

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان سینه

فاطمه بزرگ نیا ده چشمه^۱، سعید شایسی زاد^۲

^۱ کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه تهران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر تهران انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ می باشد. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۴ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی بود. ابزار های پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده بود. گروه آزمایش در طول هشت جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) موجب کاهش درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان سینه شده است.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد، نشخوار ذهنی، تنیدگی ادراک شده، بیماران مبتلا به سرطان

مقدمه

سرطان^۱ دومین عامل برجسته ی مرگ در کشورهای توسعه یافته و مسوول یک پنجم مرگ و میرهاست. بیماریهای سرطانی و بخصوص سرطان سینه در زنان به طور چشمگیری رو به گسترش است. از طرفی رابطه ی تنگاتنگی میان حالات روان شناختی و سرطان وجود دارد. با توجه به اینکه هر گونه تغییری در زندگی انسان، با تنیدگی همراه است، تشخیص سرطان نیز تنیدگی های منحصر به خود دارد. از جمله پیامدهای تشخیص این بیماری می تواند بروز عصبانیت، خشم، اضطراب، افسردگی، احساس تنهایی، پوچی، بی معنایی، حسادت، کینه توزی و همانند آنها باشد (نصیری، ۱۴۰۱).

بعضی شواهد حاکی از آن است که تنیدگی^۲، در شروع و پیشرفت سرطان نقش دارد. نتایج تعدادی از بررسیها نشان می دهد که بروز بعضی از انواع سرطانها در کودکان و بزرگسالان با میزان تنیدگی ی که به آنها وارد شده، مرتبط است هر چند اثبات اینکه فشار روانی موجب سرطان می شود غیر ممکن است با این حال، حالت های روان شناختی می تواند بر بیماری جسمانی تاثیر بگذارد. درواقع، زنجیره ای از رویدادها وجود دارد که می تواند از ضایعه ی جزیی به سرطان بیانجامد (بلانی، ۲۰۲۳). بحرانهای ناشی از سرطان سبب نبود تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می شود، اما بیشترین حالت در این دوره برای بیمار حس یأس و ناامیدی است. در این میان، سرطان سینه شایعترین، کشنده ترین و از نظر عاطفی و روانی تاثیرگذارترین سرطان در بین زنان است (اکبری نساجی، ۱۴۰۲).

بر اساس گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی در ایران، در طول ۴ دهه ی اخیر، افزایش میزان بروز سرطان سینه، آن را در زمره ی بیشترین بدخیمی ها در میان زنان ایرانی قرار داده است و زنان ایرانی را یک دهه زودتر از همتهایشان در کشورهای پیشرفته تحت تاثیر قرار می دهد. ماهیت این بیماری به گونه ای است که هویت و شخصیت زنانه مبتلایان را به خطر می اندازد و آنها را با مسایلی همچون اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس انزوای اجتماعی، وحشت از واکنش همسر در صورت تأهل، نگرانی درباره ی ازدواج در صورت تجرد، ترس از مرگ و دلهره ی عقیم شدن و... روبه رو می سازد (سبحانی فرد، ۱۴۰۲).

احتمال بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی ۳۰ تا ۴۰ درصد برآورد شده است. براساس تحقیقات انجام شده ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان از نگرانی و اضطراب فوق العاده ای در مراحل اولیه ی معالجات خود رنج می برند. از طریق روان درمانی، می توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار نظام ایمنی بدن وی را نیز تقویت کرد (اسپیگل، ۲۰۲۴). یکی از عواملی که می تواند کارکردهای روانی بیماران سرطانی در قالب تفکر، خلق و رفتار را مختل و توان مقابله با مشکلات هیجانی، جسمانی و روانشناختی را کاهش دهد اثرات درد^۳ است درد حسی ناخوشایند و تجربه ای احساسی همراه با آسیب بافتی واقعی یا آسیبی به نوعی دیگر از بافت می باشد. درد احساسی تجربه رایج مانند نیشگون گرفتن انگشت، سوزش انگشت، قرار دادن نمک در زخم و ضربه زدن استخوان آرنج و دیگر حالت های ممکن می باشد (ایروانی و خداپناهی، ۱۳۹۹). درد ما را به این انگیزه و امید که از شرایط بالقوه مخرب برمی دارد، از بخش آسیب دیده شده بدن تا هنگام بهبود مراقبت می کند و از شرایط یادشده در آینده پیشگیری می کند. درد تحریکی از ناسیسپتور در سیستم عصبی پیرامونی و یا آسیب یا خرابی سیستم عصبی مرکزی یا پیرامونی می باشد. بیشتر دردها بی درنگ پس از آن که محرک دردناک حذف میشود برطرف و بدن التیام می یابد، اما

^۱cancer^۲Stress^۳Blaney^۴Spiegel^۵pain

گاهی اوقات درد همچنان با وجود حذف محرک ها و بهبود ظاهری بدن ادامه می یابد؛ و گاهی درد ناشی به دلیل فقدان شرایط قابل تشخیص، آسیب و یا آسیب شناسی افزایش می یابد (احمدوند، ۱۴۰۰).

از سوی دیگر پاسخ های نشخواری به خلق منفی و دیگر علائم افسرده ساز، افکار و باورهایی هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می کنند. بیماران درگیر نشخوار ذهنی بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند به علل و نتایج علائم افسرده ساز فکر می کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام نمی دهند. براین اساس گروهی از افراد معتقدند نشخوار ذهنی راهبرد مفیدی برای کسب بینش، شناسایی علل و محرک های افسردگی است و زمینه مناسب برای حل مسئله را برای آنان فراهم می کند و هم چنین خطاهای آینده را پیشگیری کرده و باعث می شود تا آن ها بتوانند امور را اولویت بندی نمایند (لوبومیرسکی، ۲۰۲۲).

صاحب نظران در زمینه نشخوار ذهنی، آن را به عنوان یک پیشاینده برای افسردگی و ناراحتی هیجانی به شمار می آورند. محققین در تحقیقات خود نشان دادند که نشخوار ذهنی تأثیرات به سزایی بر افسردگی و طولانی تر شدن آن دارد. به طور خلاصه، شواهد تجربی قابل توجهی نشخوار ذهنی را به عنوان عامل حفظ کننده خلق افسرده شناخته اند. بررسی نتایج تحقیقات مشخص کرده است که نشخوار ذهنی به بدتر شدن خلق افسرده منجر می شود (زارع، ۱۴۰۳).

تنیدگی بدون در نظر گرفتن ارگانیسم خاصی که در موقعیت تنیدگی زا قرار گیرد. قابل درک نیست. بررسی های آزمایشی نشان می دهد، موقعیتی که یک شخص درونگرا آن را تنیدگی زا قلمداد می کند، از نظر شخص برونگرا بسیار خوشایند محسوب می گردد. از این رو تنیدگی را تنها می توان بر اساس فشار روانی که به وسیله فرد تجربه می شود، مشخص نمود (نراقی، ۱۴۰۰). وجود تنیدگی در محیط زندگی امری اجتناب ناپذیر است و برای رشد روانی ضروری است، ولی آنچه که ممکن است منجر به بروز بیماری شود، ناتوانی در مقابله با درجات غیر عادی و بسیار شدید تنیدگی می باشد که به صورت واکنش های فیزیولوژیکی و روانی تظاهر می کند. منابع گوناگون فشار روانی و ناراحتی های عاطفی و هیجانی در مراحل مختلف زندگی منجر به بروز واکنش های متفاوتی در افراد می شود، برخی از افراد بهتر از سایرین می توانند با عوامل محرک و تنش زا مقابله کنند و در واقع رفتارشان طوری است که از عرصه مبارزه طلبی و هموردجویی محیط برآیند، در حالی که بسیاری دیگر با توجه به جنبه های شخصیتی، نسبت به فشارهای روانی کاملاً مستعد و آسیب پذیرند، بدین معنی که اگر با عوامل تنش زا مواجه شوند، قادر نیستند با آن ها مقابله نموده و از عهده مشکل برآیند (میلانی فر، ۱۴۰۰).

در این میان یکی از روشهای جدید که می تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله ای روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که از جمله شیوه های رویکرد شناختی تلقی می شود. روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در سال ۱۹۸۶ توسط استون هیس به وجود آمد. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند. به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب ((نشانه)) گرفت، تلاشی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. زیرا، نشانه طبق تعریف چیزی مرضی است که باید از شر آن خلاص شویم. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نکنیم. در عوض، یاد بگیریم که آنها را- حتی اگر ناراحت کننده باشند- به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیریم (رجبی ایمانی، ۱۴۰۲).

درمان پذیرش و تعهد بر سنت علم تجربی بنا شده و بر ارزش، بخشایش، پذیرش، ترحم، زندگی در لحظه کنونی و دستیابی به حس متعالی لز خود تأکید می کند. در این درمان از مخلوط انتخابی از استعاره، تناقض و مهارتهای هشیاری فراگیر همراه با

^۱Rumination

^۲Lyubomirsky

طیف وسیعی از تمرینات تجربی و مداخلات رفتاری ارزش - مدار استفاده می شود. در واقع این درمان، نوعی تحلیل رفتار است که خود بر مبنای نوعی عملگرایی آمریکایی به نام بافتارگرایی کنشی بنا می شود (حسینائی، ۱۴۰۱). هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد یک زندگی غنی و معنادار و پذیرش دردهای اجتناب ناپذیر زندگی است. زندگی معنادار فقط از طریق عمل هوشیارانه به دست می آید. اما در راه تلاش برای ایجاد چنین زندگی معناداری، موانعی نظیر تجربه های خصوصی (مثل افکار، تصورات، احساسات، حواس، امیال و خاطرات) ناخواسته و ناخوشایند سر راه قرار می گیرد. درمان پذیرش و تعهد مهارت های هشیاری فراگیر را به عنوان یک روش موثر برای مدیریت این تجربیات خصوصی، آموزشی می دهد. با توجه به عوامل فوق الذکر در زمینه ی کاهش درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان، در این پژوهش محقق به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان شهر تهران تاثیر دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان شهر تهران در سال ۱۴۰۳ می باشد. نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۲۴ نفر در دو گروه آزمایشی و گواه (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه گواه) قرار گرفتند. بدین صورت که افراد از بین مراجعه کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران، تعداد ۲۴ نفر به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل (گواه) تقسیم شدند. معیار ورود آزمودنی ها کسانی بودند که توسط پزشک متخصصین تشخیص داده اند و در بیمارستان بستری بودند.

ابزار گردآوری داده ها

۱) پرسشنامه شدت درد مک گیل:

این مقیاس در سال ۱۹۷۱ توس رونالد ملزاک برای تعیین شدت درد طراحی شد و دارای ۲۵ سوال بود. برای استفاده از این مقیاس از بیمار خواسته می شود که درد خود را روی یک نمودار که از صفر تا پنج درجه بندی شده و به صورت زیر توصیف گردیده، مشخص کند. ۰= فقدان درد، ۱= درد خفیف، ۲= ناراحت کننده، ۳= پریشان کننده، ۴= خیلی بد، ۵= سخت. این پرسش نامه به بیمار اجازه می دهد با انتخاب کلماتی مناسب، ادراک خود را از احساس درد در سه بعد اساسی حسی، عاطفی و ارزیابی بیان کند. از خصوصیات دیگر پرسش نامه درد مک گیل ارزش بالقوه آن در تشخیص دردهای افتراقی است. تحقیقاتی که بر اساس این پرسش نامه انجام شده نشان گر آن است که بعد ادراک حسی مناسبت تر از سایر ابعاد دیگر این پرسش نامه می باشد (هولرود و همکاران، ۱۹۹۲؛ لوییز، ۱۹۹۳). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه درد از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۷۹، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می باشد.

۲) مقیاس پاسخ نشخوار فکر

مقیاس سبک پاسخ نشخواری زیر مقیاسی از پرسش نامه ی سبک پاسخ نولن - هوکسیما و مورو (۱۹۹۱) است. این مقیاس خود گزارشی توسط نولن - هوکسیما و مورو ساخته شده، دارای ۲۲ سوال ۴ گزینه ای است که برای دست یابی به نشخوار فکر طراحی شده است (آدلر، ۲۰۰۸). ماده های آن در مقیاس ۴ نقطه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. نمره ی کل نشخوار فکر به وسیله جمع همه ی ماده ها محاسبه می شود (موریس و همکاران، ۲۰۰۵). این مقیاس نشان می دهد که وقتی آزمودنی افسرده می شود چقدر در هر فکر یا رفتار نشخواری درگیر می شود. نمرات می تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد (بارو، ۲۰۰۷). ترینور و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰، اعتبار باز آزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده اند (نقل از یوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ جورجیو، ۲۰۱۰). آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (منصوری، ۱۴۰۰). در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه پاسخ نشخوار فکر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می باشد.

۳) پرسشنامه تنیدگی ادراک شده

این پرسشنامه توسط صفر زاده در سال (۱۳۷۹) ساخته و شامل ۱۴ سوال است. مقیاس تنیدگی زمانی بکار می‌آید که بخواهیم بدانیم موقعیت‌های زندگی یک فرد تا چه اندازه از نظر خودش تنیدگی را می‌باشد این سوالات طرح شده‌اند تا پاسخ دهندگان نظر خود را در مورد غیر قابل کنترل بودن، پیش بینی ناپذیری و مشقت بار بودن زندگی خویش بیان کنند. این مقیاس برای استفاده در نمونه‌های عادی (عدم ابتلا به بیماری حاد روانی) ساخته شده است فهم جملات آسان بوده گزینه‌های پاسخ نیز به سادگی قابل درک می‌باشند. به علاوه پاسخها نیز یک ماهیت کلی دارند و از این رو نسبتاً از هرگونه محتوا خاصی که ویژه یک زیر گروه معین باشند مبرا می‌باشند. سوالهای این مقیاس درباره‌ی احساسات و افکاری طرح شده‌اند که یک فرد در طول گذشته داشته است. سوالهای ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰-۱۳ برعکس نمره گذاری می‌شوند. (هیچ=۵، تا حدی=۳، خیلی زیاد=۱، خیلی کم=۴، نسبتاً=۲) و مجموع آنها جمع نمرات سایر سوالهای مقیاس به حساب می‌آید بنابراین حداقل نمره تنیدگی ادراک شده برابر ۱۴ و حداکثر آن ۷۰ می‌باشد. اعتبار مقیاس: به عنوان اولین مدرک تحقیق صالحی (۱۳۷۳) بر روی تعدادی از دبیران زن میزان تنیدگی ادراک شده زنان و نقش‌های متعدد استفاده شد. در آنجا از آلفای کرونباخ به عنوان شاخص از همسانی درونی $\alpha = .81$ بدست آمد. بار دیگر در تحقیقی توسط امین یزدی و صالحی در سال ۱۳۷۷ بر روی گروه متفاوتی از آزمودنیها که دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بودند ($n: 256$) مجدداً از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. این بار نیز $\alpha = .81$ بدست آمد که در حد قابل قبولی می‌باشد. پایانی: همبستگی‌های بدست آمده بین نمره کل مقیاس و هریک از سوالات به عنوان شاهده‌ی بر روایی سازه ($n: 256$) می‌باشد. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه تنیدگی ادراک شده از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با 0.82 ، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می‌باشد.

روش اجرای پژوهش

روش پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه آزمایش، از شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل خواسته شد تا به پرسشنامه‌های درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده پاسخ دهند. سپس مداخله (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)) روی گروه آزمایش اجرا شد و پس از مداخله درمانی نیز دوباره پرسشنامه‌ها (پس‌آزمون) اجرا شد. بدین صورت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) روی گروه آزمایش در یکی از بیمارستان های شهر تهران فرایند هفته ای دو بار در جلسات ۹۰ دقیقه ای طی هشت جلسه برگزار خواهد شد. برنامه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طبق کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد "تالیف ایزدی و عابدی (۱۳۹۳) تنظیم می شود و از راهنمای عملی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش پاتریتسا و موران (۲۰۱۰) ترجمه کمالی و کیان راد (۱۳۹۴) استفاده شد.

پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و..؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون. جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و؛ احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارایه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه ی تکالیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارایه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارایه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

جلسه ششم: رایه ی بازخود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارایه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.

جلسه هفتم: ارایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی بازخود به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون.

یافته ها

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری	میانگین	انحراف معیار	تعداد
		← گروه			
درد	پیش آزمون	آزمایش	۴۱/۸۳	۹/۴۶	۱۲
		گواه	۴۲/۰۸	۹/۶۵	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۳۳/۰۸	۷/۳۹	۱۲
		گواه	۳۹/۸۳	۸/۲۰	۱۲
دغدغه فکری	پیش آزمون	آزمایش	۳۹/۲۶	۸/۰۲	۱۲
		گواه	۳۷/۲۰	۷/۰۶	۱۲
	پس آزمون	آزمایش	۳۳/۶۳	۶/۸۴	۱۲

۱۲	۷/۸۴	۳۸/۸۷	گواه		
۱۲	۳/۹۲	۲۵/۵۰	آزمایش	پیش آزمون	تنیدگی ادراک شده
۱۲	۴/۱۰	۲۴/۱۷	گواه		
۱۲	۴/۳۲	۱۹/۸۳	آزمایش	پس آزمون	
۱۲	۵/۵۴	۲۴/۰	گواه		

همان طوری در جدول ۱ ارائه شده است در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار درد هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۴۱/۸۳ و ۹/۴۶، گروه گواه ۴۲/۰۸ و ۹/۶۵، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۳۳/۰۸ و ۷/۳۹، گروه گواه ۳۹/۸۳ و ۸/۲۰، در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار دغدغه فکری هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۳۹/۲۶ و ۸/۰۲، گروه گواه ۳۷/۲۰ و ۷/۰۶، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۳۳/۶۳ و ۶/۸۴، گروه گواه ۳۸/۸۷ و ۷/۸۴ و در متغیر تنیدگی ادراک شده در مرحله پیش آزمون میانگین و انحراف معیار هر یک از گروه ها به ترتیب گروه آزمایش ۲۵/۵۰ و ۳/۹۲، گروه گواه ۲۴/۱۷ و ۴/۱۰، در مرحله پس آزمون میانگین و انحراف معیار، گروه آزمایش ۲۴/۰ و ۴/۱۰، گروه گواه ۱۹/۸۳ و ۴/۳۲، می باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی داری
درد	۰/۴۹	۱	۲۲	۰/۴۹۱
نشخوار ذهنی	۱/۷۶	۱	۲۲	۰/۱۱۴
تنیدگی ادراک شده	۱/۸۷	۱	۲۲	۰/۱۲۳

همان گونه که در جدول ۲ ملاحظه می شود، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره ها دو گروه در کلیه متغیرهای اصلی تحقیق از نظر آماری معنادار نمی باشد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این رو، مفروضه ی همگن بودن واریانس ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده

نرمال بودن توزیع نمرات	گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف			گروه ها	کلموگروف - اسمیرنوف		
		آماره	تعداد	معنی داری		آماره	تعداد	معنی داری
درد	آزمایش	۰/۲۵۱	۱۲	۰/۵۲۱	گواه	۰/۳۶	۱۲	۰/۲۹۵
نشخوار ذهنی	آزمایش	۰/۷۳۱	۱۲	۰/۱۴۳	گواه	۰/۱۸۷	۱۲	۰/۳۹۱
تنیدگی ادراک شده	آزمایش	۰/۵۳۶	۱۲	۰/۲۴۱	گواه	۰/۷۴۱	۱۲	۰/۲۵۶

همانگونه که در جدول ۴ - ۳ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای تحقیق دو گروه در جامعه

متغیر	منبع تغییرات	F	سطح معنی داری
درد	تعامل گروه * پیش‌آزمون	۱/۶۲	۰/۱۷۴
نشخوار ذهنی		۱/۸۷	۰/۱۴۱
تنیدگی ادراک شده		۱/۰۱	۰/۲۹۸

همان گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، مقدار F تعامل برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی رگرسیون تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	F	سطح معنی داری p(مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۳۵	۳	۲۰	۱۷/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۶۵	۳	۲۰	۱۷/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۱۵۰	۳	۲۰	۱۷/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۱۵۰	۳	۲۰	۱۷/۵۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل پیش‌آزمون سطوح معنی داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به سرطان گروه‌های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده) تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ($p < ۰/۰۰۰۱$ و $F \geq ۱۷/۵۴$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، سه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۶ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس‌آزمون درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری p	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون	۱۱/۳۹	۱	۱۱/۳۹	۱۵/۰۳	۰/۰۰۴	۰/۲۳	۱/۰۰
گروه	۲۰۶/۴۷	۱	۲۰۶/۴۷	۹/۱۲	۰/۰۰۷	۰/۴۲	۱/۰۰

نوع داده ها	نوع آزمون	خطا			۲۱			۲۲/۶۲		
		پیش آزمون			۱			۵۱۷/۴۴		
		گروه			۱			۱۰۰۶/۱۰		
		خطا			۲۱			۱۲/۴۳		
نوع داده ها	نوع آزمون	پیش آزمون			۱			۲۸۱/۵۴		
		گروه			۱			۷۶/۰۱		
		خطا			۲۱			۱۲/۴۸		
		پیش آزمون			۱			۲۸۱/۵۴		

همان طوری که در جدول ۶ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ درد تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$ و $F = 9.12$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین درد بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش درد گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۲ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون درد مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می باشد. با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ دغدغه فکری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$ و $F = 14.82$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین دغدغه فکری بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش دغدغه فکری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون دغدغه فکری مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می باشد. با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تنیدگی ادراک شده تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.001$ و $F = 14.82$). به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش تنیدگی ادراک شده گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تنیدگی ادراک شده مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین بیماران مبتلا به سرطان گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده) تفاوت معنی داری مشاهده می شود. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۹ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می باشد. توان آماری برابر با ۱/۰۰ است، به عبارت دیگر، امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است.

در تبیین نتیجه این فرضیه می توان گفت که مفهوم سازی واسطه ای از درد، دغدغه فکری و تنیدگی ادراک شده در بیماران مبتلا به سرطان وجود دارند که به فرآیندهای شناختی، ارزیابی و انگیزشی که میان عامل تنیدگی زا و واکنش، مداخله می کنند می پردازند. اصل عمده ی رویکرد میانجی گرانه در مورد تنیدگی، این است که محرک های بالقوه تنیدگی آمیز، بسته به ارزشیابی های افراد از موقعیت و منابع خود، به پاسخ های هیجانی مختلف منجر می شود. لازاروس به تفاوت های فردی در پاسخ به عوامل تنیدگی زا پی برد و نشان داد که تفسیر شناختی از یک موقعیت تنیدگی آمیز می تواند به طور تجربی اثرگذار باشد. مزیت عمده ی دیدگاه میانجی گری این است که نقش فرآیندهای روان شناختی را که واسطه ای میان آثار تنیدگی زاها بر بهزیستی می باشند، برجسته می سازد؛ که این امر می تواند منجر به اتخاذ رویکردهای نظری اصلاح شده در خصوص فرآیند تنیدگی گردد، تا اینکه صرفاً بر ماهیت تنیدگی زاها یا واکنش های تنیدگی پرداخته شود. با این حال، اکثر مطالعه هایی که

این رویکرد را به کار می گیرند، برای رویکردهای تنیدگی زا و واکنش به این رویدادها، تنها به خودگزارشی ها^۱ متکی هستند. از این رو غالباً تمایزی مشخص میان یک رویداد، ادراک آن و واکنش هیجانی به آن رویداد وجود ندارد؛ و همین امر اتخاذ نتیجه ای را در مورد ترتیب علی میان وقوع عوامل موقعیتی و واکنش های فردی را مشکل می سازد (بزرگان، ۱۴۰۰). لازاروس (۱۹۷۵) به نقش ادراک و ارزیابی شناختی در پاسخ فشار روانی تأکید می کند و مثلاً معتقد است که اگر ما یک موقعیت تهدید آمیز را ادراک و تلقی کنیم، فشار روانی را تجربه خواهیم کرد. لازاروس بر این اعتقاد است که برای اینکه رویدادی یک محرک تنش زا تلقی شود، می بایستی به عنوان عامل تهدید کننده ارزیابی گردد. ما فشاری را که با آن مواجهیم، ارزشیابی می کنیم و فقط آن مواردی که به عنوان تهدید کننده ارزیابی شود، پاسخ فشار روانی را موجب می شود. بعدها کسل (۱۹۸۷)، میان محرک های عینی و ذهنی تمایز قائل شد. محرک های عینی به طور خاصی به همه گیر شناسی شغلی مرتبط هستند و به شرایط عینی محیطی اشاره دارند، در حالی که محرک های ذهنی را می توان به عنوان ادراک ها یا ارزشیابی های ذهنی از شرایط عینی محیطی تعریف کرد. با این تمایز، کسل به تعریف تبدیلی تنیدگی که در زیر به آن پرداخته می شود، نزدیک تر شد. در مجموع، شرایط یا رویدادهای بالقوه تنیدگی آمیز، نه به عنوان یک تنیدگی، بلکه به عنوان یک تنیدگی زا در نظر گرفته می شود (معظمی، ۱۳۸۶). دغدغه فکری خلق منفی و دیگر علائم افسرده ساز، افکار و باورهای هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می کنند. بیماران درگیر دغدغه فکری بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند به علل و نتایج علائم افسرده ساز فکر می کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام نمی دهند. دغدغه فکری و نگرانی را به مثابه راهبردهای مقابله ای ارادی و فعالانه، شامل افکار تکراری، برای مقابله با هیجان و رویدادهای تهدید کننده در نظر می گیرد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به بیماران مبتلا به سرطان کمک می نماید تا افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای اینکه از آن اجتناب کنند به خاطر به کار بردن این تکنیک می باشد که نمرات دغدغه فکری نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. بنابراین هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیندهای زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری در بیاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات درمان پذیرش و تعهد از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در درمان پذیرش و تعهد برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوبی و یا کنترل تجربه های خصوصی (افکار و احساسات) اقدامی صورت نمی گیرد. بلکه مراجعان یاد می گیرند که اثر و تأثیر افکار و احساسات نا خواسته را از طریق استفاده مؤثر از هوشیاری فراگیر کاهش دهند. مراجعان یاد می گیرند که جنگیدن با این تجربه های خصوصی را متوقف کنند، نسبت به آن ها گشاده باشند، جایی را به آن ها اختصاص دهند و بدون هیچ تلاشی به آن ها اجازه دهند که بیایند و بروند.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ درد تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین درد بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش درد گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۲ می باشد، به عبارت دیگر، ۴۲ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون درد مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می باشد. در تبیین نتیجه این فرضیه می توان گفت که درد در بیماران سرطانی یک مساله جدی است. ۵۰٪ بیماران سرطانی از درد شکایت می کنند. بونیکا ۱۹۸۰ درد سرطان به عنوان دردی که وسیله نئوپاسم بدخیم یا به عنوان پیامد مداخله درمانی ایجاد شده است. مطالعات نشان داده است که درد در دوسوم همه افراد مبتلا به سرطان دیده شده است. بونیکا ۱۹۸۰ خاطرنشان کرد که در ۸۵٪ بیماران مبتلا به سرطان از تجربه درد سرطان استخوان و پشت گردن رنج می برند و فقط ۵ درصد بیماران تجربه درد سرطان خون را دارند. دریک مطالعه مشاهده شده است که بیماران مبتلا به سرطان از درد رنج می برند نسبت به

^۱self – reports

بیماران مبتلا به سرطان بدون درد، افسردگی، اضطراب، خودبیمارانگاری و نظایر آن رابیشتر از خود نشان می‌دهند (ایراجیان، ۱۴۰۰). درد ما را به این انگیزه و امیدارد که از شرایط بالقوه مخرب برمی‌دارد، از بخش آسیب‌دیده‌شده بدن تا هنگام بهبود مراقبت می‌کند و از شرایط یادشده در آینده پیشگیری می‌کند. درد تحریکی از ناسیستور در سیستم عصبی پیرامونی و یا آسیب یا خرابی سیستم عصبی مرکزی یا پیرامونی می‌باشد. بیشتر دردها بی‌درنگ پس از آن که محرک دردناک حذف می‌شود برطرف و بدن التیام می‌یابد، اما گاهی اوقات درد همچنان با وجود حذف محرک‌ها و بهبود ظاهری بدن ادامه می‌یابد؛ و گاهی درد ناشی به دلیل فقدان شرایط قابل تشخیص، آسیب و یا آسیب‌شناسی افزایش می‌یابد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی است که اصول زیر بنایی آن پذیرش، یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار کردن آن‌ها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توام با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی است که بیش از حذف تجارب ناخواسته در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیر کلامی به شیوه‌ای است که منجر به کارکرد سالم شود. این روش درمانی شامل تجربیات و تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون آرامش ذهنی است. بنابراین در این فرضیه نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین درد بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش درد در آنان شده است.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ دغدغه فکری تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین دغدغه فکری بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش دغدغه فکری گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۹ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۴۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون دغدغه فکری مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که پدیده دغدغه فکری به این صورت است که در آن مرز میان فکر و رویدادها و فکر و عمل از میان می‌رود. گرچه دغدغه فکری به خودی خود مفهوم تازه‌ای نیست اصطلاح همه‌توانی افکار را برای توصیف باورهای به کار برد که بر آن اساس بیماران می‌ترسیدند از راه افکارشان به دیگران آسیب برسانند. احتمال این نشخوار یعنی اعتقاد به اینکه افکار ناخواسته و مزاحم می‌توانند باعث وقوع حوادث خاصی شوند و یا احتمال وقوع حوادث خاصی را افزایش دهند. این احتمال خود می‌تواند به دو شکل باشد: الف: احتمال خودآمیختگی فکر- عمل که اشاره به حوادثی دارد که برای خود فرد اتفاق می‌افتد. به عنوان مثال، اگر من درباره‌ی ابتلای خود به یک بیماری فکر کنم این امر می‌تواند احتمال ابتلای آنها به بیماری را افزایش دهد. این افراد نیاز به درمان سریع و حتی پیشگیرانه مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نقش اساسی را در بهداشت روانی بیماران مبتلا به سرطان ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته‌تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره‌های قبل صرفاً به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری‌ها و اختلالات روانی و راه‌های درمان و چاره نیست. امروزه علم در هر زمینه‌ای در پی این است که علاوه بر درمان مؤثر بیماری‌ها و ناراحتی‌ها، اعم از روحی و جسمی، شیوه‌ها و برنامه‌هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لاقط کاهش ناراحتی‌ها ارائه کند. در درمان دغدغه فکری بیماران مبتلا به سرطان طی درمان پذیرش و تعهد، به محض اینکه تجربه‌های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می‌گیرد. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه‌های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل‌آفرین است، به گونه‌ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نشود. بنابراین در این فرضیه نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین دغدغه فکری بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش دغدغه فکری آنان شده است.

نتایج نشان داد با کنترل پیش آزمون بین بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ تنیدگی ادراک شده تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش تنیدگی ادراک شده گروه آزمایش شده

است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۳۳ می باشد، به عبارت دیگر، ۳۳ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تنیدگی ادراک شده مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می باشد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت که تنیدگی یکی از عمده ترین مشکلات جامعه بشری مخصوصاً بیماران مبتلا به سرطان است و تعداد زیادی از انسانها با آن دست به گریبان هستند. به نظر می رسد تنیدگی جزء ضروری و نتیجه اجتناب ناپذیر تعامل انسان با محیط است. تنیدگی واکنشهای فیزیکی، ذهنی و عاطفی را در بر می گیرد که در نتیجه تغییرات و نیازهای زندگی فرد، تجربه می شوند. تغییرات می توانند بزرگ یا کوچک باشند. پاسخ افراد به تغییرات زندگی متفاوت است. تنیدگی مثبت می تواند یک انگیزش دهنده باشد در حالی که تنیدگی منفی می تواند در زمانی که این تغییرات و نیازها، فرد را شکست می دهند، ایجاد شود. تنیدگی ادراک شده حالت یا فرایندی روان شناختی است که طی آن فرد بهزیستی جسمی و روانشناختی خود را تهدید آمیز ادراک می کند. به عبارت دیگر تنیدگی ادراک شده توانایی ها و اطمینان خاطر ادراک شده فرد در مواجهه با درخواست های محیطی است (کوهن^۱، ۲۰۰۶، نقل از بزرگان، ۱۴۰۰). برخی از وقایع تنیدگی زا چون امتحان، بلایای طبیعی، شغل های مخاطره آمیز و طلاق فرد راملزم به انجام رفتارهای سازگارانده برای کنار آمدن با درخواست های محیطی تحمیل شده می کنند و از آن جا که سازگاری با چنین حوادثی دشوار و بالقوه خطرناک است مردم دچار تنیدگی می شوند (ریو، ۲۰۰۹).

در روی آورد دوم تنیدگی به منزله پاسخ توصیف شده است این الگو که برنشانگان عمومی سازش مبتنی است. تنیدگی را یک فرآیند پاسخ دهی می داند. طبق نظریه سلیه فیزیولوژیست، الگوی نامتمایز فعالیت فیزیولوژی ذاتا ناگوار است. زیرا تند شدن ضربان قلب، تند شدن تنفس و افزایش تنش عضلانی کارکرد تعادل حیاتی را مختل می سازد. طبق نظر سلیه هرگاه شخصی برای مدت نسبتاً طولانی انگیزش فیزیولوژیکی را تجربه کند، بدن دچار تنیدگی می شود. پژوهشگران دیگری گویند. واکنش تنیدگی نه تنها تغییرات فیزیولوژیکی بلکه اختلال واکنشهای رفتار حرکتی، آشفته گی هیجانی و بدکاری شناختی را نیز شامل می گردد (شولتز و شولتز^۲، ۲۰۰۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۷).

روی آورد سوم برچگونگی ادراک فرد از موقعیت تاکید می ورزد و تنیدگی را به شبکه وسیع عوامل محرک، پاسخ و ویژگیهای فردی، ارزشیابها و سبکهای دریافتی نسبت می دهد که بریکدیگر تأثیر متقابل دارند. از این دیدگاه موقعیتها به خودی خود، تنیدگی زا نیستند بلکه تنیدگی ناشی از عدم موازنه ای است که بین ادراک فرد از الزامهای محیط پیرامونی و ارزشیابی وی از توانایی خویشتن را پاسخدهی به آنها به وجود می آید. بنابراین تنها زمانی که فرد بتواند با خواسته های محیط پیرامونی مقابله کند یا به عبارت دیگر بین موقعیتهای برونی و ظرفیت واکنش عینی یا فاعلی او نسبت به آنها ناهمگرایی وجود داشته باشد، حالت تنیدگی و استیصال ایجاد می شود. (استورا^۳، ۱۹۹۱؛ ترجمه دادستان، ۱۳۹۷).

اخیراً گرایش این است که تنیدگی را نه به عنوان واقعه محرک و نه پاسخ فیزیولوژی، بلکه به عنوان فرآیند تعریف کنند. لازاروس و فولکمن^۴ (۱۹۸۴) مخالف مفهوم تنیدگی به عنوان محرک هستند، زیرا مردم در واکنشهایشان به تنیدگی زاهای بالقوه کاملاً با هم فرق دارند. دو نفر موقعیت بالقوه تنیدگی زای یکسان را به خاطر اینکه از نظر عوامل فردی مثل ادراک یادگیری، حافظه و قضاوت بایکدیگر فرق دارند، به صورت متفاوت تجزیه می کنند. چون محرکهای یکسان، واکنشهای متفاوت را در مردم ایجاد می کند. پس باید تنیدگی را چیزی بیش از یک محرک در نظر گرفت. لازاروس و فولکمن مخالف در نظر گرفتن تنیدگی به عنوان پاسخ فیزیولوژیکی نیز هستند بسیاری از وقایع زندگی نظیر ورزش و عاشق شدن به تشدید فعالیت دستگاه

^۱Cohen

^۲Schultz & Schultz

^۳Astvra

^۴Lazarus & Folkman

عصبی خود مختار می انجامد، ولی شخص ورزش و عشق را به صورت یک تنیدگی تجربه نمی کند. دونده و عاشق برانگیخته شده مستعدند که از نظر جسمانی و روانی احساس نشاط کنند، حتی اگر شدیداً احساس تنیدگی کنند چون یک پاسخ فیزیولوژیکی یکسان می تواند در یک زمینه مثبت و در زمینه دیگر منفی تعبیر شود پس باید تنیدگی را چیزی مشتق از یک پاسخ فیزیولوژیکی دانست (ریو، ۲۰۰۹).

از این رو پیشگیری و درمان به موقع این اختلال میتواند منجر به پیشگیری از بسیاری از اختلالات روانی دیگر و آسیب های روانی بیماران گردد. درمان پذیرش و تعهد رایج ترین درمان این اختلال است، هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیند های زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری دریاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات درمان پذیرش و تعهد از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند (شپهی و هوران، ۲۰۲۱). به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نشود. در عوض، یاد گرفته شود که آنها را- حتی اگر ناراحت کننده باشند- به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیرد. بنابراین در این فرضیه نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با توجه به میانگین تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش تنیدگی ادراک شده آنان شده است.

منابع:

- اسدی مجره، سارا؛ عابدینی، ماهان؛ پورشریفی، حسین؛ نیکوکار، مهسا. (۱۴۰۱). رابطه ی بین عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی، مجله روان شناسی بالینی، ۴: ۹۱ - ۸۴.
- اشجع، مهسا؛ فرح بخش، کاویان؛ سدر پوشان، ندا و ستوده، زهرا. (۱۴۰۱). بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. فصل نامه ی فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده. سال هفتم، شماره ی ۱۹، صص ۱۸۵-۱۶۷.
- ایزدی، رضا؛ عسگری، کاوه، عابدی، مارال. (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی دوازدهم، شماره ی ۱، صص ۳۳-۱۹.
- میلانی فر، بهروز. (۱۳۹۷) بهداشت روانی، تهران، نشر قومس.
- نراقی، احسان (۱۴۰۰). کیفیت زندگی. چاپ اول، انتشارات امیرکبیر، تهران.
- امامیان، لطیفی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان سرسختی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان. مجله ی روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ی ۲ (پیاپی ۱۴)، صص ۵۱-۳۹.
- ایروانی، محمود و خداپناهی، محمدکریم. (۱۳۹۹). روانشناسی احساس و ادراک. تهران: سمت
- احمدوند، محمد علی (۱۴۰۰). بهداشت روانی، نشر قومس تهران
- ایلخانی، مهناز (۱۴۰۳). روش های مراقبتی در سرطان، تهران: انتشارات قاضی جهانی

- خسروی، مهناز؛ مهرابی، حمید؛ عزیزی مقدم، محسن. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه ای مولفه های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۰: ۶۵-۷۲.
- زارع، هادی. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی: پژوهش تک موردی. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- اکبری نساجی، نادر. (۱۴۰۲). بررسی باورهای بهداشتی پرستاران نسبت به خود آزمایی پستان در مراکز درمانی شهر تبریز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
- سبحانی فرد، طاهره. (۱۴۰۲). بررسی اثر روان درمانی حمایتی در کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه الزهرا
- علی پور، احمد. (۱۴۰۰). مقدمات روان شناسی سلامت (چاپ دوم). تهران: دانشگاه پیام نور.
- نصیری، صادق (۱۴۰۱). بررسی اثر بخشی مداخلات رفتاری شناختی در کاهش اثرات جانبی روانشناختی شیمی درمانی در بیماران سرطانی و بهبودی شیوه های مقابله آنها. رساله کارشناسی ارشد روانشناختی بالینی. تهران. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- حسینائی، علی. (۱۴۰۱). بررسی تاثیر آموزش درمان پذیرشی و تعهدی (act) گروهی بر تنیدگی شغلی، فرسودگی شغلی و رضایت شغلی کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- رجبی، غلامرضا، ایمانی، محمد؛ (۱۴۰۲). بررسی کارایی مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی رفتاری یکپارچه نگر، بر نگرانی و سازگاری زناشویی زن های دارای آشفستگی و اختلال اضطراب فراگیر. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۶، صص ۶۱۹-۶۰۰.
- شکوهی، مریم (۱۳۹۵). مطالعه ارتباط برخی عوامل تغذیه ای با سرطان پستان در زنان مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.
- مهردوست، زینب؛ نشاط دوست، حمید طاهر و عابدی، احمد. (۱۳۹۵). اثربخشی پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و بهبود باورهای خودکارآمدی اجتماعی. مجله روشها و مدل های روانشناختی، دوره سوم، شماره ۱۱.
- حسینی، علی. (۱۳۹۵). بررسی کیفیت زندگی، درد و پذیرندگی درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل ۲ و ۱ در استان چهارمحال و بختیاری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- نرگس زمانی، معصومه؛ عباسی، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی دانشجویان. مجله ناتوانایی های یادگیری، دوره دوم، شماره ۴، صص ۱۷۶-۱۵۴.
- حر، مهدی، آقایی، ارسلان، عابدی، الهه. (۱۴۰۲). تأثیر روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی یازدهم، شماره ی ۲، صص ۱۲۸-۱۲۱.
- خانی پور، حامد. (۱۴۰۳). تأثیر درمان شناختی بر حضور ذهن بر روی نشانه های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی. پایان نامه دکتری، تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- خسروی، مهناز؛ مهرابی، حمید؛ عزیزی مقدم، محسن. (۱۳۹۷). بررسی مقایسه ای مولفه های نشخوار فکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ۱۰: ۶۵-۷۲.
- منصوری، امیر، فرنام، علی رضا. بخشی پور رودسری، علی، محمودعلیلو، محمود؛ فخاری، علی. (۱۴۰۰). مقایسه نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس - اجبار، اختلال افسردگی و افراد بهنجار، مجله مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا، ۴: ۷۴-۵۶.

منصوری، امیر، فرنام، علی رضا. بخشی پور رودسری، علی، محمودعلیلو، محمود؛ فخاری، علی. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواس - اجبار، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۳: ۱۹۵ - ۱۸۹.

Spiegel D (2022). Breast cancer patient who get group therapy, Journal of Psychology, 102: ۱۱-۲۲.

Folk, F. (2022) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Journal Cognitive and Behavioral practice, 19, 583-594,

Cooper, E. (2023). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).

Pillai, M. (2022). *Efficacy of cognitive –Behavioral therapy (CBT) on Depressed spouses of cancer patients in an adjuvant care setting*. Journal of pharmacy and Biological sciences (IosrIpbs) ISSN: 2278-3008; 2 (2), pp 26-31.

Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Villardaga. J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2023). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 44(2). ۱۸۸-۱۹۸.

Bricker, J. J., & Tollison, S. (2023). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy. 39(05), 541-559.

Deyo, M. (2015). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in international; Section B: Sciences and Engineering vol, 68(8-B):5564.

Folk, F. (2022) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. Journal Cognitive and Behavioral practice, 19, 583-594,

Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (2011). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. Behavior Research and Therapy, 47: 1079-1084.

Cooper, E. (2023). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).

Keng. K. S., Naeije, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. (2022). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes (partly) different environments? Archives of General Psychological Medicine, 23, 397-406.

Martin, L., Tesser, A. (2023). Some Ruminative thoughts. In: R. S. Wyer, Jr (ed, Ruminative Thoughts (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., Person, D. (2023). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the Perth flood. Behavioural and cognitive Psychotherapy, 23: 251-264.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (2014). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. Personality and Individual Differences 39: 1105-1111.

Grace, F. (2016). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and individual Differences*, 48:757-761.