نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، زمستان ۱۴۰۰، شماره چهارم، صفحات ۴۸۹ تا ۴۹۶

پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه با پیگیری سه ماهه

مجید صفاری‌نیا[1*]، مرضیه رمضانی شیرین[2]، زهرا سلگی[3]

۱. *نویسنده مسئول: استاد روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران، m.saffarinia@pnu.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه پیام‌نور، واحد بین‌الملل، امارات
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: تشخیص سرطان سینه مشکلات روان‌شناختی زیادی را به وجود می‌آورد. هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعان بیمار مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند که از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد قرار گرفتند. مداخله پذیرش و تعهد و مداخله معنادرمانی هر کدام ۸ جلسه بودند که به صورت گروهی و هفتگی برای گروه‌های آزمایش اجرا شدند. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی و پرسشنامه امید به زندگی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی با کمک نرم افزار SPSS-21 انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در بین اثرات درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد در متغیر پریشانی روان‌شناختی در سطح معناداری (P(۰/۰۲۳ و مؤلفه‌های امید به زندگی در سطوح معناداری (P(۰/۰۰۵ تا (P(۰/۰۲۶ وجود دارد. همچنین نتایج آزمون‌های تعقیبی بیانگر آن است که درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی و گروه شاهد، بیشترین اثرات درمانی را بر بهبود پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه داشته است. پیگیری سه ماهه نشانگر پایداری نسبی نتایج مطالعه بود.

نتیجه‌گیری: درمان پذیرش و تعهد بیشتر از معنادرمانی باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی و ارتقای امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: پذیرش و تعهد درمانی، روان درمانی، زجر روانی، سرطان‌های پستان، متوسط طول عمر

مقدمه

ابتلا به سرطان سینه چه به لحاظ جسمانی و چه به لحاظ روان‌شناختی فرد را در شرایط سختی قرار می‌دهد (۱). به لحاظ جسمانی تغییرات هورمونی، تحلیل قوای جسمانی و تغییرات ظاهری رخ می‌دهد و به لحاظ روان‌شناختی تحلیل یکپارچگی شخصیت، کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس، کاهش حس امیدواری، افزایش اضطراب و به‌طور اساسی تغییرات سبک زندگی بیمار در مقایسه با زمان پیش از ابتلا را شاهد هستیم (۲).

به نظر می‌رسد سرطان سینه به دلیل ایجاد احساس ترس و افسردگی، با ویژگی‌های روان‌شناختی مانند امید به زندگی ارتباط داشته باشد (۳). امید، اثرات جسمانی دارد و می‌تواند بر کنترل درد و ضعف جسمی افراد تأثیر مثبت داشته باشد زیرا سبب کنشگری مدارهای مغزی و آزاد شدن آندروفین و در نتیجه کاهش درد می‌شود (۴). افزون بر آن، حس امیدواری به افراد کمک می‌کند تا با وجود مشکلاتی که در راه رسیدن به اهداف وجود دارد انگیزه و معنای زندگی خود را حفظ کرده و راهکارهای جدیدی در دنبال کردن این هدف‌ها بوجود آورند (۳). به نظر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

می‌رسد که سرطان در مقایسه با بیماری‌های مزمن دیگر دارای بیشترین تأثیر بر امید را داشته باشد (۴).

از طرفی نیز بعضی از مبتلایان در سازگاری با تشخیص سرطان مشکل دارند و این مسئله به سلامت روانی آنها آسیب زده و موجب افزایش پریشانی روان‌شناختی می‌شود (۵). به عنوان نمونه شیوع افسردگی و به طور کلی مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به بیماری سرطان، ۰/۲۵ الی ۰/۳۰ است (۶) و از لحظه تشخیص تا سایر مراحل بیماری، پریشانی روان‌شناختی بین ۰/۳۵ تا ۰/۴۵، متغیر است (۷). پریشانی روان‌شناختی به ناراحتی ذهنی و رنج هیجانی گفته می‌شود که با مشخصه‌های افسردگی، اضطراب و استرس می‌توان آن را تعریف کرد (۸).

در طول سالیان اخیر، روش‌های متفاوت روان‌شناختی برای بهبود بخشیدن اثرات روان‌شناختی بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری سرطان سینه، به وجود آمده است که درمان پذیرش و تعهد از جمله‌ی این روش‌هاست. درمان پذیرش و تعهد بر این اساس می‌باشد که افراد به صورت افراطی احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده تصور می‌کنند و کوشش می‌کنند این تجربه‌های درونی را متحول کنند یا از آن‌ها رهایی یابند (۹). درمان پذیرش و تعهد با استفاده از اصول زیربنایی پذیرش، خود به عنوان زمینه، گسلش شناختی، ارزش‌ها، زندگی در لحظه اکنون و کار متعهدانه سعی دارد از اجتناب افراد از افکار آزارنده بکاهد و فرد را به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برساند (۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد برای بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است (۱۱).

با توجه به اینکه بیماران مبتلا به سرطان با مشکلات وجودی مواجه هستند، معنادرمانی می‌تواند کمک کند تا بیماران معنایی برای زندگی خود پیدا کنند (۱۲). بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان سینه به دلیل مشکلات جسمانی و روانی بسیار که نتیجه بیماری است، کمتر به یافتن معنا و هدف زندگی خود دقت می‌کنند و از پیدا کردن راهی برای حل مشکلات و رسیدن به رویکردی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و ارتقاء سلامت روان خود ناتوان هستند (۱۳). به همین سبب استفاده از راهبردهایی که سبب یافتن این معنا و همچنین بهبود و ارتقای سلامت روان شود، برای این اشخاص لازم و ضروری به نظر می‌رسد (۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این رویکرد به عنوان یک مداخله بر کاهش نشانه‌های مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه، ترس از تصویر بدنی و سازگاری اجتماعی آنان اثربخش بوده است (۱۵).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع بیماری سرطان سینه و تأثیرات جسمانی و روانی آن بر بیمار و خانواده آنها و نیاز به مداخله برای کاهش فشارهای روانی، و همچنین پی بردن به اثربخشی بهتر درمان‌های روان‌شناختی، هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی بیماران مبتلا با سرطان سینه می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل تمامی مراجعان بیمار مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. با توجه به مطالعات مشابه قبلی تعداد حجم نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که از بیماران مبتلا به سرطان سینه بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انتخاب شدند. از بین افراد نمونه ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش معنادرمانی و ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود مطالعه شامل موارد زیر بودند: ابتلا به سرطان سینه و بدون متاستاز به مناطق دیگر، انجام جراحی ماستکتومی، بیمارانی که در گرید ۱ تا ۳ ماستکتومی باشند، در حال حاضر تحت شیمی‌درمانی باشند، نداشتن بیماری مزمن دیگر بطور همزمان، عدم آموزش قبلی در دو رویکرد معنادرمانی و درمان پذیرش و تعهد، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال. همچنین معیار خروج شامل موارد زیر بودند: پدید آمدن مشکلات جسمانی برای اشخاص گروه که در فرایند روان درمانی خلل ایجاد کند، شدت یافتن علایم در هنگام درمان، استعمال داروهای خاص در زمان درمان سرطان سینه که بر خُلق اثر گذار باشند، ایجاد خلل در زمان درمان بیماری سرطان، غیبت کردن بیش از سه جلسه در زمان درمان. بعد از این جلسه رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در پژوهش در بین تمامی افراد انتخاب شده توزیع شد. سپس پیش‌آزمون پژوهش شامل پرسشنامه‌های پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی اجرا شد. جلسات به صورت هفتگی به صورت مجازی در برنامه اسکایپ برگزار شد. گروه شاهد هم در بیماران مبتلا به سرطان سینه در این مدت تحت هیچ درمانی قرار نداشتند و در صف انتظار برای دریافت جلسات درمانی قرار گرفتند. بعد از جلسات درمانی پس‌آزمون اجرا شد و بعد از ۳ ماه پرسشنامه‌ها برای تکمیل به مشارکت‌کنندگان ارسال شد. در پایان از شرکت‌کنندگان پژوهش تقدیر و قدردانی شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی افراد فاش نخواهد شد و افراد بعد از مدتی در صورت تمایل می‌توانند از نتیجه پژوهش اطلاع داشته باشند.

برای در نظر داشتن ملاحظات اخلاقی اصول زیر رعایت شد: ارائه مداخلات درمانی برای گروه شاهد بعد از اجرای پژوهش، رعایت اصل عدم تناقض روش پژوهش با ارزش‌های فرهنگی، اجتماعی و دینی، تکمیل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

جدول ۱- دستورالعمل درمانی پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول	بررسی جزئیات افکار ناراحت‌کننده، معرفی شیوه درمان، بررسی راه‌های مقابله با افکار ناراحت‌کننده و میزان اثربخشی آنها و ایجاد ناامیدی خلاقانه
دوم	استفاده از استعاره‌های «فردی در چاه» و «مسابقه طناب‌کشی با غول» و تداوم ناامیدی خلاقانه
سوم و چهارم	نشان دادن محدودیت‌های شاهد اتفاقات شخصی، استفاده از استعاره‌های «دو ترازو» و «دستگاه پلی‌گراف»، قبول کردن افکار ناراحت‌کننده و میل به عدم شاهد افکار منفی
پنجم و ششم	تغییر عملکرد روان‌شناختی افکار از چیزی بیم‌دهنده به یک رخداد کلامی صرف، تمرینات گسستگی، تکرار سریع افکار ناراحت کننده، تماس با لحظه حال، تمرین «برگ‌های شناور بر روی جوی آب»، تمرین خود به عنوان ساختار، استعاره «صفحه شطرنج» و جداسازی بین خود و فکر
هفتم و هشتم	توضیحاتی در مورد ارزش‌های بیمار و ارتقای و بهبود تعهدات رفتاری، استعاره «زاغه‌نشینی دم در»، به‌کارگیری تمرین‌های آموخته شدن در جلسات گذشته برای ممانعت از افکار ناراحت‌کننده

فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطمینان به مشارکت‌کنندگان در زمینه رعایت اصل رازداری، مخیر بودن مشارکت‌کنندگان به ترک مطالعه در صورت عدم تمایل به ادامه مشارکت در فرآیند مطالعه و عدم اجبار به ادامه پژوهش از طرف محققان.

برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (۱۶) و پرسشنامه امید به زندگی (۱۷) استفاده شد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: این ابزار توسط Kessler و همکاران تهیه شد و به صورت ۱۰ سؤالی تدوین شده است و اختلال روان‌شناختی خاصی را هدف قرار نمی‌دهد؛ اما در مجموع میزان اضطراب و علائم افسردگی را که شخص در چند هفته اخیر تجربه کرده، نمایان می‌کند. پاسخ سؤالات به شکل ۵ گزینه‌ای (۵= همیشه، ۴= بیشتر اوقات، ۳= گاهی اوقات، ۲= بندرت و ۱= هرگز) است و بین (۰ الی ۴) نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی بالاتر و نمره پایین نشان‌دهنده پریشانی روان‌شناختی پایین‌تر می‌باشد (۱۶). Andrews & Slade (۱۸) اعتبار و پایایی این مقیاس را مورد تأیید قرار داده‌اند. وزیری و لطفی کاشانی (۱۹) در پژوهش خود پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و با روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۶ به دست آوردند. همچنین روایی واگرای این مقیاس با پرسشنامه سلامت روان را ۰/۸۰ گزارش کردند.

پرسشنامه امید به زندگی: این ابزار توسط Snyder و همکاران تهیه شد و دارای ۱۲ سؤال و ۳ خرده مقیاس (تفکر عامل، مسیرها و سؤالات انحرافی) است و برای همه افراد ۱۵ سال و بالاتر کاربرد دارد. سؤالات پرسشنامه امید به زندگی به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از مرحله به‌طور قطع غلط نمره ۱ تا به‌طور کامل درست، نمره ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌گذاری سؤالات خرده مقیاس سؤالات انحرافی برای افزایش دقت آزمون طراحی شده است و در تحلیل نهایی حذف می‌شوند (۱۷). Snyder و همکاران اعتبار آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳هفته برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده

جدول ۲- دستورالعمل جلسات معنادرمانی

جلسه	محتوای ارائه شده
اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، شرح مختصری از رویکرد معنادرمانی و توضیح واژه معنا در زندگی.
دوم	مطالعه معنا از اتفاقات و رویدادهای رنج‌آور زندگی، در نظر گرفتن سرطان به عنوان یک رویداد معنی‌ساز در زندگی
سوم	ارزش‌های نگرشی و توضیح آن‌ها با به‌کارگیری مثال‌هایی در زندگی
چهارم	ارائه طرح‌هایی در جهت عملی کردن مصادیق معنا، بحث در مورد نیروی اراده انسان، آزادی و مسئولیت‌پذیری، تأکید بر زودگذر بودن زندگی برای همه انسان‌ها و ایجاد موضعی مناسب نسبت به همه شرایط زندگی.
پنجم	توضیح فن فراخوانی و آموزش قدرت تلقین مبتنی بر معنا، استفاده از اصول آموزش داده شده در حوزه‌های اضطراب‌زا و رنج‌آور زندگی؛ ضمن استخراج شاخص‌های معنا و ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌زا در زندگی
ششم	توضیح روش‌های فنون دیگر در رویکرد فرانکل مانند اصلاح دیدگاه، قصد متناقض و بازتاب‌زدایی
هفتم	بحث حول اهداف و برنامه‌های مستقبل در زندگی بیماران در راستای کسب دیدگاه نو نسبت به سرطان، اولویت‌بندی هدف‌ها و ارائه راه‌حل‌هایی برای برطرف کردن بعضی از مانع های قابل رفع
هشتم	بیان گروه از دستاوردهایشان، توضیح مختصری از مفاهیم طرح شده در جلسات گذشته، جمع‌بندی مباحث

مقیاس‌های تفکر عامل و مسیرها به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ محاسبه کردند (۱۷). کرمانی و همکاران (۲۰) ضریب اعتبار این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ محاسبه کردند.

روش درمان پذیرش و تعهد بر پایه دستورالعمل تهیه شده Hayes و همکاران (۲۱) است که که در کل شامل ۸ جلسه ۲ ساعته است. فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

همچنین مداخله معنادرمانی به صورت گروهی براساس دستورالعمل Breitbart و همکاران (۲۲) در ۸ جلسه یک و نیم ساعته مورد اجرا قرار گرفت. فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی و با کمک نرم‌افزار کامپیوتری Spss-21 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۰ نفر شرکت کردند که از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی برای مقطع دیپلم با ۱۱ نفر (۰/۳۶/۶۶) و کمترین فراوانی برای مقطع کارشناسی با ۹ نفر (۰/۳۰) بود. از نظر وضعیت تأهل ۳ نفر (۰/۱۰) مجرد و ۲۷ نفر (۰/۹۰) متأهل بودند و از نظر وضعیت سنی بیشترین فراوانی برای گروه ۴۱ الی ۵۰ سال با ۱۳ نفر (۰/۴۳) و کمترین فراوانی برای گروه ۵۱ سال و بالاتر با ۳ نفر (۰/۱۰) بود. جدول ۳ شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد را به تفکیک متغیرهای پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی در سه گروه نشان می‌دهد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی معیار پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی در سه گروه

متغیر	مراحل آزمون	پذیرش و تعهد	شناختی-رفتاری	گروه شاهد
		(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین
پریشانی روانی	پیش‌آزمون	۳۴/۴۷ (۲/۳۰۲)	۳۳/۶۶ (۳/۱۱)	۳۳/۹۷ (۳/۰۶)
	پس‌آزمون	۱۷/۶۱ (۲/۱۵)	۲۷/۷۴ (۲/۸۵)	۲۲/۳۴ (۲/۳۰)
تفکر عامل	پیش‌آزمون	۳/۸۹ (۲/۱۵)	۴/۰۱ (۱/۸۱)	۳/۹۶ (۱/۳۰)
	پس‌آزمون	۸/۲۱ (۱/۶۹)	۶/۲۵ (۱/۹۰)	۴/۰۵ (۱/۷۲)
مسیرها	پیش‌آزمون	۵/۲۳ (۲/۹۶)	۴/۷۰ (۱/۲۰)	۴/۳۲ (۱/۶۹)
	پس‌آزمون	۹/۵۱ (۲/۳۲)	۶/۷۹ (۱/۰۲)	۴/۷۴ (۱/۹۸)
امید به زندگی کلی	پیش‌آزمون	۹/۱۲ (۳/۶۳)	۸/۷۱ (۳/۲۰)	۸/۲۸ (۲/۳۱)
	پس‌آزمون	۱۷/۷۲ (۳/۶۲)	۱۳/۰۴ (۳/۰۱)	۸/۷۹ (۲/۶۵)

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی برای مقایسه سه گروه

مؤلفه		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
پریشانی روانی	بین‌گروهی	۱۷۳۳/۲۴۸	۲	۷۱۱/۲۷۲	۱۵۲/۵۶۷	۰/۰۲۳
	درون‌گروهی	۲۴۴/۰۵۲	۲۴	۴/۶۶۲		
	کل	۱۴۸۹/۱۹۶	۲۶			
تفکر عامل	بین‌گروهی	۱۱۵۳/۲۴۹	۲	۷۱۲/۱۵۴	۱۲۱/۵۰۷	۰/۰۲۶
	درون‌گروهی	۲۶۵/۰۰۲	۲۴	۵/۸۶۱		
	کل	۱۴۱۸/۲۵۱	۲۶			
مسیرها	بین‌گروهی	۳۶۹۸/۲۷۵	۲	۱۱۸۴/۵۴۴	۲۲۷/۷۵۳	۰/۰۰۵
	درون‌گروهی	۳۲۰/۷۴۹	۲۴	۵/۲۰۱		
	کل	۴۰۱۹/۰۲۴	۲۶			
امید به زندگی کلی	بین‌گروهی	۴۰۱۲/۳۱۱	۲	۱۸۱۷/۲۱۵	۲۹۰/۵۵۶	۰/۰۱۲
	درون‌گروهی	۲۸۱/۱۷۶	۲۴	۶/۲۵۴		
	کل	۴۲۹۳/۴۸۷	۲۶			

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه سه گروه در متغیر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
پریشانی روانی	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	-۱۰/۱۳	۰/۷۵۱	۰/۰۰۵
		شاهد	-۶/۴۸	۰/۷۵۱	۰/۰۱۲
	پذیرش و تعهد	معنادرمانی	-۱۰/۱۳	۰/۷۵۱	۰/۰۰۵
		شاهد	-۱۶/۶۱	۰/۷۵۱	۰/۰۰۰
تفکر عامل	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	۱/۹۵۹	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
		شاهد	۲/۱۹۹	۰/۷۵۷	۰/۰۵۰
	پذیرش و تعهد	معنادرمانی	۱/۹۵۹	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
		شاهد	۴/۱۵۸	۰/۷۵۱	۰/۰۱۴
مسیرها	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	۲/۷۲۱	۰/۷۷۸	۰/۰۲۳
		شاهد	۲/۰۵	۰/۷۸۱	۰/۰۴۹
	پذیرش و تعهد	معنادرمانی	۲/۷۲۱	۰/۷۷۸	۰/۰۲۳
		شاهد	۴/۷۷۱	۰/۷۷۸	۰/۰۲۲
امید به زندگی کلی	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	۴/۶۸	۰/۷۸۸	۰/۰۱۰
		شاهد	۴/۲۴۹	۰/۷۷۵	۰/۰۳۷
	پذیرش و تعهد	معنادرمانی	۴/۶۸	۰/۷۸۸	۰/۰۱۰
		شاهد	۸/۹۲۹	۰/۷۸۸	۰/۰۱۳

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

جدول ۶- نتایج پیگیری بعد از سه ماه در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی

گروه	درمان پذیرش و تعهد		معنادرمانی		گروه شاهد		
	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری	
متغیر	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	P
پریشانی روانی	۱۷/۶۱ (۲/۱۵)	۱۹/۲۱(۳/۰۱)	۲۴/۷۴(۲/۸۵)	۲۶/۰۱(۲/۲۵)	۳۴/۲۲(۲/۳۰)	۳۵/۹۸(۲/۲۸)	۰/۰۳۴
تفکر عامل	۸/۲۱ (۱/۶۹)	۷/۳۵(۱/۴۱)	۶/۲۵(۱/۹۰)	۶/۰۱(۲/۰۱)	۴/۰۵(۱/۷۲)	۴/۰۰(۱/۲۱)	۰/۰۰۵
مسیرها	۹/۵۱ (۲/۳۲)	۸/۲۹(۲/۳۸)	۶/۷۹(۱/۰۲)	۶/۲۱(۱/۳۱)	۴/۷۴(۱/۹۸)	۴/۳۱(۱/۱۴)	۰/۰۱۴
امید به زندگی	۱۷/۷۲ (۳/۶۲)	۱۵/۳۶(۳/۰۱)	۱۳/۰۴(۳/۱۷)	۱۱/۵۹(۲/۹۱)	۸/۷۹(۲/۶۵)	۷/۰۱(۲/۵۲)	۰/۰۲۹

نتایج جدول ۴ بیانگر تفاوت نتایج در نتیجه اثرات درمانی بین سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد در متغیر پریشانی روان‌شناختی و امید به زندگی و مؤلفه‌های آن می‌باشد.

نتایج جدول ۵ نشانگر تفاوت‌های سه گروه در آزمون‌های تعقیبی می‌باشد. با مقایسه دوبه‌دوی این روش‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در مقایسه با روش معنادرمانی و گروه شاهد بیشتر است. همچنین می‌توان گفت هرچند هم درمان پذیرش و تعهد و هم معنادرمانی در مقایسه با گروه شاهد بر بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه اثربخش هستند؛ اما اثرات درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی قوی‌تر می‌باشد. همچنین درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با معنادرمانی اثر بیشتری بر افزایش نمرات تفکر عامل و مسیرها در این بیماران داشته است.

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که با وجود اندکی افزایش در میانگین پریشانی روان‌شناختی در مرحله پیگیری برای هر سه گروه نسبت به مرحله پس آزمون نتایج همچنان معنادار بوده و نتایج بعد سپری شدن سه ماه از مداخلات درمانی پایدار بوده است. همچنین با وجود اندکی کاهش در میانگین مؤلفه‌های تفکر عامل و مسیرها در مرحله پیگیری برای هر سه گروه نسبت به مرحله پس آزمون نتایج همچنان معنادار بوده و نتایج بعد سپری شدن سه ماه از مداخلات درمانی، پایدار بوده است.

بحث

طبق نتایج به‌دست آمده در این مطالعه درمان پذیرش و تعهد اثربخشی معنی‌داری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه داشته است. نتایج این پژوهش با نتایج برخی پژوهش‌ها همسو می‌باشد. بنی اسدی و همکاران (۲۳) به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد به صورت معنادار باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان پروستات می شود. همچنین مقدم و امرایی (۲۴) به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری موجب افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه تحت شیمی‌درمانی شده است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد، کمک کرده تا بیماران مبتلا به سرطان سینه یاد بگیرند چگونه از احساسات بدنی، افکار و هیجانات خود آگاه شوند و به شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس، پاسخ سازگارانه‌ای را نسبت به علائم هشداردهنده عود بیماری نشان دهند که در نهایت باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کاهش پریشانی روان‌شناختی این بیماران شده است. در حقیقت، بیمار توانسته خود را از الگوهای رفتاری خودکار رها کند و از طریق درک و دریافت مجدد، با حالاتی مانند اضطراب و ترس کنترل نشود؛ بلکه توانسته از اطلاعات برخواسته از این حالات استفاده کند و با هیجانات همراه باشد و در نتیجه پریشانی روان‌شناختی کاهش یابد (۲۵). درمان پذیرش و تعهد از طریق گسلش شناختی به بیماران سرطانی کمک کرده تا به طور انعطاف‌ناپذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نباشند و به جای آن، شیوه‌هایی برای تعامل مؤثر با دنیا بیابند. در نتیجه، این عوامل توانسته نقش مؤثری در افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشند (۲۶).

طبق نتایج می‌توان گفت معنادرمانی نیز بر کاهش پریشانی روان شناختی و افزایش امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه اثربخش بوده است. این یافته‌ها با نتایج برخی مطالعات همسو می باشند. یوسفیان و احدی (۲۷) به این نتیجه رسیدند که معنادرمانی منجر به کاهش پریشانی روان‌شناختی و بهبود تاب‌آوری می‌شود. برجعلی و عباسی (۲۸) به این نتیجه رسیدند که آموزش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

معنادرمانی گروهی بر کاهش اضطراب مرگ و بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به سرطان معده مؤثر است.

معنی داشتن در زندگی اثر حفاظتی علیه فشارهای روانی زندگی روزمره دارد و با کاهش رفتارهای مخرب و افزایش فعالیت‌های سودمند، ارائه معنا و هدف به زندگی، سلامت روان فرد را افزایش داده و در نتیجه باعث افزایش عملکرد و توانایی شخصی در انجام کارها و امور زندگی می‌شود (۲۹). معنادرمانی به این بیماران کمک کرده با داشتن معنا و هدف در زندگی بتوانند بر نشانه‌های اضطراب، افسردگی و ناامیدی غلبه کند و با کمک به افراد در مواجهه با واقعیت مرگ و آگاهی از آن، حس مسئولیت‌پذیری و شوق رویارویی با فعالیت‌های مخاطره‌آمیز را در آنان افزایش و در نتیجه باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی شده است (۳۰).

از سوی دیگر می‌توان گفت معنادرمانی به فرد مبتلا به سرطان کمک می‌کند تا به جای توجه مفرط بر عوامل منفی ناشی از آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع خود با مرور گذشته و زندگی حال و شناسایی توانایی‌ها و امکانات شکوفا نشده خود اهداف و ارزش‌های جدیدی برای خود در نظر بگیرد که با کاهش توجه مفرط به عوامل اضطراب‌آور ناشی از آگاهی از مرگ قریب‌الوقوع خود بتواند با تغییر اندیشه و تعریف اهداف جدید، انگیزه و امیدواری بیشتری برای رسیدن به اهداف جدید در خود ایجاد کند که به نوبه خود امید به زندگی را در این بیماران افزایش می‌دهد (۳۱).

با مقایسه دوبه‌دوی این روش‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در مقایسه با روش معنادرمانی بیشتر است. درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی هر دو دارای مؤلفه‌ها و فنون درمانی قوی هستند که مضامین مهمی برای بیماران مبتلا به سرطان دارد. این فنون موجب کاهش پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن شده است. ولی در تبیین برتری درمان پذیرش و تعهد بر معنادرمانی می‌توان گفت دلیل موفقیت درمان پذیرش و تعهد این است که این رویکرد به جای تمرکز بر شکل یا فراوانی نشانه‌ها که ویژگی‌های یک اختلال هستند، در حقیقت، بر فرایندهای کارکردی متمرکز است که در پس بسیاری از تظاهرات رفتاری مختل وجود دارند. در حقیقت، آنچه درمان پذیرش و تعهد هدف قرار می‌دهد، یک طبقه تشخیصی خاص نیست؛ بلکه الگوهای رفتاری است که مانع زندگی موفق می‌شود (۲۱) ممکن است به همین دلیل درمان پذیرش و تعهد توانسته تأثیر بیشتری از معنادرمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی بگذارند.

همچنین نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی در مقایسه با روش معنادرمانی بیشتر است. با توجه به اینکه تکالیف و تمرینات درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی عینی‌تر بوده و با توجه به اینکه درمان پذیرش و تعهد جزو مداخله‌های کوتاه مدت می‌باشد و اثربخشی آن را در بازه زمانی نسبتاً کوتاهی، می‌توانیم ببینیم (۲۳)، باعث شده درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی تأثیر بیشتری بر افزایش امید به زندگی داشته باشد.

استفاده از یک درمانگر در هر دو شیوه درمانی، که اصولاً باید برای هر روش درمانی از یک درمانگر مستقل استفاده می‌شد، به عنوان محدویت پژوهش حاضر تلقی می‌شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری از یک شهر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی روش‌های درمانی دیگری مورد پژوهش قرار گیرد و در نهایت این پژوهش در شهرهای مختلف با فرهنگ‌های مختلف تکرار شود.

نتیجه‌گیری

درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با روش معنادرمانی برای کاهش پریشانی روان‌شناختی و همچنین تقویت امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه که از مشکلات اساسی در این بیماران می باشد مؤثر است و توصیه می‌شود متخصصان حوزه سلامت روان در برنامه‌های مرتبط با توان‌بخشی برای کمک به سلامت روان این بیماران، درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی را به عنوان یک برنامه‌ی درمانی تأیید شده مورد استفاده قرار دهند.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی مقطع دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه پیام نور واحد بین‌المللی دبی می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.PNU.PEC.1400.035 از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور واحد بین‌المللی دبی می‌باشد. در پایان از تمامی مسئولان بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه که با اجرای این مطالعه موافقت کرده و همچنین تمامی بیماران مبتلا به سرطان سینه که با وجود مشکلات در این مطالعه همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند در مطالعه حاضر هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

Original

Effectiveness of Commitment and Logotherapy on Psychological Distress and Life Expectancy of Breast Cancer Patients

Majid Saffarinia[1*], Marzieh Ramezani Shirin[2], Zahra Solgi[3]

1. ⁎**Corresponding Author:** Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran, m.saffarinia@pnu.ac.ir
2. PHD Student of Health Psychology, Payame Noor University,Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Abstract

Background: Diagnosing breast cancer causes many disconcerting psychological problems for the patient. This studysought to compare the effectiveness of acceptance, commitment and logotherapy on psychological distress and life expectancy in women diagnosed with breast cancer.

Methods: Thispretest-posttest study with a control grouphada statistical population that included all patients with breast cancer at Imam Reza Hospital in Kermanshah in (2020). Through purpose sampling, 30 patients were randomly selected and divided into three groups: acceptance and commitment treatment, Logotherapy and controls. Acceptance and commitment intervention and Logotherapy intervention each underwent of 8 sessions that were performed in groups and weekly for experimental groups. To evaluate the research variables, demographic information questionnaires, psychological distress questionnaire and life expectancy questionnaires were used. Data analysis was performed using analysis of variance and post hoc test using SPSS-21 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the effects of acceptance and commitment therapy, logotherapy and a control group in psychological distress components at significant levels (P<0.031 to0.002) and life expectancy components at significant levels. Also, the results of post hoc tests indicate that treatment via acceptance and commitment to Logotherapy and the control group had the most therapeutic effects on improving the psychological distress and life expectancy of patients with breast cancer. Quarterly follow-up indicated the relative stability of the study results.

Conclusion: Acceptance and commitment therapy reduces the psychological distress and improves life expectancy of breast cancer patients more thanLogotherapy does.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Breast Neoplasms, Life Expectancy, Logotherapy, Psychological Distress

منابع

1. Iddrisu M, Aziato L, Dedey F. Psychological and physical effects of breast cancer diagnosis and treatment on young Ghanaian women: a qualitative study. BMC psychiatry 2020; 20(1): 1-9.
2. Martino G, Catalano A, Agostino RM, Bellone F, Morabito N, Lasco CG, et al. Quality of life and psychological functioning in postmenopausal women undergoing aromatase inhibitor treatment for early breast cancer. PLoS One 2020; 15(3): 23-37.
3. Thomas R, Pieri A, Cain H. A systematic review of generic and breast cancer specific life expectancy models in the elderly. Eur J Surg Oncol 2017; 43(10): 1816-1827.
4. Satija A, Ahmed SM, Gupta R, Ahmed A, Rana SPS, Singh SP, et al. Breast cancer pain management-A review of current & novel therapies. Indian J Med Res 2014; 139(2): 216-227.
5. Zhao H, Li X, Zhou C, Wu Y, Li W, Chen L. Psychological distress among Chinese patients with breast cancer undergoing chemotherapy: Concordance between patient and family caregiver reports. J Adv Nurs 2021; 150(1): 29-39.
6. Pilevarzadeh M, Amirshahi M, Afsargharehbagh R, Rafiemanesh H, Hashemi S-M, Balouchi A. Global prevalence of depression among breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis. Breast Cancer Res Treat 2019; 176(3): 519-533.
7. Kaiser J, Dietrich J, Amiri M, Rüschel I, Akbaba H, Hantke N, et al. Cognitive performance and psychological distress in breast cancer patients at disease onset. Front Psychol 2019; 10(1): 25-34.
8. Bjerkeset E, Röhrl K, Schou-Bredal I. Symptom cluster of pain, fatigue, and psychological distress in breast cancer survivors: prevalence and characteristics. Breast Cancer Res Treat 2020; 180(1): 63-71.
9. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev 2015; 8(2): 71-85.
10. Dehghani Najvani 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 Journal of Research in Medical Sciences. 2015; 17(4): 65-78.
11. Chunxiao Z, Lizu L, Lin Z, Zhihui C, Zhihong R, Congrong S, et al. The effects of acceptance and commitment therapy on the psychological and physical outcomes among cancer patients: a meta-analysis with trial sequential analysis. J Psychosom Res 2020; 59(1): 37-49.
12. Sun FK, Hung CM, Yao Y, Fu CF, Tsai PJ, Chiang CY. The effects of logotherapy on distress, depression, and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: a preliminary study. Cancer Nurs 2021; 44(1): 53-61.
13. Kiarasi Z, Emadian SO, Fakhri MK. Effectiveness of Logotherapy on Fear of disease progression, Death Anxiety of cancer in Women with Breast Cancer. Iranian Journal of Cancer Care (ijca) 2020; 2(1): 1-9. [In Persian]
14. Hosseinzadeh-Khezri R, Rahbarian M, Sarichloo M-E, Lankarani KB, Jahanihashemi H, Rezaee F. Evaluation effect of Logotherapy group on Mental health and hope to life of patients with colorectal cancer

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

receiving chemotherapy. Bull Env Pharmacol Life Sci 2014; 39(2): 164-179.
15. Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of integratibve approach logotherapy and hope therapy on the body image fear and social adjustment in the women with breast cancer. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2019; 7(1): 66-74. [In Persian]
16. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med 2002; 32(6): 959-976.
17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol 1991; 60(4): 570-579.
18. Andrews G, Slade T. Interpreting scores on the Kessler psychological distress scale (K10). Aust N Z J Public Health 2001; 25(6) : 494-507.
19. Vaziri S, Lotfi Kashani F. Identity styles and psychological distress. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology 2013; 7(26): 77-88. [In Persian]
20. Kermani Z, Khoda Panahi MK, Heidari M. Psychometric properties of the Schneider Life expectancy Scale. Journal of Applied Psychology 2011; 5(4): 7-23. [In Persian]
21. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. Couns Psychol 2012; 40(7): 976-1002.
22. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2012; 30(12): 1304-1315.
23. Baniasadi F, Poursharifi H, Borjali A, Mofid B. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress in people with prostate cancer. J Prev Med 2021; 8(1): 12-22.
24. Moghadamfar N, Amraei R, Asadi F, Amani O. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on hope and psychological well-being in women with breast cancer under chemotherapy. Iranian Journal of Psychiatric Nursing 2018; 6(5): 1-7.
25. Johns SA, Stutz PV, Talib TL, Cohee AA, Beck-Coon KA, Brown LF, et al. Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. Cancer 2020; 126(1): 211-218.
26. Ghasemi F, Dehghan F, Farnia V, Tatari F, Alikhani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on life expectancy of female cancer patients at Tehran's Dehshpour Institute in 2015. Asian Pac J Cancer Prev 2016; 17(8): 152-6164
27. Yousefian Z, Ahadi H, Mojmanari AK. The effectiveness of spirituality therapy on psychological distress and resilience of thalassemia patients. Journal of Psychological Science 2020; 18(4): 85-93. [In Persian]
28. Borjali M, Abbasi M, Asadian A, Ayadi N. Effectiveness of group logo therapy on the anxiety of death and life expectancy of patients with stomach cancer. Jundishapur Scientific Medical Journal 2017; 15(6): 568-576. [In Persian]
29. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Moradi-Joo M, Akbari ME. Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in women with breast cancer. Iran J Cancer Prev 2014; 7(3): 165-174.
30. Pirkhaefi A, Salehi F. Effectiveness of group logotherapy on promotion mental health of women with breast cancer. Quarterly Journal of Health Psychology 2013; 2(8): 61-79. [In Persian]
31. Mohabbat-Bahar S, Golzari M, Akbari ME, Moradi JM. Effectiveness of group logo therapy on decreasing hopelessness in women with breast cancer. Iran J Cancer Prev 2015; 87(1): 69-79.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]