



Research paper

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Distress and Fear of Cancer Recurrence in Caregivers of Cancer Patients

Fateme Al-Sadat Hosseini Hashemi Mehrpadin ¹; Azadeh Choobforoushzadeh ^{*2};
Seyed Mohammad Reza Mortazavizadeh ³; Yasser Rezapour Mirsaleh ⁴

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress and fear of cancer recurrence in caregivers of cancer patients. A quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and a two-month follow-up with a control group was employed. The statistical population included caregivers of patients attending the Emdadgaran-e Ashura Charity Institute in Yazd during 2023 and 2024. 44 individuals were purposefully selected and randomly assigned to experimental or control groups, each with 22 participants. After attrition, 20 participants remained in the experimental group and 19 in the control group. The research instruments included questionnaires, the Depression, Anxiety, and Stress by Lovibond and Lovibond, and the Fear of Cancer Recurrence by Lin et al. The experimental group received eight 90-minute group acceptance and commitment therapy sessions twice weekly, while the control group received no intervention. Data analysis employed multivariate analysis of covariance and post-hoc tests. Results indicated that acceptance and commitment therapy significantly reduced psychological distress and fear of cancer recurrence among caregivers. Acceptance and commitment therapy can be an effective intervention for reducing psychological distress and fear of cancer recurrence in caregivers.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, cancer, caregivers, fear of cancer recurrence, psychological distress.

¹ M.A. in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities & Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

² Corresponding Author: Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities & Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

³ Associate Professor, Department of Hematology and Oncology, Islamic Azad University, Yazd Branch, Yazd, Iran.

⁴ Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities & Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان

فاطمه‌السادات حسینی هاشمی مهرپادین^۱، آزاده چوب‌فروش زاده^{۲*}، سید محمدرضا مرتضوی‌زاده^۳،
یاسر رضاپور میرصالح^۴

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بود. روش پژوهش نیمه‌تجربی، پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل مراقبان بیماران مراجعه‌کننده به موسسه خیریه امدادگران عاشورا یزد در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ بود که ۴۴ نفر هدفمند انتخاب و تصادفی در دو گروه ۲۲ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. پس از ریزش نمونه، ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۹ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های افسردگی، اضطراب و استرس لایبوند و لایبوند و ترس از بازگشت سرطان لین و همکاران بود. گروه آزمایش، ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد (هفته‌ای دو بار) دریافت کردند؛ اما گروه کنترل مداخله‌ای نداشت. داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی تحلیل شدند. نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان مراقبان دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مداخله‌ای کارآمد در کاهش پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان مراقبان باشد.

کلیدواژه‌ها: پریشانی روان‌شناختی، ترس از بازگشت سرطان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرطان، مراقبان.

^۱ کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران azadechoobforoush@ardakan.ac.ir

^۳ دانشیار، گروه خون و آنکولوژی، دانشگاه آزاد، واحد یزد، یزد، ایران.

^۴ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

مقدمه

سرطان^۱ گروهی از بیماری‌هاست که با رشد و تکثیر غیرقابل کنترل سلولی و تمایل سلول‌ها به گسترش در دیگر نواحی بدن مشخص می‌شود (براون^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس آمار جهانی سال ۲۰۲۲، تقریباً ۲۰ میلیون مورد جدید سرطان و نزدیک به ۱۰ میلیون مورد مرگ ناشی از این بیماری ثبت شده است. پیش‌بینی‌ها بر اساس داده‌های جمعیتی نشان می‌دهد که تا سال ۲۰۵۰، تعداد سالانه موارد جدید سرطان به ۳۵ میلیون نفر خواهد رسید که افزایشی ۷۷ درصدی نسبت به سطح سال ۲۰۲۲ را نشان می‌دهد (بری^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). در ایران نیز افزایش بروز سرطان در تمام گروه‌های سنی بین مردان و زنان پیش‌بینی می‌شود. بر این اساس انتظار می‌رود در سال ۲۰۲۷ حدود ۲۱۰/۷۰۱ مورد جدید سرطان تشخیص داده شود (براتی و همکاران، ۲۰۲۴). در مواجهه با بیماری سرطان، نه تنها بیماران، بلکه مراقبان^۴ آنها نیز تحت تأثیر پیامدهای منفی روان‌شناختی و عصبی قرار می‌گیرند (لیتزلمن^۵ و همکاران، ۲۰۲۳).

مراقبان افرادی هستند که به‌صورت داوطلبانه و بدون دریافت حقوق، خدمات مراقبتی و حمایتی را به افراد دارای بیماری‌های مزمن یا نیازهای طولانی‌مدت ارائه می‌دهند (تور- سینا^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان نه تنها مسئولیت‌های بالینی پیچیده‌ای را به همراه دارد، بلکه بار عاطفی سنگینی نیز بر دوش مراقبان می‌گذارد. این مراقبان که به‌عنوان پل ارتباطی میان بیماران و نظام سلامت عمل می‌کنند، با چالش‌های متعددی از جمله انجام وظایف تخصصی مانند پیگیری قرارهای پزشکی، تزریق و مدیریت داروها و رسیدگی به نیازهای مراقبت شخصی مواجه‌اند. افزون بر این، بسیاری از آنها با کمبود منابع آموزشی و موانع دسترسی به حمایت‌های روانی اجتماعی روبه‌رو هستند که این امر فشار بیشتری بر آنها وارد می‌کند (هریسون^۷ و همکاران، ۲۰۲۱). در همین راستا، مراقبان محتمل فشار زیاد گزارش می‌دهند که نیازهای خود را نادیده می‌گیرند (ترانبرگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). به‌طور خاص، مراقبان با تعداد فزاینده‌ای از نیازهای برآورده نشده یا بار مراقبتی سنگین‌تر، احتمالاً پریشانی روان‌شناختی^۹ شدیدی را تجربه می‌کنند (لو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱).

پریشانی روان‌شناختی یک تجربه منحصربه‌فرد از ناراحتی است که ممکن است شامل احساس تضعیف روحیه، تجربه احساس شکستگی یا درد روانی، احساس غم و اندوه، علائم جسمانی‌سازی، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه، احساس خشم، عدم کنترل خودآگاهانه و تمایل به انتقاد از خود باشد (کاروزینو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). طبق مدل استرس و مقابله، پریشانی روان‌شناختی زمانی تجربه می‌شود که فرد یک موقعیت را به‌عنوان عاملی تهدیدکننده یا فراتر از منابع و توانایی‌های خود برای مدیریت آن ارزیابی کند. در این مدل، اگرچه پریشانی روان‌شناختی نشان‌دهنده وضعیت ناسازگاری است، اما با بهره‌گیری از مکانیسم‌های

1. Cancer
2. Brown
3. Bray
4. Caregivers
5. Litzelman
6. Tur-Sinai
7. Harrison
8. Tranberg
9. Psychological distress
10. Lv
11. Carrozino

مقابله‌ای مناسب، قابلیت اصلاح دارد. مقابله، به مجموعه تلاش‌های فرد اشاره دارد که مبتنی بر ارزیابی وی از موقعیت بوده و با هدف حل مسائل شخصی و بین‌فردی، غلبه بر استرس، کاهش پیامدهای منفی یا تحمل تنش و تعارض به کار گرفته می‌شود. به‌طور کلی، راهبردهای مقابله در این مدل به دو نوع مسئله‌مدار (تمرکز بر حل مشکل) و هیجان‌مدار (تنظیم هیجانات مرتبط با استرس) تقسیم می‌شود (لازاروس و فولکمن^۱، ۱۹۸۴). در میان مراقبان، پریشانی روان‌شناختی را می‌توان به فقدان اطلاعات کافی و به‌موقع، مسئولیت‌های چندوجهی مراقبت و عدم قطعیت‌های موجود در مورد آینده نسبت داد (تیلور^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). اغلب مراقبان سطوح بالایی از پریشانی روان‌شناختی را به‌صورت علائمی مانند اضطراب و افسردگی تجربه می‌کنند (تئو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب و افسردگی مراقبان پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای ترس از بازگشت سرطان^۴ می‌باشد (لیو^۵ و همکاران، ۲۰۲۵).

ترس از بازگشت سرطان شامل ترس و نگرانی برآمده از بازگشت یا تشدید احتمالی سرطان می‌باشد (لبل^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). یافته‌ها نشان می‌دهد که ترس از بازگشت سرطان در مراقبان و بیماران متفاوت است. ترس مراقبان بیشتر حول محور مرگ احتمالی بیمار است و شامل مؤلفه‌هایی مانند: الف) ترس از رنج بیمار، ب) نیاز به حفاظت در برابر بازگشت و ناراحتی‌های ناشی از سرطان و ج) احساس عدم آمادگی در مراقبت می‌شود. این مؤلفه‌ها نشان‌دهنده احساس مسئولیت‌پذیری شخصی مراقبان نسبت به زندگی بیمار است (بنکس^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات نشان می‌دهد که ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیشتر از بیماران است (براون^۸ و همکاران، ۲۰۲۱).

در همین راستا، یافته‌های سیستماتیک حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۹ می‌تواند اثرات مثبتی بر سلامت روانی مراقبان غیررسمی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن داشته باشد (به^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، که هدف نهایی آن بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^{۱۱} است، به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم رفتار درمانی شناختی مطرح می‌باشد (هیز^{۱۲} و همکاران، ۱۹۹۹). این درمان به‌عنوان یک مداخله روان‌درمانی فراتشخیصی، بر اساس نظریه چهارچوب رابطه‌ای^{۱۳} است (هیز و همکاران، ۲۰۰۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کند تا از طریق مکانیسم‌های پذیرش، آگاهی و اقدام مبتنی بر ارزش، رابطه خود را با افکار و احساسات‌شان تغییر دهند (هیز، ۲۰۰۴). این مداخله روان‌شناختی با تمرکز بر شش مؤلفه کلیدی شامل پذیرش^{۱۴}، گسلش شناختی^{۱۵}، تماس با لحظه حال^{۱۶}، خود به‌عنوان

1. Lazarus & Folkman's
2. Taylor
3. Teo
4. Fear of cancer recurrence (FCR)
5. Liu
6. Lebe
7. Banks
8. Braun
9. Acceptance and commitment therapy (ACT)
10. Ye
11. Psychological flexibility (PF)
12. Hayes
13. Relational frame theory (RFT)
14. Acceptance
15. Cognitive defusion
16. Contact with the present moment

۱۱۴ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت ...

زمینه^۱، ارزش‌ها^۲ و اقدام متعهدانه^۳، به ارتقا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌پردازد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). در همین زمینه، یافته‌ها نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا، کمترین سطح پریشانی روان‌شناختی را به همراه دارد (تیندال^۴ و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج مطالعات نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به بهبود پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود (جیانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۴؛ ژائو^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین شواهد حاکی از آن است که این درمان، ترس از بازگشت بیماری را در بازماندگان سرطان و به‌طور خاص در بازماندگان سرطان سینه کاهش می‌دهد (سینکلر^۷ و همکاران، ۲۰۲۳؛ جانز^۸ و همکاران، ۲۰۲۰).

مطالعات نشان می‌دهد که افزایش بار مراقبتی و مدت زمان مراقبت روزانه از بیماران، با افزایش سطح اضطراب و افسردگی در مراقبان همراه است که این لزوم اجرای مداخلات روان‌شناختی مناسب جهت کاهش پریشانی روان‌شناختی مراقبان را برجسته می‌سازد (اونسار^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین با وجود اینکه مراقبان همانند بیماران و بازماندگان ترس از بازگشت سرطان را تجربه می‌کنند، اما تحقیقات بیشتر بر ترس از بازگشت بیماران و بازماندگان سرطان متمرکز بوده است و توجه کمتری بر ارائه مداخلات به‌منظور کاهش ترس از بازگشت مراقبان انجام شده است. چنانچه در مطالعه‌ای به تجربه ترس از بازگشت سرطان در بیماران و همسران مبتلا به سرطان سینه اشاره شد که عواملی همچون تاب‌آوری خانواده و کاهش ترس از بازگشت همسران، منجر به کاهش این ترس در بیماران می‌گردد. بنابراین، ارائه مداخلات هدفمند برای کاهش ترس از بازگشت در همسران، ضمن بهبود حال مراقبان، می‌تواند ترس از بازگشت بیماران را نیز کاهش دهد (تانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). در مجموع اگرچه مداخلاتی در زمینه مراقبان صورت گرفته است، اما با توجه به شیوع سرطان و نقش حیاتی مراقبان، انجام مداخلات بیشتر به‌منظور حمایت از این افراد و ارتقای سلامت روان آنها ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر مورد آزمون قرار گرفت:

- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است.

- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از بازگشت سرطان مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است.

1. Self as context
2. Values
3. Committed action
4. Tyndall
5. Jiang
6. Zhao
7. Sinclair
8. Johns
9. Unsar
10. Tong

روش پژوهش

پژوهش حاضر کاربردی، به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه، همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به موسسه خیریه امدادگران عاشورای یزد در سال ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ بود. از بین افراد واجد شرایط، ۴۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۲۲ نفر). گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته، به صورت گروهی تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند در مقابل، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: سن ۱۸ سال یا بیشتر، توانایی خواندن و نوشتن، تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، سکونت با بیمار یا مراجعه حداقل دو بار در هفته برای مراقبت بود. معیارهای خروج نیز شامل: غیبت بیش از دو جلسه در گروه آزمایش، دریافت همزمان مداخلات روانشناختی دیگر، ابتلا به اختلالات روانپزشکی یا شناختی شدید که مانع مشارکت مؤثر شود و فوت بیمار طی مشارکت مراقب در این مطالعه بود. در طول مطالعه، ۵ نفر از ۴۴ شرکت‌کننده حذف شدند. از این تعداد، ۲ نفر از گروه آزمایش (۱ نفر فوت بیمار و ۱ نفر وخامت وضعیت سلامتی بیمار) و ۳ نفر از گروه کنترل (۱ نفر فوت بیمار و ۲ نفر تکمیل نکردن پرسشنامه) از پژوهش خارج شدند. در نهایت، داده‌های ۳۹ شرکت‌کننده شامل ۲۰ نفر از گروه آزمایش و ۱۹ نفر از گروه کنترل مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی و با نرم افزار SPSS26 انجام شد.

روش اجرا

پیش از آغاز مداخله، هر دو گروه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش نمودند. شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به صورت گروهی تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند که این درمان بر اساس کتاب اکت به زبان ساده (هریس، ۲۰۱۹) در موسسه خیریه امدادگران عاشورا یزد ارائه شد. قابل ذکر است که این مداخله توسط پژوهشگر اول اجرا گردید. در مقابل، گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات مداخله، مرحله پس‌آزمون انجام شد و دو ماه بعد نیز در مرحله پیگیری، شرکت‌کنندگان مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در این پژوهش، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اقداماتی مانند کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان پیش از ورود به برنامه مداخله، تضمین رعایت حریم خصوصی و رازداری، ارائه توضیحات کامل در خصوص اهداف پژوهش، حق خروج از مطالعه در هر مرحله و بازه زمانی و پیشنهاد ارائه مداخله به گروه کنترل پس از اتمام دوره پژوهش، انجام شد. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه یزد بررسی و با کد اخلاق IR.YAZD.REC.1403.058 ثبت شده است.

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ (DASS): این مقیاس یک ابزار خودگزارشی است که توسط لایبوند و لایبوند^۲ (۱۹۹۵) تدوین شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه و شامل سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است (۷ گویه برای هر خرده‌مقیاس). سؤالات این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شوند و امتیاز هر سؤال از ۰ ("اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند") تا ۳ ("بیشتر اوقات در مورد من صدق می‌کند") متغیر است. از آنجا که این پرسشنامه فرم کوتاه مقیاس اصلی است؛ لذا مجموع خرده‌مقیاس‌ها در دو ضرب می‌شوند. نمره کل با جمع نمرات هر خرده‌مقیاس محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی، اضطراب و استرس بالاتر می‌باشد. در مطالعه اصلی، مقادیر آلفای کرونباخ برای افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ بود. از نظر روایی، همبستگی خرده‌مقیاس اضطراب با مقیاس اضطراب بک^۳ ۰/۸۱ و همبستگی خرده‌مقیاس افسردگی با مقیاس افسردگی بک^۴ ۰/۷۴ گزارش شده است. این ابزار توسط صاحبی و همکاران (۲۰۰۵) از انگلیسی به فارسی ترجمه شد. بر اساس این ترجمه، این نسخه در بافت ایرانی از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار بود. پایایی کل مقیاس ۰/۸۸ و پایایی خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۸ گزارش شد. از نظر روایی، همبستگی بین خرده‌مقیاس افسردگی با آزمون افسردگی بک دارای همبستگی ۰/۷۰، خرده‌مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ^۵ همبستگی ۰/۶۷ و خرده‌مقیاس استرس با آزمون تنیدگی ادراک شده^۶ همبستگی ۰/۴۹ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۷ به دست آمد.

سیاهه ترس از بازگشت سرطان-مراقب^۷ (FCRI-c): ابزاری است که توسط لین^۸ و همکاران (۲۰۱۸) برای سنجش ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان طراحی شده است. این ابزار بر اساس نسخه ترس از بازگشت بیمار (سیمارد و ساوارد^۹، ۲۰۰۹) توسعه یافته است. این ابزار دارای ۴۲ گویه و ۷ خرده‌مقیاس محرک‌ها^{۱۰}، شدت^{۱۱}، پریشانی روانی، اختلال عملکردی^{۱۲}، بینش^{۱۳}، اطمینان خاطر^{۱۴} و راهبرد مقابله^{۱۵} است. سؤالات این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شوند و امتیاز هر سؤال از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) متغیر است که فقط گویه "من عقیده دارم بیمارم درمان شده و سرطانم بازگشت نخواهد کرد" به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل از مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید. حداقل

1. Depression Anxiety Stress Scale
2. Lovibond & Lovibond
3. Beck Anxiety Inventory (BAI)
4. Beck Depression Inventory (BDI)
5. Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS)
6. Perceived Stress Inventory (PSI)
7. Fear of Cancer Recurrence Inventory-caregiver
8. Lin
9. Simard & Savard
10. Triggers
11. Severity
12. Functional impairment
13. Insight
14. Reassurance
15. Coping Strategy

و حداکثر نمره ۰ تا ۱۶۸ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان از ترس از بازگشت بیشتر در مراقبان است. آلفای کرونباخ نسخه اصلی ترس از بازگشت برابر با ۰/۹۵ بود (سیمارد و ساوارد، ۲۰۰۹). همچنین، محققان با کاربست پرسشنامه ترس از بازگشت مراقب بر روی ۳۰۰ زوج بیمار- مراقب آلفا کرونباخ ۰/۹۴ و پایایی آزمون مجدد دو هفته‌ای ۰/۸۸ را گزارش کردند. علاوه بر این، بر اساس نظر متخصصان متعدد، روایی محتوایی ۰/۹۵ بود (لین و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران، پایایی این پرسشنامه در بیماران از طریق همسانی درونی و پایایی بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ و شاخص روایی محتوا ۰/۸۰ گزارش شد (باطنی و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

جدول شماره ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هریس، ۲۰۱۹)

جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین خانگی
اول	معارفه و بیان اهداف	خوش‌آمدگویی، اجرای پیش‌آزمون، آشنایی رهبر و اعضای گروه و برقراری اتحاد درمانی از طریق استعاره دو کوه، اهمیت مراقبان در مراقبت از بیماران مبتلا به سرطان، معرفی مختصر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعیین اهداف و انتظارات، بیان قوانین گروه و توافق بر سر تعداد جلسه‌های درمانی	ایجاد ارتباط مؤثر با درمانگر و انگیزه برای شرکت فعال در جلسات درمان	فهرست کردن ۵ نمونه از مهم‌ترین مشکلاتی که مراقبان بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجهه هستند
دوم	نامیدی خلاقانه	مرور جلسه گذشته، معرفی ذهن، معرفی محصولات ذهن، ایجاد ناامیدی خلاقانه به منظور آگاه شدن از راهکارهای ناکارآمد در برابر احساسات ناخوشایند درونی با استفاده از استعاره افتادن در چاله، مشارکت شرکت‌کنندگان و بیان تجارب در زمینه راهکارهای ناکارآمد، تمرین تنفس ذهن آگاهانه	آگاه شدن از تلاش‌های ناکارآمد جهت احساسات ناخوشایند درونی، تمرین برای حضور در لحظه	ذهن‌آگاهی، کاربرد راه‌حل‌های به کار برده شده و تأثیرات بلند مدت آنها
سوم	آموزش کنترل به‌عنوان یک مسئله	مرور جلسه گذشته، مطرح کردن کنترل به‌عنوان یک مشکل نه راه‌حل با استفاده از استعاره‌های تقلا در ماسه و طناب کشی با هیولا، مفهوم توهم کنترل با استعاره همچون فکر نکن درباره ...، پاک کردن حافظه و تمرین کشمش خوردن ذهن آگاهانه	افزایش آگاهی نسبت به کنترل به‌عنوان یک مشکل، تمرین برای حضور در لحظه	تهیه فهرستی از رایج‌ترین راهبردهای کنترلی به کار گرفته‌شده به همراه نوشتن مزایا و معایب آن، تمرین ذهن‌آگاهی
چهارم	گسلش شناختی	مرور جلسه گذشته، آموزش مفهوم گسلش به‌منظور فاصله گرفتن از افکار با استفاده از تمرین اگر دستانمان افکارمان باشند، تمرین من این فکر را دارم که ...، تمرین تکرار تیتچنری لیمو لیمو لیمو و صفحه	کاهش آمیختگی از افکار ناخوشایند، تمرین برای حضور در لحظه	کاربرد قلاب شدن، انجام تمرین‌های جلسه در طول هفته

کامپیوتر و تمرین برگ‌های روی رودخانه برای
مشاهده کردن افکار

پنجم	آموزش مفهوم خود به‌عنوان زمینه	مرور جلسه گذشته، آموزش مفهوم خود به‌عنوان آشنا شدن با خود	انجام تمرین جلسه در زمینه به‌منظور جدا کردن خود از افکار با استفاده از مستقل از افکار و طول هفته، تمرین خود به‌عنوان استعاره آسمان و آب و هوا و تمرین خود خوب و توجه بیشتر به خود ذهن‌آگاهی خود بد، تمرین ذهن‌آگاهی غیررسمی مثل توجه به‌عنوان زمینه، تمرین آگاهانه صرفاً به یک فعالیت حضور در لحظه
ششم	آموزش مفهوم پذیرش	مرور جلسه گذشته، صحبت در مورد دنیای دورن و بیرون و تفاوت آنها، معرفی مفهوم پذیرش با استفاده از استعاره‌های عبور از میان باتلاق و مهمان ناخوانده، تمرین ذهن‌آگاهی به ۵ چیز توجه کن درونی و تمرین حضور در لحظه	کاربرگ کشمکش در برابر فضا دادن، تمرین ذهن‌آگاهی
هفتم	آموزش و شناسایی ارزش‌ها	مرور جلسه گذشته، معرفی مفهوم ارزش‌ها با استفاده از استعاره قطب‌نما و جشن تولد هشتاد سالگی، بیان تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف، مشارکت شرکت‌کنندگان جهت شناسایی ارزش‌ها، تمرین ذهن‌آگاهی لنگر انداختن	تهیه لیست کامل از ارزش‌های خود در حیطه‌های مهم زندگی حضور در لحظه
هشتم	آموزش تعیین اهداف	مرور مفاهیم با استعاره مسافران اتویوس، مطرح کردن عمل متعهدانه جهت گام برداشتن در جهت ارزش‌ها، آموزش تعیین هدف در مسیر زندگی ارزشمند	مرور تمرین‌های جلسات در طول زندگی روزمره

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ($43/90 \pm 9/39$ سال) و گروه کنترل ($41/53 \pm 8/17$ سال) بود. نتایج آزمون تی مستقل هیچ تفاوت آماری معناداری را در میانگین سن بین گروه‌ها نشان نداد ($P=0/40$). از نظر جنسیت، در گروه آزمایش ۱۳ نفر (۶۵ درصد) زن و ۷ نفر (۳۵ درصد) مرد بودند، در حالی که در گروه کنترل ۱۴ نفر (۷۳/۷ درصد) زن و ۵ نفر (۲۶/۳ درصد) مرد حضور داشتند. نتایج آزمون خی دو هیچ تفاوت معناداری در جنسیت بین دو گروه نشان نداد ($P=0/55$). از نظر وضعیت تاهل، تمامی ۲۰ شرکت‌کننده گروه آزمایش (۱۰۰ درصد) متاهل بودند، در حالی که در گروه کنترل ۱۸ نفر (۹۴/۷ درصد) متاهل و ۱ نفر (۵/۳ درصد) مجرد بودند. نتایج آزمون خی دو هیچ

تفاوت معناداری در وضعیت تاهل بین دو گروه نشان نداد ($P=0/29$). نتایج آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

مطابق جدول شماره ۲، میانگین نمرات پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در گروه کنترل تقریباً در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ثابت مانده در مقابل، گروه آزمایش تغییراتی را در میانگین نمرات پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در پس‌آزمون و پیگیری نشان داده است.

جدول شماره ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
پریشانی	گروه آزمایش	۸۵/۷۰	۱۹/۱۹	۷۱/۶۰	۲۱/۷۳	۲۳/۶۵
روان‌شناختی	گروه کنترل	۸۴/۱۱	۲۴/۳۸	۸۵/۱۶	۲۲/۵۹	۲۲/۸۳
ترس از بازگشت	گروه آزمایش	۹۹/۸۵	۱۴/۴۱	۸۵/۹۵	۱۶/۴۶	۱۶/۹۲
سرطان	گروه کنترل	۱۰۳/۹۵	۲۰/۵۳	۱۰۳/۵۳	۱۸/۹۰	۱۸/۳۴

پیش از آزمون فرضیه، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد ارزیابی قرار گرفت. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که توزیع نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل، در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نرمال است ($P>0/05$). سپس، پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل اثر خطی و معنادار متغیر کمکی بر متغیرهای وابسته، همگنی رگرسیونی و همگنی واریانس گروه‌ها در متغیرهای پژوهش بررسی شد. نتایج نشان داد که اثر پیش‌آزمون در هر دو مرحله معنادار است ($P<0/05$). همچنین، سطح معناداری همگنی رگرسیونی بالاتر از ۰/۰۵ بود، که این امر نشان می‌دهد تعامل بین گروه و پیش‌آزمون متغیرهای وابسته معنادار نیست. افزون بر این، همگنی واریانس نیز دارای سطح معناداری بالاتر از ۰/۰۵ بود، به این معنا که واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها برابر است.

با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌ها، تحلیل کوواریانس انجام شد. مقادیر مربوط به برآورد آزمون لامبدای ویلکز و سطح معناداری این آزمون نشان‌دهنده وجود تفاوت معنادار بین گروه‌ها در میانگین متغیر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود ($P<0/001$). به‌منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت میانگین متغیر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان بین گروه آزمایش و گروه کنترل، از برآوردهای جدول شماره ۳ استفاده شده است.

مطابق جدول شماره ۳، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره تفاوت‌های معناداری را بین گروه آزمایش و گروه کنترل از نظر میانگین پریشانی روان‌شناختی ($P<0/05$) و ترس از بازگشت سرطان ($P<0/001$) در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری نشان داد. به عبارت دیگر، میانگین پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در گروه آزمایش به‌طور معناداری پایین‌تر از

۱۲۰ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت ...

گروه کنترل بود. اندازه اثر نشان داد که گروه درمانی به ترتیب ۲۸ درصد و ۱۶ درصد از تغییرات پریشانی روان‌شناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، و همچنین ۸۳ درصد و ۷۷ درصد از تغییرات ترس از بازگشت سرطان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری را تبیین می‌کند. بنابراین، جهت بررسی دقیق‌تر تفاوت بین گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان بین گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه	میانگین تعدیل شده	مجموع مربعات	F	معناداری	مجذور اتا
پریشانی	پس‌آزمون	گروه آزمایش	۷۰/۹۴	۲۱۶۱/۶۵	۱۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸
		گروه کنترل	۸۵/۸۴				
روانشناختی	پیگیری	گروه آزمایش	۷۱/۲۸	۲۳۱۵/۲۵	۶/۹۰	۰/۰۱۳	۰/۱۶
		گروه کنترل	۸۶/۷۰				
ترس از بازگشت	پس‌آزمون	گروه آزمایش	۸۷/۷۸	۹۶۶۲/۳۴	۱۸۰/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳
		گروه کنترل	۱۰۱/۶۰				
سرطان	پیگیری	گروه آزمایش	۹۰/۷۰	۸۸۶۷/۲۵	۱۲۱/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۷
		گروه کنترل	۱۰۲/۹۴				

مطابق جدول شماره ۴، مقادیر مربوط به برآورد آزمون تعقیبی بونفرونی نشان‌دهنده این است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، میانگین متغیر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در گروه آزمایش به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل است. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان تأثیر دارد.

جدول شماره ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان بین گروه‌ها

متغیر	وضعیت	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	فاصله اطمینان	
					حد پایین	حد بالا
پریشانی	پس‌آزمون	آزمایش کنترل	-۱۴/۹۰	۳/۹۷	۰/۰۰۱	-۲۲/۹۶ -۶/۸۵
روانشناختی	پیگیری	آزمایش کنترل	-۱۵/۴۲	۵/۸۷	۰/۰۱۳	-۲۷/۳۳ -۳/۵۱
ترس از بازگشت	پس‌آزمون	آزمایش کنترل	-۱۳/۸۳	۲/۳۶	۰/۰۰۱	-۱۸/۶۱ -۹/۰۴
سرطان	پیگیری	آزمایش کنترل	-۱۲/۲۵	۲/۷۶	۰/۰۰۱	-۱۷/۸۴ -۶/۶۵

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان بود. یافته اول این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. این یافته با پژوهش‌های جیانگ و همکاران (۲۰۲۴) و ژائو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در این راستا اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پریشانی روان‌شناختی مراقبان را می‌توان چنین تبیین نمود که در بخشی از این درمان، مراقبان متوجه چرخه معیوب مقابله با افکار و احساسات منفی خود شدند. در واقع، مراقبان در طی جلسات متوجه شدند که تلاش برای سرکوب و اجتناب از احساسات و افکار منفی صرفاً نتایج معکوسی را به همراه دارد و این احساسات شدیدتر می‌شود. این اولین گام برای آگاهی و روشن شدن مقابله‌های رایج مراقبان در مقابل احساسات ناخوشایند درونی ناشی از بیماری بود که پریشانی روان‌شناختی آنان را به همراه داشت. در ادامه جلسات، مراقبان با مفهوم پذیرش آشنا شدند که ضمن گشودگی برای تجربه احساسات درونی ناخوشایند، مسیر زندگی مبتنی بر ارزش را برای آنان فراهم آورد. در واقع، مراقبان به جای صرف زمان و انرژی برای پیدا کردن دلایل اتفاقات ناخوشایند گذشته یا نگرانی‌های مربوط به آینده که منجر به اضطراب و افسردگی می‌شوند، که همان پریشانی روان‌شناختی است (تئو و همکاران، ۲۰۲۳) توانستند بر ارزش‌های مهم زندگی خود تمرکز کنند. بعد از مطرح کردن مفهوم ارزش‌ها مراقبان تشویق شدند که تا ارزش‌های شخصی مهم در زندگی‌شان را شناسایی کنند و گام‌ها و اقدامات کوچک را در این مسیر بردارند که به نظر می‌رسد منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش پریشانی روان‌شناختی آنان گردیده است. علاوه بر این، شواهد نشان می‌دهد که انعطاف‌پذیری منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی می‌شود (تیندال و همکاران، ۲۰۲۳) که این انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هدف نهایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) و به همین جهت می‌توان گفت که این درمان بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مراقبان مؤثر بوده است. از سوی دیگر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود پریشانی روان‌شناختی مراقبان بیماران مبتلا به سرطان را می‌توان بر اساس مدل استرس و مقابله لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) تبیین نمود. بر اساس این مدل، مراقبان در مواجهه مکرر با عوامل استرس‌زا، از جمله افکار منفی نسبت به وضعیت بحرانی بیمار و مسئولیت‌های چندجانبه مراقبت، معمولاً ارزیابی منفی از توانایی خود در مدیریت این شرایط دارند که منجر به استفاده از مقابله‌های ناکارآمد می‌شود و پریشانی روان‌شناختی آنان را به همراه دارد. در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراقبان متوجه شدند که راهبردهای مقابله‌ای اجتناب و مقاومت در برابر افکار منفی نه تنها مؤثر نیستند بلکه افزایش پریشانی را نیز را به همراه دارد. به چالش کشیده شدن راهبردهای ناکارآمد، موجب شد که مراقبان بینشی نسبت به پاسخ‌های ناسازگار خود در برابر تنش‌های ناشی از بیماری و وظایف مراقبتی کسب کنند. در ادامه جلسات، مراقبان با مؤلفه خود به عنوان زمینه آشنا شدند و توانستند خود را صرفاً ناظر بر افکار و احساسات خود ببینند. این تغییر نگرش احتمالاً منجر به کاهش اهمیت و قدرت ارزیابی‌های شناختی منفی در مورد موقعیت‌های استرس‌زا شده است. بدین ترتیب، به نظر می‌رسد که مراقبان پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه کردند.

۱۲۲..... اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت ...

یافته دوم این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از بازگشت سرطان در مراقبان بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است. این یافته با پژوهش‌های یونان و همکاران (۲۰۲۵)، سینکلر و همکاران (۲۰۲۳) و جانز و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ترس از بازگشت سرطان در مراقبان را می‌توان چنین تبیین نمود که در این درمان، مراقبان متوجه شدند که ذهن‌شان غیرقابل کنترل است و بدین ترتیب از بی‌فایده بودن راهبردهای ناکارآمد خود همچون اجتناب آگاه شدند. در واقع، این درمان مراقبان را قادر ساخت تا با افکار منفی و ترس‌های خود مواجه شوند بدون اینکه نیاز به سرکوب یا اجتناب از آنها داشته باشند. پذیرش این واقعیت، امکان آن را فراهم آورد که مراقبان از چرخه منفی نگرانی و اضطراب خارج شوند و به‌جای آن به واقعیت‌های موجود توجه کنند. این فرآیند به آنها کمک کرد تا ترس از بازگشت بیماری را به‌عنوان یک واقعیت غیرقابل اجتناب بپذیرند و به‌جای فرار از آن، با آن روبه‌رو شوند. همچنین، مراقبان از طریق مفهوم گسلش آموختند تا افکار خود را مساوی با واقعیت در نظر نگیرند. در جلسات درمان، مراقبان به افکار مرتبط با ترس از بازگشت بیماری اشاره کردند. به‌عنوان مثال مطرح نمودند هنگام مشاهده بیماران با علائم مشابه، آشفتگی شدیدی را تجربه می‌کردند و در این زمان احساسات و افکار منفی‌شان در مورد ترس از بازگشت شدت می‌یافت. در این زمینه، مراقبان تلاش‌های خود برای دور شدن از این افکار آزاردهنده را بیان کردند. در این روند، مراقبان از طریق استعاره‌ها و سؤالاتی درباره کارآمدی این راهکارها در کنترل افکار ناراحت‌کننده، متوجه بی‌فایده بودن این تلاش‌ها شدند. همچنین مراقبان از طریق گسلش دریافتند که هیچ یک از رویدادهای درونی ذاتا آسیب‌زا نیستند و زمانی تهدیدکننده تلقی می‌شوند که اعتبار زیادی به آنها داده شود. مراقبان از طریق تمرین‌های گسلش توانستند خزانه رفتاری خود را در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند درونی گسترش دهند. در واقع، مراقبان بعد از آموزش و تمرین گسلش صرفا از اجتناب و فرار برای افکار و رویدادهای منفی خود استفاده نمی‌کردند. اگرچه این رفتارها می‌تواند در شرایطی مناسب باشند اما صرف وجود همین رفتارها جهت برخورد با هر مسئله‌ای مشکل ساز می‌شود که این مشکل از طریق آموزش گسلش برطرف شد. علاوه بر این، در بخشی از این درمان بودن در لحظه مطرح شد که مراقبان تشویق شدند بودن در این جا و اکنون بودن را تمرین کنند که این می‌تواند مراقبان را از ترس و نگرانی از آینده نامعلوم و ترسناک رها سازد.

به‌طور کلی نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که مراقبان به‌واسطه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا نسبت به راهبردهای ناکارآمد جهت حذف یا کاستن افکار منفی آگاه شدند. سپس از طریق مؤلفه‌های این درمان قادر شدند که اهمیت کمتری به افکار منفی خود دهند و گشودگی بیشتری نسبت به تجارب ناخوشایند درونی نشان دهند که این منجر به صرف انرژی و زمان مراقبان در جهت زندگی ارزشمند به‌جای درگیری با افکار و احساسات منفی شد. در مجموع به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی و ترس از بازگشت سرطان در مراقبان می‌شود.

این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. نخست، انتخاب شرکت‌کنندگان از یک موسسه خاص انجام شد که ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌ها به جمعیت‌های وسیع‌تر مراقبان را کاهش دهد. تمام داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی بود که ممکن است باعث سوگیری در پاسخ‌ها شود. دوره پیگیری کوتاه‌مدت بود که امکان ارزیابی پایداری اثرات مداخله را محدود کرد. علاوه بر این در این مطالعه مرحله بیماری و نوع سرطان بیماران هم‌تاسازی نشده بود که ممکن است بر

نتایج تأثیرگذار باشد. در پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود که مطالعات در مراکز مختلف انجام شود تا امکان تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، اجرای مداخلات متناسب با مرحله بیماری و نوع سرطان به منظور بررسی اثربخشی درمان در شرایط مختلف توصیه می‌شود. استفاده از روش‌های مکمل مانند مصاحبه برای جمع‌آوری دقیق‌تر داده‌ها نیز پیشنهاد می‌شود. علاوه بر این، پژوهش‌های آتی می‌توانند جلسات تقویتی را به عنوان یک استراتژی امیدوارکننده برای حفظ و افزایش بهبودها در طول زمان، همراه با پیگیری طولانی مدت (مثلاً ۶ ماه) مورد بررسی قرار دهند تا سودمندی مداوم مهارت‌های آموخته شده در طول مداخله ارزیابی شود. همچنین، مقایسه اثربخشی روش‌های آنالین و حضوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مطالعات آینده به منظور شناسایی روش کارآمدتر پیشنهاد می‌شود. در نهایت، با توجه به تأثیرات متقابل بین بیماران و مراقبان، پیشنهاد می‌شود که مداخلات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت زوجی بر روی هر دو گروه اجرا شود.

تشکر و قدردانی: پژوهش حاضر بدون همکاری مشارکت کنندگان امکان‌پذیر نبود؛ بدین وسیله از کلیه مشارکت‌کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تناقض منافع و حمایت مالی: نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع و حمایت مالی وجود ندارد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.YAZD.REC.1403.058 است.

منابع

- صاحبی، علی؛ اصغری، محمد جواد و سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتبار سنجی مقیاس اضطراب و استرس افسردگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی. *روانشناسی تحولی*. ۱(۴)، ۵۴-۳۶. <https://sanad.iau.ir/en/Article/1054371>
- Banks, H., Webb, K., Sharpe, L., & Shaw, J. (2023). A qualitative exploration of fear of cancer recurrence in caregivers. *Psycho-Oncology*, 32(7), 1076-1084. <https://doi.org/10.1002/pon.6149>
- Barati, H., Pourhoseingholi, M. A., Roshandel, G., & Nazari, S. S. H. (2024). Bayesian age-period-cohort projection of cancers in Iran: a modeling study. *BMC Cancer*, 24(1), 1538. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-13289-0>
- Bateni, F. S., Rahmatian, M., Kaviani, A., Simard, S., Soleimani, M., & Nejatiasafa, A. (2019). The Persian version of the fear of cancer recurrence inventory (FCRI): Translation and evaluation of its psychometric properties. *Archives of Breast Cancer*, 174-180. <https://doi.org/10.32768/abc.201964174-180>
- Braun, S. E., Aslanzadeh, F. J., Thacker, L., & Loughan, A. R. (2021). Examining fear of cancer recurrence in primary brain tumor patients and their caregivers using the Actor-Partner Interdependence Model. *Psycho-Oncology*, 30(7), 1120-1128. <https://doi.org/10.1002/pon.5659>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 74(3), 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Brown, J. S., Amend, S. R., Austin, R. H., Gatenby, R. A., Hammarlund, E. U., & Pienta, K. J. (2023). Updating the definition of cancer. *Molecular Cancer Research*, 21(11), 1142-1147. <https://doi.org/10.1158/1541-7786.MCR-23-0411>

- Carrozzino, D., Patierno, C., Pignolo, C., & Christensen, K. S. (2023). The concept of psychological distress and its assessment: A clinimetric analysis of the SCL-90-R. *International Journal of Stress Management*, 30(3), 235. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/str0000280>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy -to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Harrison, R., Raman, M., Walpola, R. L., Chauhan, A., & Sansom-Daly, U. M. (2021). Preparing for partnerships in cancer care: an explorative analysis of the role of family-based caregivers. *BMC Health Services Research*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06611-0>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media. [https://doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80063-5](https://doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80063-5)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: Understanding and treating human suffering*. New York: Guilford.
- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 14, 1253266. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266>
- Johns, S. A., Stutz, P. V., Talib, T. L., Cohee, A. A., Beck-Coon, K. A., Brown, L. F., ... & Giesler, R. B. (2020). Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: a 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer*, 126(1), 211-218. <https://doi.org/10.1002/cncr.32518>
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 445). Springer.
- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., ... & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 24, 3265-3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
- Lin, C. R., Chen, S. C., Simard, S., Chang, J. T. C., & Lai, Y. H. (2018). Psychometric testing of the Fear of Cancer Recurrence Inventory-caregiver Chinese version in cancer family caregivers in Taiwan. *Psycho-Oncology*, 27(6), 1580-1588. <https://doi.org/10.1002/pon.4697>
- Litzelman, K., Berghoff, A., Stevens, J., & Kwekkeboom, K. (2023). Predictors of psychoneurological symptoms in cancer caregivers over time: role of caregiving burden, stress, and patient symptoms. *Supportive Care in Cancer*, 31(5), 274. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07741-3>
- Liu, W., Li, W., Deng, L., Luo, X., Tan, Y., Xiang, J., ... & Yang, Y. (2025). Characteristics and influencing factors of fear of cancer recurrence among family caregivers of breast cancer patients: a latent class analysis. *BMC Nursing*, 24(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02964-7>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

- Lv, X. Q., Liu, J. J., Feng, Y., Li, S. W., Qiu, H., & Hong, J. F. (2021). Predictive model of psychological distress in family caregivers of patients with cancer: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 5091-5101. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06022-1>
- Sahebi, A., Asghari, M. J., & Salari, R. S. (2005). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Developmental Psychology*, 1(4), 36-54. <https://sanad.iau.ir/en/Article/1054371> (Text in persian)
- Simard, S., & Savard, J. (2009). Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 17, 241-251. <https://doi.org/10.1007/s00520-008-0444-y>
- Sinclair, F., Gillanders, D., Rooney, N., Bonathan, C., Hendry, K., McLoone, P., & Hewitt, C. (2023). Real-world evaluation of an acceptance and commitment therapy-based group programme for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*, 31(12), 700. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-08179-3>
- Taylor, J., Fradgley, E., Clinton-McHarg, T., Byrnes, E., & Paul, C. (2021). What are the sources of distress in a range of cancer caregivers? A qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 29, 2443-2453. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05742-0>
- Teo, I., Ng, S., Bundoc, F. G., Malhotra, C., Ozdemir, S., Steel, J. L., ... & COMPASS Group. (2023). A prospective study of psychological distress among patients with advanced cancer and their caregivers. *Cancer Medicine*, 12(8), 9956-9965. <https://doi.org/10.1002/cam4.5713>
- Tong, L., Wang, Y., Xu, D., Wu, Y., & Chen, L. (2024). Prevalence and factors contributing to fear of recurrence in breast Cancer patients and their partners: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 229-236. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S443681>
- Tranberg, M., Andersson, M., Nilbert, M., & Rasmussen, B. H. (2021). Co-afflicted but invisible: A qualitative study of perceptions among informal caregivers in cancer care. *Journal of Health Psychology*, 26(11), 1850-1859. <https://doi.org/10.1177/1359105319890407>
- Tur-Sinai, A., Teti, A., Rommel, A., Hlebec, V., & Lamura, G. (2020). How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three European surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9531. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249531>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Pereira, A. (2020). Profiles of psychological flexibility: A latent class analysis of the acceptance and commitment therapy model. *Behavior Modification*, 44(3), 365-393. <https://doi.org/10.1177/0145445518820036>
- Unsar, S., Erol, O., & Ozdemir, O. (2021). Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 50, 101882. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101882>
- Ye, F., Lee, J. J., Xue, D., & Yu, D. S. F. (2023). Acceptance and commitment therapy among informal caregivers of people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(12), e2346216-e2346216. [doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.46216](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46216)
- Yuyan, Y., Jiaqi, L., Ting, W., Juan, X., Jinfeng, W., & Jing, L. (2025). Acceptance and commitment therapy effectiveness for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2025.102862>
- Zhao, C., Lai, L., Zhang, L., Cai, Z., Ren, Z., Shi, C., ... & Yan, Y. (2021). The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110304. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110304>



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

