

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان

علی اصغر فرخزادیان^{۱*}، لیلا عندلیب^۲، مهدی یوسفوند^۳

۱. دکترای روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

مقدمه: فشارهای عصبی ناشی از تشخیص سرطان زمینه را برای بسیاری از اختلالات روانی از جمله افسردگی فراهم می‌کند. هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد.

روش: این پژوهش به روش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه بیماران سرطانی بودند که در تابستان ۱۳۹۵ به مرکز رادیوتراپی سرطان شهر خرم‌آباد رجوع کرده بودند. نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان بوده که بر اساس آزمون بک و معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری ویرایش چهارم انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه کنترل در این مدت تحت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی و پزشکی قرار نگرفتند. در نهایت پس از اتمام درمان از هر دو گروه آزمون بک به‌عنوان پس‌آزمون گرفته شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم‌افزار «اس. پی. اس. اس. ۲۱» و آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که اعمال این نوع روان‌درمانی برای افراد گروه آزمایش، توانست نمرات افسردگی آنها را در حد معناداری کاهش دهد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست افسردگی افراد مبتلا به سرطان را کاهش دهد. این درمان به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و همچنین منجر به عمل متعهدانه به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود می‌تواند یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش افسردگی در افراد سرطانی باشد.

نشریه علمی

روانشناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۷، شماره ۱، پیاپی ۳۲
بهار و تابستان ۱۳۹۸
صص: ۴۵-۵۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۰۱

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical Psychology & Personality

Vol. 17, No. 1, Serial 32

Spring & Summer
2019

pp.: 45-52

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، سرطان.

*Email: A.farokhzadian@gmail.com

مقدمه

در حال حاضر درمان‌های شناختی رفتاری و به‌ویژه رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ به‌عنوان روش درمانی مؤثری برای درمان و کاهش علائم افسردگی به‌می‌رود [۱۱].

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی است که توسط استیون هیز^۲ و همکارانش در ابتدای دهه ۱۹۸۰ معرفی و با نام اختصاری ای.سی.تی شناخته شده است. ای.سی.تی در اصل یک رفتاردرمانی بوده که موضوع آن عمل است اما نه هر عملی، بلکه عملی که اولاً ارزش محور باشد. این رویکرد درمانی به مراجع کمک می‌کند آنچه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. دوم عملی که ذهن آگاهانه باشد، عملی که با هشیاری و حضور کامل انجام می‌شود گشوده بودن نسبت به تجربه و مشارکت کامل در آنچه انجام می‌شود. این رویکرد همان‌طور که از نامش مشخص است، قصد دارد این پیام را به فرد منتقل کند که آنچه خارج از کنترلت هست را بپذیر و به عملی که باعث بهبود و غنی‌تر شدن زندگی‌ات می‌شود تعهد داشته باش. هدف ای.سی.تی این است که مراجع را یاری دهد تا یک زندگی غنی، کامل و معنادار داشته باشد و درعین‌حال رنجی که به‌ناچار در زندگی‌اش دارد را بپذیرد [۱۲].

در این نوع درمان ابتدا سعی می‌کنیم پذیرش روانی فرد نسبت به تجارب ذهنی‌اش را افزایش داده و در مقابل اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به مراجع می‌آموزیم که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی بی‌بهره (مانند افکار افسردگی‌زا) است و حتی موجب بدتر شدن آنها می‌شود و باید این تجارب را بپذیرفت. در گام دوم آگاهی فرد از حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال را افزایش می‌دهیم. در گام سوم به فرد می‌آموزیم تا خود را از این تجارب ذهنی جدا کند طوری که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش می‌کنیم تا تمرکز زیاد فرد بر خود تجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است را کاهش دهیم. پنجم به فرد کمک می‌کنیم تا ارزش‌های شخصی اصیل خود را شناخته و آنها را به اهداف عینی رفتاری مبدل سازد. در آخر انگیزه فرد را برای عمل متعهدانه به اهداف و ارزش‌ها افزایش می‌دهیم.

بیماری سرطان بعد از بیماری‌های قلبی دومین علت مرگ در ایالات‌متحده و سومین علت مرگ‌ومیر در ایران است. در حال حاضر سرطان یکی از مشکلات حاد پزشکی در ایران و در سرتاسر دنیا می‌باشد [۱] که اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر، یک نفر به نوعی از سرطان مبتلا خواهد شد. زندگی کنونی و عوامل سرطان‌زای محیطی در افزایش میزان ابتلا به سرطان نقش بسزایی دارد [۲]. فشارهای عصبی ناشی از تشخیص سرطان زمینه را برای بسیاری از اختلالات روانی و تحلیل رفتن سلامت روانی آماده می‌کند. ابتلای افراد به سرطان می‌تواند باعث کاهش شدید عزت‌نفس در افراد شده که به‌تبع آن مشکلاتی نظیر افسردگی، اضطراب، ترس و نفرت از خود پدیدار می‌شود. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که یکی از اختلال‌های شایع روانی بین بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی است [۳، ۴، ۵، ۶، ۷]. برخی از دلایل بروز مشکلات روان‌شناختی در این بیماران، معانی ضمنی این تشخیص در ذهن بیمار و خانواده او از جمله احتمال بدشکلی، درد، فقدان‌های مالی و اجتماعی، وابستگی، ازهم‌گسیختگی ساختار خانواده، مرگ و درنهایت رخ دادن آنهاست که می‌تواند فرد را به‌سوی افسردگی بکشاند و به دنبال آن فرد تسلیم بیماری شده و دیگر برای زنده ماندن تلاش نکند [۸].

از سوی دیگر نتایج برخی پژوهش‌ها نشان‌دهنده این است که افسردگی، خود می‌تواند باعث تشدید سرطان شده و آن را وخیم‌تر کند چنانکه ریک و همکاران [۵] در پژوهش خود دریافتند آن دسته از بیماران سرطانی که مبتلا به افسردگی هستند و هیچ نوع درمانی برای افسردگی دریافت نمی‌کنند، نسبت به افرادی که تحت درمان افسردگی قرار می‌گیرند به‌احتمال بیشتری به خاطر سرطان جان خود را از دست می‌دهند. از این‌رو می‌توان گفت درمان افسردگی در افراد مبتلا به سرطان نه‌تنها می‌تواند امید و عزت‌نفس را به فرد برگردانده و باعث ادامه بهتر زمان باقی‌مانده زندگی وی شود بلکه احتمالاً باعث جلوگیری از مرگ ناشی از سرطان نیز خواهد شد [۹].

افسردگی یک اختلال خلقی است که خود را با علائمی نظیر خلق پایین، از دست دادن احساس، پوچی، کندی روانی حرکتی، احساس گناه و ناتوانی در تمرکز و افکار مربوط به مرگ نشان می‌دهد [۱۰]. در بین درمان‌های روان‌شناختی، الگوهای متنوعی در مورد درمان و کاهش علائم روان‌شناختی افسردگی به کار گرفته شده است.

¹ Acceptance and Commitment Therapy

² Hayes

کاهش افسردگی از سوی دیگر، در این پژوهش بر آنیم تا اثربخشی این رویکرد بر افسردگی، در این جامعه خاص را نیز مورد تحقیق قرار دهیم. لذا مسئله مورد پژوهش در تحقیق حاضر این است که آیا آموزش رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان مؤثر است؟

فرضیه پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش معنادار افسردگی در افراد مبتلا به سرطان می شود.

روش

شیوه انجام پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و بر اساس طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه این پژوهش افراد مبتلا به انواع مختلف سرطان شهر خرم‌آباد بودند که به مرکز رادیوتراپی و سرطان در این شهر رجوع کرده و طبق بررسی‌های پزشکی مبتلا به نوعی از سرطان تشخیص داده شده بودند.

ب) نمونه پژوهش: جهت تشخیص افسردگی، پرسشنامه افسردگی بک^۱ [۲۱] و همچنین پرسشنامه جمعیت شناختی بین ۱۳۶ نفری که در تابستان ۱۳۹۵ به این مرکز مراجعه کرده بودند توزیع شده و سپس افرادی که در پرسشنامه نمره بالاتر از نقطه برش (۲۹ و بالاتر) گرفته بودند تحت مصاحبه بالینی بر اساس ضوابط تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری ویرایش چهارم قرار گرفتند. نهایتاً بر اساس نمونه گیری تصادفی منظم ۳۰ نفر از افرادی که هم طبق مقیاس بک و هم طی مصاحبه تشخیصی، مبتلا به افسردگی بودند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ضمناً طبق بررسی های به عمل آمده افرادی که به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده بودند در درجه دو^۲ و یا درجه سه^۳ قرار داشتند.

ابزارهای پژوهش

۱) پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم

در مقابل شکل‌های سنتی‌تر درمان شناختی رفتاری، در ای.سی.تی، مراجع را مجبور به اصلاح افکار و احساساتش نمی‌کنند بلکه هدف کمک به آنهاست تا خودشان پاسخ‌های خود به افکار و احساسات خویش را تغییر دهند [۱۳]. در حالی که در درمان شناختی - رفتاری بیمار تشویق می‌شود تا به رابطه افکار خواند و افسردگی خود آگاهی یابد [۱۴]، در رویکرد پذیرش و تعهد درمانی بر روی تغییر و اصلاح ارتباط فرد با افکارش تمرکز می‌گردد [۱۵].

اولین تحقیق مقایسه‌ای در مورد پذیرش و تعهد یک کارآزمایی بالینی بود که توسط زتل و هیز انجام گردید در این پژوهش این دو محقق اثربخشی ای.سی.تی را با رفتاردرمانی شناختی بر روی متغیر وابسته افسردگی مورد مقایسه قرار دادند نتایج نشان داد که ای.سی.تی اثربخش‌تر از شناخت درمانی بر روی افسردگی می‌باشد آزمودنی‌های در گروه ای.سی.تی کاهش سریع‌تر را در افکار افسردگی از خود نشان دادند همچنین در سال ۱۹۸۹ در تحقیق زتل و رینس نیز این نتیجه به دست آمد [۱۶].

تاکنون چندین پژوهش و فراتحلیل اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر کاهش علائم افسردگی، اضطرابی و استرس تأیید کرده‌اند [۱۷]. در ایران نیز پژوهش‌های بستامی و همکاران [۱۸] و حر و همکاران [۱۹] نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به دیابت تأثیر معناداری داشته باشد. همچنین پژوهش اشجع و همکاران [۲۰] در پژوهش خود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی را در نمونه‌ای از زنان خانه‌دار شهر تهران نشان دادند.

اگرچه تحقیقات زیادی در زمینه تأثیر درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی صورت گرفته ولی کمتر تحقیقی چه در خارج از کشور و چه در داخل کشور به افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان پرداخته است و یا حداقل پژوهشی با این عنوان توسط پژوهشگر رؤیت نشد. با توجه به اینکه مشکل افسردگی مخصوصاً در افراد مبتلا به سرطان با توجه به تأثیر آن بر تشدید بیماری‌شان، از اهمیت زیادی برخوردار است، لذا انجام پژوهش برای آموزش، مداخله و رفع این مسئله لازم و ضروری می‌باشد چراکه از این طریق می‌توان به افزایش سلامت روان در این افراد کمک نموده و از وخامت بیشتر بیماری و همچنین انزوای این افراد و به انتظار مرگ نشستن آنها جلوگیری نمود. بنابراین با توجه به اهمیت درمان افسردگی در این افراد از یک‌سو و اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

¹ Beck

² Intermediate/Moderate grade

³ Poorly Differentiated

این پژوهش از این نسخه که از مناسب بودن میزان پایایی و روایی آن در ایران اطمینان داریم استفاده شد که نتایج یکسانی را به دست می‌دهد. نسخه مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور ۱، مصاحبه انعطاف‌پذیری است که توسط فرست و همکاران تهیه شده است [۲۵]. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و تمایز آن از سایر اختلالات استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها و مطالعات نشانگر این است که مصاحبه حاضر از روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است [همان منبع].

۴) آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مجموعه‌ای از تمرینات تجربی و استعاره‌ها با مداخلات استاندارد رفتاری ترکیب می‌شود تا پذیرش بدون قضاوت تجربیات درمانی، فرد را پرورش دهد. این پذیرش تجربی به‌تنهایی یک هدف نمی‌باشد بلکه با ارتقای عمل در جهت اهداف مناسب شخصی مرتبط می‌باشد. در برنامه درمانی ای.سی.تی که طی ۸ جلسه انجام شد، اهداف جلسات بدین صورت بود:

جلسه اول: معرفی درمان، بحث در مورد حدود رازداری، رضایت آگاهانه مراجع برای اتمام فرایند درمان، ارزیابی کلی و آشنایی با مفهوم ناامیدی خلاق.

جلسه دوم: بررسی تکالیف خانگی، ایجاد ناامیدی خلاق و بحث در مورد تجربیات ذهنی.

جلسه سوم: مرور تجارب جلسه قبل، معرفی مفهوم کنترل به‌عنوان یک مشکل نه راه‌حل، آشنایی با مفهوم تمایل-پذیرش، تعهد رفتاری.

جلسه چهارم: مرور تجارب جلسه قبل، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی مفهوم گسلش شناختی، به‌کارگیری تکنیک‌های گسلش شناختی.

جلسه پنجم: مرور تکالیف جلسه قبل، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار و آشنایی با مفهوم ناهمجوشی شناختی.

جلسه ششم: سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، تناقض بین تجربه و ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان یک فرایند.

جلسه هفتم: معرفی مفهوم ارزش، کشف ارزش‌های عملی زندگی، سنجش عملکرد.

جلسه هشتم: افزایش تمرکز بر تعهدات رفتاری، عملکرد متناسب با ارزش‌ها.

(بی.دی.آی.۲)^۱: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدیدنظر قرار گرفت. این مقیاس، یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که برای سنجش شدت افسردگی و تعیین نشانگان افسردگی در جمعیت بیماران روانپزشکی و تعیین افسردگی در جمعیت عادی کاربرد دارد. نمرات این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (۰-۳) برای عدم وجود نشانه خاص تا بیشترین درجه وجود آن در دامنه صفر تا ۳ قرار گرفته که نمرات درنهایت بین ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرند. مطالعات روان‌سنجی انجام شده با استفاده از این پرسشنامه نشان می‌دهد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند دریافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه بازآزمایی، برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند. در مورد روایی پرسش‌نامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است. میانگین همبستگی پرسش‌نامه افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتون (اچ.آر.اس.دی)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی ام.ام.بی.آی، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و اس.سی.ال-۹۰، بیش از ۰/۶۰ است [۲۲]. همچنین قاسم‌زاده و همکاران [۲۳] ضریب آلفای این پرسشنامه را ($\alpha=0.87$)، ضریب بازآزمایی آن را ($r=0.74$) و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول را (۰/۹۳) گزارش کردند.

۲) پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه که توسط محقق تهیه شده است اطلاعات فردی افراد شامل، سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد اعضای خانواده، تحصیلات، شغل و مدت ابتلا به سرطان را مورد بررسی قرار می‌دهد.

۳) مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس دی.اس.ام.۴ نسخه ویرایش شده: علیرغم اینکه مصاحبه ساختاریافته بر اساس دی.اس.ام.۵ نیز در مهر و موم‌های اخیر در دسترس متخصصان می‌باشد اما با توجه به اینکه شاخص‌های روان‌سنجی دی.اس.ام. از جمله پایایی و روایی آن فعلاً تا نسخه تجدیدنظرشده ۴ در ایران، آن‌هم توسط شریفی و همکاران [۲۴] به دست آمده است و تأیید شده است در

^۱ Beck depression inventory II

شیوه انجام پژوهش

تعداد ۸ جلسه درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد گروه آزمایش اجرا شد درحالی که در این مدت گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نکردند. سپس مجدداً پرسشنامه بک برای هر دو گروه اجرا شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی پژوهش نیز اولاً به مراجعان قبل از انجام پژوهش اطمینان خاطر داده شد که پاسخها محرمانه خواهند ماند و دوماً بعد از اتمام پژوهش، این دوره درمانی برای گروه نمونه نیز اجرا شد. در این پژوهش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، متغیر مستقل و افسردگی متغیر وابسته می باشد.

شیوه تحلیل داده ها

در این پژوهش برای تحلیل آماری داده های پژوهش از شاخص ها و روش های آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل فرضیه پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس (آنکوا) استفاده شد. در نهایت داده ها با استفاده از نرم افزار اس.پی.اس. اس نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

نتایج یافته های توصیفی این پژوهش نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش $31/23 \pm 7/2$ و در گروه کنترل $29/64 \pm 7/9$ بود. وضعیت تأهل در گروه آزمایش ۵ نفر مجرد (۳۳٪) و ۱۰ نفر متأهل (۶۷٪) و در گروه کنترل ۸ نفر مجرد (۵۳٪) و ۷ نفر متأهل (۴۷٪) بودند. در گروه آزمایش ۵ نفر دارای مدرک تحصیلی دیپلم (۳۳٪)، ۷ نفر کارشناسی (۴۷٪) و ۳ نفر کارشناسی ارشد (۲۰٪) بودند، همین طور در گروه کنترل ۶ نفر دارای مدرک دیپلم (۴۰٪)، ۶ نفر کارشناسی (۴۰٪) و ۳ نفر کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل از نظر افسردگی در مرحله پس آزمون

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	Sig.	تا
افسردگی	اثر پیش آزمون	۲۸۳/۷۹۱	۱	۲۸۳/۷۹۱	۸/۳۵۲	۰/۰۰۵	۰/۱۹۶
	اثر گروه	۶۵۲/۳۲۵	۱	۶۵۲/۳۲۵	۲۲/۸۹۳	۰/۰۰۱	۰/۳۹۶
	خطا	۱۰۵/۲۳۵	۲۹	۳/۶۲			
	کل	۴۳۶۵	۳۰				

قبل از اجرای روش آماری (تحلیل کوواریانس) لازم است که پیش فرض های این آزمون مورد بررسی قرار گیرد. مهم ترین پیش فرض این آزمون، نرمال بودن عامل در گروه ها است که با آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف سنجیده شده است. نتایج مربوط به این آزمون در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف فرض نرمال بودن عامل افسردگی در گروه آزمایش و کنترل

گروه ها	میانگین	انحراف معیار	k-s-z	معناداری
آزمایش	۲۳/۶۳	۷/۹	۰/۵	۰/۹۶
کنترل	۲۴/۳۴	۶/۹۲	۰/۵۵	۰/۹۲

با توجه به اینکه آماره کولموگوروف اسمیرنوف در سطح $\alpha = 0/05$ برای هر دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نبوده (گروه آزمایش ۰/۹۶ و گروه کنترل ۰/۹۲) بنابراین فرض نرمال بودن عامل ها در هر دو گروه پذیرفته می شود. نتایج مربوط به نمرات افسردگی شرکت کنندگان در گروه های کنترل و آزمایش در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون افسردگی یک در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		sd	M	sd	M
افسردگی	آزمایش	۶/۲۶	۳۱/۵۲	۱۹/۵۸	۶/۶۳
	کنترل	۵/۱۲	۳۲/۳۷	۳۱/۶۲	۵/۰۲

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل اختلاف زیادی دارند که برای سنجش معناداری این اختلاف از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج مربوط به این آزمون در جدول ۳ آورده شده است.

یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری موجب کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان شده است.

بر اساس یافته های جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می دهد که با در نظر گرفتن اثر نمره های افسردگی پیش آزمون به عنوان متغیر پراش، اثر اصلی متغیر بر نمره های افسردگی معنادار است ($P < 0/001$ و $F = 22/893$).

مانند ابتلا به سرطان، فرآیند آسیب‌زایی را به وجود می‌آورد. اگرچه اجتناب تجربه‌ای در کوتاه‌مدت اثری کاهنده در تجارب ناخوشایند دارد ولی در بلندمدت اثرات مخرب زیادی دارد و می‌تواند به عدم انعطاف‌پذیری و نقص کارکردی منجر شود. یکی از اهداف مداخلات در این پژوهش تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه بود. اجتناب تجربه‌ای به‌طور کارکردی به‌عنوان تلاش‌ها برای اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار افسرده‌کننده مانند فکر کردن در مورد مبتلا بودن به سرطان تعریف می‌شود. به‌منظور پرورش پذیرش تجارب شخصی دامنه‌ای از فعالیت‌ها و استعاره‌ها از طریق عدم همانندسازی با هیجان یا غیر نیفتادن در تجارب شخصی برای آزمودنی‌ها ارائه شد. یکی از تمرینات تصور کردن افکارشان بر تابلوهایی نوشته‌شده توسط سربازان تشریفات بود. تکلیف مراجعان این بود که عبور افکار را مشاهده کنند بدون اینکه جذب آنها شوند. بدین‌وسیله مراجعان قادر شدند کوشش جهت کنترل افکار و احساسات را کنار بگذارند، در عوض سعی کنند بدون قضاوت آنها را زیر نظر بگیرند و آنها را آن طوری که هستند بپذیرند، ضمن اینکه رفتارشان را به شکل سازنده در جهت بهبود زندگی تغییر دهند. مؤلفه پذیرش در پذیرش و تعهد درمانی برای مراجع این امکان را فراهم می‌آورد تا تجربیات ناخوشایند درونی را بدون تلاش به‌منظور کنترل آنها، احساس کند و انجام این کار باعث می‌شود تا آنها کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تأثیرشان بر روی زندگی فرد کاهش خواهد یابد.

یکی از خصوصیات افراد افسرده آمیختگی شناختی می‌باشد. و هنگامی اتفاق می‌افتد که فرد افکارش را موبه‌مو صحیح بداند. برای مثال اگر فرد افسرده این فکر که «من نمی‌توانم از حالت بد خارج شوم چون من خیلی افسرده هستم» را داشته باشد، آمیختگی با این فکر شامل دیدن آن به‌صورت کاملاً درست و دنبال کردن آن از طریق دلالت‌هایش است. درواقع بسیاری از مشکلات از تمرکز بر بافت افکار افسرده‌کننده ناشی می‌شود. بنابراین تمرکز بر روی زمینه مرتبط با افکار و احساسات که منجر به رفتارهای نامطلوب گردیده بر روی آزمودنی‌ها به‌عنوان هدف قرار داده شد که باعث کاهش باورپذیری در شرکت‌کنندگان و درنهایت انعطاف‌پذیری آنان گردید.

تحقیقات هیز و همکاران [۱۶] نیز نشان داده است که راهبردهای زمینه‌ای از راهبردهایی که مستقیماً محتوای افکار را هدف قرار می‌دهند سریع‌تر موجب تغییر رفتار می‌گردند [۲۷].

از این‌رو به‌کارگیری استعارات، تمرینات، تناقض‌ها و

همچنین طبق محاسبات، معناداری بالینی حدود ۳/۴۹ به دست آمده که با توجه به اینکه از مقدار ۱/۹۶ بزرگتر می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت این درمان از نظر بالینی بر کاهش افسردگی تأثیر معنادار دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که این نوع درمان تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و کنترل به لحاظ افسردگی ایجاد کرده است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های آلونسو فرناندز [۱۷]، بستامی و همکاران [۱۸]، حر و همکاران [۱۹] و اشجع و همکاران [۲۰] که همگی با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی در جوامع آماری گوناگون انجام شده است یکسان بوده و همگی حاکی از وجود تأثیر معنادار این نوع درمان بر کاهش افسردگی هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش هرچه بیشتر تجربیات ذهنی و ارتباط با لحظه حال و مشارکت در فعالیت‌هایی که در راستای ارزش‌های شخصی است تأکید دارد. به نظر می‌رسد که پذیرش فرایند کلیدی در اثربخشی این نوع درمان است. اصلی‌ترین سازه‌های درمان پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که به معنای توانایی برای انجام عمل مؤثر در راستای ارزش‌های فردی علیرغم حضور مشکلات و رنج‌هایی چون ابتلا به سرطان می‌باشد [۲۶]. همچنین می‌توان گفت راهبردهای کنترل عاطفی، انجام تمرین‌های تعهد رفتاری، شفاف‌سازی ارزش‌ها، تکنیک‌های شناسایی رفتارهای مبتنی بر ارزش‌ها به همراه استعاره‌ها، مفهوم گسلس شناختی و پذیرش، همگی منجر به کاهش علائم افسردگی در این پژوهش شده است. در این پژوهش هدف این بود که به بیماران کمک کنیم تا افکار و احساساتشان را بپذیرند و نسبت به تغییرات به وجود آمده متعهد باشند، همچنین افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و هم‌راستا با ارزش‌هایشان است گام بردارند. به‌طورکلی ای.سی.تی به افراد آموزش می‌دهد چگونه عقیده بازاری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به‌جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کرده و رویدادها را به‌جای کنترل کردن آنها بپذیرند. از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی اجتناب از تجاربی

همچنین این پژوهش برای اولین بار در ایران تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد سرطانی را بررسی کرده است. با توجه به یافته‌های پژوهش، این نوع درمان می‌تواند به‌عنوان درمان انتخابی و مکمل درمان‌های دیگر در جهت کاهش افسردگی بیماران سرطانی به کار رود. باشد که نتایج این پژوهش توجه متخصصان مربوطه را به جوانب روان‌شناختی بیماری سرطان بیشتر جلب کرده و از این طریق فرایند درمان بیماری نیز بهبود و تسریع یابد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه بیمارانی که در این پژوهش همکاری کرده‌اند و همچنین از کارکنان مرکز رادیوتراپی سرطان به خاطر همکاری در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش سپاسگزاریم.

منابع

- ۱- خدایی، سجاد؛ دستجردی، رضا؛ حقیقی، فاطمه؛ سعادت جو، سید علیرضا؛ کرامتی، عزیزالله. (۱۳۹۰). تأثیر گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۸(۳). صص. ۳۱-۴۵.
- ۲- مهري نژاد، سید ابوالقاسم؛ خسروانی شریعتی، سیده هدی؛ حسینی آبادشاپوری؛ مریم (۱۳۹۱). مقایسه تنیدگی تجربه‌شده در زنان مبتلا به سرطان سینه و زنان سالم. مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۷(۴۳). صص. ۴۹-۵۶.
- ۳- ملکیان، آزاده؛ علی زاده، احمد؛ احمدزاده، غلامحسین. (۱۳۸۶). افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۵(۲). صص. ۱۱۵-۱۱۹.
- 4- Cvetkovich, J., Cvetkovich, M. (2017). Investigation of the depression in breast cancer patients by computational intelligence technique. *Computers in Human Behavior*. 68. pp. 228-231.
- 5- Rieke, K., Schmid, K.K., Lydiatt, W., Houfek, J., Boilesen, E., Watanabe-Galloway, Sh. (2017). Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncology*. 65. pp. 76-82.
- 6- Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*. 50(4), pp.383-91.

قراردادهای زبانی پذیرش و تعهد درمانی در این زمینه به‌منظور توصیف اینکه ذهن نمی‌تواند تمام پاسخ‌ها را داشته باشد و اینکه بین خود و افکارش تمایز قائل شود، استفاده شد. در مهارت‌های گسیختگی شناختی بر روی مواردی چون قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها کار شد و در حقیقت عملکرد پنهان زبان برای آزمودنی‌ها آشکار گردید و به مراجع آموزش داده شد تا خودشان را از افکار و هیجانات و احساسات جدا ببینند. آموزش محدودیت‌های زبان در کشف دوباره تجارب در درمان به‌منظور ایجاد تمایز بین فرد و افکارش استفاده شد. همچنین تمریناتی به‌منظور حذف قدرت افکار افسرده کننده مراجعان هنگامی که آنها این افکار را به‌عنوان واقعیت درک کردند، ارائه شد.

همچنین می‌توان گفت چون از یک سو افراد افسرده دائماً در گذشته و آینده و مخصوصاً در آینده سیر می‌کنند و به خاطر فکر کردن به اتفاقات ناگواری مثل مرگ که ممکن است در آینده برایشان رخ دهد معمولاً دچار افسردگی می‌شوند و از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد را افزایش داده و ارتباط مراجع را با زمان حال برقرار می‌سازد و همچنین منجر به عمل به ارزش‌های فردی در مراجع می‌شود، این درمان می‌تواند به‌عنوان یکی از درمان‌های روان‌شناختی مناسب برای کاهش افسردگی در افراد سرطانی مورد استفاده قرار گیرد.

پس از بحث درباره تکنیک‌های مختلف رویکرد پذیرش و تعهد و اثربخشی هر یک از این تکنیک‌ها بر روی کاهش افسردگی افراد مبتلا به سرطان این نتیجه گرفته شد که به‌طورکلی با توجه به ویژگی‌های افراد افسرده (مخصوصاً افراد سرطانی افسرده) که شامل اجتناب یا فرار از آمیختن با افکار افسرده کننده، کوشش جهت کنترل افکار و احساسات، آمیختگی شناختی، نشخوار کردن و الگوهای فکری تکراری، شناخت‌های منفی، دست‌کم گرفتن خود، تعقیب اهداف ناهمخوان با ارزش‌ها و اشتباه در تعقیب اهداف ارزشی می‌باشد مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است در تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش کامل حیطه وسیعی از تجارب عینی، ارتقاء کیفیت زندگی، کاهش باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر و پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، حذف قدرت افکار افسرده کننده، کاهش نشخوار فکری، به دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های آزمودنی‌ها تأثیرگذار باشد و منجر به کاهش افسردگی سرطانی‌ها گردد.

- institutionalized older people with chronic pain. Pain medicine. 78. pp. 38-48.
- ۱۸- بستامی، مرتضی؛ گودرزی، ناصر؛ دوران، بهناز؛ تقوا، ارسیا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم افسردگی کارکنان مرد نظامی مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه علمی پژوهشی ابن‌سینا. ۱۱۸(۱). صص. ۱۹-۱۱.
- ۱۹- حر، مریم؛ آقایی، اصغر؛ عابدی، احمد؛ عطاری، عباس. (۱۳۹۲). تأثیر روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم تحقیقات رفتاری. ۱۱(۲). صص. ۱۲۸-۱۲۱.
- ۲۰- اشجع، مهرناز، فرحبخش، کیومرث؛ سدرپوشان، نجمه؛ ستوده، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه‌دار شهر تهران. فصلنامه فرهنگی تربیتی زنان و خانواده. ۱۸(۱۹). صص. ۲۸-۱۸.
- 21- Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1994). Manual for the beck depression inventory-II. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- ۲۲- ازخوش، م. (۱۳۸۷). کاربرد آزمون‌های روانی و تشخیص بالینی. تهران: نشر روان. چاپ سوم.
- 23- Ghassemzadeh H, Mojthbai R, karamghadiri N. Psychometric properties of a persion language version of the beck depression inventory, 2nd ed.: BDI -II Persion. J Depress Anxiety 2005; 21(4). pp. 185-92. [In Persian].
- ۲۴- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمناهی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). تازه‌های علوم شناختی، ۱۶(۱ و ۲)، صص. ۱۰-۲۲.
- ۲۵- مارنات، گ. (۱۳۸۶). راهنمای سنجش روانی ۲. (ترجمه پاشا شریفی و نیکخو). تهران: انتشارات سخن. چاپ دوم. (۲۰۰۳).
- 26- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of consulting and clinical psychology; 64(6). pp. 1152-1168.
- 27-Luma, J. B. Hayes, s. E. & Walser, R. (2007). Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists. Oakland. New Harbinger publications.
- 7- Wasteson E, Brenne E, Higginson IJ, Hotopf M, Lloyd-Williams M, Kaasa S, et al. (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. Palliat Med. 23(8). pp. 739-53.
- 8- Vanderkiefte GK. (2001). Breaking bad news. American Family Physician; 64. pp. 1975-8
- 9- Shinn EH, Valentine A, Jethanandani A, Basen-Engquist K, Fellman B, Urbauer D, et al. (2016). Depression and oropharynx cancer outcome. Psychosom Med; 78. pp. 38-48.
- 10- Sadock BJ, Sadock VA. (2007). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. pp. 221-236.
- 11- Wendy T. M. Pots, Martine Fledderus, Peter A. M. Meulenbeek, Peter M. ten Klooster, Karlein M. G. Schreurs, Ernst T. Bohlmeijer. (2016). Acceptance and commitment therapy as a web-based intervention for depressive symptoms: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry, 208 (1). pp. 69-77; DOI: 10.1192/bjp.bp.114.146068
- 12- Folke F, Parling T, Melin L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Cognitive and behavioral practice. 19(4). pp. 583-594.
- 13- Rowland, M. (2010). Acceptance and Commitment Therapy for Non-Suicidal Self-Injury among Adolescents. A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology For the Degree of Doctor of Psychology. 50(4), pp.383-91.
- ۱۴- آقایی، الهام؛ عابدی، احمد؛ جمالی پاقعه، سمیه (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری بر میزان نشانه‌های افسردگی (ایران ۱۳۸۹-۱۳۸۰). مجله روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار). ۱۹(۶). صص. ۸۰-۶۹.
- 15- Forman, E. M. Herbert, J. & Moitra, E. (2009). A randomized controlled effective of acceptance and commitment therapy & cognitive therapy for anxiety & depression. Journal of Behavior Modification. 31 (6), pp.772-799.
- 16- Hayes, s. C. Pistorello, J. Bigland, A. (2008). Acceptance and Commitment therapy: model, data, and extension to the prevention of suicide. Journal of Behavior and Cognitive therapy. X, (1), pp. 81-102.
- 17- Alonso-Fernandez M, Lopez-Lopez A, Losada A, Gonzalez JL, Wetherell JL. (2015). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for