

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نگرش‌های کژکار در زنان مبتلا به سرطان سینه

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۱

خلاصه

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. هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نگرش‌های کژکار در زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان سینه بیمارستان‌های شهدا و دی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از میان آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در این مرحله پرسشنامه نگرش‌های کژکار به عنوان پیش‌آزمون 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 پس‌آزمون 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 درمان م پذیرش و تعهد بر نگرش‌های کژکار بیماران مبتلا به سرطان سینه در سطح $p < 0/01$ معنادار بوده است.

نتیجه گیری: بنابراین می‌توان با استفاده از این شیوه در کاهش افکار کژکار این بیماران کمک کرد و از گسترش افکار کژکار آنها کاست.

کلمات کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، نگرش‌های کژکار، سرطان سینه

فرانک احمدی پروری^۱

پروین صمیمی^{*}

سیده عالیه احمدی^۱

۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران

Email:Psamimi@gmail.com

مقدمه

دارند، اولاً آن‌ها در درون خود توقعات خشک، جزئی و قدرتمندی دارند که معمولاً در قالب کلماتی چون باید، حتماً، الزاماً و ضرورتاً بیان می‌شوند، ثانیاً موجب انتساب‌های بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه‌آمیز می‌شوند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شانس بروز اختلالات روانی طی یکسال، در صورت افزایش نمره‌های نگرش ناکارآمد به‌طور معناداری افزایش می‌یابد (۱۱) به این ترتیب، چون نارسایی عملکرد تفکر از مهم‌ترین علل آشفتگی‌هاست (۱۲) هرچه نگرش‌های ناکارآمد و باورهای غیر منطقی افراد بیشتر شود آشفتگی‌های هیجانی نیز بیشتر خواهد شد (۱۳). برای درمان مشکلات روانشناختی، علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روانشناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. در طی دو دهه ی اخیر، تعدادی از روان‌درمانی‌ها به عنوان موج سوم توسعه یافته اند که رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ (DBT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ (ACT)، طرحواره درمانی^۳، روان‌درمانی سیستم تحلیل شناختی- رفتاری^۴ (CBASP)، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۵ (MBCT) و درمان فراشناختی^۶ (MCT) از جمله این درمان‌ها هستند؛ به عبارت دقیق‌تر می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه ی کلی از درمان‌هاست و ACT یکی از اشکال متعدد CBT است (۱۴) تفاوت عمده بین مداخله CBT و ACT در این است که پروتکل ACT بر شفاف سازی ارزش‌ها و اهداف، ضمن تأکید بر اشتیاق نسبت به تجربه نمودن همه هیجانات و موقعیت‌ها (راهبردهای اولیه مبتنی بر پذیرش) تمرکز دارد در حالی که پروتکل CBT بر تکنیک‌ها و آموزش‌های روانی به منظور تغییر افکار و رفتارها (راهبردهای اولیه مبتنی بر تغییر) متمرکز است (۸).

زمینه‌گرایی عملکردی^۷ مبنای فلسفی نظریه ی چارچوب رابطه‌های ذهنی^۸ است (FRT) که این نظریه، اساس ACT را تشکیل می‌دهد. FRT ادعا دارد که زبان برای توصیف، طبقه بندی، ارزیابی حل مساله، خلاقیت و ابتکار، حیاتی است. همچنین زبان برای توسعه،

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. بر اساس آمارهای جهانی، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان تشخیص داده شده در زنان سراسر جهان محسوب می‌شود (۱). همچنین به عنوان شایع‌ترین و دومین علت مرگ ناشی از سرطان، در بین زنان ایرانی گزارش شده است (۲) نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی) و سایر مشکلات روانی - اجتماعی در مبتلایان است که این امر به کاهش کیفیت زندگی و نگرش مثبت؛ به خصوص در رابطه با زنان جوان تر منجر می‌شود (۳، ۴، ۵، ۶ و ۷).

زنان مبتلا به سرطان پستان به دنبال جراحی عضوی را از دست می‌دهند که نماد جنسیت وزن بودن آن‌ها است همین مسئله باعث ایجاد اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خود می‌شود که کاهش اعتماد به نفس و جذابیت زنانه و پس از آن اضطراب و افسردگی و ایجاد نگرش کژکار و ناکارآمد را برای بیمار به همراه دارد (۸) و حتی برخی نتایج مطالعات حاکی از آن هستند که افسردگی و نگرش‌های کژکار تا سه سال پس از پایان اقدام‌های پزشکی برای درمان سرطان نیز ادامه پیدا می‌کنند (۹).

نگرش ناکارآمد در واقع جزئی از باورهای واسطه‌ای ناکارآمد است که در کنار افکار خود کار در نظام شناختی فرد بر رفتار او تأثیر می‌گذارد. این اعتقادات واسطه‌ای ناکارآمد، با نظرات منفی پیش بین همراه است. نگرش‌های ناکارآمد، نگرش‌ها و باورهایی هستند که فرد را مستعد افسردگی و یا به طور کلی آشفتگی روانی می‌کند. این باورها که در اثر تجربه نسبت به خود و جهان کسب می‌شوند، فرد را آماده می‌سازند تا موقعیت‌های خاص را بیش از حد منفی و ناکارآمد تعبیر کنند. از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه هستند که فرد از آن برای قضاوت درباره‌ی خود و دیگران استفاده می‌کند. از آنجا که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در مقابل تغییراند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می‌شوند (۱۰). در واقع نگرش‌های ناکارآمد که بنیادهای آشفته‌کننده‌ی افراد را تشکیل می‌دهند، دو ویژگی اساسی

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

ارزشمند حرکت کنند (۱۷). 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 (۱۸) 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 (۱۹).

. پژوهشها نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه های مختلفی چون افسردگی (۲۰)، سایکوزها (۲۱)، سو مصرف مواد (۲۲)؛ فرسودگی شغلی (۲۳) و کاهش درد (۲۴) موثر بوده است. سازه و مفهوم اساسی در ACT آن است که رنج ها و تالما ت روان شناختی به وسیله ی اجتناب نمودن از تجارب، همجوشی شناختی و شکست در برآورده کردن نیازهای رفتاری و هماهنگ نشدن با ارزش های اساسی ایجاد می شود. هدف درمانگر ACT کاهش نشانه ها نیست اما، این چیزی است که به عنوان یک محصول جانبی در فرآیند درمانی به آن دست خواهیم یافت. ACT، ارتباط بین افکار و احساسات مشکل زا را تغییر می دهد تا افراد آنها را به عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی ضرر (حتی اگر ناراحت کننده و ناخوشایند باشند) درک کنند (۸)

هیز، لوما، بون و ماسودا معتقدند که پیام اصلی در ACT پذیرش پیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه که در کنترل فرد است (۲۵). در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش^۷، ناهمجوشی شناختی^۸، خود به عنوان زمینه^۹، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال^{۱۰}، ارزشها^{۱۱} و تعهد به عمل^{۱۲} که

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 (۱۵). بنابراین، روش های درمانی مربوط، بر یافتن راهکارهایی به منظور به کار گیری 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 (۱۴).

ACT نامش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) را از پیام اصلی اش می گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصیات 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 ناچار با خود دارد (۱۵). هیز، لوین، پلامب - ویلر دجا، و بلات و همکاران (۱۰) 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 در هم 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 (۱۶).

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

⁶ Xperiential avoidance

⁷ Acceptance

⁸ Cognitive defusion

⁹ Self as context

¹⁰ Contact with present moment

¹¹ Values

¹² Committed action

¹ Defusion

² The now

³ Self as context

⁴ Values

⁵ Committed action

کنونی این پرسشنامه دارای ۱۰ عبارت است و به صورت تک عاملی نگرش های ناکارآمد آزمودنی را مورد بررسی قرار می دهد. این پرسش نامه، یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (از کاملاً مخالفم ۰ تا کاملاً موافقم ۴) میزان موافقت خود با هر یک از عبارات آن را بیان کند. نمرات بین ۰ تا ۴۰ قرار دارد و نمرات بالاتر حاکی از میزان بیشتر عقاید ناسازگارانه است. هرویت، ضریب همسانی درونی این آزمون را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کرده است. اعتبار سازه ی این آزمون از طریق روش تحلیل عاملی به اثبات رسیده است. همچنین نتیجه ی پژوهشی که نشان داده است مقیاس نگرش های ناکارآمد می تواند گروه های افسرده و غیر افسرده را از هم متمایز کند، حاکی از اعتبار افتراقی این ابزار است. در ایران ضریب پایایی پس از ۶ هفته را $r=0/90$ ، روایی آن از طریق همبستگی نمرات DAS با نمرات افسردگی را معادل ۰/۶۵ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۵ به دست آورده اند. در پژوهش دیگر با استفاده از روش باز آزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، برای مقیاس نگرش ناکارآمد در ایران، پایایی ۰/۷۲ به دست آمده است. (ابراهیمی، ۲۰۰۹).

در این پژوهش ابتدا طی فراخوانی لیستی از افراد مبتلا به سرطان سینه بیمارستان های شهدا و دی در شهر تهران 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 جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد.

با توجه به ساختار پژوهش و ارزیابی پیش و پس آزمون، در این پژوهش برای این منظور، بعد از تایید مفروضه های کواریانس، از تحلیل کواریانس استفاده شد و داده ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج

در جدول ۱ فراوانی و درصد میانگین و انحراف استاندارد سن گروه آزمایش و گروه کنترل به تفکیک ارائه شده است.

در نتیجه این ۶ مفهوم اصلی به انعطاف پذیری روان شناختی خواهیم رسید، شکل می گیرد. در واقع ACT یک رویکرد بافت گرا است که با مراجع به چالش می پردازد تا افکار و احساسات خود را پذیرفته و نسبت به تغییرات لازم متعهد شود. هسته اساسی تغییر در ACT، تغییر در رفتارهای کلامی درونی و بیرونی است (۲۶) ACT معتقد است که در گیر شدن با هیجانات، باعث بدتر شدن آنها می شود. ACT به این معنا نیست که ما از مراجع بخواهیم هر موقعیتی (مانند روابط توهین آمیز) را بپذیرد اما، بهر حال برخی شرایط باید نهایتاً پذیرفته شوند چون عملاً هیچ کار دیگری جز این نمی توانیم انجام دهیم؛ به عنوان مثال، اگر خطرات و رویدادهای گذشته، مراجع را آشفته و پریشان نموده است، او باید بپذیرد که این اتفاقات رخ داده و باید آنها را بپذیرد و احساساتش نسبت به وقایع را تغییر دهد. قدم اول در درمان نیز شناسایی حیطه های قابل تغییر و غیر قابل تغییر است. تروماهای گذشته نمونه ای از موارد غیر قابل تغییر بوده که بهتر است پذیرفته شود (۲۷). این پژوهش در صدد بررسی اثربخشی این درمان بر نگرش های کژکار بیماران مبتلا به سرطان سینه بود.

روش کار

طرح پژوهشی حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به سرطان سینه بیمارستان های شهدا و دی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از میان آنها ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند و با پرسشنامه نگرشهای کژکار مورد آزمون قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت درمان ACT قرار گرفتند ولی گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی و، مجدداً هر دو گروه به وسیله ی پرسشنامه نگرشهای کژکار مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه نگرش های کژکار (DAS): مقیاس نگرشهای ناکارآمد در سال ۱۹۷۸ توسط ویسمن و همکاران به منظور سنجش میزان نگرش ناکارآمد افراد بر مبنای پرسشنامه ی اصلی بک ساخته شده است. آزمون اصلی دارای ۴۰ عبارت و ۷ زیر مقیاس است. نسخه ی

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد سن به تفکیک گروه

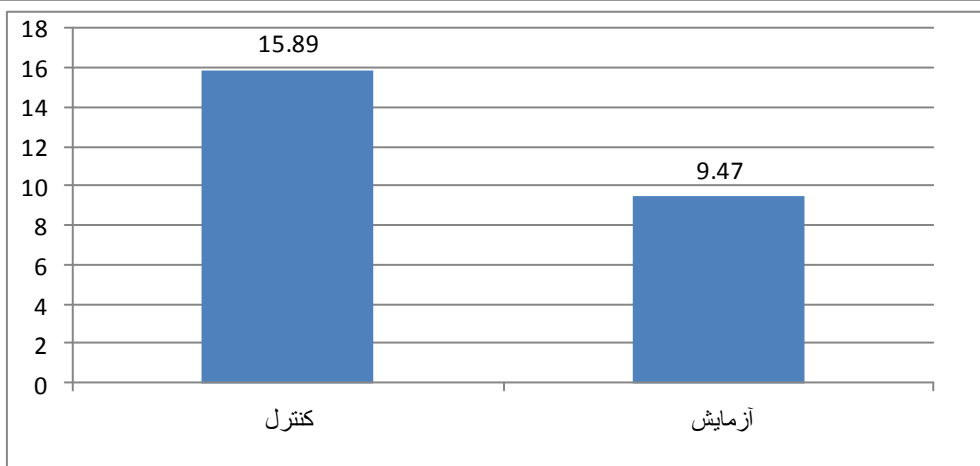
متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
سن	۳۶/۸۷	۴/۶۰۲
	۵/۵۹۹	۳۵/۴۹

باشد. شود، میانگین سنی گروه گروه آزمایش برابر با ۲۶/۸۷ و گروه گروه کنترل ۲۵/۴۹ می‌همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می

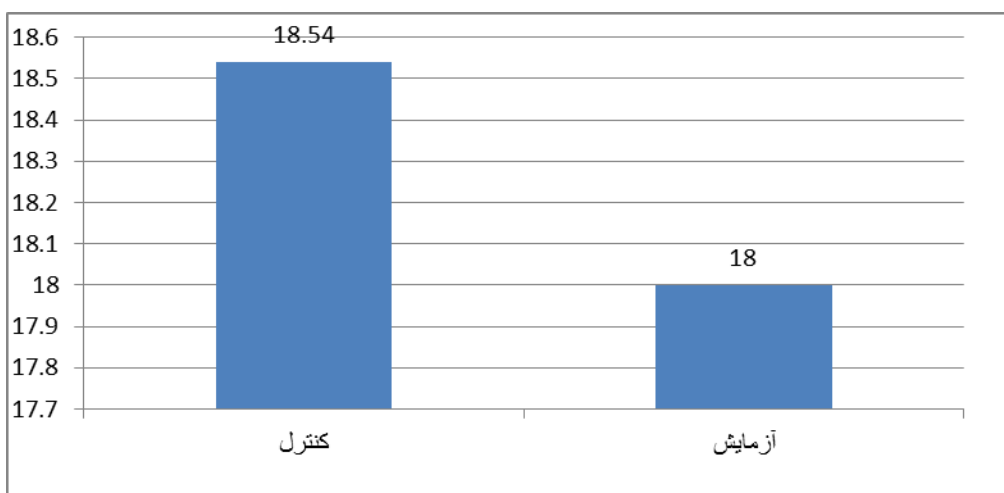
جدول ۳- محاسبه شاخص های توصیفی ابعاد نگرش های کژکار در گروه های مورد مطالعه (n=۳۰)

متغیرها شاخص های آماری	تعداد	میانگین	انحراف معیار
موفقیت - کامل طلبی	۱۵	۱۵/۱۳	۱/۹۲
گروه آزمایش			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
گروه کنترل			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
نیاز به تایید دیگران	۱۵	۱۷/۸۷	۱/۶۱
گروه آزمایش			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
گروه کنترل			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
نیاز به راضی کردن دیگران	۱۵	۱۷/۰۷	۱/۹۱
گروه آزمایش			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
گروه کنترل			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۱۵	۱۶/۶۵	۲/۶۷
گروه آزمایش			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			
گروه کنترل			
پیش از آزمون			
پس از آزمون			

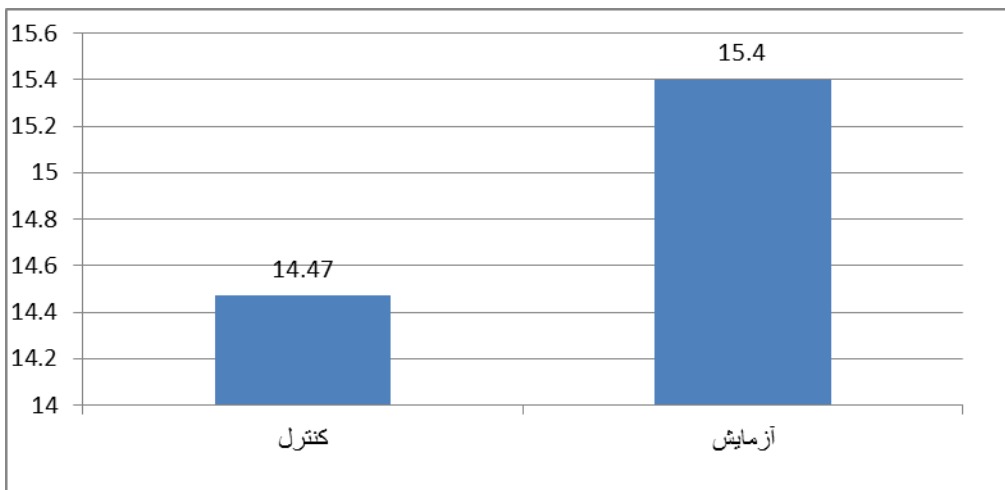
جدول (۳)، شاخص های توصیفی متغیر ابعاد نگرش های کژکار را به تفکیک گروه های مورد مطالعه در پیش از آزمون و پس از آزمون نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین پس آزمون نمره موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۹/۴۷، ۱۶/۰۰، ۱۵/۴۰، ۹/۴۰ میانگین پس آزمون در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۵/۸۹، ۱۸/۵۴، ۱۴/۴۷، ۱۸/۴۷ می‌باشد.



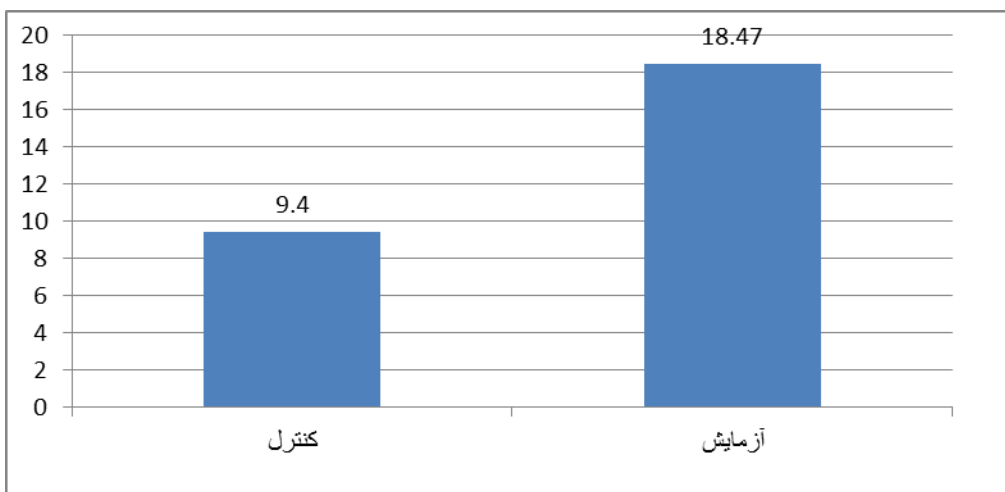
نمودار ۱- مقایسه نمرات موفقیت - کامل طلبی در مرحله پس آزمون به تفکیک دو گروه



نمودار ۲- مقایسه نمرات متغیر تایید به تایید دیگران در مرحله پس آزمون به تفکیک دو گروه



نمودار ۳- مقایسه نمرات نیاز به راضی کردن دیگران در مرحله پس آزمون به تفکیک دو گروه



نمودار ۴- مقایسه نمرات آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد دیگران در مرحله پس آزمون به تفکیک دو گروه

جدول ۴- نتایج آزمون باکس برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس پراکنندگی ($n=30$)

شاخص آماری	آماره	Fآماره	درجه آزادی	درجه آزادی	سطح معناداری
باکس	۱۶/۱۱	۰/۵۸۸	۱	۲	
گروه ها			۲۱	۲/۸۸	۰/۹۳۰

با توجه به مقدار $(p = 0/930, F(21, 2/88) = 0/588)$ ، آزمون همگنی ماتریس های پراکنده معنادار نمی باشد. داده های جدول ۴ مربوط به آزمون فرض همگنی شیب هاست. این جدول قبل از اجرای کوواریانس اجرا می شود تا اثر متقابل بین متغیر تصادفی کمکی (موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری - ارزیابی عملکرد) عملکرد) ارزیابی گردد.

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل ($n=30$)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروه ها	موفقیت - کامل طلبی	۲	۰/۷۰۸	۰/۲۸۹	۰/۷۵۲
	نیاز به تایید دیگران	۲	۱/۲۳	۰/۳۱۱	۰/۷۳۷
	نیاز به راضی کردن دیگران	۲	۵/۶۲	۲/۱۱	۰/۱۴۷
	آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۲	۰/۱۷۰	۰/۰۸۱	۰/۹۲۳
خطا	موفقیت - کامل طلبی	۲۰	۲/۴۵		
	نیاز به تایید دیگران	۲۰	۳/۹۷		
	نیاز به راضی کردن دیگران	۲۰	۲/۶۵		
	آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۲۰	۲/۰۹		
کل	موفقیت - کامل طلبی	۳۰		۲۶۰۳	
	نیاز به تایید دیگران	۳۰		۲۲۸۹	
	نیاز به راضی کردن دیگران	۳۰		۲۴۷۹	
	آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۳۰		۲۵۴۲	

با توجه به داده های جدول ۵، اثر متقابل بین پیش آزمون موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد و گروه معنی دار نیست، معنی دار نبودن اثر متقابل نشان می دهد که داده ها از فرضیه همگنی شیب های رگرسیون پشتیبانی می کند. بنابراین اجرا کوواریانس صرفاً برای آزمون اثرات متغیرهای اصلی پس آزمون موفقیت - کامل طلبی، نیاز به تایید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری -

ارزشیابی عملکرد و گروه صورت می گیرد. یعنی آیا میانگین های جامعه در دو گروه آزمایش و کنترل یکی است.

همان طوری که ملاحظه می شود نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره به ترتیب برای موفقیت -کامل طلبی ($\eta^2 = .255$, $p = .012$)، آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد ($\eta^2 = .269$, $F = 7/53$)، نیاز به تایید دیگران ($F = 8/09$, $p = .009$) وجود دارد؛ به عبارت دیگر بین متغیر موفقیت -کامل طلبی و آسیب پذیری - ارزشیابی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. بدین ترتیب با عنایت به اینکه بین میانگین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر موفقیت -کامل طلبی و آسیب پذیری - ارزشیابی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۶- خلاصه تحلیل واریانس چند متغیره ابعاد کژکاری در گروه های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل ($n=30$)

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی - داری	مجذورات
موفقیت -کامل طلبی	۱۷/۲۷	۱	۱۷/۲۷	۷/۵۳	۰/۰۱۲	۰/۲۵۵
نیاز به تایید دیگران	۶/۲۳	۱	۶/۲۳	۱/۶۷	۰/۲۰۹	۰/۰۷۱
نیاز به راضی کردن دیگران	۵/۴۳	۱	۵/۴۳	۱/۸۵	۰/۱۸۷	۰/۰۷۸
آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۱۵/۵۶	۱	۱۵/۵۶	۸/۰۹	۰/۰۰۹	۰/۲۶۹
خطا	۵۰/۴۵	۲۲	۲/۲۹			
نیاز به تایید دیگران	۸۱/۹۶	۲۲	۳/۷۲			
نیاز به راضی کردن دیگران	۶۴/۴۲	۲۲	۲/۹۲			
آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۴۲/۲۸	۲۲	۱/۹۲			
کل	۲۶۰۳	۳۰				
نیاز به تایید دیگران	۲۲۸۹	۳۰				
نیاز به راضی کردن دیگران	۲۴۷۹	۳۰				
آسیب پذیری - ارزشیابی عملکرد	۱۵۴۲	۳۰				

بحث و نتیجه گیری

کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه ی فعلیشان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، مراجعان توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به افراد آموزش داده شد که در درمان ACT چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویداد های درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند

با توجه به یافته های به دست آمده نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برنگرشهای کژکار بیماران مبتلا سرطان سینه موثر است. در تبیین این یافته می توان گفت که در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه ی فعلی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش هایشان است، بپردازند. رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند. درمان ACT افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است، ناشی می شود (۲۷). در این درمان تمرین های تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث های مفصل پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها، همگی منجر به کاهش شدت افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به ام اس شد. در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه های درونی این بود که به آنها

References

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2011 Mar;61(2):69-90.
2. Akbari, M. E., Khayamzadeh, M., Khoshnevis, S. J., 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 Feb; 1(2), 53-56. (Persian)
3. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, Li GK. 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. InOncology nursing forum 2009 Jul 1 (Vol. 36, No. 4).
4. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. The breast journal. 2015 Jan;21(1):97-103.
5. Safaee, A., Zeighami, B., Tabatabaee, H. R., & Moghimi Dehkordi, B. Quality of life and related factors in breast cancer patients under chemotherapy. Iranian Journal of Epidemiology. 2013; 3(3), 61-66. (Persian)
6. Fasihi Harandy, T., Anoosheh, M., Ghofranipour, F., Montazeri, A., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & et al. Health-related quality of life in Iranian breast cancer survivors: a qualitative study. Payesh Health Monitor. 2012; 11(1), 73-81. (Persian)

7. Park JH, Bae SH, Jung YS, Kim KS. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer nursing*. 2012 Jan 1;35(1):E34-41.
8. Wetherell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, Stoddard JA, Ruberg J, Kraft A, Sorrell JT, Petkus AJ. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior therapy*. 2011 Mar 1;42(1):127-34.
9. 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 Jun 1;44(2):180-98.
10. Smith TW. *Irrational beliefs and the arousal of emotional distress: a critical test of the rational-emotive model* (Doctoral dissertation, University of Kansas, Psychology).
11. Weich S, Churchill R, Lewis G. Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*. 2003 Aug 1;75(3):269-78.
12. Walen. , DiGiuseppe, & Dryden. *A Practitioner's Guid to Rationalemotive Therapy* (Edition). Oxford: University Press. 1990.
13. Watson PJ, Sherbak J, Morris RJ. Irrational beliefs, individualism-collectivism, and adjustment. *Personality and Individual Differences*. 1998 Feb 1;24(2):173-9.
14. Twohig, M. P. Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(4), 499-507.
15. Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2011 Oct;39(5):541-59.
16. Izadi, R., & Abedi, M. R. *Acceptance & Commitment Therapy*. Tehran: Jungle Publication. 2012. [Persian]
17. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012 Oct;40(7):976-1002.
18. Bloy S, Oliver JE, Morris E. Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*. 2011 Oct;10(5):347-59.
19. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention science*. 2008 Sep 1;9(3):139-52.
20. 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 Nov 1;16(4):368-85.
21. Kanter JW, Baruch DE, Gaynor ST. Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: Description and comparison. *The Behavior Analyst*. 2006 Oct 1;29(2):161-85.
22. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2002 Oct;70(5):1129.
23. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, Palm KM. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy*. 2004 Sep 1;35(4):689-705.
24. Bond FW, Bunce D. The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of applied psychology*. 2003 Dec;88(6):1057.
25. Keogh E, Bond FW, Hanmer R, Tilston J. Comparing acceptance-and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*. 2005 Oct;9(5):591.

26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006 Jan 1;44(1):1-25.
27. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006 Jan 1;44(1):1-25.

*Original Article***The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Maladaptive Attitudes in Women with Breast Cancer**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 20/02/2019

Faranak Ahmadi Parvari¹
Parvin Samimi^{1*}
Seyedeh Alieh Ahmadi¹

¹ MSc in Family Counseling, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Tehran

Email: Psamimi@gmail.com

Abstract

Introduction: Nowadays, cancer is one of the major health issues in Iran and around the world and accounts for the third leading cause of death and the second largest group of chronic and non-communicable diseases. And there was a commitment to maladaptive attitudes in women with breast cancer.

Methods: The statistical population of this study consisted of patients with breast cancer in Shahid hospital of Tehran in 1397 among whom 30 patients were selected and divided into two groups of 15 experimental and control groups. At this stage, the questionnaires of maladaptive attitudes were administered to the subjects as a pre-test. Then, the experimental group received 8 sessions of acceptance and commitment therapy 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.

Results: The results of covariance analysis showed that acceptance and commitment therapy was significant at $p < 0/01$ level in breast cancer patients.

Conclusion: Therefore, using this method can help reduce these patients' misconceptions and reduce their misconceptions.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Maladaptive Attitudes, Breast Cancer