

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast cancer

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در

زنان مبتلا به سرطان پستان

۱ (Corresponding Author)

1. Dr. Akram Dehghani Cham-Piri*

Assistant Professor, Department of Psychology,
Faculty of Humanities, Najafabad Branch, Islamic
Azad University, Najafabad, Iran.

ddehghani55@yahoo.com

2. Shirin Khoshab

M.A. in Clinical Psychology, Department of
Psychology, Faculty of Medicine, Najafabad Branch,
Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

نام نویسنده (نویسنده مسئول)

دکتر اکرم دهقانی چم پیری*

استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نجف آباد، دانشگاه
آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

شیرین خوشاب

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی،
واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

Abstract

Introduction and purpose: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast cancer.

Methods: This research was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of this research included women suffering from breast cancer who referred to the charity center of Imam Reza (AS) located in Mobarake city in 2023. From the mentioned statistical population, 40 people were randomly selected according to Delavar's proposal (2013) for the research and were placed in two experimental and control groups. The experimental groups did not receive any treatment during this period.

Tools: The Research tools in this research were Bund acceptance and action questionnaire, Temler's death anxiety questionnaire, Sullivan's pain catastrophizing questionnaire and Rosenstiel-kief's pain coping strategies questionnaire, which the subjects of both groups completed in two stages. Then the data obtained from the mentioned questionnaires were analyzed using SPSS-26 software and multivariate covariance analysis.

Results: The results of the data from the research showed that the treatment based on acceptance and commitment has an effect on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast cancer ($p < 0.0001$).

Conclusion: According to obtained results, it can be said that treatment based on acceptance and commitment reduce death anxiety and pain catastrophizing, as well as increasing pain coping strategies in women with breast cancer.

Keywords: Death anxiety, Pain Catastrophizing, Pain Coping strategies, Acceptance and Commitment, Breast cancer.

چکیده

مقدمه و هدف: بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

مواد و روش ها: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل، جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز خیریه امام رضا (ع) شهرستان مبارکه در سال ۱۴۰۲ بصورت تصادفی تعداد ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش طی دو ماه به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای با فواصل زمانی یکبار در هفته تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. آزمودنی ها در دو مرحله به پرسشنامه های اضطراب مرگ تمپلر، پرسشنامه فاجعه سازی درد سالیوان و پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد روزنشتاین-کیف پاسخ دادند که داده های حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS-26 و تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان اثر دارد ($p < 0.0001$).

نتیجه گیری: می توان عنوان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب مرگ و فاجعه پنداری درد و افزایش راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان می شود.

واژه های کلیدی: اضطراب مرگ، فاجعه سازی درد، راهبردهای مقابله با درد، درمان پذیرش و تعهد، سرطان پستان.

سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان و مانع بزرگی برای افزایش طول عمر است و سرطان پستان شایعترین سرطانی است که زنان را در سرتاسر جهان مبتلا می کند زنان پس از بلوغ در هر سنی ممکن است به این بیماری مبتلا شوند اما خطر با افزایش سن افزایش می یابد علیرغم پیشرفت تحقیقات این بیماری همچنان عامل اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در میان زنان است (۱). بیشتر سرطانهای پستان از نوع داکتال است یعنی سلولهایی که در مجاری قرار دارند (سرطان داکتال^۱). برخی از آنها در لوبول ها تشکیل می شوند (سرطان لوبولار^۲) و تعداد کمی در بخشهای دیگر پستان ایجاد می شوند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ حدود ۲/۳ میلیون مورد جدید در سراسر جهان به این بیماری مبتلا شده اند و در همین سال تعداد ۶۸۵۰۰۰ نفر از آنها فوت کرده اند (۲). متأسفانه آمار افراد مبتلا به این بیماری در تمام گروههای سنی رو به افزایش است و تاثیر بسزایی بر ابعاد مختلف زندگی بیماران و مراقبین و اطرافیان آنها دارد (۳). عوامل خطر سرطان پستان شامل سن، جنس، قد، وزن، نژاد سفید، میزان استروژن، بیماری خوش خیم پستان، تراکم بافتی پستان، عوامل هورمونی، عوامل باروری، سابقه شخصی و خانوادگی سرطان پستان، جهش ژنتیکی، قرار گرفتن در معرض اشعه یونیزه، سبک زندگی (مصرف الکل، سیگار، کار با شیفت شب) می باشند (۴). بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان های متعددی از جمله جراحی^۳، شیمی درمانی^۴، پرتو درمانی^۵، هورمون درمانی^۶ و ایمنی درمانی^۷ یا درمان بیولوژیکی^۸ قرار می گیرند (۴). زنان مبتلا به سرطان پستان با چالشهایی روبه رو هستند از جمله عوارض جانبی داروها، بار علایم مزمن و ناراحتی های روانی و عاطفی. سرطان یک بیماری مزمن است که با عوامل روانشناختی ارتباط تنگاتنگی دارد. این یک تشخیص ناراحت کننده است و در نتیجه تحقیقات قابل توجهی عواقب روانی ناشی از تشخیص و درمان سرطان پستان را بررسی کرده اند این بیماری با افزایش میزان افسردگی و اضطراب و همچنین کاهش کیفیت زندگی در ارتباط است. پیامدهای فیزیکی سرطان باعث می شود بیماران احساس کنند که در آستانه مرگ هستند (۵). اضطراب مرگ به عنوان یک احساس ناخوشایند تعریف می شود که منشا وجودی دارد و با فکر کردن به مرگ خود یا دیگران ایجاد می شود (۵). به عبارت دیگر اضطراب مرگ یک ترس دائمی غیر منطقی و بیمارگونه از مرگ است (۶). اضطراب مرگ با پیامدهای روانی منفی مانند افسردگی، وابستگی و ترس از رنج و مرگ همراه است (۷). آگاهی از واقعیت اجتناب ناپذیر مرگ و تضاد آن با میل شدید به بقا می تواند ترس شدیدی را در فرد ایجاد کند (۸). بنابراین بسیاری از بیماران از افکار تکرار شونده مرگ آشفته می شوند (۸). بطور خاص بیماران سرطانی در معرض خطر بالای اضطراب مرگ در مواجهه با انواع چالش ها هستند (۹). افراد مبتلا به سرطان پیشرفته نزدیک به مرگ هستند و ۲۳ درصد از آنها اضطراب مرگ را گزارش کرده اند (۱۰). اضطراب مرگ متوسط برای تشویق مشارکت در فعالیتهای مثبت و برانگیختن معنای زندگی فرد ضروری است. با این حال سطح غیر طبیعی بالای اضطراب مرگ ممکن است منجر به ناسازگاری، اضطراب و سایر اختلالات روانی (۱۱) و ایجاد اجتناب (۱۲) و تصمیم گیری پزشکی شود (۱۳). طبق انجمن بین المللی مطالعه درد، درد به عنوان یک تجربه حسی و احساس ناخوشایند مرتبط با آسیب واقعی یا بالقوه بافتی مرتبط یا شبیه به آن تعریف می شود (۱۴). این تعریف تصدیق می کند که حالات عاطفی و فرایندهای شناختی-ادراکی ممکن است شدت و مدت درد و همچنین کل تجربه درد را تعدیل کند (۱۵) درد یکی از ناتوان کننده ترین و ترسناکترین پیامدهای سرطان است (۱۶) و می تواند توسط سرطان (فشار تومور به اعصاب)، درمان سرطان و عوارض جانبی درمان (نوروپاتی، زخم های دهان، دردهای استخوانی شدید، آسیب های گوارشی شدید، سوختگی ناشی از پرتو درمانی و ...) و یا سایر روشها و آزمایشها ایجاد شود (۱۷، ۱۸). علیرغم در

¹ Ductal Cancer² Lobular CancerSurgery^۳Chemotherapy^۴Radiotherapy^۵Hormone Therapy^۶Immunotherapy^۷Biological Treatment^۸

دسترس بودن درمانهای دارویی و غیر دارویی موثر و دستور العمل های مدیریت درد مبتنی بر شواهد، درد سرطان، همچنان یک علامت چالش برانگیز در ارتباط با مدیریت ناکافی درد و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی و عملکرد است. به نظر می رسد درد مرتبط با سرطان روی جنبه های متعدد کیفیت زندگی بیماران سرطانی از جمله فعالیت های روزمره زندگی، کار، خلق و خو، عملکرد اجتماعی و کیفیت خواب اثر داشته باشد (۱۹). تحقیقات نشان داده است که درد همراه با سرطان به عنوان جنبه غیر قابل تحمل سرطان و ایجاد مشکلاتی در انجام فعالیتهای عادی روزانه، ناراحت کننده توصیف می شود (۱۹، ۱۶). در سالهای اخیر تحقیقات بسیاری نقش حیاتی عوامل روانشناختی را در تجربه درد تایید کرده اند (۲۰). در میان این عوامل فاجعه سازی درد^۱ به عنوان یکی از قویترین پیش بینی کننده های روانشناختی درد ظاهر شده است که منجر به سطوح بالاتر ناتوانی و افزایش مصرف داروهای ضد درد شده است. فاجعه سازی درد یک سبک واکنش شناختی منفی خاص است که مربوط به تجربیات دردناک واقعی یا پیش بینی شده است. این حالت با تمایل به نشخوار فکری در جنبه های تجربیات دردناک و اغراق آمیز احساس درد و اتخاذ موضع گیری درمانده نسبت به درد مشخص می شود (۱۷). فاجعه سازی درد یکی از عناصر کلیدی مدل ترس - اجتناب است که به عنوان یک مدل توضیحی برای مسیر منتهی به درد مزمن و ناتوانی پیشنهاد شده است (۱۵). ممکن است درد حاد به عنوان یک تهدید کننده و به عنوان یک فاجعه (فاجعه ساز درد) ارزیابی و تفسیر شود. در حالی که اولویت با کنترل درد است. سپس ترس ناشی از درد تکامل می یابد که منجر به رفتارهای اجتنابی و افزایش توجه به احساسات بدنی و منبع تهدید هوشیاری می شود. در نتیجه از فعالیتهای روزانه که انتظار می رود باعث ایجاد یا تشدید درد شود اجتناب می شود و دیگر انجام نمی شوند که منجر به محدود شدن فعالیتهای ناتوانی در عملکرد، پریشانی، افسردگی و عاطفه منفی می شود. در نتیجه فرد در یک دور باطل ترس مداوم و فزاینده و اجتناب ناکارآمد گرفتار می شود. این الگو به نوبه خود منجر به درد طولانی و مزمن و ناتوانی مرتبط با درد می شود که بطور همزمان کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی را کاهش می دهد و شدت تجربه درد را تشدید می کند (۲۱). گلاتلی و بک ۲۰۱۶ تاکید کرده اند که تفکر فاجعه آمیز ممکن است نقش مهمی در شرایط آسیب شناسی روانی داشته باشد جایی که یک رویداد شتاب دهنده باورهای فاجعه بار را فعال می کند. افراد تهدید درک شده را بزرگ می کنند، پیامدهای بالقوه منفی آن را اغراق می کنند و بدترین نتیجه ممکن را تصور می کنند و توجه بیش از حد به اطلاعات بالقوه تهدید کننده دارند. آنها قادر به ارزیابی مجدد شناخته های ناکارآمد نیستند. در واقع سطوح بالاتر فاجعه سازی درد با سوگیری تفسیر مرتبط با درد همراه بوده است (۲۲). در حالیکه سوگیری های توجهی و تفسیری برای محرکهای مرتبط با درد در افراد مبتلا به درد مزمن مشاهده شده است (۲۳). این سوگیری ها ممکن است نقش مهمی در شروع و حفظ درد مزمن داشته باشند. فاجعه سازی درد با کاهش کیفیت زندگی در گروههای ناهمگن از بیماران مبتلا به درد مزمن در بیماران سرطانی همراه است. بیماران مبتلا به سرطان استرس شدیدی در دوره بیماری تجربه می کنند که تا حد زیادی به دلیل بار علایم فیزیکی، پریشانی عاطفی، اختلال تصویر بدن و اختلال در فعالیتهای روزانه است. یک مطالعه نشان می دهد که این بیماری با انواع مختلف علایم جسمی این بیماران از علایم روانی متفاوتی مانند افسردگی، اضطراب همراه است آنها همچنین با ترس از مرگ و مسایل روحی مبارزه می کنند (۲۴). هنگامی که یک زن مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می شود مراحل خاصی از پاسخ های روانی را پشت سر می گذارد. برای تطبیق با این بیماری تغییر دهنده زندگی و اثرات آن اغلب برخی از آنها راهبردهای مقابله ای^۲ را اتخاذ می کنند (۲۵). مقابله فرایندی است که از طریق آن فرد با استرس برخورد می کند مشکلات را حل می کند یا تصمیم می گیرد. بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و خانواده هایشان اغلب مشکلات زیادی را تجربه میکنند و روشهای مختلفی را برای مقابله با آن اتخاذ می کنند هر فردی به چالش ها واکنش متفاوتی نشان می دهد و بطور منحصر به فردی با آن کنار می آید. مطالعات مختلف نشان می دهد که زنان مبتلا به سرطان پستان که روحیه مبارزه جویانه دارند برای بقا نسبت به زنانی که سازگارند یا درماندگی و ناامیدی را تجربه می کنند شانس بیشتری دارند (۲۶). در چنین شرایط استرس

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان
The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast

زا می توان از چندین راهبر مقابله ای استفاده کرد و راهبردهای اجرا شده هم به ارزیابی شناختی از موقعیت و هم ارزیابی شناختی فرد و وضعیت عاطفی او بستگی دارد (۲۷). برخی این راهبردها به دو دسته هیجان محور و مساله محور دسته بندی می کنند و برخی آنها را به دو دسته راهبردهای فعال و اجتنابی طبقه بندی می کنند (۲۷). راهبردهای اتخاذ شده توسط بیماران سرطانی ثابت نیستند و با مسیر بیماری تغییر می کنند. با پیشرفت بیماری بسیاری از این بیماران به پذیرش و مقابله مساله محور اما برخی از آنها مقابله منفی مانند انکار را اتخاذ می کنند. چنین راهبردهایی با پیامدهای متعددی از جمله تاثیر بر کیفیت زندگی، علایم افسردگی و اضطراب، درک پیش آگهی بیماری و مراقبت در پایان زندگی مرتبط هستند (۲۸). اگرچه شیمی درمانی، رادیوتراپی و هورمون درمانی میزان بقا این افراد را افزایش داده است اما این درمانهای رایج سرطان به نوبه خود عوارض کوتاه مدت و بلند مدتی را در این بیماران ایجاد می کند بطوری که بیماران مبتلا به سرطان پستان از طیف وسیعی از علایم و نشانه های جسمی، روانی و اجتماعی در طول فرایند تشخیص و درمان رنج می برند (۲۹). محققان بر این باورند که راهبردهای مقابله ای برای درک فردی از شدت درد و توانایی کنترل و تحمل درد و ادامه فعالیت های روزمره تاثیر می گذارد (۳۰). در نتیجه بیماران مبتلا به درد مزمن از راهبردهای مقابله ای مختلفی استفاده می کنند که برخی سازگار و برخی ناسازگار هستند. مطالعات انجام شده بر روی این بیماران مبتلا به درد مزمن نشان داده است که استفاده از راهبردهای مقابله ای فعال (مانند تلاش برای انجام وظایف علیرغم داشتن درد، عدم توجه به درد و استفاده از آرامش عضلانی) نتایج انطباقی دارد. استفاده از راهبردهای مقابله ای غیر فعال (وابستگی و اتکا به دیگران) برای کمک به کنترل درد و محدودیت فعالیت با افسردگی شدید، درد بیشتر و ناتوانی جسمی همراه است (۳۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ (ACT) یک رویکرد مبتنی بر شواهد نوظهور است که می تواند سلامت روان و مشارکت را از طریق پذیرش و فرایندهای ذهن آگاهی و فرایندهای تغییر رفتار در فعالیتهای ارزشمند شخصی برای زندگی ارزشمند ترویج دهد (۳۲). این درمان مبتنی بر یک مدل انعطاف پذیری روانشناختی است که شامل شش فرایند روانشناختی است. فرایندهایی که به عنوان مکانیسم های تغییر عمل می کنند: الف) پذیرش^۲ (باز بودن برای افکار و احساسات و خواسته ها همانطور که هستند)؛ ب) گسستگی شناختی^۳ (عقب نشینی یا جدا شدن از افکار و احساسات غیر مفید برای کاهش تسلط آنها بر رفتار)؛ ج) حضور و ذهن آگاهی^۴ (حفظ داوطلبانه و انعطاف پذیری تماس با لحظه حال)؛ د) مشاهده خود^۵ (خود پنداری انعطاف پذیر و چشم انداز)؛ ه) ارزشها^۶ (شناسایی و پیوند دادن ارزشها به رفتارها برای یک زندگی معنادار)؛ و) عمل متعهدانه^۷ (ایجاد الگوهای رفتاری برای زندگی معنادار، زندگی همسو با ارزشها) (۳۲). در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران مبتلا به سرطان پستان پژوهش های اندکی صورت گرفته که می توان به پژوهش های امانی (۳۳)، مجدی (۳۴)، دهقانی و همکاران (۳۵)، دانش نیا و همکاران (۳۶)، جوانشیر و همکاران (۳۷) اشاره کرد.

اولا تشخیص سرطان یا متاستاتیک^۸ آن یک شوک بزرگ برای بیماران است. مشکلات عاطفی، شناختی، رفتاری و جسمی ناشی از بیماری باعث افزایش باورهای فراشناختی آنها می شود در روند درمان اختلال ایجاد می کند. در درجه دوم اگرچه شیمی درمانی رادیوتراپی و هورمون درمانی میزان بقا این افراد را افزایش داده است اما این درمانهای رایج سرطان به نوبه خود عوارض کوتاه مدت و بلند مدتی را در این بیماران ایجاد می کند بطوری که بیماران مبتلا به سرطان پستان از طیف وسیعی از علایم و نشانه های جسمی، روانی و اجتماعی در طول فرایند تشخیص و درمان رنج می برند (۲۹). درمان و عوارض جانبی

^۱ Acceptance and Commitment Therapy

^۲ Acceptance

^۳ Defusion

^۴ Mind fullness

^۵ Self as content

^۶ Values

^۷ Committed action

^۸ Metastatic

تأثیرات اجتماعی و روانی بر آنها فوق العاده است. در درجه سوم هنگامی که یک زن مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده می شود مراحل خاصی از پاسخ های روانی را پشت سر می گذارد. در درجه چهارم درد حاد ممکن است به عنوان یک تهدید کننده ارزیابی و تفسیر شود. سپس ترس ناشی از درد تکامل می یابد که منجر به رفتارهای اجتنابی و افزایش توجه به احساسات بدنی و منبع تهدید هوشیاری می شود. در نتیجه فعالیتهای روزانه ای که تصور می شود باعث ایجاد یا تشدید درد شود اجتناب می شود و دیگر انجام نمی شوند و بیمار در یک دور باطل ترس-اجتناب قرار می گیرد. در درجه پنجم بیماران مبتلا به سرطان روشهای مختلفی را برای مقابله با آن اتخاذ می کنند هر فردی به چالش ها به شکل متفاوتی واکنش نشان می دهد و از راهبردهای مقابله ای متفاوتی استفاده می کند که راهبردهای اجرا شده به ۱- ارزیابی شناختی از موقعیت ۲- ارزیابی شناختی فرد و وضعیت عاطفی او بستگی دارد. با توجه به شدت علایم سرطان پستان و درجه بالای ناتوانی، محققان و درمانگران همواره به دنبال یافتن بهترین راه های موثر برای کاهش علایم جسمی و روانی این بیماران از یکسو و افزایش توانایی آنها از سوی دیگر بوده اند. برای درمانگران مهم است که دریابند چه درمانی در کوتاه مدت موثرتر است. در سالهای اخیر نقش عوامل روانی در بیماریها مورد توجه قرار گرفته است. مطالعه یک مداخله درمانی که دوره های استرس را در این بیماران متعادل می کند اضطراب مرگ و فاجعه پنداری درد را بهبود بخشد و به این بیماران کمک کند تا از راهبردهای مقابله ای سازگارتری برای درد استفاده کنند می تواند کیفیت زندگی آن ها را ارتقا دهد و در نهایت با توجه به کمبود مطالعات در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان و همچنین عدم انجام پژوهش در زمینه تأثیر درمان مذکور راهبردهای مقابله با درد در این بیماران این پژوهش با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای عنوان شده ضروری و حایز اهمیت است. امید است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این بیماران کمک کند تا راهبردهای مقابله مثبت تری اتخاذ کنند و بار علایم، سلامت روان، نتیجه درمان و کیفیت زندگی را بهبود بخشند.

با توجه به اینکه تاکنون درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام نشده این پژوهش به دنبال جواب این سوال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان اثر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود که در پاییز ۱۴۰۲ اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به کانون خیریه امام رضا (ع) واقع در شهرستان مبارکه در پاییز ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان بود که بصورت هدفمند انتخاب و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) از بین زنان شرکت کننده در این پژوهش تعداد ۵ نفر (۲۵ درصد) بین ۲۰ تا ۲۵ سال، تعداد ۶ نفر (۳۰ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ سال و ۹ نفر (۴۵ درصد) ۳۱ سال به بالا داشتند قرار گرفتند. ملاک های ورود به پژوهش دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، حداقل یک جلسه شیمی درمانی انجام شده باشد و ملاک های خروج از پژوهش داشتن هر یک از اختلالات بالینی، سابقه استفاده از هر نوع داروی روانپزشکی، سابقه استفاده از هر نوع خدمات مشاوره روانشناختی، غیبت بیش از ۲ جلسه طی درمان. در این پژوهش اصول اخلاقی از جمله توضیح اهداف پژوهش برای اعضا نمونه، حفظ رازداری، گمنام ماندن اعضا، کسب رضایت آگاهانه و اختیاری بودن پژوهش همچنین در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل افراد را رعایت نمود. علاوه بر این پژوهش حاضر دارای گواهی اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی شهر به شماره (IR.IAU.KHSH.REC.1402.042) است. روش آماری مورد استفاده در این پژوهش تحلیل کواریانس بود که با نرم افزار SPSS-26 انجام شد. ابتدا هر دو گروه آزمایش و کنترل به پرسشهای پرسشنامه ها به عنوان پیش آزمون پاسخ دادند، سپس گروه آزمایش مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته انجام گردید. در نهایت آزمودنی های هر دو گروه در مرحله پس آزمون به پرسشنامه ها پاسخ دادند. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از ۱- پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر: این مقیاس، پرسشنامه ای خود اجرایی متشکل از پانزده سوال بلی -

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان
The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast

خیر است و دارای ۳ مولفه اضطراب مرگ صرف، عامل عمومی، ترس از درد و جراحی است. پاسخ بلی نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره های این مقیاس از صفر تا پانزده است و نمره زیاد (نمره بالاتر از متوسط "نمره ۸") معرف درجه ی بالایی از اضطراب مرگ است. به این ترتیب نمره های این مقیاس بین صفر تا ۱۵ متغیر است که نمره بالا معرف اضطراب بالاتر افراد در مورد مرگ است. ساینو و کلاین (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرانباخ را برای عامل های سه گانه ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این مقیاس به دست آمده اند، به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده اند. همچنین پایایی پرسشنامه در پژوهش قاسم پور و همکاران (۱۳۹۱) با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۶۵ به دست آمد. در پژوهش رجبی و بحرانی (۱۳۸۰) برای بررسی روایی، از مقیاس اضطراب آشکار استفاده شد که نتیجه ۳۴٪ همبستگی را نشان داد (۳۸).

۲- پرسشنامه فاجعه سازی درد (PCS): این پرسشنامه دارای ۱۳ سوال بوده و هدف آن ارزیابی میزان وضعیت دردناکی است که توسط سالیوان و همکاران ساخته شد. متغیر فاجعه سازی درد، به عنوان متغیر شناختی - عاطفی مهم در زمینه تجربه ادراکی درد شناسایی شده است. ضمناً، این متغیر به عنوان یک متغیر منفی فاجعه انگیز شده، از طریق نشخوار ذهنی، بزرگ جلوه کردن و درماندگی نسبت به فرآیندهای دردناک، باعث ناتوانی در کنترل درد در افراد می شود. در این پژوهش منظور از فاجعه سازی درد نمره های است که پاسخ دهندگان به سوالات ۱۳ گویه ای پرسشنامه فاجعه سازی درد دریافت می کنند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت (به هیچ وجه، ۱؛ تاحدودی ۲؛ به طور متوسط، ۳؛ زیاد، ۴؛ همه اوقات، ۵) می باشد. این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ نمره گذاری شده است. با جمع نمرات پاسخ دهندگان به هر سوال یک نمره کل برای پرسشنامه بدست می آید. که مطابق با توضیحات زیر به تفسیر آنها پرداخته می شود.

- در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۳ تا ۲۶ باشد، میزان فاجعه سازی درد در این جامعه ضعیف می باشد.

- در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۲۶ تا ۳۹ باشد، میزان فاجعه سازی درد در سطح متوسطی می باشد.

- در صورتی که نمرات بالای ۳۹ باشد، میزان فاجعه سازی درد بسیار بالا می باشد.

در تحقیق سالیوان و همکاران، نشخوار ذهنی ۴۱ درصد واریانس کل، بزرگنمایی ۱۰ درصد واریانس کل و درماندگی ۸ درصد واریانس کل را تشکیل می دادند. محمدی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای خرده مقیاسهای نشخوار ذهنی، بزرگ نمایی و درماندگی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۶۰ و ۰/۷۹ و برای نمره کل مقیاس فاجعه سازی درد برابر با ۰/۸۷ گزارش کردند.

۳- پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد روزنشتاین و کیف (۱۹۸۳) که دارای ۴۲ سوال و شش مولفه بشرح زیر می باشد: توجه برگردانی، تفسیر مجدد درد، گفتگو با خود، نادیده انگاشت درد، فاجعه آفرینی، دعا-امیدواری. در جدول زیر ابعاد و شماره سوالت مرتبط به هر بعد ارائه گردیده است (۳۹).

جدول ۱- ابعاد راهبردهای مقابله با درد

بعد	توجه برگردانی	تفسیر مجدد	گفتگو با خود	نادیده انگاشت	فاجعه آفرینی	دعا-امیدواری
	درد	درد		درد		
سوالات	۱-۶	۷-۱۲	۱۳-۱۸	۱۹-۲۴	۲۵-۳۰	۳۱-۳۶
مربوطه						

با استفاده از ۲ سوال آخر می توان فهمید که بکار بستن این راهبردها تا چه حد توانسته است در مقابله با درد موثر بوده باشد. هر بعد نمره ای از ۰ تا ۳۶ خواهد داشت. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان دهنده آن است که پاسخ دهنده از آن راهبرد بیشتر در مقابله با درد استفاده می کند. از سوال ۳۷ تا ۴۲ در هیچ کدام از ابعاد جایی ندارند و به بررسی توانایی فعالیت با وجود درد می پردازند. در پژوهش روزنشتاین و کیف (۱۹۸۳) روایی محتوایی با استفاده از خبرگان این علم تایید شده است. روایی سازه نیز با استفاده از تحلیل عاملی در یک عامل به اثبات رسید. برای محاسبه پایایی آن از آلفای کرونباخ استفاده گردید که میزان

آن برای تمامی ابعاد بالای ۰/۷۰ گزارش شد. در این پژوهش با مراجعه به مرکز خیریه، موافقت و همکاری های لازم جهت انجام برنامه درمانی روی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گردید. سپس بیماران بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۳ نفر) و کنترل (۲۰) قرار گرفتند، ضمن توجیه آزمودنی ها و بیان اهداف پژوهش و اطمینان دادن به آنها از نظر محرمانه بودن اطلاعات از آنها درخواست شد تا در دوره شرکت کنند. قبل از شروع درمان به عنوان پیش آزمون آزمودنی های هر دو گروه پرسشنامه راهبردهای مقابله با درد پاسخ دادند. در جلسات بعد مشاوره گروهی طبق پروتکل درمانی که در ادامه ارائه می گردد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به مدت ۲ ماه با فواصل زمانی یکبار در هفته بر روی گروه آزمایش انجام شد. هر جلسه تکالیف مربوطه ارائه و ابتدای جلسه بعد بازخورد دریافت گردید. در مدت درمان گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات درمان آزمودنی های هر دو گروه مجدداً از نظر متغیرهای وابسته، به عنوان پس آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. جلسات درمان به صورت زیر انجام گردید:

جلسه اول: آشنایی با اعضا گروه و برقراری ارتباط درمانی، تبیین موضوع پژوهش، شرح قوانین گروه، توضیحاتی در مورد علائم و نشانه های بیماری، درمان و عوارض ناشی از درمان سرطان، شرح مختصر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. انتظارات افراد از درمان. جلسه دوم: بیان تفاوت بین درد و رنج، با استفاده از تمرین فهرست رنج های شما از آزمودنی ها خواست شد تا رنج و همچنین هر فکر، احساس و یا هیجانی که منجر به ناراحتی آنها شده را یادداشت کنند. برای ایجاد درماندگی خلاق که هدف اصلی جلسه دوم است سه سوال اساسی پرسیده شد: ۱- برای این مساله چه کارهایی تاکنون انجام داده اید؟ ۲- این روش به حل مساله شما کمک کرده است؟ ۳- این روش ها چه نتایج و چه پیامدهایی برای شما داشته است؟ در نهایت رسیدن به این بینش که بیمار تاکنون هر نوع تلاشی که برای مشکل خود انجام داده بی فایده بوده و از این پس بجای سرزنش خود شیوه های جدیدی را بکار گیرند تا وضعیت را تغییر دهد. با استفاده از استعاره به خرس صورتی فکر نکن، توپ در استخر به بیماران آموزش داده شد که سرکوب افکار، اجتناب از موقعیتهای و شیوه های دیگر کنترل فقط اهمیت و نقش آنچه او از آن اجتناب می کند را تقویت می کند و هدف این دوره یادگیری مهارتهایی است که با کمک آنها از رنج دور و به سرزندگی برسیم، ارائه تکلیف. جلسه سوم: دریافت بازخورد جلسه قبل، توضیح اینکه تجربیات یا درونی هستند یا بیرونی، تبیین اینکه تجربیات درونی که همان افکار، خاطرات، هیجانات و احساسات را نمی توان مانند وقایع بیرونی کنترل کرد، تشخیص راهبردهای ناکارآمد (کنترل وقایع درونی، سرکوب و فرار و ...) و پی بردن به بیهودگی آنها با استفاده از استعاره کیک شکلاتی یا توپ در استخر، سپس پذیرش وقایع دردناک و شرایط ناخوشایند که مطلوب ما نیستند بدون هیچ تلاشی برای تغییر یا کنترل آنها با استفاده از استعاره ببر گرسنه و نوزاد در هواپیما توضیح داده شد، در نهایت تفاوت مفهوم پذیرش و تحمل ارائه گردید، ارائه تکلیف. جلسه چهارم: دریافت بازخورد جلسه قبل، بیان مفهوم گسلش شناختی یا به عبارت ساده تر جدی نگرفتن افکار و درگیر نشدن با افکار، نشانه های درگیر شدن با افکار (افکاری که بر اساس قوانین، دلایل، قضاوت، گذشته، آینده و خود هستند) توضیح داده شد، استفاده از تکنیک های جدا شدن از افکار مانند: برگ شناور در رودخانه، اتاق با دو در و شنهای ساحل، ارائه تکلیف. جلسه پنجم: دریافت بازخورد جلسه قبل، تبیین و توضیح ذهن آگاهی با استفاده از استعاره شکلات، دلایل استفاده از ذهن آگاهی: ۱- از تاسف و پشیمانی گذشته و نگرانی آینده رها شویم. ۲- کمک می کند تا ارزش های شخصی را بشناسیم. ۳- رفتار و اعمال موثر و درست در مسیر ارزشها برای رسیدن به اهداف مان انجام دهیم، آموزش تکنیک های توجه آگاهانه به: ۱- تنفس ۲- خوردن ۳- امور روزانه ۴- فعالیتهای لذت بخش ۵- کارهای سخت، همچنین استفاده از تکنیک قاصدک که بر دردها و ناراحتی بدنی تاکید دارد، ارائه تکلیف. جلسه ششم: دریافت بازخورد از جلسه قبل، توضیح مفهوم خود به عنوان زمینه (مفهومی از خود است که از محتوای تجربیات شخصی فراتر می رود و در حال مشاهده و تجربه کردن درون و بیرون فرد است)، مشاهده خویشتن و برقراری تماس با خود با استفاده از استعاره صفحه شطرنج، انجام تمرین (خود را بطور معرفی می کنید) که قصد دارد تا جایگاه مراجع را به موقعیت ناظر و یا تجربه گر زندگی تغییر دهد. جلسه هفتم: تبیین مفهوم ارزش ها با این توضیح که ارزش ها چه چیزهایی نیستند: ۱- حالات درونی ۲- نحوه رفتار دیگران

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast

با ما ۳- تفاوت هدف و ارزش، انجام تمرین قهرمان زندگی برای شناسایی ارزش هایی مانند وفاداری، احساس مسئولیت، روابط اجتماعی قوی، صبر و استقامت تلاش و پشتکار و ...، دسته بندی ارزش ها به چند گروه (سلامتی، روابط، رشد شخصی، کار و تحصیل، شغل، معنویت و...) و ارایه تکلیف. جلسه هشتم: دریافت بازخورد جلسه قبل و بررسی ارزش های آزمودنی ها، پس از تعیین ارزش ها برای رسیدن به آن باید هدف گذاری کرده و به آن متعهد بود، عمل متعهدانه یعنی انجام فعال و هدف مدار رفتاری آشکار در مسیر حرکت بسوی ارزش ها، تفاوت اعمال موثر و ناموثر، استفاده از استعاره همسفران (که به مراجع کمک می کند درک کند برای رسیدن به هدف با هر ناملایمی درجا نزنند) و استعاره انتظار برای قطار اشتباه (مناسب زمانی است که احساس متوقف بودن و گیر افتادگی می کنید)، موانع موجود بر سر اعمال موثر: ۱- موانع درونی شامل: افکار، احساسات، هیجانات و خاطرات که با استفاده از تکنیک های پذیرش، عدم توجه به افکار، ذهن آگاهی، آگاهی از ارزش ها و ... می توان موانع درونی را مدیریت کرد. ۲- موانع بیرونی از قبیل: ضعف مهارت اجتماعی، کمبود بودجه، شریک زندگی غیر حمایتگر و ... که با استفاده از مهارت حل مساله قابل مدیریت هستند.

یافته ها

تعداد کل آزمودنی ها ۴۰ نفر بود که از این تعداد ۲۰ نفر در گروه کنترل (۵۰ درصد)، ۲۰ نفر در گروه آزمایش (۵۰ درصد) هستند. تعداد کل آزمودنی ها در گروه آزمایش ۲۰ نفر بود که از این تعداد ۵ نفر سن آنها بین ۲۰ تا ۲۵ سال (۲۵ درصد)، ۶ نفر سن آنها بین ۲۶ تا ۳۰ (۳۰ درصد) و ۹ نفر سن آنها ۳۱ سال و به بالا (۴۵ درصد) هستند. تعداد کل آزمودنی ها در گروه کنترل ۲۰ نفر بود که از این تعداد ۴ نفر سن آنها بین ۲۰ تا ۲۵ سال (۲۰ درصد)، ۸ نفر سن آنها بین ۲۶ تا ۳۰ (۴۰ درصد) و ۸ نفر سن آنها ۳۱ سال و به بالا (۴۰ درصد) هستند.

جدول ۲- نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمرات متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
فاجعه پنداری درد	۲/۹۸	۱	۳۸	۰/۰۹۵
راهبردهای مقابله با درد	۱/۷۵	۱	۳۸	۰/۱۹۷
اضطراب مرگ	۱/۲۱	۱	۳۸	۰/۸۱

با توجه به جدول ۲ نشان می دهد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره های دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۳- نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف	گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف
	آماره	درجه معنی داری	آماره	درجه معنی داری
		آزادی		آزادی
فاجعه سازی آزمایش درد	۰/۱۹۴	۲۰	۰/۰۵۶	کنترل
راهبردهای آزمایش مقابله با درد	۰/۱۴۸	۲۰	۰/۰۹۲	کنترل

اضطراب مرگ	آزمایش	۰/۲۱	۲۰	۰/۲۰	کنترل	۰/۳۱	۲۰	۰/۱۶
---------------	--------	------	----	------	-------	------	----	------

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

اگر رگرسیون ناهمگن باشد آنگاه کواریانس، تحلیل مناسبی نخواهد بود. فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کواریانس است (گیلز، ۲۰۰۲). لازم به توضیح است که در این پژوهش پس‌آزمون‌های راهبردهای مقابله با درد، اضطراب مرگ و فاجعه سازی درد به‌عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به‌عنوان متغیرهای کمکی تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون‌ها) و متغیرهای وابسته (در این پژوهش پس‌آزمون‌ها) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. آنچه موردنظر خواهد بود تعاملی غیر معنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریانس‌ها) است.

جدول ۴- نتایج آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های خط رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	مرحله:
		پیش‌آزمون - پس‌آزمون
		F
		معنی‌داری
		(تعامل)
فاجعه سازی درد	تعامل گروه * پیش‌آزمون	۰/۲۳۵
اضطراب مرگ		۱/۲۱
راهبردهای مقابله با درد		۲/۰۳
		۱/۴۷
		۰/۰۷۱
		۰/۰۸۹

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب‌خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی‌دار است. به عبارت دیگر، همگنی شیب‌خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکووا) بر روی میانگین پس‌آزمون نمرات اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، و راهبردهای مقابله با درد گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام	مقدار	DF	DF	F	سطح	اندازه اثر	توان آماری
آزمون	فرضیه	خطا	معنی‌داری				
آزمون اثر	۰/۸۱	۳	۳۴	۱۲/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
پیلایی							

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast

آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۹	۳	۳۴	۱۲/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۴/۳۴	۳	۳۴	۱۲/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۴/۳۴	۳	۳۴	۱۲/۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰

با توجه به جدول ۵ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیان‌گر آن هستند که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نمرات اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۱۲/۳$)؛ بنابراین فرضیه تأیید می‌گردد.

جدول ۶- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	P	اندازه اثر	توان آماري
اضطراب	پیش‌آزمون	۴۳/۸۶	۱	۴۳/۸۶	۴۰/۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
مرگ	گروه	۸/۹۴	۱	۸/۹۴	۸/۳	۰/۰۰۸	۰/۲۳	۰/۷۹۴
	خطا	۲۹/۰۶	۲۷	۱/۰۷				
فاجعه	پیش‌آزمون	۴۸/۰۰۲	۱	۴۸/۰۰۲	۵۱/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
پنداری درد	گروه	۳۴/۱	۱	۳۴/۱	۳۶/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	خطا	۲۵/۰۶	۲۷	۰/۹۲۸				
راهبردهای مقابله با درد	پیش‌آزمون	۵۶۲/۲۲	۱	۵۶۲/۲۲	۴۲۴/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰
	گروه	۳۷/۴۹	۱	۳۷/۴۹	۲۸/۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
	خطا	۳۵/۷۵	۲۷	۱/۳۲				

بر اساس نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره می‌توان گفت با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب مرگ تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۸$ و $F = ۸/۳$). به عبارت دیگر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین اضطراب مرگ گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش نمرات اضطراب مرگ در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۲۳ است. بر اساس نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره می‌توان گفت با کنترل پیش‌آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ فاجعه پنداری درد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۳۶/۷۳$).

به عبارت دیگر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین فاجعه پنداری درد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش نمرات فاجعه پنداری درد در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۷ است. بر اساس نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره می توان گفت با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ راهبردهای مقابله با درد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F = ۲۸/۳۱$). به عبارت دیگر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با توجه به میانگین راهبردهای مقابله با درد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش نمرات راهبردهای مقابله با درد در گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۱ است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. یافته های بدست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش نمرات اضطراب مرگ و فاجعه پنداری درد و همچنین افزایش نمرات راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان گروه مداخله گردید. این نتایج را می توان با مطالعات امانی (۳۳)، مجدی و همکاران (۳۴)، دهقانی و همکاران (۳۵)، دانش نیا و همکاران (۳۶)، جوانشیر و همکاران (۳۷) همسو دانست. در تبیین یافته های پژوهش میتوان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای اینکه به افراد راهبردهایی را آموزش دهد تا افکار و احساسات ناخواسته را کاهش یا تغییر دهند، به افراد آموزش میدهد تا با کسب مهارت از افکار و احساسات منفی آگاهی پیدا کنند و آنها را همانگونه که هستند، مشاهده کنند. این درمان با استفاده از فرایندهای پذیرش، ذهن آگاهی و فرایندهای تغییر رفتاری مراجعان را به سمت انعطاف پذیری روانشناختی سوق می دهد در نتیجه افزایش انعطاف پذیری روانشناختی باعث میشود تا سلامت روان مراجعان افزایش پیدا کند. این درمان برای ایجاد تغییر در درمانجویان از تکنیکهای پذیرش، عدم آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه، بودن در اینجا و اکنون، تعیین ارزش ها و عمل متعهدانه استفاده می کند. ابتدا درمانگر رفتارهای کنترلی و اجتنابی آزمودنی ها را بررسی می کند چرا که تلاش برای فکر نکردن یا اجتناب از موقعیتهای و احساسات منفی باعث ایجاد یک سری قواعد میشود که خاصیت خود تقویت کنندگی دارد. هرچه فرد تلاش می کند تا به موضوع فکر نکند، اندیشیدن به آن موضوع را افزایش میدهد. هرچه تلاش می کند تا از احساس کردن یک موضوع منفی جلوگیری کند یا از یک نتیجه منفی در آینده، اجتناب کند و باز هم باعث ایجاد احساسات منفی میگردد. راهبردهایی که مبتنی بر سرکوب و اجتناب هستند باعث میگردند که افکار منفی و اضطراب آور، ناراحت کننده و برداشتهای منفی دائم در ذهن مراجع بیدار بمانند. در مرحله اول درمانگر به مراجعان کمک میکند تا رفتارهای کنترلی و اجتنابی که تا کنون برای رهایی از افکار استرس آور، هیجانات منفی و افکار مرتبط با درد به کار میبردند را شناسایی کنند. مراجعین با کمک درمانگر کارایی این رفتارها و راه حلها را بررسی کرده و زیر سوال میبرند. هدف از این اقدام این است که مراجعان متوجه می گردند که راهبردهای اجتنابی و کنترلی شاید به طور موقت او را از شر افکار و احساسات ناخوشایند رهایی بخشد، ولی در طولانی مدت نه تنها مشکل را حل نکرده بلکه پیامدها و هزینه هایی برای او به همراه داشته است. با درک این حقیقت مراجعان رفتارهای کنترلی و اجتنابی را که در قبال استرس، درد و افکار و هیجانات منفی و خاطرات گذشته خود انجام میدادند، کنار بگذارند و آماده پذیرش و مواجهه با آنها بشوند. همچنین درمانگر در تلاش است تا همجوشی شناختی مراجعان با افکارشان را کاهش دهد. در همجوشی شناختی، انسان با رویدادها بر اساس کارکرد کلامی ناشی از آنها ارتباط برقرار میکند و نه کارکرد مستقیم آن. در این حالت رویداد و فکر کردن به آن رویداد در هم ادغام شده و نمیتوان آنها را از هم متمایز کرد. مثلاً وقتی بیمار مبتلا به سرطان با خود میاندیشد که: درد غیر قابل تحمل است، تصور می کند که این نتیجه گیری واقعی است نه یک جریان کلامی در حال انجام. این نوع تفکر برای فرد محدودیت

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد و راهبردهای مقابله با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان
The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast

ایجاد می کند و به نوبه خود باعث افسردگی، اضطراب و فاجعه سازی بیشتری می شود که باز هم موجب تایید مجدد این فکر می شود که درد غیر قابل تحمل است.

درمانگر با تکنیکهای گسلش شناختی به مراجعان یاد میدهد که افکار استرس آور، منفی و ترسناک که در مورد بیماری و درد خود دارند، واقعیت نیستند فقط افکار او هستند که از واژه ساخته شده اند به این ترتیب ارزش کلامی این افکار را برای بیمار از بین میبرد. همچنین درمانگر اکت با استفاده از تکنیکهای ذهن آگاهی به بیماران کمک میکند در زمان حال و اکنون باشند. بیماران متوجه میشوند که افکار نگران کننده مربوط به آینده، ترس از بیشتر شدن درد و بزرگنمایی آن و نگرانی ناشی از این افکار باعث میشوند که ارتباط فرد با زمان حال قطع شود و دائم درگیر افکار گذشته و آینده باشد. فرایندهای ذهن آگاهی مانند مراقبه باعث می شود فرد در تماس با زمان حال باشد در نتیجه از شدت افکار و هیجانات منفی کاسته شود. وقتی بیماران راهبردهای اجتنابی و فرار را کنار می گذارند و همجوشی شناختی با افکارشان کاهش یافته و با زمان حال ارتباط بیشتری برقرار می کنند، برای پذیرش افکار، هیجانات منفی و احساسات بدنی خود آماده میشوند. هر چه پذیرش افکار و رویدادها بیشتر شود استرس، درک درد و فاجعه سازی آن، افسردگی و ... کاهش می یابد بدین صورت که بیماران مبتلا به سرطان پستان از نزاع با افکار و احساسات و هیجانات منفی دست بر می دارند و آنها را به عنوان یک تجربه می پذیرند بدون اینکه قضاوتی در مورد آن داشته باشند. این بیماران همچنین در مسیر ارزش هایی که برای خود تعیین می کنند قدم بر می دارند. حرکت در یک مسیر ارزشمند و پایبندی به آنها به بیماران برای تغییر انگیزه بیشتری میدهد و به زندگی آنها شور و نشاط و معنا می بخشد و افکار و احساسات و هیجانات منفی بدنی آنها در مورد بیماری بیش از پیش کاهش می یابد. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند، در مدت زمان کوتاه باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می شود.

پژوهش حاضر شامل چند محدودیت بود که تلاش در جهت رفع آنها نتایج موثرتری در پی خواهد داشت که مهمترین آنها ازجمله محدود بودن نمونه به سن، جنس و تحصیلات، عدم کنترل متغیرهایی مانند وضعیت اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی آزمودنی ها، عدم امکان کنترل متغیرهای بالینی مانند میزان درد، جمع آوری اطلاعات پژوهش حاضر بر اساس مقیاس های خود گزارش دهی انجام شد که به دلیل دفاع های ناخودآگاه منجر به سوگیری در پاسخ و ایجاد خستگی در آزمودنی ها می شود. همچنین محدود بودن جامعه آماری به زنان مبتلا به سرطان در شهرستان مبارکه، تعمیم پذیری نتایج حاصل از آن به سایر جوامع با محدودیت رو به رو است. با توجه به محدودیت ها پیشنهادات می شود درجات بیماری در ملاک ورود در نظر گرفته شود. از جامعه آماری و نمونه وسیعتر استفاده شود تا میزان اثربخشی بطور دقیق تر بررسی شود. جهت بررسی پایداری تاثیرات درمانی، جلسات پیگیری با فواصل زمانی معین انجام گیرد. با توجه به مشکلات روانشناختی متعدد بیماران مبتلا به سرطان پیشنهاد می شود همزمان با شروع درمان های پزشکی، به منظور کاهش اثرات بیماری و همچنین درمان، در مراکز درمانی، درمان روانشناختی نیز انجام گردد. پژوهشگران و درمانگران در مراکز درمانی با بهره گیری از نتایج این مطالعه می توانند شناخت دقیقتر و کاملتری از ویژگیهای روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان دست یابند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از مدیریت خیریه امام رضا (ع) واقع در شهرستان مبارکه و بانوان مبتلا به سرطان پستان شرکت کننده در این پژوهش و همه بزرگوارانی که در انجام این مقاله نقش داشته اند اعلام می دارند.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

منابع

1. Lei S, Zheng R, Zhang S, Wang S, Chen R, Sun K, et al. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Commun.* 2021;41:1183–94.

۲. Alagizy HA, Soltan MR, Soliman SS, Hegazy NN, Gohar SF. Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience. *Middle East Current Psychiatry*. 2020;27(1):29.
۳. Brown AJ, Shen MJ, Ramondetta LM, Bodurka DC, Giuntoli RL 2nd, Diaz-Montes T (2014) Does death anxiety affect end-of-life care discussions? *Int J Gynecol Cancer* 24(8):1521–1526.
۵. Razban, F., Mehdipour-Rabori, R., Rayyani, M., ۲۰۰۲۶; , & Mangolian Shahrababaki, P.(2020). Meeting death and embracing existential loneliness: A cancer patient's experience of being the sole author of his life. *Death Studies*. Advance online publication.<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725932>.
۶. Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D., ۰۰۲۶; , & Barclay, S. (2015). Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(3), 335–342.e2.
۷. Jani, S., Molaei, M., Jangi, G., ۰۰۲۶; , & Pouresmali, A. (2014). Effectiveness of cognitive therapy based on religious beliefs on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22(5), 94–103.
۸. Jani, S., Molaei, M., Jangi, G., ۰۰۲۶; , & Pouresmali, A. (2014). Effectiveness of cognitive therapy based on religious beliefs on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 22(5), 94–103.
۹. Dadfar, M., Lester, D., Abdel-Khalek, A. M., ۰۰۲۶; , & Ron, P. (2018). Death anxiety in Muslim Iranians: A comparison between youths, middle adults, and late adults. *Illness, Crisis & Loss*. Advance online publication.
۱۰. Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2004;22(21):4255-60.
۱۱. Neel C, Lo C, Rydall A, Hales S, Rodin G (2015) Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* 5(4):373–380.
۱۲. Mohammadpour A, Sadeghmoghadam L, Shareinia H, Jahani S, Amiri F (2018) Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clin Interv Aging* 13:405–410.
۱۳. Furer P, Walker JR (2008) Death Anxiety: a cognitive-behavioral approach. *J Cogn Psychother* 22(2):167–182.
۱۴. Sinof G (2017) Thanatophobia (death anxiety) in the elderly: the problem of the child's inability to assess their own parent's death anxiety state. *Front Med (Lausanne)*.
۱۵. Ranieri J, Guerra F, Di Giacomo D. Role of Metacognition Thinking and Psychological Traits in Breast Cancer Survivorship. *Behav Sci (Basel)*. 2020;10(9):135.

The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on death anxiety, pain catastrophizing and coping strategies in women with breast

- ۱۶ Lowry SJK, Kapphahn K, Chlebowski R, Li CI. Alcohol use and breast cancer survival among participants in the Women's Health Initiative. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2016;25:1268-1273.
- ۱۷ Poschner SM-S, Zehl A, Wackerlig M, et al. The impacts of genistein and daidzein on estrogen conjugations in human breast cancer cells: a targeted metabolomics approach. *Front Pharmacol*. 2017;8:699.
- ۱۸ Barnett GCS, Shah M, Redman K, Easton DF, Ponder BAJ, Pharoah PDP. Risk factors for the incidence of breast cancer: do they affect survival from the disease? *J Clin Oncol*. 2008;26:3310-3316.
- ۱۹ Lo, C., Zimmermann, C., Rydall, A., Walsh, A., Jones, J. M., Moore, M. J., Shepherd, F. A., Gagliese, L., & Rodin, G. (2010). Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 28(18), 3084–3089.
- ۲۰ Brown AJ, Shen MJ, Ramondetta LM, Bodurka DC, Giuntoli RL 2nd, Diaz-Montes T (2014) Does death anxiety affect end-of-life care discussions? *Int J Gynecol Cancer* 24(8):1521–1526
- ۲۱ de Cicco P, Catani MV, Gasperi V, Sibilano M, Quaglietta M, Savini I. Nutrition and breast cancer: a literature review on prevention, treatment and recurrence. *Nutrients*. 2019;11:1514.
- ۲۲ Wu T, Hsu FC, Wang S, Luong D, Pierce JP. Hemoglobin A1c levels modify associations between dietary acid load and breast cancer recurrence. *Nutrients*. 2020;12:578.
- ۲۳ Javad Khalatbari, Hassan Ahadi, Hamidreza Hatami, Sara Mohammadi* Comparing the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment, cognitive-behavioral therapy and spiritual therapy on perceived stress, body image and quality of life of women with breast cancer *Thought and Behavior Quarterly in Clinical Psychology*, serial 55 (Spring 2019)
- ۲۴ Tretli SS, Schwartz GG, Torjesen PA, Rødsahl TE. Serum levels of 25-hydroxyvitamin D and survival in Norwegian patients with cancer of breast, colon, lung, and lymphoma: a population-based study. *Cancer Causes Control*. 2012;23:363-370.
- ۲۵ Fleischauer ATS, Simonsen N, Arab L. Antioxidant supplements and risk of breast cancer recurrence and breast cancer-related mortality among postmenopausal women. *Nutr Cancer*. 2003;46:15-22.
- ۲۶ Holmes MDW, Wang J, Hankinson SE, Tamimi RM, Chen WY. Protein intake and breast cancer survival in the nurses' health study. *J Clin Oncol*. 2017;35:325-333.
- ۲۷ Emond JAP, Natarajan JP, Gapuz L, et al. Risk of breast cancer recurrence associated with carbohydrate intake and tissue expression of IGF1 receptor. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014;23:1273-1279.
- ۲۸ Fotios Anagnostopoulos¹ · Aristi Paraponiari¹ · Konstantinos Kafetsios². The Role of Pain Catastrophizing and Pain Intensity in the Quality of Life Cancer Patients with Chronic

Pain. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings Accepted: 24 August 2022 © The Author(s) 2022.

۲۹ Jamie Metherell², Catherine Olivier², Vicky Napp², Jay Naik⁴, Sarah Buckley⁵, Charlotte Hirst⁵, Sue Hartup⁶, Richard D. Neal¹, Galina Velikova⁶, Amanda Farrin², Michelle Collinson² and Christopher D. Graham⁷. Acceptance and Commitment Therapy to support medication decision-making and quality of life in women with breast cancer: protocol for a pilot randomised controlled trial. ۲۰۲۲؛

۳۰ Chang B, Cheng J, Fang J, Dang J. The Indirect Effect of Death Anxiety on Experienced Meaning in Life via Search for Meaning and Prosocial Behavior. *Front Psychol*. 2021;12:673460.

۳۱ Chan DSMV, Vieira AR, Aune D, et al. Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and metaanalysis of 82 follow-up studies. *Ann Oncol*. 2014;25:1901-1914.

۳۲ 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):1661-9.

۳۳ Hayes S, Waltz TH. The Acceptance and commitment Therapy. 1950.

۳۴ امانی امید. تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان، نشریه روان پرستاری، دوره ۶، شماره ۵، ۱۳۹۷.

۳۵ محدی سارا. مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی رفتاری و معنویت درمانی بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، ۱۳۹۹.

۳۶ دهقانی بهاره، عابدی محمدرضا، کامکاریان فریبرز. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه ای و اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان، مجله روانشناسی معاصر؛ سال ۲۰۱۵.

۳۷ دانش نیا فرحناز، داودی حسین، حیدری حسن. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و مشکلات خواب در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله پزشکی مشهد دانشگاه علوم پزشکی جلد ۶۳، شماره ۶؛ سال ۲۰۲۱، صفحه ۶۶ تا ۷۷.

۳۸ جوانشیر مهدی، اسمخانی هادی، روشانی منصوره. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با منطق درمانی بر فاجعه سازی درد و کیفیت زندگی در زنان با سابقه جراحی پستان. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی جلد ۳۰، ۲۰۲۱.