

## مقایسه‌ی اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر درد و خستگی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلا به سرطان پستان

سمیه علی نسب<sup>۱</sup>، نجمه حمید<sup>۲</sup>، مالک میرهاشمی<sup>۳</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** سرطان پستان، شایع‌ترین سرطان زنان است. درد و خستگی مرتبط سرطان یکی از فراوان‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین پیامدهایی است که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو هدف این پژوهش، مقایسه‌ی اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی (EAET (Emotional Awareness and Expression Therapy) و درمان پذیرش و تعهد (ACT (Acceptance and Commitment Therapy) بر خستگی مرتبط با سرطان و شدت درد زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز خیریه مهر سهیلا واقع در شهرستان البرز بود. شرکت‌کنندگان با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. تعداد ۷۵ نفر واجد شرایط با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی (۲۵ نفر) و درمان پذیرش و تعهد (۲۵ نفر) و گروه شاهد (۲۵ نفر) جایگزین شدند. برای گروه‌های آزمایشی به‌طور جداگانه روش درمان آگاهی و ابراز هیجانی و پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت درمان گروهی در فاصله‌ی زمانی زمستان ۱۴۰۲ تا بهار ۱۴۰۳ اجرا گردید و داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های خستگی ناشی از سرطان و مقیاس دیداری درد جمع‌آوری شد. داده‌های حاصل با تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

**یافته‌ها:** هر دو روش درمانی به طور معنی‌داری بر کاهش درد و خستگی مرتبط با سرطان مؤثر بوده است و درمان آگاهی و ابراز هیجانی، تأثیر بیشتری نسبت به درمان پذیرش و تعهد بر نمره‌ی کلی درد داشت و این اثر تا مرحله‌ی پیگیری ادامه یافت ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** آموزش آگاهی و ابراز احساسات و درمان پذیرش و تعهد در کاهش درد و خستگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر بود. در بیماران دچار سرطان پستان، به دلیل عدم آگاهی نسبت به ماهیت بیماری و نقش تعیین‌کننده عوامل روان‌شناختی در میزان بهبودی و فرایند درمان، لازم است شرایط فراهم نمود که احساسات و هیجان‌های آنها به خوبی تنظیم شده و ابراز شوند، لذا توصیه می‌شود که در کنار درمان‌های دارویی، روانشناسان سلامت در مراکز درمانی و کلینیک‌های روانشناختی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و به ویژه درمان آگاهی و ابراز هیجانی جهت کمک به بیماران مبتلا به سرطان پستان در پذیرش بیماری و تلاش برای درمان آن و تخلیه و تنظیم هیجانات خود و کاهش درد و خستگی ناشی از بیماری استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** علائم فیزیولوژیک سرطان پستان؛ درمان درد و خستگی؛ آموزش بیان هیجان؛ پذیرش و تعهد

**ارجاع:** حمید نجمه، علی نسب سیمیه، میرهاشمی مالک. مقایسه‌ی اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی و درمان پذیرش و تعهد بر درد و خستگی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۳؛ ۴۲ (۷۹۸): ۱۱۷۴-۱۱۸۶.

زود هنگام و نوآوری‌های علمی در درمان چندوجهی، انتظار می‌رود تا ۵ سال پس از تشخیص زنده باشند. در کنار این پیشرفت در نتایج بالینی، بازماندگان سرطان سینه ممکن است چالش‌های خاصی را تجربه کنند و نیازهای منحصر به فردی داشته باشند (۱).

### مقدمه

شیوع سرطان سینه در ۲۰ سال گذشته به طور پیوسته در حال افزایش بوده است. در حال حاضر، بیش از ۹۰ درصد از زنانی که در مراحل اولیه سرطان پستان تشخیص داده می‌شوند، به لطف تشخیص

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: نجمه حمید؛ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه چمران اهواز، اهواز، ایران

آنها دچار پریشانی‌های جسمی، عاطفی و روانی مختلفی می‌شوند. درد یک پیامد رایج در بیماران مبتلا به سرطان می‌باشد که با مربوط به آسیب‌شناسی خود بیماری یا ناشی از درمان‌ها و مداخلات جراحی و غیرجراحی به کار گرفته شده، می‌باشد (۲).

بر اساس تعریف انجمن بین‌المللی درد، درد تجربه‌ی حسی و هیجانی ناخوشایندی است که با آسیب واقعی یا بالقوه مرتبط و دارای دو بعد حسی و عاطفی است. بعد حسی درد به شدت درد اشاره دارد و بعد عاطفی آن به میزان ناخشنودی که یک فرد تجربه می‌کند، اطلاق می‌گردد. درد چیزی است که بیمار بگوید و در هر زمانی که او اظهار کند، وجود دارد و بیمار معتبرترین فرد برای اظهار وجود درد است. این تعریف بر ماهیت ذهنی بودن درد و کنترل آن تأکید دارد (۳). گاهی اوقات خود سرطان می‌تواند باعث درد شود در موارد دیگر، درمان سرطان مانند جراحی، پرتودرمانی یا شیمی‌درمانی می‌تواند باعث ایجاد درد گردد. در بیماری سرطان پستان بازماندگان با انواع مختلفی از خروج توده‌ی سرطانی، جراحی حفظ پستان و تشریح غدد لنفاوی، تحت درمان جراحی قرار می‌گیرند که اغلب منجر به ایجاد درد مزمن می‌شود (۴). درد، خستگی و نبود انرژی، شایع‌ترین مشکلات بیماران مبتلا به سرطان است (۵). علائم مختلف به هم مرتبط هستند و یک علامت ممکن است باعث بدتر شدن علائم دیگر شود. علائم می‌تواند یک سری پیامدهای سلامتی، از جمله کاهش عملکرد سلامت، عملکرد شناختی و کیفیت زندگی ایجاد کند. طبق پژوهش‌ها بیماران مبتلا به سرطان که میزان درد متوسط و شدیدی را تجربه می‌کنند عمدتاً دارای سطوح خستگی متوسط یا بالاتر و کیفیت زندگی پایین‌تری بودند بنابراین رابطه‌ی مثبتی بین درد و خستگی مرتبط به سرطان وجود دارد (۶).

جامع‌ترین و متداول‌ترین تعریف، از شبکه‌ی جامع بین‌المللی سرطان؛ خستگی مرتبط با سرطان را نوعی پریشانی، احساس ذهنی مداومی از خستگی فیزیکی، هیجانی و یا شناختی می‌داند که مرتبط با سرطان یا درمان آن می‌باشد و هیچ تناسبی با فعالیت‌های اخیر فرد ندارد و در عملکردش اختلال ایجاد می‌کند (۷). خستگی مرتبط با سرطان جزء علائمی است که اگر درمان نشود، منجر به کاهش عملکرد، کاهش کیفیت زندگی و پیامدهای اجتماعی اقتصادی می‌گردد. این اثرات منفی و مداوم برگشت بیماران به زندگی عادی را به تأخیر می‌اندازد. درد، کاهش اشتها، تغییر در تصویر بدنی و نوع درمان از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر خستگی محسوب می‌شوند (۸). نیز خستگی مرتبط با سرطان با میزان مرگ و میر بالاترین بیماران ارتباط دارد (۹). بازماندگان خستگی را به عنوان یک مشکل مهم تشخیص می‌دهند که به اندازه‌ی کافی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه قرار نمی‌گیرد (۷). اگرچه طیف

وسعی از مداخلات در دسترس است اما تاکنون استاندارد طلایی برای درمان خستگی مرتبط با سرطان مبهم باقی مانده است (۱۰). در حوزه‌ی درمان در پژوهش مروری که Thong و همکاران انجام دادند انواع روش‌های درمانی برای خستگی مرتبط با سرطان مورد بررسی قرار گرفت؛ این روش‌ها شامل ماساژ، یوگا، فشار درمانی، ریلکسیشن، فعالیت‌های فیزیکی و ایروبیکی، تمرینات تنفس و رژیم‌های غذایی خاص بودند. طبق شواهد موجود بر اساس این پژوهش مروری روش‌های مداخله برای درمان خستگی مرتبط با سرطان حداکثر اثرات متوسطی از بهبود را نشان می‌دهند. این امکان وجود دارد که اثربخشی متوسط درمان، با در نظر نگرفتن ماهیت چند بعدی بودن خستگی مرتبط با سرطان در برنامه‌های درمانی مرتبط باشد (۱۰). از این‌رو مداخلات روانی-اجتماعی یک گزینه‌ی امیدوارکننده برای کاهش خستگی ناشی از سرطان است. طبق تحقیقات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی، علائم اضطراب، افسردگی و خستگی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است (۱۱).

در پژوهشی دیگر درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در کاهش اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و خستگی در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است (۱۲). از طرفی از جمله مداخلات روانشناختی برای درد مزمن درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی است (۱۳). برخلاف درمان شناختی-رفتاری که هدف آن تغییر افکار و احساسات غیر مفید است، درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پذیرش در حین زندگی آگاهانه، با توجه به ارزش‌های یک نفر تأکید دارد.

در چندین مطالعه نشان داده شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش درد نیز مؤثر بوده است (۱۴-۱۶). هدف رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، عبارت است از تغییر روابط افراد با تجارب درون‌یشان، کاهش کنترل و اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلس یا هم‌جوشی‌زدایی از افکار و احساسات یا خاطرات، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مستقیماً تروما، ناملایمات زندگی یا درگیری‌هایی را که به نظر می‌رسد باعث ایجاد درد اولیه می‌شوند را هدف قرار نمی‌دهد. در مقابل، بسیاری از روان‌درمانی‌های عمومی وجود دارند که بر تروما و درگیری‌های روان‌شناختی تمرکز می‌کنند و

تعهد است، اما با مدنظر قرار دادن این که درمان پذیرش و تعهد مستقیماً تروما و ناملایمات زندگی، را هدف قرار نمی‌دهد و تأکید آن بر درگیر نشدن با احساسات و افکار و تروماها، بلکه پذیرش آن‌ها و پیش برد زندگی بر مبنای ارزش‌های فرد است و در نقطه مقابل درمان آگاهی و ابراز هیجانی برپردازش تروماهای هیجانی تمرکز دارد و به بیماران کمک می‌کند تا با محرک‌هایی مانند خاطرات، تجربیات، روابط و احساسات، درگیر و مواجه شده و آنها را پردازش کنند و به نحوی به ریشه ناملایمات موجود می‌پردازد؛ به طوری که گسترش دهندگان درمان ( Emotional Awareness and Expression Therapy) EAET تأکید دارند که نسخه‌ی EAET آزمایش شده در آزمایشات اخیر به گونه‌ای طراحی شده است که از نظر تئوری «خالص» باشد. یعنی کاملاً متمایز از درمان‌های شناختی- رفتاری و مبتنی بر پذیرش است که می‌توان آن را با آنها مقایسه کرد (۱۹).

اگرچه در تحقیقات پیشین به تعیین اثربخشی هر یک از این مداخله‌های درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش کیفیت زندگی مطالعه شده است، اما اثربخشی و مقایسه‌ی این دو مداخله بر خستگی و درد بیماران مبتلا به سرطان پستان مطالعه نشده است، بنابراین با توجه به موارد گفته شده و عدم پیشینه پژوهشی در مورد به‌کارگیری درمان (EAET) در بیماران مبتلا به سرطان، پژوهش حاضر قصد دارد، اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی (EAET) با درمان پذیرش و تعهد ( Acceptance and Commitment Therapy) ACT بر خستگی و شدت درد زنان مبتلا به سرطان پستان را مقایسه کند و به این نتیجه دست یابد که کدام روش درمانی برای زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است؟

### روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه شاهد بود. پس از دریافت کد اخلاق از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد واحد رودهن (IR.IAU.R.REC.1402.034)، جامعه‌ی پژوهش که شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستانی بودند که در مرکز خیریه مهر سهیلا واقع در استان البرز پرونده داشتند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل زنان بین ۱۸ تا ۵۰ سال مبتلا به سرطان پستان که در مرحله‌ی دوم بیماری قرار دارند، داشتن تحصیلات راهنمایی به بالا و کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین در پرسشنامه‌ی درد و خستگی بوده است. همچنین شرکت‌کنندگان نباید در حال انجام تمرینات یوگا، مراقبه یا ذهن‌آگاهی می‌بودند. ملاک‌های خروج شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه‌ی حضور در جلسات مداخله، ابتلا به بیماری‌های حاد جسمانی و روانشناختی، شدت

باعث بهبود قابل توجهی در علائم می‌شوند، مکانیسم رایج این روان‌درمانی‌ها این است که به بیماران کمک می‌کنند تا با محرک‌هایی مانند خاطرات، تجربیات، روابط و احساسات، درگیر و مواجه شده و آنها را پردازش کنند (۱۹).

از جمله‌ی این درمان‌ها، درمان آگاهی و ابراز هیجانی است. این رویکرد درمانی توسط Lumley و همکاران گسترش یافته است. درمان آگاهی و ابراز هیجانی نوعی درمان است که بر توسعه مهارت آگاهی از هیجان و ابراز آن برای افزایش سلامت روان تمرکز دارد. درمان بر اساس این ایده شکل گرفته است که هیجان‌ات عملکرد محافظتی دارند و دشواری در مدیریت هیجان‌ها منجر به ایجاد مشکلات هیجانی و رفتاری خواهد شد (۲۰). در درمان آگاهی و ابراز هیجانی درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا هیجان‌اتش را شناسایی، نامگذاری و به شیوه‌ی سالم آن‌ها را تجربه نماید و مهارت مدیریت هیجان‌ات مشکل سازش را بیاموزد (۲۱).

در پژوهشی نشان داده شد که آگاهی هیجانی و تکنیک‌های بیان نوشتاری هیجان منجر به کاهش قابل توجه درد، می‌شود (۲۲). در پژوهش دیگری نشان داده شد، اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی بر کاهش درد در افراد مبتلا به فیبروما لژیا بیش از درمان شناختی- رفتاری و آموزش پایه‌ای است (۲۰). همچنین سرکوب هیجان‌ات و وجود هیجان‌ات ناخوشایند، خود موجب تغییر پاسخ‌های ایمنی و روند پیشرفت سرطان می‌شود (۲۳). یافته‌های یک پژوهش اهمیت راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مدیریت خستگی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلا به سرطان را برجسته کرد (۲۴). اختلال در تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده‌ی خستگی مرتبط با سرطان می‌باشد و راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند برای مقابله با خستگی مرتبط با سرطان مؤثر باشد (۲۴).

به طور کلی در حوزه درمان طی یک مطالعه‌ی مروری در سال ۲۰۲۳ که به بررسی ۳۷ پژوهش در مورد اثربخشی درمان‌های گروهی بر پریشانی‌های ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان غیر متاستاتیک صورت گرفته بود؛ مشخص شد که درمان شناختی- رفتاری (CBT) و رویکردهای گروهی CBT موج سوم مؤثرترین روش‌ها بودند. همچنین درمان‌های گروهی، اثرات مفیدی را بر پیامدهای ثانویه از جمله بر کیفیت زندگی و مقابله بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داده‌اند. از این رو مداخلات روانی به صورت گروه درمانی یک گزینه امیدوارکننده برای کاهش پیامدهای ناگوار ناشی از سرطان است، البته با اثرات کوتاه‌مدت. با این حال، تحقیقات بیشتری برای ارزیابی اثربخشی مداخلات خاص در خوشه‌های جمعیتی و بررسی اثربخشی بلندمدت آنها مورد نیاز است (۲۵).

یکی از رویکردهای گروهی CBT موج سوم، درمان پذیرش و

سه مؤلفه‌ی جسمانی (سؤالات ۸، ۵، ۱۱، ۱۴، ۱۵) و مؤلفه‌ی عاطفی (سؤالات ۱، ۲، ۳، ۶، ۹، ۱۲) و مؤلفه‌ی شناختی (سؤالات ۱۰، ۷، ۴، ۱۳) را مورد ارزش‌یابی قرار می‌دهد. این مقیاس با یک طیف پنج درجه‌ای که نمره‌ی صفر (به هیچ وجه) تا ۴ خیلی زیاد دریافت می‌کند و وضعیت اخیر بیمار در خستگی از سرطان را نشان می‌دهد، به این ترتیب درجه‌ی احتمالی خستگی در بعد جسمانی نمره‌ی ۰ تا ۲۸، در بعد عاطفی نمره‌ی ۰ تا ۲۴ در بعد شناختی نمره‌ی ۰ تا ۱۶ و نمره‌ی کلی خستگی ۰ تا ۶۰ متغیر است (۲۹).

توکلی و همکاران اعتبار پرسشنامه را از روش همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه کردند. ضرایب آلفای کرونباخ به ترتیب در سه مؤلفه جسمانی، عاطفی و شناختی، ۸۸/۰، ۹۲/۰ و ۸۵/۰ و برای کل پرسشنامه ۹۰ گزارش شده است (۳۰). در پژوهش فعلی از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۶ بوده است.

#### اجرا

برای گروه آزمایشی اول روش درمان آگاهی و ابراز هیجانی (EAET) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه به صورت گروهی برگزار شد. نسخه‌ی اولیه (EAET) توسط Lumley و همکاران ایجاد شد، سپس محققان دیگر برای توسعه‌ی نسخه‌ی فعلی EAET همکاری کردند، که شامل تمرکز قوی تر بر بیان احساسی تروما و تعارض حل نشده با هدف قرار دادن خشم ابراز نشده و ارتباط بین احساسات بود (۲۲). برای گروه آزمایشی دوم روش درمان پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه به صورت گروهی توسط یک درمانگر دوره دیده در رویکرد پذیرش و تعهد و رویکردهای متمرکز بر هیجان که دارای گواهینامه‌ی معتبر است و با نظرات استاد راهنمای این طرح برگزار شد. پژوهش به صورت یک سویه‌گور بود که در آن شرکت‌کنندگان در یک گروه آزمایشی از جمله در گروه شاهد از حضور سایر شرکت‌کنندگان در گروه درمانی مطلع نبودند. فرد اجراکننده برای هر دو گروه یکسان بود. برای هر جلسه کاربرگی به عنوان تکلیف خانگی داده شد که متناسب با موضوعات کار شده در هر جلسه بود. برای گروه شاهد، هیچ آموزشی اعمال نشد، لیکن جهت ملاحظات اخلاقی، پس از خاتمه‌ی این پژوهش سه جلسه تحت درمان قرار گرفتند. برای گروه شاهد و نیز گروه آزمایشی قبل از شروع جلسات پیش‌آزمون و نیز بعد از اتمام جلسات آموزشی پس‌آزمون اجرا شد و پس از دو ماه از اتمام جلسات آزمون پیگیری از دو گروه به عمل آمد. بعد از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها در مرحله‌ی پیگیری داده‌های خام با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ (version 21, IBM Corporation, Armonk, NY) و با تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد Hayes و همکاران (۲۳) طی ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای، در ۸ هفته‌ی پایانی برگزار شد که خلاصه

گرفتن بیماری به گونه‌ای که فرد توان ادامه جلسات روان‌درمانی را نداشته باشد. با در نظر گرفتن احتمال ریزش و تعداد متغیرهای وابسته، این رقم در هر گروه به ۲۵ نفر در مجموع ۷۵ نفر افزایش داده شد. از بین افراد واجد شرایط تعداد ۷۵ نفر پس از بررسی تشخیصی مرتبط با متغیرهای پژوهش و ملاک ورود به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه درمان مبتنی بر آگاهی و ابراز هیجانی (۲۵ نفر) درمان پذیرش و تعهد (۲۵ نفر) و گروه شاهد (۲۵ نفر) جایگزین گردیدند. شرکت‌کنندگان بصورت یک سویه‌گور بودند و گروه‌های آزمایشی و گروه شاهد از برگزاری گروه درمانی برای دیگر شرکت‌کنندگان دیگر بی‌اطلاع بودند. اهداف پژوهش و اصل محرمانه بودن اطلاعات برای بیماران توضیح داده شد و با کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه، پرسشنامه‌ها جهت تکمیل به آنان ارائه و برای هر یک از گروه‌های آزمایشی بطور جداگانه تعداد ۸ جلسه گروه‌درمانی روش آگاهی و ابراز هیجانی و تعداد ۸ جلسه‌ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگزار گردید. گروه شاهد، طی این مدت، مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط کتاب‌هایی معرفی گردید که به آنها در پذیرش بیماری، مبارزه با آن، امیدبخشی و تخلیه‌ی احساسات و هیجانات خود کمک کنند. پس از خاتمه‌ی آزمایش، جهت ملاحظات اخلاقی سه جلسه روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند.

#### ابزار

مقیاس دیداری شدت درد (Visual Analogue Scale) VAS: یکی از مقیاس‌های درجه‌بندی درد است که برای اولین بار در سال ۱۹۲۱ توسط Patterson و Hayes استفاده شد. در یک انتهای آن عدد صفر و در انتهای دیگر آن، عدد ۱۰ نمره‌گذاری شده است که در زیر عدد صفر، عبارت «عدم درد» و در زیر عدد ۱۰ عبارت «شدیدترین درد ممکن» نوشته شده است. در این مقیاس از فرد خواسته می‌شود تا شدت درد ادراک شده را بر روی محور به صورت دیداری علامت بزند (۲۶). مقیاس دیداری شدت درد، پرکاربردترین مقیاس سنجش درد در دنیا است که علاوه بر روایی و پایایی، مهم‌ترین خصیصه این مقیاس سادگی استفاده از آن است. کسب نمره‌ی ۳-۱ نشان‌دهنده‌ی درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ نشان‌دهنده‌ی درد شدید است. پایایی این مقیاس برای تعیین سطح درد ۰/۷۷ و روایی تا ۰/۵۱ است (۲۷). پایایی این ابزار در ایران از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۷ محاسبه شده است (۲۸). پایایی این ابزار در پژوهش فعلی از طریق آلفای کرونباخ معادل ۰/۷۳ بوده است.

مقیاس خستگی ناشی از سرطان (Cancer fatigue scale) CFS: پرسش‌نامه‌ی خستگی ناشی از سرطان توسط Okuyama و همکاران ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال می‌باشد که

محتوای هر جلسه در ادامه ارائه شده است.

### جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه اول: معارفه اعضا، تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی، رضایت آگاهانه و بستن قرار داد درمانی، تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با عوارض بیماری، توصیف افکار در مورد بیماری سرطان و نشانه‌های آن، تبیین علائم و نشانه‌های سرطان، ارزیابی تمایل افراد به تغییر و انتظارات‌شان از گروه درمانی، تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با عوارض بیماری، توصیف افکار در مورد بیماری و نشانه‌های آن. تکلیف: مشخص کردن ۳ مشکل اصلی بیمار.

جلسه دوم: آشنایی با مفاهیم درمانی (ACT) ایجاد امیدواری خلاقانه در جهت ناامیدی از روش‌های کنترلی که تاکنون به کار برده‌اند برای رسیدن به پذیرش بیماری و شرایط آن دریافت بازخورد و دادن تکلیف: مزایا و معایب روش‌های کنترل تجربیات درونی و بیان داستان زندگی به زبان خود.

جلسه سوم: مرور جلسه قبل، بیان اینکه کنترل خود به عنوان مشکل است نه راه‌حل و استفاده از استعاره‌ها در جهت تبیین این مفهوم، آموزش خودآرام‌سازی با حواس پنجگانه مشخص کردن تکلیف: ثبت موقعیتی که موفق به کنار گذاشتن کنترل شده‌اند.

جلسه چهارم: تمرین توجه آگاهی، مرور جلسه قبل تکنیک‌های هم‌جوشی‌زدایی تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف؛ پیامی که بیماران دریافت کرده‌اند بیشتر بر این اساس بوده که امیدوار باشند، به افکار منفی در مورد بیماری توجه نکنند و به نحوی به کنترل دست بزنن اما در این جلسه یاد می‌گیرند به افکار و تجربیات درونی نسبت به بیماری توجه کنند اما به محتوای آن نجسبند. تکلیف: تمرین توجه آگاهی.

جلسه پنجم: مشاهده‌ی خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر اینکه خود را صرفاً یک بیمار نبینند بلکه فردی ببینند که بیماری بر آن عارض شده و او وجودی فراتر از بیمار است، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار.

جلسه ششم: بیان رویدادهای مثبت مرتبط با بیمارانی که با امیدواری و تقویت روحیه بر بیماری خود و نشانگان آن بهبود یافته‌اند. تقویت باورهای معنوی و روحیه توکل به نیروی برتر و خالق هستی در جهت شفا و بهبودی، توسعه‌ی شبکه‌ی روابط و حمایت اجتماعی، آموزش تمرکز بر پدیده‌های جهان هستی و کسب انرژی مثبت آن و پرداختن به دل‌مشغولی‌های پیرامونی برای رهایی از افکار ناامیدکننده و ترسناک مرتبط با بیماری، ایجاد تکالیف خانگی و سرگرمی‌های متنوع برای افزایش احساس تسلط و لذت بردن از زندگی، کشف ارزش‌های عملی زندگی.

جلسه هفتم: تأکید بر اهمیت حفظ روحیه‌ی خود و شاد بودن در هر شرایطی برای غلبه بر بیماری، مراد به افرادی که بر علائم بیماری خود غلبه کردند یا مشارکت در فعالیت‌های گروهی فرحبخش، تمرین تجسمی پذیرش واقعیت‌های زندگی و اهمیت تعامل و تعهد، تعیین الگوهای عملی متناسب با ارزش‌ها، تشویق گروه بر ارتباط با درمانگر بعد از خاتمه هر جلسه در صورت نیاز.

جلسه هشتم: مرور و جمع‌بندی جلسات قبل، تمرینات آرامش عضلانی، تجسم مثبت بهبودی و تغییرات روحی ناشی از آن، بیان تجربیات مثبت اعضای گروه، تأکید بر انجام تکالیف خانگی و گروهی پس از اتمام جلسات درمانی. برخورداری از حمایت گروهی و پیوند صمیمانه اعضای گروه با یکدیگر به ویژه هنگام مشکل و نیاز به کمک گروهی.

### جلسات درمان آگاهی و ابراز هیجانی

در این پژوهش از پروتکل راهنمای درمانگری که توسط Thakur و همکاران گسترش پیدا کرده و نسخه‌ای که متمرکز بر هیجان ابراز نشده می‌باشد استفاده شده است (۲۸). این پروتکل در ایران توسط پژوهشگران مبتنی بر یک بسته‌ی آموزشی در مورد بیماران سالمند مبتلا به سرطان تدوین شده است (۳۱).

### جلسه اول: برقراری پیوند درمانی

برقراری ارتباط درمانی با همدلی و حضور، شنیدن رویداد و ذکریات بیمار در ارتباط با سرطان، انتظارات و نگرانی‌های مراجع از درمان، بیان قوانین درمان، تأکید بر تکالیف خانگی و معرفی کتب مربوط به نقش امید در بهبودی و شفا یافتن، توضیح در مورد اصول درمان، بررسی زندگی و برقراری رابطه بین استرس و نشانه‌های بیماری سرطان و کمک به بیمار در ایجاد این آگاهی که علائم جسمی آنها با احساسات آنها مرتبط است. ایجاد یک جدول زمانی مرور زندگی با بیمار، گرفتن بازخورد و دادن تکلیف.

### جلسه دوم: مفهوم‌سازی مشکل

مفهوم‌سازی مشکلات قبل و بعد بیماری سرطان، ارزیابی سبک پردازش هیجانی و پردازش‌های خرد، ارزیابی مارکرویتی و دلبستگی، موانع سازگاری با بیماری سرطان، شناسایی چرخه تعامل منفی و موانع دلبستگی. شناسایی و مواجهه با اضطراب بیماری. مشخص کردن دفاع و اجتناب‌ها، تجربه و بیان احساسات اصلی، با تمرینات تجربی به بیمار کمک می‌شود تا به طور کامل احساسات مهار شده/اجتناب شده خود را بیان کند و بداند که آگاه شدن، تجربه کردن و ابراز احساسات به بیمار کمک می‌کند تا سالم‌تر شود. تجربه و ابراز خشم.

### جلسه سوم: بیان هیجان‌ات

بیان تجارب دردناک و ترومای سرطان و اضطراب مرگ، برجسته‌سازی هیجان‌های اولیه، ثانویه و ابزاری، آگاهی از وجود

و تعاملات با تمرکز بر خود. سپاسگزاری، غلبه بر موانع و تبدیل شدن به یک فرد جدید کاربرک برنامه‌ریزی برای آینده، به اشتراک گذاشتن آنچه تغییر کرده است و آنچه باید روی آن کار شود، بیان احساسات و بازخورد در مورد اتمام جلسات.

### یافته‌ها

بازیه سنی شرکت‌کنندگان پژوهش بین ۲۶ تا ۵۰ سال بود میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمانی پذیرش و تعهد ۳۵/۲۳۸ و در گروه درمان آگاهی و ابراز هیجانی ۳۵/۴۲۸ و میانگین سنی گروه شاهد ۳۵/۶۱۹ بود. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر شدت درد و خستگی مرتبط با سرطان ذکر شده است. جهت بررسی معنادار بودن تفاوت دو مداخله‌ی درمانی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است. استفاده از آزمون F به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است. بدین منظور برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون Shapiro-Wilk استفاده شد که بنا به نتایج آن فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر شدت درد و خستگی در تمامی گروه‌ها در تمامی مراحل تأیید شده است ( $P > 0/05$ ). برای بررسی یکنواختی کوواریانس‌های نمرات شدت درد و خستگی مرتبط با سرطان توجه به اینکه معنی‌داری در آزمون کرویت ماچلی کمتر از ۰/۰۵ بود از آزمون گرین هاوز گیزر و آزمون هاین فلت جهت بررسی این پیش‌فرض استفاده شد که به دلیل معنی‌داری این آزمون‌ها می‌توان گفت با خطای کمتر از ۰/۰۵ درصد، میانگین نمره‌ی شدت درد و خشم و ابعاد آن یکسان نیست. همچنین طبق نتایج آزمون Levene مفروضه برابری واریانس متغیرهای پژوهش در تمامی متغیرها رعایت شده است ( $P > 0/05$ ).

در جدول ۲، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در گروه آزمایش و شاهد حاکی از آنست که تأثیر زمان اندازه‌گیری بر متغیرهای وابسته معنی‌دار است؛ لذا می‌توان اذعان کرد که صرف‌نظر از گروه، بین میانگین نمرات شدت درد و خستگی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P > 0/05$ ). همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار است؛ این نتیجه دال بر این است که درمان آگاهی و ابراز هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شدت درد و خستگی و ابعاد آن در بیماران سرطان پستان اثر دارد ( $P > 0/05$ )، اما درعین‌حال اثر گروه نیز به‌تنهایی معنی‌دار است؛ بنابراین صرف‌نظر از زمان اندازه‌گیری، بین میانگین نمرات شدت درد گروه‌های آزمایش و شاهد، تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P > 0/05$ ). چون در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمی‌توان مشخص کرد که کدام درمان اثربخش‌تر

هیجان و نام‌گذاری، توجه به حس‌های بدنی و به کلام درآوردن هیجان‌ات و دردهای جسمی. بررسی و بحث در مورد تجربیات اجتناب شده، بیان عاطفی در زندگی روزمره و حرکت رو به جلو با کمک به بیمار در ابراز درست هیجان‌ات در روابط بین فردی خود، آموزش مهارت‌های قاطعیت و ایفای نقش، دادن کاربرک تکلیف خانگی (نامه‌ی خشم یا رنجش ارسال نشده).

### جلسه‌ی چهارم: رویارویی با هیجان

کار با اجتناب، خودبازداری، احساس گناه و خودسرزنش‌گری. دنبال کردن ادراک خود و بیماری. تمایز بین هیجان‌ها حمایت از احساس محق بودن برای داشتن نیاز. تجربه هیجان‌های ثانویه و تبدیلی و ادراک نیاز نهفته. مشخص کردن باورها یا قوانین ناسالم اصلی، توضیح در مورد احساس گناه، تشویق به اعتراف و عذرخواهی، ارائه‌ی کاربرک‌های تکلیف خانگی.

### جلسه‌ی پنجم: تقویت هیجان‌ات اولیه

برجسته‌سازی و تقویت بیان کامل هیجان اولیه سازگار و بیان نیازها، شناسایی وقفه‌ها و دوپارگی عمق بخشی با فنون صندلی (دو صندلی برای دو پارگی و صندلی خالی برای کار ناتمام). ابراز و صحبت درباره‌ی ترومای سرطان و اضطراب مرگ و توجه به نیازهای اولیه تشویق به بخشش دیگران یا رها کردن خشم و رنجش، تجربه، ابراز و رهاسازی احساسات، ارائه‌ی کاربرک‌های تکلیف خانگی.

### جلسه‌ی ششم: جهت‌دهی به تجربه‌ی درونی هیجان

شناسایی و کار روی وقفه‌ها و موانع دسترسی به هیجان‌ها، ابراز نیازهای برآورده نشده از سوی منبع دل‌بستگی و اعتبار بخشی به آنها، تمرکز بر بدن و اعضای درگیر بیماری، آگاهی مراجع از ارتباط هیجان و بدن. جهت‌دهی مجدد به تجربه‌ی درونی سرطان. بررسی احساس شرم، مشخص کردن روابط مثبت یا صمیمی، تجربه و ابراز کردن صمیمیت، مشخص کردن تجربیات یا اسرار خصوصی و تأثیرات آنها و ارائه‌ی کاربرک‌های تکلیف خانگی.

### جلسه‌ی هفتم: توسعه‌ی درک و تجربه‌ی هیجان

تنظیم هیجان با توسعه‌ی تجربه کردن، احساس عاملیت و مالکیت هیجانی، تأکید بر اهمیت آنها، تقویت بیان نیازهای هیجانی. فراخوانی حضور منبع دل‌بستگی در مواقع دشوار، باز کردن فضا جهت کاهش نگرانی و دستیابی به احساس امنیت، حمایت از ظهور و درک جدید از خود پس از بیماری. توضیح در مورد صمیمیت، تمرین در مورد ارتباطات سالم، تکلیف خانگی برنامه‌ریزی برای ارتباطات سالم.

### جلسه‌ی هشتم: پذیرش هیجان و کشف معنای جدید

تأمل و کشف رابطه‌ی بین بدن، هیجان، تعلقات درونی، سازگاری با بیماری، پذیرش و کشف معنای جدید برای سرطان و پذیرش مرگ به عنوان بخشی از زندگی، چارچوب‌بندی مجدد روابط

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار شدت درد و خستگی مرتبط با سرطان در گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پیگیری میانگین ± انحراف معیار
شدت درد	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۵/۷۱۴ ± ۱/۰۵۵	۲/۶۱۹ ± ۰/۴۹۷	۲/۵۷۱ ± ۰/۵۰۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵/۲۸۵ ± ۱/۰۰۷	۳/۹۰۴ ± ۰/۹۴۳	۳/۷۶۱ ± ۰/۹۴۳
	شاهد	۵/۰۹۵ ± ۰/۹۹۵	۴/۹۵۲ ± ۰/۸۰۴	۵/۰۴۷ ± ۰/۹۲۰
خستگی عاطفی	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۱۵/۴۲۸ ± ۲/۴۸۱	۱۰/۴۷۶ ± ۲/۰۱۵	۱۰/۸۰۹ ± ۲/۲۰۴
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۴/۸۵۷ ± ۳/۹۴۰	۹/۱۴۲ ± ۱/۵۲۵	۸/۹۰۴ ± ۱/۸۹۴
	شاهد	۱۵/۲۳۸ ± ۳/۰۶۴	۱۴/۸۰۹ ± ۲/۸۰۳	۱۵/۱۴۲ ± ۲/۶۵۱
خستگی جسمانی	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۱۳/۲۸۵ ± ۲/۸۳۰	۹/۶۱۹ ± ۲/۱۰۸	۹/۷۶۱ ± ۱/۴۴۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱۲/۳۸۱ ± ۳/۶۶۷	۹/۷۱۴ ± ۲/۶۴۸	۹/۶۶۶ ± ۲/۶۸۹
	شاهد	۱۲/۷۱۴ ± ۳/۲۴۲	۱۲/۲۸۵ ± ۲/۷۴۱	۱۲/۴۲۸ ± ۲/۷۶۷
خستگی شناختی	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۸/۸۰۹ ± ۲/۷۴۹	۴/۹۵۲ ± ۲/۴۱۸	۵/۰۴۷ ± ۲/۲۶۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۸/۶۱۹ ± ۲/۱۷۸	۵/۷۶۱ ± ۱/۸۱۳	۵/۹۰۴ ± ۱/۸۶۸
	شاهد	۹/۱۹۰ ± ۲/۴۸۲	۹/۲۸۵ ± ۲/۱۹۴	۹/۵۲۳ ± ۲/۳۳۷
خستگی مرتبط با سرطان	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	۳۷/۵۲۳ ± ۵/۶۶۲	۲۵/۰۴۷ ± ۴/۱۵۳	۲۵/۶۱۹ ± ۴/۲۹۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۳۵/۸۷۱ ± ۸/۳۳۲	۲۴/۶۱۹ ± ۴/۷۲۷	۲۴/۴۷۶ ± ۴/۶۸۶
	شاهد	۳۷/۱۴۲ ± ۷/۰۵۸	۳۶/۳۸۱ ± ۶/۲۳۲	۳۷/۰۹۵ ± ۵/۷۲۶

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی و دوران آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر در گروه آزمایش و شاهد

متغیرهای پژوهش	نوع ارزیابی	منبع تغییر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	Sig.	اندازه‌ی اثر	توان آزمون
شدت درد	درون‌گروهی	زمان	۷۷/۷۸۶	۱	۷۷/۷۸۶	۱۷۶/۹۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۱/۰۰
		تأثیر زمان و گروه	۵۰/۳۳۳	۲	۲۵/۱۶۷	۵۷/۲۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵۶	۱/۰۰
		خطا	۲۶/۳۸۱	۶۰	۰/۴۴۰				
خستگی عاطفی	بین‌گروهی	گروه	۶۱/۴۷۱	۲	۳۰/۷۳۵	۱۹/۱۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴	۱/۰۰
		خطا	۹۶/۱۹۰	۶۰	۱/۶۰۳				
		زمان	۳۹۸/۲۲۲	۱	۳۹۸/۲۲۲	۱۱۲/۷۸۰	۰/۰۰۱	۶۵۳	۱/۰۰
خستگی جسمانی	درون‌گروهی	تأثیر زمان و گروه	۱۹۷/۹۲۱	۲	۹۸/۹۶۰	۲۸/۰۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳	۱/۰۰
		خطا	۲۱۱/۸۵۷	۶۰	۱/۰۲۰				
		گروه	۵۵۳/۶۹۳	۲	۲۷۶/۸۴۷	۱۷/۶۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰	۱/۰۰
خستگی شناختی	بین‌گروهی	خطا	۹۴۳/۱۱۱	۶۰	۱۵/۷۱۹				
		زمان	۱۵۴/۹۳۱	۱	۱۵۴/۹۳۱	۱۵۱/۸۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷	۱/۰۰
		تأثیر زمان و گروه	۴۹/۸۴۷	۲	۲۴/۹۲۳	۲۴/۴۲۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۹	۱/۰۰
خستگی	درون‌گروهی	خطا	۲۳۵/۹۰۵	۶۰	۳/۹۳۲				
		گروه	۱۲۹/۷۴۶	۲	۶۴/۸۷۳	۳/۸۴۹	۰/۰۲۷	۰/۱۱۴	۰/۶۷۶
		خطا	۱۰۱۱/۲۰۶	۶۰	۱۶/۸۵۳				
خستگی	بین‌گروهی	زمان	۱۳۲/۰۷۱	۱	۱۳۲/۰۷۱	۳۶/۶۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹	۱/۰۰
		تأثیر زمان و گروه	۹۵/۰۴۸	۲	۴۷/۵۲۴	۱۳/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵	۱/۰۰
		خطا	۲۱۶/۳۸۱	۶۰	۳/۶۰۶				
خستگی	درون‌گروهی	گروه	۳۴۱/۰۲۶	۲	۱۷۰/۵۱۳	۱۶/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵۶	۱/۰۰
		خطا	۶۱۷/۸۴۱	۶۰	۱۰/۲۹۷				
		زمان	۱۹۰/۵/۵۵۶	۱	۱۹۰/۵/۵۵۶	۱۰۹/۷۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۷	۱/۰۰
خستگی	بین‌گروهی	تأثیر زمان و گروه	۹۴۲/۵۸۷	۲	۴۷۱/۲۹۴	۲۷/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵	۱/۰۰
		خطا	۱۰۴۱/۸۵۷	۶۰	۱۷/۳۶۷				
		گروه	۲۷۳۵/۳۷۶	۲	۱۳۶۷/۶۸۸	۱۷/۶۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷۰	۱/۰۰

جدول ۳. آزمون Bonferroni برای مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری متغیر شدت درد و خستگی مرتبط با سرطان

متغیر	مراحل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	Sig.
شدت درد	پس‌آزمون	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۰۱ - ۱/۲۸۵
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۲/۲۳۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۱/۰۴۷
	پیگیری	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۰۱ - ۱/۱۹۰
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۲/۴۷۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۱/۲۸۵
خستگی عاطفی	پس‌آزمون	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۱۵۶ ۱/۳۳۳
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۴/۳۳۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۵/۶۶۶
	پیگیری	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۰۶۲ ۱/۹۰۴
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۴/۳۳۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۶/۲۳۸
خستگی جسمانی	پس‌آزمون	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۰۰ - ۰/۰۹۵
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۲/۶۶۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۵ - ۲/۵۷۱
	پیگیری	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۰۰ - ۰/۰۹۵
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۲ - ۲/۶۶۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۲/۷۶۱
خستگی شناختی	پس‌آزمون	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۶۸۶ - ۰/۸۰۹
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۴/۳۳۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۳/۵۲۳
	پیگیری	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۶۱۵ ۰/۸۵۷
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۴/۴۷۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۳/۶۱۹
خستگی	پس‌آزمون	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۰۰ - ۰/۴۲۸
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۱۱/۳۳۳
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۱۱/۷۶۱
	پیگیری	درمان آگاهی و ابراز هیجانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۰۰ - ۱/۱۴۲
		درمان آگاهی و ابراز هیجانی	شاهد	۰/۰۰۱ - ۱۱/۴۷۶
		درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	شاهد	۰/۰۰۱ - ۱۲/۶۱۹

خستگی و ابعاد آن اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

بوده است در ادامه، برای مشخص شدن میانگین‌هایی که باهم تفاوت دارند از آزمون پس از تجربه Bonferroni استفاده شده است.

### بحث

طبق یافته‌های پژوهش حاضر، درمان آگاهی و ابراز هیجانی و درمان پذیرش و تعهد، موجب کاهش معنی‌دار شدت درد و خستگی مرتبط به سرطان در شرکت‌کنندگان بوده و این اثرگذاری در آزمون‌های پیگیری نیز مشخص شده است. همچنین نتایج بیانگر تأثیر بیشتر درمان آگاهی و ابراز هیجانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در شدت درد می‌باشد. ابتلا به سرطان همراه با تغییرات جسمانی مرتبط

نتایج جدول ۳ نشان داد که در متغیر شدت درد، اختلاف در پس‌آزمون و پیگیری، درمان آگاهی و ابراز هیجانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنی‌دار می‌باشد و می‌توان گفت درمان آگاهی و ابراز هیجانی مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است ( $P > 0/05$ )، اما نتایج سطح معنی‌داری مقایسه بین گروه‌های آزمایش (روش‌های مداخله) نشان داد که بین روش‌های درمان آگاهی و ابراز هیجانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نمره‌ی

پیچیده‌ای که با آن مواجه هستند هیجان‌ات خود را سرکوب می‌کنند و از سرکوب هیجاناتی مثل خشم به عنوان راهبردی برای مقاله با شرایط دشوار این بیماری استفاده می‌کنند، در حالی که سرکوب هیجان و ناتوانی در ابراز مناسب هیجان موجب آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های روان‌تنی و تشدید علائم بیماری سرطان و درد و خستگی ناشی از آن می‌شوند. از طرفی، افرادی که هیجان‌ات خود نظیر خشم را به شیوه‌ی درستی ابراز می‌کنند می‌توانند روابط بهتری برقرار کنند و همدلی و حمایت بیشتری دریافت نمایند که این مورد به نوبه‌ی خود موجب سازگاری بهتر آن‌ها با شرایط بیماری می‌گردد. بیماران مبتلا به سرطان که ابرازگری هیجانی پایینی دارند، محرک‌های درونی و بیرونی ناخوشایند را تقویت می‌کنند، بنابراین ممکن است فرد سیگنال‌هایی را از بدن خود به صورت نابه‌جا دریافت کند. عدم ابرازگری هیجانی حس جسمانی را تقویت و تحمل افراد نسبت به محرک‌های دردناک پایین می‌آورد. سرکوبی هیجان باعث ایجاد علائم و تشدید علائم جسمانی مانند درد در بیماران می‌شود در حالی که ابرازگری هیجانی از طریق تغییر حس‌های جسمانی و ادراک درد بر درد زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیر می‌گذارد، ابرازگری هیجانی مثبت موجب می‌شود که زنان سرطانی در فرآیند درمان درد کمتری را تجربه کنند و در موقعیت‌های مختلف احساس خستگی آن‌ها نیز کاهش یابد (۳۴).

در درمان آگاهی و ابراز هیجانی افراد می‌آموزند به جای سرکوب احساسات که موجب تشدید علائم جسمانی شود احساسات خود را شناسایی و نامگذاری کنند در نتیجه درد آنها و متعاقباً خستگی آنها کمتر می‌شود. آنها می‌توانند در مورد درد خود صحبت کنند. این مورد حتی به نحوه ادراک درد آنها تاثیر می‌گذارد. بیماران در کاربرگ‌های خانگی در مورد احساسات خود می‌نویسند و در مورد آنها در گروهی که با حضور مربی به مکان امنی برای ارتباط تبدیل شده است، صحبت می‌کنند. نگاه آنها به هیجان‌ات ناخوشایندی مثل خشم اضطراب که با آن درگیر هستند تغییر می‌کند و دیگر نیازی به سرکوب احساسات نمی‌بینند و از فرایندهای بهتری برای تنظیم احساسات و سازگاری بیشتر با سرطان استفاده می‌کنند. همچنین حضور در این گروه درمانی در واقع تبدیل به حمایت اجتماعی برای شرکت‌کنندگان شده است، در تحقیقی اثر حمایت روانی اجتماعی به صورت گروهی و فردی را در کاهش علائم خستگی مرتبط با سرطان نشان داده است (۳۵). گاهی حمایت‌های اجتماعی و کمک متخصصان بهداشتی مشروط به تأیید و شرح دادن تجربه‌های عاطفی و هیجانی توسط بیمار است وقتی بیمار در زمینه‌ی بیان تجربه‌های هیجانی خود توانمند می‌شود حمایت بیشتری دریافت می‌کند. مطالعات نشان داد که زنان دارای سرطان پستان، بیان هیجانی

(مانند قطع عضو، ریزش مو و غیره) می‌تواند باعث از بین رفتن انسجام بدنی، احساس گسستگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس اضطراب، در خود فرو رفتگی و تغییر در روابط شخصی (به ویژه با همسر) شود.

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که موجب می‌شود بیماران دچار رنج تروماتیک شوند عدم پذیرش بیماری و احساس وحشت به دلیل عدم آگاهی کافی از ماهیت و پیش‌آگهی بیماری می‌باشد که ممکن است با توجه به ویژگی‌های شخصیتی آنها را دچار باورهای غیرمنطقی و نشخوار فکری بیماری و مرگ آنی می‌کند. از سوی دیگر، عدم ابراز عواطف و احساسات و اشکال در تنظیم هیجان‌ات موجب خشم و خستگی در این بیماران می‌شود. استفاده از درمان‌های دارویی و شیمیایی و تجربه درد بیماری همراه با مشکلات روانشناختی بویژه اضطراب موجب تشدید درد روانی و خستگی مفرط در این بیماران می‌شود. بنابراین استفاده از درمان‌های روانشناختی بویژه روان‌درمانی آگاهی و ابراز هیجانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد واقعاً مورد نیاز بیماران مبتلا به سرطان پستان است و در کاهش درد و خستگی و اضطراب آنها مؤثر بوده و مکانیزم‌های سازگاری با بیماری را در آنها افزایش می‌دهد.

نتایج پژوهش با یافته‌های پژوهشی که نشان داد اختلال در تنظیم هیجان پیش‌بینی‌کننده‌ی خستگی مرتبط با سرطان می‌باشد و راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند برای مقابله با خستگی مرتبط با سرطان مؤثر باشد، همسو بود (۲۴).

در پژوهشی دیگر، درمان پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در کاهش اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و خستگی در بیماران مبتلا به سرطان مؤثر بوده است که با پژوهش حاضر همسو بود (۱۲). همچنین با یافته‌های در پژوهشی که نشان داده شد آگاهی هیجانی و تکنیک‌های بیان نوشتاری هیجان منجر به کاهش قابل توجه درد، می‌شود همسو می‌باشد (۲۲).

از طرفی یافته‌های این پژوهش با مطالعه‌ی (۳۰) که نشان دادند رابطه‌ی بین تنظیم هیجان و درد وجود ندارد، مغایر است. همچنین یافته‌های مربوط به خستگی مرتبط با سرطان با پژوهش Zhang و همکاران که نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چندان بر روی خستگی مرتبط با سرطان تأثیرگذار نبوده است مغایر بود (۳۲).

سرطان، زندگی بیماران را به چالش می‌کشد، چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی برای فرد به دنبال داشته باشد. فرد در مواجهه با این بیماری از سرکوبی هیجان به عنوان یک راهبرد استفاده می‌کند (۳۱). طبق پژوهشی ناگویی هیجانی و دشواری در شناسایی احساسات با درد، رابطه‌ی مستقیم دارد (۳۳). در تبیین نتایج حاصل از پژوهش فعلی می‌توان گفت که بیماران مبتلا به سرطان به دلیل شرایط

می‌دهد در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست‌خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نیست بر زندگی مبتنی بر ارزش‌ها تأکید می‌شود که این نوعی از توانمندسازی است. پیشرفت به واسطه‌ی یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه، گام روبه جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است که کمک می‌کند بیماران از حالت خمودگی و انفعال حاصل از خستگی خارج شده و در جهت ارزش‌های زندگی‌شان گامی رو به جلو بردارند.

ذهن‌آگاهی، یکی از فرایندهای مورد استفاده در درمان پذیرش و تعهد است که از طریق مسیرهای مختلف به تسکین خستگی کمک می‌کند. این امر از تحقیقات قبلی حمایت می‌کند که در آن ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب، افسردگی، درد و اختلال خواب می‌شود (۳۶). نتایج مطالعه‌ای به وضوح نشان داد که ذهن‌آگاهی به طور همزمان روی علائم متعدد اثر می‌گذارد و در کاهش آن علائم نقش دارد. به عبارت دیگر، به طور همزمان باعث کاهش اضطراب، افسردگی، درد، اختلال خواب و خستگی می‌شود (۳۷). در تبیین این نتیجه که اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی در کاهش درد و خستگی بهتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است می‌توان گفت که کسب مهارت ابراز هیجان و مواجهه درست با احساسات خود و برون‌ریزی آنها، از طریق آموزش رویکردهای درمانی هیجان‌محور، به عنوان مثال، مواجهه فعال با پردازش هیجان‌ها و بیان احساسات به شیوه‌ی مثبت و سازگارانه موجب پاسخ‌های اجتماعی مناسب و جلب حمایت اجتماعی بیشتر در بیماران می‌شود. حمایت اجتماعی مانند سپری مقاوم در برابر بیماری عمل می‌کند و سازگاری بیماران سرطانی را افزایش می‌دهد.

یکی از درمان‌هایی که با بیان احساسات سروکار دارد، درمان آگاهی و ابراز هیجانی است که اثرات مثبتی بر افسردگی و اضطراب بیماران دچار سرطان پستان داشته است. درمان آگاهی و ابراز هیجانی یک درمان متمرکز بر هیجان است که به رشد شخصیت و خودسازی کمک می‌کند، در واقع کلید این نوع درمان، کسب مهارت خود تنظیمی است. از محدودیت‌های مطالعه، تک مرکزی بودن و اجرای مطالعه در یک نوع خاص از سرطان (پستان) می‌باشد که موجب شد تنها اطلاعات مربوط به جامعه زنان مورد بررسی قرار گیرد و جامعه فاقد شرکت‌کننده‌ی مرد بود. پیشنهاد می‌شود که این مطالعه در سایر انواع سرطان با جامعه آماری بیشتر صورت گیرد. از محدودیت‌های دیگر شیوه‌ی نمونه‌گیری و نحوه‌ی کورسازی و داده‌های پژوهش است که بر اساس داده‌های خودگزارشی می‌باشد که همین ویژگی زمینه‌ی سوگیری را فراهم می‌سازد، جهت رفع این مورد پیشنهاد می‌شود، از مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته و درجه‌بندی به وسیله‌ی

کمتر و بازداری عاطفی بیشتری نشان می‌دهند. سرکوب عاطفی و نشخوار فکری در این بیماران شایع است. بنابراین، محققان معتقدند که کسب مهارت ابراز هیجان و مواجهه درست با احساسات خود و برون‌ریزی آنها، از طریق آموزش رویکردهای درمانی هیجان‌محور، به عنوان مثال، مواجهه فعال با پردازش هیجان‌ها و بیان احساسات به شیوه‌ی مثبت و سازگارانه موجب پاسخ‌های اجتماعی مناسب و جلب حمایت اجتماعی بیشتر در بیماران می‌شود (۳۱، ۳۲، ۳۴). حمایت اجتماعی مانند سپری مقاوم در برابر بیماری عمل می‌کند و سازگاری بیماران سرطانی را افزایش می‌دهد. یکی از درمان‌هایی که با بیان احساسات سر و کار دارد، درمان آگاهی و ابراز هیجانی است که اثرات مثبتی بر افسردگی و اضطراب بیماران دچار سرطان پستان داشته است. درمان آگاهی و ابراز هیجانی یک درمان متمرکز بر هیجان است که به رشد شخصیت و خودسازی کمک می‌کند، در واقع کلید این نوع درمان، کسب مهارت خود تنظیمی است. اغلب، نزدیک شدن به تجربه‌های تلخ روحی و عاطفی و افکار و باورهای منفی برای بیماران سخت و درناک است، لذا در این راستا درمانگران با ایجاد یک رابطه‌ی کارآمد و آموزش مستمر در چند جلسه به بیماران کمک می‌کنند تا آگاهانه بر احساسات خود متمرکز شوند و آنها را سازگارانه مدیریت کنند. ایجاد امیدواری و نیل به معنویت برای کسب آرامش و مقابله با اضطراب بیماری از اهداف دیگر این رویکرد درمانی می‌باشد. از طرفی در تبیین یافته‌های مرتبط با اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شدت درد و خستگی مرتبط با سرطان باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد.

از جمله مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران مبتال به سرطان پستان به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند.

فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. در این مؤلفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌گردد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون چالش برای کنترل آنها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسند و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند (۳۵). بیماران مبتلا به سرطان نوعی خستگی مزمن را تجربه می‌کنند که مانع از فعال بودن آنها در زندگی روزمره می‌شود که این مورد به شدت کیفیت زندگی آنها را تحت تأثیر قرار

درمان آگاهی و ابراز هیجانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش نمره‌ی خستگی و ابعاد آن اختلاف معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین نقش توجه به هیجان‌ات در سازگاری و کاهش علائم بیماری سرطان پستان مشخص شد که نشان‌دهنده‌ی اهمیت توجه به آموزش‌های روانشناختی در زمینه‌ی آگاهی و ابراز هیجانی برای بیماران مبتلا به سرطان است. پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و بهداشتی مرتبط با این بیماری از برنامه‌های آموزشی بصورت گروه درمانی برای این بیماران استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همکاری معاونت محترم پژوهشی دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، اساتید محترم راهنما و مشاور، همچنین از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز خیریه مهر سهیلا واقع در شهرستان البرز که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

خانواده استفاده شود و پژوهش دو سویه‌کور باشد. از نقاط قوت پژوهش می‌توان به بررسی اثربخشی درمان آگاهی و ابراز هیجانی بر شدت درد بیماران مبتلا به سرطان پستان اشاره کرد که با توجه به شیوع بالای بیماری و شیوع درد در بین بیماران؛ ایده‌ای بدیع و مؤثر بوده که تاکنون در پژوهش‌های داخلی به کار گرفته نشده و می‌تواند در آینده برای پژوهش‌های آتی در مورد به کارگیری درمان‌های روانشناختی برای افزایش سازگاری و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سرطان مدنظر قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

درمان آگاهی و ابراز هیجانی (EAET) و درمان پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند در کاهش درد و خستگی مرتبط با سرطان در بیماران مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد و نتایج مقایسه‌ی اثربخشی این دو درمان نشان داد، درمان آگاهی و ابراز هیجانی در متغیر شدت درد مؤثرتر از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بوده است. اما بین روش‌های

### References

- Soldato D, Arecco L, Agostinetti E, Franzoi MA, Mariamidze E, Begijanashvili S, et al. The future of breast cancer research in the survivorship field. *Oncol Ther* 2023; 11(2): 199-229.
- Doan LV, Yoon J, Chun J, Perez R, Wang J. Pain associated with breast cancer: etiologies and therapies. *Front Pain Res (Lausanne)* 2023; 4: 1182488.
- Cascella M: Introductory Chapter: The Rationale for a Multimodal Approach to Pain Treatment. In: Cascella M, editor. *From Conventional to Innovative Approaches for Pain Treatment*. London, UK: IntechOpen; 2019.
- Spivey TL, Gutowski ED, Zinboonyahgoon N, King TA, Dominici L, Edwards RR, et al. Chronic pain after breast surgery: a prospective, observational study. *Ann Surg Oncol* 2018; 3(25): 2917-24.
- Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill; 2022.
- Liu D, Weng JS, Ke X, Wu XY, Huang ST. The relationship between cancer-related fatigue, quality of life and pain among cancer patients. *Int J Nurs Sci* 2023; 1(10): 111-6.
- National Coalition for Cancer Survivorship. (2019). *Cancer survivorship survey: findings from an online survey of adult cancer patients*. [16 Oct 2019]. Available from: <https://www.canceradvocacy.org/wp-content/uploads/2019/09/NCCS-Survivorship-Survey-Final-Report.pdf>.
- Safaei A, Tabatabaei SH, Dehkordi Moghimi B, Zeyghami B. Cancer-related fatigue in breast cancer patients undergoing chemotherapy [in Persian]. *J Semnan Uni Med Sci* 2010; 11(4): 117-30.
- Adam S, van de Poll-Franse LV, Mols F, Ezendam NPM, de Hingh I, Arndt V, et al. The association of cancer-related fatigue with all-cause mortality of colorectal and endometrial cancer survivors: results from the population-based PROFILES registry. *Cancer Med* 2019; 8(6): 3227-36.
- Thong MSY, Cornelis JF, Noorden V, Steindorf K, Arndt V. Cancer-related fatigue: causes and current treatment options. *Curr Treat Options Oncol* 2020; 21(2): 17.
- Li H, Jin X, Marques N N, Mann K F, Wang N, Wong C. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on fatigue interference and health-related quality of life among patients with advanced lung cancer: A pilot randomized controlled trial. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2022; 9(8): 100102.
- García-Torres F, García SR, Ruíz-Ruano VG, Moriana JA, Jaén-Moreno MJ, Gálvez-Lara M, et al. Efficacy of a Combined Acceptance and Commitment Intervention to Improve Psychological Flexibility and Associated Symptoms in Cancer Patients: Study Protocol for a Randomized Controlled Trial. *Front Psychol* 2022; 13(9).
- Ehde DM, Dillworth TM, Turner JA. Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol* 2014; 69(2): 153-66.
- Lin J, Paganini S, Sander L, Lüking M, Ebert DD, Buhrman M, et al. An internet-based intervention for chronic pain. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114(41): 681-8.
- Martin S, Wolters P L, Toledo-Tamula M A, Schmitt S H N, Baldwin A, et al. Acceptance and commitment therapy in youth with neurofibromatosis type 1 (NF1) and chronic pain and their parents: A

- pilot study of feasibility and preliminary efficacy. *Am J Med Genet A* 2016; 17 (6): 1462-70.
16. Hadlandsmyth K, Dindo ML, Wahid R, Sugg SL, Zimmerman, MB, Rake BA. A single-session acceptance and commitment therapy intervention among women undergoing surgery for breast cancer: A randomized pilot trial to reduce persistent postsurgical pain. *Psychooncology* 2019; 28(11): 2210-17.
  17. Izadi R, Abedi MR. Acceptance and commitment therapy [in Persian]. Tehran: Iran: Kavoshiai Publications; 2014.
  18. Haris R. Acceptance and commitment therapy [in Persian]. 4th ed. Tehtan, Iran: Arjmand Publications; 2015.
  19. Lumley MA, Schubiner H. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain: rationale, principles and techniques, evidence, and critical review. *Curr Rheumatol Rep* 2019; 21(7): 30.
  20. Lumley MA, Schubiner H, Lockhart NA, Kidwell KM, Harte SE, Clauw D, et al. Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain* 2017; 158(12): 2354-63.
  21. Lumley M A, Keefe F J, Mosley-Williams A, Rice J R, McKee D, Waters S J, et al. The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(4): 644-5.
  22. Lumley M A, Sklar ER, Carty JN. Emotional disclosure interventions for chronic pain: from the laboratory to the clinic. *Transl Behav Med* 2012; 2(1): 73-81.
  23. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *Counsel Psychol* 2012; 40(7): 976-1002.
  24. Onyedibe MCC, Chidebe RCW, Ugwu LE, et al. Cognitive emotion regulation moderates the relationship between anxiety, depression and cancer-related fatigue in cancer patients. *Curr Psychol* 2024; 43: 19225-35.
  25. Rosendahl J, Gawlytta R, Ressel E, Rodeck J, Strauss B, Mehnert-Theuerkauf A, et al. Efficacy of group therapy to reduce mental distress in women with non-metastatic breast cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychooncology* 2023; 32(3): 331-41.
  26. Khatibi A, Dehghani M, Sharpe L, Asmundson GJG, Pouretmad H. Selective attention towards painful faces among chronic pain patients: evidence from a modified version of dot-probe. *Pain* 2009; 142(48): 42-7.
  27. Boonstra AM, Preuper RS, Reneman MF, Posthumus JB, Stewart RE. Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *Int J Rehabil Res* 2008; 31(2): 165-9.
  28. Thakur ER, Holmes HJ, Lockhart NA, Carty, JN, Ziadni MS, Doherty HK, et al. Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterol Motil* 2017; 29(12): 10.
  29. Okuyama T, Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Shima Y, Maruguchi M, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19(1): 5-14.
  30. Tavakkoli A, Norouzi M, Hajizadeh A. Patients Satisfaction of Pain Relief After Surgery in Kerman Educational Hospitals [in Persian]. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2005; 11(2): e80689.
  31. Orang S, Sabri H, Taheri A. Development of emotion-based therapy and its effectiveness on cognitive regulation of emotion and death anxiety in elderly women with cancer [in Persian]. *Scientific and Cultural Educational Quarterly of Women and Family* 1402; 63(18): 135-53.
  32. Zhang Y, Ding Y, Chen X, Li Y, Li J, Hu X. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, fatigue, sleep disturbance, and quality of life of patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews Evid Based Nurs* 2023; 20(6): 582-92.
  33. Molavi P, Mikaeili N, Daneshvar S, Narimani M, Mehri S. The role of denial and alexithymia on pain perception in women with breast cancer [in Persian]. *J Urmia Univ Med Sci* 2015; 26(2): 102-11.
  34. Jafari A, Shiralizadeh S. Prediction of pain intensity based on emotional expression in women with breast cancer during the covid-19 pandemic: the mediating role of lifestyle [in Persian]. *Cancer Care* 2023; 2(2): 13-23.
  35. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry* 2014; 14(1): 198.
  36. Castanhel FD, Liberali R. Mindfulness-based stress reduction on breast cancer symptoms: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo)* 2018; 16(6): eRW4383.
  37. Ikeuchi K, Ishiguro H, Nakamura Y, Izawa T, Shinkura N, Nin K. The relation between mindfulness and the fatigue of women with breast cancer: path analysis. *Biopsychosoc Med* 2020; 14: 1.

## Comparing the effectiveness of Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Cancer-related Fatigue and Pain Intensity in Women with Breast Cancer

Somayeh Alinasab<sup>1</sup>, Najmeh Hamid<sup>2</sup>, Malek Mirhashemy<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Breast cancer is the most common cancer in women. Cancer-related pain and fatigue are some of the most frequent and debilitating consequences that affect the quality of life of these patients. Therefore, this research aimed to compare the effectiveness of Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on cancer-related fatigue and pain intensity in women with breast cancer.

**Methods:** The present study utilized a semi-experimental design featuring a pre-test and post-test and a control group with a two-month follow-up. The study population consisted of women with breast cancer referred to the Mehre Soheila Charity Center in Alborz province. Participants participated in the study with informed consent. Through purposive sampling, 75 eligible individuals were selected and randomly assigned to two experimental groups: awareness and emotional expression therapy (25 individuals) and acceptance and commitment therapy (25 individuals), along with a control group (25 individuals). For each experimental group, the awareness and emotional expression therapy and acceptance and commitment therapy were separately conducted in group sessions over eight sessions of 90 minutes. It was performed as a group therapy between the winter and the spring of 2024, and data was collected through cancer-related fatigue questionnaires and a pain severity scale. The data were analyzed using covariance analysis with repeated measurements.

**Findings:** The results indicated that both therapeutic methods were significantly effective, but awareness and emotional expression therapy had a more significant effect than acceptance and commitment therapy on the overall score of cancer-related pain and fatigue intensity, and this effect continued until the follow-up stage ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Emotional Awareness and Expression Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective in reducing pain and fatigue in breast cancer patients. In breast cancer patients, due to the lack of knowledge about the nature of the disease and the determining role of psychological factors in the rate of recovery and the treatment process, it is necessary to provide conditions so that their feelings and emotions are well-regulated and expressed. Therefore, it is recommended that, in addition to drug treatments, health psychologists in therapeutic centers and psychological clinics use treatment based on acceptance and commitment, especially awareness and emotional expression therapy, to help breast cancer patients accept the disease and make efforts to treat it and to release and regulate their emotions and reduce the pain and fatigue caused by the disease.

**Keywords:** Physiological symptoms of breast cancer; Therapy of pain and fatigue; Emotional awareness and expression; Acceptance and commitment

**Citation:** Hamid N, Alinasab S, Mirhashemy M. Comparing the effectiveness of Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Cancer-related Fatigue and Pain Intensity in Women with Breast Cancer. J Isfahan Med Sch 2025; 42(798): 1174-86.

1- PhD Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Azad University of Roodehen, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

3- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Azad University of Roodehen, Tehran, Iran

**Corresponding Author:** Najmeh Hamid, Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran; Email: n.hamid@scu.ac.ir