



Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain and Emotional Control of Cancer Patients

Kourosh Fathi¹ , Masoud Shahbazi^{2*} , Amin Koraei³, Mohammad Malekzadeh⁴

1. Ph.D Student of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Department of Psychology and Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology and Psychiatry, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Experience of pain and emotion control in people with cancer would have various psychological and social impacts. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of commitment and acceptance on acceptance of pain and control of emotions in patients with cancer.

Materials and Methods: The present study was applied in terms of purpose, quasi-experimental and in terms of pre-test and post-test with control group. The statistical population of this study was men with cancer in Kohgiluyeh County in 2018. The statistical sample consisted of 26 men with cancer who were selected by purposive sampling and were randomly assigned to two experimental (13 subjects) and a control group (13 subjects). Data were collected using the McCracken & Woless (2004) pain acceptance questionnaires and Williams & Chambers (1997) emotion control questionnaires. The experimental group received acceptance and commitment based treatment during 8 sessions within 90 minutes, but the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS software.

Findings: The results showed that acceptance and commitment-based therapy were effective on pain tendency, active participation, and overall acceptance of pain, anger, depressed mood, anxiety, positive affect, and overall emotional control score at the post-test stage, but the effect did not stand permanently. ($p < .05$)

Conclusion: Psychologists may use the results of this study for therapeutic interventions based on acceptance therapy and the commitment to increase pain acceptance and control emotions in cancer patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, pain, control of emotions, cancer

► Please cite this paper as:

Fathi K, Shahbazi M, Koraei A, Malekzadeh M [Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Acceptance of Pain and Emotional Control of Cancer Patients (Persian)]. *J Anesth Pain* 2020;11(2):53-67.

Corresponding Author: Masoud Shahbazi, Department of Psychology and Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran

Email: masoudshahbazi66@yahoo.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۱، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۹

کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان

کوروش فتحی^۱، مسعود شهبازی^{۲*}، امین کرایبی^۲، محمد ملک زاده^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی و روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۸

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۹/۱/۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۳۱

چکیده

زمینه و هدف: تجربه درد و کنترل عواطف در افراد مبتلا سرطان می‌تواند بر ابعاد مختلف روانشناختی و اجتماعی تأثیرگذار باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و از طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را مردان مبتلا به سرطان شهرستان کهگیلویه در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه آماری ۲۶ مرد مبتلا به سرطان بود که به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۳ آزمودنی) و گروه کنترل (۱۳ آزمودنی) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس‌های پذیرش درد مک کراکن و وولس (۲۰۰۴) و کنترل عواطف ویلیامز و چامبلز (۱۹۹۷)، استفاده شد. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) و تک متغیره (انکووا) در نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایل به درد، مشارکت فعال و نمره کلی پذیرش درد، خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت و نمره کلی کنترل عواطف در مرحله پس آزمون مؤثر بوده، اما ماندگاری اثر نداشته است ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری: روان‌شناسان می‌توانند از نتایج پژوهش حاضر جهت اختلالات درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد افزایش پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درد، کنترل عواطف، سرطان

نویسنده مسئول*: مسعود شهبازی، استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی،

مسجد سلیمان، ایران

پست الکترونیک: masoudshahbazi66@yahoo.com

مقدمه

امروزه با تغییرات اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلاء به بیماری‌ها تغییر کرده است. در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهمترین مشکلات سلامت جوامع محسوب می‌شوند که خود منابع عمده تنیدگی تلقی شده و هزینه‌های اقتصادی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کنند این بیماری‌ها انواع متعددی دارند، یکی از مهمترین این بیماری‌ها سرطان است^(۱). سرطان یک مسأله عمده بهداشت عمومی در مناطق جهان است که در اثر رشد خارج از کنترل سلول‌ها در بخش‌های مختلف بدن ایجاد می‌گردد. در سال ۲۰۱۵ طی یک بررسی جامع تعداد مرگ و میرهای ناشی از سرطان ۵۸۹۴۳۰ مورد گزارش شده است که در این بین شایع‌ترین علل مرگ ناشی از سرطان‌ها، سرطان ریه چه در بین زنان و چه در بین مردان است به طوری که بیش از ۱/۴، ۲۷٪ همه مرگ‌ها ناشی از آن است^(۲). سرطان جنبه‌های مختلف سلامت روان را به مخاطره می‌اندازد و به علت اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خودش، تنش روانی را تشدید و سلامت روان فرد مبتلا را با چالش روبرو می‌کند و برای فرد تهدید خودانگاره، عزت نفس، خشم، افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی را به همراه دارد؛ این موارد می‌تواند بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی افراد مبتلا به سرطان مؤثر باشد^(۳و۴).

بیماری سرطان یکی از معضلات و مسائل اساسی بهداشتی در جهان محسوب می‌شود که با تهدید سلامتی و زندگی فعال انسان در سنین مختلف، خسارت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی متعددی در ابعاد جسمی، روانی و معنوی ایجاد می‌کند^(۵) پژوهش‌گران، سرطان را به عنوان یک مشکل عمده بهداشتی قرن محسوب می‌کنند؛ رشد روزافزون سرطان در چند دهه‌ی اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی و اقتصادی انسان‌ها از جمله عواملی هستند که توجه متخصصان را بیش از پیش به خود معطوف داشته است^(۶) مطالعات نشان داده‌اند که بین ۸۰-۵۰ درصد از بیماران مبتلا به

سرطان، به طور هم زمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند^(۷) سرطان می‌تواند کارکرد جسمی روان شناختی افراد را تحت تأثیر قرار دهد.

یکی از مواردی که افراد مبتلا به سرطان با آن مواجه هستند درد ناشی از بیماری سرطان است^(۸) در ۷۰ درصد بیماران، با توجه به نوع و مرحله سرطان، درد طاقت فرسا وجود دارد^(۹) درد تجربه حسی و هیجانی ناخوشانید است که با آسیب بالقوه همراه است. درد مرتبط با سرطان عملکرد و کیفیت زندگی افراد مبتلا را تحت تأثیر قرار می‌دهد^(۱۰). از متغیرهایی دیگری که افراد مبتلا به سرطان برای عملکرد بهتر و بهینه به آن نیاز دارند، مهارت کنترل عواطف است. کنترل عواطف شامل کنترل خشم، افسردگی، اضطراب و عاطفه مثبت می‌شود^(۱۱). مهارت کنترل عواطف به فرد می‌آموزد که چگونه عواطف خود را در موقعیت‌های گوناگون تشخیص دهد و آنها را بروز و کنترل نماید. کنترل عواطف با ارزیابی‌های شناختی مرتبط است و متمایز کننده انسان از سایر موجودات می‌باشد عدم توازن در هیجانات منجر به ناسازگاری، پرخاشگری، خشم و اضطراب می‌شود که این مسأله به صورت کنترل نشده، بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مهارت کنترل عواطف بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، تعاملات بیم فردی، بهداشت روانی و سلامت جسمی مؤثر است و موجب می‌شود که افراد واقع بین و کارآمد باشند^(۱۲).

در طول چند دهه گذشته نیز، درمان‌ها در خصوص بیماری‌های مزمن جسمانی از جمله سرطان، از نگاه صرفه اقتصادی از بعد جسمانی و درمان‌های دارویی به سوی دیدگاه‌ها و درمان‌های چند بعدی جسمانی- روان‌شناختی تغییر جهت داده است. از سوی دیگر اخیراً تحول در مدل‌های روان‌درمانی و پرداختن به جنبه‌های روان‌شناختی مثبت انسان، توجهی روز افزون کسب کرده است. پژوهش حاضر نیز در راستای چرخش تمرکز از درمان‌های جسمانی به درمان چند بعدی بیماری سرطان شکل گرفت.

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب^(۱۷)؛ بر سلامت روان^(۱۸، ۱۹)؛ بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به درد مزمن^(۲۰)؛ بر سرمایه روان شناختی افراد مبتلا به سرطان^(۲۱)؛ بر افزایش خودکارآمدی در مدیریت درد^(۲۲)؛ بر کاهش درد^(۲۳)؛ بر کاهش تجربه درد^(۲۴)؛ بر احساس امیدواری و مدیریت درد^(۲۵)؛ مورد تأیید قرار گرفته است. بر اساس تمهیدات یاد شده و با توجه به نیازهای روانی و در جهت کمک به سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان و اندک بودن پژوهش‌های در رابطه با تأثیر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر ابعاد درد، و کنترل عواطف در بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش حاضر برنامه‌ریزی شده است و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا درمان مبتنی بر تعهد بر پذیرش درد و کنترل عواطف در بیماران مبتلا به سرطان اثر بخش است؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه می‌باشد. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.YUMS.REC.1398.163 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی یاسوج است. جامعه آماری این پژوهش را مردان مبتلا به سرطان شهرستان کهگیلویه در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه آماری ۲۶ مرد مبتلا به سرطان در سال ۱۳۹۷ بود که به روش هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در گروه آزمایش (۱۳ آزمودنی) و کنترل (۱۳ آزمودنی) جایگزین شدند. بدین شکل که ابتدا بر اساس مراجعه به مراکز درمان سرطان شهرستان کهگیلویه (بیمارستان امام خمینی و درمانگاه‌های شهرستان کهگیلویه)، افراد مبتلا به سرطان شناسایی شدند و با در نظر گرفتن رضایت و موافقت آگاهانه آنها برای شرکت در پژوهش، ۲۶ نفر از آنها، به طور هدفمند انتخاب شدند، سپس افراد انتخاب شده، در هر گروه به طور تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص ابتلا به سرطان توسط متخصص، ۲-

از مداخلات غیر دارویی دیگری که امروزه برای درمان اختلالات و بهینه‌سازی سلامت افراد از آن استفاده می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نسل اول رفتار درمانی با کارهای پاولف، اسکینرو واتسون مشخص است. نسل دوم رفتار درمانی شناخت را وارد حوزه درمان و بررسی کرد، که می‌توان از بک و آلبرت آلیس نام برد. نسل سوم که درمان‌های ذهن-آگاهی و پذیرش هستند از دهه ۸۰ میلادی به این سمت وارد عرصه کارزار درمان شدند. اولین مقاله استیون هیز با محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در ابتدا «فاصله‌گذاری جامع» نامیده می‌شد، در سال ۱۹۸۴ ارائه شد^(۱۴). رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش شاخه‌ای از درمان‌های جدید روان‌شناختی می‌باشد که از اصول و فنون درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند. درمان‌های مبتنی بر پذیرش، بر مبنای این فرضیه روی کارآمدند که آسیب‌شناسی روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان‌ها معتقدند افراد مبتلا به آسیب‌روانی در مورد هیجان‌های خود دیدگاهی انتقادی داشته و خود را بر اساس هیجان‌هایشان مورد قضاوت قرار می‌دهند. بنابراین درصدد اجتناب از این هیجان‌ها برمی‌آیند و به رفتارهایی مبادرت می‌ورزند تا از این هیجان‌ها فرار کرده یا آن‌ها را کاهش داده و یا کنترل کنند. اجتناب در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب‌روانی ایفا کند. هدف رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش، عبارت است از تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش کنترل و اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی^(۱۵). شش فرایند بنیادین رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: (۱) پذیرش (۲) ناهم‌آمیزی شناختی (۳) تماس با لحظه لحظه‌های زندگی (۴) بافتار انگاشتن خویشتن (۵) ارزش‌ها و (۶) تعهد. این شش مولفه را می‌توان در دو حیطه فرایندهای ذهن‌آگاهی و تغییر رفتار دسته‌بندی کرد، فرایندهایی که در ترکیب با هم انعطاف‌پذیری شناختی را ایجاد می‌کنند^(۱۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شد و این در حالی بود که به اعضای گروه کنترل هیچ مداخله و درمانی ارائه نشد. مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس پروتکل درمانی زیر در هشت جلسه اجرا شد.

جدول ۱. مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

دارا بودن سابقه حداقل یک سال ابتلا به سرطان، ۳- سطح تحصیلات دیپلم و ۴- دامنه سنی ۵۰-۲۰ سال. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: ۱- ابتلا به اختلالات شدید روانی، ۲- مصرف داروهای ضد روان پریشی و ۳- داشتن سو مصرف مواد. بعد از انتخاب نمونه به اعضای گروه آزمایش

برای بیماران مبتلا به سرطان

جلسه	هدف	محتوای آموزش	فنون و تکالیف
اول	آشنایی با مفهوم بودن در زمان حال به عنوان یکی از گوشه‌های شش ضلعی اکت	ذهن آگاهی (بودن در زمان حال)	استعاره دو کوه، تمرین‌های ذهن آگاهی: (تمرین بودن در زمان حال، بودن در زمان گذشته و آینده، تفاوت مشاهده و قضاوت)
دوم	آشنایی با آمیختگی شناختی، آشنایی با اجتناب تجربه‌ای، آشنایی با مفهوم پذیرش	گسلش شناختی (آمیختگی شناختی)- پذیرش	تمرین (ذهن آگاهی از حس‌های بدن)، عینیت‌بخشیدن به محتوای روان شناختی، تمرین (ذهن غرغرو یا ذهن وراج)، تمرین (افکار نگاشته شده روی کارت‌ها)
سوم	جلسه سوم: خود به عنوان بافتار (زمینه)	آشنایی با خود به عنوان بافتار (زمینه)	تمرین (ذهن آگاهی از محیط اطراف): تمرین (پذیرش- پوشش سخت): ارتقای پذیرش فعال (تمثیل ریگ‌های روان) خود به عنوان بافتار (تمثیل صفحه شطرنج)، تمثیل‌های دیگر بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین‌های مشاهده گر،
چهارم	آشنایی با ارزش‌های فردی خود آشنایی با حرکت به سوی ارزش‌ها، آشنایی با زندگی متعهدانه هم سوی ارزش‌ها	حرکت به سوی ارزش‌ها و تعهدها	تمرین (ذهن آگاهی از کارهای روزمره)، تمرین (به روشن‌سازی ارزش‌ها)، قطب‌نمای ارزش‌ها، تعیین هدف، برنامه‌ریزی فعالیت
پنجم	آشنایی با مسیر زندگی آگاهانه	زندگی آگاهانه	سوال‌هایی در خصوص آمل‌ها، آرزوها و رویاها
ششم	آشنایی با دلایل خروج از زندگی آگاهانه در مدل اکت	چطور از زندگی آگاهانه خارج می‌شویم؟	تمرین ذهن آگاهی از فکر و هیجان: چه چیز در زندگی ما مهم است؟ تمثیل پیترزای ارزش‌ها سموم زندگی متعهدانه
هفتم	آشنایی با پادزهرهای سموم زندگی آگاهانه (متعهدانه) در مدل اکت	پادزهرهای سموم زندگی آگاهانه (متعهدانه)	تمرین (ذهن آگاهی از حس‌های بدنی با کشش‌های عضلانی): ذهن فیلتر دیوار ذهن من
هشتم	آشنایی با زندگی آگاهانه (متعهدانه) آشنایی با انتخاب آگاهانه (متعهدانه)	زندگی و انتخاب آگاهانه (متعهدانه)	تمرین (ذهن آگاهی با تن آرامی): زندگی آگاهانه (متعهدانه): تمثیل ظرف شیشه استاد دانشگاه: تصمیم آگاهانه

گویه‌های ۴، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸ و ۲۰ و ۱۱ گویه آن مربوط به مؤلفه مشارکت فعال (گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۵ و ۱۹) است. نمره گذاری در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای صورت می‌گیرد. این مقیاس به خوبی یک همسانی درونی مطلوب را با آلفای ۰/۸۲ برای مؤلفه تمایل به پذیرش

برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس پذیرش درد مک کراکن و وولس^(۲۶) و مقیاس کنترل عواطف و ویلیامز و چامبلز^(۲۷) استفاده شد. مقیاس پذیرش درد مک کراکن و وولس^(۲۶) دارای دو مؤلفه تمایل به پذیرش درد و مشارکت فعال است و در مجموع ۲۰ گویه دارد که ۹ گویه آن مربوط به مؤلفه تمایل به پذیرش درد

شد. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-25 انجام شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن آزمودنی‌ها و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است همچنین کد اخلاق IR.YUMS.REC.1398.163

یافته‌ها

در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۸/۵ درصد از آزمودنی‌ها مجرد و ۶۱/۵ درصد متأهل هستند. در گروه کنترل ۳۰/۸ درصد از آزمودنی‌ها مجرد و ۶۹/۲ درصد متأهل بودند. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰/۸ درصد دارای مدرک دیپلم، ۳۰/۸ درصد کاردانی و ۳۸/۴ درصد کارشناسی بودند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۳/۱ درصد بیکار، ۱۵/۵ درصد کارگر، ۲۳/۱ درصد کارمند، ۷/۷ درصد مغازه دار، ۱۵/۴ درصد دانشجو و ۱۵/۴ درصد معلم بودند. در گروه کنترل ۱۵/۴ درصد بیکار، ۲۳/۱ درصد کارگر، ۲۳/۱ درصد کارمند، ۲۳/۱ درصد مغازه دار، ۷/۷ درصد دانشجو و ۷/۷ درصد معلم بودند. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۰/۸ درصد مبتلا به سرطان خون، ۷/۷ درصد ریه، ۱۵/۴ درصد روده، ۲۳/۱ درصد معده، ۷/۷ درصد کلیه، ۷/۷ درصد کبد و ۷/۷ درصد مبتلا به سرطان غدد لنفاوی بودند. در گروه کنترل ۱۵/۴ درصد مبتلا به سرطان خون، ۱۵/۴ درصد ریه، ۱۵/۴ درصد روده، ۷/۷ درصد کلیه، ۱۵/۴ درصد کبد، ۷/۷ درصد غدد لنفاوی، ۷/۷ درصد مغز استخوان، ۷/۷ درصد مثانه، ۷/۷ درصد پروستات و ۷/۷ درصد مبتلا به سرطان زبان بودند. میانگین مدت ابتلا به بیماری در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۲/۳۴ و در گروه کنترل ۲/۲۹ سال بود. میانگین مدت اقدام به درمان سرطان در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱/۸۱ و در گروه کنترل ۲/۱۷ سال بود.

درد و ۰/۷۸ برای مؤلفه مشارکت فعال نشان داده است. نتایج تحلیل عاملی در پژوهش مک کراکن، مک لود و اکلستون، (۲۰۰۸)، وجود دو عامل تمایل به پذیرش درد و مشارکت فعال را مورد تأیید قرار داده و روایی این مقیاس نیز تأیید شده است. در ایران ضریب الفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش ۰/۸۷ گزارش شده است^(۲۸) در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شد. مقیاس کنترل عواطف: این مقیاس دارای ۴۲ سوال بوده که توسط ویلیامز و چامبلز^(۲۷) ساخته شده است و هدف آن ارزیابی توانایی کنترل عواطف و زیرمقیاس‌های آن (خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت) است. استفاده از این مقیاس برای افراد بالای ۱۵ سال توصیه می‌شود. طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت است، بدین ترتیب که پاسخ‌های عبارات در مقیاس هفت درجه‌ای از «به شدت مخالف=۱» تا «به شدت موافق=۷» تنظیم شده است. گویه‌های ۳۱-۳۰-۲۷-۲۲-۲۱-۱۸-۱۷-۱۶-۱۲-۹-۴ و ۳۸ برعکس نمونه‌گذاری می‌شود به این شکل که پاسخ به شدت مخالف نمره هفت و به پاسخ به شدت موافق نمره یک داده می‌شود. مقیاس کنترل عواطف دارای چهار مؤلفه خشم (گویه‌های ۳۹-۳۴-۳۰-۲۸-۱۶-۱۱-۸-۱)، خلق افسرده (گویه‌های ۳۷-۲۹-۲۷-۲۵-۱۹-۱۳-۴-۳)، اضطراب (گویه‌های ۳۸-۳۵-۳۳-۲۶-۲۴-۲۱-۲۰-۱۷-۱۵-۹-۵)، و عاطفه مثبت (گویه‌های ۴۲-۴۱-۳۶-۳۲-۳۱-۲۳-۲۲-۱۸-۱۴-۱۲-۱۰-۶-۲)، است. نتایج همسانی درونی مقیاس با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ نشان می‌دهد، مقیاس کنترل عواطف از همسانی درونی معتبری برخوردار است، همبستگی آزمون در بین خرده مقیاس‌های آزمون و بین سؤالات مقیاس در سطح اطمینان ۰/۰۱ معنادار است. اعتبار آزمون کنترل عواطف در بین دانش‌آموزان، دانشجویان، معلمان، پرستاران و اساتید در ایران نسبتاً بالا و دارای میزان قابل قبولی می‌باشد و سؤالات آزمون با یکدیگر از همبستگی برخوردار هستند، بنابراین سؤالات این آزمون برای سنجش کنترل عواطف مناسب است^(۲۹) در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

پیگیری		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر	
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین			
۵/۰۵	۲۹/۹۲	۴/۹۷	۳۳/۳۱	۴/۹۳	۱۷/۶۹	پذیرش و تعهد	تمایل به درد	
۳/۲۱	۱۶/۲۳	۳/۰۶	۱۷/۶۹	۸/۱۳	۱۷/۴۶	کنترل		
۱۰/۳۷	۳۴	۱۲/۲۵	۳۷/۶۱	۶/۷۱	۲۵/۵۳	پذیرش و تعهد	مشارکت فعال	پذیرش درد
۴/۰۷	۲۴/۰۷	۴/۵۹	۲۵/۹۲	۱/۱۹	۲۶/۳۸	کنترل		
۶/۱۶	۳۱/۹۶	۷/۲۱	۳۵/۴۶	۲/۰۸	۲۱/۶۱	پذیرش و تعهد	نمره کلی پذیرش درد	
۳	۲۰/۱۵	۲/۹۴	۲۱/۸۱	۴/۲۷	۲۱/۹۲	کنترل		
۷/۲	۳۲/۱۵	۶/۱۸	۲۹/۸۵	۶/۴۳	۳۶	پذیرش و تعهد	خشم	
۱/۵۷	۴۲/۸۵	۱/۹۳	۴۲/۰۸	۹/۴	۳۷/۲۳	کنترل		
۵/۶۸	۲۹/۵۴	۷/۴	۳۰/۵۴	۸/۹۶	۳۹/۹۲	پذیرش و تعهد	خلق افسرده	
۱/۳۸	۴۲/۳۱	۱/۴۴	۴۳/۳۱	۹/۱۹	۴۳/۷۷	کنترل		
۱۲/۲	۵۲/۲۳	۱۲/۹۳	۵۳/۸۵	۱۰/۳۷	۶۱/۵۴	پذیرش و تعهد	اضطراب	کنترل عواطف
۲/۶۹	۷۲/۶۹	۲/۲۵	۷۵/۳۱	۵/۹۶	۶۲/۰۸	کنترل		
۶/۶۵	۶۳/۳۸	۸/۲۱	۶۶/۳۸	۱۹/۳۸	۵۰/۱۵	پذیرش و تعهد	عاطفه مثبت	
۸/۳۷	۶۵/۳۱	۸/۱۳	۶۷/۸۵	۲/۲۵	۷۲/۶۹	کنترل		
۶/۶۴	۴۴/۳۳	۶/۹۱	۴۵/۱۵	۷/۷۹	۵۰/۹۶	پذیرش و تعهد	نمره کلی کنترل	
۲/۲۱	۵۵/۷۹	۲/۲۹	۵۷/۱۳	۷/۴۹	۵۲/۷۳	کنترل		

کلی کنترل عواطف آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و گروه کنترل، در مراحل آزمون، اختلاف وجود دارد.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین میانگین تمایل به درد، مشارکت فعال و نمره کلی پذیرش درد و میانگین خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت و نمره

جدول ۳. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
	مقدار آماره K-S*	سطح معناداری	مقدار آماره K-S*	سطح معناداری	مقدار آماره K-S*	سطح معناداری
پذیرش درد	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۲۰
کنترل عواطف	۰/۰۷	۰/۲۰	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۰۹	۰/۲۰

K-S*: آماره کولموگروف-اسمیرنوف

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که متغیر پذیرش درد و کنترل عواطف دارای توزیع نرمال هستند ($p > 0/05$).

جدول ۴. آزمون لوین برای بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها برای متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
	آماره لوین	سطح معناداری	آماره لوین	سطح معناداری	آماره لوین	سطح معناداری
پذیرش درد	۱/۵۷	۰/۲۲	۲/۳۵	۰/۱۱	۱/۴۳	۰/۲۵
	۱/۴۱	۰/۲۶	۱۶/۲۵	۰/۰۰۰	۱۸/۱۷	۰/۰۰۰
	۱/۸۳	۰/۰۸	۱۰/۹۷	۰/۰۰۰	۱۲/۳۹	۰/۰۰۰
کنترل عواطف	۶/۴۰	۰/۰۰۴	۵/۹۵	۰/۰۰۲	۱۴/۳۶	۰/۰۰۰
	۵/۵۴	۰/۰۰۹	۱۰/۷۱	۰/۰۰۰	۱۲/۷۷	۰/۰۰۰
	۴/۶۱	۰/۰۲	۱۳/۹۳	۰/۰۰۰	۱۲/۵۷	۰/۰۰۰
	۱۴/۷۱	۰/۰۱	۱/۷۷	۰/۱۸	۳/۲۶	۰/۰۴
	۱۴/۲۰	۰/۰۰۰	۶/۷۰	۰/۰۰۳	۱۰/۳۷	۰/۰۰۰

پیگیری معنادار است ($P < 0/05$). لازم به ذکر است که اگر حجم نمونه برابر باشد، برقرار نبودن این مفروضه برای تحلیل کوواریانس مشکل ایجاد نمی‌کند. بنابراین با توجه به مساوی بودن حجم گروه‌ها در پژوهش حاضر، نتیجه گرفته می‌شود که عدم رعایت این مفروضه برای متغیرهایی که دارای F معنادار هستند، تأثیری بر محاسبه تحلیل کوواریانس ندارد.

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که مقدار F برای متغیر پذیرش درد و ابعاد آن در مرحله پیش آزمون معنادار نیست ($P > 0/05$). در مرحله پس آزمون و پیگیری F برای متغیر تمایل به درد معنادار نیست ($P > 0/05$)، اما برای متغیرهای مشارکت فعال و نمره کلی پذیرش درد معنادار است ($P < 0/05$). همچنین مقدار F برای متغیر کنترل عواطف و ابعاد آن در مراحل پیش آزمون پس آزمون و

جدول ۵. نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه گروه‌ها در متغیر پذیرش درد و کنترل در مرحله پیش آزمون

متغیر	تفاوت میانگین‌ها	درجه آزادی	t	سطح معناداری
پذیرش درد	تمایل به درد	۲۴	۰/۰۹	۰/۹۳
	مشارکت فعال	۲۴	۱/۰۲	۰/۳۲
	نمره کلی پذیرش درد	۲۴	۰/۲۳	۰/۸۲
کنترل عواطف	خشم	۲۴	۰/۳۹	۰/۷۰
	خلق افسرده	۲۴	۱/۰۸	۰/۲۹
	اضطراب	۲۴	۰/۱۶	۰/۸۷
	عاطفه مثبت	۲۴	۰/۴۵	۰/۶۵
	نمره کلی کنترل عواطف	۲۴	۰/۵۹	۰/۵۶

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد بین میانگین پیش آزمون گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و گروه کنترل در متغیر پذیرش درد و کنترل عواطف و ابعاد آن تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره بر روی نمره‌های پذیرش درد و کنترل عواطف

مرحله	نام آزمون	مقدار	درجه‌ی آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش آزمون	آزمون اثر پیلائی	۰/۹۴	۶	۱۳	۳۱/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۱
	آزمون لامبدای ویلکس	۰/۰۶	۶	۱۳	۳۱/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱۴/۶۰	۶	۱۳	۳۱/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۱
	آزمون بزرگتری ریشه‌ی روی	۱۴/۶۰	۶	۱۳	۳۱/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۱
پیگیری	آزمون اثر پیلائی	۰/۱۰	۶	۱۳	۰/۲۳	۰/۹۶	۰/۱۰	۰/۰۹
	آزمون لامبدای ویلکس	۰/۸۹	۶	۱۳	۰/۲۳	۰/۹۶	۰/۱۰	۰/۰۹
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۲	۶	۱۳	۰/۲۳	۰/۹۶	۰/۱۰	۰/۰۹
	آزمون بزرگتری ریشه‌ی روی	۰/۱۲	۶	۱۳	۰/۲۳	۰/۹۶	۰/۱۰	۰/۰۹

آزمون بر حداقل پذیرش درد و کنترل عواطف و یکی از ابعاد آنها مؤثر است. برای پی بردن به این تأثیر، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. نتایج دیگر حاکی از آن است که مقدار F چند متغیری در مرحله پیگیری ۰/۲۳ است که در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P > 0/05$).

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، مقدار F چند متغیری در مرحله پس آزمون برابر با ۳۱/۶۴ است که در سطح ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($P < 0/05$). نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیره؛ بیانگر آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پس

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی نمره‌های پذیرش درد و کنترل عواطف

مرحله	متغیر	مجموع مجذورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجذورات (MS)	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پذیرش درد	تمایل به درد	۹۹۴/۰۸	۱	۹۹۴/۰۸	۶۳/۸۴	۰/۰۰۰	۰/۷۸	۱
	مشارکت فعال	۷۸۱/۴۰	۱	۷۸۱/۴۰	۷/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۷۶
	نمره کلی پذیرش درد	۸۸۴/۵۴	۱	۸۸۴/۵۴	۲۶/۴۹	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۱
کنترل عواطف	خشم	۸۷۴/۱۰	۱	۸۷۴/۱۰	۴۷/۴۷	۰/۰۰۰	۰/۷۲	۱
	خلق افسرده	۶۰۹/۲۹	۱	۶۰۹/۲۹	۱۹/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۰/۹۹
	اضطراب	۱۹۳۰/۹۴	۱	۱۹۳۰/۹۴	۲۰/۹۰	۰/۰۰۰	۰/۵۴	۰/۹۹
	عاطفه مثبت	۳۶۳۰/۰۱	۱	۳۶۳۰/۰۱	۱۸/۹۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱	۰/۹۹
	نمره کلی کنترل عواطف	۶۰۲/۶۰	۱	۶۰۲/۶۰	۲۹/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۰/۹۹
	تمایل به درد	۰/۷۳	۱	۰/۷۳	۰/۳۱	۰/۷۴	۰/۰۰۶	۰/۰۶
	مشارکت فعال	۰/۷۶	۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰	۰/۵۸	۰/۰۲	۰/۰۸
کنترل عواطف	نمره کلی پذیرش درد	۹/۷۹	۱	۹/۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۰۵
	خشم	۰/۰۰۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۰/۹۸	۰/۰۰۰	۰/۰۵
	خلق افسرده	۲/۷۸	۱	۲/۷۸	۰/۵۵	۰/۴۱	۰/۰۴	۰/۱۲
	اضطراب	۱/۴۴	۱	۱/۴۴	۰/۰۷	۰/۴۷	۰/۰۳	۰/۱۱
	عاطفه مثبت	۰/۳۹	۱	۰/۳۹	۰/۰۷	۰/۷۹	۰/۰۰۴	۰/۰۶
	نمره کلی کنترل عواطف	۰/۰۷	۱	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۸۰	۰/۰۰۴	۰/۰۶
	نمره کلی پذیرش درد	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۶

بحث

پژوهش حاضر با هدف کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایل به درد، مشارکت فعال و نمره کلی پذیرش درد، خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت و نمره کلی کنترل عواطف در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است، اما ماندگاری اثر نداشته است.

نتیجه حاصله با نتایج مطالعات ولز و همکاران^(۲۲)، مک کران و همکاران^(۲۳)، دال و همکاران^(۲۴)؛ رضوی، ابوالقاسمی، اکبری و نادری نبی^(۲۵)، همسو است. در تبیین مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش درد می‌توان گفت که بیماران مبتلا به درد مزمن اغلب با مشکلات زیادی مانند نشخوار فکری در ارتباط با درد، کاهش تحرک محیطی و در نتیجه اختلال در روابط اجتماعی رنج می‌برند که همه این مشکلات، به فشار روانی شدید و مداوم منجر می‌شود که اکثر افراد مبتلا تلاش می‌کنند تا از آنها پرهیز کنند، درحالی که به عنوان نخستین گام در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جهت افزایش توان مدیریت درد در افراد مبتلا به سرطان تلاش شد تا آنها به جای اجتناب کردن، با دردهای مسیر رسیدن به سلامتی مواجه شوند، چرا که این مواجهه، نقش زیادی در کاهش مشکلات دارد. افراد مبتلا به سرطان پس از دریافت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در می‌یابند که سرطان دردهایی به همراه دارد که با اجتناب از آنها، نمی‌توان به یک زندگی ارزش‌مندانه دست یافت. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست^(۲۵).

طبق مطالعه مک کراکن و همکاران، پذیرش دو مؤلفه اساسی دارد: ۱- پذیرش ارادی درد و ۲- پرداختن به فعالیت. اولین مؤلفه به دامنه‌ای که درد اجازه پیدا می‌کند تا تجربه شود مربوط می‌شود که بدون تلاش در جهت مدیریت یا اجتناب از آن صورت می‌پذیرد. مؤلفه دوم

به حفظ پذیرش درد با کیفیت زندگی بالاتر در بیماران مبتلا به درد مزمن، با کاهش اثر دوره‌های درد در کارکرد بیماران و حفظ کارکرد سازگارانه در بیماران دچار دردهای چندگانه ارتباط دارد. در دومین گام آموزش مدیریت درد بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به جای ارزش‌های گذشته، ارزش‌های جدیدی برای بیمار، تعریف و جایگزین می‌گردد؛ در چنین شرایطی، افراد مبتلا به سرطان ضمن اینکه مشکلات ناشی از بیماری خودشان را می‌پذیرند، با نگرش تازه‌ای از درد آشنا می‌شوند که طی آن درد به عنوان یک مکانیسم آگاهی بخش مؤثر و مفیدی می‌بینند که برای ادامه زندگی حیاتی است؛ این تغییر نگرش موجب ایجاد یک دیدگاه مثبت درقبال پذیرش درد می‌شود.

نتایج دیگر تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشم، خلق افسرده، اضطراب، عاطفه مثبت و نمره کلی کنترل عواطف در مرحله پس آزمون مؤثر بوده است، اما ماندگاری اثر نداشته است. نتیجه حاصله با نتایج مطالعات هریس^(۱۷)، دالریپل و هبرت^(۱۸)، مقدم و همکاران^(۱۹)، اتجاک و همکاران^(۲۰) برقی ایرانی، زارع و عابدین^(۲۱)، همسو است.

در تبیین مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل عواطف می‌توان گفت که پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری است که از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی استفاده می‌کند. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری شناختی عبارت است از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، بخواهند به شیوه‌های عمل نمایند که منطبق با ارزش‌های انتخاب شده شان باشد. در واقع فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد آموزش داد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزار دهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر راتقویت نمایند، رویدادهای درونی

تعهد یک مداخله شناختی-رفتاری است که از فرآیندهای پذیرش و ذهن آگاهی و فرآیندهای تغییر رفتار و تعهد، به منظور ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی استفاده می کند.

در تبیین دیگر می توان گفت که، بیماران مبتلا به سرطان که از مشکلات روانی و جسمانی ناشی از بیماری خود در رنج هستند، در طی جلسات درمانی، احساسات و نشانه های فیزیکی و روانی خود را پذیرفته و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه ها در آنان می شود که در نتیجه سازگاری آن ها با بیماری و مشکلات شخصی بهبود یافته و اهداف روشن تری را برای زندگی خود خلق می کنند. در تبیین دیگری می توان ذکر کرد که در فرایند درمان بیماران می آموزند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اضطراب زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آن ها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی تر و تعهد به آن ها، با نشانه های بیماری خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی تر موجب پذیرش درد و کنترل عواطف بیشتر در آنها می گردد.^(۳۳)

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر افزایش کنترل عواطف و پذیرش درد بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است. در نتیجه این درمان می تواند در مداخلات روان شناختی مرتبط با درد و کنترل عواطف بیماران مبتلا به سرطان توسط روان شناسان بالینی استفاده شود. پیشنهاد می شود، در شهرها و فرهنگ های دیگر پژوهش های

را به جای کنترل بپذیرند، ارزش های شان را تصریح کنند و به آن ها بپردازند. در این درمان افراد یاد می گیرند که احساسات شان را بپذیرند تا اینکه از آن ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن ها را در جهت فعالیت های هدف محور پیوند دهند. به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساسات شان را تجربه کنند؛ به جای این که تلاش کنند که آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزش های شان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند^(۳۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تنها مداخله روانی و تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می شود تا انعطاف پذیری روان شناسی (توانایی تغییر یا ثبات، همراه با رفتارهای عملکردی که از راه آن اهداف تحقق می یابند)، افزایش می دهد و همچنین پذیرش موقعیت بدون آنکه نیاز به کنترل و غلبه بر آن در میان باشد، فرد را آماده مواجهه با موقعیت می کند و ضمن کاهش راهبردهای اجتنابی، سطح فعالیت و کنترل عواطف را افزایش می دهد^(۳۱).

در تبیین دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیمار آموزش داده می شود تا رنج ناشی از سرطان را که خارج از کنترل شخصی است، بپذیرد و به عملی که زندگی را غنی می سازد، متعهد باشد. افرادی که تحمل پریشانی و مشکلات را ندارند از اجتناب شناختی و تجربی به عنوان یک راهکار فراری از کاهش هیجانات و احساسات منفی استفاده و از آن جایی که اضطراب، و خشم در بیماران مبتلا به سرطان وجود، اجتناب به عنوان راهکار نامؤثر اما متداول برای کاهش رنج تجربه احساسات و هیجانات منفی محسوب می گردد. هیز و همکاران (۳۳) معتقدند که شش فرآیند پذیرش، گسلش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهدانه می توانند در تعریف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سازمان یابند. از این رو می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و

مشابه پژوهش حاضر با طول جلسات بیشتر و دوره‌های پیگیری بلند مدت انجام گردد. نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر بیماران مرد مبتلا به سرطان در شهرستان کهگیلویه بودند، همچنین طول دوره پیگیری نیز محدود به یک ماه بود؛ بنابراین لازم است تعمیم نتایج به جنس مؤنث، شهر و نیز استنباط پایداری اثر درمان، با احتیاط انجام شود.

تقدیر و تشکر

گروه پژوهش بر خود لازم می‌داند که از تمامی بیماران مبتلا به سرطان که در پژوهش حاضر شرکت کردند و با همکاری صمیمانه آن‌ها، انجام پژوهش امکان پذیر شد، نهایت سپاس و قدردانی را به عمل آورد.

References

1. Sondik, E.J., Madans, J. H. Vital and health statistics. USA: Academic press.2011.
2. Abachizadeh K, Keramatinia AA. Anticipating Cancer Rates of Iran in 2025. *Community Health* 2016; 3(1): 66-73. [Text in Persian].
3. Kale. HP, Carroll. NV. Self-reported financial burden of cancer care and its effect on physical and mental health- related quality of life among US cancer survivors. *Cancer*. 2016;122(8):283.
4. DeSantis, C.E., & Fedewa, S.A, Goding Sauer A, Kramer JL, Smith RA, Jemal A. (2016). Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA: a cancer journal for clinicians*.;66(1):31-42.
5. Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, Han HS, Ismail-Khan R, Johnson-Mallard V, Moscoso M, Budhrani-Shani P. Mindfulness-based stress reduction in post-treatment breast cancer patients: immediate and sustained effects across multiple symptom clusters. *Journal of pain and symptom management*. 2017;53(1):85-95.
6. Bail. R.J. (2018). Psychological Symptoms in Advanced Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*.2018; 34(3), 241-251.
7. Pour Faraj, T., & Reza Zadeh, H. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Happiness and Life Expectancy in Cancer Patients. *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*,2018; 33 (18), 136-119. [Text in Persian].
8. Baghernezhad O, Hasanzadeh R, Abbasi Gh, Forghani M.S. Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Solution Focused Brief Therapy on Unconditional Self-Acceptance and Pain Anxiety among Patients with Breast Cancer. *Salamat Ijtimai (Community Health)*. 2019; 6(3):253-263. [Text in Persian].
9. Apolone, G., Bertetto, O., Caraceni, A. & et al .Pain in cancer. An outcome research project to evaluate the epidemiology, the quality and the effects of pain treatment in cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*2006; 4, 7.
10. Hearn, J. & Higginson, I.J. Cancer pain epidemiology: a systematic review. In: Bruera ED, Portenoy RK, editors. *Cancer Pain: Assessment and Management*. London: Cambridge University Press, 2003; 19-37.
11. Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Tu, W., & Krebs, E. Comparative Responsiveness of Pain Measures in Cancer Patients. *The Journal of Pain*,2012; 13, 8, 764-772.
12. Scherer, K. R., & Ellgring, H. Multimodal expression of emotion: Affect programs or componential appraisal patterns? *Emotion*, 2007; 7(1), 158-171.
13. Linley P.A., Joseph, S. *Positive psychology in practice*. [J wiley, S Hoboken]. New Jersey.2009.
14. Ixman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *The CBT distinctive features series. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
15. Izadi, Raziheh Abedi, Mohammad Reza. *Acceptance and commitment therapy*. Tehran: Jungle, Kavshiar.2014. [Text in Persian].
16. Harris, R. *ACT in simple language*. (Translated by Anoush Aminzadeh). Tehran: Arjmand. [Text in Persian].2017.
17. Dalrymple KL, Herbert JD. Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behav Modif*. 2007;31(5):543-68.
18. Mogadam N, Amraee 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. *IJPN*. 2018; 6 (5) :1-8. [Text in Persian].
19. A-Tjak JG, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA & Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health

- problems. *Psychother Psychosom.* 2015; 84(1):30-6.
20. BarghiIrani, B, Zare, H, Abedin, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) on Psychological Capital in Esophageal Cancer Patients. *Journal of Health Psychology,* 2015;4 (14), 113-128.
 21. Vowles K, Fink B, Cohen L. Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain: A diary study of treatment process in relation to reliable change in disability. *J Contextual Behav Sci.* 2014; 3(2):74-80.
 22. McCracken L, Ayana S, Gordon J. A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results. *Pain.* 2013; 14(11):1398-1406.
 23. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial *Behav Ther.* 2004; (35) :785-802.
 24. Razavi SB, Abolghasemi SH, Akbari B, Naderinabi B[Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Feeling Hope and pain management of Women with Chronic pain(Persian)]. *J Anesth Pain* 2019;10(1): 36-49. [Text in Persian].
 25. McCracken LM, Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain.* 2003;105(1-2):197-204.
 26. Williams, K.E. Chambless. D. L & Ahrens, A. H. Are emotion frightening? An extension of the fear concept. *Behavior Research and therapy.* 1997;35 (4), 239-245.
 27. Sabour S, Kakabraee K. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Depression, Stress and Indicators of Pain in Women with Chronic Pain . *IJRN.* 2016; 2 (4) :1-9. [Text in Persian].
 28. Alavi M S, Jabal Ameli S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Control of MS Patients in the City of Isfahan. *Jorjani Biomed J.* 2018; 6 (1) :44-54. [Text in Persian].
 29. Harris, R. *ACT made simple.* Oakland, CA: New Harbinger Publication. 2009.
 30. Hayes, S. C., Strosahl K.D. *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy.* New York: Springer Science and Business Media Inc.2010.
 31. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther.* 2013;44(2):180-98.
 32. Batten, S V. *Essential of Acceptance and Commitment Therapy.* Sage publication. 2011.