

مقایسه اثربخشی معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان

Comparison of the Effectiveness of Logotherapy and Acceptance & Commitment Therapy on Death Anxiety and Quality of Life in Women with Breast Surgery Experience

Narges Shamsozan, MSc

Nasrin Kashfimehr, MSc

Hadi Smkhani Akbarinejad, PhD✉

نرگس شمع سوزان^۱

نسرین کاشفی مهر^۱

هادی اسمخانی اکبری نژاد^۲

Abstract

The purpose of this study was to compare the effectiveness of logotherapy with acceptance & commitment therapy on death anxiety and quality of life in women with breast surgery experience. This was a semi-experimental study with a pretest-posttest, controlled design with follow-up. The study population consisted of all women with breast cancer who were undergoing postmastectomy radiotherapy in Tabriz in 2021. In total, 45 women were selected by a purposive sampling method, and divided into three groups, 15 each. The intervention groups received their respective treatments over 8 sessions of 1.5 hours. The control group did not receive any intervention. The measuring instruments were Templer death anxiety and quality of life questionnaires. Data were analyzed with repeated-measures analysis of variance. The results showed that logotherapy and an acceptance and commitment therapy in comparison with the control group, in the post-test, reduce death anxiety and increase quality of life of women with breast surgery experience, and these results also show a lasting effect in the follow-up stage. Also, these results also show a lasting effect in the follow-up stage. The results also showed that the effect of these two treatments on death anxiety and quality of life in the post-test and follow-up stages were not different. Logotherapy and acceptance and commitment therapy reduces the death anxiety and increases the quality of life in women with breast surgery experience.

Keywords: Logotherapy, Acceptance and Commitment Therapy, Death Anxiety, Quality of Life, Mastectomy

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی معنادرمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ۴۵ نفر با داشتن ملاک‌های ورود به مطالعه با روش نمونه‌گیری هدف‌مند و از میان کلیه زنان ماستکتومی‌شده شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ که مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه گواه، هر کدام ۱۵ نفر قرار گرفتند. اعضای گروه‌های مداخله، درمان مختص خود را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۲ ماه، هفته‌ای یک جلسه) دریافت کردند و گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. ابزارهای اندازه‌گیری پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و کیفیت زندگی بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها از طریق آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت. نتایج نشان داد که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه گواه، در پس‌آزمون، منجر به کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده‌اند و این نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان از ماندگاری اثر دارد. همچنین نتایج نشان داد تأثیر این دو درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری متفاوت از هم نیست. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده‌اند.

واژه‌های کلیدی: معنادرمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب مرگ، کیفیت زندگی، ماستکتومی

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۴/۱۰ تصویب نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۲۵

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی، تبریز، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی نبی اکرم (ص)، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

● مقدمه

سرطان پستان (breast cancer) بعد از سرطان ریه دومین عامل مرگ و میر است (لاتگان، ۲۰۱۹). طی چهار دهه اخیر، سرطان پستان یکی از بیشترین بدخیمی‌ها در میان زنان ایرانی بوده است (پدرام و همکاران، ۱۳۸۹)؛ به طوری که از کل مبتلایان به سرطان در ایران، ۱۰/۷ درصد از آنها به سرطان پستان مبتلا هستند و از هر هشت زن ایرانی در فاصله سنی ۴۵ تا ۵۵ سال یک نفر مستعد ابتلا به آن است (صادقی صومعه علیایی و همکاران، ۱۳۹۱). سالانه حدود ۶ هزار مورد جدید سرطان پستان در کشور تشخیص داده می‌شود (عباچی زاده و همکاران، ۱۳۹۶).

مداخله‌های پزشکی متنوعی برای درمان سرطان پستان وجود دارد (بورگوین و همکاران، ۲۰۲۱) که جراحی ماستکتومی (mastectomy) یکی از رایج‌ترین آنها است (کیلان و همکاران، ۲۰۲۱). ماستکتومی برداشت حداکثری از بافت پستان، شامل نوک پستان و هاله اطراف آن و غدد لنفاوی زیر بغل است (باووک و همکاران، ۲۰۲۱). در کشور ۸۱ درصد جراحی‌ها از نوع ماستکتومی است (نجفی و همکاران، ۲۰۰۵). جراحی پستان سبب بدشکلی آن و یا برداشتن یک یا هر دو پستان می‌گردد و بر ابعاد گوناگونی از کارکرد روانی-اجتماعی زنان تأثیر می‌گذارد (کوچان و گورسوی، ۲۰۱۶). بعد از ماستکتومی، زنان تغییرات فیزیکی مختلفی را تجربه می‌کنند که ادراک، افکار، نگرش‌ها، احساسات و باورهایی که درباره بدن‌شان دارند را به سمت منفی سوق می‌دهد (برونت و همکاران، ۲۰۱۳). این امر سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی نظیر افزایش اضطراب مرگ (death anxiety) (یوسفی افراشته و معصومی، ۲۰۲۱) و کاهش کیفیت زندگی (quality of life) (کولینسکی و کوسنو، ۲۰۲۱) می‌شود.

مواجهه با مرگ و اضطراب ناشی از آن به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل سلامت روانی افراد به‌شمار می‌رود (وینس و تابر، ۲۰۱۷). اضطراب مرگ عبارت است از «نوعی احساس وحشت، هراس یا نگرانی زیاد، هنگام فکر کردن در مورد فرآیند مردن یا قطع ارتباط خود با دنیا و یا آنچه که بعد از مرگ رخ می‌دهد» (هونگ و همکاران، ۲۰۲۲). چون مرگ هرگز تجربه نشده و هیچ کس آن را به‌وضوح لمس نکرده، همه به‌نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند و این ترس و اضطراب در افراد مبتلا به بیماری‌هایی نظیر سرطان به‌مراتب بیشتر از سایر افراد جامعه است (دگی، ۲۰۰۹).

کیفیت زندگی شرایطی است که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی، اقتصادی، معنوی و جنسی احساس رضایت می‌کند (اسمخانی اکبری نژاد و نقی‌زاده علمداری، ۱۴۰۲)؛ که ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی دارد و در واقع احساسی است که بیمار از وضعیت سلامتی خود دارد (دالی و همکاران، ۲۰۲۰). بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابل وجود دارد و اختلال‌های جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه‌های کیفیت زندگی دارد (دالی و همکاران، ۲۰۲۰). بررسی‌ها نشان می‌دهند که کیفیت زندگی بیماران قلبی پایین است (کولینسکی و کوسنو، ۲۰۲۱).

در مداخله‌هایی که پس از درمان سرطان جهت بهبودی هرچه بهتر و سازگاری سریع‌تر با مشکلات برآمده از درمان آن صورت می‌گیرد، لازم است مداخله‌های روان‌شناختی از جمله مشاوره و روان‌درمانی نیز مدنظر قرار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخله‌های روان‌شناختی نقش مؤثری در گواه یا کاهش نشانگان روان‌شناختی و یا افزایش توانمندی‌های اجتماعی و روانی زنان ماستکتومی شده دارند (صبری و همکاران، ۲۰۲۱)، که معنادرمانی (logotherapy) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) از جمله آنها هستند. معنادرمانی جزو مداخله‌های فرآیندمحوری است که بر پایه فلسفه اگزیستانسیالیسم (existentialism) بنا شده است، در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صرفاً یک مداخله روان‌شناختی برآمده از موج‌های اول و دوم رویکردهای رفتاری است؛ از این‌رو دلیل انتخاب این دو درمان در این پژوهش این است که این دو درمان که ماهیتی متفاوت دارند را با هم مقایسه کنیم.

فرانکل در سال ۱۹۲۶ برای اولین بار از اصطلاح معنادرمانی استفاده کرد. او دو سطح از معناجویی را مطرح می‌کند. سطح اول، معنای حاضر یا معنا در زمان حال است و سطح دوم، «فرامعنا» نام دارد که هر شخصی به‌دنبال زندگی خود است (مک‌دونالد و همکاران، ۲۰۱۲). معنادرمانی با درنظر گرفتن گذرایی زندگی و وجود انسانی به‌جای بدبینی و انزوا، انسان را به‌تلاش و فعالیت فرامی‌خواند و بیان می‌کند که آنچه انسان‌ها را از پای درمی‌آورد، رنج‌ها و سرنوشت نامطلوب‌شان نیست، بلکه بی‌معناشدن زندگی است که مصیبت‌بار

است. اگر رنج، شجاعانه پذیرفته شود تا واپسین دم، زندگی معنا خواهد داشت و معنای زندگی می‌تواند حتی معنای بالقوه درد و رنج را نیز شامل شود (فرانکل، ۱۴۰۰). از این‌رو، معنایابی در زندگی می‌تواند تأثیرات عمیقی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه‌های مختلف بیماران داشته باشد (پروچاسکا و نورکراس، ۱۴۰۰). معنادرمانی بر کاهش ترس از عود و اضطراب مرگ (کیارسی و همکاران، ۱۴۰۰) و سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان (حسینیان و همکاران، ۱۳۹۲) و اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات (حق‌دوست و همکاران، ۱۴۰۰) اثربخش است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر شواهد است که راهبردهای پذیرش و ذهن‌آگاهی را به‌شيوه‌های مختلفی با راهبردهای تعهد و تغییر رفتار درمی‌آمیزد (هیز و لیلیس، ۲۰۱۶). با کمک این درمان افراد می‌توانند با پذیرش افکار و احساسات به‌جای اجتناب از آنها و با آگاهی و شناخت از ارزش‌های اصلی شخصی در زندگی در بین گزینه‌های مختلف عملی را انتخاب کنند که مناسب‌تر باشد و به ارزش‌های‌شان نزدیک‌تر باشد، نه این‌که عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات یا تمایلات آشفته به فرد تحمیل شود (بورچهارت، ۲۰۱۶). این درمان بر اضطراب مرگ (فتحی و خلعتبری، ۲۰۱۹) و کیفیت زندگی (اسمی و همکاران، ۱۳۹۸) زنان مبتلا به سرطان و اضطراب مرگ زنان مبتلا به ایدز (اسمخانی اکبری‌نژاد و فاروقی، ۱۳۹۹) اثربخش است.

با تغییر رویکرد بیماری‌نگر و پیدایش دیدگاه‌های سلامت‌نگر، سلامتی فقط روی یک محور که یک‌سوی آن بیمار و سوی دیگر آن سلامتی افراد قرار دارد، در نظر گرفته نمی‌شود؛ بلکه سلامت پیوستاری است که حالت انفعالی ندارد و نیازمند پرورش است. بدیهی است در این رابطه شناخت عوامل مؤثر بر غنی‌سازی زندگی و افزایش ظرفیت‌ها و سرمایه‌های روان‌شناختی و یافتن رویکردهای درمانی مؤثر برای زندگی آرام و مطمئن برای بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد؛ از این‌رو، در پژوهش حاضر پژوهشگران سعی دارند رویکردی را عملیاتی کنند که ضمن قابلیت اجرایی پژوهش، جنبه جدیدی را دربر داشته باشد و در عین حال، فرضیه‌های اساسی آنها را که معتقدند این دو درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده مؤثر هستند، مورد بررسی قرار دهد و مشخص سازد که کدام یک از آنها، روش مناسب‌تری هستند. بنابراین، سوال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر متفاوتی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان دارند؟

• روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایش با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تبریز در سال ۱۴۰۰ بود که به‌دلیل ابتلا به سرطان پستان عمل جراحی ماستکتومی انجام داده و مشغول گذراندن دوره پرتودرمانی خود بودند. نمونه‌گیری به‌طریق هدف‌مند صورت پذیرفت. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، چون پراکندگی نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در بین بیماران زیاد و متنوع بود، از این‌رو تصمیم گرفتیم فقط افرادی وارد مطالعه شوند که نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی‌شان در یک بازه مشخص قرار دارد؛ تا آنها را از منظر نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی هم‌تاسازی کنیم. بنابراین پرسشنامه‌های اضطراب مرگ تمپلر و کیفیت زندگی در بین ۱۰۴ بیمار اجرا شد و از بین ۷۱ نفر که در این پرسشنامه‌ها به‌ترتیب یک انحراف معیار بالاتر و پایین‌تر از میانگین نمره کسب کردند ۴۵ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی (به‌شيوه قرعه‌کشی) به دو گروه مداخله ۱ و ۲ (هر کدام ۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS (a=۰/۰۵، اندازه اثر: ۰/۱۵) و حجم نمونه مطالعات نیمه‌آزمایشی گذشته، حجم نمونه مطالعه حاضر ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) تعیین گردید. توضیح این‌که حجم نمونه بزرگ‌تر از ۱۵ نفر در روان‌درمانی‌های گروهی ممکن است کیفیت درمان و پویایی گروه‌های درمانی را پایین بیاورد. برای جلوگیری از تبادل اطلاعات بین افراد گروه‌ها، از آنها خواسته شد تا سه ماه پس از اتمام درمان، درباره محتوای جلسات با یکدیگر گفتگویی نداشته باشند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: سنین بین ۳۵ تا ۵۵ سال، تأهل، باقی ماندن حداقل ۲۰ و حداکثر ۳۰ جلسه از پرتودرمانی؛ و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: ابتلا به بیماری جدی دیگری به‌غیر از سرطان پستان، استفاده از داروهای روان‌پزشکی هم‌زمان با اجرای پژوهش حاضر، برخورداری از جلسات مشاوره و روان‌درمانی فردی و

گروهی هم‌زمان با اجرای پژوهش حاضر و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بودند. (توضیح این‌که این ملاک‌ها در مرحله آزمون اولیه در نظر گرفته شدند). پیش از تقسیم تصادفی افراد به گروه‌های مداخله و گواه (به‌شيوه قرعه‌کشی)، کلیه افراد گروه‌ها به‌شيوه قرعه‌کشی از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی همسان شدند (پس از این‌که ملاک‌های ورود به مطالعه، یعنی سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی رعایت شد، برای این‌که کدام یک از آزمودنی‌ها در کدام گروه قرار گیرند از روش پرتاب سکه استفاده شد تا افراد در گروه‌ها قرار گیرند). همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است. شرکت‌کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. اطلاعات آنها محرمانه نگه داشته شد و در پایان درمان، اعضای گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند. برای برگزاری جلسات درمانی، از افراد هیچ هزینه‌ای دریافت نشد.

• ابزارها

الف) پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (Templer death anxiety questionnaire- TDAQ): پرسشنامه ۱۵ ماده‌ای تمپلر (۱۹۷۹) ابزاری برای اندازه‌گیری اضطراب مربوط به مرگ است که بیشترین کاربرد را در نوع خود داشته است. پرسشنامه‌ای خودسنجی متشکل از ۱۵ ماده بله/خیر است و پاسخ بله نشانه وجود اضطراب در فرد است. دامنه نمره‌های این پرسشنامه از صفر تا ۱۵ است و نمره بیشتر از ۸ معرف درجه زیادی از اضطراب مرگ است. ضریب اعتبار بازآزمایی ۰/۸۳، روایی هم‌زمان به‌وسیله همبستگی آن با مقیاس اضطراب آشکار ۰/۲۷ و با مقیاس افسردگی ۰/۴۰ گزارش شده است (تمپلر، ۱۹۷۰). ساگینو و کلاین (۱۹۹۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای عامل‌های سه‌گانه‌ای که با روش تحلیل عوامل و ویرایش ایتالیایی این پرسشنامه به‌دست آمده است، به‌ترتیب ۰/۶۸، ۰/۴۹ و ۰/۶۰ گزارش کرده‌اند. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است (رجبی و نادری نوبندگانی، ۲۰۲۰). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

ب) پرسشنامه کیفیت زندگی (quality of life questionnaire- QLQ): این پرسشنامه شامل ۳۶ ماده با پاسخ‌های چندگزینه‌ای (ضعیف=۱ تا عالی=۵) است و دیدگاه فرد را نسبت به سلامتی‌اش می‌سنجد. این مقیاس دارای ابعاد هشت‌گانه عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روانی و نشاط است، که ضرایب آلفای گزارش شده برای آنها به‌ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۵، ۰/۷۱، ۰/۶۵، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ بوده که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه سوالاتی چون "به‌طور کلی، سلامتی خود را چگونه توصیف می‌نمایید" دارد. مقیاس‌های گونه فارسی این پرسشنامه به جز مقیاس نشاط ۰/۶۵، از حداقل ضرایب استاندارد اعتبار در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون تحلیل عاملی نیز دو جزء اصلی را به‌دست داد که ۰/۶۵ پراکندگی میان مقیاس‌های پرسشنامه را توجیه می‌نمود. این پرسشنامه از اعتبار و روایی لازم برخوردار است (رفیعی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل این پرسشنامه ۰/۸۴ به‌دست آمده است.

پس از اجرای پیش‌آزمون، اعضای گروه مداخله یک، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) معنادرمانی را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی اندرسون (۲۰۰۷) دریافت کردند (جدول ۱). اعضای گروه مداخله دو، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو ماه، هفته‌ای یک جلسه) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی، طبق برنامه درمانی هیز و لیلیس (۲۰۱۶) دریافت کردند (جدول ۲). اعضای گروه گواه هیچ درمانی را دریافت نکردند. جلسات درمانی، توسط یک مشاور با درجه دکتری تخصصی مشاوره و روان‌شناس با مدرک کارشناسی ارشد در یک مرکز مشاوره خصوصی در شهر تبریز برگزار شد. بعد از اتمام جلسات (پس‌آزمون) و سه ماه پس از اتمام درمان (پیگیری)، اعضای هر دو گروه با استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری ارزیابی شدند. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با تک‌تک آنها، از اعضا خواستیم تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند، اما به آنها گفته شد که هر وقت مایل بودند می‌توانند از گروه خارج شوند. این امر در طول جلسات رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه شد.

جدول ۱. محتوای جلسات و پروتکل معنادرمانی برنامه درمانی اندرسون (۲۰۰۷)

جلسه	هدف و محتوا
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با مشاور و فرآیند مشاوره
دوم	آشنایی با رویکرد معنادرمانی
سوم	پذیرش مسئولیت فرد نسبت به خود و دیگران
چهارم	یافتن هدف در زندگی
پنجم	بررسی موضوع مرگ و زندگی؛
ششم	غلبه بر یأس و ناامیدی
هفتم	نگرش و احساسات افراد در زندگی
هشتم	خلاصه و پایان جلسات گروهی، اجرای پس‌آزمون

جدول ۲. محتوای جلسات و پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق برنامه درمانی هیز و لیلیس (۲۰۱۶)

جلسه	هدف و محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنا کردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر آنها، بحث درباره موقتی و کم‌اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخوردها و ارائه تکلیف
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و بی بردن به بهبودی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آنها، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
پنجم	معرفی مدل سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/ احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان زمینه، برقراری ارتباط با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون

• یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد. در این پژوهش سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، آزمون شاپیرو ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد مطالعه محقق شده است، چرا که مقادیر Z محاسبه شده در سطح (p>۰/۰۵) معنادار نیست. در آزمون ام‌باکس، چون F متغیرهای اضطراب مرگ (F=۲/۴۴) و کیفیت زندگی (F=۲/۵۶) به ترتیب در سطح (۰/۴۷۶ و ۰/۵۸۸) معنادار نبودند، بنابراین می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس کوواریانس برای متغیرها برقرار شده است. همچنین، آزمون کرویت موخلی نشان داد چون مقدار کیفیت زندگی (۰/۵۵۰) متغیر اضطراب مرگ در سطح خطای داده شده (۰/۴۶۰) و مقدار کرویت موخلی (۰/۵۰۰) متغیر تاب‌آوری در سطح خطای داده شده (۰/۴۲۱) معنادار نیست، لذا می‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیرهای وابسته را پذیرفت. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که با توجه به عدم معناداری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از (۰/۰۵) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیر پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است و می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در مطالعه ۴۳/۱۹±۵/۶۰ سال و میانگین و انحراف معیار تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی آنها ۲۴/۹۹±۲/۵۴ بود. در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی‌مانده از پرتودرمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سن و تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی آزمودنی‌ها (تعداد در هر گروه ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	انحراف معیار \pm میانگین	P
سن	معنادرمانی	۴۳/۱۱ \pm ۵/۵۵	۰/۷۸۶*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۲/۴۰ \pm ۶/۲۱	
	گواه	۴۳/۸۱ \pm ۵/۵۲	
	کل	۴۳/۱۹ \pm ۵/۶۰	
تعداد جلسات باقی مانده از پرتودرمانی	معنادرمانی	۲۴/۱۱ \pm ۲/۴۱	۰/۳۱۷*
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲۵/۱۳ \pm ۲/۸۰	
	گواه	۲۵/۵۲ \pm ۲/۴۱	
	کل	۲۴/۹۹ \pm ۲/۵۴	

نوع آزمون: واریانس یک‌راهه *اختلاف معنادار $p < 0/05$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/001$). همچنین نتایج حاکی از آن هستند که نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی روانی در گروه‌های مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری دارد ($P < 0/001$). علاوه بر این تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بر زنان با تجربه جراحی پستان پس از سه ماه پیگیری ماندگار بوده است ($P < 0/001$). نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان می‌دهند که اختلاف میانگین نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$). نتایج مقایسه‌های زوجی برای مرحله پیگیری نیز نشان از آن دارند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$). از سوی دیگر، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین گروهی به دلیل تفاوت تغییرات گروه‌های مداخله با گروه کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب مرگ گروه‌های درمانی کمتر از نمرات گروه کنترل و نمرات کیفیت زندگی گروه‌های درمانی بیشتر از نمرات گروه کنترل است؛ اما نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله متفاوت از یکدیگر نیست؛ بنابراین، معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی، نسبت به یکدیگر برتری ندارند.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس‌آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پیگیری انحراف معیار \pm میانگین	سطح معناداری تغییرات بین گروهی	سطح معناداری تغییرات داخل گروهی
اضطراب مرگ	معنادرمانی	۱۰/۱۱ \pm ۲/۱۳	۷/۴۲ \pm ۱/۷۰	۷/۴۸ \pm ۱/۷۴	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۰/۰۰ \pm ۱/۹۴	۷/۶۶ \pm ۱/۷۸	۷/۶۹ \pm ۱/۹۱	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	گواه	۱۰/۱۶ \pm ۲/۰۰	۱۰/۳۵ \pm ۲/۰۳	۱۰/۴۴ \pm ۱/۹۵	$p = 0/881$	$p = 0/881$
کیفیت زندگی	سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$p = 0/995$	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$	-	-
	معنادرمانی	۴۰/۲۶ \pm ۴/۶۱	۵۰/۴۰ \pm ۵/۴۳	۵۰/۲۶ \pm ۵/۳۷	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۴۰/۸۸ \pm ۵/۱۸	۵۱/۱۰ \pm ۶/۱۳	۵۰/۹۳ \pm ۵/۸۳	$P < 0/001^*$	$P < 0/001^*$
سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	گواه	۴۰/۳۳ \pm ۲/۶۳	۴۱/۱۹ \pm ۳/۵۶	۴۱/۶۵ \pm ۳/۲۱	$p = 0/718$	$p = 0/718$
	سطح معناداری در هر مقطع اندازه‌گیری بین گروه‌ها	$p = 0/924$	$p < 0/001^*$	$p < 0/001^*$	-	-

نوع آزمون: تحلیل واریانس آمیخته *اختلاف معنادار $p < 0/05$

چون آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، نتایج آن گزارش شده است. اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر اضطراب مرگ نشان داد که بین نمرات متغیر اضطراب مرگ در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود

دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد. همچنین، اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی بیان می‌کند که بین نمرات این متغیر در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بخش دوم اطلاعات مربوط به متغیر کیفیت زندگی نشان داد که بین نمرات متغیر کیفیت زندگی در سه بار اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله (معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی بین زمان و مداخله تعامل وجود دارد.

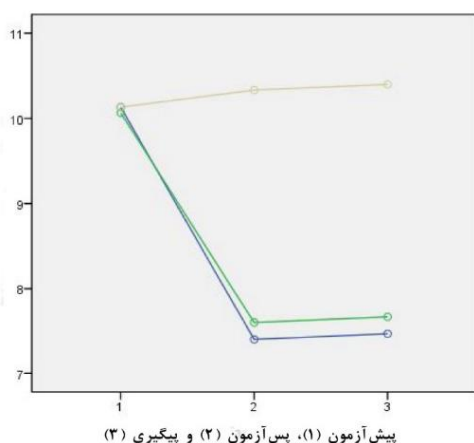
برای بررسی این مهم که نمرات کدام یک از گروه‌ها در متغیرهای اضطراب مرگ و کیفیت زندگی روانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت دارند، مقایسه زوجی انجام شد (جدول ۵). نتایج نشان دادند که اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله با گروه کنترل، معنادار بوده است ($P < 0.001$)؛ اما اختلاف میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله نسبت به یکدیگر معنادار نیست ($P > 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی نیز حاکی از آن هستند که معناداری تغییرات بین‌گروهی، ناشی از تفاوت تغییرات گروه معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کنترل است؛ به طوری که هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری، نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله به ترتیب کمتر و بیشتر از نمره گروه کنترل است؛ اما نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند؛ بنابراین برتری درمان در پس‌آزمون و پیگیری در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی به نفع هیچ یک از درمان‌ها نیست (نمودار ۱).

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی برای متغیرهای پژوهش بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	گروه معنادارمانی در مقایسه با گروه کنترل		گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل		گروه معنادارمانی در مقایسه با گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
اضطراب مرگ	-۲/۹۳	*۰/۰۰۱	-۲/۷۳	*۰/۰۰۱	-۰/۲۰	۱/۰۰۰
کیفیت زندگی	۹/۲۶	*۰/۰۰۱	۱۰/۰۰	*۰/۰۰۱	-۰/۷۳	۱/۰۰۰

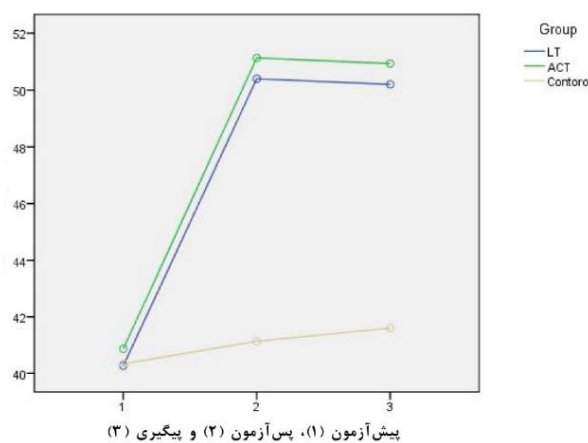
* p < 0.05

میانگین نمرات متغیر اضطراب مرگ



پیش‌آزمون (۱)، پس‌آزمون (۲) و پیگیری (۳)

میانگین نمرات متغیر کیفیت زندگی



پیش‌آزمون (۱)، پس‌آزمون (۲) و پیگیری (۳)

نمودار ۱. میانگین نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی گروه‌های مداخله و گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

● بحث

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی با تجربه جراحی پستان بود، که به صورت یک طرح نیمه‌آزمایشی انجام شد. در این راستا، تحلیل داده‌ها نشان داد که معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان تأثیر دارند و تأثیر معنادارمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متفاوت از هم نیست. همچنین، یافته‌ها نشان داد که تغییرات نمره اضطراب مرگ و کیفیت زندگی در زمان‌های مورد بررسی در گروه‌ها متفاوت بوده و گذر زمان نقش تعدیل‌کنندگی بر تأثیر درمان‌ها در کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی دارد و اثر زمان معنادار است؛ یعنی اثر متقابلی بین زمان و مداخله وجود دارد و با گذشت زمان از شروع مداخله، نمرات اضطراب

مرگ کاهش و کیفیت زندگی افزایش یافتند و تأثیرات ناشی از حضور در گروه‌های مداخله‌ای با نزدیک شدن به پایان مداخله بر روی نمرات اضطراب مرگ و کیفیت زندگی افراد در هر دو گروه مداخله‌ای مثبت بود.

بنابراین می‌توان گفت که معنادرمانی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. لازم به ذکر است که در جست‌وجوهای انجام شده هیچ پژوهشی پیدا نشد که اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان را مورد بررسی قرار داده باشد تا بتوان نتایج مورد نظر را از منظر همسویی و ناهم‌سویی مورد مقایسه قرار داد، اما می‌توان به نتایج پژوهش کیارسی و همکاران (۱۴۰۰)؛ که نشان دادند معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است اشاره کرد. همچنین می‌توان به نتیجه پژوهش حسینیان و همکاران (۱۳۹۲) که نشان دادند معنادرمانی بر سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تأثیر دارد اشاره کرد. علاوه بر اینها، می‌توان به نتیجه مطالعه حق‌دوست و همکاران (۱۴۰۰)، اشاره کرد که نشان دادند معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه‌پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات اثربخش است؛ اشاره کرد. نتیجه پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است. مطالعه حاضر همانند پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که معنادرمانی با بهره‌گیری از اصول درمانی خود که مشخصاً با بی‌معنایی زندگی چالش می‌کند و فرد را قادر می‌سازد تا مقدرات زندگی خود را پذیرفته و معنای شخصی خود را کسب کند، توانسته است اضطراب مرگ زنان با تجربه جراحی پستان را کاهش و کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد.

این یافته را برحسب نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان این‌گونه تبیین کرد که فرجام‌پذیری و گذرابودن نه تنها از ویژگی‌های اصلی زندگی انسان است، بلکه عامل واقعی با‌معنابودن آن نیز به‌شمار می‌رود. معنادرمانگر می‌کوشد تا به‌مراجعه کمک شود که در زندگی خود هدف و منظوری را جست‌وجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب باشد و برایش معنا داشته باشد. مشاور کمک می‌کند تا مراجع به‌عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. به مراجع کمک می‌شود تا نه تنها به تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد و تکلیف معینی را عهده‌دار شود. اگر فرد بیمار دستورالعمل «همواره چنان رفتار کن که گویی بار دومی است که زندگی می‌کنی و طوری عمل کن که به‌نظر آوری بار اول که در آن مورد عمل کردی، بسیار غلط عمل کرده بودی» را سرمشق رفتار خود قرار دهد، مسئولیت شگرفی احساس خواهد کرد و اضطراب نیستی و فانی شدن کاهش خواهد یافت (حاجی عزیزی و همکاران، ۱۳۹۶).

برحسب نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان یافته حاضر را این‌گونه تبیین کرد که معنادرمانی با انسان و دنیای او سر و کار دارد و به فرد این فرصت را می‌دهد تا با نگرانی‌ها و مفاهیم زیربنایی زندگی از قبیل زندگی و مرگ، امید و ناامیدی، رابطه با دیگران یا ماندن در انزوا، انتخاب آزادانه، آگاهی و احساس مسئولیت نسبت به خود و دیگران، تعالی خویشتن و جستجوی معنا در دوره‌ای از زندگی که با مرگ نزدیک است مواجه شود. در چنین شرایطی و پس از درک مفاهیم معنادرمانی، فرد مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث می‌شود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامون‌شان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی آنها پس از درک معنا و هدف خود در زندگی‌شان بیشتر می‌شود (سویانتی و همکاران، ۲۰۱۸).

درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هم می‌توان نتیجه گرفت که این درمان بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان اثربخش است. در این راستا، هیچ مطالعه‌ای که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان مورد بررسی قرار دهد در دسترس نیست. اما می‌توان به نتیجه پژوهش فرحی و خلعتبری (۲۰۱۹) اشاره کرد که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی، تاب‌آوری و اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان اثربخش است. همچنین، می‌توان به نتیجه پژوهش‌های اسمی و همکاران (۱۳۹۸) و اسمخانی اکبری‌نژاد و فارقی (۱۳۹۹) اشاره کرد که به ترتیب نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه و اضطراب مرگ زنان مبتلا به بیماری ایدز تأثیر دارد. پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های مذکور همسو است. این پژوهش همانند پژوهش‌های قبلی به این نتیجه رسید که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کمک به پذیرش فعالانه مشکلات برآمده از جراحی ماستکتومی توانسته است مقاومت آنها را درباره مشکلات‌شان که برآمده از جراحی ماستکتومی است بیشتر کند و از این‌رو اضطراب مرگ آنها کاهش و کیفیت زندگی آنها افزایش یابد.

این یافته را برحسب نتایج پژوهش‌های قبلی می‌توان این‌گونه تبیین کرد که بیرون راندن مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی باعث رنج و تشدید ترس در افراد شده و هیچ‌گونه آرامشی را برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (رودریگوئز، ۲۰۱۴). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شوند. این درمان به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه بیمار با این افکار و احساسات است و برای این منظور با استفاده از روش‌های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آنها و روش‌های ذهن‌آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ‌شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی می‌شود و اضطراب، افسردگی، تاب‌آوری، ناامیدی و پریشانی روانی را بهبود می‌بخشد (هیز، ۲۰۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیراتی که بر تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد می‌گذارد، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی در فرد می‌شود؛ پذیرش شرایط، بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیماً در بهبود کیفیت زندگی مؤثر باشد (هایس-اسکلتون و همکاران، ۲۰۱۳).

این پژوهش نشان داد که تأثیر معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده متفاوت از هم نیست. هیچ پژوهشی اثربخشی این دو درمان را بر اضطراب مرگ و کیفیت زندگی زنان ماستکتومی شده مقایسه نکرده است. این دو رویکرد درمانی با کاربرد اصول، مبانی و فنون خاص و ویژه خود توانسته‌اند به این بیماران کمک کنند تا بیماری و مشکلات برآمده از آن را بهتر پذیرش کنند که این امر سبب شده تا بهتر با آن مقابله کنند و به دنبال آن کیفیت زندگی آنان افزایش پیدا کرده و اضطراب مرگ در آنان کمتر شده است.

• نتیجه‌گیری

با توجه اثربخشی این دو درمان و این‌که این دو روش درمانی از نظر تأثیر بر پیامدهای مورد بررسی اثر یکسانی دارند می‌توان گفت که معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با کاربرد فرآیندها و فنون خود، سبب کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان شده است.

نمونه پژوهش حاضر را، کلیه زنان متأهل ۳۵ تا ۵۵ ساله ماستکتومی شده شهر تبریز تشکیل دادند، که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است؛ و تعمیم یافته‌ها به همه زنان ماستکتومی شده جوان‌تر و مسن‌تر و زنان غیرمتأهل که از حمایت همسر و خانواده برخوردار نیستند را دشوار می‌سازد. همچنین، در این پژوهش جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد که به دلیل خودگزارشی بودن ابزارها، امکان سوگیری در پاسخ‌دهی محتمل به نظر می‌رسد. علاوه بر اینها، آزمودنی‌های پژوهش حاضر از منظر متغیرهایی نظیر وضعیت اقتصادی و سطح تحصیلات هم‌تا نشده‌اند که این مورد نیز یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. با توجه به نقش مهم زنان در خانواده و جامعه و از طرفی لزوم توجه به سلامت جسمانی و روان‌شناختی آنها پیشنهاد می‌شود که در انجمن‌های سرطان پستان و در کلینیک‌های روان‌شناسی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی و خصوصی، از معنادرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه کاهش اضطراب مرگ و افزایش کیفیت زندگی زنان با تجربه جراحی پستان استفاده شود. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد.

• تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

• تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

• منابع

- اسمخانی اکبری نژاد، هادی و نقی زاده علمداری، ماهک. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه حل محور کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و تاب آوری نوجوانان دختر مبتلا به بیماری قلبی. *مجله روان شناسی*، ۲۷(۴): ۳۷۵-۳۸۴.
- اسمخانی اکبری نژاد، هادی و فاروقی، پریا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و معنادرمانی بر بهزیستی روان شناختی و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به بیماری ایدز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۴(۱۱): ۶۰-۴۸.
- اسمی، زهرا؛ پیوسته گر، مهرانگیز؛ پرهون، هادی و کاظمی رضایی، علی. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *روان پرستاری*، ۷(۵): ۵۳-۴۴.
- پدرام، محمد؛ محمدی، مسعود؛ نظیری، قاسم آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه زن و جامعه*، ۱(۴): ۶۱-۷۶.
- پروچاسکا، جیمز آ و نورکراس، جان سی. (۱۴۰۰). *نظریه های روان درمانی*. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: روان.
- حاجی عزیزی، امیرحسین؛ بهمنی، بهناز؛ مهدی، نفیسه؛ منظری توکلی، وحید و برشان، ادیبه. (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر اضطراب مرگ و امید به زندگی سالمندان مقیم مراکز شبانه روزی شهر کرمان. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۲(۲): ۲۳۱-۲۲۰.
- حسینیان، سمین؛ قاسم زاده، سوگند و تازیکی، طیبه. (۱۳۹۲). اثربخشی معنادرمانی گروهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۸(۲۵): ۷-۳۱.
- حق دوست، محمدرضا؛ سراج خرمی، ناصر و مکوندی، بهنام. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی معنادرمانی بر اضطراب مرگ، فاجعه پنداری درد، پذیرش درد و شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پروستات. *مجله علمی پزشکی جندی شاپور*، ۲۰(۳): ۲۱۶-۲۲۵.
- رفیعی، نرگس؛ شریفیان ثانی، مریم؛ رفیعی، حسن و همکاران. (۱۳۹۳). ارزیابی اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه شاخص کیفیت زندگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۴(۱۱۶): ۷۵-۸۳.
- صادقی صومعه علیایی، راحله؛ خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ اکبری، محمداسماعیل؛ کوهساریان، مهدی و کلهرنیا گلکار، مهدی. (۱۳۹۱). تصویر بدنی و عزت نفس: مقایسه دو گروه از زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*، ۵(۲ و ۳): ۲۹-۱۶.
- عباچی زاده، کامبیز؛ مرادی کوچی، عبدالرضا؛ قنبری مطلق، علی؛ کوشا، احمد؛ شکرریز فومنی، رضا و عرفانی، امیر. (۱۳۹۶). سرطان پستان در ایران: میز آنها، پراکندگی و عوامل مرتبط. *سلامت اجتماعی*، ۵(۱): ۱۱-۲۱. فرانکل، ویکتور. (۱۴۰۰). *انسان در جستجوی معنا*. (ترجمه نهضت صالحیان). تهران: درسا.
- کیارسی، زیبا؛ عمادیان، سیده علیا و فخری، محمد کاظم. (۱۴۰۰). اثربخشی معنادرمانی بر ترس از عود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه مراقبت سرطان*، ۲(۱): ۳-۱۰.
- Andreason, A. (2007). Logo therapy and spirituality, a course in Viktor Frankls Logotherapy. Available at: URL: www.workshaper.org.uk. <http://www.workshaper.org.uk/>
- Bawoke, G., Kejela, S., Alemayehu, A., & Bogala, GT. (2021). Experience with modified radical mastectomy in a low-income country: a multi-center prospective observational study. *BMC Surgery*, 21(1): 371.
- Brunet, JB., Sabiston, CM., & Burke, Sh. (2013). Surviving breast cancer: Women's experiences with their changed bodies. *BIJ*, 10(3): 344-35.
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, PJ., Hadzi-Pavlovic, D. (2016). A randomized controlled trial of strong minds: A school-based mental health program combining acceptance and commitment therapy and positive. *PJSP*, 57: 41-52.
- Burguin, A., Diorio, C., & Durocher, F. (2021). Breast Cancer Treatments: Updates and New Challenges. *J. Pers. Medm*, 11(8): 1-54.
- Daly, LE., Dolan, RD., Power, DG., Ní Bhuachalla, É., Sim, W., Cushen, SJ., & et al. (2020). Determinants of quality of life in patients with incurable cancer. *Cancer*, 126(12): 2872-2882.
- Degi, CL. (2009). Non-disclosure of cancer diagnosis: an examination of personal, medical and psychosocial factors. *Support Care Cancer*, 17(8): 1101-7.
- Farahi, S., & Khalatbari, J. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Life Expectancy, Resilience and Death Anxiety in Women with Cancer. *IJABS*, 6(3): 9-19.
- Hayes, SC. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2): 226-7.
- Hayes, SC., & Lillis, J. (2016). *Acceptance and Commitment Therapy*. 2en ed. Washington, DC: American Psychological Association, 134-135.
- Hayes-Skelton, SA., Orsillo, SM., & Roemer, L. (2013). An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Pract*, 20(3): 264-281.
- Hong, Y., Yuhan, L., Youhui, G., Zhanying, W., Shili, Z., Xiaoting, H., & Wenhua, Y. (2022). Death anxiety among

- advanced cancer patients: a cross-sectional survey. *SCC*, 30: 3531-3539.
- Keelan, S., Flanagan, M., & Hill, ADK. (2021). Evolving Trends in Surgical Management of Breast Cancer: An Analysis of 30 Years of Practice Changing Papers. *Front Oncol*, 11: 622621.
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Health*, 12(4): 134-150.
- Kuliński, W., & Kosno, M. (2021). Quality of life in women after mastectomy. Clinical and social study. *Wiad Lek*, (3 cz 1): 429-435.
- Lategan, B. (2019). *Breast malignant, males, children Breast cancer WHO classification of breast tumors*. PathologyOutlines.com, Inc.
- McDonald, MJ., Wong, PTR., & Gingras, DT. (2012). *Meaning-in-life measures and development of a Brief Version of the Personal Meaning Profile*. In P. T. P. Wong (Ed.), *Personality and clinical psychology series. The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, 357-382. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Najafi, M., Ebrahimi, M., Kaviani, A., Hashemi, E., & Montazeri, A. (2005). Breast Conserving Surgery versus Mastectomy: Cancer Practice by General Surgeons in Iran. *BMD Cancer*, 5(5): 35.
- Rajabi, Gh., & Naderi Nobandegani, Z. (2020). Reliability and Validity of the Persian Version of Reasons for Death Fear Scale. *JPCP*, 8(1): 9-16.
- Rodriguez, T. (2014). *The role of acceptance & mindfulness in people living with HIV/AIDS: a meta-analysis*. (Doctoral Dissertation). Ohio: Bowling Green State University; 2014.
- Saggino, A., & Kline, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *JCP*, 52(3): 329-333.
- Sebri, V., Durosini, I., Triberti, S., & Pravettoni, G. (2021). The Efficacy of Psychological Intervention on Body Image in Breast Cancer Patients and Survivors: A Systematic-Review and Meta-Analysis. *Front Psychol*, 12: 1-15.
- Suyanti, TS., Keliat, BA., & Catharina Daulima, NH. (2018). Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enfermería Clínica*, 28(1): 98-108.
- Templer, DI. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *JGP*, 82: 165-177.
- Venes, D., & Taber, CW. (2017). *Taber's cyclopedic medical dictionary*. 23en ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 55-56.
- Yousefi Afrashteh, M., & Masoumi, S. (2021). Psychological well-being and death anxiety among breast cancer survivors during the Covid-19 pandemic: the mediating role of self-compassion. *BMC Women's Health*, 21: 387.