مقاله تحقیقی

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل
سال ۱۳۹۹، دوره ۲۲، صفحه ۱۱۸-۱۱۰

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود متمایز سازی و ترس از پیشرفت بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان

مریم حسن نژاد رسکتی (PhD)[۱]، سید حمزه حسینی (MD)[۲]، رضا علیزاده نوایی (PhD)[۳]، سحر خسروی (MD)[۴]، بهرام میرزائیان (PhD)[۱*]

۱-گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲-مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳-مرکز تحقیقات سرطان دستگاه گوارش، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴-مرکز تحقیقات خون، سرطان و پیوند سلول های بنیادی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت: ۹۸/۱/۲۹، اصلاح: ۹۸/۶/۴، پذیرش: ۹۸/۷/۱۵

خلاصه

سابقه و هدف: ترس از پیشرفت بیماری و عدم پذیرش آنچه اتفاق افتاده و قادر نبودن به تمایز خود از فرآیندهای ذهنی سبب آشفتگی در سلامت روان می شود. از آنجائیکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اصلاح فرآیندهای ناکارآمد مانند اجتناب و همجوشی و تغییر آنها به پذیرش و تعهد تاکید دارد، این مطالعه به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود متمایز سازی و ترس از پیشرفت بیماری در مبتلایان به سرطان پستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی بر روی ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان به کلینیک انکولوژی مرکز طوبی شهر ساری که بصورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند انجام گرفت. درمان در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در گروه آزمایش اجرا شد. شرکت کنندگان قبل و دو ماه بعد با پرسشنامه خود متمایزسازی و ترس از پیشرفت ارزیابی و مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته ها: یافته ها نشان داد ترس از پیشرفت در پیش آزمون نسبت به پس آزمون در گروه آزمایش کاهش داشت (۴/۲۷±۱۳۵/۱۱ در برابر ۳/۱۲±۱۲۶/۰۵) و در دوره پیگیری نیز درگروه آزمایش (۳/۰۵±۱۲۵/۳۲) ($p<0/05$) تداوم یافت. همچنین میانگین نمره خود متمایز سازی در پیش آزمون نسبت به پس آزمون افزایش داشته (۵/۱۲±۶۷/۲۱ در برابر ۴/۵۱±۷۷/۱۷) و این افزایش در دوره پیگیری باقی مانده (۳/۳۴±۷۵/۱۴) ($p<0/05$).

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می تواند یک مداخله اثربخش در افزایش تمایز یافتگی خود و کاهش ترس از پیشرفت بیماری در مبتلایان به سرطان پستان باشد.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خود متمایز سازی، ترس از پیشرفت.

مقدمه

در بیست منطقه جغرافیایی در سال ۲۰۱۸ حدود ۱۸/۲ میلیون مورد جدید سرطان ثبت شده است (۱) و یکی از عمده ترین آنها که وقوع جهانی یافته سرطان پستان است (۲). درصد بالایی از این بیماران علاوه بر مشکلات جسمانی از مشکلات روانشناختی و سایر مشکلات روانی اجتماعی رنج می برند (۵-۳). مسائلی چون یأس، ناامیدی و ترس در سرطان پستان همواره وجود دارد (۶). ترس از پیشرفت (Fear of progression=FOP) به عنوان ترس و اضطراب بیمارانی تعریف می شود که بیماری آنها با تمام نتایج روانی اجتماعی و زیستی آن پیشرفت یا عود خواهد کرد (۷). مقالات سیستماتیک متعددی جنبه های متفاوت Fop در سرطان را مورد بررسی قرار داده اند (۱۰-۸). Koch-Gallenkamp و همکارانش اعلام کردند که ۱۳ درصد از یک نمونه ترکیبی از نجات یافتگان سرطان کولون، رکتوم، پروستات و پستان از ترس متوسط تا شدید از پیشرفت رنج می برند (۱۱). Savard و همکاران دریافتند که Fop در طول زمان کاملاً ثابت و یا کاهش جزئی در اولین ماه ها بعد از تشخیص (۱۲) و یا در طول توان بخشی خواهد داشت (۱۳). بیشتر افراد مبتلا به سرطان ترس از پیشرفت را شدید، دشوار و چند بعدی توصیف کرده اند (۱۴). این ترس در افراد جوان و دارای درآمد کم بیشتر بوده و با وضعیت زناشویی، اشتغال و سطح درآمد ارتباط دارد (۱۵). متغیر دیگری که فرد را مستعد مشکلات روانشناختی می کند خود متمایز سازی پایین است (۱۶). توانایی فرد برای جداکردن فرآیند شناختی از فرآیند هیجانی که تجربه می کند نشان دهنده درجهٔ تمایزیافتگی است (۱۷). افراد با سطح تمایزیافتگی پایین به دلیل بالا بودن سطح اضطراب مزمن در معرض خطر بالایی برای در گیری با مشکلات روانشناختی هستند (۱۸). اما افراد با تمایزیافتگی بالا پاسخ های کنار آمدن فعال، واقع بینانه و مسئله مدار را به جای اجتناب و یا پاسخ های هیجان مدار انتخاب می کنند (۱۹).

▣ این مقاله حاصل پایان نامه مریم حسن نژاد رسکتی دانشجو دکتری رشته روانشناسی تربیتی و طرح تحقیقاتی به شماره ۹۴۰۴۵۲۴۴۴ دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می باشد.
* مسئول مقاله: دکتر بهرام میرزائیان
آدرس: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، گروه روانشناسی. تلفن: ۳۳۰۳۲۸۹۱ -۰۱۱
E-mail: Bahrammirzaian@gmail.com

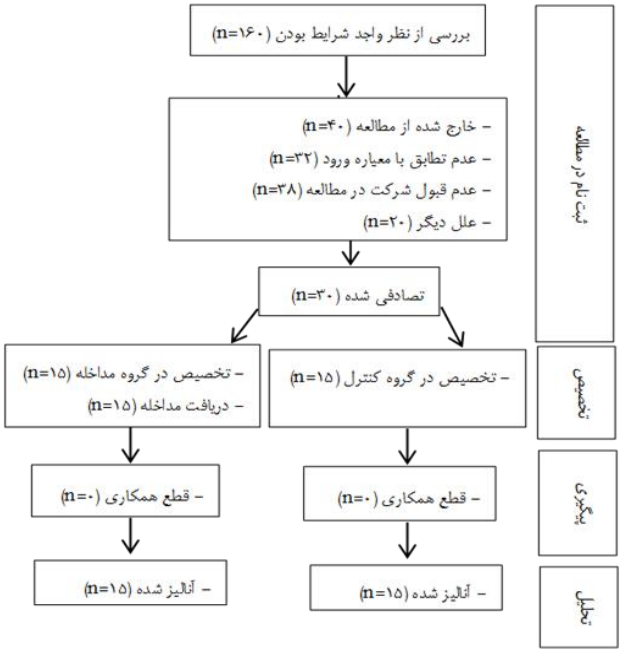
[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

مداخلاتی که اجتناب تجربه ای را کاهش می دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (۲۰). رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitmen therapy=ACT) به عنوان یک مداخله موثر در سازگاری با سرطان توانسته منجر به پذیرش، تعهد به ارزش و در واقع ایجاد انعطاف‌پذیری روان شناختی شود (۲۲و۲۱). بنابراین ACT می تواند به افراد با تمایز یافتگی پایین پاسخ کنار آمدن فعال و واقع بینی را بجای اجتناب بیاموزد. این درمان ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش را افزایش می‌دهد (۲۳). در واقع به فرد تمرکز بر روی هدف، پذیرش و مهارت هایی برای پاسخ به تجارب غیرقابل کنترل و متعهد شدن به ارزش های شخصی را می آموزد (۲۴) که می تواند در کاهش ترس و نگرانی از پیشرفت بیماری نیز موثر باشد. O'Hayer و همکارانش در یافته های خود در بیمار مبتلا به سرطان پانکراس اعلام کردند ACT به بیمار اجازه داد تا ارزش های خود را با از سرگیری ارتباط مذهبی، بهبود روابط با اعضای خانواده و دوستان مورد اعتماد و ... شناسایی کند، در نتیجه، بیمار علیرغم عوارض جانبی که قبلاً آنها را غیرقابل تحمل می دانست، به معالجه سرطان ادامه داد (۲۵).

با توجه به عوارضی که بیماری سرطان بر سلامتی مبتلایان بر جای می‌گذارد بدون شک انجام مداخله های روان شناختی کارآمد در این زمینه امری واجب و انکارناپذیر است (۲۶). با گذشت سال ها از زمان تشخیص و درمان هنوز برخی از بیماران از مشکلات روانشناختی رنج می برند و از آنجایی که پژوهش های انجام شده در این حیطه معمولاً در آغاز تشخیص سرطان بوده و اکثر آنها دوره پیگیری بعد از روان درمانی نداشته و در تعداد اندکی کوتاه مدت بوده، همچنین هیچ پژوهشی درباره تاثیر این روش بر روی متغیر های ذکر شده خصوصاً ترس از پیشرفت که سرآغاز همه مسائل روانشناختی است انجام نشده است. این مطالعه بر روی بیمارانی که حداقل پنج سال از تشخیص بیماریشان گذشته، انجام شد. بنابراین، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمایز یافتگی خود و ترس از پیشرفت بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با کد IR.IAU.SARI.REC.1397. 20 و شماره ثبت کارآزمایی بالینی با کد IRCT20181209041894N1 بر روی ۳۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک انکولوژی که به مرکز فوق تخصصی طوبی ساری مراجعه کرده بودند و در آنها سرطان پستان تشخیص داده شده بود و نامشان قبلاً در بانک اطلاعاتی وجود داشت انجام گرفت. تعداد این افراد ۱۶۰ نفر بودکه بعد از تماس تلفنی ۱۲۰ نفر به تلفن پاسخ دادند، از این افراد جهت شرکت در مطالعه دعوت بعمل آمد، ۶۲ نفر جهت شرکت در جلسات اعلام آمادگی کردند که پس از مراجعه از آنها مصاحبه اولیه انجام گرفت و پس از پرکردن پرسشنامه ها و کسب نمره لازم، ۳۰ نفر بر اساس سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد و مطالعات قبلی (۲۰) انتخاب و به طور تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل گروه بندی شدند. و پس از کسب رضایت آگاهانه گروه آزمایش تحت آموزش به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت (۲۷) (شکل۱).



شکل ۱. مراحل تصادفی سازی

افراد با داشتن سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال که قبلاً تحت شیمی درمانی و یا رادیوتراپی قرار گرفته و حداقل ۵ سال از زمان تشخیص و درمان سرطان گذشته و انگیزه برای شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه داشته و حداقل شش ماه از شرکت در دوره های روانشناختی قبلی گذشته بود، وارد مطالعه شدند. در صورت داشتن مشکل روانی حاد مانند اسکیزو فرنی یا مانیا با تایید روانپزشک، وجود مشکلات جسمانی که مانع حضور شود، شرکت در دوره های روان درمانی دیگر در شش ماه اخیر و غیبت بیش از دو جلسه از مطالعه حذف شدند. قوانین و پایبندی به درمان قبل از شروع جلسات برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. جلسات هفته ای یک بار در مطب خصوصی توسط دو نفر (یک متخصص روانشناسی و یک کارشناس ارشد روانشناسی) اجرا شد (جدول ۱).

فرد آموزش دهنده اصلی دو دوره کارگاه های این روش را نزد اساتید این روش درمانی گذرانده بود. پرسشنامه ها شامل خودمتمایزسازی (DSI-SF) و ترس از پیشرفت (FOP-Q) بود. پرسشنامه ترس از پیشرفت یک پرسشنامه خودگزارشی چند بعدی است که بر روی نمونه ای از بیماران مبتلا به سرطان، رماتیسم و دیابت توسط هرشباخ تدوین شده است و نسخه پایانی آن که در آلمان طراحی و تدوین شد شامل۴۳ گویه بوده و ۵ خرده مقیاس (واکنش عاطفی، خانواده ،شغل، از دست دادن استقلال و مقابله با اضطراب) دارد. پاسخگویی به آن طیف لیکرت ۵ درجه ای از هرگز تا بیشتر اوقات را شامل می شود. نمره کل از طریق جمع نمرات خرده مقیاس ها محاسبه می‌شود. نمرات بالاتر نشانه ترس بیشتر می باشد (۲۹و۲۸). آلفای کرونباخ برای واکنش عاطفی ۰/۸۶، خانواده ۰/۷۲، شغل ۰/۷۶، از دست دادن خودمختاری ۰/۷۱ و آلفای کرونباخ کل۰/۹۱ است (۳۰). در مطالعه حاضر پایایی ۰/۸۵ بدست آمد.

پرسشنامه خود متمایز سازی که توسط Drake و Murdock تهیه شده است (۳۱)، فرم کوتاه شده پرسشنامه اسکورن و فردلندر بوده و دارای ۲۰ سوال با پنج خرده مقیاس تایید نشدن، ناپایداری هیجانی و استرس، آمیختگی فکر و عمل،

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

اجتناب، انتقاد است. این مقیاس پاسخ های افراد را بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای ازکاملا مخالفم، تا کاملا موافقم، مشخص می‌سازد. حداقل و حداکثر نمره ۲۰ و ۱۲۰ است که نمرات بالاتر بیانگر خود متمایزسازی بیشتر است. پایایی این مقیاس با استفاده ازروش آلفای کرونباخ در دامنه۰/۶۰ تا ۰/۸۷ تایید شده است (۳۳و۳۲). همچنین در ایران نیز آلفای کرونباخ ۰/۶۷ بدست آمد (۳۴) و نهایتاً پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با آلفای کرونباخ ۰/۷۱ محاسبه شده است. نمرات بعد از بررسی با استفاده از نرم افزار SPSS 22 و آزمون آماری MANCOVA که پیش فرض های آن شامل (هم خطی، آزمون لون، لامبدای ویلکز، اثر پیلایی و...) بود، تجزیه و تحلیل شدند و همچنین برای آزمون تفاوت میانگین گروه های مورد مطالعه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. جهت انجام این آزمون ابتدا پیش فرض های آن شامل آزمون لون و نرمالیته داده ها، شدت همبستگی و خطی بودن انجام شد. نتایج آزمون کولموگروف–اسمیرنوف برای داده‌های متغیرهای اصلی و فرعی نرمال بودن داده ها را نشان داد و در نهایت $p<۰/۰۵$ معنی دار در نظر گرفته شد.

جدول ۱. خلاصه محتوی طرح درمان
(Hayes, Strosahl & Wilson 1999)

خلاصه محتوای طرح درمانی پذیرش و تعهد
جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. توصیف و شرح بیماری سرطان و درمان ها. استفاده از استعاره دو کوه برای برقراری رابطه درمانی، ارزیابی انتظارات افراد از درمان. دریافت بازخورد. تکلیف خانگی
جلسه دوم: بررسی تکلیف، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی، ایجاد درماندگی خلاق. استفاده از استعاره انسان در چاه و طناب کشی با هیولا، دریافت بازخورد. تکلیف خانگی
جلسه سوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره مسافران اتوبوس و لیمو ترش. آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی با استفاده از تمرین نفس کشیدن و فضا دادن. تکلیف خانگی
جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. پذیرش تمام رویدادهای درونی وعدم اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از تمثیل مهمان ناخوانده، استفاده از تمرین شیر، شیر، شیر برای آموزش تن آرامی. دریافت بازخورد. تکلیف خانگی
جلسه پنجم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظرگرفتن خود به عنوان زمینه استعار صفحه شطرنج و آموزش فنون ذهن آگاهی. تمرین کشمش. دریافت بازخورد. تکلیف خانگی
جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش های زندگی بیماران و سنجش ارزش ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. استفاده از استعاره دو بچه در ماشین، چوب جادویی، سیبل هدف. تمرین راه رفتن آگاهانه. تکلیف خانگی
جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه قبل، ارایه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره ها و برنامه ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. استعاره گدای دم در. تمرین برگ های رود خانه. تکلیف خانگی
جلسه هشتم: جمع بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه زندگی. اجرای پس‌آزمون

یافته ها

این مطالعه در گروه آزمایش۱۰ نفر (۳۳/۳٪) و در گروه کنترل ۸ نفر (۲۶/۶٪) متاهل و تعداد مجرد در هر دو گروه ۶ نفر (۲۰٪) بود. تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم ۱۱ نفر (۳۶٪) فوق دیپلم ۹ نفر (۳۰٪) لیسانس ۱۰ نفر (۳۳/۳٪) در هر دو گروه بودند. میانگین سنی در گروه آزمایش ۱۷/۵±۴۲/۵ سال و در گروه کنترل ۱۴/۵±۴۴/۵ سال بود (جدول ۲). نتیجه آزمون لون نشان داد که مقدار f محاسبه شده در سطح خطای ۰/۰۵ معنی دار نبوده بنابراین شرط برابری واریانس‌ها رعایت شده است. علاوه بر این مقدار سطح معنی‌داری آزمون f برای بررسی همگونی شیب رگرسیون بیشتر از مقدار خطای مجاز ۰/۰۵ شده است. بنابراین بین گروه‌های (آزمایش و کنترل) از لحاظ حداقل یکی از خرده مقیاس‌های متغیر ترس از پیشرفت و خودمتمایز سازی تفاوت معنی‌داری وجود داشت لذا برای بررسی نقطه تفاوت به انجام تحلیل کوواریانس‌اقدام شد.

جدول ۲. اطلاعات شرکت کنندگان درگروه کنترل وآزمایش

متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل
تعداد آزمودنی	۱۵	۱۵
میانگین سنی	۱۷/۵±۴۲/۵	۱۴/۵±۴۴/۵
وضعیت تاهل		
مجرد	۶	۶
متاهل	۱۰	۸
تحصیلات		
دیپلم و زیر دیپلم	۶	۶
فوق دیپلم	۵	۴
لیسانس	۵	۵
ارشد و بالاتر	۰	۰

در بررسی نمرات خرده مقیاس ترس از پیشرفت، با مداخله رویکرد پذیرش و تعهد کاهش یافت و این تاثیر در دوره پیگیری ادامه داشته است، و در نمرات خرده مقیاس‌های خود متمایز سازی افزایش معنی داری دیده شد اما در گروه کنترل این تغییرات وجود نداشت. بیشترین تاثیر در خرده مقیاس های ترس از پیشرفت در پیش آزمون نسبت به پس آزمون مربوط به خرده مقیاس اشتغال می‌باشد (۸/۶۹±۱۳۶/۷۰ در برابر ۸/۸۳±۱۲۷/۹۸) و کمترین تاثیر در خرده مقیاس مشارکت/خانواده (۵/۰۶±۱۳۰ در برابر ۴/۲۸±۱۲۸/۱۵) ($p=۰/۰۰۰$) است (جدول ۳). همچنین میانگین نمرات تعدیل شده ترس از پیشرفت در پیش آزمون نسبت به پس آزمون در گروه آزمایش کاهش معنی داری نشان داد (۴/۲۷±۱۳۵/۱۱ در برابر ۳/۱۲±۱۲۶/۰۵) و در دوره پیگیری نیز درگروه آزمایش (۳/۰۵±۱۲۵/۳۲) ($p<۰/۰۵$) تداوم داشت که نشان از اثربخشی این روش در طول زمان است. میانگین نمره خود متمایز سازی در پیش آزمون نسبت به پس آزمون افزایش معنی‌داری داشته (۵/۱۲±۶۷/۲۱ در برابر ۴/۵۱±۷۷/۱۷) و این افزایش در دوره پیگیری باقی ماند (۳/۳۴±۷۵/۱۴) ($p<۰/۰۵$) که نشان از موثر بودن این روش است. بیشترین تاثیر در خرده مقیاس های خود متمایز سازی در پیش آزمون نسبت به پس آزمون در ناپایداری هیجانی و استرس (۳/۶۶±۶۰/۲۵ در برابر ۲/۹۰±۷۶/۳۶) است ($p<۰/۰۰$) (جدول۴).

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

جدول ۳. تحلیل کوواریانس تک متغیری با اندازه گیری مکرر

مقیاس ها	پیش آزمون Mean±SD	پس آزمون Mean±SD	پیگیری Mean±SD	درجه آزادی	P-value
ترس از پیشرفت					
واکنش عاطفی	۱۳۴/۲۵±۷/۸۹	۱۲۷/۳۵±۷/۲۷	۱۲۷/۳۴±۷/۲۶	۱	۰/۰۰۰
مشارکت/ خانواده	۱۳۰±۵/۰۶	۱۲۸/۱۵±۴/۲۸	۱۲۸/۱۴±۴/۲۷	۱	۰/۰۰۰
اشتغال	۱۳۶/۷۰±۸/۶۹	۱۲۷/۹۸±۸/۸۳	۱۲۷/۹۷±۸/۸۲	۱	۰/۰۰۰
از دست دادن استقلال	۱۳۱/۴۵±۴/۷۰	۱۲۶/۸۵±۳/۴۹	۱۲۶/۸۴±۳/۴۸	۱	۰/۰۰۰
مقابله با اضطراب	۱۲۹/۳۰±۳/۲۰	۱۲۵/۶۰±۳/۰۱	۱۲۵/۵۹±۳/۰۰	۱	۰/۰۰۰
خود متمایزسازی					
تایید شدن	۶۳/۸۵±۳/۱۹	۷۷/۴۳±۳/۱۵	۷۷/۴۲±۳/۱۳	۱	۰/۰۰۰
ناپایداری هیجانی و استرس	۶۰/۲۵±۳/۶۶	۷۶/۳۶±۲/۹۰	۷۶/۳۰±۲/۸۵	۱	۰/۰۰۰
آمیختگی فکر و عمل	۶۲/۹۰±۳/۸۲	۷۷/۰۴±۳/۱۲	۷۷/۰۰±۳/۰۹	۱	۰/۰۰۰
اجتناب	۶۵/۵۲±۳/۷۵	۷۸/۸۴±۳/۴۶	۷۸/۸۲±۳/۴۴	۱	۰/۰۰۰
انتقاد	۶۵/۴۳±۳/۶۲	۷۸/۱۳±۳/۰۳	۷۸/۱۲±۳/۰۲	۱	۰/۰۰۰

جدول ۴. نمرات تعدیل شده درمان ACT بر ترس از پیشرفت بیماری و خود متمایز سازی

مقیاس	آزمون	گروه	Mean±SD
ترس از پیشرفت	پیش آزمون	آزمایش	۱۳۵/۱۱±۴/۲۷
		کنترل	۱۳۳/۱۲±۴/۲۰
	پس آزمون	آزمایش	۱۲۶/۰۵±۳/۱۲
		کنترل	۱۳۲/۲۵±۴/۱۴
	پیگیری	آزمایش	۱۲۵/۳۲±۳/۰۵
		کنترل	۱۳۲/۲۰±۴/۱۱
خود متمایزسازی	پیش آزمون	آزمایش	۶۷/۲۱±۵/۱۲
		کنترل	۶۵/۱۲±۴/۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۷۷/۱۷±۴/۵۱
		کنترل	۶۴/۱۱±۳/۲۸
	پیگیری	آزمایش	۷۵/۱۴±۳/۳۴
		کنترل	۶۳/۱۰±۳/۱۳

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معنی‌داری بر ترس از پیشرفت و خود متمایز سازی در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشته است. که این خود نشان از کاهش ترس و نگرانی دارد. یافته های این پژوهش با برخی یافته ها همسو است (۳۶و۳۵) و با برخی دیگر غیر همسو است (۲۵). در پژوهش Ostadian Khani و همکارانش که بر روی ۱۵ معلول حرکتی انجام شد، ACT را در کاهش هراس اجتماعی آنها موثر اعلام کردند (۳۵). همچنین در مطالعه Malmir و همکارانش بر روی ۱۰ نفر از بیماران مبتلا به حمله هراس بصورت ۶ جلسه ۹۰ دقیقه ای، نشان داد که ACT می تواند بر روی اضطراب ناشی از هراس در بیماران مبتلا به حمله هراس نیز مفید باشد (۳۶). González-Fernández و همکاران نیز در مطالعه مروری خود بر روی ۱۹ مقاله اعلام کردند که ACT در درمان روانشناختی بیماران انکولوژیک مفید بوده است و این افراد از وضعیت عاطفی و کیفیت زندگی بهتر و انعطاف پذیری روانشناختی بیشتری برخوردار بودند (۳۷). نتایج مطالعات ذکر شده با یافته های مطالعه حاضر همسو است. در گزارش مورد ارائه شده توسط O'Hayer و همکارانش خانم ۵۴ ساله‌ای که بعلت سرطان پانکراس دچار کاهش انرژی و افسردگی شده و به شدت در نظر داشت درمانش را قطع کند مورد درمان ۵ هفته‌ای ACT قرار گرفت پس از طی این دوره بیمار توانست درباره احساساتش صحبت کند و به ذهنش اجازه داد از زمان باقی مانده خود بهترین استفاده را نماید و اوقات

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

بیشتر و روابط عمیق تری با دوستان و خانواده داشته باشد و همچنین این روش توانست در ایجاد فاصله عاطفی در مورد این فکر که "سرطان عذاب خداست" کمک کند (۲۵) این یافته نیز با مطالعه حاضر همسو است اما درمان بصورت انفرادی انجام شده و دوره پیگیری نداشت. Mosher و همکارانش ACT را روی ۵۰ بیمار سرطان ریه و مراقبین آنها بصورت تلفنی به مدت ۶ جلسه انجام دادند و پس از پیگیری شش هفته ای نتایج آنها نشان داد این روش روی درد و خستگی موثر نیست اما تحمل بیمار برای درمان را تغییر داده است (۳۸). این یافته با مطالعه حاضر غیر همسو است که می تواند علت آن اجرای این روش بصورت تلفنی باشد زیرا در ACT نیاز به اجرای تکنیک‌ها وجود دارد. یافته های این مطاله نشان می دهد که خرده مقیاس های ترس از پیشرفت مانند واکنش عاطفی، مشارکت، از دست دادن استقلال، اشتغال، مقابله با اضطراب کاهش معنی داری داشته است.

در تبیین اینکه ACT بر خرده مقیاس های ترس از پیشرفت در بیماران سرطان پستان چگونه موثر است باید گفت هرچه فرد نگرانی بیشتری درباره روند بیماری خود داشته باشد نگرانی از تاثیری که بیماری بر عملکرد شغلی، روابط او با همسر و اعضای خانواده ، توانایی او برای انجام امور شخصی اش دارد، بیشتر خواهد بود (۳۰). ACT و تکنیک های درمانی آن بر مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال است این تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می کند تغییرات دنیا را آنگونه که هست تجربه کنند نه آ نگونه که در ذهن می سازند (۳۹). در واقع زمانی که فرد مبتلا نمی تواند ارزیابی هایش را از مسائل تغییر دهد و تعبیر و تفسیر بد بینانه ای دارد و از ارزیابی مسائل باز می ماند. این افراد ممکن است دچار اختلالات ارتباطی، شغلی و پرخاشگری به صورت ثانویه گردند (۴۰). بنابراین، این درمان به آنان کمک می کند که با تجارب اینجا و اکنون خود در تماس باشند. فرآیند دیگری که در این درمان بر آن تاکید می گردد عمل متعهدانه، ترغیب به روشن کردن اهداف و ارزش ها و تعهد به انجام اعمالی که در راستای دستیابی به این اهداف لازم است، می باشد. بنابراین با استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی و استعاره ها در قرار گرفتن این بیماران در زمان حال و تعهد به عمل ارزشمندانه برای مقابله با اضطراب و کاهش ترس از پیشرفت بیماری به طور قابل ملاحظه ای کمک شد. Fakouri Joybari و همکارانش نیز این روش را در خود متمایز سازی موثر اعلام کرده اند (۴۱) که با مطالعه حاضر همسو است. در تبیین تاثیر ACT بر خود متمایز سازی باید گفت بیماران با سطح پایین از تمایز یافتگی در روابط خود با دیگران احساس تهدید و آسیب پذیری بیشتری می کنند و گاهی در نتیجه این احساس رفتار دفاعی پیش می گیرند (۴۲). بخاطر ماهیت بیماری آنها اغلب از اطرافیان فاصله می‌گیرند. در واقع با استفاده از ACT اجتناب تجربی در برابر پذیرش قرار می گیرد و فرد بجای فرار و اجتناب از شکل و فراوانی یا حساسیت موقعیتی رویدادهای درونی خود را می پذیرد (۴۳). افراد با تمایز یافتگی پایین که معمولا راه اجتناب را انتخاب می کردند و حاضر به پذیرش هیجان خود نبودند با استفاده از تکنیک های ACT توانستند بجای اجتناب پاسخ های کنار آمدن فعال و واقع بینانه را بیاموزند و به سطح بالاتری از تمایز یافتگی دست یابند. از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش های روان شناختی می تواند نقش موثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مُراجع هرگز به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از بهبود نگریسته نمی‌شود (۴۴).

پیشنهاد می‌شود مطالعه با حجم بیشتر و دوره های پیگیری طولانی‌تری برای ارزیابی پایداری این روش انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می شود این روش در سایر انواع سرطان و در مقایسه با سایر روان درمانی ها و نیز دارو درمانی صورت گیرد. محدودیت ها شامل محدودیت مکانی که منحصر به شهر ساری بود، عدم همکاری به علت سن بالا و مشابه نبودن میزان تحصیلات بود که ادامه روند درمانی را دچار اختلال می کرد. مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از پیشرفت و خود متمایز سازی در بیماران مبتلابه سرطان پستان موثر است.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از مرکز تحقیقات سرطان، معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و بیمارانی که ما را در انجام مطالعه یاری نمودند تشکر و قدردانی می شود.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Management on Self-Differentiation and Fear of Disease Progression in Patients with Breast Cancer

M. Hasannezhad Reskati (PhD)[1], S.H. Hosseini (MD)[2] , R. Alizadeh-Navaei (PhD)[3] , S. Khosravi (MD)[4] , B. Mirzaian (PhD)*[1]

1.Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran
2.Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran
3.Gastrointestinal Cancer Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, I.R.Iran
4.Hematology, Oncology and Stem Cell Transplantation Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R.Iran

J Babol Univ Med Sci; 22; 2020; PP: 110-118

Received: Apr 18th 2019, Revised: Aug 26th 2019, Accepted: Oct 7th 2019.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVE: Fear of disease progression and rejection of what happened and not being able to distinguish oneself from mental processes cause confusion in mental health. Since acceptance and commitment therapy emphasizes on modification of dysfunctional processes such as avoidance and fusion and their change to acceptance and commitment, the present study was conducted to examine the effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-differentiation and fear of disease progression in patients with breast cancer.

METHODS: This clinical trial was performed on 30 patients referred to the Touba Oncology Center in Sari, who were randomly divided into two groups of experiment and control (n= 15). The treatment was performed in eight 90-minute sessions in the experimental group. Participants were assessed and compared based on questionnaire of self-differentiation and fear of disease progression before the experiment and two months after that.

FINDINGS: The results showed that fear of disease progression in the pre-test compared to the post-test decreased in the experimental group (135.11±4.27 versus 126.05±3.12) and in the follow-up period, this decease continued in the experimental group (125.32±3.05) ($p< 0.05$). In addition, the mean score of self-differentiation in pre-test compared to post-test increased (67.12±12.5 versus 77.17±4.51) and this increase continued in the follow-up period (75.4±3.34) ($p<0.05$).

CONCLUSION: The results of the study showed that acceptance and commitment therapy management could be effective in increasing self-differentiation and reducing the fear of disease progression in breast cancer patients.

KEY WORDS: *Acceptance and Commitment Therapy, Self-Differentiation, Fear of Disease Progression.*

Please cite this article as follows:

Hasannezhad Reskati M, Hosseini SH, Alizadeh-Navaei R, Khosravi S, Mirzaian B. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Management on Self-Differentiation and Fear of Disease Progression in Patients with Breast Cancer. J Babol Univ Med Sci. 2020;22: 110-8.

***Corresonding Author: B. Mirzaian (PhD)**
Address: Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, I.R.Iran
Tel: +98 11 33032891
E-mail: Bahrammirzaian@gmail.com

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

References

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
2. Pudkasam S, Tangalakis K, Chinlumprasert N, Apostolopoulos V, Stojanovska L. Breast cancer and exercise: The role of adiposity and immune markers. Maturitas. 2017;105:16-22.
3. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. Breast J. 2015;21(1):97-103.
4. Stafford L, Komiti A, Bousman C, Judd F, Gibson P, Mann GB, et al. Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. Breast J. 2016;26:100-5.
5. Levkovich I, Cohen M, Pollack S, Drumea K, Fried G. Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients postchemotherapy: Different associations with optimism and stress appraisals. Palliat Support Care. 2015;13(5):1141-51.
6. Fallah R, Golzari M, Dastani M, Akbari ME. Integrating Spirituality into a Group Psychotherapy Program for Women Surviving from Breast Cancer. Iran J Cancer Prev. 2011;4(3):141-7.
7. Herschbach P, Dinkel A. Fear of progression. Recent Results Cancer Res. 2014;197:11-29.
8. Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. Psychooncology. 2013;22(5):978-86.
9. Fardell JE, Thewes B, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L, Smith A, et al. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. J Cancer Surviv. 2016;10(4):663-73.
10. Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S, et al. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. J Cancer Surviv. 2013;7(3):300-22.
11. Koch-Gallenkamp L, Bertram H, Eberle A, Holleczek B, Schmid-Höpfner S, Waldmann A, et al. Fear of recurrence in long-term cancer survivors-Do cancer type, sex, time since diagnosis, and social support matter?. Health Psychol. 2016;35(12):1329-33.
12. Savard J, Ivers H. The evolution of fear of cancer recurrence during the cancer care trajectory and its relationship with cancer characteristics. J Psychosom Res. 2013;74(4):354-60.
13. Mehnert A, Koch U, Sundermann C, Dinkel A. Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. Acta Oncol. 2013;52(6): 1102-9.
14. Almeida SN, Elliott R, Silva ER, Sales CMD. Fear of cancer recurrence: A qualitative systematic review and meta-synthesis of patients' experiences. Clin Psychol Rev. 2019;68:13-24.
15. Yang Y, Sun H, Liu T, Zhang J, Wang H, Liang W, et al. Factors associated with fear of progression in chinese cancer patients: sociodemographic, clinical and psychological variables. J Psychosom Res. 2018;114:18-24.
16. Karami J, Zakiei A, Alikhani M, Nourouzi A. Explanation of self differentiation in accordance with attachment styles and alexithymia. J Behav Sci. 2014;8(2):139-47. [In Persian]
17. Bayrami M, Fahimi S, Akbari E, Amiri Pichakolaei A. Predicting marital satisfaction on the basis of attachment styles and differentiation components. J Fundament Ment Health. 2012;14(1):64-77. [In Persian]
18. Hoseinian S, Najaflooy F. The relationship between differentiation of self with psychological and physical symptoms in women referring to counseling centers. J Woman Stud Fam. 2011;3(11):29-44. [In Persian]
19. Zayerzadeh E, Peerkhaefi A. Study of the relationship between self-differentiated levels and coping strategies with psychological stress in divorced women. The Women And Family Cultural Education. 2014;8(26): 131-155 [In Persian]. Available from: https://cwfs.ihu.ac.ir/article_201631_7e57ef1dcdad67277592e8da1a1ce0c5.pdf
20. 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 j of Psychiatric Nursing 2018;6(5):1-7. [In Persian]

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

21.Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. Eur J Cancer Care (Engl). 2015;24(1):15-27.
22.Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and ommitment therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psychooncology. 2013;22(2):459-64.
23.Rajabi S, Yazdkhasti F. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association. J Clin Psychol. 2014;6(1):29-38 [In Persian]. Available from: https://jcp.semnan.ac.ir/article_2152_en.html
24.Angiola JE, Bowen AM. Quality of Life in Advanced Cancer: An Acceptance and Commitment Therapy View. Couns Psychol. 2013;41(2):313-35
25.O'Hayer CVF, O'Hayer KM, Sama A. Acceptance and Commitment Therapy with Pancreatic Cancer: An Integrative Model of Palliative Care-A Case Report. J Pancreat Cancer 2018;4(1):1-3.
26.Johns SA, Von Ah D, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Alyea JM, et al. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction for breast and colorectal cancer survivors: effects on cancer-related cognitive impairment. J Cancer Surviv. 2016;10(3):437-48.
27.Hayes SC, Strosahl KD, Wilson K G. Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change, 1st ed. The Guilford Press;1999.
28.Dinkel A, Kremsreiter K, Marten-Mittag B, Lahmann C. Comorbidity of fear of progression and anxiety disorders in cancer patients. Gen Hosp Psychiatry. 2014;36(6):613-19.
29.Herschbach P, Berg P, Dankert A, Duran G, Engst-Hastreiter U, Waadt S, et al. Fear of progression in chronic diseases: psychometric properties of the Fear of Progression Questionnaire. Journal of Psychosomatic Research. 2005;58(6):505-11.
30.Manafi SF, Dehshiri Gh. Fear of disease progression in patients with cancer and multiple sclerosis and its relation to emotional problems. Q J Health Psychol. 2017;6(2):115-130. [In Persian]
31.Drake JR, Murdock NL, Marszalek JM, Barber CE. Differentiation of Self Inventory—Short Form: Development and Preliminary Validation. Contemp Fam Ther. 2015;37(2):101-12.
32.Buser JK, Gibson S. Differentiation and Eating Disorder Symptoms Among Males. The Family Journal. 2014;22(1):17-25.
33.Jankowski PJ, Hooper LM. Differentiation of self: A validation study of the Bowen theory construct. Couple & Family psychology: Research and Practice. 2012;1(3):226-43.
34.Ghasemzadeh Barki S, Khezri Moghadam N. The Role of Self-Differentiation and Self-Conscious of Shame and Guilt in Predicting the Quality of Life of Women with Breast Cancer. Iran Q J Breast Dis. 2017;10(1):40-7. [In Persian]
35.Ostadian Khani Z, Fadaei Moghaddam M. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Social Adjustment and Social Phobia Among Physically-Disabled Persons. Archives of Rehabilitation. 2017;18(1):63-72. [In Persian]
36.Malmir T, Ebrahimi Moghadam H, Rahmani F, Ramezan Alizadeh Z. The Effectiveness of Group Training Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Aggression and Anxiety in Patients with Panic Disorder. Q J Psychological Studies. 2018;13(4):141-156. [In Persian]
37.González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C. Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings. Behav Med. 2019;45(3): 255-69.
38.Mosher CE, Secinti E, Hirsh AT, Hanna N, Einhorn LH, Jalal SI, et al. Acceptance and Commitment Therapy for Symptom Interference in Advanced Lung Cancer and Caregiver Distress: A Pilot Randomized Trial. J Pain Symptom Manage. 2019;58(4):632-44.
39.Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. Behav Ther. 2004;35(4):639-65. Available from:

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]

https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0005789404800133?token=BE399E07D0858BAF475C2EA0CC1610C0DCDE8301BBCB1E86624E30AFC4B210A91F2DE7B890C414BC2718C863781481CB

40.Fiorillo D, McLean C, Pistorello J, Hayes SC, Follette VM. Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. J Contextual Behav Sci. 2017;6(1):104-13.

41.Fakouri Joybari Z, Hasanzadeh R, Abbasi Gh. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Management on Self- Differentiation and Mental health among Veterans' Children. Salamat Ijtimai (Community Health). 2019;6(3):314-26. [In Persian]

42.Peleg O, Rahal A. Physiological symptoms and differentiation of self: A cross-cultural examination. Int J Intercult Rel. 2012;36(5):719-27.

43.Gaudiano BA, Herbert JD, Hayes SC. Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of change in acceptance and commitment therapy for psychosis. Behav Ther. 2010;41(4):543-54.

44.Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. Couns Psychol. 2012;40(7):976-1002.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1399.22.1.14.6]
[DOI: 10.22088/jbums.22.1.110]