuzick, J., & Phillips, K. A. (2020). Key steps for effective breast cancer prevention. *Nature Reviews Cancer*, 20(8), 417-436.
- Corry, M., & Stella, J. (2018). Teacher self-efficacy in online education: a review of the literature.
- Gielnik, M. M., Bledow, R., & Stark, M. S. (2020). A dynamic account of self-efficacy in entrepreneurship. *Journal of Applied Psychology*, 105(5), 487.
- Goldstein, P., Losin, E. A. R., Anderson, S. R., Schelkun, V. R., & Wager, T. D. (2020). Clinician-patient movement synchrony mediates social group effects on interpersonal trust and perceived pain. *The journal of pain*, 21(11-12), 1160-1174.
- Guarino, A., Polini, C., Forte, G., Favieri, F., Boncompagni, I., & Casagrande, M. (2020). The effectiveness of psychological treatments in women with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical medicine*, 9(1), 209.

- Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, N., Poortmans, P., ... & Cardoso, F. (2019). Breast cancer. Nature reviews Disease primers, 5(1), 1-31.
- Hebdon, M. C. T., Coombs, L. A., Reed, P., Crane, T. E., & Badger, T. A. (2021). Self-efficacy in caregivers of adults diagnosed with cancer: An integrative review. European Journal of Oncology Nursing, 52, 101933.
- Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. Psychiatric clinics, 40(4), 739-749.
- Kelting, K., Robinson, S., & Lutz, R. J. (2019). Would you like to round up and donate the difference? Roundup requests reduce the perceived pain of donating. Journal of Consumer Psychology, 29(1), 70-78.
- Kirsch, I. (2020). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. Consulting and Clinical Psychology, 63(2):214-20. doi: 10.1037//0022-006x.63.2.214.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The association of trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: Results from a large survey with treatment-seeking adults. Cognitive Therapy and Research, 44(1), 120-135.
- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. Journal of Substance Abuse Treatment, 75, 62-96.
- Newman, A., Obschonka, M., Schwarz, S., Cohen, M., & Nielsen, I. (2019). Entrepreneurial self-efficacy: A systematic review of the literature on its theoretical foundations, measurement, antecedents, and outcomes, and an agenda for future research. Journal of vocational behavior, 110, 403-419.
- Shakil, M. (2020). Integration of hypnotherapy with brief cognitive behaviour therapy (CBT) for treatment of depression. JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association, 70(4), 719-723.
- Smith, C. (2019). The Effect Of Mindfulness On Short-Term Memory In Teenagers.
- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2020). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. Behaviour Research and Therapy, 136, 103780.
- Vallee, C. A. (2022). Pain perceived during hysteroscopic morcellation by vaginoscopy vs standard technique in an outpatient setting: a randomized controlled trial.
- Waks, A. G., & Winer, E. P. (2019). Breast cancer treatment: a review. Jama, 321(3), 288-300.
- Wisener, M., & Khoury, B. (2020). Specific emotion-regulation processes explain the relationship between mindfulness and self-compassion with coping-motivated alcohol and marijuana use. Addictive behaviors, 112, 106590.

\*\*\*

### پرسشنامه ادراک از درد

| شماره    | گزینه              | الف         | ب            | پ            | ت             | ج        | چ |
|----------|--------------------|-------------|--------------|--------------|---------------|----------|---|
| مجموعه ۱ | دل زدن             | لرزان       | نبض دار      | تپش دار      | ضربان دار     | کوبش دار |   |
| مجموعه ۲ | شدت ناگهانی        | برق آسا     | تیر کشیدن    |              |               |          |   |
| مجموعه ۳ | خراشنده            | سوراخ کننده | میخ فرو کردن | زخم خنجر     | نیزه فرو کردن |          |   |
| مجموعه ۴ | سوزنده             | برنده       | پاره کردن    |              |               |          |   |
| مجموعه ۵ | گاز گرفتن (نیشگون) | فشارنده     | چونده        | در گیره قرار | له شدن        |          |   |

|               |                 |            |                |              |           |
|---------------|-----------------|------------|----------------|--------------|-----------|
| ۰             | دادن            | ۰          | ۰              | ۰            | مجموعه ۶  |
|               |                 | پیچاندن    | کنده شدن       | کشیدن        |           |
|               | داغ کردن        | ۰ جوشان    | سوزنده         | ۰ داغ        | مجموعه ۷  |
|               | گزنده (نیش زدن) | ۰ گزگز     | سوزن سوزن      | ۰ خارش       | مجموعه ۸  |
| احساس سنگینی  | ۰ گسترده        | ضرب خوردگی | کوفتگی         | ۰ مبهم       | مجموعه ۹  |
|               | ۰ شکافته        | ۰ شدید     | سخت            | ۰ حساس       | مجموعه ۱۰ |
|               |                 |            | از پا در آوردن | خسته کننده   | مجموعه ۱۱ |
|               |                 |            | احساس خفگی     | ۰ ضعیف کننده | مجموعه ۱۲ |
|               |                 | وحشت زا    | هراسناک        | توام با ترس  | مجموعه ۱۳ |
| کشنده         | ۰ کثیف          | مشقت بار   | فرساینده       | زجر دهنده    | مجموعه ۱۴ |
|               |                 |            | مصیبت بار      | شکست بار     | مجموعه ۱۵ |
| غیر قابل تحمل | ۰ قوی           | ۰ بد       | مزاحم          | رنجش آور     | مجموعه ۱۶ |
|               | سوراخ کننده     | فرو رفتن   | گسترش یافته    | منتشر        | مجموعه ۱۷ |
|               | دریدن           | له کردن    | مکیدن          | کرخت         | مجموعه ۱۸ |
|               |                 | یخ زده     | سرد            | خنک          | مجموعه ۱۹ |
| عذاب آور      | ۰ ترسناک        | رنج آور    | تهوع آور       | آزار دهنده   | مجموعه ۲۰ |

\*\*\*

### پرسشنامه خودکارآمدی درد

| سوالات   | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱- می‌توانم علی‌رغم وجود درد از امور مختلف لذت ببرم.   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۲- علی‌رغم وجود درد می‌توانم کارهای مختلف روزمره مانند تمیزکاری، شستشوی ظروف و موارد مشابه را انجام دهم.         |   |   |   |   |   |   |   |
| ۳- می‌توانم علی‌رغم وجود درد کنونی در بدنم همانند سابق با دوستانم یا اعضای خانواده‌ام باشم.                      |   |   |   |   |   |   |   |
| ۴- می‌توانم با وجود درد در بدنم در بسیاری از مواقع کنار بیایم.   |   |   |   |   |   |   |   |
| ۵- علی‌رغم وجود درد، می‌توانم برخی از کارها را مانند خانه‌داری و کارهای سخت یا راحت دیگر روزمره‌ام را انجام دهم. |   |   |   |   |   |   |   |



- ۶- علی‌رغم وجود درد، هنوز می‌توانم بسیاری از اموری که برایم لذت‌بخش است- مانند سرگرمی‌ها و فعالیت‌های مورد علاقه‌ام را انجام دهم.
- ۷- می‌توانم بدون نیاز به دارو با درد کنار بیایم.
- ۸- علی‌رغم وجود درد، هنوز می‌توانم به اهدافم در زندگی برسم.
- ۹- علی‌رغم وجود درد در بدنم، می‌توانم سبک زندگی طبیعی خودم را داشته باشم.
- ۱۰- علی‌رغم وجود درد در بدنم، می‌توانم به تدریج فعالیت‌هایم را بیشتر کنم.

\*\*\*

### پرسشنامه ترس از عود

| دوست گرامی، خواهشمند است با در نظر گرفتن شرایط خود؛ به سئوالات زیر صادقانه پاسخ دهید. |        |        |       |            |
|---|--------|--------|-------|------------|
| عبارت   | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| فکر کردن در مورد سرطان مرا مضطرب می‌سازد.   | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| گاهی اوقات در مورد مقابله با سرطان دچار مشکل می‌شوم.                                  | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| زمانی که در مورد تهدید سرطان فکرمیکنم دچار تنش می‌شوم.                                | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| در مورد همه گیری سرطان خیلی مضطربم.   | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| زمانی که در مورد سرطان فکرمیکنم در مورد آن احساس ترس و وحشت می‌کنم.                   | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| از ابتلا به سرطان می‌ترسم.  | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| هنگام صحبت کردن در مورد سرطان دچار مشکل می‌شوم.                                       | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| زمانی که خطر سرطان را درک می‌کنم احساس آشفتگی می‌کنم.                                 | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| بیماری سرطان مرا عصبی و مضطرب می‌سازد.  | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| زمانیکه در مورد برگشت سرطان فکرمیکنم احساس ترس و ناراحتی می‌کنم.                      | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| از صحبت کردن در مورد سرطان با دیگران وحشت دارم.                                       | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| زمانی که در مورد سرطان فکرمیکنم ضربان قلبم در اثر اضطراب افزایش می‌یابد.              | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| زمانی که در مورد سرطان با مردم صحبت می‌کنم مضطرب می‌شوم.                              | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| هنگام بحث درباره سرطان احساس ناراحتی می‌کنم.  | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| گاهی اوقات نگرانم که ممکن است اطرافیانم به سرطان مبتلا باشند.                         | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |
| با فکر کردن در مورد ابتلا به سرطان نگران می‌شوم.                                      | کاملا  | نادرست | تاحدی | درست       |
|   | نادرست |        | درست  | کاملا درست |

|            |      |          |        |       |  |
|------------|------|----------|--------|-------|--|
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | زمانی که در مورد سرطان با فرد دیگری صحبت میکنم عصبی میشوم.               |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | خطر ابتلا به سرطان مرا در مورد داشتن مجدد آن دچار پریشانی میکند.         |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | من در مورد کارهایی که در رابطه با بیماری سرطان باید انجام دهم نگرانم.    |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | اضطراب در مورد سرطان در حال تأثیرگذاری بر روابط شخصی من است.             |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | در کل، توجه رسانهها به سرطان باعث میشود احساس بی قراری کنم.              |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | زمانی که در مورد سرطان فکرمیکنم نگران میشوم.                             |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | در هنگام فعالیت‌های روزمره در مورد ابتلا به سرطان نگران خواهم شد.        |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | زمانی که در مورد سرطان فکرمیکنم، احساس تنش میکنم.                        |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | به دلیل بیماری سرطان، برای شرکت در یک رابطه دوستی و عاطفی مردد هستم.     |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | زمانی که در مورد سرطان با کسی صحبت میکنم، احساس آشفتگی زیاد میکنم.       |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | زمانی که در مورد خطر سرطان فکرمیکنم واقعاوحشت زده میشوم.                 |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | ترس از عود سرطان من را از درگیر شدن در یک فعالیت عادی روزمره عصبی میکند. |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | با افزایش خطرآلوده شدن به سرطان من دچار مشکل (آشفتگی) شده‌ام.            |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | به علت سرطان، برای شروع یک کار جدید جدید پیش از حد عصبی میشوم.           |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | گسترش بیماری سرطان، باعث میشود کمی استرس داشته باشم.                     |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | از این که ممکن است سرطان مستقیما بر زندگی من تأثیرگذار باشد نگرانم.      |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | قبل از همه گیری بیماری سرطان نسبت به آن نگرش بهتری داشتم.                |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | زمانی که در مورد احتمال ابتلا به سرطان فکرمیکنم بسیار ناراحت میشوم.      |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | بحث در مورد سرطان مرا ناراحت میکند.                                      |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | همه این صحبتها در مورد سرطان مرا عصبی و ناراحت میکند.                    |
| کاملا درست | درست | تاحدی    | نادرست | کاملا | نگران هستم که ممکن، مبتلا به سرطان جدیدی باشم.                           |
|            |      | تحصیلات: |        | مرد   | سن:<br>جنسیت: زن   |

## Comparing the effectiveness of cognitive- behavioral hypnotherapy and mindfulness therapy on pain perception and self-efficacy in women with breast cancer in Gorgan

*Rahman. Yusefi*<sup>1\*</sup>, *Fariba. Hafezi*<sup>2</sup>, *Saeed. Bakhtiarpoor*<sup>3</sup> & *Behnam. Makvandi*<sup>3</sup>

### Abstract

**Aim:** Certainly, breast cancer is one of the most stressful events for women, and patients usually experience a severe shock when faced with a cancer diagnosis. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of cognitive-behavioral hypnosis-based therapy and mindfulness-based therapy on pain perception and pain self-efficacy in women with breast cancer. **Methods:** The design of the research was quasi-experimental and pre-test-post-test and follow-up with the control group. The statistical population of the present study was all women with breast cancer who referred to Mirdamad Radiotherapy and Oncology Center in Gorgan city in the second half of 2018. For this purpose, 45 people were selected and randomly divided into three groups. In the first test group, Donald Robertson's (2012) cognitive-behavioral hypnotherapy treatment protocol was used. In the second experimental group, mindfulness-based therapy sessions were conducted based on the mindfulness-based therapy guide of Segal et al. (2002) during 8 sessions. The control group did not receive any intervention. The research tools included Nicholas Pain Self-Efficacy Scale (1998) and McGill Pain Perception Questionnaire (1997). The research data were analyzed using the analysis of variance test with repeated measurements. **Results:** The results of data analysis showed that compared to the control group, both treatment methods had a significant effect on pain perception ( $F=55.19, P<0.001$ ) and pain self-efficacy ( $F=7.16, P/001$ ) in women with breast cancer ( $P<0.05$ ). Treatment based on cognitive-behavioral hypnosis and mindfulness-based therapy did not have different effectiveness in reducing pain perception and increasing pain self-efficacy of patients ( $P>0.05$ ). **Conclusion:** It can be concluded that the treatment based on cognitive-behavioral hypnosis and the treatment based on mindfulness were effective on pain perception and pain self-efficacy in women with breast cancer.

**Keywords:** *Cognitive behavioral therapy, Mindfulness therapy, Pain perception, Self-efficacy, Breast cancer.*

1 Department of Health Psychology, Khoramshahr- International Branch, Islamic Azad University, Khoramshahr, Iran

2 \***Corresponding author:** Assistant Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University, Ahvaz, Iran.

Email: febram315@yahoo.com

3 Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran