

## مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر ابعاد سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان

شیوا جلیوند قزوینی فرد<sup>۱</sup>، بیوک تاجری<sup>۲\*</sup>، وحید کاوه<sup>۳</sup>، حسن احدی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** امروزه درمان مشکلات ابعاد سلامتی زنان مبتلا به سرطان پستان در حال درمان از اولویت بهداشتی در خانواده هاست؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر ابعاد سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

**روش پژوهش:** نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود، جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان ۳۰ - ۵۰ ساله مبتلا به سرطان پستان بودند که جهت درمان به بیمارستان فیروزگر در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده و جراحی ماسکتومی دریافت کردند. نمونه پژوهش از نوع در دسترس و شامل ۴۵ نفر بود. ابزار پژوهش شامل مقیاس ابعاد کنترل سلامت، پروتکل درمانی مصاحبه انگیزشی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. داده‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** دو شیوه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر بهبود بعد سلامت درونی در پس آزمون اثر معنی دار داشت. همچنین نمرات بعد سلامت مربوط به افراد موثر و سلامت مربوط به شانس به طور معنی دار کاهش یافت. بین نمرات متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از نوع مداخله، تفاوت وجود داشت. از بین دو روش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تقویت سلامت درونی و کاهش نمرات سلامت مربوط به افراد موثر و شانس در زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر بود. لذا با هر دو روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی به ویژه اکت که موثرتر بود، می توان بهبودی زنان مبتلا به سرطان پستان را تسریع کرد.

**نتیجه گیری:** بنابراین می توان از هر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی در جهت افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان بهره مند شد.

**کلید واژه:** ابعاد سلامت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان مبتلا به سرطان پستان، مصاحبه انگیزشی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۳/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۲/۲

**استناد:** جلیوند قزوینی فرد شیوا، تاجری بیوک، کاوه وحید، احدی حسن. مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی بر ابعاد سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۴): ۲۳۶-۲۲۳

<sup>۱</sup> - دانشجوی دکترای تخصصی، گروه روان شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

<sup>۲</sup> - استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)، [btajeri@yahoo.com](mailto:btajeri@yahoo.com)، تلفن: ۰۹۱۲۳۴۷۶۹۲۶

<sup>۳</sup> - استادیار، گروه آنکولوژی و هماتولوژی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> - استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

**مقدمه:**

سرطان پستان سومین سرطان شایع در جهان و شایع ترین سرطان در زنان می باشد. این بیماری حدود یک سوم کل سرطان های زنان را شامل می شود و علت اساسی مرگ در زنان سنین ۴۰ تا ۷۰ است. در ایران بروز سرطان پستان از میزان ۱۵ در صد هزار نفر در مناطق شهری تا ۳۴/۶ در کلانشهرها متغیر است و پیش بینی می شود در سالهای آتی افزایش قابل ملاحظه ای داشته باشد [۱]. سرطان پستان ممکن است در اثر عوامل متعددی چون سن، جنس، نژاد، بیماری خوش خیم قبلی در سینه، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی و منارک زودرس، یائسگی دیررس و بارداری در سنین بالا به وجود آید. از نظر عاطفی و روانی تاثیر گذارترین و مهمترین عامل نگران کننده سلامتی در بین زنان است [۲].

شواهد نظری و تجربی پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به سرطان دارای خودکارآمدی زیاد، سازگاری بهتری بعد از عمل جراحی پیدا می کنند و به دنبال آن پیامدهای روانی منفی کمتری تجربه خواهند کرد. با توجه به یافته های به دست آمده از این پژوهش زنان با خودکارآمدی بیشتر، بعد از عمل جراحی ماستکتومی تمایل به ناچیز شمردن پیامدهای منفی جراحی بر ظاهرشان داشتند. به نظر می رسد واکنش بیماران به تصویر بدنی بعد از سرطان سینه، تحت تاثیر ابعاد کنترل سلامت آنان باشد. ابعاد کنترل سلامت به معنی باورهای فرد در مورد نقش نیروهای درونی یا بیرونی در کنترل سلامتی او می باشد [۳]. محققین نتیجه گرفتند که هنگامی که کانون کنترل سلامت در بیماران بسیار درونی یا بیرونی باشد، بیماری بدتر می شود. همچنین نتایج نشان داد که مؤلفه کانون کنترل سلامت درونی به طور معناداری با پیامدهای مثبت مرتبط با سلامتی ارتباط دارد. کانون کنترل سلامت شانس نیز با پیامدهای منفی مرتبط با سلامتی مانند خودمراقبتی و خودکارآمدی کمتر، عزت نفس کمتر و سطوح بالای اضطراب و افسردگی همبستگی نشان داد [۴].

با توجه به اهمیت افزایش سلامت در بیماران مبتلا به سرطان پستان، یکی از اساسی ترین اجزای درمان سرطان، آگاهی بخشی، آموزش و درمان مشکلات روانی بیماران است [۵]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله درمان های جدید و مؤثر در حل مشکلات و اختلالات روانشناختی است. اصول زیربنایی آن شامل: پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها و عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته است. ازاینرو، درمان ACT با تمرکز بر شرایط موجود و مسیرهای پیش رو به سمت پذیرش و رشد شخصی در بحرانهای ناشی از بیماری بسیار مناسب است و با توجه به شرایط ایجاد شده در وضعیت فرد پذیرش به تدریج به وجود می آید تا فرد به احساسی برای خودش به عنوان یک فرد مناسب از لحاظ اجتماعی، جنسی و شغلی دست بیابد؛ در این مرحله احساس آمادگی برای سرمایه گذاری در یک زندگی موثر به وجود می آید و توانایی پذیرش دیگران و پذیرفته شدن توسط دیگران، حاصل می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود پنداره و کنترل سلامت در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی موثر بوده است. به عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در زنان مبتلا به سرطان پستان پس از جراحی ماستکتومی باعث افزایش پیروی درمانی شده است [۶ و ۷].

در این راستا محققین در پژوهشی تحت عنوان تاثیر مصاحبه انگیزشی روی مدیریت خود، پیامدهای روانی در سرطان پستان انجام دادند، دریافتند که برنامه مصاحبه انگیزشی شامل ۶۰ دقیقه مصاحبه که طی آن افراد شرکت کننده اجازه داشتند در مورد افکار و احساسات خود درباره سرطان صحبت کنند. باعث شد شرکت کنندگان در گروه مصاحبه انگیزشی به طور قابل ملاحظه ای در مدیریت خود، خودکارآمدی و کیفیت زندگی بهبود حاصل کنند [۸]. همچنین، مصاحبه انگیزشی یک تکنیک مؤثر برای تسهیل تصمیم گیری در زمینه تغییر رفتار است [۹]. در مصاحبه انگیزشی درمانگر از خودکفایتی مراجع حمایت کرده و تأکیدی بر این مطلب ندارد که مراجع باید به این باور برسد که می تواند رفتار خود را تغییر دهد. درمان مذکور به مشارکت دادن آنها در طول درمان نیز توجه دارد. همانطور که پژوهش ها نشان داده اند، مشارکت در طی فرآیند درمان به مراجع جهت تغییر دادن رفتار کمک می کند [۱۰]. با توجه به افزایش شیوع سرطان و اهمیت تأثیر این بر روی تمام ابعاد زندگی افراد مبتلا به سرطان و با در نظر گرفتن اینکه در جامعه ما به مفهوم ابعاد سلامت

و عوامل مرتبط با آن در بیماران سرطان پستان کمتر پرداخته شده است. بر اساس بررسی و مرور منابع توسط محقق مطالعاتی که به مقایسه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی پرداخته، بسیار محدود بود، بر این اساس، به منظور روشن شدن تضاد آرا و آشکار نمودن میزان اثربخشی دقیق تر این رویکردهای درمانی، همچنین با توجه به تفاوت رویکرد نظری هر دو نوع مداخله و به جهت مقایسه اثرگذاری هریک از این دو رویکرد، این پژوهش انجام شد. همچنین از آنجا که آموزش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی دو رویکرد درمانی هستند که هر یک به گونه‌ای متفاوت به تبیین و توصیف مسائل و مشکلات روانشناختی بیماران در زمینه شناخت، هیجان، رفتار و ارتباط می پردازند و راهبردهای منحصر به فردی را به منظور رفع آنها ارائه می‌دهند، مسئله پژوهش عبارت از این سوال بود که آیا اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر ابعاد سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان متفاوت است و چه شیوه‌ای موثرتر بود.

### روش پژوهش:

تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری دو ماهه بود، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۳۰ - ۵۰ ساله مبتلا به مرحله ۳ سرطان پستان در سال ۱۴۰۱، بودند که تشخیص سرطان پستان دریافت کردند و در بیمارستان شهید فیروزگر تهران در حال درمان بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ از بین افرادی که در بیمارستان شهید فیروزگر تهران در حال درمان بودند، تعداد ۴۵ نفر از بین بیماران انتخاب و مجدداً بصورت تصادفی در سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و کنترل اختصاص داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱-عدم استفاده از داروهای روانگردان، مواد مخدر و آموزش‌های روانشناختی در طول مطالعه، ۲-داشتن سن بالای ۳۰ سال، ۳-عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (طبق مصاحبه روانپزشک و درج در پرونده)، ۴-ابراز رضایت جهت شرکت آزمودنی‌ها و ۵-ابتلا به مرحله سوم بیماری سرطان. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: ۱-عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله.

پس از انتخاب شرکت کنندگان توسط فرم‌های دموگرافیک و رضایت نامه‌ها و بعد از انتخاب نمونه، ابتدا در خصوص مداخله توضیحاتی به گروه‌های آزمایش داده شد و از آنها خواسته شد تا در تمامی جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند، اصول کلی، قوانین و اهداف گروه به صورت کلی مورد بحث قرار گرفت. روی هر دو گروه آزمایش به طور مجزا، مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مصاحبه انگیزشی، تحت آموزش قرار گرفتند و بر روی گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای انجام نشد. چیدمان صندلی‌ها به صورت نیم دایره بود تا مشارکت گروهی تسهیل گردد. جلسه‌های مداخله به صورت گروهی به انجام رسید که هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه به طول انجامید. پس از اتمام مرحله آخر، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور توسط شرکت کنندگان تکمیل شد. همچنین برای پیگیری از پایداری نتایج درمان بعد از گذشت دو ماه، از شرکت کنندگان درخواست شد که مجدد پرسشنامه‌ها را پر کنند. درمان‌ها در مرکز مشاوره ساوالان که ویژه آموزش می‌باشد با حضور روانشناس انجام شد. همچنین لازم بذکر است که اطلاعات آموزشی پس از پایان مطالعه در اختیار گروه کنترل قرار گرفت.

**پرسشنامه ابعاد سلامت:** مقیاس چند وجهی ابعاد سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به منظور تعیین بعد سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که بعد سلامت شخص از نوع درونی یا بیرونی باشد، بر اساس یک مجموعه مشخصات است. این مقیاس شامل سه مولفه با معیار شش گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است: ۱-بعد سلامت مربوط به افراد موثر (PHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود، ۲-بعد سلامت درونی (IHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او است، ۳-بعد مربوط به شانس (CHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که

سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت است. این پرسشنامه مشتمل بر هجده عبارت و هر مولفه دارای شش عبارت است. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از آن را بیان کند. شیوه نمره گذاری بدین صورت است که برای بدست آوردن نمره هر زیر مقیاس کافی است امتیاز همه عبارات مربوط به زیر مقیاس مورد نظر با هم جمع شود. سوالات زیر مقیاس منبع کنترل سلامت درونی: ۱۷-۱۳-۱۲-۸-۶-۱، سوالات زیر مقیاس منبع کنترل سلامت مربوط به افراد موثر: ۱۸-۱۴-۱۰-۷-۳-۵ و سوالات زیر مقیاس سلامت مربوط به شانس: ۱۶-۱۵-۱۱-۹-۴-۲. ضریب پایایی کودر - ریچاردسون برای هر یک از مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۷۷ گزارش شده است [۱۱]. روایی همزمان مقیاس منبع کنترل سلامت با مقیاس درونی - بیرونی راتر مشخص شده است. همبستگی نمرات این آزمون با وضعیت سلامتی آزمودنی‌ها نیز حاکی از اعتبار ملاکی مطلوب این آزمون است [۱۲]. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای سلامت درونی ۰/۸۱، سلامت مربوط به افراد موثر ۰/۸۳ و سلامت مربوط به شانس ۰/۷۹ به دست آمد.

**خلاصه طرح جلسات اکت:** جلسه‌های اکت در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه به صورت گروهی ارائه گردید. هر هفته یک جلسه برگزار شد. آموزش توسط پژوهشگر انجام شد. روایی و اعتبار آن در پژوهش‌های پیشین تایید شده است [۷]. همچنین، به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش، متن آن در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی سلامت و آشنا با موضوع قرار داده شد تا بسته درمانی تأیید گردد. سپس متن آن برای چند نفر از افراد مبتلا به سرطان پستان، در قالب یک کلاس غیر رسمی ارائه شد تا صحت فهم آن تأیید شود. و پژوهشگر دوره تخصصی درمان اکت را در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ساوالان زیر نظر دکتر بیوک تاجری قبلاً گذرانده بود.

#### جدول ۱. خلاصه طرح جلسات درمان اکت [۷].

|            |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول   | معارفه، آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، توضیح در رابطه با رضایت آگانه برای شرکت در پژوهش و نحوه همکاری، اخذ رضایت نامه از شرکت‌کنندگان، پر کردن پرسشنامه‌های پیش‌آزمون. آشنایی با سرطان پستان، تعریف سه متغیر و تأثیر هیجانات روی سرطان، آشنایی با اکت |
| جلسه دوم   | بررسی شیوه‌های کنترل بر خود توسط مراجع، آموزش مفهوم درماندگی خلاق، استعاره چاه، آموزش استعاره ببر گرسنه، غذا خوردن با توجه و آگاهی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف منزل                                                                                       |
| جلسه سوم   | کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف منزل                                                                               |
| جلسه چهارم | توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گامهای پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف منزل                                                                                   |
| جلسه پنجم  | معرفی مدل رفتاری سه بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار / احساسات، کارکردهای روانشناختی و رفتار قابل مشاهده و بحث در مورد چالش برای تغییر رفتار بر اساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف منزل                                                             |
| جلسه ششم   | توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان یک بستر و تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافتهای حسی و جدایی از حسهایی که جزء محتوای ذهنی هستند، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف منزل                                                            |

|           |                                                                                                                                   |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه هفتم | توضیح مفهوم ارزشها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکز، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف منزل |
| جلسه هشتم | آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرحهای رفتاری مطابق با ارزشها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها، جمع بندی جلسات، اجرای پس آزمون            |

**خلاصه طرح جلسات مصاحبه انگیزشی:** جلسه های مصاحبه انگیزشی [۱۳] در ۵ جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه به صورت گروهی ارایه گردید. هر هفته یک جلسه برگزار شد. آموزش توسط پژوهشگر انجام شد. همچنین، به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی و تطابق آن با اهداف پژوهش، متن آن در اختیار ده نفر از متخصصان روانشناسی سلامت و آشنا با موضوع قرار داده شد تا بسته درمانی تأیید گردد. پژوهشگر دوره تخصصی مصاحبه انگیزشی را در مرکز مشاوره و خدمات روان-شناختی ساوالان زیر نظر دکتر بیوک تاجری قبلا گذرانده بود.

#### جدول ۲. خلاصه طرح جلسات مصاحبه انگیزشی [۱۳].

| جلسه  | محتوای آموزشی                                                                                                                                                                              |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | آشنایی، معارفه، هنجارها و فرآیندهای گروه، توضیح مختصر در مورد اهداف اجرای مداخله و فواید ایجاد انگیزه، یادگیری مدل مراحل تغییر، معرفی رویکرد انگیزشی مبتنی بر خودکارآمدی، اجرای پیش آزمون. |
| دوم   | مرور جلسه پیشین، تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی                                                                                      |
| سوم   | تمرین بارش ذهنی، سود و زیانهای کوتاه و بلندمدت، توصیف و تمرین گزینه های اصلاحی جایگزین                                                                                                     |
| چهارم | تعریف ارزشها، انجام تمرین شناسایی و اولویتبندی ارزشهای درجه یک، تمرین تعریف ارزشها و تمرین تطابق ارزش و رفتار.                                                                             |
| پنجم  | خلاصه و جمع بندی تمرینهای جلسات قبلی در قالب تمرین چشم انداز و برگزاری پس آزمون.                                                                                                           |

#### یافته ها:

میانگین سن شرکت کنندگان در این نمونه پژوهشی ۴۳ و انحراف استاندارد آن ۱۱/۰۷ می باشد. دامنه تغییرات سن از ۳۰ تا ۴۹ سال بود.

#### جدول ۳. توزیع فراوانی، درصد و میانگین شرکت کنندگان بر حسب سن

| رده سنی | اکت   | مصاحبه انگیزشی | کنترل | کل    | درصد |
|---------|-------|----------------|-------|-------|------|
| ۳۴-۳۰   | ۱     | ۳              | ۱     | ۵     | ۱۱/۶ |
| ۳۹-۳۵   | ۶     | ۲              | ۴     | ۱۲    | ۲۷/۹ |
| ۴۴-۴۰   | ۳     | ۶              | ۷     | ۱۶    | ۳۷/۲ |
| ۴۹-۴۵   | ۵     | ۴              | ۱     | ۱۰    | ۲۳/۳ |
| میانگین | ۴۲/۷۵ | ۴۳/۰۴          | ۴۱/۲۳ | ۴۲/۲۲ |      |

بر اساس جدول ۴-۱، ۱۱/۶۳ درصد کل شرکت کنندگان در رده سنی ۳۰-۳۴ سال، ۲۷/۹ درصد آنها در رده سنی ۳۵-۳۹ سال، ۳۷/۲ درصد آنها در رده سنی ۴۰-۴۴ سال و ۲۳/۳ درصد آنها در رده سنی ۴۵-۴۹ سال قرار داشتند. تعداد ۱۷ نفر معادل ۳۷ درصد از شرکت کنندگان مقطع دیپلم و زیر دیپلم، ۱۹ نفر معادل ۴۲ درصد کارشناسی، ۶ نفر معادل ۱۳ درصد کارشناسی ارشد و تعداد ۳ نفر معادل ۶ درصد آزمودنی ها در مقطع دکترا بودند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که برای متغیر ابعاد کنترل سلامت در هر سه گروه که بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، داده های گروه ها نرمال می باشد و می توان از آزمون های پارامتریک استفاده کرد. طبق آزمون لوین مقدار F برابر با ۰/۵۸۵ بود، واریانس های سه گروه برابر و متجانس بودند. از اینرو فرض همگنی واریانس ها برای این متغیر محقق شد. همچنین در آزمون مفروضه همگنی شیب های رگرسیون مقدار F برابر با ۱/۳۰۲ به دست آمد و چون سطح معناداری تعامل بین سه گروه از  $p > 0/01$  بزرگتر بود، فرض همگنی شیب های رگرسیون تایید شد. پس از بررسی به عمل آمده چون طبیعی بودن توزیع و مفروضه های همگنی واریانس و مفروضه برابری خطای واریانس ها و همگنی شیب های خطی زیر سؤال نرفته پژوهشگر مجاز استفاده از تحلیل واریانس است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد نمرات ابعاد سلامت به تفکیک گروه و زمان اندازه گیری

| بعد سلامت  | گروه           | پیش آزمون |        | پس آزمون |        | پیگیری |        |
|------------|----------------|-----------|--------|----------|--------|--------|--------|
|            |                | میان      | انحراف | میان     | انحراف | میان   | انحراف |
| درونی      | اکت            | ۲۸/۷۳     | ۴/۴۲   | ۳۳/۱۶    | ۴/۰۳   | ۳۴/۱۵  | ۳/۱۲   |
|            | مصاحبه انگیزشی | ۲۹/۲۰     | ۳/۷۷   | ۳۲/۲۵    | ۳/۸۸   | ۳۲/۱۲  | ۳/۲۲   |
|            | کنترل          | ۲۸/۱۳     | ۴/۰۶   | ۲۹/۱۳    | ۴/۱۵   | ۲۷/۴۸  | ۴/۰۶   |
| افراد موثر | اکت            | ۲۹/۱۲     | ۳/۸۹   | ۲۷/۱۲    | ۳/۱۶   | ۲۵/۲۵  | ۴/۰۴   |
|            | مصاحبه انگیزشی | ۲۸/۸۷     | ۴/۲۵   | ۲۷/۱۱    | ۴/۰۷   | ۲۶/۱۴  | ۴/۱۱   |
|            | کنترل          | ۲۸/۲۸     | ۴/۱۱   | ۲۹/۵۳    | ۳/۶۹   | ۲۸/۲۹  | ۳/۵۸   |
| شانس       | اکت            | ۲۷/۲۷     | ۴/۱۲   | ۲۶/۰۳    | ۴/۲۲   | ۲۵/۰۴  | ۴/۶۶   |
|            | مصاحبه انگیزشی | ۲۸/۱۳     | ۳/۸۹   | ۲۶/۲۶    | ۳/۱۵   | ۲۵/۹۳  | ۳/۰۴   |
|            | کنترل          | ۲۸/۰۹     | ۴/۰۳   | ۲۹/۴۳    | ۴/۶۸   | ۲۹/۹۰  | ۳/۵۷   |

**جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته به منظور بررسی تاثیر گروه و زمان اندازه گیری بر نمرات سلامت**

| سلامت      | منبع تغییرات   | SS       | DF | MS      | F     | معناداری | Eta  | توان |
|------------|----------------|----------|----|---------|-------|----------|------|------|
| درونی      | گروه           | ۶۴۸۳/۱۲  | ۲  | ۵۹۲۰/۳۸ | ۲۶/۱۲ | ۰,۰۰۱    | ۰/۳۴ | ۰/۶۶ |
|            | خطا            | ۲۴۹۱/۵۴  | ۴۲ | ۲۰۲۷/۳۳ |       |          |      |      |
|            | درون آزمودنیها |          |    |         |       |          |      |      |
|            | زمان           | ۳۰۲۷/۱۸  | ۲  | ۲۷۱۱/۳۷ | ۴۰/۴۳ | ۰,۰۰۱    | ۰/۳۱ | ۰/۷۹ |
|            | زمان و گروه    | ۱۰۲۷۴/۰۶ | ۴  | ۸۰۲۱/۴۴ | ۲۸/۷۳ | ۰,۰۰۱    | ۰/۳۹ | ۰/۸۳ |
|            | خطا            | ۱۹۸۳/۲۵  | ۳۹ | ۶۵/۰۶   |       |          |      |      |
| افراد موثر | گروه           | ۵۹۳۵/۱۷  | ۲  | ۴۸۳۹/۰۶ | ۳۲/۰۳ | ۰,۰۰۱    | ۰/۳۷ | ۰/۵۹ |
|            | خطا            | ۲۸۳۰/۱۸  | ۴۲ | ۲۷۶۳/۰۴ |       |          |      |      |
|            | درون آزمودنیها |          |    |         |       |          |      |      |
|            | زمان           | ۴۲۸۶/۹۹  | ۲  | ۳۹۸۲/۵۵ | ۳۶/۱۶ | ۰,۰۰۱    | ۰/۲۹ | ۰/۶۵ |
|            | زمان و گروه    | ۱۰۲۷۱/۸۳ | ۴  | ۹۸۲۰/۱۱ | ۳۳/۶۳ | ۰,۰۰۱    | ۰/۳۳ | ۰/۷۲ |
|            | خطا            | ۲۰۱۷/۵۳  | ۳۹ | ۶۱/۷۲   |       |          |      |      |
| شانس       | گروه           | ۴۸۲۹/۴۴  | ۲  | ۵۸۳۰/۱۱ | ۲۲/۶۳ | ۰,۰۰۱    | ۰/۲۹ | ۰/۵۹ |
|            | خطا            | ۱۹۳۸/۸۲  | ۴۲ | ۱۸۶۲/۲۵ |       |          |      |      |
|            | درون آزمودنیها |          |    |         |       |          |      |      |
|            | زمان           | ۲۰۱۱/۴۰  | ۲  | ۱۹۴۰/۳۷ | ۲۹/۵۵ | ۰,۰۰۱    | ۰/۲۶ | ۰/۶۵ |
|            | زمان و گروه    | ۷۶۲۸/۲۹  | ۴  | ۶۸۹۲/۳۴ | ۲۳/۰۴ | ۰,۰۰۱    | ۰/۲۲ | ۰/۶۳ |
|            | خطا            | ۱۱۷۴/۶۲  | ۳۹ | ۵۹/۴۸   |       |          |      |      |

به منظور بررسی تأثیر عامل گروه و عامل زمان بر نمرات سلامت درونی آزمون تحلیل واریانس آمیخته به اجرا درآمد. در این راستا هر دو مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی بر افزایش نمرات سلامت درونی در پس آزمون اثر معناداری دارند. بنابراین طبق یافته های جدول فوق دو شیوه مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی بر نمرات سلامت درونی در پس آزمون معنادار است ( $F(2, 42) = 32/03, P < 0/001$ ). همچنین تأثیر عامل زمان بر نمرات سلامت افراد موثر در مرحله پیگیری معنادار بود ( $F(2, 42) = 40/43, P < 0/001$ ). بنابراین بین نمرات سلامت درونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار بود ( $F(2, 42) = 28/37, P < 0/001$ ). بنابراین می توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه گیری متفاوت بود. همچنین با ملاحظه مجذور اتا ۰/۳۴ می توان نتیجه گرفت که مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که ۰/۳۴ کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان بر سلامت درونی تأثیر دارد. بنابراین در مورد فرضیه های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در افزایش سلامت درونی زنان مبتلا به سرطان پستان، فرض صفر رد و فرض پژوهشگر تایید می گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی (مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی) توانسته اند در افزایش سلامت درونی زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار باشند.

همچنین هر دو مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی بر افزایش نمرات سلامت مربوط به افراد موثر در پس آزمون اثر معناداری دارند. بنابراین طبق یافته‌های جدول فوق دو شیوه مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی بر نمرات سلامت مربوط به افراد موثر در پس آزمون معنادار است ( $P < 0/001$ ،  $F(2, 42) = 26/12$ ). همچنین تاثیر عامل زمان بر نمرات سلامت مربوط به افراد موثر در مرحله پیگیری معنادار بود ( $P < 0/001$ ،  $F(2, 42) = 36/16$ ). بنابراین بین نمرات سلامت مربوط به افراد موثر در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان معنی دار بود ( $P < 0/001$ ،  $F(2, 42) = 33/63$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت بود. همچنین مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که  $0/37$  کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان‌ها بر سلامت افراد موثر تاثیر دارد. بنابراین در مورد فرضیه‌های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در سلامت مربوط به افراد موثر زنان مبتلا به سرطان پستان، فرض پژوهشگر تایید می‌گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی (مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی) توانسته‌اند بر میزان نمرات سلامت مربوط به افراد موثر در مورد زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار باشند.

در مورد متغیر سلامت مربوط به شانس، هر دو مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی بر افزایش نمرات سلامت مربوط به شانس در پس آزمون اثر معناداری دارند. بنابراین طبق یافته‌های جدول فوق دو شیوه مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی بر نمرات سلامت مربوط به شانس در پس آزمون معنادار است ( $P < 0/001$ ،  $F(2, 42) = 22/63$ ). همچنین تاثیر عامل زمان بر نمرات سلامت مربوط به شانس در مرحله پیگیری معنادار بود ( $P < 0.001$ ،  $F(2, 39) = 32/03$ ). بنابراین بین نمرات سلامت مربوط به شانس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری صرف نظر از گروه، تفاوت وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنی دار بود ( $P < 0.001$ ،  $F(2, 39) = 32/03$ ). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت بود. همچنین مداخله آزمایشی منجر به تغییراتی در گروه آزمایش شده که  $0/29$  کل تغییرات ناشی از عمل آزمایشی بوده است. پس درمان‌ها بر سلامت مربوط به شانس تاثیر دارد. بنابراین در مورد فرضیه‌های مربوط به اثربخشی این دو درمان، در سلامت مربوط به شانس زنان مبتلا به سرطان پستان، فرض پژوهشگر تایید می‌گردد، این بدان معنی است که هر دو رویکرد آزمایشی (مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی) توانسته‌اند بر میزان نمرات سلامت مربوط به شانس در مورد زنان مبتلا به سرطان پستان اثرگذار باشند.

در ادامه به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی نسبت به یکدیگر با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگین ابعاد کنترل سلامت گروهها با استفاده از آزمون تعقیبی بون فرونی مورد مقایسه قرار گرفت. در مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی در مورد سلامت درونی، نسبت به یکدیگر نیز تفاوت میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است، بنابراین فرضیه تفاوت اثربخشی دو شیوه مداخله نسبت به یکدیگر نیز تایید می‌گردد. با توجه به مثبت بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه اکت از گروه مصاحبه انگیزشی بیشتر بوده است، بنابراین از بین روش‌های مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی، روش اکت در افزایش سلامت درونی زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر بود.

مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی در مورد سلامت مربوط به افراد موثر، نشان داد که تفاوت میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است، بنابراین تفاوت اثربخشی دو شیوه مداخله نسبت به یکدیگر نیز تایید شد. با توجه به منفی بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه اکت از گروه مصاحبه انگیزشی بیشتر بوده است، بنابراین از بین روش‌های مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی، روش اکت در کاهش نمرات سلامت مربوط به افراد موثر در زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر بود. مقایسه اثربخشی دو گروه آزمایشی در مورد سلامت مربوط به شانس، نشان داد که تفاوت میانگین‌ها در سطح اطمینان ۹۹ درصد معنادار است، بنابراین تفاوت اثربخشی دو شیوه مداخله نسبت به یکدیگر نیز تایید شد. با توجه به منفی بودن میانگین تفاوت‌ها و این که میانگین گروه اکت از گروه مصاحبه



انگیزشی بیشتر بوده است، بنابراین از بین روش‌های مداخله اکت و مصاحبه انگیزشی، روش اکت در کاهش نمرات سلامت مربوط به شانس در زنان مبتلا به سرطان پستان موثرتر بود.

### بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر ابعاد سلامت در بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد و یافته‌ها نشان داد که با هر دو شیوه درمان در مقایسه با گروه کنترل، نمرات ابعاد سلامت تغییر کرد و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در این مورد موثرتر بود. همچنین یافته‌های مشابهی که اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشان داده باشد در ایران به ندرت یافت شد، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های گزارش شده در تحقیقات مشابه محققین دیگر از جمله؛ حسن زاده و همکاران (۱۶)، آویک و همکاران (۱۴)، کاشدان و روتبرگ (۱۵)، زاهد نژاد و همکاران (۱۶)، همسویی دارد. زنانی که جراحی پستان انجام دادند از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. در واقع می‌توان گفت که کنترل سلامت یکی از مهمترین عواملی است که با مشکلات پس از جراحی همراه است. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا در موقعیت‌هایی که افراد استرس زیادی داشته‌اند را به کمک استعاره به آنها نشان دهند و بتوانند در طول فرایند درمان، راههای مقابله با آن را آموزش ببینند. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، تمام تلاش درمانگر، ایجاد و پرورش زندگی مبتنی بر ارزش است که طبق آن به مراجع کمک می‌نماید تا شیوه مطلوب زندگی کردن را بیابد و به انجام آن شیوه بپردازد. شفاف سازی ارزش‌ها طی این درمان، به اعضای گروه انگیزه کافی برای ادامه درمان می‌دهد و عمل متعهدانه زمانی صورت می‌گیرد که ارزش‌ها روشن گردند [۱۷]. علاوه بر این، دو فرایند مهم درمان پذیرش و تعهد تحت عنوان تماس با زمان حال و خود به عنوان زمینه سبب می‌گردند تا آگاهی مراجع از خودش و نیازهای فعلی افزایش یابد و این آگاهی به تداوم رفتارهای خود مراقبتی در بیماران کمک می‌نماید. در عین حال فردی که در راستای ارزشهای خود عمل متعهدانه انجام می‌دهد بعد سلامت درونی دارد [۱۶]. فرایند درمان تعهد و پذیرش به افراد کمک می‌نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر یا پافشاری نماید و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی که قابل تغییر مثل رفتار آشکار می‌باشد، بر تغییر متمرکز است و در حوزه‌هایی که تغییر امکان پذیر نیست مانند جراحی پستان، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز دارد. همین افزایش انعطاف پذیری بیمار در سایه آموزش‌های ذهن آگاهی یکی دیگر از علل تداوم درمان است که در این مطالعه هم این نتیجه حاصل گردید. شخصی که انعطاف پذیری روانشناختی دارد، از رویدادهای ناخواسته اجتناب نمی‌نماید و سعی در کنترل و تغییر آنها ندارد، لذا انرژی خود را به جای مقابله با اجتناب از رویدادهای ناخواسته، انتساب مشکلات به دیگران و شانس، صرف ارزشها و کیفیت زندگی می‌نماید [۱۵]. بیماران امیدوار به بهبود سلامتی، به دلیل باور مثبت با سرعت بیشتری بهبود می‌یابند و امیدواری منجر به تغییرات فیزیولوژی مثبت در انسان می‌گردد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش موجب می‌گردد تا فرد زندگی خود را غنی، بامحتوا و بامعنا بیابد که این امر به ارتقاء کارکرد روزانه، سلامت جسمانی و روانشناختی می‌انجامد. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف پذیری روانشناختی به عنوان اساس سلامت روانشناختی شناخته می‌گردد [۱۴].

در تبیین اثربخشی روش مصاحبه انگیزشی بر کانون کنترل سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان گفت، در بیماری سرطان که به مشارکت بیمار در فرایند درمان نیاز دارد، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است. یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی نیز، کانون کنترل سلامت است. استفاده از روش مصاحبه انگیزشی موجب شده است آنها نقش خود را در تأمین سلامت بهتر درک کنند و نقش عوامل بیرونی سلامت کم‌رنگتر شود. در مصاحبه انگیزشی فرض بر این است که مراجع در جهت تغییر دچار تردید می‌گردد و درمانگر از وی در چالش با تغییر رفتار، حمایت می‌نماید. پس مصاحبه انگیزشی به مراجع اجازه

می‌دهد تا به طور آشکار دوسوگرایی اش را بیان نماید و انگیزه های متعارض خود را شناسایی و به طور رضایت بخشی حل نماید، در این صورت فشارهای روان‌شناختی که فرد تجربه می‌نماید و می‌تواند به اختلالات جسمانی و روان‌شناختی منجر گردند را کنترل نماید [۱۳]. درمانگران به جای پرداختن به عوامل بیرونی، محیطی، ژنتیکی و وراثت و وقایع دوران کودکی، بر فکر و اصلاح شناخت و تفسیر فرد و منطقی و مستدل ساختن طرز تلقی او متمرکز می‌شوند. نتیجتاً بیمار می‌آموزد که بسیاری از باورهای او درباره عوامل ایجادکننده سرطان در وی و روشهای کنترل و پیشگیری اش، غیرمنطقی است و باید بازاندیشی شود و به طور واقعی مدنظر قرار گیرد؛ ازاینرو طی دوره درمان، بیماران خود را بیش از قبل در کنترل و درمان وضعیت بیماری خود مسئول می‌دانند و به این وسیله کانون کنترل درونی سلامت افزایش می‌یابد. باتوجه به بازاندیشی شناختی و دقت در شرایط زندگی، تعاملات با دیگران و نوع تغذیه و سبک زندگی، منبع سلامت مربوط به افراد مؤثر در این روش به خوبی کاهش یافت [۱۱]. تحقیقات نشان می‌دهد، افرادی که نگرش منفی به بیماری خود دارند و آن را جدی، کنترل ناپذیر و مزمن می‌دانند، بسیار منفعلانه عمل می‌کنند، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی دارند و ناتوانیهای زیادی از خود نشان می‌دهند. این افراد با بازنگری باورها و تفکرات خود و روشهای صحیح آن شناخت بهتر و واقعیت‌تری کسب می‌کنند و به این وسیله احساس مسئولیت در آنان افزایش می‌یابد. مصاحبه انگیزشی، یکی از روشهایی است که خودکارآمدی، حس توانمندی و کنترل را در فرد افزایش می‌دهد، بنابراین بیماری را خارج از کنترل خود نمی‌داند و تلاش بیشتری در جهت پیروی درمانی می‌کند [۱۷]. از آنجا که عدم وجود انگیزه، یکی از مهمترین دلایل شکست درمان، نارسایی در انجام تکالیف و دیگران نتایج منفی است و ایجاد انگیزه در بیماران به منظور رغبت و تمایل به ادامه درمان یکی از مهمترین وظایف پرسنل درمانی است، مصاحبه انگیزشی توانسته با تغییراتی که در نگرش افراد نسبت به تغییر ایجاد می‌کند و افزایش مشارکت آنان میزان همکاری آنان را افزایش داده و رغبت به ادامه درمان را در آنان بیشتر کند. لذا مصاحبه انگیزشی به منظور بیشتر شدن انگیزه ذاتی و افزایش اعتمادبه نفس در توانایی فرد برای تغییر رفتار به کار می‌رود. انگیزشهای ایجاد شده به صورت ذاتی شکل دهنده خودکارآمدی است؛ ازاینرو سازوکار بسیار مهم این درمان، توجه ویژه به انگیزه‌های درونی بوده که افزایش بهینه نمرات سلامت درونی را در پی دارد. ازطرف دیگر، در مصاحبه انگیزشی درمانگر از خودکارآمدی مراجع حمایت کرده و تأکیدی بر این مطلب ندارد که مراجع باید به این باور برسد که می‌تواند رفتار خود را تغییر دهد. درمان مذکور به مشارکت دادن مراجعان در طول درمان نیز توجه دارد. همانطور که پژوهشها نشان داده اند، مشارکت در طی فرآیند درمان به مراجع جهت تغییر دادن رفتار و در نتیجه احساس سلامتی درونی بیشتر کمک می‌کند. این مسئله بر رفتارهای مرتبط با تندرستی تأثیر می‌گذارد، به عبارتی بر احتمال بروز بیماریهای مختلف و نیز بر فرآیند بهبود بیماری اثرگذار است [۱۶].

با هر دو روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی به ویژه اکت که موثرتر بود، می‌توان بهبودی زنان مبتلا به سرطان پستان را تسریع کرد. نتایج بر اهمیت کاربرد این مداخلات در افزایش سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان و بر ارائه افق جدید در مداخلات بالینی بیماران تأکید دارد.

**محدودیت‌ها و پیشنهادها:** محدودیت‌های این پژوهش شامل، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و محدود بودن جامعه آماری به زنان مبتلا به سرطان پستان ۳۰-۴۰ ساله شهر تهران بود. در انتها پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت اجرا شود و برای مهار عوامل مزاحم از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود طی کارگاهی تخصصی به روانشناسان و متخصصان این حوزه، آموزش داده شود تا با به کارگیری این آموزشها برای بیماران، جهت بهبود ابعاد سلامت این بانوان گامی عملی برداشته باشند.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله، پژوهشگران نهایت سپاس و قدردانی خود را از مسئولان و پرسنل بیمارستان فیروزگر، مرکز مشاوره ساوالان و شرکت کنندگان در پژوهش ابراز می‌دارند.

**تضاد منافع:** هیچگونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد. تمامی نویسندگان امور مربوط به مقاله و پیگیری‌های آن را بر عهده داشته‌اند. هزینه‌های انجام پژوهش به عهده نویسندگان بود.

**ملاحظات اخلاقی:** محققان طبق پروتکل‌های اخلاقی مطالعات هلسینکی عمل نموده و اطلاعات آزمودنی‌ها به طور ناشناس باقی ماند و بعد از مطالعه نیز تمامی این اطلاعات محفوظ باقی خواهد ماند. علاوه بر آن، همه شرکت کنندگان فرم رضایتنامه آگاهانه شرکت در پژوهش را امضا، برای همه آنان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش شرح داده شد. این طرح در کمیته اخلاق پژوهش با شناسه IR.IAU.SRB.REC.1401.033 به ثبت رسید.

## References:

1. World Health Organization. Cancers. Available from: [http://www.who.int/uv/faq/skin\\_cancer/en/index1.html](http://www.who.int/uv/faq/skin_cancer/en/index1.html). 2022. <https://www.who.int/health-topics/cancer>
2. Grantzau T, Mellekjær L, Overgaard J. Second primary cancers after adjuvant radiotherapy in early breast cancer patients: a national population-based study under the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Radiotherapy and Oncology*. 2020; 106 (1): 9-42. DOI: [10.1016/j.radonc.2013.01.002](https://doi.org/10.1016/j.radonc.2013.01.002)
3. Lam WWT, Chan M, Ka HW, Fielding R. Treatment decision difficulties and post-operative distress predict persistence of psychological morbidity in Chinese women following breast cancer surgery. 2023; *Psycho-Oncology*. 2020; 16 (10):904-12. doi:[10.1002/pon.1147](https://doi.org/10.1002/pon.1147)
4. Schlenk EA, Hart LK. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with cancer mellitus, *Cancer Care*, 2021; 7 (6): 566- 74. DOI: [10.2337/diacare.7.6.566](https://doi.org/10.2337/diacare.7.6.566)
5. Ali Shiri M, Tajri B, Kaveh V, Ahadi H. Comparing the effectiveness of mindfulness and self-care training on body image in women with breast cancer. *Journal of Psychological Sciences*. 2023; 22(123):572-557. (In Persian) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-۱۷۵۶-۱-fa.html>
6. Keulen J., Matthijssen D., Schraven J. The effectiveness and cost-effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy as a trans diagnostic intervention for transitional-age youth: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2023; 23: 51. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04535-z>
7. Hayes S. C., Luoma J., Bond F., Masuda A., Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*. 2023; 44(1): 1-25. DOI: [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)
8. Chen Sh, Creedy D, Lin H, Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 49: 637–644. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2021.11.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.11.011)
9. Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *J Adv Knurs*. 2022; 50(5): 518–27. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2005.03422.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03422.x)
10. Heirich M, Ziadni M, Gross J, Manber R, Darnall B, Law C, et al. The impact of pain self-efficacy, Catastrophizing, and cognitive distortions on global health in patients with chronic lower back pain. *Pain*. 2019; 19(3): 534. doi: [10.1016/j.jpain.2017.12.088](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.088)

11. Pourhoseinzadeh M, Gheibizadeh M, Moradikalboland M, Bahman Cheraghian. The Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors in Emergency Medicine Personnel. Community Based Nurse Midwifery. 2022; 5(4):397-407. (In Persian) PMCID: [PMC5635559](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC5635559/)
12. Moshki M, Ghafranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Validity and reliability of health locus of control in medicine Students. Khanabad Medicinal Faculty. 2018; 12(1): 33-42. (In Persian) DOI: [10.1186/1471-2458-7-295](https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-295)
13. Miller WR, Rollnick S.. Motivational interviewing helping people change. Third edition. New York. 2019; USA: Guilford press; 2019. <https://psycnet.apa.org/record/2012-17300-000>
14. Awick EA, Phillips SM, Lloyd GR, McAuley E. Physical activity, self-efficacy and self-esteem in breast cancer survivors: A panel model. Psycho-Oncology. 2022; 26(10):1625-31. DOI: [10.1002/pon.4180](https://doi.org/10.1002/pon.4180)
15. KashdanTB, Rottenberg J. Psychological flexibilities a fundamental aspect of health. Clinical Psychology. 2022; 30(7): 865-78. (In Persian), doi: [10.1016/j.cpr.2010.03.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001)
16. Zahedenjad H. Pour Sharifi h. Babapour J.. The relationship between the health control center, memory and doctor-patient relationship with treatment satisfaction in type 2 diabetes patients. Urmia Nursing and Midwifery Faculty bimonthly. 2022; 2(9): 67-75. (In Persian) URL: <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-304-en.html>
17. Qahramani Amir, Hemmati Maslak Pak, Masoumeh, and Ali Nejad, Vahid. The effect of Motivational interview based on self-efficacy on the outcome of diabetes mellitus type 2. Journal of Urmia's Society and Culture. 2023; 15(8): 688-695. (In Persian) <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3332-en.html>