

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان**خون**

فرشته مومنی*

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون تحت شیمی‌درمانی بود. شرکت‌کنندگان شامل ۴۵ نفر از زنان و مردان مبتلا بودند که به‌صورت هدفمند از میان کلیه بیماران مبتلابه سرطان خون انتخاب شدند و در سه گروه زنان، مردان و کنترل (بدون مداخله) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر بودند. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بودند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی معناداری بر تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران مبتلابه سرطان خون (در گروه زنان و مردان) داشت و اثربخشی آن به‌صورت معناداری در زنان بیشتر از مردان بود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد؛ تاب‌آوری؛ امید به زندگی

مقدمه

امروزه سرطان یکی از بزرگترین نگرانی‌های بشر و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های عصر حاضر به شمار می‌رود. آمارها نشان می‌دهد که از بین هر سه نفر یک نفر در طول زندگی خود این بیماری را تجربه می‌کند (گکس، ۱۹۹۴). بر اساس مطالعات صورت گرفته در مراکز تحقیقاتی و درمانی «خبرگزاری دانشجویان ایران اظهار داشت: طبق آخرین آمارهای موجود در کشور سرطان در ردیف مسائل کلان بهداشتی و درمانی محسوب می‌شود و پس از بیماری‌های قلبی و عروقی، حوادث و سوانح سومین علت مرگ است. در حال حاضر بیش از ۸ میلیون نفر درجهان در اثر ابتلا به انواع مرض مهلک سرطان جان خود را از دست می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا تا ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون نفر به ۱۵ میلیون نفر نیز برسد. سرطان ضمن ایجاد مشکلات جسمی بر مبتلایان، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی آنان نیز می‌شود (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۸). همزمان با تشخیص بیماری سرطان نقش عوامل روانشناختی در این بیماری پررنگ‌تر می‌شود.

تشخیص و درمان سرطان علاوه بر جنبه جسمانی از نظر روانی، اجتماعی و بهزیستی نیز بر زندگی اشخاص مبتلا تأثیر می‌گذارد. یک مسأله عمده که بیماران مبتلا به سرطان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند استرس و اضطراب ناشی از روبرو شدن و کنار آمدن با آن است. یکی از شایع‌ترین مشکلاتی که بیماران سرطانی حتی پس از پایان دوره درمان با آن مواجهند نگرانی در مورد سلامت و هراس از مرگ است که از منظر روانشناسان از رنج‌آورترین مشکلات روانی و پایین‌آورنده کیفیت زندگی به شمار می‌آید (شرمن، نورمن و مک‌شری، ۲۰۱۰). روان‌درمانگران برای افزایش امید به زندگی، کیفیت زندگی و تاب‌آوری در بیماران سرطان سینه از رویکردهای مختلفی مانند درمان شناختی-رفتاری، معنی‌درمانی، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و ... بهره می‌برند. تشخیص سرطان تجربه ناخوشایند و غیرقابل باور برای هر فرد می‌باشد. سرطان بر وضعیت روانی، اجتماعی، اقتصادی و زندگی خانوادگی بیمار از جنبه‌های مختلف اثر می‌گذارد (پیمانی، ۱۳۸۴).

یکی از انواع روش‌های روان‌درمانی موج سوم که در سالهای اخیر توجه فراوانی را به خود معطوف نموده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد که توسط استیون هیز و همکارانش معرفی شد و در درمان طیف وسیعی از اختلالات استفاده شده است. این درمان تأثیر چشمگیری بر کاهش اضطراب و افسردگی داشته است. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه افسردگی، اضطراب، استرس، درد،

* پست الکترونیک نویسنده مسئول: momenpsy@gmail.com

سرطان در خارج از ایران بررسی شده است. در این پژوهش محقق قصد دارد تا به بررسی اثر بخشی این درمان بر بیماران مبتلا به سرطان خون بپردازد.

روش

شرکت کنندگان

پژوه حاضر یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به سرطان خون تحت شیمی‌درمانی را دربرمی‌گیرد. در این پژوهش افراد مبتلا به سرطان خون تحت شیمی‌درمانی در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال مراجعه کننده به بخش آنکولوژی تعدادی از بیمارستانهای تهران به روش در دسترس انتخاب و مورد درمان قرار گرفتند. نمونه به تعداد ۴۵ نفر با استفاده از روش در دسترس انتخاب و با استفاده از روش انتساب تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش زنان و مردان و گروه کنترل) واگذار شدند. ابتدا پیش آزمون از هر سه گروه گرفته شد و سپس شرکت کنندگان دو گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان گروهی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد، در پایان از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد.

ابزار

۱) پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. برای محاسبه اعتبار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر ۰/۸۹ بود و همچنین روایی آن به شیوه تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷٪ بوده است. محمدی در سال ۱۳۸۴ آن را برای استفاده در ایران هنجاریابی کرده است. نقطه برش آن برای افراد عادی ۸۰/۴ می‌باشد و اعتبار آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (جوکار، ۱۳۸۶).

۲) پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر: اولین بار توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش متوسط سال‌های مورد انتظار برای طول عمر افراد ساخته شد. دارای ۱۲ سوال بوده و دارای ۲ مولفه تفکر عاملی و تفکر راهبردی براساس تحقیقی که در سال ۱۳۸۵ برای ارزیابی اعتبار و پایایی پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر توسط هادی‌نژاد در ایران و دانشگاه اصفهان انجام شد، اعتبار بدست آمده برای این پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفا ۰/۷۲ بوده که اعتبار و کاربرد آن را در ایران مورد تأیید قرار می‌دهد.

۳) پروتکل اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: خلاصه ای از این پروتکل به شرح زیر است.

- ✓ جلسه اول: برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، مقدمه و شرح کلی از روش درمانی، توضیح قوانین و مقررات، پاسخ به پرسشنامه‌ها و بستن قرارداد درمانی.
- ✓ جلسه دوم: کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار، ارزیابی میزان تأثیر روش‌های درمانی، ایجاد درماندگی در مورد کم اثر بودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل و ارائه تکلیف.
- ✓ جلسه سوم: کمک به مراجع برای تشخیص ناکارآمدی کنترل رویدادهای درونی و در مقابل پذیرش وقایع دردناک بدون کنترل آن‌ها با استفاده از تمثیل و ارائه تکلیف.
- ✓ جلسه چهارم: ایجاد فاصله بین ارزشیابی‌ها و تجارب شخصی و مشاهده افکار بدون قضاوت آن‌ها با استفاده از استعاره و ارائه تکلیف.
- ✓ جلسه پنجم: تماس با اکنون و خود به عنوان زمینه. تکنیک‌های تمرکز حواس آموزش داده شده و از مراجع می‌خواهیم تمرکز کند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشد و زمانی که هیجان‌ات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت آن‌ها را مورد مشاهده قرار دهد.
- ✓ جلسه ششم: بررسی ارزش‌های زندگی بیمار و ارزیابی و اولویت‌بندی ارزش‌ها توسط بیمار.
- ✓ جلسه هفتم: ارائه راه‌حل‌های عملی برای غلبه بر موانع و برنامه‌ریزی به منظور تعهد در جهت ارزش‌های اساسی بیمار.
- ✓ جلسه هشتم: شرح مختصر از مفاهیم، خلاصه و نتیجه‌گیری، مرور تکالیف و جمع بندی جلسات به همراه مراجع، اجرای پس‌آزمون.

شیوه اجرا

بعد از انتخاب گروه نمونه، شرکت کنندگان با استفاده از روش انتساب تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش زنان و مردان و گروه کنترل) واگذار شدند. ابتدا پیش آزمون از هر سه گروه گرفته شد و سپس شرکت کنندگان دو گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان گروهی قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد، در پایان از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون پس آزمون و پیگیری سه گروه در جدول ۱ خلاصه شده است. همانگونه که مشاهده می شود نمرات امید به زندگی و تاب آوری در مرحله پس آزمون و پی گیری نسبت به پیش آزمون افزایش یافته و این افزایش در زنان بالاتر بوده است. به منظور بررسی میزان اثر بخشی از آزمون تحلیل کواریانس با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شده است که نتایج در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۱

شاخص‌های آزمودنی‌ها در دو گروه

تاب آوری (SD)M	امید به زندگی (SD)M		
(۶/۶) ۱۸/۱۴	(۷/۰۱) ۵۵/۵۲	پیش آزمون	
(۷/۷) ۳۰/۴	(۸/۲۴) ۶۸/۹	پس آزمون	آزمایش زنان
(۷/۶۷) ۳۱/۳۴	(۷/۹) ۶۶/۷	پیگیری	
(۶/۶۴) ۱۷/۴۳	(۷/۲۴) ۵۴/۵۴	پیش آزمون	
(۶/۷۶) ۲۵/۵۴	(۸/۸) ۶۰/۷۶	پس آزمون	آزمایش مردان
(۶/۷۵) ۲۴/۲۳	(۷/۷۳) ۵۹/۵۸	پیگیری	
(۶/۷) ۱۷/۶۷	(۷/۴۳) ۵۵/۴۵	پیش آزمون	
(۶/۹۸) ۱۷/۸۹	(۷/۴۵) ۵۴/۶۵	پس آزمون	کنترل
(۶/۷۶) ۱۸/۶۷	(۷/۷۵) ۵۶/۸۷	پیگیری	

جدول ۲

نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون امید به زندگی و تاب آوری در سه گروه

منابع تغییر	df	MS	F	p	ضریب اثر
امید به زندگی	۱	۱۵۴۱/۱۳	۲۲۳/۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۶
پیش آزمون	۱	۶۶۸۵/۰۷	۷۵۵/۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
گروه	۲۷	۷/۴۲			
خطا					
تاب آوری	۱	۱۶۵۴/۳۴	۲۴۳/۵۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۴
پیش آزمون	۱	۷۶۵۴/۲۳	۷۶۵/۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۳
گروه	۲۷	۹/۲۹			
خطا					

نتایج تحلیل کواریانس به دست آمده از مقایسه پس آزمون متغیر تاب آوری و امید به زندگی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این بود که پس از شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمره تاب آوری و امید به زندگی آزمودنی‌هایی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به گروه کنترل افزایش معناداری داشته است. بدین معنی که جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش تاثیر داشته است.

بحث

هدف پژوهش فوق بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان خون و تحت شیمی درمانی بوده است. نتایج پژوهش فوق حاکی از اثربخشی این درمان بر این دو متغیر در پس‌آزمون و پی‌گیری بوده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فاکتور اصلی پذیرش، می‌تواند در گسترش مفهوم پذیرش با باورهای بیماران مبتلا به سرطان مبنی بر عدم کنترل بر زندگی، نداشتن احساس کنترل بر شرایط و به طور کلی زندگی که منجر به تشدید مشکلات روانی، و مانع پیشبرد اهداف پزشکی است مقابله نموده و منجر به افزایش امید در این بیماران گردد.

همچنین تعیین روشن ارزش‌ها براساس بازخورد بیماران، در امیدوار و علاقمند نمودن بیماران بسیار موثر بوده و آن‌ها مٌصر به ادامه این تکلیف در آینده بودند. در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه در کنار استعاره و تکنیک‌ها و تکالیف در طول جلسات توانسته است در درمان افراد در جلسه درمان فردی موثر واقع شود. در واقع در استعاره‌های این درمان بیمار تشویق می‌گردد تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناساند و نقش آن‌ها را در افزایش و ارتقای مفهوم خود بازشناسی کند، در عین حال توانایی پذیرش خود و تجربه‌های منفی زندگی را کسب نماید و با زندگی در لحظه اکنون و نه سیر در گذشته و آینده از اضطراب آینده و افسردگی از گذشته رها و در لحظه سعی بر درک احساسات خوشایند نموده و مجموع این‌ها کمک به افزایش امید به زندگی در بیمار می‌نماید.

علاوه بر این‌ها، در این درمان با آموزش مهارت‌هایی که بیمار از خود مفهوم‌سازی شده فاصله می‌گیرد و با گسلس شناختی بین افکار، احساسات و رفتارهای خود تمایز قایل می‌شود و این درحالی است که افراد اغلب باورهای خود را حقایق خدشه‌ناپذیر و غیرقابل تغییر می‌دانند، پس از جلسات درمان می‌توانند با تامل، به بررسی باورهای خود بپردازند و درستی یا نادرستی آن‌ها را مشخص کنند.

به طور کلی، وقتی افراد مبتلا فرصتی برای بیان احساسات خود داشتند، در میزان تاب‌آوری و روند بهبودی آن‌ها تاثیر مهمی دارد. هدف اصلی درمان بیماران مبتلا به سرطان این است که بیماران بتوانند با سرطان زندگی کنند به گونه‌ای که زندگی آن‌ها در سطح مناسبی حفظ شود و افراد بتوانند با توانمندی خود در لحظه اکنون زندگی کرده، به ارزش‌های اصلی زندگی متعهد بوده، مشکلات را پذیرفته و نه تسلیم آن‌ها شوند و خود را با همه توانمندی‌های شناسایی کرده و دوست بدارند و بین فکر و عمل تفاوت قائل باشند و همه این موارد منجر به افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان شده و کیفیت زندگی آنان را افزایش می‌دهد.

منابع

جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌های تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *روانشناسی معاصر*، ۴، ۱۲-۳.
مردانی حموله، مرجان و شهرکی واحد، عزیز. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت روانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، تابستان، ۱۶، (۲) ۳۸-۳۳.

Guex, P. (1994). *An introduction to psycho-oncology*. London & New York: Routledge.

Sherman, D., Norman, R. & Mcsherry, C. (2010). A Comparison of Death Anxiety and Quality of Life of Patients with Advanced Cancer or AIDS and Their Family Caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS care*, 21(2), 99-112.

Hayes, S.C., Strosahl, K. & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Wilson, K.W., Gifford, E.V., Follette, V.M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570-585