

مقاله اصلی

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و پذیرش و عمل مراقبین بیماران سرطانی

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۸/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و پذیرش و عمل مراقبین بیماران سرطانی انجام شد.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش متشکل از تمامی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ می باشد. اعضای گروه نمونه به شیوه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این مرحله پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم به عنوان پیش آزمون بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد سپس گروه آزمایشی؛ ۸ جلسه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به طور گروهی دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات درمانی مجدداً ابزار پژوهش به عنوان پس آزمون بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS-21 و توسط آزمون تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفتند.

نتایج: نتایج به دست آمده با استفاده از شاخص آماری تحلیل کوواریانس نشان داد آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی، افزایش پذیرش و عمل مراقبین بیماران مبتلا به سرطان در سطح $p < 0/01$ معنادار بوده است.

نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به عنوان یکی از روش‌های حمایتی در کاهش افسردگی، افزایش پذیرش و عمل مراقبین بیماران مبتلا به سرطان نشان داد.

کلمات کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، پذیرش و عمل، مراقبین بیماران سرطانی

معصومه فضلی غفوری^{*۱}

مهیار مقدم^۲

سید محمد حسین خاتمی^۳

^۱پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

^۲دانشجوی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

^۳کارشناس ارشد، مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه پیام نور، سمنان، ایران.

* دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

Email: Dr.masyfazli@gmail.com

مقدمه

در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم و اصلی بهداشت و درمان در ایران و سراسر دنیا است و سومین علت مرگ و میر و دومین گروه بزرگ از بیماری‌های مزمن و غیر واگیر را به خود اختصاص داده است (۱). سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد (۲). در ایران نیز سومین عامل مرگ، سرطان‌ها هستند (۳). به دلیل طبیعت مزمن سرطان، بیمار مجبور است درمان طولانی مدت با داروهای شیمی درمانی را بپذیرد که عوارض جانبی آن‌ها می‌تواند به صورت تهوع، ریزش مو، خستگی، دردهای عضلانی، سوختگی‌های پوستی، تغییرات وزن و مشکلات روحی و روانی بروز نماید. از طرفی بستری شدنهای متعدد به منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود (۱). ماهیت ناتوان کننده بیماری و درمانهای مربوطه، بسیاری از مبتلایان به سرطان را نیازمند دریافت کمک از طریق مراقبت دهندگان غیر رسمی می‌کند (۴). به دنبال تشخیص سرطان و شروع فرآیند درمان، در اعضای خانواده بیمار، برای ارائه مراقبت، احساس مسئولیتی به وجود می‌آید، در نتیجه قرار گرفتن در نقش مراقبت کننده غیر رسمی معمولاً برای فرد قابل پیش بینی و انتخابی نیست و به نوعی اجتناب ناپذیر به نظر می‌رسد (۵).

مراقبت کنندگان غیر رسمی افرادی هستند که به بیمار در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی از قبیل تغذیه، جابجایی، حمایت روانی و عاطفی و اجتماعی، ارتباط برقرار کردن با تیم مراقبتی در رابطه با تغییر شرایط، دارودرمانی و فراهم آوردن منابع مالی کمک می‌کنند. این افراد بیشترین درگیری را در مراقبت از بیمار و کمک به او به منظور سازگاری و مدیریت بیماری مزمن دارند (۴). این درحالی است که آموزش‌هایی که در این زمینه دیده اند، بسیار کم و منابع در دسترس آن‌ها نیز محدود است (۵) که خود می‌تواند بسیار استرس آور باشد. از طرف دیگر به دلیل این که مراقبت کنندگان بیشترین وقت خود را با بیمار صرف می‌کنند، معمولاً نیازهای خود را فراموش کرده و در

شیوه زندگی آن‌ها تغییراتی بوجود می‌آید. در واقع بیماری سرطان و اثرات ناشی از آن صرفاً محدود به بیمار نبوده بلکه اثرات وسیعی را نیز بر روی زندگی مراقبت دهندگان بجا می‌گذارد (۴).

افزایش فشار بر مراقبان عواقبی از جمله انزوای خانواده، قطع امید از حمایت‌های اجتماعی، اختلال در روابط خانوادگی و مراقبت ناکافی از بیمار و در نهایت رها کردن بیمار را در پی خواهد داشت؛ به طوری که ۷۰٪ مراقبین با دو مشکل بزرگ یعنی مشکلات مربوط به مراقبت و درمان بیمار و سازگاری با مسئولیت‌های ناشی از مراقبت روبرو هستند (۶). از طرفی هرگونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. مراقبین بیماران مبتلا به سرطان درجاتی از خستگی و اضطراب را تجربه می‌کنند و کیفیت زندگی پایینی دارند و از سوی دیگر بسیاری از مطالعات، عامل نگرش کژکار را به عنوان عامل زمینه ساز و متغیری میانجی‌گر در اختلالات مختلف همچون افسردگی و اضطراب نشان داده‌اند (۶). چانگ دی وزوریل (۱۹۹۶) اشاره می‌کند که ارتباط بین افسردگی و اختلال‌های گوناگون روانشناختی، همچون اضطراب، توسط مطالعات تجربی گوناگون حمایت شده است (۷).

یکی از درمان‌های پیشنهاد شده برای مشکلاتی که مراقبان بیماران سرطانی دست و پنجه نرم می‌کنند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط هیز در اواخر دهه ۱۹۸۰ از رویکردهای رفتارگرایی به درمان پدید آمد (۸). درمان رفتاری در سه گروه یا سه نسل مفهوم سازی شده بود که شامل: رفتار درمانی؛ رفتار درمانی شناختی (CBT) و "نسل سوم" و یا "موج سوم" رفتار درمانی (۹). در درمان‌های موج سوم تلاش می‌شود بجای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۰). پذیرش و تعهد ریشه در رفتار گرایی دارد اما بوسیله فرایندهای شناختی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد (۱۱). این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و

مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگینی در سال ۱۳۹۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است. روایی این پرسشنامه نیز قابل قبول گزارش شده است (۱۳ و ۱۴).

۲) پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II)

این پرسشنامه به وسیله بوند و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شده است. یک نسخه ۱۲ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روانشناختی برمیگردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه‌ی زیربنایی اش است. این ابزار هم چنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد (AAQ-II) مفهوم مشابه با (AAQ-I) را اندازه می‌گیرد اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (۱۵ و ۱۶).

در این پژوهش ابتدا طی فراخوانی لیستی از مراقبین بیماران سرطانی بیمارستان‌های شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ که داوطلب شرکت در جلسات آموزش ACT بودند، تهیه شد. سپس از میان آن‌ها ۳۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند، سپس گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از پکیج درمانی ACT ارائه شده است. با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش و پس آزمون، در این پژوهش برای این منظور، بعد از تایید مفروضه‌های کواریانس، از تحلیل کواریانس استفاده شد و داده‌ها با بیست و یکمین نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پر نشاط، هدفمند، و با معنا کمک می‌کند. برخلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف پذیرش و تعهد تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزار دهنده نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روان شناختی است. مراد از انعطاف‌پذیری روان شناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضات موقعیت، همسو با ارزش‌های فرد می‌باشد. به بیانی دیگر، به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات، و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند (۱۲).

بر طبق نظر پژوهشگران، عوارض متعددی برای مراقبان بیماران سرطانی، عنوان شده است. افسردگی و پذیرش و عمل پدیده‌هایی هستند که دغدغه پژوهشگر بوده است. از این رو این پژوهش در پی آن است که با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی و پذیرش و عمل به یک شناخت پیرامون مسئله تحقیق دست یابد و به لحاظ کاربردی، راهکارهای پیشگیری از این قبیل آسیب‌ها پیگیری شود.

روش کار

طرح پژوهشی حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش متشکل از تمامی مراقبین بیماران مبتلا به سرطان شهر مشهد سال ۱۳۹۷ بود. برای انتخاب افراد گروه نمونه از مراقبین بیماران که مسئول اصلی مراقبت از بیمار و از بستگان درجه اول او نیز بودند، به روش آسان و در دسترس از میان این مراقبین ۳۰ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)

برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران تدوین شد. 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

نتایج

جدول ۱- محاسبه شاخص‌های توصیفی افسردگی در گروه‌های مورد مطالعه ($n=30$)

شاخص‌های آماری متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۵	۴۸/۹۱	۱/۸۲
گروه آزمایش	۱۵	۴۳/۸۷	۲/۹۰
گروه کنترل	۱۵	۴۹/۸۹	۱/۳۴
پس از آزمون	۱۵	۴۹/۸۲	۱/۸۰

جدول (۱)، شاخص‌های توصیفی افسردگی را به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در پیش از آزمون و پس از آزمون نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین پس از آزمون افسردگی در گروه آزمایش به ۴۸/۹۱ و میانگین پس از آزمون در گروه کنترل برابر با ۴۳/۸۷ می‌باشد.

جدول ۲- محاسبه شاخص‌های توصیفی پذیرش و عمل در گروه‌های مورد مطالعه ($n=30$)

شاخص‌های آماری متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
پذیرش و عمل	۱۵	۹/۵۳	۱/۸۲
گروه آزمایش	۱۵	۱۴/۴۰	۲/۹۰
گروه کنترل	۱۵	۸/۸۰	۱/۳۴
پس از آزمون	۱۵	۸/۶۳	۱/۸۰

متغیرها را بداند. با آزمون شاپیرو-ویلک می‌توان به این مهم دست یافت. فرضیه صفر در آزمون شاپیرو-ویلک عبارت است از پیروی داده‌ها از توزیع نرمال و فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع نرمال.

مطابق جدول ۳ همانگونه که ملاحظه می‌شود در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق در دو مرحله پیش آزمون و پس از آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل، بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ می‌باشد. با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. در نتیجه، در آزمون فرضیات تحقیق از آزمون پارامتریک (کوواریانس) استفاده شده است.

جدول (۲)، شاخص‌های توصیفی پذیرش و عمل را به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه در پیش از آزمون و پس از آزمون نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین پس از آزمون پذیرش و عمل در گروه آزمایش به ۱۴/۴۰ و میانگین پس از آزمون در گروه کنترل برابر با ۸/۶۳ می‌باشد.

آمار استنباطی

توزیع داده‌ها

بسیاری از آزمون‌های آماری از جمله آزمون‌های پارامتریک بر مبنای نرمال بودن توزیع داده‌ها بنا نهاده شده‌اند و با این پیش فرضیه کار می‌روند که توزیع داده‌ها در یک جامعه یا در سطح نمونه‌های انتخاب شده از جامعه مذکور از توزیع نرمال پیروی نماید. بنابراین تحلیلگر لازم است تا قبل از پرداختن به تحلیل‌های آماری بررسی متغیرها، نوع توزیع آن

می‌کند. بنابراین اجرا کوواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون افسردگی و پذیرش و عمل گروه صورت می‌گیرد. یعنی آیا میانگین‌های جامعه در دو گروه آزمایش و کنترل یکی است.

با توجه به داده‌های جدول ۴-۷، اثر متقابل بین پیش آزمون افسردگی و پذیرش و عمل و گروه معنی‌دار نیست، معنی‌دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی

جدول ۳- نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیرهای وابسته	گروه	مرحله	آزمون شاپیرو-ویلک	تعداد	سطح معناداری
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۹۱۷	۱۵	۰/۱۷۱
		پس آزمون	۰/۹۲۴	۱۵	۰/۲۲۵
	کنترل	پیش آزمون	۰/۹۳۴	۱۵	۰/۳۰۸
		پس آزمون	۰/۹۴۵	۱۵	۰/۴۵۳
پذیرش و عمل	آزمایش	پیش آزمون	۰/۹۵۴	۱۵	۰/۵۸۳
		پس آزمون	۰/۹۳۴	۱۵	۰/۳۱۷
	کنترل	پیش آزمون	۰/۹۴۰	۱۵	۰/۳۸۳
		پس آزمون	۰/۹۷۱	۱۵	۰/۸۶۹

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس افسردگی و پذیرش و عمل در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل ($n=30$)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
بین گروه‌ها	۰/۲۳۲	۱	۰/۱۱۶	۰/۰۴۱	۰/۹۶۰
	۵۹/۸۸	۲	۲۹/۹۴	۲/۸۶	۰/۰۷۷
خطا	۶۷/۶۱	۲۷	۲/۸۱		
	۲۵۰/۹۵	۲۷	۱۰/۴۵		
کل	۹۰۴۶	۳۰			
	۷۴۸۹۵	۳۰			

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس (مانکوا) برای فرضیه اصلی ($n=30$)

آزمون	مقدار	آماره F	درجه آزادی گروه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۲۵	۲۵/۹۸	۲	۲۵	۰/۰۰۱

تایید می‌گردد؛ یعنی بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای مورد آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که « درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و پذیرش و عمل مراقبین بیماران سرطانی موثر است.

مطابق جدول ۴-۸، چون در سطح اطمینان ۰.۹۵٪ و خطای اندازه‌گیری $\alpha = 0.05$ ، سطح معناداری آزمون لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ محاسبه شده است [Wilks' = ۰/۳۲۵، F (۲ و ۲۵) = ۲۵/۹۸، P < ۰/۰۰۱]، بنابراین فرض صفر رد و فرضیه پژوهش [Lambda]

جدول ۶- خلاصه تحلیل کوواریانس چند متغیره افسردگی و پذیرش و عمل در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل (n=۳۰)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
افسردگی	۳۸/۸۵	۱	۳۸/۸۵	۱۴/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۴
بین گروه‌ها	۳۴۷/۶۷	۱	۳۴۷/۶۷	۲۹/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸
خطا	۶۷/۸۵	۲۶	۲/۶۱			
افسردگی	۳۱۰/۸۴	۲۶	۱۱/۹۵			
پذیرش و عمل						
کل	۹۰۴۶	۳۰				
نگرش کژکار	۷۴۸۹۵	۳۰				
پذیرش و عمل						

همان طوری که در جدول ۴-۹ ملاحظه می‌شود نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره به ترتیب برای افسردگی (F (۱ و ۲۶) = ۱۴/۸۹، P < ۰/۰۰۱، Eta = ۰/۳۶۴) و پذیرش و عمل (F (۱ و ۲۶) = ۲۹/۰۸، P < ۰/۰۰۱، Eta = ۰/۵۲۸) نشان می‌دهد بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه پس از حذف اثر متغیر تصادفی کمکی اختلاف معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین افسردگی و پذیرش و عمل گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب با عنایت به اینکه بین میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و پذیرش و عمل تفاوت معناداری وجود دارد، فرضیه پژوهش تایید می‌شود و فرض صفر مبنی بر اینکه آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، پذیرش و عمل مراقبین بیماران سرطانی موثر نیست، رد می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره به ترتیب برای افسردگی و پذیرش و عمل نشان می‌دهد که بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه پس از حذف اثر متغیر تصادفی کمکی اختلاف معناداری وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین افسردگی و پذیرش و عمل گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، در نتیجه این فرضیه پژوهش تایید می‌شود. این یافته‌ها به طور ضمنی با نتایج محمدی (۱۳۹۶)، اسمی (۱۳۹۶)، جهانگیری بلطاقی (۱۳۹۵)، علیرضایی (۱۳۹۴)، میان بندی (۱۳۹۴)، مرشدی و همکاران (۱۳۹۴)، هنرپروان (۱۳۹۴)، علمداری (۱۳۹۳)، حیدریان (۱۳۹۳)، لشنی (۱۳۹۳)، رجبی و یزدخواستی (۱۳۹۳)، ایران دوست، نشاط دوست و نادری (۱۳۹۳)، حروهمکاران (۱۳۹۲)، نشاط دوست و عابدی (۱۳۹۲)، تولایی و همکاران (۱۳۹۱)، بلوتی و همکاران (۲۰۱۷)، هافمن و همکاران (۲۰۱۴) و مک کرین و همکاران (۲۰۱۳) همسو و همخوان است (۱-۱۲).

مراقبان بیماران سرطانی هم بایستی با استرس‌های زندگی روزمره و هم با استرس‌های ناشی از بیماری عزیزانشان که نوسان دار و غیر قابل پیش بینی هستند، مقابله کنند، در نتیجه هدف مداخلات روانشناختی کمک به این افراد به منظور مقابله با چالش‌های استرس‌زا می‌باشد. بنابراین، مطالعات مداخله‌ای جدید بایستی عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این مراقبان بیماران را مورد توجه قرار دهند. بستری شدن‌های متعدد به منظور درمان می‌تواند مانع از ادامه یک زندگی طبیعی شود و همچنین نظر به این که خانواده مسئولیت مستقیم نگهداری و مراقبت از بیمار را عهده دار می‌باشد و از آنجایی در هنگام وارد شدن صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها ممکن است به شکل فزاینده‌ای افزایش یابد و از آنجایی که در هنگام وارد شدن صدمه شدید به یکی از اعضای خانواده، این نیازها ممکن است به شکل فزاینده‌ای افزایش یابد، مقدار زیادی از مشکلات بین بیمار و خانواده ناشی از ناتوانی در انجام امور جاری و روزمره بیمار می‌باشد (۶-۱۱). در درمان پذیرش و تعهد اول از همه پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یافت و متقابلاً اعمال کنترلی ناموثر کاهش یافت. به مراقبین آموخته شد که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی، ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت: در قدم دوم، برآگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده شد: یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یافت: در مرحله سوم به فرد آموخته شد که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند و در این مرحله افسردگی فرد تغییر کرد (۱۲).

به دلیل محدود بودن جامعه‌ی آماری و نمونه‌ی پژوهشی به نمونه‌ی دردسترس و شهر مشهد در تعمیم نتایج این پژوهش می‌بایست با احتیاط عمل کرد. در پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی امکان کنترل تمامی متغیرهای مداخله‌گر وجود ندارد. بنابراین ممکن است آزمودنی‌ها تحت تاثیر شرایطی که از کنترل پژوهشگر خارج است، قرار گرفته باشند. جمع‌آوری اطلاعات براساس مقیاس خودگزارشی دهی انجام شده که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناهشیار، تعصب در پاسخ-دهی و یا عوامل انگیزشی مستعد تحریف هستند. متغیرهای مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک اعم از ویژگی‌های فرهنگی، اقتصادی و اندازه‌ی خانواده در این پژوهش کنترل نشده بود. در راستای محدودیت‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جامعه‌ی آماری و نمونه‌ی آماری و بر روی متغیرهای وابسته دیگر از قبیل تاب‌آوری، تحمل ناکامی و خودشفقت‌ورزی مورد بررسی قرار بگیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، چهار گروه تکنیک‌های پذیرش و تعهد به‌طور جداگانه اجرا شوند و نتایج باهم مقایسه شود تا میزان اثربخشی هر گروه از تکنیک‌ها بررسی شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی علاوه بر ابزارهای خودگزارشی دهی از مصاحبه نیز استفاده شود تا در میزان صحت پاسخ‌ها اطمینان بیشتری حاصل شود و با توجه به اینکه نتایج نشان داد آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و پذیرش و عمل مراقبین بیماران مبتلا به سرطان تاثیر داشته است، توصیه می‌شود روانشناسان و مشاوران شاغل در مراکز روانشناسی، از مدل پذیرش و تعهد برای آموزش در همان بیمارستان برای کمک به مراقبین بیماران سرطانی استفاده کنند (۵-۷).

References

1. Abbasi A, Shamsizadeh M, Asayesh H, Rahmani H, Hosseini S, Talebi M. The relationship between caregiver burden with coping strategies in Family caregivers of cancer patients. *Iranian Nurs Sci Assoc.* 2017;1(3):62-71.
2. Ayatollahi H, MohaddeSi H, Hassanzadeh G. Quality of life in breast cancer patients: Study in the Omid cancer research center-Urmia. *Iranian J Breast Dis.* 2016;5(4):35-43.
3. Mardani Hamule M, Borimnejad L, Seyedfatemi N, Tahmassebi M. Spirituality based palliative care in cancer patient from nurses' point of view. *Hist Med J.* 2017;5(17):142-65.
4. Salmani N, Ashketorab T, Hasanvand S. The Burden of Caregiverand Related Factors of Oncology. *J Nurs Midwifery Shahid Beheshti Univ Med Sci.* 2014;24(84):7151-.
5. Park Y, Song SK, Lee CE, Lee J. Caregiving burden and the quality of life of family caregivers of cancer patients: the relationship and correlates. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(4):376-82. DOI: 10.1016/j. ejon. 2015.01.004 PMID: 25795160.
6. Milbury K, Badr H, Fossella F, Pisters KM, Carmack CL. Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer.* 2013;1-9.
7. Smith M. Advanced cardiopulmonary resuscitation. In: Jannati N, zargham M, editors. *Tehran: White Leaf*;1392. p.144.
8. Larmar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management.*2014;7:216-221.
9. Harris R. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia.*2006;21(4):2-8.
10. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther.* 2006; 44(1):1-25
11. Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J.L. and 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;44:180-196.
12. Flaxman, P.E., & Bond, F. W. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy.*2010;48(8):816-820.
13. Furukawa TA, Reijnders M, Kishimoto S, Sakata M, DeRubeis RJ, Dimidjian S, Dozois DJ, Hegerl U, Hollon SD, Jarrett RB, Lespérance F. Translating the BDI and BDI-II into the HAMD and vice versa with equipercentile linking. *Epidemiology and psychiatric sciences.* 2020;29.
14. Faro A, Pereira CR. Factor structure and gender invariance of the Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II) in a community-dwelling sample of adults. *Health Psychology and Behavioral Medicine.* 2020 Jan 1;8(1):16-31.
15. Borgogna NC, McDermott RC, Berry A, Lathan EC, Gonzales J. A multicultural examination of experiential avoidance: AAQ-II measurement comparisons across Asian American, Black, Latinx, Middle Eastern, and White college students. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2020 Apr 1;16:1-8.
16. Østergaard T, Lundgren T, Zettle RD, Landrø NI, Haaland VØ. Norwegian Acceptance and Action Questionnaire (NAAQ): A psychometric evaluation. *Journal of Contextual Behavioral Science.* 2020 Jan 1;15:103-9.

Original Article

The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Depression, Acceptance, and Practitioner Care of Cancer Patients

Received: 06/11/2018 - Accepted: 20/02/2019

Maassoumeh Fazli Ghafouri^{1*}
Mahyar Moghaddam²
Seyed Mohammad Hossein Khatami³

¹General Physician, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

²Master of General Psychology, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

³M.A in Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan Branch, Payame Noor University, Semnan, Iran.

* Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Email: Dr.masfzali@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on depression and acceptance and Practitioner Care of Cancer Patients.

Methods: The statistical population of this study consisted of all caregivers of cancer patients in Mashhad in 1397. Members of the sample group were selected by convenience sampling and randomly divided into two experimental and control groups (15 each). At this stage, Beck Depression Inventory and Acceptance and Practice Questionnaire - Second Edition were administered to the subjects as a pre-test. Then the experimental group received 8 sessions of Acceptance and Commitment Therapy in the intervention group. After the treatment sessions, the research instrument was again administered to the subjects as post-test. Data were analyzed by SPSS-21 software using covariance analysis test.

Result: The results of covariance analysis showed that group training based on acceptance and commitment to reducing depression, increasing acceptance and practice of carers of cancer patients was significant at $p < 0.01$ level.

Conclusion: The results of the present study showed the impact of acceptance and commitment therapy as one of the supportive methods in reducing depression, increasing acceptance and Practitioner Care of Cancer Patients.

Key words: Acceptance and Commitment-Based Therapy, Depression, Acceptance, Cancer Patients

Acknowledgement: There is no conflict of interest.