

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility, Post Traumatic Growth and Quality of Life in Women with Breast Cancer

Omidbeygi, M., Hassanabadi, *H.R., Hatami, M., Vaezi, A.A.

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer and the second leading cause of death among women with many physical and psychological complications, decreasing the patient's quality of life. Therefore, the aim of this study was to evaluate the efficacy of acceptance and commitment therapy on the psychological flexibility, post-traumatic growth and quality of life in patients with breast cancer.

Method: In a randomized clinical trial design with pre-test - post-test - follow up paradigm, a sample of 30 breast cancer patients referred to the Alborz province hospitals selected (summer 2018) and randomly were divided into experiment and control groups after gaining inclusion criteria. Acceptance and commitment based treatment protocol was performed in 10 sessions for the experimental group and the control receive no intervention. The psychological flexibility (MFPI), post-traumatic growth (PTG) and quality of life (FACT-B) questionnaires completed by patients before and after therapeutic interventions and in the follow-up phase.

Results: The results of mixed analysis of variance showed that the experimental group participants had a significantly higher scores of psychological flexibility, post-traumatic growth and quality of life than the control group. Also, the scores of these variables changed significantly over time from pre-test to follow-up. The interaction of the group in time showed that the participants of the experimental group obtained significantly higher scores in all variables than the control group in the post-test and follow-up stages, which indicated a regular interaction.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy is effective on psychological flexibility, posttraumatic growth and quality of life in the breast cancer patients and can be used to improve the quality of life in these patients.

Keywords: post traumatic growth, psychological flexibility acceptance and commitment therapy, quality of life, breast cancer.

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان

مریم امیدبگی^۱، حمیدرضا حسن‌آبادی^۲، محمد حاتمی^۳، امیرعباس واعظی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۱۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۵

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و دومین علت اصلی مرگ در زنان با بسیاری از عوارض جسمی و روانی است که باعث کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود. از این‌رو، این پژوهش با هدف تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش: در یک کارآزمایی بالینی تصادفی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری، نمونه مشتمل بر ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های استان البرز (در تابستان ۱۳۹۷) پس از احراز ملاک‌های ورود و خروج به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگذاری شدند. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه برای گروه آزمایشی اجرا شد و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان قبل و بعد از اجرا و در مرحله پیگیری به پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، رشد پس از آسیب و انعطاف‌پذیری روانشناختی پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در انعطاف‌پذیری روانشناختی، رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی به گونه‌ی معنی‌دار نمرات بالایی به دست آوردند. از طرفی، نمرات این متغیرها طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری به طور معنی‌دار تغییر کرد. اثر متقابل گروه در زمان نیز نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به طور معنی‌داری در تمامی متغیرها نمرات بالاتری کسب کردند که نشان از اثر متقابل منظم بود.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی مؤثر است و متخصصان حوزه سلامت می‌توانند به منظور ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان از آن استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: رشد پس از آسیب؛ انعطاف‌پذیری روانشناختی؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ کیفیت زندگی؛ سرطان پستان.

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان میان زنان در سراسر جهان است (۱) و در ایران نیز این سرطان حدود ۲۷ درصد از موارد سرطان‌های زنان را تشکیل می‌دهد که حدود ۳۰ درصد از مبتلایان به این بیماری زیر ۴۰ سال هستند (۲). این نوع سرطان ضمن اینکه شایع‌ترین سرطان است پس از سرطان ریه دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان است (۳).

تشخیص و انواع روش‌های درمانی از جمله جراحی، شیمی درمانی و هورمون درمانی برای این بیماران همراه با تنش و اضطراب است؛ از طرفی ویژگی‌های خاص این سرطان یعنی شایع بودن، قابل درمان بودن و میانگین سنی پایین مبتلایان به آن و به موازات آن پیشرفت‌های چشمگیر علم پزشکی در زمینه درمان این بیماری، باعث شده تعداد زیادی از این بیماران درمان شده و طول عمر زیادی داشته باشند. به علاوه این افراد پس از تشخیص حین و پس از درمان نیازمند حمایت‌های روانی هستند. به همین دلیل در سال‌های اخیر، تلاش‌های زیادی برای کنترل تأثیر جسمی و روانی منفی بیماری سرطان بر کیفیت زندگی^۱ بیماران صورت گرفته است. به دلیل این که سرطان پستان مشکلات روانشناختی بسیاری برای بیماران به وجود می‌آورد می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی آنها را تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش کیفیت زندگی بیماران شود (۴).

کیفیت زندگی یکی از مهمترین سازه‌های روانشناختی است که در مورد بیماران مبتلا به سرطان است. کیفیت زندگی یک متغیر چندبعدی است و به نحوه‌ی ارزیابی کلی فرد از زندگی و ادراک ذهنی او از شرایط زندگی‌اش اشاره دارد، مفهومی گسترده و پویا است و تعاریف مختلفی برای آن با توجه به فرهنگ، اجتماع و محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند، ارائه شده است (۵). کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی عبارت است از ادراک فرد از موقعیت خود در زندگی و در متن فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند که در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازهای فرد می‌باشد (۶) و هر عاملی که بتواند به‌طور مؤثر کیفیت زندگی این بیماران را افزایش دهد مورد توجه پژوهشگران است.

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان زمانی اهمیت دو چندان پیدا می‌کند که به کاهش نرخ مرگ‌ومیر در این بیماران به دلیل پیشرفت‌های علم پزشکی، علی‌رغم افزایش شیوع آن، توجه داشته باشیم. از این‌رو، به نظر می‌رسد در سال‌های آتی با تعداد زیادی از افراد مواجه هستیم که با وجود اینکه بیمار معضل سرطان را پشت سر گذاشته است و به تعبیری تولدی دوباره یافته است؛ اما، همچنان به‌نوعی با این بیماری درگیر است و اگر بتواند به این اتفاق از زاویه دیگری بنگرد نه تنها می‌تواند زندگی با کیفیتی را داشته باشد؛ بلکه، حتی این امکان هست که کیفیت زندگی‌اش از قبل از بیماری هم بیشتر شود و زمانی این اتفاق می‌افتد که فرد بتواند این تهدید را به فرصتی برای رشد تبدیل کند. در این راستا در سال‌های اخیر نوعی تغییر نگرش در مواجهه با حوادث آسیب‌زا نظیر ابتلا به بیماری‌های مزمن ایجاد شده است که از آن به‌عنوان رشد پس از آسیب^۲ (PTG) یاد می‌شود (۷).

رشد پس از آسیب تجربه یا درک ذهنی از تغییرات مثبت روانشناختی است که در اثر مواجهه با موقعیت‌های به شدت چالش‌برانگیز ایجاد می‌شود که این رشد پس از آسیب می‌تواند زمینه‌ساز حل بسیاری از مشکلات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و استرس شود (۸). رشد پس از آسیب به شیوه‌های مختلفی از جمله افزایش قدر زندگی را دانستن، روابط بین فردی معنادارتر، افزایش قدرت فردی، تغییر اولویت‌ها و یک زندگی معنوی قوی‌تر ظاهر می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به سرطان که درجاتی از رشد را تجربه کرده‌اند افسردگی و اضطراب کمتری را داشتند و همچنین کیفیت زندگی بالاتری را گزارش کرده‌اند (۹).

بیشتر مطالعات انجام شده در حوزه رشد پس از آسیب و سرطان متمرکز بر روابط همبستگی بین متغیرها بوده و با توجه به این مطالعات به نظر می‌رسد اگر مداخله‌ای که بتواند رشد پس از آسیب را افزایش دهد ممکن است بتواند به افزایش کیفیت زندگی بیماران بیانجامد؛ اما، اینکه کدام مداخله درمانی می‌تواند شانس رشد پس از آسیب را افزایش دهد هنوز با ابهاماتی همراه است و مطالعات زیادی در این زمینه در دسترس نیست.

1. quality of life

2. post traumatic growth

هیز، استراسول و ویلسون (۱۰) و از طرفی مک‌کینکان (۱۳) هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را ایجاد یک زندگی غنی و ارزشمند می‌داند؛ درحالی‌که فرد، رنج ناگزیر موجود در آن را می‌پذیرد.

به نظر می‌رسد فرآیندهای شش‌گانه اکت شانس بازتعبیر ترومایی مثل سرطان را به بیمار می‌دهد. فرآیند گسلس شناختی^۲ به بیمار کمک می‌کند تا ارزیابی خود را از بیماری تغییر دهد و حتی از آن به‌عنوان فرصتی برای رشد در ادامه زندگی خود استفاده کند. یعنی، برخلاف قواعد معمول ذهنی‌اش که بیماری سرطان به‌عنوان یک اتفاق دردناک ارزیابی شود آن را به چشم فرصتی ببیند که نه تنها باعث بدبختی او نشده است؛ بلکه ممکن است باعث رشد روانی او شود و بقیه زندگی‌اش را با کارکرد روانی قوی‌تری ادامه دهد و با تغییر در اولویت‌های زندگی‌اش، جهان‌بینی‌اش و حتی آگاهی‌اش نسبت به بدن خویش بتواند با کیفیت بالاتری زندگی کند و به رشد پس از آسیب برسد.

فرآیند پذیرش^۳ که وجه مقابل اجتناب تجربه‌ای^۴ است به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند که راهبردهای اجتنابی را کنار بگذارند و برای بهبودی خویش تلاش بیشتری کنند (۱۴) و این فرآیند به‌نوبه خود زمینه را برای بازتعبیر و تغییر شیوه تفکر بیماری آماده می‌نماید. زیرا، تا زمانی که بیمار به پذیرش شرایط خود آن‌گونه که هست نرسد و از ترس تبعات فرآیند درمان وارد این فرآیند نشود اصلاً نمی‌تواند به این تروما نوع دیگری بنگرد چه برسد به آنکه بخواهد به آن به‌عنوان فرصتی برای رشد بنگرد (۱۲).

فرآیند شفاف‌سازی ارزش‌ها^۵ می‌تواند به پذیرش بیشتر بیمار کمک کند. زیرا، با کمک این فرآیند، بیمار برای رسیدن به ارزش‌های زندگی خود راهبردهای اجتنابی را کنار می‌گذارد و درد و رنج بیماری و درمان را می‌پذیرد. در ضمن می‌تواند با کمک این فرآیند به بیمار کمک کرد تا رسیدن به رشد پس از آسیب را به‌عنوان یک ارزش در زندگی خود ارزیابی کند (۱۵). با استفاده از فرآیند خود به‌عنوان زمینه (به‌جای خود به‌عنوان محتوا که در اینجا محتوا بیماری سرطان است)، یاد می‌گیرد که چطور به جنبه‌های دیگر زندگی به جز بیماری و

تدسچی و کالهون (۷) معتقدند تجربه رشد پس از آسیب با نوعی باز تعبیر تروما همراه است و زمانی که فرد بتواند به تروما از زاویه دیگری بنگرد و از آن برای تغییر جهان‌بینی خود استفاده کند آنگاه می‌تواند به کارکرد روانی بالاتری نسبت به قبل از تروما برسد. ترومایی نظیر تشخیص سرطان که یک بیماری تهدیدکننده زندگی است نیز اگر با تغییر نگرش فرد بیمار همراه باشد و بیمار بتواند به این بیماری برخلاف دیدگاه رایج و معمول بنگرد و از این بیماری به‌عنوان فرصتی برای تغییر نگرش به زندگی، خود و روابط بین فردی‌اش نگاه کند احتمال داشتن تجربه جدیدی مثل رشد پس از آسیب را فراهم می‌کند. بنابراین، رویکردهای درمانی که زمینه این تغییر نگرش و تغییر جهان‌بینی در فرد را ایجاد کند متعاقباً می‌تواند زمینه برای رشد پس از آسیب در بیمار ایجاد کند.

در رویکردی مثل رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (اکت) این فرصت به بیمار داده می‌شود (۱۰)؛ چرا که این رویکرد با فرآیندهایی که دارد می‌تواند بر فلسفه زندگی فرد تأثیر بگذارد و فرآیند کلی تفکر فرد را فارغ از محتوای تفکر وی تغییر دهد. اصولاً برای انجام مداخلات روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان از رویکردهای درمانی مختلفی استفاده می‌شود؛ اما، مطالعات نشان می‌دهند که در بین آنها، درمان‌های موج سوم و درمان‌های مبتنی بر پذیرش، در شرایطی که با یک خطر واقعی (نه مبهم و نه ناشی از خطاهای شناختی) و غیرقابل تغییر مثل سرطان مواجه هستیم، از تأثیر و پایداری خوبی برخوردار است (۱۱). در این میان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز به دلیل فرآیندهای خاصی که دارد می‌تواند مداخله روانشناختی مناسبی برای این گروه از بیماران باشد (۱۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد، مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است و رویکردی فرآیندمدار است. در این رویکرد فرض بر این است که انسان‌ها پیوسته سعی دارند که از تجربه بسیاری از هیجانات یا افکار آزاردهنده‌شان اجتناب کنند و یا آنها را کنترل کنند تا از آنها رها شوند؛ اما، این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید آن احساسات، هیجانات و افکار می‌شود.

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

2. diffusion
3. acceptance
4. experiential avoidance
5. values

خود را داشته باشد، حتی ارزش جدیدی برای خود بیافریند و با تعهد در این مسیر و رسیدن به رشد پس از آسیب گام بردارد (۱۸). بنابراین، در مطالعه حاضر به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختیم.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی با سنجش پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری همراه با گروه کنترل بود که از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی البرز مورد تأیید قرار گرفت (کد اخلاق: ۱۳۹۷.۰۳۸). راهبرد طرح پژوهش در جدول ۱ آمده است. در این راهبرد، O₁ پیش‌آزمون گروه آزمایشی، O₂ پس‌آزمون گروه آزمایشی، O₃ پیگیری گروه آزمایشی، O₄ پیش‌آزمون گروه کنترل، O₅ پیش‌آزمون گروه کنترل، O₆ پیگیری هر دو گروه درمان پزشکی را دریافت می‌کردند. تنها تفاوت گروه‌ها این بود که گروه آزمایشی علاوه بر درمان پزشکی مورد نیاز برای سرطان، X یعنی درمان روانشناختی را نیز دریافت کرد.

جدول ۱) شمای طرح پژوهشی مطالعه حاضر

پیگیری	پس‌آزمون	متغیر مستقل	پیش‌آزمون	انتساب تصادفی	گروه‌های مداخله
O ₃	O ₂	(X)	O ₁	R	Exp
O ₆	O ₅	-	O ₄	R	Cont

آغاز کرده باشند. هدف از تعیین این فاصله زمانی این بود که بیماران واکنش‌های هیجانی اولیه بعد از تشخیص را پشت سر گذاشته باشند و به وضعیت نسبتاً ثابتی رسیده باشند. دامنه سنی بیماران ۲۰ تا ۶۰ سال تعیین شد و حداقل مدرک تحصیلی مورد نیاز دیپلم بود تا از نظر شناختی توانایی ادراک مفاهیم را داشته باشند.

ملاک‌های خروج: شرکت‌کنندگانی که اختلال روانی مشخص قبل از تشخیص سرطان دارا بودند وارد پژوهش نشدند. زیرا، وجود اختلال روانی قبل از سرطان، هم بر روند درمان سرطان مؤثر است و هم بر ارزیابی بیمار از بیماری. دیگر ملاک‌های خروج عبارت بودند از: داشتن هم‌زمان بیماری جسمی مشخص دیگر به‌جز سرطان، سوء‌مصرف مواد، استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و یا روان‌گردان (که با مطالعه پرونده پزشکی بیمار مشخص شد)، استفاده از

کل وجود خویش توجه کند و حتی این محتوا را نیز در ارتباط با جنبه‌های دیگر زمینه ببیند و آن را به شکل دیگری ارزیابی کند. به عبارت دیگر این فرآیند به بیمار کمک می‌کند تا نه تنها خود را فراتر از تشخیص یک بیماری ببیند؛ بلکه با کمک فرآیند گسلس نیز بتواند از این بیماری به‌عنوان فرصتی برای رسیدن به کارکرد روانی قوی‌تری استفاده کند و خویشتن خویش (زمینه) را بسط دهد و شانس تجربه رشد پس از آسیب را پیدا کند (۱۶).

در نهایت آنچه در درمان اکت از اهمیت زیادی برخوردار است خود اکت یا اقدام متعهدانه است (۱۰) که این فرآیند نیز می‌تواند به رشد پس از آسیب منجر شود. چراکه پنج حوزه رشد پس از آسیب مستلزم این اقدامات متعهدانه و داشتن هدف در زندگی است (۱۷). لذا، به نظر می‌رسد که مداخله اکت این توان را دارد به بیمار کمک کند بیماری خود را بپذیرد و با تغییر قواعد ذهنی و فرآیند تفکر بیاموزد که این بیماری را به‌گونه‌ای دیگر ارزیابی کند و حتی آن را فرصتی برای رشد روانی خود ببیند و ضمن اینکه یاد می‌گیرد در لحظه حال زندگی کند؛ همواره چشم‌انداز ارزش‌های زندگی

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان پستان بود که در تابستان ۱۳۹۷ به بیمارستان‌های استان البرز مراجعه داشتند. به منظور تعیین حجم نمونه مطالعه حاضر، به جدول Cohen مراجعه شد. با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۷ طبق پیشینه مطالعه، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۵ برحسب جدول Cohen، مشخص گردید که حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد که مجموعاً ۳۰ بیمار برای آزمون فرضیه با توان ۰/۹۶ نیاز بود. بنابراین؛ از بین کلیه بیماران واجد شرایط مطالعه، ۳۰ نفر از افرادی که مایل به شرکت در آزمایش بودند انتخاب شدند و از طریق انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش (نفر ۱۵) و کنترل (نفر ۱۵) نفر قرار گرفتند. ملاک‌های ورود: برای واجد شرایط بودن شرکت در پژوهش شرکت‌کنندگان باید سه ماه از تشخیص سرطان در آنها گذشته بود، دارای متاستاز نباشند و فرآیند شیمی‌درمانی را

طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرتی است و از ۰ تا ۴ متغیر است. همسانی درونی آن با آلفای کرونباخ در نسخه اصلی این مقیاس برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۵۷ تا ۰/۸۹ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ گزارش شده است (۲۲).

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش پس از آن‌که شرکت‌کنندگان براساس ملاک‌های ورود و خروج به طرح پژوهش وارد شدند، به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه کنترل که هر کدام شامل ۱۵ نفر بودند، تقسیم شدند. در ابتدا، برای هر دو گروه آزمایش و کنترل، اهداف پژوهش توضیح داده شد. سپس، شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه را پر کردند. بعد از اینکه توضیحات کافی برای نحوه پاسخ‌گویی به سؤالات ارائه شد، پرسشنامه‌های رشد پس از آسیب، انعطاف‌پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی توزیع و تکمیل شد. پس از اجرای پیش‌آزمون (O₁ و O₄) برای دو گروه کنترل و آزمایش، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای گروه آزمایش به مدت ده جلسه هفتگی (هر جلسه ۱/۵ ساعت) در کلینیک روانشناسی رویا واقع در شهر کرج مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شد؛ اما، گروه کنترل هیچ مداخله درمانی را دریافت نکردند. خلاصه محتوای جلسات درمانی در جدول ۲ آمده است. بلافاصله بعد از اتمام برنامه آموزشی، پس‌آزمون (O₅ و O₂) برای دو گروه کنترل و آزمایشی اجرا شد. سه ماه بعد شرکت‌کنندگان هر دو گروه به‌طور هم‌زمان مجدداً پرسشنامه‌ها را جهت پیگیری تکمیل کردند (O₃ و O₆) و کارآمدی مداخله به وسیله مقایسه تغییرات بالینی در گروه آزمایشی با گروه کنترل مورد ارزیابی قرار گرفت.

روش تحلیل داده‌ها: پس از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته مبتنی بر یک عامل بین گروهی دوسطحی (گروه آزمایش در برابر کنترل) و یک عامل درون‌گروهی سه سطحی (سه بار اندازه‌گیری) در SPSS.23 انجام شد. به‌علاوه در همه موارد سطح معنی‌داری آماری نیز برابر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از ارزیابی نهایی در مرحله پیگیری جلسات درمان برای گروه کنترل هم برگزار شد.

هر نوع خدمات روانشناختی و مشاوره‌ای، مشکلات مالی قابل‌توجه در حدی که بر فرایند درمان مؤثر بود.

ابزار

۱. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلابه سرطان (FACT): این پرسشنامه دارای ۳۷ سؤال بوده که در ۵ مقیاس عملکردی شامل: جسمانی، ایفای نقش، هیجانی، شناختی، اجتماعی و خانوادگی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت و امتیاز مربوط به هر گزینه از ۰ تا ۴ متغیر است. برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، امتیازات همه سؤالات با هم جمع می‌شود و نمره بالاتر در حیطه‌های عملکردی و نمره کلی کیفیت زندگی نشانگر وضعیت بهتر فرد در مورد آن حیطه است؛ ولی، در حیطه علائم نمره بالاتر نشانه بیشتر بودن مشکلات بیماری در فرد است. روایی و پایایی پرسشنامه FACT توسط پاتو، اللهبیاری و مرادی (۱۹) سنجش شده است و همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ بین (۹۳٪- ۷۶٪) برای خرده‌مقیاس‌ها و کل پرسشنامه نیز ۹۲٪ به‌دست‌آمده است.

۲. پرسشنامه رشد پس از آسیب (PTGI): این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که علائم رشد پس از آسیب را می‌سنجد. نحوه پاسخ‌گویی آن در قالب لیکرت با دامنه صفر (من این تغییر را نشانه بحران نمی‌دانم) تا پنج (من این تغییر را به میزان خیلی زیادی نتیجه بحران می‌دانم) است. این پرسشنامه پنج خرده‌مقیاس شیوه‌های جدید، ارتباط با دیگران، قدرت شخصی، ارزش زندگی و تغییر معنوی را شامل می‌شود. نمره نهایی از طریق جمع نمرات هر عامل محاسبه می‌شود. روایی و پایایی PTGI در جمعیت ایرانی را سیدمحمودی، رحیمی و محمدی (۲۰) بررسی و آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۲ و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها را از ۰/۶۷ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ PTGI در پژوهش نیکمنش و همکاران (۲۱) ۰/۹۸ گزارش شده است.

۳. پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی (MPFI): این پرسشنامه ۶ خرده‌مقیاس (پذیرش، بودن در زمان حال، گسلش شناختی، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه) دارد که انعطاف‌پذیری روانشناختی را می‌سنجد.

1. Post Traumatic Growth Inventory
2. Multidimensional Psychological Flexibility Inventory

جدول ۲) خلاصه جلسات درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و قوانین گروه، تبیین سرطان پستان، علائم و نشانه‌ها، درمان‌های دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ارزیابی انتظارات افراد از درمان.
دوم	مروری بر صحبت‌های جلسه اول، تمرکز بر فرآیند سازگاری با بیماری، بررسی روانشناختی امید و تقویت روحیه مبارزه در جهت افزایش سازگاری.
سوم	در جلسه سوم در ادامه فرآیند افزایش سازگاری، به بحث درباره مفهوم خیرباوری و الگوی ارزیابی خیرگرا پرداخته شد و با گفتگوی سقراطی مراجع به سمت مفهوم خیرباوری سوق داده شد و تکنیک خیرباوری در رویدادهای ناخوشایند نیز به مراجع آموزش داده شد و ارائه تکلیف مبتنی بر خیرباوری در زندگی بیماران.
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، 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 این‌پس بجای سرزنش خود شیوه‌های جدیدی را بکار بگیرد تا موقعیت را تغییر دهد، در این جلسه مراجعه می‌آموزد 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.
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، هدف اصلی در این جلسه آموزش و تفهیم این موضوع می‌باشد که کنترل خود مسئله هست نه راه حل. 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 کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها و عدم کنترل آنها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، 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، تغییر مفاهیم زبان، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان مفهوم گسلس شناختی که هدف نهایی ایجاد فاصله‌ای 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، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خوشبین به‌عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده‌روی) تمرکز کنند و در هر لحظه بدون هیچ قضاوتی از احوال خود، آگاه باشند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
نهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، 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، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
دهم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری با هم نداشتند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای رشد پس از آسیب، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی به تفکیک زمان اندازه‌گیری و گروه در جدول ۳ آمده است. به منظور بررسی آماری فرضیه‌ها و تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب، کیفیت زندگی و انعطاف‌پذیری روانشناختی از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. در این نوع تحلیل سه نوع اثر شامل اثر گروه، اثر زمان و اثر متقابل گروه در زمان قابل تفسیر است. در مطالعه حاضر به دلیل این که یک گروه کنترل داشتیم که

در مطالعه حاضر تعداد ۳۰ بیمار زن در دو گروه آزمایش و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سنی برای گروه آزمایش $48/33 \pm 6/95$ و برای گروه کنترل، $46/93 \pm 7/97$ است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد مدت بیماری برای گروه آزمایش $10/06 \pm 5/09$ و برای گروه کنترل $12/20 \pm 5/67$ ماه بود. با انجام آزمون مقایسه میانگین t استیودنت برای دو گروه مستقل مشخص گردید که متغیر سن ($P=0/62$) و متغیر مدت زمان بیماری

واریانس - کواریانس برای متغیر رشد پس از آسیب ($\text{sig} = 0/163$) و انعطاف‌پذیری روانشناختی ($\text{sig} = 0/770$) برقرار است؛ اما، با توجه به معنادار بودن آزمون کرویت موخلی برای متغیر کیفیت زندگی ($\text{sig} = 0/002$)، و به دلیل پایین بودن مقدار اپسیلون یعنی کمتر از $0/7$ نتایج بخش گرین‌هاوس - گیسر گزارش شد.

درمان روانشناختی دریافت نکرده بودند، در نتیجه تفسیر اثر زمان معنایی نخواهد داشت و بیشتر تفسیر اثر متقابل گروه در زمان اندازه‌گیری مد نظر است. از این‌رو، فقط اثر اصلی گروه و اثر متقابل گروه در زمان در جدول‌های اصلی تحلیل و جدول‌های مقابله مورد تفسیر قرار خواهند گرفت. در راستای واریس مفروضه‌های این نوع تحلیل، نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس

جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک زمان اندازه‌گیری و گروه

متغیر	گروه	آزمایشی			کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری
رشد پس از آسیب	میانگین	۳۹/۳۰	۵۴/۳۸	۵۶/۴۶	۳۷/۹۱	۳۸/۰۰
	انحراف استاندارد	۱۶/۴۱	۱۳/۲۶	۱۴/۵۱	۱۳/۵۶	۱۴/۹۲
کیفیت زندگی	میانگین	۶۱/۶۹	۷۱/۳۰	۷۶/۷۶	۵۴/۰۸	۵۶/۶۶
	انحراف استاندارد	۱۷/۴۶	۱۵/۹۹	۱۷/۶۹	۲۱/۷۱	۲۲/۰۶
انعطاف‌پذیری روانشناختی	میانگین	۱۵/۳۰	۲۴/۷۶	۲۲/۰۷	۱۴/۸۳	۱۴/۶۶
	انحراف استاندارد	۷/۶۰	۱۰/۰۳	۹/۱۱	۶/۵۳	۵/۲۲

جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای رشد پس از آسیب

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
گروه	۲۶۵۶/۴۶۴	۱	۲۶۵۶/۴۶۴	۶/۰۶۶	۰/۰۲۲	۰/۲۰۹
خطای بین گروهی	۱۰۰۷۲/۲۰۳	۲۳	۴۳۷/۹۲۲			
زمان	۱۱۳۳/۲۸۹	۲	۵۶۶/۶۴۵	۵/۹۲۰	۰/۰۰۵	۰/۲۰۵
زمان* گروه	۱۰۵۶/۸۶۳	۲	۵۲۸/۴۳۱	۵/۸۲۱	۰/۰۰۷	۰/۱۹۴
خطای درون گروهی	۴۴۰۲/۷۹۱	۴۶	۹۵/۷۱۳			

تفسیر ندارند. برای متغیر رشد پس از آسیب، مقابله‌ی نخست گروه در زمان (پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون) معنی‌دار بود. بر اساس میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون (جدول ۳) مشخص است که گروه کنترل یک روند ثابتی را طی کرده است؛ اما، گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون روند رو به رشد معنی‌داری را طی کرده است. در مقابله دوم (پس‌آزمون در برابر پیگیری) اثر متقابل گروه در زمان معنی‌دار نبود. با توجه به جدول میانگین‌ها (جدول ۳) مشخص است که گروه کنترل همانند پیش‌آزمون و پس‌آزمون در مرحله پیگیری نیز تغییری در نمرات نشان ندادند؛ اما، گروه آزمایشی همانند مرحله پس‌آزمون نمرات بالایی کسب کردند که نشان از پایداری درمان داشت (جدول ۵).

برای متغیر رشد پس از آسیب، میانگین گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل به گونه‌ی معنی‌دار بالاتر بود؛ یعنی، مداخله مؤثر بود. اثر متقابل گروه در زمان نیز معنی‌دار بود؛ بدین معنا که، هر دو گروه میانگین نمرات تقریباً یکسان در پیش‌آزمون داشتند، اما گروه آزمایشی پس از دریافت مداخله عملکرد بهتری را در رشد پس از آسیب نشان داد و این عملکرد بهتر تا مرحله پیگیری نیز پایدار ماند؛ درحالی‌که، گروه کنترل افزایشی را در نمرات رشد پس از آسیب نشان نداد. به عبارت دیگر، یک اثر متقابل منظم بین گروه و زمان اندازه‌گیری در متغیر رشد پس از آسیب مشاهده شد (جدول ۳ را ببینید).

به منظور بررسی دقیق معنی‌داری اثر متقابل گروه در زمان از مقابله‌های اندازه‌های مکرر استفاده شد تا تغییرات در سیر زمان اندازه‌گیری را بر حسب گروه‌ها نمایان سازد. قبلاً ذکر شد که مقابله‌های اثر زمان جایگاهی در این مطالعه برای

جدول ۵) جدول مقابله‌ها برای اثر درمان و پایداری درمان (رشد پس از آسیب)

منبع تغییرات	رشد پس از آسیب	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
زمان	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۱۵۳۰/۳۲۰ ۱۵/۵۱۷	۱ ۱	۱۵۳۰/۳۲۰ ۱۵/۵۱۷	۹/۵۹۱ ۰/۱۰۴	۰/۰۰۵ ۰/۷۵۰	۰/۳۹۴ ۰/۰۰۵
زمان* گروه	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۱۳۱۰/۸۰۰ ۴۱/۴۳۷	۱ ۱	۱۳۱۰/۸۰۰ ۴۱/۳۷	۸/۲۱۵ ۰/۲۷۸	۰/۰۰۹ ۰/۶۰۳	۰/۲۶۳ ۰/۰۱۲
خطای درون گروهی	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۳۶۶۹/۸۴۰ ۳۴۲۳/۹۲۳	۲۳ ۲۳	۱۵۹/۵۵۸ ۱۴۸/۸۶۶	-	-	-

جدول ۶) جدول تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (انعطاف‌پذیری روانشناختی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
گروه	۷۱۰/۸۹۴	۱	۷۱۰/۸۹۴	۵/۴۰۴	۰/۰۲۹	۰/۱۹۰
خطای بین گروهی	۳۰۲۵/۴۵۳	۲۳	۱۳۱/۴۱	-	-	-
زمان	۳۲۹/۷۷۳	۲	۱۶۴/۸۸۶	۷/۹۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵۸
زمان* گروه	۳۰۷/۲۶۶	۲	۱۵۳/۶۳۳	۷/۴۳۵	۰/۰۰۲	۰/۲۴۴
خطای درون گروهی	۹۵۰/۵۴۷	۴۶	۲۰/۶۶۴	-	-	-

گروه آزمایش در طول زمان پایدار مانده است (جدول ۷). گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر معنی‌دار را در نمرات متغیر انعطاف‌پذیری نشان ندادند. در مورد متغیر کیفیت زندگی، مقایسه میانگین دو گروه نشان داد که گروه آزمایشی در کل عملکرد بهتری داشتند (جدول ۳). به عبارت دیگر، اثر مداخله بر بهبود کیفیت زندگی افراد مؤثر واقع شده است.

برای متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی، مقایسه میانگین دو گروه آزمایشی و کنترل نشان داد که اثر مداخله معنی‌دار بود و گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل نمرات بالاتری را کسب کردند (جدول ۳). همچنین، اثر متقابل گروه در زمان نیز برای این متغیر معنی‌دار بود. بررسی مقابله‌های اثرات متقابل گروه در زمان در متغیر انعطاف‌پذیری روانشناختی نشان داد که مقابله پیش‌آزمون - پس‌آزمون معنی‌دار بود و مقابله پس‌آزمون - پیگیری نیز نشان داد که اثر مداخله در

جدول ۷) مقابله‌ها برای اثر درمان و پایداری درمان (انعطاف‌پذیری روانشناختی)

منبع تغییرات	انعطاف‌پذیری شناختی	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
زمان	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۵۹۸/۶۶۳ ۲۹/۹۹۱	۱ ۱	۵۹۸/۶۶۳ ۲۹/۹۹۱	۱۳/۰۶۵ ۰/۱۸۵۲	۰/۰۰۱ ۰/۶۶۳	۰/۳۶۲ ۰/۰۳۶
زمان* گروه	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۵۱۹/۹۴۳ ۸/۸۷۱	۱ ۱	۵۱۹/۹۴۳ ۸/۸۷۱	۱۱/۳۴۷ ۰/۲۵۲	۰/۰۰۳ ۰/۶۲۰	۰/۳۳۰ ۰/۰۱۱
خطای درون گروهی	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۱۰۵۳/۸۹۷ ۸۰۹/۷۶۹	۲۳ ۲۳	۴۵/۸۲۲ ۳۵/۲۰۷	-	-	-

جدول ۸) جدول تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (کیفیت زندگی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
گروه	۴۰۱۵/۱۵۵	۱	۴۰۱۵/۱۵۵	۴/۲۱۰	۰/۰۵۲	۰/۱۵۵
خطای بین گروهی	۲۱۹۳۷/۳۲۵	۲۳	۹۵۳/۷۹۷	-	-	-
زمان	۹۸۶/۳۳۹	۱/۳۸۷	۷۱۱/۰۲۸	۹/۱۲۹	۰/۰۰۲	۰/۲۸۴
زمان* گروه	۵۱۰/۳۳۹	۱/۳۸۷	۳۶۷/۸۹۱	۴/۷۲۳	۰/۰۲۶	۰/۱۷۰
خطای درون گروهی	۲۴۸۵/۰۲۱	۳۱/۹۰۶	۷۷/۸۸۷	-	-	-

مشخص است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی هر سه متغیر رشد پس از آسیب، انعطاف‌پذیری روانشناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بود و فرضیه پژوهش تأیید شد. مقایسه مقابله‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نیز نشان داد که اثر درمان در طول زمان پایدار مانده است.

همچنین، بررسی اثر متقابل گروه در زمان نیز برای کیفیت زندگی نشان داد این اثر معنی‌دار است. در واریس مقابله‌های این اثر مشخص است مقابله نخست (پیش‌آزمون در برابر پس‌آزمون) معنی‌دار بود، یعنی درمان مؤثر بود. مقابله دوم (پس‌آزمون در برابر پیگیری) معنی‌دار نبود، یعنی اثر درمان در طی زمان پایدار بود. به طور کلی، همان‌طور از نتایج

جدول ۹) جدول مقابله‌ها برای اثر درمان و پایداری درمان (کیفیت زندگی)

منبع تغییرات	کیفیت زندگی	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	Sig	مجذور اتای تفکیکی
زمان	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون	۷۰۳/۱۶۳	۱	۷۰۳/۱۶۳	۱۲/۹۴۸	۰/۰۰۲	۰/۳۶۰
	پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۳۰۹/۶۹۳	۱	۳۰۹/۶۹۳	۳/۳۰۷	۰/۰۸۲	۰/۰۲۶
زمان * گروه	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون	۴۶۳/۱۶۳	۱	۴۶۳/۱۶۳	۸/۵۲۸	۱/۰۰۸	۰/۲۷۱
	پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۹۳/۸۵۳	۱	۹۳/۸۵۳	۱/۰۰۲	۰/۳۲۷	۰/۰۴۲
خطای درون گروهی	پیش‌آزمون در مقابل پس‌آزمون	۱۲۴۹/۰۷۷	۲۳	۵۴/۳۰۸	-	-	-
	پس‌آزمون در مقابل پیگیری	۲۱۵۴/۱۴۷	۲۳	۹۳/۶۵۹	-	-	-

فرآیندهای شش‌گانه سعی در افزایش این متغیر در بیماران دارد (۲۶).

در هریک از جلسات درمانی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر روی یکی از این فرآیندها تمرکز شد؛ یعنی بیماران در پایان درمان آموختند که چطور وجود خود را به‌عنوان یک کل واحد درک کنند و بیماری را جزئی در برابر این کل بدانند، یاد گرفتند که چگونه در لحظه حال زندگی کنند و به جای آمیختگی با قواعد زبانی، گسلس شناختی از این قواعد را انتخاب کنند. تأکید اصلی در جلسات درمان بر شفاف‌سازی ارزش‌های بیماران و حرکت به سوی این ارزش‌ها بود و در این بین اصل اساسی پذیرش درد و سختی‌های این مسیر است - به جای سعی بر کنترل یا اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند ولی ضروری در جهت رسیدن به ارزش‌ها؛ یعنی فرآیند پذیرش به بیمار کمک کرد تا مسئولیت و حتی درد و رنج تغییرات رفتاری را در زندگی بپذیرد و قابلیت لازم برای تغییر رفتار ناکارآمد و یا ادامه رفتار سازنده اما سخت را داشته باشد. مجموعه این‌ها انعطاف‌پذیری روانشناختی فرد را افزایش داد و در پذیرش بیماری به او کمک کرد (۲۷).

از طرفی تحقیقات نشان می‌دهند که این خود تروما (سرطان) نیست که تبعات روانشناختی منفی برای بیمار به همراه دارد، بلکه رفتار و فرآیند ارزیابی بیمار است که نتایج روانشناختی بیمار را مشخص می‌کند (۱۱). انعطاف‌پذیری

بحث

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است. مطالعات نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های مؤثر روانشناختی در حوزه بیماری‌های جسمی مزمن مثل سرطان است. تاکنون تأثیر این درمان بر روی اضطراب، افسردگی، ترس از عود و علائم PTSD مشاهده شده است (۱۱). نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی^۱ بوده که با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۳ و ۲۴) همسو است. این متغیر که محصول نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است به صورت زیر تعریف می‌شود: توانایی فرد برای انطباق با محرک‌های در حال تغییر محیطی، ارتباط کامل با زمان حال به‌عنوان یک انسان آگاه و هوشیار و قدرت او برای تغییر یا ادامه رفتار در جهت ارزش‌هایش (۲۵). اساساً مکانیسم تغییر در رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش همین انعطاف‌پذیری روانشناختی است و در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روانشناختی هسته سلامت روانشناخته می‌شود و با

1. psychological flexibility

در برابر موقعیت‌ها و تجربیات جدید ببیند، ادراک ذهنی فرد از شرایط زندگی‌اش بهتر می‌شود که در مجموع می‌تواند کیفیت زندگی بیمار را افزایش دهد (۹ و ۲۹).

وقتی از کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان صحبت می‌شود، به عملکرد بیمار در ۵ حوزه‌ی جسمانی، ایفای نقش، هیجانی، شناختی و اجتماعی اشاره می‌شود. در صورتی که بیماری، رشد پس از آسیب را تجربه کند و در عین حال انعطاف‌پذیری روانشناختی او افزایش یابد، آنگاه علاوه بر اینکه عملکرد وی در حوزه‌های مرتبط با کیفیت زندگی بهبود می‌یابد، تحمل درد و عوارض جسمانی ناشی از بیماری و یا عوارض جانبی درمان برایش آسان‌تر می‌شود چراکه این تغییرات معنای جدیدی برای او دارد، بیماری علی‌رغم تمام سختی‌ها و رنج‌ها فرصت‌های جدیدی را برای فرد ایجاد کرده و خود این رشد به‌منزله یک ارزش جدید در زندگی می‌تواند قلمداد شود و بیمار به خود متعهد شده که در جهت ارزش‌هایش زندگی کند و ادراک ذهنی‌اش از زندگی مثبت‌تر شود؛ بنابراین شاید با این دلایل بتوان علت افزایش کیفیت زندگی را تبیین نمود.

با توجه به توضیحات فوق می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است هم‌زمان با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی، شانس تجربه رشد پس از آسیب و به‌موازات آن کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان را افزایش دهد. با توجه به شیوع این سرطان و اینکه تشخیص و درمان این بیماری می‌تواند تبعات منفی روانشناختی، جسمی و اجتماعی برای بیمار به‌همراه دارد؛ مداخله روانشناختی با رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند از شدت این تبعات منفی بکاهد و انجام این مداخله درمانی با هدف افزایش رشد پس از آسیب و کیفیت زندگی می‌تواند به سلامت روانشناختی این بیماران کمک کند.

این درمان به‌صورت گروهی اجرا شد و ممکن است برخی از عوامل فردی مؤثر در روند درمان نادیده گرفته شده باشد؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از رویکرد پژوهشی تک‌آزمودنی استفاده شود، همچنین استفاده از یک شاخص بیولوژیک می‌تواند تأثیر درمان را بهتر ارزیابی کند.

روانشناختی این فرصت را به بیمار داد تا فرآیند ارزیابی‌اش از تروما را فارغ از محتوای آن به نحوی انجام دهد که نه تنها مانع حرکت او به سمت ارزش‌هایش نباشد؛ بلکه، حتی آن را فرصت جدیدی در زندگی ببیند و شانس بیمار برای تجربه رشد پس از آسیب افزایش یابد (۲۴).

تجربه رشد پس از آسیب مستلزم نوعی بازتعبیر تروما و گشودگی نسبت به تجربیات جدید است و انعطاف‌پذیری روانشناختی امکان این بازتعبیر را به فرد می‌دهد؛ شایان ذکر است که وقتی از رشد پس از آسیب صحبت می‌شود به تغییر فلسفه زندگی افراد، تغییر در ادراک فرد از قدرت روانی‌اش، توجه به موقعیت‌های جدید و تغییر در ارتباطات فرد با دیگران اشاره می‌شود (۱۷) و با توجه به نتایج پژوهش حاضر شاید بتوان نتیجه‌گیری کرد که مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانشناختی ممکن است باعث شوند که بیمار همواره توجهش به ارزش‌هایش در زندگی باشد و وقوع بیماری مثل سرطان او را از این توجه باز ندارد. انعطاف‌پذیری روانشناختی به بیمار کمک می‌کند تا بعد از وقوع تروما یک بازنگری کلی در فلسفه زندگی یا همان جهان‌بینی‌اش داشته باشد؛ عمل متعهدانه با چراغ راهنمایی به نام ارزش‌ها به بیمار کمک می‌کند تا به موقعیت‌های جدیدی که در زندگی پیش‌رو دارد توجهی داشته باشند و احتمالاً به بازنگری در مورد روابطش نیز پردازد و در نتیجه احتمال رشد پس از آسیب افزایش می‌یابد. پس شاید بتوان گفت انعطاف‌پذیری روانشناختی با تغییر دیدگاه بیمار به بیماری می‌تواند احتمال رشد پس از آسیب در بیمار را افزایش دهد.

یافته بعدی این پژوهش حاکی از افزایش کیفیت زندگی به‌موازات افزایش رشد پس از آسیب بود که با نتایج تامیچ و همکاران (۹) و بلیزی و بلنک (۲۸) همسو است. مطابق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از شرایطش با توجه به نظام باورها و ارزش‌هایش در بافت فرهنگی جامعه است، پس هر عاملی که بتواند این ادراک ذهنی را افزایش دهد در نهایت می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی فرد بیانجامد (۲۹). زمانی که بیمار رشد پس از آسیب را تجربه کند از آنجایی که بیماری سرطان نه تنها باعث احساس بیچارگی و درماندگی در او نمی‌شود، بلکه نقطه عطفی در زندگی فرد می‌شود و موجب می‌شود خود را

1. World Health Organization

15. Strosahl KD, Hayes SC, Bergan J, Romano P. Assessing the field effectiveness of acceptance and commitment therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy*. 1998; 29 (1): 35-63.

16. Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Behavior Modification*. 2005; 29 (1): 95-129.

17. Stanton AL, Bower JE, Low CA. posttraumatic growth after cancer. In: Calhoun LG, R. Tedeschi G. *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Psychology press: London and New York; 2014. p. 138-141.

18. Stanton AL, Leucken LJ, MacKinnon DP, Thompson EH. Mechanisms in psychosocial interventions for adults living with cancer: Opportunity for integration of theory, research, and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2012; 81(2): 318-335.

19. Pato M, Moradi A, Allahyari A, Payandeh M. Studying the factor analysis and psychometric properties of the Functional Assessment of Cancer Therapy - breast (FACT-B) Scale version 4 in women with breast cancer. *Health Psychology*. 2016; 15 (17): 99-114. (Persian).

20. Seyedmahmoudi J, Rahimi Ch, Mohammadijaber N. Psychometric properties of Post Traumatic Growth Inventory (PTGI). *Models and Methods in Psychology*. 2014; 3(12): 93-108. (Persian).

21. Nickmanesh Z, Mirabdollahi N, Hadi, MA. Predicting post traumatic growth based on spirituality and social support in breast cancer patients. *Journal of Breast Disease*. 2014; 6(2): 35-43. (Persian).

22. Rolffs JL, Rogge RD, Wilson KG. Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*. 2018; 25(4): 458-482.

23. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès JL. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale Cognitive*. 2017; 27(1): 34-42.

24. Twohig MP, Vilaradaga J, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015; 4(3): 196-202.

25. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press; 2011.

26. Ciarrochi J, Bilich L, Godsel C. Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In: Ruth Baer's, Ed,

منابع

1. American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures*. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2015.

2. Khademi M, Sajadi Hezaveh M. Breast Cancer: A phenomenological study. *Koomesh Journal*. 2009; 12:29-39. (Persian).

3. Costanza ME, Chen WY. Epidemiology and risk factors for breast cancer. 2011; Available from: www.uptodate.com.

4. Hartl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K. Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psycho-oncology*. 2010; 19: 60-169.

5. Pernambuco CS, Rodrigues BM, Bezerra JC, Carrielo A, Fernandes AD, Vale R. Quality of life, elderly and physical activity. *Health* 2012; 4(2): 88-93.

6. WHO, Quality of Life Group. *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version*. Geneva: World Health Organization; 1996.

7. Tedeschi R, Calhoun L. The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In: Calhoun LG, R. Tedeschi G. *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2006. p. 3-23.

8. Morris BA, Shakespeare-Finch J, Scott J L. Posttraumatic growth after cancer: The importance of health-related benefits and newfound compassion for others. *Supportive Care in Cancer* 2012; 20: 749-756.

9. Tomich PL, Helgeson VS. Posttraumatic Growth Following Cancer: Links to Quality of Life. *Journal of Traumatic Stress*. 2012; 25: 567-573.

10. Hayes SC, Strosahl K, Bunting K, Twohig M, Wilson, KG. *What is Acceptance and Commitment Therapy? A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer; 2005.

11. Hulbert-Williams NJ, Neal RD, Morrison V, Hood K, Wilkinson C. Anxiety, depression and quality of life after cancer diagnosis: what psychosocial variables best predict how patients adjust? *Psycho-Oncology*. 2015; 21 (8): 857-867.

12. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-oncology*. 2013; 22(2): 459-64.

13. McKinnon SA. The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Fusion and Psychological Well-Being Among Distressed Newly Diagnosed Breast Cancer Patients. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2017; 6(1): 29-34.

14. Butler J, Ciarrochi, J. Psychological acceptance and Quality of Life in the elderly. *Quality of Life Research*. 2007; 16: 607-615.

- Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change. New Harbinger Publications: Oakland; 2010. p. 51-76.
27. Scott W, McCracken LM. Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*. 2015; 2: 91-6.
28. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25(1), 47-56. *Health Psychology*. 2006; 25(1): 47-56.
29. Nayak G, Anice G, Vidyasagar MS, Shashidhara YN, Kamath A. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian Journal of Palliative Care*. 2017; 23(4): 445-450.