

Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy on Depression and Anhedonia among Patients with Terminal Stage Cancer

Karimi-Baghmalek, *A., Jelodari, A., Mahigir, F.

Abstract

Introduction: The research aimed to examine effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on depression and anhedonia among patients with terminal stage cancer in Ahvaz.

Method: The statistical population included all patients with terminal stage cancer of Ahvaz among whom 30 were recruited using randomized sampling method. The participants filled out the depression subscale of SCL-90 and Snaith-Hamilton's Anhedonia Questionnaire. The treatment group received 8 weekly sessions of ACT intervention each lasting 90 mins, while the control group received no intervention. The data were analyzed using MANCOVA and ANCOVA.

Results: The results of analyses by MANCOVA and ANCOVA showed that ACT decreased patients' depression and anhedonia.

Conclusion: Generally, it could be concluded that the acceptance and commitment therapy was effective for improving the capability to feel joy among cancer patients facing death and is recommended.

Keywords: Acceptance & Commitment Therapy, depression, anhedonia, cancer.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و فقدان لذت‌جویی بیماران سرطانی مرحله‌ی آخر

آیت‌الله کریمی باغملک^۱، آرش جلوداری^۲، فروغ ماهی‌گیر^۳

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۱۱/۲۵

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۷/۱۰

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی و فقدان لذت‌جویی بیماران سرطانی شهر اهواز بود.

روش: جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران سرطانی مرحله‌ی آخر شهر اهواز بود که از این میان ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شد. ابزار مورد استفاده شامل خرده‌مقیاس افسردگی از پرسشنامه‌ی SCL-90 و پرسشنامه‌ی فقدان لذت‌جویی هامیلتون بود. برای گروه آزمایش، ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی برنامه‌ی درمان پذیرش و تعهد اجرا شد و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار استنباطی تحلیل کواریانس چندمتغیری و تک متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج MANCOVA و ANCOVA نشان داد که درمان پذیرش و تعهد باعث کاهش میزان افسردگی و فقدان لذت‌جویی بیماران سرطانی مرحله‌ی آخر می‌شود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد برای افزایش ظرفیت لذت‌جویی در افراد دچار سرطانی که با مرگ مواجه هستند، اثربخش است و توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، فقدان لذت‌جویی، سرطان.

مقدمه

بیماران مبتلا به سرطان، به ویژه آنهایی که در مرحله‌ای نهایی قرار دارند، افسردگی و فقدان لذت‌جویی به طور چشم‌گیری قابل مشاهده است (۷). براساس ملاک‌های تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلال افسردگی عمده یک بیماری شایع و جدی پزشکی است که به طور منفی بر احساس، فکر و رفتار فرد تأثیر می‌گذارد و حداقل باید دو هفته تداوم داشته باشد (۱)؛ نشانه‌های افسردگی می‌توانند از ملایم تا شدید و شامل دست کم ۵ مورد از ۱. احساس ناراحتی یا داشتن خلق افسرده، ۲. از دست دادن علاقه به یا لذت از فعالیت‌هایی که قبلاً فرد از آنها لذت می‌برد، ۳. تغییر در اشتها - کم یا زیاد شدن وزن غیر مرتبط به رژیم غذایی، ۴. مشکل در خوابیدن یا خوابیدن زیاد، ۵. از دست دادن انرژی یا افزایش خستگی مفرط، ۶. افزایش حرکت بدنی بی‌هدف (مثل تکان دادن دست) یا حرکات و حرف زدن آهسته (قابل مشاهده توسط دیگران)، ۷. احساس بی‌ارزشی یا گناه، ۸. مشکل در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری و ۹. افکار مرگ یا خودکشی باشد. از سوی دیگر، فقدان لذت‌جویی، مؤلفه‌ای از اختلال افسردگی عمده، اختلالات مرتبط با مواد^۷، اختلالات روان‌پریشی^۸ و اختلالات شخصیتی است که در آن یا کاهش توانایی تجربه کردن لذت یا کاهش علاقه به مشغول شدن به فعالیت‌های لذت‌بخش وجود دارد (۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افسردگی و فقدان لذت‌جویی با مرگ‌ومیر بیشتر (۸)، امید به زندگی کمتر، سیگار کشیدن و بی‌فعالیتی بدنی و نوشیدن بیشتر (۹)، روابط اجتماعی و رضایت زناشویی کمتر (۱۰) و سایر پیامدهای منفی سلامتی همراه هستند. به همین خاطر، تشخیص زودهنگام این دو اختلال در بیماران سرطانی مرحله‌ای آخر و درمان آن می‌تواند کمک شایانی به افزایش کیفیت کلی زندگی آنها کند. درمان پذیرش و تعهد^۹ یا به اختصار ACT در دهه‌ی ۱۹۸۰ توسط استیون هیز به عنوان یک درمان موج سوم معرفی شد. ریشه‌های ACT را می‌توان در نظریه‌ی چارچوب رابطه‌ای^{۱۰} (RFT) و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^{۱۱}

سرطان^۱، یک اصطلاح عمومی برای گروه بزرگی از بیماری‌هایی است که می‌تواند بر هر بخش از بدن تأثیر بگذارد و با رشد بی‌رویه و غیرقابل کنترل سلول‌ها تعریف می‌شود. انواع سرطان‌ها را می‌توان براساس اندازه‌ی تومور اولیه و میزان گسترش آن به بافت‌های مجاور، به چهار مرحله تقسیم کرد. در مرحله‌ی اول، معمولاً سرطان کوچک و محدود به عضوی است که در آن آغاز شده است؛ در مرحله‌ی دوم، تومور بزرگتر از مرحله‌ی اول است و سرطان هنوز شروع به گسترش به سایر بافت‌ها نکرده است؛ مرحله‌ی سوم معمولاً به این معنا است که سرطان بزرگتر است و شروع به گسترش به بافت‌های اطراف کرده است و سلول‌های سرطانی در گره‌های لنفی آن منطقه وجود دارند؛ و مرحله‌ی ۴ یا مرحله‌ی نهایی^۲، یعنی سرطان به سایر ارگان‌های بدن گسترش یافته است و سرطان ثانویه یا متاستاز^۳ نیز نامیده می‌شود که پایان آن مرگ است (۱). براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی^۴، سرطان دومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی عروقی در جوامع بشری و مسئول ۸/۸ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۵ است و هر ساله نیز موارد جدید آن روبه افزایش است (۲). از هر سه نفر مبتلا به سرطان، یک نفر تا پایان عمر با آسیب‌های ناشی از آن زندگی خواهد کرد و از هر چهار نفر مبتلا به سرطان، یک نفر جان خود را در اثر این بیماری از دست می‌دهد. بروز سالیانه‌ی این بیماری در ایران حدود ۷۰ هزار نفر و تلفات آن ۳۰ هزار نفر در سال است (۳).

تشخیص سرطان به خودی خود فشار روانی زیادی برای بیمار ایجاد می‌کند و تجربه‌ای بسیار ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد است (۴). سرطان باعث می‌شود شغل، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و زندگی خانوادگی بیمار دچار اختلال و نابسامانی شود (۵). به ویژه، در بیمارانی که در مرحله‌ی نهایی سرطان به سر می‌برند، افسردگی^۵، عزت نفس کم و فقدان لذت‌جویی^۶ و انواع دیگر پیامدهای منفی سلامتی را تجربه می‌کنند (۶). مطالعات نشان داده‌اند که در

7. substance related disorders
8. psychotic disorders
9. acceptance and commitment therapy
10. relational frame theory
11. mindfulness based therapy

1. cancer
2. terminal stage
3. secondary or metastatic cancer
4. World Health Organization
5. major depression disorder
6. anhedonia

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها

گروه	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۳۶/۴۸	۵/۰۶
گواه	۳۴/۱۹	۶/۷۵

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش به ترتیب ۳۶/۴۸ و ۵/۰۶ و در گروه گواه ۳۴/۱۹ و ۶/۷۵ بود.

جدول ۲) فراوانی و درصد فراوانی تحصیلات آزمودنی‌ها

گروه	تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	دیپلم و زیر دیپلم	۶	۴۰
	کارشناسی	۸	۵۳/۳
	کارشناسی ارشد	۱	۶/۷
گواه	دیپلم و زیر دیپلم	۹	۶۰
	کارشناسی	۴	۲۶/۷
	کارشناسی ارشد	۲	۱۳/۳

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش، ۶ نفر (۴۰٪) از شرکت‌کننده‌ها دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۸ نفر (۵۳/۳٪) کارشناسی و یک نفر (۶/۷٪) کارشناسی ارشد بودند. در گروه گواه نیز، ۹ نفر (۶۰٪) از شرکت‌کننده‌ها دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۷٪) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳/۳٪) کارشناسی ارشد بودند.

جدول ۳) فراوانی و درصد فراوانی نوع سرطان آزمودنی‌ها

گروه	نوع سرطان	فراوانی	درصد فراوانی
آزمایش	سرطان ریه	۴	۲۶/۷
	سرطان پروستات	۸	۵۳/۳
	سرطان روده‌ی بزرگ	۲	۱۳/۳
گواه	سرطان خون	۱	۶/۷
	سرطان ریه	۸	۵۳/۳
	سرطان پروستات	۴	۲۶/۷
	سرطان روده‌ی بزرگ	۳	۲۰

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش، ۴ نفر (۲۶/۷٪) دچار سرطان ریه، ۸ نفر (۵۳/۳٪) پروستات، ۲ نفر (۱۳/۳٪) روده‌ی بزرگ و ۱ نفر (۶/۷٪) خون و در گروه گواه، ۸ نفر (۵۳/۳٪) دچار سرطان ریه، ۴ نفر (۲۶/۷٪) پروستات و ۳ نفر (۲۰٪) روده‌ی بزرگ بودند.

دانست (۱۱). درمان ACT بیشتر به رفتار مورد ارزش فرد می‌پردازد تا به شناخت‌ها و از همین رو بیشتر نوعی رفتار درمانی است. در این درمان، به فرد کمک می‌شود آن چیزی را که برایش ارزشمند است شناسایی کند و سپس از این ارزش‌ها برای ایجاد تغییرات لازم در زندگی استفاده می‌کند. دوم، فرد را تشویق به ذهن‌آگاه بودن و تجربه کردن وقایع به همان شکلی که هستند فارغ از تفسیرهای ذهنی می‌کند، با این شیوه، به فرد می‌آموزد آن چه را از کنترل شخصی‌اش خارج است بپذیرد و به عملی که برای زندگی‌اش ارزشمند و مفید است متعهد شود (۱۲). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که درمان ACT روی درمان افسردگی و فقدان لذت‌جویی مؤثر است (برای مثال، ۱۴، ۱۳).

روی هم رفته، مطالعات نشان داده‌اند که درمان ACT در کاهش مشکلات روانشناختی افراد دچار بیماری‌های جسمی بدون درمان یا مقاوم در برابر درمان، از جمله درمان‌های بسیار اثربخش است. از همین رو، از آنجا که بیماری سرطان نیز جزو بیماری‌های سخت و دشوار محسوب می‌شود که اغلب مشکلات و رنج‌های جسمی و روانشناختی بسیاری بر بیماران تحمیل می‌کند در پژوهش حاضر برای تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در این جامعه، انتخاب شد. بنابراین، با توجه به مطالب گفته شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش ظرفیت لذت‌جویی بیماران سرطانی مرحله ی آخر در شهرستان اهواز بود.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون است که در آن از دو گروه آزمایش و گواه استفاده شد.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران سرطانی مرد مرحله‌ی آخر شهر اهواز است که از این میان، ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و براساس ملاک‌های ورود (نمره‌ی پایین در مقیاس افسردگی و پرسشنامه‌ی فقدان لذت‌جویی) و ملاک‌های خروج (مصرف داروهای روان‌پزشکی و گذراندن دوره‌ی روانشناختی) انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند.

ابزار

۱. خرده‌مقیاس افسردگی از چکلیست نشانه‌ها (SCL-۹۰): این ابزار توسط دروگاتیس و کلیری ساخته شده و شامل ۹۰ ماده و ۹ عامل است (۱۵). نمره‌گذاری پاسخ‌های این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ تا هیچ تا ۴ = به شدت) مشخص می‌شود. سپس، نمره‌ی کل هر خرده‌مقیاس بر تعداد ماده‌های آن تقسیم می‌شود و یک نمره‌ی میانگین به عنوان نمره‌ی آن مقیاس به دست می‌آید. برای تعیین شیوع علائم روان‌پزشکی در هر حیطه از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمرات ۲/۵ و بالاتر از آن در هر حیطه به عنوان حالت مرضی به شمار می‌آید. در پژوهش حاضر، از خرده‌مقیاس افسردگی این چکلیست استفاده شد. مصلی نژاد، خشتی و غلامی ضریب همسانی درونی کل این چکلیست را ۰/۸۸ گزارش داده‌اند (۱۶). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس افسردگی این ابزار ۰/۹۶ به دست آمد.

۲. پرسشنامه‌ی فقدان لذت‌جویی: این پرسشنامه توسط اسنیت، همیلتون، مورلی، هومایان، هارگریوز و تریگول ساخته شد و حاوی ۱۴ سؤال و ۴ عامل تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح و سرگرمی و خوردن و آشامیدن است (۱۷). پاسخ‌های این پرسشنامه براساس یک طیف لیکرت ۵ نمره‌ای (از ۰ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه‌ی نمره‌های این پرسشنامه بین ۰ تا ۵۶ است و نمره‌ی بیشتر نشان دهنده‌ی ظرفیت بالای لذت‌جویی و نمره‌ی پایین نشان دهنده‌ی فقدان لذت‌جویی است. این پرسشنامه در ایران توسط سیادتیان و قمرانی ترجمه و هنجاریابی شده است (۱۸). سیادتیان و قمرانی ضرایب پایایی عامل‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ و ضریب پایایی تنصیف آن را ۰/۸۶ گزارش کردند (۱۸). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تک متغیر (ANCOVA) استفاده شد. تحلیل‌ها با استفاده از ویرایش ۲۵ نرم‌افزار بسته‌ی آماری برای علوم اجتماعی^۱

(SPSS-۲۵) انجام شد. سطح معناداری قابل قبول برای تأیید فرضیه‌های آماری $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

روند اجرای پژوهش: نمونه‌ی پژوهش به وسیله‌ی فراخوانی که در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های مخصوص بیماران سرطانی در اهواز پخش گردید و در آن از بیماران سرطانی مرحله‌ی آخر دچار مشکلات افسردگی و فقدان لذت‌جویی برای شرکت در دوره دعوت شده بود، انتخاب شده و بیماران دارای سایر مشکلات و اختلالات روحی روانی کنار گذاشته شدند. پس از انجام مصاحبه‌ی غربال‌گری و مشخص شدن ملاک‌های ورود و خروج (که در بخش آزمودنی‌ها ارائه شد)، ثبت‌نام انجام شده و پیش‌آزمون روی آزمودنی‌ها اجرا شد؛ ۳۰ بیماری که نمره‌ی آنها در خرده‌مقیاس افسردگی از SCL-۹۰ بالا و در پرسشنامه‌ی فقدان لذت‌جویی Snaith-Hamilton پایین بود، به صورت تصادفی انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. مداخله‌ی آزمایشی روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ی دریافت نکرد. مداخله طی ۸ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد (جدول ۴). پس از اتمام ۸ جلسه‌ی مداخلات درمانی، پس‌آزمون روی هر دو گروه آزمایش و گواه اجرا گردید.

یافته‌ها

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در ارتباط با افسردگی، میانگین (و انحراف معیار) گروه آزمایش در پیش-آزمون به ترتیب ۲۵/۱۶ (۵/۸۹) و در پس‌آزمون ۱۹/۲۵ (۵/۱۱) و میانگین (و انحراف معیار) گروه کنترل در پیش‌آزمون ۲۶/۴۱ (۵/۳۶) و در پس‌آزمون ۲۶/۱۶ (۵/۴) به دست آمد؛ در ارتباط با مولفه‌های فقدان لذت‌جویی، میانگین (و انحراف معیار) گروه آزمایش برای تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح و سرگرمی و خوردن و آشامیدن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت فوق بوده است. سطح معناداری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای افسردگی ($Z = 0.161, p < 0.2$) و فقدان لذت‌جویی ($Z = 0.13, p < 0.2$) از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، در نتیجه، پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. نتایج آزمون لوین در افسردگی ($F = 2.163, p = 0.153$) و فقدان لذت‌جویی ($F = 0.702, p < 0.409$) غیرمعنادار

1. statistical package for social sciences

افسردگی و مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی) تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ($p < 0/01$ و $F = 180/42$). جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا صورت گرفت. با توجه به اندازه‌ی اثر محاسبه شده، ۰/۹۷ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و کنترل ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱/۰۰ است، بدین معنا که آزمون توانسته با توان ۱۰۰ درصد فرض صفر را رد کند.

هستند؛ در نتیجه، فرض همگنی واریانس‌ها برای کلیه‌ی متغیرها تأیید شد. نتایج آزمون باکس نشان داد که فرض برابری همگنی واریانس - کواریانس رعایت شده است ($p < 0/489$, $F = 0/808$, Box's $M = 2/627$).

همان‌گونه که در جدول ۶ ارائه شده است، با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله‌ی پس‌آزمون حداقل در یکی از متغیرهای وابسته

جدول ۴) ساختار جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای درمان
جلسه‌ی اول	آشنایی بیمار، بیان مشکلات، فهرست کردن تمام درمان‌های قبلی، عنوان کردن انتظارات از درمان، شرح اصول اخلاقی و رازداری، رضایت‌نامه‌ی کتبی شرکت در پژوهش، معرفی درمان پذیرش و تعهد.
جلسه‌ی دوم	ارتباط دادن درد، بیماری و خلق، معرفی مفهوم درماندگی خلاق، مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها، استفاده از استعاره‌ها
جلسه‌ی سوم	پرداختن به پذیرش درد مزمن، آموزش رابطه‌ی بین خلق و خو با رفتار با استفاده از نمونه‌هایی از زندگی بیمار، ارائه‌ی تکلیف.
جلسه‌ی چهارم	تمایز میان ارزش‌ها و اهداف، شفاف‌سازی ارزش‌ها، معرفی مفهوم گسلس از افکار و احساس‌های افسرده‌ساز، استفاده از استعاره.
جلسه‌ی پنجم	مرور تکالیف و یکنواخت کردن فعالیت‌ها، تمرین ذهن‌آگاهی، تمایز خود مشاهده‌گر و خود به عنوان بافت.
جلسه‌ی ششم	شفاف‌سازی ارزش‌ها در مقابل ابهام ارزش‌ها، استفاده از استعاره.
جلسه‌ی هفتم	عمل متعهدانه در مقابل انفعال، ارائه‌ی تکلیف با توجه به ویژگی فعال‌سازی رفتاری در قالب متعهد ساختن بیمار به فعالیت‌های خاصی که با اهداف و ارزش‌های بزرگتر مشخص شده‌اند.
جلسه‌ی هشتم	شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش بیمار برای درمانگر خود بودن و پرداختن به نگرانی‌های بیمار از خاتمه‌ی درمان.

جدول ۵) میانگین و انحراف معیار افسردگی و مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی (n= ۱۵)

متغیرها	شاخص‌های آماری	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۵/۱۶	۵/۸۹	۲۶/۴۱	۵/۳۶
	پس‌آزمون	۱۹/۲۵	۵/۱۱	۲۶/۱۶	۵/۴۰
فقدان لذت‌جویی در تعاملات اجتماعی	پیش‌آزمون	۲/۷۵	۱/۶۵	۲/۶۶	۱/۶۱
	پس‌آزمون	۷/۷۵	۱/۶	۲/۹۱	۱/۴۴
فقدان لذت‌جویی در تجربیات حسی	پیش‌آزمون	۴/۲۵	۲/۲۶	۴/۶۶	۲/۱
	پس‌آزمون	۸/۵۸	۲/۴۶	۴/۸۳	۱/۶۹
فقدان لذت‌جویی در تفریح و سرگرمی	پیش‌آزمون	۱/۷۵	۱/۲۱	۱/۵۸	۱/۶۷
	پس‌آزمون	۵/۷	۱/۴۸	۱/۷۵	۱/۱۳
فقدان لذت‌جویی در خوردن و آشامیدن	پیش‌آزمون	۱/۶۶	۱/۲۳	۱/۷۵	۱/۲۱
	پس‌آزمون	۴/۷۵	۲/۰۵	۱/۹۱	۰/۹۹

جدول ۶) نتایج MANCOVA روی میانگین‌های پس‌آزمون افسردگی و مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی

شاخص آماری	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
نام آزمون	۰/۰۱۴	۱۸۰/۴۲	۵	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۱/۰۰

جدول ۷) نتایج ANCOVA در متن MANCOVA روی متغیرهای افسردگی و مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی

شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه‌آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
متغیرها					
افسردگی	۱۹۸/۳۶	۱	۱۹۸/۳۶	۱۳۷/۴۶	۰/۰۰۱
فقدان لذت‌جویی در تعاملات اجتماعی	۱۲۹/۵۳	۱	۱۲۹/۵۳	۱۷۱/۰۸	۰/۰۰۱
فقدان لذت‌جویی در تجربیات حسی	۹۹/۶۸	۱	۹۹/۶۸	۲۵۶/۱۴	۰/۰۰۱
فقدان لذت‌جویی در تفریح و سرگرمی	۸۶/۳۹	۱	۸۶/۳۹	۲۰۲/۲۴	۰/۰۰۱
فقدان لذت‌جویی در خوردن و آشامیدن	۴۶/۱۷	۱	۴۶/۱۷	۴۲/۱۹	۰/۰۰۱

که به جای تلاش برای کاهش نشانه‌شناسی یک اختلال روان‌شناختی زیربنایی، روی پذیرفتن افکار، احساسات و حس‌های دشوار تمرکز دارد و در سایر حیطه‌ها مانند درد مزمن نیز موثر است (۲۰).

به نظر می‌رسد افرادی که در مرحله‌ی آخر سرطان به سر می‌برند، از سطوح بالای افسردگی و اضطراب رنج می‌برند (۲۴). به علاوه، دانستن این که زندگی فرد رو به اتمام است و زمان زیادی در اختیار ندارد و تاثیری که این مسئله بر خود فرد و اطرافیان وی خواهد داشت، به خودی خود دارای فشار روانی زیادی است. در درمان پذیرش و تعهد که در پژوهش حاضر برای درمان افسردگی و فقدان لذت-جویی این بیماران انتخاب شد، اعتقاد بر این است، بیمار هرگز به عنوان یک فرد شکست خورده مد نظر قرار نمی‌گیرد، بلکه در مقابل، همیشه نوعی از توانمندسازی در فرد مورد توجه است که براساس آن زندگی مبتنی بر ارزش، غنا و پرمعنا را در دسترس همه می‌داند (۲۲). یک فرض بنیادی درمان پذیرش و تعهد آن است که رنج بردن یک بخش عادی و اجتناب‌ناپذیر از تجربه‌ی انسانی است. این اغلب تلاش افراد برای کنترل یا اجتناب از تجربیات دردناکشان است که باعث رنج کشیدن می‌شود. هدف درمان پذیرش و تعهد غلبه بر درد یا هیجان‌های مبارز نیست؛ بلکه هدف درمان پذیرش و تعهد درآغوش گرفتن و پذیرفتن زندگی و احساس کردن هر چیزی است که زندگی ارائه می‌کند (۲۵). درمان پذیرش و تعهد با انتخاب یک زندگی مبتنی بر چیزی که بیشترین اهمیت و ارزش را دارد، سبکی خارج از رنج کشیدن ارائه می‌دهد. به جای حذف افکار ناخوانده که اغلب منجر به رفتارهای وسواسی می‌شوند، درمان پذیرش و تعهد به مردم کمک می‌کند شیوه‌هایی برای رها کردن کشمکش با این افکار ناخوانده بیاموزند. یک شیوه‌ی انجام این کار کمک به افراد در دیدن افکار و احساسات همان‌گونه که

با توجه به مندرجات جدول ۷، مقادیر F برای افسردگی و مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی در تعاملات اجتماعی، تجربیات حسی، تفریح و سرگرمی و خوردن و آشامیدن به ترتیب ۱۳۷/۴۶، ۱۷۱/۰۸، ۲۵۶/۱۴، ۲۰۲/۲۴ و ۴۲/۱۹ به دست آمدند که در سطح $p < 0.01$ معنادار هستند. در نتیجه، با توجه به میانگین‌های جدول ۵ می‌توان گفت که افسردگی در گروه آزمایش به طور معناداری کاهش و مؤلفه‌های فقدان لذت‌جویی افزایش یافته‌اند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود افسردگی و فقدان لذت‌جویی در بیماران سرطانی مرحله‌ی آخر شهر اهواز شده است.

بحث

درمان پذیرش و تعهد به طور معناداری در کاهش افسردگی و افزایش ظرفیت لذت‌جویی بیماران سرطانی که در مرحله‌ی آخر به سر می‌برند موثر است. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قبلی در ادبیات که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را بر افسردگی در میان افراد سرطانی بررسی کردند و دریافتند که پس از اجرای این درمان، میزان افسردگی و فقدان لذت‌جویی بیماران به طور معناداری کم می‌شود، همسو است (۱۹-۲۳). گونزالز-فرناندز و فرناندز-رودریگوئز^۱ در پژوهش مروری خود گزارش کردند که مشکلات هیجانی در بیماران سرطانی به شدت رواج دارد و به همین خاطر به درمانی نیاز است که در درمان این مشکلات اثربخش باشد (۱۹)؛ به عقیده‌ی این نویسندگان، رویکرد بافتی مورد استفاده در درمان ACT، آن را به طور ویژه برای کار با بیماران سرطانی مناسب می‌سازد. یافته‌های پژوهش دیگری نشان می‌دهد که رویکرد ACT این علت به خصوص برای استفاده در محیط‌های پزشکی مفید است

1- González-Fernández & Fernández-Rodríguez

شده‌ی فرد صورت می‌گیرد و مداخلات مربوط به این فرآیند عمدتاً از فنون رفتار درمانی سنتی گرفته شده‌اند و منصر به درمان پذیرش و تعهد نیستند (۲۶). به عنوان مثال، در پژوهش حاضر، برخی از بیماران با استفاده از فنون فعال سازی رفتاری ۷ تلاش کردند تا حضور خود در گردهمایی‌ها، رفتن به پارک و سینما و غیره را در راستای ارزش داشتن یک زندگی اجتماعی و دارای هیجان افزایش دهند.

دریافت تشخیص و درمان برای بیماری سرطان می‌تواند بر همه‌ی ابعاد زندگی بیماران سرطانی تاثیر منفی بگذارد و باعث افسردگی و همچنین کاهش ظرفیت آنها برای تجربه لذت شود. سطوح بالای پریشانی و همچنین نشانه‌های جسمانی به خصوص درد در افراد دچار سرطان گزارش شده است و همین امر باعث می‌شود تا بسیاری افراد دچار کشمکش در درمان شوند. بنابراین، رویکرد درمانی ACT می‌تواند به خاطر تمرکز خود بر پذیرش موقعیت و توقف تقلا، در عین حال تلاش برای انجام رفتارهای ارزشمند و تعهد به آنها، به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران کمک کند و نشانه‌های آنها شامل پریشانی، نوسان خلق، آسیب^۱ و درد ادراک شده‌ی آنها را کاهش دهد و همچنین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آنها را افزایش دهد (۲۰). در پایان، پژوهشگران وظیفه‌ی خود می‌دانند تا از کلیه‌ی آزمودنی‌ها کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند. پژوهش حاضر، با چند محدودیت همراه بود. از جمله این که در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شده است. با توجه به اینکه پرسشنامه جنبه‌ی خودگزارش دهی دارد و افراد با تمایل خود به آن پاسخ می‌دهند ممکن است در پاسخ‌هایشان حالت سوگیری وجود داشته باشد. همچنین، با توجه به این که افراد شرکت کننده در این پژوهش از یک جنس بودند تعمیم نتایج به هر دو جنس زن و مرد باید با احتیاط صورت گیرد. در نهایت، به دلیل محدودیت زمانی پژوهش، امکان پی‌گیری طولانی مدت نتایج دوره‌ی آموزشی وجود نداشت. به همین علت، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های دیگر که به صورت آزمایشی انجام می‌گیرد یک دوره‌ی پی‌گیری نسبتاً طولانی برای پی‌گیری اثر دوره‌ی آموزشی لحاظ شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود با استفاده از

هستند است. افکار و احساسات می‌آیند و می‌روند، و گاهی اوقات یک واکنش خوب در واقع واکنش نداشتن است.

به طور کلی، درمان پذیرش و تعهد با ۶ فرآیند به کمک افراد می‌شاید. در نخستین فرآیند، پذیرش^۱ شامل در آغوش گرفتن فعال و آگاهانه‌ی وقایع خصوصی است که توسط تجربه‌ی مرحله‌ی آخر سرطان ایجاد شده است بدون تلاش غیرضروری برای تغییر دادن آن، به ویژه وقتی انجام آن نتیجه‌ای جز آسیب روانشناختی ندارد. گسلس شناختی^۲ تلاش می‌کند تا عملکردهای نامطلوب افکار را به جای خود وقایع تغییر دهد (۲۵)؛ به عنوان مثال، تکرار زیاد و با صدای بلند واژه "سرطان" تا جایی که این واژه هیچ معنایی نداشته باشد و فقط ادا کردن آوای صوتی آن باشد (تفکیک معنا از واژه). ذهن آگاهی یا بودن در حال^۳ به بیماران کمک می‌کند تا با داشتن تماس مداوم غیرقضاوتی با محیط خود، خود را کمتر درگیر افکار مربوط به پیامدها و آینده‌ی بیماری کنند و به همین شیوه، آرامش روانشناختی بیشتری را تجربه کنند. در خود به عنوان محتوا^۴، بیماران، خود را معادل با محتوای افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی که در لحظه‌ای خاص تجربه می‌کنند در نظر می‌گیرند؛ در صورتی که محتوای این افکار و احساس‌ها و حس‌ها منفی باشد، فرد دچار رنج می‌شود (۲۵)؛ در چنین شرایطی، با استفاده از فنون به بیمار آموزش داده می‌شود تا خود را به صورت جدای از این تجارب منفی در نظر بگیرد. در ارزش‌ها^۵، به بیمار کمک می‌شود تا جهت‌های زندگی را که برای خود ارزشمند می‌داند بدون تحت تأثیر اجتناب، تبعیت اجتماعی یا گسلس قرار گرفتن، انتخاب کند؛ به عنوان مثال، از جمله ارزش‌های یکی از بیماران در پژوهش حاضر، سفر کردن بود که به او آموزش داده شد می‌تواند با رعایت کردن نکات پزشکی به انجام آن بپردازد. در واقع، تمام فرآیندهای پیشین درمان پذیرش و تعهد، مسیر را برای رسید به یک زندگی با ارزش و سازگارانه هموار می‌کنند. در نهایت، عمل متعهد شده^۶، عملی است که در یک لحظه‌ی معین در زمان معینی به طور داوطلبانه با هدف ایجاد الگویی از اعمال در خدمت ارزش‌های شناسایی

1. acceptance
2. cognitive defusion
3. mindfulness or being in the present
4. self as context
5. values
6. committed action

7. behavioral activation

8. trauma

13. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Ebnesima* 2015; 18: 11-9. [Persian]

14. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, et al. The Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy (ACT) on Perceived Stress, Symptoms of Depression, and Marital Satisfaction in Women With Breast Cancer. *Arch Breast Canc* 2017; 4(1): 16-23. <https://doi.org/10.19187/abc.20174116-23>

15. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the scl-90: A study in construct validation. *J ClinPsychol* 1977; 33(4): 981-9.

16. Mosalanezhad L, Kheshti A, Gholami E. The assessing mental Health in pregnancy and relative psychopathologic factor in Jahrom. *J Med Uni Pars* 2007; 5(3-4): 23-9. [Persian]

17. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell PA. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Brit J Psychiat* 1995; 2(167): 99-103.

18. Siadatian S, Ghamarani A. The Investigation of Validity and Reliability of Snaith-Hamilton Anhedonia Scale (Shaps) in the Students of Isfahan University. *JRUMS*. 2013; 12(10): 807-18. [Persian]

19. González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C. Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings; 2018.

20. 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(2): 229-52.

21. Farokhzadian AA, Andalib L, Yousefvand M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing depression in Cancer Patients. *CPAP*. 2019; 17(1): 45-52. [Persian]

22. Hajsadeghi Z, BassakNejad S, Razmjoo S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among women with breast Cancer. *PSJ*. 2017; 15(4): 42-9. [Persian]

23. Dehghani B, Neshatdoost HT, Abedi MR, Mokarian F. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Psychological Flexibility in Women with Breast Cancer. *Zahedan J Res Med Sci* 2015; 7: 29-33.

24. Andrykowski MA, Lykins E, Floyd A. Psychological Health in Cancer Survivors. *SemOncolNurs* 2012; 24(3): 193-201.

25. Hayes S. Acceptance and commitment therapy: Cognitive delusion. Translated by Dusti P, Ahmadi F. Tehran: FaragirHegmataneh Press. 2016; [Persian]

26. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain. *Clin J Pain* 2017; 33(6): 552-68.

مصاحبه‌ی تشخیصی به بررسی افسردگی و لذت‌جویی بیماران پرداخته شود تا ارزیابی درست‌تری بدست آید. به علاوه، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت تقویت انگیزه‌ی آزمودنی‌ها برای مشارکت بیشتر در پژوهش، از مشوق استفاده شود.

منابع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. World Health Organization. Health statistics and information systems. 2017: Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> accessed in 11/10/2017.
3. Executive Manual for Register and Report Cancer Cases. vch.iuums.ac.ir/uploads/ncr_guideline.pdf; 2006. [Persian]
4. Onyeka TC. Psychosocial issues in palliative care: A review of five cases. *Indian J Palliat Care* 2010; 16(3): 123-8.
5. Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, et al.. Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J ClinPsychol* 2001; 57(4): 501-19.
6. Mohd-Sidik S, Akhtari-Zavare M, Periasamy U, et al. Effectiveness of chemotherapy counselling on self-esteem and psychological affects among cancer patients in Malaysia: Randomized controlled trial. *Pat Educat Counsel* 2018; 101(5): 862-871.
7. Thomsen KR, Whybrow PC, Kringelbach ML. Reconceptualizing anhedonia: novel perspectives on balancing the pleasure networks in the human brain. *Front BehavNeurosci* 2015; 9: 1-23.
8. Christensen GT, Maartensson S, Osler M. The association between depression and mortality – a comparison of survey- and register-based measures of depression. *J Affec Dis* 2017; 210: 111-4.
9. Jia H, Zack MM, Gottesman II, Thompson WW. Associations of Smoking, Physical Inactivity, Heavy Drinking, and Obesity with Quality-Adjusted Life Expectancy among US Adults with Depression. *Value Healt* 2018; 21(3): 364-71.
10. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Mason C, Maria Haro J. The association between social relationships and depression: A systematic review. *J Affec Dis* 2015; 175(1): 53-65.
11. Hayes SC, Luoma, JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Therap* 2015; 44(1): 1-25.
12. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *BehavTherap* 2016; 47(6): 869-85.