

اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان

فاطمه جعفری‌زاده^۱، *عبدالمجید بحرینیان^۲

چکیده

مقدمه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یکی از راهکارهای روان‌شناختی جهت افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری بیماران از طریق مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌های مورد اجتناب قبلی است. هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش بررسی: در این پژوهش با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، تعداد ۵۰ نفر به صورت غیرتصادفی-هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از مقیاس‌های پذیرش، عمل و تاب‌آوری استفاده و همچنین جهت تحلیل استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) بهره گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری در پس‌آزمون به ترتیب در گروه آزمایش ۴۴/۲۵۰۰ و ۹۵/۰۰۰۰ و در گروه کنترل ۳۴/۰۰۰۰ و ۷۷/۲۴۰۰ بود که اختلاف میانگین‌ها در گروه آزمایش و گروه کنترل نشان دهنده مؤثر بودن درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان بوده است. همچنین میزان تأثیر این درمان در مرحله پس‌آزمون برای متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کل و تاب‌آوری کل به ترتیب برابر $0/30$ ($p < 0/001$) و $0/19$ ($p = 0/048$) بود و این بدان معنی است که ۳۰٪ واریانس نمرات پس‌آزمون متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ۱۹٪ واریانس نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری به دلیل درمان مبتنی بر ACT بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر ACT موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود.

کلمات کلیدی: سرطان پستان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری روان‌شناختی، آزمون‌های روان‌شناختی

۱. کارشناس ارشد، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی

تهران، تهران، ایران

۲. استاد، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران،

ایران (*مؤلف مسئول)

majid.bahrainian@gmail.com

مقدمه

در حال حاضر سرطان یکی از مسایل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و سایر نقاط دنیا است. سرطان پستان یک سوم از کل سرطان‌های موجود در زنان را تشکیل می‌دهد و عامل عمده مرگ ناشی از سرطان در زنان ۲۰ الی ۵۹ سال است [۱]. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که سالانه بیش از ۸۰۰۰ مورد جدید سرطان پستان در ایران تشخیص داده می‌شود و با توجه به پژوهش‌های انجام شده میزان موارد جدید ابتلا به سرطان پستان، ۲۲ نفر در هر صد هزار نفر زن و شیوع آن ۱۲۰ در هر صد هزار زن ایرانی است [۲] و بیش از ۴۰٪ از مبتلایان در سنین ۴۰-۵۰ سال بوده و همچنین میانگین سنی آنان در ایران کمتر از سایر کشورها است [۳]. سرطان پستان زمانی شروع می‌شود که تغییرات ژنتیکی با فرآیند غیرمنظم رشد سلولی مواجه شوند و سلول‌ها شروع به رشد غیرقابل کنترل کنند [۴].

عوامل دخیل در رخداد سرطان پستان شامل عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی و سبک زندگی هستند [۵]. شایع‌ترین نشانه فیزیکی آن نیز توده بدون درد در پستان است [۶].

سرطان پستان علاوه بر اینکه مانند سایر سرطان‌ها یک بیماری تهدیدکننده حیات است، از آنجایی که اندام سمبولیک زنان را هدف قرار می‌دهد، از جنبه‌های اجتماعی، عاطفی، روحی، روانی و جنسی اهمیت بیشتری نسبت به سایر سرطان‌ها پیدا می‌کند [۷] در نتیجه این بیماری نگاه به زندگی را به عنوان فرآیندی منظم و مستمر به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد. بیمارانی که بیماریشان را خطرناک‌تر، مزمن‌تر و غیرقابل کنترل‌تر می‌دانند منفعل‌تر می‌شوند و کارکرد اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات روانی بیشتری دارند [۸]. یکی از مؤلفه‌هایی که تحت تأثیر بیماری سرطان قرار می‌گیرد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به توانایی فرد در تماس با لحظه کنونی آن‌گونه که هست و بدون هیچ دفاع روان‌شناختی و نیز همسو با ارزش‌های برگزیده فرد اشاره دارد [۹]. پژوهش‌های انجام شده در حوزه بهداشت،

سلامت و درد مزمن نشان داده که بهره‌مندی پایین از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر به نشخوار فکری، استرس و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد در مواجهه با دردهای مزمن جسمانی می‌گردد [۱۰]. متغیر دیگری که تحت تأثیر بیماری سرطان قرار می‌گیرد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به عنوان حیطه‌ای پرتطرفدار در سال‌های اخیر، به مطالعه و کشف توانمندی‌های فردی و بین فردی می‌پردازد و باعث پیشرفت و مقاومت در شرایط دشوار می‌گردد [۱۱]. به عبارتی تاب‌آوری توانایی رشد کردن، به بلوغ رسیدن و پخته شدن و افزایش قابلیت در مقابل شرایط ناگوار است که این شرایط ممکن است مزمن و دائمی یا شدید و غیرمعمول باشد [۱۲]. جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان، راهکارهای متفاوتی وجود دارد که یکی از این راهکارها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱ است. این درمان، علت‌های اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را چنین می‌بیند: آمیختگی با افکار، ارزیابی تجربه، اجتناب از تجربه، دلیل‌یابی و راهبردهای سالم جایگزین آنها [۱۳]. به عبارتی درمان ACT، اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران مبتلا به انواع دردها به ویژه سرطان می‌داند. بنابراین شیوه اصلی درمان ACT، مواجهه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آنها اجتناب شده است. در واقع بیماران از افکار، احساسات و رفتار خود در مورد ابتلاء به بیماری سرطان در لحظه حال آگاهی می‌یابند و بدون اجتناب، آنها را تجربه می‌کنند تا ضمن پذیرش بیماری سرطان و حفظ سلامت روان‌شناختی بتوانند اهداف و ارزش‌های زندگی‌شان را همچنان دنبال کنند [۱۴]. پژوهش‌های بسیاری درخصوص استفاده از درمان ACT بر روی بیماری‌های مختلف و اختلالات روان‌شناختی انجام شده که اغلب آنها به اثربخشی بالای این مدل درمانی اذعان نموده‌اند [۱۵]. در همین راستا نتایج زارعی و ویسانی (۲۰۱۷) که با هدف اثربخشی درمان

1. Acceptance and Commitment Therapy

ACT بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به عفونت HIV صورت گرفته بود به این نتیجه رسیدند که درمان ACT موجب افزایش تاب‌آوری بیماران می‌شود [۱۶]. محققان گورتانی (۲۰۱۶) در پژوهشی با هدف هنردرمانی مبتنی بر ACT بر کاهش علائم روان‌شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این نتیجه رسیدند که درمان ACT موجب بهبود علائم و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی می‌شود [۱۷]. دلد و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهش خود با هدف بررسی نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در تحمل درد سرطان به این نتیجه رسیدند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با محدود کردن تجربه عواطف و افکار منفی، سازگاری با دوره حاد بیماری را تسهیل کرده و مانع از فرآیندهای پیشرفت تومور می‌شود [۱۸]. لین و همکاران (۲۰۱۸)، در پژوهش خود دریافتند که درمان مبتنی بر ACT موجب کاهش درد، افسردگی و اضطراب شده و سلامت روانی و جسمی بیماران مبتلا به دردهای مزمن را افزایش می‌دهد [۱۹].

با توجه به اینکه اکثر پژوهش‌ها به‌طور مستقل به بررسی اثر ACT بر کاهش اختلالات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پرداخته‌اند و نتایج رضایت‌بخشی را گزارش نموده‌اند، این مطالعه به‌منظور ارزیابی کارایی ACT در افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش بررسی

مطالعه حاضر در قالب طرح آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در سال ۹۶-۹۷ اجرا گردید. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه بودند که به کانون حمایت از بیماران صعب‌العلاج مهر گلستان در شهر گرگان مراجعه و از بین آنها تعداد ۵۰ نفر با توجه به معیارهای ورود پژوهش (زنان مبتلا به سرطان سینه؛ بیماران با دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال؛ تمایل بیماران برای شرکت در جلسه)

به‌صورت نمونه‌گیری غیرتصادفی - هدفمند انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۵ نفره کنترل و آزمایش تقسیم شدند، پس از گروه‌بندی نمونه‌ها، یک جلسه توجیهی توسط پژوهشگر برای بیماران برگزار گردید که در این جلسه توضیحات جامعی در خصوص اهداف پژوهش و روند برگزاری و تعداد جلسات درمان و قوانین حضور در جلسات در اختیار بیماران قرار گرفت، ضمناً در جریان فرآیند پژوهش، تعهدات اخلاقی از جمله مواردی همچون رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه و رعایت صداقت و عدم تحریف داده‌ها در هنگام تجزیه و تحلیل و توجه به رفاه اعضای گروه رعایت شد. در پایان این جلسه، پیش‌آزمونی با استفاده از پرسشنامه‌های تاب‌آوری (کونور و دیویدسون) و پذیرش و عمل (هیز و همکاران) (برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران) و همچنین جهت به‌دست آوردن اطلاعات جمعیت شناختی آنها اعمال گردید. مداخله درمانی به صورت جلسات ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته یک جلسه و به مدت دو ماه برای گروه آزمایش برگزار و در طی این مدت گروه کنترل مداخله درمانی مذکور را دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان نیز از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. در جدول ۱ شرح خلاصه جلسات توضیح داده شده است.

اولین نسخه مقیاس پذیرش و عمل توسط هیز و همکاران (۲۰۰۴) تدوین و آخرین نسخه آن که در پژوهش حاضر از آن استفاده گردید است توسط باند و همکاران (۲۰۱۱) تهیه شده که دارای ۱۰ پرسش و طیف پاسخ‌گویی لیکرت است. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. میانگین ضریب آلفای کرونباخ برای گروه‌های بالینی و غیر بالینی ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به‌دست آمد [۲۰].

مقیاس تاب‌آوری توسط کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه و دارای ۲۵ سؤال و طیف پاسخ‌گویی لیکرت است و هرچه این امتیاز بالاتر باشد، میزان تاب‌آوری نیز بیشتر خواهد بود. در پژوهش بشارت

جدول ۱- شرح جلسات برگزار شده

جلسات	شرح
جلسه اول	اهداف جلسه: برقراری رابطه خوب با شرکت کنندگان، بیان دستورالعمل ها؛ آشنایی با مفهوم تاب آوری؛ سنجش نگرش افراد نسبت به افکار و احساس های ناخوشایند؛ ناامیدی سازنده؛ پذیرش و اقدام متعهدانه. محتوی: خوشامدگویی به درمان جوین؛ معرفی رهبر گروه؛ بیان قوانین؛ معرفی شرکت کنندگان به سایر اعضا؛ بیان مفهوم تاب آوری به صورت بارش فکری از شرکت کنندگان؛ جمع بندی و تخلص مفهوم تاب آوری به وسیله رهبر گروه؛ بیان دیدگاه شرکت کنندگان در خصوص افکار و احساسات ناخوشایند و اینکه آیا آنها می توانند ما را کنترل کنند یا نه؛ تکمیل کاربرگ ناامیدی سازنده توسط شرکت کنندگان؛ به اعضا نشان داده شد که آنها نمی توانند افکار و احساس های خود را حذف یا کنترل کنند؛ استعاره مسافران اتوبوس انجام کاربرگ مسافران اتوبوس در منزل.
جلسه دوم	اهداف جلسه: بررسی جلسه گذشته و تمرین؛ تماس با لحظه حال، توجه آگاهی و معرفی تمایل به جای اجتناب. محتوی: بررسی تجارب جلسه قبلی و تکلیف منزل؛ تمرین تنفس آگاهانه؛ معرفی تمایل به جای اجتناب با استفاده از بازی مسابقه طناب کشی با هیولا؛ تمرین منزل.
جلسه سوم	اهداف جلسه: مرور جلسات گذشته، توجه آگاهی و پذیرش؛ بررسی کارکردهای ذهن؛ گسلش. محتوی: بررسی جلسات گذشته؛ تمرین آگاهی از افکار و مشاهده آنها با استفاده از تمرین حرکت ماشین ها؛ بررسی نحوه تکامل ذهن؛ تمرین همراه با قضاوت ها؛ انجام تمرین همراه با قضاوت ها در منزل.
جلسه چهارم	اهداف جلسه: مرور جلسات گذشته؛ بررسی ارزش ها و اقدام متعهدانه؛ بررسی موانع. محتوی: از شرکت کنندگان خواسته شد تا در خصوص تمرین جلسه گذشته و تجربیاتشان در خصوص جلسات پیشین صحبت کنند؛ تمرین مصاحبه تلویزیونی؛ از شرکت کنندگان خواسته شد تا موانعی که در خصوص انجام رفتار منطبق با ارزش ها وجود دارد را بررسی کنند؛ تمرین منزل.
جلسه پنجم	اهداف جلسه: بررسی تمرین جلسه گذشته؛ توجه آگاهی و خود به عنوان زمینه. محتوی: بررسی تمرین های جلسه گذشته شرکت کنندگان توسط رهبر گروه؛ تکمیل کاربرگ شناسایی موانع؛ بررسی اینکه بیشتر موانعی که مانع زندگی ارزشمند ما می شوند، درونی هستند؛ تمرین واکن های قطار؛ تمرین منزل.
جلسه ششم	اهداف جلسه: بررسی جلسات گذشته؛ توجه آگاهی؛ گسلش. محتوی: از شرکت کنندگان خواسته شد تا تجارب تمرین های خود را طی هفته بیان کنند؛ خوردن آگاهانه؛ بحث در خصوص تجربه ای که در این تمرین وجود داشت؛ تمرین شکستن قواعد دستور زبانی، اعضا تجربه خودشان را درباره تمرین بیان کردند؛ تمرین منزل.
جلسه هفتم	اهداف جلسه: پایداری نتایج. محتوی: بررسی تمرین های جلسات گذشته توسط رهبر گروه و اعضا.
جلسه هشتم	اهداف جلسه: پایان جلسات. محتوی: جمع بندی جلسات به وسیله رهبر گروه و اعضا؛ تشویق شرکت کنندگان توسط رهبر گروه جهت ادامه تمرینات بعد از اتمام جلسات؛ اعلام پایان جلسات؛ اجرای پس آزمون.

و همکاران (۲۰۰۷)، روایی و پایایی این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمده است [۲۱].

برای توصیف داده ها از شاخص های گرایش مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) و آمار توصیفی استفاده شد. همچنین جهت تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) استفاده شد که این آزمون پیش از اجرا دارای مفروضه هایی است که باید رعایت نمود. به منظور نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای انعطاف پذیری روان شناختی و تاب آوری از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده گردید. جهت بررسی همسانی واریانس های دو گروه در پس آزمون نیز از آزمون لوین استفاده گردید.

یافته ها

نتایج نشان داد متغیر تاب آوری در پیش آزمون و پس آزمون با مقادیر (۰/۹۸۱ و ۰/۶۳۶) و سطح معنی داری (۰/۲۹۱ و $p=0/013$) و متغیر انعطاف پذیری روان شناختی در پیش آزمون و پس آزمون با مقادیر (۰/۷۸۱ و ۰/۸۱۹) و سطح معناداری ($p=0/0576$ و $p=0/0514$) دارای توزیع نرمال هستند، لذا پیش فرض مربوطه مورد تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد واریانس های متغیرهای انعطاف پذیری روان شناختی و تاب آوری به ترتیب برابر $F=7/020$ و $F=24/198$ و سطح

معنی داری $p=0/071$ و $p=0/488$ بوده که نشان از عدم معنی داری متغیرها داشت، لذا مفروضه همگونی واریانس ها نیز مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون را در گروه های آزمایش و کنترل نشان می دهد. بر این اساس میانگین نمره تاب آوری و انعطاف پذیری روان شناختی در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است.

با توجه به برقراری مفروضه های فوق، مجاز به استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره هستیم که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است (شایستگی $F=12/881$ و $p=0/001$)؛ (اعتماد به گرایش شخصی $F=35/365$ و $p<0/001$)؛ (پذیرش مثبت عواطف $F=14/813$ و $p<0/001$)؛ (کنترل $F=4/215$ و $p=0/047$)؛ (معنویت $F=6/084$ و $p=0/018$)؛ (تاب آوری کل $F=20/129$ و $p<0/001$)؛ (اجتناب تجربی $F=22/914$ و $p<0/001$)؛ (عدم انعطاف پذیری روانی $F=4/666$ و $p=0/037$)؛ (انعطاف پذیری روان شناختی کل $F=3/785$ و $p=0/048$). بر اساس نتایج جدول ۳، بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون، در تمامی متغیرهای مطالعه بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه				
کنترل	آزمایش			
$30/640 \pm 9/547$	$31/600 \pm 9/776$	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کل	پیش‌آزمون	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
$21/600 \pm 7/788$	$23/160 \pm 7/306$	اجتناب تجربی		
$9/040 \pm 3/656$	$8/440 \pm 3/819$	عدم انعطاف‌پذیری روانی		
$34/040 \pm 5/263$	$42/280 \pm 7/818$	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کل	پس‌آزمون	
$21/720 \pm 4/800$	$30/080 \pm 8/659$	اجتناب تجربی		
$12/320 \pm 2/135$	$13/240 \pm 4/737$	عدم انعطاف‌پذیری روانی		
$26/240 \pm 8/353$	$26/600 \pm 5/244$	شایستگی / استحکام شخصی	پیش‌آزمون	تاب‌آوری
$16/800 \pm 4/173$	$17/320 \pm 4/120$	اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی		
$13/600 \pm 4/010$	$15/160 \pm 3/738$	پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن		
$9/840 \pm 3/104$	$9/920 \pm 2/644$	کنترل / مهار		
$4/880 \pm 2/242$	$7/160 \pm 2/444$	معنویت		
$74/000 \pm 15/580$	$79/080 \pm 11/499$	تاب‌آوری کل		
$25/640 \pm 7/099$	$30/520 \pm 3/453$	شایستگی / استحکام شخصی	پس‌آزمون	
$16/960 \pm 3/679$	$23/160 \pm 3/009$	اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی		
$16/200 \pm 3/227$	$20/080 \pm 3/475$	پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن		
$11/640 \pm 2/196$	$12/440 \pm 1/356$	کنترل / مهار		
$6/920 \pm 1/977$	$8/800 \pm 1/040$	معنویت		
$77/360 \pm 12/034$	$95/000 \pm 8/602$	تاب‌آوری کل		

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است که با نتایج مطالعات زارعی و ویسانی (۱۳۹۶)، زارع (۱۳۹۶)، صبور و کاکابرایی (۱۳۹۵)، اربابی (۱۳۹۵)، دلدا و همکاران (۲۰۱۸) و لین و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

باید دانست که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در

به‌عبارت دیگر، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران بیش از گروه کنترل است. بنابراین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری موجب افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری در مرحله پس‌آزمون شده است.

جدول ۳- مقایسه یافته‌های پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون

متغیر	زیر مقیاس	مجموع مجذورات (SS)	مقدار F	مقدار p	مجذور سهمی اتا (Eta)
تاب‌آوری	شایستگی / استحکام شخصی	۱۱۷/۸۴۵	۱۲/۸۸۱	<0.001	0.248
	اعتماد به غرایز شخصی / تحمل عواطف منفی	۲۵۱/۵۷۴	۳۵/۳۶۵	<0.001	0.476
	پذیرش مثبت عواطف / روابط ایمن	۱۴۳/۰۰۵	۱۴/۸۱۳	<0.001	0.275
	کنترل / مهار	۷/۳۷۹	۴/۲۱۵	0.047	0.098
	معنویت	۱۵/۷۵۷	۶/۰۸۴	0.018	0.135
	تاب‌آوری کل	۱۲۵۲/۹۵۸	۲۰/۱۲۹	<0.001	0.304
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	اجتناب تجربی	۸۹۰/۳۱۱	۲۲/۹۱۴	<0.001	0.370
	عدم انعطاف‌پذیری روانی	۳۹/۲۸۱	۴/۶۶۶	0.037	0.107
	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کل	۹۶/۵۱۰	۳/۷۸۵	0.048	0.193

بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر باشد نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود [۲۲]. در این بین، فرآیند تماس با لحظه لحظه‌های زندگی به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا شرایط را تحمل‌ناپذیر در نظر نگیرند و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌شان را بپذیرند. بودن در زمان حال برای بیماران، گزینه‌ای جهت حرکت مداوم از مبارزه برای کنترل احساسات ناخوشایند به سوی گونه‌ای از زندگی که خواستار آند و دستیابی به اهداف ارزشمند را پدید می‌آورد [۲۳]. بیماران مبتلا به سرطان پستان در این پژوهش توانستند با استفاده از تمرین‌ها، استعاره‌ها و توضیحات داده شده در جلسات درمان، پی ببرند آنچه را که آنها جدی تلقی می‌کنند، تنها رشته‌ای از کلماتند و واقعیتی را بیان نمی‌کند و همچنین به آنها توضیح داده شد که تجارب درونی‌شان دائماً در حال تغییر است، در حالی که بخش مشاهده‌گر آنها همواره ثابت است. اخذ این موضع سبب می‌شود که بیماران تجارب درونی خود را مشاهده کنند [۲۴]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در واقع با ترغیب بیماران مبتلا به سرطان پستان به تعیین ارزش‌های زندگی و پذیرفتن مسئولیت‌های زندگی پرداخته و سبب رشد فردی و بروز افکار مثبت و افزایش تاب‌آوری در بیماران می‌شود و این امر تنها با ایجاد تعهد نسبت به درگیری فعالانه در جهان خارجی و توانایی بیماران برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال صورت می‌گیرد تا بر اساس آنچه در آن لحظه برایشان امکان‌پذیر است، انتخاب کنند و به شیوه‌ای عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده‌شان باشد [۲۵]. همچنین کمک می‌کند تا در شرایطی که احساس می‌کنند کنترلی بر آن ندارند، قادر باشند توانایی‌های خود را در کنترل شرایط مشاهده و باور نموده و به یک زندگی اصیل و پر معنی دست یابند [۲۶]. همچنین این درمان موجب آگاهی فرد نسبت به ناکارآمدی راهکارهای همیشگی‌اش می‌شود و در نهایت اهدافی را برای فرد ایجاد کرده و او را برای روبه‌رو شدن با موانع (سرطان و محدودیت‌های سرطان) با انگیزه می‌کند، زیرا

بیماران به دلیل مواجه شدن با این بیماری تهدیدکننده حیات از ارزش‌های خود غافل می‌شوند. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند با سرطان زندگی کنند، به گونه‌ای که زندگی آنها در سطح مناسبی حفظ شود و افراد بتوانند با توانمندی خود در لحظه اکنون زندگی کرده، به ارزش‌های اصلی زندگی متعهد بوده، مشکلات را پذیرفته، تسلیم آنها نشده، خود را با همه توانمندی‌های خود شناسایی کرده و دوست بدارند و بین فکر و عمل تفاوت قائل باشند. همه این موارد منجر به افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان شده و کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهد [۲۷]. به عبارتی به آنها آموزش داده می‌شود تا همجوشی شناختی که عامل مهمی در ایجاد اضطراب در آنها است را کاهش دهند و با احساسات درونی خود ارتباط بهتری برقرار کنند [۲۸] و در نهایت موجب می‌شود که فعالانه به مسائل و مشکلاتشان از قبیل تشخیص و یا درمان سرطان رسیدگی کرده و این امر، خود منجر به بهبود پیامدهای پزشکی و روان‌شناختی آنها می‌شود که نتیجه پژوهش حاضر این مسئله را به خوبی نشان می‌دهد و اثربخشی این روش درمانی در سطح نسبتاً مطلوبی است. از محدودیت‌هایی که در این مطالعه وجود داشت این است که باتوجه به تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی افراد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز همچون سایر درمان‌های روان‌شناختی نمی‌تواند به نحوی یکسان بر روی بیماران مبتلا به سرطان سینه مؤثر باشد و یا ممکن است درجات تأثیرگذاری متفاوتی داشته باشد. از طرفی محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعین و احتمال عدم همکاری آنان در خصوص دوره پیگیری جهت ارزیابی تداوم اثربخشی درمان وجود داشت. همچنین از آنجایی که این پژوهش صرفاً بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان استان گلستان که به کانون حمایت از بیماران صعب‌العلاج مهر گلستان مراجعه کرده بودند، صورت گرفت، تعمیم نتایج آن برای جوامع دیگر با محدودیت روبرو است. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آتی با توجه به پیشینه موفق درمان‌های موج سوم و موفقیت در حال افزایش درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد، هر یک از آن درمان‌ها بر روی یک گروه مجزا انجام شود و نتایج مقایسه گردد و همچنین در آینده پژوهش‌های بیشتری در این زمینه با در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های شخصیتی بیماران انجام پذیرد و پیگیری جهت پایداری اثربخشی درمان در دوره‌های طولانی‌تر نیز مورد سنجش قرار گیرد. در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به نقشی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سلامت روانی بیماران مبتلا به سرطان دارد، این درمان در حیطه روان‌شناسی سلامت به کار گرفته شود و روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان و کارکنان بخش‌های انکولوژی و سایر درمان‌گران نیز از این روش در کنار درمان‌های پزشکی استفاده کنند تا بیماران به‌طور هم‌زمان از خدمات پزشکی و روان‌درمانی برخوردار شوند. نتایج این مطالعه نشان داد که فرآیندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌ویژه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش درد در پیش‌بینی تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان نقش مؤثری دارد و می‌تواند به‌عنوان روش درمانی مؤثر، کمکی برای جلوگیری از رشد تومور سرطان

پستان و بهبود و درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان-شناختی و تاب‌آوری در بیماران، می‌تواند موجب پذیرش و تداوم روند درمان توسط بیمار شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در تاریخ ۹۷/۶/۱۲ با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1397.136 در دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران مورد تأیید قرار گرفت. بدین‌وسیله از تمام افرادی که در انجام پژوهش حاضر همکاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع انتشار این مقاله وجود ندارد.

References

1. Najarzadeh D, Abbasalipour M, Mahmoodi S. Breast cancer. Karaj: Avaiveyna Publication; 2017. [Persian]
2. Nafissi N, Khayamzadeh M, Zeinali Z, Pazooki D, Hosseini M, Esmail Akbari M. Epidemiology and histopathology of breast cancer in Iran versus other Middle Eastern countries. Middle East Journal of Cancer. 2018; 9(3):243-251.
3. Shobiri E, Amiri M, Haghighat MJ, Piri M, Izadi B, Nazari S, et al. The diagnostic value of impedance imaging system in patients with breast mass. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2016; 19(7):427-435. [Persian]
4. Liu, Jeffrey C. ; Ridge, John A. What is cancer? In: Harken AH, Moore EE, editors. Abernathy's surgical. 7th. Philadelphia, PA: Elsevier; 2017.
5. Hosseini Bereshneh A, Soltani D, Veisi N, Khademi M, Modarressi MH. Horizons of personalized medicine in breast cancer treatment: review article. Tehran University Medical Journal. 2016; 79(9):607-613. [Persian]
6. Tahergorabi Z, Moodi M, Mesbahzadeh B. Breast cancer: a preventable disease. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2014; 11(2):126-141. [Persian]
7. Asnaashari K, Ghasemi S. A comprehensive guide for patients with breast cancer: diagnosis, treatment, nutrition, social and psychological problems. Tehran: Tabib; 2014. [Persian]
8. Barghi Irani Z, Zare H, Abedin M. Effectiveness of acceptance and commitment based therapy (act) on the psychological capital in patients with esophageal cancer. Journal of health psychology. 2015; 4(14):5-19. [Persian]
9. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies - republished article. Behavior therapy. 2016; 47(6):869-885.
10. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. Journal of clinical psychology. 2006; 62(3):373-386.

11. URPS and Seed Consultancy Service. Climate Projections for the Eastern Adelaide Region. South Australia. 2015.
12. Jamshidi Eini A, Razavi V. Effectiveness of resilience training on stress and psychological well-being of nurses in a military hospital in Kerman. *Ebnesina*. 2018; 19(4):38-44. [Persian]
13. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *The American psychologist*. 2014; 69(2):178-187.
14. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*. 2013; 44(2):180-198.
15. Mahmoud Alilou M, ashemi Nosratabad T, Sohrabi F. Efficacy of combined treatment based on acceptance and commitment in treatment of women with generalized anxiety disorder. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2017; 19(4):38-45. [Persian]
16. Zareie SS, Visani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience of patients with positive H. I. V. In: National Conference on New Research in Management, Economics and Humanities. Kazeroun, Shiraz 2017. [Persian]
17. Gortani Mohagheghian M. The effectiveness of actuarial therapy based on acceptance and commitment on psychological symptoms of self-compassion and flexibility of high school students in Isfahan in the academic year. [Master's thesis]: Islamic Azad University, Isfahan Khorasgan Branch; 2016. [Persian]
18. Deledda G, Giansante M, Poli S, Geccherle E, Fantoni G, Scandola M, et al. The role of psychological flexibility in cancer pain. *Journal of psychosomatic research*. 2018; 109:98.
19. Lin J, Klatt L-I, McCracken LM, Baumeister H. Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: an investigation of change processes. *Pain*. 2018; 159(4):663-672.
20. Abasi E, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Journal of psychological models and methods*. 2013; 2(10):65-80. [Persian]
21. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological reports*. 2007; 101(1):209-220.
22. Guyatt GH, Ferrans CE, Halyard MY, Revicki DA, Symonds TL, Varricchio CG, et al. Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo clinic proceedings*. 2007; 82(10):1229-1239.
23. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: distinctive features. New York: Taylor & Francis; 2011.
24. Stoddard JA, Afari N. The big book of ACT metaphors: a practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2014.
25. Alavi Zadeh F, Shakerian A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing stress, anxiety and depression in married females experiencing infidelity (emotional- sexual). *Iranian nursing scientific association*. 2017; 4(6):7-13. [Persian]
26. GHazagh M. Acceptance and commitment therapy: the process of thinking and thinking. Tehran: Mojak Publication; 2018. [Persian]
27. Dadashi S, Momeni F. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Journal of practice in clinical psychology*. 2017; 5(2):107-114.
28. Mohammadi T, Rahnejat AM, Esmaeili A, Taghva A, Shahmiri H, Dabaghi P. The impact of acceptance and commitment therapy on reducing of depression and anxiety in patients with type-1 diabetes. *Ebnesina*. 2018; 20(1):48-55. [Persian]

Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological flexibility and resilience of women with breast cancer

Fatemeh Jafarizadeh ¹, *Abdolmajid Bahrainian²

Abstract

Background: Acceptance and commitment therapy (ACT) is one of the psychological methods to result in greater resilience and psychological flexibility by facing the previously avoided situations. The purpose of present study was to determine the effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on psychological flexibility and resilience of women with breast cancer.

Materials and methods: In this pretest-posttest designed research, 50 people were non-randomly selected and randomly divided into experimental and control groups each containing 25 individuals. Acceptance, function and resilience measures were used and Multivariate Covariance Analysis (MANCOVA) was performed for inferential analysis.

Results: The means of psychological flexibility and resilience in the posttest were respectively 44.2500 and 95.0000 in the experimental group and 34.0000 and 77.2400 in the control group. The means difference was significant between experimental and control groups that shows the efficacy of ACT therapy in women with breast cancer. The effect of ACT therapy in the posttest phase on the variables of psychological flexibility and resilience was 0.30 ($p=0.000$) and 0.19 ($p=0.048$), respectively, which means that 30% of the variance of psychological flexibility scores and 19% of variance of Resilience scores in posttest were due to acceptance and commitment therapy.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy increases the psychological flexibility and resilience of women with breast cancer.

Keywords: Breast Neoplasms, Acceptance and Commitment Therapy, Psychological Resilience, Psychological Tests.

1. MSc, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Professor, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(*Corresponding author)
majid.bahrainian@gmail.com