

Research Paper

The Effect of a Death Anxiety Therapeutic Package Based on Acceptance and Commitment Therapy on Death Avoidance, Mental Health and Quality of Life of Cancer Patients



Seyed Ali Kolahdouzan¹, *Mohammad Bagher Kajbaf¹, Hamid Reza Oreyzi¹, Mohammad Reza Abedi², Fariborz Mokarian²

1. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.



Citation Kolahdouzan SA, Kajbaf MB, Oreyzi HR, Abedi MR, Mokarian F. [The Effect of a Death Anxiety Therapeutic Package Based on Acceptance and Commitment Therapy on Death Avoidance, Mental Health and Quality of Life of Cancer Patients (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2020; 26(1):16-31. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.3044.2>

<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.3044.2>



Received: 03 Sep 2019

Accepted: 07 Dec 2019

Available Online: 01 Apr 2020

Key words:

Acceptance and commitment therapy, Death anxiety, Death avoidance, Mental health, Quality of life, Cancer

ABSTRACT

Objectives The purpose of this study was to evaluate the effect of a death anxiety therapeutic package designed based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on death avoidance, mental health, and quality of life of cancer patients.

Methods This parallel-experimental study was conducted on 28 cancer patients (19 females and 9 males aged 26-71 years) referred to Seyedoshohada Hospital in Isfahan, Iran. They were randomly assigned into two groups of intervention (n=14) and control (n=14). The death anxiety package was designed in the University of Nevada and Lawshe's method was used for examining its content validity ratio. The intervention group received therapy at seven sessions, once a week, while the control group received simple writing exercises with no intervention. Participants completed World Health Organization Quality of Life-BREF ($\alpha=0.91$), Death Attitude Profile-Revised ($\alpha=0.88$), and Acceptance and Action Questionnaire ($\alpha=0.87$) three times as pretest, posttest, and follow-up assessments. Data were analyzed by ANCOVA in SPSS V. 21 software.

Results The intervention group showed a significant decrease in death attitude dimensions of "fear of death" and "death avoidance" and a significant increase in the quality of life dimension of "mental health" compared to the control group.

Conclusion The designed package based on ACT seems to reduce the death anxiety and death avoidance, and any change in attitude towards death in cancer patients may be related to their mental health.

Extended Abstract

1. Introduction

According to the International Agency for Research on Cancer report in 2018, it is predicted that the rate of increase in the number of cancer patients in Iran will reach 35% until 2025 [1]. One of psychological problems that the cancer patients have to deal with, par-

ticularly during metastasis, is death anxiety. The purpose of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is to help patients replace the constructive behaviors with dysfunctional and problematic behaviors with no goal to change the intensity or frequency of negative emotions [10].

Studies conducted in foreign countries have reported the positive impact of acceptance strategies [13-15], living a value-based life [16], and psychological flexibility [17-

* Corresponding Author:

Mohammad Bagher Kajbaf, PhD.

Address: Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Tel: +98 (31) 37935465

E-mail: m.b.kajbaf@edu.ui.ac.ir

20] on mental health and quality of life of cancer patients. Similar studies in Iran have also reported the significant effect of ACT therapy on decreasing death anxiety (in HIV samples) [21], anxiety symptoms [26-29], depression [30-33], stress [34], anxiety-related pain [35], and quality of life [22-25] of cancer patients.

2. Method

Package design

This package is designed based on ACT and mainly focuses on dealing with 'death anxiety' in cancer patients. This package was prepared by the researcher (a PhD. candidate from Isfahan University) and under the supervision of Dr. Steven Hayes in the department of psychology at the University of Nevada. The researcher participated in several seminars, workshops, and projects in Iran and United States to learn ACT theory and practice. He interviewed 12 psychologists and psychiatrists at the University of Nevada discussing the package design and possible paragraphs. The initial design of package was developed with 77 written paragraphs. Dr. Hayes and seven PhD students at the University of Nevada examined and confirmed the consistency of paragraphs with the main ACT paragraphs. In the end, the paragraphs with a Content Validity Ratio (CVR) of less than 0.62 were removed and 60 approved paragraphs were remained.

Package implementation

The study was implemented on 28 cancer patients (19 females and 9 males aged 26-71 years). The inclusion criteria were: having at least 18 years old, not being under any other psychological treatments, having reading and writing ability, ability to be present physically in the sessions, having consent for participating in the sessions, and having an introduction letter from Seyedoshohada Hospital in Isfahan. After selecting participants based on their medical records, they were randomly assigned to intervention (n=14) and control (n=14) groups. It should be mentioned that two participants were excluded from the study due to hospitalization and traveling, and the final sample size was then reduced to 26.

The intervention group received therapy at 7 sessions, once a week, based on the designed ACT package with a focus on attitude towards death, while the control group received some writing exercises as placebo. World Health Organization Quality of Life-BREF, Death Attitude Profile-Revised, and Acceptance and Action Questionnaire were used as data collection tools before intervention, after intervention, and in a two-month follow-up period. MANOVA was used for data analysis in SPSS V. 21 software.

3. Results

The MANOVA results showed that the intervention and control groups were meaningfully different in terms of fear of death, death avoidance and mental health ($P < 0.001$), but

Table 1. Mean scores at three time intervals in experimental and control groups

Variabls	Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Observed Powerb
Avoidance of death	Group	18.971	1	18.971				
	Error	41.367	23	1.799	10.548	0.004	0.314	0.875
	Total	531.920	26					
Quality of life	Group	31.669	1	31.669				
	Error	3054.567	23	132.807	0.238	0.630	0.010	0.075
	Total	95468.750	26					
Mental health	Group	666.054	1	666.054				
	Error	1358.577	23	59.069	11.276	0.003	0.329	0.895
	Total	82465.278	26					
Fear of death	Group	2.585	1	2.585				
	Error	8.090	23	0.352	7.350	0.012	0.242	0.738
	Total	413.367	26					
Accept and action	Group	.033	1	0.033				
	Error	23.104	23	1.005	0.033	0.858	0.001	0.053
	Total	375.602	26					

not in other dimensions of quality of life and psychological flexibility variable ($P>0.001$) at pretest, posttest, and follow-up stages (Table 1). In overall, the ACT significantly increased the mental health ($P<0.001$) and decreased the death avoidance and fear of death ($P<0.001$). It could 32.9% of variance in mental health, 20.9% in avoidance of death, and 28% in fear of death was due to the ACT-based intervention.

4. Discussion

ACT-based intervention could significantly decrease the fear of death and avoidance of death and improve the mental health of cancer patients. The main therapeutic goal of ACT is to decrease avoidance behaviors and increase the tendency towards experiencing disturbing feelings and thoughts. The results showed that the designed ACT package can meet this therapeutic goal.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study obtained its ethical approval from the University of Isfahan (Code: IR.UI.REC.1396.047) and was conducted in cooperation with the Cancer Prevention Research Center of Isfahan University of Medical Sciences. Participants were assured of the confidentiality of their information. The purpose of study was explained to them and signed a written consent form. They were free to leave the study at anytime.

Funding

This research was extracted from the PhD. thesis of second author approved by the Department of Education and Psychology, University of Isfahan in Isfahan, Iran.

Authors contributions

Conceptualization: Mohammad Bagher Kajbaf & Seyed Ali Kolahdouzan; Methodology: Mohammad Bagher Kajbaf; validation, data analysis, editing, project administration: All authors; Investigation & resources: Seyed Ali Kolahdouzan; Draft preparation, writing & review: Seyed Ali Kolahdouzan.

Conflicts of interest

The author declared no conflict of interest

Acknowledgements

The authors would like to thank Cancer Prevention Research Center of Isfahan's Seyedoshohada Hospital for their contribution in this research.

تدوین و بررسی اثربخشی بسته درمانی «اضطراب از مرگ» مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از مرگ، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی شهر اصفهان

سید علی کلاه‌دوزان^۱، محمدباقر کجباف^۱، حمید رضا عریضی^۱، محمد رضا عابدی^۱، فریبرز مکاریان^۲

۱. گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، تهران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۲ شهریور ۱۳۸۸

تاریخ پذیرش: ۱۶ آذر ۱۳۹۸

تاریخ انتشار: ۱۳ فروردین ۱۳۹۹

اهداف یکی از عواملی که می‌تواند سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی را تحت تأثیر قرار دهد، اضطراب از مرگ است. هدف این پژوهش ارزیابی اثربخشی بسته درمانی «اضطراب از مرگ» مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از مرگ و کیفیت زندگی بیماران سرطانی می‌باشد.

مواد و روش‌ها این پژوهش از نوع آزمایشی مبتنی بر گروه آزمایش با استفاده از پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. شرکت‌کنندگان از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان سیدالشهدا (امید) اصفهان انتخاب شدند و با حجم نمونه ۲۸ نفر (نوزده زن و نه مرد) به صورت تصادفی در دو گروه آزمودنی (n=۱۳) و کنترل (n=۱۳) گمارش شدند. بسته درمانی بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دانشگاه نوادای آمریکا ساخته و توسط آزمون لاوشه، شاخص نسبت روایی محتوایی آن محاسبه شد. این بسته طی هفت جلسه درمان گروهی روی آزمودنی‌ها اجرا شد و برای گروه کنترل نیز طی هفت جلسه تعدادی تمرین‌های ساده نوشتاری بدون انجام هیچ مداخله‌ای انجام گرفت. برای مقایسه نتایج دو گروه از سه پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، «فرم کوتاه» (α=۰/۹۱)، پرسش‌نامه نیم‌رخ نگرش به مرگ و وونگ و همکاران (α=۰/۸۸) و پرسش‌نامه پذیرش و عمل «نسخه دوم» (α=۰/۸۷) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نیز از روش آمار توصیفی - استنباطی تحلیل کوواریانس و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد.

یافته‌ها بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از بین شاخص‌های نگرش به مرگ، در خرده‌مقیاس اضطراب از مرگ و اجتناب از مرگ کاهش معنادار و از بین شاخص‌های کیفیت زندگی، در خرده‌مقیاس سلامت روان افزایش معناداری پیدا کردند.

نتیجه‌گیری به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و اجتناب از مرگ مؤثر است و تغییر در نگرش به مرگ در بیماران سرطانی احتمالاً با سلامت روان آن‌ها مرتبط است.

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اضطراب از مرگ، اجتناب از مرگ، سلامت روان، کیفیت زندگی، سرطان

مقدمه

سلامت روان، یکی از رنج‌هایی که بیماران سرطانی غالباً از آن ابراز نگرانی می‌کنند اضطراب آن‌ها از مرگ است [۹]. افراد بیمار معمولاً دشوارتر از افراد سالم می‌توانند با به‌کارگیری رفتارهای اجتنابی اضطراب از مرگ خود را مدیریت کنند و همین باعث افت کیفیت زندگی و بهزیستی روانی آن‌ها نیز می‌شود. در واقع، رفتارهای اجتنابی از مرگ به هرگونه رفتار کلامی و غیرکلامی که فرد برای فکر نکردن به مرگ و یا دوری از آنچه او را به یاد مرگ می‌اندازد اطلاق می‌شود [۱۰].

سلاجقه و رقیبی در پژوهشی نشان داده‌اند مداخلات روان‌درمانی در کنار مداخلات پزشکی می‌تواند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را بهبود بخشد [۱۱]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (با اسم اختصاری اکت) نوعی از درمان شناختی-رفتاری

طبق گزارش سازمان بین‌المللی تحقیقات سرطان^۱ (۲۰۱۸)، تا سال ۲۰۲۵ پیش‌بینی می‌شود که نرخ رشد تعداد مبتلایان به سرطان در ایران به ۳۵ درصد رسیده که این میزان رشد در مقایسه با پیش‌بینی میانگین رشد جهانی سرطان که ۲۷ درصد است رقم قابل ملاحظه‌ای است [۱]. در کنار راهکارهای پیشگیری و درمان بیماران سرطانی، از عوامل مهم در سلامت عمومی این قشر از بیماران کیفیت زندگی و بهزیستی روانی است که از عواملی همچون خستگی شدید [۲]، درد فیزیکی [۳] و دردهای روانی [۴-۸] بیماران تأثیر می‌پذیرند. در بُعد

1. International Agency for Research on Cancer (IARC)

* نویسنده مسئول:

دکتر محمدباقر کجباف

نشانی: اصفهان، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۳۷۹۳۵۴۶۵ (۳۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

مذکور هم‌خوانی نشان می‌دهند. به طور مثال، در پژوهشی نتیجه گرفته شد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به طور معناداری باعث کاهش اضطراب از مرگ و افزایش سلامت روان در بیماران مبتلا به ایدز شود [۲۲]. پژوهش‌های دیگری [۲۳-۲۶] نیز نتایج مثبت معناداری از تأثیر رویکرد درمانی پذیرش و تعهد بر عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران همچون علائم اضطرابی [۳۰-۳۲]، افسردگی [۳۱-۳۴]، استرس [۳۵] و درد ناشی از اضطراب [۳۶] گزارش داده‌اند.

به طور معمول در درمان اضطراب از مرگ، روان‌درمانگران بر اصلاح ابعاد هیجانی - شناختی بیمار متمرکز شده و سعی می‌کنند تا با ایجاد تغییراتی در فرایندهای هیجانی - شناختی مراجع از میزان اضطراب از مرگ و مردن بکاهند. با وجود اینکه بسیاری از رویکردهای روان‌درمانی نوین به طور ضمنی بر نقش مؤثر مرگ‌آگاهی و اجتناب نکردن از مرگ تأکید می‌کنند، ولی پژوهش‌ها [۳۷] نشان می‌دهند که درمانگران معمولاً در جلسات درمان بیشتر به دنبال راهکارهای کاهش یا حذف اضطراب از مرگ هستند و کمتر مؤلفه‌های اجتناب از مرگ و تأثیر آن بر سلامت روان را مورد بررسی قرار می‌دهند.

اجتناب از مرگ به هرگونه رفتار کلامی و غیرکلامی که فرد برای فکر نکردن به مرگ و یا دوری از آنچه او را به یاد مرگ می‌اندازد انجام می‌دهد، اطلاق می‌شود [۳۸]، ولی اضطراب از مرگ به احساس هراس یا ترس غیرعادی گفته می‌شود که در آن، فرد از فکر به مرگ یا هر آنچه به مرگ مرتبط باشد مضطرب و وحشت‌زده می‌شود [۳۹].

پژوهش پیش‌رو قصد دارد که اثر عدم اجتناب از مرگ را بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی بسنجد، بدون اینکه مداخله درمانی معناداری در جهت کاهش اضطراب از مرگ بیمار انجام دهد. بر اساس درمان‌های شناختی - رفتاری موج سوم، یکی از عوامل اصلی دردهای روانی اجتناب تجربه‌ای است [۴۰، ۴۱].

یافته‌های تحقیقات روی بیماران مبتلا به سرطان سینه نشان می‌دهد که افرادی که از روش‌های سازگاری و پذیرش احساسات در برابر مقابله و اجتناب از احساسات استفاده می‌کنند دردهای روانی به‌مراتب کمتری را تجربه می‌کنند [۴۲]. این نتایج نشان می‌دهد که سوق دادن بیمار به سمت پذیرش و عدم اجتناب از وقایع درونی آزاردهنده احتمالاً می‌تواند بر بسیاری از عوامل روانی که به طور مستقیم نقش تعیین‌کننده در سلامت روان بیماران دارد، تأثیر گذارد.

روش

بسته گروه درمانی در این پژوهش بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طراحی شده است، با این تفاوت که این پروتکل درمانی به طور خاص با محوریت (پذیرش مرگ) در بیماران سرطانی مورد تدوین قرار گرفته است. پژوهشگر اصلی این طرح

است که مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی^۲ و بر اساس نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی^۳ است [۱۲]. در زمینه‌گرایی عملکردی تمرکز بر جانشین کردن رفتارهای سازنده به جای رفتارهای ناکارآمد و مشکل‌ساز از طریق شرطی‌سازی متقابل و تقویت است. زمینه‌گرایی عملکردی بر دو عامل مهم در رفتارگرایی افراطی تأکید می‌کند: اول اینکه رفتار همیشه باید در رابطه با محیط و زمینه‌ای که در آن رخ می‌دهد بررسی شود و دوم اینکه برای فهم و تأثیر بر رفتار، نیاز به بررسی کاربرد و هدف رفتار مورد نظر است [۱۳]؛ بنابراین بررسی بافتی که در آن رفتار شکل گرفته و ایجاد تغییر رفتاری در جهت بالا بردن عملکرد مراجع از اولویت‌های اصلی این درمان به شمار می‌رود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون سایر درمان‌های مرتبط با علوم رفتاری بافتارگرا به نحوی شکل گرفته که بر اساس سه اصل کلی باز بودن، پذیرش و در محور بودن ارزش‌ها به وجود آمده است و هدف اصلی درمانی این رویکرد ایجاد انعطاف‌پذیری روانی و عدم اجتناب تجربه‌ای در مراجع است. این رویکرد درمانی به دنبال ارتقای سطح سلامت روان و بهبود کیفیت زندگی مراجعین بدون هدف‌گذاری درمانی برای تغییر در شدت یا تکرار افکار و هیجانات منفی آن‌هاست. با ایجاد انعطاف‌پذیری روانی، این رویکرد به مراجع کمک می‌کند تا در جهت پذیرش افکار و احساسات آزاردهنده خود و حرکت در مسیر یک زندگی پویا، غنی و ارزشمند قدم بردارد. فرایند درمان در این رویکرد مشتمل بر شش فرایند حضور در زمان حال، خود به عنوان زمینه، گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است که با عنوان شش ضلعی اکت از آن نام برده می‌شود.

بسیاری از بیمارانی که با سرطان‌های پیشرفته زندگی می‌کنند از استراتژی‌های پذیرش و سرمایه‌گذاری بر احساس تازه‌ای از خود استفاده می‌کنند [۱۴-۱۶]. علاوه بر این، زندگی ارزشمندان نیز می‌تواند با سلامت روان همبستگی مثبت داشته باشد [۱۷]. نتایج یک تحقیق نشان داد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند در زمینه بهبود کیفیت زندگی، اضطراب روانی، خلق منفی و انعطاف‌پذیری روانی در بیماران سرطانی تفاوت معناداری ایجاد کند [۱۸].

درمان پذیرش و تعهد همچنین به افراد کمک می‌کند تا راه‌های جدا شدن از احساسات و افکار اضطراب‌آور را یاد گرفته، در زمان حال حضور ذهن آگاهانه بیشتری داشته باشند، ارزش‌های زندگی را شفاف‌تر مشاهده کنند، رفتارهای متعهدانه بیشتری داشته باشند [۱۹] و نهایتاً از لحاظ روانی به انعطاف‌پذیری بالاتری برسند [۲۰، ۲۱].

در ایران نیز پژوهش‌هایی برای ارزیابی تأثیر رویکرد درمانی پذیرش و تعهد در جامعه ایران انجام گرفته است که با نتایج

2. Functional contextualism
3. Relational frame theory (RFT)

شرکت‌کنندگان در تمامی جلسات به صورت حضوری شرکت می‌کردند و هیچ‌کدام به مرحله بستری شدن نرسیدند. حجم نمونه در این پژوهش ۲۸ نفر (۱۹ زن و ۹ مرد، در بازه سنی ۲۶ تا ۷۱ سال) بود که این افراد به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ($n=13$) گمارش شدند.

از ۲۸ نفر شرکت‌کننده، دو نفر به دلیل بعد مسافت و بستری شدن از جلسه دوم به بعد حذف شدند و تعداد کل شرکت‌کنندگان ۲۶ نفر در نظر گرفته شد. پس از تکمیل فرم‌های رضایت و جمعیت‌شناختی، برای شرکت در جلسات درمان، تعداد نهایی آزمودنی‌ها در دو گروه درمان و کنترل جمع‌بندی شدند. این پژوهش پس از بستن قرارداد همکاری با مرکز تحقیقات جلوگیری از سرطان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و گرفتن تأییدیه کتبی از معاونت پژوهشی دانشگاه اصفهان به مرحله اجرا رسید و در قالب شش جلسه هفتگی نود دقیقه‌ای و یک جلسه پیگیری (دو ماه پس از اتمام جلسات درمانی) در کلینیک سبای اصفهان انجام گرفت (جدول شماره ۱).

سؤالات و عبارات نوشتاری ارائه‌شده به آزمودنی‌ها از جلسه دوم تا ششم در راستای اهداف هر جلسه تدوین شده بود. در ادامه به نمونه‌ای از سؤالات هر جلسه اشاره می‌شود. جلسه دوم شامل سؤالاتی از این قبیل بود: آیا بیماری شما باعث شده دنیا، زندگی و خودتان را جور دیگری ببینید؟ چه تفاوتی بین این نگاه و نگاه شما به زندگی قبل از این بیماری وجود دارد؟ چگونه افکار و احساسات شما، شما را از تمرکز روی چیزهایی که در زندگی برایتان مهم است دور می‌کند؟ چقدر برایتان مهم است که قبل از رفتن از این دنیا، زندگی خود را با انجام کارهایی که برایتان مهم است به پایان ببرید؟

نمونه سؤالات جلسه سوم: وقتی به بیماری سرطان خود فکر می‌کنید، چه احساسی و افکاری بیش از همه شما را آزار می‌دهد؟ در برابر آن‌ها، چه می‌کنید؟ آیا نگاه شما به فعالیت‌ها و کارهای روزمره بعد از ابتلا به بیماری‌ای که الان دارید تغییر کرده است؟ چگونه؟ یک نامه به یک کودک که از بیماری‌ای مثل بیماری شما رنج می‌برد بنویسید و با زبانی که او بفهمد برای او توضیح بدهید که چطور می‌تواند با بیماری‌اش زندگی کند.

سؤالات جلسه چهارم: شما در حال رانندگی با یک کامیون در جاده‌ای هستید و بار شما تعداد زیادی حیوان وحشی است. آن‌ها دائماً نعره و فریاد می‌کنند و در عقب کامیون سروصدا می‌کنند و با هم می‌جنگند. سروصدا آن‌ها واقعاً شما را اذیت می‌کند، ولی شما نمی‌توانید آن‌ها را ساکت کنید، با آن‌ها بجنگید و یا آن‌ها را از ماشین بیرون بیندازید. باید تا مقصد آن‌ها را با خود ببرید. بهترین عکس‌العملی که می‌توانید در این شرایط نشان دهید چیست؟

در جلسه پنجم، سؤالاتی از این قبیل با بیمار مطرح شد: تصور کنید شما زیر یک درخت و در مجاورت یک رود نشسته‌اید و به خودتان،

در طی یک دوره فرصت مطالعاتی ده‌ماهه در دانشگاه نوادای آمریکا و پس از دریافت آموزش‌های لازم در خصوص درمان‌های موج سوم روان‌شناسی و به طور خاص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تدوین مداخله درمانی (پذیرش مرگ) را با تکیه بر پروتکل‌های موجود برای روان‌درمانی بیماران سرطانی آغاز کرد و تحت نظارت استیون هیز^۴ (مبدع و پدیدآورنده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و همکاری هفت دانشجوی دکترای رفتارشناسی دانشگاه نوادا آن را در قالب اولیه ۷۷ پاراگراف طراحی کرد.

در مرحله بعد جهت گسترش محتوای بسته درمانی، مصاحبه‌هایی با ۱۲ نفر از استادان روان‌شناس و روان‌پزشک دانشگاه نوادا انجام گرفت و از آن‌ها خواسته شد میزان مطابقت و هم‌خوانی این پاراگراف‌ها را با پاراگراف‌های معیار و اهداف مورد نظر بر اساس طیف سه‌بخشی لیکرت گویه ضروری است، گویه مفید است ولی ضروری نیست و گویه ضرورتی ندارد تعیین کنند. سؤالاتی که مقدار شاخص نسبت روایی محتوایی^۵ محاسبه‌شده برای آن‌ها کمتر از میزان موردنظر با توجه به تعداد متخصصین ارزیابی‌کننده سؤال بود، به علت اینکه بر اساس شاخص روایی محتوایی، روایی محتوایی قابل قبولی ندارند از آزمون کنار گذاشته شدند. پس از اینکه متخصصان پاراگراف‌ها را درجه‌بندی و پاراگراف‌هایی که شاخص نسبت روایی محتوایی آن‌ها کمتر از ۰/۶۲ بود حذف شدند، شصت پاراگراف آموزشی باقی ماند که به پاراگراف‌های اصلی اضافه شدند.

تدوین این بسته تحت نظارت پروفسور استیون هیز و همکاری محققان رفتارشناسی دانشگاه نوادا انجام گرفته است. در این پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل از طریق بررسی نتایج پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه مورد ارزیابی قرار گرفتند. بیماران از بین مراجعه‌کنندگان به یکی از مراکز اصلی درمان سرطان در شهر اصفهان (بیمارستان امید) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورودی پژوهش داشتن حداقل ۱۸ سال، عدم اجرای مداخله‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی هم‌زمان، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی شرکت و حضور در جلسات، موافقت کتبی برای حضور در جلسات درمان، و معرفی‌نامه از کلینیک جهت اطمینان از توانایی جسمی فرد برای حضور در جلسات بود.

از طریق تکمیل فرم اولیه ثبت‌نام بیمار، بیمارانی که در پاسخ به سؤالات فرم مذکور اضطراب از مرگ بالا و کیفیت زندگی پایینی را برای خود گزارش کرده بودند، شناسایی شدند. همه این شرکت‌کنندگان مبتلا به بیماری سرطان از نوع دو، سه یا چهار بودند و در مرحله انجام شیمی‌درمانی قرار داشتند.

4. Steven C. Hayes; Nevada Foundation Professor at the University of Nevada, Reno Department of Psychology
5. CVR

جدول ۱. اهداف و روش اجرای جلسات درمانی

جلسه	هدف	اجرا
بسته درمانی	انعطاف‌پذیری روانی نسبت به مرگ و مردن	ایجاد انعطاف‌پذیری روانی با وجود افکار و احساسات آزاردهنده
جلسه اول	معرفه	معرفی افراد در گروه، بیان اهداف دوره درمانی، بحث در خصوص تأثیرات منفی بیماری در کیفیت زندگی، اجرای پیش‌آزمون
جلسه دوم	حرکت به سمت ارزش‌های فردی	تمرین ذهن‌آگاهی (گوش دادن به خود بالغ)، دادن جزوه سوالات و جملات با موضوع ارزش‌ها، پاسخ به سوالات (۴۵ دقیقه)، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سوالات و جملات مطرح‌شده (۴۵ دقیقه)، جمع‌بندی جلسه
جلسه سوم	عبور از اجتناب تجربه‌ای و حرکت به سمت پذیرش	تمرین ذهن‌آگاهی (شنیدن موسیقی)، دادن جزوه سوالات و جملات با موضوع پذیرش، پاسخ به سوالات (۴۵ دقیقه)، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سوالات و جملات مطرح‌شده (۴۵ دقیقه)، جمع‌بندی جلسه، اجرای آزمون میانجی
جلسه چهارم	ایجاد گسلس شناختی و جدایی از افکار و احساسات و خود مفهوم‌سازی شده	تمرین ذهن‌آگاهی (تمرین خاطرات دور و نزدیک)، دادن جزوه سوالات و جملات با موضوع زمان حال و گسلس شناختی، پاسخ به سوالات (۴۵ دقیقه)، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سوالات و جملات مطرح‌شده (۴۵ دقیقه)، جمع‌بندی جلسه
جلسه پنجم	ارتباط با زمان حال و آشنایی با گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده	تمرین ذهن‌آگاهی (تمرین سفر به درون بدن)، دادن جزوه سوالات و جملات با موضوع زمان حال، پاسخ به سوالات (۴۵ دقیقه)، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سوالات و جملات مطرح‌شده (۴۵ دقیقه)، جمع‌بندی جلسه
جلسه ششم	انجام عمل متعهدانه در راستای ارزش‌های فردی	تمرین ذهن‌آگاهی (تمرین تصور مراسم روز خاک‌سپاری)، دادن جزوه سوالات و جملات با موضوع عمل متعهدانه، پاسخ به سوالات (۴۵ دقیقه)، بحث گروهی در خصوص پاسخ‌های افراد به سوالات و جملات مطرح‌شده (۴۵ دقیقه)، جمع‌بندی جلسه، اجرای پس‌آزمون

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

ابزارهای پژوهشی

سه پرسش‌نامه برای ارزیابی این پژوهش در نظر گرفته شد که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جلسات اول، ششم و هفتم توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند: پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه)^۶، پرسش‌نامه نیم‌رخ نگرش به مرگ و ونگ و همکاران^۷ و پرسش‌نامه پذیرش و عمل (نسخه دوم)^۸. سپس داده‌ها با نسخه ۲۱ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. روش آماری مورد استفاده روش آمار توصیفی - استنباطی تحلیل کوواریانس و روش مدل آمیخته اندازه‌های تکرار^۹ بود.

کیفیت زندگی و سلامت روان

این دو عامل توسط پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (فرم کوتاه) سنجیده شد. این پرسش‌نامه (۱۹۹۶) شامل ۲۶ سؤال و چهار خرده‌مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط و کیفیت زندگی کلی است که در این پژوهش به طور خاص دو خرده‌مقیاس سلامت روان و کیفیت

زندگی‌تان، بیماری‌تان و هر چیز دیگر فکر می‌کنید. همین‌طور که به افکار و احساسات‌تان توجه می‌کنید، هر فکر و احساسی را بر روی برگه نوشته و در آب رها کنید. نگاه کنید که آن‌ها چگونه به آرامی بر روی آب شناور است و از شما دور می‌شود. حداقل پنج فکر و پنج حس را نوشته و این کار را با تک‌تک آن‌ها انجام دهید. در این تمرین توجه شما به چه چیز جلب شد؟

به‌موازات گروه آزمایش برای گروه کنترل نیز به همین تعداد جلساتی برگزار شد. گروه کنترل از لحاظ تعداد شرکت‌کنندگان، نحوه انتخاب و گمارش، اجرا و زمان تکمیل پرسش‌نامه‌ها و انجام تکالیف نوشتاری در جلسات، همانند گروه آزمایش بودند، اما تفاوت اصلی این بود که در گروه کنترل به جای ارائه بسته درمانی، از آن‌ها خواسته می‌شد که به سبک نگارش توصیفی ظرف مدت بیست دقیقه به سوالاتی خنثی و کلی در مورد خود پاسخ دهند. به طور مثال، از آن‌ها خواسته می‌شد که برنامه روزانه، هفتگی، و ماهانه خود به صورت گزارش‌گونه بنویسند. بر اساس پژوهش‌های انجام‌گرفته [۴۳] نوشتن درباره موضوعات غیر احساسی در شرکت‌کنندگان ایجاد تغییر معناداری نمی‌کند.

برای رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام پژوهش دو جلسه درمانی رایگان بر اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای شرکت‌کنندگان گذاشته شد که رضایت نسبی آن‌ها را به همراه داشت.

6. WHOQOL-BREF

7. DAP-R

8. AAQ-II

9. Mixed model repeated measures (MMRM)

خرده‌مقیاس پذیرش فعالانه مرگ تا ۰/۶۴ برای خرده‌مقیاس اجتناب از مرگ به دست آمد [۴۶].

انعطاف‌پذیری روانی

انعطاف‌پذیری روانی در این پژوهش توسط پرسش‌نامه پذیرش و عمل، نسخه دوم سنجیده شد. این پرسش‌نامه تنها انعطاف‌پذیری روانی را سنجیده و شامل هفت سؤال است که نسخه دوم پرسش‌نامه پذیرش و عمل ۱۶ سؤالی است [۴۷]. سؤالات بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای تهیه شده که نمرات بالاتر انعطاف‌پذیری روانی بالاتری را در حضور افکار و احساسات دشوار نشان می‌دهد. دو نمونه سؤال این پرسش‌نامه به این قرار است: خاطرات و تجارب دردناک مانع می‌شوند که بتوانم زندگی دلخواه خود را داشته باشم و نگرانم که مبادا نتوانم احساسات نگرانی‌هایم را کنترل کنم. پرسش‌نامه پذیرش و عمل، نسخه دوم، ثبات روان‌سنجی بهتری را از نسخه اول ($r=0/97$) نشان می‌دهد. سنجش پایایی بازآزمونی سه و دوازده‌ماهه پرسش‌نامه پذیرش و عمل، نسخه دوم، به ترتیب نمرات بسیار خوب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ را نشان می‌دهد [۴۸]. سازگاری درونی این پرسش‌نامه برای این پژوهش توسط آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد ($\alpha=0/87$).

یافته‌ها

برای مقایسه آزمودنی‌های هر گروه آزمایشی، اطلاعات جمعیت‌شناختی آن‌ها جمع‌آوری شد که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود. همان‌طور که مشاهده می‌شود از نظر تعداد، جنسیت، سن، تأهل و مرحله پیشرفت بیماری، آزمودنی‌ها در هر گروه قابل مقایسه هستند و تفاوت معناداری بین آن‌ها مشاهده نمی‌شود.

با توجه به اینکه پاسخ‌گویی به سؤالات اصلی پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس صورت گرفت، ابتدا به بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس پرداخته شد. به منظور بررسی عادی بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به سطح معنی‌داری ($P>0/05$) متغیرهای اجتناب از مرگ، کیفیت زندگی و سلامت روان، عادی بودن توزیع نمرات در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید می‌شود. برای بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای متغیر اجتناب از مرگ ($F=3/27$ ، $P=0/095$)، برای متغیر کیفیت زندگی ($F=1/062$)، $P=0/313$) و برای متغیر سلامت روان ($F=1/075$)، $P=0/352$) نشانگر تحقق پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها بود.

برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از مرگ و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها، از تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتایج آن در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همان‌طور که جدول‌های شماره ۳ و ۴ نشان می‌دهد، بین گروه آزمایش و

زندگی کلی مورد ارزیابی قرار گرفت. این پرسش‌نامه نمونه کوتاه پرسش‌نامه صدسؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی است. نمونه‌ای از سؤال‌های این پرسش‌نامه به این قرار است: در کل کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ چه مقدار دچار حالاتی مانند یأس و ناامیدی و اضطراب و غیره می‌شوید؟ و دردهای جسمانی و مشکلات بدنی چقدر مانع انجام فعالیت‌ها و کارهای مورد علاقه شما می‌شود؟. برای هر خرده‌مقیاس یک نمره خام قابل محاسبه است. نمره خام به نمرات هنجاری T تبدیل می‌شوند که Z نمره استاندارد با میانگین صفر و انحراف معیار یک است. نمره بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پایایی خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه از روی تحلیل آماری انجام‌گرفته روی ۱۱۶۷ نفر در تهران [۴۴] انجام گرفت. پایایی بازآزمایی خرده‌مقیاس‌ها در این پژوهش به شرح زیر است: سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روان ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵، و سلامت محیط ۰/۸۴. سازگاری درونی با آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد ($\alpha=0/91$).

اضطراب از مرگ و اجتناب از مرگ

پرسش‌نامه نیم‌رخ‌نگر به مرگ و وونگ و همکاران (۱۹۹۴) برای ارزیابی این دو عامل استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۲ سؤال با پنج خرده‌مقیاس است که هم نگرش مثبت و هم نگرش منفی به مرگ را نشان می‌دهد. پنج خرده‌مقیاس این پرسش‌نامه شامل اضطراب از مرگ، اجتناب از مرگ، پذیرش نگرشی، پذیرش خنثی و پذیرش برای فرار است و دو عامل اضطراب از مرگ و اجتناب از مرگ توسط دو خرده‌مقیاس اول این پرسش‌نامه مورد سنجش قرار گرفت. سیستم نمره‌دهی این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت است که از کاملاً ناموافق (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شود. سؤالات هر خرده‌مقیاس جمع زده می‌شود و بر تعداد سؤال‌ها تقسیم می‌شود تا میانگین هر خرده‌مقیاس به دست آید. نمره بالاتر نشانه تمایل بیشتر آزمودنی در ترس، اجتناب و یا پذیرش مرگ است. از نمونه سؤال‌های این پرسش‌نامه می‌توان به این موارد اشاره کرد: از افکار مربوط به مرگ اجتناب می‌کنم، به مرگ باید به عنوان یک اتفاق غیرقابل اجتناب، غیرقابل انکار و طبیعی نگاه شود و مرگ ورود به منزلگاه خشنودی ابدی است.

پایایی برای همسانی درونی این پنج خرده‌مقیاس را از ۰/۹۷ برای پذیرش نگرشی تا ۰/۶۵ برای پذیرش خنثی گزارش شده و پایایی بازآزمونی چهارهفته‌ای این پرسش‌نامه نیز دامنه‌ای به محدوده ۰/۹۵ برای خرده‌مقیاس پذیرش و تا ۰/۶۱ برای خرده‌مقیاس اجتناب را نشان می‌دهد [۴۵]. بشری‌پور و همکاران (۲۰۱۲) توسط سه روان‌شناس با مدرک دکترای روان‌شناسی، روایی صوری پرسش‌نامه را تأیید کردند. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های این آزمون در این پژوهش از ۰/۸۸ برای

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان	تعداد شرکت‌کنندگان	جنسیت		میانگین سن	تاهل		مرحله سرطان (۱ ابتدایی - ۴ پیشرفته)
		زن	مرد		متاهل	مجرد	
گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۴	۱۰	۴	۴۲/۳۱	۴	۱۰	۲/۸۵
گروه کنترل	۱۴	۹	۵	۴۵/۶۲	۳	۱۱	۲/۷۷
کل	۲۸	۱۹	۹		۲۲	۴۹	

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب از مرگ و کیفیت زندگی آزمودنی‌ها

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلائی	۰/۶۰۸	۷/۳۷۷	۴	۱۹	۰/۹۸۲	P<۰/۰۵
لامبدای ویلکز	۰/۳۹۲	۷/۳۷۷	۴	۱۹	۰/۹۸۲	P<۰/۰۵
اثر هتلینگ	۱/۵۵۳	۷/۳۷۷	۴	۱۹	۰/۹۸۲	P<۰/۰۵
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۵۳	۷/۳۷۷	۴	۱۹	۰/۹۸۲	P<۰/۰۵

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۴. میانگین، انحراف معیار اجتناب از مرگ، کیفیت زندگی و سلامت روان در مراحل مختلف

متغیر	مرحله	گروه	میانگین ± انحراف معیار
اجتناب از مرگ	پیش‌آزمون	آزمایش	۴/۴۴ ± ۱/۹۴
		کنترل	۵/۰۶ ± ۰/۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲/۲۱ ± ۱/۶۶
		کنترل	۵/۱۸ ± ۱/۱۰
	پیگیری	آزمایش	۲/۳۵ ± ۱/۵۹
		کنترل	۵/۳۳ ± ۱/۰۲
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۶۰/۵۷ ± ۱۵/۱۷
		کنترل	۵۰/۹۶ ± ۲۲/۵۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۶۲/۵۰ ± ۱۹/۰۹
		کنترل	۵۱/۹۲ ± ۲۰/۹۴
	پیگیری	آزمایش	۶۶/۳۴ ± ۱۰/۶۸
		کنترل	۴۹/۰۳ ± ۱۹/۴۰
سلامت روان	پیش‌آزمون	آزمایش	۶۴/۸۳ ± ۱۵/۳۵
		کنترل	۵۶/۸۶ ± ۲۲/۳۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۶۶/۷۵ ± ۱۵/۶۶
		کنترل	۵۶/۳۱ ± ۲۱/۷۳
	پیگیری	آزمایش	۶۷/۳۰ ± ۱۰/۲۹
		کنترل	۵۷/۹۶ ± ۲۱/۵۸

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا روی تفاضل میانگین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجتناب از مرگ، کیفیت زندگی و سلامت روان در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
گروه		۹/۹۵۱	۱	۹/۹۵۱				
اجتناب از مرگ	خطا	۳۷/۶۷۲	۲۲	۱/۷۱۲	۵/۸۱۱/۶۰۵	۰/۲۰۹	۰/۶۳۵	<۰/۰۵
	کل	۵۳۱/۹۲۰	۲۶					
گروه		۸۲/۱۲۳	۱	۸۲/۱۲۳				
کیفیت زندگی	خطا	۲۸۴۲/۵۹۵	۲۲	۱۲۹/۲۰۹	۰/۶۳۶	۰/۰۲۸	۰/۱۱۹	>۰/۰۵
	کل	۹۵۴۶/۷۵۰	۲۶					
گروه		۶۶۶/۰۵۴	۱	۶۶۶/۰۵۴				
سلامت روان	خطا	۱۳۵۸/۵۷۷	۲۲	۵۶/۰۶۹	۱۱/۲۷۶	۰/۳۳۹	۰/۸۹۵	<۰/۰۵
	کل	۸۲۴۶۵/۲۷۸	۲۶					

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

به شمار می‌رود و مهم‌ترین عامل مرگ و میر بعد از بیماری‌های قلبی، تصادفات و دیگر عوامل طبیعی به شمار می‌رود [۵۰]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌کوشد تا بیمار را به سمت تمایل به تجربه کردن افکار و احساسات آزاردهنده درونی سوق داده تا از این طریق، رفتارهای غالباً اجتنابی بیمار کاسته و با رفتارهای کارآمد و بااهمیت جایگزین شود. نتایج این پژوهش تأیید می‌کند که بسته درمانی مبتنی بر اکت می‌تواند نه تنها بر رفتارهای اجتنابی و احساس اضطراب از مرگ بیماران تأثیر گذاشته، بلکه بر بهبود سلامت روانی آن‌ها نیز تأثیر داشته باشد که این نتیجه با بسیاری از پژوهش‌های داخلی [۲۱] و خارجی [۴۱-۳۹، ۱۶] همسوست.

علت اینکه بیشتر پژوهش‌ها در حوزه مرگ بیشتر معطوف بر اضطراب از مرگ تا اجتناب از مرگ است، شاید بدین دلیل باشد که بعضی از پژوهشگران اضطراب از مرگ را عامل آسیب‌زا شناسایی کرده و هدف درمانی را بر کاهش سطح اضطراب گذاشته‌اند و با کاهش اضطراب به طور طبیعی از سطح اجتناب فرد از مرگ نیز کاسته می‌شده است. اما باید در نظر داشت که اضطراب و اجتناب به عنوان عوامل کنشی و واکنشی می‌توانند جنبه دوسویه داشته باشند؛ بدین معنا که نه تنها وجود یک احساس می‌تواند باعث بروز یک رفتار شود، بلکه متقابلاً عمل به یک رفتار نیز می‌تواند منجر به تولید یک احساس درونی شود؛ بنابراین همان‌طور که پژوهش‌های متعدد دیگر هم نشان می‌دهد، رفتارهای اجتنابی و احساس اضطراب می‌تواند تأثیر متقابل داشته باشد و با کاهش یا افزایش یکی دیگری نیز تغییر یابد [۲۶-۲۹، ۳۵].

در بسته مورد استفاده در این پژوهش تمرکز بر کاهش رفتارهای اجتنابی از مرگ بود و نتیجه پژوهش نشان داد که پس از انجام مداخله درمانی علاوه بر رفتارهای اجتنابی سطح

گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < 0/01$ تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که دست‌کم در یکی از متغیرهای وابسته (اجتناب از مرگ و کیفیت زندگی، سلامت روان و ترس از مرگ و پذیرش انعطاف) بین دو گروه، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی این تفاوت، تحلیل آنکوا در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول شماره ۵ درج شده است.

با توجه به میانگین‌های ارائه‌شده و با توجه به سطح معنی‌داری می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است میانگین اجتناب از مرگ را کاهش و میانگین کیفیت زندگی را در مرحله پس‌آزمون افزایش دهد که این تفاوت در گروه آزمایش در سطح $P < 0/01$ برای اجتناب از مرگ معنادار بود، ولی برای کیفیت زندگی معنادار نیست. در واقع این درمان بر اجتناب از مرگ آزمودنی‌ها مؤثر است. میزان تأثیر برای اجتناب از مرگ $0/9$ و برای کیفیت زندگی $0/8$ ، برای سلامت روان $0/9$ ، برای ترس از مرگ $0/6$ و برای پذیرش انعطاف $0/6$ بود؛ یعنی $0/9$ درصد از واریانس اجتناب از مرگ و $0/8$ درصد واریانس کیفیت زندگی، $0/9$ درصد سلامت روان، $0/6$ درصد ترس از مرگ و $0/3$ درصد پذیرش انعطاف ناشی از درمان، مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

بحث

ایران به عنوان کشوری در حال توسعه که در سال‌های اخیر از رشد قابل توجهی در صنعتی‌سازی و مدرن شدن برخوردار شده است، تغییرات زیادی را در محیط و سبک زندگی افراد تجربه می‌کند که احتمالاً می‌تواند به عنوان عاملی در افزایش درصد ابتلا به بیماری‌های بدخیم در ایران باشد [۴۹]. سرطان در ایران به عنوان دومین گروه بزرگ از بیماری‌های وخیم‌گیردار

معناداری دارند. این نتایج تأییدکننده این قسمت از نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است که هرچقدر فرد برای دوری و اجتناب از احساسات آزاردهنده بیشتر تلاش کند میزان و رنج حاصل از آن‌ها بیشتر می‌شود و هر چقدر در مواجهه رفتاری با احساسات ناخوشایند انعطاف‌پذیری بیشتری نشان دهد تأثیرات منفی و آسیب‌زای کمتری را تجربه خواهد کرد.

در خصوص ارتباط کیفیت زندگی بیماران و اجتناب تجربه‌ای نیز پژوهش‌های موجود [۵۲، ۵۳] نشان می‌دهد که هر چقدر اجتناب تجربه‌ای در بیماران کاهش یابد، احساسات مثبت افزایش و در نتیجه سطح کیفیت زندگی بیماران اتفاق می‌یابد. بر اساس خرده‌مقیاس پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، فرم کوتاه (سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط، و کیفیت زندگی و سلامت عمومی)، نتایج این پژوهش را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد:

کیفیت زندگی بیمار سرطانی تحت تأثیر عوامل زیادی از جمله میزان رضایت‌مندی از خانواده، اطرافیان، روند درمانی، امکانات درمانی، وضعیت جسمانی، وضعیت روانی، وضعیت اقتصادی، سلامت محیط، حمایتگری اجتماعی، جایگاه اجتماعی و غیره قرار می‌گیرد. در بسته‌های درمانی ارتقای کیفیت زندگی بیماران، باید دغدغه‌های فرد از موارد ذکر شده پوشش داده شود. بهترین مدل تشکیل یک تیم درمانی با حضور پزشک معالج، روان‌شناس و مددکاران اجتماعی است تا نیازهای بیمار تا حد قابل قبولی پوشش داده شود. یکی از گلیه‌های بیماران در طول مدت درمان این بود که نیاز است نه تنها برای بیمار، بلکه برای خانواده بیمار نیز جلسات روان‌درمانی گذاشته شود؛ چراکه سلامت روان اطرافیان بیمار مستقیماً روی سلامت روان بیمار تأثیر می‌گذارد.

بسته درمانی تهیه‌شده در این پژوهش توانست یکی از عوامل مهم کیفیت زندگی بیمار (سلامت روان) را بهبود ببخشد، اما به دلیل تعدد عوامل تأثیرگذار روی کیفیت زندگی، قدرت بسته به اندازه‌ای نبود که بتواند دغدغه‌های مختلف بیمار را پوشش بدهد و یا به صورت تیمی مشکلات بیمار را شناسایی و در جهت رفع آن اقدام کند. بنابراین، نتیجه به‌دست‌آمده دور از انتظار پژوهشگران این تحقیق نبود و با منطق بسیاری از پژوهش‌ها همسوست. از طرف دیگر، درمان اکت بیشتر از اینکه اصرار بر تغییر شرایط بیرونی و درونی بیمار داشته باشد، متمرکز بر میزان تحمل‌پذیری، تاب‌آوری، پذیرش و انتخاب آگاهانه و متعهدانه رفتارها بر اساس ارزش‌هاست. این پژوهش هم نشان داد که چگونه بیماران با اجتناب نکردن از افکار و احساسات مرتبط با مرگ و مردن توانستند تأثیر معناداری بر میزان یکی از قوی‌ترین و بنیادی‌ترین چالش‌های ذهنی انسان (اضطراب از مرگ) داشته باشند و بدون اینکه تغییر محسوس در سطح کیفی زندگی و یا سطح درمان فیزیکی ایجاد شود، به سلامت روانی بالاتری دست پیدا کنند.

اضطراب از مرگ نیز در شرکت‌کنندگان کاسته شده است. با کاهش رفتارهای اجتنابی، میزان تجارب ناپاک درونی که باعث ناکارآمدی در فرد شده کاسته می‌شود و بیمار را به یک سطح متعادل و طبیعی از اضطراب که حتی عامل محرکی برای سلامت روان بیمار می‌تواند باشد، می‌رساند. بنابراین، با اینکه هیچ‌گونه تلاش درمانی جهت کاهش اضطراب در بیمار انجام نگرفت، ولی با کاهش رفتارهای اجتنابی از میزان اضطراب ناکارآمد در فرد کاسته شد و در نتیجه نمرات اضطرابی پایین‌تری نیز گزارش شد.

با وجود اینکه از میزان اضطراب و اجتناب از مرگ در بیماران کاسته شده است و شرکت‌کنندگان از لحاظ سلامت روان به طور معناداری بهبود یافته‌اند، اما به دلیل اینکه اضطراب از مرگ از جمله ترس‌های بنیادین در بشر است، ایجاد حس پذیرش و تمایل برای تجربه کردن این احساس در بیمار به‌سادگی امکان‌پذیر نیست. نتایج هم نشان می‌دهد که در سطح پذیرش شرکت‌کنندگان تغییرات ملموسی ایجاد نشده است؛ بنابراین مداخله بدون اینکه بر سطح پذیرش از مرگ بیماران تأثیر گذارد تنها با کاهش رفتارهای اجتنابی توانست سطح اضطراب از مرگ بیماران را کاهش دهد.

طبق نظریه اکت، پذیرش از ارکان اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است؛ هرچه پذیرش افراد در تجارب آزاردهنده درونی بیشتر باشد و تمایل بالاتری برای نزدیکی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند از خود نشان دهند، بر میزان انعطاف‌پذیری روانی آن‌ها نیز افزوده می‌شود. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد رفتارهای فردی می‌تواند بر سلامت روان تأثیر گذارد. با اینکه در این پژوهش، در پذیرش مرگ و انعطاف‌پذیری روانی بیماران تغییرات معناداری گزارش نشده است (که ممکن است نشان از سطح بالای اضطراب از مرگ در بیماران باشد)، ولی این بسته با ترغیب بیمار در راستای حرکت به سمت رفتارهای ارزش‌مدارانه و جدایی از رفتارهای اجتنابی توانست از سطح اضطراب از مرگ بیماران کاسته و سلامت روان آن‌ها را به طور محسوس بهبود ببخشد.

در بسیاری از گزارشات شفاهی گرفته‌شده از شرکت‌کنندگان در جلسات پس‌آزمون و پیگیری دوماهه، آزمودنی‌ها عمدتاً تأثیر این جلسات درمانی را در کاهش ترس و اضطرابشان از مرگ بیان کرده و متذکر شدند که با وجود عدم رضایت از وضعیت فعلی سلامت فیزیکی و دغدغه‌های فکری شدید ناشی از آن، قادر هستند که رفتارهای روزانه خود را کمتر تحت تأثیر نگرانی‌های درونی و دردهای اضطرابی قرار دهند و قدرت انتخاب بیشتری در بروز رفتارهای کارآمد و متعهدانه در خود احساس کنند.

پژوهش‌های مشابه نیز نشان داده‌اند که عدم اجتناب در بیمار به طرز قابل توجهی بر کاهش سطح اضطراب [۵۱] تأثیر می‌گذارد و با اینکه کاهش سطح اضطراب از مرگ از اهداف درمانی نبوده است، کاهش اجتناب از مرگ بیمار با کاهش اضطراب همبستگی

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بسته درمانی مبتنی بر اکت با محوریت نگرش به مرگ توانست سطح اجتناب از مرگ و اضطراب از مرگ را در بیماران سرطانی کاهش داده و باعث افزایش بهبود سلامت روان در مقایسه با گروه کنترل شود. با وجود اینکه سلامت روان بیماران به صورت معناداری پس از مداخله اضطراب از مرگ بهبود یافت، اما در کیفیت زندگی کلی بیماران در این پژوهش تغییر معناداری مشاهده نشد. یکی از دلایل اصلی آن این است که در کنار سلامت روان، عوامل متعدد دیگری نیز بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرگذار است و در پژوهش‌های آتی، برای مشاهده تغییرات معنادار در کیفیت زندگی باید بسته‌های درمانی چندوجهی تدوین شود که عوامل بیشتری از کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد.

همچنین برای تحلیل‌های فرآیندی در پژوهش‌های آینده، می‌توان به دنبال شناسایی عوامل میانجی یا تعدیل‌کننده در اضطراب از مرگ و استفاده از آن‌ها برای تدوین و طراحی بسته‌های درمانی بهینه‌تر و با اثربخشی بالاتر بود. به دلیل تازه بودن مباحث مرتبط با اجتناب از مرگ در بین پژوهش‌های روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود که از طراحی بسته‌های درمانی تلفیقی با ابزارهای متنوع روان‌شناختی و مذهبی برای بررسی جنبه‌های مختلف اجتناب از مرگ و تأثیرات مثبت و منفی آن بر آسیب‌های روانی استفاده شود. از جمله موضوعات و اهدافی که در آینده پژوهشی در این حیطه می‌توان بر آن متمرکز شد عبارت‌اند از: تأثیر اجتناب از مرگ بر سلامت روان افرادی که از لحاظ جسمی سالم هستند، بررسی تأثیرات مثبت مرگ‌اندیشی و حتی اضطراب از مرگ در کیفیت زندگی و رضایت از زندگی افراد و پیدا کردن فرایندهای شناختی - عاطفی که می‌تواند بر نگرش انسان‌ها به مقوله مرگ تأثیرگذار باشد.

از محدودیت‌های پیش‌رو در این پژوهش اجتناب بالای شرکت‌کنندگان از موضوع مرگ، تداخل عوامل عاطفی در فرایندهای شناختی و تأثیر شرایط جسمانی بر وضعیت روانی و کیفیت جلسات درمان بود. به دلیل ملاحظات اخلاقی، موضوع و هدف بسته درمانی بایستی برای بیماران به طور شفاف شرح داده می‌شد و همین امر باعث شد که از همان ابتدا بسیاری از بیماران تمایلی برای شرکت در جلسات از خود نشان ندهند.

به دلیل تأثیرگذاری ابعاد معنوی در موضوع مرگ و مردن پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از متغیرهای معنوی و پرسش‌نامه‌هایی مثل پرسش‌نامه WHOQOL-SR version که به صورت دقیق تری ابعاد معنوی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد استفاده شود. نقش درمانگر در اجرای این بسته بسیار تعیین‌کننده است (نحوه بیان، میزان تسلط بر درمان، تجربه ارتباط‌گیری با بیمار و غیره). با اینکه در تدوین این بسته درمانی سعی بر این بود که

بیشتر به جنبه‌های نوشتاری تکیه شود و نقش درمانگر در اجرای بسته را کوتاه‌تر کنیم تا روان‌درمانگران با سطح توانایی متفاوت نیز بتوانند این بسته را اجرا کنند، اما همچنان نقش درمانگر در این بسته درمان حائز اهمیت است و می‌تواند در اثربخشی بسته درمانی تأثیرگذار باشد؛ بنابراین درمانگران باید قبل از اجرای بسته، آموزش‌های لازم را دیده باشند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این پژوهش با اخذ کد اخلاقی به شماره IR.U.I.REC.1396.047 از دانشگاه اصفهان و با همکاری مرکز تحقیقات جلوگیری از سرطان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بدون هیچ‌گونه حمایت مالی و تضاد منافع انجام شد. اصول اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش اخذ فرم رضایت بیماران برای شرکت در دوره آموزشی مذکور به صورت کتبی، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، توجه به سلامت و آسایش آزمودنی‌ها، داشتن حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش در سراسر مراحل بدون نیاز به توضیح آزمودنی و یا مواجهه با برخوردهای قهری پژوهشگر و برگزاری جلسات رایگان درمانی برای گروه کنترل در انتهای پژوهش بود.

حامی مالی

این مقاله از رساله دکتری نویسنده دوم، سید علی کلاهدوزان، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان است و حامی مالی ندارد.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبارسنجی، تحلیل، تحقیق و بررسی، منابع و نگارش پیش‌نویس: سید علی کلاهدوزان؛ ویراستاری: حمیدرضا عریضی، محمدرضا عابدی و فریبرز مکاریان؛ نهایی‌سازی نوشته، بصری‌سازی و نظارت: محمداقبر کجباف.

تعارض منافع

بنا به اظهارات نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافی ندارد.

تشکر و قدردانی

همچنین بدین‌وسیله از مدیریت و کارکنان محترم بیمارستان امید و همچنین سرکار خانم فاطمه بانکی که با این پژوهش همکاری و همراهی فراوانی داشته‌اند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- [1] Abachizadeh K, Keramatnia AA. [Anticipating cancer rates of Iran in 2025 (Persian)]. *Community Health*. 2016; 3(1):66-73. <http://ojs2.sbm.ac.ir/ch/article/view/13101>
- [2] Stone P, Hardy J, Broadley K, Tookman AJ, Kurowska A, A'Hern R. Fatigue in advanced cancer: A prospective controlled cross-sectional study. *British Journal of Cancer*. 1999; 79(9-10):1479-86. [DOI:10.1038/sj.bjc.6690236] [PMID] [PMCID]
- [3] Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: Relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Supportive Care in Cancer*. 2000; 8(3):175-9. [DOI:10.1007/s005200050281] [PMID]
- [4] Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie DP, Snyder RD, Bloch S, et al. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: A cross-sectional survey. *Palliative & Supportive Care*. 2006; 4(1):47-56. [DOI:10.1017/S1478951506060068] [PMID]
- [5] Kissane DW, Love A, Hatton A, Bloch S, Smith G, Clarke DM, et al. Effect of cognitive-existential group therapy on survival in early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2004; 22(21):4255-60. [DOI:10.1200/JCO.2004.12.129] [PMID]
- [6] Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Nakano T, Mikami I, Okamura H, et al. Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. *Cancer*. 2000; 88(12):2817-23. [DOI:10.1002/1097-0142(20000615)88:12<2817::aid-cnrcr22>3.0.co;2-n] [PMID]
- [7] Vehling S, Lehmann C, Oechsle K, Bokemeyer C, Krüll A, Koch U, et al. Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2012; 21(1):54-63. [DOI:10.1002/pon.1866] [PMID]
- [8] Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007; 33(2):118-29. [DOI:10.1016/j.jpainsymman.2006.07.016] [PMID]
- [9] Coyne JC, Stefanek M, Palmer SC. Psychotherapy and survival in cancer: The conflict between hope and evidence. *Psychological Bulletin*. 2007; 133(3):367-94. [DOI:10.1037/0033-2909.133.3.367] [PMID]
- [10] El Sayed Fadila D, Abd El-Sattar Ebeid I, El-Gilany AH. Death attitude and its associated factors in institutionalized elderly: A cross-section study in North Eastern Delta, Egypt. *Journal of Nursing and Health Science*. 2018; 7(6):12-9. <https://www.researchgate.net/publication/339484844>
- [11] Salajegheh S, Raghbi M. [The effect of combined therapy of spiritual-cognitive group therapy on death anxiety in patients with cancer (Persian)]. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2014; 22(2):1130-9. <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-2322-en.html>
- [12] Hayes SC, Strosahl KD, editors. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2010. <https://books.google.com/books?id=rpKlCgAACAAJ&dq>
- [13] Törneke N. *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2010. <https://books.google.com/books?id=PYRy9a3iLHEC&dq>
- [14] Ando M, Morita T, Lee V, Okamoto T. A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliative & Supportive Care*. 2008; 6(4):335-40. [DOI:10.1017/S1478951508000539] [PMID]
- [15] Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006; 74(5):797-816. [DOI:10.1037/0022-006X.74.5.797] [PMID]
- [16] Taylor EJ. Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2000; 27(5):781-8. [PMID]
- [17] Ciarrochi J, Fisher D, Lane L. The link between value motives, value success, and well-being among people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*. 2011; 20(11):1184-92. [DOI:10.1002/pon.1832] [PMID]
- [18] 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; 22(2):459-64. [DOI:10.1002/pon.2083] [PMID]
- [19] Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011; 7:141-68. [DOI:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449] [PMID]
- [20] Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012. https://books.google.com/books?id=5_xAm0VF4X8C&source
- [21] Spiegler MD, Guevremont DC. *Contemporary behavior therapy*. 5th ed. Belmont, CA: Wadsworth; 2010. <https://books.google.com/books?id=iwauXF0eltoC&dq>
- [22] Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(1):2-13. [DOI:10.32598/ijpcp.25.1.2]
- [23] Mohebat Bahar S, Akbari MS, Maleki F, Moradi Joo M. [The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):17-26. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_104.html
- [24] Sobouhi R, Fatehizade MA, Ahmadi SA, Etemadi O. [The effect of counseling-based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the quality of life of women attending the cultural centers of Isfahan (Persian)]. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015; 2(1):42-53. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-89-en.html>
- [25] Irandoos F, Taher Neshatdoost H, Nadi MA. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on quality of life of women with chronic low back pain (Persian)]. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 8(1):89-96. magiran.com/p1274153
- [26] Ghomian S, Shairi MR. The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for children with chronic pain on the quality of life on 7 to 12 year-old children. *International Journal of Pediatrics*. 2014; 2(3-2):47-55. [DOI:10.22038/IJP.2014.2995]

- [27] Rafiee M, Sedrpoushan N, Abedi MR. Study and investigate the effect of Acceptance and Commitment Therapy on reducing anxiety symptoms and body image dissatisfaction in obese. *Journal of Social Welfare and Human Rights*. 2013; 1(2):13-8. <http://jswhr.com/vol-1-no-2-december-2013-abstract-3-jswhr>
- [28] Irvani Sh, Kajbafnezhad H. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on anxiety in patients with heart disease. *International Journal of Biology, Pharmacy and Allied Sciences*. 2015; 4(10):84-98. <https://ijbpas.com/pdf/2015/October/1441634901MS%20IJBPA%202015%20OCT%20SPCL%201010.pdf>
- [29] Molavi P, Mikaeili N, Rahimi N, Mehri S. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy based on reducing anxiety and depression in students with social phobia (Persian)]. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2014; 14(4):412-23. <http://jarums.arums.ac.ir/article-1-745-en.html>
- [30] González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero MD, Pérez-Álvarez M. Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema* 2018; 30(1):14-20. [DOI:10.7334/psicothema2017.396] [PMID]
- [31] Rajabi S, Yazdekhashti F. [The effectiveness of the acceptance and commitment group therapy on anxiety and depression in women with MS who were referred to the MS association (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 6(1):29-38. [DOI:10.22075/JCP.2017.2152]
- [32] Dehghani Najvani B, Taher Neshatdoost H, Abedi MR, Mokarian F. The effect of Acceptance and Commitment Therapy on depression and psychological flexibility in women with breast cancer. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2015; 17(4):e965. [DOI:10.5812/zjrms.17(4)2015.965]
- [33] Tamannaefar Sh, Gharraee B, Birashk B, Habibi M. A comparative effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and group cognitive therapy for major depressive disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2014; 16(10(Suppl)):60-3. <https://sites.kowsarpub.com/zjrms/articles/1309.html>
- [34] Hor M, Aghaie A, Abedi A, Attari A. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on depression in patients with type 2 diabetes (Persian)]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*. 2013; 11(2):121-8. <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-305-en.html>
- [35] Amin Pur R, Ghorbani M. [The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis (Persian)]. *Govaresh*. 2015; 20(1):34-42. <http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/1351>
- [36] Nasiri A, Kazemi-Zahrani H. The effectiveness of group acceptance and commitment therapy on pain intensity, pain catastrophizing and pain-associated anxiety in patients with chronic pain. *Asian Social Science*. 2015; 11(26):112-20. [DOI:10.5539/ass.v11n26p112]
- [37] Walker J, Hansen CH, Butcher I, Sharma N, Wall L, Murray G, et al. Thoughts of death and suicide reported by cancer patients who endorsed the "suicidal thoughts" item of the PHQ-9 during routine screening for depression. *Psychosomatics*. 2011; 52(5):424-7. [DOI:10.1016/j.psych.2011.02.003] [PMID]
- [38] Brudek P, Sękowski M, Steuden S. Polish adaptation of the death attitude profile – revised. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2020; 81(1):18-36. [DOI:10.1177/0030222818754670]
- [39] Peters L, Cant R, Payne S, O'Connor M, McDermott F, Hood K, et al. How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*. 2013; 7:14-21. [DOI:10.2174/1874434601307010014] [PMID] [PMCID]
- [40] Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(9):1301-20. [DOI:10.1016/j.brat.2005.10.003] [PMID]
- [41] Tull MT, Roemer L. Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncurd panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*. 2007; 38(4):378-91. [DOI:10.1016/j.beth.2006.10.006] [PMID]
- [42] Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early-stage breast-cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 65(2):375-90. [DOI:10.1037/0022-3514.65.2.375] [PMID]
- [43] Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*. 1999; 55(10):1243-54. [DOI:10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:10<1243::AID-JCLP6>3.0.CO;2-N]
- [44] Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. [The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version (Persian)]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2006; 4(4):1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-en.html>
- [45] Wong PTP, Reker GT, Gesser G. (1994). Death attitude profile-revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In: Neimeyer RA, editor. *Series in Death Education, Aging, and Health Care. Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application*. Abingdon: Taylor & Francis. pp. 121-48. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97098-006>
- [46] Basharpour S, Vojodi B, Atarod N. [The relation of religious orientation and attitudes toward death with quality of life and somatization symptoms in women (Persian)]. *Health Psychology*. 2014; 3(10):80-97. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_986.html
- [47] Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test on a working model. *The Psychological Record*. 2004; 54(4):553-78. [DOI:10.1007/BF03395492]
- [48] Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011; 42(4):676-88. [DOI:10.1016/j.beth.2011.03.007] [PMID]
- [49] Almasi Z, Rafiemanesh H, Salehiniya H. Epidemiology characteristics and trends of incidence and morphology of stomach cancer in Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16(7):2757-61. [DOI:10.7314/APJCP.2015.16.7.2757] [PMID]
- [50] Dolatkhah R, Somi MH, Asvadi Kermani I, Ghojzadeh M, Asghari Jafarabadi M, Farassati F, et al. (2015). Increased colorectal cancer incidence in Iran: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015; 15:997. [DOI:10.1186/s12889-015-2342-9] [PMID] [PMCID]

- [51] Politi MC, Enright TM, Weihs KL. The effects of age and emotional acceptance on distress among breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2007; 15(1):73-9. [DOI:10.1007/s00520-006-0098-6] [PMID]
- [52] Stanton AL, Danoff-Burg Sh, Huggins ME. The first year after breast cancer diagnosis: Hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*. 2002; 11(2):93-102. [DOI:10.1002/pon.574] [PMID]
- [53] Angiola JE, Bowen AM. Quality of life in advanced cancer: An acceptance and commitment therapy view. *The Counseling Psychologist*. 2013; 41(2):313-35. [DOI:10.1177/0011000012461955]

This Page Intentionally Left Blank
