

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و معنویت‌درمانی بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

سارا محمدی‌زاده^۱، جواد خلعتبری^۲، حسن احدی^۳

و حمیدرضا حاتمی^۴

زنان مبتلا به سرطان پستان باید بتوانند با ضربه اولیه ناشی از دریافت خبر ابتلا به سرطان و پیامدهای خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، فردی آن و عوارض جانبی ناشی از اقدامات درمانی همچون تغییر در ظاهر جسمانی، تغییر در نقش‌ها و کارکرد اجتماعی مواجه شوند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و معنویت‌درمانی بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور طی یک طرح نیمه آزمایشی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه، ۶۰ نفر از میان زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش به صورت نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه آزمایش (سه گروه و یک گروه گواه) کاربندی شدند. گروه‌ها قبل و بعد از آموزش از نظر تصویر بدنی، استرس ادراک و کیفیت زندگی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل مانکوا نشان داد که رفتاردرمانی شناختی بیشتر از دو درمان دیگر و معنویت‌درمانی بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی و کیفیت زندگی موثر است، همچنین معنویت‌درمانی بیشتر از دو درمان دیگر و رفتاردرمانی شناختی بیشتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده موثر بوده است. به نظر می‌رسد درمان شناختی-رفتاری در کاهش استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و معنویت‌درمانی موثر تر است.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی- رفتاری، معنویت‌درمانی، کیفیت زندگی، استرس ادراک شده، تصویر بدنی و سرطان.

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین معضلات پزشکی در دنیای امروز است و سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و دومین عامل مرگ و میر پس از سرطان ریه در میان زنان جهان در کشورهای درحال توسعه و نیز در

۱. دپارتمان روان شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران (نویسنده مسوول)

۳. دپارتمان روان شناسی، واحد بین الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران

۴. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

کشورهای توسعه یافته به شمار می‌رود (احمدزاده، واعظی، سوداگر، بهرامی و گل محمدنژاد، ۲۰۱۹). اگرچه در پانزده سال اخیر شیوع سرطان پستان افزایش یافته، غربالگری‌ها، تشخیص زودرس و درمان‌های متعدد موجب کاهش مرگ و میر در این بیماران شده است. سرطان پستان به بیماری مزمنی تبدیل شده که عوارض ناشی از آن، بر کیفیت زندگی فرد تأثیرگذار است و موجب کاهش آن می‌شود (ماتسودا، یاماوکا، تانگو و همکاران، ۲۰۱۴).

کیفیت زندگی در این بیماران، متغیری است که نمی‌شود به راحتی از آن صرف‌نظر کرد (اوگاندر، شه، سالونک و همکاران، ۲۰۱۷) و به عنوان مفهومی چند بعدی است که شامل ادراک فرد از عملکرد و تندرستی است (باکلی، والتر و لی، ۲۰۱۶) و مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و فرد است (دی کاسترو، پانچیانو، منگتی، کرلینگ، ۲۰۱۲). وقتی از مفهوم کیفیت زندگی سخن به میان می‌آید نمی‌توان از استرس به عنوان یکی از مهمترین متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان غافل شد. در قلمرو مطالعاتی استرس، به جای تمرکز بر اندازه‌گیری عینی عوامل استرس‌زا، بر ارزیابی ذهنی استرس زندگی تأکید می‌شود (آرس، لبل و بایلا، ۲۰۱۴). در این روند تأکید می‌شود که اثر عوامل استرس‌زای زندگی بر افراد مختلف بر اساس ادراک آنها از عوامل استرس‌زا متفاوت است (هویت، فلیت و ماچر، ۲۰۱۵).

استرس ادراک شده به ارزیابی فرد از ویژگی‌های غیرقابل پیش‌بینی بودن و غیرقابل کنترل بودن عوامل استرس‌زا اشاره می‌کند (گلدن کروس، تورنتون و ولز-دی گریگوری و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر میزان استرس ادراک شده از سوی بیماران مبتلا به سرطان جراحی و شیمی‌درمانی‌های ممتد باعث از دادن پستان شده و نبود این نماد زنانگی در افراد باعث عدم پذیرش تصویر بدنی در زنان می‌شود و همین امر کاهش کیفیت جنسی و استرس بیشتر در این افراد را به دنبال دارد (لطفی کاشانی و سرافراز، ۲۰۱۴). از آنجا که سرطان پستان هویت زنانه را هدف می‌گیرد تأثیرات شدید روانی برای بیمار و خانواده او ایجاد می‌کند. تشخیص این بیماری و مراحل درمان آن تأثیرات بسیار در ابعاد جسمانی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی به دنبال دارد (اسفندیاری، جولایی، اصلی آزاد، ۲۰۱۵). تاکنون مداخلات متعددی برای مدیریت و کنترل یا تغییر عوارض رفتاری و روانی ناشی از سرطان پستان معرفی شده است. درمان شناختی رفتاری بر تغییر شناخت‌های سازش‌نا یافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به جای آن متمرکز است (باودادی، پورشرفی و لطفی کاشانی، ۲۰۱۵). پژوهش‌های مختلف تأثیر درمان شناختی رفتاری در درمان تصویر بدنی (مارکو، پرینا و بوتلا، ۲۰۱۲؛ گریفیتس و ویلیامسون، ۲۰۱۸) و خستگی مزمن و کیفیت زندگی (عبداللهی، ۲۰۱۷) بیماران مبتلا به

سرطان را نشان داده‌اند. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرایندهای پذیرش، ذهن آگاهی و تغییر رفتار و تعهد برای ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده در این بیماران است (هیز، پیسترلو و لوین، ۲۰۱۲). ورشوساز و کلانتری (۲۰۱۸) تاثیر این درمان را بر اضطراب این بیماران نشان داده‌اند. رویکردهای معنویت‌درمانی، درمانگران را تشویق می‌کنند که در درمان، مسایل مهم معنوی درمانجویان را در زمان مناسب مورد خطاب قرار دهند و در راستای استفاده از قدرت بالقوه‌ی ایمان و معنویت درمانجویان در درمان و بهبودی، از زبان و مداخله‌هایی استفاده کنند (ریچارد، هاردمن و برت، ۲۰۱۳). تاثیر معنویت‌درمانی نیز بر تصویر بدنی و احساس تنهایی (کشیری و فضلعلی، ۲۰۱۹)، تاب‌آوری (پورااکبران، محمدی و موسوی، ۲۰۱۹) عزت نفس و خودکارآمدی (درویشی، اتاقی و مامی، ۲۰۱۹) مورد تایید قرار گرفته است. با توجه به آنچه گفته شد در این پژوهش بر آن بودیم تا تاثیر درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان‌شناختی رفتاری و معنویت‌درمانی را بر استرس ادراک شده، کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان مقایسه کنیم.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان بود که به صورت در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات سرطان واقع در شهر تهران انتخاب و توسط پزشک متخصص معاینه، مصاحبه و تشخیص‌گذاری شدند. از این جامعه، بر اساس اندازه اثر ۰/۵۰ الفای ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۹، ۶۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به چهار گروه (سه گروه آزمایش) و یک گروه گواه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود در این پژوهش عبارت بود از سواد خواندن و نوشتن، طی شدن ۶ تا ۷ ماه از زمان تشخیص، نرسیدن بیمار به سطح چهارم و تجربه‌ی جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی و ملاک‌های خروج شامل نداشتن اختلالات روانی و سومصرف دارو و بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای مداخله بود. آزمودنی‌ها قبل و بعد از انجام هر یک از مداخلات با پرسشنامه‌ی تصویر تن فیشر^۱، فرم کوتاه شده پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه) (IRQOL)^۲ و مقیاس استرس ادراک شده (PSS)^۳ مورد ارزیابی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ی تصویر تن فیشر در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده ۴۶ ماده دارد. حیطه‌های مورد

سنجش در این آزمون شامل سر و صورت با ۱۲ ماده، اندام‌های فوقانی شامل ۱۰ ماده و اندام‌های تحتانی شامل ۶ ماده است. ۱۸ ماده دیگر، نگرش آزمودنی را نسبت به ویژگی‌های کلی بدن می‌سنجد. اعتبار و پایایی این آزمون توسط یزدان‌جو (امینیان، ۲۰۰۹) مورد تایید قرار گرفته است. در تحقیق حاضر، پایایی پرسشنامه‌ی تصویر بدنی با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۸۹ بود. فرم کوتاه شده پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (IRQOL) یک ابزار خودگزارشی است که توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. نسخه‌ی کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که به بررسی چهار بُعد اصلی یعنی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی می‌پردازد. پایایی و اعتبار این آزمون توسط نجات، منتظری، هولاکویی و همکاران (۲۰۰۶) مورد تایید قرار گرفته است. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ سلامت جسمانی ۰/۸۷، سلامت روانی ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۵۵، و سلامت محیط ۰/۷۴ بدست آمد.

مقیاس استرس ادراک شده (PSS) در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمرک و مرمستین، تهیه شد. این مقیاس برای سنجش عمومی استرس ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاشا (۲۰۱۱)، کلاین (۲۰۰۰)، و کوهن و کامارک و مرمستین (۱۹۸۳) اعتبار و پایایی این آزمون را مورد تایید قرار داده‌اند. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد.

شیوه اجرا

پروتکل اجرایی جلسات CBT (هاوتون، سالکورسکی، کرک و کلارک ۲۰۰۸) به مدت ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک جلسه تحت درمان اجرا شد. پروتکل اجرایی جلسات معنویت‌درمانی براساس پکیج تنظیمی وزیر و لطفی کاشانی (۲۰۱۹) و پروتکل اجرایی جلسات ACT براساس پروتکل تنظیمی هیز، استروسال و ویلسون (۲۰۱۵) اجرا شد.

برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش آماری مانکوا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از هجدهمین ویرایش نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

مؤلفه‌های توصیفی نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها و متغیرها در جدول

۱. ارایه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

به تفکیک گروه‌ها و متغیرها

پس‌آزمون		پیش‌آزمون			
sd	M	sd	M		
۲۰/۵۱۵	۱۵۱/۸۵	۲۱/۸۶۵	۱۲۷/۱۰	شناختی رفتاری	تصویر بدنی
۱۸/۶۶۴	۱۵۴/۶۰	۱۵/۰۸۴	۱۲۸/۹۵	معنویت	
۱۴/۵۶۹	۱۳۴/۵۵	۱۶/۷۸۸	۱۲۹/۲۰	تعهد و پذیرش	
۱۴/۸۲۰	۱۲۸/۹۵	۱۵/۰۱۵	۱۲۹/۱۰	کنترل	
۹/۴۴۵	۷۸/۹۵	۸/۸۵۰	۶۳/۰۰	شناختی رفتاری	کیفیت زندگی
۷/۶۴۳	۷۷/۹۰	۱۰/۳۸۲	۶۰/۱۰	معنویت	
۱۱/۳۳۹	۶۲/۶۰	۱۰/۳۸۲	۶۰/۱۰	تعهد و پذیرش	
۱۰/۳۸۲	۶۰/۱۰	۱۰/۳۸۲	۶۰/۱۰	کنترل	
۴/۱۰۳	۲۱/۱۰	۴/۷۲۷	۲۹/۱۵	شناختی رفتاری	استرس ادراک شده
۳/۸۴۳	۱۸/۱۵	۴/۸۸۴	۲۹/۲۰	معنویت	
۴/۸۱۵	۲۶/۶۵	۴/۲۵۶	۲۹/۷۰	تعهد و پذیرش	
۴/۸۷۰	۲۹/۱۵	۴/۸۸۴	۲۹/۲۰	کنترل	

بعد از بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس و تامین آن‌ها نمرات گروه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. خلاصه‌ی تحلیل کواریانس چند متغیری مقایسه گروه‌ها در

تصویر بدنی، کیفیت زندگی و استرس

منبع تغییرات	وابسته	SS	df	MS	F	Sig	مجدوراتا توان
گروه	تصویر بدنی	۹۳۸۲/۵۷۲	۳	۳۱۲۷/۵۲۴	۳۶/۹۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
	کیفیت زندگی	۴۲۰۹/۶۹۶	۳	۱۴۰۳/۲۳۲	۳۱/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
	استرس	۱۳۸۷/۳۰۸	۳	۴۶۲/۴۳۶	۵۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸

نتایج نشان داد بین گروه‌ها از نظر تصویر از بدنی تفاوت معناداری وجود دارد و اندازه اثر ۰/۶۲۰ و در متوسط به بالاست. بین گروه‌ها از نظر کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و اندازه اثر ۰/۵۷۸

است. یافته‌ها نشان می‌دهد بین گروه‌ها از نظر استرس ادراک شده نیز تفاوت معناداری وجود دارد و اندازه اثر ۰/۷۱۸ و است. در مقایسه‌های بونفرونی متوجه شدیم در تصویر بدنی، میانگین گروه رفتاردرمانی شناختی، به طور معناداری بیشتر از میانگین گروه تعهد و پذیرش و میانگین گروه کنترل است. میانگین گروه معنویت به طور معناداری بالاتر از میانگین گروه تعهد و پذیرش و گروه کنترل است. در کیفیت زندگی، میانگین گروه رفتاردرمانی شناختی به طور معناداری بیشتر از میانگین میانگین گروه تعهد و پذیرش و میانگین گروه کنترل است. میانگین گروه معنویت به طور معناداری بالاتر از میانگین گروه تعهد و پذیرش و گروه کنترل شده است. در استرس، میانگین نمرات استرس گروه رفتاردرمانی شناختی به طور معناداری بالاتر از میانگین گروه معنویت؛ کمتر از میانگین تعهد و پذیرش و کنترل شده است. میانگین گروه معنویت در استرس به طور معناداری کمتر از میانگین تعهد و پذیرش و گروه کنترل شده است. میانگین گروه تعهد و پذیرش نیز به طور معناداری کمتر از میانگین گروه کنترل است (جدول ۳).

جدول ۳. آزمون مقایسه‌های جفتی بونفرونی گروه‌ها در پس آزمون تصویر بدنی،

کیفیت زندگی و استرس

گروه	متغیرها	شناختی - رفتاری	معنویت	تعهد و پذیرش	کنترل
شناختی - رفتاری	تصویر بدنی (۱۵۱/۸۵)	-			
	کیفیت زندگی (۷۸/۹۵)	-			
	استرس (۲۱/۱۰)	-			
معنویت	تصویر بدنی (۱۵۴/۶۰)	۲/۰۷۷	-		
	کیفیت زندگی (۷۷/۹۰)	-۰/۳۱۱	-		
	استرس (۱۸/۱۵)	-۳/۵۰۲	-		
تعهد و پذیرش	تصویر بدنی (۱۳۴/۵۵)	-۱۸/۷۷۱	-۲۰/۸۴۸	-	
	کیفیت زندگی (۶۲/۶۰)	-۱۴/۱۷۳	-۱۳/۸۶۲	-	
	استرس (۲۶/۶۵)	۴/۹۱۲	-۸/۴۱۴	-	
کنترل	تصویر بدنی (۱۲۸/۹۵)	-۲۳/۷۸۱	-۲۵/۸۵۸	-۵/۰۱۰	-
	کیفیت زندگی (۶۰/۱۰)	-۱۶/۲۵۷	-۱۵/۹۴۶	-۲/۰۸۴	-
	استرس (۲۹/۱۵)	۷/۸۳۰	۱۱/۳۳۲	۲/۹۱۸	-

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر از نظر استرس ادراک شده، بین اثربخشی درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و معنویت درمانی تفاوت معناداری مشاهده شد. به طوری که معنویت درمانی از درمان شناختی-رفتاری و درمان پذیرش و تعهد در کاهش استرس ادراک شده زنان مبتلا به سرطان موثرتر عمل کرده است. درمان شناختی رفتاری از درمان پذیرش و تعهد اثربخشی بالاتری نشان داده است. همچنین هر سه درمان در کاهش استرس ادراک شده نسبت به گروه کنترل دارای اثربخشی معناداری بوده‌اند. یافته به دست آمده با نتایج پژوهش ورشوساز و کلانتری، ۲۰۱۸؛ رویز، ۲۰۱۲؛ پیلو، ۲۰۱۶؛ پالان، ۲۰۱۱؛ زتل، رینز و هیز، ۲۰۱۱؛ هالبرت، ۲۰۱۵) همسوئی دارد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد، از نظر تصویر بدنی بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و معنویت درمانی تفاوت معناداری مشاهده شد. به طوری که اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری از درمان پذیرش و تعهد موثر بوده است اما بین این اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنویت درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین هر سه درمان در بهبود تصویر بدنی نسبت به گروه کنترل دارای اثربخشی معناداری بوده‌اند. همچنین معنویت درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد در بهبود تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر عمل کرده است. یافته‌های به دست آمده با دیگر یافته‌های مشابه در این زمینه همسوئی دارد (مارکو، پرینا و بوتل، ۲۰۱۲؛ گریفیتس و ویلیامسون، ۲۰۱۸).

کشیری و فضلعلی (۲۰۱۹). در تبیین اثربخش تر بودن درمان رفتاری-شناختی نسبت به دو رویکرد دیگر در بهبود تصویر بدنی می‌توان گفت از آنجایی که در درمان رفتاری شناختی تاکید بر تغییر تفسیر فرد از رویدادهاست، درمان مبتنی بر این مفهوم ارایه می‌شود که تنها یک عضو پستان نمی‌تواند نماد هویت زنانگی، جدایت جنسی یا محبوبیت اجتماعی باشد بلکه تمامی این موارد به کل رفتار زنانه، رفتار جنسی و رفتار اجتماعی مربوط است. این تغییر در تفسیر می‌تواند نگرش فرد را نسبت به نقص عضو خود تغییر دهد. از طرف دیگر معنویت درمانی موجب می‌شود بیمار بیماری را حکمتی دانسته که از آن تجربه‌های مثبت دریافت می‌کند و قدر زندگی را به ظاهر منتسب نمی‌کند. زندگی را ارزشمندتر از زیبایی‌های ظاهری در نظر می‌گیرد و این امر موجب بهبود نگرش فرد نسبت به تصویر بدنی خود از طریق بزرگ ندیدن نقص عضو خود می‌شود و در پایان در تبیین اثر بخش تر بودن درمان شناختی-رفتاری نسبت به دو رویکرد دیگر می‌توان گفت که کاهش استرس که نتیجه‌ی تغییر تفسیر فرد از بیماری است موجب تقویت سیستم ایمنی و در نتیجه سلامت جسمی و روانی بیمار می‌شود (اکبری، ۲۰۱۵؛ کوینگ، ۲۰۱۲؛ چانگساتیاناسوپ، ۲۰۰۳).

براساس بخش دیگری از یافته‌ها از نظر کیفیت زندگی بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

درمان شناختی-رفتاری و معنویت درمانی تفاوت معناداری مشاهده شد. به طوری که اثربخشی معنویت درمانی و درمان شناختی رفتاری از درمان پذیرش و تعهد موثر بوده است، اما بین این اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و معنویت درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین هر سه درمان در بهبود کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل دارای اثربخشی معناداری بوده‌اند. همچنین معنویت درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر عمل کرده است. یافته‌های به دست آمده با دیگر یافته‌های مشابه در این زمینه همسویی دارد (رستمی، رسولی و کسای، ۲۰۱۹؛ عبدالحی، ۲۰۱۷؛ درویشی، اتافی و مامی، ۲۰۱۹). در تبیین اثر بخش‌تر بودن درمان شناختی-رفتاری نسبت درمان پذیرش و تعهد می‌توان گفت کاربرد روش‌های شناختی-رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی، فنون به چالش‌گیری و روش‌های تغییر باورهاست که به گونه‌ای مؤثر در کاهش اضطراب و افسردگی کاربرد دارند، زیرا رویکرد شناختی اذعان می‌دارد که حالت‌های تنش‌زا همچون اضطراب و افسردگی اغلب به وسیله تفکر سوگیرانه و افراطی، تداوم آنها و از راه تحریف در پردازش داده‌ها، شدت می‌یابد (هیز، ۲۰۱۳). در درمان معنوی نیز تغییرات شناختی و فکری مدنظر است؛ یعنی افراد به درک آگاهانه و منطقی از عالم، انسان، خدا، دنیای دیگر و ارتباط آنها با یکدیگر نایل می‌شوند؛ در هر دو روش درمانی بر رفتار و جنبه‌های عاطفی تاکید می‌شود. در رفتاردرمانی شناختی نحوه عملکرد و یا رفتار شدیداً بر الگوی افکار و عواطف تاثیر می‌گذارد و در درمان معنوی نیز تغییرات رفتاری و عاطفی مطرح است؛ بدین معنی که عملکرد افراد در جهت بخشش دیگران و اعمال اجتماعی سازنده و رضایت‌بخش برای خود و دیگران پیش می‌رود و هیجان‌های مثبت، لذت‌بخش، خوشایند، امیدوارکننده و شادی‌بخش رشد می‌یابند. شاید بتوان گفت که اساساً هم رفتاردرمانی شناختی و هم تغییر و توجه در معنویت، در درجه اول شامل نوعی واقع‌نگری است که شخص از زندگی ناخوش خویش آرایه می‌دهد و سپس نوعی تلاش برای تغییر سبک زندگی را در بر می‌گیرد (رایت و باسکو، ۲۰۰۵؛ به نقل از وزیری، ۲۰۱۸).

References

- Abdollahi, L. (2017). *The effect of cognitive-behavioral therapy on the quality of life and mental fatigue of women with polycystic ovary syndrome: a randomized controlled clinical trial*. Master Thesis, University of Tabriz.
- Ahmadzadeh, L., Vaezi, M., Sodagar, S., & Golmohammad Nazhad, G. R. (2019). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy Adopted for Couples Compared with Integrative Couple Therapy on Marital Conflicts of Couples with Breast Cancer. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*, 12(3), 47-59.
- Mehrabian, A. A., Esna-Ashari, F., Zham, H., Hadizadeh, M., Bohlooli, M., Khayamzadeh, M., & Akbari, M. E. (2010). Gastric cancer prevalence, according to survival data in Iran (National Study-2007). *Iranian journal of public health*, 39(3), 27.

- Arès, I., Lebel, S., & Bielajew, C. (2014). The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time. *Psychology & health, 29*(6), 651-670.
- Azizi, S., Rasoul Zade Tabatabaie, K., Janbozorgi, M. (2019). Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on Depression Taking into Account the Level of Psycho-Spiritual Development (Case Study). *Quarterly of Clinical Psychology Studies*. Ilameh Tabataba'i University, Vol 9, No 35, 147-172.
- Bavadi, B., Poursharifi, H., & LOTFIKASHANI, F. (2016). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based 8-step pattern of cash to improve psychological well-being of women with breast cancer.
- Buckley, S. A., Lee, S. J., & Walter, R. B. (2016). Measuring quality of life in acute myeloid leukemia: limitations and future directions.
- Chuengsatiansup, K. (2003). Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review, 23*(1), 3-15.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior, 385-396*.
- Darvishi, A., Otaghi, M., & Mami, S. (2020). The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. *Journal of religion and health, 59*(1), 277-288.
- De Castro, E. K., Ponciano, C., Meneghetti, B., & Kreling, M. (2012). Quality of life, self-efficacy and psychological well-being in Brazilian adults with cancer: A longitudinal study. *Psychology, 3*(04), 304.
- Esfandiari, Z., Joulaee, A., & Asli Azad, M. (2015). A comparison of body image, marital satisfaction, and public health among breast cancer patients with breast evacuation, breast keeping and normal people in Tehran. *Journal of health research in community, 1*(2), 63-71.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 48*(4), 189-204.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K.G. (2015) *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: The Guilford press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy, 44*(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40*(7), 976-1002.
- Hawton, K. E., Salkovskis, P. M., Kirk, J. E., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford University Press.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mosher, S. W. (1992). The Perceived Stress Scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 14*(3), 247-257.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care, 24*(1), 15-27.
- McGuire, S. (2016). World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer, WHO Press, 2015.
- Institute for Research, Education and Treatment of Cancer in Iran. (2011). <http://en.ncii.ir/breast-cancer#>
- Kashiri, P., & Fazlali, M. (2019). The Effectiveness of Spirituality Therapy on Body Image Concern and Loneliness in Nursing Students with Social Anxiety. *Islamic Life Journal, 3*(3), 0-0.
- Koenig, H. G. (2013). *Spirituality in patient care: Why, how, when, and what*. Templeton Foundation Press.
- Lotfi Kashani, F., Mofid, B., & Sarafraz Mehr, S. (2013). Effectiveness of spirituality therapy in decreasing anxiety, depression and distress of women suffering from breast cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology, 2*(27), 27-42.
- Marco, J. H., Perpiñá, C., & Botella, C. (2013). Effectiveness of cognitive behavioral therapy supported by virtual reality in the treatment of body image in eating disorders: one year follow-up. *Psychiatry Research, 209*(3), 619-625.
- Matsuda, A., Yamaoka, K., Tango, T., Matsuda, T., & Nishimoto, H. (2014). Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research, 23*(1), 21-30.

- Nejat, S. A. H. A. R. N. A. Z., Montazeri, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K. A. Z. E. M., & Majdzadeh, S. R. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Journal of school of public health and institute of public health research*, 4(4), 1-12.
- Ogundare, O. M., Shah, V. G., Salunke, S. R., Malhotra, R., Pati, S., Karmarkar, A., ... & Shah, M. V. (2017). Fifteen Dimensions of Health and their Associations with Quality of Life among Elderly in Rural Villages in Maharashtra, (India). *Indian Journal of Gerontology*, 31(1).
- Pallan, M. J., Hiam, L. C., Duda, J. L., & Adab, P. (2011). Body image, body dissatisfaction and weight status in south asian children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11(1), 21.
- Pargament, K. I. (2012). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. Guilford Press.
- Poorakbaran, E., Mohammadi GhareGhozlou, R., & Mosavi, S. M. R. (2019). The effect of group spirituality therapy on increasing resilience in women with breast cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(1), 1393-1402.
- Richards, P. S., Hardman, R. K., & Berrett, M. E. (2013). *Spiritual approaches in the treatment of women with eating disorders*. American Psychological Association.
- Rostami, M., Rasouli, M., & Kasaei, A. (2019). Comparison of the effect of group counseling based on spirituality-based therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on improving the quality of life the elderly. *Journal of Applied Counseling*, 9(1), 87-110.
- Jiménez, F. J. R. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358.
- Varshosaz, P., & Kalantari, F. (2019). A Double-Blind Randomized Controlled Trial on the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency, Anxiety and Perceived Stress in Women with Breast Cancer. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 5(4), 37-43.
- World Health Organization. (2013). *Global tuberculosis report 2013*. World Health Organization.
- Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behavior modification*, 35(3), 265-283.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 55), pp.7-16, 2020

Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy on perceived stress, body image and the quality of life of women with breast cancer

Mohammadizadeh, Sara

Dept. of Psy., Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Khalatbari, Javad

Dept. of Psy., Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Ahadi, Hassan

Dept. of Psy., Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

Hatami, Hamidreza

Dept. of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

Received: 2019/09/03

Accepted: 2019/12/20

Women with breast cancer should be able to deal with the initial impact of receiving news of a cancer diagnosis and its family, social, economic, and personal consequences, as well as the side effects of treatment measures such as changes in physical appearance, changes in roles, and social functioning. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy on perceived stress, body image and quality of life of women with breast cancer. For this purpose, during a semi-experimental approach with pretest-posttest with the control group, 60 women with breast cancer were selected as convenience sampling in Tajrish Hospital and randomly divided into four experimental groups (three groups and one control group). The groups were tested before and after training in terms of body image, perceived stress, and quality of life. The results of MANCOVA's analysis showed that cognitive behavioral therapy is more effective than the two other therapies and spiritual therapy is more effective than acceptance and commitment therapy on body image and quality of life; Also, spiritual therapy is more effective than two other therapy and cognitive behavioural therapy is more effective than acceptance and commitment therapy in perceived stress. Cognitive-behavioral therapy seems to be more effective in reducing perceived stress, body image, and quality of life in women with breast cancer than acceptance and commitment therapy and spiritual therapy.

Keywords: Commitment and Acceptance Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy, Spiritual Therapy, Quality of Life, Perceived Stress, Body Image and Cancer.

Electronic mail may be sent to: javadkhalatbaripsy2@gmail.com