

# The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among Women with Breast Cancer

Zahra Hajsadeghi (MSc)<sup>1</sup>, Soodabeh Bassak Nejad (PhD)<sup>2,\*</sup>, Sasan Razmjoo (PhD)<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Master of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Science and Research of Khuzestan, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor of Ppsychology, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor of Radiotherapy and Oncology, Department of Clinical Oncology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

\* **Corresponding Author:** Soodabeh Bassak Nejad, Department of Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. Tel: +989166149025; Email: soodabeh\_bassak@yahoo.com

## Abstract

**Received:** 06/08/2016  
**Accepted:** 14/01/2017

### How to Cite this Article:

Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among Women with Breast Cancer. Pajouhan Scientific Journal. 2017; 15(4): 42-49. DOI: 10.18869/acadpub.psj.15.4.42

**Background and Objectives:** Acceptance and commitment therapy is a third generation behavior therapy in treatment of mood and anxiety disorders. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and anxiety among women with breast cancer in the Ahvaz city.

**Materials and Methods:** In this Quasi-Experimental study with pre-test and post-test, control group, the sample group was selected by available sampling method from women with breast cancer who referred to Golestan hospital, the department of clinical oncology of Ahvaz. All patients had finished their chemotherapy. Thirty patients that have had high depression and anxiety scores with high acceptance and action scores in pre-test questionnaires were chosen and randomly assigned to two control and experimental groups (each group with 15 subjects). The experimental group experienced the treatment based on commitment and acceptance group therapy and the control group did not receive any treatment. These questionnaires again conducted on both group in post-test.

**Results:** The results of pre-test, post-test, and follow-up exams showed that the mean depression scores (19.27, 16.13, and 15.53) and the mean anxiety scores (35.20, 29.20, and 28.13) significantly decreased in experimental group compared to the control group respectively. The decrease significantly continued after two-month follow-up (depression  $P < 0.026$  and anxiety  $P < 0.042$ ).

**Conclusions:** The results emphasize the importance of using acceptance and commitment therapy in patients with cancer suffering from depression and/or anxiety, and offer new horizons to psychological based clinical interventions in these patients.

**Keywords:** Acceptance, Anxiety, Breast cancer, Commitment, Depression

## بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان

زهرا حاج صادقی<sup>۱</sup>، سودابه بساک نژاد<sup>۲\*</sup>، ساسان رزمجو<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

<sup>۳</sup> استادیار رادیوتراپی و انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

\* نویسنده مسئول: سودابه بساک نژاد، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. تلفن: ۰۹۱۶۶۱۴۹۰۲۵، ایمیل: soodabeh\_bassak@yahoo.com

### چکیده

**سابقه و هدف:** درمان پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های موج سوم در زمینه درمان اختلالات خلقی است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان شهر اهواز بود.

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۳۹۵/۰۵/۱۶

**تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۵/۱۰/۲۵

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه، نیمه تجربی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود، نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش کلینیکال انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز که شیمی درمانی آن‌ها به اتمام رسیده بود؛ در سال ۱۳۹۴ انتخاب و به طور تصادفی، به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت درمان گروهی پذیرش و تعهد قرار گرفتند. گروه کنترل، هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. در پایان داده‌های به‌دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج ارزیابی‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که میانگین نمرات افسردگی به ترتیب (۱۹/۲۷، ۱۶/۱۳، ۱۵/۵۳) و میانگین نمرات اضطراب به ترتیب (۳۵/۲۰، ۲۹/۲۰، ۲۸/۱۳)، در گروه مداخله به صورت معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود و این کاهش به صورت معناداری در مدت پیگیری دو ماهه ادامه داشت. همچنین نتایج تحلیل واریانس مکرر برای متغیر افسردگی و اضطراب  $P < 0/05$  را نشان داد. بنابراین درمان گروهی پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بود.

**نتیجه‌گیری:** نتایج، بر اهمیت کاربرد این مداخلات در افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به بیماری سرطان پستان و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی به شیوه روان‌شناختی این بیماران تأکید دارد.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، اضطراب، پذیرش، تعهد، سرطان پستان

### مقدمه

اختلال می‌سازند [۳، ۴]. همچنین، بلافاصله بعد از تشخیص بیماری، ممکن است اضطراب و استرس و دیگر اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان و در پاسخ به تشخیص، عود و بهبود بیماری دستخوش تغییر می‌شوند [۳]. بیماران معمولاً با شنیدن کلمه سرطان دچار شوک یا عوارض روانی همچون ترس، گوشه‌گیری، خشم و عصبانیت، زود رنجی، گیبی و بسیاری از علائم و نشانه‌های اختلال در سلامت روانی می‌شوند ولی افسردگی و اضطراب، از جمله مشکلات روانی می‌باشند که در نهایت در اکثر بیماران پدیدار می‌شود و مطالعات حاکی از آن است که افسردگی و اضطراب، شایع‌ترین مشکلاتی هستند که بیماران سرطانی با آن روبرو می‌باشند [۴].

بر اساس آمارهای جهانی سرطان پستان شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده در زنان سراسر جهان محسوب می‌شود [۱]. در ایران سرطان پستان به عنوان شایع‌ترین و دومین علت مرگ ناشی از سرطان، گزارش شده است [۲]. پیشرفت‌های وسیع در زمینه درمان سرطان پستان موجب واکنش بهتر تومور به درمان‌ها و افزایش طول عمر این مددجویان گردیده‌است، اما درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، احتمال بدشکلی، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی مبتلایان به سرطان پستان را دچار

تفاوت معناداری بین این دو درمان در کاهش افکار خودآیند منفی افسردگی آور وجود ندارد [۱۵]. در پژوهشی که Twohig و همکاران روی اختلال وسواس اجبار انجام دادند، مشخص نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش نشانه‌های این اختلال از جمله استرس، اضطراب و افسردگی شده است [۱۶]. Zettle درمان پذیرش و تعهد را با حساسیت‌زدایی منظم در درمان اضطراب مقایسه کرد و نتیجه گرفت که این دو درمان تأثیر برابری در کاهش نشانه‌های اضطراب دارند ولی حساسیت‌زدایی منظم تأثیر بیشتری در کاهش صفت اضطراب دارد [۱۷]. مک کراکن و همکاران تأثیر درمان پذیرش و تعهد را بر روی اختلال درد مزمن بررسی کردند و نتیجه گرفتند که این درمان تأثیر مثبتی بر نشانه‌های هیجانی، اجتماعی و عملکرد جسمانی شرکت‌کنندگان داشته است و موجب کاهش اضطراب، استرس و افسردگی آن‌ها شده است [۱۸]. در مطالعه‌ای Branstetter و همکاران به بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر نشانه‌های روانی بیماران سرطانی تحت شیمی درمانی انجام دادند، نتیجه گرفتند که درمان پذیرش و تعهد در جلسه ۱۲ منجر به کاهش اضطراب، استرس و افسردگی بیماران سرطانی شده است [۱۹]. محبت بهار و همکاران گزارش می‌کنند که روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در زنان مبتلا به سرطان سینه منجر به افزایش کیفیت زندگی آنان گردد [۲۰]. با توجه به اهمیت موضوع و اینکه مطالعات کمی در این خصوص بر روی گروه هدف در ایران آن هم در سال‌های گذشته انجام شده و اینکه مطالعه‌ای در این خصوص در شهرهای جنوبی کشور همچون اهواز صورت نگرفته است، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب بیماران زن مبتلا به سرطان در شهر اهواز در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

### مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه مداخله و کنترل بود. جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان ۲۰ تا ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان که دوره شیمی‌درمانی خود را گذرانده و به جهت پیگیری به بخش رادیوتراپی و انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز در سال ۱۳۹۴ مراجعه کرده و تمایل به شرکت در جلسات گروهی را داشتند، تشکیل دادند. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. تعداد ۱۰۰ نفر اظهار تمایل کردند و تمام آنان با رضایت آگاهانه در مطالعه شرکت نمودند. پرسشنامه پذیرش و عمل را تکمیل کردند. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روانشناختی بر می‌گردد، نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. بدین منظور تعداد ۵۰ نفر از افراد که نمره ۳۶ (میانگین) یا بالاتر را

در این بیماران، طبق مطالعات، اختلالات انطباقی از قبیل اختلال انطباقی همراه با اضطراب، همراه با افسردگی و همراه با اضطراب و افسردگی توأم است [۵]. سایر مطالعات نیز نشان داده‌اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب بوده است [۶,۷]. یافته‌های پژوهشی جدید عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار داده و به درمان‌های روانشناختی با تأکید بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات روی آورده است [۸]. یکی از انواع درمان‌های رایج در کنترل افسردگی و اضطراب درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فرانشناختی و درمان پذیرش و تعهد می‌باشد. در این درمان‌ها به جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد [۹] و شامل شش فرایند مرکزی است که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از پذیرش، گسلس (Diffusion) خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد، که می‌توانند در تعریف درمان پذیرش و تعهد سازمان یابند [۱۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد، آنچه خارج از کنترل شخصیت است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش. هدف درمان پذیرش و تعهد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد [۱۱]. بطورکلی درمانگران، با تأکید بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه‌ی سودمند با محتوای روانی همراه با موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند در درمان خود حرکت کنند [۱۲]. نتایج پژوهش‌ها در بررسی کاربردهای درمان پذیرش و تعهد نشان داده است مداخلاتی که اجتناب تجربه‌ای (Experiential avoidance) را کاهش می‌دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند [۱۳]. در کاربرد درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی، مراجع می‌آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت‌هایی که او را به اهداف انتخابی زندگی (ارزش‌ها) نزدیک‌تر می‌کند، کنترل خود را اعمال کند. درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده‌ی افکار و احساسات ناخوشایند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند [۱۴]. در پژوهشی Hayes و Zettle تأثیر درمان شناختی-رفتاری و فرم اولیه درمان پذیرش و تعهد را در کاهش افکار خودآیند منفی افسردگی آور مقایسه کردند و نتیجه گرفتند که

پرسشنامه به وسیله Bond و همکاران ساخته شده است. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای است که سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روانشناختی بر می‌گردد، نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴، (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب، ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست گزارش شده است. نتایج نشان داده که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت‌ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیر بنایی‌اش است. این ابزار همچنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد [۲۴].

روش اجرا این پژوهش بدین شرح انجام گرفت که پس از انتخاب افراد گروه و قرار گرفتن آن‌ها در گروه‌های مداخله و کنترل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز و همکاران [۲۵]، هفته‌ای دو جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه مداخله در نظر گرفته شد ولی گروه کنترل درمانی را دریافت نکردند. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به اختصار در جدول ۱ آمده است:

### یافته‌ها

از بین ۳۰ نفر آزمودنی ۳ نفر سواد زیر دیپلم، ۷ نفر فوق دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۱۰ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق لیسانس داشتند. میانگین سنی شرکت‌کننده‌ها ۴۰ سال بود. از ملاک‌های ورود برای شرکت در نمونه‌گیری و اجرای آزمون می‌توان به تشخیص ابتلا به سرطان توسط انکولوژیست، غیر متاستاز بودن سرطان، اتمام دوره شیمی‌درمانی، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، سطح سواد بالاتر از سیکل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی، اشاره کرد. همچنین از ملاک‌های خروج از این طرح می‌توان وجود علائم شدید مربوط به بیماری سرطان که امکان حضور در جلسات وجود نداشته باشد، ابتلا به یکی از بیماری‌های شدید جسمانی، اختلالات عصب شناختی وخیم یا وجود نشانه‌های روان گسستگی، بروز افکار جدی افسردگی و احتمال خطر خودکشی، عدم تمایل به درمان، سابقه‌ی مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی را نام برد. پس از اجرای آزمون و انتخاب گروه مداخله و کنترل درمان پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه به مدت دو ساعت و هفته‌ای دو بار به گروه مداخله ارائه گردید و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات گروه مداخله از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. نتایج حاصل از اجرای پس‌آزمون با داده‌های پیش‌آزمون هر دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت. سپس تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش افسردگی و اضطراب مورد بررسی قرار گرفت و به منظور تعیین

در این پرسشنامه کسب کردند، دو پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک را تکمیل کردند. در نهایت ۳۰ نفر از کسانی که نمره افسردگی و اضطراب بالا و نمره انعطاف‌پذیری روانی آن‌ها بالاتر از ۳۶ بود، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره مداخله و کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به سرطان به تشخیص انکولوژیست، غیرمتاستاز بودن سرطان، قرار گرفتن بیمار در دوره پی‌گیری درمان، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، سطح سواد بالاتر از ششم ابتدایی، تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در جلسات درمانی و نمره انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتر از ۳۶. در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (BDI-13)، پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) استفاده گردید.

پرسشنامه افسردگی بک (فرم ۱۳ گویه‌ای)؛ این پرسشنامه نسخه خلاصه شده فرم ۲۱ گویه‌ای می‌باشد که در سال ۱۹۷۲ توسط Beck و همکاران ارائه شده است. محتوای گویه‌ها شامل غمگینی، بدبینی، احساس ناکامی، ناخشنودی، احساس گناه، بی‌بزاری از خود، خودتخریبی، کناره‌گیری اجتماعی، بی‌تصمیمی، خودانگاره، مشکل در کار، خستگی و اشتها است. هر گویه دارای ۴ گزینه است که بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. بیشینه نمره در این پرسشنامه ۳۹ خواهد بود که معادل افسردگی شدید می‌باشد. پایایی همسانی درونی ۰/۸۳ و قابلیت پایایی این پرسشنامه بر حسب فاصله زمانی بین دو آزمون و نوع جمعیت مورد مطالعه، از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش شده است [۲۱]. رجایی با اجرای این پرسشنامه روی نمونه‌ای از دانش آموزان شهر اهواز با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۸۹ و از روش تنصیف، ضریب پایایی ۰/۸۲ را گزارش داده است [۲۲].

پرسشنامه اضطراب بک؛ این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت بین ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌گردد (نمره ی بالاتر)، اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه‌ی فیزیولوژیک اضطراب تأکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس‌های مشخص و سایر سؤالات آن نشانه‌های خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجد. بک و کلارک، همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند. در یک بررسی بر روی ۱۵۱۳ نفر زن و مرد در گروه‌های سنی و جنسی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون مورد نظر، روایی ۰/۷۲، پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی ۰/۹۲ نشان داد [۲۳].

پرسشنامه پذیرش و عمل-نسخه دوم (AAQ-II)؛ این

## جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد

| جلسات      | محتوا  |
|------------|--|
| جلسه اول   | آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم‌ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه‌اند.                                       |
| جلسه دوم   | بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT استخراج تجربه‌ی اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.   |
| جلسه سوم   | بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنارگذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند. |
| جلسه چهارم | بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی استعاره فنان بد و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات. شده‌اند.          |
| جلسه پنجم  | بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه استعار صفحه شطرنج و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره‌ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.    |
| جلسه ششم   | بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تکلیف خانگی: تهیه فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزش‌ها.   |
| جلسه هفتم  | بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.     |
| جلسه هشتم  | جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه‌ی زندگی.   |

و پیگیری ارائه می‌شود. ابتدا از طریق آزمون کوریت موخلی که پیش نیاز آزمون واریانس مکرر است، یکنواختی کوارینانس برای متغیر افسردگی آزمون می‌شود و با توجه به مقدار سطح معناداری که بزرگتر از ۰/۰۵ است فرض یکنواختی کوارینانس تأیید می‌گردد. همچنین از طریق آزمون کوریت موخلی که پیش‌نیاز آزمون واریانس مکرر است، یکنواختی کوارینانس برای متغیر اضطراب آزمون می‌شود. با توجه به مقدار سطح معناداری که بزرگتر از ۰/۰۵ است فرض یکنواختی کوارینانس تأیید می‌گردد. سپس نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیر مداخله‌ی پژوهش بر نمرات افسردگی در مجموع سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

بر اساس مندرجات جدول ۳ مشاهده می‌شود که مقدار  $F$  مربوط به متغیر افسردگی برابر است با  $F = 5/970$  و معنادار می‌باشد. بر این اساس می‌توان گفت که

پایداری اثر این درمان دوره پیگیری ۲ ماهه برای این پژوهش در نظر گرفته شد. میانگین و انحراف معیار اندازه‌گیری دو مقیاس افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، شدت افسردگی و اضطراب در گروه آزمایش و کنترل قبل از مداخله یکسان بوده و بعد از مداخله در گروه مداخله کاهش داشته است و این کاهش تا دو ماه پس از درمان و در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون همچنان رو به کاهش بوده و دارای ثبات است. اما در گروه کنترل نمرات تغییر چندانی نداشته است. بعد از انجام فرض‌های نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها، همگنی شیب‌های رگرسیون و بررسی وجود رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نتایج تحلیل واریانس مکرر جهت بررسی تأثیر مداخله پژوهش بر نمرات افسردگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس آزمون

جدول ۲: یافته‌های توصیفی نمره‌های متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| متغیر   | شاخص‌های آماری | گروه مداخله |          | گروه کنترل |          |
|---------|----------------|-------------|----------|------------|----------|
|         |                | پیش‌آزمون   | پس‌آزمون | پیش‌آزمون  | پس‌آزمون |
| افسردگی | میانگین        | ۱۹/۲۷       | ۱۶/۱۳    | ۱۵/۵۳      | ۱۸/۸۰    |
|         | انحراف معیار   | ۳/۷۷        | ۳/۹۸     | ۳/۸۱       | ۴/۹۲     |
|         | حداقل نمره     | ۱۳          | ۹        | ۸          | ۱۱       |
|         | حداکثر نمره    | ۲۴          | ۲۳       | ۲۳         | ۲۸       |
| اضطراب  | میانگین        | ۳۵/۲۰       | ۲۹/۲۰    | ۲۸/۱۳      | ۳۱/۴۷    |
|         | انحراف معیار   | ۴/۳۳        | ۶/۸۳     | ۳/۷۸       | ۶/۱۵     |
|         | حداقل نمره     | ۳۰          | ۱۵       | ۲۱         | ۴۴       |
|         | حداکثر نمره    | ۴۶          | ۴۱       | ۳۴         | ۴۲       |

**جدول ۳:** تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیر مداخله پژوهش بر نمرات افسردگی در مجموع سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| منبع                  | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربع | F     | سطح معناداری |
|-----------------------|--------------|------------|--------------|-------|--------------|
| کرویت                 | ۱۲۰/۵۷۸      | ۲          | ۶۰/۲۸۹       | ۵/۹۷۰ | ۰/۰۰۷        |
| فاکتور گرین هاوس گیسر | ۱۲۰/۵۷۸      | ۱/۵۷۴      | ۷۶/۶۱۴       | ۵/۹۷۰ | ۰/۰۱۳        |
| هوینه فلدت            | ۱۲۰/۵۷۸      | ۱/۷۳۹      | ۶۹/۳۴۲       | ۵/۹۷۰ | ۰/۰۱۰        |
| حد پایین              | ۱۲۰/۵۷۸      | ۱/۰۰۰      | ۱۲۰/۵۷۸      | ۵/۹۷۰ | ۰/۰۲۸        |
| کرویت                 | ۲۸۲/۷۵۶      | ۲۸         | ۱۰/۰۹۸       |       |              |
| خطای گرین هاوس گیسر   | ۲۸۲/۷۵۶      | ۲۲/۰۳۴     | ۱۲/۸۳۳       |       |              |
| هوینه فلدت            | ۲۸۲/۷۵۶      | ۲۴/۳۴۴     | ۱۱/۶۱۵       |       |              |
| حد پایین              | ۲۸۲/۷۵۶      | ۱۴/۰۰۰     | ۲۰/۱۹۷       |       |              |

براساس مندرجات جدول ۴ مشاهده می‌شود که مقدار F مربوط به متغیر اضطراب برابر است با  $F = ۱۲/۹۱۵$  و  $(P < ۰/۰۰۳)$  و معنادار می‌باشد؛ بر این اساس می‌توان گفت که مداخله توانسته بر اضطراب گروه مداخله تأثیر بگذارد.

مداخله توانسته بر افسردگی گروه مداخله تأثیر بگذارد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیر مداخله پژوهش بر نمرات اضطراب در مجموع سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ۴:** تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تأثیر مداخله پژوهش بر نمرات اضطراب در مجموع سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| منبع                  | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربع | F      | سطح معناداری |
|-----------------------|--------------|------------|--------------|--------|--------------|
| کرویت                 | ۴۳۵/۳۷۸      | ۲          | ۲۱۷/۶۸۹      | ۱۲/۹۱۵ | ۰/۰۰۰        |
| فاکتور گرین هاوس گیسر | ۴۳۵/۳۷۸      | ۱/۵۸۴      | ۲۷۴/۹۰۱      | ۱۲/۹۱۵ | ۰/۰۰۰        |
| هوینه فلدت            | ۴۳۵/۳۷۸      | ۱/۷۵۲      | ۲۴۸/۴۶۸      | ۱۲/۹۱۵ | ۰/۰۰۰        |
| حد پایین              | ۴۳۵/۳۷۸      | ۱/۰۰۰      | ۴۳۵/۳۷۸      | ۱۲/۹۱۵ | ۰/۰۰۳        |
| کرویت                 | ۴۷۱/۹۵۶      | ۲۸         | ۱۶/۸۵۶       |        |              |
| خطای گرین هاوس گیسر   | ۴۷۱/۹۵۶      | ۲۲/۱۷۳     | ۲۱/۲۸۵       |        |              |
| هوینه فلدت            | ۴۷۱/۹۵۶      | ۲۴/۵۳۲     | ۱۹/۲۳۹       |        |              |
| حد پایین              | ۴۷۱/۹۵۶      | ۱۴/۰۰۰     | ۳۳/۷۱۱       |        |              |

## بحث

در پژوهش کنونی به تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شد و نتایج نشان داد که این درمان می‌تواند در کاهش افسردگی و اضطراب این بیماران مؤثر باشد. نتایج این پژوهش با نتایج بسیاری از مطالعات محققان مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همسو می‌باشد [۲۶-۳۰]. در پژوهشی که مجتبابی و غلامحسینی 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 [۳۱]. یافته‌های به دست آمده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مطالعه محبت بهار و همکاران حاکی از کاهش معنی‌داری در علائم اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان است [۲۰]. Feros و همکاران (۲۰۱۳) 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 مداخله ایجاد کند [۳۲]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، 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 موثری را در تحقق این هدف ایفا کند؛ به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است، مراجع هرگز به عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا دور از امید نگریسته 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، در برگیرنده‌ی زمان حال و گام رو به جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تاکید است. به طور کلی پذیرش،

مورد نظر روی گروه‌های بزرگتر مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورده شود. همچنین بهتر است این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری طولانی‌تری تداوم تأثیر درمانی آن بررسی شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود این درمان به صورت فردی نیز برای بیماران سرطانی اجرا شود. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر افسردگی و اضطراب بیماران زن دارای سرطان پستان، بر اهمیت کاربرد این روش درمانی، در مورد افرادی با سایر بیماری‌های خاص نیز تأکید می‌شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان پستان از درجاتی از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند که این امر بر اهمیت کاربرد این مداخلات در افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به بیماری سرطان پستان و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی به شیوه روان‌شناختی این بیماران تأکید دارد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی پرسنل بخش کلینیکال انکولوژی بیمارستان گلستان اهواز تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته است.

## REFERENCES

- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2011;61(2):69-90.
- Akbari ME, Khayamzadeh M, Khoshnevis S, Nafisi N, Akbari A. Five and ten years survival in breast cancer patients mastectomies vs. breast conserving surgeries personal experience. Iranian Journal of Cancer Prevention. 2012;1(2):53-56.
- Deng G, Cassileth BR. Integrative oncology: complementary therapies for pain, anxiety, and mood disturbance. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2005;55(2):109-116. PMID: 15767079.
- Black JM, Hawks JH. Medical-surgical nursing: Saunders/Elsevier; 2009.
- Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. Journal of the National Cancer Institute. 2004;32:57-71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
- Sajadian A, Dokanei Fard F, Behboodi M. The effectiveness of psychotherapy on anxiety and depression in women with breast cancer Breast Cancer Research Center (SID). Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases. 2016;9(2):43-51. (Persian)
- Musarezaie A, Khaledi F, Kabbazi-fard M, Momeni-GhaleGhasemi T, Keshavarz M, Khodae M. Investigation the dysfunctional attitudes and its' relationship with stress, anxiety and depression in breast cancer patients. Journal of Health Services Research & Policy. 2015;11(1):68-76.
- Burns RJ, Deschênes SS, Schmitz N. Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses. Health Psychology. 2016;35(1):78-85. DOI: 10.1037/hea0000250.
- Ghavami H, Ahmadi F, Meamarian R, Entezami H. Effects of applying continuous care model on fasting blood glucose & HgbA1c levels in diabetic patients. Koomesh. 2005;6(3):179-86. (Persian)
- Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976-1002.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior Therapy. 2013;44(2):180-198. DOI: 10.1016/j.beth.2009.08.002.
- Bloy S, Oliver JE, Morris E. Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. Clinical Case Studies. 2011;1534650111420863.
- Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: implications for prevention science. Prevention Science. 2008;9(3):139-152. DOI: 10.1007/s11121-008-0099-4.
- Eifert GH, Forsyth JP, Arch J, Espejo E, Keller M, Langer D. Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. Cognitive and Behavioral Practice.

- 2009;16(4):368-385. DOI: 10.1016/j.cbpra.2009.06.001.
15. Zettle RD, Hayes SC. Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason-giving. *The Analysis of Verbal Behavior*. 1986;4:30-38. PMID: PMC2748463.
  16. Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*. 2006;37(1):3-13. DOI: 10.1016/j.beth.2005.02.001.
  17. Zettle RD. Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. system desensitization in treatment of mathematics anxiety. *The Psychological Record*. 2003;53(2):197-215. DOI: 10.1007/BF03395440.
  18. McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*. 2005;43(10):1335-1346. DOI: 10.1016/j.brat.2004.10.003.
  19. Branstetter A, Wilson K, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans. 2004.
  20. Mohabbat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. *Urmia Medical Journal*. 2016;27(5):365-374. (Persian)
  21. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*. 1988;8(1):77-100. DOI: 10.1016/0272-7358(88)90050-5.
  22. Rajabi Gh. Psychometric properties of Beck Depression Inventory short form items (BDI-13). *Iranian Psychologist Journal*. 2005;1(4):1-7. (Persian)
  23. Kaviyani H, Mosavi A. Psychometric properties of the Beck anxiety inventory in population age and sex classes. *Tehran University Medical Journal*. 2008;66(2):136-140. (Persian)
  24. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011;42(4):676-688.
  25. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
  26. Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2011;39(5):541-559. DOI: 10.1017/S1352465810000901.
  27. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JC, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012; 80(5):750. DOI: 10.1037/a0028310.
  28. 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. PMID: 24719007.
  29. 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. *American journal of public health*. 2010;100(12):2372. DOI: 10.2105/AJPH.2010.196196.
  30. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009;22(1):55-60. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32831a6e9d.
  31. 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. DOI: 10.1002/pon.2083.
  32. 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 Humanit*. 2014;4(2):522-7. (Persian)
  33. 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. DOI: 10.1002/pon.2083.