

اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

سحر محبت بهار^۱، محمد اسماعیل اکبری^۲، فاطمه ملکی^۳
و محمد مرادی جو^۴

سرطان پستان از شایع ترین سرطان ها در زنان است که تاثیرات عمیقی بر سلامت روانی- اجتماعی و کیفیت زندگی زنان به جا می گذارد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) کاربندی شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله ی مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند ولی گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. هر دو گروه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از نظر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که برنامه ی درمانی کیفیت زندگی آزمودنی های گروه آزمایش را در ابعاد سلامت جسمانی (فیزیکی)، سلامت روان شناختی و روابط اجتماعی، بهبود بخشیده است و می توان گفت که روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، روشی موثر به منظور افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سرطان پستان

مقدمه

براساس آمارهای جهانی، سرطان پستان شایع ترین سرطان تشخیص داده شده در زنان سراسر جهان محسوب می شود (جمال، بری، سنتر، فرلی و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین به عنوان شایع ترین و دومین علت مرگ ناشی از سرطان، در بین زنان ایرانی گزارش شده است (اکبری، خیام زاده، خوشنویس، نفیسی و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی) و سایر

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۲. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. دپارتمان مشاوره، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۴. مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده ی مسوول) moradijoo@gmail.com

مشکلات روانی- اجتماعی در مبتلایان است که این امر به کاهش کیفیت زندگی؛ به خصوص در رابطه با زنان جوان تر منجر می شود (سو، مارش، لینگ، لیونگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ اسپینگل و ریبا، ۲۰۱۵؛ صفایی، ضیغمی، طباطبایی و دهکردی، ۲۰۰۸؛ هرندی، انوشه، غفرانی پور، منتظری و همکاران، ۲۰۱۲؛ اندرسون، گنز، بویر و استانتون، ۲۰۱۲).

در طی دو دهه ی اخیر، تعدادی از روان درمانی ها به عنوان موج سوم توسعه یافته اند که رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ (DBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (ACT)، طرحواره درمانی^۳، روان درمانی سیستم تحلیلی شناختی- رفتاری^۴ (CBASP)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ (MBCT) و درمان فراشناختی^۶ (MCT) از جمله این درمان ها هستند؛ به عبارت دقیق تر می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه ی کلی از درمان هاست و ACT یکی از اشکال متعدد CBT است (توهینگ، ۲۰۱۲). تفاوت عمده بین مداخله CBT و ACT در این است که پروتکل ACT بر شفاف سازی ارزش ها و اهداف، ضمن تاکید بر اشتیاق نسبت به تجربه نمودن همه هیجانات و موقعیت ها (راهندهای اولیه مبتنی بر پذیرش) تمرکز دارد درحالی که پروتکل CBT بر تکنیک ها و آموزش های روانی به منظور تغییر افکار و رفتارها (راهندهای اولیه مبتنی بر تغییر) متمرکز است (وترل، لیو، پترسون، افری و همکاران، ۲۰۱۱).

زمینه گرای عملکردی^۷ مبنای فلسفی نظریه ی چارچوب رابطه های ذهنی^۸ است (FRT) که این نظریه، اساس ACT را تشکیل می دهد. FRT اذعان دارد که زبان برای توصیف، طبقه بندی، ارزیابی حل مساله، خلاقیت و ابتکار، حیاتی است. همچنین زبان برای توسعه، ابقا و پیشرفت فرهنگ انسانی دارای اهمیت است در عین حال، RFT نشان می دهد که زبان یک منبع اولیه از درد و رنج انسان نیز محسوب می شود (بریکر و تولیسون، ۲۰۱۱). بنابراین، روش های درمانی مربوط، بر یافتن راهکارهایی به منظور به کارگیری توانایی های زبانی ما تمرکز خواهند کرد و اینکه در همین حین بیاموزم که از آنها روی برگردانیم و هنگامی که سودمند نیستند، از آنها پیروی نکنیم (توهینگ، ۲۰۱۲).

ACT نامش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) را از پیام اصلی اش می گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصی ات است را بپذیر و به عملی که زندگی ات را غنی می سازد، متعهد باش. هدف ACT کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به

1. Dialectical Behavior Therapy
2. Acceptance and Commitment Therapy
3. Schema Therapy
4. Cognitive Behavioral Analysis System

5. Mindfulness-based Cognitive Therapy
6. Metacognitive Therapy
7. Functional Contextualism
8. Relational Frame Theory

ناچار با خود دارد (ایزدی و عابدی، ۲۰۱۲). هیز، لوین، پلامب- ویلردجا، وبلا و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند که شش فرآیند - پذیرش، گسلش^۱، ارتباط با زمان حال^۲، خود به عنوان زمینه^۳، ارزش ها^۴ و عمل متعهدانه^۵ - می توانند در تعریف ACT سازمان یابند. از این رو، می توان گفت که ACT یک مداخله ی شناختی - رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد، به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند. بیشتر شیوه های ACT استعاره ای هستند. استعاره ها و تمرین ها به منظور درهم آمیختگی این فرآیندها، در جهت تمرکز بر انعطاف پذیری روان شناختی به عنوان یک کل استفاده می شوند. انعطاف پذیری روانشناختی، می تواند به صورت ارتباط با لحظه ی حاضر به عنوان انسانی آگاه، به طور کامل و بدون دفاع، همانطوری که هست و نه چیزی که فرد اظهار می کند هست و تداوم و یا تغییر در رفتار، در خدمت ارزش های انتخاب شده تعریف شود. این هدف اصلی مدل ACT است و همه ی شش فرآیند فوق با یکدیگر به منظور ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی همکاری می کند (هیز، پیسترلو و لوین، ۲۰۱۲).

بطور کلی درمانگران ACT مراجعان را تشویق می کنند تا ضمن شناخت، مبارزه ی سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی، الیور و موریس، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش در بررسی کاربردهای ACT نشان داده است مداخلاتی که اجتناب تجربه ای^۶ (EA) را کاهش می دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (بیگلن، هیز و پیسترلو، ۲۰۰۸)؛ به عنوان مثال در کاربرد ACT برای اختلالات اضطرابی، مراجع می آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت هایی که او را به اهداف انتخابی زندگی (ارزش ها) نزدیک تر می کند، کنترل خود را اعمال کند. ACT به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می آموزد تا برای آگاهی و مشاهده ی افکار و احساسات ناخوشایند همانگونه که هستند، مهارت کسب کنند (ایفرت، فورست، ارچ، اسپیجو و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر در صدد بود تا دریابد آیا روان درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان موثر است؟

1. defusion
2. the now

3. self as context
4. values

5. committed action
6. psychological flexibility

7. experiential avoidance

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و بر اساس طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه ی این پژوهش، زنان مبتلا به سرطان پستان تحت پوشش مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بود. از این جامعه به روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) کاربندی شدند. ملاکهای ورود شامل داشتن سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، سپری شدن حداقل ۱ ماه و حداکثر ۶ ماه از زمان تشخیص، تحت شیمی درمانی یا پرتودرمانی قرار داشتن در گذشته یا حال، داشتن انگیزه برای شرکت در برنامه هنگام مصاحبه ی اولیه، عدم شرکت همزمان در دوره های روان شناختی دیگر و ملاکهای خروج عبارت بود از غیبت بیش از ۲ جلسه، وجود مشکلات جسمانی که مانع حضور شود. پیش از اجرای مداخله و بعد از اتمام آن آزمودنیها با پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHOQOL- BREF) مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی جهت سنجش کیفیت زندگی فرد در دو هفته ی اخیر مورد استفاده قرار می گیرد، این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال در مقیاس لیکرت پنج درجه ای در قالب ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی است. در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است (اسکوینگتن، لتفی و اکائل، ۲۰۰۴). این پرسشنامه در ایران توسط نجات، منتظری، هلاکویی، نایینی و همکاران (۲۰۰۶) ترجمه و استانداردسازی شده است. نمرات بعد از بررسی مفروضه های مربوط با روش تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

شیوه ی اجرا

پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون (۲۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، در ۴ هفته ی پیاپی برگزار شد و خلاصه ی محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارایه شده است.

1. The World Health Organization's Quality of Life BREF

جدول ۱. خلاصه ی جلسات درمان

شرح جلسات به همراه تکالیف خانگی

جلسه ی اول: آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. تکلیف خانگی: فهرست نمودن ۵ نمونه از مهم ترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه اند.

جلسه ی دوم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT (استخراج تجربه ی اجتناب، آمیختگی و ارزش های فرد). تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از مزایا و معایب و شیوه های کنترل مشکلات.

جلسه ی سوم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند.

جلسه ی چهارم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده ی افکار بدون قضاوت. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده اند.

جلسه ی پنجم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره ی صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده اند.

جلسه ی ششم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، شناسایی ارزش های زندگی بیماران و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تکلیف خانگی: تهیه ی فهرستی از موانع پیش روی در تحقق ارزشها.

جلسه ی هفتم: بررسی تکلیف جلسه ی قبل، ارایه ی راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش ها. تکلیف خانگی: گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.

جلسه ی هشتم: جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه ی زندگی.

یافته ها

جدول ۲، مولفه های توصیفی متغیرهای پژوهش را به تفکیک گروه کنترل و آزمایش نشان می دهد.

جدول ۲. مولفه های توصیفی نمرات کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون

| پس آزمون | | پیش آزمون | | مرحله | گروه | متغیر |
|----------|-------|-----------|-------|-----------|-------------|-----------------------|
| sd | M | sd | M | | | |
| ۲/۷۶ | ۱۹/۷۳ | ۳/۱۶ | ۲۰ | پیش آزمون | گروه کنترل | سلامت جسمانی (فیزیکی) |
| ۲/۰۷ | ۲۲/۲ | ۲/۲۵ | ۲۰/۲۶ | پیش آزمون | گروه آزمایش | |
| ۱/۶۲ | ۱۶/۰۶ | ۲/۸۴ | ۱۷/۶۶ | پیش آزمون | گروه کنترل | سلامت روان شناختی |
| ۲/۵۲ | ۱۹/۴۰ | ۲/۶۶ | ۱۷/۵۳ | پیش آزمون | گروه آزمایش | |
| ۱/۴ | ۷/۴۶ | ۱/۴ | ۸/۵۳ | پیش آزمون | گروه کنترل | سلامت اجتماعی |
| ۱/۴۲ | ۱۰/۲ | ۱/۴۴ | ۸/۶۶ | پیش آزمون | گروه آزمایش | |
| ۳/۱۹ | ۲۳/۳۳ | ۳/۰۶ | ۲۵/۳۳ | پیش آزمون | گروه کنترل | سلامت محیطی |
| ۳/۳۵ | ۲۷/۴۶ | ۲/۷۲ | ۲۵/۶ | پیش آزمون | گروه آزمایش | |

برای مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه ی گروه های آزمایش و کنترل در پس آزمون همه ی زیر مقیاس های کیفیت زندگی از ۰/۰۵ کمتر است؛ به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون، تعامل بین آزمودنی های گروهها در پس آزمون زیر مقیاس های کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس گروه های کنترل و آزمایش با کنترل اثر پیش آزمون

| متغیر | منبع تغییرات | SS | df | MS | F | Sig. | تا |
|------------------|---------------|--------|----|--------|--------|-------|------|
| سلامت جسمانی | اثر پیش آزمون | ۲۸/۲۵ | ۱ | ۲۸/۲۵ | ۵/۴۸ | ۰/۰۲۷ | ۰/۱۶ |
| | اثر گروه | ۷۱/۰۸ | ۱ | ۴۱/۹۸ | ۸/۱۵ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۳ |
| | خطا | ۲۶/۲ | ۲۷ | ۵/۱۵ | | | |
| | کل | ۱۲۷۵۱ | ۳۰ | | | | |
| سلامت روانشناختی | اثر پیش آزمون | ۱۰۸/۶۲ | ۱ | ۱۰۸/۶۲ | ۱۶۳/۷۸ | ۰/۰۰۰ | /۸۵ |
| | اثر گروه | ۸۸/۱ | ۱ | ۸۸/۱ | ۱۳۲/۸۴ | ۰/۰۰۰ | /۸۳ |
| | خطا | ۱۷/۹ | ۲۷ | ۱/۶۶ | | | |
| | کل | ۹۶۴۴ | ۳۰ | | | | |
| سلامت اجتماعی | اثر پیش آزمون | ۴۴/۲۷ | ۱ | ۴۴/۲۷ | ۱۰۰/۸۳ | ۰/۰۰۰ | /۷۸ |
| | اثر گروه | ۵۱/۲ | ۱ | ۵۱/۲ | ۱۱۶/۶ | ۰/۰۰۰ | /۸۱ |
| | خطا | ۱۱/۸۵ | ۲۷ | ۱/۴۳ | | | |
| | کل | ۲۴۵۳ | ۳۰ | | | | |
| سلامت محیطی | اثر پیش آزمون | ۴۷/۹۴ | ۱ | ۴۷/۹۴ | ۵/۱۱ | ۰/۰۳۲ | /۱۵ |
| | اثر گروه | ۱۲۰/۵ | ۱ | ۱۲۰/۵ | ۱۲/۸۵ | ۰/۰۰۱ | /۳۲ |
| | خطا | ۲۵۳/۱۲ | ۲۷ | ۹/۳۷ | | | |
| | کل | ۱۹۷۸۴ | ۳۰ | | | | |

بحث و نتیجه گیری

یافته های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر معناداری داشته است. به طور کلی نتایج پژوهشها حاکی از اثربخشی مداخلات روان شناختی و حمایتی بر افزایش کیفیت زندگی و سلامت هیجانی مبتلایان به سرطان پستان است (پارک، بای، جونگ و کیم، ۲۰۱۲؛ متسودا، یامایوکا، تنگو، متسودا و

همکاران، ۲۰۱۴؛ دلبیولت، کایرو، بریدارت، ویالا و همکاران، ۲۰۰۹). علیرغم اهمیت موج سوم درمان های شناختی- رفتاری از جمله رویکرد ACT به عنوان حوزه ی مهمی از روان درمانی های نوظهور که پژوهش ها از نقش موثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در افزایش کیفیت زندگی افرادی که از درد مزمن رنج می برند، نشان داده اند (کاهل، وینتر و اشویگر، ۲۰۱۲؛ دونی، انگو و بلایس، ۲۰۱۲؛ دونی، بلایس و مونستر، ۲۰۱۲) تنها تعداد اندکی از پژوهش ها به بررسی کاربرد های فنون ACT در روان درمانی بیماران مبتلا سرطان پرداخته اند از جمله می توان به پژوهش ویلیام هربرت، استوری و ویلسون (۲۰۱۵) اشاره نمود که رویکرد ACT را به عنوان یک مداخله ی موثر در سازگاری با سرطان معرفی می کنند. نتایج پژوهش های دیگر در حوزه ی کاربرد رویکرد ACT نشان می دهد که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی در مبتلایان به سرطان می شود که این امر تغییراتی در کیفیت زندگی رنج و خلق بیماران را در پی دارد (فروس، لنه، کیروچی، بلاکلج، ۲۰۱۳).

همانطور که اشاره شد، ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در مدل ACT است که یافته ها نشان داده است مدیریت استرس سرطان بر مبنای ذهن آگاهی، قادر است در کاهش رنج روان شناختی و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت معنوی نقش موثری را ایفا کند (فیش، اتریج، شارپلین، هنکوک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گروه های ناهمگونی از مراجعان مقاوم به درمان که دارای اختلالات محور یک و محور دو بوده اند، اثبات شده است (کلارک، کینگستون، ویلسون، بولدرستون و همکاران، ۲۰۱۲). در فراتحلیلی که پیرامون مقالات منتشر شده بین سالهای ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ صورت گرفت، نشان داده شد که ACT برای مجموعه ای گسترده ای از اختلالات شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، درد، وسواس موقنی، اختلالات سایکوتیک، سو مصرف مواد و مدیریت صرع و دیابت موثر بوده است (پول، ۲۰۰۹).

از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش های روان شناختی می تواند 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 شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می داند. 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، دربرگیرنده ی زمان

حال و گام رو به جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تاکید است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲).

به طور کلی پذیرش، فرآیندهای اصلی ACT برای تعهد را تسهیل می کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه ای و استعاره هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی شان بر می گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش ها هدایت می شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه ی هدایت شده براساس ارزش ها طراحی شده اند (بریکر و تولیسون، ۲۰۱۱). اجرای مداخله ی گروهی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با بکارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش های ACT به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه ی بی حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش ها ترغیب می کند؛ در نتیجه می توان گفت که این امر منجر به افزایش مولفه های کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود. از این رو می توان رویکرد ACT را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان شناختی ناشی از آن به کار برد.

با سپاس از سرکار خانم دکتر مریم خیام زاده، مدیریت محترم مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمام بیماران عزیزی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند.

References

- Akbari, M. E., Khayamzadeh, M., Khoshnevis, S. J., Nafisi, N., & Akbari, A. (2012). Five and ten years survival in breast cancer patients mastectomies vs. breast conserving surgeries personal experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 1(2), 53-56. (Persian)
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Duarte, A. P. G., Thomé, F. S., Barros, E. J., & Fleck, M. P. (2006). Quality of life and depressive symptoms in patients with major depression and end-stage renal disease: A matched-pair study. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 731-734.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., & et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.
- Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(05), 541-559.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*. 9(3), 347-359.
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., & Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 560-572.

- Dionne, F., Blais, M. C., & Monestès, J. L. (2012). [Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain]. *Sante mentale au Quebec*, 38(2), 131-152.
- Dionne, F., Ngô, T. L., & Blais, M. C. (2012). [The psychological flexibility model: a new approach to mental health]. *Sante mentale au Quebec*, 38(2), 111-130.
- Dolbeault, S., Cayrou, S., Bredart, A., Viala, A. L., Desclaux, B., Saltel, P., ... & Dickes, P. (2009). The effectiveness of a psycho-educational group after early-stage breast cancer treatment: results of a randomized French study. *Psycho-Oncology*, 18(6), 647-656.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
- Fasihi Harandy, T., Anoosheh, M., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & et al. (2012). Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. *Payesh Health Monitor*, 11(1), 73-81. [Persian]
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Fish, J. A., Ettridge, K., Sharplin, G. R., Hancock, B., & Knott, V. E. (2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European journal of cancer care*, 23(3), 413-421.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: an overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Howard-Anderson, J., Ganz, P. A., Bower, J. E., & Stanton, A. L. (2012). Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*. 104(5): 1-20.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27.
- Izadi, R., & Abedi, M. R. (2012). *Acceptance & Commitment Therapy*. Tehran: Jungle Publication. [Persian]
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*, 61(2), 69-90.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current opinion in psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 23(1), 21-30.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 4 (4) :1-12. [persian]
- Park, J. H., Bae, S. H., Jung, Y. S., & Kim, K. S. (2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer nursing*, 35(1), E34-E41.
- Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(1), 55-60.
- Safae, A., Zeighami, B., Tabatabaee, H. R., & Moghimi Dehkordi, B. (2008). Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. *Iranian Journal of Epidemiology*, 3(3), 61-66. (Persian)
- So, W. K., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C., Yeung, M., & Li, G. K. (2009). The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women

- receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. In *Oncology nursing forum*. 36(4), E205-E214.
- Spiegel, D., & Riba, M. B. (2015). Managing Anxiety and Depression During Treatment. *The breast journal*, 21(1), 97-103.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life Research*, 13(2), 299-310.
- Twohig, M. P. (2012). Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 499-507.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*, 42(1), 127-134.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 34), pp. 17-26, 2014

The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer

Mohabbat Bahar, Sahar

Alameh Tabatabaee University. Tehran. Iran

akbari, Mohammad Esmail

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Maleki, Fatemeh

Al Zahra University. Tehran. Iran

Moradi joo, Mohammad

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: Nov 15, 2013

Accepted: March 08, 2013

Breast cancer is the most common cancer among women which leaves a profound impact on psychosocial health, and quality of life in women. The aim of this study was to determine the effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. To this end, in a semi-experimental study, 30 women with breast cancer were selected in available samples from Shohada-e Tajrish Hospital. They were randomly assigned into two groups of experiment ($n = 15$) and control ($n = 15$). The experimental group underwent 8 sessions of 90-minute group intervention based on acceptance and commitment. The control group did not undergo any intervention. Both the pre-test and post-test groups were evaluated in terms of quality of life. The results of analysis of covariance indicated that the quality of life therapy plan in subjects who were in experimental group has improved in dimensions of physical health, psychological health and social relations. It can be said that group psychotherapy based on acceptance and commitment, is an effective way to enhance quality of life in breast cancer patients.

Keywords: therapy based on acceptance and commitment, quality of life, breast cancer

Electronic mail may be sent to: moradijoo@gmail.com