MEJDS. 2021; 11:36.

Published online 2021 June. **Research Article**

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Therapy and Spiritual Therapy on Psychological Distress in Patients With Breast Cancer

Ahmadi SA[1], *Vaziri Sh[2], Ahi Gh[3], Lotfi Kashani F[2], Akbari ME[4]

Author Address
1. PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Rodehen Branch, Islamic Azad University, Rodehen, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran;
4. Professor, Department of Oncology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** vaziri@riau.ac.ir

Received: 2021 February 23; **Accepted:** 2021 May 29

Abstract

Background & Objectives: Breast Cancer (BC) causes numerous biopsychological complications that require appropriate interventions. The number of cancer patients is increasingly higher than before worldwide; thus, this chronic disease is a major problem for individuals' health. A therapy used in the present study was Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to facilitate decreasing distress in patients with breast cancer. This aim was achieved by helping them to reach a level of psychological flexibility to accept what they cannot change and try to modify the changeable matters, to improve their health condition. The present study also implemented Spiritual Therapy (ST) to help these patients find meaning in life and follow their lives according to the values in the most tragic circumstances. Such interventions could significantly help to reduce distress among this group. Therefore, the present study aimed to compare the effects of ACT and ST on psychological distress (anxiety, depression, stress) in women with breast cancer to enjoy a better life.

Methods: This was a quasi-experimental research with pretest-posttest and a control group design. The statistical population of this study included all patients with BC, referring to Dr. Gholami's Clinic in Kashmar City, Iran, in February 2020. Forty-Five eligible volunteers entered the study; they were randomly divided into 3 groups (n=15); two experimental (ACT & ST), and one control groups. The inclusion criteria of the study were patients with BC (according to oncologists' diagnosis), the age of 18-65 years, receiving chemotherapy for ≥1 month, no history of mental illness, having at least primary education (reading & writing abilities), no co-morbid physical illness, and patients' consent and ability to attend all treatment sessions. The Depression, Anxiety, and Stress Scales (Lavibund and Lavibund, 1995) were used in pretest and posttest phases to define and measure anxiety, depression, and stress in the study subjects. The ACT group received eight 75-minute training sessions two days a week according to a protocol developed by Hayes and associates (2006). The ST group participated in nine 75-minute training sessions two days a week. The protocol used in the ST group was adapted from the protocol developed by Richard and Bergin (2005). However, the controls received no intervention. The obtained data were analyzed by descriptive statistics, including mean and standard deviation and inferential statistics, including univariate Analysis of Covariance (ANCOVA) and Bonferroni posthoc test in SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The mean posttest scores of depression, anxiety, and stress (after controlling the pretest scores) were significantly higher in both research groups; thus, ACT and ST could effectively reduce depression (p<0.001), anxiety (p<0.001), and stress (p<0.001) in the study subjects. The ETA-squared value indicated that respectively >61%, >56%, and >66% of changes in the depression, anxiety, and stress components in women with BC could be explained by ACT and ST. Bonferroni test data suggested that in depression, the difference between the experimental groups and the control group (p=0.001) and the difference between the ACT and ST groups was significant (p=0.030). Moreover, respecting anxiety, the difference between the two experimental groups and the controls (p=0.001 & p=0.008, respectively) and the difference between the ACT and ST groups was significant (p=0.006). Furthermore, there were significant differences concerning stress between the ACT and ST groups and the control group (p=0.001) as well as between the ACT and ST groups (p=0.026).

Conclusion: Based on the present study findings, ACT and ST effectively reduced psychological distress in the examined women with BC; however, ACT was more effective than spiritual therapy in this respect.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Spirituality therapy, Breast cancer, Psychological distress.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۳۶.

انتشار برخط خرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ تأثیر مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد (ACT) و معنویت‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی (اضطراب، افسردگی و استرس) بیماران مبتلا به سرطان پستان

سیدعلی احمدی[۱]، *شهرام وزیری[۲]، قاسم آهی[۳]، فرح لطفی کاشانی[۲]، محمداسماعیل اکبری[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران؛

۴. استاد، گروه جراحی سرطان، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** vaziri@riau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ اسفند ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۸ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان عامل عوارض جسمی و روان‌شناختی متعددی است که به درمان متناسب نیاز دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک دکتر غلامی در بهمن ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ابتدا تعداد ۴۵ نفر از افراد داوطلب واجد شرایط به پژوهش وارد شدند. سپس در دو گروه آزمایش (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی) و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لویبوند و لویبوند، ۱۹۹۵) به‌کار رفت. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در هشت جلسهٔ ۷۵دقیقه‌ای براساس پروتکل هیز و همکاران (۲۰۰۶) و معنویت‌درمانی در نُه جلسهٔ آموزش ۷۵دقیقه‌ای براساس پروتکل ریچارد و برگین (۲۰۰۵) فقط برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری برای آزمون‌های آماری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: هر دو درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در هر دو گروه، بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس مؤثر بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین در متغیرهای افسردگی و استرس تفاوت بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه معنادار بود ($p=۰/۰۰۱$). تفاوت بین گروه‌های آزمایشی با گروه گواه در متغیر اضطراب نیز معنادار بود ($p=۰/۰۰۱$ و $p=۰/۰۰۸$). در متغیرهای افسردگی ($p=۰/۰۳۰$)، اضطراب ($p=۰/۰۰۶$) و استرس تفاوت بین گروه‌های درمان معنادار بود ($p=۰/۰۲۶$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، هر دو درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش‌اند؛ ولی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری درمقایسه با معنویت‌درمانی دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، معنویت‌درمانی، سرطان پستان، پریشانی روان‌شناختی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۱ مقدمه

سرطان پستان[1] آغاز دورهٔ پریشانی روانی برای زنان مبتلا به این بیماری در نظر گرفته می‌شود و در صورتی که به وضعیت روانی بیمار به‌اندازهٔ لازم و کافی توجه نشود، ممکن است احساس نبود کنترل، درماندگی، استرس شدید، افسردگی و اضطراب سراسر وجودش را فرا بگیرد؛ چه‌بسا این عوارض روان‌شناختی[2] تأثیری منفی بر ادامهٔ برنامهٔ درمان و پیگیری‌های پس از آن داشته باشد که تهدیدی جدی برای بقا و ادامهٔ حیات است (۱)؛ البته پریشانی روان‌شناختی و عوارض همراه آن یعنی اضطراب، افسردگی و استرس مشکلی است که تقریباً تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان با آن روبه‌رو هستند؛ حتی زنانی که جزو بازماندگان به‌شمار می‌آیند، آن را تجربه می‌کنند. این پریشانی علاوه بر اینکه به‌شکل مخربی بر نتایج درمان اثر می‌گذارد، کیفیت زندگی بیمار مبتلا به سرطان را تضعیف می‌کند و گسترش بیماری را شدت می‌بخشد (۲)؛ همچنین منشأ این پریشانی روان‌شناختی برای بسیاری از بیماران سرطانی، مشکل‌داشتن آن‌ها در سازگاری با تشخیص سرطان است؛ به‌طوری‌که هیچ تمایلی به پذیرش و قبول آن ندارند و این نبود پذیرش بر مسیر آیندهٔ بیماری آنان نیز اثر دارد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی[3] بیمار را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۳)؛ این انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤلفه‌ای است که به بیمار توانایی تماس با لحظهٔ کنونی را آن‌گونه که است، بدون هیچ‌گونه دفاع روان‌شناختی، همسو با ارزش‌های برگزیدهٔ فرد می‌دهد (۴).

حال باتوجه به دست به گریبان بودن بیماران با این استرس، اضطراب، ناکامی، ناامیدی و در کل پریشانی روان‌شناختی، در کنار مشکلات جسمی، درمانگران با دو رویکرد درمان‌های دارویی و روان‌شناختی به‌کمک این بیماران آمده‌اند؛ البته اگر بیمار پریشانی روان‌شناختی کمتری را تجربه کند و دارای امید به زندگی بیشتری باشد، درمان‌های دارویی می‌توانند عملکرد بهتری داشته باشند (۵)؛ اما این‌ها مقوله‌هایی است که به‌ندرت با دارو حاصل می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد، مداخله‌های مناسب روان‌شناختی مانند روش‌های شناختی‌ـ‌رفتاری[4] با کاهش استرس، اضطراب و افسردگی، از روش‌های موفق‌تر به‌شمار می‌آیند (۶). یکی از این رویکردهای روان‌شناختی جدید که در کاهش پریشانی روانی مؤثر بوده، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[5] است که در دههٔ ۸۰ توسط هیز، استروسال و ویلسون به‌شکل اختصاری ACT معرفی شد (۷). تمرکز درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد روی اتفاقات و فرایندهای روان‌شناختی مانند فکر و هیجان در راستای تأکید قوی بر ارزش‌ها و رفتارهای هدف‌مند می‌تواند در انعطاف‌پذیری و انطباق‌پذیری سهیم باشد. هدف این درمان کمک به بیماران است تا از نظر روان‌شناختی به سطحی از انعطاف‌پذیری برسند که بپذیرند آنچه توان تغییرش را ندارند؛ همچنین برای تغییر آنچه در توان آنان است تلاش کنند (۶). درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد علت‌های اصلی بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را چنین می‌بیند: آمیختگی با افکار؛ ارزیابی تجربه؛ اجتناب[6] از تجربه؛ دلیل‌یابی و راهبردهای سالم جایگزین آن‌ها (۸). به‌عبارتی این روش درمانی، اجتناب از درد را مشکل اصلی بیماران مبتلا به انواع دردها به‌ویژه سرطان می‌داند؛ بنابراین شیوهٔ اصلی این مدل درمان، مواجه‌سازی بیمار با موقعیت‌هایی است که بیشتر از آن‌ها اجتناب شده است؛ درواقع بیمار از افکار، احساسات و رفتارهای خود دربارهٔ ابتلا به بیماری سرطان در حال حاضر در لحظه آگاهی می‌یابد و بدون اجتناب آن‌ها را تجربه می‌کند تا ضمن پذیرش بیماری مذکور و حفظ سلامت روان‌شناختی بتواند هدف ارزش‌های زندگی‌اش را همچنان دنبال کند (۴).

از سویی دیگر بنا به نظریهٔ چارچوب رابطهٔ ذهنی[7] فرض بر این است که افکار، احساسات و هیجاناتی وجود دارند که افراد آن‌ها را ناراحت‌کننده و تحمل‌نشدنی می‌یابند؛ همچنین تمام تلاششان آن است که این تجارب را تغییر دهند یا به شکلی از بند آن‌ها رهایی یابند (۹). مطالعهٔ هیز نشان داد، اجتناب، تأثیری متناقض نیز دارد که باعث افزایش فراوانی، شدت، برجسته‌شدن و حضور پررنگ‌تر موضوع رویدادهای خصوصی می‌شود و می‌تواند به پریشانی روانی کمک کند (۴)؛ بنابراین هدف‌قراردادن و تغییر محتوای اندیشه، تلاشی بیهوده و وقت‌گیر است که نتیجه‌ای در بر ندارد. روش مفیدتر می‌تواند این باشد که رابطه‌ای را که فرد با تجربیات شخصی خود دارد، تغییر دهد. بر همین اساس، پژوهش‌های بسیاری درخصوص استفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر بیماری‌های مختلف و اختلالات روان‌شناسی انجام شده است که اغلب آن‌ها به اثربخشی این رویکرد درمانی اذعان کرده‌اند (۹)؛ به‌عنوان نمونه، مک کراکن و واولز در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تجربهٔ عواطف و افکار منفی را کنترل کرده و سازگاری را با دورهٔ حاد بیماری تسهیل می‌کند و مانع از فرایند پیشرفت تومور می‌شود؛ این امر خود موجب کاهش درد، افسردگی و اضطراب می‌شود و سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به دردهای مزمن را افزایش می‌دهد (۱۰).

رویکرد دیگر مؤثر در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان، معنویت درمانی[8] است. بیماران مبتلا به سرطان، اغلب از باورهای معنوی به‌عنوان وسیله‌ای برای کسب معنا نه‌تنها در دورهٔ بیماری بلکه در دورهٔ بهبود نیز بهره‌مند می‌شوند و این باورها را وسیله و روشی برای کنارآمدن و درک معنای مرگ می‌بینند (۱). به‌عبارتی سرطان در عملکرد طبیعی زندگی مبتلایان اختلال ایجاد می‌کند و بر سلامت روان بیماران تأثیر منفی دارد؛ اما باورهای معنوی یعنی روشی برای بودن در دنیایی که فرد ارتباط با خود، برقراری رابطه با دیگران و طبیعت و حتی ارتباط با نیرویی ماورائی را تجربه می‌کند، در داشتن زندگی هدف‌مند و بهبود بیماری و نیز افزایش طول عمر بیماران مؤثر است (۱۱). لطفی کاشانی و همکاران معنویت‌درمانی را درنظرگرفتن باورهای معنوی بیمار مبتلا در فرایند درمان تعریف می‌کنند؛ باورهایی که با به‌وجودآوردن تجربیات خاص، موجب تعالی مسئولانه در افراد می‌شوند (۳)؛ بنابراین اگر مداخلات به‌طور کامل

[1]. Breast cancer
[2]. Psychological complications
[3]. Psychological flexibility
[4]. Cognitive-behavior
[5]. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
[6]. Avoidance
[7]. Relational Frame Theory
[8]. Spiritual Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

انجام شوند، این توان‌مندی را دارند تا اضطراب شدید و پریشانی روان‌شناختی طاقت‌فرسایی را که بیماران مبتلا به سرطان تجربه می‌کنند، کاهش دهند؛ همچنین این مداخلات از تغییر اضطراب شدید به اضطراب مزمن و رمق‌گیری که بیماران سرطانی را کلافه می‌کند، جلوگیری می‌کنند (۱۱). در کل، بیمار مبتلا به سرطان با استفاده از منابع دینی و معنوی بهتر می‌تواند با بیماری کنار بیاید؛ به‌علاوه با روی‌آوردن به عبادت و ارتباط با خداوند متعال با علائم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی و حتی عوارض جانبی داروهای مصرفی در بدن خود مقابله می‌کند تا از سلامت معنوی که برگ خرید معنادار در زندگی است، برخوردار باشد (۱۲).

بنابراین باتوجه به آنچه از پژوهش‌های متعدد برمی‌آید، پریشانی روان‌شناختی اختلالی آزاردهنده برای بیماران مبتلا به سرطان پستان است. این افراد مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب، استرس، افسردگی و مشکلات مرتبط با رشد و تحول را پس از مبتلاشدن به بیماری تجربه می‌کنند؛ همچنین با نگاهی به آمار تکان‌دهندهٔ اضافه‌شدن میلیونی به تعداد این بیماران در هر سال و مشکلات فراوانی که برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها به‌وجود می‌آید، زنگ خطری جدی برای تمام افراد به صدا درآمده است؛ این پریشانی روان‌شناختی با به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی درمان‌پذیر است و درمان‌های مذکور به‌نوبهٔ خود می‌توانند در بهبود علائم و کیفیت زندگی بیمار و خانواده‌های آن‌ها اثرات مفیدی داشته باشند؛ علاوه‌برآن، تاکنون به‌طور خاص دو روش درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی به‌صورت مقایسه‌ای در این گروه از زنان بررسی نشده است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک درمان بیماران مبتلا به سرطان دکتر غلامی در شهرستان کاشمر در بهمن ۱۳۹۸ تشکیل دادند. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی، ابتدا به شرکت‌کنندگان فرم مربوط به رضایت اخلاقی داده شد. این فرم شامل تأیید اختیاری‌بودن حضور در پژوهش، تعهد به شرکت در جلسات و آگاهی از تأییدشدن مداخله بود. سپس تعداد ۴۵ نفر از افراد داوطلب واجد شرایط وارد مطالعه شدند. معیار نمونه‌گیری براساس ماهیت پژوهش بود. باتوجه به نیمه‌آزمایشی‌بودن پژوهش حاضر، توصیه شده است که حداقل در هر گروه هشت نفر گمارش شوند (۱۳). سپس افراد در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به سرطان پستان؛ شروع شیمی‌درمانی[1] حداقل در یک ماه گذشته؛ نداشتن سابقهٔ بیماری روانی؛ برخورداری از سواد خواندن و نوشتن؛ مبتلانبودن به بیماری جسمی هم‌زمان؛ داشتن سن بین ۱۸ تا۶۵ سال؛ موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش؛ توانایی شرکت‌کردن بیمار در تمامی جلسات درمان. معیارهای خروج بیماران از پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ شرکت در پژوهش، بدترشدن شرایط جسمی بیمار و توانایی‌نداشتن شرکت در جلسات درمان در نظر گرفته شد.

اجرای تحقیق این گونه بود که پرسشنامهٔ پژوهش در قالب یک شکل و در یک نوبت به بیماران منتخب به‌عنوان نمونه، ارائه شد و دربارهٔ چگونگی پاسخ‌گویی به شرکت‌کنندگان آموزش کامل داده شد. سپس آن‌ها به‌صورت انفرادی به پرسشنامه پاسخ دادند.

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	شرح
اول	معارفه، بیان دستورالعمل‌ها، بیان مفهوم تاب‌آوری، بررسی نگرش افراد دربارهٔ افکار و احساس‌های ناخوشایند، پذیرش و اقدام متعهدانه. تکمیل کاربرگ ناامیدی، نبود امکان حذف یا کنترل افکار و احساس‌های ناخوشایند، استعارهٔ مسافران اتوبوس.
دوم	بررسی جلسهٔ گذشته و تمرین تماس با اکنون، توجه‌آگاهی، تمایل به‌جای اجتناب. تمرین تنفس آگاهانه، معرفی تمایل به‌جای اجتناب با استفاده از طناب‌کشی با هیولا.
سوم	مرور جلسات گذشته، توجه‌آگاهی و کارکردهای ذهنی گسلش، تمرین ماشین‌ها، بررسی نحوهٔ تکامل ذهن، تمرین همراه با قضاوت‌ها.
چهارم	مرور جلسات گذشته، بررسی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه، بررسی موانع، تمرین مصاحبهٔ تلویزیونی، بررسی موانع انجام رفتار منطبق با ارزش‌ها.
پنجم	بررسی تمرین جلسهٔ گذشته، توجه‌آگاهی و خود به‌عنوان زمینه، شناسایی موانع درونی زندگی ارزش‌مند، تمرین واگن‌ها.
ششم	بررسی جلسات گذشته، توجه‌آگاهی، گسلش، خوردن آگاهانه، شکستن قواعد دستور زبانی.
هفتم	پایداری نتایج، نتایج بررسی تمرین‌های جلسهٔ گذشته.
هشتم	جمع‌بندی جلسات به‌وسیلهٔ رهبر گروه و اعضا، تشویق شرکت‌کنندگان به انجام‌دادن ادامهٔ تمرینات بعد از اتمام جلسات، اعلام پایان جلسات و انجام پس‌آزمون.

[1]. Chemotherapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

اطلاعات به‌دست‌آمده در این مطالعه محرمانه بود و به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه و بدون نام است. به‌منظور گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ افسردگی، اضطراب و استرس[1]: این پرسشنامه توسط لویبوند و لویبوند در سال ۱۹۹۶ برای ارزیابی میزان پریشانی روان‌شناختی، باتوجه به همپوشی افسردگی و اضطراب، به‌منظور تعریف و اندازه‌گیری سازه‌های اضطراب، افسردگی و استرس ساخته شد (۱۴). پرسشنامهٔ مذکور به‌اختصار DASS-21 نامیده می‌شود. این مقیاس شامل ۲۱ سؤال است. درواقع، این مقیاس مجموعه‌ای از سه خرده‌مقیاس خودگزارش‌دهی است که برای اندازه‌گیری حالت هیجانی منفی، افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده است. نمرهٔ نهایی هریک از آن‌ها ازطریق مجموع نمرات سؤالات مربوط به‌دست می‌آید. اگر آزمودنی دچار اضطراب، افسردگی یا استرس نباشد، نمرهٔ صفر دریافت می‌کند. به گزینهٔ کم نمرهٔ یک، گزینهٔ زیاد نمرهٔ دو و گزینهٔ خیلی زیاد نمرهٔ سه تعلق می‌گیرد. هر شرکت‌کننده وضعیت یک نشانه را در طول هفتهٔ قبل مشخص می‌کند و شدت علائم در طول هفته‌های مختلف، ارزیابی پیشرفت درمان را در طول زمان نشان می‌دهد (۱۴). لویبوند و لویبوند آلفای کرونباخ سه خرده‌مقیاس را به‌ترتیب برای افسردگی ۰/۷۷، اضطراب ۰/۷۹ و استرس ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۱۴). سامانی و جوکار در پژوهشی مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را براساس ضریب پایایی همسانی درونی ازجمله آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۸۰، اضطراب ۰/۷۶ و تنیدگی ۰/۷۷ رضایت‌بخش گزارش کردند (۱۵).

شرکت‌کنندگان گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، آموزش‌ها را در هشت جلسهٔ ۷۵دقیقه‌ای و دو روز در هفته براساس پروتکل تهیه‌شده توسط هیز و همکاران (۱۶) دریافت کردند. خلاصهٔ جلسات در جدول ۱ آورده شده است. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوایی جلسات، شاخص CVR و نظر پنج نفر استاد دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی و حداقل پانزده سال سابقهٔ فعالیت آموزشی به‌کار رفت. مقدار روایی ۸/۹ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

گروه معنویت‌درمانی در نُه جلسهٔ آموزش ۷۵دقیقه‌ای به‌صورت دو روز در هفته شرکت کرد. پروتکل استفاده‌شده در معنویت‌درمانی از پروتکل تهیه‌شده توسط ریچارد و برگین (۱۷) اقتباس شد که در جدول ۲ آورده شده است؛ درحالی‌که گروه گواه فقط درمان‌های همیشگی خود را ادامه داد و آموزشی دریافت نکرد. در پژوهش حاضر برای بررسی روایی محتوایی جلسات، شاخص CVR و نظر پنج نفر استاد دارای مدرک دکترای تخصصی روان‌شناسی و حداقل پانزده سال سابقهٔ فعالیت آموزشی، به‌کار رفت. مقدار روایی ۹ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

جدول ۲. برنامهٔ معنویت‌درمانی

جلسه	هدف، فرایندها و تمرین
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، اطلاع از دلایل تشکیل گروه و آشنایی با قوانین گروه (محرمانه‌ماندن اسامی و اطلاعات، احترام به نظر یکدیگر، تعداد و زمان جلسات و حضور مداوم).
دوم	آگاهی از معنای ضمنی و شخصی معنویت، بررسی اعتقاد به نیروی برتر و مقدس، بررسی رفتارهای به‌وجودآورندهٔ احساس خوب.
سوم	خودمشاهده‌گری، آموزش تکنیک مراقبه و تمرین روزانهٔ آن تا انتهای درمان.
چهارم	توضیح تجربیات افراد از مراقبه و تمرکز بر موضوع خاص، بررسی اثرات مراقبه.
پنجم	ارائهٔ مفهوم پایان‌ناپذیری و اتصال به نیروی لایزال، بررسی احساس ازدست‌دادن عزیزان، صحبت دربارهٔ بخشش.
ششم	مفهوم، احساس بخشیدن و بخشیده‌شدن، مراقبه و خواندن دعا.
هفتم	بخشش و تعمیم آن به کنترل خشم، توضیح دربارهٔ اهمیت بیان نیروی آزارندهٔ خشم به دیگران.
هشتم	بررسی تجربیات ناشی‌از بخشودگی، بیان احساس مثبت و تجربیات ناشی‌از بخشش و عملکردهای معنوی. تمرین مراقبه و خواندن دعا.
نهم	شکر و توجه به تغییرات مثبت ناشی‌از معنویت و معنادهی به تجربیات سخت.

پس از پایان جلسات آموزشی، شرکت‌کنندگان هر سه گروه به‌طور مجدد پرسشنامهٔ پژوهش را تکمیل کردند و نمرات گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شد.

در این پژوهش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها ازطریق نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۳، روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال‌بودن آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون شاپیرو–ویلک، به‌منظور ارزیابی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون از مقایسهٔ اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه در مدل رگرسیونی خطی چندگانه استفاده شد. برای مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌ها در پس‌آزمون پریشانی، آزمون بونفرونی به‌کار رفت. سطح معناداری برای آزمون‌های آماری، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای سن و سطح تحصیلات افراد مشارکت‌کننده در پژوهش به‌تفکیک گروه‌های مطالعه ارائه شده است.

باتوجه به یافته‌های جدول ۳، توزیع متغیرهای سن و سطح تحصیلات در سه گروه بررسی‌شده تفاوت چشمگیری نداشتند.

[1]. Depression, Anxiety and Stress Scales-21 (DASS-21)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای دموگرافیگ به‌تفکیک گروه‌های مطالعه‌شده

متغیر	گروه پذیرش و تعهد		گروه معنویت‌درمانی		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۰/۳۳	۳/۴۹	۳۷/۷۳	۲/۸۴	۳۸/۲۶	۲/۹۳
سطح تحصیلات	گروه پذیرش و تعهد		گروه معنویت‌درمانی		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سیکل	۱	۶/۶۶	۱	۶/۶۶	۱	۶/۶۶
دیپلم	۷	۴۶/۶۶	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۶
فوق‌دیپلم	۱	۶/۶۶	۲	۱۳/۳۳	۳	۲۰
لیسانس	۶	۴۰	۴	۲۶/۶۶	۴	۲۶/۳۳

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، برای بررسی رعایت پیش‌فرض‌های لازم از آزمون‌های شاپیرو ـ ویلک و لون استفاده شد. آزمون شاپیرو ـ ویلک برای توزیع متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون نشان داد، متغیرهای تحقیق از توزیع نرمال برخوردار است ($p>۰/۰۵$). برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج آزمون لون مشخص کرد، فرض همگنی واریانس‌های تمام مؤلفه‌های پریشانی در پس‌آزمون رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$). پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد و معنادارنبودن اثرات متقابل بین گروه‌ها و پیش‌آزمون در مدل رگرسیون خطی چندگانه برای تمام مؤلفه‌های پریشانی بیانگر برقراری پیش‌فرض همگنی شیب خطوط رگرسیون بود ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین پیش‌فرض‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک‌متغیره وجود داشت. در جدول ۴ شاخص‌های توصیفی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس اشاره شده است.

جدول ۳۴. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های پریشانی روانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
افسردگی	پذیرش و تعهد	۱۰/۴۰	۵/۲۰	۷/۴۰	۴/۰۴	۴۰/۱۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۶
	معنویت	۹/۷۳	۵/۷۲	۸/۱۳	۵/۵۲			
	گواه	۹/۶۰	۵/۹۴	۱۰	۵/۶۳			
اضطراب	پذیرش و تعهد	۹/۰۶	۵/۳۹	۶/۲۰	۴/۰۹	۳۲/۴۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۶۵
	معنویت	۷/۷۳	۵/۹۶	۶/۴۰	۵/۵۱			
	گواه	۷/۶۶	۴/۰۴	۷/۷۳	۴/۸۱			
استرس	پذیرش و تعهد	۹/۷۳	۳/۸۶	۶/۹۳	۳/۵۹	۴۹/۶۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
	معنویت	۸/۷۳	۵/۴۷	۷/۰۶	۴/۹۷			
	گواه	۹/۳۳	۳/۵۱	۹/۵۳	۳/۶۰			

براساس یافته‌های جدول ۴، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحلهٔ پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون در دو گروه معنادار بود؛ بدین‌معنا که هر دو درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در کاهش افسردگی ($p<۰/۰۰۱$)، کاهش اضطراب ($p<۰/۰۰۱$) و کاهش استرس ($p<۰/۰۰۱$) مؤثر بوده است. مقدار مجذور اتا نشان داد، بیش از ۶۱درصد از تغییرات مؤلفهٔ افسردگی، بیش از ۵۶درصد از تغییرات مؤلفهٔ اضطراب و بیش از ۶۶درصد از تغییرات مؤلفهٔ استرس زنان مبتلا به سرطان پستان توسط دو روش درمانی پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی تبیین‌شدنی است. برای مقایسهٔ نمرات پس‌آزمون بعد از کنترل نمرات پیش‌آزمون از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد (جدول ۵).

باتوجه به نتایج جدول ۵، بعد از درمان، در متغیر افسردگی تفاوت بین دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی) با گروه گواه ($p=۰/۰۰۱$) و تفاوت بین گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی معنادار بود ($p=۰/۰۳۰$). نتایج مربوط به تفاوت بین گروه‌ها نشان داد، در متغیر اضطراب تفاوت بین دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی) با گروه گواه (به‌ترتیب $p=۰/۰۰۱$ و $p=۰/۰۰۸$) و تفاوت بین گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی معنادار بود ($p=۰/۰۰۶$). همچنین نتایج مربوط به تفاوت بین گروه‌ها نشان داد، در متغیر استرس بین دو گروه آزمایشی (درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی) با گروه گواه ($p=۰/۰۰۱$) و تفاوت بین گروه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با معنویت‌درمانی معنادار بود ($p=۰/۰۲۶$).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی مبنی‌بر مقایسهٔ دوبه‌دوی گروه‌ها در پس‌آزمون متغیر پریشانی روان‌شناختی

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت بین میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	مقدار p
افسردگی	گواه	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۳/۳۳۶	۰/۴۸۸	۰/۰۰۱
		معنویت‌درمانی	۲/۰۱۳	۰/۴۸۷	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	معنویت‌درمانی	ـ ۱/۳۲۳	۰/۴۸۸	۰/۰۳۰
اضطراب	گواه	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۲/۷۲۰	۰/۴۲۰	۰/۰۰۱
		معنویت‌درمانی	۱/۳۳۵	۰/۴۱۹	۰/۰۰۸
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	معنویت‌درمانی	ـ ۱/۳۸۵	۰/۴۲۰	۰/۰۰۶
استرس	گواه	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	۳/۰۵۳	۰/۳۹۴	۰/۰۰۱
		معنویت‌درمانی	۱/۹۶۴	۰/۳۹۳	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد	معنویت‌درمانی	ـ ۱/۰۸۹	۰/۳۹۴	۰/۰۲۶

٤ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسهٔ اثربخشی دو روش درمانی پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی بر پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج نشان داد، هر دو روش درمانی دارای اثربخشی است و اعضای هر دو گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه تفاوت معناداری داشتند. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های جعفری و بحرینیان مبنی‌بر اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۸)، عزیزی و همکاران درخصوص مقایسهٔ تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی‌ـ رفتاری[1] بر افسردگی دانشجویان (۱۹) و مک‌کارکن و واولز درخصوص اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و درمان ذهن‌آگاهی در درمان دردهای مزمن (۱۰)، همسوست.

در تبیین این یافتهٔ پژوهش باید گفت، از عوامل اصلی که باعث پریشانی روان‌شناختی می‌شود، بیماری‌های چالش‌برانگیزی مانند سرطان پستان است که به‌عنوان معضل عمدهٔ سلامتی و تأثیرگذار بر سلامت جسمی و روانی به‌شمار می‌آید. این پریشانی نیازمند به درمانی مؤثر است و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد با اثرگذاری بر افزایش تاب‌آوری بیماران، بر کاهش پریشانی روان‌شناختی آن‌ها تأثیری مستقیم دارد (۱۸). این روش درمانی ازطریق تمرکز حواس، پذیرش و گسلش عاطفی (فرار از بند پیوندهای عاطفی حل‌نشده) برای رساندن افراد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تلاش می‌کند تا با آگاهی از فرایندهای شناختی و واکنش‌های عاطفی و ارزش‌هایی که افراد را در رابطه نگه می‌دارد، بتوانند متعهدانه عمل کنند (۱۹). در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت، این پژوهش به بیماران مبتلا به سرطان پستان کمک کرد تا متوجه شوند در شرایط و موقعیت‌هایی که احساس می‌کنند کنترلی بر آن‌ها ندارند، از توان‌مندی کافی برای کنترل این شرایط برخوردار هستند (۱). بیماران با تمرین و به‌کاربردن استعاره‌ها و آموزش‌های جلسات درمان، متوجه شدند آنچه جدی تلقی کرده‌اند تنها کلمات هستند و هیچ واقعیتی را بیان نمی‌کنند (۹). علاوه‌بر آنچه گفته شد، تأکید فراوان درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد به توجه افراد به درون و تجربه‌های درونی، به‌منظور کمک به آنان است تا افکاری که پیوسته آن‌ها را آزار می‌دهند، تنها به‌عنوان یک فکر تجربه شوند؛ همچنین آن‌ها به‌تدریج پی ببرند برنامه‌ای که در پیش گرفته‌اند کارایی چندانی ندارد و به‌جای پرداختن و پیروی از آن بهتر است به اموری در زندگی بپردازند که همسو با ارزش‌های آن‌ها باشد (۲۰). در این مرحله است که بیمار خود را به‌جای زمینه جایگزین می‌کند تا بتواند رویدادهای درونی آزاردهنده را اکنون و اینجا تجربه نماید؛ همچنین بتواند به‌راحتی بین خود و عکس‌العمل‌ها، خاطره‌ها و این افکار آزاردهندهٔ مخرب، مرز و فاصله‌ای قائل شود و بفهمد که آن‌ها جزئی از خود نیستند. آن‌گاه با تقویت خود مشاهده‌گر از چیزی که به‌عنوان خود، مفهوم‌سازی کرده‌اند هرچه بیشتر دور شوند. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که به‌جای فاصله‌گرفتن از احساساتشان، آن‌ها را بپذیرند.

در زمینهٔ اثرگذاری معنویت‌درمانی نیز این پژوهش با یافته‌های بوالهری و همکاران درخصوص اثربخشی معنویت‌درمانی به‌شیوهٔ گروهی در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه همسوست. پژوهش آن‌ها نشان داد، معنویت‌درمانی گروهی کاهش افسردگی، اضطراب و استرس را در پی دارد و موجب افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۲۱). یافتهٔ پژوهش حاضر با یافته‌های تحقیق پورعلی و همکاران نیز همسوست. پژوهش آن‌ها مشخص کرد، توسل به دین و معنویت، با هدف کنارآمدن با بیماری در بیماران مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌های خاص که تهدیدکنندهٔ زندگی افراد است، اثرگذاری دارد (۲۲)؛ به‌طور کلی در تبیین تأثیر معنویت‌درمانی بر کاهش پریشانی گفته می‌شود که این شیوهٔ درمان با کاهش احساس گناه، اضطراب، خشم، ناامیدی و افزایش آرامش درونی و ایجاد امیدواری، پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان را کاهش می‌دهد (۱۱). همچنین یافتهٔ پژوهش حاضر با مطالعهٔ لطفی کاشانی و

[1]. Cognitive-Behavioral Therapy

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

همکاران درخصوص اثربخشی مداخلهٔ مبتنی‌بر معنویت‌درمانی بر کاهش اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به سرطان، همسوست. آن‌ها دریافتند که معنویت به بیمار کمک می‌کند تا ارزیابی شناختی متفاوتی داشته باشد و این ارزیابی باورهای او را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ به‌عبارتی بیمار در سایهٔ معنویت این توانایی را دارد که ارزیابی بهتری از رخدادهای منفی داشته باشد و آن‌ها را دگرگونه ارزش‌گذاری کند و احساس کند شرایط را در کنترل دارد؛ این احساس کنترل موجب می‌شود (۲۳) افراد در پذیرش و کنارآمدن با شرایط سخت راحت‌تر باشند و فکر نکنند که مقهور شده‌اند و کاری از آن‌ها ساخته نیست. نتیجهٔ این باور، ارتقای سلامت روان‌شناختی را در پی دارد (۲۰).

ازطرفی معنویت‌درمانی به بیمار مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند با استفاده از منابع دینی و معنوی بهتر بتواند با بیماری کنار بیاید (۲۱)؛ همچنین با روی‌آوردن به عبادت و ارتباط با خدا با علائم افسردگی، اضطراب و عوارض جسمی خود مقابله کند تا از سلامت معنوی که فاکتوری معنادار در زندگی است، برخوردار باشد.

همچنین نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی وجود داشت؛ به‌طوری‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثربخشی بیشتری در مقایسه با معنویت‌درمانی بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به سرطان پستان داشت. در تأثیرگذاری بیشتر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد باید گفت سازوکارهای نهفته در این درمان مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و قضاوت در کنار اقدام هدایت‌شده از طریق ارزش‌ها و تأکید آن بر عمل گرایی، این امکان را می‌دهد که بیمار در وهلهٔ اول به تغییر روابط با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری و عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت‌بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به‌علاوه در این درمان بر تقویت رابطهٔ غیرقضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. همچنین تمایل به تجربهٔ عواطف منفی و قرارگرفتن درمعرض این احساسات ناخوشایند، مشخص‌کردن ارزش‌ها و ارتباط‌دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی، ادراک بیمار از بیماری را بهبود می‌بخشد.

چون پژوهش حاضر تنها مطالعه‌ای بود که به بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در کاهش پریشانی روان‌شناختی بر بیماران سرطان پستان پرداخت، محدودیت‌هایی نیز داشت؛ ازاین‌رو انجام مطالعه در گروه‌های درمانی با نمونه‌گیری و گمارش تصادفی به‌منظور اطمینان بیشتر به یافته‌های درمانی پیشنهاد می‌شود. ازطرفی برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه به‌شکل خوداظهاری استفاده شد و اقدامات خودگزارشی ممکن است منجربه پاسخ مطلوب اجتماعی شود؛ به‌طور کلی استفاده از پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات، اغلب نمی‌تواند جنبه‌هایی از اطلاعات را نشان دهد که از روش‌هایی مانند مصاحبه و مشاهده به‌دست می‌آید. تحقیقات آتی می‌توانند روش‌های خلاقانه‌ای برای این ارزشیابی‌ها پیدا کنند. نتایج این پژوهش دربارهٔ کاهش میزان پریشانی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن بود؛ ازاین‌رو تلفیق یا استفاده از درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در برنامه‌های درمانی سایر بیماری‌های مزمن توصیه می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد درمقایسه با معنویت‌درمانی در کاهش پریشانی (افسردگی، استرس و اضطراب) در بیماران مبتلا به سرطان پستان از اثربخشی بیشتری برخوردار است؛ اما هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و معنویت‌درمانی در کاهش پریشانی روانی اثرگذارند که افق‌های جدیدی در مداخلات بالینی به‌شمار می‌آید و می‌توان از آن‌ها به‌عنوان فنون درمانی مکمل دارودرمانی استفاده کرد.

۶ تشکروقدردانی

از شرکت‌کنندگان در این پژوهش به‌ویژه دکتر غلامی و کارکنان کلینیک ایشان تقدیر و تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری رشتهٔ روان‌شناسی بالینی با کد اخلاق به شمارهٔ IR.BUMS.REC.1399.238 (دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند) است. در این پژوهش اصول اخلاقی با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه نگاه‌داشتن اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها رعایت شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل word داده نزد نویسندهٔ مسئول حفظ می‌شود.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این پژوهش با هزینهٔ شخصی و بدون هیچ حمایت مالی سازمان یا نهادی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر بر عهده داشتند و نسخهٔ نهایی را قبل از انتشار مطالعه و تأیید کردند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

References

1. Poorakbaran E, Mohammadi GhareGhozlou R, Mosavi SMR. Evaluate the effectiveness of therapy on cognitive emotion regulation spirituality in women with breast cancer. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2018;61(4):1122–36. [Persian] doi: 10.22038/mjms.2018.12223
2. Arch JJ, Mitchell JL, Genung SR, Fisher R, Andorsky DJ, Stanton AL. A randomized controlled trial of a group acceptance-based intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry ('Valued Living'): study protocol. BMC Cancer. 2019;19(1):89. doi: 10.1186/s12885-019-5289-x
3. Lotfi Kashani F, Vaziri S, Esmaeil Akbari M, Zeinolabedini N, Sanaei H, Jamshidifar Z. The effectiveness of creating hope on distress of women with breast cancer. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;159:201–5. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.357
4. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – republished article. Behavior Therapy. 2016;47(6):869–85. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.006
5. Noori-Daloii M, Kashani B. Targeted cancer therapy: review article. Tehran University Medical Journal. 2018;76(4):231–40. [Persian] https://tumj.tums.ac.ir/article-1-8887-en.pdf
6. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The effectiveness of self-compassion focused therapy on marital self-regulation, marital burnout, and self-criticism in infertile women. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2020;17(4):594–605. [Persian] https://rbs.mui.ac.ir/article-1-708-en.pdf
7. Soltanzadeh-Jazi F, Nilforooshan P, Abedi MR, Sadeghi A. The effect of acceptance and commitment therapy on students' career development with obsessive compulsive disorder. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2019;16(3):264–71. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-609-en.pdf
8. Harris AH, Thoresen CE, McCullough ME, Larson DB. Spiritually and religiously oriented health interventions. J Health Psychol. 1999;4(3):413–33. doi: 10.1177/135910539900400309
9. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012;40(7):976–1002. doi: 10.1177/0011000012460836
10. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. Am Psychol. 2014;69(2):178–87. doi: 10.1037/a0035623
11. Kiani J, Jahanpour F, Abbasi F, Darvishi Sh, Gholizadeh B. Evaluation of effectiveness of spiritual therapy in mental health of cancer patients. Nursing of the Vulnerables. 2016;2(5):40–51. [Persian] http://njv.bpums.ac.ir/article-1-675-en.pdf
12. Ghahari S, Imani S, Khademolreza N. Spirituality–religious techniques is an effective intervention for improvement coping strategy in women with breast cancer in Iran. Social Determinants of Health. 2018;4(1):50–1. doi: 10.22037/sdh.v4i1.20617
13. Cohen J. A power primer. Psychol Bull. 1992;112(1):155–9. doi: 10.1037//0033-2909.112.1.155
14. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1996.
15. Samani S, Jokar B. A study on the reliability and validity of the short form of the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). Journal of Social Sciences and Humanities of Shiraz University. 2007;26(3):65–77. [Persian]
16. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
17. Richards PS, Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2005, pp:127–9.
18. Jafarizadeh F, Bahrainian M. Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological flexibility and resilience of women with breast cancer. EbneSina. 2019;21(3):23–30. [Persian] doi: 10.22034/21.3.23
19. Azizi S, Rasool Zade Tabatabaie K, Janbozorgi M. Comparing the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on depression taking into account the level of psycho-spiritual development (case study). Clinical Psychology Studies. 2019;9(35):147–72. [Persian] doi: 10.22054/jcps.2019.35499.1963
20. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on depression and anxiety among women with breast cancer. Pajouhan Scientific Journal. 2017;15(4):42–9. [Persian] http://psj.umsha.ac.ir/article-1-250-en.pdf
21. Bolhari J, Dous Alivand H, Mirzaee M. Spiritual approach in medical education and humanities. Medical Ethics. 2012;6(20):101–25. [Persian] doi: 10.22037/mej.v6i20.3635
22. Taghizadeh A, Pourali L, Vaziri Z, Saedi HR, Behdani F, Amel R. Psychological distress in cancer patients. Middle East Journal of Cancer. 2018;9(2):143–9. [Persian] doi: 10.30476/mejc.2018.42116
23. Kashani FL, Vaziri S, Esmaeil Akbari M, Jamshidifar Z, Mousavi M, Shirvani F. Spiritual interventions and distress in mothers of children with cancer. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2014;159:224–7. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.361

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]