

Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment with Meaning Therapy on Quality of Life and Sexual Dysfunction among Patients with Breast Cancer: A Pilot Study

Marzieh Ramezani-Shirin¹ , Majid Saffarinia^{2*} , Zahra Solgi³ 

1. PHD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Majid Saffarinia, Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: m.saffarinia@pnu.ac.ir

Received: 2 November 2021

Accepted: 30 December 2021

Published: 25 October 2022

How to cite this article:

Ramezani-Shirin M, Saffarinia M, Solgi Z. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment with Meaning Therapy on Quality of Life and Sexual Dysfunction among Patients with Breast Cancer: A Pilot Study. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; (9) 5:10-22. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i5.31531>.

Abstract

Background and Objective: Breast cancer is one of the most common types of cancer in Iranian women. The aim of this study was to compare the effectiveness of acceptance and commitment with meaning therapy on quality of life and sexual function in women with breast cancer.

Materials and Methods: This study was an experimental study and the study design was a pretest-posttest study with a control group. The statistical population was all patients who refer to Imam Reza Hospital in Kermanshah in 2020 with breast cancer. Thirty patients were selected through purposive sampling and randomly divided into three groups: acceptance and commitment with meaning therapy, meaning therapy and control group. Acceptance and commitment intervention consisted of 8 weekly sessions that were performed in groups for experiment groups. The EORTC QLQ-C30 Quality of Life Questionnaire and Rosen Women's Sexual Function Questionnaire were used. Data analysis was performed using analysis of variance and post hoc test using SPSS Statistics for Windows, version 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA).

Results: The mean (SD) of the functional scope of quality of life in acceptance and commitment group therapy increased from 34.6 (3.3) in the pre-test to 74.1 (2.2) in the post-test and in the follow-up phase 72.4 (3), which had a slight decrease ($P<0.03$). In the meaning therapy group, the mean (SD) of the functional scope of quality of life increased from 33.8 (2.4) in the pre-test to 41.2 (3.3) in the post-test, and in the follow-up phase 39.3 (2.1), which had a slight decrease ($P<0.03$). In acceptance and commitment group therapy, the mean (SD) of the scope of quality of life symptoms decreased from 69.1 (3.3) in the pre-test to 28.4 (2.8) in the post-test, and in the follow-up phase, 31.1 (2.2), which had a slight increase ($P<0.013$). In the meaning therapy group, the mean (SD) of the range of the scope of quality of life symptoms decreased from 63.2 (2.2) in the pre-test to 57.4 (2.7) in the post-test, and in the follow-up phase, 59.4 (1.9), which had a slight increase ($P<0.02$). In acceptance and commitment group therapy, the mean (SD) of sexual function increased from 13.8 (5.9) in the pre-test to 23.7 (4.8) in the post-test and in the follow-up phase 22.6 (3.9), which had a slight decrease of ($P<0.02$). In the meaning therapy group, the mean (SD) of sexual function increased from 12.7 (4.2) in the pretest to 19.4 (4) in the posttest and in the follow-up phase, 18.4 (3.3), which had a slight decrease ($P<0.02$). The scores of the control group did not differ significantly in the three phases. Also, acceptance and commitment therapy was more effective than meaning therapy in increasing the functional scope of quality of life ($P<0.03$), reducing the scope of quality of life symptoms ($P<0.04$), and improving sexual function ($P<0.02$).

Conclusion: The study showed that both acceptance and commitment with meaning therapy improved quality of life and sexual function in breast cancer patients. Acceptance and commitment therapy had a greater effect on improving quality of life and sexual function than meaning therapy.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Meaning therapy, Breast Cancer, Quality of Life - Sexual Dysfunction.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.PNU.REC.1400.035.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان با پیگیری سه ماهه: یک مطالعه راهنما

مرضیه رضوانی شیرین^۱، مجید صفاری نیا^{۲*}، زهرا سلگی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مجید صفاری نیا، استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

Email: m.saffarinia@pnu.ac.ir

تاریخ دریافت: آبان ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: دی ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان از شایع‌ترین انواع سرطان در زنان ایرانی می‌باشد. هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد.

روش و مواد: پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعین بیمار مبتلا به سرطان پستان بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند که از طریق نمونه گیری هدفمند ۳۰ نفر از بیماران به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد قرار گرفتند. مداخله پذیرش و تعهد و مداخله معنادرمانی هر کدام هشت جلسه هفتگی بودند که به صورت گروهی برای گروه های آزمایش اجرا شد. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد کیفیت و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی با کمک نرم افزار SPSS-21 انجام شد.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکردی کیفیت زندگی در گروه درمانی پذیرش و تعهد از ۳۴/۶ (۳/۳) در پیش آزمون به ۷۴/۱ (۲/۲) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری (۳) ۷۲/۴ کاهش اندکی داشت ($P < ۰/۰۲۴$). در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکردی کیفیت زندگی از ۳۳/۸ (۲/۴) در پیش آزمون به ۴۱/۲ (۳/۳) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز (۲/۱) ۳۹/۳ کاهش اندکی داشت ($P < ۰/۰۲۴$). در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطة علائم کیفیت زندگی از ۶۹/۱ (۳/۳) در پیش آزمون به ۲۸/۴ (۲/۸) در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری نیز (۲/۲) ۳۱/۱ افزایش اندکی داشت ($P < ۰/۰۱۳$). در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة علائم کیفیت زندگی از ۶۳/۲ (۲/۲) در پیش آزمون به ۵۷/۴ (۲/۷) در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری نیز (۱/۹) ۵۹/۴ افزایش اندکی داشت ($P < ۰/۰۱۳$). در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی از ۱۳/۸ (۵/۹) در پیش آزمون به ۲۳/۷ (۴/۸) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز (۳/۹) ۲۲/۶ کاهش اندکی داشت ($P < ۰/۰۱۹$). در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی از ۱۲/۷ (۴/۲) در پیش آزمون به ۱۹/۴ (۴) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز (۳/۳) ۱۸/۴ کاهش اندکی داشت ($P < ۰/۰۱۳$). نمرات گروه گواه در سه مرحله تفاوت معنی داری نداشت. همچنین درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی بر افزایش حیطة عملکردی کیفیت زندگی ($P < ۰/۰۲۴$)، کاهش حیطة علائم زندگی کیفیت زندگی ($P < ۰/۰۳۹$) و بهبود عملکرد جنسی ($P < ۰/۰۱۹$) مؤثرتر بود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنادرمانی منجر به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان شدند. درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی تأثیر بیشتری در بهبود کیفیت زندگی و عملکرد جنسی داشت.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، سرطان پستان، عملکرد جنسی، کیفیت زندگی، معنادرمانی.

مقدمه

تشخیص و درمان سرطان برای همه افراد یک اتفاق تنش‌زا محسوب می‌شود. سرطان به عنوان مشکل عمده سلامت قرن تلقی می‌شود که سالانه بیش از ۶/۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌برد که در میان انواع سرطان‌ها، سرطان پستان از شایع‌ترین انواع سرطان در دنیا و علت اصلی مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان دنیا محسوب می‌گردد (۱). همچنین این بیماری جزء شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان ایرانی است و انتظار می‌رود بروز سرطان سینه طی دهه‌های آتی در کشور ایران افزایش زیادی داشته باشد (۲). تقریباً برای تمامی افراد درگیر به سرطان تشخیص بیماری باعث به وجود آمدن مشکلات فراوانی در جنبه‌های شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی زندگی آنها می‌شود و افرادی که به بیماری سرطان مبتلا شده‌اند احساس وابستگی، کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب‌پذیری، درد و علائم جسمانی می‌کنند و فعالیت‌های روزانه و فعالیت‌های اجتماعی‌شان دچار اختلال می‌شود (۳). هر چند جراحی، هورمون‌درمانی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی به عنوان شیوه‌های مرسوم مورد استفاده در درمان سرطان پستان موجب بقای این افراد می‌شود، اما هر یک از این مداخلات نیز خود باعث عوارض کوتاه مدت و بلندمدتی در این بیماران می‌گردد (۴)، به‌طور کلی این بیماری اثرات منفی و بلندمدت زیادی بر کیفیت زندگی این بیماران به جای می‌گذارد. کیفیت زندگی به لحاظ معنای لغوی به چگونگی زندگی اشاره می‌کند و شامل برداشته‌هایی می‌باشد که برای هر فردی ویژه و منحصر به فرد بوده و با دیگران تفاوت دارد. کیفیت زندگی ادراک ذهنی هر کس از شادی یا رضایت او از حیطه‌های زندگی است (۵). کیفیت زندگی در اشخاص بیمار و بقاء یافته از بیماری‌هایی مانند سرطان، حالتی از بهینه بودن است که حاوی دو جزء توانایی انجام کار روزانه و رضایت شخص از کنترل بیماری و عواقب ناشی از درمان، می‌باشد (۶). Song و همکاران در تحقیقی که به بررسی درک افراد مبتلا به بیماری سرطان پستان از کیفیت زندگی در روند درمان و بعد از آن می‌پرداخت، به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات غالب ابعاد کیفیت زندگی تنها در هنگام عمل پرتودرمانی ضعیف بود و بعد از طی شدن دوره درمان رو به بهبودی سیر می‌کرد (۷). مشکلات جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نسبت به افراد سالم معمول تر می‌باشد (۸) و تعداد زیادی از زنان در طی تشخیص و درمان سرطان پستان مشکلات جنسی را تجربه می‌کنند (۹). اختلال در عملکرد جنسی پس از درمان سرطان پستان و اثرات آن بر کیفیت زندگی شایع است و در مطالعات مختلف اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به سرطان پستان گزارش شده است (۱۰). بیش‌ترین اختلال عملکرد جنسی در نتیجه شیمی‌درمانی اتفاق می‌افتد (۱۱). Hainsworth و همکاران در پژوهشی نشان دادند در زنانی که قبل از یائسگی به سرطان سینه مبتلا شده و پس از تشخیص بیماری و جراحی تحت شیمی‌قرار گرفته بودند، احتمال از بین رفتن ذخیره تخمدانی مانند ظرفیت تخمدان‌ها جهت تولید تخمک‌هایی که توانایی بارور شدن داشته باشند در مقایسه با زمانی که هرگز به سرطان سینه مبتلا نشده بودند، افزایش می‌یابد. در طول چند دهه اخیر، مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی برای بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سرطان رشد پیدا کرده‌اند که یکی از این مداخله‌ها درمان پذیرش و تعهد است (۱۲). درمان پذیرش و تعهد که در دهه ۱۹۸۰ میلادی بوسیله Steven Hayes در دانشگاه نوادا مطرح شد، گونه‌ای از درمان‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است که ریشه در تئوری تازه‌ای در مورد زبان و شناخت دارد که به تئوری چارچوب رابطه ذهن مشهور می‌باشد (۱۳). فرآیندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش شامل پذیرش، خود به عنوان زمینه، گسلش شناختی، ارزش‌ها، زندگی در لحظه اکنون و کار متعهدانه است که تمامی آن‌ها موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. فرآیندهای اصلی درمان پذیرش و تعهد به دنبال آن است که به اشخاص آموزش دهند چطور دست از ممانعت فکر بردارند، چطور از فکرهای مزاحم دور شوند و چگونه هیجانات ناخوشایند را بیشتر تحمل کنند (۱۴). نتیجه‌های پژوهش‌ها مبین این بوده است که درمان پذیرش و تعهد بر یاری به بیماران دارای درد دراز مدت و مزمن مؤثر است (۱۵). یکی دیگر از رویکردهایی که می‌تواند بر افراد مبتلا به بیماری سرطان مؤثر باشد، معنادرمانی است که یکی از مهم‌ترین رویکردهای روان‌درمانی وجودی یا انسان‌گرا است و بر مبنای وجود انسان و جنبه معنوی او تأکید دارد (۱۶). معنادرمانی با اعتقاد به موقتی بودن هستی و وجود انسانی به جای شک و تردید و انزوا، انسان را به کوشش و تلاش تشویق می‌نماید تا معنایی برای

زندگی خویش در میان دردها و رنج‌ها، پیدا کنند. این روش درمانی توجه قابل ملاحظه‌ای به آینده، مسئولیت، وظیفه، معنا و هدفی دارد که بیمار می‌بایست زندگی آینده خود را صرف آن کند (۱۷). در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی معنادرمانی بر جنبه‌های مختلف زندگی افراد دارای بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که این رویکرد به عنوان یک مداخله بر کاهش نشانه‌های مشکلات روانی زنان مبتلا به سرطان پستان، ترس از تصویر بدنی و سازگاری اجتماعی آنان اثربخش بوده است (۱۶). Smith و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد به صورت معنی‌داری موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (۱۸). Putri & Jannah در پژوهش خود به بررسی اثربخشی معنادرمانی بر سطح افسردگی بیماران مبتلا به سرطان پستان پرداختند و نشان دادند معنادرمانی بر کاهش افسردگی اثربخش است (۱۹). Vos & Vitali یک فراتحلیل در باب تأثیرات روان‌شناختی درمان‌های معنامحور در کیفیت زندگی بیماران انجام دادند. ۶۰ مقاله که به صورت آزمایشی بودند را انتخاب کردند و نتایج نشان داد که مطالعات آزمایشی درمان‌های معنامحور به صورت معنی‌داری باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود و استرس روانی را می‌کاهد (۲۰). روپین‌تن و همکاران در پژوهش خود به اثربخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی در بیمارستان شهید بهشتی یاسوج پرداختند و نتایج نشان داد درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی در شهر یاسوج مؤثر است (۲۱). منصوری و بک چالاک‌کی به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد روش سودمندی برای بهبود عملکرد جنسی و افزایش رضایت از زندگی محسوب می‌شود (۲۲).

با توجه به حساسیت موضوع بیماری سرطان و عوارض مادی و روانی آن بر بیمار و خانواده آنها و نیاز به مداخله جهت بهبود کیفیت زندگی و کاهش فشارهای روانی، و همچنین پی بردن به اثربخشی بهتر درمان‌های روان‌شناختی، هدف پژوهش حاضر مقایسه درمان پذیرش و تعهد با معنادرمانی بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در بیماران درگیر با سرطان پستان می‌باشد.

روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی و طرح مطالعه از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مراجعین بیمار مبتلا به سرطان پستان بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه در سال ۱۳۹۹ بودند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. پژوهش حاضر یک مطالعه راهنماست و تعداد نمونه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که از بیماران مبتلا به سرطان پستان بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه انتخاب شدند. از بین افراد نمونه ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش درمان پذیرش و تعهد، ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش معنادرمانی و ۱۰ نفر به صورت تصادفی در گروه شاهد قرار گرفتند. معیارهای ورود مطالعه شامل موارد زیر بودند: ابتلا به سرطان پستان و بدون متاستاز به مناطق دیگر، انجام جراحی ماستکتومی، در حال حاضر تحت شیمی‌درمانی باشند، نداشتن بیماری مزمن دیگر بطور همزمان، عدم آموزش قبلی در دو رویکرد معنادرمانی و درمان پذیرش و تعهد، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال. همچنین معیار خروج شامل موارد زیر بودند: پدید آمدن مشکلات جسمانی برای اشخاص گروه که در فرایند روان‌درمانی خلل ایجاد نماید، شدت یافتن علائم در هنگام درمان، استعمال داروهای خاص در زمان درمان سرطان پستان که بر خلق اثر گذار باشند، ایجاد خلل در زمان درمان بیماری سرطان، غیبت کردن بیش از سه جلسه در زمان درمان. بعد از این جلسه رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در پژوهش در بین تمامی افراد انتخاب شده توزیع شد. سپس پیش‌آزمون پژوهش شامل پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و عملکرد جنسی زنان اجرا گردید. جلسات به صورت هفتگی در برنامه اسکایپ برگزار شد. جلسات درمان پذیرش و تعهد شامل هشت جلسه دو ساعته و جلسات معنادرمانی شامل هشت جلسه یک و نیم ساعته بود. گروه شاهد هم در بیماران مبتلا به سرطان پستان در این مدت تحت هیچ درمانی قرار نداشتند و در صف انتظار برای دریافت جلسات درمانی قرار گرفتند. بعد از جلسات درمانی پس‌آزمون اجرا شد و بعد از سه ماه پرسشنامه‌ها جهت تکمیل برای مشارکت‌کنندگان ارسال شد. در پایان از شرکت‌کنندگان پژوهش تقدیر و قدردانی

شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی افراد فاش نخواهد شد و افراد بعد از مدتی در صورت تمایل می‌توانند از نتیجه پژوهش اطلاع داشته باشند. جهت در نظر داشتن ملاحظات اخلاقی اصول زیر رعایت شد: گروه شاهد در گروه انتظار قرار گرفت و بعد از اتمام پژوهش مداخله روانشناختی دریافت کرد، روش پژوهش حاضر با ارزش‌های فرهنگی، اجتماعی و دینی تناقضی نداشت، حقوق مشارکت کنندگان در زمان جمع‌آوری داده‌ها و اصل رازداری رعایت شد و از مشارکت کنندگان رضایت آگاهانه اخذ شد، مشارکت کنندگان اختیار داشتند بدون نیاز به عذر خواهی و آوردن دلیل در هر زمان که مایل بودند از مطالعه کناره‌گیری کنند و در خصوص اهداف و طول مدت پژوهش به مشارکت کنندگان توضیح داده شد. برای ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی (۲۳) و پرسشنامه عملکرد جنسی زنان Rosen و همکاران استفاده شد (۲۴).

پرسشنامه کیفیت زندگی: جهت ارزیابی کیفیت زندگی از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان اروپایی تحقیقات و درمان سرطان استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال می‌باشد که کیفیت زندگی را در پنج حیطه عملکردی (عملکرد جسمانی، احساسی، شناختی، اجتماعی، ایفای نقش) و نه حیطه علائم (خستگی، درد، تهوع و استفراغ، تنگی نفس، اسهال، یبوست، کاهش خواب، کاهش اشتها و مشکلات اقتصادی ناشی از ابتلا به بیماری) و یک حیطه کلی کیفیت زندگی مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری به شکل لیکرت طراحی شده و امتیازها در محدوده یک الی چهار هستند. نمره هر حیطه در گستره‌ای از صفر تا ۱۰۰ تعیین می‌گردد. در حیطه عملکردی و حیطه کلی کیفیت زندگی نمره بالاتر نشانه‌ی کیفیت زندگی بهتر است، در صورتی که در حیطه علائم، نمره بالاتر بر بیشتر بودن آن علامت یا مشکل دلالت دارد (۲۳). Fayers & Bottomley مقدار ضریب آلفای کرونباخ را برای این ابزار ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند (۲۵). این ابزار توسط صفایی و مقیمی دهکردی در ایران هنجاریابی شده است و روایی این ابزار را مطلوب گزارش کردند و پایایی آن را بین ۰/۷۶ الی ۰/۹۳ گزارش کردند (۲۶). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه کیفیت زندگی ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه عملکرد جنسی زنان: این ابزار توسط Rosen و همکاران تهیه شده است که دارای ۱۹ سؤال می‌باشد و عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. طبق دستورالعمل پرسشنامه، نمرات هر خرده‌مقیاس از طریق جمع نمرات سؤال‌های هر خرده‌مقیاس و ضرب آن در عدد فاکتور به دست می‌آید. از آنجا که در این پرسشنامه تعداد سؤالات خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال‌های هر خرده‌مقیاس با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌گردد. نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال‌های خرده‌مقیاس‌های میل (۵-۱)، تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد (۵-۰) و رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است (۲۴). Rosen و همکاران (۲۴) آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس ۰/۸۹ و بالاتر اعلام کردند و روایی آن را مطلوب گزارش کردند. محمدی و همکاران این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و اعتباریابی کرده‌اند (۲۷). آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر گزارش کردند و نشان دادند که تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر روایی تمیزی این ابزار است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ پرسشنامه عملکرد جنسی زنان ۰/۹۱ محاسبه شد. روش درمان پذیرش و تعهد بر پایه پروتکل تهیه شده Hayes و همکاران است که در کل شامل هشت جلسه دو ساعته است (۲۸). فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

همچنین مداخله معنادارمانی به صورت گروهی بر اساس پروتکل Breitbart و همکاران در هشت جلسه یک و نیم ساعته مورد اجرا قرار گرفت (۲۹). فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول شماره ۲ ارائه شده است. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی و با کمک نرم‌افزار کامپیوتری SPSS-21 تجزیه و تحلیل شد.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای درمانی پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	بررسی جزئیات افکار ناراحت‌کننده، معرفی شیوه درمان، بررسی راه‌های مقابله با افکار ناراحت‌کننده و میزان اثربخشی آنها و ایجاد ناامیدی خلاقانه
دوم	استفاده از استعاره‌های «فردی در چاه» و «مسابقه طناب‌کشی با گول» و تداوم ناامیدی خلاقانه
سوم و چهارم	نشان دادن محدودیت‌های کنترل اتفاقات شخصی، استفاده از استعاره‌های «دو ترازو» و «دستگاه پلی گراف»، قبول کردن افکار ناراحت‌کننده و میل به عدم کنترل افکار منفی
پنجم و ششم	تغییر عملکرد روان‌شناختی افکار از چیزی بیم‌دهنده به یک رخداد کلامی صرف، تمرینات گسستگی، تکرار سریع افکار ناراحت‌کننده، تماس با لحظه حال، تمرین «برگ‌های شناور بر روی جوی آب»، تمرین خود به عنوان ساختار، استعاره «صفحه شطرنج» و جداسازی بین خود و فکر
هفتم و هشتم	توضیحاتی در مورد ارزش‌های بیمار و ارتقاء و بهبود تعهدات رفتاری، استعاره «زاغه‌نشینی دم در»، بکارگیری تمرین‌های آموخته شدن در جلسات گذشته جهت ممانعت از افکار ناراحت‌کننده

جدول شماره ۲- برنامه و محتوای جلسات معنادرمانی

جلسات	محتوای ارائه شده
اول	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، شرح مختصری از رویکرد معنادرمانی و توضیح واژه معنا در زندگی.
دوم	مطالعه معنا از اتفاقات و رویدادهای رنج آور زندگی، در نظر گرفتن سرطان بعنوان یک رویداد معنی‌ساز در زندگی
سوم	ارزش‌های نگرشی و توضیح آن‌ها با بکارگیری مثال‌هایی در زندگی
چهارم	ارائه طرح‌هایی در جهت عملی کردن مصادیق معنا، بحث در مورد نیروی اراده انسان، آزادی و مسئولیت‌پذیری، تأکید بر زودگذر بودن زندگی برای همه انسان‌ها و ایجاد موضعی مناسب نسبت به همه‌ی شرایط زندگی.
پنجم	توضیح فن فراخوانی و آموزش قدرت تلقین مبتنی بر معنا، استفاده از اصول آموزش داده شده در حوزه‌های اضطراب‌زا و رنج آور زندگی، ضمن استخراج شاخص‌های معنا و ایجاد نگرشی متفاوت نسبت به شرایط اضطراب‌زا در زندگی
ششم	توضیح روش‌های فنون دیگر در رویکرد فرانکل مانند اصلاح دیدگاه، قصد متناقض و بازتاب‌زدایی
هفتم	بحث حول اهداف و برنامه‌های مستقبل در زندگی بیماران در راستای کسب دیدگاه نو نسبت به سرطان، اولویت‌بندی هدف‌ها و ارائه راه‌حلی برای برطرف کردن بعضی از مانع‌های قابل رفع
هشتم	بیان گروه از دستاوردهایشان، توضیح مختصری از مفاهیم طرح شده در جلسات گذشته، جمع‌بندی مباحث

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان در گروه درمان پذیرش و تعهد (۵/۳) (۳۹/۷)، در گروه معنادرمانی (۶/۹) (۴۴/۳) و در گروه شاهد (۵/۱) (۴۰/۵) سال بود. از نظر وضعیت تحصیلات، در گروه درمان پذیرش و تعهد، تعداد ۴ (۱۳/۳٪) نفر سیکل و پایین‌تر، ۵ (۱۶/۶٪) نفر دیپلم و ۱ (۳/۳٪) نفر کارشناسی و بالاتر بودند. در گروه معنادرمانی، تعداد ۳ (۱۰٪) نفر سیکل و پایین‌تر، ۶ (۲۰٪) نفر دیپلم و ۱ (۳/۳٪) نفر کارشناسی و بالاتر بودند. در گروه شاهد، تعداد ۲ (۶/۶٪) نفر سیکل و پایین‌تر، ۵ (۱۶/۶٪) نفر دیپلم و ۳ (۱۰٪) نفر کارشناسی و بالاتر بودند. جدول شماره ۳ شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد را به تفکیک متغیرهای کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در سه گروه را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳- شاخص های توصیفی معیار کیفیت زندگی و عملکرد جنسی در سه گروه

P	پیش آزمون		گروه	مؤلفه ها
	پس آزمون	(انحراف معیار) میانگین		
۰/۰۰۱	۷۴/۱ (۲/۲)	۳۴/۶ (۳/۳)	پذیرش و تعهد	حیطه عملکردی کیفیت زندگی
۰/۰۰۸	۴۱/۲ (۳/۳)	۳۳/۸ (۲/۴)	معنادرمانی	
۰/۲۸	۳۴/۱ (۱/۹)	۳۵ (۲)	گواه	
۰/۰۰۱	۲۸/۴ (۲/۸)	۶۹/۱ (۳/۳)	پذیرش و تعهد	حیطه علائم کیفیت زندگی
۰/۰۰۹	۵۷/۴ (۲/۷)	۶۳/۲ (۲/۲)	معنادرمانی	
۰/۶۲	۶۸/۳ (۳/۲)	۷۰ (۳/۱)	گواه	
۰/۰۰۸	۲۳/۷ (۴/۸)	۱۳/۸ (۵/۹)	پذیرش و تعهد	عملکرد جنسی
۰/۰۰۱	۱۹/۴ (۴)	۱۲/۷ (۴/۲)	معنادرمانی	
۰/۳۲	۱۳ (۴)	۱۳/۵ (۳/۵)	گواه	

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطه عملکردی کیفیت زندگی از ۳۴/۶ (۳/۳) در پیش آزمون به ۷۴/۱ (۲/۲) در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$). در گروه درمانی معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطه عملکردی کیفیت زندگی از ۳۳/۸ (۲/۴) در پیش آزمون به ۴۱/۲ (۳/۳) در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/008$)، ولی در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) حیطه عملکردی کیفیت زندگی در پیش آزمون ۳۵ (۲) و در پس آزمون ۳۴/۱ (۱/۹) بود که این تغییر از نظر آماری معنی دار نبود. در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطه علائم کیفیت زندگی از ۶۹/۱ (۳/۳) در پیش آزمون به ۲۸/۴ (۲/۸) در پس آزمون کاهش یافت ($P < 0/001$). در گروه درمانی معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطه علائم کیفیت زندگی از ۶۳/۲ (۲/۲) در پیش آزمون به ۵۷/۴ (۲/۷) در پس آزمون کاهش یافت ($P < 0/009$)، ولی در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) حیطه علائم کیفیت زندگی در پیش آزمون ۷۰ (۳/۱) و در پس آزمون ۶۸/۳ (۳/۲) بود که این تغییر از نظر آماری معنی دار نبود. در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی از ۱۳/۸ (۵/۹) در پیش آزمون به ۲۳/۷ (۴/۸) در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/008$). در گروه درمانی معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی از ۱۲/۷ (۴/۲) در پیش آزمون به ۱۹/۴ (۴) در پس آزمون افزایش یافت ($P < 0/001$)، ولی در گروه گواه میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی در پیش آزمون ۱۳ (۴) و در پس آزمون ۱۳/۵ (۳/۵) بود که این تغییر از نظر آماری معنی دار نبود.

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل واریانس کیفیت زندگی و عملکرد جنسی جهت مقایسه سه گروه

P	F	میانگین		مجموع	مؤلفه
		مجذورات	درجه آزادی		
۰/۰۰۲	۸۳/۷	۶۱۹/۸	۲	۱۲۳۲/۳	حیطه عملکردی کیفیت زندگی
		۷/۴	۲۴	۴۲۱	بین گروهی
			۲۶	۱۶۵۳/۳	درون گروهی
۰/۰۳۱	۷۹	۵۱۳/۶	۲	۱۴۰۲/۱	حیطه علائم کیفیت زندگی
		۶/۵	۲۴	۱۳۸۹/۵	بین گروهی
			۲۶	۲۷۹۱/۶	درون گروهی
۰/۰۴۷	۱۳۵/۷	۴۱۲۵/۶	۲	۵۲۸۴	عملکرد جنسی
		۳۰/۳	۲۴	۱۱۱۴/۳	بین گروهی
			۲۶	۶۳۹۸/۳	درون گروهی

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر حیطة عملکردی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/002$). بین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر حیطة علائم کیفیت زندگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/031$). بین اثربخشی گروه درمانی پذیرش و تعهد و معنادرمانی بر عملکرد جنسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0/047$).

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی جهت مقایسه سه گروه در متغیر عملکرد جنسی و مولفه های آن

متغیر	گروه مرجع	گروه مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
حیطة عملکردی کیفیت زندگی	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	۳۲/۹	۰/۷	۰/۰۲۴
	شاهد	شاهد	۷/۱	۰/۸	۰/۰۶۱
پذیرش و تعهد	معنادرمانی	معنادرمانی	۳۲/۹	۰/۷	۰/۰۲۴
	شاهد	شاهد	۴۰	۰/۷	۰/۰۲۷
حیطة علائم کیفیت زندگی	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	-۲۸/۹	۰/۶	۰/۰۳۹
	شاهد	شاهد	-۱۰/۸	۰/۷	۰/۰۶۴
پذیرش و تعهد	معنادرمانی	معنادرمانی	-۲۸/۹	۰/۸	۰/۰۳۹
	شاهد	شاهد	-۳۹/۸	۰/۷	۰/۰۲۷
عملکرد جنسی	معنادرمانی	پذیرش و تعهد	۴/۳	۳	۰/۰۱۹
	شاهد	شاهد	۶/۳	۳	۰/۰۳۸
پذیرش و تعهد	معنادرمانی	معنادرمانی	۴/۳	۳	۰/۰۱۹
	شاهد	شاهد	۱۰/۶	۳	۰/۰۴۰

نتایج جدول شماره ۵ نشانگر تفاوت‌های سه گروه در آزمون‌های تعقیبی می‌باشد. با مقایسه دو به دوی این روش‌ها می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش مؤلفه عملکرد کیفیت زندگی در مقایسه با معنادرمانی ($P < 0/024$) بیشتر است. اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه حیطة علائم کیفیت زندگی در مقایسه با معنادرمانی ($P < 0/039$) بیشتر است. همچنین می‌توان گفت اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر افزایش عملکرد جنسی در مقایسه با معنادرمانی ($P < 0/019$) بیشتر است.

جدول شماره ۶- نتایج پیگیری بعد از سه ماه در سه گروه درمان پذیرش و تعهد، معنادرمانی و گروه شاهد مولفه های

متغیر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی

متغیر	درمان پذیرش و تعهد		معنادرمانی		گروه شاهد	
	پس آزمون پیگیری	(انحراف معیار) میانگین	پس آزمون پیگیری	(انحراف معیار) میانگین	پس آزمون	پیگیری
P	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین
حیطة عملکردی	۷۲/۴ (۳)	۷۴/۱ (۲/۲)	۴۱/۲ (۳/۳)	۳۹/۳ (۲/۱)	۳۴/۱ (۲)	۳۱/۶ (۲/۱)
حیطة علائم	۳۱/۱ (۲/۲)	۲۸/۴ (۲/۸)	۵۷/۴ (۲/۷)	۵۹/۴ (۱/۹)	۶۸/۳ (۳/۲)	۷۱/۲ (۲/۵)
عملکرد جنسی	۲۲/۶ (۳/۹)	۲۳/۷ (۴/۸)	۱۹/۴ (۴)	۱۸/۴ (۳/۳)	۱۳ (۴)	۱۲/۵ (۳/۳)

نتایج جدول شماره ۶ بیانگر آن است که در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکردی کیفیت زندگی (۳) ۷۲/۴ در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است ($P < 0/024$). در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکردی کیفیت زندگی (۲/۱) ۳۹/۳ در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است ($P < 0/024$). در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطة علائم کیفیت زندگی (۲/۲) ۳۱/۱ در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است ($P < 0/013$). در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة علائم کیفیت زندگی (۱/۹) ۵۹/۴ در دوره پیگیری سه

ماهه پایدار بوده است ($P < 0/013$). در گروه درمان پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکرد جنسی ($3/9$) در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است ($P < 0/019$). در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکرد جنسی ($3/3$) در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است ($P < 0/019$).

بحث

مطالعه نشان داد میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکردی کیفیت زندگی در گروه درمانی پذیرش و تعهد از $3/6$ ($3/3$) در پیش آزمون به $74/1$ ($2/2$) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری (3) $72/4$ کاهش اندکی داشت. در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة عملکردی کیفیت زندگی از $33/8$ ($2/4$) در پیش آزمون به $41/2$ ($3/3$) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز $39/3$ ($2/1$) کاهش اندکی داشت. در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) حیطة علائم کیفیت زندگی از $69/1$ ($3/3$) در پیش آزمون به $28/4$ ($2/8$) در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری نیز $31/1$ ($2/2$) افزایش اندکی داشت. در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) حیطة علائم کیفیت زندگی از $63/2$ ($2/2$) در پیش آزمون به $57/4$ ($2/7$) در پس آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری نیز $59/4$ ($1/9$) افزایش اندکی داشت. در گروه درمانی پذیرش و تعهد میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی از $13/8$ ($5/9$) در پیش آزمون به $23/7$ ($4/8$) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز $22/6$ ($3/9$) کاهش اندکی داشت. در گروه معنادرمانی میانگین (انحراف معیار) عملکرد جنسی از $12/7$ ($4/2$) در پیش آزمون به $19/4$ (4) در پس آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز $18/4$ ($3/3$) کاهش اندکی داشت. نمرات گروه گواه در سه مرحله تفاوت معنی داری نداشت. همچنین درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی بر افزایش حیطة عملکردی کیفیت زندگی، کاهش حیطة علائم زندگی کیفیت زندگی و بهبود عملکرد جنسی مؤثرتر بود. نتایج برخی مطالعات تأیید کننده اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و عملکرد جنسی می باشند. حیدریان و اسد پور تأثیرگذاری درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی زنان مبتلا به سرطان پستان و همسرانشان را نشان دادند (30). محبت بهار و همکاران نیز تأثیر این درمان در ارتقاء کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را نشان دادند (31). جبل عاملی و قاسمی هم در پژوهش خود اثرگذاری درمان پذیرش و تعهد را بر بهبود تمایلات جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان بعد از جراحی ماستکتومی نشان دادند (32). بیمار مبتلا به سرطان نیازمند راهبردهایی است تا بتواند قدرت سازگاری و توان مقابله خود را حفظ نماید، درمان پذیرش و تعهد به این بیماران کمک می کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا بدون امید تصور نکنند تا زندگی دارای معنا و ارزش شود. همچنین به این بیماران کمک می کند تا درد را به عنوان جزئی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی که باید از آن خلاص شوند (33). همچنین می توان گفت فرآیندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش موجب انعطاف پذیری روان شناختی در این بیماران شده و این درمان مداخله ای است که از تمرینات رفتاری و عملکردی بیشتری نسبت به درمان معنادرمانی برخوردار است و همین امر ممکن است موجب اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، شده باشد (34). از طرفی می توان گفت در درمان پذیرش و تعهد، ارزش بیش از اینکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می دهد. این ارزش ها و عمل براساس آن ها باعث بهبودی روابط بین فردی، بهبود کیفیت روابط جنسی و افزایش صمیمیت زناشویی در زنان مبتلا به سرطان پستان شده است (35). از چنین منظری با درگیر شدن فرد در درمان پذیرش و تعهد که متمرکز بر حل تدریجی مشکلات جنسی ایجاد شده بر اثر ناتوانی در غلبه بر اجتناب از تجربه و انعطاف ناپذیری روان شناختی است، فرد به خوبی قادر خواهد بود تا نگرش و سطح رضایت خود را از ویژگی های شخصی همسر، رابطه جنسی، ارتباط زناشویی، رضایت زناشویی و حل تعارض بالا ببرد (36). نتایج پژوهش های فروزنده و همکاران (37)، امیری راد و همکاران (38)، Oniemola و همکاران (39) و Vos & Vitali (20) تأیید کننده اثربخشی معنادرمانی بر افزایش کیفیت زندگی و بهبود عملکرد جنسی می باشد. معنادرمانی به فرد این فرصت را می دهد تا با نگرانی ها و مفاهیم زیربنایی زندگی مانند مرگ، ناامیدی، آزادی، مسئولیت، یافتن معنا در زندگی و تعالی خویشتن روبرو شود. در چنین شرایطی فرد مسئولیت پذیری بیشتری نسبت به زندگی خود

دارد و دگرگونی‌های بنیادین در باورهای خود تجربه می‌کند که احساس شادکامی و انگیزه در کنار مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران باعث می‌شود تا افراد به تغییر در رفتار خود نسبت به دیگران و ارتباط با محیط پیرامونشان بپردازند و از این طریق جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی آنها پس از درک معنا و هدف خود در زندگیشان افزایش می‌یابد (۴۰). همچنین می‌توان گفت معنادرمانی به افراد کمک می‌کند که به زندگی خود هدف و معنا ببخشند و با معرفی سایر منابع معنا مانند ارزش‌های تجربی، ارزش‌های آفرینندگی، یافتن معنا از طریق لذت بردن انجام دادن کارها، تجارب هنری و عشق به همسر و زندگی جستجو کنند و از این طریق بر یأس و ناامیدی، سرخوردگی‌ها و بی‌هدفی که منجر به کاهش رضایت زناشویی و متقابلاً کاهش عملکرد جنسی می‌شود غلبه کنند. معنادرمانی چهارچوب جدیدی را برای فرد مهیا می‌کند تا بتواند از طریق آن از چشم انداز دیگری به زندگی نگاه کرده و به آن معنا دهد. وقتی فرد می‌تواند معنای زندگی خود را بیابد، احساس ارزشمند بودن کرده و بر احساس پوچی و دلزدگی از زندگی خود غلبه کند، نتیجه‌اش افزایش شادابی و عملکرد جنسی سالم در زندگی می‌شود (۴۱). در زمینه اثربخشی قوی‌تر درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی بر افزایش کیفیت زندگی و بهبود عملکرد جنسی می‌توان گفت فرآیندهای بنیادی درمان تعهد و پذیرش شامل پذیرش، خود به عنوان زمینه، گسلش شناختی، ارزش‌ها، زندگی در لحظه اکنون و کار متعهدانه است که تمامی آن‌ها موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود (۴۲). درمان پذیرش و تعهد مداخله‌ای است که از تمرینات رفتاری و عملکردی بیشتری نسبت به درمان معنادرمانی برخوردار است (۴۳) و همین امر ممکن است موجب اثربخشی بیشتر درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان، شده است. همچنین می‌توان گفت یکی از مسائلی که باعث می‌شود عملکرد جنسی افراد مختل شود، درگیری ذهنی و نشخوار افکار مختلف و به طور کلی جدا شدن فرد از لحظه حال می‌باشد که در درمان پذیرش و تعهد این مسئله مورد هدف قرار می‌گیرد و به صورت مستقیم بر لحظه حال و لذت بردن از لحظه حال تأکید می‌شود، در حالی که در معنادرمانی بیشتر بر یافتن هدف و معنی در زندگی تأکید شده و به اندازه درمان پذیرش و تعهد بر زمان حال و لذت بردن از آن تأکید نمی‌شود و احتمالاً به این خاطر بوده است که درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی بهتر توانسته است عملکرد جنسی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود ببخشد (۳۶). استفاده از یک درمانگر در هر دو شیوه درمانی، که اصولاً باید برای هر روش درمانی از یک درمانگر مستقل استفاده می‌شد، به عنوان محدودیت پژوهش حاضر تلقی می‌شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری از یک شهر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی روش‌های درمانی دیگری مورد پژوهش قرار گیرد و در نهایت این پژوهش در شهرهای مختلف با فرهنگ‌های مختلف تکرار شود.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد درمان پذیرش و تعهد و معنادرمانی هر دو موجب بهبود کیفیت زندگی و همچنین ارتقاء عملکرد جنسی در زنان مبتلا به سرطان پستان شدند و درمان پذیرش و تعهد نسبت به معنادرمانی، اثربخشی قوی‌تری در بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء عملکرد جنسی داشت.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه پیام نور تهران می‌باشد و دارای کد اخلاق IR.PNU.REC.1400.035 از کمیته اخلاق دانشگاه پیام نور تهران می‌باشد. در پایان از تمامی مسئولین بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه که با اجرای این مطالعه موافقت کرده و همچنین تمامی بیماران مبتلا به سرطان پستان که با وجود مشکلات در این مطالعه همکاری کردند، صمیمانه تشکر می‌کنیم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Lüftner D, Schneeweiss A, Hartkopf AD, Müller V, Wöckel A, Janni W, et al. Update Breast Cancer 2020 Part 2—Advanced Breast Cancer: New Treatments and Implementation of Therapies with Companion Diagnostics. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*. 2020;80(4):8-17.
2. Zahmatkesh B, Keramat A, Alavi N, Khosravi A, Kousha A, Motlagh AG, et al. Breast cancer trend in Iran from 2000 to 2009 and prediction till 2020 using a trend analysis method. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2016;17(3):1493-8.
3. Yamani Ardakani B, Tirgari B, Roudi Rashtabadi O. Body image and its relationship with coping strategies: The views of Iranian breast cancer women following surgery. *European journal of cancer care*. 2020;29(1):1319-27.
4. Kouwenberg CA, de Ligt KM, Kranenburg LW, Rakhorst H, de Leeuw D, Siesling S, et al. Long-term health-related quality of life after four common surgical treatment options for breast cancer and the effect of complications: a retrospective patient-reported survey among 1871 patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2020;146(1):1-13.
5. Ferreira A, Di Meglio A, Pistilli B, Gbenou A, El-Mouhebb M, Dauchy S, et al. Differential impact of endocrine therapy and chemotherapy on quality of life of breast cancer survivors: a prospective patient-reported outcomes analysis. *Annals of Oncology*. 2019;30(11):1784-95.
6. Kim Y, Carver CS, Shaffer KM, Gansler T, Cannady RS. Cancer caregiving predicts physical impairments: roles of earlier caregiving stress and being a spousal caregiver. *Cancer*. 2015;12(25): 135-48.
7. Song Y-C, Sun G-Y, Fang H, Tang Y, Song Y-W, Hu C, et al. Quality of Life After Partial or Whole-Breast Irradiation in Breast-Conserving Therapy for Low-Risk Breast Cancer: 1-Year Results of a Phase 2 Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Oncology*. 2021;36(84): 59-69.
8. Shahid Sales S, Hasanzadeh M, Sania Saggade S, Al Davoud SA. Comparison of sexual dysfunction in women with breast cancer: case control study. *Tehran University Medical Journal TUMS Publications*. 2017;75(5):350-7.
9. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(4):1171-80.
10. Xu J, Cai L, Hu J, Man L, Niu L, Sun T, et al. Depression, sexual dysfunction and quality of life among breast cancer patients with ovarian function suppression: A cross sectional study between ovarian ablation verse GnRH agonists. 2021; 80(4): 17-28.
11. Partridge AH. Chemotherapy in premenopausal breast cancer patients. *Breast Care*. 2015;10(5):307-10.
12. Hainsworth JD, Spigel DR, Greco FA, Shipley DL, Peyton J, Rubin M, et al. Combined modality treatment with chemotherapy, radiation therapy, bevacizumab, and erlotinib in patients with locally advanced squamous carcinoma of the head and neck: a phase II trial of the Sarah Cannon oncology research consortium. *The Cancer Journal*. 2011;17(5):267-72.
13. Zhang C-Q, Leeming E, Smith P, Chung P-K, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*. 2018;8(11): 23-50.
14. Hancock KM, Swain J, Hainsworth CJ, Dixon AL, Koo S, Munro K. Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2018;47(2):296-311.
15. Kemani MK, Kanstrup M, Jordan A, Caes L, Gauntlett-Gilbert J. Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: A nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*. 2018;43(9):981-94.
16. Sun F-K, Hung C-M, Yao Y, Fu C-F, Tsai P-J, Chiang C-Y. The effects of logotherapy on distress, depression, and demoralization in breast cancer and gynecological cancer patients: a preliminary study. *Cancer nursing*. 2021;44(1):53-61.
17. Elsherbiny MMK, Al Maamari RH. The effectiveness of logotherapy in mitigating the social isolation of neglected institutionalised older people. *British Journal of Social Work*. 2018;48(4):1090-108.
18. Smith SG, Ellison R, Hall L, Clark J, Hartley S, Mason E, et al. Acceptance and Commitment Therapy to Support Medication Decision-making and Quality of Life in Women With Breast Cancer: Protocol for a Pilot Randomised Controlled Trial. 2021.
19. Putri SB, Jannah M. The effect of logotherapy on depression in breast cancer patients under chemotherapy. *Breast cancer*. 2019;2(9): 128-39.

20. Vos J, Vitali D. The effects of psychological meaning-centered therapies on quality of life and psychological stress: A metaanalysis. *Palliative & supportive care*. 2018;16(5):608-32.
21. Roientan S, Azadi S, Afshin H, Amini D. The Effectiveness of Combined Therapy Based on Acceptance, Commitment and Hope Therapy on Quality of Life in Cancer Patients in Yasuj. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2019;10(38):221-42.
22. Mansouri A, Backchalaki N. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on the Sexual Function and Life Satisfaction in Women with Substance Use Disorders. 2016; 8(35):215-30.
23. Giesinger JM, Loth FL, Aaronson NK, Arraras JI, Caocci G, Efficace F, et al. Thresholds for clinical importance were established to improve interpretation of the EORTC QLQ-C30 in clinical practice and research. *Journal of clinical epidemiology*. 2020;11(8):1-8.
24. Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*. 2000;26(2):191-208.
25. Fayers P, Bottomley A, Group EQoL. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*. 2002;38(25):125-33.
26. Safaee A, Moghim Dehkordi B. Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007;8(4):543-6.
27. Mohammadi K, Heydari M, Faghihzadeh S. The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. 2008;7 (3):1-12.
28. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976-1002.
29. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *Journal of clinical oncology*. 2012;30(12):13-24.
30. Heidarian A, Asadpour E, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. Effect of A Group Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Communication Patterns in Patients with Breast Cancer and Their Spouses. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2020;13(1):24-34.
31. Mohabat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi-joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015;9(34):17-26.
32. Jabalameli S, Ghasemi L. Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Desire in Women with Breast Cancer after Mastectomy. *Iranian Quarterly Journal of Breast Disease*. 2019;12(4):39-51.
33. Sarabi P, Parvizi F, Kakabaraee K. The Effectiveness of Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment on Sexual Function, Sexual Guilt Feeling, Sexual Self-Consciousness and Sexual Assertiveness among Women with Sexual Dysfunction. *Scientific Research Quarterly of Woman and Culture*. 2019;11(39):87-105.
34. 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;25(84)111-7.
35. Li H, Wu J, Ni Q, Zhang J, Wang Y, He G. Systematic review and meta-analysis of effectiveness of acceptance and commitment therapy in patients with breast cancer. *Nursing Research*. 2021;70(4):152-60.
36. Rostamkhani F, Ghamari M, Babakhani V, Merghati Khoei E. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Sexual Function in Postmenopausal Women. *Journal of Health and Care*. 2020;22(2):102-13.
37. Frouzande Z, Mami S, Amani O. The effectiveness of group logotherapy on resiliency, depression and quality of life in elderly. 2020;12(28):110-28.
38. Amirirad M, Aslami e, Mousavi S. The effectiveness of Self-Compassion focused Therapy on Finding Meaning in Life and sexual Satisfaction of Women With addicted husband in Mashhad city. *Clinical Psychology Studies*. 2020;10(40):77-102.
39. Oniemola R, Makinde B, Olusakin A. Effectiveness of Transactional Analysis and Logotherapy on Sexual Satisfaction and Marital Maladjustment of Educated Married Women in Kontagora, Niger state, Nigeria. 2017; ;8(20):35-49.
40. Mohamadi SY, rahimzada Tehrani K. The effectiveness of therapy on spiritual health and quality of life of women with AIDS in Tehran. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2018;7(25):106-20.

41. Haghjo F, Javanbakht S. Effectiveness of Logo Therapy to the Marital Satisfaction and Sexual Function in Women with Multiple Sclerosis. *Quarterly Journal of Applied Research in Counseling*. 2021;4(12):83-102.
42. Levin ME, Hildebrandt MJ, Lillis J, Hayes SC. The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*. 2012;43(4):741-56.
43. Amir F, Ahadi H, Nikkhah K, Seirafi M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy and group logotherapy in reducing perceived stress among MS patients. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2017;3(4):175-84.