

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Reality Therapy on Self-Care Behaviors in Female Patients with Breast Cancer

Nahid Khanbabaei¹, Mina Mojtabaei², Amin Rafiepour³

1. PhD Student, Department of Health Psychology, Faculty of Educational Sciences and Counseling, Roodehen Azad University, Tehran, Iran.
- 2 Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Counseling, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran Payame Noor University, PhD, Iran.

ABSTRACT

The article is taken from a doctoral dissertation

Received: 12/07/1399 - Accepted: 10/05/1400

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment and reality therapy on self-care behaviors in female patients with breast cancer. **Methods:** The design of the present study was a quasi-experimental including three groups of pre-test-post-test with control group, and follow-up. The present study population included female patients with breast cancer aged between 25 to 45 years who referred to the oncology ward of Imam Hossein Hospital in Tehran in the second half of the year 2020. In this study, three experimental groups, with 20 individuals in each was used. For the methodology, the experimental group received the acceptance and commitment treatment protocol, while the second experimental group received the reality therapy intervention. These were performed in eight 90-minute sessions. But the control group did not receive any intervention. Mixed analysis of variance was used to analyze the data .

Findings: Finally, in examining the effectiveness of acceptance and commitment and reality therapy approaches, it was found that there is a difference between the effectiveness of acceptance and commitment therapy and reality therapy on self-care behaviors in female patients with breast cancer ($P < 0.430$). In other words, reality therapy has a greater effect on increasing self-care behaviors in female patients with breast cancer than acceptance and commitment therapy.

Keywords: Considering the effect of reality therapy approach on increasing self-care behaviors in female patients with breast cancer, the need for more attention and application of this approach and thus increasing the likelihood of self-care in patients is felt more than before



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۰، شماره ۸۰، زمستان ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v20i80.8495

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان

ناهید خانابائی^۱، مینا مجتبابی^۲، امین رفیعی‌پور^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه آزاد رودهن، تهران، ایران.
۲. نویسنده مسئول، دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، تهران، ایران.
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران دانشگاه پیام نور، دکتری تخصصی، ایران.
mojtabaie_in@yahoo.com

(صفحات ۱۵۸-۱۸۳)

چکیده

مقاله برگرفته از رساله دکتری است

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. **روش پژوهش:** طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی سه گروهی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و همراه با پیگیری بود. جامعه پژوهشی حاضر بیماران زن مبتلا به سرطان پستان ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام حسین شهر تهران در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بودند. در این تحقیق از سه گروه آزمایشی استفاده شده است، تعداد افراد هر گروه ۲۰ نفر بود. روش اجرا بدین صورت بود که گروه آزمایشی اول، پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایشی دوم مداخله واقعیت درمانی، طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله صورت گرفت. اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. **یافته‌های پژوهش:** در نهایت و در بررسی میزان تأثیرگذاری رویکردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی مشخص شد که بین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد ($p < 0/430$). به عبارتی دیگر واقعیت درمانی به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تأثیر بیشتری برافزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان دارد. **نتیجه:** با توجه به تأثیر رویکرد واقعیت درمانی برافزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، لزوم توجه و به‌کارگیری بیشتر این رویکرد و در نتیجه افزایش احتمال خودمراقبتی در بیماران بیش‌ازپیش احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، واقعیت درمانی، رفتارهای خودمراقبتی، سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰

مقدمه

سرطان، از جمله بیماری‌های مزمن و غیرواگیری است که گروه وسیعی از بیماری‌ها را شامل می‌شود (برگ، بلوم، کرمک، ماندلسون، لهرر و مارسلا^۱، ۲۰۱۸). این بیماری همچون سایر بیماری‌های مزمن، در هر فرد، گروه سنی و هر نژادی رخ می‌دهد و به عنوان یک معضل عمده بهداشتی و تأثیرگذار بر سلامت جامعه محسوب می‌گردد (سیگل، بلوم، کرمک، ماندلسون، لهرر و مارسلا^۲، ۲۰۱۸). هیچ سرطانی برای خانم‌ها نگران‌کننده‌تر از سرطان پستان نیست (خیری و صالحی^۳، ۱۳۹۳). این بیماری یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌ها در زنان است که از هر ۸ نفر زن یک نفر را مبتلا کرده و متأسفانه بیش از سایر سرطان‌ها باعث مرگ و میر زنان می‌شود. این بدخیمی، ۳۳ درصد سرطان‌های خانم‌ها را تشکیل داده و مسئول ۹۱ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان می‌باشد (ریچموند، لایت، اسریکساوان، ویلیامسون، موسر و همکاران^۴، ۲۰۱۸). سرطان پستان، به صورت تغییرات رشد خارج از کنترل سلول‌ها در بافت پستان تعریف می‌شود که این رشد غیرطبیعی، در غدد تولیدکننده شیر (لوبول‌ها) یا در مجاری که لوبول‌ها را به نوک پستان مرتبط می‌سازند (داکت)، ایجاد می‌گردد (ساباتینو، لاورنس، ادلر، مرسر، ویلسون و همکاران^۵، ۲۰۱۲). عوامل مؤثر در بروز این بیماری شامل سن، ژنتیک، پیشینه خانوادگی، رژیم غذایی، مصرف الکل، چاقی، شیوه‌های زندگی، نداشتن فعالیت فیزیکی و عوامل آندوکراین هستند (کروتس^۶، ۲۰۱۷). از دیگر عوامل مرتبط با سرطان پستان می‌توان به تراکم ماموگرافیک و سابقه بیماری خوش خیم اشاره نمود. به عبارتی دیگر، سرطان پستان، بیماری چندعاملی است که عوامل ژنتیک، هورمونی و تقابل با محیط در ایجاد آن نقش

-
1. Berg, W. Blum, J. Cormack, J. Mandelson, E. Lehrer, D. Marcela, B.
 2. Siegel, R. Ward, E. Brawley. O, Jemal, A.
 3. Richmond, H., Lait, C., Srikesavan, C., Williamson, E., Moser, J., Newman, M., & Bruce, J.
 4. Sabatino, S. Lawrence, B. Elder, R. Mercer, S. Wilson, K. DeVinney, B. et al.
 5. Kurtz, J.

دارد (ریتزو باومن^۱، ۲۰۱۸).

یکی از مؤلفه‌هایی که در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان باید مورد توجه قرار گیرد، میزان توجه این بیماران به رفتارهای خود مراقبتی و توصیه‌های درمانی جهت مقابله بهتر با بیماری و درنهایت، درمان آن است. در واقع، بدون خود مراقبتی و انجام رفتارهای مراقبتی برای سرعت بهبود بیماری اثربخشی چندانی ندارد و در واقع، مراقبت شخص از خودش با توجه به توصیه‌های درمانی امری بسیار مهم تر از درک بیماری می‌باشد. این امر بانام رفتارهای خودمراقبتی شناخته می‌شود (خانبابایی و همکاران، ۱۳۹۹).

خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش از زمان تولد تا مرگ انجام می‌دهند (ارین^۲، ۲۰۱۷). حیطه‌های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، پایش سلامت، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی است. خودمراقبتی، جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است (خوش تراش و همکاران، ۱۳۹۲). خودمراقبتی در بیماران، شامل کنترل و مدیریت علائم، پذیرش رژیم درمانی، حفظ سبک زندگی سالم و مدیریت تأثیر بیماری بر عملکرد روزانه، عواطف و روابط اجتماعی می‌باشد (کوشیار، دلیر، و حسینی، ۱۳۹۴). در واقع یادگیری اداره کردن وضعیت‌های مزمن، ستون اصلی مراقبت از خود را تشکیل می‌دهد (ساندرا، بینیمول، آناکوتی و سیلکی^۳، ۲۰۱۸). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران سرطانی، شامل نتایج زیادی است از جمله اینکه، فرآیند پاتولوژیک بیماری متوقف می‌شود و یا بیماری تحت کنترل قرار می‌گیرد، دوم اینکه عوارض بیماری پیشگیری می‌شود و درنهایت اینکه، از انتشار عامل مؤثر در ایجاد بیماری پیشگیری می‌شود. در نتیجه این تأثیرات،

1. Wirtz, P., & Baumann, F.

2. Erien, J.

3. Sandra, R. Binimol, J. Annakutty, P. & Selcy, J.

سطح سلامتی و احساس خوب بودن افزایش می‌یابد و باعث ایجاد احساس رضایتمندی، لذت، شادی و سطح مناسب روانی در این بیماران می‌شود و فرد می‌تواند به ایدئال‌های خود برسد (چیتم، چاوک، گوماسی و ساهای^۱، ۲۰۱۸). پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماری سرطان، علاوه بر پیشگیری از تشدید علائم و نشانه‌ها، در کاهش دفعات بستری، کاهش مرگ و میر بیماران، احساس سلامت بیشتر در آن‌ها و کاهش هزینه‌های درمانی آنان نیز مؤثر می‌باشد (راجپورا و نایاک^۲، ۲۰۱۴). همچنین بیماران سرطانی می‌توانند با کسب مهارت‌های مراقبت از خود، بر میزان احساس آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرآیندهای بیماری خود در محیط خانواده نیز تأثیرگذار باشند (طاهری خرامه و همکاران، ۱۳۹۵).

حال باید به این نکته توجه نمود که برای افزایش رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه افزایش انگیزه پیروی از توصیه‌های درمانی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان چه رویکردهایی را به کاربرد؟ به عبارتی دیگر، نکته بسیار مهمی که در زمینه درمان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان اهمیت پیدا می‌کند، شناخت و بررسی رویکردهایی جهت افزایش انگیزه این بیماران برای افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران می‌باشد. یکی از رویکردهای روان‌شناختی که اثربخشی آن بر فرآیند اثربخشی درمان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مورد توجه پژوهش‌های گوناگون قرار گرفته است، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT^۳) می‌باشد. درمان پذیرش و تعهد بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است، درمان از طریق پذیرش و تعهد به مراجع می‌آموزد که افکار و احساساتش را بپذیرد (معادزی نژاد، عرفی و امیری، ۱۳۹۹)، و نیز با استفاده از این رویکرد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد (نقیبی، سعیدی و خزائی، ۱۳۹۷).

1. Chittem, M. Chawak, S. Gomathy, S. Sridharan, P. & Sahay, R.

2. Rajpura & Nayak.

3. Acceptance and Commitment Therapy.

درمان پذیرش و تعهد بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب هایش تأکید دارد (هنرپروران و میرزایی کیا، ۱۳۹۴). درمان پذیرش و تعهد شش فرآیند محوری دارد که منجر به انعطاف پذیری روان شناختی افراد می شود. این شش فرآیند شامل پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل عدم صراحت ارزش ها و ارتباط با آن ها، و تعهد در مقابل منفعل بودن می باشد. دو هدف اصلی این درمان شامل پذیرش افکار و احساسات ناخواسته غیرقابل کنترل و تعهد و عمل برای داشتن یک زندگی ارزشمند مطابق با ارزش های شخصی خود فرد می باشد. این درمان شامل پذیرش و تغییر به صورت هم زمان است، البته تغییر در عملکرد افراد نه در مشکل یا فراوانی رفتار مشکل سازشان (هربرت و فورمن^۱، ۲۰۱۱).

یکی دیگر از رویکردهای دیگری که در پژوهش حاضر جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه افزایش انگیزه پیروی از توصیه های درمانی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مورد بررسی قرار گرفته است واقعیت درمانی می باشد. دلیل انتخاب این رویکرد این است که در پژوهش های مختلف (جویناتسی، هوملر و گراوستین^۲، ۲۰۱۶؛ فورنیر^۳، ۲۰۱۸؛ هندریک، فاولر و رابرتسون^۴، ۲۰۱۶) مشخص شده واقعیت درمانی می تواند باعث افزایش پیروی از درمان، عمل به توصیه های درمانی و بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شود. برای نمونه، هندریک، فاولر و رابرتسون (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند که واقعیت درمانی بر پیروی از درمان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد و باعث افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران نیز می شود.

1. Herbert, E. & Forman, M.
2. Joynatci, A., Homler, T., Gravestein, L.
3. Fornear, Y.
4. Hendrick, A., Fowler, F., Rpbertson, Y.

واقعیت‌درمانی^۱، یکی از جدیدترین تلاش‌های درمانگران در راه توصیف انسان، تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود. در این شیوه درمان، مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره درست و نادرست بودن رفتار و در نتیجه نیل به هویت توفیق‌مورد تأکید است (گلاسر^۲، ۲۰۰۰). واقعیت‌درمانی به انسان کمک می‌کند تا بر رفتار و انتخاب‌های خویش تسلط و کنترل داشته باشد (جونز و پریش^۳، ۲۰۱۵). در واقعیت‌درمانی، پذیرش مسئولیت رفتار اهمیت زیادی دارد. انسان مسئول، منطبق با واقعیت رفتار می‌کند، ناکامی را به خاطر نیل به ارزشمندی متحمل می‌شود، نیازهایش را طوری برآورده می‌سازد که مانع ارضای نیازهای دیگران نگردد، به وعده‌هایش جامه عمل می‌پوشاند و در نتیجه احساس رضایت و ارزشمندی به وی دست می‌دهد (هرتیش و لیانگ^۴، ۲۰۱۳).

با توجه به میزان شیوع بیماری سرطان پستان و پیامدهای پزشکی ناشی از آن، بحث رفتارهای خودمراقبتی این بیماران، توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است، زیرا می‌تواند بهبود یا ناتوانی بیماران را به همراه داشته باشد و دستاوردهای درمان را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین با اینکه در پژوهش‌های زیادی، به بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداخته شده است، اما برای بیماران شناخته شده است، اما متأسفانه پژوهش‌های بسیار اندکی در زمینه تأثیر رویکردهای درمانی روان‌شناختی بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی وجود دارد و لذا انجام مطالعات بیشتری در این زمینه ضروری می‌باشد. بر این اساس هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت‌درمانی بر اساس رویه WDEP بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان می‌باشد.

1. Reality therapy.
 2. Glasser, G.
 3. Jones, L. & Parish, T.
 4. Heretish, L. & Lyang, S.

مواد و روش‌ها

روش تحقیق شبه آزمایشی و طرح تحقیق به صورت سه گروه از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و همراه با پیگیری پس از هشت جلسه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین افراد جامعه آماری، ۶۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند همراه با غربالگری و براساس جدول کوهن، با استفاده از اندازه اثر و توان آزمون، به عنوان افراد نمونه انتخاب می‌شود. روش نمونه‌گیری این افراد به صورت هدفمند می‌باشد. لازم به ذکر است ملاک‌های ورود این افراد شامل موارد زیر می‌باشد:

- دامنه سنی آن‌ها بین ۲۵ تا ۴۵ سال باشد.
 - براساس طبقه‌بندی TNM، در مراحل صفر، ۱ یا ۲ سرطان پستان باشند.
 - غدد سرطانی آن‌ها به سایر نقاط بدن منتشر نشده باشد (در مراحل ۳ و ۴ نباشند).
 - سابقه بیماری روان‌پزشکی قبل از ابتلا به سرطان نداشته باشند.
 - کسب نمره بین ۳۹-۰ از پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو
 - کسب نمره ۲۰-۰ از پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS)
 - کسب نمره ۲۲۰-۸۲ از پرسشنامه ادراک بیماری فرم بلند (IPQ-R)
- در ادامه، این افراد با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارده خواهند شد. تعداد افراد هر گروه ۲۰ نفر می‌باشد. گروه آزمایش اول می‌بایست تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و گروه آزمایش دوم تحت مداخله واقعیت درمانی (WDEP) قرار گرفته باشند، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرده باشند.

گروه آزمایش اول تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم تحت مداخله واقعیت درمانی (WDEP) قرار گرفتند، اما گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای

دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته (MANOVA) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

- به تمامی افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی می‌ماند که این همان اصل رازداری بود.
- برقراری ارتباط توأم با احترام از دیگر اصول بود. با تمامی افراد ارتباط کافی و محترمانه‌ای در طول پژوهش برقرار شد.
- به تمامی افراد این حق داده شد تا هر زمان که خودشان تمایل داشتند از فرآیند پژوهش خارج شوند.
- تمامی اهداف و فرآیند پژوهش برای افراد توضیح داده شد.
- تمامی افراد به صورت داوطلبانه در فرآیند پژوهش شرکت نمودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه توان خودمراقبتی: پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS^۱) توسط جانسون (۲۰۰۸) تهیه شده است. پرسشنامه توان خودمراقبتی (SCAS) دارای ۲۲ گویه می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس است. زیرمقیاس‌های استفاده از دارو (۶ سؤال)، رژیم غذایی (۵ سؤال)، نظارت بر خود (۴ سؤال)، مراقبت بهداشتی (۴ سؤال) و وضعیت روانی (۳ سؤال) توسط این پرسشنامه مورد سنجش قرار می‌گیرند. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت ۳ درجه‌ای می‌باشد که برای گزینه هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و همیشه (۲) نمره در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است سؤالات ۱۲، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. دامنه نمره گذاری این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۴ می‌باشد. نمره بالاتر به معنی رفتارهای خودمراقبتی بیشتر در فرد می‌باشد. روایی این

1. Aging's Self-Care Scale.

پرسشنامه در پژوهش جانسون (۲۰۰۸) به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۸۸ پایایی و گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش مذکور برابر با ۰/۸۵ گزارش شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش فردمن و کاتلر (۲۰۰۹) به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۴ گزارش شد. روایی پرسشنامه خودمراقبتی در ایران توسط همتی مسلک پاک و هاشملو ۰/۷۹ و پایایی ۰/۸۶ گزار شده است.

پروتکل درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT^۱) دارای ۸ جلسه بوده که طول هر جلسه ۶۰ دقیقه بوده و در هر هفته ۲ جلسه برای افراد گروه آزمایش اول اجرا شد (صبور و کاکابرایی، ۱۳۹۵). جلسات این پروتکل درمانی در زیر شرح داده شده است:

پروتکل‌ها

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه	هدف	محتوا و فعالیت‌ها
۱	معارفه	مسائل اخلاقی، رضایت آگاهانه و پیش‌آزمون، برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن آزمودنی با موضوع پژوهش، بررسی بیماری سرطان پستان در افراد، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها. اجرای تمرین تمرکز
۲	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان پذیرش و تعهد	ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. آموزش ذهن آگاهی و اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی و ریلکسیشن
۳	تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع	شناسایی ارزشهای مراجع؛ شفاف سازی ارزش‌ها؛ تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن
۴	بررسی ارزشهای افراد	بررسی موانع؛ تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند؛ تمرین سنگ مزار
۵	تفهیم آمیختگی و گسلس و انجام تمارین برای گسلس	مرور تکالیف؛ گسستگی از تهدیدهای زبان؛ ذهن آگاهی

1. Individual Therapy Protocol.

جلسه	هدف	محتوا و فعالیت‌ها
۶	تفہیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلس از آن	رنج اولیه و ثانویه؛ تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت
۷	تأکید برای در زمان حال بودن	ذهن آگاهی در پیاده روی؛ تمرین تنفس
۸	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه	مرور درمان؛ عمل متعهدانه؛ عود و پیشامدها؛ پس‌آزمون و جمع بندی نهایی و بازخورد از مشارکت کنندگان، آمادگی نه پیشگیری؛ تکلیف مادام‌العمر

پروتکل واقعیت درمانی (WDEP): پروتکل واقعیت درمانی (WDEP) مبتنی بر نظریه ویلیام گلاسر می‌باشد. این پروتکل دارای ۸ جلسه بوده که طول هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده و در هر هفته ۲ جلسه برای افراد گروه آزمایش دوم اجرا شد. این پروتکل از کتاب مفهوم واقعیت درمانی (نوشته ویلیام گلاسر، ۱۳۹۲) استخراج شده است. جلسات این پروتکل درمانی در زیر شرح داده شده است:

پروتکل واقعیت درمانی (WDEP)

جلسه	هدف	محتوا و فعالیت‌ها
۱	معارفه	آشنایی اعضا با همدیگر، بیان قوانین و اهداف، ایجاد رابطه عاطفی میان اعضا و همچنین ایجاد احساس تعلق در اعضا نسبت به گروه
۲	آشنایی با نظریه انتخاب و پنج نیاز	آموزش نظریه انتخاب و پنج نیاز اساسی (بقاء، عشق و تعلق، نیاز به قدرت، آزادی و تفریح)؛ چگونگی تأثیر آن‌ها بر زندگی؛ از اعضا خواسته می‌شود در طی هفته، نیازهای خود را بررسی کرده و آن‌ها را بر اساس پنج نیاز اساسی اولویت بندی کنند
۳	آموزش اجزاء رفتار (مفهوم رفتار کلی)	آموزش شناسایی اجزاء رفتاری و نحوه عمل اجزاء؛ آموزش تفکر، عمل، احساس و فیزیولوژی و آموزش یکپارچه نمودن اجزاء رفتار برای شکل‌دهی رفتار کلی
۴	ایجاد روحیه سالم برای برقراری رابطه	بررسی و شناسایی هفت عادت رفتاری مخرب و ناسازگار (انتقاد بی‌مورد، سرزنش، گله کردن، غرزدن، تهدید، تنبیه و تطمیع)؛ تأکید بر لزوم ترک این رفتارهای ناسازگار و مخرب برای کنترل دیگران و جایگزین ساختن هفت عامل ارتباطی مؤثر شامل (حمایت، تشویق، پذیرش، اعتماد، احترام، گوش دادن و گفتگو)

جلسه	هدف	محتوا و فعالیت ها
۵	یادگیری روش های خویش-تن داری و خودکنترلی رفتار	آموزش روش های خویش-تن داری شامل حفظ آرامش در موقعیت های خشم و استفاده از تکنیک های رفتاری مانند نفس عمیق کشیدن، شمارش روبه جلو یا روبه عقب، به صورت ایفای نقش، به منظور مدیریت اعضا در موقعیت های بحرانی و جلوگیری از آسیب
۶	ایجاد رفتار مسئولانه به وسیله ایجاد روحیه همکاری	در این جلسه، اعضا به گروه های کوچک تر ۲ الی ۴ نفره تقسیم می شوند و با یکدیگر در انجام دادن فعالیت هایی همچون نقاشی و طراحی، همکاری می کنند. اعضا با حضور در این فعالیت های مشارکتی، احساس تعلق و مسئولیت را هر چه بیشتر می آموزند
۷	راهبردهای طرح ریزی رفتار جدید	در این جلسه دانش آموزان روش هایی را می آموزند که انتخاب غلط را با انتخاب صحیح جایگزین کنند. همچنین دانش آموزان می آموزند با انتخاب رفتارهای مناسب، از بروز رفتارهای غیرمسئولانه جلوگیری کنند.
۸	نتیجه گیری، اتمام جلسات و تعیین تاریخ پس آزمون	اعضای گروه به خودشان نامه می نویسند که در طی جلسات آموزش چه تغییراتی داشته اند. نامه ها برای اعضا خوانده می شود و اعضا به نامه ها بازخورد می دهند. خلاصه جلسات، پس آزمون، مرور شده و اعضا گروه با کمک مشاور نتیجه گیری می کنند

یافته ها

در جداول ۱ و ۲ میانگین و انحراف معیار شرکت کنندگان در گروه های پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری آورده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار واقعیت درمانی

متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
رفتارهای خودمراقبتی		۴۳/۷	۶۲/۳۱	۲۷/۴	۶۶/۳۲	۸۳/۴

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
رفتارهای خودمراقبتی		۶۳/۴	۰۹/۲۲	۳۸/۴	۹۰/۲۳	۱۹/۵

در جدول ۳ تحلیل واریانس برون‌گروهی و مقایسه میانگین‌های رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه نشان داده شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس برون‌گروهی

سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجات آزادی	مجموع مربعات	
۰,۰۰۰	۳۰۵۸۲,۳۸۶	۵۴۱۶۴۸,۰۴۴	۱	۵۴۱۶۴۸,۰۴۴	عرض از مبدأ
۰,۴۳۰	۰,۶۴۲	۱۱,۳۷۸	۱	۱۱,۳۷۸	گروه‌های کنترل و آزمایش
		۱۳,۰۵۰	۳۸	۴۹۵,۹۱۱	مجموع

مقدار آماره F برابر ۰/۶۴۲ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی‌داری آن برابر ۰/۴۳ می‌باشد که از ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن میانگین گروه کنترل و آزمایش تأیید می‌شود. بنابراین می‌توان گفت میان

میانگین‌های گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی داری وجود ندارد.

جدول ۴. آزمون کروی بودن

سطح معنی داری (Sig)	درجه آزادی (df)	کای دو (χ^2)	Mauchly's W
۰,۰۱۱	۲	۸,۹۳۲	۰,۷۱۸

در جدول ۴ آزمون کروی بودن نشان می‌دهد که با توجه به این که سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است معنی دار است؛ در نتیجه فرض کروی بودن رد می‌شود و از آزمون گرین هوس - گیسر^۱ در ادامه استفاده شد.

جدول ۵. تحلیل واریانس درون گروهی

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجات آزادی	مجموع مربعات	
۰,۰۸۶	۰,۸۱۵	۳۲,۹۹۶	۱,۵۶۰	۵۱,۴۸۹	آزمون
۰,۰۰۳	۷,۸۳۲	۵۳,۶۷۳	۱,۵۶۰	۸۳,۷۵۶	آزمون* گروه‌ها
		۶,۸۵۳	۴۳,۶۹۳	۲۹۹,۴۲۲	خطا (آزمون)

در جدول ۵ تحلیل واریانس درون گروهی و میانگین‌ها در سه دوره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنی دار است. با توجه به مقدار آماره F برابر ۰/۸۱۵ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی داری آن برابر ۰/۰۸۶ می‌باشد که از ۰/۰۵ بیشتر است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تأیید می‌شود. همچنین اثر تعاملی آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌های کنترل و آزمایش معنی دار می‌باشد. با توجه به مقدار آماره F برابر ۷/۸۳۲ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی داری آن برابر ۰/۰۰۳ می‌باشد که از ۰/۰۵ کمتر است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن اثر تعاملی آزمون

1. Greenhouse – Geisser.

(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌های کنترل و آزمایش با مقدار صفر رد می‌شود. پس‌آزمون و پیگیری رفتارهای خودمراقبتی برای گروه آزمایش بیشتر می‌باشد؛ در نتیجه زیرفرضهای یک و دو رد و زیرفرض سه تأیید می‌گردد.

جدول ۶. جدول بنفرونی برای مقایسه جفت میانگین

مقدار معنی داری	انحراف معیار	اختلاف میانگین‌ها (i-j)	گروه j	گروه i
۰,۲۰۳	۰,۷۱۹	-۱,۳۶۷	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
۰,۰۲۰	۰,۶۰۳	-۱,۷۶۷	پیگیری	پیش‌آزمون
۱,۰۰۰	۰,۴۳۵	-۰,۴۰۰	پیگیری	پس‌آزمون

با توجه به نتایج جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد که بین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد که بیشترین مقدار مربوط به پیگیری و کمترین مقدار مربوط به پیش‌آزمون می‌باشد.

با توجه به عدم تأیید زیرفرض‌های یک و دو و تأیید زیرفرض سه و نتایج جداول مربوطه، کدام فرضیه پژوهش رد می‌شود. به عبارتی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر نمی‌باشد. در جدول ۷ تحلیل واریانس برون‌گروهی و مقایسه میانگین‌های پیروی از درمان در دو گروه نشان داده شده است.

جدول ۷. تحلیل واریانس برون‌گروهی

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجات آزادی	مجموع مربعات	
۰,۰۰	۲۱۲۴۵,۸۱۷	۵۶۱۰۵۸,۱۷۸	۱	۵۶۱۰۵۸,۱۷۸	عرض از مبدا
۰,۰۰۳	۱۰,۲۳۹	۲۷۰,۴۰۰	۱	۲۷۰,۴۰۰	گروه‌های کنترل و آزمایش
		۱۹,۴۵۸	۳۸	۷۳۹,۴۲۲	مجموع

مقدار آماره F برابر ۱۰/۲۳۹ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی داری آن برابر ۰/۰۰۳ می باشد که از ۰/۰۵ کمتر است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن میانگین گروه کنترل و آزمایش رد می شود. بنابراین می توان گفت میان میانگین های گروه کنترل و آزمایش اختلاف معنی داری وجود دارد. میانگین گروه آزمایش بیشتر است.

جدول ۸. آزمون کروی بودن

سطح معنی داری (Sig)	درجه آزادی (df)	کای دو (χ^2)	Mauchly's W
۰/۰۰۱	۲	۱۴,۵۲۰	0/584

در جدول ۸ آزمون کروی بودن نشان می دهد که با توجه به این که سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ است معنی دار است در نتیجه فرض کروی بودن رد می شود و از آزمون گرین هوس - گیسر در ادامه استفاده شد.

جدول ۹. تحلیل واریانس درون گروهی

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجات آزادی	مجموع مربعات	
۰/۰۱۷	۵,۳۲۸	۷۸,۲۷۱	۱,۴۱۲	۱۱۰,۵۵۶	آزمون
۰/۰۰۴	۷,۶۳۷	۱۱۲,۱۹۰	۱,۴۱۲	۱۵۸,۴۶۷	آزمون * گروه ها
		۱۴,۶۹۰	۳۹,۵۴۹	۵۸۰,۹۷۸	خطا (آزمون)

در جدول ۹ تحلیل واریانس درون گروهی و میانگین ها در هر سه دوره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی دار است. با توجه به مقدار آماره F برابر ۵/۳۲۸ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی داری آن برابر ۰/۰۱۷ می باشد که از ۰/۰۵ کمتر است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد می شود. همچنین اثر تعاملی آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری) و گروه‌های کنترل و آزمایش معنی‌دار می‌باشد. با توجه به مقدار آماره F برابر $۷/۶۳۷$ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی‌داری آن برابر $۰/۰۰۴$ می‌باشد که از $۰/۰۵$ کمتر است، بنابراین با اطمینان $۰/۹۵$ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن اثر تعاملی آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌های کنترل و آزمایش با مقدار صفر رد می‌شود. پس آزمون رفتارهای خودمراقبتی برای گروه آزمایش بیشتر می‌باشد؛ در نتیجه زیر فرضهای یک، دو و سه تأیید می‌گردد.

جدول ۱۰. جدول بنفرونی برای مقایسه جفت میانگین

گروه i	گروه j	اختلاف میانگین‌ها ($\bar{i}-\bar{j}$)	انحراف معیار	مقدار معنی‌داری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲,۱۶۷	۰,۹۸۱	۰,۱۰۷
پیگیری	پیگیری	-۲,۵۰۰	۰,۹۲۹	۰,۰۳۶
پس‌آزمون	پیگیری	-۰,۳۳۳	۰,۴۹۹	۱,۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۱۰، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد که بین میانگین پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد که بیشترین مقدار مربوط به پیگیری و کمترین مقدار مربوط به پیش‌آزمون می‌باشد.

با توجه به تأیید زیرفرض‌های مربوطه و نتایج جداول مربوطه، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود. به عبارتی دیگر واقعیت درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر است.

جدول ۱۱. تحلیل واریانس برون‌گروهی

مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	عرض از مبدا
۵۶۶۱۲۲,۷۱۱	۱	۵۶۶۱۲۲,۷۱۱	۲۰۴۳۲,۹۵۹	۰,۰۰۰	عرض از مبدا
۱۷۰,۸۴۴	۱	۱۷۰,۸۴۴	۶,۱۶۶	۰,۰۱۹	گروه‌های آزمایشی
۷۷۵,۷۷۸	۳۸	۲۰,۴۱۵			مجموع

مقدار آماره F برابر $۶/۱۶۶$ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی داری آن برابر $۰/۰۱۹$ می باشد که از $۰/۰۵$ کمتر است، بنابراین با اطمینان $۰/۹۵$ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن میانگین گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رد می شود. بنابراین می توان گفت میان میانگین های گروه واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تأثیر بر رفتارهای خود مراقبتی، اختلاف معنی داری وجود دارد. میانگین واقعیت درمانی بیشتر است.

جدول ۱۲. آزمون کروی بودن

Mauchly's W	کای دو (χ^2)	درجه آزادی (df)	سطح معنی داری (Sig)
۰,۳۹۷	۲۴,۹۲۷	۲	۰,۰۰۰

در جدول ۱۲ آزمون کروی بودن نشان می دهد که با توجه به این که سطح معنی داری کمتر از $۰/۰۵$ است معنی دار است؛ در نتیجه فرض کروی بودن رد می شود و از آزمون گرین هوس - گیسر در ادامه استفاده شد.

جدول ۱۳. تحلیل واریانس درون گروهی

مجموع مربعات	درجات آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	
۳۸۱,۴۲۲	۱,۲۴۸	۳۰۵,۶۶۴	۲۱,۲۱۴	۰,۰۰۰	آزمون
۹۴۶,۸۲۲	۱,۲۴۸	۷۵۸,۶۷۱	۴۹,۶۵۸	۰,۰۰۱	آزمون * گروه ها
۵۰۳,۴۲۲	۳۴,۹۴۰	۱۴,۴۰۸			خطا (آزمون)

در جدول ۱۳ تحلیل واریانس درون گروهی و میانگین ها در دو دوره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنی دار است. با توجه به مقدار آماره F برابر $۲۱/۲۱۴$ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی داری آن برابر $۰/۰۰۰$ می باشد که از $۰/۰۵$ کمتر است، بنابراین با اطمینان $۰/۹۵$ فرض صفر آماری مبنی بر برابر بودن میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رد می شود. همچنین اثر تعاملی آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و

پیگیری) و گروه‌های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنی‌دار می‌باشد. با توجه به مقدار آماره F برابر $۴۹/۶۵۸$ و مقدار احتمال مربوط به بررسی معنی‌داری آن برابر $۰/۰۰۱$ می‌باشد که از $۰/۰۵$ کمتر است، بنابراین با اطمینان $۰/۹۵$ فرض صفر آماره مبنی بر برابر بودن اثر تعاملی آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌های واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مقدار صفر فرد می‌شود. در نتیجه زیرفرضهای یک، دو و سه تأیید می‌گردند.

جدول ۱۴. جدول بنفرونی برای مقایسه جفت میانگین

گروه i	گروه j	اختلاف میانگین‌ها (i-j)	انحراف معیار	مقدار معنی‌داری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۲۵,۳۳۳	۰,۸۷۴	۰,۰۰۰
پیگیری	پس‌آزمون	-۲۵,۴۰۰	۰,۹۴۶	۰,۰۰۰
پیگیری	پس‌آزمون	-۱,۰۶۷	۰,۳۷۴	۱,۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۱۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی نشان می‌دهد که بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد که بیشترین مقدار مربوط به پیگیری و کمترین مقدار مربوط به پیش‌آزمون می‌باشد. به عبارتی بین اثربخشی واقعیت درمانی (WDEP) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد. به عبارتی دیگر، واقعیت درمانی (WDEP) به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر بیشتری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که مشخص شد، هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و واقعیت درمانی (WDEP) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش نشان داد که واقعیت درمانی (WDEP) بر

رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار دارد؛ اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار ندارد. در نهایت مشخص شد که بین اثربخشی واقعیت درمانی (WDEP) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تفاوت وجود دارد. به عبارتی دیگر، واقعیت درمانی (WDEP) به نسبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر بیشتری دارد.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های زیادی همسو و هماهنگ بود که می‌توان به پژوهش لارسون و تورنیاک (۲۰۱۶)؛ جویناتسی، هوملر و گراوستین (۲۰۱۶)؛ نورکراس، همیلتون و فریک (۲۰۱۵) و پژوهش‌های دیگری اشاره نمود که در ادامه به تعدادی از آن‌ها اشاره شده است.

بررسی متون پژوهشی مربوط به موضوع پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کاربرد مداخلات روان‌شناختی در زمینه کنارآمدن سازگارانه بیماران مزمنی مانند سرطان پستان با عوارض روانی و اجتماعی بیماری‌شان یک ضرورت انکارناپذیر بوده و درمان پذیرش و تعهد (ACT) اثربخش نیست و واقعیت درمانی (WDEP) می‌تواند برای این منظور امیدبخش باشند. بر این اساس، نتایج پژوهش نورکراس، همیلتون و فریک (۲۰۱۵) نشان داد که آموزش درک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر می‌باشد که این امر نیز باعث افزایش خودکارآمدی این بیماران شده که توجه بیشتری به خود و البته افزایش رفتارهای خودمراقبتی را نیز به دنبال دارد.

در یکی از پژوهش‌های همسو، لارسون و تورنیاک (۲۰۱۶) در پژوهش خود به بررسی تأثیر توانمندسازی روان‌شناختی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نتایج نشان داد خدمات روان‌شناختی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثر می‌گذارد. فردریکسون، هانس‌ل و رولانبرت

(۲۰۱۸) در پژوهشی که به بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از درمان در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند، نشان دادند که میزان رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران مبتلا به سرطان پستان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و عوامل چندگانه‌ای از متغیرهای دموگرافیک تا متغیرهای روانی بر رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران تأثیر می‌گذارد. در پژوهشی دیگر، هندریک، فاولر و رابرتسون (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان داد که واقعیت درمانی (WDEP) بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی (پیروی از درمان و عمل به توصیه‌های پزشکی و درمانی) در بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری دارد.

در بحث اهمیت بررسی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان، نتایج پژوهش‌ها نشان داده که میزان رفتارهای خودمراقبتی در بین این بیماران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و عوامل چندگانه‌ای از متغیرهای دموگرافیک تا متغیرهای روانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر می‌گذارند. در نهایت اینکه عدم توجه به رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، باعث می‌شود فرآیند بهبودی آن‌ها به تأخیر بیافتد.

در تبیین نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر واقعیت درمانی (WDEP)، بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، باید اذعان نمود که واقعیت درمانی (WDEP)، از طریق افزایش سطح پذیرش بیماران نسبت به بیماری خودشان، بهبود رفتارهای کنونی (تمرکز بر زمان اکنون به جای فکر به گذشته یا ترس از آینده) و افزایش انعطاف‌پذیری ذهنی می‌تواند باعث افزایش رفتارهای خودمراقبتی شده و نیز کیفیت زندگی این بیماران را بهبود ببخشد (کریمی و همکاران، ۱۳۹۹).

زنان دارای سرطان پستان اغلب با تجارب ناخوشایندی در زندگی خود مواجه هستند که این عوامل باعث درماندگی بیماران و کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی آن‌ها می‌شود. بنابراین پزشکان، پرستاران و بقیه کارکنان بخش سرطان‌شناسی باید توجه

بیشتری به این بیماران داشته باشند. این نتایج می‌تواند دلیلی برای ضرورت به کار بردن مداخلات روان‌شناختی جهت حل مشکلات همایند با بیماری سرطان پستان در زنان باشد. لزوم توجه به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، نکته‌ای است که اهمیت توجه به رویکردهای درمانی را بیش‌ازپیش برجسته نموده است. چراکه رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان ممکن است مواردی مانند ادراک بیماری و پیروی از درمان را در این بیماران تحت تأثیر قرار بدهد و این امور نیز به نوبه خود، کیفیت زندگی و فرآیند درمان این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد.

با توجه به اینکه بیماران زن دارای سرطان پستان به دلیل عوارض بیماری و درمان‌های دارویی متعدد و پیچیده، تغییرات ریشه‌ای و مشکلات گوناگونی در الگوی زندگی دارند که این امر بر تجارب و عملکرد روانی - اجتماعی آن‌ها تأثیر زیادی بر جای می‌گذارد. لذا با شناختن رفتارهای خودمراقبتی و میزان پیروی از درمان و همچنین شناخت ماهیت مشکلات این بیماران، بهتر می‌توان برای درمان آن‌ها، اقدامات درمانی و آموزشی را برنامه‌ریزی و اجرا کرد.

این پژوهش مانند سایر کارهای علمی نیز دارای محدودیت‌هایی مانند حضور بیماران سرطانی بود. در نهایت پیشنهاد می‌شود این پژوهش به شکل تجربه بالینی انجام شود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است.

سهم نویسندگان

نویسنده مسئول تمامی مراحل فرایند پژوهشی را با همکاری نویسنده اول و سوم مدیریت نموده و مسئول نگارش مقاله می‌باشند.

حمایت مالی

این مقاله همسوبا برنامه‌ی هسته‌ی پژوهشی نویسنده مسئول تحت عنوان «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران زن مبتال به سرطان پستان» در مورخ ۱۴۰۰/۰۳/۰۲ نگارش و تنظیم شده است.

تعارض منافع

یافته‌های این مطالعه هیچ‌گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

قدردانی

از کلیه‌ی زنان مبتلا به سرطان پستان شهر تهران که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای طرح کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- دهقانی، ی. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) برافسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی. تهران: مجله روان‌شناسی بالینی، ۸(۳): ۸۳-۹۵.
- خیری، ع و صالحی، ف. (۱۳۹۳). گیاهان دارویی موثر در پیشگیری و درمان انواع سرطان. اولین همایش ملی گیاهان دارویی، طب سنتی و کشاورزی ارگانیک.
- خوش تراش، م؛ مؤمنی، م؛ قنبری خانقاه، ع؛ صالح زاده، ا و رحمت پور، پ. (۱۳۹۲). رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی قلبی، مجله پرستاری و مامایی جامع نگر، ۲۳(۶۹): ۲۲-۲۹.
- طاهری خرامه، ز؛ هزاوه ای، م؛ رضانی، ط؛ واحدی، ا؛ خوشرو، م و شریفی فرد، ف. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و تبعیت از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۳(۲): ۱-۹.
- کوشیار، ه؛ دلیر، ز و حسینی، م. (۱۳۹۴). بررسی رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مبتلا به دیابت شهر مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱(۹): ۵۴-۷۱.
- گلاسر، و. (۲۰۰۲). مفاهیم واقعیت درمانی: رویکردی نوبه مفهوم واقعیت. ترجمه محمد رحمانیان و سعید رضائیان، ۱۳۹۱، تهران: نشر ویرایش.

صبور، س و کاکابرابی، ک. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد بر میزان علائم افسردگی، استرس و شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن. *پژوهش توانبخشی در پرستاری* ۱-۱۰.

معاذی نژاد، م، عارفی، م و امیری، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ایماگوتراپی برصمیمیت جنسی زوج‌ها. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*

نقیبی، ح؛ سعیدی، ز و خزائی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد سیده مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی پژوهش‌های مشاوره*.

هنرپروران، ن و میرزایی کیا، ح. (۱۳۹۴). راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT). تهران: نشر امید مهر.

هاشمی، م و بویا، ص. (۱۳۹۶). تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت: یک مسئله مهم اما فراموش شده. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت* ۱۹، (۴۵): ۱۷۵-۱۹۳.

- Ahami, A. Mammad, K. Azzaoui, Z. Boulbaroud, S. Rouim, F. Rusinek, S. (2017). Early Maladaptive Schemas, Working Memory and Academic Performances of Moroccan Students. *Journal of Medical Psychology*. 6; 53-64.
- Benzein, E. Berg, A. (2015). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*; 19(3):234-40.
- Berg, WA. Blum, JD. Cormack, JB. Mandelson, EB. Lehrer, D. Marcela, BV. (2018). Combined screening with ultrasound and mammography versus mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA*. 299(18): 2151-63.
- Chittem, M. Chawak, S. Gomathy, S. Sridharan, P. & Sahay, R. (2018). The relationship between diabetes-related emotional distress and illness perceptions among Indian patients with Type II diabetes. *Psychol. Health* 14(28): 235-257.
- Chen, S. Tsai, J. Lee, W. (2017). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 2017, 18, pp: 2234-2244.
- Ding, Y. & Guan, Y. (2016). Effect of smoking status on coronary artery disease among Chinese post-menopausal women. *Inter Emerg Med*; 11(4):529-535.
- Erien, J. (2017). Adherence revisited: The patient's choice. *Orthopedic Nursing*, 21(2): 79- 82.
- Gahlan, D. Rajput, R. Gehlawat, P. Gupta, R. (2018). Prevalence and determinants of diabetes distress in patients of diabetes mellitus in a tertiary care centre. *Diabetes Metab Syndrom*; 12(3): 333-336.
- Glasser, W. (2008). *Station of the mind: new direction for reality therapy*. New York
- Glasser, W. (2006). *Choice theory of the new personal freedom psychology*
- Herbert, E. & Forman, M. (2011). *Acceptance and Mindfulness in cognitive behavior Therapy: understanding and applying the New Therapies*.

- Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada
- Heretish, L. & Lyang, S. (2013). Evolution of Reality Therapy to Choice Theory. *International Journal of Reality Therapy*, 54, 121-165.
- Jones, L. & Parish, T. (2015). Choice Theory and Reality Therapy. *International Journal of Reality Therapy*. Vol, 179, Number 1.
- Kurtz, J. (2017). The curative role of radiotherapy in the treatment of operable breast cancer. *Eur J Cancer*. 38: 1961-74.
- Karatas, T. Ozen, S. Kutluturkan, R. (2017). Factor structure and psychometric properties of the brief illness perception questionnaire in Turkish cancer patients, *Asia Pac. J. Oncol. Nurs.* 4 (1): 77-83.
- Khalil, A. Frazier, S. Lennie, T. Sawaya, B. (2011). Depressive Symptoms and Dietary Adherence in Patients with End-Stage Renal Disease. *Journal of renal care*; 37(1):30-9.
- Martinez, M. Garcia, J. Munoz, R. & Serrano, J. (2018). Pharmacological treatment in patients with heart failure: Patients knowledge and occurrence of poly pharmacy, alternative medicine and immunizations. *Eur J Heart Fail*; 6:219 -26.
- Morrison, A. Wertheimer, A. (2014). Complication of quantitative overviews of studies of adherence. *Drug J*; 38(2): 197-210.
- Paryad, E. & Balasi, L. (2018). Smoking cessation: Adherence based on patients' illness perception after coronary artery bypass grafting surgery. *Indian Heart Journal* 70 (2018) 86-99.
- Richmond, H. Lait, C. Srikesavan, C. Williamson, E. Moser, J. Newman, M. & Bruce, J. (2018). Development of an exercise intervention for the prevention of musculoskeletal shoulder problems after breast cancer treatment: the prevention of shoulder problems trial (UK PROSPER). *BMC health services research*, 18(1), 463.
- Sandra, R. Binimol, J. Annakutty, P. & Selcy, J. (2018). Radiology and the Dialysis Patient: Collaboration and Quality of Care. *Journal of Radiology Nursing*, 37(3):211-235.
- Siegel, R. Ward, E. Brawley, O. Jemal, A. (2018). The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin*, 61(4): 212-36.
- Sabatino, S. Lawrence, B. Elder, R. Mercer, S. Wilson, K. DeVinney, B. et al. (2012). Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med*, 43(1): 97-118.
- Siewierska, K. Malicka, I. Kobierzycki, C. Paslawska, U. Cegielski, M. Grzegorzolka, J. & Wozniowski, M. (2018). The Impact of Exercise Training on Breast Cancer in vivo, 32(2), 249-254.
- Siemonsma, P. Stuive, L. Roorda, J. Vollebregt, M. Walker, G. Lankhorst, et al. (2013). Cognitive treatment of illness perceptions in patients with chronic low back pain: a randomized controlled trial, *Phys. Ther.* 93 (4): 435-448.

- Schuz, B., Wolff, L.M. Warner, J.P. Ziegelmann, S. Wurm, S. (2014). Multiple illness perceptions in older adults: effect on physical functioning and medication adherence, *Psychol. Health* 29 (4): 442–457.
- Wirtz, P. & Baumann, F. (2018). Physical Activity, Exercise and Breast Cancer- What Is the Evidence for Rehabilitation, Aftercare, and Survival A Review. *Breast Care*, 13.
- Wang, K. Cheng, L. Tzung, H. Y. Shih, Y. & Fung, C. (2018). Comparison of survival between hemodialysis and peritoneal dialysis patients with end-stage renal disease in the era of icodextrin treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 50(32): 69- 74.

