

مقایسه اثربخشی آموزش «پذیرش و تعهد» با «روان‌شناسی مثبت» بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان

طاهره عبدیان^۱، فاطمه ابراهیمی^۱، ساره قربانی^۲، نجمه عابدی‌شوق^۳

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان در جهان است که مشکلات جسمانی و بار روانی زیادی برای مبتلایان به وجود می‌آورد. آموزش یکی از روش‌های کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران به‌شمار می‌رود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت در سلامت روان و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته است. روش بررسی: این پژوهش یک طرح شبه آزمایشی دوگروهی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است که در مورد ۶۰ زن مبتلا به سرطان پستان در مرکز سرطان خاتم الانبیا (ع) شهر جهرم در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام گرفته است. بیماران از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در گروه‌های آموزش پذیرش و تعهد (پذیرش آن چه خارج از کنترل است و تعهد جهت غنی ساختن زندگی) و روان‌شناسی مثبت (با تأکید بر توانمندی‌های فردی و احساسات مثبت) قرار گرفتند. از آن‌ها خواسته شد قبل از جلسات و یک هفته پس از پایان جلسات به پرسشنامه‌های ارزیابی تاب‌آوری و سلامت روان پاسخ دهند. داده‌ها با استفاده از آنالیز کوواریانس چندمتغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره نشان داد که هیچ تفاوت معناداری در تاب‌آوری و سلامت روان ($F=2/318$ ، $p=0/110$) پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه مداخله وجود ندارد. تغییرات در سلامت روان و تاب‌آوری از نظر بالینی به ترتیب در ۷۵٪ و ۴۲٪ از اعضای گروه پذیرش و تعهد و ۶۵٪ و ۴۶٪ از گروه روان‌شناسی مثبت معنادار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، هر دو روش آموزش گروهی «پذیرش و تعهد» و «روان‌شناسی مثبت» در افزایش تاب‌آوری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر هستند. این یافته فرصت‌های بیش‌تری را برای مراقبان سلامت فراهم می‌کند تا رویکرد متناسب با ویژگی‌های مراقب و ویژگی‌های شخصیتی مراجعان اتخاذ نمایند.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، تاب‌آوری، سلامت روان، روان‌درمانی مثبت، درمان پذیرش و تعهد

نویسنده مسؤول: ساره قربانی؛ اداره مشاوره و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

e-mail: sare.ghorbani17@gmail.com

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۴۰۲ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۴۰۲ - انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

مقدمه

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، سرطان یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان است که حدود ۱۰ میلیون مرگ

در سال ۲۰۲۰ یا یک مورد از هر شش مرگ را به خود اختصاص داده است. شایع‌ترین نوع سرطان در حال حاضر سرطان پستان با ۲/۳ میلیون مورد جدید (۱۱/۷٪) است که از موارد جدید بروز سرطان ریه (۱۱/۴٪) پیشی گرفته است (۱). طبق تخمین رصدخانه جهانی سرطان (Global Cancer Observatory) پیش‌بینی

۱- گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و پدیاپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۲- اداره مشاوره و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
۳- گروه آموزشی روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انسیتو روان پزشکی تهران)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

انجام دادند، میزان بروز اختلالات روانی در بیماران سرطانی بین ۳۰ تا ۴۰٪ برآورد شده است (۱۰). با توجه به تأثیرات منفی سرطان در زندگی این زنان اخیراً عوامل محافظتی که افراد را قادر می‌سازد با ثبات هیجانی بالاتری با مصیبت مواجه شوند، مثل تاب‌آوری بیشتر مورد توجه قرار گرفته است.

تاب‌آوری به عنوان توانایی حفظ یا بازیابی سریع سلامت روان در طول یا بعد از قرار گرفتن در معرض عوامل استرس‌زا (۱۱)، در حال تبدیل شدن به یک مفهوم رایج در تحقیقات در زمینه مداخله و پیشگیری در سلامت روان است. شناسایی تاب‌آوری به عنوان یک شاخص روان‌شناختی مقاومت در برابر ناملایمات، ممکن است فرصتی برای بهبود نتایج روان‌شناختی در مراقبت از سرطان پستان فراهم کند. با افزایش تاب‌آوری، زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توانند با ایجاد رفتارهای ارتقادهنده سلامتی، به‌طور مثبتی تأثیرات منفی تغییرات فیزیکی، روانی و اجتماعی سرطان را در زندگی خود ادغام کنند (۱۲). Friberg و همکاران بر این باورند که افراد تاب‌آور انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب‌زا داشته و خود را در برابر این شرایط حفاظت می‌کنند (۱۳).

براساس پیشینه پژوهش بیماران مبتلا به سرطان پستان که آموزش‌ها و مداخلات مبتنی بر روان‌شناسی مثبت (Positive Psychotherapy) دریافت کرده‌اند، به‌طور قابل توجهی سطوح بالاتری از تاب‌آوری و عوامل روان‌شناختی مرتبط با سلامتی را گزارش نموده‌اند (۱۴ و ۱۵). نتایج حاکی از آن است که مداخلات روان‌شناسی

می‌شود که بار جهانی سرطان پستان در سال ۲۰۴۰ به ۲۸/۴ میلیون مورد برسد که نسبت به سال ۲۰۲۰، افزایش ۴۷ درصدی را نشان می‌دهد (۲). اما، با وجود شیوع بالای سرطان پستان، درمان آن می‌تواند بسیار مؤثر باشد و احتمال بقای ۹۰٪ یا بالاتر را برای بیماران به دست آورد، به‌ویژه زمانی که بیماری زود تشخیص داده شود؛ به عبارت دیگر بیماران مبتلا به سرطان پستان در مقایسه با دیگر سرطان‌های زنان بعد از تشخیص بیماری بقای طولانی‌تری دارند (۱). اما امروزه تنها زنده ماندن بیماران مدنظر نیست، بلکه بیماران خواهان یک زندگی باکیفیت مناسب هم از لحاظ جسمی و هم روانی هستند. بنابراین سلامت روان حالتی از رفاه روانی است که افراد را قادر می‌سازد تا با استرس‌های زندگی کنار بیایند، توانایی‌های خود را درک کنند، خوب یاد بگیرند و خوب کار کنند و به جامعه خود کمک کنند (۳). از آن جا که عوامل زیادی بر سرطان تأثیر می‌گذارند که می‌توانند سلامت روان فرد را دچار مشکل کنند، از جمله ویژگی‌های مربوط به خود سرطان و شدت و عوارض ناشی از آن، یا ویژگی‌های روانی بیمار مانند آشفتگی شدید فردی، احساس عجز و ناامیدی (۸-۴)، لذا توجه به مسایل روان‌شناختی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

شواهد پژوهشی حاکی از شیوع بالای اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی اساسی، پریشانی هیجانی شدید، اختلال استرس پس از تشخیص و اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به سرطان پستان است (۹ و ۱۰). در فراتحلیلی که Walker و همکاران

مثبتی که برای بیماران مبتلا به سرطان پستان اعمال می‌شود، می‌تواند سلامت روان آن‌ها را ارتقا دهد (۱۵). این مداخلات در حوزه آسیب‌های روان‌شناختی مورد استقبال بسیاری درمانگران و مراقبان سلامت روان قرار گرفته است. علت این اقبال عمومی آن است که روان‌شناسی بالینی به‌طور سنتی بر کمبودهای روانی و ناتوانی‌ها تمرکز کرده، در حالی که هدف روان‌شناسی مثبت، تمرکز بر نقاط قوت انسان و احساسات مثبت برای تکمیل رویکردهای مبتنی بر کمبودها و کاستی‌ها است. روان‌شناسی مثبت بیان می‌کند که با تأکید بر توانمندی‌های فردی و شناساندن آن‌ها به افراد می‌توان زندگی واقعی را ساخت (۱۶).

علاوه بر رویکردهای مثبت‌نگر از رویکردهای دیگری که طی دو دهه اخیر در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان‌شناختی، کاربرد زیادی یافته است، آموزش و مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy) است. در این رویکرد هدف اصلی آن است که فرد آن‌چه را که خارج از کنترلش است بپذیرد و در عین حال به عملی که زندگی‌اش را غنی می‌سازد متعهد شود. این روش یک درمان فرآیند مدار است که به کاهش افکار ناخواسته و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد کمک می‌کند و شامل شش فرآیند اصلی پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدام متعهدانه می‌باشد (۱۷). این رویکرد می‌تواند به دلیل مدل سازگار شدن سالم با شرایط سخت در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران سرطانی مفید باشد. اثربخشی پذیرش و تعهد در شرایط مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و کاربرد آن

در حوزه سرطان در حال افزایش است. این روش، با تشویق بیماران به پذیرش فعال و ذهن آگاهانه بیماری خود، باعث می‌شود که فرد از تنش و کلنجار عبث خود دست بکشد و با انسجام نیرو و انرژی درونی‌اش برای بهبودی خود اقدام کند. در واقع وقتی افراد مشکل خود را می‌پذیرند این مسأله باعث کاهش اضطراب و افسردگی آن‌ها شده و سلامت روان آن‌ها ارتقا پیدا می‌کند (۱۸ و ۱۹). در این راستا نتایج پژوهش Feros و همکاران (۱۹) حاکی از آن است که مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهبود پریشانی، خلق‌وخو و کیفیت زندگی می‌شود. علاوه بر این پذیرش و تعهد می‌تواند به‌طور مؤثری تاب‌آوری روان‌شناختی و رشد پس از آسیب (Post Traumatic Growth) را در بیماران مبتلا به سرطان پستان بهبود بخشد (۲۰ و ۲۱). به‌طور کلی دو رویکرد روان‌شناسی مثبت و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده در مطالعه حاضر، براساس نظریه‌های مختلفی بنا شده‌اند و هر یک براساس تکنیک‌های متفاوتی آموزش داده می‌شوند و دلیل اصلی مقایسه این دو، انتخاب بهترین ابزار مداخلاتی هم‌برای درمانگران و مراقبان و هم برای بیماران متناسب با رویکرد و شخصیتشان می‌باشد. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد با روان‌شناسی مثبت بر سلامت روان و تاب‌آوری زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه شبه آزمایشی دوگروهی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون، در مورد دو

گروه آموزشی پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام گرفته است. نمونه‌های پژوهش شامل ۶۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان در مرکز سرطان خاتم‌الانبیا (ع) شهر جهرم بودند که به روش در دسترس انتخاب و با استفاده از روش بلوک تصادفی چهارتایی با نسبت ۱:۱ در هر یک از گروه‌های آموزشی پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت جای‌گذاری شدند (جهت تصادفی‌سازی از وب‌سایت www.sealedenvelope.com استفاده شد).

حجم نمونه با فرض برابری تعداد نمونه‌ها در هر گروه و اختلاف استاندارد ۸۵٪، حدود اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ با استفاده از نوموگرام آلتمن (۲۲) برآورد شد و با احتساب ۱۵٪ ریزش، در هر گروه ۳۰ نفر قرار داده شد. لازم به ذکر است که به دلیل عدم دسترسی به حجم نمونه کافی و با هدف مقایسه دو گروه آموزشی، در این مطالعه گروه کنترل در نظر گرفته نشد.

معیارهای ورود شامل: گذشت حداقل ۳ ماه از تشخیص بیماری، داشتن سن ۶۰-۲۵ سال، نداشتن بیماری‌های خاص دیگر و سایر اختلالات شدید روانی که مانع از حضور مؤثر فرد در جلسات آموزشی می‌شدند (مانند اختلالات سایکوتیک، اختلال دوقطبی و غیره) و داشتن سواد خواندن و نوشتن بود. معیارهای خروج از طرح شامل: غیبت بیش از دو جلسه از جلسات گروهی، انتقال از مرکز خاتم‌الانبیا (ع) به سایر مراکز، بدحال شدن بیمار و شرکت در جلسات روان‌درمانی در مدت زمان مداخله بود.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری است که توسط پژوهشگران طراحی شده و شامل ۸ سؤال مربوط به ویژگی‌های سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری، مدت زمان ابتلا به بیماری و اقدامات درمانی است.

پرسشنامه سلامت عمومی ۱۲ سؤالی (General Health Questionnaire; GHQ-) (12) در سال ۱۹۷۰ توسط Goldberg و به‌منظور شناسایی اختلالات روانی تدوین شده است (۲۳). این پرسشنامه، شامل ۱۲ سؤال از ۶۰ سؤال پرسشنامه اصلی است که همانند فرم‌های دیگر، هر یک از سؤال‌های آن شدت مشکلات روانی را در چهار هفته اخیر می‌سنجد. روش نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت است. نمره‌گذاری از صفر (کم‌تر از حد معمول)، ۱ (در حد معمول)، ۲ (بدتر از معمول) تا ۳ (بسیار بدتر از معمول) متغیر است. دامنه نمرات ۰-۳۶ است. نمرات پایین‌تر نشانگر سطح بالاتر سلامت روان است (۲۳). روایی و پایایی این ابزار در داخل و خارج کشور مورد تأیید قرار گرفته است. عبادی و همکاران، در مطالعه‌ای که در مورد جوانان ایرانی انجام دادند، گزارش کردند که این ابزار از پایایی و روایی خوبی برخوردار است. به‌منظور تعیین حساسیت، ویژگی و بهترین نقطه برش از منحنی ویژگی عملی گیرنده (Receiver Operating Characteristic Curve; ROC Curve) استفاده شد و در نتیجه بهترین نقطه برش برابر ۳/۵ با حساسیت ۸۷٪ و ویژگی ۶۰٪ محاسبه

گویه‌ها بین ۰/۴۱ تا ۰/۹۴ بودند (۲۶). همسانی درونی این ابزار در مطالعه حاضر براساس آلفای کرونباخ برآورد شد ($\alpha=0/90$).

جهت نمونه‌گیری معرفی‌نامه‌ای از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرستان جهرم به مرکز سرطان خاتم‌الانبیا (ع) داده شد تا اجازه دسترسی به پرونده‌های بیماران مبتلا به سرطان پستان را به نویسندگان پژوهش حاضر بدهند، سپس پرونده بیماران مورد بررسی قرار گرفت و با بیمارانی که شرایط حضور در جلسات پژوهش داشتند، تماس گرفته شد و در مورد طرح و اهداف آن توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در صورت تمایل شرکت در پژوهش در یک جلسه با هدف انجام ارزیابی و آشنایی ایشان با محیط آموزشی شرکت کنند. سپس از همه اعضای واجد شرایط خواسته شد تا قبل از شروع دوره فرم رضایت‌نامه شرکت در جلسات را امضا و به پرسشنامه‌های خودگزارشی سلامت روان و تاب‌آوری پاسخ دهند و پس از تصادفی‌سازی در یکی از گروه‌های آموزش روان‌شناسی مثبت یا پذیرش و تعهد قرار گرفتند. در نهایت هشت جلسه آموزش گروهی برای هر یک از گروه‌ها به صورت هفتگی و حضوری در مرکز سرطان خاتم‌الانبیا (ع) توسط نویسنده اول مقاله حاضر با ۵ سال سابقه کار آموزشی برگزار گردید. در انتهای دوره، پرسشنامه‌های خودگزارشی که قبل از جلسات تکمیل شده بود، مجدداً در اختیار مراجعان قرار داده شد تا پاسخ آن‌ها پس از جلسات نیز اندازه‌گیری شود. نمودار شماره ۱ حضور بیماران مبتلا به سرطان پستان را در طول مطالعه توضیح می‌دهد.

شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه، ثبات داخلی ابزار، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد و این ضریب، ۰/۸۷ محاسبه گردید (۲۴). همچنین، همسانی درونی در مطالعه حاضر براساس آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد ($\alpha=0/74$).

مقیاس تاب‌آوری Davidson و Connor (Connor-Davidson resilience scale;) (CD-RISC) یک ابزار ۲۵ سؤالی است که شامل ۵ زیرمقیاس صلاحیت و کفایت فردی، تحمل اثرات منفی و قوی بودن در برابر تنش، پذیرش مثبت تغییر، خودکنترلی و تأثیرات معنوی است (۲۵). روش نمره‌گذاری مقیاس براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً نادرست)، ۱ (نادرست)، ۲ (نظری ندارم)، ۳ (درست) تا ۴ (همیشه درست) با دامنه نمره صفر تا ۱۰۰ است. نمرات بالاتر بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد پاسخ‌دهنده است. Davidson و Connor ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله چهار هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۲۴). این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران هنجاریابی شده است. روایی همگرایی آن با پرسشنامه سرسختی کوپاسا ۰/۸۳ است، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶ رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالایی تاب‌آوری با استرس تجربه شده پایین ارتباط دارد. برای تعیین پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شده و ضریب پایایی ۰/۸۹ گزارش شده است. در بررسی میزان همبستگی گویه‌ها، به جز سؤال سه ضرایب میان سایر

دو نوع آموزش گروهی در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. آموزش گروهی مثبت از پروتکل روان‌شناسی مثبت Seligman (۱۶) اقتباس شده است و آموزش گروهی پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل Hayes و همکاران (۱۷) است. جزییات جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

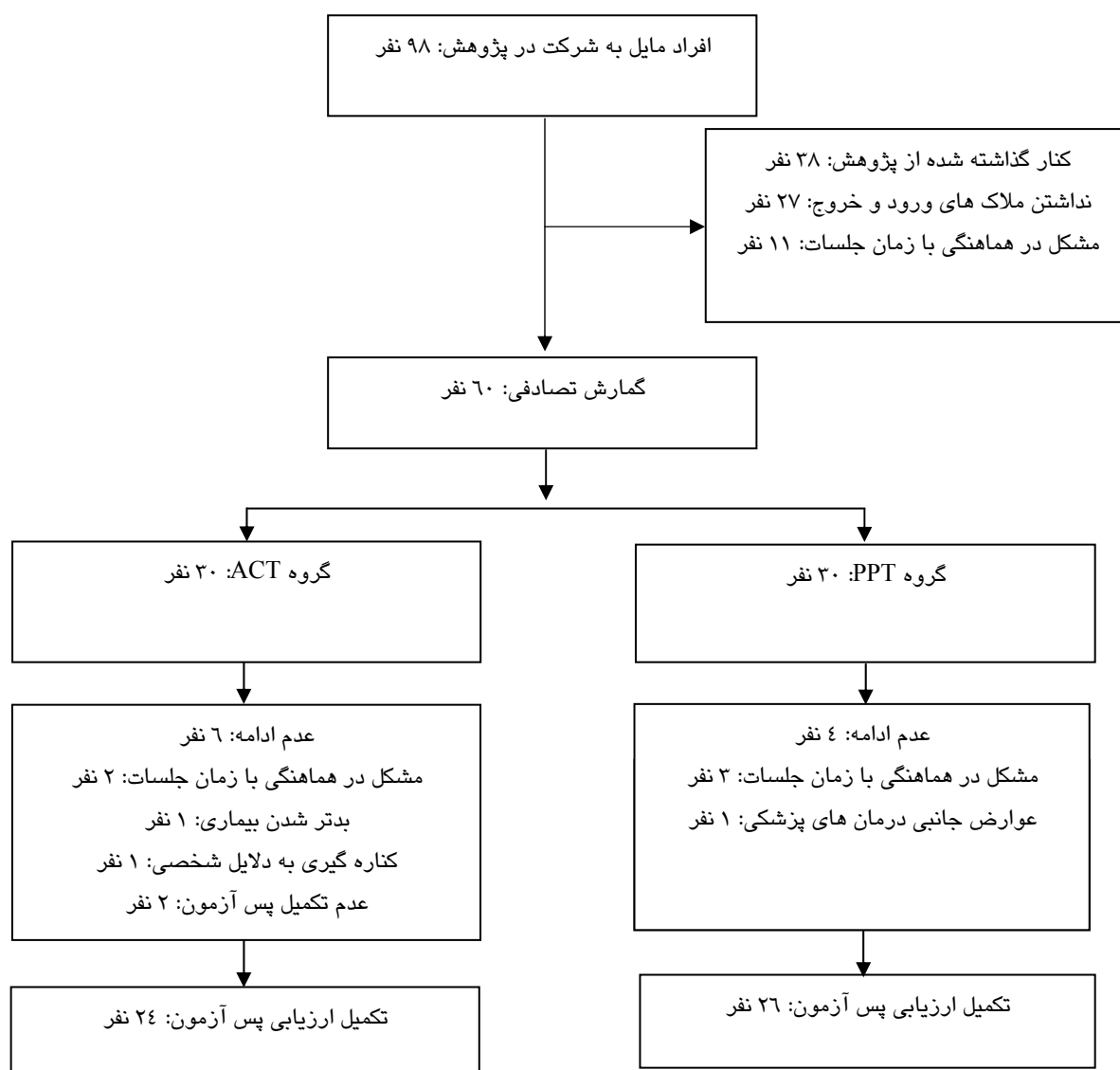
این مطالعه با کد اخلاق IR.Jums.REC.1398.30 توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، از کلیه بیماران پس از توضیحات لازم درباره مطالعه و نیز اختیاری بودن شرکت در مطالعه و امکان خروج از مطالعه در هر مرحله که لازم بدانند، رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد و به آنان درباره محرمانه بودن اطلاعات اطمینان لازم داده شد.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS استفاده شد. آمار توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد برای متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی محاسبه گردید. برای بررسی همسانی گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سابقه خانوادگی سرطان و مدت بیماری از آزمون مجذور کای استفاده شد و جهت مقایسه فراوانی سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و نوع درمان بین دو گروه که شرایط آزمون مجذور کای برقرار نبود (بیش از ۲۰٪ خانه‌های جدول فراوانی مورد انتظار کمتر از ۵ داشتند) از آزمون فیشر و جهت بررسی سن از آزمون t مستقل استفاده شد.

با استفاده از آنالیز کوواریانس چندمتغیره و تحلیل نموداری نتایج حاصل از این روش‌ها، اثرات متغیرهای مستقل (مداخلات گروهی آموزش پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت) بر متغیرهای وابسته (سلامت روان و تاب‌آوری) ارزیابی شد. برای محاسبه معناداری بالینی متغیر پیامد اولیه از روش Jacobson و Truax (۲۷) استفاده شد. این روش شامل دو گام است: در گام نخست شاخص تغییر پایا محاسبه می‌شود؛ این شاخص نشان می‌دهد که آیا تغییرات مشاهده شده در پایان مداخله، نسبت به قبل از مداخله، از لحاظ آماری پایا است یا خیر. در گام دوم، به دنبال تعیین شاخص تغییر پایا، نقطه برشی براساس میانگین و انحراف معیار گروه بیماران و افراد سالم تعیین می‌شود که هر نمره بالاتر از این نقطه برش دارای معناداری بالینی است. در این مطالعه از ضریب پایایی آزمون- بازآزمون ۰/۷۴ و ۰/۹۰ به دست آمده برای هر یک از پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سلامت روان استفاده شد و برای تعیین نقطه برش از میانگین ۸۸/۱۱ و انحراف استاندارد ۱۲/۵۴ تاب‌آوری در گروه سالم براساس مطالعه سامانی و همکاران (۲۸) و از مطالعه Sanchez-Lopez و Mdel Dresch (۲۹) برای تعیین میانگین و انحراف استاندارد (به ترتیب ۸/۵۲ و ۵/۲۸) سلامت روان در گروه سالم، استفاده شد.

$$\text{انحراف معیار بیمار} \times \text{میانگین سالم} + (\text{انحراف معیار سالم} \times \text{میانگین بیمار}) = \text{نقطه برش}$$

$$\text{انحراف معیار بیمار} + \text{انحراف معیار سالم}$$



نمودار ۱- روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری بیماران مبتلا به سرطان پستان

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات آموزشی گروهی پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت

جلسات	محتوای جلسات پذیرش و تعهد	محتوای جلسات روان‌شناسی مثبت
اول	- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر - بیان ماهیت و اهداف این برنامه، نحوه اجرا و مدت زمان اجرای آن - رفع سؤالات افراد در مورد برنامه - آشنا شدن با مفاهیم پذیرش و تعهد	- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر - بیان ماهیت و اهداف این برنامه، نحوه اجرا، مدت زمان اجرای آن - رفع سؤالات افراد در مورد برنامه - آشنا شدن با تأثیر وجود احساسات مثبت
دوم	شناسایی نقاط قوت افراد	ایجاد تمایل به ترک برنامه‌های ناکارآمد، درک این که کنترل، مسأله است نه راه‌حل
سوم	به وجود آوردن احساسات مثبت و استفاده از توانمندی	شناسایی ارزش‌ها؛ اقدامات و موانع شناخت ارزش‌ها
چهارم	درک احساسات خوب و بد و بحث در مورد نقش این احساسات بر افسردگی و سلامتی	بررسی ارزش هر شخص و عمق مفاهیم
پنجم	درک و شناخت افراد از توانمندی‌های خود از دیدگاه دیگران و مقایسه با نقاط قوت خود از جلسه اول	بررسی همجوشی و گسلس و انجام تمرین‌هایی برای گسلس با استفاده از استعاره
ششم	آشنایی با مفهوم امید و خوش‌بینی و نقش آن در سلامت روان	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خود به‌عنوان یک زمینه
هفتم	آشنایی با نقش دو مفهوم بخشش و سپاس‌گزاری / آماده‌سازی بیماران جهت خاتمه یافتن جلسات	تأکید بر بودن و زندگی کردن در زمان حال
هشتم	جمع‌بندی و گرفتن بازخورد از اعضا	آموزش تعهد به عمل مطابق با ارزش‌ها و جمع‌بندی

یافته‌ها

به‌طور کلی ۲۶ نفر از گروه روان‌شناسی مثبت (۸۷٪) و ۲۴ نفر از گروه پذیرش و تعهد (۸۰٪) دوره گروهی را به اتمام رساندند. دلیل ریزش بدتر شدن بیماری، عوارض درمان‌های پزشکی و تعارض زمانی برای حضور در جلسات بود.

اطلاعات جمعیت‌شناختی و بیماری گروه‌های مورد مطالعه در جدول شماره ۲ گزارش شده است. تفاوت معناداری در آزمون مجذور کای، آزمون فیشر و t مستقل در متغیرها جمعیت‌شناختی و بیماری بین دو گروه وجود نداشت ($p > 0.05$).

به‌طور کلی پژوهش شامل ۵۰ زن مبتلا به سرطان پستان در سنین ۳۱ تا ۶۷ سال بود که بیش‌تر آن‌ها تحصیلات دیپلم و زیردیپلم داشتند و خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی اکثر بیماران در سطح متوسط بود. کم‌تر از

نیمی از بیماران شرکت‌کننده در خانواده خود سابقه بیماری سرطان گزارش کردند. بیش‌تر آن‌ها بیش از سه ماه بود که تشخیص سرطان پستان دریافت کرده بودند و تقریباً نیمی از بیماران همه روش‌های شیمی‌درمانی، رادیوتراپی و جراحی را دریافت کرده بودند (جدول شماره ۲).

نمره کلی میانگین و انحراف معیار سلامت روان در گروه آموزشی پذیرش و تعهد و گروه روان‌شناسی مثبت به ترتیب $21/88 \pm 2/37$ و $22/20 \pm 2/39$ در پیش‌آزمون به دست آمد و نمره کلی میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری در گروه آموزشی پذیرش و تعهد و گروه روان‌شناسی مثبت به ترتیب $10/5 \pm 07/05$ و $11/66 \pm 09/79$ در پیش‌آزمون در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده شد.

تحلیل توصیفی داده‌ها در پس‌آزمون نشان‌دهنده کاهش میانگین نمرات سلامت روان

(نمره‌گذاری معکوس) در گروه روان‌شناسی مثبت $2/62 \pm 15/57$ و گروه پذیرش و تعهد $3/31 \pm 14/33$ و همچنین نشان‌دهنده افزایش میانگین نمره تاب‌آوری در گروه روان‌شناسی مثبت $9/90 \pm 70/26$ و گروه پذیرش و تعهد $9/27 \pm 70/75$ بود.

به منظور بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، نتایج آزمون Levene نشان داد که متغیرهای نمره سلامت روان ($F=0/530, p=0/470$) و نمره تاب‌آوری ($F=1/058, p=0/309$) از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی نکرده است. به علاوه، برابری ماتریس‌های کوواریانس به وسیله آزمون Box's M مورد تأیید قرار گرفت ($F=0/528, p=0/663$).

با توجه به تأیید فرضیه همگنی ماتریس کوواریانس، از آزمون Pillai's Trace استفاده شد. توأمأً متغیرهای سلامت روان و تاب‌آوری در بعد از مداخله به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. نتیجه این آزمون نشان‌دهنده آن است که اثر سلامت روان در قبل از مداخله یک عامل مؤثر بر سلامت روان و تاب‌آوری در بعد از مداخله بوده است ($p=0/039$). همچنین نتیجه این آزمون نشان‌دهنده آن است که اثر تاب‌آوری در قبل از مداخله یک عامل مؤثر بر سلامت روان و تاب‌آوری در بعد از مداخله بوده است ($p<0/001$) نتایج در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

در نهایت نتیجه مقایسات بین گروهی (Tests of Between-Subjects Effects)

نشان‌دهنده آن است که اثر گروه بر سلامت روان ($p=0/146$) و تاب‌آوری ($p=0/111$) در بعد از مداخله معنادار نبوده است. این مطلب به بیان دیگر به معنای آن است که تفاوت نمره سلامت روان و تاب‌آوری در گروه‌های روان‌شناسی مثبت و پذیرش و تعهد، معنادار نبوده است. خلاصه این یافته‌ها در جدول شماره ۴ گزارش شده است.

شاخص تغییر پایا با در نظر گرفتن آلفای کرونباخ $0/74$ برای سلامت روان و آلفای کرونباخ $0/9$ برای تاب‌آوری محاسبه شد. براساس این شاخص، تغییرات ۲۱ نفر از اعضای گروه پذیرش و تعهد با دامنه $10/71-$ تا 0 و ۲۰ نفر از گروه روان‌شناسی مثبت با دامنه $8/98-$ تا $1/19$ برای سلامت روان پایدار بود. در تاب‌آوری، تغییرات ۲۲ عضو گروه پذیرش و تعهد با دامنه $1/92$ تا $7/30$ و ۲۰ عضو از گروه روان‌شناسی مثبت با دامنه 0 تا $6/08$ پایدار بود. براساس مطالعه سامانی و همکاران (۲۸)، نقطه برش ابزار سلامت روان $17/91$ محاسبه شد. براساس این نقطه برش، تغییرات ۱۸ عضو (75%) گروه پذیرش و تعهد و ۱۷ عضو (65%) روان‌شناسی مثبت از نظر بالینی معنادار بود. براساس مطالعه Sanchez-Lopez Mdel و Dresch (۲۹)، نقطه برش ابزار برای تاب‌آوری $69/4$ محاسبه شد. براساس این نقطه برش، تغییرات ۱۰ عضو گروه پذیرش و تعهد (42%) و ۱۲ عضو گروه روان‌شناسی مثبت (46%) از نظر بالینی معنادار بود.

جدول ۲- مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی و بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مرکز سرطان خاتمالانبیاء (ع) چهارم برحسب گروه‌های مورد بررسی در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

p-value	گروه		متغیر
	روانشناسی مثبت (تعداد=۲۶) (درصد) تعداد	پذیرش و تعهد (تعداد=۲۴) (درصد) تعداد	
#.۰/۳۰۴	۴۶/۳۸ ± ۹/۱۲	۴۹/۱۲ ± ۹/۴۷	سن (سال) (انحراف معیار ± میانگین)
*.۰/۸۶۰	۷ (۲۶/۹)	۸ (۳۳/۳)	زیردیپلم
	۱۴ (۵۳/۸)	۱۱ (۴۵/۸)	دیپلم
	۴ (۱۵/۳)	۵ (۲۰/۸)	لیسانس
	۱ (۳/۸۴)	۰ (۰)	فوق لیسانس
*.۰/۷۲۸	۶ (۲۲/۰)	۴ (۱۶/۶)	غیرشاغل
	۲۰ (۷۶/۹)	۲۰ (۸۳/۳)	شاغل
*.۰/۱۰۰	۲ (۷/۶)	۵ (۲۰/۸)	پایین
	۱۶ (۶۱/۵)	۱۷ (۷۰/۸)	متوسط
	۸ (۳۰/۷)	۲ (۸/۳)	خوب
**.۰/۵۹۸	۱۰ (۳۸/۴)	۱۱ (۴۵/۸)	بله
	۱۶ (۶۱/۵)	۱۳ (۵۴/۱)	خیر
**.۰/۴۲۰	۶ (۲۲/۰)	۸ (۳۳/۳)	کمتر از سه ماه
	۲۰ (۷۶/۹)	۱۶ (۶۶/۶)	بیشتر از سه ماه
*.۰/۳۳۹	۰ (۰)	۳ (۱۲/۵)	شیمی درمانی
	۴ (۱۵/۳)	۳ (۱۲/۵)	رادیوتراپی
	۸ (۳۰/۷)	۸ (۳۳/۳)	جراحی
	۱۴ (۵۳/۸)	۱۰ (۴۱/۶)	همه درمان‌ها

#آزمون t مستقل، *آزمون فیشر، **آزمون مجذور کای، $p < ۰/۰۵$ اختلاف معنادار

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره دوطرفه تأثیر متغیرهای مستقل بر روی نمره سلامت روان و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده مرکز سرطان خاتمالانبیاء (ع) چهارم در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

اثر	ارزش	F	df فرضیه	p-value	مجذوراتا	توان مشاهده شده
سلامت روان قبل از مداخله	اثر پیلای	۰/۱۳۴	۳/۴۸	۲	۰/۰۳۹	۰/۱۳
تاب‌آوری قبل از مداخله	اثر پیلای	۰/۴۸۳	۲۱/۰۵	۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹
گروه	اثر پیلای	۰/۰۹۳	۲/۳۲	۲	۰/۱۱۰	۰/۴۵

جدول ۴- نتایج کلی تحلیل آنالیز کوواریانس چندمتغیره دوطرفه بر روی نمره سلامت روان و تاب‌آوری وابسته به عضویت در گروه‌های پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده مرکز سرطان خاتم‌الانبیا (ع) جهرم در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ با کنترل پیش‌آزمون

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	Df	مجذور میانگین	F	p-value
سلامت روان قبل از مداخله	سلامت روان بعد از مداخله	۱۲/۵۹	۱	۱/۴۲	۱/۴۲	۰/۲۴۰
	تاب‌آوری بعد از مداخله	۲۶۳/۶۴	۱	۲۶۳/۶۴	۵/۸۰	۰/۰۲۰
تاب‌آوری قبل از مداخله	سلامت روان بعد از مداخله	۲/۸۰	۱	۲/۸۰	۰/۳۱	۰/۵۷۸
	تاب‌آوری بعد از مداخله	۱۹۴۸/۱۹	۱	۱۹۴۸/۱۹	۴۲/۸۵	<۰/۰۰۱
گروه	سلامت روان بعد از مداخله	۱۹/۴۴	۱	۱۹/۴۴	۲/۱۹	۰/۱۴۶
	تاب‌آوری بعد از مداخله	۱۲۰/۰۸	۱	۱۲۰/۰۸	۲/۶۴	۰/۱۱۱
خطا	سلامت روان بعد از مداخله	۴۰۹/۲۶	۴۶	۸/۹۰		
	تاب‌آوری بعد از مداخله	۲۰۹۱/۴۴	۴۶	۴۵/۴۷		
کل	سلامت روان بعد از مداخله	۱۱۶۶۵	۵۰			
	تاب‌آوری بعد از مداخله	۲۵۲۹۴۵	۵۰			

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های کلی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که از نظر آماری تفاوت معناداری در متغیرهای تاب‌آوری و سلامت روان بین دو گروه پذیرش و تعهد و روان‌شناسی مثبت وجود ندارد. در عین حال براساس بررسی‌های انجام یافته هر یک از مداخلات در افزایش سلامت روان و تاب‌آوری در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش بودند.

در تبیین این که چه چیزی باعث می‌شود این دو رویکرد تفاوت معناداری از نظر آماری با هم نداشته باشند، می‌توان به مفاهیم مشترک این دو رویکرد اشاره کرد مفاهیمی مانند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهزیستی روانی، ارزش‌ها و توانمندی‌ها و زندگی معنادار، پذیرش هیجانات مثبت و منفی و رهایی از رنجش‌ها (۳۰). پذیرش و تعهد سعی در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارد و در این جهت مهارت‌های پذیرش و حرکت در جهت

ارزش‌ها را تقویت می‌کند و روان‌شناسی مثبت در راستای ارتقای بهزیستی افراد سعی در آموزش مهارت‌های تاب‌آوری، تقویت توانمندی‌ها، بالا بردن سطح عاطفه مثبت و افزایش رضایت از زندگی دارد که این نیز نهایتاً خودکارآمدی و پذیرش را در افراد افزایش می‌دهد. هردوی این رویکردها به بیماران کمک می‌کنند که اهداف خود را به شیوه‌ای اصیل و انگیزه‌مند و جهت‌گیری شده از درون که مطابق با امیال و آرزوهای خود فرد است، دنبال کنند.

اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد در تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان همسو با مطالعات قبلی از جمله پژوهش صادقی و همکاران (۲۰) و جعفری‌زاده و بحرینیان (۲۱) و در زمینه سلامت روان با مطالعات قربانی و همکاران (۱۸) و Feros و همکاران (۱۹) همسو است. در تبیین اثربخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و سلامت روان

زنان مبتلا به سرطان پستان باید به این نکته توجه داشت که این رویکرد با استفاده از تکنیک‌هایی مانند پذیرش و تمایل، سعی بر افزایش انعطاف‌پذیری افراد دارد. بیماران با افزایش انعطاف‌پذیری در مقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیراتر می‌شوند و به‌جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل هستند. چنین وضعیتی به‌نوبه خود می‌تواند خودکارآمدی و احساس توانمندی را افزایش دهد که هر دو به افزایش تاب‌آوری کمک می‌کنند و زمینه بهبود عملکرد را در زنان دچار سرطان در اکثر موضوع‌ها و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی فراهم می‌سازند. ترغیب بیماران مبتلا به سرطان پستان به شناسایی ارزش‌ها و تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطالی از احساسات منفی که به‌نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. در واقع آن‌ها می‌آموزند که وجود فشارها و اضطراب‌ها و فکرها به‌خودی‌خود مسأله نیست، بلکه مسأله اصلی تلاش آن‌ها برای تاب‌آوری در برابر آن‌هاست. تاب‌آوری بالا به افراد در برخورد و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌آور زندگی کمک کرده و آن‌ها را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد (۳۱). Friborg و همکاران (۱۳) طبق پژوهش‌های خود به این نتیجه دست یافتند که نخستین اثر ارتقای توانمندی‌های فرد در زمینه تاب‌آوری کاهش مشکلات روانی و

هیجانی، افزایش میزان سلامت روانی و در نتیجه افزایش میزان رضایت فرد از زندگی خواهد بود. در نهایت می‌توان گفت که علاوه بر این که مفاهیم پذیرش و تعهد منجر به افزایش سلامتی در بیماران می‌شوند، ارتقای تاب‌آوری نیز می‌تواند در بهبود سلامت افراد اثرگذار باشد.

علاوه بر پذیرش و تعهد، یافته‌های پژوهشی همسو با مداخلات مثبت در متغیرهای تاب‌آوری و سلامت روان در مبتلایان به سرطان پستان بودند. در یک کارآزمایی بالینی که Victoria Cerezo و همکاران با هدف بررسی مداخله روان‌شناسی مثبت در مبتلایان به سرطان پستان انجام دادند، نتایج حاکی از بهبود تاب‌آوری در کنار سایر متغیرهای مرتبط با سلامتی مانند عزت نفس، توانایی‌های مرتبط با هوش هیجانی، خوش‌بینی، تأثیرپذیری مثبت، رفاه و شادی بود (۱۴). روان‌شناسی مثبت با استفاده از تکنیک‌های آموزشی بر قابلیت جایگزینی هیجان‌ها، عواطف، رفتارها و حالات منفی با هیجان‌ها، عواطف، رفتار و حالات مثبت و ارتقای نقاط قوت و توانمندی‌های شخصی نظیر بخشش، شفقت، اعتدال، صمیمیت، همدلی، اعتماد، اصالت و تفاهم متمرکز است (۱۶). در نتیجه براساس نظریه روان‌شناسی مثبت و یافته‌های پژوهشی به نظر می‌رسد این رویکرد می‌تواند با ارتقای توانمندی‌ها و هیجانات مثبت به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، رنج بیماران را کاهش دهد و از طرفی هیجان‌های مثبت با ایجاد یک مارپیچ صعودی از بهزیستی، باعث ایجاد جعبه ابزاری از مهارت‌های سازگاری در فرد می‌شوند که براساس آن

سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر است. این یافته نه تنها فرصت‌های بیشتری را برای مراقبان سلامت فراهم می‌کند تا رویکرد متناسب با خود و نیز ویژگی‌های شخصیتی مراجعان را اتخاذ کنند، بلکه رویکرد گروهی به درمان‌ها، هم باعث صرفه‌جویی در هزینه‌ها و هم به بیماران بیشتری کمک می‌کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه کسانی که در اجرای پژوهش یاری‌رسان بودند، تشکر کنند. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جهرم و همه بیماران مبتلا به سرطان پستان نهایت تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر از نظر رعایت دستورالعمل‌های اخلاقی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاقی: IR.Jums.REC.1398.30 تأیید شده است.

بیماران با تجربه هیجان‌های مثبت بهتر می‌توانند با شرایط سخت و نامساعد در زندگی کنار بیایند و در عین حال تاب‌آوری بیشتری کسب نمایند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خودگزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی در پژوهش، نداشتن گروه کنترل به دلیل عدم دسترسی به حجم نمونه کافی و عدم پیگیری بلندمدت بیماران جهت بررسی اثرگذاری این مداخلات در طولانی مدت اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی با در نظر داشتن محدودیت‌های پژوهش به کاربرد دو رویکرد روان‌شناسی مثبت و پذیرش و تعهد جهت افزایش تاب‌آوری و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان اقدام نمایند.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو گروه آموزش پذیرش و تعهد و آموزش روان‌شناسی مثبت در افزایش تاب‌آوری و

References

- 1 - World Health Organization. Global breast cancer initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer. Geneva: World Health Organization; 2023.
- 2 - Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021 May; 71(3): 209-249. doi: 10.3322/caac.21660.
- 3 - World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 4 - Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hasanpour Dehkordi A. [The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2004; 10(3): 79-84. (Persian)
- 5 - Esmaeili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Tirgari Seraj A. [Life threatening: the most important concern of patients confronting cancer diagnosis]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2013; 18(5): 12-22. (Persian)
- 6 - Eskandari Sabzi H, Shirinabadi Farahani A, Rassouli M, Khanali Mojen L, Beikmirza R, Heidari M. [Factors related to spiritual coping in adolescents with cancer based on the "reed self-transcendence theory"]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2021; 27(2): 130-145. (Persian)
- 7 - Baljani E, Khashabi J, Amanpour E, Azimi N. [Relationship between spiritual well-being, religion, and hope among patients with cancer]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2011; 17(3): 27-37. (Persian)
- 8 - Khakbazan Z, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A, Mohammadi E. [Role of social interactions on health-seeking behavior among Iranian women with breast cancer symptoms: a qualitative study]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2014; 20(3): 43-59. (Persian)

- 9 - Tsaras K, Papathanasiou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelesi M, Zyga S, et al. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018 Jun 25; 19(6): 1661-1669. doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661.
- 10 - Walker ZJ, Jones MP, Ravindran AV. Psychiatric disorders among people with cancer in low- and lower-middle-income countries: study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017 Aug 11; 7(8): e017043. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017043.
- 11 - Kalisch R, Baker DG, Basten U, Boks MP, Bonanno GA, Brummelman E, et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nat Hum Behav*. 2017 Nov; 1(11): 784-790. doi: 10.1038/s41562-017-0200-8.
- 12 - Lai HL, Hung CM, Chen CI, Shih ML, Huang CY. Resilience and coping styles as predictors of health outcomes in breast cancer patients: a structural equation modelling analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2020 Jan; 29(1): e13161. doi: 10.1111/ecc.13161.
- 13 - Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Res*. 2006 Aug; 61(2): 213-9. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.12.007.
- 14 - Victoria Cerezo M, Ortiz-Tallo M, Cardenal V, De La Torre-Luque A. Positive psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychol Rep*. 2014 Aug; 115(1): 44-64. doi: 10.2466/15.20.PR0.115c17z7.
- 15 - Aizpurua-Perez I, Perez-Tejada J. Resilience in women with breast cancer: a systematic review. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Dec; 49: 101854. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101854.
- 16 - Seligman ME. *Learned optimism: how to change your mind and your life*. New York: Vintage; 2006.
- 17 - Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
- 18 - Ghorbani V, Farnoodimehr R, Soltanabadi S, Yeganeh N. [Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety, stress, and marital satisfaction in married people with breast cancer]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021; 10(8): 103-114. (Persian)
- 19 - Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and commitment therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-oncology*. 2013 Feb; 22(2): 459-64. doi: 10.1002/pon.2083.
- 20 - Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H. Effect of acceptance and commitment group therapy on quality of life and resilience of women with breast cancer. *Archives of Breast Cancer*. 2018; 5(3): 111-117. doi: 10.19187/abc.201853111-117.
- 21 - Jafarizadeh F, Bahrainian A. [Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on psychological flexibility and resilience of women with breast cancer]. *Ebnesina*. 2019; 21(3): 23-30. doi: 10.22034/21.3.23. (Persian)
- 22 - Hanneman SK. Design, analysis, and interpretation of method-comparison studies. *AACN Adv Crit Care*. 2008 Apr-Jun; 19(2): 223-34. doi: 10.1097/01.AACN.0000318125.41512.a3.
- 23 - Hankins M. The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*. 2008 Oct 14; 8: 355. doi: 10.1186/1471-2458-8-355.
- 24 - Ebadi M, Harirchi AM, Shariati M, Garmaroudi GR, Fateh A, Montazeri A. [Translation, reliability and validity of the 12-item general health questionnaire (GHQ-12)]. *Payesh*. 2002; 1(3): 39-46. (Persian)
- 25 - Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82. doi: 10.1002/da.10113.
- 26 - Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiee AH, Jokar B, Pourshahbaz A. [Investigation of resilience factors in people at risk of drug abuse]. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2006; 1(2,3): 193-214. (Persian)
- 27 - Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. In: Kazdin AE. *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington DC: American Psychological Association; 1992. P. 631-648. doi: 10.1037/10109-042.
- 28 - Samani S, Jokar B, Sahragard N. [Effects of resilience on mental health and life satisfaction]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007; 13(3): 290-295. (Persian)
- 29 - Sanchez-Lopez Mdel P, Dresch V. The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*. 2008 Nov; 20(4): 839-43.
- 30 - Parks AC, Biswas-Diener R. Positive interventions: past, present, and future. In: Kashdan TB, Ciarrochi J. *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being*. Oakland, CA: New Harbinger; 2013. P. 140-165.
- 31 - Pinquart M. Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2009 Jan-Feb; 30(1): 53-60. doi: 10.1016/j.appdev.2008.10.005.

The efficacy of acceptance and commitment training and positive psychotherapy in enhancing mental health and resilience among women with breast cancer

Tahereh Abdian¹, Fatemeh Ebrahimi², Sareh Ghorbani^{2*}, Najmeh Abedishargh³

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2023
Accepted: Dec. 2023
Published: 10 Mar. 2024

Abstract

Background & Aim: Breast cancer is the most common type of cancer in the world, imposing significant physical problems and psychological burdens on sufferers. Education is one of the ways to reduce the psychological problems of these patients. Therefore, the current study was conducted to compare the efficacy of Acceptance and Commitment Training (ACT) and Positive Psychology (PP) in enhancing the mental health and resilience among women with breast cancer.

Methods & Materials: This study employed a two-group quasi-experimental design with a pretest-posttest design, involving 60 women with breast cancer at Khatamolanbia cancer center in Jahrom during 2020-2021. Participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to either the Acceptance and Commitment Training group (focused on accepting uncontrollable factors and committing to enriching life) or the Positive Psychology group (emphasizing individual abilities and positive emotions). Prior to and one week following the sessions, participants completed questionnaires evaluating resilience and mental health. Data analysis was performed using MANCOVA with a significance level set at 0.05.

Results: Based on the MANCOVA findings, there was no statistically significant difference in resilience and mental health scores ($F=2.318$, $P=0.110$) between the two intervention groups after adjusting for pretest scores. However, clinically significant improvements were observed in mental health and resilience for 75% and 42% of the ACT group, and 65% and 46% of the Positive Psychology group, respectively.

Conclusion: According to the findings, both group therapies, ACT and Positive Psychology, are effective in enhancing resilience and mental health in breast cancer patients. These findings provide more opportunities for healthcare providers to tailor interventions to the characteristics of caregivers and the personality characteristics of the patients.

Corresponding author:
Sareh Ghorbani
e-mail:
sare.ghorbani17@gmail.
com

Key words: breast cancer, resilience, mental health, positive psychology, acceptance and commitment therapy

Please cite this article as:

Abdian T, Ebrahimi F, Ghorbani S, Abedishargh N. [The efficacy of acceptance and commitment training and positive psychotherapy in enhancing mental health and resilience among women with breast cancer]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2024; 29(4): 426-440. (Persian)

1 - Dept. of Nursing, School of Nursing and Paramedical Sciences, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

2 - Dept. of Counseling and Mental Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

3 - Dept. of Clinical Psychology, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

