

پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر پیشانی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه با پیگیری سه ماهه

مجید صفاردنیا^{۱*}، مرضیه رضانی شیرین^۲، زهرا سلگی^۳

۱. *نویسنده مسئول: استاد تمام دانشگاه پیام‌نور تهران، تهران، m.saffarinia@pnu.ac.ir

۲. دانشجوی دکترا دانشگاه پیام‌نور، بین‌الملل، بحرین

۳. استادیار دانشگاه پیام‌نور، کرمانشاه

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۶

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص سرطان سینه مشکلات روان‌شناختی زیادی را به وجود می‌آورد. هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر پیشانی روان‌شناختی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعان بیمار مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد قرار گرفتند. مداخله پذیرش و تعهد و مداخله معنادرمانی هر کدام ۸ جلسه بودند که به صورت گروهی و هفتگی برای گروه‌های آزمایش اجرا شدند. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه پیشانی روان‌شناختی و پرسشنامه امید به زندگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی با کمک نرم افزار SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در بین اثرات درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد در متغیر پیشانی روان‌شناختی در سطح معناداری ($P(0/023)$ و مؤلفه‌های امید به زندگی در سطوح معناداری ($P(0/005)$ تا $P(0/026)$ وجود دارد. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی بیانگر آن است که درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی و گروه شاهد، بیشترین اثرات درمانی را بر بهبود پیشانی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه داشته است. پیگیری سه ماهه نشانگر پایداری نسبی نتایج مطالعه بود.

نتیجه‌گیری: درمان پذیرش و تعهد بیشتر از معنادرمانی باعث کاهش پیشانی روان‌شناختی و ارتقای امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد درمانی، روان‌درمانی، زجر روانی، سرطان‌های پستان، متوسط طول عمر

مقدمه

به نظر می‌رسد سرطان سینه به دلیل ایجاد احساس ترس و افسردگی، با ویژگی‌های روان‌شناختی مانند امید به زندگی ارتباط داشته باشد (۳). امید، اثرات جسمانی دارد و می‌تواند بر کنترل درد و ضعف جسمی افراد تأثیر مثبت داشته باشد زیرا سبب کنشگری مدارهای مغزی و آزاد شدن آندروفین و در نتیجه کاهش درد می‌شود (۴). افزون بر آن، حس امیدواری به افراد کمک می‌کند تا با وجود مشکلاتی که در راه رسیدن به اهداف وجود دارد انگیزه و معنای زندگی خود را حفظ کرده و راهکارهای جدیدی در دنبال کردن این هدف‌ها بوجود آورند (۳). به نظر

ابتلا به سرطان سینه چه به لحاظ جسمانی و چه به لحاظ روان‌شناختی فرد را در شرایط سختی قرار می‌دهد (۱). به لحاظ جسمانی تغییرات هورمونی، تحلیل قوای جسمانی و تغییرات ظاهری رخ می‌دهد و به لحاظ روان‌شناختی تحلیل یکپارچگی شخصیت، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس، کاهش حس امیدواری، افزایش اضطراب و به‌طور اساسی تغییرات سبک زندگی بیمار در مقایسه با زمان پیش از ابتلا را شاهد هستیم (۲).

می‌رسد که سرطان در مقایسه با بیماری‌های مزمن دیگر دارای بیشترین تأثیر بر امید را داشته باشد (۴).

از طرفی نیز بعضی از مبتلایان در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند و این مسئله به سلامت روانی آنها آسیب زده و موجب افزایش پریشانی روان‌شناختی می‌شود (۵). به عنوان نمونه شیوع افسردگی و به طور کلی مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به بیماری سرطان، ۰/۲۵ الی ۰/۳۰ است (۶) و از لحظه تشخیص تا سایر مراحل بیماری، پریشانی روان‌شناختی بین ۰/۳۵ تا ۰/۴۵، متغیر است (۷). پریشانی روان‌شناختی به ناراحتی ذهنی و رنج هیجانی گفته می‌شود که با مشخصه‌های افسردگی، اضطراب و استرس می‌توان آن را تعریف کرد (۸).

در طول سالیان اخیر، روش‌های متفاوت روان‌شناختی برای بهبود بخشیدن اثرات روان‌شناختی بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری سرطان سینه، به وجود آمده است که درمان پذیرش و تعهد از جمله‌ی این روش‌هاست. درمان پذیرش و تعهد بر این اساس می‌باشد که افراد به صورت افراطی احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزراننده تصور می‌کنند و کوشش می‌کنند این تجربه‌های درونی را متحول کنند یا از آنها رهایی یابند (۹). درمان پذیرش و تعهد با استفاده از اصول زیربنایی پذیرش، خود به عنوان زمینه، گسلش شناختی، ارزش‌ها، زندگی در لحظه اکنون و کار متعهدانه سعی دارد از اجتناب افراد از افکار آزراننده بکاهد و فرد را به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برساند (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است (۱۱).

با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سرطان با مشکلات وجودی مواجه هستند، معنادرمانی می‌تواند کمک کند تا بیماران معنایی برای زندگی خود پیدا کنند (۱۲). بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان سینه به دلیل مشکلات جسمانی و روانی بسیار که نتیجه بیماری است، کمتر به یافتن معنا و هدف زندگی خود دقت می‌کنند و از پیدا کردن راهی برای حل مشکلات و رسیدن به رویکردی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و ارتقاء سلامت روان خود ناتوان هستند (۱۳). به همین سبب استفاده از راهبردهایی که سبب یافتن این معنا و همچنین بهبود و ارتقای سلامت روان شود، برای این اشخاص لازم و ضروری به نظر می‌رسد (۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این رویکرد به عنوان یک مداخله بر کاهش نشانه‌های مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، ترس از تصویر بدنی و سازگاری اجتماعی آنان اثربخش بوده است (۱۵).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع بیماری سرطان سینه و تأثیرات جسمانی و روانی آن بر بیمار و خانواده آنها و نیاز به مداخله برای کاهش

فشارهای روانی، و همچنین پی بردن به اثربخشی بهتر درمان‌های روان‌شناختی، هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا با سرطان سینه می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی مراجعان بیمار مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. با توجه به مطالعات مشابه قبلی تعداد حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که از بیماران مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انتخاب شدند. از بین افراد نمونه ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش معنادرمانی و ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود مطالعه شامل موارد زیر بودند: ابتلا به سرطان سینه و بدون مناسبات به مناطق دیگر، انجام جراحی ماستکتومی، بیمارانی که در گرید ۱ تا ۳ ماستکتومی باشند، در حال حاضر تحت شیمی‌درمانی باشند، نداشتن بیماری مزمن دیگر بطور همزمان، عدم آموزش قبلی در دو رویکرد معنادرمانی و درمان پذیرش و تعهد، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال. همچنین معیار خروج شامل موارد زیر بودند: پدید آمدن مشکلات جسمانی برای اشخاص گروه که در فرایند روان‌درمانی خلل ایجاد کند، شدت یافتن علائم در هنگام درمان، استعمال داروهای خاص در زمان درمان سرطان سینه که بر خلق اثر گذار باشند، ایجاد خلل در زمان درمان بیماری سرطان، غیبت کردن بیش از سه جلسه در زمان درمان. بعد از این جلسه رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در پژوهش در بین تمامی افراد انتخاب شده توزیع شد. سپس پیش‌آزمون پژوهش شامل پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی اجرا شد. جلسات به صورت هفتگی به صورت مجازی در برنامه اسکایپ برگزار شد. گروه شاهد هم در بیماران مبتلا به سرطان سینه در این مدت تحت هیچ درمانی قرار نداشتند و در صف انتظار برای دریافت جلسات درمانی قرار گرفتند. بعد از جلسات درمانی پس‌آزمون اجرا شد و بعد از ۳ ماه پرسشنامه‌ها برای تکمیل به مشارکت‌کنندگان ارسال شد. در پایان از شرکت‌کنندگان پژوهش تقدیر و قدردانی شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی افراد فاش نخواهد شد و افراد بعد از مدتی در صورت تمایل می‌توانند از نتیجه پژوهش اطلاع داشته باشند.

برای در نظر داشتن ملاحظات اخلاقی اصول زیر رعایت شد: ارائه مداخلات درمانی برای گروه شاهد بعد از اجرای پژوهش، رعایت اصل عدم تناقض روش پژوهش با ارزش‌های فرهنگی، اجتماعی و دینی، تکمیل

جدول ۱- دستورالعمل درمانی پذیرش و تعهد

| جلسه | محتوای جلسات |
|-------------|--|
| اول | بررسی جزئیات افکار ناراحت‌کننده، معرفی شیوه درمان، بررسی راه‌های مقابله با افکار ناراحت‌کننده و میزان اثربخشی آنها و ایجاد ناامیدی خلاقانه |
| دوم | استفاده از استعاره‌های «فردی در چاه» و «مسابقه طناب‌کشی با غول» و تداوم ناامیدی خلاقانه |
| سوم و چهارم | نشان دادن محدودیت‌های شاهد اتفاقات شخصی، استفاده از استعاره‌های «دو ترازو» و «دستگاه پلی‌گراف»، قبول کردن افکار ناراحت‌کننده و میل به عدم شاهد افکار منفی |
| پنجم و ششم | تغییر عملکرد روان‌شناختی افکار از چیزی بیم‌دهنده به یک رخداد کلامی صرف، تمرینات گسستگی، تکرار سریع افکار ناراحت‌کننده، تماس با لحظه حال، تمرین «برگ‌های شاور بر روی جوی آب»، تمرین خود به عنوان ساختار، استعاره «صفحه شطرنج» و جداسازی بین خود و فکر |
| هفتم و هشتم | توضیحاتی در مورد ارزش‌های بیمار و ارتقای و بهبود تعهدات رفتاری، استعاره «زاغه‌نشین دم در»، به‌کارگیری تمرین‌های آموخته شدن در جلسات گذشته برای ممانعت از افکار ناراحت‌کننده |

جدول ۲- دستورالعمل جلسات معنادرمانی

| جلسه | محتوای ارائه شده |
|-------|---|
| اول | آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، شرح مختصری از رویکرد معنادرمانی و توضیح واژه معنا در زندگی. |
| دوم | مطالعه معنا از اتفاقات و رویدادهای رنج‌آور زندگی، در نظر گرفتن سرطان به عنوان یک رویداد معنی‌ساز در زندگی |
| سوم | ارزش‌های نگرشی و توضیح آن‌ها با به‌کارگیری مثال‌هایی در زندگی |
| چهارم | ارائه طرح‌هایی در جهت عملی کردن مصادیق معنا، بحث در مورد نیروی اراده انسان، آزادی و مسئولیت‌پذیری، تأکید بر زودگذر بودن زندگی برای همه انسان‌ها و ایجاد موضعی مناسب نسبت به همه شرایط زندگی. |
| پنجم | توضیح فن فراخوانی و آموزش قدرت تلقین مبتنی بر معنا، استفاده از اصول آموزش داده شده در حوزه‌های اضطراب‌زا و رنج‌آور زندگی؛ ضمن استخراج شاخص‌های معنا و ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌زا در زندگی |
| ششم | توضیح روش‌های فنون دیگر در رویکرد فرانکل مانند اصلاح دیدگاه، قصد متناقض و بازتاب‌زدایی |
| هفتم | بحث حول اهداف و برنامه‌های مستقبل در زندگی بیماران در راستای کسب دیدگاه نو نسبت به سرطان، اولویت‌بندی هدف‌ها و ارائه راه‌حلی برای برطرف کردن بعضی از مانع‌های قابل رفع |
| هشتم | بیان گروه از دستاوردهایشان، توضیح مختصری از مفاهیم طرح شده در جلسات گذشته، جمع‌بندی مباحث |

فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطمینان به مشارکت‌کنندگان در زمینه رعایت اصل رازداری، مخیر بودن مشارکت‌کنندگان به ترک مطالعه در صورت عدم تمایل به ادامه مشارکت در فرآیند مطالعه و عدم اجبار به ادامه پژوهش از طرف محققان.

برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (۱۶) و پرسشنامه امید به زندگی (۱۷) استفاده شد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: این ابزار توسط Kessler و همکاران تهیه شد و به صورت ۱۰ سؤالی تدوین شده است و اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد؛ اما در مجموع میزان اضطراب و علائم افسردگی را که شخص در چند هفته اخیر تجربه کرده، نمایان می‌کند. پاسخ سؤالات به شکل ۵ گزینه‌ای (۵= همیشه، ۴= بیشتر اوقات، ۳= گاهی اوقات، ۲= بندرت و ۱= هرگز) است و بین (۰ الی ۴) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی بالاتر و نمره پایین نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی پایین‌تر می‌باشد (۱۶). Andrews & Slade (۱۸) اعتبار و پایایی این مقیاس را مورد تأیید قرار داده‌اند. وزیری و لطفی کاشانی (۱۹) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و با روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۶ به دست آوردند. همچنین روایی واگرایی این مقیاس با پرسشنامه سلامت روان را ۰/۸۰ گزارش کردند. **پرسشنامه امید به زندگی:** این ابزار توسط Snyder و همکاران تهیه شد و دارای ۱۲ سؤال و ۳ خرده مقیاس (تفکر عامل، مسیرها و سؤالات انحرافی) است و برای همه افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد. سؤالات پرسشنامه امید به زندگی به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از مرحله به‌طور قطع غلط نمره ۱ تا به‌طور کامل درست، نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌گذاری سؤالات خرده مقیاس سؤالات انحرافی برای افزایش دقت آزمون طراحی شده است و در تحلیل نهایی حذف می‌شوند (۱۷). Snyder و همکاران اعتبار آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده

مقیاس‌های تفکر عامل و مسیرها به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ محاسبه کردند (۱۷). کرمانی و همکاران (۲۰) ضریب اعتبار این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ محاسبه کردند.

روش درمان پذیرش و تعهد بر پایه دستورالعمل تهیه شده Hayes و همکاران (۲۱) است که در کل شامل ۸ جلسه ۲ ساعته است. فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

همچنین مداخله معنادرمانی به صورت گروهی براساس دستورالعمل Breitbart و همکاران (۲۲) در ۸ جلسه یک و نیم ساعته مورد اجرا قرار گرفت. فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی و با کمک نرم‌افزار کامپیوتری Spss-21 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر شرکت کردند که از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی برای مقطع دیپلم با ۱۱ نفر (۰/۳۶/۶۶) و کمترین فراوانی برای مقطع کارشناسی با ۹ نفر (۰/۳۰) بود. از نظر وضعیت تأهل ۳ نفر (۰/۱۰) مجرد و ۲۷ نفر (۰/۹۰) متأهل بودند و از نظر وضعیت سنی بیشترین فراوانی برای گروه ۴۱ الی ۵۰ سال با ۱۳ نفر (۰/۴۳) و کمترین فراوانی برای گروه ۵۱ سال و بالاتر با ۳ نفر (۰/۱۰) بود. جدول ۳ شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد را به تفکیک متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی در سه گروه نشان می‌دهد.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی معیار پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی در سه گروه

| متغیر | مراحل آزمون | پذیرش و تعهد | شناختی- رفتاری | گروه شاهد |
|-------------------|-------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | (انحراف معیار) میانگین | (انحراف معیار) میانگین | (انحراف معیار) میانگین |
| پریشانی روانی | پیش آزمون | ۳۴/۴۷ (۲/۳۰۲) | ۳۳/۶۶ (۳/۱۱۱) | ۳۳/۹۷ (۳/۰۶) |
| | پس آزمون | ۱۷/۶۱ (۲/۱۵) | ۲۷/۷۴ (۲/۸۵) | ۲۲/۳۴ (۲/۳۰) |
| تفکر عامل | پیش آزمون | ۳/۸۹ (۲/۱۵) | ۴/۰۱ (۱/۸۱) | ۳/۹۶ (۱/۳۰) |
| | پس آزمون | ۸/۲۱ (۱/۶۹) | ۶/۲۵ (۱/۹۰) | ۴/۰۵ (۱/۷۲) |
| مسیرها | پیش آزمون | ۵/۲۳ (۲/۹۶) | ۴/۷۰ (۱/۲۰) | ۴/۳۲ (۱/۶۹) |
| | پس آزمون | ۹/۵۱ (۲/۳۲) | ۶/۷۹ (۱/۰۲) | ۴/۷۴ (۱/۹۸) |
| امید به زندگی کلی | پیش آزمون | ۹/۱۲ (۳/۶۳) | ۸/۷۱ (۳/۲۰) | ۸/۲۸ (۲/۳۱) |
| | پس آزمون | ۱۷/۷۲ (۳/۶۲) | ۱۳/۰۴ (۳/۰۱) | ۸/۷۹ (۲/۶۵) |

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی برای مقایسه سه گروه

| مؤلفه | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | معنی‌داری |
|-------------------|---------------|------------|-----------------|---------|-----------|
| پریشانی روانی | بین‌گروهی | ۲ | ۷۱۱/۲۷۲ | ۱۵۲/۵۶۷ | ۰/۰۲۳ |
| | درون‌گروهی | ۲۴ | ۴/۶۶۲ | | |
| | کل | ۲۶ | | | |
| تفکر عامل | بین‌گروهی | ۲ | ۷۱۲/۱۵۴ | ۱۲۱/۵۰۷ | ۰/۰۲۶ |
| | درون‌گروهی | ۲۴ | ۵/۸۶۱ | | |
| | کل | ۲۶ | | | |
| مسیرها | بین‌گروهی | ۲ | ۱۱۸۴/۵۴۴ | ۲۲۷/۷۵۳ | ۰/۰۰۵ |
| | درون‌گروهی | ۲۴ | ۵/۲۰۱ | | |
| | کل | ۲۶ | | | |
| امید به زندگی کلی | بین‌گروهی | ۲ | ۱۸۱۷/۲۱۵ | ۲۹۰/۵۵۶ | ۰/۰۱۲ |
| | درون‌گروهی | ۲۴ | ۶/۲۵۴ | | |
| | کل | ۲۶ | | | |

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه سه گروه در متغیر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی

| متغیر | گروه مرجع | گروه مقایسه | اختلاف میانگین | خطای استاندارد | معنی‌داری |
|-------------------|--------------|--------------|----------------|----------------|-----------|
| پریشانی روانی | معنادارمانی | پذیرش و تعهد | -۱۰/۱۳ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۰۵ |
| | | شاهد | -۶/۴۸ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۱۲ |
| | پذیرش و تعهد | معنادارمانی | -۱۰/۱۳ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۰۵ |
| | | شاهد | -۱۶/۶۱ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۰۰ |
| تفکر عامل | معنادارمانی | پذیرش و تعهد | ۱/۹۵۹ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| | | شاهد | ۲/۱۹۹ | ۰/۷۵۷ | ۰/۰۵۰ |
| | پذیرش و تعهد | معنادارمانی | ۱/۹۵۹ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۰۱ |
| | | شاهد | ۴/۱۵۸ | ۰/۷۵۱ | ۰/۰۱۴ |
| مسیرها | معنادارمانی | پذیرش و تعهد | ۲/۷۲۱ | ۰/۷۷۸ | ۰/۰۲۳ |
| | | شاهد | ۲/۰۵ | ۰/۷۸۱ | ۰/۰۴۹ |
| | پذیرش و تعهد | معنادارمانی | ۲/۷۲۱ | ۰/۷۷۸ | ۰/۰۲۳ |
| | | شاهد | ۴/۷۷۱ | ۰/۷۷۸ | ۰/۰۲۲ |
| امید به زندگی کلی | معنادارمانی | پذیرش و تعهد | ۴/۶۸ | ۰/۷۸۸ | ۰/۰۱۰ |
| | | شاهد | ۴/۲۴۹ | ۰/۷۷۵ | ۰/۰۳۷ |
| | پذیرش و تعهد | معنادارمانی | ۴/۶۸ | ۰/۷۸۸ | ۰/۰۱۰ |
| | | شاهد | ۸/۹۲۹ | ۰/۷۸۸ | ۰/۰۱۳ |

جدول ۶- نتایج پیگیری بعد از سه ماه در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی

| گروه | درمان پذیرش و تعهد | | معنادرمانی | | گروه شاهد | |
|---------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | پس‌آزمون | پیگیری | پس‌آزمون | پیگیری | پس‌آزمون | پیگیری |
| متغیر | (انحراف معیار) | (انحراف معیار) | (انحراف معیار) | (انحراف معیار) | (انحراف معیار) | (انحراف معیار) |
| پیشانی روانی | ۱۷/۶۱ (۲/۱۵) | ۱۹/۲۱ (۳/۰۱) | ۲۴/۷۴ (۲/۸۵) | ۲۶/۰۱ (۲/۲۵) | ۳۴/۲۲ (۲/۳۰) | ۳۵/۹۸ (۲/۲۸) |
| تفکر عامل | ۸/۲۱ (۱/۶۹) | ۷/۳۵ (۱/۴۱) | ۶/۲۵ (۱/۹۰) | ۶/۰۱ (۲/۰۱) | ۴/۰۵ (۱/۷۲) | ۴/۰۰ (۱/۲۱) |
| مسیرها | ۹/۵۱ (۲/۳۲) | ۸/۳۹ (۲/۳۸) | ۶/۷۹ (۱/۰۲) | ۶/۳۱ (۱/۳۱) | ۴/۷۴ (۱/۹۸) | ۴/۳۱ (۱/۱۴) |
| امید به زندگی | ۱۷/۷۲ (۳/۶۲) | ۱۵/۳۶ (۳/۰۱) | ۱۳/۰۴ (۳/۱۷) | ۱۱/۵۹ (۲/۹۱) | ۸/۷۹ (۲/۴۵) | ۷/۰۱ (۲/۵۲) |

نتایج جدول ۴ بیانگر تفاوت نتایج در نتیجه اثرات درمانی بین سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد در متغیر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی و مؤلفه‌های آن می‌باشد.

نتایج جدول ۵ نشانگر تفاوت‌های سه گروه در آزمون‌های تعقیبی می‌باشد. با مقایسه دوبه‌دوی این روش‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در مقایسه با روش معنادرمانی و گروه شاهد بیشتر است. همچنین می‌توان گفت هرچند هم درمان پذیرش و تعهد و هم معنادرمانی در مقایسه با گروه شاهد بر بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه اثربخش هستند؛ اما اثرات درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی قوی‌تر می‌باشد. همچنین درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی اثر بیشتری بر افزایش نمرات تفکر عامل و مسیرها در این بیماران داشته است.

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که با وجود اندکی افزایش در میانگین پریشانی روان‌شناختی در مرحله پیگیری برای هر سه گروه نسبت به مرحله پس‌آزمون نتایج همچنان معنادار بوده و نتایج بعد سپری شدن سه ماه از مداخلات درمانی پایدار بوده است. همچنین با وجود اندکی کاهش در میانگین مؤلفه‌های تفکر عامل و مسیرها در مرحله پیگیری برای هر سه گروه نسبت به مرحله پس‌آزمون نتایج همچنان معنادار بوده و نتایج بعد سپری شدن سه ماه از مداخلات درمانی، پایدار بوده است.

نتایج جدول ۷ بیانگر آن است که با وجود اندکی افزایش در میانگین پریشانی روان‌شناختی در مرحله پیگیری برای هر سه گروه نسبت به مرحله پس‌آزمون نتایج همچنان معنادار بوده و نتایج بعد سپری شدن سه ماه از مداخلات درمانی، پایدار بوده است.

بحث

طبق نتایج به دست آمده در این مطالعه درمان پذیرش و تعهد اثربخشی معنی‌داری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه داشته است. نتایج این پژوهش با نتایج برخی پژوهش‌ها همسو می‌باشد. بنی‌اسدی و

همکاران (۲۳) به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد به صورت معنادار باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پروستات می‌شود. همچنین مقدم و امرایی (۲۴) به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری موجب افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی شده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، کمک کرده تا بیماران مبتلا به سرطان سینه یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگاران‌های را نسبت به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند که در نهایت باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش پریشانی روان‌شناختی این بیماران شده است. در حقیقت، بیمار توانسته خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، با حالاتی مانند اضطراب و ترس کنترل نشود؛ بلکه توانسته از اطلاعات برخوایسته از این حالات استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه پریشانی روان‌شناختی کاهش یابد (۲۵). درمان پذیرش و تعهد از طریق گسلس شناختی به بیماران سرطانی کمک کرده تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیا بیابند. در نتیجه، این عوامل توانسته نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشند (۲۶).

معنادرمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ و بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده مؤثر است.

معنی داشتن در زندگی اثر حفاظتی علیه فشارهای روانی زندگی روزمره دارد و با کاهش رفتارهای مخرب و افزایش فعالیت‌های سودمند، ارائه معنا و هدف به زندگی، سلامت روان فرد را افزایش داده و در نتیجه باعث افزایش عملکرد و توانایی شخصی در انجام کارها و امور زندگی می‌شود (۲۹). معنادرمانی به این بیماران کمک کرده با داشتن معنا و هدف در زندگی بتوانند بر نشانه‌های اضطراب، افسردگی و ناامیدی غلبه کند و با کمک به افراد در مواجهه با واقعیت مرگ و آگاهی از آن، حس مسئولیت‌پذیری و شوق رویارویی با فعالیت‌های مخاطره‌آمیز را در آنان افزایش و در نتیجه باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی شده است (۳۰).

از سوی دیگر می‌توان گفت معنادرمانی به فرد مبتلا به سرطان کمک می‌کند تا به جای توجه مفرط بر عوامل منفی ناشی از آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع خود با مرور گذشته و زندگی حال و شناسایی توانایی‌ها و امکانات شکوفا نشده خود اهداف و ارزش‌های جدیدی برای خود در نظر بگیرد که با کاهش توجه مفرط به عوامل اضطراب‌آور ناشی از آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع خود بتواند با تغییر اندیشه و تعریف اهداف جدید، انگیزه و امیدواری بیشتری برای رسیدن به اهداف جدید در خود ایجاد کند که به نوبه خود امید به زندگی را در این بیماران افزایش می‌دهد (۳۱).

با مقایسه دوه‌دوی این روش‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در مقایسه با روش معنادرمانی بیشتر است. درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی هر دو دارای مؤلفه‌ها و فنون درمانی قوی هستند که مضامین مهمی برای بیماران مبتلا به سرطان دارد. این فنون موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شده است. ولی در تبیین برتری درمان پذیرش و تعهد بر معنادرمانی می‌توان گفت دلیل موفقیت درمان پذیرش و تعهد این است که این رویکرد به جای تمرکز بر شکل یا فراوانی نشانه‌ها که ویژگی‌های یک اختلال هستند، در حقیقت، بر فرایندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارند. در حقیقت، آنچه درمان پذیرش و تعهد هدف قرار می‌دهد، یک طبقه تشخیصی خاص نیست؛ بلکه الگوهای رفتاری است که مانع زندگی موفق می‌شود (۲۱) ممکن است به همین دلیل درمان پذیرش و تعهد توانسته تأثیر بیشتری از معنادرمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی بگذارد.

همچنین نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی در مقایسه با روش معنادرمانی بیشتر است. با توجه به اینکه تکالیف و تمرینات درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی عینی‌تر بوده و با توجه به اینکه درمان پذیرش و تعهد جزو مداخله‌های کوتاه مدت می‌باشد و اثربخشی آن را در بازه زمانی نسبتاً کوتاهی، می‌توانیم ببینیم (۲۳)، باعث شده درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی تأثیر بیشتری بر افزایش امید به زندگی داشته باشد.

استفاده از یک درمانگر در هر دو شیوه درمانی، که اصولاً باید برای هر روش درمانی از یک درمانگر مستقل استفاده می‌شد، به عنوان محدودیت پژوهش حاضر تلقی می‌شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری از یک شهر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی روش‌های درمانی دیگری مورد پژوهش قرار گیرد و در نهایت این پژوهش در شهرهای مختلف با فرهنگ‌های مختلف تکرار شود.

نتیجه‌گیری

درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با روش معنادرمانی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و همچنین تقویت امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه که از مشکلات اساسی در این بیماران می‌باشد مؤثر است و توصیه می‌شود متخصصان حوزه سلامت روان در برنامه‌های مرتبط با توان‌بخشی برای کمک به سلامت روان این بیماران، درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی را به عنوان یک برنامه‌ی درمانی تأیید شده مورد استفاده قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی مقطع دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه پیام نور واحد بین‌المللی دبی می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.PNU.PEC.1400.035 از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور واحد بین‌المللی دبی می‌باشد. در پایان از تمامی مسئولان بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه که با اجرای این مطالعه موافقت کرده و همچنین تمامی بیماران مبتلا به سرطان سینه که با وجود مشکلات در این مطالعه همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند در مطالعه حاضر هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

Original

Effectiveness of Commitment and Logotherapy on Psychological Distress and Life Expectancy of Breast Cancer Patients

Majid Saffarinia^{1*}, Marzieh Ramezani Shirin², Zara Solgi³

1. *Corresponding Author: Professor, Department of Psychology payame Noo Universit, Tehran, m.saffarinia@pnu.ac.ir

2. PHD student of psychology payame Noo Universit, Bahrain

3. Assistant professor payame Noo University, Kermanshah

Abstract

Background: Diagnosing breast cancer causes many disconcerting psychological problems for the patient. This study sought to compare the effectiveness of acceptance, commitment and logotherapy on psychological distress and life expectancy in women diagnosed with breast cancer.

Methods: This pretest-posttest study with a control group had a statistical population that included all patients with breast cancer at Imam Reza Hospital in Kermanshah in (2020). Through purpose sampling, 30 patients were randomly selected and divided into three groups: acceptance and commitment treatment, Logotherapy and controls. Acceptance and commitment intervention and Logotherapy intervention each underwent 8 sessions that were performed in groups and weekly for experimental groups. To evaluate the research variables, demographic information questionnaires, psychological distress questionnaire and life expectancy questionnaires were used. Data analysis was performed using analysis of variance and post hoc test using SPSS-21 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the effects of acceptance and commitment therapy, logotherapy and a control group in psychological distress components at significant levels ($P < 0.031$ to 0.002) and life expectancy components at significant levels. Also, the results of post hoc tests indicate that treatment via acceptance and commitment to Logotherapy and the control group had the most therapeutic effects on improving the psychological distress and life expectancy of patients with breast cancer. Quarterly follow-up indicated the relative stability of the study results.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy reduces the psychological distress and improves life expectancy of breast cancer patients more than Logotherapy does.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Breast Neoplasms, Life Expectancy, Logotherapy, Psychological Distress

منابع

1. Iddrisu M, Aziato L, Dede F. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. *BMC psychiatry* 2020; 20(1): 1-9.
2. Martino G, Catalano A, Agostino RM, Bellone F, Morabito N, Lasco CG, et al. Quality of life and psychological functioning in postmenopausal women undergoing aromatase inhibitor treatment for early breast cancer. *PLoS One* 2020; 15(3): 23-37.
3. Thomas R, Pieri A, Cain H. A systematic review of generic and breast cancer specific life expectancy models in the elderly. *Eur J Surg Oncol* 2017; 43(10): 1816-1827.
4. Satija A, Ahmed SM, Gupta R, Ahmed A, Rana SPS, Singh SP, et al. Breast cancer pain management-A review of current & novel therapies. *Indian J Med Res* 2014; 139(2): 216-227.
5. Zhao H, Li X, Zhou C, Wu Y, Li W, Chen L. Psychological distress among Chinese patients with breast cancer undergoing chemotherapy: Concordance between patient and family caregiver reports. *J Adv Nurs* 2021; 150(1): 29-39.
6. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi S-M, Balouchi A. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2019; 176(3): 519-533.
7. Kaiser J, Dietrich J, Amiri M, Rüschele I, Akbaba H, Hantke N, et al. Cognitive performance and psychological distress in breast cancer patients at disease onset. *Front Psychol* 2019; 10(1): 25-34.
8. Bjerkeset E, Röhl K, Schou-Bredal I. Symptom cluster of pain, fatigue, and psychological distress in breast cancer survivors: prevalence and characteristics. *Breast Cancer Res Treat* 2020; 180(1): 63-71.
9. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev* 2015; 8(2): 71-85.
10. Dehghani Najvani B, Neshatdoost HT, Abedi MR, Mokarian F. The effect of acceptance and commitment therapy on depression and psychological flexibility in women with breast cancer. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 17(4): 65-78.
11. Chunxiao Z, Lizu L, Lin Z, Zhihui C, Zhihong R, Congrong S, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. *J Psychosom Res* 2020; 59(1): 37-49.
12. Sun FK, Hung CM, Yao Y, Fu CF, Tsai PJ, Chiang CY. The effects of logotherapy on distress, depression, and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: a preliminary study. *Cancer Nurs* 2021; 44(1): 53-61.
13. Kiarasi Z, Emadian SO, Fakhri MK. Effectiveness of Logotherapy on Fear of disease progression, Death Anxiety of cancer in Women with Breast Cancer. *Iranian Journal of Cancer Care (ijca)* 2020; 2(1): 1-9. [In Persian]
14. Hosseinzadeh-Khezri R, Rahbarian M, Sarichloo M-E, Lankarani KB, Jahanihashemi H, Rezaee F. Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of patients with colorectal cancer

- receiving chemotherapy. *Bull Env Pharmacol Life Sci* 2014; 39(2): 164-179.
15. Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of integrative approach logotherapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2019; 7(1): 66-74. [In Persian]
 16. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002; 32(6): 959-976.
 17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60(4): 570-579.
 18. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler psychological distress scale (K10). *Aust N Z J Public Health* 2001; 25(6) : 494-507.
 19. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Identity styles and psychological distress. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2013; 7(26): 77-88. [In Persian]
 20. Kermani Z, Khoda Panahi MK, Heidari M. Psychometric properties of the Schneider Life expectancy Scale. *Journal of Applied Psychology* 2011; 5(4): 7-23. [In Persian]
 21. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *Couns Psychol* 2012; 40(7): 976-1002.
 22. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30(12): 1304-1315.
 23. Baniasadi F, Poursharifi H, Borjali A, Mofid B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress in people with prostate cancer. *J Prev Med* 2021; 8(1): 12-22.
 24. Moghadamfar N, Amraei R, Asadi F, Amani O. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 6(5): 1-7.
 25. Johns SA, Stutz PV, Talib TL, Cohee AA, Beck-Coon KA, Brown LF, et al. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer* 2020; 126(1): 211-218.
 26. Ghasemi F, Dehghan F, Farnia V, Tafari F, Alikhani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy of female cancer patients at Tehran's Dehshpour Institute in 2015. *Asian Pac J Cancer Prev* 2016; 17(8): 152-6164
 27. Yousefian Z, Ahadi H, Mojmanari AK. The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. *Journal of Psychological Science* 2020; 18(4): 85-93. [In Persian]
 28. Borjali M, Abbasi M, Asadian A, Ayadi N. Effectiveness of group logo therapy on the anxiety of death and life expectancy of patients with stomach cancer. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2017; 15(6): 568-576. [In Persian]
 29. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Moradi-Joo M, Akbari ME. Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev* 2014; 7(3): 165-174.
 30. Pirkhaefi A, Salehi F. Effectiveness of group logotherapy on promotion mental health of women with breast cancer. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2013; 2(8): 61-79. [In Persian]
 31. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Akbari ME, Moradi JM. Effectiveness of group logo therapy on decreasing hopelessness in women with breast cancer. *Iran J Cancer Prev* 2015; 87(1): 69-79.