

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه

محمدعلی جاوید^۱، دکتر علیرضا ماردپور^{۲*}، دکتر محمد ملکزاده^۳

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

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۱

شماره ثبت در مرکز کارآزمایی بالینی ایران: IRCT20220214054018N1

چکیده

زمینه و هدف: هیپنوتراپی روشی کارآمد و مؤثر برای درمان بیماری‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی گوناگون به شمار می‌رود. از سوی دیگر سرطان پستان یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در جوامع بوده که به عنوان دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان شناخته می‌شود، لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود.

روش بررسی: این یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید جلیل شهر یاسوج در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. جهت انتخاب زنان گروه نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. در این تحقیق از مقیاس افسردگی بک (۱۹۹۶) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری کوواریانس تک و بنفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته: نتایج مورد مقایسه اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه نشان داد که هر دو روش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند، اما تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات پس‌آزمون علایم افسردگی در بین زنان مبتلا به سرطان سینه در دو گروه درمانی وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، بر علایم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: سرطان پستان یکی از تهاجمی‌ترین تومورها است 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 بین بیماران 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 مبتنی بر تعهد و پذیرش استفاده کنند.

واژه‌های: هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت، علایم افسردگی، سرطان سینه

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

Email: ali.mared@yahoo.com.

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

بیماری یکی از مهم‌ترین عواملی است که رفاه و سلامتی انسان را به مخاطره می‌افکند. در میان بیماری‌ها درد مزمن جایگاه ویژه‌ای دارد. در بسیاری از کشورهای صنعتی جهان حدود ۲۵ الی ۳۰ درصد جمعیت، گرفتار دردهای مزمن هستند که از این عده حدود ۵۰ الی ۷۰ درصد به‌طور جزیی یا به‌طور کامل دچار مشکلات روان‌تنی شده‌اند. درد تجربه‌ای چند بُعدی است که می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار دهد و او را تبدیل به یک بیمار کاملاً ناتوان سازد و سرطان یکی از این بیماری‌هاست (۱). افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است چنانچه سازمان بهداشت جهانی^(۱) تخمین زده است که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری پس از بیماری‌های قلبی و عروقی خواهد بود که سلامتی و حیات انسان را در سراسر جهان تهدید خواهد کرد (۲). بک در تعریف افسردگی بیان می‌دارد که افسردگی بیماری است که خصوصیات اول و عمده آن تغییر خلق است و شامل یک احساس غمگینی است که از یک نومییدی خفیف تا احساس یأس شدید ممکن است نوسان داشته باشد. این تغییر خلق نسبتاً ثابت و برای روزها، هفته‌ها و سال‌ها ادامه دارد. همراه این تغییر خلق، تغییرات مشخصی در رفتار، نگرش، تفکر، کارآیی و اعمال فیزیولوژیک وجود دارد (۳).

غمگینی و اندوه، واکنش‌های طبیعی به بحران‌هایی است که فرد در طی بیماری سرطان با آن‌ها مواجه می‌شود و تمام افراد درگیر با سرطان هم

گاهی این حالت‌ها را تجربه خواهند نمود. به این دلیل که غمگینی در بین بیماران مبتلا به سرطان رایج است، بخش مهمی از مراقبت‌های مربوط به سرطان، تشخیص آن نوعی از افسردگی است که نیاز به درمان دارد. ممکن است برخی افراد در سازگاری با تشخیص سرطان خود، بیشتر از دیگران مشکل داشته باشند، افسردگی شدید یک غم یا بی‌حالی ساده نیست.^۱

افسردگی شدید، حدود ۲۵ درصد از مبتلایان به سرطان را گرفتار می‌کند و نشانه‌های رایجی دارد که می‌توان آن‌ها را تشخیص داد و درمان کرد. گاه نشانه‌های افسردگی که پس از تشخیص سرطان در بیمار بروز می‌کند، می‌تواند حاکی از این باشد که بیمار پیش از تشخیص سرطان هم دچار اختلال افسردگی بوده است (۴). تمام افرادی که درگیر سرطان هستند، واکنش‌هایی به شکل غم و اندوه را متناوباً در هنگام تشخیص سرطان، درمان و پس از درمان تجربه می‌کنند. وقتی فردی متوجه می‌شود که سرطان دارد، اغلب دچار بی‌ایمانی، انکار یا ناامیدی، مشکلات خواب، از دست دادن اشتها، اضطراب و همچنین اشتغال ذهنی در مورد نگرانی‌های مربوط به آینده می‌شود. این نشانه‌ها و ترس‌ها، رفته‌رفته و پس از آن که بیمار با تشخیص سرطان کنار می‌آید، معمولاً کاهش می‌یابند، نشانه‌هایی که مشخص می‌کنند بیمار با بیماری‌اش کنار آمده است،

1-World Health Organization (WHO)

شامل توانایی انجام فعالیت‌های روزانه، توانایی انجام وظایف به‌عنوان همسر، پدر یا مادر، کارمند یا دیگر نقش‌های ممکن، به همراه گنجاندن درمان در برنامه روزانه خود می‌باشد(۵).

اگر افراد خانواده بیمار مبتلا به سرطان بتوانند به راحتی و به شکلی شفاف و مؤثر مشکلات آنان را بیان و برطرف کنند، هم بیمار و هم خانواده او افسردگی کمتری خواهند داشت. روابط صمیمی بین اعضای خانواده باعث کاهش اضطراب آن‌ها می‌شود. بیماری که نتواند پس از مدتی طولانی با بیماری خود کنار بیاید و یا علاقه خود را به انجام فعالیت‌های روزمره و معمول از دست بدهد، احتمالاً دچار افسردگی شده است. اندوه و اضطراب می‌توانند از نشانه‌های خفیف افسردگی باشند، که می‌توان آن‌ها را با انجام مشاوره برطرف کرد. حتی بیمارانی که دارای نشانه‌های واضح افسردگی نیستند نیز می‌توانند از مشاوره بهره‌مند شوند، با این حال وقتی نشانه‌ها شدید باشند و برای مدتی طولانی ادامه بیابند، یا دائماً ظاهر شوند، انجام درمانی جدی‌تر ضروری خواهد بود(۶).

سرطان، اصطلاحی که بیش از ۲۰۰ نوع بیماری نئوپلاستیک را در بر می‌گیرد، قدمتی دیرینه دارد، به‌طوری 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(۷). امروزه بیماری سرطان به عنوان دومین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی - عروقی مطرح است(۸). 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(۹). 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 ساده‌تر به چشم می‌خورد(۱۰).

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(۱۱). 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 (۱۲). 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 (۱۳). 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 (۱۴).

پژوهش‌های انجام شده در بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد که شدت علایم و فشارهای روانی بر کیفیت زندگی و افسردگی تأثیر دارد (۱۵) و پژوهش‌ها حاکی از بالا بودن اختلالات هیجانی نظیر؛ افسردگی، استرس، اضطراب و کاهش کیفیت خواب به علت شدت درد در بیماران سرطانی است (۱۶). 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 (۱۷). هم‌چنین، مطالعه گنزالس - 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 (۱۸). 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 به دنبال آن، احساس ناکارآمدی منجر می‌شوند، ارتباطات شخصی، تحرک و آسایش افراد به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرند (۷).

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 (۱۹). 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 (۲۰).

درد به صورت یک حس ناخوشایند تعریف می‌شود که ناشی از وقوع آسیب و یا احتمال وقوع آسیب است. درد یکی از شگفت‌انگیزترین حواس بدن انسان است. جنسیت، سن، شغل و موارد بسیاری هم‌چون بیماری‌های مثل سرطان می‌توانند بر سطح تحمل و برداشت فرد از درد مؤثر باشند. 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 (۲۱). در مطالعه کلارک و همکاران گزارش شده حدود ۵۰ درصد بیماران سرطانی از درد شکایت می‌کنند و وجود درد به علت رشد سلول‌های سرطانی را در پیدایش افت روانی و به خصوص افسردگی در این‌گونه بیماران مورد تأیید قرار می‌دهد (۲۲). از این رو، به منظور کاهش درد بیماران و فشارهای روانی مرتبط با بیماری در سه دهه گذشته، دنیای پزشکی در کنار درمان‌های روان شناختی جهت بهبود وضعیت روانی بیماران استفاده نموده است. از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیپنوتراپی که در پژوهش‌های متعدد مورد تأیید قرار گرفته است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب براساس 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 روان شناختی می‌شوند، مرتبط می‌باشد. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می‌شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد (۲۳).

هیپنوتراپی روشی کارآمد و مؤثر برای درمان بیماری‌ها و اختلال‌های روان شناختی گوناگون به شمار 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 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 (۲۴).

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 (۱۰). 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 (۷). 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 مبتلا می‌شوند، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند که این امر آسیب شدیدی 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 (۱۱).

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 بیماری آنها 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 (۷). 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 دربردارنده چند روش اساسی شامل آرام‌سازی با استفاده از خلسه، تصویرسازی هدایت‌شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی است. درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش‌های درمان شناختی رفتاری ارایه می‌کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفت‌وگوهای متقاعدکننده 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. بر همین اساس، لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود.

روش بررسی

این تحقیق یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه آماری آن شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید جلیل شهر یاسوج در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود.

جهت انتخاب زنان گروه نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بر این اساس، به تعدادی از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید جلیل شهر یاسوج پرسش‌نامه افسردگی داده شد و افرادی که نمره آن‌ها بین ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) قرار داشت (۳) 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 ارائه گردید و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت. محتوای درمانی طرح گروهی پذیرش و تعهد ۸ جلسه بود. محتوای جلسات در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل رنج و درجه

سرطان سینه زنان، 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 و حداقل تحصیلات دیپلم بودند 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 می‌شود.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس پرسش‌نامه افسردگی بک بود که این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه بک است که جهت سنجش علایم و شدت افسردگی تدوین شده است و در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی ویرایش چهارم هم‌خوانی دارد (۲۵). این مقیاس ۲۱ ماده دارد که پاسخ‌دهنده شدت افسردگی خود را با انتخاب یکی از چهار گزینه، ۱، ۲، ۳، ۴ مشخص می‌شود و محدوده نمره کل هر فرد بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. قضاوت بالینی براساس نقطه برش این مقیاس می‌باشد، نمرات صفر تا ۱۳،

یافته‌ها

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

در ابتدا فرض نرمال بودن توزیع جامعه آماری به وسیله آزمون شاپیروویلک (برای فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری) مورد بررسی قرار گرفته است (جدول ۳).

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با توجه به این که آمار آزمون شاپیروویلک در نمرات شدت درد، علایم افسردگی و کیفیت خواب و هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان و تعهد و پذیرش در زنان مبتلا به سرطان سینه معنی‌دار نبوده بنابراین، با ضریب ۰/۹۵ اطمینان می‌توان فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری را پذیرفت.

افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد (۲۵).

روایی سازه این آزمون در جمعیت غیر ایرانی ۰/۶۶ ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی میان دو نیمه آن ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی آن با فاصله دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با ویرایش اول این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۴). در مطالعه دیگری ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۱ برآورد شده است (۲۶). همچنین با اجرای این پرسش‌نامه بر روی یک گروه ۱۲۵ نفری از دانشجویان ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی با فاصله دو هفته ۰/۷۳ به دست آمد. (۲۶). همچنین در پژوهش حاضر نیز سنجش پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه قرار گرفت که ضریب ۰/۸۸ به دست آمد.

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 می‌شود.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری کوواریانس تک، بنفرونی و شاپیروویلک تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: خلاصه محتوای طرح درمانی گروهی پذیرش و تعهد (ACT) براساس طرح درمان هیز و همکاران و توهی (۲۷)

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 مزم، اهداف و محورهای اصلی آن، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان، ارایه 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 ارایه تکلیف خانگی.
سوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی‌بردن به بیهودگی آن‌ها.	توضیح‌دادن 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، ارایه 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؛ ارایه تکلیف خانگی.
پنجم	نشان‌دادن 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؛ ارایه 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 ارزش‌های خود 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 بر اساس پژوهش داود (۲۸).

جلسه	اهداف	شرح جلسه
اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و هدف گروه درمانی هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و تعداد جلسات آن، معرفی اعضا به یکدیگر و بیان انتظاراتشان 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 به وسیله اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرذهنی 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	معنادهی 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 خلسه‌ی هیپنوتیزمی
هفتم	تغییر ادراکی به همراه تلقینات هیپنوتیزمی	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات هیپنوتیزمی مربوطه در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
هشتم	تقویت افکار مثبت و اختتام جلسات	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی، آماده‌سازی اعضای گروه برای پایان‌دادن به جلسات در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی، مراسم اختتامیه

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پس‌آزمون و حذف اثر پیش‌آزمون، مداخله آزمایشی در مرحله پس‌آزمون $F=8/136$ و $p<0/001$ تأثیر معنی‌دار داشته است. آزمون بنفرونی هم‌چنین نشان داد (۶) که در مرحله پس‌آزمون، بین هر دو گروه یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ($M=19/13$, $SD=6/62$) و هیپنوتراپی گروهی مبتنی بر شفقت ($M=18/33$, $SD=5/70$) و گواه ($M=26/40$, $SD=7/25$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد که نشان دهنده این است که اولاً، هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیپنوتراپی گروهی مبتنی بر شفقت

چنان که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه دو گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده، اما در پس‌آزمون افسردگی میانگین نمرات دو گروه آزمایش کوچک‌تر از میانگین نمرات گروه گواه بود. جهت بررسی تأثیر مداخله‌های گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و هیپنوتراپی گروهی مبتنی بر شفقت بر علایم افسردگی از روش تحلیل کوواریانس یک راهه (Ancova) بر روی متغیر وابسته «پس‌آزمون علایم افسردگی» استفاده گردیده است.

به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل، تغییر کرده‌اند (مداخله آزمایشی مؤثر بوده است) و ثانیاً، تفاوت معنی‌داری بین گروه هیپنوز و درمان پذیرش و تعهد وجود ندارد هر چند کمی اختلاف میانگین گروه درمان پذیرش نسبت به کنترل از گروه هیپنوز بیشتر بوده است.

جدول ۳: نتایج آزمون شاپیروویک فرض نرمال بودن توزیع نمونه آماری

متغیر وابسته	شاپیروویک	سطح معنی‌داری
علائم افسردگی	۰/۷۷	۰/۳۸
هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان	۱/۰۴	۰/۱۵
تعهد و پذیرش	۰/۲۳۵	۰/۴۲

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون علایم افسردگی در زنان مبتلا به سرطان سینه به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش (اکت)	۲۶/۸۰	۵/۳۷	۱۹/۱۳	۶/۶۲
	آزمایش (هیپنوتراپی)	۲۶/۰۶	۴/۷۸	۱۸/۳۳	۵/۷۰
	گواه	۲۶/۵۳	۴/۹۵	۲۶/۴۰	۷/۲۵

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی نمره‌های پس‌آزمون «علائم افسردگی» با کنترل اثر پیش‌آزمون، در بین گروه درمان پذیرش و تعهد، هیپنوتراپی و کنترل

منبع	مجموع				سطح معنی‌داری
	مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	
پیش‌آزمون علائم افسردگی	۴۶۴/۷۳۹	۱	۴۶۴/۷۳۹	۱۴/۱۹۹	۰/۰۰۱
گروه	۵۷۸/۳۸۱	۲	۲۸۹/۱۹۱	۸/۸۳۶	۰/۰۰۱
خطا	۱۳۴۱/۹۲۸	۴۱	۳۲/۷۳۰		
کل	۲۲۷۹۴	۴۵			

جدول ۶: نتایج مقایسه‌های جفتی نمرات علائم افسردگی بین گروه‌ها در مرحله‌ی پس‌آزمون بوسیله‌ی آزمون بنفرونی

گروه (الف)	گروه (ب)	تفاوت میانگین‌ها (الف - ب)*	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
درمان پذیرش و تعهد	هیپنوز	۰/۳۱۶	۲/۰۹۳	۰/۹۹
	کنترل	-۷/۴۴۲	۲/۰۹۰	۰/۰۰۳
هیپنوز	اکت	-۰/۳۱۶	۲/۰۹۳	۰/۹۹
	کنترل	-۷/۴۴۲	۲/۰۹۱	۰/۰۰۲
کنترل	اکت	۷/۴۴۲	۲/۰۹۰	۰/۰۰۳
	هیپنوز	۷/۷۵۹	۲/۰۹۱	۰/۰۰۲

* تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده

بحث

امروزه بیماری سرطان در جوامع مختلف آمار رو به افزایش داشته است (۱). 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 سرطان‌هاست و به عنوان یک بیماری مزمن دارای عوارض روان شناختی 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 (۴). لذا هدف از این پژوهش تعیین و مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه بود.

با توجه به این که هدف درمان مبتنی بر پذیرش ایجاد انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (۲۹)، بیماران سرطانی نیازمند کمک برای انطباق مؤثر و زندگی‌بخش با بیماری مزمن خود هستند. این افراد نیاز خواهند داشت تا آگاهی و مهارت‌های مقابله‌ای جدید را یاد بگیرند (۳۱ و ۳۰). امروزه بیماری سرطان در جوامع مختلف آمار رو به افزایش داشته است (۳۲). پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شفقت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی 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 علایم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج نشان داد، که هر دو روش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند، اما تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون علایم افسردگی در بین زنان مبتلا به سرطان سینه در دو گروه درمانی وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در پژوهش‌های متعدد تأثیر دو روش هیپنوتراپی و درمان تعهد و پذیرش بر متغیرهای روانی و شخصیتی مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهشی دیگر تأثیر درمان تعهد و پذیرش بر کاهش علایم افسردگی و استرس (۳۳)، در تحقیق کریمی و همکاران تأثیر آموزش شفقت خود بر خود انتقادگری و افسردگی (۳۴) مورد تأیید قرار گرفته است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، از آنجا که دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت و درمان پذیرش و تعهد، عمدتاً بر تنظیم هیجان، ذهن‌آگاهی در زمان حال، قدرتمندی ایگو، رفتار مهربانانه با خود و روابط و تحمل پریشانی متمرکز هستند و این مهارت‌های اصلی درمان‌های مذکور می‌باشد، موجب فرآیندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی، 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 شناختی گیر می‌کند، دو روش درمانی با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و هیجانی موجب می‌شوند تا ایگوی فرد توحید یافتگی خود ارزشمندی بیشتری را تجربه کند و بر افسردگی خود غلبه نموده و افکار غیرمنطقی در مورد بیماری را از خود دور کنند.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت، پژوهشگر با استفاده از تکنیک‌های هیپنوتراپی شفقت‌ورزی و درمان پذیرش و تعهد توانسته قضاوت و انتقادی که زنان هر دو گروه آزمایش نسبت به افکار و احساسات منفی در مورد بیماری داشته‌اند را کاهش دهند، به گونه‌ای که واکنش‌پذیری، ترس و قضاوت‌های بی‌جا (که موجب افزایش حالت‌های ناراحتی و تنش‌زا بین زنان شده و انگیزه اجتناب تجربی را فراهم نموده است) را کنترل و مدیریت کنند و از افسردگی خود بکاهند. در واقع، دو روش درمانی مذکور همانند یک ضربه‌گیر در مقابل اثرات افکار منفی ناشی از فشار بیماری برای زنان دو گروه آزمایش عمل کرده و با افزایش افکار شفقت‌ورزی و ذهن آگاهی نسبت به بیماری، دیگر از قضاوت خود پرهیز کنند، وقایع منفی زندگی (وجود بیماری سرطان) را راحت‌تر بپذیرند و خودارزیابی‌ها و واکنش‌هایشان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه عملکرد واقعی‌شان قرار گیرد. بدین ترتیب

تکنیک‌های به‌کار گرفته در پژوهش حاضر توانسته موجب بهبود آرامش روانی و کاهش افکار منفی و افسردگی زنان مبتلا به بیماری سرطان سینه شود.

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 علایم افسردگی»، 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 به طور کامل و با در نظر گرفتن تمامی متغیرها (به‌طور مثال سطح درآمد، طبقه اجتماعی، وضعیت تأهل) انجام نگرفت.

در واقع، در درمان پذیرش و تعهد پژوهشگر با استفاده از ذهن آگاهی یا توانایی حضور در لحظه، موجب انعطاف توجه به محرک‌های مختلف شده و از طریق تمرین‌های متعدد حضور در لحظه در جلسات درمانی، به زنان کمک کرده تا در مدیریت روابط و بروز رفتارهای مؤثر توانمند شوند و این امر تا حد زیادی، هیجانات و افکار منفی آن‌ها را کاهش دهد. ارزش‌ها مورد قبول زنان گروه آزمایش، یکی دیگر از مباحث مهمی بوده که به وسیله پژوهشگر در طول فرآیند درمان، مورد شناسایی و به زنان برای حرکت

تدریجی در مسیر ارزش‌ها، کمک نموده تا بتوانند با معنا دادن به رنج خود، زندگی غنی، هدفمند و معنی‌دار داشته باشند. با توجه به این‌که، یکی از موانع اصلی زنان مبتلا به سرطان، بروز افسردگی برای تجربه پذیرش و حرکت در مسیر ارزش‌ها، آمیختگی با صفات و داستان زندگی است، پژوهشگر در فرآیند درمان، با به کارگیری تمثیل‌ها و تمرین‌های تجربه‌ای مختلف، به زنان کمک نمود تا بتوانند از این صفات و داستان زندگی خود جدا شوند و به سمت یک زندگی معنادار حرکت کنند و بدین ترتیب از علایم افسردگی آن‌ها کاسته شود. 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، 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 براساس 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، به مشاورین پیشنهاد می‌شود،

کلاس‌های مبنی بر مهارت‌های شناسایی و تشخیص خطاهای شناختی و مقابله مؤثر با آن‌ها برای مراجعین برگزار کنند تا بدین ترتیب وضعیت روانی آن‌ها بهبود یابد، برای کاهش علایم افسردگی افراد مبتلا به سرطان و سایر بیماری‌ها، مهارت حضور ذهن به آن‌ها آموزش داده شود و کلاس‌های مبنی بر مهارت‌های شناسایی و تشخیص خطاهای شناختی و مقابله مؤثر با آن‌ها برای مراجعین برگزار کنند تا بدین ترتیب وضعیت روانی آن‌ها بهبود یابد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه با استفاده از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش سعی بر بررسی تأثیر این روش بر عامل مهم (افسردگی) پرداخته شد. نتایج در مورد مقایسه اثربخشی دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه در شهر یاسوج نشان داد، که هر دو روش نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌دار داشتند، اما تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون علایم افسردگی در بین زنان مبتلا به سرطان سینه در دو گروه درمانی وجود ندارد. بنابراین می‌توان گفت، بین میزان تأثیرگذاری دو روش هیپنوتراپی مبتنی بر شفقت با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر علایم افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله کمال قدردانی و تشکر از کلیه پرسنل دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج و کلیه دوستان و همکاران عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، ابراز می‌دارند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اظهار می‌دارند که هیچ گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

حمایت مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج با کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1400.005 می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

REFERENCES

1. Spiegel D, Bloom JR. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Med* 2019; 45(4): 333-9.
2. Alamri HS, Algarni A, Shehata SF. Prevalence of depression, anxiety, and stress among the general population in Saudi Arabia during Covid-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 1.
3. Azad H. *Psychopathology*. Tehran: Mabas Publications; 2018.
4. Kamal-edini R. The effectiveness of group hope therapy on depression and quality of life in female type 2 diabetic patients. Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan.
5. Winnie KW. Anxiety depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Cancer* 2019; 6(1): 4-47.
6. Ghaderi Z., Refahi Z, Panagh G. The effectiveness of group semantic therapy on increasing hope in patients with esophageal and gastric cancer. *Psychological Methods and Models* 2011; 4(14): 107-18.
7. 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.
8. 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.
9. Firouzi Khojastefar R, Asgari K, Kalantari M, Raisi Fi, Shahvari Z. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on depressive symptoms and hypersexual behavior in patients with sexual addiction. *Journal of Psychological Sciences* 2020; 20(99): 341-52.
10. Borg E, Hansen N, Salomons T. The meaning of pain expressions and pain communication In Simon van Rysewyk, *Meanings of Pain* 2017; 261-82.
11. 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.
12. Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2015; 61(2):90-6.
13. Salehi SH, Tajvedi M, Ghasemi V, Raei Z. Investigation of the effect of nurses' supportive and educational care on the quality of life of breast cancer patients referred for radiotherapy to Seyed-Al-Shohaday Hospital in Isfahan. *Clinical Journal of Nursing and Midwifery* 2016; 5: 2.
14. 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.
15. Berg CJ, Vanderpool RC, Getachew B, Payne JB, Johnson MF, et al. A Hope-Based intervention to address disrupted goal pursuits and quality of life among young adult cancer survivors. *J Cancer Educ* 2020; 35: 1158-69.
16. 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.
17. 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.
18. 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(2): 90-6.
19. Montazer M, Haddadi Z, Ghavami Z, Khanbabaei-Gol M. The relationship between body mass index and chronic pain after breast surgery in women with breast cancer. *Iranian Journal of Gynecology, Obstetrics and Infertility* 2019; 22(8): 130-18.
20. Azizi S, Rahmani A. Investigation of family, individual and personnel barriers to pain control in patients with cancer (over 18 years of age). *Women and family studies* 2018; 10(38): 39-14.
21. Nasiryunpour, Sh. (2019). "Pain". Tehran: Tabib.
22. Clarke G, Asiedu YA, Herd K, Sharma S. Exploring the relation between patients' resilience and quality of life after treatment for cancer of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2019; 57: 1044-48.
23. 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* 2019; 42: 116-24.
24. Bulut MA, Gökkaya F, Emeç K. Hypnoterapinin depresyon, kaygı, stres ve yaşam doyumu üzerindeki etkisinin incelenmesi, sosyal. *Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi* 2022; 5(1): 28-43.

- 25.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): 138-149.
- 26.Dowd T. Cognitive hypnotherapy. Fathi M(editor). 1st ed. Mashhad; Bamshad; 2008: 50-63.
- 27.Manivannan S. College teacher's burnout in Salem district. *Studies in Indian Place Names* 2020; 40(60): 24-9.
- 27.Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of beck depression inventories-ia and -ii in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment* 1996; 67: 588- 597.
- 28.Nabi S, Zahrabi M. Investigating the effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life, mental health, depression and relapse prevention in women addicted to crystal meth. *National Conference on New Psychological Strategies for Addiction Treatment*, Mashhad, 2017.
- 29.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.
- 30.Azizi S, Rahmani A. Investigating family, individual and personnel barriers to pain control in cancer patients (over 18 years old). *Women and Family Studies* 2018;10(38): 39-14.
- 31.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 *Psycho-oncolo. Psychooncology* 2022; 31(5): 683-704.
- 32.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.
- 33 .Khanmohammadi A. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the development of sexual self-concept of married women. *Journal of Psychological Science* 2022; 21(118), 2053-2065.
- 34.Karimi A, Mohammadi N, Rahimi Ch. The effectiveness of self-compassion-based group training on self-criticism and cognitive-behavioral avoidance in depressed adolescents. *Clinical Psychology* 2019; 11(4): 32-23.

Comparing the Effectiveness of Compassion Hypnotherapy and Commitment and Acceptance Therapy on Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients

Javed MA¹, Mardpour A^{1*}, Malekzadeh M²

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

Received Date: 04 Jul 2024 Accepted Date: 22 Oct 2024

Registration number in Iran Clinical Trial Center: IRCT20220214054018N1

Abstract

Background & aim: Hypnotherapy is considered an efficient and effective method for treating various psychological diseases and disorders. On the other hand, breast cancer is one of the most common cancers in societies and is known as the second cause of cancer-related death in women. Therefore, the purpose of the present study was to determine and compare the effectiveness of compassion-based hypnotherapy and commitment and acceptance-based therapy on depressive symptoms in patients with breast cancer.

Methods: the research method in the present study was semi-experimental with a pre-test and post-test design with two experimental groups and a control group. Its statistical population included all women with breast cancer referred to Shahid Beheshti Hospital in Yasouj city in 2021-2022. Available sampling method was used to select the women of the sample group. Beck's depression scale (1996) was used in this research. The information obtained was analyzed by the SPSS-26 software at two descriptive and inferential levels. At the descriptive level, frequency distribution, mean and standard deviation were calculated, and at the level of inferential statistics, the statistical method of analysis of covariance (Ancova) and Benferroni test were used.

Results: The results of comparing the effectiveness of two methods of compassion hypnotherapy with commitment and acceptance therapy on depression symptoms in breast cancer patients indicated that both methods had a significant difference compared to the control group, but there was a significant difference between the mean scores of the post-test of depression symptoms. Among women with breast cancer, there is no treatment in two groups. Therefore, it can be said that there was no significant difference between the two methods of hypnotherapy based on compassion and treatment based on commitment and acceptance on depression symptoms of women with breast cancer. ($p < 0.05$).

Conclusion: Breast cancer is one of the most aggressive tumors and is the leading cause of cancer mortality in women. Therefore, early diagnosis and prognosis have become essential to increase survival and reduce mortality among patients. Therefore, according to the results of this study, counseling centers can use two methods of compassion-based hypnotherapy with commitment and acceptance-based therapy to improve the psychological state of cancer patients.

Keywords: Compassion-based hypnotherapy, Depressive symptoms, Breast cancer

***Corresponding author:** Mardpour AR, Department of Psychology, Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Iran.

Email: ali.mared@yahoo.com.

Please cite this article as follows: Javed1 MA, Mardpour A, Malekzadeh M. Comparing the Effectiveness of Compassion Hypnotherapy and Commitment and Acceptance Therapy on Depressive Symptoms in Breast Cancer Patients. Armaghane-danesh 2025; 30(2):181-135.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasouj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal