



اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان

سالم جعفری: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

بهمن کرد تمینی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران (* نویسنده مسئول) Bahmanpsy@gmail.com

فرهاد کهرآزنی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،
نشخوار ذهنی،
افسردگی،
سرطان

زمینه و هدف: یک از مباحث مطرح در روانشناسی نحوه واکنش افراد به بیماری‌های جسمانی است که می‌تواند آسیب‌های همه جانبه‌ای برای فرد داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان در شهر شیراز صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون ۲ گروهی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به بنیاد سرطانی‌های امید بیمارستان نمازی و شهید فقیهی شهرستان شیراز بود که به صورت نمونه گیری در دسترس ۵۰ نفر در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در ۲ گروه ۲۵ نفره گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در ابتدا در هر ۲ گروه پرسشنامه افسردگی بک و نشخوار ذهنی نولن هوکسما و مارلو اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کردند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. به منظور بررسی اثر متغیر مستقل بر وابسته از تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته به صورت معناداری در گروه‌های آزمایش و کنترل متفاوت است ($F = 6/105$; $p = 0/001$). بر اساس نتایج اجرای متغیر مستقل باعث شد تا هر دو متغیر افسردگی ($p \leq 0/001$) و نشخوار ذهنی ($p \leq 0/001$) کاهش یابند.

نتیجه گیری: به طور کلی نتایج نشان می‌دهد رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار ذهنی افراد مبتلا به سرطان مؤثر است، لذا بکارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبود علائم افسردگی و روانی در بیماران مبتلا به سرطان مفید واقع شود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Jafari S, Kord Tamini B, Kahrazei F. The effectiveness of acceptance and commitment depression and rumination in women with cancer. Razi J Med Sci. 2021;28(3):210-219.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.



Original Article

The effectiveness of acceptance and commitment depression and rumination in women with cancer

Salem Jafari: PhD Candidate, Psychology Department, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran

① **Bahman Kord Tamini:** Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran (* Corresponding author) Bahmanpsy@gmail.com

Farhad Kahrazei: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran

Abstract

Background & Aims: Cancer is the second leading cause of death in the valley of developed countries and is responsible for one-fifth of deaths. Today, diseases known as special diseases affect a part of the society in which we live. These diseases, in addition to the physical problems and physical injuries they inflict on the patient, affect a large part of the psychological and emotional aspects of the patients, which directly affect the course of the disease. It is very important to know and study the psychological components that change in these diseases and affect the psychological dimension of the patient's life; Because for every patient, life is still going on in any situation, and every patient should try to fight the disease as much as possible and slow its progression, which in itself involves a strong spirit, as a result of examining the psychological and emotional issues in this. Patients are very important and thought-provoking. One of the diseases that causes deep emotional and emotional problems in the patient and his family is cancer. Cancer is known as one of the most common non-communicable diseases, which is a disorder in the rate of cell proliferation and differentiation, and can occur in any part of the body and at any age, and can attack the healthy tissues of the body and cause cancer. Studies show that after the onset of the disease, patients' mood is greatly affected and their hope of survival is significantly reduced. This is the reason why they do not pay enough attention to their treatment and do not take doctors' instructions very seriously; these patients do not make much effort to recover and in fact, by doing so, they do worsen their health. One of the topics in psychology is how people react to physical illnesses that can have far-reaching harms to the individual. This study aimed to evaluate the effectiveness of the schema therapy approach on reducing depression and mental rumination in women with cancer in Shiraz.

Methods: The present study was a quasi-experimental design based on pre-test and post-test with a control group. In this study, therapeutic intervention in schema-based therapy was considered as an independent variable and the dependent variables included depression and mental rumination. The statistical population of the study included all 300 women who were referred to the Omid Cancer Foundation of Shiraz Namazi Hospital and Saadi Hospital in Shiraz for treatment and support of cancer problems, which numbered 300 people. Simple random sampling was used to select the sample. Thus, from among the three central centers and after announcing the call to participate in the treatment plan, 50 people who want to participate in the plan during the interview and psychological assessment and implementation of the mentioned tests to diagnose depression and rumination randomly in two Schema therapy group (n = 25) and control group (n = 25).

Keywords

Schema therapy,
Ruminant,
Depression,
Cancer

Received: 01/03/2021

Published: 20/06/2021

Criteria for entering the psychological diagnosis of depression and rumination were also in the age range of 20 to 60 years and at least having up to the third grade of education and definitive diagnosis of cancer by relevant specialists. At first, Beck Depression Inventory and Nolan Hoxma and Marlowe Ruminant Questionnaire were administered in both groups. The experimental group then received schema therapy for 12 hours with 2 sessions and the control group did not receive treatment. Multivariate analysis of covariance was used to investigate the effect of the independent variable on the dependent.

Results: The results showed that the linear composition of the dependent variables was significantly different in the experimental and control groups ($p = 0.001$; $F = 6.105$). The results of one-way analysis of covariance in comparison with depression and rumination showed that for the variables of depression and rumination, the value of F calculated for the pre-test effect (7.820 and 9.587) were statistically significant, respectively. In other words, post-test scores were affected by pre-test scores and the effect of schema treatment ($P < 0.001$ and $P < 0.001$), respectively, after adjusting the means of the two groups based on the pre-test score, It is statistically significant. Considering the means of the two groups, it shows that the score of the subjects in the experimental group in the post-test has decreased compared to the control group. Therefore, it can be concluded that the schema therapy approach is effective in reducing depression and mental rumination. The value of Eta squared also shows that about 77% of the variance of depression and about 65% of the variance of mental rumination can be explained through the schema therapy approach.

Conclusion: In general, the results show that the schema therapy approach is effective in reducing the symptoms of depression and rumination in people with cancer, so the use of schema therapy can be useful in improving depressive and psychological symptoms in cancer patients.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Jafari S, Kord Tamini B, Kahrazei F. The effectiveness of acceptance and commitment depression and rumination in women with cancer. *Razi J Med Sci.* 2021;28(3):210-219.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

سرطان، دومین عامل برجسته‌ی مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسئول یک پنجم مرگ‌ومیرها است (۱). امروزه بیماری‌هایی که به عنوان بیماری‌های خاص شناخته شده‌اند گریبان‌گیر بخشی از جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنیم. این بیماری‌ها علاوه بر مشکلات جسمانی و آسیب‌های بدنی که به بیمار وارد می‌کنند بخش وسیعی از جنبه‌های روانی و احساسی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند که این جنبه‌ها به صورت مستقیم بر روند بیماری تأثیر دارد (۲). شناخت و بررسی مؤلفه‌های روانی که در این بیماری‌ها دچار تغییر می‌شوند و بعد روانی زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهند بسیار مهم است؛ زیرا برای هر بیمار در هر شرایط هنوز زندگی ادامه دارد و هر بیمار باید تلاش کند تا حد امکان با بیماری مبارزه و سیر پیشرفت آن را کند سازد که این تلاش خود متضمن روحیه‌ای قوی می‌باشد، در نتیجه بررسی مسائل روانی و هیجانی در رابطه با این بیماران بسیار مهم و قابل تأمل است (۳). یکی از بیماری‌هایی که موجب بروز مشکلات هیجانی و عاطفی عمیقی در بیمار و خانواده وی می‌شود سرطان است. سرطان به عنوان یکی از بیماری‌های شایع غیرعفونی شناخته شده است که نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است و می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم بدن موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ شود (۴). بررسی‌ها نشان می‌دهد که بعد از بروز بیماری، روحیه بیماران بسیار تحت تأثیر قرار گرفته و امید به زندگی در آن‌ها به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند (۵). همین عامل باعث می‌شود تا آن‌ها نسبت به درمان خود توجه کافی نشان نداده و دستورات پزشکان را چندان جدی نگیرند؛ این بیماران برای بهبودی تلاش زیادی نکرده و در حقیقت خودشان با این کار وضعیت سلامتی خود را بدتر می‌کنند (۶).

در دنیای امروزه هیجان‌ات، تنش‌ها، عصبیت‌ها و عوامل متعددی از این قبیل بر زندگی روزمره مردم تأثیرات سوء دارند. هر کدام از افراد جامعه امروزی در معرض مواجهه با انواع استرس‌ها و شرایط عصبی قرار دارند. محیط زندگی اجتماعی، خانواده و هر آنچه فرد

با آن در ارتباط است می‌تواند به عنوان عامل تنش‌زا جریان زندگی او را به سمت بحران‌ها و نگرانی‌ها سوق دهد. اضطراب، دلشوره، تشویش، نگرانی، دلهره، دلواپسی، بی‌قراری، دل آشوبه و نابسامانی‌های هستند که هر انسانی در طول زندگی خود، خواه و ناخواه آن را تجربه کرده است. می‌توان با اطمینان گفت که امکان ندارد انسان در این جهان زیسته باشد و تجربه اضطراب و یا افسردگی را نداشته باشد (۷).

افسردگی نیز بیماری بسیار شایعی است که با وجود تحقیقات دامنه‌دار در مورد علل، علائم و طرق درمان آن متأسفانه در بیشتر جوامع امروزی و از جمله جامعه خودمان توجه زیادی به آن مبذول نشده است. در گذشته علائم افسردگی را تا مدت‌ها به عوامل دیگری چون ضعف اعصاب، عصبانیت هیپوکندریاک و غیره نسبت می‌دادند به همین سبب تشخیص صحیح و درمان آن به تعویق می‌انجامید (۸). افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی است که اخیراً به شدت رو به افزایش است. افسردگی را سرماخوردگی روانی نیز می‌نامند و دارای علائم و نشانه‌های بارزی همچون احساس غمگینی شدید، عصبانیت و بی‌حوصلگی، بی‌علاقگی و عدم لذت بردن از فعالیت‌های تفریحی، کاهش انرژی یا بی‌قراری، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، بی‌خوابی، کاهش قوای ذهنی، کاهش میل جنسی، احساس بی‌ارزشی و گناه، احساس نومیدی، فکر خودکشی و علائم و دردهای جسمانی می‌باشد (۹). ابتلا به یک بیماری مزمن، مانند بیماری قلبی، سکتته مغزی، دیابت، سرطان و آلزایمر باعث می‌شود که فرد در خطر بیشتری برای افسردگی قرار بگیرد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که بعد از بروز بیماری، روحیه بیماران بسیار تحت تأثیر قرار گرفته و امید به زندگی در آن‌ها به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند. همین عامل باعث می‌شود تا آن‌ها نسبت به درمان خود توجه کافی نشان نداده و دستورات پزشکان را چندان جدی نگیرند (۱۰)؛ این بیماران برای بهبودی تلاش زیادی نکرده و در حقیقت خودشان با این کار وضعیت سلامتی خود را بدتر می‌کنند. پیشرفت سریع تکنولوژی و اطلاع‌رسانی علی‌رغم مزایایی فراوان آن مشکلاتی برای انسان معاصر به وجود آورده است، موج فزاینده افسردگی پایین آمدن

پذیرش و تعهد کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) به دو شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اشاره می‌شود. از نظر این مدل، مراجعه‌کنندگان به جلسات مشاوره یا روان‌درمانی، در شش‌ضلعی عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اسیر شده‌اند و دچار یک منازعه بی‌دلیل هستند (۱۷). این افراد به جای اینکه با زمان حال ارتباط برقرار کنند، اسیر نشخوار ذهنی (گذشته) و نگرانی (آینده) می‌شوند (۱۶). در این شرایط فرد دچار اجتناب تجربه‌ای (انجام عملی برای رهایی از تجربیات درونی دردناک که این اجتناب به طور روشن موجب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود)، آمیختگی (چسبیدن به فکر، قضاوت و یا هیجان‌ها)، چسبندگی به خود مفهوم‌سازی شده (تأثیر معنای تحت‌الفاظی که فرد برای خود یا دیگران ساخته است)، بی‌فعالیتی مداوم (انجام رفتارهای تکانشی یا منفعلانه و یا اصرار برای اجتناب تجربه‌ای که منجر به گام نگذاشتن در مسیر ارزش‌های شخصی خود می‌شود) و عدم تصریح ارزش‌ها (عدم آگاهی از ارزش‌های مرکزی خویش یا عدم تماس با آن‌ها) می‌باشد. پس هدف اساسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، غنی و ارزشمند زیستن است که این امر در شش‌ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، با شش فرآیند (۱) تماس با لحظه حال، (۲) پذیرش، (۳) گسلش، (۴) ارتباط با خود نظاره‌گر، (۵) تصریح ارزش‌ها، و (۶) اقدام متعهدانه، اتفاق می‌افتد (۱۶).

افزایش سرطان و به تبع آن افزایش افراد دارای نشخوار ذهنی که با مشکلات عدیده‌ای در خانواده و در سطح اجتماع مواجه هستند و لزوم توجه به سلامت روان این زنان به عنوان قشری از جامعه که در معرض آسیب هستند، تحقیق حاضر سعی دارد اثربخشی رویکرد طرح‌واره درمانی را بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان دارای بیماری سرطان مورد بررسی قرار دهد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های شبه‌آزمایشی مبتنی بر پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش مداخله درمانی در درمان مبتنی بر طرح‌واره

سن خودکشی و بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی دیگر واقعیت انکارناپذیری هستند که نشان می‌دهند افسردگی بر جوامع بشری سایه افکنده است (۱۱). تقریباً در همه کشورهای جهان و فرهنگ‌ها شیوع افسردگی در زنان دو برابر مردان است (۶). از همه بیماری‌های جسمی و روانی افسردگی زنان ۱۵۱ تا ۴۵ سال شایع‌ترین بیماری است (۱۲). فرد افسرده در رابطه با هیچ چیز احساس خشنودی، رغبت و لذت نمی‌کند. برای انسان‌های افسرده شروع کردن کارها بسیار سخت و مشکل بوده و خیلی زود خسته می‌شوند (۱۳). در اختلال افسردگی میزان نشخوار ذهنی فرد درباره موضوع منفی افزایش یافته و بیمار درباره وقایع ناخوشایند گذشته، مشغله‌های ذهنی جاری و درباره آینده احساس بدبینانه دارد. منظور از نشخوار ذهنی نگرانی، حواس‌پرتی، سوگیری، سرگردانی ذهنی، رویاپردازی، توجه بر خود و افکار وسواسی و دیگر فرایندهای ذهنی مزاحمی هستند که منجر به تداخل در شناخت می‌شوند (۱۴). یافته‌های پژوهشی جدید عوامل روانشناختی مرتبط با سلامت این بیماران را مورد توجه قرار داده است و به درمان‌های روانشناختی با تأکید بر نقش و باورها شناخت‌ها طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات روی آورده است (۱۰). لذا در این پژوهش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که روشی جدید در درمان افسردگی و اضطراب است پرداخته شده است.

از جمله درمانی‌های نوین و مؤثر بر درمان اختلال‌های روانی می‌توان به رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. پذیرش و تعهد رویکرد درمانی است که روی خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزشیابانه، زمانمند و دقیق انسان تأکید می‌کند (۱۵). در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف درمان شناختی رفتاری محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این رویکرد تأکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد این نکته بر این فرض مبتنی است که فرآیند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را بدتر می‌کند (۱۶). هدف نهایی

آزمون‌های خودسنجی است و در پنج تا ده دقیقه تکمیل می‌شود. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌بزاری و ... هستند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان‌فردی اختصاص یافته است. به این ترتیب این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ 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 (HRSD)، مقیاس خودسنجی زونگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چندگانه افسردگی و SCL-۹۰، بیش از ۰/۶۰ است. در داخل کشور نیز پژوهش‌های مختلفی انجام گرفته است که به اندازه‌گیری ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار پرداخته‌اند. از بین این پژوهش‌ها می‌توان به پژوهش تشکری و مهریار در سال ۱۳۷۳ اشاره کرد که ضریب پایایی آن در ایران را ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش‌های دیگر از جمله پژوهش پرتوی در سال ۱۳۵۴، وهاب‌زاده در سال ۱۳۵۲ و چگیتی در سال ۱۳۸۱، اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است.

پرسشنامه نشخواری فکری: این پرسشنامه توسط نولن هوکسما و مارلو (۱۹۹۱) ساخته شد و چهار نوع متفاوت از واکنش‌های به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ از دو مقیاس

درمانی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد و متغیرهای وابسته نیز شامل افسردگی و نشخواری ذهنی بودند. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به بنیاد سرطانی‌های امید بیمارستان نمازی شیراز و بیمارستان سعدی شهر شیراز که جهت درمان و حمایت از مشکلات ناشی از سرطان مراجعه کرده‌اند بود که به تعداد ۳۰۰ نفر بودند. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. بدین ترتیب که از میان سه مرکز مرکزی انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۵۰ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح هستند طی انجام مصاحبه و سنجش روانشناختی و اجرای آزمون‌های ذکرشده تشخیص افسردگی و نشخواری فکری به صورت تصادفی در دو گروه طرح‌واره درمانی (۲۵ نفر) و گروه کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک ورود به طرح تشخیص روانشناختی افسردگی و نشخواری ذهنی همچنین قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال و حداقل دارا بودن تحصیلات تا سوم راهنمایی و تشخیص قطعی سرطان توسط متخصصین مربوطه بود. روش گردآوری اطلاعات به صورت مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه‌ها به شرح زیر بوده است:

ابزار پژوهش: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلال افسردگی بر اساس دی اس ام فایو، یک مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال افسردگی و مصاحبه انعطاف‌پذیری است که توسط فرست و همکاران تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال افسردگی اساسی و تمایز آن از سایر اختلالات استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها و مطالعات نشانگر این است که مصاحبه‌ی حاضر روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است.

آزمون افسردگی بک: این پرسش‌نامه که شامل ۲۱ سؤال است، به منظور سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده است و ماده‌های آن اساساً بر مبنای مشاهده و تلخیص نگرش‌ها و نشانه‌های متداول در میان بیماران روانی افسرده تهیه شده‌اند. به عبارت دیگر، این مواد و وزن‌های آن‌ها به‌طور منطقی انتخاب شده‌اند. محتوای این پرسش‌نامه، به‌طور جامع نشانه‌شناسی افسردگی است، اما بیشتر بر محتوای شناختی تأکید دارد. پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع

توصیفی و استنباطی استفاده شد، به طوری که برای توصیف داده‌های جمع‌آوری شده از جداول میانگین و انحراف استاندارد و در بعد استنباطی از روش اماری کواریانس استفاده گردید. جهت پردازش داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

با توجه به اینکه اینک طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که نتایج حاصل از آن نشان داد که مقادیر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای افسردگی و نشخوار ذهنی در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنادار نمی‌باشند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها طبیعی است. پیش‌فرض بعدی که بررسی می‌شود پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها است. بدین منظور از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود، مقادیر آماره F که نشان‌دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نیست ($P > 0/05$). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به اینکه

پاسخ‌های نشخواری و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده است. این مقیاس ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند. در ایران این پرسشنامه توسط باقری نژاد و صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه و روایی شده است و در پژوهش آن‌ها همبستگی این پرسشنامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۶۳ درصد و ضریب الفای کرونباخ آن ۸۸ درصد گزارش شد. به طور کلی نتایج پژوهش‌های متعدد نشان داده است که این پرسشنامه دارای اعتبار بالایی است و ضریب الفای کرونباخ آن از ۸۸ درصد تا ۹۲ درصد قرار دارد. همچنین همبستگی باز آزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۶۷ درصد گزارش شده است. انجام مداخلات درمانی بر عهده نویسندگان مقاله بوده است. برنامه هر جلسه درمان پذیرش و تعهد براساس منابع در دسترس تدوین گردید. موضوع و محتوای جلسات در ۱۲ جلسه و هر جلسه ۱/۵ ساعت طول می‌کشد که شامل ۱ قسمت به صورت بحث تئوری و انجام تمرین عملی و نیز انجام آزمون رویکرد درمانی بود. محتوای جلسات درمانی اکت عبارت از موارد زیر بود: جلسه اول آشنایی با درمان اکت، جلسه دوم بررسی و درمان ضلع یک، جلسه سوم بررسی ضلع دوم و استعاره، جلسه چهارم درمان ضلع اجتناب تجربی، جلسه پنجم درمان ضلع چهارم، جلسه ششم درمان همجوشی شناختی، جلسه هفتم بررسی و درمان ضلع ششم، جلسه هشتم بررسی و درمان ضلع یک، جلسه نهم بررسی و درمان انعطاف‌ناپذیری در ضلع دوم و سوم، جلسه دهم بررسی و درمان ضلع چهارم، جلسه یازدهم بررسی و درمان ضلع پنجم و جلسه دوازدهم بررسی و درمان ضلع ششم.

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش‌های آمار

جدول ۱- نتایج آزمون لون: همگنی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	آماره F	سطح معناداری
افسردگی	پیش آزمون	۱۰/۴۸۲	۰/۶۲۱
	پس آزمون	۶/۶۳۲	۰/۴۱۹
نشخوار ذهنی	پیش آزمون	۹/۱۲۴	۰/۸۵۲
	پس آزمون	۸/۸۶۷	۰/۱۳۴

جدول ۳- تحلیل کوواریانس در مقایسه افسردگی و نشخوار ذهنی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	میانگین مجزورات بین گروهی	میانگین مجزورات خطا	F	سطح معناداری	مجذور اتا
افسردگی	۷۳/۸۵۴	۹/۴۴۵	۷/۸۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۷۲
نشخوار ذهنی	۷۴/۹۶۰	۷/۸۱۹	۹/۵۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۸

مهمترین پیش فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است.

جدول شماره ۲ مقایسه افسردگی و نشخوار ذهنی در گروه‌های کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد. چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای متغیر افسردگی و نشخوار ذهنی، مقدار F محاسبه شده برای اثر پیش آزمون به ترتیب (۷/۸۲۰ و ۹/۵۸۷) از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. به بیان دیگر نمره‌های پس آزمون تحت تأثیر نمره‌های پیش آزمون قرار گرفته است و اثر درمان پذیرش و تعهد به ترتیب ($P < 0/001$) و پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش آزمون، از لحاظ آماری معنادار است. ملاحظه میانگین‌های دو گروه (جدول ۲)، نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که رویکرد درمان پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی مؤثر است. مقدار مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که حدود ۷۷ درصد واریانس افسردگی و حدود ۶۵ درصد واریانس نشخوار ذهنی، از طریق رویکرد درمان پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی روش درمانی پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار ذهنی زنان سرطانی بود. نتایج پژوهش نشان داد که روش درمانی فوق منجر به بهبودی نشانه‌های افسردگی و نشخوار ذهنی می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش سون و همکاران (۲۰۱۷) (۳)، واکس و همکاران (۲۰۱۹) (۲) همسو بوده است. بیماران مبتلا به سرطان به طور معمول دامنه‌ای از علائم شامل انواع درد و انواع ناراحتی جسمی و روانی را تجربه می‌کنند. بلافاصله بعد از تشخیص بیماری ممکن است اختلالات خلقی در فرد به وجود آید که این علائم با گذشت زمان

و در پاسخ به تشخیص عود بیماری دستخوش تغییر شوند (۱۸). از جمله مشکلات روانی متعدد که بیماران با آن مواجه می‌شوند خستگی، اضطراب، ناامیدی و علائم بالینی افسردگی است. اختلال افسردگی شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در بیماران سرطانی است. می‌توان گفت افسردگی شایع‌ترین اختلال خلقی و عاطفی و بزرگترین بیماری روانی قرن حاضر است. به بیان ساده‌تر یک واکنش روانی زیستی در برابر فشارها و استرس‌های زندگی است. چنین حالت واکنشی و اختلال خلقی محدود به زمان و مکان خاصی نبوده و می‌تواند در هر زمان و هر مکانی و برای هر شخصی در هر موقعیتی که باشد پدید آید (۱۹). سازمان جهانی سلامتی، افسردگی را دلیل اصلی بیماری و مرگ زنان می‌داند آمار جهانی همین سازمان نشان می‌دهد که در حدود ۲۰ درصد از زنان در کشورهای در حال توسعه دچار بیماری افسردگی می‌باشند (۲۰). در ایران نیز شیوع اختلالات خلقی به ویژه در بین زنان بالاتر از سایر اختلالات گزارش شده است (۱۹). همچنین مطالعات افسردگی در ایران نشان می‌دهد که احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۵/۳۰) بیش از مردان (۷/۱۶) است (۱۸). با توجه به پژوهش‌های انجام شده در این زمینه و اطلاعات گردآوری شده، مداخلات روان‌شناختی در این بیماری می‌تواند سبب بهبود علائم ثانویه و وابسته به بیماری و حتی کمک به درمان‌های زیستی افراد باشد. از طرفی رابطه تنگاتنگی میان حالات روان‌شناختی و سرطان وجود دارد. با توجه به اینکه هر گونه تغییری در زندگی انسان، با استرس همراه است، تشخیص سرطان نیز استرس‌های منحصر به خود دارد. از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می‌تواند بروز عصبانیت، خشم، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی‌معنایی، حسادت، کینه‌توزی و همانند آن‌ها باشد (۲۱). سرطان صرفاً یک رویداد با پایانی معین نیست بلکه موقعیتی دائمی و مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری درمان و مسائل روانشناختی

داده‌اند که دو علامت و شکایت اصلی گریبان‌گیر بیماران مبتلا به سرطان و افسردگی و اضطراب بوده است (۳). پذیرش و تعهد درمانی به صورت سلامت محور به افراد نگاه می‌کند، لذا مخالف تشخیص‌های بالینی است و مبنای کار خود را بر اساس فرمول بندی موردی قرار می‌دهد. به زبان دیگر چنین می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دو شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اشاره می‌شود. از نظر این مدل، مراجعه کنندگان به جلسات مشاوره یا روان‌درمانی، در شش ضلعی عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی اسیر شده‌اند و دچار یک منازعه بی‌دلیل هستند. این روش در درمان بسیاری از اختلالات روانی و مشکلات روزمره زندگی کاربرد زیادی دارد و امروزه بیش از قبل توسط روانشناسان به کار گرفته می‌شود. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که به مراجعان کمک کند تا یک زندگی غنی و سرشار از معنی را تجربه کرده و بتوانند تجارب دردناک گذشته را نیز به عنوان بخشی از خویشتن بپذیرند (۲). وقتی که رفته رفته درمانگران از درمان اختلال‌های محور یک مثل اضطراب به سمت کار بر روی اختلالات عمیق تر مثل اختلالات شخصیتی محور دو حرکت کردند با محدودیت‌های مدل شناخت درمانگری بک روبرو شدند. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی مجموعه‌ای از مشکلات پیچیده و مقاومی را دارند که در بسیاری از موارد روند درمان را متوقف می‌سازد (۱۸).

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج تحقیق بیانگر آن است که طور کلی نتایج نشان می‌دهد رویکرد طرحواره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و نشخوار ذهنی افراد مبتلا به سرطان مؤثر است، لذا بکارگیری طرحواره درمانی می‌تواند در بهبود علائم افسردگی و روانی در بیماران مبتلا به سرطان مفید واقع شود. لذا پیشنهاد می‌شود از این روش در درمان افسردگی و به طبع آن نشخوار ذهنی که می‌تواند از طبقات خلق افسرده باشد، استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

نتایج این پژوهش مستخرج از رساله دکتری مصوب

مربوط به آن‌ها مشخص می‌گردد (۱۸). رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی عاطفی معنوی اجتماعی اقتصادی سبب شده است که علاوه بر مردم توجه متخصصان نیز بیش از پیش به این بیماری معطوف شود و آن‌ها سرطان را یک مشکل بهداشتی روانی عمده قرن معرفی کنند، سرطان‌ها از علل مهم ابتلا و مرگ و میر در دنیا هستند و در سال ۲۰۱۲ حدود ۱/۱۴ میلیون مورد از ابتلا و ۸/۲ میلیون مرگ ناشی از سرطان در دنیا بوده است. روان مثبت طبق نظریه روان‌تنی، از دست دادن توانایی سازگاری با وقایع، مقاومت فرد را در برابر بیماری از بین می‌برد و او را مستعد شروع یا وخیم‌تر شدن بیماری‌های مختلف مانند دیابت یا سرطان می‌کند (۲۱). از جمله بیماری‌های مزمن که ارتباط تنگاتنگی با عوامل روان‌شناختی دارد، سرطان می‌باشد. تشخیص سرطان یک استرس فوق‌العاده و قابل‌توجهی بر فرد وارد می‌کند و زندگی وی را مورد تهدید قرار می‌دهد (۱۹). استرس، افسردگی‌های عمده و فقدان حمایت اجتماعی از عوامل خطرآفرین در رشد و پیشرفت سرطان است. افسردگی و ناراحتی‌های روانی به طور کامل تعیین‌کننده‌های مرگ‌ومیر در بیماران سرطانی است. افسردگی و اضطراب دو علامت و شکایت اصلی بیماران مبتلا به سرطان است. در یک مطالعه شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان ۱۱/۶ تعیین شد و همچنین این مشکل در بیماران و همسرانشان بیشتر از شاهد‌های سالم بود (۲۰). پاسخ‌های هیجانی نسبت به سرطان شامل افسردگی شدید غم و اندوه فقدان کنترل تغییر شخصیت عصبانیت و اضطراب است. در سرطان‌های پیشرفته سلامت روانی بیمار با سلامت فیزیکی او رابطه‌ی بسیاری دارد. علاوه بر پاسخ‌های هیجانی نسبت به سرطان، پاسخ‌های شناختی نشانگر این نکته است که داشتن روحیه جنگ‌جویی با اضطراب و افسردگی رابطه منفی دارد یعنی یه روحیه قوی جنگجویی اضطراب و افسردگی را دور می‌کند (۱۸).

در بیماران مبتلا به سرطان طبق مطالعات اختلالات انطباقی از قبیل اختلال انطباقی همراه با اضطراب و همراه با افسردگی و اضطراب و افسردگی توأم دیده می‌شود (تأثیر اکت بر سرطان). سایر مطالعات نیز نشان

14. Fervaha G, Izard JP, Tripp DA, Rajan S, Leong DP, Biostat M, et al. Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. in *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. Urol Oncol: Seminars and Original Investigations. 2019;37(4):282-88.

15. Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study. *PLoS One*. 2017;12(4):e0175395.

16. Rieke K, Schmid KK, Lydiatt W, Houfek J, Boilesen E, Watanabe-Galloway Sh. Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncol*. 2017;65:76-82.

17. Caruso R, Nanni MG, Riba M, Sabato S, Mitchell AJ, Croce E, et al. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncol*. 2017;56(2):146-155.

18. Nead KT, Sinha S, Yang DD, Nguyen PL. Association of androgen deprivation therapy and depression in the treatment of prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Urol Oncol*. 2017.

19. Cvetković J. Breast cancer patients' depression prediction by machine learning approach. *Cancer Invest. BMC Cancer*. 2017;35(8):569-572.

20. Wondimagegnehu A, Abebe W, Abraha A, Teferra S. Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. 2019;19(1):1-8.

21. Weber D, O'Brien K. Cancer and cancer-related fatigue and the interrelationships with depression, stress, and inflammation. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2017;22(3):502-512.

در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان در سال ۱۳۹۸ با کد ۱۲۱۹۸۴ به تصویب رسید. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین محترم بیمارستان و کلیه بیماران در روند انجام پژوهش، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

1. Zheng RT, Sun KX, Zhang SW, Zeng HM, Zou XM, Chrnr R, et al. Report of cancer epidemiology in China, 2015. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*. 2019;41(1):19-28.

2. Waks AG, Winer EP. Breast cancer treatment: a review. *JAMA*. 2019;321(3):288-300.

3. Sun YS, Zhao Zh, Yang ZM, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. *Int J Biol Sci*. 2017;13(11):1387.

4. Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, Rowland JH, Yabroff KR, Alfano CM, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2019;69(5):363-385.

5. Chen H, Zhang W, Zhu G, Xie J, Chen X. Rethinking cancer nanotheranostics. *Nat Rev Mater*. 2017;2(7):1-18.

6. Maman S, Witz IP. A history of exploring cancer in context. *Nat Rev Cancer*. 2018;18(6):359-376.

7. Karki R, Man SM, Kanneganti TD. Inflammasomes and cancer. *Cancer Immunol Res*. 2017;5(2):94-99.

8. Young K, Singh G. Biological mechanisms of cancer-induced depression. *Front Psychiatry*. 2018;9:299.

9. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018;361.

10. Oh PJ, Lim SY. Change of Cancer Symptom, Depression and Quality of Life based on Phases of Chemotherapy in Patients with Colorectal or Stomach Cancer: A Prospective Study. *Korean J Adult Nurs*. 2017;29(3):313-22.

11. Jia Y, Li F, Liu YF, Zhao JP, Leng MM, Chen L. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2017;149:138-148.

12. Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(6):1661.

13. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi SM, Balouchi A. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2019;176(3):519-533.