

اثر بخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان

سجاد رویین تن^۱، شهذخت آزادی^۲، آرمین محمودی^۱، مهری حسینی^۳، رباب صادق^۴

گروه روان شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران، گروه روان شناسی و علوم تربیتی، واحد گچساران، دانشگاه آزاد اسلامی، گچساران، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۷/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۳/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: یکی از بیماری‌های مزمنی که خطر ابتلاء به افسردگی را در شخص افزایش می‌دهد، ابتلاء به انواع سرطان‌ها است. در پژوهش‌های متعدد، ابتلاء به سرطان‌های مختلف ریسک فاکتور مهمی برای ایجاد افسردگی بیان شده است. این پژوهش با هدف تعیین و اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان بود.

روش بررسی: این یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که جامعه آماری این تحقیق شامل ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی که در سه ماهه چهارم ۱۳۹۶ و سه ماه اول سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج بستری گرفته و دارای پرونده بالینی می‌باشند و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در این مطالعه محدودیتی از نظر نوع سرطان وجود نداشت و معیارهای ورود به مطالعه به این شرح: هوشیار بودن، سن ۱۹ تا ۵۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک مرتبه درمان با مواد شیمی‌درمانی به عنوان معیارهای ورود به پژوهش در نظر گرفته شد و عدم مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی مزمن پیش از شروع بیماری و یا تحت درمان بودن با داروهای روانگردان بود. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس یک متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌های: یافته‌های پژوهش نشان داد درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در شهر یاسوج مؤثر است ($p < 0/05$). اثربخشی این شیوه بر بهبود افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان مشخص شده است.

نتیجه‌گیری: بنا بر یافته‌های این مطالعه، درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی سبب کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود و نمایانگر افق‌های تازه‌ای در مداخلات بالینی است و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود برد.

واژه‌های کلیدی: امید درمانی گروهی، امید به زندگی، افسردگی، سرطان.

* نویسنده مسئول: سجاد رویین تن، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

Email: sajadroientan@gmail.com

مقدمه

در طول عمر در زنان ۲۵-۱۲ درصد و در مردان ۱۲-۵ درصد گزارش شده است (۳). از جمله از بیماری‌های مزمنی که خطر ابتلا به افسردگی را در شخص بالا می‌برد، انواع سرطان‌ها می‌باشد بیماران مبتلابه سرطان‌های مختلف، عامل خطر مهمی برای ایجاد افسردگی می‌باشند. بر این اساس ۵۰ درصد از مبتلایان به سرطان ریه، ۳۵ درصد از مبتلایان به انواع سرطان‌های دستگاه گوارش و ۳۹ درصد از مبتلایان به سرطان پستان به افسردگی اساسی مبتلا بوده‌اند (۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که خطر ابتلا به سرطان در کسانی که از اختلالات روانی مانند؛ افسردگی، اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنی رنج می‌برند، ۲/۶ برابر بیشتر از سایر افراد است. در تحقیق دیگری مشخص شد که مبتلایان به بیماری‌های روانی، ۵۰ درصد بیشتر از سایرین به دلیل صدمات مختلف به بخش اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند و بیشتر در بیمارستان بستری می‌شوند. همچنین خطر مرگ و میر این بیماران در اثر صدمات، ۴/۵ برابر بیشتر از افراد دیگر است (۵). این مطالعه همچنین نشان داد که خطر مرگ زودرس در مبتلایان به بیماری‌های روانی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از سایر افراد است. درصد کمی از این خطر به دلیل احتمال خودکشی و قتل در میان این افراد است، اما بخش عمده این اختلاف ناشی از ابتلا به سرطان و بیماری‌های قلبی-عروقی است. بررسی پرتی نشان داد که بیماران دارای خود کارآمدی پایین به‌طور معنی‌داری سطوح بالای درد،

سرطان، اصطلاحی که بیش از ۲۰۰ نوع بیماری نئوپلاستیک را دربرمی‌گیرد، قدمتی دیرینه دارد؛ به‌طوری روی زندگی گیاهان نیز شناخته‌شده است وقوع سرطان از حدود ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح موردتوجه قرار گرفته است امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر ۱ نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌شود. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند (۱).

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌ملاحظه در علم پزشکی، سرطان همچنان به‌عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است. از سویی، پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰، سالانه از ۱۰ میلیون به ۱۵ میلیون نفر برسد، در این میان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان بر کیفیت زندگی و حتی طول عمر آنان نیز اثر می‌گذارد (۲).

بیماران مبتلابه انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلالات روانی هستند که دامنه این اختلالات از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلالات احساسی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است. افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی می‌باشد. شیوع آن

سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. اول این که افراد امیدوار بیشتر بر مشکل متمرکز شده و در حل آن فعالانه‌تر عمل می‌کنند. آن‌ها احتمال بیشتری دارد که رفتارهای غربالگری سرطان مانند ماموگرافی یا تست پستان به وسیله خودشان را انجام دهند به علاوه، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خودشان نشان می‌دهند (۱۱).

در مراحل درمان نیز افراد امیدوار در تحمل درمان‌های طولانی و دردناک و عوارض شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می‌دهند و احتمال بیشتری دارد که درمان را پی‌گیری کنند. این بیماران با نشانه‌هایی که از درمان ناشی می‌شود، مثل از دست دادن موها، اضافه وزن، خستگی، حالت تهوع و استفراغ بهتر کنار آمده و در صورت عود مجدد سرطان نیز احتمال بیشتری دارد که در پی درمان‌های اضافی لازم برآیند (۱۲). در مرحله بهبود نیز افراد امیدوارتر افکار مثبت‌تری راجع به زندگی‌شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه‌های مثبت موقعیت‌های تروماتیک از خودشان نشان می‌دهند (۱۳). اگرچه پذیرش برای بیماران مبتلابه سرطان مهم است، با این حال مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای مبتلایان به سرطان با هدف کاهش اجتناب و افزایش پذیرش، اندک بوده است. مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اکثر مداخلات بر تن‌آرامی و تکنیک‌های کاهش اضطراب، حل مسئله، آموزش روان‌شناختی، شناخت درمانی و مداخلات رفتاری مانند؛ حواس‌پرتی، حساسیت‌زدایی منظم و هیپنوتیزم

خستگی، علایم سرطان کبد، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کند (۶)، لذا روان‌شناسان در جستجوی درمان‌های روان‌شناختی علاوه بر درمان‌های فیزیکی برآمده‌اند، به طوری که در چند دهه اخیر روان‌شناسی مثبت‌گرا و روان‌شناسی سلامت، به افزایش شادمانی و سلامت و مطالعه علمی در مورد نقش نیرومندی‌های شخصی و سازه‌های مثبت در ارتقای سلامت، تأکید زیادی داشته است و مضامین اصلی روان‌شناسی مثبت‌گرا را شادمانی، امید و خلاقیت تشکیل می‌دهد از جمله این درمان‌های روان‌شناختی امید درمانی است که بر مبنای رویکرد روان‌شناسی مثبت، به جای تمرکز صرف بر ضعف‌های انسان، توانمندی‌ها و قابلیت‌های او را مورد توجه قرار می‌دهد (۷).

امید به‌عنوان یک استراتژی کنار آمدن در حوزه‌های مختلف؛ تحصیلی، ورزشی، سلامت روان، شغل و کار ایجاد شده است و از بین سازه‌های مثبت مثل خوش‌بینی و امید، که در سلامت جسمانی و روانی مؤثر می‌باشند، سازه امید توجه فزآینده‌ای را به خود اختصاص داده است (۸). امید درمانی از نظریه امید آشنای در و اندیشه‌ای برگرفته شده از درمان شناختی-رفتاری درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود (۹) و بر این هدف استوار است که به درمان‌جویان کمک کند تا اهداف فرمول‌بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند (۱۰). تفکر امیدوارانه و

سرطانی که در سه ماهه چهارم ۱۳۹۶ و سه ماه اول سال ۱۳۹۷ در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج بستری شده و دارای پرونده بالینی می‌باشند و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۳۰ نفر از بیماران انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفر آزمایش و کنترل تقسیم شدند. در این مطالعه محدودیتی از نظر نوع سرطان وجود نداشت و معیارهای ورود به مطالعه به این شرح بوده است: هوشیار بودن، سن ۱۹ تا ۵۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک مرتبه درمان با مواد شیمی درمانی به عنوان معیارهای ورود پژوهش و عدم مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی مزمن پیش از شروع بیماری و یا تحت درمان بودن با داروهای روانگردان در مقابل، ناتوانی در درک و ناشنوایی، غیبت کردن در پروتکل درمانی، سن کمتر از ۱۹ و بالاتر از ۵۵ سال به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد.

پرسشنامه افسردگی بک؛ این مقیاس ۲۱ ماده دارد که پاسخ دهنده شدت افسردگی خود را با انتخاب یکی از چهار گزینه؛ ۱، ۲، ۳ و ۴ مشخص می‌شود و محدوده نمره کل هر فرد بین صفر تا ۶۳ می‌باشد قضاوت بالینی بر اساس نقطه برش این مقیاس می‌باشد، نمرات صفر تا ۱۳، افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد.

با علم به پیشینه این ابزار، نمره ۱۷ برای تفکیک افراد مبتلا و غیر مبتلا به افسردگی، که با

تمرکز دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر پذیرش تمرکز دارد. آمادگی برای تجربه احساسات ناخوشایند و اجتناب نکردن از آن‌ها فرآیندی کلیدی در اکت است، اکت از طریق شش فرآیند مرکزی پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (۱۴). درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۵) و یک روش درمانی که تمرکز حواس متمرکز شدن بر یک روش خاص: بر روی هدف، در لحظه‌ی حال، قضاوت غیرمنصفانه و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارت‌هایی برای پاسخ به تجارب غیرقابل کنترل و در نتیجه متعهد شدن به ارزش‌های شخصی را می‌آموزد. برای کمتر کردن نگرانی‌ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان‌ها و احساسات اغلب به عنوان نشانه‌های اختلال روانی دیده می‌شود و نگرانی زیاد همراه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی برای تغییر رفتار بسته به این که چگونه این رفتار برای زندگی بیمار در طولانی‌مدت مفید و قابل‌درک است (۱۶)، بر این اساس محقق به دنبال میزان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در شهر یاسوج است.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد که جامعه آماری این تحقیق شامل ۱۰۰ نفر از بیماران

بیش برسد که تاکنون هر نوع تلاشی که برای حل مشکلات انجام داده بی‌فایده بوده و از این پس به جای سرزنش خودش شیوه‌های جدیدی را به کار بگیرد تا موقعیت را تغییر دهد، با استفاده از تمثیل انسان در چاه، مسابقه طناب‌کشی با هیولا و ببر گرسنه به مراجعه می‌آموزیم که اجتناب یا هر شیوه کنترل دیگر، فقط اهمیت و نقش آن چه او از آن اجتناب می‌کند را تقویت می‌کند. دریافت بازخورد و ارایه تکلیف، ضمن این که در این دو جلسه سعی شد تا رابطه درمانی لازم با هریک از مراجعان برقرار شود و فرآیندها و پویایی‌های گروه مورد توجه قرار گیرد.

جلسه سوم: هدف اصلی در این جلسه از هر یک از مراجعان خواسته شد تا داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه تعریف کند و همچنین آموزش و تفهیم این موضوع هست که کنترل خود مسئله است نه راه حل، تبیین این که وقایع درونی را نمی‌توان مانند وقایع بیرونی کنترل کرد و آموزش تشخیص کنترل وقایع شخصی مثل افکار و خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل (پلی گراف و عاشق شدن)، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف.

جلسه چهارم: هدف اصلی در این جلسه داستان‌ها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید اسنایدر یعنی؛ هدف، عامل و گذرگاه‌ها تبیین شده و مجدداً قالب‌بندی شدند. ضمن این که سعی شد تا

ارزشیابی روان‌پزشکی نیز هم‌خوانی داشت، به عنوان نمره آستانه تعیین و به کار گرفته شد (الیور و مورفی). روایی سازه این آزمون در جمعیت غیر ایرانی ۰/۶۶ ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی میان دو نیمه آن ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با ویرایش اول این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (الیور و مورفی). در مطالعه دیگری ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۷۳ گزارش شده است (چیکوتا). در مطالعه دیگری ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ برآورد شده است (چیکوتا). همچنین با اجرای این پرسشنامه بر روی یک گروه ۱۲۵ نفری از دانشجویان ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ به دست آمد.

مواد آموزشی؛ جلسه اول: به طور کلی در جلسه اول ساختار جلسه‌ها و اهداف برنامه آموزشی معرفی شده، برقراری رابطه درمانی (با استفاده از استعاره دو کوه) - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و قوانین گروه، تبیین سرطان، علایم و نشانه‌ها، نمایش دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ارزیابی انتظارات افراد از درمان و امید بر اساس نظریه اسنایدر تعریف شد.

جلسه دوم: مروری بر صحبت‌های جلسه اول، تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر بهزیستی، هدف اصلی این جلسه ایجاد درماندگی خلاق می‌باشد یعنی مراجع در نهایت به این

مواردی از امید در زندگی هر یک از اعضا شناسایی شده و موفقیت‌های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌ها مورد توجه قرار گیرد. همچنین آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای کنترل است. آموزش پذیرش تمام رویدادهای درونی و توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از تمثیل مهمان ناخوانده و گیر کردن پای گربه در کلاف. تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل (تمثیل شیر، شیر، شیر)، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف.

جلسه پنجم، در این جلسه از اعضا خواسته شد تا لیستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی خود فراهم کرده و میزان اهمیت هر یک از آنها را مشخص کنند و همچنین بیان مفهوم گسلش شناختی با استفاده از تمثیل‌های اتوبوس و رژه رفتن سربازان که هدف نهایی ایجاد فاصله‌ای بین مراجع و افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدن‌اش هست و در نهایت مراجع واکنش‌های درونی را در یک سطح مشاهده گر می‌بیند و با آن‌ها آمیخته نمی‌شود؛ مثال متوجه شدم که دارم مضطرب می‌شوم.

جلسه ششم، ویژگی‌های اهداف مناسب بر اساس نظریه اسنایدر مطرح شد و سپس افراد برای تعیین اهداف در هر یک از حیطه‌های زندگی ترغیب شدند و همچنین توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل شطرنج و استعاره خانه با مبلمان، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی

از حس‌هایی که جزء محتوای ذهنی هستند. در این تمرینات، شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا بر فعالیت‌های خود (نظیر تنفس، پیاده روی) تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند. زمانی که شرکت‌کنندگان درمی‌یابند که ذهن در درون افکار، خاطرات یا خیال‌پردازی‌ها سرگردان شده، در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ماهیت آن‌ها توجه خود را به زمان حال باز می‌گردانند، بنابراین شرکت‌کنندگان آموزش می‌بینند تا به افکار و احساسات آنها توجه کنند، ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارایه تکلیف.

جلسه هفتم، ویژگی‌های گذرگاه‌های مناسب مطرح شده و از آنها خواسته شد تا برای رسیدن به اهداف تعیین شده، راهکارهای مناسبی بیابند، سپس به آنها آموزش داده شد تا گذرگاه‌ها را به مجموعه‌ای از گام‌های کوچک بشکنند و گذرگاه‌های جانشین تعیین کنند. همچنین توضیح مفهوم ارزش‌ها و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش‌های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر و کمک به مراجع تا بر زندگی کردن به شیوه مؤثر متمرکز شود، در حقیقت در این جلسه بین ارزش به عنوان احساس و ارزش به عنوان یک عمل تمایز قایل می‌شویم، اجرای تمرین‌هایی برای شناسایی ارزش‌های مراجع مثل

نمی‌باشد ($p > 0.05$)، بنابراین این از مفروضه همگنی شیب رگرسیون تخطی نشده است.

همان‌طور که در نمودار ۱ نشان داده شده است رابطه خطی بین پیش‌آزمون افسردگی و پس‌آزمون افسردگی وجود دارد و از مفروضه خطی بودن تخطی نشده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس افسردگی در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لوین استفاده شد نتایج آزمون لوین در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲ بیانگر این است که مقدار سطح معنی‌داری بزرگتر از $p > 0.05$ است نشان می‌دهد که از مفروضه برابری واریانس تخطی نشده است و نشان دهنده برقرار بودن این مفروضه در این مقیاس است. با توجه به نرمال بودن متغیرهای پژوهش، همگنی شیب رگرسیون و یکسانی واریانس، مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری رعایت شده است و می‌توان از این آزمون برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، بین میانگین نمرات افسردگی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{(1,37)} = 495/12$ و $P < 0.05$)، بنابراین درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان در شهر یاسوج مؤثر است میزان این تأثیر در مرحله پس آزمون ۸۹ درصد بوده است.

تمرین تشییع جنازه خود و رایه فرم درجه بندی سنجش ارزش‌ها، دریافت بازخورد و رایه تکلیف.

جلسه هشتم، راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد، از جمله این که از افراد خواسته شد تا به تمرین ذهنی آنچه که باید برای رسیدن به اهداف انجام داد، بپردازند و به آنها آموزش داده شد تا خود یک امید درمان‌گر باشند و تفکر امیدوارانه را به صورت روزمره به کار ببرند، به طوری که خودشان بتوانند اهداف و موانع را تعیین کنند، عامل لازم را برای دستیابی به آنها را در خود ایجاد و حفظ کنند و گذرگاه‌های لازم را تشخیص دهند و در نهایت آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها یعنی مراجع بین تمایل و خواست‌تم تمیز قایل شود. با استفاده از تمثیل‌گذاری دم در این کار به‌طور تجربی انجام می‌شود و در نهایت مراجع به این نتیجه برسد که خودداری کردن از تمایل آرامش ذهن را افزایش نخواهد داد، مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسه‌ها به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون.

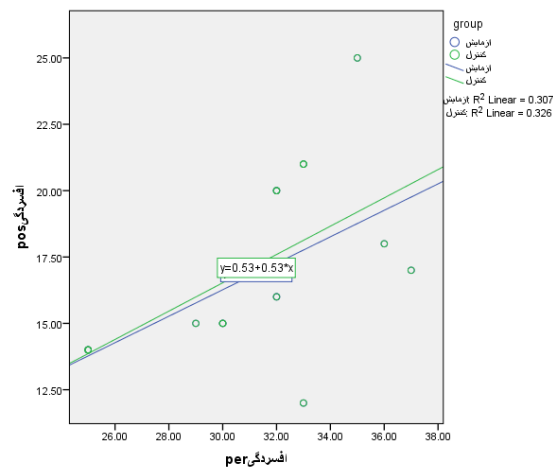
داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز از روش آماری تحلیل کوواریانس یک متغیره و تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

فرضیه‌های این آزمون به وسیله آزمون همگنی شیب رگرسیون و خطی بودن آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ نشان می‌دهد که تعامل گروه با پیش آزمون به لحاظ آماری معنی‌دار

جدول ۱: آزمون همگنی شیب رگرسیون برای افسردگی

منابع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
پیش آزمون افسردگی	۱۰۸/۸۱۸	۱	۱۰۸/۸۱۸	۱۲/۰۳۲	۰/۰۰۲
تعامل گروه و پیش آزمون	۰/۱۲۳	۱	۰/۱۲۳	/۰۶۴	۰/۹۰۸
خطا	۲۳۵/۱۳۷	۲۶	۹/۰۴۴	-	-
کل	۸۹۸۱	۳۰	-	-	-



نمودار ۱: رابطه خطی بین پیش آزمون و پس آزمون افسردگی

جدول ۳: آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس برای پس آزمون افسردگی

F	df ₁	df ₂	سطح معنی داری
/۰۲۶	۱	۲۸	۰/۸۷۴

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس جهت بررسی تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات افسردگی

منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۰۸/۸۱۳	۱	۱۰۸/۸۱۳	۱۲/۴۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶	۰/۹۲۶
عضویت گروهی	۰/۶۷۰	۱	۰/۶۷۰	۴۹۵/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۰/۰۵۸
خطا	۲۳۵/۲۶۰	۲۷	۸/۷۱۳	-	-	-	-
کل	۸۹۸۱	۳۰	-	-	-	-	-

بحث

در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علایم بیماری سرطان، اثربخشی را افزایش دهد. بنابراین آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی در بیماران سرطانی مانند شناخت درمانی سنتی، هدف آموزش تفکر مراقبت‌ذهنی، تغییر محتوای افکار نیست؛ بلکه هدف ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در هدفمند اشاره کرد. همچنین با توجه به این که جامعه آماری پژوهش حاضر، بیماران سرطانی بین ۵۵ - ۱۹ سال اهل شهر یاسوج بودند، نتایج به دست آمده از قابلیت تعمیم کافی برخوردار نیست. انجام پژوهش در جامعه پژوهشی معرفت‌تر می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتری به دنبال داشته باشد. با توجه به این که در فرآیند جلسه‌ها پیگیری جهت حصول اطمینان از اثرات درازمدت این شیوه مداخله‌ای به کار گرفته نشد، پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جامعه غیر از بیمارستان و همچنین در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج آن پژوهش با نتایج تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در طرح‌های بعدی از فرآیند جلسه پیگیری جهت حصول اطمینان از اثرات درازمدت این شیوه مداخله‌ای استفاده شود.

سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر ۱ نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌شود. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند (۱). لذا هدف از این پژوهش تعیین و اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلابه سرطان بود.

نتایج حاصل از تحلیل آماری کواریانس یک متغیره این پژوهش نشان داد که درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش، تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی در کاهش افسردگی در بیماران مبتلابه سرطان در شهر یاسوج مؤثر است ($p < 0.05$). این یافته با نتایج شرنک، استنگلی‌لین، اسلید (۱۷) برقی ایرانی و همکاران (۱۸)، ستوده اصل و همکاران (۱۹)، شروین و همکاران (۲۰) همسو است، در تبیین معنی‌داری این فرضیه باید گفت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید‌درمانی موجب بهبود قابل ملاحظه در سلامت روانی و کاهش افسردگی می‌شود. همچنین سودمندی آن‌ها به‌عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است، به کارگیری این روش‌ها به علت سازوکار نهفته در آن مانند؛ پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی

نتیجه‌گیری

افرادی که کمک کردند تا این پژوهش انجام شود،
کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

با توجه به رفتارهای مقابله‌ای غیر انطباقی بیماران افسرده، که شامل اجتناب از فعالیت‌ها و تماس اجتماعی می‌باشد، این بیماران به منظور فراهم ساختن زمان بیشتر برای نشخوار فکری یا برای افزایش آرامش خود، فعالیت‌های خود را کاهش می‌دهند، چون به غلط معتقدند که نشخوار فکری، فرصت ارزشمندی برای بهبودی آن‌ها فراهم می‌سازد. بنابراین بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند، در نتیجه انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان، زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهند داشت. این موضوع باعث می‌شود بر جنبه‌های دیگر زندگی خود توجه بیشتری کنند و روابط اجتماعی خود را گسترش دهند و این امر موجب احساس انرژی بیشتر و مثبت اندیشی و امید به زندگی در آن‌ها می‌شود. در چنین شرایطی قادر به انجام فعالیت‌هایی می‌شوند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته، یا قادر به انجام آن نبودند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با کد ۲۰۰۶۱۲۱۶۱۹۲۰۰۶ از دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج می‌باشد و با حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج اجرا شده است، از مدیریت محترم بیمارستان شهید بهشتی و همچنین

REFERENCES

1. Bajari HE. The effectiveness of therapeutic therapy based on the hope therapy approach on increasing the life expectancy of women with breast cancer. *Educational Studies and Psychology* 2009; 1: 172-84.
2. Pullmann H, Allik J. The rosenberg self-esteem scale: its dimensionality, stability and personality correlates in estonian. *Pers Indiv Differ* 2000; 28: 701-15.
3. Lampic C, Thurfjell E, Bergh J, Sjoden PO. Short and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer* 2001; 37(4): 463-9.
4. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2001; 37(3): 376-84.
5. Mardani H, Coral ST, Ebrahimi M. The effect of psychological training program on stress and depression in patients with cancer. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2011; 1(1): 53-8.
6. Porter LS. Perceptions of patients' self-efficacy for managing pain and lung cancer symptoms: correspondence between patients and family caregivers. *Pain* 2012; 98: 169-70.
7. Qaderi Z, Welfare, J, Panq GA. The effectiveness of group therapy on increasing the hope of patients with esophageal cancer and pancreatic cancer, *Methods and Psychological Models* 2011; 4: 110-18.
8. Palmen JL, Fish MJ. Association between symptom distress and survival in outpatients seen in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2015; 29(6): 565-71.
9. Snyder CR, Harris C, Irving LM. The will and the ways: development and validation of an individual differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 60: 570.
10. Rasouli M, Bahramian J, Zaharakar K. The Impact of group therapeutic hope on quality of life in multiple sclerosis patients. *Psychiatric Nursing* 2015; 1(4), 169-70.
11. Snyder CR, Cheavens J, Michael ST. Hoping. In C.R. 1st ed. *Coping: The psychology of what works*. New York: Couns Psychol. 1989; 98: 49-78.
12. Roditi D, Robinson ME. The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage* 2011; 4: 41-9.
13. Maudid Ghadali T, Ghorban Shiroodi SH. The effectiveness of group therapy on depression, loneliness, and self-esteem among female students. *Quarterly Mental Health* 2016; 3(2): 65-75.
14. Mohabat B, Sahar A, Mohammad E, Maleki F, Moradi M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on the quality of life of women with breast cancer. *Journal of Beheshti University of Medical Sciences* 2014; 34: 17-26.
15. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy* 2013; 44: 180-96.
16. Angiola JE, Bowen AM. Quality of life in advanced cancer: an acceptance and commitment therapy view. *Couns Psychol* 2013; 41(2): 313-35.
17. Sherlock S. Self efficacy adolescence risk taking behavior and health. In: *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. *Journal of Clinical Psychology* 2011; 4: 41-9.
18. Iranian E. The effectiveness of acceptance and commitment (act) therapy on psychological capital in patients with esophageal cancer. *Journal of Health Psychology* 2016; 14: 114-25.
19. Sotoodeh E. Comparison of two methods of therapeutic therapy and hope therapy on the quality of life dimensions in patients with essential hypertension. *Journal of Clinical Psychology* 2010; 1: 27-34.
20. Sharma V, Sood A, Ioprinzi C, Prasad K. Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized trial. *BMC Complement Altern Med* 2011; 12(Suppl 1): 211.

The Effectiveness of Acceptance, Commitment, and Group Therapy Based on Hope Therapy Approach to Depression in Cancer Patients

Roiantan S^{1*}, Azadi SH², Mahmoodi A¹, Hosseini M³, Sadegh R⁴

¹Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran, ² Department of Psychology and Educational Sciences, Gachsaran Branch, Islamic Azad University, Gachsaran, ³Student Research Committee, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ⁴Department of Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 17 Oct 2018 Accepted: 08 June 2019

Abstract

Background & aim: One of the chronic diseases that increases the risk of depression in a person is the development of various cancers. Numerous studies have shown that risk of various cancers is an important risk factor for depression. The purpose of this study was to determine and evaluate the efficacy of combination therapy based on acceptance, commitment and group therapy based on hope therapy in reducing depression in cancer patients.

Methods: This is a semi experimental study wch statistical population of this study consisted of 100 cancer patients admitted to Yasuj Shahid Beheshti Hospital late in the year, up to the beginning of the year, with a clinical record. At the center of the study, 30 patients were divided into two groups (15) of experiment and control. There were no restrictions on the type of cancer in this study, and the inclusion criteria were: alertness, physician, at least one-time treatment with chemotherapy, and no psychological problems from Chronic depression included before the onset of the disease or under the treatment of psychotropic drugs. Data were analyzed using one-way analysis of covariance(ANCOVA).

Results: Findings showed that combination therapy based on acceptance and commitment and group therapy based on Hope Therapy approach to reduce depression in cancer patients in Yasuj city had a $p < 0.05$. The effectiveness of this method of treatment for depression in patients with cancer have been identified.

Conclusion: The findings of this study suggest that combination therapy based on acceptance and commitment and group therapy based on hope therapy can reduce depression in cancer patients and represent new horizons in clinical interventions and can be used as an effective intervention method.

Keywords: Hope Group Therapy, Life Expectancy, Depression, Cancer

*Corresponding author: Roiantan S, Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran

Email: sajadroiantan@gmail.com

Please cite this article as follows:

Roiantan S, Azadi SH, Mahmoodi A, Hosseini m, Sadegh R. The Effectiveness of Acceptance, Commitment, and Group Therapy Based on Hope Therapy Approach to Depression in Cancer Patients. *Armaghane-danesh* 2020; 24(5): 841-852