

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج

محمدعلی جاوید^۱، علیرضا ماردپور^{۱*}، محمد ملکزاده^۲

^۱گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران، ^۲گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۴۰۲/۰۳/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۵/۱۸

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران: IRCT20220214054018N1

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در جوامع بوده و یک سوم کلیه سرطان‌ها در زنان را به خود اختصاص می‌دهد. سرطان پستان به عنوان دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان شناخته می‌شود، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج بود.

روش بررسی: این مطالعه بالینی در سال ۱۴۰۱ به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه انجام شد. جامعه آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید جلیل شهر یاسوج بود، جهت انتخاب زنان گروه نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در این تحقیق از مقیاس دیداری شدت درد (VAS) که یک مقیاس یک محور است، استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کوواریانس چند متغیره، تی مستقل، تی زوجی، لوین، تست تعقیبی، آزمون تعقیبی LSD و شاپیروویک تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج در مورد مقایسه اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج نشان داد، تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون شدت درد در بین زنان مبتلا به سرطان سینه وجود دارد ($p > 0.05$). بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p > 0.05$). آزمون تعقیبی، با سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ و اختلاف میانگین ۱/۸۰، تفاوت معنی‌داری را بین میزان اثربخشی روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: سرطان پستان یکی از تهاجمی‌ترین تومورهاست و دلیل اصلی مرگ و میر سرطان در زنان است. بنابراین، تشخیص زودرس و پیش‌آگاهی برای افزایش زنده ماندن و کاهش میزان مرگ و میر در طولانی مدت ضروری شده است؛ بنابراین با توجه به نتایج این پژوهش، مراکز مشاوره می‌توانند برای بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به سرطان، از دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان تعهد و پذیرش استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، شدت درد، سرطان سینه

* نویسنده مسئول: علیرضا ماردپور، یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، گروه روانشناسی

Email: ali.mared@yahoo.com

مقدمه

سرطان^(۱)، اصطلاحی که بیش از ۲۰۰ نوع بیماری نئوپلاستیک را در بر می‌گیرد، قدمتی دیرینه دارد، به طوری که روی زندگی گیاهان نیز شناخته شده است. وقوع سرطان از حدود ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد مسیح مورد توجه قرار گرفته است. امروزه سرطان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر ۱ نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد. آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند (۱). امروزه بیماری سرطان به‌عنوان دومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی مطرح است (۲). سرطان صرفاً یک رویداد یا پایان معین زندگی نمی‌باشد، بلکه یک موقعیت دایمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری و مسائل روان‌شناختی برجای مانده آن مشخص می‌شود (۳). اغلب افراد زمانی که از وجود بیماری سرطان در وجود خود آگاه می‌شوند با انکار و خشم، واکنش نشان می‌دهند که این شرایط خود می‌تواند نشانه‌های روان‌شناختی و جسمانی بیمار را تشدید کند و این در حالی است که این چنین واکنش‌هایی در بیماری‌های ساده کمتر به چشم می‌خورد (۴).

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل ملاحظه در علم پزشکی، سرطان همچنان به‌عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ و میر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است. از سویی، پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد جدید ابتلا تا سال ۲۰۲۰، سالانه از ۱۰ میلیون

به ۱۵ میلیون نفر برسد در این میان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان بر کیفیت زندگی و حتی طول عمر آنان نیز اثر می‌گذارد (۵).^۱ یکی از انواع سرطان‌ها که از نظر ابتلا، بیشترین آمار را در میان زنان دارد و دومین علت عمده مرگ ناشی از سرطان‌ها در این گروه محسوب می‌شود، سرطان سینه است (۶). این سرطان عامل یک پنجم مرگ زنان ۳۲ تا ۴۲ ساله شناخته شده است، طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۳، میزان بروز سالانه این بیماری در دنیا با نرخ ۱/۸ تا ۰/۲ در حال افزایش است (۷). در ایران بر طبق آمار مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، سرطان سینه از نظر بروز بین تمام سرطان‌ها در زنان، هم‌چنان در رتبه اول قرار دارد (۸).

از عوارض جانبی بیماری سرطان پستان درد است. مطالعه منتظر، حدادی، قوامی، خان‌بابایی‌گول نشان می‌دهد که درد اقدامات پزشکی و دردهای مرتبط با درمان برای این دسته از بیماران مشکل بزرگتری از خود بیماری است. درد یک پدیده چند بُعدی است و این تعریف آن را مشکل می‌کند، زیرا تجارب شخصی و ذهنی با اندازه‌گیری‌های عینی قابل بررسی نیست (۹). براساس تعریف انجمن بین‌المللی درد، درد چیزی است که بیمار بگوید و در هر زمانی که او اظهار کند، وجود دارد. این تعریف بر ماهیت ذهنی بودن درد و کنترل آن تأکید دارد و بیمار معتبرترین فرد برای اظهار وجود درد است (۱۰).

1-Cancer

احساس ناکارآمدی منجر می‌شوند. ارتباطات شخصی، تحرک و آسایش افراد به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند(۱).

در واقع، درد برای بدن فرد یک هشدار محسوب می‌شود و در بسیاری از موارد باعث جلوگیری از آسیب و صدمه بیشتر به بافت می‌گردد. طبق پژوهش‌های آماری صورت گرفته، بیش از ۷۰ درصد شکایات درد انسان ناشی از درگیری سیستم عضلانی - اسکلتی است(۱۴). درد یک احساس ناراحت کننده غالباً ناشی از محرک‌های شدید یا آسیب‌رسان است. انجمن بین‌المللی مطالعه درد، درد را چنین تعریف می‌کند: یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند مرتبط با آسیب‌دیدگی واقعی یا بالقوه بافتی یا شیبه آن(۱۵). در مطالعه کلارک و همکاران گزارش شده حدود ۵۰ درصد بیماران سرطانی از درد شکایت می‌کنند و وجود درد به‌علت رشد سلول‌های سرطانی را در پیدایش افت روانی و به‌خصوص افسردگی در این‌گونه بیماران مورد تأیید قرار می‌دهد(۱۶).^۱

از این‌رو، به منظور کاهش درد بیماران و فشارهای روانی مرتبط با بیماری در سه دهه گذشته، دنیای پزشکی درمان‌های روان‌شناختی جهت بهبود وضعیت روانی بیماران را مورد استفاده قرار داده است. از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^(۳) و هیپنوتراپی^(۴) که در پژوهش‌های متعدد(۱۷)

پژوهش‌های انجام شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که شدت علایم و فشارهای روانی بر کیفیت زندگی تأثیر دارد(۴) و پژوهش‌ها حاکی از بالا بودن اختلالات هیجانی نظیر افسردگی، استرس، اضطراب و کاهش کیفیت خواب به علت شدت درد در بیماران سرطانی است(۱۱). بر همین اساس، در پژوهش حاضر متغیر شدت درد^(۱) در بیماران مبتلا به سرطان پستان^(۲) مورد مطالعه قرار گرفته است.

طبق گزارش نوردین، برگلند و گلیمیوس یکی از بیماری‌های مزمنی که خطر ابتلاء به افسردگی را در شخص بالا می‌برد، ابتلا به انواع سرطان‌ها می‌باشد و حدود ۵۰ درصد از مبتلایان به سرطان ریه، ۳۵ درصد از مبتلایان به انواع سرطان‌های دستگاه گوارش و ۳۹ درصد از مبتلایان به سرطان پستان به افسردگی اساسی مبتلا بوده‌اند(۱۲). همچنین، مطالعه گزالس - هرناندز نشان داد، بیماران مبتلا به سرطان به علت دردهای ناشی از بیماری، از کیفیت خواب مطلوبی برخوردار نیستند و اختلالات مختلف در زمینه خواب به وسیله آن‌ها گزارش شده است(۱۳).

هزینه‌های سرطان در بُعد مادی و معنوی بر هر فرد و در هر جا وجود دارد. این هزینه‌ها فقط مخارج مالی نیستند، بلکه هزینه‌های روانی که هزینه‌های نامحسوس هستند معمولاً شامل؛ درد، اضطراب، افسردگی، کاهش کیفیت خواب، نگرانی، سردرد بوده که عمدتاً به کاهش کیفیت زندگی و پیدایش نگرش‌های ناکارآمد در فرد و به‌دنبال آن،

1-Pain Intensity
2-Breast Cancer
3-Acceptance And Commitment-Based Therapy
4-Hypnotherapy

با انجام تمرین‌هایی می‌توان میزان تمرکز را بالا برد، ضربان قلب را آرام کرد و سرعت تنفس و عواملی که موجب تنش می‌شوند را کاهش داد، در ادامه روان‌درمانگر با ایجاد تجسم‌های ذهنی، تکرار و تلقین عباراتی که در درمان اختلال مؤثر هستند، سعی می‌کند برخی از موانع ذهنی ناخودآگاه را تغییر دهد. در جلسات هیپنوتراپی بدن و ذهن آرام می‌شود و میزان تنش کاهش می‌یابد. همین موضوع باعث می‌شود افراد راحت‌تر درباره مشکلات خود صحبت کنند و راه‌حل‌های روان‌درمانگر را بپذیرند (۱۷).

اساس درمان بیماران سرطانی کاهش درد و رنج است زمانی که اختلالات خلقی بروز می‌کند زندگی روزمره فرد مختل می‌شود؛ بنابراین می‌بایست در مراحل اولیه جهت درمان آن اقدام کرد (۴). در کل، پیگیری علایم اختلالات خلقی در درمان سرطان بسیار مهم است. افرادی که دچار علایم اختلالات خلقی هستند برای گرفتن شیمی‌درمانی و یا رادیوتراپی اقدام نمی‌کنند و کمتر مراقب سلامتی خود هستند و این احساس ناامیدی را به اطرافیان نیز القا می‌کنند. حتی ممکن است درمان را تحمل نکرده و آن را قطع کنند. از جهت دیگر، درمان اختلالات خلقی از پیشرفت علایم مربوط به بیماری جلوگیری می‌کند. با بهبود علایم اختلالات خلقی فرد می‌تواند تصمیم بگیرد و مهم‌تر از همه، بیشتر از خود مراقبت کند (۱). فرآیند درمان بیماری سرطان پستان نیز مانند سایر سرطان‌ها پیچیده و طولانی است، این بیماری باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود که تأثیر عمیقی بر سرعت روند پیشرفت سرطان دارد زمانی که افراد به بیماری‌هایی مانند سرطان که زندگی را تهدید می‌کند

مورد تأیید قرار گرفته است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می‌شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب‌های روان‌شناختی می‌شوند، مرتبط می‌باشد. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به‌کار گیرد (۱۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد کمک می‌کند تا شناخت و تعهد بیشتری را نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند در جهت بهبود مشکلات گوناگون در زندگی از خود نشان دهند و به مراجع می‌آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت‌هایی که او را به اهداف زندگی (ارزش‌ها) نزدیک‌تر می‌کند، بر رفتار و اعمال خود تسلط بیشتری یابد (۱۹). درمان پذیرش و تعهد به‌جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته به مراجع می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند (۲۰).

هیپنوتراپی روشی کارآمد و مؤثر برای درمان بیماری‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی گوناگون به‌شمار می‌رود و تأثیر آن در درمان حالات روانی بیماران سرطانی مورد تأیید قرار گرفته است. در هیپنوتراپی ابتدا باید بدن و ذهن خودآگاه آرام شود تا دسترسی به ناخودآگاه راحت‌تر باشد. به همین منظور

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی کاهش علایم روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان انجام نشده است و اکثر پژوهش‌ها به بررسی علایم روانی و پیامدهای روان‌شناختی بیماری سرطان پرداخته‌اند، بررسی اثربخشی آن بر کاهش افسردگی و افزایش خودکارآمدی عمومی و کیفیت زندگی در بیماران سرطانی ضروری به نظر می‌رسد و می‌تواند در بهبود حال روانی بیماران سرطانی مفید باشد. در این پژوهش از روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت استفاده شده است. هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت بر اساس درمان شناختی رفتاری در بردارنده چند روش اساسی شامل؛ آرام‌سازی با استفاده از خلسه، تصویرسازی هدایت‌شده، بازسازی شناختی و حساسیت‌زدایی است. درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش‌های درمان شناختی رفتاری ارائه می‌کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفت‌وگوهای متقاعد کننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد، اگرچه پذیرش برای بیماران مبتلا به سرطان مهم است، با این حال مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای مبتلایان به سرطان با هدف کاهش اجتناب و افزایش پذیرش، بسیار مهم بوده و در این پژوهش از دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت جهت بیماران سرطانی استفاده شده است، لذا این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج انجام شد.

مبتلا می‌شوند، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند که این امر آسیب‌شدیدی به سلامت روان آنان وارد می‌کند و منجر به کاهش کیفیت زندگی‌شان می‌شود به نظر می‌رسد میانجی‌های روان‌شناختی، می‌توانند نقش قابل توجهی در درمان سرطان‌ها و پیامدهای آن داشته باشد، چنانچه اکثر محققین معتقدند روان‌درمانی در افزایش میزان بقای عمر بیماران مبتلا به سرطان مؤثر می‌باشد (۵).

در کشور ما بیشتر روی جنبه‌های فیزیکی و جسمی بیماری سرطان کار می‌شود. در صورتی‌که باید در نظر داشت که درمان سرطان و جنبه‌های روانی بیمار دو پدیده مستقل از هم می‌باشند و ممکن است فردی به لحاظ جسمی بیماریش درمان شده باشد ولی احساس خوبی نسبت به زندگی نداشته باشد و یا حتی زمانی که از لحاظ جسمی بهبود چندانی نداشته چون از لحاظ روحی نیز آشفته بوده، در زمان اندکی بیمار آسیب‌های جدی و شدیدی را تجربه می‌کند در هر دو حالت سلامت روان بیمار تحت تأثیر قرار گرفته و کیفیت زندگی او به خطر می‌افتد. بنابراین روان‌درمانی که بتواند بیمار را با وضعیت فعلی و واقعیت خود روبه‌رو کرده تا شرایط خود را فاجعه تلقی نکند و آن را بپذیرد از اهمیت بسزایی برخوردار است. هم‌چنین رویکردهای درمانی دیگر در این مورد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. مزیت عمده این روش، نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر این است که جنبه‌های انگیزشی را به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان در نظر می‌گیرد با توجه به جدید بودن این روش درمانی و این که تا کنون پژوهشی در زمینه اثربخشی

روش بررسی

این مطالعه بالینی در سال ۱۴۰۱ به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه انجام شد. جامعه آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهید جلیل شهر یاسوج در سال ۱۴۰۱ می باشند. جهت انتخاب زنان گروه نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بر این اساس، به تعدادی از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهید جلیل شهر یاسوج پرسش‌نامه افسردگی داده شد و افرادی که نمره آن‌ها بین ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) قرار داشت و همچنین رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری گذشته باشد را داشتند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه که دو گروه آزمایش (۱۵ نفر در گروه تحت درمان پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر گروه تحت درمان هیپنوز) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) که داروی خاصی دریافت ننموده‌اند، قرار گرفتند. سپس به گروه آزمایش تحت درمان پذیرش و تعهد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و برای گروه آزمایش تحت درمان هیپنوز نیز ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ارایه گردید و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگردید. محتوای درمانی طرح گروهی پذیرش و تعهد ۸ جلسه بود. محتوای جلسات در جدول ۱ و ۲ آورده شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص حداقل افسردگی متوسط (طبق نقطه برش در پرسش‌نامه نمره بین ۲۰ تا ۲۸)، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش، حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری

گذشته باشد، حداقل تحصیلات دیپلم بود و ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه درمان، انجام ندادن تکالیف، ابراز عدم تمایل به همکاری برای ادامه شرکت در جلسات بود.

برای اجرای متغیر مستقل درمان گروهی و رعایت اخلاق پژوهش ضمن آگاهی دادن به تمامی زنان شرکت‌کننده در زمینه اهداف پژوهش، برای آن‌ها توضیح داده شد که نتایج پژوهش کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و از نتایج بدون ذکر نام فردی در پایان‌نامه استفاده می شود.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس دیداری شدت درد (VAS) بود که این مقیاس یک محور درجه‌بندی شده برای سنجش شدت درد است که در یک انتهای آن عدد صفر و در انتهای دیگر آن، عدد ۱۰ نمره‌گذاری شده است که در زیر عدد صفر، عبارت «عدم درد» و در زیر عدد ۱۰ عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است. در این مقیاس از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی محور به صورت دیداری علامت بزند. مقیاس دیداری شدت درد پرکاربردترین مقیاس سنجش درد در دنیا است که علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این مقیاس سادگی استفاده از آن است.

کسب نمره ۱-۳ نشان‌دهنده درد خفیف، ۴-۷ درد متوسط و ۸-۱۰ نشان‌دهنده درد شدید است. ضریب اطمینان این مقیاس برای تعیین سطح درد ۰/۸۲ تا ۰/۹۱ است. پایایی این ابزار در ایران نیز به وسیله توکلی و همکاران از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر

ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (۲۱).

خواهد ماند و از نتایج بدون ذکر نام فردی در پایان نامه استفاده می‌شود.

برای اجرای متغیر مستقل درمان گروهی و رعایت اخلاق پژوهش ضمن آگاهی دادن به تمامی زنان شرکت‌کننده در زمینه اهداف پژوهش، برای آن‌ها توضیح داده شد که نتایج پژوهش کاملاً محرمانه باقی

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کوواریانس چند متغیره، تی مستقل، تی زوجی، لوین، تست تعقیبی، آزمون تعقیبی LSD و شاپیروویک تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر اساس طرح درمان هیز و همکاران و توهی (رفرنس ۲۳ و ۲۲).

جلسات	اهداف	شرح جلسات
پیش‌جلسه	آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و ایجاد اعتماد	اجرای پیش‌آزمون
اول	معرفی درمانگر، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی.	معرفی درمان ACT و تناسب آن با مشکلات مربوط به بیماری مزمن، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارائه اطلاعات درباره سرطان پستان، مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن.
دوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، بررسی انتظارات بیماران از درمان ACT	ایجاد درماندگی خلاق، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه اول و ارائه تکلیف خانگی.
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها.	توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و سپس، مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری مورد بحث قرار خواهد گرفت؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده و بررسی تمرین جلسه بعد، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	دریافت بازخورد از بیماران؛ تکلیف و تعهد رفتاری؛ معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش.	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی؛ مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ افکار و عواطف؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار؛ مشاهده خود به عنوان زمینه؛ تضعیف خود مفهومی و بیان خود.	در این تمرینات، شرکت‌کنندگان می‌آموزند بر فعالیت‌های خود نظیر: تنفس، پیاده‌روی تمرکز کنند و در هر لحظه از احوال خود آگاه باشند و زمانی که هیجانات، حس‌ها و شناخت‌ها پردازش می‌شوند، بدون قضاوت مورد مشاهده قرار گیرند؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و بررسی تمرین جلسه بعد؛ ارائه تکلیف خانگی.
ششم	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها.	استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی با تأکید بر زمان حال؛ جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه
هفتم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها.	موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد؛ اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشته خواهد شد، اهداف مرتبط با ارزش‌ها و ویژگی‌های اهداف (اختصاصی، قابل ارزیابی، واقع‌گرایانه و همسو با ارزش‌های شخصی)، برای گروه بحث خواهد شد. سپس اعضا سه مورد از مهم‌ترین ارزش‌هایشان را مشخص و اهدافی که مایل هستند در راستای هر یک از آن ارزش‌ها دنبال کنند را تعیین کردند و در آخر کارها، رفتارهایی که قصد دارند تا برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص خواهند کرد؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل).	شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ درباره مفهوم عود بیماری و آمادگی برای مقابله با آن نکاتی بیان خواهد شد؛ مرور تکالیف و جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع؛ در میان گذاشتن تجارب اعضای گروه با یکدیگر و دستاوردها و انتظاراتی که برآورده نشده بود؛ و در نهایت از آزمودنی‌ها برای شرکت در گروه تشکر و پس‌آزمون اجرا خواهد شد.

جدول ۲: خلاصه محتویات جلسات هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت براساس پژوهش داود (۲۴)

جلسه	اهداف	شرح جلسات
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و هدف گروه‌درمانی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و تعداد جلسات آن، معرفی اعضا به یکدیگر و بیان انتظارات آنها از هم، بیان قواعد گروه، توضیح در مورد سرطان پستان
دوم	تشریح هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و شروع درمان	توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت، اصلاح باورهای نادرست درباره‌ی هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرزنی هدایت‌شده (تمرین آرام‌سازی)، تلقین هیپنوتیزمی
سوم	شناسایی تفکر غیرمنطقی	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی، بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزم
چهارم	ارتباط افکار باور و رفتار	بیان ارتباط افکار باور و رفتار، پیامد رفتاری ناشی از باورها به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
پنجم	معنادی به افکار خودآیند	بررسی شواهد و معنایی افکار خودآیند به وسیله اعضای گروه به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
ششم	شناسایی باورهای بنیادین	تغییر باور و ارتباط آن با هیجانات طبقه‌بندی باورهای بنیادین به وسیله اعضای گروه، تحلیل کارآمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی
هفتم	تغییر ادراکی به همراه تلقینات	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات هیپنوتیزمی مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزمی
هشتم	تقویت افکار مثبت	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه هیپنوتیزمی، آماده‌سازی اعضای گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه هیپنوتیزمی، مراسم اختتامیه

یافته‌ها

پیش‌آزمون و پس‌آزمون شدت درد، علایم افسردگی و کیفیت خواب در زنان مبتلا به سرطان سینه به تفکیک دو گروه آزمایش (اکت و هیپنوتراپی) و گروه گواه در جداول (۳ و ۴) ارائه شده است.

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون شدت درد، افسردگی و کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان سینه دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون شدت درد، افسردگی و کیفیت خواب میانگین نمرات دو گروه آزمایش کوچکتر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

در خصوص آمار توصیفی تحقیق مشخص شد که بیشترین فراوانی زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه مداخله (اکت ۶۰ درصد) و گروه کنترل (۳/۵۳ درصد) مربوط به گروه سنی ۳۷-۴۳ سال بود. بیشترین فراوانی زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه مداخله (اکت ۶۰ درصد)، گروه کنترل (۷/۶۶ درصد) مربوط به زنان دارای تحصیلات دیپلم بود. بیشترین فراوانی زنان مبتلا به سرطان سینه در گروه مداخله (اکت ۳/۵۳ درصد) و گروه کنترل (۳/۵۳ درصد) مربوط به زنان خانه‌دار بوده است. در این قسمت یافته‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار نمرات

ماتریس‌های تحلیل واریانس مشاهده شده بین گروه‌های مختلف با هم برابرند. بنابراین، می‌توان از آمار-های پارامتریک در جهت تحلیل استنباطی داده‌ها استفاده نمود (جدول ۶).

با توجه به نتایج، F مشاهده شده برای آزمون لوین تفاوت معنی‌داری را بین واریانس نمرات شدت درد در زنان مبتلا به سرطان سینه نشان نمی‌دهد. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود و می‌توان جهت تحلیل داده‌ها حاصله از پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده نمود (جدول ۷).

با توجه به نتایج، F مشاهده شده ترکیب خطی متغیر وابسته (شدت درد) با متغیرهای مستقل (هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) معنی‌دار است. یعنی حداقل بین میزان تأثیرگذاری یکی از متغیرهای مستقل (هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش) بر متغیر وابسته (شدت درد) تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۸).

با توجه به نتایج، F مشاهده شده تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون شدت درد در زنان مبتلا به سرطان سینه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد در زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۹).

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه زنان مبتلا به سرطان سینه دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما، در پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات خرده مقیاس‌های کیفیت ذهنی خواب، تأخیر در به خواب رفتن، مدت زمان خواب، میزان بازدهی خواب، اختلالات خواب، استفاده از داروهای خواب‌آور، اختلالات عملکردی روزانه دو گروه آزمایش کوچکتر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری به وسیله آزمون شاپیروویک (برای فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری) در جدول ۵ مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به این که آمار آزمون شاپیروویک در نمرات شدت درد، علایم افسردگی و کیفیت خواب در زنان مبتلا به سرطان سینه معنی‌دار نبوده بنابراین، با ضریب $0/95$ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری را پذیرفت.

بین میزان اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج تفاوت وجود دارد.

با توجه به نتایج، F مشاهده شده برای آزمون باکس تفاوت معنی‌داری را بین مجموع نمرات شدت درد در زنان مبتلا به سرطان سینه نشان نمی‌دهد و

آزمون تعقیبی، تفاوت معنی‌داری را بین میزان اثربخشی روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد را نشان می‌دهد. طبق نتایج حاصله، آزمون تعقیبی LSD مشخص شد که تفاوت معنی‌داری بین میزان اثربخشی روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش نمرات پس‌آزمون شدت درد وجود داشته و اختلاف میانگین‌ها نشان از اثربخشی بیشتر روش هیپنوتراپی دارد (جدول ۱۰).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شدت درد، علایم افسردگی و کیفیت خواب در زنان مبتلا به سرطان سینه به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۳۰	۳/۸۰	۱/۴۹	۵/۶۶	آزمایش (اکت)	شدت درد
۲/۰۳	۲	۱/۴۳	۵/۷۳	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۱/۹۱	۶/۳۳	۱/۴۰	۶/۵۳	گواه	

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون خرده مقیاس‌های کیفیت خواب زنان مبتلا به سرطان سینه به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر وابسته
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۷۲	۱/۳۳	۰/۷۹	۲/۰۶	آزمایش (اکت)	کیفیت ذهنی خواب
۰/۵۹	۰/۷۳	۰/۷۵	۲	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۰/۶۷	۲/۲۰	۰/۷۰	۲/۰۶	گواه	
۰/۸۶	۱/۸۰	۰/۸۴	۲	آزمایش (اکت)	تأخیر در به خواب رفتن
۰/۹۶	۱/۷۳	۰/۷۴	۲/۱۳	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۰/۷۹	۲/۰۶	۰/۸۴	۲	گواه	
۰/۹۷	۱/۶۶	۰/۷۹	۲/۰۶	آزمایش (اکت)	مدت زمان خواب
۰/۹۱	۱/۵۳	۰/۸۴	۲	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۰/۶۱	۲/۳۳	۰/۷۴	۲/۱۳	گواه	
۰/۶۳	۱/۶۰	۰/۷۳	۲/۴۰	آزمایش (اکت)	میزان بازدهی خواب
۰/۸۶	۱/۲۰	۰/۷۲	۲/۳۳	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۰/۸۶	۲/۳۳	۰/۸۱	۲/۳۳	گواه	
۳/۰۴	۸/۴۰	۲/۸۲	۱۰/۶۰	آزمایش (اکت)	اختلالات خواب
۴/۱۳	۵/۴۶	۲/۷۰	۱۰/۸۰	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۲/۹۲	۱۰/۸۶	۲/۳۴	۱۰/۹۳	گواه	
۱	۲	۰/۷۳	۲/۴۰	آزمایش (اکت)	استفاده از داروهای خواب‌آور
۰/۸۸	۱/۹۳	۰/۶۳	۲/۴۶	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۰/۹۱	۲/۵۳	۰/۸۹	۲/۳۳	گواه	
۱/۳۳	۲/۰۶	۱/۳۰	۳	آزمایش (اکت)	اختلالات عملکردی روزانه
۰/۸۱	۱/۳۳	۱/۳۳	۳/۰۶	آزمایش (هیپنوتراپی)	
۱/۴۳	۳/۲۶	۱/۴۳	۳/۰۶	گواه	

جدول ۵: نتایج آزمون شاپیروویک فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری بر اساس پرسشنامه‌های شدت درد، در زنان مبتلا به سرطان سینه

متغیر وابسته	شاپیروویک	سطح معنی داری
شدت درد	۰/۹۰	۰/۲۰

جدول ۶: نتایج آزمون باکس سنجش فرض برابری واریانس نمرات شدت درد در زنان مبتلا به سرطان سینه

مقدار F	درجه آزادی ۱	مقدار باکس	سطح معنی داری
۰/۱۷	۳	۰/۵۶	۰/۹۱

جدول ۷: نتایج آزمون لوین فرض همگنی واریانس نمرات شدت درد در زنان مبتلا به سرطان سینه

متغیر	آزمون	مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
شدت درد	پیش آزمون	۰/۶۰	۱	۲۸	۰/۴۴
	پس آزمون	۰/۰۰۴	۱	۲۸	۰/۹۵

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای اثرات تعامل درون گروهی

آزمون	ارزش	مقدار F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	مجذور اتا
اثر پیلائی	۰/۲۲	۲/۹۹	۲	۲۷	۰/۰۳	۰/۲۲
لامبدای ویلکز	۰/۷۷	۲/۹۹	۲	۲۷	۰/۰۳	۰/۲۲
اثر هتلینگ	۰/۲۹	۲/۹۹	۲	۲۷	۰/۰۳	۰/۲۲
آزمون بزرگترین ریشه وری	۰/۲۹	۲/۹۹	۲	۲۷	۰/۰۳	۰/۲۲

جدول ۹: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره، مقایسه اثربخشی روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد در

زنان مبتلا به سرطان سینه

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	پیش آزمون	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۹۰	۰/۰۳
	پس آزمون	۲۴/۳۰	۱	۲۴/۳۰	۵/۱۳	۰/۰۳	۰/۱۵

جدول ۱۰: نتایج آزمون تعقیبی LSD مقایسه میانگین اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر

شدت درد

متغیر	گروه‌ها	اختلاف میانگین	سطح معنی داری
شدت درد	درمان اکت - هیپنوتراپی	۱/۸۰	۰/۰۰۱

بحث

امروزه بیماری سرطان به عنوان دومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی مطرح است (۲). سرطان صرفاً یک رویداد یا پایان معین زندگی نمی‌باشد بلکه یک موقعیت دایمی مبهم است که با تأثیرات دیررس و تأخیری ناشی از بیماری و مسائل روان‌شناختی بر جای مانده آن مشخص می‌شود (۳). لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج بود.

امروزه بیماری سرطان در جوامع مختلف آمار رو به افزایش داشته است (۲۵). سرطان پستان یکی از بیماری‌هایی است که می‌تواند به دلیل سختی درمان و مزمن بودن بیماری بر سلامت روانی و اجتماعی افراد مبتلا و خانواده‌های آنان تأثیر بگذارد. از طرف دیگر سرطان سینه یکی از شایع‌ترین سرطان می‌باشد و به عنوان یک بیماری مزمن دارای عوارض روان‌شناختی متعددی است و تشخیص سرطان سینه مشکلات روان‌شناختی زیادی را به وجود می‌آورد. در بیماران مبتلا به سرطان به جهت وجود مشکلات از نظر جسمی، روانی، عاطفی، اجتماعی و شناختی، نیاز به حمایت‌های دارویی در جهت کاهش درد و غیره می‌تواند مؤثر باشد (۲۶ و ۲۷). با توجه به اینکه هدف درمان مبتنی بر پذیرش ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (۲۸) بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق موثر و زندگی‌بخش با بیماری مزمن خود هستند. این افراد نیاز خواهند داشت تا آگاهی و

مهارت‌های مقابله‌ای جدید را یاد بگیرند (۳۰ و ۲۹). پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج پرداخته است. نتایج در مورد مقایسه اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج نشان داد، تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون شدت درد در بین زنان مبتلا به سرطان سینه وجود دارد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

هر چند تحقیقی در مورد مقایسه اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان تعهد و پذیرش بر متغیرهای مورد مطالعه انجام نشده، اما در پژوهش‌های متعدد تأثیر دو روش هیپنوتراپی و درمان تعهد و پذیرش بر متغیرهای روانی و شخصیتی مختلف مورد تأیید قرار گرفته است از جمله در مطالعه اصفهانی و همکاران تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و تنظیم شناختی هیجان (۳۱)، در پژوهش پیرایرانی و همکاران تأثیر هیپنوتیزم درمانی شناختی در کاهش افکار مزاحم و شدت درد (۲۱)، در پژوهش اسمیت تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرسودگی هیجانی (۳۲)، کیفیت خواب و دردهای عضلانی، در مطالعه بوران و

آرامش و تقویت ایگو در حالت خلسه، ترشح آندروفین‌ها را باز هم بیشتر نمود و بدین ترتیب، قسمت عمده نشانه‌های درد سرطان را کنترل می‌کند(۳۵).

سرطان یک بیماری کشنده است که به دلیل شیوع نامطلوب سلول‌ها ایجاد می‌شود. سرطان پستان یکی از تهاجمی‌ترین تومورها است و دلیل اصلی مرگ و میر سرطان در زنان است. بنابراین، تشخیص زودرس و پیش آگاهی برای افزایش زنده ماندن و کاهش میزان مرگ و میر در طولانی مدت ضروری شده است و موجب می‌شود میزان مرگ و میر ناشی از سرطان پستان هنگام تشخیص زودهنگام کاهش یابد. ابتلا به بیماری‌های مزمن و تهدید کننده حیات مانند؛ سرطان پستان، بر تمامی جنبه‌های زندگی فرد و درک فرد از خود و آینده تأثیر می‌گذارد. این بیماران به منظور بهبود کیفیت زندگی و سازگاری با وضعیت جدید، بایستی با بیماری و پیامدهای آن در ابعاد جسمی، روانی، شناختی، رفتاری و اجتماعی سازگار شوند. آگاهی متخصصین آنکولوژیست و روان‌شناسان با عوامل بهبود کیفیت زندگی به این بیماران کمک خواهد کرد. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، از آنجا که درمان پذیرش و تعهد، عمدتاً بر تنظیم هیجان، ذهن آگاهی در زمان حال، قدرتمندی ایگو، رفتار مهربانانه با خود و روابط و تحمل پریشانی متمرکز است و این مهارت‌های اصلی درمان مذکور می‌باشد، موجب فرآیندهای پذیرش، ذهن آگاهی، مهربانی، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال،

همکاران تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر شدت درد و کیفیت خواب(۳۳)، در مطالعه اسپیکل و بلوم تأثیر هیپنوتیزم درمانی بر شدت درد، و در مورد تأیید قرار گرفته است(۳۴).

در تبیین یافته‌های پژوهش در مورد اثربخشی معنی‌دار هیپنوتراپی نسبت به درمان پذیرش و تعهد در کاهش شدت درد زنان مبتلا به سرطان سینه می‌توان گفت، پژوهشگر به واسطه هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت یک اثر هم افزایی در زنان گروه آزمایش به وجود آورد و به واسطه فعال کردن تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزی، زنان بیمار را تلقین‌پذیرتر نموده تا بتواند گفت‌وگوهای متقاعدکننده مبتنی بر شفقت‌ورزی به خود را برای حفظ آرامش و کاهش درد را بپذیرند. در تبیینی دیگر براساس پژوهش‌های اسپیکل و بلوم می‌توان اظهار نمود، از انتهای برخی رشته‌های عصبی، دسته‌ای از مواد طبیعی به نام آندروفین‌ها ترشح می‌شوند و این ترشحات، در بدن، موجب کاهش درد و ایجاد حالاتی از سرخوشی و شمع می‌شود(۳۳). همچنین پژوهش‌های به عمل آمده در مورد سرطان نقش کاهش ترشح آندروفین‌ها را در ایجاد علایم این بیماری ثابت نموده است. کاهش آندروفین‌ها، دلیل اصلی احساس درد، افزایش تحریک‌پذیری و همچنین افسردگی در مبتلایان به سرطان است(۲۱). از سوی دیگر، مشخص شده که هیپنوتیزم، باعث افزایش طبیعی ترشح آندروفین‌ها از پایانه‌های عصبی می‌گردد و با تلقینات و تکنیک‌های مناسب هیپنوتیزی و تصویرسازی ذهنی همراه با

تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها انعطاف پذیری روان شناختی را حمایت و تقویت خواهند نمود. در حقیقت زمانی که بیمار سرطانی شدیداً در چرخه اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی گیر می‌کند، روش درمانی با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و هیجانی موجب می‌شوند تا ایگوی فرد توحید یافتگی و خود ارزشمندی بیشتری را تجربه کند و بر خود غلبه نموده و افکار غیرمنطقی در مورد بیماری را از خود دور کند.

پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله محدود بودن نتایج پژوهش به زنان مبتلا به سرطان سینه شهر یاسوج و در تعمیم نتایج به سایر زنان مبتلا به سرطان سینه شهرهای دیگر احتیاط لازم بایستی صورت گیرد. به لحاظ نو و جدید بودن موضوع، پژوهش‌های مرتبط با موضوع «مقایسه اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان تعهد و پذیرش بر شدت درد، علایم افسردگی، کیفیت خواب»، انجام نشده و به لحاظ بررسی پیشینه مرتبط با موضوع پژوهش، پژوهشگر با محدودیت مواجه بوده است. به علت محدودیت‌های زمانی همگن‌سازی گروه‌های آزمایش و گواه به‌طور کامل و با در نظر گرفتن تمامی متغیرها (به‌طور مثال سطح درآمد، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل) انجام نگرفت.

بنابراین با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه آماری زنان مبتلا به سرطان سینه شهرهای دیگر نیز انجام شود تا گستره

تعمیم‌پذیری نتایج بیشتر شود و برای کاهش علایم افسردگی افراد مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌ها، مهارت حضور ذهن به آن‌ها آموزش داده شود. همچنین می‌بایست مراکز مشاوره برای از بین بردن افکار ناکارآمد و غیرمنطقی آسیب‌زا که منجر به افسردگی می‌شود، در فرآیند درمان مراجعین، از مهارت آرامش ذهن بر اساس هیپنوتراپی در حالت خلسه استفاده کنند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر با بهبود بخشیدن عوامل تأثیرگذار بر زندگی این بیماران می‌توان باعث افزایش کیفیت زندگی آنها شد که این امر می‌تواند باعث تقویت روحیه این افراد گردد که به نوبه خود این می‌تواند باعث بهبود عملکرد اجتماعی نیز شود.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه با استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سعی بر بررسی تأثیر این روش بر عامل مهم (شدت درد) پرداخته شد. نتایج نشان دهنده تأثیر مثبت این مداخله در جهت کاهش شدت درد بیماران بود. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، از آنجا که درمان پذیرش و تعهد، عمدتاً بر تنظیم هیجان، ذهن آگاهی در زمان حال، قدرتمندی ایگو، رفتار مهربانانه با خود و روابط و تحمل پریشانی متمرکز است و این مهارت‌های اصلی درمان مذکور می‌باشد، موجب فرآیندهای پذیرش، ذهن آگاهی، مهربانی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها

انعطاف‌پذیری روان شناختی را حمایت و تقویت خواهند نمود. در حقیقت زمانی که بیمار سرطانی شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی‌گیر می‌کند، روش درمانی با تقویت انعطاف‌پذیری روان شناختی و هیجانی موجب می‌شوند تا ایگونه فرد توحید یافتگی و خود ارزشمندی بیشتری را تجربه کند و بر خود غلبه نموده و افکار غیرمنطقی در مورد بیماری را از خود دور کند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان‌نامه دوره دکتری تخصصی رشته روانشناسی با کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1400.005 دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افراد مشارکت‌کننده، دوستان و همکاران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تقدیر و تشکر نمایند.

REFERENCES

1. Royin-Ten S, Azadi S, Afshin H, Amini N. Effectiveness of combined treatment based on acceptance and commitment and hope therapy on quality of life in cancer patients. *Counseling and Psychotherapy Culture* 2018; 10(38): 12-48.
2. Beshrpour S, Amani SH, Ahmadi SH. The effect of narrative exposure therapy on improving the quality of life of women with post-traumatic stress disorder related to cancer. *Cultural Counseling and Psychotherapy Quarterly* 2017; 36: 77-96.
3. Yabande M, Bagholi H, Soruqd S, Koroshnia M. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and therapy based on acceptance and commitment on reducing the amount of social anxiety symptoms. *Psychological Methods and Models* 2018; 10(36): 177-95.
4. Borg E, Hansen N, Salomons T. The meaning of pain expressions and pain communication. In: van Rysewyk S (editor) *Meanings of Pain*: Springer; 2019; 261-282.
5. Palmen JL, Fish MJ. Association between symptom distress and survival in outpatients seen in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2014; 29(6): 565-571.
6. Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2015; 61(2): 69-90.
7. Salehi S, Tajveidi M, Ghasemi V, Rai Z. Investigating the effect of nurses' supportive and educational care on the quality of life of breast cancer patients referred for radiotherapy to Seyed-Al-Shohdai Hospital in Isfahan in 2012. *Clinical Nursing and Midwifery* 2015; 5(2), 18-9.
8. Akbari M, Sheikhi A, Darchin M, Behari Far N. Investigating the effectiveness of stress coping skills training on the immune system and pain level in breast cancer patients. *Komesh* 2016; 20(1): 53-62.
9. Montazer M, Haddadi Z, Qavami Z, Khanbabai Gul M. Relationship between body mass index and chronic pain after breast surgery in women with breast cancer, Iran. *Journal of Women Obstetrics and Fertility* 2018; 22(8): 18-30.
10. Azizi S, Rahmani A. Investigation of family, individual and personnel barriers to pain control in cancer patients (over 14 years old). *Women and Family Studies* 2017; 10(38): 14-39.
11. Chen ST, Stevinson C, Yang CH. Cross-sectional and longitudinal associations of outdoor walking with overall mental health in later life. *Exp Gerontol* 2021; 151: 111428.
12. Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjoden PO. Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer* 2014; 37(3) 376-84.
13. Gonzalez-Hernandez A. Cognitively-based compassion training (cbct) in breast cancer survivors: a randomized clinical trial study. *Integrative cancer therapies CA Cancer J Clin* 2019; 61(3): 90-6.
14. Fathi F, Jan Babaei Q, Pourasghar M. Effectiveness of hypnosis therapy on reducing pain, death anxiety, increasing resilience and recovery of cancer cells in patients with acute myeloid leukemia". *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2017; 28(198): 133-149.
15. Koshki F, Afarashi A. The feeling of hate emotion, the conceptual permissions of "hate" emotion: a cognitive-neuro-biological analysis. *Linguistics (Humanities)* 2019; 12(34): 7-24.
16. Clarke G, Asiedu YA, Herd K, Sharma S. Exploring the relationship between patients' resilience and quality of life after treatment for cancer of the head and neck. *Bro J Oral Maxillofac* 2019; 57: 1044-8.
17. Bulut MA, Gökaya F, Emeç K. Hypnoterapinin depresyon, kaygı, stres ve yaşam doyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi* 2022; 5(1): 28-43.
18. Gok Metin Z, Karadas C, Izgu N, Ozdemir L, Demirci U. Effects of progressive muscle relaxation and mindfulness meditation on fatigue, coping styles, and quality of life in early breast cancer patients: an assessor blinded, three-arm, randomized controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* 2019; 42: 116-25.
19. Guo X, Jia H, Zhang L, Ge X, Qu R, Dong H. Health empowerment intervention for elderly patients with chronic diseases based on community family doctor system. *J Nurs* 2020; 35: 97-100.
20. Lester EG, Murrell AR. An experimental study of mindfulness and acceptance-based skills for internalized ageism in older adults and college students. *Aging Ment Health* 2020; 19: 1-8.
21. Pirirani S, Suleimankhani H, Motamedi Shalmazari A, Sayad S. Effectiveness of cognitive hypnotherapy in reducing disturbing thoughts, avoidance, hyperarousal and pain intensity in women with breast cancer. *Contemporary Psychology* 2017; 13(2): 12-45.
22. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 1152-68.
23. Twohig MP, Hayes SC, Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, et al. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010; 78(5): 705.
24. Dowd T. *Cognitive hypnotherapy*. 1st ed. Mashhad; Bamshad; 2008; 50-63.

25. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. *Breast Cancer: Targets and Therapy* 2019; 11: 151-64.
26. Caruso R, Nanni MG, Riba M. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factors and screening for depression: a critical review. *Acta Oncol* 2017; 56(2): 146-55.
27. Mustian KM, Alfano CM, Heckler C, Kleckner AS, Kleckner IR, Leach CR, et al. Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncology* 2017; 3(7): 961-8.
28. Carlbring P, Hägglund M, Luthström A, Dahlin M, Kadowaki Å, Vernmark K, et al. Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2013; 148(2): 331-7.
29. Telch C, Telch M. Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54(6):802-8.
30. Ziegler E, Hill J, Lieske B, Klein J, von dem Knesebeck O, Kofahl C. Empowerment in cancer patients: Does peer support make a difference? A Systematic Review *Psychooncology* 2022; 31(5): 683-704.
31. Esfahani A, Zinali SH, Kayani R. Group therapy based on acceptance and commitment on pain-related anxiety and cognitive regulation of emotion in breast cancer patients, a clinical trial study". *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2019; 23(2): 138-49.
32. Andalib Kvarim M, Mosibipour S, Watankhah M, Hashemi M, Junidi Z, Turkman M. The effect of mindfulness on the sports performance of karate practitioners, the 9th National conference of new studies and researches in the field of educational Sciences , psychology and counseling of Iran, Tehran, 2023.
33. Burian H, Böge K, Burian R, Burns A, HuongNguyen M, Ohse L. Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care - Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research* 2021; 143: 623-34.
34. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Med* 2019; 45(4): 333-9.
35. Tavakkoli A, Norouzi M, Hajizadeh A. Patients satisfaction of pain relief after surgery in kerman educational hospitals. *Journal Of Kermanshah University Of Medical Sciences (Behboud)* 2005; 11(2): 206-14.

Comparing the Effectiveness of Hypnotherapy Based on Compassion and Treatment based on Commitment and Acceptance on the Pain Intensity of Women with Breast Cancer in Yasuj, Iran

Javid MA¹, Maredpour A^{1*}, Malekzadeh M²

¹Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran, ²Department of Psychology, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

Received: 28 May 2023 Accepted: 09 Aug 2023

Registration number in Iran Clinical Trial Center: IRCT20220214054018N1

Abstract

Background & aim: Breast cancer is one of the most common cancers in societies and accounts for one third of all cancers in women. Breast cancer is known as the second cause of death due to cancer in women. As a result, the purpose of the present study was to determine and compare the effectiveness of hypnotherapy based on compassion and treatment on commitment and acceptance on the pain intensity of women with breast cancer in Yasuj, Iran.

Methods: The present clinical study was conducted in 2021 using a pre-test-post-test with two experimental groups and a control group. Its statistical population included all women suffering from breast cancer referred to Shahid Jaliel Hospital of Yasuj, Iran. Available sampling method was used to select the women of the sample group. In the present research, the visual pain intensity scale (VAS), which is a one-axis scale, was used. The collected data were analyzed using statistical tests of multivariate covariance, independent t, paired t, Levin, post hoc test, LSD post hoc test, and Shapirouilk.

Results: The results regarding the comparison of the effectiveness of two methods of hypnotherapy based on compassion with treatment based on commitment and acceptance on the pain intensity of women with breast cancer in Yasuj indicated that there was a significant difference between the mean scores of the post-test of pain intensity among women with breast cancer. (0/05). Therefore, it can be said that there was a significant difference between the two methods of hypnotherapy based on compassion and treatment based on commitment and acceptance on the pain intensity of women with breast cancer ($p>0.05$). The post hoc test, with a significance level of 0.001 and a mean difference of 1.80, indicated a significant difference between the effectiveness of hypnotherapy based on compassion and treatment based on commitment and acceptance on pain intensity.

Conclusion: Breast cancer is one of the most aggressive tumors and is the main cause of cancer death in women. Therefore, early diagnosis and foreknowledge have become necessary to increase survival and reduce mortality in the long term. Therefore, according to the results of the present study, counseling centers can improve the psychological state of cancer patients by two methods of hypnotherapy based on compassion. Use with commitment and acceptance therapy.

Keywords: Compassion-based hypnotherapy, Commitment and acceptance therapy, Pain intensity, Breast cancer.

*Corresponding author: Maredpour A, Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran.

Email: ali.mared@yahoo.com

Please cite this article as follows: Javid MA, Maredpour A, Malekzadeh M. Comparing the Effectiveness of Hypnotherapy Based on Compassion and Treatment based on Commitment and Acceptance on the Pain Intensity of Women with Breast Cancer in Yasuj, Iran. Armaghane-danesh 2024; 28(6): 757-774.