پاسیار

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۲، پیاپی (۱)۳۶ ص ۳۸-۵۲

Family and health Quarterly, vol13, Issu1, Spring 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، تصویر بدنی و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه ماستکتومی شده

سحر پاسیار[۱]، حسین بقولی*[۲]، مجید برزگر[۳] ، نادره سهرابی[۴]

چکیده:

مقدمه: سرطان پستان شایع‌ترین سرطان و دومین علت اصلی مرگ در زنان با بسیاری از عوارض جسمی و روانی است و هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، بهزیستی روانشناختی و تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه ماستکتومی شده شهر شیراز که درسال ۱۴۰۰ بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی، پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. جامعه آزمودنی شامل یک نمونه ۴۵ نفری که به صورت تصادفی اندازه‌گیری شده بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و پرسشنامه تصویر بدنی کش، میکولا و براون بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از روش کوواریانس چند متغیره و آزمون‌های تعقیبی شفه و بنفرونی جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم افزار(۱۸) SPSS تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها : یافته‌های این تحقیق نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر روی متغیرهای پژوهشی داشته است. اضطراب سلامت(F=۷۷/۸۸۲ و P<۰/۰۵) بهزیستی روانشناختی (F=۶۰۹/۳۷ و P<۰/۰۵)و تصویر بدنی (F =۸/۷۳۶ و P<۰/۰۵) بدست آمد.

نتیجه‌گیری: به دلیل اینکه اصول زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در راستای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی میباشد، بنابراین میتوان از این درمان در محیط‌های کلینیکی در کنار دیگر درمان‌های رایج استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی : اضطراب سلامت، بهزیستی روانشناختی، تصویر بدنی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۴ **تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۷/۲۶**

استناد: پاسیار س، بقولی ح، برزگر م، سهرابی ن. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، تصویر بدنی و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان سینه ماستکتومی شده، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۱):

[۱] – دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران، نشانی پستی، فارس، شیراز، بلوار آفرینش، کوچه سوم ، فرعی سرور ۴/۲/۲ کد پستی: ۷۱۸۶۹۶۵۹۸۵ ایمیل:saharpasyar88@gmail.com

[۲] – استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران، ، (نویسنده مسئول)

Bhossein@gmail.com

[۳] – استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران، Mbarzegar55@gmail.com

[۴] – استادیار، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران، Sohrabi_sh@2006@yahoo.com

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

سرطان یکی از عمده‌ترین مشکلات و بیماری‌های رایج جوامع بشری است (۱). در این بیماری سلول‌ها به صورت غیرطبیعی رشد می‌کند و انتشار آنها غیرقابل کنترل است (۲). رشد روزافزون سرطان در چند دهه اخیر و اثرات زیان‌بار آن بر تمامی ابعاد زندگی بیمار (جسمی، عاطفی، معنوی، اجتماعی، اقتصادی) باعث توجه متخصصان به این بیماری شده است. در بین انواع مختلف سرطان که زنان به آنها مبتلا هستند، سرطان پستان شایع‌ترین نوع سرطان دنیا است. در سال ۲۰۱۱، ۲/۵ میلیون نفر در کشورهای پیشرفته و ۳/۵ میلیون نفر در کشورهای در حال توسعه مبتلا به سرطان پستان بودند (۳). در ایران نیز سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در میان زنان می‌باشد (۴). تشخیص سرطان پستان برای زنان رخداد بزرگ و دردناکی در زندگی می‌باشد که زنان را در معرض استرس و تغییرات ناخواسته قرار می‌دهد و باعث بروز علائم خشم، اضطراب و تغییرات تفکر در فرد مبتلا می‌شود که برهمین اساس میزان نشانه‌های افسردگی، استرس و اضطراب در بیماران سرطانی به مراتب بیشتر است (۵).

تشخیص و درمان سرطان پستان، یک عامل استرس‌زای قابل توجه است که با آشفتگی‌های روانشناختی متعدد و پیامدهای فیزیکی منفی همراه است. تن‌انگاره ضعیف، درد، ضایعات پوستی، اختلال در اشتها و کاهش عملکرد فیزیکی در این بیماران وجود دارد. در سال ۱۹۸۰ مایروتس[1] سه پاسخ روانی عمده به سرطان پستان را شناسایی کرد ۱- ناراحتی روانی از جمله اضطراب، افسردگی و خشم. ۲- تغییرات رفتاری ناشی از ناراحتی‌های جسمانی، اختلال زناشویی یا جنسی و تغییر سطح فعالیت. ۳- نگرانی‌های ناشی از تصویر بدنی[2] عود بیماری و مرگ (۶).

اضطراب سلامت[3] به عنوان یک اضطراب شایع در زنان مبتلا به سرطان است که درصورت درمان نشدن ممکن است مستمر باشد و هزینه قابل‌توجهی در مراقبت‌های سلامتی دارد (۷).اختلال اضطراب بیماری با ویژگی ترس از بیماری جدی، که با عملکرد روزانه تداخل دارد و با وجود اطمینان از سلامت، همچنان ادامه دارد، مشخص می‌شود (۸).

علاوه بر اضطراب سلامت، از دیگر مسائل روانی اجتماعی فراوانی که اغلب این بیماران تجربه می‌کنند، عدم بهزیستی روانشناختی[4] است. ویسینگ[5] بهزیستی روانشناختی را احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی تعریف نموده است (۹). بهزیستی روانشناختی این دسته از بیماران می‌تواند شدیداً تحت تأثیر قرار گرفته و کیفیت زندگی و در نهایت روند بیماری را متأثر سازد. نظریات جدید در تعریف بهزیستی روانشناختی تأکید بر سلامتی به جای فقدان بیماری دارند (۹). محققان بسیاری با شیوه‌های پژوهشی مختلف، بهزیستی بیماران مبتلا به سرطان را مورد مطالعه قرار داه‌اند (۱۰). از آنجا که تشخیص سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه به خوبی صورت می‌گیرد، بازماندگان در دراز مدت آن که با پیامدهای درمانی سرطان پستان زندگی می‌کنند رو به افزایش بوده و پرداختن به سلامت و بهزیستی روانی این بازماندگان اهمیت دارد. به طورکلی تهدید خودانگاره، عزت نفس، از دست دادن آزادی، راحتی جسمانی، انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان، تنهایی و به دنبال آن کاهش بهزیستی روانشناختی از پیامدهای بیماری سرطان هستند (۱۱). همچنین ظاهر فیزیکی بخش اصلی تصویر بدنی بوده و در برقراری تعاملات اجتماعی با دیگران تأثیر دارد؛ بنابراین، این عامل دارای نقشی اساسی در تعیین باورها و رفتارها درباره بدن می‌باشد (۱۲). علاوه بر این، تصویر

---

[1] Myroots
[2] Body image
[3] Anxiety Health (AH)
[4] Psychological well-being
[5] Wissing

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۲، پیاپی (۱)۳۶ ص ۳۸-۵۲
Family and health Quarterly, vol13, Issu1, Spring 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1

بدنی منفی می‌تواند پیامدهای نامطلوب روان‌شناختی همچون افسردگی، خلق منفی، اضطراب و حرمت نفس پایین را به همراه داشته باشد (۱۳). تغییر در بدن بیمار، آشفتگی هیجانی و بیگانگی او را برمی‌انگیزاند و به تصور از بدن وی آسیب می‌رساند (۱۴). از این رو با توجه به اثرات نامطلوبی که سرطان سینه بر سلامت روانی به ویژه تصویر بدنی مبتلایان بر جای می‌گذارد، در دهه‌های اخیر مورد توجه متخصصان بالینی قرار گرفته و شیوه‌های درمانی برای آن طراحی شده است (۱۵) در این میان، درمان‌های روان‌شناختی از نقشی انکارناپذیر و مهم برخوردار هستند (۱۶).

فوبایر واستوارت[1] (۱۷) نشان دادند که مشکلات عملکرد جنسی و تن‌انگاره، از مشکلات شایع بیماران مبتلا به سرطان پستان است. عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان پستان و بستری‌شدن در بیمارستان تأثیر گوناگون بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده‌اش دارد (۱).

جراحی ماستکتومی یکی از روش‌هایی است که به منظور درمان سرطان سینه انجام می‌شود. در این نوع جراحی، کل بافت سینه و در برخی از موارد، بافت‌های کناری نیز برداشته می‌شوند (۱۸). زنان مبتلا به سرطان پستان به دنبال جراحی عضوی را ازدست می‌دهند که نماد جنسیت آن‌ها است همین مسئله باعث ایجاد اختلال در تصویر ذهنی فرد از جسم خود می‌شود که کاهش اعتماد به‌نفس و جذابیت زنانه و پس از آن اضطراب وافسردگی را برای بیمار به همراه دارد (۱۹). درمان سرطان بسیار پرهزینه بوده و روز به روز در حال افزایش است. بنابراین سرطان موجب نگرانی بسیاری از جوامع مختلف شده است (۲۰).

از سال ۱۹۹۰ به بعد و با شروع موج سوم درمان شناختی رفتاری گرایش به سمت پروتکل‌های درمانی جدید بر پایه شناخت درمانی افزایش یافت. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش[2] از درمان‌های پیشنهادی برای پیشگیری از اضطراب سلامت و تصویر بدنی منفی، بهزیستی روانشناختی است (۲۱). درمان پذیرش و تعهد، ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنها را به عنوان علایم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرند که آنها را بی‌ضرر حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند، درک کنند (۲۲). در جدیدترین پژوهشی که انجام شده است، نتایج نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد در کاهش نشانگان اضطراب سلامت موثر بوده است (۲۳).

از طرفی نیز پذیرش و تعهد اثربخشی خود را در دیگر مشکلات روان‌شناختی از جمله کاهش تجربه درد در زنان مبتلا به سرطان نشان داده است (۲۴). قاسمی و جبل عالمی (۲۵) در سال ۱۳۹۸ در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی به این نتیجه دست یافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در زمینه بهبود مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی مفید واقع شود. هچنین مقدم فر و همکاران (۲۶) در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی نشان دادند که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و این نوع از درمان اثرات مثبت معنی داری را بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی برجای گذاشته است. در پژوهش دیگری که ایری و همکاران (۲۷) انجام دادند چنین اظهار نظر کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش مشکلات اجتماعی، تعاملی و

[1]. Fobayer and Stewart
[2] . Acceptance and Commitment Therapy

سازگاری و اضطراب زنان مطلقه مفید می‌باشد. همچنین در پژوهش‌هایی که در دهه‌های اخیر صورت گرفته، نشان داده شده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقا تغییر رفتار سلامت و بهزیستی روانشناختی بیماران قلبی، در شدت درد، افسردگی و اضطراب مرتبط با درد ، بر پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و استرس موثر می‌باشد (۲۸).

درمجموع با توجه به مطالب گفته شده، هدف پژوهش حاضر تبیین و اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب سلامت، بهزیستی روانشناختی و تصویربدنی در زنان مبتلا به سرطان سینه ماستکتومی می‌باشد.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان ماستکتومی شده مراجعه‌کننده به بیمارستان تخصصی و انکولوژی امیر شهر شیراز در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی در گروه کنترل و آزمایش جای گرفتند. از ملاک‌های ورود به پژوهش: داشتن ۱-حداقل تحصیلات در سطح دیپلم ۲-حداقل سن ۲۰ و حداکثر۴۰ سال ۳- زنانی که جراحی ماستکتومی شده باشند ۴-متاهل باشند و ملاک‌های خروج ۱-ابتلا به هرگونه بیماری جسمی و روانی که منجر به تداخل با متغییر های تحقیق شود ۲-عدم تمایل به حضور در جلسات بود. پس از انتخاب افراد نمونه، در مورد موضوع، دوره‌های درمان و اهداف آنها برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و به آنها ملاحظات اخلاقی تحقیق توضیح داده شد، پس از پایان دوره به پرسشنامه‌های بهزیستی روانشناختی ریف و کیز[1]، تصویر بدنی کش، میکولا و براون[2] و اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک[3] پاسخ دادند. در این مدت گروه کنترل در انتظار ماندند و درمانی روی آنها اعمال نشد. بعد از ۴ ماه از اجرای آزمون، آزمون پیگیری روی آزمودنی‌ها اجراگردید.

ابزارهایی که در این پژوهش بکار گرفته شدند ۱. پرسشنامه اضطراب سلامت: [4] سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) دارای ۱۸ گویه از نوع مداد کاغذی و به منظور خودسنجی می‌باشد. هر آیتم چهار گزینه دارد و هر یک از گزینه‌ها شامل توصیف فرد از مؤلفه‌های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که آزمودنی بایستی یکی از جملات را که بهتر او را توصیف می‌کند انتخاب کند. نمره‌گذاری برای هر آیتم از صفر تا پنج نمره میباشد. نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامت میباشد که آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۵ میباشد (۲۹). اعتبار و روایی نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب سلامت بر روی گروهی از جمعیت ایرانی در بین ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان صورت گرفت، نتایج نشان از اعتبار بالای این پرسشنامه را نشان داد (۳۰) ضریب پایایی این مقیاس توسط آزمون آلفای کرونباخ درگروه نمونه زنان ماستکتومی شده در پژوهش حاضر ۰.۷۷ بدست آمد ۲. پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف و کیز (۱۹۸۹) که شش عامل پذیرش (داشتن نگرش مثبت به خود)، رابطه مثبت با دیگران (برقراری روابطه گرم و صمیمانه با دیگران و توانایی همدلی)، خودمختاری (احساس استقلال و توانایی مقاومت در مقابل فشارهای اجتماعی)، زندگی هدفمند (داشتن هدف در زندگی و معنا دادن به آن)، رشد شخصی (احساس رشد مستمر) و تسلط بر محیط (توانایی فرد در مدیریت و سازگار شدن با تغییرات محیطی) را می‌سنجد (۳۰). فرم اصلی از۱۲۰ سؤال تشکیل میشود، که در تجدید نظرهای بعدی فرمهای کوتاهتر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز طراحی گردید. در این پژوهش از فرم ۸۴ سؤالی استفاده شد. در این فرم هر

---

[1] Riff and Keys
[2] Cash Mikola and Brown
[3] Salkoskis and Warwick
[4] Health Anxiety Questionnaire

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۲، پیاپی (۱)۳۶ ص ۳۸-۵۲
Family and health Quarterly, vol13, Issu1, Spring 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1

عامل از ۱۴سؤال تشکیل میشود و به هر سؤال نمرهای از ۱ تا ۶ داده میشود؛ نمره بالاتر نشاندهندهٔ بهزیستی روانشناختی بهتر است (۳۱) ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۸۲ در جامعه آماری گزارش شده است (۳۰). لیندفورس و همکاران در تحقیق خود ساختار پر سشنامه ریف در زبان سوئدی را برر سی کردند. آنها نمونهای ۱۲۶۰ نفری از بین زنان و مردان کارگر انتخاب کردند که در گروه سنی ۳۲-۵۸ سال قرار داشتند. ضرایب ثبات درونی برای پرسشنامه فوق در این گروه بالاتر از نسخه اصلی انگلیسی بود. تحلیل عاملی تأییدی ســـاختار شـــش عاملی آن را در زبان اســـپانیایی نیز تأیید نمود (۳۱). بیانی و همکاران همنظور هنجاریابی مقیاسهای بهزیســتی روان شــناختی در ایران به ضــریب پایایی ۰.۸۲ دست یافت که از نظر آماری معنیدار بود (۳۲). ضـــریب پایایی این مقیاس توســـط آزمون آلفای کرونباخ درگروه نمونه زنان ماستکتومی شده در پژوهش حاضر ۰.۷۴ بدست آمد. ۳. پرسشنامه تصویر بدنی [1] توسط کش ، میکولا و براون در سال ۱۹۹۰ طراحی شد، پرسشنامه شامل ۶۸ ماده است که توسط خود فرد پاسخ داده میشود و جهت ارزیابی نگرش فرد درباره ابعاد مختلف ساختار تصویر بدنی (مربوط به خود بدن، رضایت از بخشهای مختلف بدنی و نگرش فرد درباره وزن) طراحی شده است. در سال ۱۹۸۵ کش، وینستد و جاندا از این پرسشنامه جهت یک پژوهش بین المللی در مورد تصویر بدنی استفاده کردند. ازمیان ۳۰۰۰۰ نفر شرکت کننده، ۲۰۰۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب شده و بر ا ساس سن و جنس طبقه بندی شدند .روایی بخشهای اصلی پر س شنامه تو سط برون، کش و میولکا مورد برر سی قرار گرفت و تایید شد و پایایی آن ۰/۸۱گزارش شد. پرسشنامه تصویر بدنی شامل سه مقیاس است: ۱.پرسشنامه مربوط به خود بدن: همه سوالات به جز شماره سوالات ارائه شده در دو خرده مقیاس زیر

۲. مقیاس رضایت از بخشهای مختلف بدنی سوالات ۶۰ تا ۶۸

۳. مقیاس مربوط به نگرش فرد در باره وزن سوالات ۶۶ ، ۵۹ ،۵

هر کدام از این حیطهها ۵ نمره دارد، به این ترتیب که نمره ۱برای کاملا مخالف و نمره ۵ برای کاملا موافق در نظر گرفته شـــده اســـت. امتیاز بالاتر، نشـــان دهنده رضـــایت بیشتر میباشد. دراین پرسشنامه رضایت از بخشهای مختلف بدن شامل صورت، بالا تنه، میان تنه و پایین تنه، قوام عضلات، وزن و قد و ظاهر کلی میبا شد که امتیاز ۱ برای حالت کاملا ناراضی و ۵ برای حالت کاملا راضی محاسبه شده است. ضریب پایایی این مقیاس توسط آزمون آلفای کرونباخ درگروه نمونه زنان ماستکتومی شده در پژوهش حاضر ۰/۶۹ بدست آمد.

پژوهش حاضر از نوع نیمهآزمایشی، پیشآزمون، پسآزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. جامعه آزمودنی شامل یک نمونه ۴۵ نفری که به صورت تصادفی اندازهگیری شده بودند. دادههای پژوهش با استفاده از روش کوواریانس چند متغیره و آزمونهای تعقیبی شفه و بنفرونی جهت آزمون فرضیهها استفاده شد و دادهها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شدند. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیهها، مقدار ۰.۰۵ در نظر گرفته شد. ($P < ۰.۰۵$). در جدول ۱ به خلاصه ای از پروتکل درمانی اشاره شده است.

[1] .body image questionnaire

جدول ۱- پروتکل ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاد و بوهارت ترجمه فیروزبخت (۳۲)

جلسه‌اول	رابطه درمانی بین درمانگر و درمانجو	رابطه درمانی بین درمانگر و درمانجو کاملا برابر است ، یعنی این دو در کنار هم یک مسیر را طی می‌کنند و استعاره دو کوه به فهم این مطلب کمک می‌کند بیمار و درمانگر هر دو از کوه کنار هم بالا می‌روند ، هیچ کدام جلوتر و یا بالاتر نیست
جلسه‌دوم	تمرین ذهن‌آگاهی	می‌توان از درمانجو خواست در حالیکه در اتاق درمان روی صندلی نشسته، حس‌های بدنی خود را وارسی کند. به همین دلیل، ترغیب می‌شود همانطور که نشسته، حالتی فکورانه به خود بگیرد؛ یعنی شانه‌های خود را شل کند، چشمانش را ببندد، و دستانش را روی دستگیره صندلی یا لبه آن قرار دهد.سپس از وی خواسته می‌شود به گزگز، دما، و حسی که در هر قسمت از بدن خود تجربه می کند، به ترتیب توجه کند.
جلسه‌سوم	تمرین مربوط به روشن‌سازی ارزش	از درمانجوها خواسته خواهد شد که تصور کنند زندگیشان به پایان رسیده است و روحشان در مراسم خاکسپاری حضور دارد. سپس از آنان خواسته می‌شود به توصیفی که مایل‌اند از زبان همسر، دوستان، اعضای خانواده، بستگان، اهالی محل، و همکاران بشنوند، بپردازند. به همین ترتیب می‌توان از درمانجویان خواست برای مشخص شدن این مساله که دوست دارند در چه زمینه‌ای مشهور شوند، مطالبی را که مایل‌اند روی سنگ قبرشان حک شود، بنویسند. این تمرینات به درمانجویان یاری می‌رساند تا با اختلافات دردناکی که بین الگوهای رفتاری کنونی یا گذشته و ارزش‌های برگزیده وجود دارد، آشنا شوند.
جلسه‌چهارم	تمثیل همسایه مزاحم	تمثیل سودمند پذیرش و تعهد در این خصوص، دعوت از همسایه ها برای سور خانه نو است. در این تمثیل، درمانجو همه همسایه های خود را به سور خانه نو دعوت کرده، در نتیجه، همسایه مزاحم نیز درآن جشن حضور خواهد یافت تمایل مهارتی بنیادین است که در سرتاسر پذیرش و تعهد به اجرا در می آید.
جلسه پنجم	تمرین فرونشانی‌فکر	این تمرین خاصه برای درمانجویانی مفید است که با نشخوار فکری یا شناخت‌واره‌های مزاحم دست و پنجه نرم می‌کنند. در تمرین مزبور از درمانجویان خواسته می‌شود چشمان خود را ببندند و با جدیت تمام سعی کنند به موضوع مشخصی فکر نکنند. تمرین فرونشانی فکر به روشن شدن این مطلب کمک می‌کند که تلاش برای فکر نکردن به موضوعی خاص به ندرت با موفقیت همراه است.
جلسه ششم	تمثیل صفحه شطرنج	مهره‌های شطرنج نمودار افکار، احساسات، و حس‌های بدنی درمانجوست. گروهی از مهره‌ها نمودار محتوای روان‌شناختی منفی و گروهی دیگر نمودار محتوای روان‌شناختی مثبت‌تر است.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۲، پیاپی (۱)۳۶ ص ۳۸-۵۲
Family and health Quarterly, vol13, Issu1, Spring 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1

جلسه هفتم	تمثیل مسابقه طناب‌کشی با هیولا	هدف پذیرش و تعهد این نیست که به درمانجو در به درک واصل کردن هیولا یاری رساند، بلکه هدف آن ترغیب وی به رها کردن طناب است.
جلسه هشتم	راهبردهای ناهم‌آمیزی شناختی	بیان افکار منفی در قالب صدایی مضحک (برای مثال، صدای پسر شجاع، گربه نره، شیپورچی و ...) در اصل شکستن قواعد زبانی به طرقی که باعث شود کلمات مشکل‌آفرین بخش اعظم یا کل معنا خود را از دست بدهندیعنی افکار فقط و فقط واژه یا افکار شوند نه امور واقعی تکنیکهای ناهم‌آمیزی شناختی

در مواردی که داده‌های حاصل از اجرای تحقیق به صورت کمی (عدد و رقم) جمع‌آوری شود، تحلیل کمی رویدادها صورت میگیرد. برای این منظور از نرم افزارSPSS در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده، استفاده و داده‌های تحقیق، در دو سطح گردآوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت:

الف) در سطح توصیفی، از جدول‌های توزیع فراوانی، درصدهای مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی، و آمارهای توصیفی جهت بررسی متغیرهای پژوهش در نمونه به تفکیک گروه‌ها استفاده شد.

ب) در سطح استنباطی، متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری (نرمال بودن، همگنی واریانسها، همگنی ماتریس واریانس کوواریانس و مفروضه کرویت،) از آزمون تحلیل واریانس آمیخته، روش تحلیل واریانس چند متغیری مانوا و کوواریانس استفاده شد. آزمون‌های تعقیبی شفه و بنفرونی جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها:

نتایج پژوهش در بخش توصیف داده‌ها نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی متعلق به گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۶۱درصد)، از نظر تحصیلی بیشترین فراوانی دیپلم (۵۵/۶ درصد) و کمترین دکتری (۲/۲درصد) بودند.

بمنظور بررسی نرمال بودن داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای هر دو گروه (آزمایش و کنترل) استفاده شد. سطح معنی‌داری محاسبه شده برای تمامی متغییرها بزرگتر از ۰.۰۵ می‌باشد ($p < ۰.۰۵$). بنابراین فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش برای گروه کنترل و آموزشی در سه مرحله (پیش‌ازمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مولفه‌های تحقیق به تفکیک برای دو گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

مرحله		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
بهزیستی روانشناختی	کنترل	۱۶۱/۲۰	۴۴/۱۱	۱۶۱/۰۰	۴۲/۹۵	۱۶۱/۱۶	۴۳/۲۴
	اکت	۱۷۴/۴۶	۴۲/۰۸	۲۶۶/۴۰	۶۸/۷۴	۲۶۷/۲۰	۷۰/۱۰
تصویر بدنی	کنترل	۱۲۷/۷۳	۲۶/۴۸	۱۲۸/۰۶	۲۶	۱۲۷/۴۰	۲۵/۲۱
	اکت	۱۱۴/۲۶	۳۱/۴۰	۱۶۹/۶۶	۴۷/۵۳	۱۶۹/۷۳	۴۷/۸۷
اضطراب سلامت	کنترل	۳۶/۰۶	۳/۸۹	۳۵/۹۳	۳/۸۲	۳۵/۸۰	۳/۹۱
	اکت	۳۷/۱۳	۵/۰۴	۱۶/۴۰	۴/۱۵	۱۵/۸۶	۳/۹۴

آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روانشناختی، تصویر بدنی، اضطراب سلامت برای دو گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در جدول ۲ نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین نمرات سه مولفه تحقیق (بهزیستی روانشناختی، تصویر بدنی، اضطراب سلامت) در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شاهد کاهش قابل توجه اضطراب سلامت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم.

به‌منظور بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شده که نتیجه آن در جدول ۳ گزارش شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، مقدار F بدست آمده، برای تمامی متغییرها در سطح آلفای ۰.۰۵ معنی‌دار می‌باشد. ($p<0.05$). بنابراین روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد حداقل باعث تغییر معنادار یکی از متغییرهای، بهزیستی روانشناختی، تصور بدنی و اضطراب سلامت می‌شود.

پاسیار

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۲، پیاپی (۱)۳۶ ص ۳۸-۵۲

Family and health Quarterly, vol13, Issu1, Spring 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1

جدول ۳- آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه زیرمولفه‌های تحقیق در گروههای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری

	متغییرهای وابسته	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مربع اتا
گروه* مرحله	بهزیستی روانشناختی	۱۲۶۲۶۲/۶۷۸	۱	۱۲۶۲۶۲/۶۷۸	۳۷/۶۰۹	۰.۰۰۰	۰.۳۰۲
	تصویر بدنی	۱۲۴۱۳/۸۷۸	۱	۱۲۴۱۳/۸۷۸	۸/۶۳۷	۰.۰۰۴	۰.۰۹۰
	اضطراب‌سلامت	۳۶۸۶/۴۰۰	۱	۳۶۸۶/۴۰۰	۷۷/۸۲۲	۰.۰۰	۰.۴۷۲

به منظور مقایسه زوجی گروهها با یکدیگر، از آزمون بن فرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- آزمون بنفرونی برای مقایسه بین گروه کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

	متغییر	گروه	گروه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
مرحله	بهزیستی روانشناختی	کنترل	اکت	-۱۳/۲۶۷	۱۵/۷۴۳	۰.۴۰۷
	تصویر بدنی	کنترل	اکت	۱۳/۴۷۶	۱۰/۶۰۷	۰.۲۱۵
	اضطراب‌سلامت	کنترل	اکت	-۱/۰۶۷	۱/۶۴۶	۰.۵۲۲
پس‌آزمون			اکت			
	بهزیستی روانشناختی	کنترل	اکت	-۱۰۵/۴۰	۲۰/۹۳۰	۰.۰۰۰
	تصویر بدنی	کنترل	اکت	-۴۱/۶۰۰	۱۳/۹۹۰	۰.۰۰۶
	اضطراب‌سلامت	کنترل	اکت	۱۹/۵۳۳	۱/۴۵۸	۰.۰۰۰
	بهزیستی روانشناختی	کنترل	اکت	۱۰۶/۰۶۷	۲۱/۲۶۸	**.000**
	تصویر بدنی	کنترل	اکت	-۴۲/۳۳۳	۱۳/۹۷۱	**.005**
	اضطراب‌سلامت	کنترل	اکت	۱۹/۹۳۳	۱/۴۳۴	**.000**

همانطور که در جدول ۴ قابل مشاهده است، بین متغییرهای بهزیستی روانشناختی، تصور بدنی و اضطراب سلامت در نمونه های تحت کنترل و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیش آزمون اختلاف معنادار وجود ندارد، اما در مرحله‌های پس آزمون و پیگیری بین متغییرهای بهزیستی روانشناختی، تصور بدنی و اضطراب سلامت اختلاف معنادار وجود دارد. ($p<0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اضطراب سلامت، افزایش رضایت از تصویر بدنی و افزایش بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به سرطان سینه که جراحی ماستکتومی شده‌اند، در گروه آزمایش داشته است. این پژوهش با پژوهش‌های قاسمی و جبل عاملی (۲۵)، اصفهانی، زینالی و کیانی (۳۱)، هافمن و همکاران (۳۲) همسو و همخوان است.

نتایج برآمده از پژوهش‌ها نشان میدهد که استفاده از برخی راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه بر کاستن از هیجانات منفی، می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود. در یک مطالعه بالینی که بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه بمنظور ارزیابی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مرتبط با درد و تنظیم شناختی هیجانی انجام شد، محققین به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌تواند به بیمار کمک کند تا افکار منفی و شرایط بیماری خود را بپذیرد و این یک روش موثر بر مولفه‌های روانی مرتبط با بیماری سرطان است (۳۱).

پذیرش با استفاده بیشتر از شیوه‌های مسأله مدار و فعال و توانایی مقابله بیشتر ارتباط داشته و عاملی مهم برای کمک به بیماران می‌باشد تا بتوانند با موقعیت خود بهتر کنار آیند و احساس بهتری داشته باشند. بیماران از طریق تمرینات و استعاره‌های مختلف می‌آموزند که می‌توان احساسات شدید را تجربه نمود و یا به احساسات بدنی شدید توجه کرد، بدون آنکه آسیبی به آنها وارد شود (۳۳). پذیرش و مشخص‌کردن ارزش‌ها به افزایش سازگاری بیمار کمک نموده و هزینه و وقتی که وی تاکنون صرف اجتناب یا جنگ با افکار خود در مورد تصویر بدنی اش می‌نموده است را در جهت غنای زندگی وی قرار میدهد (۲۵). ارتباط با زمان حال به معنای بودن در اینجا و اکنون است هشیاری کامل نسبت به تجربه‌های که داریم به جای اینکه در افکارمان گم شویم که خود شامل توجه منعطف به جهان روانشناختی درونی و جهان مادی بیرونی می‌باشد. ارتباط با زمان حال در فرایند همجوشی‌زدایی و پذیرش بسیار اهمیت دارد. اولین قدم در همجوشی‌زدایی از یک فکر یا پذیرش یک احساس، توجه به آن است (۳۴). معمولاً بیماران دچار سرطان با مشکلات روانشناختی متعددی نظیر استرس، اضطراب، افسردگی و نوسانات خلقی روبه رو هستند. وجود این مشکلات به دلیل عدم شناسایی هیجانات، کوشش در زمینه مهار و کنترل هیجانات و افکار مربوط به آنهاست این روش درمانی با مؤلفه پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا به جای سعی در کنترل و مهار هیجانات، آنها را کمتر تهدیدکننده ببینند و بپذیرند (۳۵). در مجموع می‌توان گفت هدف اصلی این درمان، ایجاد انعطاف پذیری روان‌شناختی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه این که عملی صرفا جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلا اعمال کنترلی ناموثرکاهش یابد و این امر موجب بهبودی مولفه‌های روانشناختی در افراد شود.

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۲، پیاپی (۱)۳۶ ص ۳۸-۵۲
Family and health Quarterly, vol13, Issu1, Spring 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.1.4.1

محدودیت پژوهش:

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت نمونه این پژوهش به دلیل شرایط بیماری و همچنین وجود ویروس کرونا قادر به همکاری نبودند و به سختی نمونه‌ها جمع‌آوری شد و در طول درمان بارها نمونه‌ها قادر به ادامه دادن نبودند.

پیشنهاد پژوهش:

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد میشود برنامه‌هایی در راستای افزایش آگاهی نسبت به سرطان و عوارض آن و زندگی بعد از سرطان و همچنین تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و آرام‌سازی در این بیماران به منظور شناسایی افکار و هیجانات منفی و کاهش مشکلات روانی، توسط روانشناسان در بیمارستان و در مراکز درمانی بیشتر انجام شود.

ملاحظات اخلاقی:

این مقاله برگرفته شده از رساله دکتری تخصصی روانشناسی در سال ۱۴۰۰ با کد اخلاق IR.IAU.A.REC.1400.009 می‌باشد.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر :

بدین‌وسیله نویسندگان از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و تمام کسانی که به نحو موثری در انجام این پژوهش همکاری کردند تقدیر و تشکر میکنند.

منابع:

1- Pudkasam S, Feehan J, Talevski J, Vingrys K, Polman R, Chinlumprasert N, Stojanovska L, Apostolopoulos V. Motivational strategies to improve adherence to physical activity in breast cancer survivors: A systematic review and meta-analysis. Maturities, 2021; 152: 32-47. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.06.008
2- Toda H, Kurozumi S, Kijima Y, Idichi T, Shinden Y, Yamada Y, Arai T, Maemura K, Fujii T, Horiguchi J, Natsugoe S. Molecular pathogenesis of triple-negative breast cancer based on microRNA expression signatures: Antitumor miR-204-5p targets AP1S3. Journal of human genetics, 2018; 63(12):1197-210. D.O.I: 10.1038/s10038-018-0510-3
3- El-Heliebi A, Kroneis T, Zöhrer E, Haybaeck J, Fischereder K, Kampel-Kettner K, Zigeuner R, Pock H, Riedl R, Stauber R, Geigl JB. Are morphological criteria sufficient

for the identification of circulating tumor cells in renal cancer. Journal of translational medicine, 2013; 11(1):1-7. DOI: 10.1007/978-1-4939-2990-0_9

4- Forment JV, O'Connor MJ. Targeting the replication stress response in cancer. Pharmacology & therapeutics, 2018; 1(188): 155-67. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2018.03.005v

5- Dessein PH, Solomon A, Hollan I. Metabolic abnormalities in patients with inflammatory rheumatic diseases. Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 2016; 30(5): 901-15. DOI: 10.1016/j.berh.2016.10.001

Fink P, Ørnbøl E, Toft T, Sparle KC, Frostholm L, Olesen F. A new, empirically established hypochondriasis diagnosis. American Journal of Psychiatry, 2004; 161(9): 1680-91. DOI: 10.1176/appi.ajp.161.9.1680

6- American Psychiatric Association Division of Research. Highlights of changes from DSM-iv to dsm-5: Somatic symptom and related disorders. Focus, 2013; 11(4):525-7. doi.org/10.1176/appi.focus.11.4.525

7- Khosravi Z., Shahi Sadrabadi F., Rahmatinejad P.. Investigating the relationship between obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive personality disorder: evaluating categorical and dimensional approaches in the conceptualization of obsessive-compulsive spectrum disorders, J thought and behaviour in clinical psychology, 2018; 13(49): 7-16, https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1461.html?lang=en

8- Sharifi Saki S., Alipour A., Fahimi Far, Taghdisi Karimi N.. Effectiveness of group cognitive therapy training based on mindfulness on reducing anxiety and over-anxiety of women with recurrent miscarriage. Faiz's bimonthly scientific-research journal, 2015; 19(4): 334-40, URL: http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-2790-en.html

9- Green MJ, Schubart JR, Whitehead MM, Farace E, Lehman E, Levi BH. Advance care planning does not adversely affect hope or anxiety among patients with advanced cancer. Journal of pain and symptom management, 2015; 49(6): 1088-96. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.11.293

10- Zhang J, Pavlova NN, Thompson CB. Cancer cell metabolism: the essential role of the nonessential amino acid, glutamine. The EMBO journal, 2017; 36(10): 1302-15. D.O.I: 10.15252/embj.201696151

11- Cash TF, Melnyk SE, Hrabosky JI. The assessment of body image investment: An extensive revision of the Appearance Schemas Inventory. International Journal of eating disorders, 2004; 35(3): 305-16. DOI:10.1002/eat.10264

12- Pelkey TJ, Frierson Jr HF, Bruns DE. Molecular and immunological detection of circulating tumor cells and micro metastases from solid tumors. Clinical chemistry, 1996; 42(9): 1369-81. DOI:10.1093/clinchem/42.9.1369

13- Spiegler MD. Contemporary behavior therapy. Cengage Learning; 2015

14- Jones PA, Issa JP, Baylin S. Targeting the cancer epigenome for therapy. Nature Reviews Genetics, 2016; 17(10): 630-41. https://europepmc.org/article/med/27629931

15- Bloom JR, Stewart SL, Johnston M, Banks P, Fobair P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. Social science & medicine, 2001; 53(11): 1513-24. DOI:10.1016/S0277-9536(00)00440-8
16- Alteri R, Barnes C, Burke A, Gansler T, Gapstur S, Gaudet M, Kramer J, Newman LA, Niemeyer D, Richards C, Runowicz C. Breast cancer facts & figures 2013-2014. Atlanta: American Cancer Society; 2013.
17- Wetherell JL, Liu L, Patterson TL, Afari N, Ayers CR, Thorp SR, Stoddard JA, Ruberg J, Kraft A, Sorrell JT, Petkus AJ. Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. Behavior therapy, 2011; 42(1): 127-34. DOI: 10.1177/1740774520931864
18- Hunter S, Love-Jackson K, Abdulla R, Zhu W, Lee JH, Wells KJ, Roetzheim R. Sun protection at elementary schools: a cluster randomized trial. Journal of the National Cancer Institute, 2010 Jan 1;102(7): 484-92.
19- Baer R. Assessment of mindfulness and closely related constructs: Introduction to the special issue. Psychological assessment (2016). 28(7):787. DOI:10.1037/pas0000309
20- Flamant L, Roegiers E, Pierre M, Hayez A, Sterpin C, De Backer O, Arnould T, Poumay Y, Michiels C. TMEM45A is essential for hypoxia-induced chemoresistance in breast and liver cancer cells. BMC cancer, 2012; 12(1):1-6. https://doi.org/10.1186/1471-2407-12-391
21- Nararro-Haro MV, Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Sampaio M, Alhalabi W, Hall K, Linehan M. The use of virtual reality to facilitate mindfulness skills training in dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a case study. Frontiers in psychology, 2016; 2(7):15-73. Doi: 10.1089/cyber.2016.0012
22- Qaraei Ardakani Sh., Azad Fallah T.. The effectiveness of the acceptance and commitment therapy approach in reducing the intensity of pain experience in women with chronic headache disorder. Clinical Psychology, 2012; 4(2): 39-50, [in Persian]
23- Ghasemi L., Jabal Alami S.. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on body image in women with breast cancer after mastectomy surgery. Health Research, 2018; 15(4): 261-255, URL: http://hsr.mui.ac.ir/article-1-1096-en.html
24- Moghadam, Nasira, Amrai, Asadi, Amani, Omid. The effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on life expectancy and psychological well-being of women with breast cancer undergoing chemotherapy. Journal of Psychiatric Nursing, 2018; 6(5): 1-8, [in Persian]
25- Hamida Iri, Makundi B., Bakhtiarpour S., Hafezi F.. Comparison of effectiveness of treatment based on commitment and acceptance and dialectical behavior therapy on health anxiety, psychosocial adjustment and cognitive regulation of emotion in divorced women . Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences, 2019; 2(6): 1
26- Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, Baruffi M, Molinari E. The ACT on HEART study: rationale and design of a randomized

controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. Health and quality of life outcomes, 2014; 12(1): DOI: 10.1186/1477-7525-12-22

27- Shokri O., Taghi Lou S., Gravand F., Payizi M., Moulai M., Abdullah Pour M. Azad Akbari H.. Factorial structure and psychometric properties of Persian version of coping with stressful situations questionnaire, [in Persian]

28- Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian journal of psychiatry and clinical psychology, 2008; 14(2):146-51. URL: http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html

29- Esfahani A., Zinali SH., Kiani R... Group therapy based on acceptance and commitment on pain-related anxiety and cognitive regulation of emotion in breast cancer patients; a clinical trial study. Journal of Arak University of Medical Sciences, 2020; 23(2):138-49, D.O.i: 10.32598/JAMS.23.2.3364.2

30- Hoffman RF, Rand MR. Instrumental enrichment, an intervention program for structural cognitive modifiability: Theory and practice. Think. Learn. Skills, 2014; 3(1): 43. eBook ISBN9781315060149

31- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2009.

32- Harris R. Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. Psychotherapy in Australia, 2006; 12(4): 13

33- Smout MF, Hayes L, Atkins PW, Klausen J, Duguid JE. The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. Clinical Psychologist, 2012; 16(3): 97-109. DOI:10.1111/j.1742-9552.2012. 00051.x