

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان

محسن دربندی^۱، ناصر امینی^{۲*}، کامران میرزایی^۳، شهذخت آزادی^۴

تاریخ دریافت: ۴۰۲/۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۴۰۲/۹/۵

چکیده

سرطان یک بیماری بالقوه کشنده است که به طور عمده به وسیله عوامل محیطی و جهش ژن‌های سلولی ایجاد می‌شود. پژوهش حاضر، با هدف تعیین تفاوت اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان انجام گرفت. این پژوهش از حیث هدف از نوع کاربردی و از حیث روش یک مطالعه مقطعی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهر بوشهر در آبان ماه ۱۳۹۹ تا فروردین ماه ۱۴۰۰ بود. از این جامعه ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۰ نفری (سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل)، گمارده شدند. پس از اخذ رضایت شرکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و افسردگی بک (۱۹۹۸) به عنوان پیش‌آزمون بر روی کلیه شرکت‌کنندگان اجرا گردید. سپس افراد گروه آزمایش اول درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش سوم نیز شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. اما افراد گروه کنترل، هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکردند. به دلیل شرایط کرونایی مداخلات درمانی برای هر سه گروه آزمایش، به صورت ویدیوکال و از طریق اسکایپ برگزار گردید. در نهایت پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون بر روی کلیه شرکت‌کنندگان اجرا شد. به منظور پیگیری

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. n.amini@iaubushehr.ac.ir

۳. دانشیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

۴. استادیار گروه روان‌شناسی واحد گچساران، دانشگاه آزاد اسلامی، گچساران، ایران.

اثربخشی، پس از گذشت یک ماه از مرحله‌ی پس‌آزمون، کلیه‌ی شرکت‌کنندگان مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. یافته‌های حاصل، با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج این تحلیل، میانگین نمرات پس‌آزمون بیماران هر سه گروه آزمایش در متغیرهای افسردگی و کیفیت‌زندگی به ترتیب کاهش و افزایش معناداری نسبت به گروه کنترل داشت ($P < 0.05$). این تفاوت‌ها در مرحله‌ی پیگیری نیز معنادار بود ($P < 0.05$). با این حال تفاوت میزان اثربخشی سه درمان مذکور بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی، در سطح معناداری نبود ($P > 0.05$). می‌توان نتیجه گرفت درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان مؤثر است و می‌تواند در جهت کاهش مشکلات روانشناختی این بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: فعال‌سازی رفتاری، پذیرش و تعهد، شناخت‌درمانی، ذهن‌آگاهی، افسردگی، کیفیت زندگی، سرطان.

مقدمه

بیماری سرطان^۱، شامل گروهی از بیماری‌ها است که در آن سلول‌های غیر طبیعی بدون کنترل تقسیم می‌شوند و می‌توانند به سایر بافت‌ها آسیب بزنند (سانچیز-میگالون، سیگنات و سندروس-مادرانو^۲، ۲۰۲۳). در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا، سالانه به ۱۵ میلیون نفر برسد (شریستا^۳ و همکاران، ۲۰۱۸). بر طبق آخرین بررسی‌های آماری در ایران، سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث غیر عمد، سومین عامل مرگ و میر محسوب می‌شود؛ به طوری که سالانه بیش از ۳۰ هزار نفر از جمعیت کشورمان در اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهند و تخمین زده می‌شود در هر سال بیش از ۷۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان شناسایی شود (میراویسی و همکاران، ۱۴۰۲).

بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روان می‌شود (لیتر، کیم و گارب^۴، ۲۰۲۰). بیماران سرطانی علاوه بر درد و رنج جسمانی دچار مشکلات روانشناختی زیادی از جمله اضطراب^۵ و افسردگی^۶ نیز می‌شوند (هاون، اسکلیناروا و هارتمن^۷، ۲۰۱۴). این مشکلات روانشناختی بر

۱ Cancer

۲ Sánchez-Migallón, Seignot, Sendros Madroño

۳ Shrestha

۴ Leiter, Keim & Garbe

۵ Anxiety

۶ Depression

۷ Haun, Sklenarova & Hartmann

کیفیت زندگی^۱ آن‌ها اثرات منفی دارد(مولس^۲ و همکاران، ۲۰۱۸) و حتی منجر به طولانی شدن مدت بستری و اختلال در روند درمان آن‌ها می‌شود(لی و مارتیکین^۳، ۲۰۲۳).

اگرچه جراحی^۴، شیمی‌درمانی^۵، پرتودرمانی^۶ و هورمون‌درمانی^۷ به عنوان رایج‌ترین روش‌های مورد استفاده برای سرطان، میزان بقای این بیماران را افزایش داده‌اند(وهاپی ماشک، مجتبیایی، ۱۴۰۱)؛ اما این روش‌های درمانی به نوبه خود سبب بروز عوارض جانبی جسمی و روانشناختی زیادی می‌شوند. به طوری که بسیاری از این درمان‌های پزشکی، در ایجاد یا افزایش شدت افسردگی و علائمی مانند بی‌خوابی نقش دارند(ویمن، هال و هال^۸، ۲۰۲۳). از این رو، افسردگی از واکنش‌های شایع در بیماران مبتلا به سرطان است که با عدم احساس لذت، دوری کردن از دوستان یا خانواده، نداشتن انگیزه، کم یا زیاد شدن اشتها و وزن، کاهش انرژی و خستگی زودرس، اختلال خواب و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود(محمدزاده و همکاران، ۱۴۰۱).

از طرفی، بیماران معمولاً با شنیدن کلمه سرطان، دچار شوک یا عوارض روانی همچون(احساس خشم، ناامیدی، خستگی و درماندگی)، اختلالات روانپزشکی(افسردگی و اضطراب) و سایر مشکلات روانی-اجتماعی می‌شوند که این امر به کاهش کیفیت زندگی آن‌ها منجر می‌شود(اسپیگال و ریب^۹، ۲۰۱۵).

از این رو، امروزه تنها زنده ماندن بیماران سرطانی مد نظر نیست، بلکه بیماران خواهان یک زندگی با کیفیت مناسب هستند(پتریلو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). آنچه برای بیمار و خانواده‌اش در کنار درمان‌های معمول سرطان اهمیت دارد، تنها افزایش کمیت زندگی نیست، بلکه مهم آن است که بیمار با هر میزان طول عمر، دارای کیفیت زندگی مناسبی هم باشد(پورعبداله، جعفری و رجوشانی و نمودیان، ۱۴۰۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را به عنوان درک افراد از وضعیت زندگی، در قالب و ارزش‌های حاکم بر جامعه و در ارتباط با اهداف و انتظارات و علایق خود معرفی می‌کند. بر اساس این تعریف، کیفیت زندگی، ارتباط تنگاتنگی با وضعیت سلامت روانی دارد(سای، ورز و جانسن^{۱۱}، ۲۰۲۱).

در حال حاضر به دلیل تأکید بر کیفیت زندگی در برابر کمیت زندگی، افزایش سرسام‌آور هزینه‌های

۱ Quality of Life

۲ Mols

۳ Li & Martikainen

۴ Surgery

۵ Chemotherapy

۶ Radiotherapy

۷ Hormone therapy

۸ Wieman, Hall & Hall

۹ Spiegel & Riba

۱۰ Petrillo

۱۱ Cai, Verze & Johansen

مراقبت از سلامتی و شناسایی تفاوت در برآوردهای مراقبت‌های سلامتی، بر اهمیت مفهوم کیفیت زندگی بیش از گذشته افزوده شده است (کولینس، ساواس و دیرفلر^۱، ۲۰۱۹)؛ و در این رابطه رویکرد نوینی به نام کیفیت زندگی در تحقیقات پزشکی و اجتماعی مطرح گردیده است (چرنیشو^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). لذا کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی به عنوان یک موضوع مهم در مطالعات بیماری‌های مزمن، به ویژه سرطان مطرح است. در این زمینه، رویکردهای درمانی مختلفی برای کاهش مشکلات روانشناختی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران سرطانی به کار گرفته شده و گاهی از درمان‌های ترکیبی استفاده می‌شود.

درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری^۳ یکی از این مداخلات روانشناختی است. این رویکرد، نوعی رفتاردرمانی محض است که مبتنی بر تحلیل کارکردی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (جیکوبسون، مارتل و دیمیجیان، ۲۰۰۱). اثرمندی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت‌درمانی و دارودرمانی در درمان بیماران افسرده شدید برتری دارد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶). این درمان را می‌توان به صورت گروهی نیز اجرا کرد (گالن، اتلیس و مارلو اوکانر، ۲۰۰۳؛ پورتو، اسپیتس و اسمیت، ۲۰۰۴). درمان فعال‌سازی رفتاری از جمله درمان‌های اثربخشی است که می‌تواند برای درمان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی به کار رود (بی‌غم لعل آبادی، نریمانی و حاجی مرادی، ۱۴۰۱؛ ال پات، دلگادیلو و کلت^۴، ۲۰۲۲).

یکی دیگر از این مداخلات روانشناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۵ می‌باشد که از درمان‌های رفتاری موج سوم است. این درمان، نامش را از پیام اصلی‌اش می‌گیرد: «آنچه خارج از کنترل شخصیت است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش». هدف درمان پذیرش و تعهد، کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار، در عین پذیرش رنجی است که زندگی به ناچار با خود دارد (هایس^۶ و همکاران، ۲۰۱۳). درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد برای رسیدن به افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان از طریق پذیرش، تمرکز بر لحظه‌های حال و تعهد به ارزش ناشی از زندگی تلاش می‌کند (وهابی ماشک و مجتبیایی، ۱۴۰۱). تاکید این رویکرد درمانی بر پذیرش و ارزش‌ها (معنوی، شخصی و ...)، و زندگی کردن بر اساس ارزش‌های پذیرفته شده، آن را تبدیل به درمانی کرده که به طور ایده‌آلی، مناسب مبتلایان به سرطان است (کاریکلا و کانستنتینو^۷، ۲۰۱۰). پذیرش و تعهد رویکرد درمانی است که روی خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از طریق تضعیف

^۱ Collins, Savas & Doerfler

^۲ Chernyshov

^۳ behavioral activation group therapy

^۴ L.Pott, Delgadillo & Kellett

^۵ Acceptance and commitment therapy

^۶ Hayes

^۷ Karekla & Constantinou

اغراق آمیز شناخت‌ها و زبان ارزشیابانه، زمانمند و دقیق انسان تأکید می‌کند (کیم و همکاران، ۲۰۱۷). در این رویکرد تأکید بر این است که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد، چرا که فرآیند تقلا با افکار یا هیجانات مشکلات را بدتر می‌کند (ریک^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اثر معناداری در کاهش افسردگی بیماران سرطانی دارد (وایت و همکاران، ۲۰۱۵؛ جعفری، کردتمینی و کهرآزنی، ۱۴۰۰).

از سوی دیگر، مرور ادبیات پژوهشی بیانگر این است که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز، برای حل مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان بسیار امید بخش بوده‌اند (زیمرمن، بورل و جوردن^۲، ۲۰۱۸). یکی از این درمان‌ها، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. این رویکرد درمانی ترکیبی از اصول درمانگری شناختی و ذهن‌آگاهی برای جلوگیری از عود افسردگی و به صورت برنامه‌ای شامل کاربرد مهارت‌های ذهن‌آگاهی و مراقبه است (سوره و همکاران، ۱۴۰۲). شرکت‌کنندگان طی این برنامه می‌آموزند و خامت خلق و خوی خود را به رسمیت بشناسند و الگوهای نشخواری و افکار منفی را که به عود افسردگی می‌انجامد کنار بگذارند (فرستادوتیر و دورجی^۳، ۲۰۱۹). از طریق ذهن‌آگاهی، بیمار از احساس‌های استرس، اضطراب و افسردگی در بدن خود و علل آن‌ها، آگاهی پیدا کرده و افکار مغشوش مرتبط با این احساسات را کشف و مجزا می‌کند. همچنین یاد می‌گیرد که چگونه به وسیله تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، با این مشکلات کنار بیاید (تمپل^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

پژوهش‌های زیادی کارایی این رویکردهای درمانی را در بهبود مشکلات روانشناختی بیماران سرطانی نشان داده‌اند (جعفری، کردتمینی و کهرآزنی، ۱۴۰۰؛ وهابی، ماشک و مجتایی، ۱۴۰۱؛ سوره و همکاران، ۱۴۰۲)؛ اما کمتر پژوهشی به مقایسه اثربخشی این مداخلات روانشناختی بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی پرداخته است. از آنجا که رویکردهای درمانی همچنان با چالش‌های زیادی مانند مشکل عود بیماری یا نرخ بازگشت بسیار بالای افسردگی پس از بهبودی و گاهی مقاومت نسبت به درمان مواجه هستند (امیری و همکاران، ۱۳۹۹)، لذا بررسی نقاط ضعف و قوت روش‌های درمانی و مقایسه کارایی آن‌ها از ابعاد مختلف اهمیت فراوانی دارد.

از طرفی، با توجه به چند بعدی بودن مشکلات بیماران سرطانی و از آنجا که ابتلا به سرطان با نگرانی‌های وجودی و پیامدهای متعدد رفتاری، شناختی و هیجانی همراه است و می‌تواند فرد، خانواده و جامعه را از منظر روانی، اجتماعی و اقتصادی شدیداً مختل کند (براری بازیاخیلی، ابراهیمی، ۱۴۰۰)؛ نمی‌توان تنها بر روی یک رویکرد درمانی تمرکز کرد. لذا با توجه به چند بعدی بودن مشکلات بیماران

^۱ Rieke

^۲ Zimmermann, Burrell & Jordan

^۳ Frostadottir & Dorjee

^۴ Temple

سرطانی و تفاوت‌هایی که ممکن است بین مداخلات روانشناختی از نظر میزان اثربندی و با صرفه بودن وجود داشته باشد، پژوهش حاضر در صدد است تا به این سؤالات پاسخ دهد:

آیا اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان معنادار است؟

آیا بین اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از حیث هدف از نوع کاربردی و از حیث روش یک مطالعه مقطعی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری بود. جامعه آماری شامل کلیه ی افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهر بوشهر در آبان ماه ۱۳۹۹ تا فروردین ماه ۱۴۰۰ بود. از این جامعه ۴۰ نفر از بیماران که بر اساس غربالگری اولیه نمرات ۱۰ و بالاتر (افسردگی خفیف تا شدید) در پرسشنامه افسردگی بک و همچنین نمره ۵۰ و پایین‌تر (کیفیت زندگی نامطلوب و تا حدودی مطلوب) در پرسشنامه کیفیت زندگی کسب کردند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۰ نفری (سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل)، گمارده شدند. پس از اخذ رضایت شرکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و افسردگی بک (۱۹۹۸) به عنوان پیش‌آزمون بر روی کلیه ی شرکت‌کنندگان اجرا گردید. سپس افراد گروه آزمایش اول درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، گروه آزمایش دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش سوم نیز شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ده جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. اما افراد گروه کنترل، هیچ مداخله ی روانشناختی دریافت نکردند. به دلیل شرایط کرونایی مداخلات درمانی برای هر سه گروه آزمایش، به صورت ویدیوکال و از طریق اسکایپ برگزار گردید. در نهایت پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون بر روی کلیه ی شرکت‌کنندگان اجرا شد. به منظور پیگیری اثربخشی، پس از گذشت یک ماه از مرحله ی پس‌آزمون، کلیه ی شرکت‌کنندگان مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. یافته‌های حاصل، با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون‌های تعقیبی توکی و بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاک‌های ورود به پژوهش: ۱- افراد مبتلا به سرطان، ۲- دامنه ی سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، ۳- سطح تحصیلات حداقل سیکل، ۴- تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش ۵- امکان دسترسی و شرکت از طریق ویدیوکال. ۶- اخذ نمره ۱۰ و بالاتر (ابتلا به افسردگی خفیف تا شدید) در پرسشنامه افسردگی بک، ۷- کسب نمره کمتر از ۵۰ در پرسشنامه کیفیت زندگی (کیفیت زندگی نامطلوب و تا حدودی مطلوب)؛ ملاک‌های خروج: ۱- غیبت بیش از دو جلسه در مداخلات درمانی، ۲- عدم تمایل و رضایت

برای همکاری در هر مرحله از پژوهش.

قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها از شرکت‌کنندگان یک رضایتنامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و در رابطه با اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات، حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های علمی و امکان انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، آگاهی‌های لازم ارائه گردید. و به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه جلسات به صورت ویدیوکل و فایل پرسشنامه‌ها هم از طریق فضای مجازی ارسال می‌گردد.

ابزار گردآوری داده‌ها

۱- پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF ۳۶: این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو حیطه‌ی اصلی جسمی و روانی می‌باشد که ۸ خرده مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد: عملکرد جسمانی: یک خرده مقیاس ۱۰ سوالی است (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، درد بدنی: شامل ۲ سوال است (۲۱، ۲۲)، عملکرد پایین: شامل ۴ سوال است (۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶)، سلامت عمومی: شامل ۵ سوال است (۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶)، سرزندگی: یک خرده مقیاس ۴ سوالی است (۲۳، ۲۷، ۲۸، ۳۰)، عملکرد اجتماعی: خرده مقیاس ۲ سوالی است (۲۰، ۳۲)، نقش هیجانی: شامل ۳ سوال است (۲۴، ۲۶، ۳۱) و سلامت روانی: خرده مقیاس ۵ سوالی است (۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۵، ۲۹). این مقیاس شامل نمرات صفر تا ۵ می‌باشد. در ۱۱ سوال پرسشنامه، نمره‌ی صفر نشانگر بدترین و نمره‌ی ۵ بهترین حالت ممکن برای فرد است، و در ۲۵ سوال دیگر، نمره‌ی صفر بیانگر بهترین حالت ممکن برای فرد است. بنابراین ترتیب مقیاس اندازه‌گیری در ۱۱ سوال (۳۰، ۳۴، ۳۶، ۱، ۲، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۶، ۲۷) با نمره‌ی مربوط به اندازه‌گیری کیفیت کلی زندگی رابطه‌ی مستقیم و در ۲۵ سوال دیگر رابطه معکوس دارد. نمره‌ی کلی سوالات از صفر تا ۱۰۰ بوده که بسته به پاسخ افراد، سطح کیفیت زندگی مطلوب (بین ۷۱ تا ۱۰۰)، تا حدودی مطلوب (بین ۳۱ تا ۷۰) و نامطلوب (بین صفر تا ۳۰) برای آن‌ها در نظر گرفته شده است (عرفانی و جورابچی، ۱۳۸۳). در مطالعه جنیکسون و همکاران (۱۹۹۳) ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های هشتگانه SF ۳۶ بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. برای تعیین روایی آن از روایی همگرا استفاده شد که دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بدست آمده است (به نقل از بختیار، ۱۳۸۹).

۲- پرسشنامه افسردگی بک:

این آزمون با تأکید بر دو بعد رفتاری شناختی شامل ۲۱ سؤال است که به صورت خود گزارشی تکمیل می‌گردد و هر شاخص تست بک با چهار جواب صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شود که نمره صفر نشان دهنده عدم اختلال و نمره ۳ نشان‌دهنده شدیدترین حالت اختلال می‌باشد و نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است. برای تحلیل، نمرات افراد با هم جمع و افرادی که نمره آنان ۰ تا ۹ بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط

زن و مطالعات خانواده - شماره ۶۶ - زمستان ۸۱۴۰۴

و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. پایایی این آزمون ۰/۸۷ بدست آمده است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۹۸). استفان دابسون، محمدخانی و مساح چولابی (۱۳۸۶) روایی و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۳ عنوان کردند.

پروتکل فعالسازی رفتاری: شامل ده جلسه می‌باشد، ضمن اینکه درمانگر این اختیار را دارد که در صورت تشخیص با در نظر گرفتن جلسات اضافی درمان را ادامه داده تا فرصت بیشتری برای مرور و استمرار هرچه بهتر و کاملتر راهکارها، مفاهیم و حفظ منافع کسب شده فراهم گردد. جدول (۱) ساختار کلی جلسات درمان فعالسازی رفتاری را نشان می‌دهد:

جدول ۱. ساختار کلی جلسات درمان فعالسازی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
اول	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد. تشریح کامل هدف از دوره.
دوم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، رفع اشکال، بررسی تکلیف، نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف، اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)
سوم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف (فرم ۲)، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم ۳)
چهارم	بررسی تکالیف (فرم ۱)، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱)
پنجم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، قراردادهای (فرم ۴)، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
ششم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، قراردادهای: بررسی تکلیف (فرم ۴)، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
هفتم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲)
هشتم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳)، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
نهم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، قراردادهای: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۴)، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
دهم	بررسی تکلیف (فرم ۱)، بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)، آمادگی برای خاتمه (پایان دهی)

(گالن و همکاران، ۲۰۰۳).

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جدول (۲) ساختار کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان می‌دهد:

جدول ۲. ساختار کلی جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	۱- قبل از شروع جلسه هر آزمودنی پرسشنامه افسردگی بک (BDI) را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده‌است توجه ویژه‌ای شود. ۲- معرفی درمانگر و کمک درمانگر، معرفی اعضای گروه به یکدیگر (۱۵ دقیقه) ۳- توصیه‌ها و دستور العمل‌ها ۴- توضیح مختصر درباره طرح درمان (حدوداً ۱۰ دقیقه) ۵- بررسی منطق درمان (حدوداً ۲۰ دقیقه) ۶- بحث منطقی بیشتر درباره فاصله‌گیری جامع
دوم	مرور تکالیف خانگی مرور جلسه اول بحث بیشتر درباره منطق درمان تحلیل تمایل به کنترل افکار و احساسات
سوم	مرور تکالیف خانگی مرور جلسه دوم بحث بیشتر از کنترل افکار و احساساتی که نشان دهنده تمرینات فاصله گرفتن است. تحلیل تمایل به کنترل افکار و احساسات
چهارم	مرور تکالیف خانگی مرور جلسه سوم قبل از شروع جلسه هر آزمودنی BDI را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده‌است توجه ویژه‌ای شود. مثال کامپیوتر را برای شناسایی افکار افسرده‌زا بنویسد (حدوداً ۲۰ دقیقه) مثال قطعه‌های پنیر (حدوداً ۲۰ دقیقه)
پنجم	مرور تکالیف خانگی مرور جلسه چهارم ادامه تحلیل سرمایه گذاری شخصی در وقایع خصوصی. تمرینات خودآگاهی را ارائه دهید. (حدوداً ۳۰ دقیقه)
ششم	مرور تکالیف خانگی مرور جلسه پنجم

قبل از شروع جلسه هر آزمودنی BDI را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده است توجه ویژه‌ای شود. بحث بیشتر درباره شکاف و فاصله بین دلایل و علتها

صحبت در مورد تعهد شخصی

مرور تکالیف خانگی

مرور جلسه ششم

قبل از شروع جلسه هر آزمودنی BDI را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده است توجه ویژه‌ای شود. تعیین تکالیف خانگی (حدوداً ۲۵ دقیقه).

مرور تکالیف خانگی

مرور جلسه هفتم

قبل از شروع جلسه هر آزمودنی BDI را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده است توجه ویژه‌ای شود. تعیین تکالیف جدید (حدوداً ۴۰ دقیقه)

مرور تکالیف خانگی

مرور جلسه‌های فاصله‌گیر و در صورت نیاز تعیین تکالیف جدید

قبل از شروع جلسه هر آزمودنی BDI را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده است توجه ویژه‌ای شود. تعیین تکالیف جدید (حدوداً ۴۰ دقیقه) لیست فعالیت‌ها را برای انجام تکالیف خانگی، تغییر و تجدید نظر کنید.

جمع‌بندی مطالب

مرور تکالیف خانگی

مرور جلسه‌های فاصله‌گیر و در صورت نیاز تعیین تکالیف جدید

قبل از شروع جلسه هر آزمودنی BDI را تکمیل کند. هر کدام را مرور کرده و به مواردی که از خودکشی صحبت شده است توجه ویژه‌ای شود. تعیین تکالیف جدید (حدوداً ۴۰ دقیقه) لیست فعالیت‌ها را برای انجام تکالیف خانگی، تغییر و تجدید نظر کنید. ختم دوره درمان

پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جدول (۳) ساختار کلی جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را نشان می‌دهد:

جدول ۳. ساختار کلی جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
اول	• مرور و بررسی تکالیف خانگی پیش از مشاوره • مبحث اول: خوشامدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوطه • تمرین: آشنایی با یکدیگر • مبحث دوم: تفکر و احساس، قدیس، استانداردهای وضع شده ما برای خودمان و دیگران، تمثیل چمدان برای مراحل شناخت درمانی • تمرین: آرامش تصویری هدایت شده • تکلیف خانگی برای هفته بعد
دوم	۱- شرکت کنندگان دانش‌های زیر را به دست آورند: -مهم‌ترین جنبه‌های نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم -خصوصیات افکار خودآیند و چگونگی دست‌یابی به آنها -تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی مهم و امکان بازشناسی آنها در افکار خودتان ۲- شرکت کنندگان مقاومت‌های بالقوه خود را که ممکن است در برابر شناخت درمانی بروز دهند، بشناسند و برای مقابله با این مقاومت‌ها راهبردهایی را در نظر بگیرند. مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل
سوم	۱- آشنایی شرکت کنندگان با این نکته که افکارشان درست مثل پیامدهای هیجانی دارای پیامدهای رفتاری می‌باشد و هم چنین اینکه خود این پیامدهای رفتاری ممکن است ناکارآمد باشد. ۲- آموزش شرکت کنندگان در خصوص ماهیت طرحواره (باورهای مرکزی، اندیشه‌های، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌ها و افکار خودآیند و هم چنین آموزش روش پیکان رو به پایین برای شناسایی طرحواره‌ها مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل
چهارم	۱- کار بر روی پیکان‌های رو به پایین که هفته گذشته معرفی شد، ادامه دهید و مشکلاتی را که شرکت کنندگان هنگام به کارگیری روش پیکان رو به پایین برای تعیین طرحواره‌های منفی داشته‌اند، حل کنید. ۲- شرکت کنندگان باید بتوانند ده نوع از طرحواره‌های منفی رایج و معمول را تشخیص دهند و باورهایشان را درون آن ده طبقه معمول طبقه‌بندی کنند. مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل

زن و مطالعات خانواده - شماره ۶۶ - زمستان ۱۳۹۴

اهداف این جلسه بیشتر به شرکت کنندگانی مربوط می‌شود که به تصویر بزرگ یعنی فهم اینکه چطور باورهای منفی شان با یکدیگر مربوط می‌شوند، دست یافته‌اند. در پایان آنها فهرست اصلی باورهای منفی، نقشه‌های شناختی از این که چطور باورها با یکدیگر مرتبط هستند را تهیه می‌کنید و باورهایشان را بر روی مقیاس واحدهای ناراحتی ذهنی بر اساس شدت هیجان مرتبط با آنها درجه‌بندی می‌کنند.

پنجم

مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل

این جلسه دو هدف عمده دارد که هر دو شناختی هستند. اولین هدف این است که شرکت کنندگان این عقیده باید بپذیرند که باورها تغییر پذیر هستند. باورهای فرهنگی غالب طی تاریخ بشری تغییر می‌کنند و افراد هم چنین در طی زمان باورهایشان را تغییر می‌دهند.

هدف دوم این است که شرکت کنندگان بپذیرند که این امکان وجود دارد که آنها بتوانند به باورهایشان به طور عینی توجه کنند. هدف اول از طریق واداشتن شرکت کنندگان به اینکه مثال‌هایی بزنند از باورهایی که طی تاریخ بشری تغییر کرده‌اند و باورهایی که طی مدت زندگی شان تغییر کرده‌است، برآورد خواهد شد. این مسئله راه را برای این عقیده می‌گشاید که باورهایی که آنها در روش پیکان رو به پایین شناسایی کرده‌اند نیز می‌توانند تغییر کنند.

ششم

مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل

اهداف اصلی این جلسه فهم این مطلب است که باورها می‌توانند بر پایه تعدادی از معیارها ارزیابی شوند. این مساله تبیین میشود که باورها می‌توانند درجات متفاوتی از کارایی را داشته باشند و افراد برای سازماندهی رفتارهایشان مجموعه‌ای از باورها را بکار می‌گیرند که با باورهای دیگر و باورهایی که توسط افراد دیگر بکار گرفته میشوند تا حدودی سازگار و هماهنگ است.

هفتم

مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل

استفاده از آنچه یاد گرفتید برای روزهای آتی

آگاهی، پذیرش و حضور ذهن مزایایی دارند که عبارتند از: پاسخ به موقعیت‌ها به جای فرار و واکنش‌های خودکار از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای که در این مدت رخ داده‌اند. پذیرش برای برخی مهارت‌ها مانند سکوی پرش است که هدفش دنیای بیرونی و درونی شرکت کنندگان است. با تصمیم‌گیری هوشیارانه و حضور بدون از دست دادن کنترل و پذیرش موقعیت و در صورت امکان نگرش دوستانه به موقعیت و واکنش‌های خود، به احساس لذت و کنترل برسید.

هشتم

مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل

استفاده از آنچه یاد گرفتید برای روزهای آتی

آگاهی، پذیرش و حضور ذهن مزایایی دارند که عبارتند از: پاسخ به موقعیت‌ها به جای فرار و واکنش‌های خودکار از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای که در این مدت رخ داده‌اند. پذیرش برای برخی مهارت‌ها مانند سکوی پرش است که هدفش دنیای بیرونی و درونی شرکت کنندگان است. با تصمیم‌گیری هوشیارانه و حضور بدون از دست دادن کنترل و پذیرش موقعیت و در صورت امکان نگرش دوستانه به موقعیت و واکنش‌های خود، به احساس لذت و کنترل برسید.

نهم

مرور و بررسی تکالیف خانگی جلسه قبل

استفاده از آنچه یاد گرفتید برای روزهای آتی

آگاهی، پذیرش و حضور ذهن مزایایی دارند که عبارتند از: پاسخ به موقعیت‌ها به جای فرار و واکنش‌های خودکار از پیش برنامه‌ریزی شده‌ای که در این مدت رخ داده‌اند. پذیرش برای برخی مهارت‌ها مانند سکوی پرش است که هدفش دنیای بیرونی و درونی شرکت کنندگان است. با تصمیم‌گیری هوشیارانه و حضور بدون

دهم

از دست دادن کنترل و پذیرش موقعیت و در صورت امکان نگرش دوستانه به موقعیت و واکنش های خود، به احساس لذت و کنترل برسید.

(استیمز و همکاران، ۱۹۸۳).

یافته ها

در این قسمت، به ارائه ی شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش می پردازیم. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی را به تفکیک گروه و مرحله ی آزمون، نشان می دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی

متغیر	گروه	درمان فعال سازی رفتاری (BAT)		درمان مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)		درمان مبتنی بر (ACT) پذیرش و تعهد		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش آزمون	۱۶/۶۰	۲/۰۱	۱۷/۲۰	۲/۵۷	۱۶/۴۰	۲/۱۷	۱۷/۱۰	۲/۸۵
	پس آزمون	۱۳	۲	۱۳/۵۰	۱/۹۶	۱۲/۹۰	۲/۱۳	۱۷/۶۰	۲/۷۶
	پیگیری	۱۴/۵۰	۲/۴۱	۱۲/۲۰	۲/۴۸	۱۱	۱/۷۶	۱۸/۵۰	۲/۳۷
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۳۵	۶/۵۶	۳۴/۷۰	۶/۰۱	۳۳/۹۰	۴/۸۶	۳۳/۴۰	۵/۲۳
	پس آزمون	۳۹/۱۰	۵/۴۸	۴۰/۸۰	۶/۰۸	۴۲/۷۰	۴/۵۲	۳۴/۱۰	۵/۳۴
	پیگیری	۳۸/۲۰	۶/۱۱	۴۳	۴/۷۴	۴۴/۹۰	۴/۰۷	۳۳/۲۰	۵/۲۲

با توجه به نتایج مندرج در جدول (۱)، میانگین نمرات بیماران مبتلا به سرطان در متغیر افسردگی، در سه گروه درمان فعال سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله ی پس آزمون و پیگیری، در مقایسه با میانگین این نمرات در گروه کنترل و مرحله ی پیش آزمون پایین تر است. همچنین میانگین نمرات بیماران مبتلا به سرطان در متغیر کیفیت زندگی، در تمامی گروه های درمان در مرحله ی پس آزمون و پیگیری، در مقایسه با میانگین این نمرات در گروه کنترل و مرحله ی پیش آزمون بالاتر است. به همین ترتیب تفاوت هایی در بین میانگین نمرات گروه های درمانی در متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری مشاهده می شود.

با توجه به نتایج حاصل از بخش آمار توصیفی و به منظور مقایسه‌ی اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود افسردگی و کیفیت زندگی، یافته‌های حاصل در قالب فرضیه‌های پژوهش و با استفاده از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

فرضیه‌ی اول: اثربخشی درمان گروهی فعالسازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان معنادار است.

فرضیه‌ی دوم: بین اثربخشی درمان گروهی فعالسازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود دارد.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده می‌شود. جدول (۲)، نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر، برای نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل و مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، با تخمین اپسیلن فرض کرویت، ارائه شده‌است:

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی زمان در متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییر	اپسیلن	مجموعه مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مجذور اتا	معنی‌داری
افسردگی	زمان	فرض کرویت	۱۹۱/۶۲	۲	۹۵/۸۱	۲۷/۷۶	۰/۴۳	۰/۰۰۰۱
	زمان*گروه		۱۶۸/۵۱۷	۶	۲۸/۰۹	۸/۱۴	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱
	خطا		۲۴۸/۵۳	۷۲	۳/۴۵			
کیفیت زندگی	زمان	فرض کرویت	۷۴۳/۴۵	۲	۳۷۱/۷۲	۴۸/۳۷	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
	زمان*گروه		۴۰۱/۲۸	۶	۶۶/۸۸	۸/۷۰	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
	خطا		۵۵۳/۲۶	۷۲	۷/۶۸			

همانطور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود اثر اصلی زمان، معنی‌دار شده‌است. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش، در متغیر افسردگی ($P < ۰/۰۵$)، $F = ۲۷/۷۶$ و کیفیت زندگی ($P < ۰/۰۵$)، $F = ۴۸/۳۷$ ، از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار است. مجذور اتا برای نمرات افسردگی برابر ۰/۴۳ و برای نمرات کیفیت زندگی ۰/۵۷ است. به عبارت دیگر، ۴۳ درصد از تغییرات واریانس نمرات افسردگی و ۵۷ درصد از تغییرات واریانس

نمرات کیفیت زندگی ناشی از اثر اصلی زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بوده است. با این حال مشخص نیست که تفاوت نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، بین کدام یک از مراحل متغیر زمان (پیش آزمون-پس آزمون یا پیش آزمون-پیگیری یا هر دو حالت) معنی دار است. به منظور آگاهی از این موضوع، لازم است تا از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شود.

همچنین، نتایج مندرج در جدول (۲) برای اثر تعامل زمان*گروه، نشان می دهد که این اثر، برای متغیر افسردگی ($F=8/14$, $P<0/05$) و کیفیت زندگی ($F=8/70$, $P<0/05$) معنی دار است. به عبارت دیگر، تفاوت نمرات شرکت کنندگان گروه های آزمایش نسبت به گروه کنترل، در متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی، از زمان پیش آزمون تا پیگیری معنی دار بوده است. به منظور مشخص شدن آنکه تفاوت نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، بین کدام یک از مراحل متغیر زمان (پیش آزمون-پس آزمون یا پیش آزمون-پیگیری یا هر دو حالت) معنی دار است، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. جدول (۳) نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی را نشان می دهد:

جدول ۳- نتایج آزمون بونفرونی برای متغیر زمان

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
افسردگی	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۵۷	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	۲/۷۷	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	پیش آزمون-پس آزمون	-۴/۹۲	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون-پیگیری	-۵/۵۷	۰/۷۱	۰/۰۰۰۱

نتایج مندرج در جدول (۳) نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی در بین گروه های درمانی فعال سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در هر دو مرحله ی پس آزمون و پیگیری، نسبت به پیش آزمون معنی دار است ($P<0/05$).

جدول (۴) نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه گیری مکرر برای بررسی اثر اصلی گروه، یعنی مقایسه ی میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، در گروه های آزمایش (درمان فعال سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه کنترل را نشان می دهد:

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای اثر اصلی گروه در متغیر افسردگی و کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	معنی داری
افسردگی	گروه	۳۱۴/۹۶	۳	۱۰۴/۹۸	۱۱/۶۲	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
	خطا	۳۲۵/۱۷	۳۶	۹/۰۳			

زن و مطالعات خانواده - شماره ۶۶ - زمستان ۱۴۰۴

کیفیت	گروه	۸۴۶/۷۷	۳	۲۸۲/۲۵	۳/۹۱	۰/۲۵	۰/۰۱
زندگی	خطا	۲۵۹۵/۷۳	۳۶	۷۲/۱۰			

همان گونه که در جدول (۴) مشاهده می شود، نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه گیری مکرر برای بررسی اثر اصلی گروه، بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی ($F=۱۱/۶۲, P<۰/۰۵$) و کیفیت زندگی ($F=۳/۹۱, P<۰/۰۵$) در گروه های آزمایش و کنترل وجود دارد. اندازه اثر ۰/۴۹ برای متغیر افسردگی و ۰/۲۵ برای متغیر کیفیت زندگی، حاکی از آن است که ۴۹ درصد از تفاوت نمرات افسردگی و ۲۵ درصد از تفاوت نمرات کیفیت زندگی گروه های آزمایش و کنترل، ناشی از عضویت گروهی (تأثیر درمان های فعال سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، بوده است. با این حال به منظور تعیین اینکه، این تفاوت در بین کدام یک از گروه ها معنی دار بوده، لازم است تا از آزمون تعقیبی توکی استفاده شود.

در این قسمت به منظور مشخص شدن آنکه تفاوت در متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی در بین کدام یک از گروه های درمانی معنی دار بوده است از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. جدول (۵) نتایج آزمون تعقیبی توکی را نشان می دهد:

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه ی میانگین افسردگی و کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	مقایسه گروه ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
افسردگی	کنترل- فعال سازی رفتاری	۳/۰۳	۰/۷۷	۰/۰۰۲
	کنترل- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۳/۴۳	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	کنترل- پذیرش و تعهد	۴/۳۰	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	فعال سازی رفتاری- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۰/۴۰	۰/۷۷	۰/۹۵
	فعال سازی رفتاری- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۲۶	۰/۷۷	۰/۳۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۰/۸۶	۰/۷۷	۰/۶۸
کیفیت زندگی	کنترل- فعال سازی رفتاری	-۳/۸۶	۲/۱۹	۰/۳۰۷
	کنترل- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۵/۹۳	۰/۷۷	۰/۰۴
	کنترل- پذیرش و تعهد	-۶/۹۳	۰/۷۷	۰/۰۲
	فعال سازی رفتاری- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۰۶	۰/۷۷	۰/۷۸
	فعال سازی رفتاری- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۰۶	۰/۷۷	۰/۵۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱	۰/۷۷	۰/۹۷

با توجه به نتایج مندرج در جدول (۵)، تفاوت میانگین نمرات افسردگی، بین هر سه گروه آزمایش با گروه کنترل، معنی‌دار است ($P < 0.05$)؛ به عبارت دیگر، اثربخشی هر سه درمان مذکور در کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی معنی‌دار است.

همچنین، تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی، بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل، معنی‌دار است ($P < 0.05$)؛ ولی بین درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کنترل معنی‌دار نیست ($P > 0.05$).

تفاوت میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، بین هیچ یک از سه روش درمانی مذکور، معنی‌داری نیست ($P > 0.05$). بنابراین فرضیه‌ی دوم پژوهش رد می‌شود. به عبارت دیگر، بین اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان انجام گرفت. نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که هر سه مداخله‌ی درمانی، اثر معنی‌داری بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان دارد. به عبارت دیگر هر سه درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند اثر معناداری بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان داشته باشد.

این نتایج همسو با پژوهش‌های بی غم لعل آبادی (۱۴۰۱)، علیایی و همکاران (۱۴۰۱)، بنی‌اسدی و همکاران (۱۴۰۰)، می، لیتوین و آلگران (۲۰۲۲) و ویتز و همکاران (۲۰۱۸) می‌باشد. علیایی و همکاران (۱۴۰۱)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی افراد افسرده می‌شود. یافته‌های حاصل از پژوهش بنی‌اسدی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به صورت معنادار باعث کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران سرطانی شود. می، لیتوین و آلگران نیز در پژوهشی نشان دادند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان پذیرش و تعهد اثر معناداری در کاهش افسردگی بیماران پس از سکته مغزی دارد. ویتز و همکاران (۲۰۱۸) نیز در یک پژوهش فراتحلیل، مشاهده کردند که درمان‌های شناختی و رفتاری و درمان‌های نسل سوم (مثل اکت، مایندفولنس، رفتار درمانی دیالکتیکی، فعال‌سازی رفتاری و ...) اثر ماندگاری بر درمان افسردگی و به نسبت اثر ماندگاری کمتری بر اضطراب دارند.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت: دادن آگاهی در زمینه‌ی اختلالات و بیماری‌ها یکی از اصول درمان‌های موج سوم است. در این رویکردهای درمانی سعی می‌شود تا با دادن اطلاعات کافی در زمینه‌ی مشکلات (مثلاً: اضطراب شما ناشی از فعالیت خودکار سیستم اعصاب مرکزی تان می‌باشد) از بار روانی زیاد ناشی از سرکوبی این احساسات کاسته شود و با تمرکز بر فعالیت‌های واقع بینانه و با تکیه بر تمرکز زدایی مانع نشخوارهای فکری در مراجعین شود. دادن این آگاهی به مراجعین که اگر سعی در سرکوبی افکار و احساسات خود شوید و تعمداً مانع ورود آنها به ذهنتان شوید، آنها همچون بهمن بر سرتان آوار می‌شوند، رویکرد بسیار مناسبی برای آماده کردن مراجعین برای پذیرش افکار و احساسات شان می‌باشد. در رابطه با اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری می‌توان گفت این درمان با تشویق افراد به شروع کردن فعالیت «از بیرون به درون»، از آنها می‌خواهد که به جای عمل کردن بر اساس خلق، با فعالیت بر اساس یک هدف، آزمایشی را انجام دهند. بخش مرکزی فعال‌سازی رفتاری، آغاز کردن انجام فعالیت است؛ حتی زمانی که خلق و انگیزش پایین هستند (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). با درگیر شدن بیشتر فرد با فعالیت‌های شخصی و اجتماعی، روابط اجتماعی گسترده‌تر از قبل می‌شود و به احتمال بیشتری از تجارب مثبت برخوردار خواهد شد و این امر موجب احساس لذت و پیشرفت بیمار در زندگی می‌گردد و در نتیجه منجر به کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی او می‌شود.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران را نیز می‌توان از پیام اصلی آن استنباط کرد: «آنچه خارج از کنترل شخصی‌ات است را بپذیر و به عملی که زندگی‌ات را غنی می‌سازد، متعهد باش». در واقع بنای این رویکرد، بر ارزش‌ها و غنی‌سازی زندگی افراد استوار شده‌است. لذا درمانگر اکت (ACT)، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد و به بیماران در پذیرش درد و یا افکار مرتبط با آن و ارتقای جنبه‌های معنادار زندگی کمک می‌کند. از این رو بیمار به جای تلاش بی‌پایان بر علیه درد و بیماری، به سوی آنچه می‌توان تغییر داد (انجام فعالیت‌های ارزشمند، برای بهبود کیفیت زندگی) ترغیب می‌شود.

همچنین، ذهن‌آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در درمان‌های موج سوم است که بر اساس نتایج پژوهش‌ها، نقش مهمی در مدیریت استرس سرطان و کاهش رنج روانشناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌تواند ایفا کند (فیش و همکاران، ۲۰۱۴). استرس و نگرانی‌های افراد مبتلا به سرطان بیشتر جنبه‌ی ذهنی و شناختی دارد. در درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد آموزش داده می‌شود که تجربه کردن در لحظه‌ی حال را انجام دهند و به طور موقت از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متأثر از ترس‌ها و نگرانی‌های آینده است، رها شوند. همچنین این درمان به دنبال آن است تا نگرشی را در بیماران ایجاد کند که نسبت به تمامی امور (خوشایند و ناخوشایند)، پذیرش بدون داوری داشته باشند. این سطح بالا از ذهن‌آگاهی، با افزایش عواطف مثبت، انتظارات خلقی منظم و پذیرش خود همراه خواهد بود و باعث کاهش افسردگی افراد مبتلا به سرطان می‌شود.

با این حال تفاوت‌های نمرات کیفیت زندگی افراد برخوردار از درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کنترل در سطح معنی‌داری نبود. به عبارت دیگر، اگرچه نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه فعال‌سازی رفتاری در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به نمرات پیش‌آزمون آن‌ها افزایش معناداری پیدا کرد (اثرات درون گروهی)؛ اما تفاوت این نمرات نسبت به افراد گروه کنترل در سطح معناداری نبود (اثرات بین گروهی). این نتایج با پژوهش جعفری، صالحی و محمدخانی (۱۳۹۳) همسو می‌باشد. جعفری و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی به منظور مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی، به این نتیجه رسیدند که اگرچه هر دو مداخله درمانی باعث کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، نسبت پیش‌آزمون شده‌است (اثرات درون گروهی)، اما این تفاوت نسبت به گروه کنترل معنادار نبود (اثرات بین گروهی).

در رابطه با عدم معناداری تفاوت نمرات کیفیت زندگی گروه برخوردار از درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به گروه کنترل می‌توان گفت: کیفیت زندگی سازه‌ای است که زمان زیادی لازم است تا تغییر کند و یک یا دو ماه حضور در جلسات نمی‌تواند تغییرات زیادی در کیفیت زندگی افراد ایجاد کند. شرایط زندگی بیماران در بیمارستان یا در جلسات درمان با شرایط طبیعی زندگی بسیار متفاوت است. بنابراین، سطحی‌نگری است که انتظار داشته باشیم فرد مبتلا به سرطان که مدت طولانی با مشکلات و دردهای مزمن ناشی از بیماری خود مواجه بوده و طبیعتاً تلاش‌های ناموفق و شکست‌های زیادی در جریان مقابله با آن داشته، بتواند در مدت کوتاهی بر این ناکارآمدی و ناتوانی شکل گرفته از گذشته‌ی خود غلبه کرده و در برابر بیماری، خود را کارآمد ببیند. از سوی دیگر، لازمه‌ی تأثیر پایدار مداخلات روانشناختی، ازجمله فعال‌سازی رفتاری، تکرار و به کارگیری مهارت‌های آموخته شده در زمان طولانی و در موقعیت‌های مختلف زندگی توسط بیماران می‌باشد.

در نهایت، نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی فرضیه دوم پژوهش نشان داد که، بین سه درمان مذکور، از نظر میزان اثربخشی بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این نتایج با پژوهش ایزدی و همکاران (۱۳۹۳)؛ می، لیتوین و آلگران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد.

ایزدی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی باهدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، افسردگی و علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار به این نتیجه رسیدند که تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو درمان وجود ندارد و صرفاً اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی بیشتر بود.

اگرچه در پژوهش حاضر، تفاوت معنی‌داری بین میزان اثربخشی سه درمان فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود نداشت، اما نتایج حاکی از آن است

که به ترتیب میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان فعال‌سازی رفتاری، بر کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی بیماران بیشتر است. همچنین میزان یا مدت زمان ماندگاری نتایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی نسبت به درمان فعال‌سازی رفتاری بیشتر بود.

چنین به نظر می‌رسد که افراد مبتلا به سرطان به دلیل افسردگی ناشی از بیماری، دائماً به رخدادهای گذشته و اتفاقات ناگواری مثل مرگ که ممکن است در آینده برایشان رخ دهد، فکر می‌کنند. در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تأکید بر انعطاف‌پذیری روانشناختی، ایجاد ارتباط با زمان حال و تعهد نسبت به ارزش‌ها و عمل بر اساس آن، مراجع به سمت و سوی یک زندگی غنی و مبتنی بر ارزش‌ها سوق پیدا می‌کند. همین ویژگی‌ها می‌تواند دلیلی اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی در این بیماران باشد.

از سوی دیگر در تمرین‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی نظیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، بیماران آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود نظیر پیاده‌روی و تنفس تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاهی داشته باشند و هر گاه هیجان‌ها، حس‌ها یا شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت آن‌ها را مشاهده کنند. این مشاهده‌ی بدون قضاوت می‌تواند منجر به یک ارزیابی بهتر از ابعاد مختلف زندگی شده و نمرات کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد.

در حالی که درمان فعال‌سازی رفتاری بر مبنای نظریه‌ی رفتاری افسردگی و رفتار درمانی مبتنی بر تحلیل تابعی رفتار شکل گرفته و بر این باور است که الگوهای ناکارآمد اجتناب و عدم فعالیت، در گسترش و حفظ افسردگی نقش دارد و می‌تواند اثر منفی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشند. از این رو در همان ابتدا در صدد است تا بیمار را به استفاده راهبردهای مبتنی بر فعالیت به جای الگوهای اجتنابی، ترغیب می‌کند (ولیان^۱، ۲۰۱۷). یعنی از بیماران می‌خواهد تا با الگوهای رفتاری مشکل‌ساز روبرو شوند و با فعال‌سازی راهبردهای ساختار یافته و مسأله‌گشایی به جنگ با اجتناب بروند. به نظر می‌رسد این اقدامات به ویژه برای بیماران سرطانی که با مشکلات زیادی مواجه هستند و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی به سبک زندگی آن‌ها تبدیل شده‌است، کاری دشوار و زمان‌بر باشد. اما هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست؛ بلکه هدف آن کمک به مراجع برای ارتباط با تجاربش از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و پس از آن کاهش اجتناب است به گونه‌ای که بتواند به طور کامل با زندگی معنی‌دار و مبتنی بر ارزش درگیر شود (گیلفورد، ۲۰۱۱). شاید همین امر دلیلی بر اثربخشی کمتر این درمان به ویژه نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده‌است.

در پایان باید در نظر داشت که اگرچه درمان‌های موج سوم نظیر فعال‌سازی رفتاری، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل دارا بودن تکنیک‌های آگاهانه و به دور از

قضاوت می‌تواند در کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان اثرات سودمندی داشته باشد، اما تداوم این اثربخشی به ویژه در درمان فعال‌سازی رفتاری، مستلزم انجام تمرینات مستمر و گسترش تکنیک‌های روانشناختی در سراسر زندگی می‌باشد؛ به طوری که این رویکردهای درمانی، به یک سبک برای زندگی بیماران تبدیل شود.

بدون شک هر پژوهش و تحقیقی با توجه به ماهیت موضوع و طرح پژوهش، با محدودیت‌هایی مواجه است که در تعمیم نتایج باید آن‌ها را مد نظر قرار داد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست و مانند سایر مطالعات روانشناختی با محدودیت‌هایی روبرو بوده که از آن میان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: محدود بودن جامعه و حجم نمونه‌ی آماری و انتخاب روش نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش، تعمیم نتایج به سایر افراد و جوامع را دشوار می‌سازد. برگزاری جلسات به صورت مجازی؛ استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی، که ممکن است مشارکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های مبتنی بر تأیید اجتماعی یا اجتناب از بدنامی ترغیب کند. عدم بررسی نتایج مداخلات بر اساس جنسیت و دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر و با روش نمونه‌گیری در دسترس مورد ارزیابی قرار گیرد تا اعتبار اثربخشی این روش‌های درمانی با اطمینان بالاتری برآورد شود. جهت افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمان‌های گروهی فعال‌سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی سایر جوامع و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر مانند سرطان سینه، بیماری‌های قلبی و نقص دستگاه ایمنی (HIV) تکرار شود. پیشنهاد می‌شود در آینده در صورت فراهم شدن شرایط، جلسات آموزشی و درمانی به صورت حضوری برگزار شود. آموزش این نوع از مداخلات روانشناختی به پرستاران و روان‌پرستارانی که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی افراد مبتلا به سرطان مشغول به فعالیت هستند، می‌تواند کمک شایانی در بهبود افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران به همراه داشته باشد. با توجه به مشکلات فراوان بیماران سرطانی و آسیب‌هایی ناشی از این بیماری بر سلامت روان افراد مبتلا و حتی آشنایان و اطرافیان این بیماران، پیشنهاد می‌شود که مداخلات روانشناختی مانند فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک برنامه‌ی درمانی مکمل در جهت بهبود خلق و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در نهایت با توجه به ضرورت اجرا و همچنین تأیید اثربخشی مداخلات روانشناختی مذکور، پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با به کارگیری روانشناسان بالینی آموزش دیده و اجرای این مداخلات روانشناختی، زمینه‌ی کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران را فراهم سازند.

- ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عسگری، کریم؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. تحقیقات علوم رفتاری، ۱(۳۵): ۱۹-۳۳.
- امیری، سحر؛ احتشامزاده، پروین؛ حافظی، فریبا؛ برنا، محمدرضا (۱۳۹۹). مقایسه‌ی اثربخشی درمان فعال سازی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کارکردهای اجرایی یادگیری قوانین، بازداری تکانشگری و انعطاف پذیری در بیماران مبتلا به افسردگی. مجله علوم اعصاب شفای خاتم، ۹(۲): ۶۸-۷۸.
- براری باز یارخیلی، زهرا؛ ابراهیمی، صدیقه (۱۴۰۰). پیش بینی درماندگی روانشناختی و تحمل ناکامی بر اساس نارسایی هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه پرستاری، ۳۴(۱۲۹): ۹۶-۱۰۸.
- بنی اسدی فاطمه، پورشریفی حمید، برجعلی احمد و مفید بهرام. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان شناختی افراد مبتلا به سرطان پروستات طب پیشگیری، ۸(۱): ۱۲-۲۲.
- بی غم لعل آبادی الهه، نریمانی محمد، حاجی مرادی راضیه. (۱۴۰۱). فراتحلیل اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر میزان افسردگی نوجوانان، روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۳(۴۷): ۱۶۱-۱۷۴.
- پورعبداله، هما؛ جعفری ورجوشانی، نسرین؛ نمیدیان، معصومه (۱۴۰۱). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده و عوامل مرتبط با آن در شهر زنجان. سلامت جامعه، ۱۶(۳): ۲۷-۳۵.
- جعفری، سالم؛ کردتمینی، بهمن؛ کهرآزئی، فرهاد (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۸(۳): ۲۱۰-۲۱۹.
- خدایاری فرد، محمد؛ محمدی حاصل، کورش؛ دیده دار، مریم (۱۳۹۸). شناخت رفتار درمانگری یکپارچه شده با ذهن آگاهی: اصول و روش اجرا. انتشارات دانشگاه تهران.
- سوره، جمال؛ حاجلو، نادر؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر معنی و هدف در ارتقای رشد پس از آسیب و سازگاری روانی- اجتماعی بیماران مبتلا به سرطان پستان. رویش روانشناسی، ۱۲(۲): ۲۷-۳۸.
- علیایی زهرا، محمدی مسعود، انوری کاظم و حسینی سید ابراهیم (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، کیفیت زندگی و میزان کورتیزول سرم در افراد افسرده، زیست شناسی جانوری، ۱۴(۴): ۱۵۳-۱۶۹.
- محمدزاده، سلیمان؛ یوسفی، فایق؛ کمالی اردکانی، سارا؛ مرادویسی، برهان؛ سیدی نسب، سیده زهرا؛ طه زاده، سمیه (۱۴۰۱). بررسی شیوع افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان بستری شده در بخش انکولوژی بیمارستان بعثت سنج. مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۹(۵): ۶۶-۷۶.

- میراویسی، سحر؛ احمدیان، حمزه؛ مرادی، امید؛ قادری، بایزید (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه آموزشی مبتنی بر سازش با درد بر افسردگی و اضطراب بیماران سرطانی. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۱۰(۲): ۱۱۷-۱۰۷.

- وهابی ماشک، معصومه؛ مجتبابی، مینا (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵(۴): ۱۸۵۸-۱۸۶۹.

References

- American Cancer Society. (2014). The History of Cancer. Available from: www.cancer.org/the-history-of-cancer-pdf. Accessed December ۲۳.
- Beck, A. T, Steer, A. R, Garbin, G. (1998). Analysis of the psychometric parties of the Spanish version of the Beck depression inventory in Argentina. *Psychiatr Rev*, ۷۹(۳): ۲۷۵-۸۵.
- Cai T, Verze P, Johansen TE. (2021). The quality of life definition: Where are we going? *Uro*; 1(1):14-22. DOI: 10.3390/uro1010003
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., & Crits Christoph, P. (1998). Update on Emprically Validated Therapies, ll. *The Clinical Psychologist*, ۵۱, ۳-۱۶ .
- Chernyshov, P. V. Lallas, A. Tomas-Aragones, L. Arenbergerova, M. Samimi, M. Manolache, L. ... & Finlay, A. Y. (2019). Quality of life measurement in skin cancer patients: literature review and position paper of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Forces on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes, Melanoma and Non-Melanoma Skin Cancer. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(5): 816-827.
- DeSantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D. Kramer, J. L., Alteri, R., Robbins, A. S., & Jemal, A. (2014). Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. Article first published online: 1 JUN 2014 DOI: 10.3322/ caac.21235
- 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.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in

- Clients with Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.01099
- Gifford, E.V. Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior therapy*, 2011. 42(4):700-15.
- Gollan, J., Atlis, M., & Marlow-OConnor, M. (2003). Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). Unpublished manual, University of Chicago.
- Haun M, Sklenarova H, Hartmann M. (2014). Depression, anxiety and disease-related distress in couples affected by advanced lung cancer. *Lung Cancer*, 86(2): 274-280.
- Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, & Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*, 4(2):180-198.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford.
- Karekla M, & Constantinou M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4): 371-381.
- Kim MS, Kim SY, Kim JH, Park B, Choi HG. (2017). Depression in breast cancer patients who have undergone mastectomy: a national cohort study. *PLoS One*. 12(4): e0175395.
- L.Pott Jaime, Delgadillo & Stephen Kellett. (2022). Is behavioral activation an effective and acceptable treatment for co-occurring depression and substance use disorders? A meta analysis of randomized controlled trials, [*Journal of Substance Abuse Treatment*](#), Volume 132, January 2022, ۱۰۸۴۷۸.
- Leiter, U. Keim, U. & Garbe, C. (2020). Epidemiology of skin cancer: update ۲۰۱۹. *DDO DDO DDO DDO* ۱۲۶۸:۱۲۳-۱۳۹. DOI: ۱۰.۱۰۰۷/۹۷۸-۳-۰۳۰-۴۶۲۲۷-۷۱۶.
- Li P, Hu Y, Martikainen P. (2023). Pre-existing psychological disorders, diabetes, and pancreatic cancer: A population-based study of 38,952 Finns. *Cancer Epidemiology*, 82, 102307.
- Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dann R.(2010). Behavioral activation for depression: a clinician's guide. New York. The Guilford Press.
- May David, Litvin d, Boris and Allegrante John(۲۰۲۲). Behavioral Activation, Depression, and Promotion of Health Behaviors: A Scoping

-
- Review, Journal of Psychosomatic Research, [Impact Factor: 4.444 / 5-Year Impact Factor: 3.943](#)
- Mols F, Schoormans D, de Hingh I, Oerlemans S, Husson O. (2018). Symptoms of anxiety and depression among colorectal cancer survivors from the population based, longitudinal PROFILES Registry: Prevalence, predictors, and impact on quality of life. *Cancer*, 124(12), 2621-2628.
- Petrillo L, El-Jawahri A, Heuer L, Post K, Gallagher E, Trotter C, Plotke R, Temel J, Greer J. (2022). Quality of Life and Depression Symptoms in a Cross-Section of Patients with Advanced Lung Cancer before and During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic (RP322). *Journal of Pain and Symptom Management*, 63(6), 1079-1080.
- Porter, J. F., Spates, R., & Smitham, S. (2004). International Psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche. *Journal of affective disorders*, 90, 1-11.
- Rieke K, Schmid KK, Lydiatt W, Houfek J, Boilesen E, Watanabe-Galloway Sh. (2017). Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncol*, 65, 76-82.
- Sánchez-Migallón J, Seignot I, Sendros Madroño MJ. (2023). Prevalence of Obesity in Cancer Patients and Its Concordance with the Pathological History of the Clinical History of the Cancer Patient. *Clinical Nutrition ESPEN*, 54, 587.
- Segrin, C., Badger, T.A., Meek, P., Lopez, A.M., Bonham, E., & Sieger, A. (2006) Dyadic interdependence on affect and quality of life trajectories among women with breast cancer and their partners. *Journal of Social and Personal Relationships*. 23, 673-689.
- Shrestha AD, Neupane D, Vedsted P, Kallestrup P. (2018). Cervical cancer prevalence, incidence and mortality in low and middle income countries: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(2), 319-324.
- Spiegel D, Riba MB. (2015). Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J*, 21(1): 97-103.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M., & Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 331.
- Temple J, Salmon P, Smith CT, Huntley CD, Byrne A, Fisher PL. (2020). The questionable efficacy of manualized psychological treatments for distressed breast cancer patients: An individual patient data meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 80, 101883.

- ToonTab Haqiqi S, The quality of sex life among women with breast cancer in fertility ages, M.A thesis in midwifery, Tarbiyat Modarres University, ۲۰۱۹.
- Valian, A.M. The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Depression Symptoms and Cog-nitive-Behavioral Avoidance for Students. *Quarterly Journal of Social Work*, 2017. 5(4): 31-25.
- [Weitz](#), Kleiboer, van Straten & Cuijpers (۲۰۱۸). The effects of psychotherapy for depression on anxiety symptoms: a meta-analysis, 39, 241–254.
- Wieman ST, Hall KA, Hall DL. (2023). Treatment-related changes in insomnia, anticipatory pleasure, and depression symptoms: A proof-of-concept study with cancer survivors. *Sleep Medicine*, 103, 29-32.
- Zettle, R. D., & Raines, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 438-445.
- Zimmermann FF, Burrell B, Jordan J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: a systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 68-78.

Comparing the effectiveness of group therapy of behavioral activation, acceptance and commitment therapy and commitment with cognitive therapy based on mindfulness on depression and quality of life of people with cancer

Mohsen darbandi^۱, Naser Amini^{۲*}, Kamran Mirzaei^۳, Shahdokht Azadi^۴

Abstract

Cancer is a potentially fatal disease that is mainly caused by environmental factors and mutation of cellular genes. The present study was conducted with the aim of determining the difference between the effectiveness of behavioral activation group therapy and acceptance and commitment-based therapy (ACT) with cognitive therapy based on mindfulness on depression and quality of life of people with cancer. This research was applied in terms of purpose and in terms of method it was a semi-experimental cross-sectional study with a pre-test-post-test-follow-up design. The statistical population included all people with cancer referred to the oncology departments of hospitals and clinics in Bushehr city in November 2019 to April 2020. From this population, 40 people were selected by available sampling method and randomly assigned to four groups of 10 people (three experimental groups and one control group). After obtaining the consent of the participants and following the ethical principles, the quality of life questionnaires of the World Health Organization (1996) and Beck's depression (1998) were administered as a pre-test on all the participants. Then the participants of the first experimental group received behavioral activation group therapy, the second experimental group received therapy based on acceptance and commitment, and the third experimental group also received cognitive therapy based on mindfulness in ten ۹۰-minute sessions. But the participants in the control group did not receive any psychological intervention. Due to the pandemic conditions, therapeutic interventions were conducted for all three experimental groups in the form of video calls and through Skype. Finally, the aforementioned questionnaires were administered to all participants as a post-test. In order to follow up the effectiveness, after one month of the post-

۱ . Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

۲ . Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.
n.amini@iaubushehr.ac.ir

۳ . Community Medicine Specialist, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran. Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

۴ . Department of Psychology, Gachsaran Branch, Islamic Azad University, Gachsaran, Iran.

test phase, all the participants answered the questionnaires again. Finally, the findings of the mentioned questionnaires were analyzed using analysis of variance with repeated measurements and Tukey and Bonferroni post hoc tests. Based on the results of this analysis, the mean post-test scores of the patients of all three test groups in the variables of depression and quality of life had a significant decrease and increase, respectively, compared to the control group ($P < 0.05$). However, the difference in the effectiveness of the three mentioned treatments on reducing depression and increasing quality of life was not significant ($P > 0.05$). It can be concluded that group therapy of behavioral activation, therapy based on acceptance and commitment, and cognitive therapy based on mindfulness are effective in reducing depression and improving the quality of life of people with cancer and can be used to reduce the psychological problems of these patients.

Keywords: behavioral activation, acceptance and commitment therapy, depression, quality of life, cancer.