

اثربخشی مشاوره گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان زنان دچار سرطان پستان

سکینه زمانیان^۱

جعفر بوالهری^۲

عصمت دانش^۳

حسن احدی^۴

شهربانو قهاری^۵

چکیده

سرطان پستان شایع ترین سرطان در بین زنان سراسر جهان است که چالش های فراوانی مانند پیروی از درمان را پیش روی متخصصان قرار داده است. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان زنان دچار سرطان پستان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۶۰ روزه با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه زنان دچار سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان هفت تیر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. به منظور اجرای پژوهش تعداد ۲۴ بیمار به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. آزمون های به پرسشنامه پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان (ADQ) در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پاسخ دادند. سپس یافته ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. یافته ها نشان داد گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل به صورت معنادار باعث افزایش مؤلفه سودمندی مورد انتظار ($F=3/57, P<0/05$)؛ مؤلفه هنجارهای ذهنی ($F=9/10, P<0/01$) و مؤلفه قصد پای بندی به درمان ($F=12/82, P<0/01$) شد و این افزایش تا دو ماه بعد ادامه داشت. نتیجه کلی پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان شد و به عنوان یکی از روش های روانشناختی در بهبود پیروی از درمان موثر است.

واژه های کلیدی: سرطان پستان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پیروی از درمان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۲. روان پزشکی، مرکز پژوهشات سلامت معنوی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۳. استاد گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۴. استاد گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۵. دکترای روانشناسی بالینی، گروه سلامت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روان پزشکی تهران) دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

سرطان از جمله مشکلات جدی سلامت جوامع امروزی است که تلاش‌های بسیاری گسترده‌ای برای مقابله با آن در حال انجام است (نوری دلویی و کاشانی، ۱۳۹۷). در بین انواع سرطان، سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان است که نقش عمده‌ای در ناتوانی بیماران دارد (بری، فرلی و سورجوماترام، سیگل، نوره و جمال^۱، ۲۰۱۸). نتایج مطالعات منتشرشده مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نرخ ابتلا به این بیماری را ۳۳/۲۱ در ۱۰۰۰۰۰ و با بقای ۷۲ درصد پنج‌ساله عنوان کرده است (نفیسی، خیامزاده، زینعلی، پازوکی، حسینی و اکبری، ۲۰۱۸). همچنین روش‌های درمانی جدید، سرطان را در موارد بسیاری، از یک بیماری درمان‌ناپذیر به یک بیماری مزمن و غالباً درمان‌پذیر تبدیل کرده است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). افزایش میزان بروز سرطان پستان هم‌زمان با افزایش میزان بقا و کاهش میزان مرگ‌ومیر بیماران باعث شده است روزبه‌روز بر تعداد افرادی که بیماری سرطان زندگی می‌کنند افزوده می‌شود (عسکریان، میرزایی و عسکریان و جزایری ۱۳۹۵؛ جمال، سیمارد، دورل نونه، مارکوویز و کوهلر^۲، ۲۰۱۳). این موضوع چالش‌های جدیدی از جمله عدم پیروی از درمان را پیش روی متخصصان و بیماران قرار داده است (پوتز، توو، تورنگو، هاول، فیتچ، اسپرینگال و الیبهای^۳، ۲۰۱۴). به‌طوری‌که امروزه یکی از مشکلات اساسی در درمان بیماری‌های حاد و مزمن، عدم پیروی از برنامه‌های درمانی و توصیه‌های درمانگران است (عباسی، سالمی و سید فاطمی، ۱۳۸۴).

نتایج پژوهش نشان داد تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران دچار سرطان پستان دارای میانگین ۷/۶۲ است و میزان تبعیت از رژیم‌درمانی در بین این بیماران رضایت‌بخش نیست (سجادی، محمد پور و محمودی، ۱۳۹۶). همچنین تحقیقات نشان دادند ۳۷ درصد از بیماران دچار سرطان پستان، ۸۵ درصد از نوبت‌های شیمی‌درمانی خود را رعایت نمی‌کنند شاید این میزان در مورد داروهای خوراکی بیشتر هم باشد (اسپیرا و و رید^۴، ۲۰۰۳). همچنین نرخ پیروی از درمان تاموکسیفن کمتر از ۸۰ درصد با بقا پایین‌تر در بیماران دچار سرطان پستان همراه بود (مک کاون، شیرر، دونا و همکاران^۵، ۲۰۰۸).

پیامدهای عدم پیروی هم از نقطه‌نظر اقتصادی و هم از نظر میزان مرگ‌ومیر بسیار گسترده است (پوتز و همکاران، ۲۰۱۴). عدم پیروی از درمان منجر به عود یا بازگشت مجدد بیماری، بستری شدن در بیمارستان، کند شدن روند بهبود بیماری و کاهش طول عمر بیماران می‌شود (پاتل و کوهن^۶، ۲۰۰۸)، بنابراین پیروی از درمان برای به دست آوردن نتایج درمانی مطلوب مانند درمان بیماری و بهبود کیفیت زندگی بسیار حیاتی است (پوتز و همکاران، ۲۰۱۴).

اگرچه بیشتر تحقیقات بر پیروی از مصرف دارو متمرکز شده است، اما پیروی از درمان شامل پیروی از رفتارهای مرتبط با سلامتی نیز می‌شود که فراتر از مصرف داروهای تجویز شده است، با این‌وجود پیروی از درمان بدین معنی است که رفتار یک فرد از مصرف دارو گرفته تا رعایت رژیم غذایی و ایجاد تغییرات سبک زندگی تا چه حد مطابق با توصیه‌های مورد توافق ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۳). همین‌طور پیروی از درمان، به‌عنوان میزانی که بیماران داروهای تجویز شده توسط پزشک

1. Bray, Ferlay, Soerjomataram Siegel, Torre & Jemal
2. Jemal, Simard, Dorell, Noone, Markowitz & Kohler
3. Puts, Tu, Tourangeau, Howell, Fitch, Springall &, Alibhai
4. Spira & Reed
5. McCowan, Shearer, Donnan, et al
6. Patel & Cohen

را مصرف می‌کنند تعریف شده است (زیلر، کالبر، آلبرت، هولزهایور، زیلر، واگنر و هادجی^۱، ۲۰۰۹). در این میان بررسی عوامل مؤثر بر پیروی از توصیه‌های درمانی در مطالعات گوناگون نشان داده است مشکلات روانی از جمله عوامل تأثیرگذار بر عدم پیروی از درمان است (رودی، مایر و پارتریج^۲، ۲۰۰۹)؛ که کمتر مورد توجه قرار گرفته است. هرچند در طی سال‌های گذشته، تحقیقات مختلفی مانند پژوهش سجادی، محمدپور و محمودی (۱۳۹۴) که نشان دادند راهبردهای کاهنده عدم قطعیت می‌توانند تبعیت از رژیم‌درمانی و درنهایت کیفیت درمان وزندگی بیماران دچار سرطان را بهبود بخشید؛ همچنین پژوهش فرشید فر، رحیمیان بوگر، اسدی و ایزدپناهی (۱۳۹۸) نشان داد درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی که باعث افزایش تبعیت از درمان زنان دچار سرطان پستان شد؛ اما هنوز تحقیقات بیشتری لازم است تا بتوان پیروی یا عدم رعایت رژیم‌های درمانی بیماران دچار سرطان را بررسی کرد (پوتز و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین در این پژوهش تأثیر درمان پذیرش و تعهد^۳ (ACT) بر تغییر سطح پیروی از درمان بیماران دچار سرطان پستان بررسی می‌شود.

در بین درمان‌های روان‌شناختی چهارچوب اساسی که ACT ارائه می‌دهد یک الگو مداخله‌ای است که به‌طور بالقوه ماهیت فردگرایانه برای سازگاری با سرطان دارد (ویلیام، استوری و ویلسون^۴، ۲۰۱۵). رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد التقاطی از استعاره، جمله‌های متناقض نما و مهارت‌های توجه آگاهی و طیف گسترده‌ای از تمرین‌های تجربه‌گرایانه و مداخله‌های رفتاری هدایت‌شده است که توسط ارزش‌ها به‌کاربرده می‌شود (هنرپروران، میرزایی کیا و نیری، ۱۳۹۶).

در بین درمان‌های روان‌شناسی، ACT باهدف کلی افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یکایک مشکلات اصلی را هدف قرار می‌دهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرآیند اصلی ACT (پذیرش^۵، گسلش^۶، خود به‌عنوان بافتار^۷، تماس با لحظه حال^۸، ارزش‌ها^۹ و تعهد به عمل^{۱۰}) پایه‌ریزی می‌شود و هر یک از این حیطه‌ها به‌عنوان نوعی مهارت روان‌شناختی مثبت، مفهوم‌سازی شده‌اند و صرفاً به‌عنوان روشی برای پرهیز از آسیب‌شناسی روانی به‌کاربرده نمی‌شوند (هیز و همکاران، ۲۰۰۷ به نقل از امیدی و همکاران، ۱۳۹۵). در واقع انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هدف اصلی ACT است و همه شش فرآیند فوق با یکدیگر به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی همکاری می‌کنند (نقوی، اسدپور، کسای، ۱۳۹۸).

فرا تحلیل فرناندز و رودریگوز^{۱۱} (۲۰۱۹) باهدف تجزیه و تحلیل مطالعات منتشرشده در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در معالجه بیماران دچار سرطان انجام شد. نشان داد بیمارانی که درمان ACT دریافت کرده‌اند از وضعیت عاطفی و کیفیت زندگی بهتر و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی

1. Ziller, Kalder, Albert, Holzhauser, Ziller, Wagner & Hadji
2. Ruddy, Mayer, Partridge
3. Acceptance and Commitment Therapy: ACT
4. Williams, Storey, & Wilson
5. Acceptance
6. Faulting
7. Self as a context
8. Contact with present moment
9. Values
10. Committed action
11. Fernández & Rodríguez

بیشتری برخوردار بودند و ACT در درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران دچار سرطان مفید بوده است. با این حال سنجش مداخلات اثربخش‌تر نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

از ضرورت انجام پژوهش می‌توان گفت با توجه به این‌که پیروی از درمان شامل پذیرش و انجام اقدامات درمانی به میزان و شکل توصیه‌شده پزشک است و تصمیم‌گیری در مورد آن تحت تأثیر اهداف و ارزش‌های شخصی، دانش، مهارت‌ها، عوامل محیطی و اجتماعی قرار می‌گیرد (پور افکاری، ۱۳۸۲؛ مک‌گرادی، براون و پای، ۲۰۱۶). که در یک نگاه کلی مشترکاتی با فرایندهای اصلی ACT که شامل پذیرش و تعهد هستند دارد اما سنجش اثربخشی درمان ACT در پیروی از درمان بیماران دچار سرطان پستان مورد توجه قرار نگرفته است یا کمتر به آن پرداخته‌اند. همچنین ابتلا به سرطان نیز مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری و پذیرش بیماری و پایبندی به اهداف درمانی و درک ارزشمندی پیروی از دستورات درمانی است که آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند. همچنین با توجه به تأثیر سرطان پستان بر سلامت زنان که دارای نقش محوری در خانواده و جامعه هستند اتخاذ روش‌های تشخیصی و درمانی مؤثر و کارآمد در مراحل اولیه بسیار حائز اهمیت است و باید استراتژی‌های که هدف آن‌ها ارتقای سلامت زنان و کاهش میزان ابتلا و مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان، به‌عنوان جزء اصلی مداخلات گردد (طاهرگورابی، مودی و مصبازاده، ۱۳۹۳). همچنین با توجه به اینکه پژوهش‌های متفاوتی با روش درمانی حاضر در این گروه بیماران در زمینه‌های مختلف انجام شده است، اما طبق شواهد در دسترس پژوهش‌ها، پیروی از درمان بیماران دچار سرطان پستان در ایران کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان انجام گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و و پیگیری ۶۰ روزه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش زنان دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان هفت تیر تهران در سال ۱۳۹۶ بودند و مداخله از فروردین تا تیرماه ۱۳۹۷ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به بیماری سرطان پستان در مرحله یک و دو بیماری، داشتن سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، داشتن تحصیلات سیکل و یا بالاتر، پر کردن رضایت‌نامه‌ی کتبی بود. معیارهای خروج شامل سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی مانند درد شدید، تحت شیمی‌درمانی بودن، ابتلا به بیماری‌های روانی مانند اختلالات روان‌پریشی، افسردگی شدید و دوقطبی، سوء‌مصرف مواد و الکل و ناتوانایی در برقراری ارتباط کلامی بود.

ابتدا پرونده‌های پزشکی بیماران مطالعه شد. سپس با بیمارانی که ملاک‌های پژوهش را داشتند تماس گرفته شد. بعد از حضور بیماران مصاحبه بالینی انجام شد و بیمارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند و رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش را پر کردند وارد پژوهش شدند. حجم نمونه با توجه به جدول کوهن در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ برای این پژوهش ۲۴ نفر در نظر گرفته شد (سرمد، بازرگان و حجاری، ۱۳۸۷). تعداد ۲۴ نفر از بیماران دچار سرطان پستان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به روش گمارش تصادفی در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند.

گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای دو جلسه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند و دو ماه بعد پیگیری انجام شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد بعد از جلسه پیگیری گروه کنترل به منظور رعایت اصول اخلاقی تحت ۴ جلسه دوساعته درمان قرار گرفت. آزمودنی‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (دو ماه بعد) پرسشنامه پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان (ASQ) را تکمیل کردند. پروتکل درمان مبتنی بر پژوهش حاضر، توسط هیز، فلت و لینهان^۱ (۲۰۰۴) ساخته شده و تحقیقات مختلف از جمله تحقیق محمدی و صوفی (۱۳۹۸) حاکی از اثر بخشی آن بر کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان است (جدول ۱).

جدول ۱: هدف، محتوی و تکالیف جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوای جلسات
اول: (آشنایی و راه‌اندازی گروه)	آشنایی و راه‌اندازی گروه، ایجاد رابطه درمانی، آشنایی با رویکرد درمانی. ایجاد آمادگی برای تغییر، ارائه تکلیف تن آرامی ذهن آگاهی و کار برگ تغییرات
دوم: (آموزش کنترل مسئله است نه راه‌حل و ناامیدی خلاقانه)	مرور تکلیف خانگی، آموزش کنترل مسئله است نه راه‌حل، ایجاد درماندگی خلاق، ارائه کار برگ کارهای کنترلی راه‌حلی بکار گرفته شده
سوم: (آموزش اجتناب و آگاهی از پیامدهای اجتناب)	مرور تکلیف خانگی، آموزش اجتناب و آگاهی از پیامدهای اجتناب، آموزش تمایل جایگزینی بهتر برای اجتناب، ارائه کار برگ کارها و افکار اجتنابی
چهارم: (شناسایی همجوشی‌ها و آموزش تکنیک‌های نا همجوشی)	مرور تکلیف خانگی، شناسایی همجوشی‌ها و آموزش تکنیک‌های نا همجوشی، ارائه کار برگ تکنیک‌های گسلس شناختی
پنجم: (آموزش ذهن آگاهی و زندگی در زمان حال)	مرور تکلیف خانگی، آموزش ذهن آگاهی، ارتباط با زمان حال، مفهوم خود به‌عنوان زمینه و تفکیک خود مفهوم‌سازی شده و خود مشاهده‌گر، ارائه کار برگ ذهن آگاهی
ششم: (تصریح و روشن‌سازی ارزش‌ها، اهداف و برنامه‌ها)	مرور تکلیف خانگی، تصریح ارزش‌ها و اهداف و برنامه‌ها، ارائه کار برگ ارزش‌های شخصی و اهداف
هفتم: (آشنایی با عمل متعهدانه و موانع و تسهیل‌کننده‌های آن)	مرور تکلیف خانگی، آشنایی و تعریف عمل متعهدانه و موانع و تسهیل‌کننده‌های آن، شناسایی رفتارها مطابق ارزش‌ها، ارائه تکمیل کار برگ عمل متعهدانه
هشتم: (مرور و تحکیم جلسات قبل)	مرور تکلیف خانگی، مرور و جمع‌بندی و تحکیم جلسات قبل، انجام تن آرامی و تمرینات ذهن آگاهی، اجرای پس‌آزمون

ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه پیروی از درمان بیماران دچار سرطان پستان بود که توسط دیماثو و همکاران در سال ۱۹۹۳ تهیه شد. این یک پرسشنامه خود اجرایی متشکل از ۳۸ سؤال و ۷ مؤلفه است. ۷ مؤلفه عبارت‌اند از: ابعاد درون فردی^۲، سودمندی مورد انتظار^۳، شدت مورد انتظار^۴، استعداد ابتلا^۵، هنجارهای ذهنی^۶، قصد^۷، حمایت‌ها^۸ است. این پرسشنامه از یک مقیاس لیکرت به شکل:

1. Hayes, Follette, & Linehan
2. Interpersonal Aspects of Care
3. Perceived Utility
4. Severity
5. Susceptibility
6. Subjective Norms
7. Intentions
8. Supports/Barriers

هرگز (۱)، به‌ندرت (۱)، گاهی اوقات (۳)، درمورد زیادی (۴)، اکثر اوقات (۶) و همیشه (۶) استفاده می‌کند. نمره ۵۱ نشان‌دهنده پیروی از درمان پایین و نمره ۲۶۰ نشان‌دهنده پیروی از درمان در سطح بالاست. قابلیت اطمینان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد (دیماتئو، هایس، گریس، بستانی، کرانه، الاشاف و مارکوس^۱، ۱۹۹۳). قابلیت اطمینان این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۲۹ به دست آمد (لسا، روبریو، آکوینو، آلمدا و پینهریو^۲، ۲۰۱۵). برای تعیین روایی پرسشنامه رفتارهای پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان، ابتدا نسخه لاتین پرسشنامه توسط پژوهشگر و یک متخصص زبان انگلیسی مسلط به روانشناسی، به فارسی ترجمه شد. سپس نسخه فارسی پرسشنامه توسط یک مترجم زبان انگلیسی مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه شد. سپس نسخه لاتین اصلی و نسخه ترجمه برگردان شده پرسشنامه مورد مقایسه قرار گرفتند. در مرحله بعد جهت بررسی روایی محتوایی ابزار نسخه‌ای از پرسشنامه به همراه یک برگه نظرسنجی به یک نفر متخصص آنکولوژیست، یک نفر متخصص جراح پستان، دو نفر پزشک عمومی دوره‌دیده در معاینه و ویزیت زنان دچار سرطان پستان، چهار نفر از اساتید شامل: یک نفر دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، یک نفر متخصص روان‌پزشک و یک نفر روان‌شناس سلامت، و یک نفر روان‌شناس عمومی که تناسب ظاهری ابزار را ارزیابی نمایند و جمله‌های مبهم و نارسا را مشخص کرده و پیشنهادات خود را نوشتند. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصان، بر اساس پیشنهادهای مطرح شده اصلاحات لازم صورت پذیرفت. سپس روایی محتوایی به صورت کیفی مورد بررسی قرار گرفته و نسخه نهایی پرسشنامه آماده شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه رفتارهای پیروی از درمان در زنان دچار سرطان پستان تعداد ۵۰ نفر از زنان دچار سرطان پستان به صورت نمونه‌گیری در دسترس پرسشنامه را پر کردند ضریب پایایی برای کل پرسشنامه آلفای کرونباخ است که حاکی از اعتبار ۰/۸۹۶ به دست آمد.

در این پژوهش نکات اخلاقی از جمله بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، تحلیل داده‌ها به صورت کلی و امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش رعایت شد. همچنین پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.۱۳۹۶.۵۲ ثبت گردید. داده‌های جمع‌آوری شده مربوط به متغیر وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از همه شرکت‌کنندگان با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۱ شد.

یافته‌ها

میانگین سن بیماران دچار سرطان پستان ۴۳/۷ با انحراف معیار ۱۳/۷ بودند. همچنین ۶۲/۵ شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم بودند، ۳۷/۵ دارای مدرک دیپلم بودند و ۶۲/۵ کمتر از یک سال، ۲۹/۱۷ بین ۲ تا ۵ سال و ۸/۳۳ بالاتر از ۵ سال از ابتلا به بیماری‌شان می‌گذشت. علاوه بر توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی استفاده از آزمون کای اسکور پیرسون نشان داد که بین دو گروه به لحاظ طبقه سنی، سطح تحصیلات و مدت زمان ابتلا به بیماری تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$) این یافته‌ها نشان می‌دهد که گروه‌ها به لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی همگن بودند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا مفروضه‌های طبیعی بودن توزیع نمره‌ها توسط شاخص شاپیرو-ویلک، همسانی واریانس‌ها توسط آزمون لون و استقلال متغیر پیش‌آزمون از متغیر عضویت توسط

1. DiMatteo, Hays, Gritz, Bastani, Crane, Elashoff & Marcus

2. Lessa, Ribeiro, Aquino, Almeida & Pinheiro

تحلیل واریانس سنجیده شد. همچنین برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از آزمون موخلی^۱ ارزیابی شد. بعد از اطمینان از تأیید مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، شرایط استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر فراهم شد. ابتدا میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های متغیر پیروی از درمان در زنان دچار سرطان پستان در جدول ۲ ارائه شد. نتایج نشان‌دهنده بهبود میانگین نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مؤلفه‌های سودمندی مورد انتظار، هنجارهای ذهنی و قصد پایبندی به درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون		
		پس‌آزمون	پیگیری	میانگین \pm انحراف معیار
ابعاد درون فردی	آزمایش	۲/۸۵ \pm ۲۴/۱۳	۲/۲۱ \pm ۲۵/۰۰	۲/۸۵ \pm ۲۴/۱۳
	کنترل	۳/۲۷ \pm ۲۵/۸۷	۳/۹۱ \pm ۲۶/۲۵	۴/۸۶ \pm ۲۵/۲۵
سودمندی مورد انتظار	آزمایش	۳/۷۰ \pm ۲۴/۰۰	۴/۴۷ \pm ۲۷/۰۰	۴/۵۱ \pm ۲۷/۱۳
	کنترل	۴/۱۳ \pm ۲۷/۷۵	۱/۶۸ \pm ۲۳/۳۷	۵/۳۰ \pm ۲۵/۱۳
شدت مورد انتظار	آزمایش	۰/۸۸ \pm ۱۳/۷۵	۲/۷۲ \pm ۱۳/۳۷	۱/۹۸ \pm ۱۳/۷۵
	کنترل	۲/۱۰ \pm ۱۳/۱۲	۱/۱۸ \pm ۱۲/۳۸	۲/۳۹ \pm ۱۲/۶۲
استعداد ابتلا	آزمایش	۱/۴۶ \pm ۱۲/۸۸	۱/۰۶ \pm ۱۴/۷۵	۲/۱۲ \pm ۱۴/۷۵
	کنترل	۱/۹۶ \pm ۱۳/۱۷	۱/۴۶ \pm ۱۳/۸۷	۱/۴۱ \pm ۱۴/۵۰
هنجارهای ذهنی	آزمایش	۳/۳۳ \pm ۸/۵۰	۲/۳۹ \pm ۱۶/۰۰	۱/۱۹ \pm ۱۷/۰۰
	کنترل	۷/۰۶ \pm ۸/۸۷	۳/۱۶ \pm ۸/۰۰	۲/۱۲ \pm ۸/۲۵
قصدها	آزمایش	۲/۰۵ \pm ۶/۷۵	۱/۴۹ \pm ۱۱/۲۵	۱/۰۶ \pm ۱۲/۳۷
	کنترل	۱/۴۶ \pm ۶/۱۲	۱/۲۵ \pm ۷/۱۲	۱/۳۰ \pm ۵/۶۲
حمایت اجتماعی	آزمایش	۳/۲۲ \pm ۱۵/۱۲	۱/۸۳ \pm ۱۷/۲۵	۱/۴۱ \pm ۱۷/۵۰
	کنترل	۱/۲۵ \pm ۱۴/۸۷	۲/۵۵ \pm ۱۶/۷۵	۲/۱۹ \pm ۱۵/۲۵

نتایج جدول ۳ نشان داد که نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مؤلفه‌های پیروی از درمان سودمندی مورد انتظار، هنجارهای ذهنی و قصد پایبندی به درمان با درجه آزادی بین گروهی و درجه آزادی خطا (۴ و ۴۰) F حاکی از معناداری اجرای متغیرهای ACT بر مؤلفه‌های مذکور بود. همچنین اثر تعاملی شرایط \times زمان برای مؤلفه سودمندی مورد انتظار در سطح ۰/۰۵ و برای مؤلفه هنجارهای ذهنی و مؤلفه قصد پایبندی به درمان در سطح ۰/۰۱ معنادار است. گفتنی است که اثر تعاملی مربوط به دیگر مؤلفه‌های پیروی از درمان در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. این یافته بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل ACT بر سه مؤلفه سودمندی مورد انتظار، قصد پایبندی به درمان و هنجارهای ذهنی پیروی از درمان را تحت تأثیر قرار داده است. در مقابل اجرای مؤلفه‌های ابعاد درون فردی، شدت، استعداد ابتلا و حمایت اجتماعی پیروی از درمان را تحت تأثیر قرار نداده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای متغیر مستقل و معناداری و اثر تعاملی شرایط \times زمان برای هر یک از مؤلفه درون‌گروهی

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	F	معناداری	لامبدای ویلکز	F	معناداری	η^2
ابعاد درون فردی	۰/۶۸	۰/۰۸۸	۰/۹۸۶	۰/۹۸	۰/۰۹	۰/۹۸	۰/۰۰۹
سودمندی مورد انتظار	۴۱/۲۶	۳/۵۴	۰/۰۲۴	۰/۵۶	۳/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۵۳
شدت	۴/۶۶	۱/۳۷	۱/۲۵۸	۰/۸۲	۰/۹۸	۰/۴۲	۰/۰۹۰
استعداد ابتلا	۲/۸۴	۰/۹۷	۰/۴۳۰	۰/۸۰	۱/۱۶	۰/۳۴	۰/۱۰۴
هنجارهای ذهنی	۸۹/۸۰	۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۴/۵۱	۰/۰۰۴	۰/۳۱۱
قصد	۲۴/۲۰	۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۶/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
حمایت مالی	۵/۵۵	۱/۶۱	۰/۱۸۹	۰/۷۴	۱/۵۷	۰/۲۰۰	۰/۱۳۶

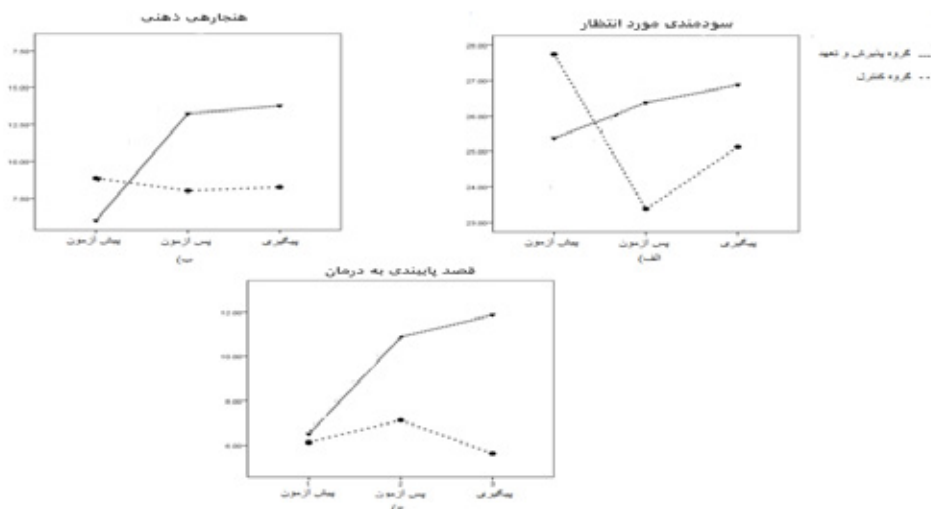
نتایج جدول ۴ نشان داد که متغیرهای مستقل بر سه مؤلفه سودمندی مورد انتظار، هنجارهای ذهنی و قصد پیروی از درمان‌های متغیر پیروی از درمان، اثر معنادار دارد. مقایسه دو به دو اثر متغیر مستقل با گروه کنترل در جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل به صورت معنادار مؤلفه سودمندی مورد انتظار ($F(1/528) = 3/577, P < 0/05$) متغیر پیروی از درمان را در سطح $0/05$ و مؤلفه‌های، هنجارهای ذهنی ($F(1/367) = 9/110, P < 0/01$) و قصدها ($P < 0/01$)، $F(2) = 12/824$ آن را در سطح معناداری $0/01$ در شرکت کنندگان بهبود بخشیده است.

جدول ۴: مقایسه معناداری اثر تعاملی شرایط \times زمان بین گروهی مؤلفه‌های سودمندی مورد انتظار، قصدها و هنجارهای ذهنی پیروی از درمان

گروه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	η^2
گروه اول - دوم	۶۳/۲۹	۱/۵۲	۴۱/۴۳	۳/۵۷	۰/۰۴۱	۰/۲۰۳
گروه اول - دوم	۱۸۱/۶۲۵	۱/۳۶۷	۱۳۲/۸۶۴	۹/۱۱۰	۰/۰۰۴	۰/۳۹۴
گروه اول - دوم	۶۲/۵۴۰	۲	۳۴/۷۷۰	۱۲/۸۲۴	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸

گروه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه دوم: کنترل

با توجه به شکل ۱ نمودار الف) در شکل ۱ نشان می‌دهد که سودمندی مورد انتظار در گروه ACT در مرحله پس‌آزمون به صورت چشمگیری افزایش یافته و در مرحله پیگیری از مقدار آن کاسته نشده است. همچنین نمودارهای ب) و ج) در شکل ۱ نشان می‌دهند که هنجارهای ذهنی و قصد پایبندی به درمان در گروه ACT در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش چشمگیر یافته و در مرحله پیگیری همچنان میانگین نمرات آن در حال افزایش است. این مطلب بیانگر اثر باثبات ACT بر مؤلفه‌های سودمندی مورد انتظار، هنجارهای ذهنی و قصد پایبندی به درمان پیروی از درمان است.



شکل ۱: نمودارهای مربوط به اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های پیروی از درمان

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف سنجش اثربخشی ACT بر پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد ACT باعث بهبود مؤلفه‌های سودمندی مورد انتظار، هنجارهای ذهنی و قصد پایبندی به درمان، پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان پستان می‌شود. نتایج پیگیری دو ماه بعد نشان‌دهنده اثر باثبات درمان ACT بود.

این یافته‌ها با نتایج پژوهش حکم‌آبادی، بیگدلی، اسدی، اصغری ابراهیم‌آباد (۱۳۹۶) که نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش در کاهش شخصیت سنخ D، افزایش حافظه کاری، آینده نگر و پیروی از درمان پزشکی فراگیر اثر بخش است. و پژوهش پوتنم، فینی، بارکلی و بونر^۱ (۱۳۹۴) مبتنی بر اثربخشی مداخله مبتنی بر تعهد بر بهبود پایبندی به رژیم آنتی‌بیوتیک ۱۰ روزه و پژوهش رهنما، سجادیان و رئوفی (۱۳۹۶) مبتنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی همسو است. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت، یکی از مکانیسم‌های که بیماران برای مقابله با بیماری از آن استفاده می‌کنند پذیرش است (باکوتان^۲، ۲۰۱۲). درعین حال پیروی از درمان نیز به معنای پذیرش و انجام اقدامات درمانی به میزان و شکل توصیه‌شده درمانگر/پزشک است (پورافکاری، ۱۳۸۲). در میان درمان‌های روان‌شناسی، درمان ACT، بیشتر بر پذیرش تمرکز دارد، این درمان روی پذیرش باورها در مقابل چالش کردن با آنها، توصیف افکار و ذهن آگاهی، گسلش شناختی احساسات بدون معنا دادن به آنها تمرکز دارد (هیز، ۲۰۰۴). همچنین پیروی از درمان در بیماران دچار سرطان فرایندی چندبعدی که تحت تأثیر اهداف و ارزش‌های شخصی قرار می‌گیرد (مک‌گرادی و همکاران، ۲۰۱۶). درمان ACT نیز این امکان را می‌دهد که بیماران، با افزایش

1. Putnam, Finney, Barkley, & Bonner

2. Baqtayan

عمل، در مسیر اهداف ارزشمند حرکت کنند (بلوی، الیور و موریس^۱، ۲۰۱۱). افراد بعد از ابتلا به بیماری سرطان افکار و احساسات پریشان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند. سرخوردگی ناشی از عدم کنترل بیماری و درمان‌های دردناک همراه آن، افکار و احساسات پریشان‌کننده را تشدید می‌کند. بیماران به دلیل نگرانی از بیماری و عوارض آن دچار آمیختگی شناختی با افکاری همچون ترس از مرگ، ناتوانی از انجام کارها، ترس از دست دادن جذابیت و ذهنیت منفی می‌گردند. بیماران مدام درگیر این افکار شده و سعی در اجتناب یا کنترل آن‌ها دارند این موضوع بیماران را به‌طور فزاینده‌ای از چیزهایی که برایشان ارزشمند است مانند سلامتی جسمانی، دوستان، شغل و خانواده دور می‌کند و عواطف منفی را ایجاد و تشدید می‌کند. در این میان تمرکز اصلی درمان ACT بیشتر روی تحمل نشانه‌ها است تا کاهش آن‌ها، همچنین هدف این درمان ایجاد شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌دهی به محرک نامطبوع درونی است (هیز، ۲۰۰۴). طی جلسات درمانی با ایجاد و افزایش انعطاف‌پذیری روانی به بیماران کمک شد به پذیرش ذهنی تجارب، افکار و احساسات دست یابند، به آن‌ها گفته شد کنترل بی‌اثر است و هرگونه تلاش برای جلوگیری یا کنترل این تجربیات فکری غیرمنتظره، بی‌اثر است و یا دارای اثرات معکوس است و منجر به افزایش آن‌ها می‌شود. آن‌ها باید این تجربیات را بدون واکنش‌های خارجی یا داخلی به‌طور کامل بپذیرند. در این مرحله، آگاهی روان‌شناختی افزایش یافت، یعنی بیماران از تمام احساسات خودآگاه شدند. در مرحله بعد، آن‌ها آموزش دیدند تا خود را از تجربیات فکری (گسلش شناختی) خود جدا کنند، بنابراین آن‌ها توانستند بدون توجه به این تجربیات عمل کنند. سپس، برای کاهش درگیری بیش‌ازحد با داستان‌های شخصی (مانند قربانی بودن) تلاش شد. در گام بعدی، افراد به شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی خود برای تبدیل آن‌ها به اهداف ویژه رفتاری (روشن کردن ارزش‌ها) پردازند؛ سرانجام، انگیزه لازم برای انجام کارها ایجاد شد، به‌عنوان مثال انجام فعالیت‌ها در جهت ارزش‌های شفاف ساز شده و اهداف به‌طور هم‌زمان همراه با پذیرش تجربیات ذهنی باعث بهبود بیماران شد (فورمن و هربرت^۲، ۲۰۰۹).

این فرایند درمانی طی جلسات باعث درک بهتر و بیشتر سودمندی پیروی از درمان و تمایل و قصد بیماران به پیروی از دستورات درمانی و تغییر نگرش و هنجارهای ذهنی بیماران نسبت به انجام اقدامات درمانی شد. علاوه بر این افسردگی اساسی همبودی جدی با سرطان دارد (تاگین، اسمیت و آربان^۳، ۲۰۱۰) و بین سطوح افسردگی و عدم پایبندی به درمان زنان دچار سرطان پستان ارتباط آماری معنی‌داری به‌دست‌آمده است (سوزا، موریس، اینوسنتی، سانتوس، سیلوا و میاسو^۴، ۲۰۱۴). همچنین پژوهش حاج صادقی، بساک نژاد و رزمجو (۱۳۹۶) و محبت بهار، اکبری، ملکی و مرادی جو (۱۳۹۳)، نیز نشان دادند درمان ACT بر کاهش افسردگی بیماران دچار سرطان پستان مؤثر بود. شاید بتوان گفت با کاهش افسردگی پیروی از درمان بهبود می‌یابد. این موضوع می‌تواند در پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود.

هر چند این درمان بر مؤلفه‌های ابعاد درون فردی، شدت مورد انتظار، استعداد ابتلا به بیماری و حمایت پیروی از درمان مؤثر نبوده است در تبیین آن می‌توان گفت با توجه به سؤالات پرسشنامه

1. Bloy, Oliver & Morris

2. Forman & Herbert

3. Taghian, Smith & Erban

4. Souza, Moraes, Inocenti, Santos, Silva & Miasso

به‌طور مثال ابعاد درمان فردی ارتباط با کادر پزشکی، استعداد ابتلا به بیماری (احتمال ابتلا مجدد به بیماری)، شدت مورد انتظار (ترسناک بودن بیماری) و حمایت (نیازمند کمک بیشتر) نه تنها در کوتاه‌مدت و هشت جلسه روان‌درمانی مقدور نبود بلکه بعضی از موارد نیازمند همکاری سایر کادر درمان و خانواده بیماران نیز بودند.

بنابراین می‌توان چنین نتیجه گرفت درمان ACT موجب بهبود مؤلفه‌های پیروی از درمان شده است؛ و مهم‌ترین کاربرد نتایج پژوهش حاضر کمک به بیماران دچار سرطان پستان به‌منظور بهبود پیروی از درمان‌های پزشکی و غیرپزشکی باشد.

منابع

- امیدی، علی و قرای اردکانی، شهره. (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اضطراب. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کاشان: انتشارات سخنوران. ۳۸-۳۹.
- حاج صادقی، زهرا؛ بساک نژاد، سودابه؛ رزمجو، ساسان. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب زنان دچار سرطان پستان. مجله علمی پژوهان، ۱۵ (۴)، ۴۲-۴۹.
- حکم‌آبادی، محمدابراهیم؛ بیگدلی، ایمان‌الله؛ اسدی، جوانشیر و اصغری ابراهیم‌آباد، محمدجواد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی: نقش تعدیل‌کننده حافظه کاری و حافظه آینده‌نگر. روانشناسی سلامت، ۲۴ (۶)، ۱۳۸-۱۶۱.
- رهنما، مارال؛ سجادیان، ایلناز و رئوفی، امیر. (۱۳۹۶). اثربخشی ACT بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. روان پرستاری، ۴ (۵)، ۳۴-۴۳.
- سادوک، ب و سادوک، ویرجینیا آ. (۱۳۸۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- سجادی، موسی؛ محمدپور، علی و محمودی، مهسا. (۱۳۹۶). ارتباط عدم قطعیت در بیماری، عوامل جمعیت‌شناختی و بالینی با تبعیت از رژیم درمانی در مبتلایان به سرطان. مجله علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۴ (۳)، ۲۰۵-۲۱۰.
- سرم، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۳). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ هشتم، تهران: انتشارات آگاه.
- ظاهرگورابی، رویا؛ مودی، میترا و مصباح‌زاده، بهزاد. (۱۳۹۳). سرطان پستان، یک بیماری قابل پیشگیری. مجله علمی‌دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۱ (۲)، ۱۲۶-۱۴۱.
- عباسی، محمد؛ سالمی، صدیقه؛ و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۴). بررسی چگونگی پیروی از رژیم دارویی و ارتباط آن با باورهای بهداشتی در مبتلایان به پرفشاری خون. پرستاری ایران، ۱۸ (۴۱)، ۶۱-۶۸.
- عسگریان، فاطمه؛ میرزایی، مسعود؛ عسگریان، صدیقه و جزایری، سید مهرداد. (۱۳۹۵). بررسی اپیدمیولوژیک سرطان پستان و توزیع سنی بیماران در یک بازه ده‌ساله. فصلنامه علمی پژوهشی بیماری‌های پستان ایران، ۹ (۱)، ۳۱-۳۶.
- فرشیدفر، زهرا؛ رحیمیان بوگر، اسحاق؛ اسدی، جوانشیر و ایزدپناهی، پیام. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر تبعیت از درمان زنان دچار سرطان پستان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۶ (۴)، ۲۵-۳۲.

محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمداسماعیل؛ ملکی، فاطمه و مرادی جو، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان دچار سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار روانشناسی بالینی، ۳۴، ۱۷-۲۶.

محمدی، سارا و صوفی، الهه. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸(۳۲)، ۵۷-۷۲.

موسی، سجادی؛ محمد پور، علی و محمودی، مهسا. (۱۳۹۴). ارتباط عدم قطعیت در بیماری، عوامل جمعیت‌شناختی و بالینی با تبعیت از رژیم‌درمانی در مبتلایان به سرطان. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۴(۳)، ۲۰۵-۲۱۰.

نقوی، مهسا؛ اسدپور، اسماعیل و کسایی، عبدالرحیم. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و صمیمیت زناشویی زنان ناباور. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸(۳۲): ۱۰۵-۱۲۶.

نوری دلویی، محمد و کاشانی، بهاره. (۱۳۹۷). درمان هدف‌دار سرطان: مقاله مروری. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۷۶(۴)، ۲۳۱-۲۴۰.

هنرپروران، نازنین؛ میرزایی کیا، حسن؛ نیری، احمد و لطفی، مریم. (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT). تهران: انتشارات هم‌نشین.

- Baqutayan, S. M. S. (2012). Managing anxiety among breast cancer's patients. *Advances in Psychology Study*, 1(1), 4-7.
- Baqutayan, S. M. S. (2012). Managing anxiety among breast cancer's patients. *Advances in Psychology Study*, 1(1), 4-7.
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*, 10(5), 347-359.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394-424.
- DiMatteo, M. R., Hays, R. D., Gritz, E. R., Baštani, R., Crane, L., Elashoff, R.,... & Marcus, A. (1993). Patient adherence to cancer control regimens: scale development and initial validation. *Psychological Assessment*, 5(1), 102.
- Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (p. 77-101). John Wiley & Sons, Inc.
- González-Fernández, S., & Fernández-Rodríguez, C. (2019). Acceptance and Commitment Therapy in cancer: Review of applications and findings. *Behavioral Medicine*, 45(3), 255-269.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions

- for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15-27.
- Jemal, A., Simard, E. P., Dorell, C., Noone, A. M., Markowitz, L. E., Kohler, B.,... & Edwards, B. K. (2013). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975–2009, featuring the burden and trends in human papillomavirus (HPV)–associated cancers and HPV vaccination coverage levels. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 105(3), 175-201.
- Lessa, P. R. A., Ribeiro, S. G., Aquino, P. D. S., Almeida, P. C. D., & Pinheiro, A. K. B. (2015). Validation of the Adherence Determinants Questionnaire scale among women with breast and cervical cancer. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 23(5), 971-978.
- McCowan, C., Shearer, J., Donnan, P. T., Dewar, J. A., Crilly, M., Thompson, A. M., & Fahey, T. P. (2008). Cohort study examining tamoxifen adherence and its relationship to mortality in women with breast cancer. *British Journal of Cancer*, 99(11), 1763-1768..
- McGrady, M. E., Brown, G. A., & Pai, A. L. (2016). Medication adherence decision-making among adolescents and young adults with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 20, 207-214.
- Nafissi, N., Khayamzadeh, M., Zeinali, Z., Pazooki, D., Hosseini, M., & Akbari, M. E. (2018). Epidemiology and histopathology of breast cancer in Iran versus other Middle Eastern countries. *Middle East Journal of Cancer*, 9(3), 243-251..
- Patel, V. L., & Cohen, T. (2008). New perspectives on error in critical care. *Current Opinion in Critical Care*, 14(4), 456-459.
- Putnam, D. E., Finney, J. W., Barkley, P. L., & Bonner, M. J. (1994). Enhancing commitment improves adherence to a medical regimen. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 191.
- Puts, M. T. E., Tu, H. A., Tourangeau, A., Howell, D., Fitch, M., Springall, E., & Alibhai, S. M. H. (2014). Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*, 25(3), 564-577.
- Ruddy, K., Mayer, E., & Partridge, A. (2009). Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 59(1), 56-66.
- Russell, C. L., Kilburn, E., Conn, V. S., Libbus, M. K., & Ashbaugh, C. (2003). Medication-taking beliefs of adult renal transplant recipients. *Clinical Nurse Specialist*, 17(4), 200-208.
- Souza, B. F. D., Moraes, J. A. D., Inocenti, A., Santos, M. A. D., Silva, A. E. B. D. C., & Miaso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(5), 866-873.
- Spira, L. J., & Reed, M. G. (2013). *Group psychotherapy for women with breast cancer*. Washington DC: APA.
- Taghian, A. G., Smith, B. L., & Erban, J. K. (2010). *Breast cancer: Multidisciplinary approach to diagnosis and management (Current Multidisciplinary Oncology)*. 1st Edition. Illustrated.

Ziller, V., Kalder, M., Albert, U. S., Holzhauser, W., Ziller, M., Wagner, U., & Hadji, P. (2009). Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Annals of Oncology*, 20(3), 431-436.