

اثر بخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی

سجاد رویین تن^{۱*} / شهدخت آزادی^۲ / همایون افشین^۳ / ناصر امینی^۴

تاریخ دریافت: ۹۷/۹/۲۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۲۱

چکیده

سرطان بیماری است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود. بیماران سرطانی دچار مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی زیادی می‌شوند که ممکن است این مشکلات باعث اختلال در روند کیفیت زندگی آنان گردد. این پژوهش باهدف اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی، در بیماران مبتلابه سرطان در شهر یاسوج تدوین گردیده است روش پژوهش در این تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد جامعه آماری این تحقیق شامل ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی که در سه‌ماهه 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 در محدوده سنی ۱۹ تا ۵۵ سال، تحت شیمی‌درمانی در مرکز 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 هوشیار بودن، سن ۱۹ تا ۵۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت یک‌مرتبه درمان با مواد شیمی‌درمانی و جهت گردآوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن از پرسشنامه امید به زندگی و تحلیل کوواریانس استفاده گردیده است؛ و یافته‌های پژوهش نشان داد درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی در شهر یاسوج مؤثر است سطح معنی‌داری برای تأیید فرضیه $P < 0/05$ بود.

کلیدواژه‌ها: امید درمانی گروهی، درمان مبتنی بر پذیرش و امید به زندگی، کیفیت زندگی، افسردگی، سرطان.

۱- * دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج.

sajadroitant@gmail.com

۲- استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران.

۳- دانش آموخته کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

۴- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر.

مقدمه

کیفیت زندگی، یعنی درک فرد از وضعیت کنونیاش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌های مورد نظرش براساس تعریف ارائه شده بسیاری از بیماران سرطانی از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نیستند (عزیزی، قاسمی، ۱۳۹۶).

امروزه بیماری سرطان^۱ به‌عنوان دومین عامل مرگ‌ومیر بعد از بیماری‌های قلبی عروقی مطرح است (مردانی حموله و شهرکی، ۱۳۸۹ به نقل از بشرپور، امانی، احمدی، ۱۳۹۷). سرطان صرفاً یک رویداد یا پایان معین زندگی نمی‌باشد بلکه یک موقعیت دائمی مبهم است که با تأثیرات دور رس و تأخیری ناشی از بیماری و مسائل روان‌شناختی برجای‌مانده آن مشخص می‌شود (لین^۲، ۲۰۰۳). اغلب افراد زمانی که از وجود بیماری سرطان در وجود خود آگاه می‌شوند با انکار و خشم، واکنش نشان می‌دهند که این شرایط خود می‌تواند نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیمار را تشدید کند و این در حالی است که این چنین واکنش‌هایی در بیماری‌های ساده کمتر به چشم می‌خورد (هزاروسی، ۱۳۸۵).

مطالعات انجام‌شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که شدت علائم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد (نورثوث^۳، کافی^۴، دیچل بوز^۵ ۱۹۹۹) و پژوهش‌ها حاکی از بالا بودن اختلالات هیجانی نظیر استرس، افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی است (فراریو^۶، زوتی^۷، مسر^۸ ۲۰۰۳) از این‌رو به‌منظور کاهش فشارهای روانی مرتبط با بیماری‌ها در سه دهه گذشته، دنیای پزشکی هم‌زمان با گسترش جنبش روان‌شناسی مثبت‌نگر و توجه به تجربه‌های مثبت و قدرت‌سازگاری انسان (سلیگمن^۹، ۲۰۰۵)، توجهات بسیار جدی بر روی قدرت شفابخشی عوامل مختلفی نظیر استفاده از علوم روان‌شناختی و روان‌درمانی آغاز کرده است (سیوارد^{۱۰}، ۲۰۱۲).

1. Cancer
2. Lin, HR
3. northouse, LL
4. caffey, L,
5. hehelbrer M
6. Ferrario, SR
7. zotti, AM
8. massara, g
9. Seligman, Ma
10. Seaward, l

از جمله اختلالاتی که به شدت بر سلامت و در نتیجه کیفیت زندگی افراد تأثیر می‌گذارد بیماری‌های مزمن نظیر سرطان است تشخیص سرطان تجربه بسیار ناخوشایند و غیر قابل‌باور برای هر فرد می‌باشد. سرطان بر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، زندگی خانوادگی بیمار از جنبه‌های روحی، روانی و عملکرد جنسی تأثیر دارد (پیمانی، ۱۳۸۴).

مطالعات انجام شده در بیماران مبتلابه سرطان نشان می‌دهد که شدت علائم و فشارهای روحی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد (نورتهوس^۱، کافیه^۲، اشمیت^۳، ۱۹۹۹) بیماری سرطان استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد (کواتمن^۴، واتسون^۵، ۲۰۰۱ به نقل از بیجاری و همکاران، ۱۳۸۸).

نتایج تحقیق سامبارو^۶ (۲۰۰۱) نیز مطلب فوق را تأیید کرده و نشان می‌دهد بین حمایت خانواده و کیفیت زندگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از عوامل مؤثر بر اختلال کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان تنها تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد شده در دوره بیماری نیست، بلکه وضعیت روحی روانی و واکنش فرد نسبت به نتایج آزمایش‌های تشخیصی و پیش‌آگهی بیماری و مراحل غم، اندوه و خشم همگی بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر دارد (سلیمتر^۷، ۲۰۰۴ به نقل از بیجاری و همکاران، ۱۳۸۸).

زیلچی^۸ (۲۰۱۲) به نقل از فرهادی و همکاران، (۱۳۹۳) در تحقیقی بسیار روشن است که تعیین کیفیت زندگی در این بیماران می‌تواند راه‌حل‌های جدیدی پیش روی کارکنان درمانی خصوصاً پزشک و پرستار قرار دهد و نیز به بیماران کمک کند تا به‌طور مستقل قادر به اداره امور زندگی خود در شرایط بحرانی و غیر بحرانی باشند.

در مطالعه‌ای که توسط ایروینگ^۹، اشنایدر^{۱۰} و کراوسون^{۱۱} (۱۹۹۸) بر روی زنان دانشجو صورت گرفت، مشخص شد آزمودنی‌هایی که بر اساس نمراتشان در مقیاس امید

1. Northus, LL
2. Caffey M
3. Schmidt, L
4. Kutman,h
5. Watson,j
6. Sammarco A
7. Selimeter,v
8. Zillich,g
9. Irving, L. M
10. Snyder, C. R
11. Crowson, J. J

در دسته افراد امیدوار قرار داشتند، در مواجهه با نوعی تکلیف تصویری تشخیص و درمان سرطان نسبت به آزمودنی‌های ناامید از سبک‌های کنار آمدن امیدوارانه‌تری استفاده کردند.

از این رو، به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی بتوانند گامی مؤثر در جهت افزایش امید و همچنین، کاهش افسردگی مبتلایان به سرطان بردارند یکی از شاخه‌های روان‌شناسی سلامت، ایمنی‌شناسی روانی عصبی است که به بررسی تأثیر عوامل روان‌شناختی بر دستگاه ایمنی بدن و افزایش خطر بیماری می‌پردازد. یافته‌های اساسی در این حوزه این است که شخصیت، رفتار، هیجان و شناخت همگی می‌توانند پاسخ ایمنی بدن را تغییر داده و از این رو، خطر ابتلا به بیماری را تغییر دهند این حوزه امیدوار است که روان‌درمانی بتواند برای پیشگیری و درمان بیماری‌های جسمانی مفید واقع شود (مردانی حمو له و همکاران، ۱۳۹۰). رلایف^۱ (۱۹۹۲ به نقل از اربابی، ۱۳۹۵). ذکر کرده است که بدنظر می‌رسد سرطان نسبت به سایر ناخوشی‌های مزمن بیشترین تأثیر را روی امید داشته باشد. بیشتر تحقیقات مربوط به امید نیز در مورد بیماران سرطانی است، چراکه این بیماری عامل تهدیدکننده امید محسوب می‌شود. از این رو، پرداختن به نوعی از روان‌درمانی که امید را هدف اصلی تغییر قرار دهد، برای مبتلایان به سرطان حائز اهمیت خواهد بود در بین نمایش روان‌شناختی، امید درمانی اشنايدر تنها درمانی است که امید را به‌عنوان هدف اصلی درمان مدنظر قرار داده است

لذا روان‌شناسان در جستجوی نمایش روان‌شناختی علاوه بر نمایش 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 نمایش 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 (موید قاعدی، قربان شیروودی ۱۳۹۵).

1. Raleigh,k

امید درمانی از نظریه امید اشنایدر و اندیشه‌های برگرفته‌شده از درمان شناختی^۱ رفتاری درمان راه‌حل مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود (اشنایدر^۱، ۲۰۰۰) و بر این هدف استوار است که به درمان‌جویان کمک کند تا اهداف را فرمول‌بندی کرده و گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها بسازند، خود را برای دنبال کردن اهداف برانگیزانند و موانع را به‌صورت چالش‌هایی برای غلبه از نو چارچوب‌بندی کنند (رسولی، بهرامیان، زهرا کار، ۱۳۹۲). تفکر امیدوارانه و سرطان به دو طریق به هم مربوط می‌شوند. اول اینکه 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 توسط خودشان را انجام دهند به‌علاوه، افرادی که امیدوارانه می‌اندیشند، در مواجهه با تشخیص و درمان سرطان پریشانی کمتر و تطابق بیشتری از خودشان نشان می‌دهند (اشنایدر، چیونس^۲ و مایکل^۳، ۱۹۹۹).

اگرچه پذیرش برای بیماران مبتلابه سرطان مهم است، با این حال مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای مبتلایان به سرطان باهدف کاهش اجتناب و افزایش پذیرش، اندک بوده است. مرور تحقیقات نشان می‌دهد که اکثر مداخلات بر تن آرامی تکنیک‌های کاهش اضطراب، حل مسئله، آموزش روان‌شناختی، شناخت درمانی و مداخلات رفتاری مانند حواس‌پرتی، حساسیت‌زدایی منظم، هیپنوتیزم و... تمرکز دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر بر پذیرش تمرکز دارد. آمادگی برای تجربه احساسات ناخوشایند و اجتناب نکردن از آن‌ها فرایندی کلیدی در اکت است، اکت از طریق شش فرایند مرکزی پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند (انصارالحسینی و همکاران^۴، ۱۳۹۲).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای رسیدن به افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان، از طریق پذیرش، تمرکز بر لحظه‌های حال و تعهد به ارزش ناشی از زندگی تلاش می‌کند (لفتی^۴، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی فرایند مدار است

1. Snyder, C. R
2. Chions, j
3. Michael, S. T
4. Lefty, M

که به‌عنوان یکی از روان‌درمانی‌های موج سوم شناخته می‌شود (پلیمب^۱، استوارت^۲، لندگرن^۳، ۲۰۰۹) درمان پذیرش و تعهد شکلی از تجزیه و تحلیل رفتار بالینی است که در روان‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (هیز^۴، استراسلا^۵، ویلسون^۶، ۲۰۱۳) 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. درمانی است برای کمتر کردن نگرانی‌ها همراه با از بین بردن افکار ناخواسته، هیجان‌ها و احساسات اغلب به‌عنوان نشانه‌های اختلال روانی دیده می‌شود و نگرانی زیاد همراه با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی برای تغییر رفتار بسته به اینکه چگونه این رفتار برای زندگی بیمار در طولانی مدت مفید و قابل درک است (آنژیولا^۷، بوئن^۸، ۲۰۱۳) بر این اساس محقق به دنبال آن است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلابه سرطان در شهر یاسوج مؤثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع؛ نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل می‌باشد جامعه آماری این تحقیق شامل ۱۰۰ نفر از بیماران سرطانی که در سه‌ماهه چهارم ۱۳۹۶ و سه‌ماه 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 در محدوده سنی ۱۹ تا ۵۵ سال، تحت شیمی‌درمانی در مرکز 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 هوشیار بودن، سن ۱۹ تا ۵۵ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان با تأیید پزشک متخصص، حداقل گذشت

1. olumb,n
- 2 .tewart,h
- 3 .Landragen,d
4. Hayes, S
5. Strassle, N .
6. Wilson,b
7. Angiola, JE
8. Bowen,Am

یک مرتبه درمان با مواد شیمی درمانی وعدم مشکلات روان شناختی از جمله افسردگی مزمن پیش از شروع بیماری و یا تحت درمان بودن با داروهای روان گردان. در مقابل، ناتوانی در درک و ناشنوایی به عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش های آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد در آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در آمار استنباطی؛ ضمن رعایت برخی از مفروضه ها، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره MNCOVA و یک متغیره از ANCOVA استفاده شد. کلیه تجزیه و تحلیل آماری در این تحقیق به کمک نرم افزار آماری SPSS22 صورت گرفت.

خلاصه جلسات آموزشی

جلسه	اهداف	محتوا	تکالیف
۱	معرفی و توجیه درمان	برقراری رابطه درمانی (با استفاده از استعاره دو کوه) - آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش و قوانین گروه، تبیین سرطان، علائم و نشانه ها، نمایش دارویی و غیر دارویی، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ارزیابی انتظارات افراد از درمان و امید بر اساس نظریه اسنادی تعریف شد.	فهرست ۵ نمونه از مهمترین مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه اند.
۲	ایجاد درماندگی خلاق	مروری بر صحبت های جلسه اول، تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تأثیر آن بر بهزیستی، هدف اصلی این جلسه ایجاد درماندگی خلاق می باشد یعنی مراجع در نهایت به این بینش برسد که تاکنون هر نوع تلاشی که برای حل مشکلش انجام داده بی فایده بوده و از این پس به جای سرزنش خودش شیوه های جدیدی را بکار بگیرد تا موقعیت را تغییر دهد، با استفاده از تمثیل انسان در چاه، مسابقه طناب کشی با هیولا، بر گرسنه به مراجعه می آموزیم که اجتناب یا هر شیوه کنترل دیگر، فقط اهمیت و نقش آنچه او از آن اجتناب می کند را تقویت می کند.	تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه های کنترل مشکلات و داستان زندگی خود را به زبان خود برای گروه
۳	بیان جزئیات دقیق روایت و نامگذاری آن	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 هست نه راه حل. تبیین اینکه وقایع درونی را نمی توان مانند وقایع بیرونی کنترل کرد و آموزش تشخیص کنترل وقایع شخصی مثل افکار و خاطرات و تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل گری و پی بردن به بهبودی آنها، پذیرش	ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه های ناکارآمد کنترل شده اند.

	وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها و عدم کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل (پلی گراف و عاشق شدن)، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.		
توزیع داستان-ها بر اساس سه مؤلفه «هدف»، «عامل» و «گذرگاه‌ها» تبیین شده	هدف اصلی در این جلسه داستان‌ها بر اساس سه مؤلفه اصلی نظریه امید اسنایدر یعنی «هدف»، «عامل» و «گذرگاه‌ها» تبیین شده و مجدداً قالب بندی شدند ضمن اینکه سعی شد تا مواردی از امید در زندگی هر یک از اعضا شناسایی شده و موفقیت‌های گذشته به منظور شناسایی عامل و گذرگاه‌ها مورد توجه قرار گیرد. و همچنین آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای کنترل هست. 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 ارائه تکلیف.	۴	ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات شده‌اند.
ایجاد فاصله‌ای بین مراجع و افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی‌اش	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 نمایند. 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 بدنی‌اش 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.	۵	ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره‌ی افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.
توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و برقراری تماس با خود	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 میلمان، 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، پیاده‌روی) 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	۶	-

	سرگردان شده در صورت امکان و بدون توجه به محتوا و ما هیئت آنها توجه خود را به زمان حال بازمی گردانند؛ بنابراین شرکت کنندگان آموزش می بینند تا به افکار و احساساتشان توجه کنند ولی به محتوای آن نچسبند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.		
گزارشی از گام های پیگیری ارزش ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات.	ویژگی های گذرگاه های 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 گذرگاه ها را به مجموعه ای از گام های کوچک بشکنند و گذرگاه های جانشین تعیین کنند. و همچنین توضیح مفهوم ارزش ها و بیان تفاوت بین ارزش ها، اهداف و نیازها، روشن نمودن ارزش های 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 به این ارزش به عنوان احساس و ارزش به عنوان یک عمل تمایز قائل می شویم، اجرایی تمرین هایی برای شناسایی ارزش های مراجع مثل تمرین تشییع جنازه خود و ارائه فرم درجه بندی سنجش ارزش ها، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.	روشن نمودن ارزش های مراجع، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع برای زندگی بهتر و کمک به مراجع	۷
-	راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح شد، از جمله اینکه 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 گذرگاه های لازم را تشخیص دهند و در نهایت آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها یعنی مراجع بین تمایل و خواستتم تمیز قائل شود با استفاده از تمثیل گدای دم در این کار به طور تجربی انجام می شود و نهایتاً مراجع به این نتیجه برسد که خود داری کردن از تمایل آرامش ذهن را افزایش نخواهد داد، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس آزمون	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح های رفتاری مطابق با ارزش ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها	۸

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از

کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گوی‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. روایی و پایایی برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاس‌ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، سلامت محیط ۰/۸۴ به دست آمد. سازگاری درونی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد که ۰/۸۹ آمده است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵).

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنیها برحسب مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است

۱- میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرها در دو گروه

متغیرها	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۵	۳۴/۵۳	۱/۰۶	۴۳/۴۰	۱/۵۴
	کنترل	۱۵	۳۲/۷۳	۱/۲۷	۳۴/۲۰	۱/۲۶
سلامت جسمی	آزمایش	۱۵	۲۰/۲۵	۱/۲۲	۲۴/۰۱	۱/۲۳
سلامت روان،	کنترل	۱۵	۲۳/۲۰	۱/۲۵	۲۶	۱/۲۳
روابط اجتماعی	آزمایش	۱۵	۱۹/۴۶	۱/۵۶	۲۳/۲۴	۱/۲۴
سلامت محیط	کنترل	۱۵	۱۹/۲۳	۱/۳۲	۲۵/۲۳	۱/۲۳

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۳۴/۵۳ و ۱/۰۶ و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۲/۷۳ و ۱/۲۷ است. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پس آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۴۳/۴۰ و ۱/۵۴ و در گروه

کنترل به ترتیب برابر با ۳۴/۲۰ و ۱۱/۲۶ است که پس از انجام آموزش این مقادیر تغییر پیدا نموده است رای بررسی معنادار بودن این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است استفاده از آزمون F به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش فرضهای آماری است. این پیش فرضها شامل: ۱. فاصلهای یا نسبی بودن مقیاس اندازه گیری متغیرهای وابسته ۲. نمونه گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی ها ۳. توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته ۴. همسانی واریانسهای متغیر وابسته ۵. تساوی یا تناسب حجم نمونه ها ۶. همگنی شیب رگرسیون است (مولوی، ۱۳۸۶) که این پیش فرضها در پژوهش حاضر اعمال گردیده است. برای بررسی نرمال بودن دادهها از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون شاپیرو ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

شاپیرو ویلک				نرمال بودن توزیع نمرات
معنی داری	درجه آزادی	آماره		
۰/۴۰۶	۳۰	۰/۹۳۵	پیش آزمون	کیفیت زندگی (کل)
۰/۴۳۲	۳۰	۰/۹۶۶	پس آزمون	
۰/۵۳۳	۳۰	۰/۸۹۹	پیش آزمون	سلامت جسمی
۰/۲۵۶	۳۰	۰/۷۸۹	پس آزمون	
۰/۴۲۵	۳۰	۰/۸۶۹	پیش آزمون	سلامت روان،
۰/۳۶۵	۳۰	۰/۸۶۵	پس آزمون	
۰/۳۶۹	۳۰	۰/۹۲۶	پیش آزمون	روابط اجتماعی
۰/۵۶۳	۳۰	۰/۸۹۲	پس آزمون	
۰/۶۳۲	۳۰	۰/۸۵۵	پیش آزمون	سلامت محیط
۰/۲۳۶	۳۰	۰/۶۹۵	پس آزمون	

همانطور که از یافتههای جدول ۲ استنباط می شود، از آنجا که سطح معنی داری به دست آمده در آزمون شاپیرو ویلک، در متغیرهای پژوهش، بیش از مقدار ملاک ۰/۰۵ می باشد، در نتیجه می توان گفت که توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری داری توزیع نرمال می باشد و می توانیم فرضیههای پژوهش را از طریق آزمونهای پارامتریک مورد آزمون قرار دهیم.

جدول ۳ آزمون همگنی شیب رگرسیون برای کیفیت زندگی و مولفه‌های آن

معناداری	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	پس آزمون	
۰/۵۶۳	۳/۹۲۷	۴/۵۶۳	۲	۷/۷۴۱	کیفیت زندگی (نمره کل)	تعامل پیش‌آزمون و گروه
۰/۱۶۶	۱/۶۳۶	۲/۹۳۷	۲	۵/۸۷۵	سلامت جسمی	
۰/۱۴۵	۲/۰۲۳	۳/۰۴۳	۲	۶/۰۸۶	سلامت روان،	
۰/۲۵۴	۱/۰۶۷	۲/۳۷۸	۲	۲/۱۵۷	روابط اجتماعی	
۰/۳۲۰	۱/۳۶۷	۶/۳۲	۲	۱/۱۵۷	سلامت محیط	

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تعامل پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌های کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در گروه معنی دار نیست بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس کوواریانس کیفیت زندگی و مولفه‌های آن در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون باکس استفاده شد نتایج آزمون باکس در جدول ۴ آمده است:

جدول ۴ نتایج آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس کوواریانس در کیفیت زندگی و مولفه‌های آن

معنی داری	F	BOX S M
۰/۷۰۲	۰/۵۲۹	۴/۲۷۰

جدول ۴ حاکی از آن است که آزمون باکس مقدار سطح معناداری ($p > 0.05$) می‌باشد که نشان می‌دهد شرط همگنی ماتریس واریانس کوواریانس به خوبی رعایت شده است ($F = 0.529$ و $P > 0.702$) / برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های کیفیت زندگی و مولفه‌های آن در گروه‌های مورد پژوهش نیز از آزمون لوین استفاده شد نتایج آزمون لوین در جدول ۵ آمده است:

جدول ۵ نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس کیفیت زندگی و مولفه‌های آن

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	۲/۶۶	۱	۲۸	۰/۵۲۳
سلامت جسمی	۱/۰۲۳	۱	۲۸	۰/۳۲۱
سلامت روان،	۱/۳۳	۱	۲۸	۰/۲۱۲
روابط اجتماعی	۱/۲۱۷	۱	۲۸	۰/۲۷۹
سلامت محیط	۱/۳۶۲	۱	۲۸	۰/۲۷۰

همانگونه که در جداول ۵ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای برابری واریانس‌های نمرات دو گروه در کیفیت زندگی و مولفه‌های آن در پس آزمون تایید می‌شود یعنی پیش فرض برابری واریانس‌های نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون برای کیفیت زندگی و مولفه‌های آن تایید شد با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون‌های باکس، لوین و آزمون همگنی شیب رگرسیون، تحلیل کواریانس چند متغیری برای به دست آوردن نتایج استنباطی صورت گرفت که نتایج به دست آمده در جدول شماره ۶ قابل مشاهده است:

جدول ۶ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی و مولفه‌های آن

آزمون	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	مجدور تا
اثر پیلاپی	۱۵۶/۰۲۲	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
لامبدای ویلکز	۱۵۶/۰۲۲	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
اثر هتلینگ	۱۵۶/۰۲۲	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱۵۶/۰۲۲	۳	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۵۳

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، سطوح معنی داری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و گروه کنترل، دست کم از لحاظ یکی از

متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$) بنابراین برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام یک از متغیرهای کیفیت زندگی و مولفه‌های آن بین دو گروه تفاوت وجود دارد، یک تحلیل کواریانس تک متغیری بر روی نمره کلی کیفیت زندگی گرفته شد نتایج حاصل در جدول زیر گزارش شده است:

جدول ۵ نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی تاثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات کیفیت زندگی

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۱۰/۹۷۵	۱	۱۰/۹۷۵	۶/۵۸۱	۰/۰۱۶	۰/۱۹۶	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۳۱۲/۷۸۸	۱	۳۱۲/۷۸۸	۱۸۷/۵۶۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷۴	۱/۰۰۰
خطا	۴۵/۰۲۵	۲۷	۱/۶۶۸				
کل	۴۵۸۵۴	۳۰					

همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، بین میانگین نمرات کیفیت زندگی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F_{(1,27)} = 1187/568$ و $P < 0/01$). بنابراین درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان در شهر یاسوج موثر است. میزان این تاثیر در مرحله پس آزمون ۸۷/۴ درصد بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان در شهر یاسوج بود پژوهش حاکی از آن بود که اختلاف میانگین امتیاز کلی کیفیت زندگی پس از انجام جلسات درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در گروه مداخله از گروه کنترل بیشتر بود. به این معنی که شرکت در جلسات درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی قادر است کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را در نمره کلی کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، ارتباط اجتماعی و سلامت

محیط افزایش دهد گرچه مطابق با مستندات موجود، کیفیت زندگی از ابعاد مختلفی تشکیل شده و عوامل متعددی نیز بر آن تأثیر می‌گذارند، با این وجود تأثیر مطلوب درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی، ارزشمندی این مداخله را در ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتال به سرطان نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه بر سهم عظیم بعد روانشناختی بر همه ابعاد کیفیت زندگی این بیماران تأکید میکند. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های دوگلبی و همکاران (۲۰۰۷) شروین^۱ و همکاران (۲۰۰۶) اسمعی، علیزاده، غنی‌زاده بالدرلو (۱۳۹۵) دریا بیگی و همکاران (۱۳۹۵) شیخ‌الاسلامی، ؛ و رمضان، (۱۳۹۵) همسو است در تبیین معناداری این فرضیه باید گفت اجرای مداخله‌ی گروهی امید درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به‌منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون امید درمانی و سایر روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مبتلا به سرطان می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کاربرد (خسروی و همکاران، ۱۳۹۳). امید درمانی راه مؤثری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماری‌های مزمن است. از نظر این محققین، افزایش امید باعث افزایش سطح خود مراقبتی، کیفیت زندگی و ارتقای سلامت عمومی در این دسته از بیماران می‌شود و امید درمانی باهدف قرار دادن ارتقای امید موجب افزایش امید در بیماران سرطانی می‌شود و در تبیین دیگر می‌توان گفت درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی است که در آن بازنمایی ذهنی اشیا موجود در زندگی که از کنترل انسان خارج است، از طریق تنفس و تفکر آموزش داده می‌شود و بدین ترتیب باعث بهبود بهزیستی روانی، اجتماعی و سازگاری فرد می‌شود که همه این‌ها نهایتاً در بهبود خود کارآمدی مؤثر هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک می‌کند تا بیماران سرطانی شرایط زندگی خود را آن‌طور که هست بپذیرند بیان احساسات و افکار منفی

خود به روشنی موجب می‌گردند که از انعطاف‌پذیری بالاتری در موقعیت‌های مختلف زندگی برخوردار شده و با نگرستن به شرایط از زوایای مختلف کیفیت زندگی خود را ارتقا بخشند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران سرطانی کمک کرد تا تجربیات گذشته خودشان را با خشنودی منعکس سازند و ثبات روانی به دست آورند (مردانی، حموله و شهرکی، ۱۳۸۹ به نقل از بشرپور، امانی، احمدی، ۱۳۹۷). نظریه پردازان وحدت خود و یکپارچه‌سازی نیز موافق‌اند که پذیرش و تعهد با رشد هویت فردی مرتبط است و باعث حفظ رابطه‌ی حوادث گذشته با خود می‌شود. افرادی که به یکپارچگی دست می‌یابند معنا و رضایت و خشنودی از زندگی دارند و این رضایت باعث خودکارآمدی و سازگاری بیشتر آنان می‌گردد و همچنین شخصی که با موفقیت داستان زندگی و موفقیت‌های قبل از بیماری‌اش بازآفرینی می‌شود، کمتر در برابر افسردگی، احساس بی‌کفایتی و ناکارآمد بودن آسیب‌پذیر است (زینی وند و همکاران، ۱۳۹۳).

علیرغم اهمیت موج سوم درمان‌های شناختی- رفتاری از جمله رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان حوزه‌ی مهمی از روان‌درمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش موثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در افزایش کیفیت زندگی افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند، نشان داده‌اند (کاهل، وینتر و اشویگر، ۲۰۱۲). تنها تعداد اندکی از پژوهش‌ها به بررسی کاربرد‌های فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در روان‌درمانی بیماران مبتلا سرطان پرداخته‌اند از جمله می‌توان به پژوهش هربرت، استوری و ویلسون (۲۰۱۵) اشاره نمود که رویکرد اکت را به عنوان یک مداخله‌ی مؤثر در سازگاری با سرطان معرفی می‌کنند. نتایج پژوهش‌های دیگر در حوزه‌ی کاربرد رویکرد اکت نشان می‌دهد که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان می‌شود که این امر تغییراتی در کیفیت زندگی رنج و خلق بیماران را در پی دارد (فروس، لنه، کیروچی، بلاکلج، ۲۰۱۳) همان‌طور که اشاره شد، ذهن آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در مدل اکت است که یافته‌ها نشان داده است مدیریت استرس سرطان بر مبنای ذهن آگاهی، قادر است در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی و سلامت معنوی نقش موثری را ایفا کند (فیش، اتریج، شارپلین، هنکوک و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین در پژوهشی اثربخشی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر گروه‌های ناهمگونی از مراجعان مقاوم به درمان که دارای اختلالات محور یک و محور دو بوده‌اند، اثبات شده است (کلارک، کینگستون، ویلسون، بولدستون و همکاران، ۲۰۱۲). در فراتحلیلی که پیرامون مقالات منتشر شده بین سالهای ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ صورت گرفت، نشان داده شد که اکت برای مجموعه ای گسترده ای از اختلالات شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، درد، وسواس موقنی، اختلالات سایکوتیک، سو مصرف مواد و مدیریت صرع و دیابت موثر بوده است (پول، ۲۰۰۹).

از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش های روان شناختی می تواند نقش موثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می داند. همچنین درد، جزیی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، دربرگیرنده ی زمان حال و گام رو به جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تاکید است (هیز و همکاران، ۲۰۱۲) به طور کلی پذیرش، فرآیندهای اصلی اکت برای تعهد را تسهیل می کند. فرآیندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی شان بر می گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانانگ و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه‌ی هدایت شده براساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند (بریکر و تولیسون، ۲۰۱۱). اجرای مداخله ی گروهی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانانگ، با بکارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش های اکت به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می کند؛ در نتیجه می توان گفت که این امر منجر به افزایش مؤلفه های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا

به سرطان می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد اکت را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد. در مجموع می‌توان گفت درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی با فراهم آوردن فرصتی برای ابراز هیجان و صحبت در مورد حوادث آسیب‌زای زندگی و خاطرات ناخوشایند به صورت گروهی، می‌تواند کیفیت زندگی بیماران مبتال به سرطان را بهبود بخشد. محدودیت‌های این پژوهش فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان و عدم ارائه هر نوع مداخله درمانی در مورد گروه کنترل بود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از نمونه در هدفمند اشاره کرد. همچنین با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش حاضر، بیماران سرطانی بین ۵۵ تا ۱۹ سال اهل شهر یاسوج بودند، نتایج به دست آمده از قابلیت تعمیم کافی برخوردار نیست. انجام پژوهش در جامعه پژوهشی معروف‌تر می‌تواند تعمیم‌پذیری بیشتری به دنبال داشته باشد. با توجه به اینکه فرآیند جلسات پیگیری جهت حصول اطمینان از اثرات دراز مدت این شیوه‌ی مداخله‌ای استفاده نشد در این راستا پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جامعه مردان و همچنین در سایر شهرهای کشور انجام شود و شباهت‌ها و تفاوت‌های نتایج آن تحقیقات با نتایج تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در طرح‌های بعدی از فرآیند جلسات پیگیری جهت حصول اطمینان از اثرات دراز مدت این شیوه‌ی مداخله‌ای استفاده شود.

منابع

- اربابی، علی (۱۳۹۵). بررسی اثر بخشی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. سومین کنفرانس بین المللی پژوهش‌های نوین در علوم انسانی، ایتالیا، ایتالیا، موسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ویرا. انصارالحسینی، سیدهادی؛ مکاریان، فریبرز؛ عابدی، محمدرضا و نشاط دوست، حمیدطاهر (۱۳۹۲). فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. نهمین کنگره بین المللی سرطان پستان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
- بشر پور، سجاد؛ امانی، شعله؛ احمدی شیزین (۱۳۹۷) تأثیر مواجهه درمانی روایتی بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتال به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سرطان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، شماره ۳۶، صص ۷۷-۹۶.
- بیجاری، هانیه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ آقامحمدیان، حمید رضا (۱۳۸۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روان‌شناسی، شماره ۱، صص ۱۷۲۱۸۴.
- پیمانی، طاهره (۱۳۸۴). بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی تهران. پایاننامه کارشناسی ارشد پرستاری، تهران: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- خسروی، پانته آ؛ مرادی، علیرضا؛ جنابیان، آرش (۱۳۹۳) بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر هشیاری ذهن بر کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه و افزایش حافظه شرح حال اختصاصی در درمان شدگان سرطان پستان. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، شماره ۱۸، صص ۵۱-۶۷.
- رسولی، محسن، بهرامیان، جاسم؛ زهراکار، کیانوش (۱۳۹۲). تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. روان‌پرستاری. ۱ (۴)، ۵۴.
- زینیوند، مریم؛ کاظمی، فرنگیس؛ سلیمی، حسین (۱۳۹۳) بررسی آموزش تفکر مثبت و خوش بینی بر سلامت روان والدین کودکان سرطانی ۷-۳ بستری در بیمارستان

محک شهر تهران. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، شماره ۱۸، صص ۳۴-۵۰۶۷.

عزیزی، آرمان؛ قاسمی، سیمین (۱۳۹۶) مقایسه اثربخشی سه رویکرد راه حل مدار، شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مطلقه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، شماره ۲۹، صص ۲۰۷-۲۳۶.

فرهادی، علی؛ موحدی، یزدان؛ موحدی، معصومه (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی امید محور بر بهبود ابعاد کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به سرطان. مجله علمی پژوهشی یافته. ۱۳۹۳؛ ۱۶ (۱): ۳۲۴۲.

مردانی حموله، مرجان؛ روزی طلب، مهین؛ ابراهیمی، احترام (۱۳۹۰). بررسی تاثیر برنامه آموزشی روان‌شناختی بر میزان استرس و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا. ۱۳۹۰؛ ۱ (۱): ۵۳۵۸.

موید قاعدی طاهر، قربان شیرودی شهره. (۱۳۹۵). اثربخشی امیددرمانی گروهی بر افسردگی، احساس تنهایی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر. فصلنامه سلامت روان کودک. ۱۳۹۵؛ ۳ (۲): ۶۵۷۵.

نجات، علی (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی ° دوره ۴ شماره ۴ زمستان ۸۵ صص ۱۲.

هزار روسی، بهرام. (۱۳۸۵). کاربرد مشاوره گروهی به شیوهی معنادار در افزایش امید به زندگی در بیماران سرطان سینه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.

Angiola JE, Bowen AM (2013). *Quality of life in advanced cancer an acceptance and commitment therapy view*. *Couns Psychol* 2013;41 (2): 313-335

Bricker, J. , & Tollison, S. (2011). *Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review*. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39 (05) , 541- 559.

Clarke, S. , Kingston, J. , Wilson, K. G. , Bolderston, H. , & Remington, B. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19 (4) , 560-572.

Feros, D. L. , Lane, L. , Ciarrochi, J. , & Blackledge, J. T. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives*

- of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22 (2) , 459-464.
- Ferrario SR, Zotti AM, Massara G, et al. (2003). *Combative assessment of psychological and psychosocial characteristic of cancer patients and their caregivers*. *PsychoOncology*. 90,109
- Fish, J. A. , Ettridge, K. , Sharplin, G. R. , Hancock, B. , & Knott, V. E. (2014). *Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life*. *European journal of cancer care*, 23 (3) , 413-421
- Hayes, S. C. , Pistorello, J. , & Levin, M. E. (2012). *Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change*. *The Counseling Psychologist*, 40 (7) , 976-1002.
- Hayes, S. C. , Levin, M. E. , PlumbVillardaga, J. , Villatte, J. L. and Pistorello, J. (2013) *Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy*. *Behavior Therapy*, 44, 180196.
- Hulbert-Williams, N. J. , Storey, L. , & Wilson, K. G. (2015). *Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy*. *European journal of cancer care*, 24 (1) , 15-27.
- Irving, L. M. ؛ Snyder, C. R. & Crowson, J. J. (1998). *Hope and coping with cancer by college women*. *Journal of Personality*, 66.
- Kahl, K. G. , Winter, L. , & Schweiger, U. (2012). *The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?*. *Current opinion in psychiatry*, 25 (6) , 522-528.
- Lin HR, Bauer° Wu SM. (2003) *Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer*. Integrative review of the literature. *J Adv Nurs*, 28 (2) 137
- Lotfy M, (2011) *.. Tee Will d Hlll th Oggii tt i'' s WHOQOBBEF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. *Qual Life Res* 20۱۱;13 (2) :299° 310
- Northouse LL, Caffey M, Deichelbohrer L, et al. (1999). *The quality of life of African American women with breast cancer*. *Res Nurs Health*,20 (4) ,605
- Northouse LL, Caffey M, Schmidt L, (1999). *The quality of life of African American women with breast cancer*. *Res Nurs Health*. 1999; 22 (6) : 44960
- Pull, C. B. (2009). *Current empirical status of acceptance and commitment therapy*. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (1) , 55-60.
- Sammarco A. (2001). *Perceived social support, uncertainty, and quality of life of younger breast cancer survivors*. *Cancer Nurs.*; 24 (3) : 2129.

- Seaward B L (2012). *Humor's Healing Potential. Health Progress [cited 1992 April].* 6670. Available from: <http://www.brianlukeseaward.net/articles/humorpotential.pdf>
- Seligman MEP, Steen TA, Park N, et al. (2005). *Positive psychology progress: Empirical validation of interventions.* American Psychologist,
- Snyder, C. R. , Cheavens, J. & Michael, S. T. (1999). *Hoping.* In C. R. Snyder (ed.) , *Coping: The psychology of what works.* New York: Oxford University Press.
- Snyder. C. R (2000). *Handbook of HOPE : Theory ,Measures and Applications.* (edited by C. r. Snyder). USA : Acaemic press.

