



Comparing the effectiveness of behavioral activation group therapy and treatment based on acceptance and commitment on depression and quality of life of people with cancer

Mohsen. Darbandi¹, Naser. Amini*², Ezat. Deyreh³, Kamran. Mirzaei³, Shahdokht. Azadi⁴

1. Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.

2. Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.

3. Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Gachasaran Branch, Islamic Azad University, Gachasaran, Iran

ARTICLE INFORMATION	ABSTRACT
Article type Original research Pages: 113-130 Corresponding Author's Info Email: n.amini@iaubushehr.ac.ir	Background and Aim: Cancer is a potentially fatal disease that is mainly caused by environmental factors and cellular mutations. The purpose of the present study is to treat behavioral activation and acceptance and commitment -based treatment (ACT) to reduce the severity of the symptoms of depression and improve the quality of life in patients with cancer. Method: The present study is applied in terms of the purpose and in terms of the method of a quasi-experimental section with pre-test-post-test design. The statistical population includes all people with cancer referred to the oncology departments of hospitals and clinics in Bushehr during the research. Of these, 30 are selected by available sampling methods and are randomly replaced in three groups (two experimental groups and one certificate). Each group consists of 10 people. After obtaining participants' satisfaction and adhering to ethics, Quality Questionnaires (Jenicson et al., 1) and depression (Beck, Stire and Garbin, 1) were executed as a pre -test on all participants. The first experimental group was trained in the behavioral activation protocol based on the Golan et al. (2003), the second group was under admission and commitment training based on the Hayez et al. All sessions of the experimental group were held through Skype due to the Cronist's conditions. Results: The mean difference of depression scores and quality of life was significant between both experimental groups with a testimony group ($P < 0.05$); In other words, the effectiveness of both treatment in reducing depression was significant. However, the mean difference between depression and quality of life is not significant between either of the two methods (0.05). In general, the mean difference of depression and quality of life among behavioral activists and admission and commitment therapy were significant in both postgraduate and follow -up stages (0.05). Conclusion: It can be concluded that group therapy of behavioral activation and therapy based on acceptance and commitment is effective on depression and quality of life with cancer and can be used to reduce the psychological problems of patients with cancer patients.
Article history: Received: 2022/07/20 Revised: 2022/08/27 Accepted: 2022/09/21 Published online: 2022/11/03	
Keywords: <i>Behavioral activation, acceptance and commitment treatment, depression, quality of life, cancer.</i>	



This work is published under CC BY-NC 4.0 licence.

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Darbandi, M., Amini, N., Deyreh, E., Mirzaei, K., & Azadi, S. (2022). Comparing the effectiveness of behavioral activation group therapy and treatment based on acceptance and commitment on depression and quality of life of people with cancer. *jayps*, 3(2): 113-130



مقایسه اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان

محسن دربندی^۱، ناصر امینی*^۲، عزت دیره^۳، کامران میرزایی^۴ و شهذخت آزادی^۴

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

۲. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

۴. استادیار گروه روان‌شناسی واحد گچساران، دانشگاه آزاد اسلامی، گچساران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: سرطان یک بیماری بالقوه کشنده است که به طور عمده به وسیله عوامل محیطی و جهش ژن‌های سلولی ایجاد می‌شود. هدف پژوهش حاضر، درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌توانند در کاهش شدت علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر از حیث هدف از نوع کاربردی و از حیث روش یک مطالعه مقطعی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهر بوشهر در حین اجرای تحقیق می‌باشند. که از این تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه)، جایگزین می‌شوند. هر گروه متشکل از ۱۰ نفر می‌باشد. پس از اخذ رضایت شرکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی (جنیکسون و همکاران، ۱۹۹۳) و افسردگی (بک، استیر و گاربین، ۱۹۹۸) به عنوان پیش‌آزمون بر روی کلیه شرکت‌کنندگان اجرا گردید. گروه آزمایش اول تحت آموزش پروتکل فعال‌سازی رفتاری براساس بسته آموزشی گولان و همکاران (۲۰۰۳)، گروه دوم تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی هیز و همکاران (۲۰۱۲) قرار گرفت؛ اما گروه گواه، درمانی دریافت نکرد. کلیه جلسات گروه آزمایشی به دلیل شرایط کرونایی به صورت ویدیو کال و از طریق اسکایپ برگزار گردید. **یافته‌ها:** تفاوت میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، بین هر دو گروه آزمایش با گروه گواه، معنی‌دار بود ($P > 0/05$)؛ به عبارت دیگر، اثربخشی هر دو درمان مذکور در کاهش افسردگی معنی‌دار بود. با این حال تفاوت میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی، بین هیچ یک از دو روش درمان معنی‌داری نیست ($P < 0/05$). به صورت کلی تفاوت میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی در بین گروه‌های درمانی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ($P > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان موثر است و می‌توان از آن در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان استفاده کرد.

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۱۳۰-۱۱۳

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل: n.amini@iaubushehr.ac.ir

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۲۹

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۸/۱۲

واژگان کلیدی

فعال‌سازی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد، افسردگی، کیفیت زندگی، سرطان

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

دربندی، محسن، ناصر، امینی، دیره، عزت، میرزایی، کامران، و آزادی، شهذخت. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۲): ۱۳۰-۱۱۳

مقدمه

سرطان یک بیماری بالقوه کشنده است که به طور عمده به وسیله عوامل محیطی و جهش ژن‌های سلولی ایجاد می‌شود. رفتار سلول نابهنجار حاصل، منجر به تشکیل توده گسترده‌ای از سلول‌های غیر طبیعی می‌شود که بافت سالم و اندام‌های حیاتی را از بین می‌برد و می‌تواند در نتیجه گسترش بیماری معمولاً منادی مرگ قریب الوقوع بیمار باشد (گوزمن، کوهن، بن‌زور، شاجان-شوملی، ادراک، سیگلن-دانیلی و بنی، ۲۰۱۵). سرطان دومین علت مرگ در ایالات متحده آمریکا است. حدود نصف مردان و یک سوم زنان آمریکایی در طول زندگیشان سرطان را تجربه خواهند کرد (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۴). در ایران سرطان سومین عامل مرگ و میر است و سرطان معده، کشنده‌ترین آن‌ها محسوب می‌شود (دسانتیس، لین، ماریتو، سیگل، استاین، کرامر، آلتی، رایبیز و جمال، ۲۰۱۴). نظریه سیستم‌ها پیش‌بینی می‌کند که رخدادهای اساسی از قبیل یک بیماری جدی، نه فقط بر شخص، بلکه بر روی خانواده و شبکه‌های اجتماعی نیز تاثیر می‌گذارد. چنین مسئله مهمی می‌تواند منجر به تغییرات غم‌انگیزی در روابط، نقش‌ها و سلامت روانی در بیماران سرطانی و خانواده‌هایشان شود. باقی‌ماندگان از سرطان و خانواده‌هایشان اغلب اضطراب، استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند. تحقیقات زیادی نشان داده‌اند که والدین بیماران سرطانی فشار و استرس بیشتری از خود بیماران تجربه می‌کنند و مطابقت بالایی بین فشار هیجانی بیماران و والدینشان وجود دارد (سرگین، باجر، میک و بونهام، ۲۰۰۶). بیماری سرطان با کیفیت زندگی ارتباط متقابلی دارد و به صورت مستقیم بر تمام ابعاد کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد و از آن متأثر می‌شود (هلزتر، کملر و اسپرانتریویر، ۲۰۰۱).

سرطان منجر به ویرانی زندگی بیمار می‌گردد و بخصوص بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی شامل وضعیت روحی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و عملکرد جنسی، تأثیر منفی می‌گذارد (ویدات و همکاران، ۲۰۰۱). علاوه بر

اثرات سوء این بیماری بر روی کیفیت زندگی، شیوع بالای ترس^۲ و اضطراب^۳ و افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان، یکی دیگر از معضلات روانشناختی این بیماری است. تشخیص سرطان تجربه بسیار ناخوشایند و غیر قابل باوری برای هر فرد است. به طوری که در مورد آگاه کردن بیماران از تشخیص و مواجهه کردن بیماران با بیماری سرطان در هنگام تشخیص بیماری دیدگاه‌های متفاوتی وجود داشته (بایل و همکاران، ۲۰۰۲) و هنوز در جوامع مختلف وحدت نظر در این زمینه وجود ندارد (سی‌او و همکاران، ۲۰۰۰). نگرانی از ایجاد ترس و اضطراب و ناامیدی در بیماران به دنبال تشخیص سرطان باعث می‌شود حتی پزشکان و پرستاران علی‌رغم تمایل به آگاه کردن بیماران از تشخیص، از انجام این کار اجتناب نمایند (اسمعیلی و همکاران، ۱۳۹۱). بلافاصله پس از تشخیص بیماری سرطان، ممکن است اضطراب، افسردگی و سایر اختلالات خلقی در بیماران به وجود آید (دینگ و کاسیلث، ۲۰۰۵). میزان افسردگی از ۲۰ تا ۵۰ درصد برآورد می‌شود. افسردگی و اضطراب همبستگی بالایی در زنان مبتلا به سرطان پستان دارند و این گروه از بیماران از علائم هر دو اختلال رنج می‌کشند. در بیشتر مواقع تجربه حالات خلق و خوی منفی از قبیل افسردگی و اضطراب، به طور معناداری افکار مرگ و خطر مرگ و میر را در زنان مبتلا به سرطان پستان افزایش می‌دهد (نوبف، ۲۰۱۱). علائم افسردگی و اضطراب همچنین توانایی زنان مبتلا به سرطان را در هماهنگ کردن حمایت اساسی، وقتی که خیلی نیازمند این حمایت هستند، کاهش می‌دهد. تشخیص و درمان بیماری سرطان، باعث اختلال در الگوی خواب و فعالیت، ایجاد علائم جسمانی و روانشناختی، اختلال در عملکرد شناختی، مشارکت اجتماعی و انجام فعالیت‌های شخصی می‌شود (تاکاهاشی و همکاران، ۲۰۰۸). زنان با علائم قابل توجهی از افسردگی و اضطراب عود، اغلب تجربه افزایش عوارض جسمی را دارند و به سختی این عوارض جانبی را مدیریت می‌کنند

3. Anxiety

1. American Cancer Association
2. Phobia

در روانپزشکی که از الگوی بیماری استفاده می‌شود طبقات مجزایی از آسیب‌شناسی روانی مطرح‌اند که این طبقات مجزا به صورت تشخیص‌های روانپزشکی معرفی می‌شوند. فرض بر این است که همه افرادی که در هر یک از این طبقات تشخیصی قرار می‌گیرند، علائم کاملاً مشابهی دارند. اما در روانشناسی بالینی بر توزیع بهنجار ویژگی‌ها تأکید می‌شود و آسیب‌شناسی روانی بر حسب انحراف بیش از حد در پیوستار تفاوت‌های فردی مفهوم‌سازی می‌شود. در واقع در این رویکرد، در یک سوی طیف، سلامت روانی و در سوی دیگر آسیب روانی قرار دارد و هر فرد نسبت به جامعه خود در نقطه‌ای از این پیوستار قرار می‌گیرد (استالکاپ، ۱۹۹۹). درمان فعال‌سازی رفتاری از جمله درمان‌های اثربخشی است که می‌تواند برای درمان افسردگی به کار رود (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶).

طی دو دهه ی اخیر، تعدادی از رویکردهای روان درمانی تحت عنوان موج سوم رفتاردرمانی توسعه یافته‌اند که از آن جمله می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اشاره نمود. در واقع درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اشکال متعدد درمان شناختی-رفتاری است (توهیگ، ۲۰۱۲). در حالیکه تمرکز پروتکل شناختی-رفتاری بر راهبردهای اولیه مبتنی بر تغییر است. پروتکل اکت بر روشن سازی اهداف و ارزش‌ها، حین تأکید بر علاقه نسبت به تجربه کردن تمام هیجان‌ها و موقعیت‌ها یعنی راهبردهای اولیه مبتنی بر پذیرش متمرکز است (وتریل و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش از این پیام مهم منشعب شده است «زمانی که شما چیزی خارج از کنترل خود را می‌پذیرید به اعمالی که می‌تواند کیفیت زندگی شما را بهتر کند تعهد پیدا می‌کنید. هدف این درمان کمک به افراد برای خلق کردن یک زندگی پرمعنا و پربار است در صورتی که به طور موثر به دست‌کاری و تغییر دردها و استرس‌هایی می‌پردازد که ناگزیر در زندگی وارد شده‌اند (مرادی و خللادی، ۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر نظریه

و ممکن است کاهش کلی کیفیت زندگی را تجربه کنند (گیس-دیویس و اسپینگل، ۲۰۰۳). در حقیقت، آنچه باعث کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان می‌شود، تنها تغییرات فیزیولوژیکی ایجاد شده در دوره بیماری نیست. وضعیت روحی-روانی، واکنش فرد نسبت به نتایج آزمایش‌های تشخیصی و پیش‌آگهی بیماری، مراحل غم، اندوه و خشم همگی بر کیفیت زندگی و افسردگی بیمار تأثیر دارد (اسملترز و بار، ۲۰۰۴). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که این بیماران پس از مواجهه با تشخیص بیماری نیازهای روانی، اجتماعی و حمایتی متعددی دارند (میسسل و برکلند، ۲۰۱۱). بدون شک یکی از مهمترین نیازهای این بیماران در مواجهه با این بیماری طاقت فرسا، ارائه‌ی خدمات روانشناختی به منظور کمک به آن‌ها در پذیرش بیماری، مقابله با درماندگی و افسردگی ناشی از بیماری و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها است. امروزه درمان‌های روانشناختی متعددی برای افسردگی وجود دارند، اما تعداد کمی از آن‌ها توانسته‌اند در آزمایش‌های بالینی، اثربندی خود را به اثبات برسانند. آن‌ها عبارتند از رفتاردرمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی (چمپلس و همکاران، ۱۹۹۸). هر چند هر سه‌ی این درمان‌ها دارای اثربندی هستند، اما در میان آن‌ها تفاوت‌هایی از نظر میزان اثربندی و با صرفه بودن وجود دارد (جکوبسون و تراکس، ۱۹۹۶).

درمان فعال‌سازی رفتاری نوعی رفتاردرمانی محض است که مبتنی بر تحلیل کارکردی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است (جیکوبسون، مارتل و دیمیجیان، ۲۰۰۱). اثربندی این درمان در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است و نسبت به شناخت‌درمانی و دارودرمانی در درمان بیماران افسرده شدید برتری دارد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶). این درمان را می‌توان به صورت گروهی نیز اجرا کرد (گالن، اتلیس و مارلو اوکانر، ۲۰۰۳؛ پورتو، اسپیتس و اسمیت، ۲۰۰۴). در آسیب‌شناسی روانی، دو رویکرد ابعادی و مقوله‌ای وجود دارند.

نقل از رجبی و یزدخواستی، ۱۳۹۳) حر و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) موجب کاهش افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو می‌شود و اثر درمان در زمان پیگیری ماندگار بود. درمان‌گران اکت مراجعان را ترغیب می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه‌ی متمرثر با محتوای روانی را، کاهش داده و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد نموده تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (بلوی، لیور و موریس، ۲۰۱۱). وایت و همکارانش (۲۰۱۵)؛ نقل در شایسته فرد، صبحی قراملکی و زرغام حاجبی، ۱۴۰۱)، در پژوهشی به تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی سایکوتیک، نشان دادند که شرکت کنندگان در آموزش‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بطور معناداری کاهش نمرات افسردگی را گزارش کردند. آن‌ها چنین نتیجه گرفتند که این مطالعه پشتیبانی پژوهشی قدرتمندی را برای استفاده از درمان پذیرش و تعهد در درمان افسردگی ایجاد می‌کند. از آنجا که بیماری مزمن سرطان، استقلال و توانایی فرد برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع را تهدید می‌کند و او را به سوی احساس فقدان شایستگی و عدم اطمینان از خود سوق می‌دهد (کوواتمن و واتسون، ۲۰۰۱)، با توجه به مباحث فوق پژوهش‌گر در صدد بررسی این مسأله است که آیا درمان گروهی فعالسازي رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌توانند در کاهش شدت علائم افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان تاثیر دارند؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از حیث هدف از نوع کاربردی و از حیث روش یک مطالعه مقطعی از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بخش‌های

چارچوب ارتباط محاورهای است. هدف اصلی این رویکرد افزایش انعطاف پذیری به کمک شش فرآیند اصلی: ۱. پذیرش^۱، گسلس شناختی یا نا هم‌جوشی (ناآمیختگی)^۲، ارتباط با لحظه لحظه‌های زندگی، خود به‌عنوان، روشن‌سازی ارزش‌ها^۳، زمینه^۴، تعهد/ پایبندی^۵. این شش زمینه می‌تواند به‌عنوان فرآیندهایی مشخص شود که با انعطاف‌پذیری روان شناختی همسویی دارد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از باخ و مورگان، ۲۰۰۰).

هر راهبرد مداخله‌ای در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اجزایی از مدل درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش هست که برای دستیابی بر اهداف درمانی از استفاده‌ی تمرین‌های تجربی استفاده می‌شود هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. به‌طور مثال در بحث پذیرش ما به مراجع پیشنهاد نمی‌کنیم و او را ترغیب نمی‌کنیم که تمام تجارب خود را در هرزمانی بپذیرد بنابراین درمان‌گر باید رفتارهای اجتنابی را شناسایی کند و به مراجع برای آزمودن آن‌ها کمک کند که این فاصله خاص عملکردهای اجتنابی به‌عنوان مانعی بر سر راه زندگی و ارزش‌های زندگی است و سطح مشابهی از انعطاف‌پذیری هم‌چنین متناسب با هرکدام از فرایندها است و کمک به مراجع در رشد مهارت‌های جدید و رویکردهای جدید در مقابل مشکلات قدیمی (هیز و همکاران، ۲۰۰۳). پذیرش این موضوع که زندگی ارزشمندانه با رنج همراه است، و حرکت در مسیر ارزش‌ها مستلزم تعهد است، و نیز اینکه واژه‌ها جای تجربه کردن را نمی‌گیرند، بنیان راهبردها و نیز فنون مورد استفاده در اکت است. جنبه‌های ناکنش ورلنه زبان در این رویکرد حذف می‌شوند. اکت بر این موضوع اذعان دارد که هر واژه حجم عظیمی محتوا با خود حمل می‌کند ولی نهایت استفاده را از جنبه‌های کنش ورانه زبان می‌کند. تمثیل‌ها جایگاه خاصی در این نوع درمان دارند (کد، ۲۰۱۱؛ به

4. Self as Cotext
5. Committed Action

1. Acceptance
2. Cognitive Defusion
3. Value

ویدیوکل و فایل پرسشنامه‌ها هم از طریق فضای مجازی ارسال می‌گردد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF 36: این پرسشنامه توسط سازمان بین‌المللی بررسی کیفیت زندگی تهیه شده و شامل ۳۶ سوال در دو حیطه اصلی جسمی و روانی می‌باشد که ۸ خرده‌مقیاس مرتبط با سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد: عملکرد جسمانی: یک خرده‌مقیاس ۱۰ سوالی است (۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳)، درد بدنی: شامل ۲ سوال است (۲۲، ۲۱)، عملکرد پایین: شامل ۴ سوال است (۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳)، سلامت عمومی: شامل ۵ سوال است (۳۶، ۳۵، ۳۴، ۳۳، ۱)، سرزندگی: یک خرده‌مقیاس ۴ سوالی است (۳۰، ۲۸، ۲۷، ۲۳)، عملکرد اجتماعی: خرده‌مقیاس ۲ سوالی است (۳۲، ۲۰)، نقش هیجانی: شامل ۳ سوال است (۳۱، ۲۶، ۲۴) و سلامت روانی: خرده‌مقیاس ۵ سوالی است (۲۹، ۲۵، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۲۰). این مقیاس شامل نمرات صفر تا ۵ می‌باشد. در ۱۱ سوال پرسشنامه، نمره صفر نشانگر بدترین و نمره ۵ بهترین حالت ممکن برای فرد است، و در ۲۵ سوال دیگر، نمره صفر بیانگر بهترین حالت ممکن برای فرد است. بنابراین ترتیب مقیاس اندازه‌گیری در ۱۱ سوال (۲۷، ۲۶، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۲، ۱، ۳۶، ۳۴، ۳۰) با نمره‌ی مربوط به اندازه‌گیری کیفیت کلی زندگی رابطه‌ی مستقیم و در ۲۵ سوال دیگر رابطه معکوس دارد. نمره‌ی کلی سوالات از صفر تا ۱۰۰ بوده که بسته به پاسخ افراد، سطح کیفیت زندگی مطلوب (بین ۷۱ تا ۱۰۰)، تا حدودی مطلوب (بین ۳۱ تا ۷۰) و نامطلوب (بین صفر تا ۳۰) برای آن‌ها در نظر گرفته شده است (عرفانی و جورابچی، ۱۳۸۳). در مطالعه جنیکسون و همکاران (۱۹۹۳) ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هشتگانه SF36 بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ به دست آمده است. برای تعیین روایی آن از روایی همگرا استفاده شد که دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ بدست آمده است (به نقل از بختیار، ۱۳۸۹).

انکولوژی بیمارستان‌ها و کلینیک‌های شهر بوشهر در حین اجرای تحقیق می‌باشند. که از این تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه)، جایگزین می‌شوند. هر گروه متشکل از ۱۰ نفر می‌باشد. پس از اخذ رضایت شرکت‌کنندگان و رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و افسردگی به عنوان پیش‌آزمون بر روی کلیه‌ی شرکت‌کنندگان اجرا می‌گردد. سپس آزمودنی‌های دو گروه آزمایش تحت درمان، قرار می‌گیرند. کلیه جلسات گروه آزمایشی به دلیل شرایط کرونایی به صورت ویدیوکل و از طریق اسکایپ برگزار می‌گردد. گروه اول: درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری: ارائه ۱۰ جلسه درمان گروهی که هفته‌ای یکبار و به مدت ۹۰ دقیقه. گروه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT: ارائه‌ی شش جلسه درمان گروهی که هفته‌ای یکبار و به مدت ۹۰ دقیقه. در حالیکه گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مذکور به عنوان پس‌آزمون مجدداً بر روی هر چهار گروه اجرا گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش: ۱- افراد مبتلا به سرطان، ۲- دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، ۳- سطح تحصیلات حداقل سیکل، ۴- تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش ۵- امان دسترسی و شرکت از طریق ویدیوکل. ملاک‌های خروج: ۱- ابتلا به اختلالات روانپزشکی شدید بر اساس معیارهای DSM-5، ۲- مصرف هرگونه داروی روانپزشکی، ۳- سوءمصرف مواد، ۴- عدم تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، ۵- عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش. قبل از پر کردن پرسشنامه‌ها از شرکت‌کنندگان یک رضایتنامه‌ی کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و در رابطه با اهداف پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات، حقوق شرکت‌کنندگان در پژوهش‌های علمی و امکان انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش، آگاهی‌های لازم ارائه گردید. و به کلیه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که کلیه جلسات به صورت

روش اجرای پژوهش

تحلیل داده‌های این پژوهش بر اساس نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه در مورد ارزیابی‌های متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی انجام شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره ی اندازه‌های مکرر و آزمون‌های تعقیبی شفر و توکی جهت تعیین اثربخشی مداخله‌ها استفاده شد.

پروتکل فعال‌سازی رفتاری: شامل ده جلسه می‌باشد، ضمن اینکه درمان‌گر این اختیار را دارد که در صورت تشخیص با در نظر گرفتن جلسات اضافی درمان را ادامه داده تا فرصت بیشتری برای مرور و استمرار هرچه بهتر و کامل‌تر راهکارها، مفاهیم و حفظ منافع کسب شده فراهم گردد.

۲. پرسشنامه افسردگی بک: این آزمون با تأکید بر دو بعد رفتاری شناختی شامل ۲۱ سؤال است که به صورت خود گزارشی تکمیل می‌گردد و هر شاخص تست بک با چهار جواب صفر، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری، می‌شود که نمره صفر نشان دهنده عدم اختلال و نمره ۳ نشان‌دهنده شدیدترین حالت اختلال می‌باشد و نمره کل آزمون از صفر تا ۶۳ متغیر است. برای تحلیل، نمرات افراد با هم جمع و افرادی که نمره آنان ۰ تا ۹ بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. پایایی این آزمون ۰/۸۷ بدست آمده است (بک، استیر و گاربین، ۱۹۹۸). استفتان دابسون، محمدخانی و مساح چولابی (۱۳۸۶) روایی و پایایی پرسشنامه را به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۳ عنوان کردند.

جدول ۱. جلسات پروتکل فعال‌سازی رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
معرفی / مقدمه	معرفی / مقدمه تشریح افسردگی معرفی منطق درمان از ضربه (آسیب) و فقدان در زندگی‌تان چه اطلاعی دارید؟ چرا حضور در همه جلسات درمانی اهمیت دارد؟ معرفی بازبینی روزانه (فرم ۱) درجه بندی لذت و اهمیت نکات مهم در مورد ساختار این درمان
ارزش‌ها و فعالیت‌ها	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱) رفع اشکال منطق درمان: بررسی تکلیف نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف اجرای سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)
ارزش‌ها و فعالیت‌ها	بازبینی روزانه: بررسی تکلیف (فرم ۱) سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف (فرم ۲) انتخاب و رتبه بندی فعالیت‌ها (فرم ۳)
برنامه ریزی فعالیت	بازبینی روزانه: بررسی تکالیف (فرم ۱) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت‌ها (فرم ۱)
برنامه ریزی فعالیت	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) قراردادها (فرم ۴)

بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)	
بازبینی روزانه	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) قراردادها: بررسی تکلیف (فرم ۴) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
مرور و بازنگری مفاهیم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) سیاهه حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۲)
انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۳) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
بازنگری مفاهیم	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) قراردادها: مرور و بازنگری مفاهیم (فرم ۴) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱)
پایان دهی	بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت: بررسی تکلیف (فرم ۱) بازبینی روزانه با برنامه ریزی فعالیت برای هفته آینده (فرم ۱) آمادگی برای خاتمه (پایان دهی)

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. مبتنی بر همکاران (۲۰۱۲) تدوین شد که خلاصه آن به شرح زیر شش جلسه است که بر اساس بسته آموزشی هیز و می‌باشد؛

جدول ۲. جلسات پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول: بودن در زمان حال و اینجا	تماس نداشتن با لحظه لحظه‌های زندگی، ممکن است به مسائل بفرنج‌تر منجر شود یعنی باعث شود فرصت‌های یادگیری یا پاسخ مؤثر به محرک موجود را از دست بدهید. نشخوار فکری درباره‌ی شکست‌ها یا خاطرات ناخوشایند احساس غم، گناه، پشیمانی، شرم، اضطراب، خشم ایجاد کند. گذشته موجب افسردگی می‌شود آینده اضطراب و نگرانی ایجاد می‌کند. حال آرامش ایجاد می‌کند. با خودتان مهربان باشید مدام به گذشته و آینده فکر نکنید. نشخوار فکری نداشته باشید. (افکار پریشان کننده را در ذهن خود نیاورید) در زمان حال زندگی کنید. نسبت به افکار، احساس و رفتار خودتان آگاهی داشته باشید. یکی از اصول مهم بودن در زمان حال و اینجا ذهن آگاهی است. رها کردن: اولین اصل در زمان حال است. ذهن پویا و فعال است و تمایل دارد که سرگردان باشد. گاهی اوقات افکاری ناخواسته به ذهن فرد می‌آیند، در این شرایط فقط باید به فکرتان نگاه کنید و هرگز در مورد آن قضاوت نکنید و بر اساس آن تصمیم نگیرید (این افکار باید بیایند و بروند) افکار ناخواسته حتما قرار نیست اتفاق بیفتند (فقط یک فکر هستند) بودن در زمان حال چیزی نیست که بخواهیم یاد بگیریم یا به دست آوریم بلکه کیفیتی است که همه‌ی ما آن را در کودکی داشته‌ایم و زیر بار فشارها و استرس‌ها و افکارهای حسابگرانه آن را فراموش کرده‌ایم.

تکنیک‌های بودن در زمان حال و اینجا:

- ۱- تمرکز بر تنفس: به این صورت که به مدت ۳ دقیقه با تمرکز نفس می‌کشیم و یا اینکه ۱۵ الی ۲۰ بار با تمرکز نفس می‌کشیم.
- ۲- پایش بدن: آگاه بودن بر وضعیت بدنی، نحوه نشستن و برخاستن
مثال: اگر به مدت طولانی به یک شکل نشستید و اندکی بعد قسمتی از اندام بدن دچار خستگی، درد و خواب‌گرفتگی شد بدانید که با بدن خود نامهربان بوده، به آن بی‌توجهی کرده‌اید و به آن آگاهی نداشته‌اید.
- ۳- تکنیک ابر: ۱- به افکار فقط نگاه کن ۲- تماشاچی ذهن خود باش
گاهی اوقات باید صبوری کرد تا ابر خودش از جلوی خورشید برود و مشکلاتتان حل شود.
- ۴- تکنیک آگاهی از افکار و هیجانات مثبت و منفی (فراشناخت)
- ۵- تکنیک سیب: تمرکز بر خوردن مثل سیگار (یا تمرکز بر هر عملی که آن را انجام می‌دهید)
آنقدر از خوردن لذت ببرید که دیگر نیازی به پرخوری نباشد.
مثال: با چشمان بسته سیب را لمس کنید - سیب را بو کنید - سیب را نگاه کنید - سیب را بچشید.
- ۶- تکنیک آگاهی از رفتار: وقتی عملی را انجام می‌دهید کاملاً نسبت به آن آگاه باشید و روی آن تمرکز داشته باشید و کنترل داشته باشید.

اعتماد کردن: دومین اصل بودن در زمان حال

گاهی اوقات اتفاقاتی در زندگی رخ می‌دهد که ممکن است برای ما قابل درک نباشد، سخت و ناگوار باشد در این مواقع باید بتوانیم و تلاش کنیم که یاد بگیریم که به قوانین هستی و خداوند و خودمان اعتماد پیدا کنیم. این کار به ما قدرت عمیق می‌دهد که بتوانیم آرامش و تعادل پیدا کنیم تا در مشکلات گشایش رخ دهد. در واقع بعد از تلاش خودتان به خداوند و سرنوشت اعتماد کنید و ایمان داشته باشید تا آرامش بیابید. تغییرات مثبت حاصل از بودن در زمان حال: کاهش استرس، افزایش سطح تمرکز و افزایش سطح وضوح و حواس و لذت بردن از حس‌ها

جلسه دوم: ارتقای عدم همجوشی

به تجارب منفی و ناراحتیان در گذشته نچسبید: آن‌ها تمام شده و گذشته‌اند پس دلیلی ندارد که دیگر به آن‌ها فکر کنید. مثال: اگر در گذشته در عملی به ناکامی رسیدید. شکست خوردید و موفق نشدید آن شکست مربوط به همان گذشته بوده و این دلیل نمی‌شود که تصور کنید در آینده نیز ممکن است دو مرتبه شکست بخورید.
- عدم همجوشی شناختی: یاد بگیریم که یک گام به عقب برگردیم و از فکر، تصویرهای ذهنی یا خطاهایمان منفک شده و یا جدا شویم. اجازه دهیم تا فکرمان آزادانه در ذهنمان حرکت کند. یک گام به عقب برگردیم و فکر خودمان را مشاهده کنیم به جای آن که بدون آگاهی درگیر افکارمان شویم. به فکرمان آن طور که هست نگاه کنیم. به فرآیند فکری خودمان غالب شویم. طرح آسیب (مدل آسیب پذیری). اهمیت دادن بیش از حد به رویدادهای زندگی. تمام اتفاقاتی که در اینجا و اکنون رخ می‌دهد آلوده به گذشته و آینده است. باور به اینکه همه چیز واقعیت دارد، ویژگی تفکر در همجوشی: عدم اصول انعطاف پذیری در روانشناسی. فرد می‌تواند فکر را همانگونه که هست مشاهده کند. باور به اینکه فرد می‌تواند درست یا نادرست باشد. فرد مجبور نیست فکر را در قالب یک قانون پیروی کند. فکر، کلمات، تصاویر فقط در درون ذهن فرد وجود دارد. توجه به قانون انتخاب (اینکه ما تصمیم می‌گیریم تا چه زمانی و به چه میزانی به فکر اهمیت بدهیم)

جلسه سوم: پذیرش

پذیرش: محدودیت‌های زندگی تان را بشناسید و آنهایی را که قابل حل نیست بپذیرید.
آن چیزی که خارج از کنترل شخص ماست بپذیریم و با وجود آن مشکل همچنان زندگی خود را با معنی و غنی بسازیم.
پذیرش بسیار درد دارد و سخت است، ما باید بپذیریم که قسمتی از زندگی درد دارد بنابراین باید با آن کنار بیاییم. تا زمانی که به پذیرش نرسیم آرامش را تجربه نخواهیم کرد و هیچ طرح عمل و انگیزه‌ای و انعطاف پذیری در زندگی پدید نمی‌آید.
خیلی مواقع ما تصور می‌کنیم فرار از مشکلات یک راه حل است در حالی که فرار از مشکلات یک مانع و مشکل است و راه حل درمانی پذیرش و مواجهه با مشکل است.
مثال: من فرزند طلاقم پس باید بپذیرم

<p>من بیمارم پس باید بپذیرم مشکلاتی که قابل حل نیست، نه مشکلاتی که به نحوی می‌توان آن‌ها را حل کرد. پذیرش یعنی باز بودن ۱- نسبت به تجربه باز شویم و اتاقی برای احساسات و هیجانات دردناک مهیا کنیم و به آن‌ها فضایی برای تنفس بدهیم. (اجازه دهیم همانطور که هستند و همانطور که هستند باشند و بیایند و بروند). ۲- پذیرش نباید با تحمل اشتباه گرفته شود. ۳- پذیرش با اجتناب تجربه گرایانه کاملاً متفاوت است. اجتناب تجربه گرایانه: سرکوب کردن و سعی کردن در نگه داشتن افکار از ذهن خودمان</p>	
<p>برای طرح هدف و برنامه‌ریزی برای آینده باید شرایط خودمان را در نظر بگیریم. خودتان را با دیگران مقایسه نکنید. - خود به عنوان زمینه: ۱- خود متفکر ۲- خود مشاهده‌گر خود متفکر: قسمتی از هر انسان است که همیشه فکر می‌کند، افکار را تولید می‌کند، نقشه می‌کشد. خود مشاهده‌گر: قسمتی از هر انسان است که از آنچه فکر می‌کند، احساس می‌کند، انجام می‌دهد آگاه و هشیارتر است (فردی که بر تمام افکار، اعمال و احساساتش هوشیار است).</p>	<p>جلسه چهارم: ارتقای خود به عنوان زمینه</p>
<p>ارزش‌های انتخاب شده ≠ ارزش‌های مبهم و نامشخص ارزش‌ها: کیفیت‌های زندگی انتخاب شده است که مراجع را تشویق می‌کند تا به آنچه که در زندگی می‌خواهد توجه نماید و قادر به تنظیم اهداف در حوزه‌های ارزشمند زندگی باشد. ارزش‌ها باید صحیح و انتخاب شده باشند. ارزش‌ها باعث نیرو بخشیدن و معنا دادن به زندگی فرد می‌شود. ارزش‌ها فرد را تقویت می‌کند تا به سمت طرح و الگوی کاری مؤثر و ارزشمند پیش برود. ارزش‌ها انعطاف پذیر هستند و قابل تغییر و جابجایی. تکیلف ۱: در زندگیتان دنبال چه چیزی هستید؟ تکیلف ۲: شناسایی و تغییر ارزش‌ها ارزش‌ها فراتر از هدف هستند و به وسیله ارزش‌ها اهداف مشخص می‌شوند. برای اینکه یک عملکرد مؤثر و زندگی با معنایی داشته باشیم باید ارزش‌هایی مشخص داشت. کارکرد و عملکرد مؤثر نشانه سلامت و روانشناختی است. انواع ارزش‌ها: خانوادگی - اجتماعی - شغلی - اقتصادی - مذهبی - شخصی - (سلامتی/ رشد/ شخصی/ احترام) برای ارزش‌هایتان دغدغه داشته باشید (برایتان مهم باشد، برنامه‌ریزی داشته باشید) اگر دغدغه نداشته باشید، هیچ کار مفیدی انجام نمی‌دهید. در تعیین ارزش‌ها باید ارزش‌هایی را انتخاب کنید که قابل اجرا و مطابق با فرهنگ باشد. ارزش‌ها: کیفیت اعمالی که انجام می‌دهیم. ارزش توصیف کننده‌ی این است که چگونه می‌خواهیم کاری را بر اساس بنیان‌های جاری انجام دهیم. واضح کردن ارزش‌ها یک گام عمده و اساسی در ایجاد زندگی با معنا است. ارزش‌ها انتخاب جهت‌های زندگی است.</p>	<p>جلسه پنجم: ارزش‌ها</p>
<p>برای تهیه‌ی طرح کار سرمایه‌های فرد را تقویت کنید. سرمایه‌های روانشناختی: نسبت به خود حتی با توجه به داشتن بیماری خوشبین باشید.</p>	<p>جلسه ششم: ارتقای الگوهای تعهد به عمل</p>

احساس خودکارآمدی و احساس کفایت داشته باشید.

در برابر مشکلات تاب‌آور باشید (مشکلات و زندگی سخت است اما نمی‌تواند من را از پا در بیاورد)

سرمایه‌های اجتماعی:

مشارکت در کارها

مشورت در کارها

افزایش روابط اجتماعی (پیدا کردن و شرکت کردن نشست‌های گروهی از جمله رفتن به باشگاه، محیط‌های دوستانه)

سرمایه‌های انسانی:

احساس داشتن کنترل بر خود و محیط

اعتماد داشتن به خود (من می‌توانم به اهداف تعریف شده ام برسیم)

توکل داشتن به خدا و داشتن سرمایه‌های معنوی

برای طرح عمل، شما باید در جستجوی پیدا کردن امکانات محیطی باشید تا بتوانید به کمک آن سازگاری بهتری پیدا کنید.

تکلیف ۱: نشر خبر

فرض کنید (با وجود بیماری) قرار است ۱۰ سال دیگر از شما خبری منتشر شود دوست دارید آن خبر چه چیزی باشد.

تکلیف ۲:

بانک افراد معنادار ایجاد کنید. (لیستی از افرادی را بنویسید که در شرایط و کیفیت بهتری از زندگی هستند و با آن‌ها رفت و آمد کنید).

تکلیف ۳:

بانک فعالیت‌های معنادار ایجاد کنید.

- شرکت در فعالیت‌های هنری

- باشگاه و.....

تکلیف ۴:

- به دنبال شغل بگردید.

- دغدغه کاری داشته باشید.

- ببینید نسبت به چه کاری تمایل و رغبت دارید.

- ببینید چه کاری را می‌توانید انجام دهید.

در طرح کار شما می‌توانید فرصت‌ها را پیدا کنید.

امکانات اجتماعی که برای شما مفید هستند پیدا کنید.

مثال: شرکت در فعالیت‌های اجتماعی یک طرح عمل است برای رسیدن به ارزش‌هایی مانند رضایتمندی زندگی - محبت - کسب احترام - داشتن روابط دوستانه.

تعهد به عمل: انجام کاری که تصمیم گرفته‌ایم انجام دهیم.

انجام اعمال مؤثر و کارآمد با هدایت ارزش‌هایمان

۲- اعمال همخوان با ارزش‌هایمان که باعث یک زندگی غنی و پر از معنا می‌شود.

اعمال همخوان با ارزش‌هایمان که باعث تغذیه‌ی افکار و هیجان‌های خوشایند و ناخوشایند می‌شود، چه لذت بخش چه دردناک.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی را به تفکیک گروه و مرحله‌ی آزمون، نشان می‌دهد.

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه درمان فعال‌سازی رفتاری ۴۲/۸۶ (۷/۹۱)، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴۱/۰۱ (۷/۲۴) و گروه گواه ۴۴/۱۹ (۷/۵۶) بود.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی						
متغیر	گروه	درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	گروه گواه		
	مرحله	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۶/۶۰	۲/۰۱	۱۶/۴۰	۲/۱۷	۲/۸۵
	پس‌آزمون	۱۳	۲	۱۲/۹۰	۲/۱۳	۲/۷۶
	پیگیری	۱۴/۵۰	۲/۴۱	۱۱	۱/۷۶	۲/۲۷
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۵	۶/۵۶	۳۳/۹۰	۴/۸۶	۵/۲۳
	پس‌آزمون	۳۹/۱۰	۵/۴۸	۴۲/۷۰	۴/۵۲	۵/۳۴
	پیگیری	۳۸/۲۰	۶/۱۱	۴۴/۹۰	۴/۰۷	۵/۲۲

واریانس-کواریانس انجام شد. نتایج آزمون باکس حاکمی از آن است که آماره باکس در متغیر افسردگی و کیفیت زندگی معنی‌دار نیست ($P > 0.05$)، لذا نتیجه گرفته می‌شود که تساوی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار است.

نتایج آزمون ماچلی^۱ برای افسردگی و کیفیت زندگی در متغیر زمان (مراحل آزمون) به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت برای متغیر زمان معنی‌دار نیست ($P > 0.05$)، بنابراین از فرض کرویت نیز تخطی نشده است. نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که پیش‌فرض همگونی واریانس‌ها برای متغیر وابسته افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، رعایت شده است. بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد. در جدول ۲، نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر، برای نمرات افسردگی، در گروه‌های آزمایش و گروه گواه و مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، با تخمین‌های مختلف افسردگی، ارائه شده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳ میانگین نمرات بیماران مبتلا به سرطان در متغیر افسردگی، در دو گروه درمان فعال‌سازی رفتاری (BAT)، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در مرحله ی پس‌آزمون و پیگیری، در مقایسه با میانگین این نمرات در گروه‌گواه و مرحله‌ی پیش‌آزمون پایین‌تر است. همچنین میانگین نمرات بیماران مبتلا به سرطان در متغیر کیفیت زندگی، در تمامی گروه‌های درمان در مرحله ی پس‌آزمون و پیگیری، در مقایسه با میانگین این نمرات در گروه‌گواه و مرحله‌ی پیش‌آزمون بالاتر است. به همین ترتیب تفاوت‌هایی در بین میانگین نمرات گروه‌های درمانی در متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مشاهده می‌شود. به منظور آزمون فرضیه‌ی پژوهش، از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ اما ابتدا لازم است تا سایر پیش‌فرض‌های لازم جهت استفاده از این تحلیل، مورد بررسی قرار گیرد. نتایج آزمون باکس برای متغیر افسردگی به منظور بررسی پیش‌فرض تساوی ماتریس‌های

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی زمان در متغیر افسردگی						
متغیر	منبع تغییر	اپسین	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F
						مجذورات
	زمان	فرض کرویت	۱۹۱/۶۲	۲	۹۵/۸۱	۲۷/۷۶
	گرین هاوز-گیزر		۱۹۱/۶۲	۱/۹۴	۹۵/۸۱	۲۷/۷۶
	هین فلت		۱۹۱/۶۲	۲	۹۵/۸۱	۲۷/۷۶
	کران پایین		۱۹۱/۶۲	۱	۱۹۱/۶۲	۲۷/۷۶

افسردگی	زمان*گروه	فرض کرویت	۱۶۸/۵۱۷	۶	۲۸/۰۹	۸/۱۴	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱
		گرین هاوس-گیزر	۱۶۸/۵۱۷	۵/۸۱	۲۸/۰۹	۸/۱۴	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱
		هین فلت	۱۶۸/۵۱۷	۶	۲۸/۰۹	۸/۱۴	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱
		کران پایین	۱۶۸/۵۱۷	۳	۵۶/۱۷۲	۸/۱۴	۰/۴۰	۰/۰۰۰۱

به عبارت دیگر، نمرات شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه، در افسردگی، از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار بوده است. مجذور اتا ۰/۴۰ نیز حاکی از آن است که ۴۰ درصد از تغییرات واریانس ناشی از اثر تعاملی زمان*گروه (مراحل مختلف آزمون و عضویت گروهی) بوده است. در نهایت، جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر اصلی گروه، یعنی مقایسه‌ی میانگین نمرات افسردگی، در گروه‌های آزمایش (درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه را نشان می‌دهد.

همانطور که مشاهده می‌شود اثر اصلی زمان، با همه‌ی پس‌سپین‌ها، معنی‌دار شده است. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه‌های آزمایش، در متغیر افسردگی، از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار است ($F=27/76, P<0/05$). مجذور اتا ۰/۴۳ نیز حاکی از آن است که ۴۳ درصد از تغییرات واریانس ناشی از اثر اصلی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بوده است. همچنین نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر تعامل زمان با گروه در متغیر افسردگی ($P<0/05$)، معنی‌دار است. ($F=8/14$)

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثر اصلی گروه در متغیر افسردگی

متغیر	منبع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	معنی‌داری
افسردگی	گروه	۳۱۴/۹۶	۳	۱۰۴/۹۸	۱۱/۶۲	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
	خطا	۳۲۵/۱۷	۳۶	۹/۰۳			

گروه‌های آزمایش و گواه، ناشی از عضویت گروهی (تأثیر درمان‌های فعال سازی رفتاری، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، بوده است؛ با این حال به منظور تعیین اینکه، این تفاوت در بین کدام یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است، لازم است تا از آزمون تعقیبی توکی استفاده شود.

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر اصلی گروه، بیان‌گر آن است که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه وجود دارد ($F=11/62, P<0/05$). اندازه اثر ۰/۴۹ برای متغیر افسردگی، حاکی از آن است که ۴۹ درصد از تفاوت نمرات

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی زمان در متغیر کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییر	پس‌سپین	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	معنی‌داری
کیفیت زندگی	زمان	فرض کرویت	۷۴۳/۴۵	۲	۳۷۱/۷۲	۴۸/۳۷	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
		گرین هاوس-گیزر	۷۴۳/۴۵	۱/۷۹	۴۱۴/۸۸	۴۸/۳۷	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
		هین فلت	۷۴۳/۴۵	۲	۳۷۱/۷۲	۴۸/۳۷	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
		کران پایین	۷۴۳/۴۵	۱	۷۴۳/۴۵	۴۸/۳۷	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱
زمان*گروه	فرض کرویت		۴۰۱/۲۸	۶	۶۶/۸۸	۸/۷۰	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱
	گرین هاوس-گیزر		۴۰۱/۲۸	۵/۳۷	۷۴/۶۴	۸/۷۰	۴۲	۰/۰۰۰۱
	هین فلت		۴۰۱/۲۸	۶	۶۶/۸۸	۸/۷۰	۴۲	۰/۰۰۰۱
	کران پایین		۴۰۱/۲۸	۳	۱۳۳/۷۶	۸/۷۰	۴۲	۰/۰۰۰۱

نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه، در متغیر کیفیت زندگی، از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار بوده است. مجذور اتا ۰/۴۲ نیز حاکی از آن است که ۴۲ درصد از تغییرات واریانس ناشی از اثر تعاملی زمان*گروه (مراحل مختلف آزمون و عضویت گروهی) بوده است. جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر اصلی گروه، یعنی مقایسه‌ی میانگین نمرات کیفیت زندگی، در گروه‌های آزمایش (درمان فعال‌سازی رفتاری، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه را نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود اثر اصلی زمان، با همه‌ی اپسیلین‌ها، معنی‌دار شده است. به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش، در متغیر کیفیت زندگی، از زمان پیش‌آزمون تا پیگیری معنی‌دار است ($F=48/37, P<0/05$). مجذور لتا ۰/۵۷ نیز حاکی از آن است که ۵۷ درصد از تغییرات واریانس ناشی از اثر اصلی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بوده است. علاوه بر این نتایج مندرج در جدول ۴ حاکی از آن است که اثر تعامل زمان با گروه در متغیر کیفیت زندگی ($F=8/70, P<0/0001$)، معنی‌دار است. به عبارت دیگر،

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای اثر اصلی گروه در متغیر کیفیت زندگی

متغیر	منبع تغییر	مجموعه مجذورات		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور اتا	معنی‌داری
		مجذورات	آزادی					
کیفیت زندگی	گروه	۸۴۶/۷۷	۳	۲۸۲/۲۵	۳/۹۱	۰/۲۵	۰/۰۱	
	خطا	۲۵۹۵/۷۳	۳۶	۷۲/۱۰				

نمرات گروه‌های آزمایش و گواه، ناشی از عضویت گروهی (تأثیر درمان‌های فعال‌سازی رفتاری، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، بوده است. با این حال به منظور تعیین اینکه، این تفاوت در بین کدام یک از گروه‌ها معنی‌دار بوده است، لازم است تا از آزمون تعقیبی توکی استفاده شود.

همان‌گونه که در جدول ۷ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر اصلی گروه، بیان‌گر آن است که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه وجود دارد ($F=3/91, P<0/05$). اندازه اثر ۰/۲۵ برای متغیر کیفیت زندگی، حاکی از آن است که ۲۵ درصد از تفاوت

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه‌ی میانگین افسردگی در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معنی‌داری
افسردگی	گواه- فعال‌سازی رفتاری	۳/۰۳	۰/۷۷	۰/۰۰۲
	گواه- پذیرش و تعهد	۴/۳۰	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	گواه- فعال‌سازی رفتاری	-۳/۸۶	۲/۱۹	۰/۳۰۷
	گواه- پذیرش و تعهد	-۶/۹۳	۰/۷۷	۰/۰۲
	فعال‌سازی رفتاری- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۰۶	۰/۷۷	۰/۵۱

از دو روش درمان معنی‌داری نیست ($P>0/05$). نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که به صورت کلی تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی در بین گروه‌های درمانی فعال‌سازی رفتاری، و درمان مبتنی بر پذیرش و

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۶، تفاوت میانگین نمرات افسردگی، بین هر دو گروه آزمایش با گروه گواه، معنی‌دار است ($P<0/05$)؛ به عبارت دیگر، اثربخشی هر دو درمان مذکور در کاهش افسردگی معنی‌دار است. با این حال تفاوت میانگین نمرات افسردگی، بین هیچ یک

ذهن‌آگاهی انجام می‌دهد این است که یک قدم از همه‌ی افکار چه مثبت و چه منفی فاصله می‌گیرد و به بیمار آموزش داده می‌شود که افکار، افکار هستند و واقعیت نیستند. نمی‌توان افکار را به طور کامل کنترل کرد. همه‌ی کاری که از دست شما بر می‌آید این است که افکار را نگاه کنید و از آن فاصله بگیرید و واکنش خود به خودی نسبت به افکارتان را متوقف کنید. هر چقدر بتوانید این کار را بیشتر انجام دهید، احساس تحت کنترل بودن بیشتری پیدا می‌کنید. وقتی بیمار احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن‌آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند، دیگر از خود نمی‌پرسد که معنا و هدف زندگی چیست؟ به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت، همگی در درون خودش است. در خواهد یافت که همه‌ی رنج‌ها و دردها و اندوه موجود در دنیا به خاطر آن است که بشر در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی خود را محروم ساخته است. خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که بعضی اوقات وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های اشتهاب است. وقتی درک کند که هدفش دسترسی عمیق‌تر به منابع درون وجود خودش است و این نه تنها به خاطر خودش بلکه به خاطر همه‌ی انسان‌هایی است که اطرافش می‌باشند؛ آن زمان زندگی برایش معنایی زیبا و عمیق خواهد یافت و احساس بهتری دارد (فیش و همکاران، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر، ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند. به نظر می‌رسد آموزش‌های روان‌شناختی در این پژوهش، توانسته است نقش مهمی را در این زمینه داشته باشد. برای مثال در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع هرگز به عنوان شکست خورده، آسیب‌دیده و یا ناامید نگریسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را، در دسترس همه می‌داند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد و بیماری را جزئی از زندگی در نظر می‌گیرد، نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن (هیز، استروشال و ویلسون، ۲۰۱۲). همچنین، اجرای مداخلات گروهی درمان‌های موج سوم، ضمن فراهم نمودن بستری به

تعهد، در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری، نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار است ($P < 0/05$).

بنابراین اثربخش بودن گروه‌های درمانی بر متغیر کیفیت زندگی در دوره‌ی پیگیری یک ماهه به صورت کلی تأیید می‌گردد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۶، به صورت کلی، تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی، بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه، معنی‌دار است ($P < 0/05$)؛ ولی بین درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه معنی‌دار نیست ($P > 0/05$). به عبارت دیگر، تفاوت میانگین نمرات کیفیت زندگی، بین هیچ یک از دو روش درمانی مذکور، معنی‌داری نیست ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری‌های مکرر برای آزمون فرضیه‌ی اصلی پژوهش نشان داد که هر دو مداخله‌ی درمانی، اثر معنی‌داری بر افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان دارد. به عبارت دیگر درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان شود. این نتایج همسو با پژوهش‌های سادات اخوی و محمدی نصرآبادی (۱۳۹۷)، محبت بهار (۱۳۹۳)، ویتز و همکاران (۲۰۱۸) و تاکاگاکای و همکاران (۲۰۱۶) می‌باشد. سادات اخوی و محمدی نصرآبادی (۱۳۹۷) در پژوهشی که بر روی افراد مبتلا به سرطان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش افسردگی افراد مبتلا به سرطان مؤثر است. همچنین تاکاگاکای و همکاران (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای بر روی نوجوانان ۱۸ تا ۱۹ سال مشاهده کردند که نوجوانان افسرده‌ای که تحت درمان فعال‌سازی رفتاری قرار گرفتند بهبود قابل توجهی در کاهش علائم افسردگی و پیشرفت‌های قابل توجهی در مقیاس خودگزارش‌دهی کیفیت زندگی نشان دادند.

ذهن‌آگاهی یکی از مفاهیم کلیدی در درمان‌های موج سوم از جمله ACT و MBCT است که بر اساس نتایج پژوهش‌ها، نقش مهمی در مدیریت استرس سرطان و کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران می‌تواند ایفا کند (فیش و همکاران، ۲۰۱۴). کاری که

منظور پذیرش هیجانات، با به کارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر تکنیک‌های روانشناختی، به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و آن‌ها را به پیگیری ارزش‌ها و تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند. لذا دور از انتظار نیست که این مداخلات روانشناختی، منجر به کاهش افسردگی و به تبع آن افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به سرطان شود (تاکاگاکي و همکاران، ۲۰۱۶).

در تبیین دیگری می‌توان گفت وجود دردهای مزمن، تحلیل روزانه سلامتی، احساس درماندگی و ناامیدی در برابر بیماری، شرایط استرس‌زایی را برای بیماران مبتلا به سرطان ایجاد می‌کند. این استرس و تغییرات فیزیولوژیک توأم با آن، تأثیر به‌سزایی در بروز افسردگی و کاهش کیفیت زندگی بیماران خواهد داشت. اما برخورداری از درمان‌های گروهی فعال‌سازی رفتاری، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود تا بیماران، مهارت‌هایی را کسب کنند که از طریق آن بتوانند استرس ناشی از بیماری و احساسات منفی خود را به شکلی صحیح مدیریت کرده و در نتیجه کنترل بیشتری بر هیجانات خود داشته باشند و از این طریق کیفیت زندگی خویش را بهبود بخشیده و احساس بهتری داشته باشند (ویتز و همکاران، ۲۰۱۸).

در نهایت یکی از عوامل مهمی که می‌توان در تبیین این نتایج در نظر گرفت، شیوه گروهی مداخلات روانشناختی است که علاوه بر مقرون به صرفه بودن آن، فرصت تخلیه هیجانی، احساس مقبولیت، نوع دوستی، پالایش، تعلق، همدلی، تعامل، همگون‌پنداری، واقعیت‌سنجی و بسیاری از مزیت‌های مربوط به درمان گروهی را برای مراجعان فراهم می‌آورد، و از این طریق می‌تواند در افزایش منابع حمایتی عاطفی و اجتماعی آن‌ها مؤثر واقع شود. در واقع بیمارانی که منابع عاطفی و اجتماعی بیشتری دارند، از اعتماد به نفس و عزت نفس بیشتری برخوردار هستند و کمتر هیجانات خود را سرکوب کرده (تیلور، ۱۹۹۱) و به تبع آن در برابر احساسات ناخوشایند پذیراتر و در مقابله با بیماری خود تواناتر خواهند بود.

بدون شک هر پژوهش و تحقیقی با توجه به ماهیت موضوع و طرح پژوهش، با محدودیت‌هایی مواجه است که در تعمیم نتایج باید آن‌ها را مد نظر قرار داد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نیست و مانند سایر مطالعات روانشناختی با محدودیت‌هایی روبرو بوده که از آن میان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: محدود بودن جامعه و حجم نمونه‌ی آماری در این پژوهش، تعمیم نتایج به سایر افراد و جوامع را دشوار می‌سازد. برگزاری جلسات به صورت مجازی؛ استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی، که ممکن است مشارکت‌کنندگان را به استفاده از شیوه‌های مبتنی بر تأیید اجتماعی یا اجتناب از بدنمایی ترغیب کند. عدم بررسی نتایج مداخلات بر اساس جنسیت و دامنه‌ی سنی شرکت‌کنندگان. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه‌های بزرگتر مورد ارزیابی قرار گیرد تا اعتبار اثربخشی این روش‌های درمانی با اطمینان بالاتری برآورد شود. جهت افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمان‌های گروهی فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی سایر جوامع و افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر مانند سرطان سینه، بیماری‌های قلبی و نقص دستگاه ایمنی (HIV) تکرار شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در پژوهش‌های آینده، اثربخشی درمان‌های مذکور را بر روی سایر فاکتورهای روانشناختی مانند امیدواری، سرسختی روانشناختی، پذیرش درد، ترس از سرطان و اضطراب مرگ، مورد بررسی قرار دهند. پیشنهاد می‌شود در آینده در صورت فراهم شدن شرایط، جلسات آموزشی و درمانی به صورت حضوری برگزار شود. آموزش این نوع از مداخلات روانشناختی به پرستاران و روان‌پرستارانی که در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی افراد مبتلا به سرطان مشغول به فعالیت هستند، می‌تواند کمک شایانی در بهبود افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران به همراه داشته باشد. با توجه به مشکلات فراوان بیماران سرطانی و آسیب‌هایی ناشی از این بیماری بر سلامت روان افراد مبتلا و حتی آشنایان و اطرافیان این بیماران، پیشنهاد می‌شود که مداخلات روانشناختی مانند فعال‌سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یک

- گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار، ۹(۳۴): ۲۶-۱۷.
- American Cancer Society. (2014). The History of Cancer. Available from: www.cancer.org/the-history-of-cancer-pdf. Accessed December 23.
- Beck, A. T., Steer, A. R., & Garbin, G. (1998). Analysis of the psychometric parties of the Spanish version of the Beck depression inventory in Argentina. *Psychiatr Rev*, 79(3): 275-85.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., & Crits Christoph, P. (1998). Update on Emprically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16 .
- DeSantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D. Kramer, J. L., Alteri, R., Robbins, A. S., & Jemal, A. (2014). Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. Article first published online: 1 JUN 2014.
- Gollan, J., Atlis, M., & Marlow-OConnor, M. (2003). *Behavioral activation: Group treatment for depression (pilot version). Unpublished manual*. University of Chicago .
- Gouzman, J., Cohen, M., Ben-Zur, H., Shacham-Shmueli, E., Aderka, D., Siegelmann-Danieli, N., & Beny, Alex. (2015). Resilience and Psychosocial Adjustment in Digestive System Cancer. *J Clin Psychol Med Settings*, 22(1), 1-13 .
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*. New York: Guilford.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270 .
- Knobf, M. T. (2011). Clinical update: psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin Oncol Nurs*; 27(3): e1-e14 .
- Martell, C. R., Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: Norton and Corporation.

برنامه‌ی درمانی مکمل در جهت بهبود خلق و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران، در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در نهایت با توجه به ضرورت اجرا و همچنین تأیید اثربخشی مداخلات روانشناختی مذکور، پیشنهاد می‌شود بیمارستان‌ها و مراکز درمانی با به کارگیری روانشناسان بالینی آموزش دیده و اجرای این مداخلات روانشناختی، زمینه‌ی کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی این بیماران را فراهم سازند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- شایسته فرد، زهرا، صبحی قراملکی، ناصر، و زرغام حاجبی، مجید. (۱۴۰۱) طراحی مدل سبک‌های دلبستگی در سازش روابط عاطفی با میانجی‌گری مهارت‌های ارتباطی در دانشجویان متأهل دانشگاه علوم پزشکی همدان. دوفصلنامه مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان، ۳(۲): ۳۷۵-۳۸۸
- محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمد اسماعیل؛ ملکی، فاطمه؛ مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی روان درمانی

- Porter, J. F., Spates, R., & Smitham, S. (2004). International Psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche. *Journal of affective disorders*, 95, 1-11 .
- Segrin, C., Badger, T.A., Meek, P., Lopez, A.M., Bonham, E., & Sieger, A. (2006) Dyadic interdependence on affect and quality of life trajectories among women with breast cancer and their partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27,673-689 .
- Stalcup, E. M. (1999). *Does prayers heal?* Htt: www. Christianity. Net .
- Taylor, S. E., (1991). Self-Generated Feelings of Control and Adjustment to Physical Illness. *Journal of Social Issues*, 47, 91-109.