

## اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

احمد اسمعیلی<sup>۱</sup>، معصومه علیزاده<sup>۲</sup>، کبری غنی‌زاده بالدرلو<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۲/۰۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۰۸

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بود.

**مواد و روش کار:** بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان امید شهر ارومیه به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند ولی مداخله‌ای بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. هر دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌وسیله پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سرطان پستان (QOL\_BR23) مورد آزمون قرار گرفتند همچنین از روش تحلیل کوواریانس جهت تجزیه و تحلیل استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه‌ی درمانی توانسته است دو بعد سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی آزمودنی‌های گروه آزمایش را بهبود ببخشد ولی در دو بعد سلامت روان‌شناختی و سلامت محیطی مداخله نتوانسته است وضعیت آزمودنی‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** بنابراین می‌توان اظهار داشت که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرطان پستان، کیفیت زندگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره پنجم، ص ۳۷۴-۳۶۵، مرداد ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: استان آذربایجان شرقی، مراغه، دانشگاه مراغه، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، تلفن: ۰۹۱۴۴۰۱۶۳۲۷

Email: esmaili147@gmail.com

### مقدمه

عوامل هورمونی و باروری و عوامل محیطی نظیر سبک زندگی و به‌ویژه عوامل روانی را در بروز سرطان پستان دخیل دانسته‌اند (۱)، (۷، ۸).

زنان مبتلا به سرطان پستان با درمان‌هایی نظیر جراحی، پرتودرمانی، شیمی‌درمانی، هورمون‌درمانی، درمان ایمنی بدن و درمان هدف (داروهایی که به‌طور خاص با رشد سلول‌های سرطانی دخالت دارد) مورد معالجه قرار می‌گیرند (۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی (و سایر مشکلات روانی-اجتماعی در مبتلایان است که

سرطان یک گروه از بیماری است که با رشد کنترل نشده و گسترش سلول‌های غیرطبیعی همراه می‌باشد (۱). سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در زنان سراسر جهان است که بالاترین میزان مرگ‌ومیر در میان بیماران سرطانی زن را دارد. میزان بروز سرطان پستان از یک نقطه به نقطه دیگر از جهان متفاوت بوده (۴-۲) و حدود یک‌پنجم از تمام مرگ‌ومیر در زنان در سن ۴۰-۵۰ سال است (۴)، (۵). در ایران نیز سرطان پستان ۲۲/۲۶ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد و شایع‌ترین سرطان در میان زنان ایرانی است (۶). پژوهشگران تاکنون عوامل خطر بالقوه‌ای همانند وراثت،

<sup>۱</sup> استادیار گروه روانشناسی دانشگاه مراغه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد ارومیه

<sup>۳</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد واحد ارومیه

مطالعات نشان داده‌اند که کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان به‌طور قابل توجهی پایین‌تر از زنان جوان غیر بیمار است (۱۵، ۱۶). همچنین عوامل جانبی و زمینه‌ای بسیاری قادرند که بر وضعیت سلامت روانی و زندگی این بیماران تأثیر بگذارند (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۴</sup> رویکردی فرایند مدار است که به‌عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود (۱۸). درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۹) و یک روش درمانی که تمرکز حواس<sup>۵</sup> (متمرکز شدن بر یک روش خاص: بر روی هدف، در لحظه‌ی حال، قضاوت غیر منصفانه) و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارتهایی برای پاسخ به تجارب غیر قابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزش‌های شخصی را می‌آموزد. درمانی است برای کم‌تر کردن نگرانی‌ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان‌ها<sup>۶</sup> و احساسات<sup>۵</sup> (اغلب به‌عنوان نشانه‌های اختلال روانی دیده می‌شود) و نگرانی زیاد همراه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی<sup>۶</sup> (توانایی برای تغییر رفتار بسته به اینکه چگونه این رفتار برای زندگی بیمار در طولانی مدت مفید و قابل درک است) (۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای رسیدن به افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، از طریق پذیرش، تمرکز بر لحظه‌های حال و تعهد به ارزش ناشی از زندگی تلاش می‌کند (۲۱). فرایند درمان بیماری سرطان پستان نیز مانند سایر سرطان‌ها پیچیده و طولانی است، این بیماری باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود که تأثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد زمانی که افراد به بیماری‌هایی مانند سرطان که زندگی را تهدید می‌کند مبتلا می‌شوند، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند که این امر آسیب‌پذیری به سلامت روان آنان وارد می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود به نظر می‌رسد میانجی‌های روان‌شناختی، می‌توانند نقش قابل توجهی در درمان سرطان‌ها و پیامدهای آن داشته باشد، چنانچه اکثر محققین معتقدند روان‌درمانی در افزایش میزان بقای عمر بیماران مبتلا به سرطان مؤثر می‌باشد. در کشور ما بیشتر روی جنبه‌های فیزیکی و جسمی بیماری سرطان کار می‌شود در صورتی که باید در نظر داشت که درمان سرطان و جنبه‌های روانی بیمار دو پدیده مستقل از هم می‌باشند و ممکن است فردی به لحاظ جسمی بیماریش درمان شده باشد ولی احساس خوبی نسبت به زندگی نداشته باشد و یا حتی زمانی که از لحاظ جسمی بهبود چندانی نداشته چون از لحاظ روحی نیز آشفته بوده، در زمان

این امر به کاهش کیفیت زندگی<sup>۱</sup>؛ به‌خصوص در رابطه با زنان جوان‌تر منجر می‌شود (۹، ۱۰).

امروزه کیفیت زندگی نیز به‌مثابه یکی از پیامدهای مهم درمان بیماری‌های مورد توجه قرار گرفته است و به‌منزله یکی از شاخص‌های تعیین‌کننده درمان‌ها ارزیابی می‌شود. کیفیت زندگی به احساسات، انتظارات و اعتقادات و پنداره‌های فرد بستگی دارد. (۱۱) سازمان بهداشت جهانی مفهوم وسیعی از کیفیت زندگی را مدنظر قرار می‌دهد که این مفهوم تلفیقی از سلامت فیزیکی، وضعیت روان‌شناختی، سطح استقلال، روابط اجتماعی و اعتقادات فردی و ارتباط بین این عوامل با ویژگی‌های محیطی می‌باشد. کیفیت زندگی مفهوم جدیدی نیست، این مفهوم ریشه در فلسفه یونان دارد و ارسطو در بحث از شادکامی بدان اشاره کرده است. کسی که برای اولین بار به مفهوم کیفیت زندگی به‌صورت مستقیم اشاره کرد پیگو بود. پیگو عبارت کیفیت زندگی را برای اولین بار در سال ۱۹۲۵ در کتاب "اقتصاد و رفاه" مورد استفاده قرار داد (۱۲).

فرانس معتقد است که از لحاظ مفهومی، کیفیت زندگی هم جسمی است و هم ذهنی ولی جنبه ذهنی آن غلبه دارد، کیفیت زندگی را ادراک فرد از رفاه خود می‌داند و معتقد است که اگر درک فرد از کیفیت زندگی‌اش کاهش یابد سایر ویژگی‌های او تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث تحلیل آن‌ها و نهایتاً افت کیفیت زندگی می‌شود (۱۲). بیماران سرطانی بدنبال مشکلات جسمی از مشکلات روحی چون افسردگی، اضطراب و اختلال انطباقی نیز رنج می‌برند که به شدت سلامت روان آنان را تحت تأثیر قرار خواهد داد و در نهایت کاهش سلامت روان در بیماران سرطانی بر کیفیت زندگی آن‌ها اثر گذاشته و می‌تواند باعث ازدست دادن شغل، از هم گسیختگی خانواده، اختلال در ارتباطات بین فردی و عدم توانایی در انجام مسئولیت‌های فردی، خانوادگی گردد (۱۳). بنابراین می‌توان در کنار شیوه‌های درمانی چون جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی و درمان بیولوژیک، مداخلاتی را نیز اعمال کرد که باعث افزایش سلامت روان و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنان گردد. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان است؛ این مفهوم کاملاً ذهنی بوده، توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی استوار است (۱۴).

4. emotions

5. sensations

6. psychological flexibility

1. Quality of life

2. Acceptance and Commitment Therapy

3. mindfulness

اندکی بیمار آسیب‌های جدی و شدیدی را تجربه می‌کند در هر دو حالت سلامت روان بیمار تحت تأثیر قرار گرفته و کیفیت زندگی او به خطر می‌افتد. بنابراین روان‌درمانی که بتواند بیمار را با وضعیت فعلی و واقعیت خود روبرو کرده تا شرایط خود را فاجعه تلقی نکند و آنرا بپذیرد از اهمیت بسزایی برخوردار است. براین اساس محقق به دنبال آن است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش کیفیت زندگی بیماران سرطانی پستان مؤثر است؟

## مواد و روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و براساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امید شهر ارومیه در پاییز ۹۴-۹۳ بود. از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. داشتن انگیزه برای شرکت در برنامه و کسب رضایت افراد و همکاری لازم با پژوهشگر هنگام مصاحبه‌ی اولیه اخذ گردید. ملاک‌های ورود به مرحله‌ی آزمون داشتن سن ۳۰ تا ۵۰ سال، همه‌ی افراد تحت شیمی‌درمانی قرار داشته باشند و به غیر از سرطان پستان هیچ عارضه‌ی جسمی دیگری نداشته باشند و ملاک‌های خروج از جلسات روان‌درمانی گروهی غیبت داشتن بیش از ۲ جلسه و عدم توانایی جسمی به‌دلیل روند رو به رشد بیماری سرطان بود. قبل از مداخله و بعد از اتمام آن آزمودنیها با پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سرطان پستان

ابزارهای گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از: الف- پرسشنامه کیفیت زندگی مخصوص بیماران مبتلا به سرطان پستان (QOL\_BR23):

این پرسشنامه جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته اخیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای در قالب ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۷۳ درصد تا ۸۹ درصد برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (۲۲). این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی، نایینی و همکاران (۲۳) ترجمه و استانداردسازی شده است.

شیوه‌ی اجرای پژوهش: بعد از مصاحبه بالینی و اجرای پرسشنامه قبل از درمان، پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، در ۴ هفته‌ی پیاپی برگزار شد و خلاصه‌ی محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است؛ و بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون از بیماران گرفته شد.

## جدول (۱): خلاصه‌ی جلسات درمان

### شرح جلسات به همراه تکالیف خانگی

**جلسه‌ی اول:** برقراری رابطه درمانی (با استفاده از استعاره دو کوه) - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و قوانین گروه، تبیین سرطان سینه، علائم و نشانه‌ها، درمان‌های دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ارزیابی انتظارات افراد از درمان

**جلسه‌ی دوم:** مروری بر صحبت‌های جلسه اول، هدف اصلی این جلسه ایجاد درماندگی خلاق می‌باشد یعنی مراجع در نهایت به این بینش برسد که تاکنون هر نوع تلاشی که برای حل مشکلش انجام داده بی‌فایده بوده و از این پس بجای سرزنش خود شیوه‌های جدیدی را بکار بگیرد تا موقعیت را تغییر دهد، با استفاده از تمثیل (انسان در چاه، مسابقه طناب کشی با هیولا، ببر گرسنه به مراجعه می‌آموزیم که اجتناب یا هر شیوه کنترل دیگر، فقط اهمیت و نقش آنچه او از آن اجتناب می‌کند را تقویت می‌کند. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

**جلسه‌ی سوم:** هدف اصلی در این جلسه آموزش و تفهیم این موضوع می‌باشد که کنترل خود مسئله هست نه راه‌حل. تبیین اینکه وقایع درونی را نمی‌توان مانند وقایع بیرونی کنترل کرد و آموزش تشخیص کنترل وقایع شخصی مثل افکار و خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل (پلی‌گراف و عاشق شدن)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

**جلسه‌ی چهارم:** هدف اصلی در این جلسه آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای کنترل می‌باشد. آموزش پذیرش تمام رویدادهای درونی و توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از تمثیل مهمان ناخوانده و گیر کردن پای گربه در کلاف. تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل (شیر، شیر، شیر)، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

### شرح جلسات به همراه تکالیف خانگی

**جلسه‌ی پنجم:** بیان مفهوم گسلش شناختی با استفاده از تمثیل‌های اتوبوس و رژه رفتن سربازان که هدف نهایی ایجاد فاصله‌ی بین مراجع و افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی‌اش هست و در نهایت مراجع واکنش‌های درونی را در یک سطح مشاهده‌گر می‌بیند و با آن‌ها آمیخته نمی‌شود مثال متوجه شدم که دارم مضطرب می‌شوم.

**جلسه‌ی ششم:** توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل شطرنج و استعاره خانه با مبلمان، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، شرکت کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت کنندگان در می‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال پردازش‌ها سرگردان شده در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آن‌ها توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند. بنابراین شرکت کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

**جلسه‌ی هفتم:** توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر و کمک به مراجع تا بر زندگی کردن به شیوه مؤثر متمرکز شود، در حقیقت در این جلسه بین ارزش بعنوان احساس و ارزش بعنوان یک عمل تمایز قائل می‌شویم، اجرایی تمرین‌هایی برای شناسایی ارزش‌های مراجع مثل تمرین تشییع جنازه خود و ارائه فرم درجه‌بندی سنجش ارزش‌ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.

**جلسه‌ی هشتم:** آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها یعنی مراجع بین تمایل و خواستن تمیز قائل شود با استفاده از تمثیل گدای دم در این کار به‌طور تجربی انجام می‌شود و نهایتاً مراجع به این نتیجه برسد که خودداری کردن از تمایل آرامش ذهن را افزایش نخواهد داد، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون.

### یافته‌ها

**جدول ۲،** مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد.

**جدول (۲):** مؤلفه‌های توصیفی نمرات سلامت روان و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها           | گروه        | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
|-------------------|-------------|-----------|----------|
| سلامت محیطی       | گروه کنترل  | ۲۱/۶۱     | ۲۱/۹۹    |
|                   | گروه آزمایش | ۲۳/۲۵     | ۲۲/۶۶    |
| سلامت اجتماعی     | گروه کنترل  | ۸/۷۷      | ۳/۷۹     |
|                   | گروه آزمایش | ۹/۰۸      | ۵/۹۱     |
| سلامت جسمانی      | گروه کنترل  | ۱۹/۲۷     | ۵/۲۶     |
|                   | گروه آزمایش | ۱۸/۵۸     | ۱۴/۲۵    |
| سلامت روان‌شناختی | گروه کنترل  | ۱۶/۸۸     | ۴/۳۷     |
|                   | گروه آزمایش | ۱۶/۸۳     | ۱۴/۹۱    |
| کیفیت زندگی       | گروه کنترل  | ۶۶/۵۵     | ۱۲/۰۵    |
|                   | گروه آزمایش | ۶۷/۷۵     | ۵۷/۴۱    |

برای مشخص شدن معنی‌داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانوا روی متغیرها

| منبع | متغیر وابسته        | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F      | سطح معنی داری |
|------|---------------------|---------------|------------|-----------------|--------|---------------|
|      | سلامت اجتماعی       | ۷۵/۵۷۱        | ۱          | ۷۵/۵۷۱          | ۸/۱۳۰  | ۰/۰۰۱         |
|      | سلامت روان شناختی   | ۷/۷۹۷         | ۱          | ۷/۷۹۷           | ۱/۴۵۵  | ۰/۲۴۲         |
|      | سلامت جسمانی        | ۸۲/۹۷۲        | ۱          | ۸۲/۹۷۲          | ۱۹/۹۶۵ | ۰/۰۰۱         |
|      | سلامت محیطی         | ۰/۸۵۲         | ۱          | ۰/۸۵۲           | ۰/۰۹۵  | ۰/۷۶۱         |
|      | نمره کل کیفیت زندگی | ۴۶۳/۰۰۲       | ۱          | ۴۶۳/۰۰۲         | ۱۶/۷۸۸ | ۰/۰۰۱         |

مؤثر است (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰). فروس، لنه، کیروچی و بلاکچ (۳۱) که برای بهبود زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را انجام داده‌اند به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تغییراتی در انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، کیفیت زندگی، پریشانی و خلق و خوی افراد شرکت کننده در این آزمایش ایجاد کند.

مطالعات متعددی به این نتیجه رسیده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی خفیف تا متوسط (۳۲)، اختلال وسواسی- اجباری<sup>۱</sup> (۳۳)، روان پریشی<sup>۲</sup> یا سایکوز (۳۴)، سیگار کشیدن (۳۵)، وزوز گوش<sup>۳</sup> (۳۶)، صرع<sup>۴</sup> و غذا خوردن احساسی بعد از عمل جراحی باندینگ معده (۳۷) مؤثر است. همچنین این روش درمانی در زمینه اختلالات غیر بالینی مانند استرس محیط کار (۳۸)، سلامت روان (۳۹) و کاهش وزن (۴۰) نیز مؤثر بوده است.

هدف روش درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی تنها جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود و با استفاده از تکنیک‌های بکارگیری از امثال و استعارات تلاش می‌گردد بجای استدلال از روش بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده به افراد کمک کنند (۱۸)، بنابراین می‌توان اظهار داشت که روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند علائم و نشانه‌های اضطراب، افسردگی، عملکرد جسمانی و اجتماعی مختل را در بیماران سرطانی کاهش داده و آن‌ها را در جهت بهبود کیفیت زندگی یاری رساند. همان طور که اشاره شد، ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در مدل ACT می‌باشد که یافته‌ها نشان داده است مدیریت استرس سرطان بر مبنای ذهن آگاهی، قادر است در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت معنوی نقش مؤثری را ایفا کند (فیش،

براساس مندرجات جدول ۳، مشاهده می‌شود که مقدار F مربوط به متغیر کیفیت زندگی برابر است با  $F = 16/788$ ، سلامت اجتماعی  $F = 8/130$ ، سلامت جسمانی  $F = 19/965$ ،  $(P < 0/001)$  و معنی دار می‌باشند اما مقدار F مربوط به سلامت روان‌شناختی  $F = 7/797$ ،  $(P < 0/242)$  و سلامت محیطی  $F = 0/852$ ،  $(P < 0/761)$  معنی دار نیست. براین اساس می‌توان گفت که مداخله توانسته بر کیفیت زندگی گروه آزمایش تأثیر بگذارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این بررسی بعد از آنکه آزمودنی‌های گروه آزمایش مورد مداخله قرار گرفتند، نتایج کلی از اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه شهر ارومیه حکایت دارد.

نتایج به‌دست آمده از این مطالعه نشان داد که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است بر دو مؤلفه‌ی سلامت اجتماعی و سلامت جسمانی در کیفیت زندگی مؤثر باشد اما مداخله نتوانسته است دو مؤلفه‌ی دیگر کیفیت زندگی یعنی سلامت روان‌شناختی و سلامت محیطی را تحت تأثیر قرار دهد.

در پژوهشی که مجتبابی و غلامحسینی (۲۴) بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان با نشانه‌های افسردگی انجام دادند به این یافته رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. یافته‌های به‌دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مطالعه‌ی محبت بهار، ملکی ریزی، اکبری و مرادی جو (۲۵) حاکی از کاهش معنی داری در علائم اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان است.

نتایج بسیاری از مطالعات محققان ثابت می‌کند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اضطراب و ارتقاء کیفیت زندگی

<sup>3</sup>. tinnitus

<sup>4</sup>. epilepsy

<sup>1</sup>. obsessive-compulsive disorder

<sup>2</sup>. Psychosis

براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند (۴۴) اجرای مداخله‌ی گروهی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با بکارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های ACT به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد ACT را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و قومی افراد شرکت کننده در این پژوهش اشاره کرد همچنین با توجه به جامعه‌ی آماری و محدود بودن نمونه که فقط بیماران بیمارستان امید ارومیه را شامل می‌شود، لذا نمونه انتخابی نمی‌تواند نماینده‌ی همه‌ی بیماران کشور باشد و نتایج آن به سایر شهرها با احتیاط قابل تعمیم می‌باشد. از آنجاکه یکی از عوامل افزایش دهنده کیفیت زندگی بیماران سرطانی، حمایت اجتماعی است (۱۷) لذا پیشنهاد می‌گردد آموزش‌های لازم جهت پذیرش بیمار، برای نزدیکان و اعضای خانواده اجرا گردد.

### تشکر و قدردانی

از مدیریت محترم، پزشکان، کارکنان و کلیه عوامل اجرایی بیمارستان امید ارومیه و کلیه بیماران عزیز و گرامی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

### References:

- 1- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015.
- 2- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011;61(2):69-90.
- 3- Costanza ME, Chen WY. Epidemiology and risk factors for breast cancer. Up to Date 2011; 19(2).
- 4- Yankaskas BC. Epidemiology of breast cancer in young women. Breast Dis 2005; 23: 3-8.

اتریج، شارپلین، هنکوک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گروه‌های ناهمگونی از مراجعان مقاوم به درمان که دارای اختلالات محور یک و محور دو بوده‌اند، اثبات شده است. (۴۱). در فراتحلیلی که پیرامون مقالات منتشر شده بین سالهای ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ صورت گرفت، نشان داده شد که ACT برای مجموعه گسترده‌ای از اختلالات شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، درد، وسواس موقنی، اختلالات سایکوتیک، سو مصرف مواد و مدیریت صرع و دیابت مؤثر بوده است (۴۲). از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند به‌خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به‌عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگرسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می‌داند. همچنین درد، جزیی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، دربرگیرنده‌ی زمان حال و گام رو به جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است (۴۳). به‌طورکلی پذیرش، فرآیندهای اصلی ACT برای تعهد را تسهیل می‌کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به‌طور هدفمند و معنی‌دار در زندگی‌شان بر می‌گزینند را به‌طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به‌منظور تسهیل روند عمل متعهدانه‌ی هدایت شده

- 5- Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Yang M-J, Wu C-Y, Juan C-H, et al. Quality of life, depression, and stress in breast cancer women outpatients receiving active therapy in Taiwan. Psychiatry Clin Neurosci 2006;60(2):147-53.
- 6- Esmaili R, Abed-Saiidi J, Alavi Majd H. A survey of the body image of mastectomies women referring to Imam Khomeini and Imam Hussein hospitals in Tehran, Iran. Indian J Psyche Med 2010; 32(1): 34-7. (Persian)
- 7- Barnett GC, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk factors for the

- incidence of breast cancer: do they affect survival from the disease? *J Clin Oncol* 2008;26(20):3310–6.
- 8- Demark-Wahnefried W, Aziz NM, Rowland JH, Pinto BM. Riding the crest of the teachable moment: promoting long-term health after the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol* 2005;23(24):5814–30.
- 9- Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J* 2015;21(1):97–103.
- 10- So WKW, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JCK, Yeung M, et al. The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. *Oncol Nurs Forum* 2009;36(4):E205-214.
- 11- Yang S-C, Kuo P-W, Wang J-D, Lin M-I, Su S. Development and psychometric properties of the dialysis module of the WHOQOL-BREF Taiwan version. *J Formos Med Assoc* 2006;105(4):299–309.
- 12- Forsen A. Psychosocial Aspects of Breast Cancer. *Psychiatr Fenn* 1991; 21: 189-200.
- 13- Hasan poor Dehkordi A, Azari S. Quality of life and related factor in cancer patients. *Behbood* 2006; 10(2): 110-19. (Persian)
- 14- WHO Quality of Life Group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version. Geneva: World Health Organization; 1996.
- 15- Reyes-Gibby CC, Anderson KO, Morrow PK, Shete S, Hassan S. Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *J Womens Health (Larchmt)* 2012;21(3):311–8.
- 16- Lehto U-S, Ojanen M, Dyba T, Aromaa A, Kellokumpu-Lehtinen P. Baseline psychosocial predictors of survival in localised breast cancer. *Br J Cancer* 2006;94(9):1245–52.
- 17- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006;44(1):1–25.
- 18- Plumb JC, Stewart I, Dahl J, Lundgren T. In search of meaning: values in modern clinical behavior analysis. *Behav Anal* 2009;32(1):85–103.
- 19- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press; 2012.
- 20- Angiola JE, Bowen AM. Quality of life in advanced cancer an acceptance and commitment therapy view. *Couns Psychol* 2013;41(2):313–335.
- 21- Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13(2):299–310.
- 22- Nejat S, Montazeri A, halakooie N, Majdzadeh S. Standardization of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire Translation and psychometric Iranian species. Faculty of Health and Medical Research Institute 2006; 4, 1-12. (Persian)
- 23- Mojtabaie M, Gholamhosseini S. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce the symptoms of anxiety in women with breast cancer. *J Soc Issues Human* 2014; 4(2): 522-7. (Persian)
- 24- 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): 71–76. (Persian)

- 25- Veehof MM, Oskar MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011; 152(3): 533–42.
- 26- Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80(5): 750–65.
- 27- Schoendorff B, Purcell-Lalonde M, O'Connor K. Third wave therapies in the treatment of obsessional compulsive disorder: applying acceptance and commitment therapy. *Sante Ment Que* 2013;38(2):153–73.
- 28- Fledderus M, Bohlmeijer ET, Smit F, Westerhof GJ. Mental health promotion as a new goal in public mental health care: A randomized controlled trial of an intervention enhancing psychological flexibility. *Am J Public Health* 2010; 100(12): 2372.
- 29- Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22(1): 55–60.
- 30- Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology* 2013;22(2):459–64.
- 31- Gaudiano BA, Nowlan K, Brown LA, Epstein-Lubow G, Miller IW. An Open Trial of a New Acceptance-Based Behavioral Treatment for Major Depression with Psychotic Features. *Behav Modify* 2013; 37(3): 324–55.
- 32- Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(5):705–16.
- 33- Shawyer F, Farhall J, Mackinnon A, Trauer T, Sims E, Ratcliff K, et al. A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behav Res Ther* 2012;50(2):110–21.
- 34- Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Pierson HM, Piasecki MP, Antonuccio DO, et al. Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behav Ther* 2011;42(4):700–15.
- 35- Westin VZ, Schulin M, Hesser H, Karlsson M, Noe RZ, Olofsson U, et al. Acceptance and commitment therapy versus tinnitus retraining therapy in the treatment of tinnitus: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49(11):737–47.
- 36- Weineland S, Arvidsson D, Kakoulidis T, Dahl J. Acceptance and commitment therapy for bariatric surgery patients, a pilot RCT. *Obes Res Clin Pract* 2012; 6: e21–30.
- 37- Flaxman PE, Bond FW. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behav Res Ther* 2010;48(8):816–20.
- 38- Masuda, A. Hayes, S.C. Fletcher, L.B. Seignourel, P.J. Bunting, K. Herbst, S.A. Twohig, M.P. & Lillis, J. (2007). the impact of Acceptance and Commitment Therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behavior Research and Therapy*; 45(11): 2764-2772.
- 39- Lillis J, Hayes SC, Bunting K, Masuda A. Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Ann Behav Med* 2009;37(1):58–69.
- 40- Clarke S, Kingston J, Wilson KG, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-



- resistant clients: A treatment Development study. *Cognitive and Behavioral Practice* 2012; 19(4): 560-72.
- 41- Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion Psychiatry* 2009; 22(1): 55-60.
- 42- 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. *Behav Ther* 2013;44(2):180-98.
- 43- Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioral and cognitive psychotherapy* 2011; 39(05): 541-59.

## THE EFFECTIVENESS OF GROUP PSYCHOTHERAPY BASED ON ACCEPTANCE AND COMMITMENT ON QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER

*Ahmad Esmali Kooraneh<sup>1\*</sup>, Masoomeh Alizadeh<sup>2</sup>, Kobra Khanizadeh Balderlou<sup>3</sup>*

*Received: 27 Apr, 2015; Accepted: 29 June, 2015*

### **Abstract**

**Background & Aims:** The aim of this study was to determine the efficacy of treatment based on acceptance and commitment to increase the quality of life in patients with breast cancer.

**Materials & Methods:** For this purpose, in a quasi-experimental study, 30 women with breast cancer in Omid Hospital, Urmia Iran were randomly selected and divided into two groups (n = 15) and control (n= 15). The experimental group received 8 sessions of 90-minute intervention based on acceptance and commitment, but the control group did not receive any intervention. In order to collect data, Quality of Life Questionnaire was used. Analysis of covariance was used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the treatment of quality of life ACT increased significantly in the post-test and components of ACT increased quality of life in the experimental group. The intervention however did not affect mental and environmental health of the experimental group.

**Conclusion:** It was concluded that the group therapy based on acceptance and commitment could enhance the life quality of patients with breast cancer.

**Keywords:** ACT, Breast cancer, Quality of life

**Address:** Faculty of Humanities, University of Maragheh, Maragheh City, East Azerbaijan, Iran

**Tel:** +98 4137228001

**Email:** esmaili147@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016; 27(5): 374 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Maragheh University, Maragheh, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> M.S. in Clinical Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

<sup>3</sup> M.S. in Clinical psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran