

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

سارا محمدی زاده^۱

جواد خلعتبری^۲

حسن احدی^۳

حمیدرضا حاتمی^۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک شده، تصویر بدنی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود. بدین منظور در این پژوهش که یک طرح نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود، از میان زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۶ به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه‌ها قبل و بعد از آموزش با پرسشنامه‌های تصویر بدنی فیشر، استرس ادراک شده کوهن و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه) مورد آزمون قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری و با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ نسخه ۲۲ انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی و افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک شده موثر بوده است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که از درمان پذیرش و تعهد می‌توان به عنوان یک مداخله مستقل در کنار سایر روشهای درمانی برای کاهش استرس ادراک شده، بهبود کیفیت زندگی و تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان، استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، کیفیت زندگی، استرس ادراک شده، تصویر بدنی، سرطان.

۱. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی و احد بین الملل کیش، جزیره کیش، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی و احد بین الملل کیش، جزیره کیش، ایران (نویسنده مسوول: javadkhalatbaripsy2@gmail.com)
۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی و احد بین الملل کیش، جزیره کیش، ایران
۴. گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

سرطان پستان^۱، شایع ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. سرطان پستان به نوعی از سرطان گفته می شود که از بافت پستان آغاز می شود. علایم سرطان پستان می تواند یک توده در پستان، تغییر در شکل پستان یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (وستوف و پیک^۲، ۲۰۱۸). سالانه حدود ۱ میلیون بیمار مبتلا به سرطان پستان در جهان شناسایی می شوند. همچنین علت مرگ ومیر حدود ۳۷۰ هزار نفر از زنان مبتلا به سرطان را سرطان پستان تشکیل می دهد. (مگنتو، مانوسل، چلبوسکی، گوس و ریچاردسون^۳، ۲۰۱۷). طبق مطالعات در ایران میزان، ۲۷ درصد از سرطان ها در بین زنان ایرانی مربوط به سرطان پستان است و به عبارتی، شایع ترین سرطان در بین زنان، سرطان پستان است (کلهر، فتحی، قادری و روشنی، ۱۳۹۷). زنان ایرانی نسبت به هممتایان غربی، ده سال زودتر به این بیماری مبتلا می شوند (علاقیند، ثروت و زارع پور، ۱۳۹۵). تشخیص و درمان سرطان پستان، زنان را با بحران های زیادی در زندگی روبه رو می کند، به گونه ای که حتی که باعث کاهش سطح سلامتی و بهزیستی روانی می شود (هیگن، آس، والوی، اریکسن، سویلند و لیند^۴، ۲۰۱۶، رضایی اردانی، فریدحسینی، برهانی مغانی و سیفی، ۱۳۹۴). یکی از مهمترین متغیرهای مرتبط با بهزیستی روانی بیماران سرطانی، استرس^۵ است. بحران های ناشی از سرطان موجب عدم تعادل و ناهماهنگی جسم و روان فرد مبتلا می شود که این حالت موجب افزایش حس ناامیدی و استرس شدید در بیمار خواهد شد (کورتیس، گروک و سالیوان^۶، ۲۰۱۴). استرس حالتی است که در آن عامل های زیست شناختی، روانشناختی و محیطی باهم در تعامل هستند. استرس ادراک شده حالتی است که منعکس کننده ی ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش های محیطی و شخصی است؛ بنابراین، این عامل های فردی و محیطی هر دو در ادراک عامل های استرس زا، دارای اهمیت است (اسلادک، دوین، لاکن و ایسنبرگ^۷، ۲۰۱۶). استرس ادراک شده حالتی روانشناختی است که در آن بهزیستی روانی و جسمی فرد تهدید می شود. در واقع ادراک استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از رویدادهای زندگی دارد ممکن است یک موقعیت برای فردی بی خطر و برای فردی دیگر خطرناک یا تهدید آمیز ادراک شود (کارکولین، سرور و سینان^۸، ۲۰۱۶). از جمله ابعاد استرس زای بیماری سرطان پستان برای جامعه ی زنان مبتلا در این است که پستان به عنوان نماد زیبایی، مادری و جذابیت جنسی، اندامی است که از دست دادن یا بدشکلی در آن ممکن است منجر به تاثیرات نامطلوبی در زندگی جنسی فرد شود (خواجه امینیان ابراهیمی، کمالی، دولت شاهی و یونسی، ۱۳۹۳) و به علت نقش مهم پستان در زیبایی و تناسب اندام زنان واکنش زن به بیماری حقیقی یا مشکوک به سرطان پستان ممکن است به صورت ترس از بدشکلی، از دست دادن جذبه جنسی، دوری از شریک جنسی و مرگ باشد (برونر و سودارس، ۲۰۰۴). تصویر بدنی^۹ به طور کامل به شکل ظاهری فرد مربوط نمی شود؛ بلکه تا حد زیادی به باورها، ادراکات، افکار احساسات

1. breast cance

2. Westhoff, Pike

3. Magneto, Maun sell, Chlebowski, Goss, & Richardson

4. Hagen, Aas, Kvaløy, Eriksen, Søliland & Lind

5. strees

6. Curtis, Groarke, & Sullivan

7. Sladek, Doane, Luecken, & Eisenberg

8. Karkoulilian, Srour, & Sinan

9. Body Image

و ارتباط ویژه‌ی فرد با بدنش مربوط است (جولی، پیکارد، میکولایتیس، کورنچو، سکوترا و کش^۱، ۲۰۱۲). این مفهوم به صورت تجسم‌های درونی از جنبه‌های ظاهری بدن تعریف شده است (روحانی و امیری مجد، ۱۳۹۵) تصویر بدنی ساختاری چندعاملی است که ارزیابی‌های شناختی و رفتاری از اندازه، زیبایی، ظاهر، عملکرد، نامناسب بودن برجستگی و سالم بودن بخش‌های مختلف بدن را در برمی‌گیرد (بساک نژاد، مهرابی زاده هنرمند، حسنی و نرگسی، ۱۳۹۲). برای بعضی از افراد تغییر ظاهر می‌تواند منجر به یک تصویر بدن منفی و مشکلات روانشناختی مختلف شود (کوکان و گورسوی^۲، ۲۰۱۶). و از سویی احتمال از دست دادن یک و یا هر دو پستان، مهم‌ترین و عمده‌ترین نگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان است و کسانی که کاندیدای جراحی هستند پس از جراحی و برداشته شدن پستان مشکلات زیادی در زمینه تصویر بدنی از قبیل نارزنده سازی بدنی، ناامیدی و ضعف اعتماد به نفس تجربه می‌کنند (حیدری، قدوسی و شهبازی، ۱۳۹۴). تجربه چنین پیامدهای روان‌شناختی می‌تواند در کاهش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان موثر باشد (زرگانی، نصیری، حکمت، عباس پور و وهابی، ۲۰۱۸). محققان موسسه‌ی ملی سرطان آمریکا با بررسی ۱۲۶۶۸۵ فرد مبتلا به سرطان و افراد سالم اعلام نمودند که بیماران مبتلا به سرطان نسبت به افراد سالم کیفیت زندگی پایین‌تری دارند (اسمیت، ریو، بلیزی، هارلن، کلابوند و امسلم^۳، ۲۰۰۸). کیفیت زندگی، یک مفهوم انتزاعی است و توسط دیگران قابل مشاهده و اندازه‌گیری نیست و بر درک فرد از جنبه‌های مختلف زندگی در چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و عملکرد شناختی استوار می‌باشد (لی، لین، کیو، گائو و یو^۴، ۲۰۱۴). اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهم‌ترین هدف مداخلات درمانی نام می‌برند (ایوانز^۵، ۲۰۰۹). همچنین شواهدی وجود که نشان می‌دهد کیفیت زندگی پیش‌آگهی مهمی در موقعیت‌های درمانی محسوب می‌شود. به همین خاطر سنجش کیفیت زندگی در بیماری صعب‌العلاج اهمیت خاصی دارد (حجتی، مطلق، نوری، شریفی‌نیا، محمدزاده و حیدری، ۱۳۸۸) بیماری سرطان موجب تغییرات متعدد در کیفیت زندگی می‌شود به همین خاطر کاهش میزان کیفیت زندگی در افراد سرطانی به وضوح دیده می‌شود (زرگانی و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به حجم و شدت تخریبی که سرطان پستان در ابعاد جسمی و روانشناختی مبتلایان رقم می‌زند غفلت از انتخاب شیوه‌ی روان‌درمانی مناسب می‌تواند بر انبوه مشکلات روانشناختی ناشی از سرطان پستان بیفزاید و در این راستا تاکنون درمان‌های زیادی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس متمرکز بوده‌اند، یکی از این در مانها، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۶ است (اورکی، مهدی‌زاده و درتاج، ۱۳۹۷). این درمان توسط هیز در سال ۱۹۸۷ مطرح شد و از کار تجربی درباره‌ی نفوذ زبان بر رفتار تکامل یافته است و مبتنی بر چارچوب رابطه‌های ذهنی است (دی‌هاور، بارنز-هولمز و بارنز-هولمز^۷، ۲۰۱۶). هدف روش پذیرش و تعهد انعطاف‌پذیری روانشناختی در پاسخ به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند از طریق تمرکز حواس، پذیرش و تغییر رفتار

1. Jolly, Pickard, Mikolaitis, Cornejo, Sequeira W, Cash
2. Koçan & Gürsoy
3. Smith, Reeve, Bellizzi, Harlan, Klabunde & Amsellem
4. Li, Lin, Qiu, Gao & Xu
5. Evans
6. Acceptance and Commitment-based Therapy
7. De Houwer, Barnes-Holmes, & Barnes-Holmes

است (هیز، لوین، پلام ویلاردج، ویلت و پیسترولو^۱، ۲۰۱۳). در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجرب دهنی (توماس، شی، کاستل، کوپولو، هیز و فرمال^۲، ۲۰۱۴). تاکید بر پذیرش و ارزش‌ها و زندگی کردن بر اساس ارزش‌های پذیرفته شده، این نوع درمان را تبدیل به درمانی کرده است که به طور ایده‌آلی مناسب برای مبتلایان به سرطان شمار می‌رود (کارکلا و کاستنشو^۳، ۲۰۱۰). در این راستا براساس مطالعات متعدد، اثربخشی این نوع از درمان برای کاهش مشکلات و اختلالات روانشناختی بیماران سرطانی، در سطح جهانی ثابت شده است (هان و مک کراکن^۴، ۲۰۱۴). که می‌توان به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان اشاره نمود (خزایی پول و پاشا، ۱۳۸۹). و همچنین مطالعه‌ی ورشوساز و کلانتیری (۱۳۹۸) نشان می‌دهد در طول هشت هفته روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، سطح اضطراب و استرس ادراک شده در افراد مبتلا به سرطان پستان را به طور معنی‌داری با کاهش مواجه می‌سازد. گراهام، گلیندرز، استارت و گوئیک^۵ (۲۰۱۵) در یک مطالعه‌ی موردی اثربخشی این نوع از درمان را در کاهش استرس ادراک شده در افراد مبتلا به بیماری مزمن نشان دادند. تکسیو، مورفی، میلنس، کورتین و فارن^۶ (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اختلالات اضطراب و افسردگی در افراد شده است. نتایج پژوهش اسمی، پیوسته گر، پرهون و کاظمی رضایی (۱۳۹۸) نیز نشان می‌دهد که این درمان بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثرگذار می‌باشد. گریفیتس و ویلیامسون^۷ (۲۰۱۸) در مطالعه‌ی بیان داشتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناخشنودی تصویربدنی و وزن در بزرگسالان به طور واضحی مشخص است. با توجه به این یافته‌ها و همچنین شیوع بالای سرطان سینه در ایران و عوارض روانشناختی متعددی که در پی دارد، انجام مداخلات روانشناختی از جمله درمان پذیرش و تعهد به منظور ارتقای سلامت روانی بیماران مبتلا ضروری به نظر می‌رسد. با پژوهش در این زمینه می‌توان بازخورد مناسبی به درمانگران، پزشکان متخصص این بیماران و همچنین خانواده‌ها و بیماران مبتلا به سرطان پستان در جهت استفاده از رویکردهای درمانی رفتاری مناسب با توجه به نیازهای شناختی و عاطفی به این بیماران را داد و زمینه و بستر لازم را برای افزایش نسبی سطح کیفیت زندگی بیشتر این بیماران در جامعه و خانواده را فراهم نمود. بنابراین با مداخله‌های درمانی موثر می‌توان در جهت کاهش مشکلات بیماران سرطانی پستان گام بلندی نهاد. همینطور از آنجایی که در ایران پژوهش‌چندانی در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان سینه انجام نشده است و در این پژوهش هدف این است که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و تصویر بدنی به محک آزمون گذارده شود. و امید است در جهت ارتقا سلامت روانی-اجتماعی در مقابله با سرطان و عوارض آن از طریق به کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سعی در افزایش آگاهی شناختی این بیماران داشته است تا شاید از این طریق در کنار درمان‌های زیستی و پزشکی، پیمودن مسیر تندرستی را هموار سازد.

1. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello

2. Thomas, Shawyer, Castle, Copolov, Hayes & Farhall

3. Karekla, & Constantinou

4. Hann, & McCracken

5. Graham, Gillanders, Stuart, & Gouick

6. Thekiso, Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren

7. Griffiths., Williamson

روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان بود که به صورت در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به بیمارستان شهدای تجریش در سال ۱۳۹۶ انتخاب شدند. این افراد توسط پزشک متخصص معاینه، مصاحبه و تشخیص گذاری شد. حجم نمونه در این پژوهش با استفاده از جدول کوهن بر اساس اندازه اثر ۰/۵۰ الفای ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۹ برابر ۳۰ نفر برآورد شد (دلاور، ۱۳۹۸) که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش بصورت هدفمند و فقط از میان زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شدند.

ملاکهای ورود شامل ۱- سواد خواندن و نوشتن داشته باشند. ۲- حدود ۶ تا ۷ ماه از زمان تشخیص گذشته باشد. ۳- بیماری سرطان به سطح چهارم بدخیمی (۴ stage) نرسیده باشد. ۴- جراحی، شیمی درمانی و رادیوتراپی را تجربه کرده باشند و ملاکهای خروج شامل ۱- داشتن اختلالات روانی و مصرف دارو. ۲- بیش از دو جلسه غیبت در طول اجرای کلاسهای آموزشی بودند.

به منظور اجرای پژوهش، ابتدا یک فراخوان جهت دعوت از افرادی که تمایل به شرکت در کلاسهای درمانی داشتند به منظور کاهش استرس ادراک شده، بهبود تصویر بدنی و افزایش کیفیت زندگی، اعلام شد. سپس افرادی که ثبت نام کردند به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم شدند. سپس جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای هفته ای یک جلسه برای اعضاء گروه های آزمایش به شرح ذیل برگزار شد ولی برای گروه گواه هیچ مداخله انجام نشد. خلاصه ای از پروتکل این مداخله ارائه شده است:

جدول ۱. پروتکل اجرایی جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن- عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و..؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون
جلسه دوم	توضیح و بیان این اصل که اضطراب و استرس ناشی از سرطان و دیگر موارد مشابه در زندگی چیست و چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به عنوان افکار و؛ احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری
جلسه سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارائه ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟
جلسه چهارم	بررسی تکالیف؛ ارائه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و سرطان را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر

جلسه پنجم	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ آرایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ آرایه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت
جلسه ششم	آرایه ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و آرایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ آرایه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن
جلسه هفتم	آرایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر
جلسه هشتم	بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ آرایه ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون

ابزار پژوهش

الف. پرسشنامه ی تصویر تن فیشر: آزمون تصویر تن در سال ۱۹۷۰ توسط فیشر ساخته شده و دارای ۴۶ ماده است. هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ (خیلی ناراضی=۱، ناراضی=۲، متوسط=۳، راضی=۴، خیلی راضی=۵) است. برای بدست آوردن نمره تصویر فرد از تنش نمره گویه ها با هم جمع می شود. کسب نمره ۴۶ در این آزمون نشان دهنده اختلال و نمره بالاتر از ۴۶ (حداکثر ۲۳۰) عدم اختلال را نشان می دهد. حیطة های مورد سنجش در این آزمون شامل سر و صورت با ۱۲ ماده، اندام های فوقانی شامل ۱۰ ماده و اندام های تحتانی شامل ۶ ماده است. ۱۸ ماده دیگر، نگرش آزمودنی را نسبت به ویژگی های کلی بدن می سنجد. اعتبار این آزمون توسط امینیان (۱۳۸۸) در ایران مورد بررسی و تایید قرار گرفته است. در تحقیق حاضر، پایایی پرسشنامه ی تصویر بدنی با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه گردیده که به ترتیب برابر ۰/۹۶ و ۰/۸۹ به دست آمده است. در مطالعه حاضر مقدار پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

ب. فرم کوتاه شده پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه) (IRQOL): این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارشی است که توسط سازمان جهانی بهداشت به منظور ارزیابی کیفیت زندگی افراد در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. نسخه ی کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که به بررسی چهار بُعد اصلی یعنی سلامت جسمانی^۱، سلامت روانی^۲، روابط اجتماعی^۳ و سلامت محیط زندگی^۴ می پردازد. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای به هر سؤال پاسخ دهد. ضریب آلفای کرونباخ سلامت جسمانی: ۰/۸۷، سلامت روانی: ۰/۷۴، روابط اجتماعی: ۰/۵۵، و سلامت محیط: ۰/۷۴ که این ضرایب همه حاکی از پایایی مطلوب آزمون هستند. پایایی این آزمون در ایران بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۷، بدست آمده و روایی آن نیز ۰/۶۱ محاسبه شده است (نجات، منتظری و مجدزاده، ۱۳۸۵). در

1. Physical Health Domain
2. Psychological Domain
3. Social Relationship Domain
4. Environmental Domain

مطالعه حاضر مقدار پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ $0/81$ به دست آمد. ج. استرس ادراک شده کوهن: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن^۱ و همکارانش تهیه شده و دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ایست که در این پژوهش از نسخه ۱۰ ماده ای استفاده شده است. این مقیاس برای سنجش عمومی استرس ادراک شده در یکماه گذشته بکار می رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. کوهن و همکارانش (۱۹۸۳) با انجام پژوهشی روایی و پایایی مناسبی را برای نسخه ۱۴ آیتمی این پرسشنامه گزارش کردند. در پژوهش دیگری کلین^۲ (۲۰۰۰) نیز ارزش ضریب آلفای ۷ آیتم مثبت و ۷ آیتم منفی را به ترتیب $0/86$ و $0/77$ و برای کل آیتم ها $0/83$ گزارش کرد. در ایران اصغری و همکاران همسانی درونی این آزمون را به روش آلفا کرونباخ بر روی ۳۰۰ نفر از دانشجویان $0/84$ محاسبه کرده اند همچنین روایی این پرسشنامه به روشهای تحلیل عاملی، سازه و محتوایی مورد تایید قرار گرفته است (اصغری، صادقی، اصلانی، سعادت و خدیاری، ۲۰۱۳). در مطالعه حاضر مقدار پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ $0/79$ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ استفاده شده است.

یافته‌ها

در این قسمت داده ها توصیف و از لحاظ پیش فرض های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بررسی شده اند. جداول میانگین های اصلاح شده به منظور نشان دادن تاثیر پیش آزمون ارایه شده اند.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمرات تصویر بدنی، کیفیت زندگی و استرس در گروه پذیرش و تعهد و گروه گواه

گروه ها	متغیرها	مراحل	تعداد	میانگین	انحراف معیار	شاخصهای کجی	شاخصهای کشیدگی
آزمایش	تصویر بدنی	پیش آزمون	۲۰	۱۲۹/۲۰	۱۶/۷۸۸	۰/۱۵۵	۰/۵۱۲
		پس آزمون	۲۰	۱۳۴/۵۵	۱۴/۵۶۹	۰/۴۳۹	۰/۷۱۲
	کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۰	۶۰/۱۱	۱۰/۲۳۸	-۰/۸۳۲	۰/۵۱۲
		پس آزمون	۲۰	۶۲/۶۰	۱۱/۳۳۹	-۰/۸۴۶	۰/۵۹۸
استرس	پیش آزمون	۲۰	۲۹/۷۰	۴/۲۵۶	۰/۱۸۵	۰/۵۱۲	
	پس آزمون	۲۰	۲۶/۶۵	۴/۸۱۵	۰/۵۰۳	۰/۹۵۰	
گواه	تصویر بدنی	پیش آزمون	۲۰	۱۲۹/۱۰	۱۵/۰۱۵	-۰/۳۱۲	۰/۵۱۲
		پس آزمون	۲۰	۱۲۸/۹۵	۱۴/۸۲	-۰/۳۴۷	۰/۱۷۲
	کیفیت زندگی	پیش آزمون	۲۰	۶۱/۱۰	۱۰/۳۸۵	-۰/۸۳۲	۰/۵۱۲
		پس آزمون	۲۰	۶۱/۶۰	۱۰/۳۸۴	-۰/۸۳۲	۰/۳۸۴
استرس	پیش آزمون	۲۰	۲۲/۹۲	۴/۸۸۶	-۰/۱۵۰	۰/۵۱۲	
	پس آزمون	۲۰	۲۹/۱۹	۴/۸۷۸	-۰/۱۱۹	۰/۲۳۲	

1. Cohen

2. Kline

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف نمرات گروه تعهد و پذیرش در پیش‌آزمون تصویربدنی به ترتیب برابر با ۱۲۹،۲۰ و ۱۶،۷۸۸ و در پس‌آزمون ۱۳۴،۵۵ و ۱۴،۵۶۹ است. توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کجی مثبت دارد و از لحاظ نرمال بودن در دامنه دو انحراف معیار است. میانگین و انحراف نمرات گروه تعهد و پذیرش در پیش‌آزمون کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۶۰،۱۱ و ۱۰،۳۸۲ و در پس‌آزمون ۶۲،۶۰ و ۱۱،۳۳۹ است. توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کجی منفی دارد و از لحاظ نرمال بودن در دامنه دو انحراف معیار است. میانگین و انحراف نمرات گروه تعهد و پذیرش در پیش‌آزمون استرس به ترتیب برابر با ۲۹،۷۰ و ۴،۲۵۶ و در پس‌آزمون ۲۶،۶۵ و ۴،۸۱۵ است. توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کجی مثبت دارد و از لحاظ نرمال بودن در دامنه دو انحراف معیار است. همچنین جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف نمرات گروه گواه در پیش‌آزمون تصویربدنی به ترتیب برابر با ۱۲۹،۱۰ و ۱۵،۰۱۵ و در پس‌آزمون ۱۲۸،۹۵ و ۱۴،۸۲۰ است. توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کجی منفی دارد و از لحاظ نرمال بودن در دامنه دو انحراف معیار است. میانگین و انحراف نمرات گروه گواه در پیش‌آزمون کیفیت زندگی به ترتیب برابر با ۶۱،۱۰ و ۱۰،۳۸۵ و در پس‌آزمون ۶۱،۶۰ و ۱۰،۳۸۴ است. توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کجی منفی دارد و از لحاظ نرمال بودن در دامنه دو انحراف معیار است. میانگین و انحراف نمرات گروه گواه در پیش‌آزمون استرس به ترتیب برابر با ۲۹،۲۲ و ۴،۸۸۶ و در پس‌آزمون ۲۹،۱۹ و ۴،۸۷۸ است. توزیع نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون کجی مثبت دارد و از لحاظ نرمال بودن در دامنه دو انحراف معیار است.

جدول ۳، تحلیل کوواریانس چند متغیری مقایسه گروه‌ها در تصویر بدنی، کیفیت زندگی و استرس

منبع تغییرات	وابسته	مجموع مجزورات درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری مجزورات	توان
تصویر بدنی ۲	۵۷۲.۹۳۸۲	۳	۵۲۴.۳۱۲۷	۳۶/۹۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
کیفیت زندگی ۲	۶۹۶.۴۲۰۹	۳	۲۳۲.۱۴۰۳	۳۱/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
استرس ۲	۳۰۸.۱۳۸۷	۳	۴۳۶.۴۶۲	۵۷/۷۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۸
تصویر بدنی ۲	۰۴۴.۵۷۵۷	۶۸	۶۶۲.۸۴			
خطا	۶۸۵.۳۰۶۷	۶۸	۱۱۳.۴۵			
کیفیت زندگی ۲	۸۶۴.۵۴۴	۶۸	۰۱۳.۸			
استرس ۲						
تصویر بدنی ۲	۴۸۰.۲۶۷۷۶	۷۴				
کل	۱۸۷.۱۱۳۹۶	۷۴				
کیفیت زندگی ۲						
استرس ۲	۱۸۷.۲۹۳۶	۷۴				

جدول ۳، نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر تصویر بدنی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=۳۶.۹۴۱$)، همچنین این جدول نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از نظر کیفیت زندگی تفاوت معنی داری وجود دارد. اندازه اثر $۰/۵۷۸$ و در متوسط به بالاست

$$F=۳۱.۱۰۵, DF ۳, ۶۸; P<.۰۰۱; \eta=۰.۵۷۸$$

$F=57.713$, DF ۳, ۶۸; $P<.001$; $\eta^2=.718$)

و بین گروه‌ها از نظر استرس تفاوت معنی‌داری وجود دارد. اندازه اثر $.718/0$ و در زیاد است. لذا فرضیه پژوهش تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

آغاز سرطان پستان، شروع یک دوره پرفشار برای زنان مبتلاست که در صورت بی‌توجهی به وضعیت روانی آنها ممکن است به از دست دادن احساس کنترل، درماندگی، افسردگی و اضطراب منجر شود (نپی، لوپز و پاستور^۱، ۲۰۱۴). این بیماران در زندگی خانوادگی خود احساس از هم‌گسیختگی می‌نمایند. درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکردها، اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که بهداشت روانی بیمار مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌سازد. بنابراین این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، استرس ادراک شده و تصویر بدنی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد. یافته‌ها حاکی از این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی، کاهش در میزان استرس ادراک شده و بهبود تصویر بدنی به گونه‌ی معنی‌داری موثر است و به با توجه به معنی‌دار بودن تفاوت در نمرات گروه‌ها پس از انجام پس‌آزمون، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد نشان داده می‌شود و فرضیه‌ی پژوهش تایید می‌گردد. در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان، این پژوهش با یافته‌های هان و مک‌کراکن (۲۰۱۴) و اسمی و همکاران (۱۳۹۸) در جامعه آماری و تاثیر مداخلات یکسان با پژوهش حاضر، همسو بوده است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی بیماران را از طریق عواملی مانند، پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه‌ی حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب و بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی را به دنبال دارد (پترسون و ایفرت^۲، ۲۰۱۱). این درمان باعث می‌شود که بیماران مبتلا به سرطان پستان، احساسات، هیجانات و افکار خود را علی‌رغم ناخوشایند بودن، بپذیرند و حساسیت بیش از حد و اندازه به بیماری را کاهش داده و در نتیجه سطح رضایتمندی و کیفیت زندگی را در خود افزایش دهند و همچنین به بیماران کمک می‌کند تا درد را به عنوان جزئی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن، و از این طریق سطح کیفیت زندگی و رضایت از زندگی خود را افزایش دهند. این درمان با شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزه‌ی کافی برای پایبندی به روند درمان می‌دهد (هریس^۳، ۲۰۱۹). در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مولفه‌های کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌شود (اسمی و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر میزان استرس ادراک شده اثربخشی معناداری دارد و این با نتایج یافته‌های ورشوساز و کلانتری (۱۳۹۸)، گراهام، گلیندرز، استارت و گوئیک (۲۰۱۵) و

1. Neipp, Lopez-Roig & Pastor

2. Peterson & Eifert

3. Harris

تکسیو (۲۰۱۵) همسو بوده است. که در تبیین آن می‌توان گفت این درمان به جای آموزش راهبردهای بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می‌شود تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همانگونه که هستند مهارت کسب کنند (کشاورز افشار، رافعی و میرزایی، ۱۳۹۷) و این درمان با ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی به افراد در پذیرش استرس (تحمل رویدادهای ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آن‌ها) و یا افکار مرتبط با استرس و ارتقای جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند کمک می‌کند و از این طریق با ایجاد توانایی رفتارهای سازگار با هدف و مبتنی بر پذیرش ناهماهنگی‌های زندگی و مشکلات آن، راه را برای کاهش استرس و مدیریت استرس باز می‌کند (فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزشها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمانجویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزشهایی کند که در هنگام بروز هیجانهای ناخوشایند و تهدیدکننده‌ای مانند استرس بر آنها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آنها بپردازند (گودرزی، سلطانی، حسینی صدیق و همدمی، ۱۳۹۶). و همینطور یافته‌های پژوهش بیانگر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود تصویر بدنی است و این با نتایج مطالعات گریفیتس و ویلیامسون (۲۰۱۸) و قاسمی و جبل عاملی (۱۳۹۷) همسو است. با توجه به اینکه از اهداف این درمان این است برای خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود (خود مفهوم سازی شده) جایگزین پیدا کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵). این درمان می‌تواند با استفاده از استعاره شطرنج مؤثر واقع شود که به مراجعان آموزش داده می‌شود چطور بیشتر میتوانیم مانند صفحه شطرنج باشیم. ارتباط صفحه شطرنج با مهره‌ها بی‌نهایت می‌باشد؛ اما در این جنگ وارد نمی‌شود. خود مشاهده‌گر به بیمار کمک میکند تا خود را جدا از ارزیابی‌هایی ببیند که ذهن او انجام می‌دهد و بفهمد که آنها واقعی نیستند. این امر به بهبود تصویری که شخص از خود دارد کمک می‌کند (هریس، ۲۰۰۹). در مجموع، با توجه به تأثیر روشهای مختلف این درمان مانند استفاده از گسلس از ذهن، پذیرش و افزایش خودآگاهی فرد نسبت به تواناییها و ارزشهای زندگی خود می‌تواند منجر به تصویر مثبت و کارآمدی (با وجود تفاوت جسمی با دیگران) در وی شود و رضایت، لذت و افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به بهبود تصویر بدنی در این بیماران کمک نماید.

مهمترین محدودیتهای پژوهش حاضر استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم پیگیری نتایج و استفاده از ابزارهای خودگزارشی بود. پس باید در تعمیم و استفاده از نتایج باید در نظر گرفته شوند، لذا توصیه می‌گردد که در پژوهش‌های آتی از مصاحبه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده، روش‌های احتمالی یا تصادفی برای نمونه‌گیری و جامعه پژوهشی بزرگتر استفاده شود. این پژوهش در ارتباط با زنان مبتلا به سرطان سینه انجام شد؛ از این رو در تعمیم نتایج آن به سایر بیماری‌ها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. با در نظر داشتن محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود تا مطالعات آینده ضمن برطرف نمودن این محدودیتها به کاربرد این سبک از درمان در جهت افزایش سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان اقدام نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، روان‌درمانی و بیمارستانها به استفاده از درمانهای گروهی و در دسترس و ارزانی همچون درمانهای موج سوم به منظور بهبود هر چه بیشتر عملکردهای روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان اقدام نمایند. از این رو می‌توان رویکرد پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روانشناختی ناشی از آن به کار برد.

منابع

- اسمی، زهرا. پیوسته گر، مهرانگیز، پرهون، هادی.، کاظمی رضایی، سید علی. (۱۳۹۸). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلابه سرطان پستان. روان پرستاری؛ ۷ (۵): ۴۴-۵۳.
- اورکی، محمد، مهدی زاده، آتوسا، و درتاج، افسانه. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی در مان شناختی رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علایم کمر درد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمر درد مزمن با اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی پژوهشی سلامت. ۷ (۲۶): ۳۴-۲۵.
- بساک نژاد، سودابه، مهربانی زاده هنرمند، مهناز، حسنی، محدثه، نرگسی، فریده. (۱۳۹۲). اثربخشی روایت درمانی گروهی بر نگرانی از بدریختی بدن در دانشجویان دختر. فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱ (۲): ۱۱-۵.
- حجتی، حمید، مطلق، معصومه، نوری، فرشته، شریف نیا، سیدحمید، محمدنژاد، اسماعیل، حیدری، بهروز. (۱۳۸۸). ارتباط ابعاد مختلف دعا با سلامت معنوی بیماران تحت درمان با همودیالیز؛ مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۲ (۴): ۷-۸.
- حیدری محمد، قدوسی، منصوره، شهبازی، سارا. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط ارزش گذاری به بدن با امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان پستان بعد از ماستکتومی. مجله بالینی پرستاری و مامایی، ۴ (۱): ۱۵-۸.
- خزایی پول، مریم، پاشا، نازیلا. (۱۳۸۹). اثر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۲ (۴): ۶۷-۵۴.
- خواجه امینیان، فهیمه، ابراهیمی، ماندانا، کمالی، محمد، دولتشاهی، بهروز، یونسی، سیدجلال. (۱۳۹۳). شناخت عملکرد جنسی زنان پس از جراحی ماستکتومی - یک مطالعه کیفی. فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری های پستان ایران؛ ۷ (۳): ۵۸-۵۰.
- دلاور، علی. (۱۳۹۸). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. انتشارات ویرایش.
- رضایی اردانی، امیر، فرید حسینی، فرهاد، برهانی مغانی، مهدیه، سیفی، حمید. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر هیجانات منفی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. ۱۸ (۱۵۷): ۸-۱۸.
- روحانی، واله، امیری مجد، مجتبی. (۱۳۹۵). پیش بینی فراوانی مراجعه زنان جوان به آرایشگاه بر اساس عزت نفس، کمال گرایی و نگرش نسبت به ظاهر. نشریه علمی زن و فرهنگ. ۸ (۲۸): ۷۳-۵۹.
- عابدی، محمدرضا، ایزدی، راضیه. (۱۳۹۵). درمان پذیرش و تعهد. انتشارات کاوشیار، جنگل.
- عسگری، پرویز، پاشا، غلامرضا، امینیان، مریم. (۱۳۸۸). رابطه تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات خوردن در زنان. فصلنامه اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی، ۱۳ (۴): ۶۵-۷۸.
- علاقبند، مریم، ثروت، فرخ لقا، زارع پور، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، ۲ (۱۵): ۱۸۵-۱۷۵.
- قاسمی، لیلا. جبل عاملی، شیدا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تصویر بدنی

- در زنان مبتلا به سرطان سینه پس از جراحی ماستکتومی؛ فصلنامه بیماریهای پستان. ۱۵ (۴): ۲۶۱-۲۵۵.
- کشاورز افشار، حسین، رافعی، زهرا، میرزائی، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) بر اضطراب فراگیر. *پایش*؛ ۱۷ (۳): ۲۸۹-۲۹۶
- کلههر، ماریا، قادری، بایزید، روشنی، دایم. (۱۳۹۷). تأثیر به‌کارگیری مدل خودمدیریتی پنج‌ا بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۷ (۴): ۲۶۹-۲۸۰.
- گودرزی، فریدون، سلطانی، زیبا، حسینی صدیق، مریم، همدمی، میثم، قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی. *مجله مطالعات ناتوانی*؛ ۷ (۲۲): ۶-۱.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی نایینی، کورش، محمد، کاظم، مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*؛ ۴ (۴): ۱-۱۲.
- ورشوساز، پردیس، کلانتری، فرازمنند. (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و تابآوری بیماران سرطانی، پنجمین کنفرانس ملی نوآوری‌های اخیر در روانشناسی، کاربردها و توانمندسازی با محوریت روان‌درمانی، تهران.
- Asghari, F., Sadeghi, A., Aslani, K., Saadat, S., Khodayari, H. (2013). The Survey of Relationship between Perceived Stress Coping Strategies and Suicide Ideation among Students at University of Guilan, Iran. *International Journal of Education and Research*; 1(11): 111-118.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24: 385-396
- Curtis, R., Groarke, A., & Sullivan, F. (2014). Stress and self-efficacy predict psychological adjustment at diagnosis of prostate cancer. *Scientific reports*, 4(16): 55-69.
- De Houwer, J., BarnesHolmes, Y., & BarnesHolmes, D. (2016). Riding the waves: A functional cognitive perspective on the relations among behaviour therapy, cognitive behaviour therapy and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology*, 51(1), 40-44.
- Evans, D. (2009). The quality of life of patients with End Stage Renal Disease. *N Engl J Med*; 312(9): 553-9
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*. 48(8), 816-820.
- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2015). An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*, 14(2), 83-97.
- Griffiths, C., Williamson, H., Zucchelli, F., Paraskeva, N., & Moss, T. (2018). A systematic review of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for body image dissatisfaction and weight self-stigma in adults. *Journal of contemporary*

- psychotherapy, 48(4), 189-204.
- Hagen, KB, Aas, T, Kvaloy, JT, Eriksen, HR, Soiland, H, Lind, R. (2016). Fatigue, anxiety and depression overrule the role of oncological treatment in predicting self-reported health complaints in women with breast cancer compared to healthy controls. *Breast*;28(7):100-6.
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: a quick-start guide to ACT basics and beyond*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*: New Harbinger Publication.
- Jolly, M., Pickard, AS, Mikolaitis, RA, Cornejo, J., Sequeira, W, Cash, TF, et al. (2012). Body image in patients with systemic lupus erythematosus. *Int J Behav Med*. 1.19 (2):157-64.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371-381.
- Karkoulian, S., Srour, J., & Sinan, T. (2016). A gender perspective on work-life balance, perceived stress, and locus of control. *Journal of Business Research*, 69(11), 4918-4923.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. (2nd ed.). London: Routledge.
- Koçan S, Gürsoy A. (2016). Body image of women with breast cancer after mastectomy: A qualitative research. *J Breast Health*.12(4):145-50.
- Li, Q, Lin, Y, Qiu, Y, Gao, B, Xu, Y. (2014). The assessment of health-related quality of life and related factors in Chinese elderly patients undergoing chemotherapy for advanced cancer: a cross-sectional study. *Journal of European Oncology Nursing Society*. Aug;18(4):425-35.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeltdt, A., Rowse, J.,... Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Magneto, O., Maunsell, E., Chlebowski, R., Goss, P., Tu, D., & Richardson, H. (2017). Factors Associated with Early Discontinuation of Study Treatment in the Mammary Prevention. *Breast Cancer Chemoprevention Trial*. *Journal of Clinical Oncology*, 34(11). 51-23.
- Neipp, M.C., Lopez-Roig, S., & Pastor, M.A. (2014). Control beliefs in cancer: a literature review. *Anuario de Psicología*; 35(3), 333-355.
- Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*; 18(4), 577-587.
- Sladek, M. R., Doane, L. D., Luecken, L. J., & Eisenberg, N. (2016). Perceived stress, coping, and cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year

- of college. *Biological psychology*, 11(7): 15-8.
- Smith, AW, Reeve, BB, Bellizzi, KM, Harlan, LC, Klabunde, CN, Amsellem, M, et al. (2008). Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health Care Financ Rev*; 29(4): 56-41.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behavior therapy*, 46(6), 717-728.
- Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*, 14(1), 198
- Westhoff, C.L., Pike, M.C. (2018). Hormonal contraception and breast cancer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2(13): 174-169.
- Zargani, A, Nasiri, M, Hekmat, K, Abbaspou,r Z, Vahabi, S. (2018). A Survey on the relationship between religiosity and quality of life in patients with breast cancer: a study in iranian muslims. *Asia Pac J Oncol Nurs*;5(2):217-222.