

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Catastrophizing Pain and Body Image Concern in the Women with Breast Cancer

Farahnaz Daneshnia

PhD Student in Counseling, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Hossein Davoodi (Corresponding author)

Assistant Professor, Department of Counseling, Khomein Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Email: davudi30@iaukhomein.ac.ir

Davod Taghvaei

Associate Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

Hassan Heidari

Associate Professor, Counseling Department, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Abstract

Aim: The present study was conducted to investigate the effectiveness of ACT on catastrophizing pain and body image concern in the women with breast cancer. **Methods:** The present study was quasi-experimental with pretest, posttest design and control group and two-month follow-up stage. The statistical population included women suffering from breast cancer who referred to Ala' cancer control and prevention center in Isfahan in the six months of summer and autumn of 2019 and 2020. 30 women with breast cancer were selected through convenient sampling method and they were randomly replaced into experimental and control groups (each group of 15 women). After decreasing the numbers, 25 women remained (12 women in the experimental group and 13 women in the control group). The experimental group received ten ninety-minute sessions of ACT (Hays and Steroshell, 2010) during two-and-a-half months. The applied questionnaires in this study included catastrophizing pain questionnaire (Salivan et.al, 1995) and body image concern (Littleton et.al, 2005). The data from the study were analyzed through repeated measurement ANOVA. **Results:** The results showed that ACT has significant effect on catastrophizing pain and body image concern in the women with breast cancer ($P < 0.001$) and it was able to lead to the decrease of catastrophizing pain and body image concern in these women. **Conclusion:** According to the findings of the present study it can be concluded that ACT can be applied as an efficient therapy to decrease catastrophizing pain and body image concern in the women with breast cancer through employing techniques such as applying mental techniques, observing oneself as the background, cognitive fusion techniques, stipulating values, and committed actions.

Keywords: ACT, catastrophizing pain, body image concern, breast cancer

فرحناز دانش‌نیا

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

حسین داودی (نویسنده مسئول)

استادیار گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

Email: davudi30@iaukhomein.ac.ir

داود تقوایی

دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

حسن حیدری

دانشیار گروه مشاوره، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. **روش:** پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء شهر اصفهان در شش ماه تابستان و پاییز سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ زن با سرطان پستان با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ زن). پس از ریزش تعداد ۲۵ نفر در پژوهش باقی ماندند (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه گواه). گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسل، ۲۰۱۰) را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه فاجعه‌پنداری درد (سالوان و همکاران، ۱۹۹۵) و نگرانی از تصویر بدنی (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار داشته ($p < 0/001$) و توانسته منجر به کاهش فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در این زنان شود. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره‌گیری از فونونی همانند کاربرد تکنیک‌های ذهنی، مشاهده خود به عنوان زمینه، تکنیک‌های گسلش شناختی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده گیرد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فاجعه‌پنداری درد، نگرانی از

تصویر بدنی، سرطان پستان

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۱/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۴

مقدمه

سرطان با تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می‌شود که موجب می‌شود سلول‌ها به طور غیرطبیعی تکثیر یافته و در محیط اطراف به رشد نامنظم خود ادامه دهند. در واقع سرطان یک بیماری با یک علت خاص نیست، بلکه به گروهی از بیماری‌ها با علائم، تظاهرات، درمان و پیش‌آگهی‌های مختلف اشاره دارد. مواجهه با سرطان به خودی خود می‌تواند به عنوان یک حادثه تنش‌زا، جنبه‌های مختلف سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیندازد (میلز، آمورنسی‌ریپانیتچ و اسچل^۱، ۲۰۱۷). سرطان پستان^۲ شایع‌ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است (بارک، کدامکادی، رامامورتی و زرنیکی^۳، ۲۰۱۹). سرطان پستان، به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. علائم سرطان پستان می‌تواند یک توده در پستان، تغییر در شکل پستان، گودی پوست، ترشح مایع از نوک پستان، یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (دسراکس^۴، ۲۰۱۸). عواملی نظیر چاقی، عدم تمرین فیزیکی، نوشیدن نوشیدنی‌های الکلی، درمان جایگزینی هورمون در طول یائسگی، پرتوهای یونی، اولین قاعدگی در سنین پایین و دیر بچه‌دار شدن یا بچه‌دار نشدن، به عنوان عوامل احتمالی سرطان پستان نام برده می‌شود (هوا، نیا، هوانگ و گائو^۵، ۲۰۱۶).

بیماران مبتلا به انواع سرطان دارای درجات بالایی از اختلال‌های روان‌شناختی می‌باشند که دامنه این اختلال‌ها از افسردگی، اضطراب، عدم سازگاری با بیماری و کاهش اعتماد به نفس تا اختلال‌های عاطفی و ترس از عود بیماری و مرگ متفاوت است (کوگی، مایر-ویتز و آسانت^۶، ۲۰۱۹؛ مک‌فارلند، شافر، تیرستون و هولند^۷، ۲۰۱۸). علاوه بر این بروز بیماری‌های مزمن و دردآور همچون سرطان پستان ممکن است برای بیماران در فرایندهای پردازشی و شناختی فاجعه‌پنداری درد^۸ ایجاد نماید (تاجیک‌زاده، صادقی و رییس‌کریمیان، ۱۳۹۵). فاجعه‌سازی درد، یکی از قوی‌ترین عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی تجربه درد بوده است. فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی فرآیندهای عاطفی و همچنین، ناتوانی و کاهش روش‌های مؤثر مقابله با درد همراه است (طهماسبی و منشئی، ۱۳۹۶). علاوه بر این مطالعات مختلف نشان می‌دهد که فرآیندهای شناختی و افکار منفی مانند فاجعه‌پنداری درد یکی از عوامل شناختی است که با ترس از درد و تجربه آن همبسته است. ممکن است عواملی مانند احساسات، سن بیمار و نوع درد بر فاجعه‌پنداری درد اثر بگذارد (ویکسل، لکاندر، سورجنن و السون^۹، ۲۰۱۰). فاجعه‌پنداری درد و اجتناب از فعالیت در بیماران مبتلا به درد مزمن با پیامدهای بعدی درد مرتبط است (رومانو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶).

1. Miles, Amornsiripanitch, Scheel

2. Breast cancer

3. Burke, Kodumudi, Ramamoorthi, Czerniecki

4. Desreux

5. Hou, Niu, Huang, Gao

6. Kugbey, Meyer-Weitz, Asante

7. McFarland, Shaffer, Tiersten, Holland

8. pain catastrophizing

9. Wicksell, Lekander, Sorjonen & Olsson

10. Romano

منطبق با یافته پژوهش‌های پیشین، بروز بیماری سرطان پستان، تصویر بدنی^۱ بیماران را با آسیب جدی مواجه می‌سازد (اسفندیاری دولابی، جولایی و اصلی آزاد، ۱۳۹۴؛ کواکزیک^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بای^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). تصویر بدنی شامل سازه‌های چندبعدی متشکل از عناصر شناختی، عاطفی و رفتاری است (اندرسون، کارپنتر، چانگ یانگ^۴، ۲۰۰۷). بیماران که احساسات بهتری درباره بدن خود دارند، باورهای قوی‌تری در توانایی مقابله با بیماری و درمان آن دارند (پیکلر و وینترود^۵، ۲۰۰۳). اگرچه بعضی مطالعات شواهد تجربی حاکی از تاثیر مثبت وضع ظاهری در سازگاری بیماران مبتلا به سرطان پستان ارائه کرده‌اند، به طور عمومی نشان داده شده کسانی که جایگاه بیشتری را برای وضع ظاهری خود قائل می‌شوند در صورت تخریب نمای ظاهری در درمان سرطان، نسبت به سازگاری آسیب‌پذیرتر هستند (تران-وگت و هردینا^۶، ۲۰۱۰). هم‌چنین پینتادو و آندراد^۷ (۲۰۱۷) خاطر نشان کرده‌اند سرطان پستان بر تمایلات جنسی، تصویر بدن، روابط صمیمانه و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تاثیری مخرب دارد. به منظور بهبود مولفه‌های روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان، روش‌های مداخله‌ای گوناگونی بکار گرفته شده است. یکی از روش‌های درمانی پرکاربرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ است که کارایی بالینی آن جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مختلف در پژوهش‌های گوناگون نشان داده شده است (اصلی آزاد، منشی و قمرانی، ۱۳۹۸؛ مقدم‌فر، امرایی، اسدی و امانی، ۱۳۹۷؛ حسن‌نژاد رسکتی، میرزاییان و حسینی، ۱۳۹۷؛ موسوی، حاتمی و نوری قاسم‌آبادی، ۱۳۹۶؛ اونگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۰؛ واین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ توهیگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸؛ توهیگ، ویلاردگا، لوین و هایز^{۱۲}، ۲۰۱۵؛ اسوین، هانکوک، دیکسون و بومان^{۱۳}، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (لانس، مک کارکن، ساتو و تیلور^{۱۴}، ۲۰۱۳). شیوه به کارگیری این شش فرایند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی، افزایش یابد و در مقابل اعمالی که کنترل ناموثر را در پی دارد، کاهش یابد (لوین، راف، هیکس، پیرس و توهیگ^{۱۵}، ۲۰۲۰). در گام دوم آگاهی روان‌شناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است به

1. Body image

2. Kowalczyk

3. Bai

4. Andersen, Carpenter, Chung Yang

5. Pikler, Winterowd

6. Traun- vogt, Herdina

7. Pintado, Andrade

8. Acceptance and Commitment Therapy

9. Ong

10. Wynne

11. Twohig

12. Twohig, Vilardaga, Levin, Hayes

13. Swain, Hancock, Dixon, Bowman

14. Lance, McCracken, Sato, Taylor

15. Levin, Krafft, Hicks, Pierce, Twohig

شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خود تجسمی که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به طور واضح مشخص سازد و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام نماید. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پورفرج‌عمران، ۱۳۹۰).

با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در زنان مبتلا به سرطان پستان همچون بروز فاجعه‌پنداری درد بالا (طهماسبی و منشی، ۱۳۹۶؛ تاجیک‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵) و تصویر بدنی آسیب‌پذیر (اسفندیاری دولابی و همکاران، ۱۳۹۴؛ کواکزیگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ بای و همکاران، ۲۰۱۹) و از سویی با نظر به کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی افراد مختلف (اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۳۹۸؛ مقدم‌فر و همکاران، ۱۳۹۷؛ حسن‌نژاد رسکتی و همکاران، ۱۳۹۷؛ موسوی و همکاران، ۱۳۹۶؛ اونگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ واین و همکاران، ۲۰۱۹؛ توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسوین و همکاران، ۲۰۱۵) و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان، این پژوهش بر آن است تا به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان بپردازد.

روش

طرح پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء شهر اصفهان در شش ماهه تابستان و پاییز سال ۱۳۹۸ بود که جهت شرکت در این پژوهش، رضایت آگاهانه داشتند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین مراجعه‌کنندگان به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء اصفهان تعداد ۳۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه مداخلات را دریافت نکرده و در انتظار دریافت این درمان بودند. پس از شروع پژوهش ۳ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه ریزش داشتند که تعداد نمونه نهایی در این پژوهش ۲۵ نفر باقی ماند (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به بیماری سرطان پستان به تشخیص پزشک متخصص، نداشتن اختلالات روانی - شخصیتی مزمن، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم و عدم دریافت درمان روان‌پزشکی همزمان در ۶ ماه اخیر بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس و عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ابزار

مقیاس فاجعه‌پنداری درد: مقیاس فاجعه‌پنداری درد توسط سالیوان^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۵ با هدف ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد ساخته شد. این پرسشنامه خوداجرایی بوده و از ۱۳ ماده تشکیل شده است. مقیاس فاجعه‌پنداری درد برای ارزیابی ابعاد مختلف فاجعه‌سازی درباره درد و درک بهتر مکانیزم تأثیر فاجعه‌پنداری بر تجربه درد، ساخته شده است. تحلیل عوامل نشان داده که شامل زیر مقیاس‌های نشخوار یا اندیشناکی (سوالات ۱، ۶، ۷، ۸، ۱۰ و ۱۱)، بزرگنمایی یا اغراق‌آمیز کردن (سوالات ۳، ۴، ۱۴) و درماندگی (سوالات ۲، ۵، ۹ و ۱۲) است. این سه مؤلفه افکار منفی با درد مرتبط را ارزیابی می‌کنند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که یک عدد از صفر (هیچ وقت) تا ۴ (همیشه) را برای توصیف فراوانی ۱۳ احساس و فکر متفاوت مرتبط با تجربه درد انتخاب کنند. دامنه نمرات بین صفر تا ۵۲ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده فاجعه‌پنداری درد بالاتر است (سالیوان، بیشوپ^۲ و پیویک^۳، ۲۰۰۱). در پژوهشی که توسط سالیوان و همکاران (۲۰۰۱) انجام شد میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها به ترتیب برای نشخوار ۰/۸۸، بزرگنمایی ۰/۶۷، درماندگی ۰/۸۹ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین پایایی بازآزمایی مقیاس فاجعه‌پنداری درد در یک گروه نمونه ۱۰۰ نفری از بیماران مبتلا به بیماری‌های عضلانی-اسکلتی با فاصله زمانی ۲۱ روز، برای کل مقیاس $I=0/8$ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ تأیید شد (رضائیان، ابراهیمی و ضرغام، ۱۳۹۲). در ایران، این پرسشنامه برای اولین بار در پژوهش داوودی، زرگر، مظفری‌پور سی‌سخت، نرگسی و مولا (۱۳۹۱) ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است. ضریب همبستگی فاجعه‌پنداری درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک محاسبه شده و همبستگی مثبت و معنی‌داری ($I=0/46$) بین نمره کل مقیاس فاجعه‌پنداری درد و فرم کوتاه آزمون افسردگی بک به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی: پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی توسط لیتلتون، آکسسوم و پای^۴ (۲۰۰۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۹ سوال بوده که از دو خرده‌مقیاس نارضایتی نسبت به ظاهر (سوالات ۱، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) و تداخل در عملکرد اجتماعی (سوالات ۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳) تشکیل شده است. نمره گذاری این پرسشنامه به وسیله طیف لیکرت از کاملاً مخالفم: نمره یک تا کاملاً موافقم: نمره ۵ صورت می‌گیرد. بر این اساس پایین‌ترین نمره در این پرسشنامه ۱۹ و بالاترین نمره ۹۵ است. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی را به روش همسانی درونی، بررسی کرد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آورد. ضریب همبستگی هریک از سوالات با نمره کل پرسشنامه، از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش نمود. در ایران و در پژوهش محمدی و سجادی‌نژاد (۱۳۸۴) میزان آلفای کرونباخ کلی ۰/۸۴ از این پرسشنامه به دست آمد و در مجموع از

¹. Sullivan

². Bishop

³. Pivik

⁴. Littleton, Axsom, Puy

۱۹ سوال دو عامل نارضایتی از بدن و تداخل درباره عملکرد اجتماعی شناسایی شد. میزان آلفای کرونباخ برای عامل اول ۰/۸۴ و برای عامل دوم ۰/۷۴ محاسبه گردید. همچنین این پژوهشگر روایی سازه این پرسشنامه را مناسب گزارش کردند. در پژوهش پورحسینی دهکردی (۱۳۹۷) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های نارضایتی نسبت به ظاهر (۰/۷۷)، تداخل در عملکرد اجتماعی (۰/۷۹) و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۷۷ به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید)، زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده (۳۰ زن) به شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). اما پس از ریزش در گروه آزمایش ۱۲ زن و در گروه گواه ۱۳ زن باقی ماندند. گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در طی دو و نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی است که گروه گواه مداخلات را دریافت نکرده و در انتظار دریافت این درمان بودند. جلسات درمانی توسط پژوهشگر اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. همچنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست.

جدول ۱: خلاصه مداخلات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و استروسهل^۱، ۲۰۱۰)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مولفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای دانش آموزان.
دوم و سوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
چهارم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل / احساسات / خاطرات و علایم جسمانی به عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
پنجم و ششم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
هفتم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
هشتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر بل. مشخص کردن تکلیف منزل.
نهم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب‌نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
دهم	به کارگیری تجارب به دست آمده در زندگی واقعی و جمع بندی و تکلیف مادام‌العمر.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و

^۱. Hayes, Strosahl

همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۸ سال بودند که در گروه آزمایش دامنه سنی ۳۰ تا ۳۳ سال (تعداد ۴ نفر معادل ۳۳/۳۳ درصد) و در گروه گواه دامنه سنی ۳۴ تا ۳۷ سال (تعداد ۵ نفر معادل ۳۸/۴۶ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود. از طرفی این افراد دارای دامنه تحصیلات دیپلم تا فوق لیسانس بودند که در این بین در هر دو گروه آزمایش (تعداد ۵ نفر ۴۱/۶۶ معادل درصد) و گواه (تعداد ۶ نفر معادل ۴۶/۱۵ درصد) سطح تحصیلات لیسانس دارای بیشترین فراوانی بود. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فاجعه‌پنداری درد	گروه آزمایش	۳۳	۶/۱۳	۲۵/۹۱	۵/۳۶	۵/۱۰
	گروه گواه	۳۷/۰۷	۴/۱۷	۳۸/۰۷	۵/۸۱	۲۷/۶۶
نگرانی از تصویر بدنی	گروه آزمایش	۶۹/۰۸	۶/۳۸	۵۸/۷۵	۵/۷۸	۶/۴۳
	گروه گواه	۶۳/۱۵	۷/۱۸	۶۴/۶۹	۷/۵۱	۶۳/۹۲

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی رعایت نشده است ($p < 0/05$). بر این اساس با برآورده نشدن پیش‌فرض کرویت مشخص می‌شود که روابط بین متغیرها، با احتمال بالایی امکان دارد مقادیر متغیر وابسته را تغییر دهد و بر این اساس شانس ارتکاب به خطای نوع اول افزایش می‌یابد. بر این اساس در جدول بعد از تحلیل جایگزین (آزمون گرین هاوس-گایسر) استفاده می‌شود تا با کاهش درجه آزادی، شانس ارتکاب به خطای نوع اول کاهش یابد.

جدول ۳: تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
فاجعه‌پنداری درد	۱۲۹/۳۹	۱/۳۵	۹۵/۶۶	۴۲/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
مرحله	۱۴۱۷/۸۹	۱	۱۴۱۷/۸۹	۲۱/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۰/۹۹
گروه‌بندی	۲۱۶/۶۴	۱/۳۵	۱۶۰/۱۷	۷۱/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱
تعامل مراحل و گروه‌بندی	۶۹/۴۳	۳۱/۱۱	۲/۲۳				
خطا	۲۸۵/۲۷	۱/۰۹	۲۶۱/۱۳	۲۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
نگرانی از تصویر بدنی	۲۲/۲۳	۱	۲۲/۲۳	۱۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۶
مرحله	۴۸۳/۶۷	۱/۰۹	۴۴۲/۷۴	۴۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
گروه‌بندی	۲۲۴/۱۱	۲۵/۱۲	۸/۹۲				
تعامل مراحل و گروه‌بندی							
خطا							

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر فاجعه‌پنداری درد (۷۱/۷۶) و برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی (۴۹/۶۳) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی) در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در متغیرهای پژوهش، در جدول ۴ میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴: میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش

مولفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
فاجعه‌پنداری درد	پیش‌آزمون	-۱/۹۵	۲۳	-۴/۰۷	۲/۰۸	۰/۰۹
	پس‌آزمون	-۶/۵۷	۲۳	-۱۲/۱۶	۱/۸۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	-۵/۴۲	۲۳	-۹/۸۷	۱/۸۲	۰/۰۰۱
نگرانی از تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۲/۱۷	۲۳	۵/۷۳	۲/۷۲	۰/۰۷
	پس‌آزمون	۲/۶۳	۲۳	-۶/۱۳	۲/۶۹	۰/۰۳
	پیگیری	۲/۲۴	۲۳	-۵/۹۳	۲/۶۱	۰/۰۴

همانگونه که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش‌آزمون (۰/۰۹ و ۰/۰۷) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۱ و ۰/۰۳) و پیگیری (۰/۰۰۱ و ۰/۰۴) در متغیرهای فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته منجر به کاهش فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت. یافته اول پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر

فاجعه‌پنداری درد در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش فاجعه‌پنداری درد در این زنان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش مقدم‌فر و همکاران (۱۳۹۷)؛ موسوی و همکاران (۱۳۹۶)؛ اونگ و همکاران (۲۰۲۰)؛ توهیگ و همکاران (۲۰۱۵) و اسوین و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. چنان‌که مقدم‌فر و همکاران (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی شود. همچنین موسوی و همکاران (۱۳۹۶) تأکید کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خستگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان موثر است. علاوه بر این رضائیان و همکاران (۱۳۹۲) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن شده بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد در زنان مبتلا به سرطان پستان باید اشاره کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی مستقیماً بر روی کاهش نشانگان آسیب‌زای شناختی و هیجانی عمل نمی‌کند، بلکه در عوض سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات، احساسات روان‌شناختی و هیجانات را هدف قرار می‌دهد و فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تکنیک‌های رفتاری و تجربی گوناگونی برای هدف قرار دادن ۶ فرایند اساسی استفاده می‌کند تا به هدف ایجاد تغییر دست یابد که در آن به افراد اجازه خواهد داد تا در ارتباط با خاطرات آسیب‌زای خود به روشی که از لحاظ شخصی برای فرد معنادار بوده و از ارزش‌های سرچشمه گرفته باشد، عمل کند (اونگ و همکاران، ۲۰۲۰). به نظر می‌رسد تغییرات درمانی این روش ناشی از تکنیک‌هایی است که به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک نموده تا حالات روان‌شناختی، فیزیولوژیکی و هیجانی خود را بتوانند بیشتر بپذیرند و از میزان اجتناب و یا بزرگنمایی آنها کاسته شده و فاجعه‌پنداری درد کمتری را ادراک نمایند. تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، هیجانات، تصاویر ذهنی و خاطرات آسیب‌زای ناشی از حادثه آسیب‌زا (یعنی پرورش مهارت‌های ذهن‌آگاهی) یکی دیگر از مکانیسم‌های تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باشد (اسوین و همکاران، ۲۰۱۵). چرا که از یکی مهم‌ترین مشکلات زنان مبتلا به سرطان پستان، وجود اضطراب و نقص در عملکرد سلامت روانی آنان می‌باشد. بر این اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این زنان کمک کرده تا بتوانند به میزان بیشتری از اضطراب خود کم نمایند. کاهش اضطراب نیز باعث می‌شود تا پردازش‌های شناختی و هیجانی زنان مبتلا به سرطان پستان به شکل واقعی‌گرایانه‌تر صورت پذیرد. در نتیجه این فرایند و با بهبود پردازش شناختی می‌توان انتظار داشت تا زنان مبتلا به سرطان پستان نسبت به دردهای فیزیولوژیکی حاصل از این بیماری واقع‌بین‌تر شده و از افکار مربوط به فاجعه‌پنداری آن بکاهند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار داشته و توانسته منجر به کاهش نگرانی از تصویر بدنی در این زنان شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش حسن‌نژاد رسکتی و همکاران (۱۳۹۷)؛ واین و همکاران (۲۰۱۹) و توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. چنان‌که حسن‌نژاد رسکتی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود سلامت روانی و

کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان شده است. همچنین واین و همکاران (۲۰۱۹) بیان کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش استرس روان‌شناختی افراد شده بود.

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی در تصویر بدنی باید اشاره نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن است تا به بیماران یاد دهد، فنونی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجان‌اتشان منفی را مدیریت نمایند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از ویژگی‌های بدنی خود کمتر احساس رنج نمایند. باید توجه نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار و رفتار وسواسی به شکلی مستقیم تمرکز نمی‌شود، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوشایند سیری نزولی در پیش گرفته و به نسبت آن افکار و رفتار منفی مرتبط با تصویر بدنی نیز کاهش می‌یابد. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها برای مراجع است (واین و همکاران، ۲۰۱۹). چنانکه به جای ارزش‌های تعریف شده در فرایند شناختی بیمار، ارزش‌های جدید تعریف و جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد در فرایند شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان سبب کاسته شدن از توجه مفرط آنها به تصویر بدنی‌شان می‌شود؛ چرا که آنها در کنار تصویر بدنی، ارزش‌های متعدد دیگری را تعریف می‌کنند، بر این اساس فقدان یکی از ارزش‌ها (تصویر بدنی جذاب)، فرایند کلی روانی و هیجانی آنها را متاثر نمی‌سازد. علاوه بر این انعطاف‌پذیری شناختی حاصل از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به این بیماران می‌آموزد که وجود آسیب در بدن نظیر سرطان پستان به عنوان مشکل و مساله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مساله اصلی اقدام در جهت پاسخ دادن به این افکار می‌باشد. بنابراین با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، آنها آموزش می‌بینند که خزانه رفتاری و شناختی گسترده‌تری داشته باشند که در نتیجه آن، نگرانی آنها در مورد تصویر بدنی کاهش می‌یابد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان مبتلا به سرطان شهر اصفهان؛ عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان و عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر آسیب‌ها و بیماری‌ها (همانند ام‌اس، پارکینسون، میگرن و ...)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی کارگاهی تخصصی به روان‌شناسان مراکز درمانی زنان مبتلا به سرطان پستان، آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای زنان مبتلا به سرطان پستان در این مراکز، جهت کاهش فاجعه‌پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی این زنان گامی عملی برداشته باشند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی فرحناز دانش‌نیا در دانشگاه آزاد واحد اراک بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش و مسئولین مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلاء اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اسفندیاری دولابی، زهرا، جولایی، آزاده، اصلی‌آزاد، مسلم. (۱۳۹۴). مقایسه رضایت زناشویی، سلامت عمومی و تصویر بدنی بین مبتلایان سرطانی با تخلیه پستان، حفظ پستان و افراد عادی شهر تهران. تحقیقات سلامت در جامعه، ۱(۲): ۷۱-۶۳.
- اصلی‌آزاد، مسلم، منشی، غلامرضا، قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس-ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری، مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳): ۶۷-۷۶.
- پورحسینی، راضیه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر استرس ادراک شده، نگرانی از تصویر بدنی، ارزش گذاری به بدن و پریشانی روان شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان).
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶(۲): ۱-۵.
- تاجیک‌زاده، فخری، صادقی، راضیه، ربیس کریمیان، فرحناز. (۱۳۹۵). مقایسه تاب‌آوری، مقابله با استرس و فاجعه‌سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی. مجله بیهوشی و درد، ۷(۱): ۴۸-۳۸.
- حسن‌نژاد رسکتی، مریم، میرزاییان، بهرام، حسینی، سیدحمزه. (۱۳۹۷). مروری بر کارآزمایی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۸(۱۶۷): ۲۰۲-۱۸۹.
- داوودی، ایران، زرگر، یدالله؛ مظفری‌پور سی سخت، الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران رماتیسمی، مجله روان‌شناسی سلامت، ۱(۱): ۱۷-۱.
- رضائیان، معصومه، ابراهیمی، ام‌الله و ضرغام، مهتاب. (۱۳۹۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری و ناتوان‌کنندگی درد در زنان مبتلا به درد مزمن لگن، فصلنامه پژوهش‌های علوم روان‌شناختی و رفتاری، ۴(۲): ۳۰-۱۷.
- طهماسبی، فاطمه، منشی، غلامرضا. (۱۳۹۶). بررسی رابطه تجارب معنوی با فاجعه‌پنداری درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر اصفهان. کنفرانس پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روان‌شناسی و علوم تربیتی حقوق و علوم اجتماعی.
- محمدی، نورالله، سجادی نژاد، مرضیه السادات. (۱۳۸۴). ارزیابی شاخص‌های روان‌سنجی پرسشنامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون مدل ارتباطی شاخص توده بدنی، نارضایتی از تصویر بدنی و عزت‌نفس در دختران نوجوان، مطالعات روان‌شناختی، ۳(۱): ۸۵-۱۰۱.
- مقدم، نصیره، امرایی، راضیه، اسدی، فاطمه، امانی، امید. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی. روان‌پرستاری، ۶(۵): ۷-۱.
- موسوی، مریم، حاتمی، محمد، نوری قاسم‌آبادی، ربابه. (۱۳۹۶). رابطه. بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خستگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان «گزارش سه مورد». پژوهش در پزشکی، ۴۱(۳): ۱۹۸-۱۸۹.

Andersen, B.A., Carpenter, K.M., Chung Yang, H.(2007). Sexual well being among partnered women with breast cancer recurrence. *Clinical Oncology*, 25 (21): 3151-3157.

Bai, L., Arver, B., Johansson, H., Sandelin, K., Wickman, .M, Brandberg, Y.(2019). Body image problems in women with and without breast cancer 6–20 years after bilateral risk-reducing surgery – A prospective follow-up study. *The Breast*, 44: 120-127.

Burke, E.E., Kodumudi, K., Ramamoorthi, G., Czerniecki, B.J.(2019). Vaccine Therapies for Breast Cancer. *Surgical Oncology Clinics of North America*, 28(3): 353-367.

Desreux, J.A.C.(2018). Breast cancer screening in young women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 230: 208-211.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. (2010). A practional Guide to Acceptance and commiment therapy. New York: springer science and Busincas Media Inc.

Hou, X., Niu, H., Huang, X., Gao, Y.(2016). Correlation of Breast Ultrasound Classifications with Breast Cancer in Chinese Women, *Ultrasound in Medicine & Biology*, 42(11): 2616-2621.

- Kowalczyk, R., Nowosielski, K., Cedrych, I., Krzystanek, M., Glogowska, I., Streb, J., Kucharz, J., Lew-Starowicz, Z.(2019). Factors Affecting Sexual Function and Body Image of Early-Stage Breast Cancer Survivors in Poland: A Short-Term Observation. *Clinical Breast Cancer*, 19(1): 30-39.
- Kugbey, N., Meyer-Weitz A., Asante, K.O.(2019). Access to health information, health literacy and health-related quality of life among women living with breast cancer: Depression and anxiety as mediators. *Patient Education and Counseling*, 102(7): 1357-1363.
- Lance, M., McCracken, L., Sato, A., Taylor, G. (2013). A Trial of a Brief Group-Based Form of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain in General Practice: Pilot Outcome and Process Results, *The Journal of Pain*, 14(11): 1398-1406.
- Levin, M.E., Krafft, J., Hicks, E.T., Pierce, B., Twohig, M.P. (2020). A randomized dismantling trial of the open and engaged components of acceptance and commitment therapy in an online intervention for distressed college students. *Behaviour Research and Therapy*, 2016, 103-110.
- Littleton, H., Axsom, D., Puy, C. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research Therapy* 2005; 43(2): 229-41.
- McFarland, D.C., Shaffer, K.M., Tiersten, A., Holland, J.(2018). Physical Symptom Burden and Its Association With Distress, Anxiety, and Depression in Breast Cancer. *Psychosomatics*, 59(5): 646-471.
- Miles, R.C., Amornsiripanitch, N., Scheel, J.(2017). Inflammatory breast cancer in accessory abdominal breast tissue. *Radiology Case Reports*, 12(4): 6390664.
- Ong, C.W., Blakey, S.M., Smith, B.M., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Abramowitz, J.S., Twohig, M.P.(2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100-105.
- Pikler, V., Winterowd, C.(2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer, *Health psychology*, 22 (8): 632- 637.
- Pintado, S., Andrade, S.(2017). Randomized controlled trial of mindfulness program to enhance body image in patients with breast cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, 12: 147-152.
- Romano, J.M., Molton, I.R., Alschuler, K.N., Jensen, M.P., Schmalings, K.B., Buchwald, D.S.(2016). Reported Pain and Fatigue Behaviors Mediate the Relationship Between Catastrophizing and Perceptions of Solicitousness in Patients With Chronic Fatigue. *The Journal of Pain*, 17(3): 328-335.
- Sullivan, M., Bishop, S., & Pivik, J. (2001).The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychology Assessment*, 7 (4): 524- 532.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and commitment therapy for children: A systematic review of intervention studies, *Journal of Contextual Behavioral Science*, Author's Accepted Manuscript.
- Traun- Vogt, E., Herdina, P.F. (2010). Sexuality after breast cancer- surviving breast cancer as a couple. *Wein Med Wochens Cher*, 16 (7-8): 182-185.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Reuman, L., Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6: 167-173.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Reuman, L., Blakey, S.M., Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108: 1-9.
- Twohig, M.P., Vilardaga, J.C.P., Levin, M.E., Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (3): 196-202.
- Wicksell, R.K., Lekander, M., Sorjonen, K., Olsson, G.L. (2010). The Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS) – Statistical Properties and Model Fit of an Instrument to Assess Change Processes in Pain Related Disability. *European Journal of Pain*, 14(7): 771-779.
- Wynne, B., McHugh, L., Gao, W., Keegan, D., Byrne, K., Rowan, C., Hartery, K., Kirschbaum, C., Doherty, G., Cullen, G., Dooley, B., Mulcahy, H.E.(2019). Acceptance and Commitment Therapy Reduces Psychological Stress in Patients With Inflammatory Bowel Diseases. *Gastroenterology*, In Press, Accepted Manuscript.