

تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر منفعت‌یابی و تبعیت از درمان در بیماران و بازماندگان از سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده

محمدصادق ساریزاده^۱ (Ph.D Student)، اسحق رحیمیان بوگر^{۱*} (Ph.D)، سیاوش طالع‌پسند^۲ (Ph.D)، فرحناز قهرمانفرد^۳ (M.D)

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲- گروه روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۳- مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی سمنان، سمنان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۴

* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۳-۲۳۶۲۳۳۰۰ i_rahimian@semnan.ac.ir

چکیده

هدف: تجربه مثبت از تغییرات زندگی و تبعیت از درمان نقش مهمی در سازگاری و بهبود سرطان پستان دارد. به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد با تسهیل پذیرش و تصریح ارزش‌ها به این امر کمک کند. بنابراین، هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر منفعت‌یابی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان و بازماندگان از آن بود. مواد و روش‌ها: طرح مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود که بر روی ۵۲ بیمار و بازمانده از سرطان پستان مراجعه‌کننده به انجمن بیماران سرطانی شهر گرگان در سال ۱۳۹۹ انجام شد. شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش (بیماران و بازماندگان) و دو گروه کنترل (بیماران و بازماندگان) قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش به مدت هشت جلسه متوالی (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت آموزش پذیرش و تعهد قرار گرفتند اما گروه‌های کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های منفعت‌یابی و تبعیت از درمان به دست آمده و با آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج نشان داد بین گروه آزمایش بیماران، بازماندگان با گروه‌های کنترل در متغیرهای منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0.05$). نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعه، استفاده از درمان پذیرش و تعهد در جهت بهبود منفعت‌یابی و تبعیت از درمان در بیماران و بازماندگان از سرطان پستان پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، رضایت بیمار، تبعیت از درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

دیگر، مطالعات اخیر در کشورهای غربی تغییرات مثبت زندگی را توصیف می‌کنند که بسیاری از بیماران و بازماندگان از سرطان در رابطه با بیماری‌شان تجربه می‌کنند [۴]. یکی از این پیامدهای مثبت زندگی به دنبال بیماری سرطان، منفعت‌یابی (Benefit finding) است [۵]. منفعت‌یابی به‌عنوان سازه‌ای از روان‌شناسی مثبت‌گرا، به تغییرات مثبت زندگی گفته می‌شود که از رویدادهای ناگوار زندگی مانند بیماری‌های سرطان ناشی می‌شود [۶]. برخلاف پیامدهای مثبت زندگی دیگر مانند رشد پس از سانحه، منفعت‌یابی می‌تواند بلافاصله پس از تشخیص بیماری سرطان شروع شود و مطالعات نشان می‌دهد ارتقای منفعت‌یابی در مراحل اولیه تشخیص بیماری سرطان پستان می‌تواند بهزیستی روانی بهتری را تا چهار الی هفت سال بعد پیش‌بینی کند [۵،۷]. مطالعات روان‌شناختی در

شیوع بیماری سرطان در سراسر جهان و به ویژه در کشورهای در حال توسعه روند رو به رشدی دارد. تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، ۲۶/۴ میلیون نفر مبتلای جدید به سرطان در جهان وجود داشته باشد و ۱۷ میلیون نفر جان خود را از دست بدهند. در ایران، سرطان سومین علت اصلی مرگ و میر پس از بیماری‌های قلبی عروقی و تصادفات است [۱]. سرطان پستان یکی از سرطان‌های شایع در ایران و دومین سرطان رایج در زنان است که میزان بروز آن طی دهه گذشته در جوامع در حال توسعه افزایش یافته است [۲،۳]. بر اساس مطالعات، نیمی از زنان مبتلا به سرطان پستان پس از تشخیص، سال‌ها دچار پریشانی روانی می‌شوند، به گونه‌ای که در بازماندگان از آن نیز این پریشانی‌ها دیده می‌شود. از طرف

می‌توانند برای برخی از بیماران بسیار آزاردهنده باشد و بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر منفی بگذارند [۱۵]. علاوه بر این، برخی عوامل روانی مانند درک بیماری و درمان آن، مهارت‌های شناختی، وضعیت عاطفی و کیفیت روابط اجتماعی، تبعیت از درمان این گروه از بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۲]. از سوی دیگر، ارتقای تبعیت از درمان می‌تواند درمان موفقیت‌آمیز را پیش‌بینی کرده و عوارض، شدت بیماری و عدم پیروی از درمان را کاهش دهد و عدم توجه به آن پیامدهای بالینی مخربی در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان و بازماندگان از آن دارد که اهمیت غربال‌گری و ارتقای آن را نشان می‌دهد [۱۶، ۱۷].

بررسی پیشینه مطالعه نشان می‌دهد برخی مداخلات روان‌شناختی در ارتقاء تبعیت‌یابی و تبعیت از درمان بیماران مبتلا به سرطان، سودمند بوده‌اند. Zhang و همکاران [۱۱] در مطالعه خود بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان نشان دادند مداخله مبتنی بر خود‌افشایی در تسهیل و بهبود تبعیت‌یابی اثر مثبتی دارد. مطالعات دیگر [۱۸، ۱۹] نشان می‌دهند مداخله مدیریت استرس شناختی - رفتاری بر افزایش تبعیت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. به علاوه، Penedo و همکاران [۲۰] در مطالعه خود بر روی ۱۹۱ بیمار مبتلا به سرطان پروستات نشان دادند مداخله مدیریت استرس شناختی - رفتاری به افزایش تبعیت‌یابی و کیفیت زندگی این بیماران کمک می‌کند. از سوی دیگر، مطالعه Farshidfar و همکاران [۲۱] نشان می‌دهد درمان فعال‌سازی رفتاری در بهبود تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر مثبتی دارد. هم‌چنین، Salehian و همکاران [۱۶] در مطالعه خود نشان دادند استفاده از مصاحبه انگیزشی می‌تواند بر ارتقاء تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد.

در این راستا، یکی از مداخلات که می‌توان گفت با نیازهای روان‌شناختی بیماران سرطانی همسو است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) است [۲۲]. این درمان بر تغییر رابطه بیماران با تجارب درونی‌شان، به جای تغییر در محتوای آن‌ها، تلاش می‌کند. مطالعات نشان می‌دهد که سرکوب افکار و تلاش برای اجتناب از عواطف آزاردهنده مرتبط با سرطان، به شکل متناقضی منجر به مشکلات روانی بدتر می‌شود. بیماران مبتلا به سرطان پستان در تلاش برای سرکوب واقعیت و محتوای مرتبط با آن، سطوحی از این نوع اجتناب را نشان می‌دهند که این فرایند فراتر از خود بیماری می‌تواند بر بهزیستی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد [۲۳]. از طرف دیگر، درمان پذیرش و تعهد با تسهیل پذیرش هیجانات ناخوشایند، تصریح ارزش‌های زندگی بیمار و با هدف به حداکثر رساندن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Psychological

Resilience) نشان می‌دهد تجربه منفعت‌یابی در این بیماران تقریباً پدیده‌ای رایج است و مطالعات قبلی بیش‌تر به بررسی ارتباط آن با متغیرهای مرتبط با بیماری در مراحل مختلف سرطان پستان، تمرکز داشته‌اند [۸]. به عنوان مثال، Conley و همکاران [۹] با مطالعه ۳۰۹ زن مبتلا به سرطان پستان به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی نقش مهمی در افزایش تبعیت‌یابی دارد. به عبارت دیگر، در زمینه سرطان، حمایت اجتماعی با بهزیستی جسمی-روانی و تبعیت‌یابی همراه بود. یک مطالعه فراتحلیل از ۸۷ مطالعه نشان می‌دهد که تبعیت‌یابی پس از رویداد ناگوار زندگی مانند تشخیص بیماری سرطان، مؤلفه‌های بهزیستی روانی از جمله عواطف مثبت، عزت نفس و رضایت از زندگی را پیش‌بینی می‌کند [۱۰]. علاوه بر این، تبعیت‌یابی یک فرایند ارزیابی مجدد مثبت از زندگی است که شیوه‌های کنار آمدن سالم را در بیماران و بازماندگان از سرطان تسهیل می‌کند. بنابراین، تبعیت‌یابی یک گام بالاتر از سازه‌های روان‌شناسی دیگر از جمله تاب‌آوری است [۶، ۹]. هم‌چنین، برخی مطالعات [۴، ۱۱] نشان می‌دهند تبعیت‌یابی با تلاش فعال زنان مبتلا به سرطان پستان برای کنار آمدن با بیماری رابطه مثبتی دارد که توانایی آن‌ها را برای مقابله مؤثر با بیماری، کاهش پریشانی و اتخاذ نگرش خوش‌بینانه‌تر در مورد بیماری بهبود می‌بخشد. لذا، پیشنهاد می‌کنند تحقیقات آتی به بررسی مداخلات روان‌شناختی در افزایش تبعیت‌یابی بپردازند. با این حال، تاکنون مداخلات روان‌شناختی که به طور خاص هدف آن‌ها افزایش تبعیت‌یابی در این بیماران باشد، اندک است [۱۱]. عامل دیگری که نقش تعیین‌کننده در درمان و بهبود مؤثر بیماری‌های سرطان دارد، تبعیت از درمان (Adherence to treatment) است [۱۲]. سازمان جهانی بهداشت تبعیت از درمان را «میزان رفتارهای فرد در خصوص نحوه مصرف دارو، پیروی از رژیم غذایی و یا اعمال تغییرات در سبک زندگی، مطابق با توصیه‌های توافق شده از سوی یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی» تعریف می‌کند [۱۳]. اگرچه بیماران مبتلا به سرطان، انگیزه تبعیت از درمان را دارند، اما مطالعات مرتبط با تبعیت درمان در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که میزان پای‌بندی از ۱۶ الی ۱۰۰ درصد، متغیر است [۱۴]. برخی از شایع‌ترین انواع عدم تبعیت درمانی شامل امتناع و یا تأخیر در شروع درمان، حذف ناخواسته یا عمدی دوز، استفاده موقت از دوزهای بالا و پایین و عدم رعایت فواصل مصرف دارو می‌باشد [۱۲]. یکی از دلایل عدم تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان، عوارض جانبی درمان‌های رایج پزشکی از جمله حالت تهوع، گرگرفتگی، مشکلات خواب و اختلال عملکرد جنسی است که اگرچه تهدیدکننده زندگی نیستند اما

پرسش‌نامه مطالعه. هم‌چنین، ملاک‌های ورود به مطالعه گروه بازماندگان عبارت بودند از: سن بالاتر از ۲۰ سال، پایان یافتن درمان‌های رایج سرطان از جمله جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و غیره در یک سال اخیر و سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل پرسش‌نامه مطالعه. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه از درمان، داشتن مشکلات روان‌شناختی مانند اختلالات روان‌پریشی و خلقی شدید و دریافت مشاوره و روان‌درمانی به غیر از مطالعه حاضر. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه منفعت‌یابی (benefit finding scale) و پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن (Adherence questionnaire in patients with chronic disease) بود.

پرسش‌نامه منفعت‌یابی: در سال ۲۰۰۱، Antoni و همکاران [۲۵] این پرسش‌نامه را به منظور سنجش منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان پستان طراحی کردند. این پرسش‌نامه ۱۷ گویه‌ای شامل سه زیرمقیاس پذیرش (گویه‌های ۱ الی ۳)، بهبود رابطه (گویه‌های ۴ الی ۸) و رشد شخصی (گویه‌های ۹ الی ۱۷) است [۲۶]. پرسش‌نامه به شکل طیف لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت ۱ (کاملاً مخالفم)، ۲ (مخالفم)، ۳ (نظری ندارم)، ۴ (موافقم) و ۵ (کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین ۱۷ الی ۸۵ می‌باشد. کسب نمره بالاتر در این پرسش‌نامه حاکی از منفعت‌یابی بیشتر در فرد است. Antoni و همکاران [۲۵] در مطالعه خود ضریب همسانی این پرسش‌نامه را در بیماران مبتلا به سرطان پستان ۰/۹۵ گزارش دادند. Ghaderi [۲۷] در مطالعه خود این پرسش‌نامه را در جامعه ایرانی و بر روی بیماران مبتلا به سرطان به کار برده و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۲ گزارش داده است.

پرسش‌نامه تبعیت از درمان در بیماری‌های مزمن: این پرسش‌نامه توسط Seyed Fatemi و همکاران [۲۸] به منظور سنجش ابعاد مختلف تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی شد. این پرسش‌نامه ۴۰ گویه‌ای شامل هفت مؤلفه اهتمام در درمان (۹ گویه)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ گویه)، توانایی تطابق (۷ گویه)، تلفیق درمان با زندگی (۵ گویه)، چسبیدن به درمان (۴ گویه)، تعهد به درمان (۵ گویه) و تردید در اجرای درمان (۳ گویه) می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه بر روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت اصلاً مهم نیست (نمره ۱)، اندکی مهم است (نمره ۲)، به طور متوسط مهم است (نمره ۳)، تا اندازه‌ای مهم است (نمره ۴) و کاملاً مهم است (نمره ۵) می‌باشد و کسب نمره بالاتر در آن نشان‌دهنده تبعیت از درمان بهتر در بیمار است. Seyed

(flexibility) به ماهیت پویا و ویژه سازگاری با بیماری سرطان می‌پردازد [۲۲]. مطالعات نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد با تسهیل انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بهبود سلامت روان‌شناختی از جمله افسردگی، کیفیت زندگی، منفعت‌یابی و تبعیت از درمان سودمند است. اثربخشی بالینی بالقوه این مداخله روان‌شناختی، پایه مناسبی برای تحقیقات بیشتر در این زمینه فراهم می‌کند و با توجه به تأثیرات گسترده آن بر سلامت روان، به نظر می‌رسد مداخله مناسبی برای سازگاری با بیماری سرطان در سراسر مسیر بیماری باشد. با توجه به این‌که تحقیقات درمان پذیرش و تعهد در بیماران و بازماندگان از سرطان پستان اندک است، مطالعه این درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان برای به‌دست آوردن شواهد تجربی بیشتر، درک اهمیت و اثربخشی بالینی آن ضروری به نظر می‌رسد [۲۳، ۲۴]. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر منفعت‌یابی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان و بازماندگان از آن انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی (Randomized Clinical Trial) با کد کارآزمایی IRCT20151228025732N60، به همراه پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی سمنان و با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1399.089 تصویب شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمام بیماران و بازماندگان از سرطان پستان مراجعه‌کننده به انجمن حمایت از بیماران خاص و سرطانی استان گلستان (موسسه نیکوکاری راضیه فرزاد) شهرستان گرگان در مهر و آبان ماه ۱۳۹۹ بود. برای تعیین حجم نمونه مورد نیاز از نرم‌افزار G-Power استفاده شد. بنابراین، با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، اندازه اثر ۰/۲۵ و توان آزمون ۰/۷۰، مشخص شد که نمونه مورد نیاز برای هر گروه ۱۳ نفر می‌باشد. بنابراین، از طریق مصاحبه بالینی و ملاک‌های ورود و خروج از مطالعه و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۵۲ بیمار (۲۶ بیمار مبتلا به سرطان پستان و ۲۶ بیمار بازمانده از سرطان پستان) انتخاب شدند و به صورت تصادفی از طریق قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (گروه بیماران و گروه بازماندگان) و گروه کنترل (گروه بیماران و گروه بازماندگان) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه گروه بیماران عبارت بودند از: سن بالاتر از ۲۰ سال، تشخیص قطعی بیماری توسط پزشک متخصص آنکولوژی، سپری شدن حداقل سه ماه از تشخیص بیماری و سواد خواندن و نوشتن جهت تکمیل

مطالعه را تکمیل کردند. محتوای جلسات درمان به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین، به دلیل شیوع ویروس کرونا، جلسات درمان پذیرش و تعهد در محیط باز (محوطه انجمن) به همراه توزیع بسته بهداشتی شامل ماسک، دستکش، مایع ضد عفونی دست و رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی اجرا گردید. به علاوه، اصول اخلاقی لازم در انجام پژوهش از جمله رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات، اولویت سلامت و ایمنی شرکت‌کننده‌ها در طول مطالعه، رعایت اصل رازداری و حفظ اطلاعات شرکت‌کنندگان رعایت شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده با استفاده از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و پس از بررسی پیش‌فرض‌های آماری، از طریق آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام گرفت. همچنین، سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Fatemi و همکاران [۲۸] در مطالعه خود مقدار آلفای کرونیباخ این پرسش‌نامه را برای کل مقیاس و زیر مقیاس‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۶، ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۱، ۰/۷۲، ۰/۵۳ و ۰/۵۱ گزارش داده‌اند.

روش اجرای مطالعه: شیوه اجرای مطالعه حاضر به این صورت بود که پس از مراجعه و انجام هماهنگی با ریاست و مددکار اجتماعی انجمن حمایت از بیماران خاص و سرطانی استان گلستان، شرکت‌کننده‌ها انتخاب و پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل نمودند. در ادامه، گروه آزمایشی بیماران در روزهای سه‌شنبه و گروه آزمایشی بازماندگان در روزهای یکشنبه، به مدت هشت جلسه متوالی هفتگی (هر جلسه ۹۰ دقیقه) تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند [۲۹]، ولی گروه‌های کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، شرکت‌کنندگان مجدداً پرسش‌نامه

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد [۲۹].

جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی شرکت‌کنندگان با درمانگر و یکدیگر، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضای گروه با رویکرد درمانی، تصریح اهداف و قرارداد درمانی.
جلسه دوم	بررسی مسائل روان‌شناختی شرکت‌کنندگان از دیدگاه ACT، آموزش در زمینه اجتناب تجربه‌ای و این که کنترل، مسأله‌ساز است نه راه حل. ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف، تصریح ناکارآمدی اجتناب تجربه‌ای به کمک استعاره‌ها، ایجاد ناامیدی خلاق در شرکت‌کنندگان و آموزش تمایل به پذیرش هیجانات و تجارب منفی. ارائه تکلیف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف، کمک به شرکت‌کنندگان برای جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه به کمک استعاره‌ها. ارائه تکلیف
جلسه پنجم	بررسی تکلیف، آموزش زندگی در زمان حال و فنون ذهن آگاهی به کمک تکنیک‌های رسمی و غیر رسمی، ارائه تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف، تصریح ارزش‌های مهم زندگی شرکت‌کنندگان، اولویت بندی این ارزش‌های مهم بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها در زندگی شرکت‌کنندگان. ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف، آموزش راهبردهای عملی برای پی‌گیری ارزش‌های مهم زندگی، تعهد به ارزش‌ها، رفع موانع احتمالی به کمک استعاره‌ها. ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف، جمع بندی مطالب ارائه شده در طی جلسات، درخواست از شرکت‌کنندگان برای توضیح دستاوردهایشان از جلسات و برنامه آن‌ها برای پی‌گیری این دستاوردها برای ادامه زندگی. اجرای پس‌آزمون.

معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$). به علاوه، شاخص‌های توصیفی منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه بیماران و بازماندگان در جدول ۳ ارائه شده است. چنان‌چه مشاهده می‌شود در مرحله پس‌آزمون میانگین نمرات منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان در گروه‌های آزمایش افزایش یافته است اما در گروه‌های کنترل این افزایش وجود نداشته یا ناچیز است.

به منظور مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. قبل از انجام این آزمون،

نتایج

در مطالعه حاضر، میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی (بیماران) $43/30 \pm 43$ و بازماندگان ($53/15 \pm 6/28$) و گروه کنترل (بیماران) $46/7 \pm 92/74$ و بازماندگان ($49/15 \pm 8/71$) سال بود ($P > 0/05$). در جدول ۲، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از منظر تحصیلات، تأهل، شغل، مدت بیماری و سابقه خانوادگی بیماری سرطان ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین گروه‌های آزمایش و کنترل بیماران و بازماندگان به لحاظ متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت

ادامه، به منظور تعیین این‌که در کدام یک از متغیرهای مورد مطالعه بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) استفاده شد (جدول ۴). همان‌طور که مشاهده می‌شود، درمان پذیرش و تعهد بر منفعت‌یابی و مولفه‌های تبعیت از درمان شامل اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، جسییدن به درمان و تعهد به درمان در گروه بیماران و بازماندگان تأثیر مثبت داشته است ($P < 0.05$). هم‌چنین، نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری در مؤلفه تردید در اجرای درمان در گروه بیماران وجود نداشت ($P = 0.072$) اما این مؤلفه در گروه بازماندگان تفاوت معنی‌دار داشت ($P = 0.005$). به علاوه، نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر متغیرهای منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان در گروه بیماران و بازماندگان اثر متفاوتی نداشته است ($P > 0.05$).

ابتدا پیش‌فرض‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون ام باکس (Box's M) نشان داد مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس برای گروه بیماران ($F = 59/40$, Box's M = ۵۹/۴۰) و گروه بازماندگان ($F = 1/04$, $P = 0/400$) برقرار است. نتایج آزمون لون (Levene's Test) نشان داد در گروه بیماران مفروضه همگنی واریانس‌ها برای تمام متغیرهای مورد مطالعه برقرار است ($P > 0/05$). هم‌چنین، در گروه بازماندگان مفروضه همگنی واریانس‌ها برای تمام متغیرها به جز مؤلفه اهتمام در درمان برقرار است ($P > 0/05$).

نتایج آزمون لامبدا ویلکز (Wilks' Lambda) نشان داد در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل بیماران ($F = 3/56$, $df = 8$, $P = 0/038$) و گروه آزمایش و کنترل بازماندگان ($F = 3/85$, $df = 8$, $P = 0/030$) به لحاظ ترکیب خطی متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به تفکیک گروه بیماران و بازماندگان

P-value	گروه بازماندگان				P-value	گروه بیماران				متغیر	
	کنترل		آزمایش			کنترل		آزمایش			
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی			
0/443	46/2	6	61/5	8	0/522	53/8	7	69/2	9	تحصیلات	
	46/2	6	30/8	4		30/8	4	15/4	2		دیپلم
	-	-	7/7	1		-	-	-	-		فوق دیپلم
	7/7	1	-	-		7/7	1	15/4	2		لیسانس
	-	-	-	-		7/7	1	-	-		فوق لیسانس
1/00	-	-	-	-	0/141	15/4	2	-	-	تأهل	
	100	13	100	13		84/6	11	100	13		متاهل
1/00	92/3	12	92/3	12	0/218	84/6	11	92/3	12	شغل	
	7/7	1	7/7	1		15/4	2	-	-		خانه دار
	-	-	-	-		-	-	7/7	1		کارمند
0/395	-	-	-	-	0/352	30/8	4	15/4	2	مدت بیماری	
	-	-	-	-		69/2	9	84/6	11		زیر ۱ سال
	76/9	10	61/5	8		-	-	-	-		۱ الی ۲ سال
	23/1	3	38/5	5		-	-	-	-		۲ الی ۳ سال
0/116	38/5	5	69/2	9	0/216	23/1	3	46/2	6	سابقه خانوادگی	
	61/5	8	30/8	4		76/9	10	53/8	7		مثبت

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی منفعت یابی و تبعیت از درمان در مراحل پیش آزمون و پس آزمون بیماران و بازماندگان از سرطان پستان

متغیر	گروه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
منفعت یابی	بیماران	۶۲/۴۶ ± ۸/۵۴	۷۶/۷۱ ± ۴/۶۲	۶۴/۳۶ ± ۴/۷۵	۶۲/۶۹ ± ۵/۷۶
	بازماندگان	۶۳/۱۰ ± ۶/۷۸	۷۴/۶۱ ± ۵/۰۵	۶۳/۵۳ ± ۲/۶۰	۶۵/۵۳ ± ۳/۱۷
اهتمام در درمان	بیماران	۳۴/۱۷ ± ۵/۹۹	۴۰/۸۰ ± ۴/۶۲	۳۵/۲۳ ± ۲/۲۰	۳۶/۷۶ ± ۲/۹۱
	بازماندگان	۳۶/۸۴ ± ۴/۵۰	۴۳/۶۶ ± ۱/۶۷	۳۷/۶۲ ± ۴/۲۵	±۶۹/۳۶ ۳/۶۱
تمایل به مشارکت در درمان	بیماران	±۵۱/۲۸ ۵/۳۷	۳۳/۱۵ ± ۳/۵۰	۲۸/۳۸ ± ۳/۰۹	±۴۶/۲۸ ۲/۹۰
	بازماندگان	۲۹/۹۲ ± ۴/۲۷	±۴۲/۳۴ ۰/۸۵	۲۹/۴۰ ± ۳/۰۶	۲۸/۷۶ ± ۲/۹۴
توانایی تطابق	بیماران	۲۵/۵۶ ± ۶/۷۸	۳۱/۸۸ ± ۴/۷۰	۲۶/۳۸ ± ۲/۲۵	۲۵/۹۲ ± ۳/۴۰
	بازماندگان	۲۸/۶۹ ± ۵/۴۲	۳۳/۶۱ ± ۱/۵۰	۲۷/۶۱ ± ۳/۹۵	۲۷/۱۸ ± ۲/۴۱
تلفیق درمان با زندگی	بیماران	۱۹/۱۴ ± ۴/۹۴	۲۳/۱۱ ± ۲/۲۵	۲۰/۸۴ ± ۱/۹۹	±۴۷/۲۰ ۱/۶۶
	بازماندگان	۲۰/۴۶ ± ۳/۰۷	±۳۰/۲۴ ۱/۵۳	۲۱/۸۴ ± ۲/۲۳	۲۰/۳۸ ± ۱/۵۵
چسبیدن به درمان	بیماران	۱۵/۰۰ ± ۵/۰۰	۱۸/۴۵ ± ۲/۵۰	۱۶/۹۲ ± ۱/۶۵	۱۷/۴۶ ± ۱/۴۵
	بازماندگان	۱۷/۵۳ ± ۲/۶۶	۱۹/۶۱ ± ۰/۷۶	۱۷/۱۵ ± ۲/۳۰	۱۶/۳۰ ± ۱/۱۸
تعهد به درمان	بیماران	۱۶/۶۱ ± ۴/۱۷	۱۹/۹۳ ± ۴/۷۱	۱۷/۲۳ ± ۲/۹۲	۱۷/۲۳ ± ۲/۸۶
	بازماندگان	۱۲/۷۳ ± ۳/۳۷	±۶۹/۱۸ ۴/۳۴	۱۸/۳۰ ± ۱/۷۵	۱۶/۶۱ ± ۲/۵۶
تردید در اجرای درمان	بیماران	۹/۲۸ ± ۳/۹۷	۱۲/۰۰ ± ۳/۳۱	۱۱/۶۶ ± ۲/۳۳	۱۱/۵۳ ± ۱/۳۳
	بازماندگان	۸/۳۰ ± ۴/۴۶	۱۲/۴۷ ± ۲/۸۱	۱۱/۵۳ ± ۰/۹۶	۱۰/۷۶ ± ۲/۴۸

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره به منظور تعیین تأثیر گروه درمانی پذیرش و تعهد بر منفعت یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان در بیماران و بازماندگان از سرطان پستان

گروه	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان آزمون
مقایسه گروه آزمایش بیماران با گروه کنترل	منفعت یابی	۸۴۵/۲۲	۱	۸۴۵/۲۲	۳۰/۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
	اهتمام در درمان	۸۶/۸۶	۱	۸۶/۸۶	۹/۱۶	<۰/۰۰۸	۰/۳۶	۰/۸۱
	تمایل به مشارکت در درمان	۱۰۶/۰۳	۱	۱۰۶/۰۳	۱۹/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
	توانایی تطابق	۲۱۱/۲۸	۱	۲۱۱/۲۸	۱۹/۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۹۸
	تلفیق درمان با زندگی	۳۶/۴۱	۱	۳۶/۴۱	۱۳/۷۸	<۰/۰۰۲	۰/۴۶	۰/۹۳
	چسبیدن به درمان	۹/۷۵	۱	۹/۷۵	۵/۷۳	<۰/۰۲۹	۰/۲۶	۰/۶۱
	تعهد به درمان	۵۸/۱۶	۱	۵۸/۱۶	۱۰/۴۸	<۰/۰۰۵	۰/۳۹	۰/۸۵
مقایسه گروه آزمایش بازماندگان با گروه کنترل	تردید در اجرای درمان	۹/۳۹	۱	۹/۳۹	۳/۶۹	۰/۰۷۲	۰/۱۸	۰/۴۴
	منفعت یابی	۱۶۸/۲۵	۱	۱۶۸/۲۵	۷/۴۵	<۰/۰۱۵	۰/۳۱	۰/۷۲
	اهتمام در درمان	۵۰/۷۴	۱	۵۰/۷۴	۵/۰۳	<۰/۰۳۹	۰/۲۳	۰/۵۵
	تمایل به مشارکت در درمان	۴۸/۷۷	۱	۴۸/۷۷	۹/۳۵	<۰/۰۰۸	۰/۳۶	۰/۸۱
	توانایی تطابق	۴۶/۴۷	۱	۴۶/۴۷	۱۰/۹۰	<۰/۰۰۴	۰/۴۰	۰/۸۷
	تلفیق درمان با زندگی	۱۷/۶۸	۱	۱۷/۶۸	۶/۵۷	<۰/۰۲۱	۰/۲۹	۰/۶۷
	چسبیدن به درمان	۱۲/۳۵	۱	۲/۳۵	۹/۸۲	<۰/۰۰۶	۰/۳۸	۰/۸۳
مقایسه گروه بیماران با بازماندگان	تعهد به درمان	۱۰/۱/۲۹	۱	۱۰/۱/۲۹	۲۲/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۸	۰/۹۹
	تردید در اجرای درمان	۵۶/۳۵	۱	۵۶/۳۵	۱۰/۶۸	<۰/۰۰۵	۰/۴۰	۰/۸۶
	منفعت یابی	۵۹/۲۳	۱	۵۹/۲۳	۲/۱۶	۰/۱۶۱	۰/۱۱	۰/۲۸
	اهتمام در درمان	۱۶/۷۲	۱	۱۶/۷۲	۲/۷۰	۰/۱۱۹	۰/۱۴	۰/۳۴
	تمایل به مشارکت در درمان	۰/۶۳	۱	۰/۶۳	۰/۲۲	۰/۶۴۳	۰/۰۱	۰/۰۷
	توانایی تطابق	۲/۲۶	۱	۲/۲۶	۰/۳۳	۰/۵۷۴	۰/۰۲	۰/۰۸
	تلفیق درمان با زندگی	۱/۴۳	۱	۱/۴۳	۰/۵۵	۰/۴۶۶	۰/۰۳	۰/۱۰
بازماندگان	چسبیدن به درمان	۱/۱۱	۱	۱/۱۱	۰/۷۱	۰/۴۱۰	۰/۰۴	۰/۱۲
	تعهد به درمان	۱/۴۱	۱	۱/۴۱	۰/۱۲	۰/۷۲۹	۰/۰۰	۰/۰۶
	تردید در اجرای درمان	۴/۷۲	۱	۴/۷۲	۰/۹۸	۰/۳۳۶	۰/۰۵	۰/۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر منفعت‌یابی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان و بازماندگان از آن انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد این درمان بر بهبود منفعت‌یابی و تبعیت از درمان اثر مثبتی دارد. بر اساس ضرایب آتا می‌توان گفت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان شامل اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و مقدار این تفاوت در متغیرهای ذکر شده در گروه بیماران به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۳۶، ۰/۵۵، ۰/۵۵، ۰/۴۶، ۰/۲۶ و ۰/۳۹ می‌باشد. با این حال، در مؤلفه تردید در اجرای درمان و با ضریب آتا ۰/۱۸، بین گروه آزمایش و کنترل بیماران تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. هم‌چنین، با توجه به ضرایب آتا می‌توان گفت بین دو گروه آزمایش و کنترل بازماندگان در متغیرهای ذکر شده تفاوت معنی‌دار وجود دارد و مقدار این تفاوت به ترتیب ۰/۳۱، ۰/۲۳، ۰/۳۶، ۰/۴۰، ۰/۲۹، ۰/۳۸، ۰/۵۸ و ۰/۴۰ می‌باشد. به عبارت دیگر، درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان در گروه‌های آزمایش شده است. این نتایج همسو با پژوهش‌هایی است که نشان داده‌اند پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است، می‌تواند روش مؤثری در بهبود و افزایش منفعت‌یابی و تجربه تغییرات مثبت زندگی به دنبال بیماری سرطان باشد [۲۴، ۳۰-۳۰]. به علاوه، نتایج این مطالعه با پژوهش‌های پیشین [۳۷-۳۳] همسو است که نشان دادند درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان پستان می‌شود.

اگرچه توجه کمی به نقش و کارکرد پذیرش به عنوان یک راهبرد کنار آمدن مثبت با رویدادهای ناگوار زندگی در بیماران مبتلا به سرطان شده است و نقش این مؤلفه در ارتقای منفعت‌یابی در بیماران مبتلا به سرطان تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده است اما پذیرش به عنوان راهبرد مقابله‌ای مثبت، می‌تواند در شرایطی مورد استفاده قرار بگیرد که بایستی با عوامل استرس‌زا سازگار شد زیرا قابل تغییر نیستند. به عبارت دیگر، پذیرش در شرایطی سودمند است که شانس کم‌تری برای تغییر رویدادهای منفی وجود دارد. پذیرفتن این موضوع که ناتوانی‌ها، محدودیت‌ها و رویدادهای ناگوار زندگی بخشی از شرایط ذاتی زندگی انسان هستند می‌تواند به بیماران مبتلا به سرطان کمک کند تا با سهولت بیش‌تری بیماری و پیامدهای آن

را بپذیرند و این مساله به نوبه خود می‌تواند به ایجاد و بهبود منفعت‌یابی کمک کند [۳۸]. به نظر می‌رسد پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند رویدادها و عواطف دردناک مرتبط با بیماری را بپذیرند و به احساسات اعم از مثبت و منفی بدون تلاش برای کنترل، تغییر و یا رد آن‌ها، تمایل نشان دهند. این تمایل به پذیرش رویدادهای دردناک و عواطف مرتبط با آن به این گروه از بیماران کمک می‌کند ناراحتی کم‌تری را تجربه نمایند. از طرف دیگر، کمک به زنان مبتلا به سرطان برای شناسایی منفعت‌یابی به دنبال تجربه سرطان می‌تواند افسردگی را کاهش، زمینه را برای پذیرش واکنش‌های عاطفی و تغییرات زندگی مرتبط با سرطان فراهم نماید و واکنش‌های حمایتی از سوی خانواده و دوستان را تسهیل کند. در این راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق مهارت‌های پذیرش، بودن در زمان حال، در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه، گسلس شناختی، شفاف‌سازی ارزش‌های مهم زندگی بیماران و عمل متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها، تلاش می‌کند تمایل به تجربه عواطف مثبت و منفی را در بیماران مبتلا به سرطان تقویت کند و از این طریق موجب افزایش منفعت‌یابی در آن‌ها شود [۳۰].

بر اساس نتایج مطالعه، به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش مؤلفه‌های تبعیت از درمان شامل اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان می‌شود. بر اساس درمان پذیرش و تعهد، ممکن است فرد به دلیل سه‌الگوی رفتاری بالقوه، عدم تبعیت از درمان نشان دهد: اجتناب از موقعیت‌ها و تجارب عاطفی مرتبط با آن مانند افکار، حالات خلقی و احساسات بدنی، تحت تأثیر قرار گرفتن بیش از حد توسط این افکار ناکارآمد، درگیر شدن با آن‌ها و عدم شناسایی و پیگیری ارزش‌های مهم زندگی. درمان پذیرش و تعهد می‌تواند موجب بهبودی رفتار پیروی از درمان شود زیرا فرض می‌کند عدم تبعیت از درمان به دلیل وجود افکار و احساسات مزاحم و یا عدم اعتماد به نفس رخ می‌دهد. بنابراین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تمرکز بر ارزش‌های مهم زندگی بیمار به همراه توصیه‌های پزشکی موجود می‌تواند چهارچوب مفیدی فراهم کند تا بیماران به صورت جدی‌تر التزام، مشارکت و تعهد به درمان را دنبال کرده و برنامه‌های درمانی را با زندگی‌شان تلفیق نموده و با آن سازگار شوند [۳۹]. به علاوه، می‌توان گفت پذیرش افکار و عواطف دردناک و غیرقابل کنترل، شناسایی ارزش‌های مهم زندگی و تعهد به عمل در مسیر این ارزش‌های مهم زندگی که از اهداف اصلی درمان پذیرش و تعهد است به بیماران کمک می‌کند تا توانایی پذیرش تجربیات ذهنی

می‌شود در مطالعات آتی ضمن در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه حاضر، از مداخلات روان‌شناختی دیگر نیز به منظور ارتقاء تجربه مثبت از تغییرات زندگی و پیروی از توصیه‌های درمانی استفاده شود. هم‌چنین، توصیه می‌شود تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تسهیل تجارب مثبت زندگی و تبعیت از دستورات درمانی در دیگر سرطان‌های شایع از جمله پروستات، پوست، معده، روده بزرگ و غیره و با در نظر گرفتن طول مسیر بیماری مورد مطالعه قرار بگیرد.

با عنایت به نتایج به دست آمده، به نظر می‌رسد درمان پذیرش و تعهد بر ارتقاء منفعت‌یابی و مؤلفه‌های تبعیت از درمان تأثیر مثبتی دارد. بنابراین، با توجه به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد، استفاده از آن به عنوان درمانی مکمل در کنار درمان‌های رایج پزشکی برای ارتقاء روحیه بیماران بخش آنکولوژی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته بخشی از پایان‌نامه دکتری رشته روان‌شناسی در دانشگاه سمنان با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1399.089 بوده و در مرکز کار آزمایشی بالینی ایران (IRCT) به شماره IRCT20151228025732N60 به ثبت رسیده است. بدین‌وسیله از کارکنان انجمن حمایت از بیماران خاص و سرطانی استان گلستان، به ویژه دکتر سید علی میررضایی و سرکار خانم مریم دامغانی به جهت فراهم نمودن محیط و وسایل آموزشی لازم تقدیر و تشکر می‌شود. هم‌چنین، از همکاری کلیه شرکت‌کنندگان عزیز در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت و نقش نویسندگان

محمدصادق ساریزاده و اسحق رحیمیان بوگر: ایده و طراحی مطالعه، نویسنده محمدصادق ساریزاده: جمع آوری داده‌ها، نویسنده اسحق رحیمیان بوگر و سیاوش طالع‌پسند: آنالیز و تفسیر نتایج، نویسنده محمدصادق ساریزاده: نگارش نسخه اول مقاله، نویسنده اسحق رحیمیان بوگر، سیاوش طالع‌پسند و فرحناز قهرمانفرد: بازبینی و اصلاح نسخه اول مقاله. همه نویسندگان نتایج را بررسی نموده و نسخه نهایی مقاله را تأیید نمودند

منابع

- [1] Danaei M, Haghdoost A, Momeni M. An epidemiological review of common cancers in Iran; a review article. Iran J Blood Cancer 2019; 11: 77-84.
[2] Osmani F, Rasekhi A, Hajizadeh E, Akbari ME. Simultaneous modeling of multiple recurrences in breast

ناراحت‌کننده مانند افکار، احساسات، عواطف و خاطرات را جایگزین تلاش برای جلوگیری، فرار یا رد آن‌ها کنند و از این طریق در راستای ارزش‌های مهم زندگی‌شان از جمله اهتمام و جدیت در درمان، تمایل به مشارکت در برنامه‌های درمانی و تلفیق آن با زندگی روزه‌شان، گام بردارند. اجتناب تجربه‌ای و هم‌آمیختگی شناختی در بیماران مبتلا به سرطان می‌تواند موجب مشکلات مدیریت و سازگاری با بیماری و به دنبال آن عدم تعهد و تردید در اجرای درمان را به همراه داشته باشد. کمک به بیماران برای پذیرش و تجربه عواطف استرس‌زای مرتبط با بیماری سرطان از جمله تشخیص بیماری و درد ناشی از آن، نتایج آزمایشات و درمان‌ها، مراجعه به بخش آنکولوژی بیمارستان و ترس از عود مجدد سرطان می‌تواند منجر به افزایش تعهد به درمان و کاهش تردید در اجرای دستورالعمل‌های درمانی شود [۴۰، ۴۱].

به طور کلی، مطالعات از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در مراکز آنکولوژی حمایت می‌کنند. این امر می‌تواند به دلیل تلاش این درمان برای تسهیل پذیرش افکار، هیجانات و پریشانی‌های دشوار از یک سو و کمک به معنایابی، جهت و هدف‌جدید در زندگی از میان تجارب چالش برانگیز بیماری از سوی دیگر باشد. هم‌چنین، درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانی در بیماران و بازماندگان از سرطان می‌تواند به ارتقاء رفتارهای مرتبط با سلامتی، بهبود کارکرد فیزیکی، کاهش درد و دیگر انواع مشکلات این گروه از بیماران کمک نماید. با این حال، به‌کارگیری گسترده این درمان در بخش‌های آنکولوژی مراکز درمانی، نیازمند شواهد تجربی بیش‌تر از اثربخشی و مقرون به صرفه بودن آن می‌باشد [۴۲].

علی‌رغم نتایج به دست آمده، مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. نخستین محدودیت، مراجعه به انجمن حمایت از بیماران خاص و سرطانی استان گلستان به شکل غیر تصادفی بود. به عبارت دیگر، به دلیل شیوع ویروس کرونا و نامناسب بودن محل اجرای مطالعه در سایر انجمن‌ها و مراکز درمانی، از انجمن ذکر شده و فضای مناسب آن استفاده شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه، بیماران و بازماندگان مراجعه‌کننده به سایر انجمن‌های حمایتی مورد مطالعه قرار بگیرند. محدودیت دیگر، عدم امکان بررسی پیگیری درمان به علت عدم دسترسی به بخش قابل توجهی از شرکت‌کنندگان بود. بنابراین، ضروری است برای قضاوت در خصوص پایداری تأثیر درمان بعد از مداخله، جانب احتیاط رعایت شود و برای ارزیابی اثرات بلند مدت مداخله و کنترل سایر رویدادهای مداخله‌کننده مرتبط با بیماری، یک مطالعه آینده‌نگر بلندمدت‌تر انجام شود. به علاوه، پیشنهاد

- endocrine hormonal therapy among breast cancer patients: Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun* 2018; 12: 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2018.10.001> PMID:30377674 PMCID:PMC6202663
- [16] Salehian R, Rahimian Booger I, Asadi J, Ghahremanfard F. Effectiveness of motivational interviewing on medication adherence in patients with breast cancer. *J Fundament Mental Health* 2019; 22: 69-75.
- [17] Souza BF, Moraes JA, Inocenti A, Santos MA, Silva AE, Miasso AI. Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22: 866-873. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3564.2491> PMID:25493684 PMCID:PMC4292673
- [18] McGregor BA, Antoni MH, Boyers A, Alferi SM, Blomberg BB, Carver CS. Cognitive-behavioral stress management increases benefit finding and immune function among women with early-stage breast cancer. *J Psychosom Res* 2004; 56: 1-8. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00036-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00036-9)
- [19] Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosom Med* 2000; 62: 304-308. <https://doi.org/10.1097/00006842-200005000-00002> PMID:10845343
- [20] Penedo FJ, Molton I, Dahn JR, Shen BJ, Kinsinger D, Traeger L, et al. A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Ann Behav Med* 2006; 31: 261-270. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3103_8 PMID:16700640
- [21] Farshidfar Z, Rahimian-Booger I, Asadi J, Izadpanahi P. The effectiveness of group-based behavioral activation therapy on adherence to treatment of women with breast cancer. *KAUMS J* 2019; 23: 511-520. (Persian).
- [22] Chunxiao Z, Lizu L, Lin Z, Zhihui C, Zhihong R, Congrong S, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: A meta-analysis with trial sequential analysis. *J Psychosom Res* 2021; 140: 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304> PMID:33248396
- [23] Trindade IA, Ferreira C, Pinto-Gouveia J. Acceptability and preliminary test of efficacy of the Mind programme in women with breast cancer: An acceptance, mindfulness, and compassion-based intervention. *J Contextual Behav Sci* 2020; 15: 162-171. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.12.005>
- [24] Hulbert-Williams NJ, Storey L. Psychological flexibility correlates with patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Support Care Cancer* 2016; 24: 2513-2521. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3050-9> PMID:26676239
- [25] Antoni MH, Lehman JM, Kilbourn KM, Boyers AE, Culver JL, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychol* 2001; 20: 20-32. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.6.458a> <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.1.20> PMID:11199062
- [26] Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H, Yang L, Xu Y. Construct validity of the 17-item Benefit Finding Scale in Chinese cancer patients and their family caregivers: A cancer patients. *Koomesh* 2020; 22: 359-364. (Persian). <https://doi.org/10.29252/koomesh.22.2.359>
- [3] Marouzi P, Hajizadeh E, Gholami Feshraki M. Comparison of breast cancer burden in Iranian women with Eastern Mediterranean region and prediction by exponential smoothing method. *Koomesh* 2021; 23: 56-63. (Persian). <https://doi.org/10.29252/koomesh.23.1.56>
- [4] Wen KY, Ma XS, Fang C, Song Y, Tan Y, Seals B, et al. Psychosocial correlates of benefit finding in breast cancer survivors in China. *J Health Psychol* 2017; 22: 1731-1742. <https://doi.org/10.1177/1359105316637839> PMID:27009138 PMCID:PMC6628715
- [5] Jansen L, Hoffmeister M, Chang-Claude J, Brenner H, Arndt V. Benefit finding and post-traumatic growth in long-term colorectal cancer survivors: prevalence, determinants, and associations with quality of life. *Br J Cancer* 2011; 105: 1158-1165. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.335> PMID:21878935 PMCID:PMC3208486
- [6] Chiba R, Funakoshi A, Yamazaki Y, Miyamoto Y. The benefit finding questionnaire (BFQ): scale development, validation, and its psychometric properties among people with mental illness. *Healthcare* 2020; 8: 303. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030303> PMID:32858891 PMCID:PMC7551197
- [7] Rankin K, Le D, Sweeny K. Preemptively finding benefit in a breast cancer diagnosis. *Psychol Health* 2020; 35: 613-628. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1664740> PMID:31554428
- [8] Wang Y, Zhu X, Yang Y, Yi J, Tang L, He J, et al. What factors are predictive of benefit finding in women treated for non-metastatic breast cancer? A prospective study. *Psychooncology* 2015; 24: 533-539. <https://doi.org/10.1002/pon.3685> PMID:25288217
- [9] Conley CC, Small BJ, Christie J, Hoogland AI, Augusto BM, Garcia JD, et al. Patterns and covariates of benefit finding in young Black breast cancer survivors: A longitudinal, observational study. *Psychooncology* 2020; 29: 1115-1122. <https://doi.org/10.1002/pon.5398> PMID:32323400 PMCID:PMC7377222
- [10] Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 797. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797> PMID:17032085
- [11] Zhang MM, Chen JJ, Zhang T, Wang QL, Li HP. Feasibility and effect of a guided self-disclosure intervention designed to facilitate benefit finding in breast cancer patients: A pilot study. *Eur J Oncol Nurs* 2021; 50: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101879> PMID:33338740
- [12] Gruszczyńska M, Bąk-Sosnowska M, Szemik S. Selected psychological aspects and medication adherence in oncological patients. *Cancer Med* 2020; 9: 943-950. <https://doi.org/10.1002/cam4.2691> PMID:31837119 PMCID:PMC6997052
- [13] World Health Organization. Adherence to longterm therapies: Evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- [14] Mir SA, Bhat MU, Shakeel D. Self-reported adherence to pharmacotherapy in cancer patients. *Int J Basic Clin Pharmacol* 2020; 9: 854. <https://doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20202170>
- [15] Chalela P, Munoz E, Inupakutika D, Kaghyan S, Akopian D, Kaklamani V, et al. Improving adherence to

treatment based on acceptance and commitment in adherence to treatment, illness perception and quality of life in hemophilic patients. *Sci J Iran Blood Transfu Organ* 2019; 16: 289-299. (Persian).

[36] Rzeszut M. The application of acceptance and commitment Therapy with hemodialysis Treatment adherence: a case study. *J Nephrol Soc Work* 2011; 35: 17-25.

[37] Hokmabadi ME, Bigdeli I, Asadi J, Asghari Ebrahim Abad MJ. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on personality type D and adherence to treatment in patients with coronary artery disease: the modulatory role of working-and prospective memory performance. *Quarterly J Health Psychol* 2018; 6: 138-161. (Persian).

[38] Pascoe EC, Edvardsson D. Which coping strategies can predict beneficial feelings associated with prostate cancer?. *J Clin Nurs* 2016; 25: 2569-2578. <https://doi.org/10.1111/jocn.13300> PMID:27357548

[39] Mark Harrison A. Exploring longitudinal relationships between psychological flexibility and medication adherence, mood and general functioning in people with longterm health conditions (Doctoral dissertation). The University of Leeds, Leeds; 2019.

[40] Moitra E, Herbert JD, Forman EM. Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care* 2011; 23: 1660-1667. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.579945> PMID:21732897

[41] Abdollahi S, Hatami M, Moradi Manesh F, Askari P. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the self-care and adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *Int Arch Health Sci* 2020; 7: 78-83.

[42] Fashler SR, Weinrib AZ, Azam MA, Katz J. The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. *Psychol Rep* 2018; 121: 229-252. <https://doi.org/10.1177/0033294117726061> PMID:28836916

cross-sectional study. *Support Care Cancer* 2017; 25: 2387-2397.

<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3644-5> PMID:28258501

[27] Ghaderi SF. The structural effect of illness cognitions and emotional processing in prediction of posttraumatic growth in cancer patients: mediator role of benefit finding (MSc Thesis). *Facul Psychol Educ Sci Semnan Univ* 2020. (Persian).

[28] Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh* 2018; 20: 179-191. (Persian).

[29] Izadi R, Abedi MR. Acceptance and commitment therapy. *Tehran: Junglepub*; 2015. (Persian).

[30] Manne SL, Kashy DA, Virtue S, Criswell KR, Kissane DW, Ozga M, et al. Acceptance, social support, benefit-finding, and depression in women with gynecological cancer. *Qual Life Res* 2018; 27: 2991-3002. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1953-x> PMID:30128785 PMCid:PMC6196117

[31] Sarizadeh M, Mozaffari S, Rahimian Boogar I. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on the fear of cancer recurrence and post-traumatic growth among patients with breast cancer. *Koomesh* 2018; 20: 626-632. (Persian).

[32] Omidbeygi M, Hassanabadi H, Hatami M, Vaezi AA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, post traumatic growth and quality of life in women with breast cancer. *J Clin Psychol* 2020; 12: 47-58.

[33] Rahnema M, Sajjadian I, Raoufi A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress and medication adherence of coronary heart patients. *Iran J Psychiatric Nurs* 2017; 5: 34-43. (Persian). <https://doi.org/10.21859/ijpn-05045>

[34] Masjedi MA, Khalatbari J, Abolghasemi S, Tizdast T, Khah JK. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment based therapy and emotion-focused therapy on adherence to treatment in cardiac patients. *Int J Appl Behav Sci* 2020; 7: 33-45.

[35] Barghi Irani Z, Dehkhodaei S, Alipour A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy and

Effect of acceptance and commitment group therapy on benefit finding and adherence to treatment in breast cancer patients and survivors: A randomized clinical trial study

Mohammad Sadegh Sarizadeh (Ph.D Student)¹, Isaac Rahimian Boogar (Ph.D)^{*1}, Siavash Talepasand (Ph.D)², Farahnaz Gharemanfard (M.D)³

1 – Dept. of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2 – Dept. of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

3- Cancer Research Center (CRC), Semnan University of Medical Sciences, Semnan. Iran

* Corresponding author. +98 23 33623300 i_rahimian@semnan.ac.ir

Received: 17 Feb 2021 ; Accepted: 5 Jul 2021

Introduction: The positive experience of life changes and the following treatment play a key role in adapting and improving breast cancer. It seems that acceptance and commitment therapy (ACT) helps this issue via facilitating acceptance and clarification of values. Therefore, the current study aimed to evaluate the effectiveness of ACT on the benefit and adherence to treatment in breast cancer patients and survivors.

Materials and Methods: The current study's design was a clinical trial including pretest-posttest and with the control group. It's performed on 52 patients and breast cancer survivors referred to the cancer patients association in Gorgan during 2020. Participants were purposefully selected and randomly divided into two experimental groups (patients and survivors) and two control groups (patients and survivors). The experimental groups underwent ACT for eight consecutive sessions (one 90-minute session per week), but the control groups did not receive any intervention. Data were obtained via benefit finding scale and adherence to treatment questionnaire and analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed a significant difference between the experimental groups of patients, survivors, and control groups in variables of benefit finding and adherence to treatment' components ($P<0.05$).

Conclusion: According to the study results, it's recommended to use ACT to improve the benefit finding and adherence to treatment in breast cancer of patients and survivors.

Keywords: Breast Neoplasms, Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Compliance, Acceptance and Commitment Therapy