



Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life, Mental Health and Self-care Behavior in Breast Cancer Patients

Zahra Esmi^{1,*}, Mehrangiz Paivastegar², Hadi Parhoon³,
Seyed Ali Kazemi Rezaei⁴

¹ MA, Clinical Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

² Associate professor, Department of Clinical Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran

³ Assistant professor, Department of Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran

⁴ PhD student of psychology, Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Zahra Esmi, MA, Clinical Psychology, Al-Zahra University, Tehran, Iran. E-mail: Zahra.z.esmi805@yahoo.com

Received: 04 Mar 2019

Accepted: 23 Sep 2019

Abstract

Introduction: Breast cancer is the most common cancer among women which leaves a profound impact on psychosocial health, and quality of life in women, therefore the aim of this study was investigation the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on Quality of life, mental health and self-care behavior in breast cancer patients.

Methods: In a pretest-posttest experimental design with control group, using available sampling method, 30 patients with breast cancer who were admitted to the Specialty Clinic of Gynecological Diseases of Women Jihad University and Mahdiah Hospital in Tehran in the first trimester. They were randomly assigned to the experimental and control groups in 2018. The experimental group underwent acceptance and commitment based treatment for two months and the scores of Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF), Mental Health Questionnaire (GHQ-28) and self-care behaviors (SCQ) before and after the intervention and at the follow-up phase of one. Months and a half were collected in both groups and analyzed using ANOVA.

Results: Results have showed that in experimental group, ACT significantly increased Quality of life ($P < 0.05$), mental health ($P < 0.05$) and self-care behavior ($P < 0.05$), breast cancer patients through post-test and follow up.

Conclusions: Results of this study reveal the effectiveness of commitment therapy (ACT) on Quality of life, mental health and self-care behavior in breast cancer patients. According to these results and the mechanism of its effectiveness, this therapy can has good therapeutic implications.

Keywords: ACT, Quality of Life, Mental Health, Self-care Behavior, Breast Cancer



تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان

زهرا اسمی^{۱*}، مهرانگیز پیوسته گر^۲، هادی پرهون^۳، سیدعلی کاظمی رضایی^۴

^۱ کارشناس ارشد، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

^۴ دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: زهرا اسمی، کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. ایمیل: z.esmi805@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۳

چکیده

مقدمه: سرطان پستان شایع ترین نوع سرطان در بین زنان است که تأثیرات عمیقی بر سلامت روانی - اجتماعی و کیفیت زندگی آن‌ها بر جا می‌گذارد، از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: در قالب یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان که به کلینیک فوق تخصص بیماری‌های پستان زنان جهاد دانشگاهی و بیمارستان مهدیه شهر تهران در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی دو ماه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و نمرات پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، سلامت روان (GHQ-28) و رفتارهای خود مراقبتی (SCQ) قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری یک ماه و نیمه در هر دو گروه جمع‌آوری شد و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معنی‌داری موجب افزایش کیفیت زندگی ($P < 0/05$)، سلامت روان ($P < 0/05$) و رفتارهای خود مراقبتی ($P < 0/05$) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری شده است. **نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان است؛ از این رو توجه به این یافته‌ها و سازوکار اثربخشی این روش درمانی می‌تواند اثرات درمانی مناسبی برای کاهش اختلال‌های روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در پی داشته باشد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سلامت روان، رفتارهای خود مراقبتی، سرطان پستان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

موارد تشخیصی این بیماری و ۵۸ درصد مرگ‌ومیرها در کشورهای درحال توسعه اتفاق می‌افتد [۳، ۴]. ایران نیز به‌عنوان یک کشور درحال توسعه که رشد شهرنشینی و به تبع آن سبک زندگی کم‌تحرک در آن به‌شدت در حال گسترش است، از این قاعده مستثنی نیست. شواهد نشان می‌دهد که در ایران سالانه حدود ۸۵۰۰ نفر به این بیماری مبتلا می‌شوند، به‌طوری‌که سرطان پستان رایج‌ترین نوع سرطان در بین زنان ایرانی محسوب می‌شود که این میزان ۲۴/۴

سرطان یکی از چالش‌های بهداشتی چند دهه اخیر است که بار اقتصادی فراوانی بر دوش خانواده‌ها و جامعه تحمیل کرده. در این بین سرطان پستان یکی از جدی‌ترین مشکلات تهدیدکننده سلامت زنان در سراسر جهان محسوب می‌شود [۱]. شواهد حاکی از آن است که در سال ۲۰۱۱ در سطح جهان ۵۰۸۰۰۰ نفر جان خود را بر اثر سرطان پستان از دست داده‌اند [۲]. اگرچه سرطان پستان در بین کشورهای توسعه‌یافته یک بیماری شایع محسوب می‌شود، حدود ۵۰ درصد

آمدن و اداره مناسب روند درمان خود هستند. درواقع درمان این بیماران بدون مشارکت خود بیمار و رعایت رفتارهای خود مراقبتی از جمله رعایت رژیم خوراکی مناسب، خودآزمایی پستان، ورزش، تبعیت از دستورات پزشک، دوری از استرس، انجام ماموگرافی به نتیجه نمی‌رسد و بدون شک شکست خواهد خورد [۱، ۲۰]. بر طبق مفهوم کارایی شخصی در نظریه آلبرت بندورا درک فرد از توانایی خود به‌عنوان ستون و عامل اصلی شکست یا موفقیت در درمان محسوب می‌شود و باعث به‌کارگیری رفتارهای خود مراقبتی در جهت نیل به اهداف درمان خواهد شد. امروزه با پیدایش و گسترش روان‌شناسی سلامت و روان‌شناسی مثبت، نگرش درباره اختلال‌ها از چارچوب مدل پزشکی و جسمانی خارج شده است به طوری که پژوهشگران معتقدند که بهتر است که ما در رشد و گسترش بیماری‌های مزمن به نقش عوامل روانی - اجتماعی به‌ویژه سبک زندگی، باورها و نگرش‌ها توجه ویژه‌ای داشته باشیم [۱۲].

از این رو با توجه به اثرات سوئی که بیماری سرطان بر سلامت جسمانی و روانی مبتلایان بر جای می‌گذارد بدون شک انجام مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد و مؤثر در این زمینه امری واجب و انکارناپذیر است [۲۱]. در طول چند دهه گذشته روش‌های روان‌شناختی متعددی برای درمان مشکلات روان‌شناختی همراه با بیماری‌های مزمن به‌کاررفته است. در این بین درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی با فلسفه‌ای متفاوت از درمان‌های نسل اول و دوم در زمینه کاهش مشکلات روان‌شناختی در بیماران مزمن از اثربخشی و کارآمدی نسبتاً مطلوبی برخوردارند [۲۲]. یکی از درمان‌های پرکاربرد نسل سوم رفتاردرمانی در زمینه‌ی سازگاری و کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی بیماران مزمن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. دو هدف اصلی این درمان شامل پذیرش افکار و احساسات ناخواسته‌ی غیرقابل کنترل و تعهد و عمل به داشتن یک زندگی ارزشمند مطابق با ارزش‌های شخصی خود فرد است. این درمان، شامل پذیرش و تغییر به‌صورت هم‌زمان است، البته تغییر در عملکرد و کارکرد افراد نه در مشکل یا فراوانی رفتار مشکل‌ساز آن‌ها مدنظر است [۲۳]. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منبع اولیه وجود مشکلات در مراجع انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی اوست. در گزینه‌های محدود برای رفتار، موجب می‌شود که فرد احساس گرفتاری و اسارت کند. درمان پذیرش مبتنی بر تعهد متمرکز است بر استفاده از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، یعنی داشتن گزینه‌های رفتاری در دسترس که این امر زمانی اتفاق می‌افتد که فرد آگاهانه افکار و احساسات پریشان‌کننده خود را می‌پذیرد و رفتاری هم سو و سازگار با ارزش‌هایش نشان می‌دهد. عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق شش فرایند اصلی به‌هم پیوسته رخ می‌دهد و ادامه می‌یابد که عبارت‌اند از آمیختگی شناختی، دل‌بستگی به مفهوم خود، اجتناب تجربی، قطع ارتباط با لحظه حال، ارزش‌های مبهم و سستی در احترام به ارزش‌ها [۲۴].

بنابراین با توجه به اثرات سوئی که سرطان پستان بر سلامت جسمانی و روانی مبتلایان بر جای می‌گذارد بدون شک انجام مداخله‌های روان‌شناختی کارآمد و مؤثر در این زمینه امری واجب و انکارناپذیر است. از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

درصد کل سرطان‌ها را به خود اختصاص داده است [۵]. یکی از پیامدهای ناخوشایند بیماری سرطان پستان کاهش کیفیت زندگی بیماران است که می‌تواند تأثیرات مخربی در زندگی افراد مبتلا داشته باشد [۶]. بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی به‌عنوان درک، تفسیر و رضایت هر فرد از جنبه‌های مختلف زندگی تعریف می‌شود [۷]. امروزه کیفیت زندگی اغلب به‌عنوان یک مفهوم پویای چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند در بین افراد مختلف و همچنین در طول زندگی یک فرد متفاوت باشد. یک توافق کلی در بین پژوهشگران وجود دارد که شالوده کیفیت زندگی متشکل از عوامل عینی (کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی) و عوامل ذهنی (بهریستی درونی) است. عوامل ذهنی بیشتر بر رضایت از زندگی تأکید دارند، درحالی‌که عوامل عینی بیشتر بر نیازهای مادی و مشارکت در فعالیت‌ها و روابط بین فردی متمرکز هستند [۸-۱۱]. برخلاف قرن بیستم، چالش اصلی قرن حاضر نه زنده ماندن بلکه زندگی باکیفیتی بهتر و بالاتر است، از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیش از هر چیز، بیماری‌های مزمن موجب کاهش کیفیت زندگی در مبتلایان می‌شود، از این رو توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی بیماران مزمن از جمله سرطان پستان و اقدامات درمانی مناسب، مسئله عمده‌ای است که باید با دقت بیشتری به آن پرداخت. افزون بر این شواهد پژوهشی حاکی از آن است که سرطان پستان تأثیرات مخربی بر سلامت روان افراد می‌گذارد [۱۲].

سلامت روان یک حالت پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می‌سازد تا از توانایی‌های خود در هماهنگی با ارزش‌های کلی جامعه استفاده کنند. مهارت‌های پایه شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات و همچنین احساس همدردی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی مقابله با حوادث نامطلوب زندگی و ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ بین ذهن و بدن نشان از اجزای مهم سلامت روان که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی در افراد کمک می‌کند [۷]. شواهد پژوهشی حاکی از آن است که درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکرد و اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان سینه را دچار اختلال می‌سازند [۱۳-۱۶]. شواهد پژوهشی حاکی از شیوع بالای اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی اساسی، پریشانی هیجانی شدید، اختلال استرس پس از تشخیص و اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به سرطان پستان است [۴، ۱۷-۱۹].

از طرفی با توجه به روند طولانی درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان بدون شک نقش خود بیمار در روند درمان از اهمیت انکارناپذیر و حیاتی‌ای برخوردار است. درواقع آموزش خود مراقبتی رابطه تنگاتنگی با سازگاری و درمان مؤثرتر بیماران مزمن دارد. درحقیقت استفاده از رفتارهای خود مراقبتی به این افراد کمک می‌کند که بتوانند راه‌های دستیابی به سلامت بالا و حفظ آن را بیاموزند. رعایت کردن رفتارهای خود مراقبتی در طول درمان می‌تواند نقش مهم و مؤثری بر تسریع فرایند درمان داشته باشد. با توجه به روند طولانی درمانی و مشکلات و موانع همراه بیماران مبتلا به سرطان سینه نیازمند به‌کارگیری یک سری راه‌کار برای کنار

پرسش‌نامه ۲۶ سؤالی ۴ حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد.

این آزمون در بسیاری از فرهنگ‌ها و کشورها اجرا و هنجاریابی شده است و روایی و اعتبار آن موردقبول گزارش شده است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ همسانی درونی این خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۷ تا ۰/۷۵ به دست آمد. هم‌چنین با روش باز آزمایی این آزمون ضریب اعتبار خرده‌آزمون‌ها بین ۰/۴۱ و ۰/۷۸ به دست آمد. ضریب اعتبار کل آزمون بین ۰/۷۶ و ۰/۸ بود (گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۸). در پژوهشی که توسط نصیری (۱۳۸۵) بر روی ۳۰۲ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد و از نظر روایی هم‌زمان نیز همبستگی مناسبی با مقیاس سلامت عمومی (GHQ) نشان داد. پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28)، این پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی ۴ حیطه علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی را می‌سنجد. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا تغییرات در خلق، احساسات و رفتار را در ۴ هفته اخیر بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت گزارش دهد.

این آزمون در بسیاری از فرهنگ‌ها و کشورها اجرا و هنجاریابی شده است و روایی و اعتبار آن مورد قبول گزارش شده است. ماکواسکا و همکاران (۲۰۰۲) ضریب پایایی این آزمون را ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. همچنین یزدان پناه (۱۳۷۵) با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی این ابزار را ۰/۸۴ و بیگلر جورج در نیجریه و آریا و همکاران (۱۹۹۲) در شمالی اعتبار پرسشنامه سلامت روانی را با استفاده از این روش برابر ۰/۸۵، ۰/۷۳، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ به دست آوردند. افزون بر این پالانگ (۱۳۸۴) و مجاهد (۱۳۷۴) اعتبار پرسشنامه را از روش باز آزمایی به ترتیب برابر ۰/۸۸ و ۰/۶۲ گزارش کرده‌اند. پرسش‌نامه رفتارهای خود مراقبتی، برای سنجش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به سرطان پستان از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شد. بعد از واکاوی و مطالعه دقیق کتاب‌ها و مقالات موجود در زمینه رفتارهای خود مراقبتی برای بیماران مبتلا به سرطان پستان و با الگوبرداری از پرسش‌نامه‌هایی که برای سنجش رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیگر بیماری‌های مزمن از جمله بیماران دیابتی و قلبی عروقی در ایران و سایر کشورها ساخته شده بود، اقدام به تهیه گویه‌های مناسب برای شاخص‌های موردنظر گردید و پرسش‌نامه اولیه تهیه شد و روایی سؤالات بررسی شد.

در ادامه پرسش‌نامه در قالب یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران اجرا و گویه‌های نامناسب حذف گردید. بعد از تأیید روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه، پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۸۷) = α به دست آمد.

روش مداخله‌ای مورد استفاده در پژوهش حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌باشد. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر کتاب پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در ۸ هفته‌ی پایایی برگزار شد که خلاصه‌ی محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

به‌تازگی در حیطه‌ی روان‌درمانی مطرح شده است، تبیین و تحلیل میزان اثربخشی آن در زمینه‌ی کاهش مشکلات روان‌شناختی همبود با سرطان پستان نیاز به تعمق و تحقیقات بیشتری دارد؛ بنابراین با توجه به اهمیت پژوهش‌های اثربخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت‌های درمانی واقعی گرچه در مورد مشکلات روان‌شناختی بیماران سرطانی و درمان آن پژوهش‌های بسیاری صورت پذیرفته، اما در مورد بررسی اثربخشی این روش درمانی بر کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان حداقل در جمعیت ایرانی پژوهش‌های بسیار اندکی انجام گرفته است. از این رو پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام گرفت.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل هم‌هی بیماران مبتلا به سرطان پستان در شهر تهران در سه‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ که به کلینیک فوق تخصص بیماری‌های پستان زنان جهاد دانشگاهی و بیمارستان مهدیه مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان انتخاب و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند.

پس از تهیه کتابچه راهنمای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، ارزیابی‌های اولیه و انتخاب آزمودنی‌ها و اختصاص آن‌ها به گروه آزمایشی و گروه کنترل، برای هر کدام از آن‌ها کد مشخص در نظر گرفته شد. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را به‌صورت یک جلسه در هفته و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه دریافت کردند.

این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی را دریافت نکرد و تنها تحت درمان معمول خود قرار داشتند و در جلسات ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری شرکت کردند. ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص مرحله دوم بیماری سرطان پستان، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، عدم سوءمصرف و وابستگی به مواد مخدر و ملاک‌های خروج شامل وجود اختلال و ویژگی‌های روان‌پریشی، وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک، غیبت بیش از دو جلسه در درمان بود. داده‌های پژوهش حاضر بر اساس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مورد ارزیابی‌های به‌عمل آمده از متغیرهای سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی صورت گرفت. بعد از تکمیل و جمع‌آوری داده‌ها، با استفاده از روش‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته) با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر متغیرهای جمعیت‌شناختی، از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خود مراقبتی استفاده شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی، این

جدول ۱: محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی درمانگر با بیماران، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تکلیف در منزل فهرست کردن ۵ نمونه از مهم‌ترین مسائلی که بیماران در زندگی با آن مواجه‌اند
دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه درمان پذیرش مبتنی بر ذهن آگاهی (استخراج تجربه‌ی اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد) تکلیف در منزل شامل تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات
سوم	مرور تکلیف هفته قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی، تکلیف در منزل شامل ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. تکلیف در منزل شامل، ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات خود شده‌اند.
پنجم	مروری بر تکلیف جلسه پیش، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف در منزل شامل ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.
ششم	بررسی تکلیف جلسه پیش، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای اهمیت آن‌ها. تکلیف در منزل شامل تهیه فهرستی از موانع پیش روی تحقق ارزش‌های افراد بود.
هفتم	بررسی تکلیف جلسه پیش، ارائه راه کارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها، تکلیف در منزل شامل، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات درمان.
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات درمان، درخواست از اعضا برای شرح دستاوردهایشان از درمان و هدف و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی، آمادگی برای خاتمه درمان و مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از درمان

یافته‌ها

است که از مفروضات آزمون تحلیل واریانس مبنی بر نرمال بودن نمونه موردنظر از لحاظ متغیر موردسنجش، یکسانی واریانس دو گروه آزمایش و کنترل و خطی بودن رابطه متغیر هم پراش (پیش‌آزمون) و خطی بودن رابطه متغیر هم پراش (پیش‌آزمون) با متغیر وابسته (پس‌آزمون) اطمینان یابیم، در تمامی متغیرهای این پژوهش، آزمون Z کالموگروف اسمیرنوف ($P > 0/05$) و آزمون لوین ($P > 0/05$) معنی‌دار نبود؛ بنابراین مفروضات استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته که نرمال بودن جامعه، یکسانی واریانس دو گروه آزمایش و کنترل و خطی بودن رابطه متغیر پراش و متغیر وابسته در تک‌تک خرده مقیاس‌های سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی برقرار است و استفاده از این آزمون بلا مانع می‌باشد.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به سلامت روان، کیفیت زندگی رفتارهای خود مراقبتی در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. همان‌طور که داده‌های توصیفی موجود در جدول ۲ نشان می‌دهد بین میانگین متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت‌های وجود دارد، اما اینکه این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست، به منظور بررسی تفاوت میانگین‌ها و آزمون فرضیه‌ها، با توجه به وجود چند متغیر با سطح اندازه‌گیری حداقل فاصله‌ای و وجود سه مرحله‌ی اندازه‌گیری در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس آمیخته بین-درون آزمودنی‌ها (Mixed between-within subjects analysis of variance) استفاده شد. در ابتدای امر لازم

جدول ۲: مشخصات توصیفی سلامت روان، کیفیت زندگی، رفتارهای خود مراقبتی و زیر مقیاس‌های آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش						کنترل					
	پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پیگیری		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
سلامت روان												
جسمانی	۵/۲۰	۱۱/۵۳	۴/۴۸	۷/۷۸	۳/۶۵	۷/۷۳	۳/۴۱	۸/۰۷	۳/۲۴	۷/۸۷	۳/۲۴	۷/۸۷
اضطرابی	۴/۵۶	۸/۴۰	۵/۳۹	۱۵/۲۰	۵/۸۷	۱۵/۲۰	۵/۵۴	۱۴/۸۷	۵/۶۵	۱۴/۵۳	۵/۶۵	۱۴/۵۳
اجتماعی	۴/۷۶	۱۲/۱۳	۵/۶۰	۱۰/۴۰	۵/۳۱	۱۰/۵۳	۴/۹۰	۱۱/۰۷	۵/۰۹	۱۰/۷۳	۵/۰۹	۱۰/۷۳
افسردگی	۴/۳۵	۹/۱۳	۵/۰۷	۱۵/۷۳	۴/۶۵	۱۴/۶۷	۵/۸۹	۱۴/۹۳	۵/۷۲	۱۵/۶۷	۵/۷۲	۱۵/۶۷
کیفیت زندگی												
سلامت جسمانی	۸/۸۶	۲۸/۴۰	۹/۱۶	۲۱/۹۳	۸/۲۶	۲۱/۵۳	۸/۵۷	۲۰/۴۰	۹/۸۸	۲۰/۸۰	۹/۸۸	۲۰/۸۰
سلامت روانی	۹/۲۶	۲۷/۶۰	۹/۰۴	۱۸/۷۳	۷/۳۱	۱۹/۴۷	۸/۶۶	۱۹/۶۰	۸/۸۹	۱۸/۳۱	۸/۸۹	۱۸/۳۱
سلامت اجتماعی	۵/۱۷	۱۳/۲۰	۴/۱۵	۸/۳۳	۵/۷۴	۸/۴۰	۸/۶۷	۸/۶۷	۴/۸۶	۹/۳۳	۴/۸۶	۹/۳۳
سلامت محیط	۶/۴۱	۲۴/۸۷	۷/۹۴	۲۲/۲۰	۷/۳۶	۲۱/۴۰	۸/۸۱	۲۱/۸۹	۷/۶۹	۲۲/۴۷	۷/۶۹	۲۲/۴۷
کل	۱۸/۵۹	۹۴/۰۷	۱۴/۴۴	۷۱/۲۰	۱۹/۴۰	۷۰/۸۰	۱۵/۹۴	۶۹/۹۳	۱۵/۲۰	۷۱/۲۱	۱۵/۲۰	۷۱/۲۱
خود مراقبتی												
خود مراقبتی	۹/۶۸	۳۷/۰	۷/۵۲	۲۶/۸۰	۸/۸۹	۲۷/۴۰	۶/۹۰	۲۸/۴۷	۷/۹۲	۲۸/۲۷	۷/۹۲	۲۸/۲۷

جدول ۳: آزمون چند متغیری اثر اصلی و تعاملی زمان بر زیر مقیاس‌های سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی

منبع پراش	آزمون	Value	F	df	Sig	اندازه اثر
سلامت روان						
زمان	لامبدای ویلکز	۰/۲۷	۷/۵۲	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
زمان*گروه	لامبدای ویلکز	۰/۲۸	۶/۷۵	۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۲
کیفیت زندگی						
زمان	لامبدای ویلکز	۰/۵۰	۲/۶۱	۲۱	۰/۰۵	۰/۵۰
زمان*گروه	لامبدای ویلکز	۰/۴۸	۲/۸۴	۲۱	۰/۰۵	۰/۵۲
خود مراقبتی						
زمان	لامبدای ویلکز	۰/۶۷	۶/۵۰	۲۷	۰/۰۱	۰/۳۲
زمان*گروه	لامبدای ویلکز	۰/۷۵	۴/۳۶	۲۷	۰/۰۵	۰/۲۴

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط در تفاوت‌های بین گروهی برای زیر مقیاس‌های سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی

متغیر	SS	df	MS	F	Sig	اندازه اثر
سلامت روان						
علائم جسمانی						
گروه	۱۲۰/۱۷	۱	۱۲۰/۱۷	۴/۳۱	۰/۰۵	۰/۱۳
خطا	۷۷۹/۶۴	۲۸	۲۷/۸۴			
علائم اضطرابی						
گروه	۴۰/۱/۱	۱	۴۰/۱/۱	۱۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۲۶
خطا	۱۱۱۰/۱۷	۲۸	۳۹/۶۴			
کارکرد اجتماعی						
گروه	۱۶/۹۰	۱	۱۶/۹۰	۰/۲۳	۰/۶۳	۰/۰۰۸
خطا	۲۰۰۶/۷۵	۲۸	۷۱/۶۷			
علائم افسردگی						
گروه	۳۰۲/۵۰	۱	۳۰۲/۵۰	۵/۸۶	۰/۰۵	۰/۱۷
خطا	۱۴۴۳/۹۵	۲۸	۵۱/۵۷			
کیفیت زندگی						
سلامت جسمانی						
گروه	۶۶۱/۵۱	۱	۶۶۱/۵۱	۸/۷۶	۰/۰۱	۰/۲۴
خطا	۲۱۱۴/۳۱	۲۸	۷۵/۱			
سلامت روانی						
گروه	۵۵۲/۵۴	۱	۵۵۲/۵۴	۵/۵۶	۰/۰۵	۰/۱۸
خطا	۶۰۲۲/۸۸	۲۸	۲۱۵/۱۰			
سلامت اجتماعی						
گروه	۱۶۸/۱۰	۱	۱۶۸/۱۰	۵/۴۸	۰/۰۵	۰/۱۶
خطا	۸۵۷/۷۳	۱	۳۰/۶۳			
سلامت محیط						
گروه	۴۶/۹۴	۱	۴۶/۹۴	۰/۶۲	۰/۴۳	۰/۰۲
خطا	۲۱۰۸/۴۸	۲۸	۷۵/۳۰			
کل						
گروه	۴۷۶۶/۹۴	۱	۴۷۶۶/۹۴	۱۲/۳۳	۰/۰۱	۰/۳۲
خطا	۱۰۸۲۳/۳۷	۲۸	۳۸۶/۵۴			
خود مراقبتی						
گروه	۶۰۳/۲۱	۱	۶۰۳/۲۱	۵/۲۱	۰/۰۵	۰/۱۶
خطا	۳۳۳۹/۶۸	۲۸	۱۱۵/۷۰			

و اضطرابی در گروه آزمایش از مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معنی‌داری داشته است و سلامت جسمانی نیز در مرحله‌ی پیگیری و پس‌آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری داشته است؛ اما همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دو گروه در متغیر کارکرد اجتماعی ($P > ۰/۰۵, F = ۰/۲۳$)، تفاوت معنی‌داری در دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد؛ بنابراین می‌توان عنوان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل سلامت روان و سه زیر مقیاس

نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثرات بین گروهی بر میزان سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود در متغیر سلامت روان بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی علائم جسمانی ($P < ۰/۰۱, F = ۱۰/۱۱$)، علائم اضطرابی ($P < ۰/۰۵, F = ۴/۳۱$)، علائم افسردگی ($P < ۰/۰۵, F = ۵/۸۶$) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که علائم افسردگی

بیماران مبتلا به سرطان سینه ناشی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از گسلش شناختی، تفکیک و جداسازی مفهوم خود، پذیرش تجربی، تماس ذهن آگاهانه با زمان حال، ارزش‌های واضح و مشخص و عمل و تعهد بر اساس ارزش‌ها ایجاد می‌کند. افزون بر این نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان با نتایج پژوهش روست و همکاران [۳۱] همسوست.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این حوزه همسوست [۱۲، ۱۵، ۲۲-۳۵]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، علیرغم اهمیت موج سوم درمان‌های شناختی-رفتاری از جمله رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان حوزه‌ی مهمی از روان‌درمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارد و اثربخشی آن را در افزایش کیفیت زندگی افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند نشان داده‌اند [۳۶-۳۸] تنها تعداد اندکی از پژوهش‌ها به بررسی کاربردهای فنون ACT در روان‌درمانی بیماران مبتلا سرطان پرداخته‌اند از جمله می‌توان به پژوهش ویلیام هربرت، استوری و ویلسون [۳۹] اشاره نمود که رویکرد ACT را به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر در سازگاری با سرطان معرفی می‌کنند. نتایج پژوهش‌های دیگر در حوزه‌ی کاربرد رویکرد ACT نشان می‌دهد که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان می‌شود که این امر تغییراتی در کیفیت زندگی رنج و خلق بیماران را در پی دارد [۳۰]. از سویی دیگر، ذهن آگاهی به‌عنوان قلب مفهومی نظریه پذیرش مبتنی بر ذهن آگاهی محسوب می‌شود که یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که مدیریت استرس سرطان بر مبنای پذیرش و ذهن آگاهی منجر به کاهش رنج روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان پستان شده که این مسئله باعث ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان این افراد می‌شود [۴۰].

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری داشته است این یافته با پژوهش‌های [۴۱-۴۳] همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، رفتارهای خود مراقبتی در روند درمان و بهبودی بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان از جمله سرطان پستان نقش حیاتی و انکارناپذیری دارند. در طب رفتاری مدرن به نقش بیمار در پیروی از دستورات پزشک، رعایت رژیم خوراکی مناسب، پرهیز از تنش و استرس، مصرف داروها به‌موقع تأکید فراوانی شده است. درواقع رفتارهای خود مراقبتی قسمت انکارناپذیر روند بهبودی بیماران مبتلا به سرطان پستان محسوب می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با پذیرش و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تأکید بر ذهن آگاهی و در لحظه حال زیستن ذهن بیماران مبتلا به سرطان پستان را از مرداب گذشته و کلنجارهای بی‌حاصل و خسته‌کننده رها کرده و با پیوند به ارزش‌ها و تعهد به انجام آن‌ها در زندگی باعث می‌شود که این بیماران با پذیرش فعال بیماری خود و شرایط به وجود آمده بسان مسافری از ساحل اقیانوس خروش امواج سهمگین و طوفانی را نظاره کنند بدون این‌که خود را در وسط خطر ببینند.

علائم جسمانی، علائم افسردگی و علائم اضطرابی در این بیماران تأثیر معنی‌داری داشت ولی در زیر مقیاس کارکرد اجتماعی تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. افزون بر این در متغیر کیفیت زندگی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی کل کیفیت زندگی ($F = ۱۲/۳۳, P < ۰/۰۱$) و زیر مؤلفه‌های سلامت جسمانی ($F = ۸/۷۶, P < ۰/۰۱$)، سلامت روانی ($F = ۵/۵۶, P < ۰/۰۱$) و سلامت اجتماعی ($F = ۵/۴۸, P < ۰/۰۵$) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که کیفیت زندگی و زیر مؤلفه‌های آن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش معنی‌داری داشته است؛ اما همان‌طور که مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر سلامت محیط ($F = ۰/۶۲, P > ۰/۰۵$)، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل کیفیت زندگی و سه زیر مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی در این بیماران تأثیر معنی‌داری داشت ولی در زیر مقیاس سلامت محیط تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین در متغیر رفتارهای خود مراقبتی بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمره‌ی کل خود مراقبتی ($F = ۵/۲۱, P < ۰/۰۵$) در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که نمره خود مراقبتی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله‌ی پیش‌آزمون تا پیگیری افزایش معنی‌داری داشته است؛ بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری نشان می‌دهد.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش حاکی از تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سلامت روان بود. بر اساس این یافته‌ها ما می‌توانیم نتیجه بگیریم که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان شده است. درواقع نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده در این حیطه همسوست [۱۳، ۱۴، ۲۲، ۲۵-۲۹]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، طبق شواهد پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران مزمن به طول مدت دوره این درمان بستگی دارد، هرچه مدت‌زمان بیشتری بیماران با این درمان درگیر باشند به‌تبع آن افسردگی و اضطراب آن‌ها کاهش می‌یابد و بیماری خود را می‌پذیرند که این مسئله انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آن‌ها را افزایش داده و باعث می‌شود که کلنجار رفتن با خود را کنار گذاشته و با پذیرش فعال بیماری خود با بسیج انرژی و توان خویش به جنگ بیماری رفته که این مسئله سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء می‌دهد. در این راستا نتایج پژوهش فیروس و همکاران [۳۰] حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بهبود پریشانی، خلق‌وخو و کیفیت زندگی می‌شود [۳۰]. از سویی دیگر، نتایج حاصل از این پژوهش مبنی برافزایش سلامت روان

مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و بیماران را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به افزایش مولفه‌های کیفیت زندگی، سلامت روان و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلابه سرطان پستان می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد ACT را به‌عنوان یک مداخله مناسب به‌منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کار برد.

سپاسگزاری

بر خود واجب می‌دانیم که از همه‌ی بیماران مبتلابه سرطان پستان شرکت‌کننده در این پژوهش که در جمع‌آوری داده‌های پژوهش نهایت همکاری و همگامی را با ما داشتند نهایت سپاس را داشته باشیم. این مطالعه با کد IR.KHU.REC.1397.48 به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه خوارزمی تهران رسیده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

- Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. Incidence and Mortality and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(S3):43-6. doi: 10.7314/apjcp.2016.17.s3.43 pmid: 27165206
- Camacho R, Sepulveda C, Neves D, Pineros M, Villanueva M, Dangou JM, et al. Cancer control capacity in 50 low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2015;10(9):1017-31. doi: 10.1080/17441692.2015.1007469 pmid: 25646899
- McGuire S. World cancer report 2014. Geneva, Switzerland: World Health Organization, international agency for research on cancer; 2014.
- Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT, Cowens-Alvarado RL, et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(1):43-73. doi: 10.3322/caac.21319 pmid: 26641959
- Alizadeh Otaghvar H, Hosseini M, Tizmaghz A, Shabestanipour G, Noori H. A review on metastatic breast cancer in Iran. *Asian Pacific J Tropic Biomed*. 2015;5(6):429-33. doi: 10.1016/j.apjtb.2015.02.001
- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016;66(1):7-30. doi: 10.3322/caac.21332 pmid: 26742998
- Louis DN, Perry A, Reifenberger G, von Deimling A, Figarella-Branger D, Cavenee WK, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System: a summary. *Acta Neuropathol*. 2016;131(6):803-20. doi: 10.1007/s00401-016-1545-1 pmid: 27157931
- Dumuid D, Olds T, Lewis LK, Martin-Fernandez JA, Katzmarzyk PT, Barreira T, et al. Health-Related Quality of Life and Lifestyle Behavior Clusters in School-Aged Children from 12 Countries. *J Pediatr*. 2017;183:178-83 e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.12.048 pmid: 28081885

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تفاوت‌های فرهنگی و قومی افراد شرکت‌کننده در این پژوهش اشاره کرد همچنین با توجه به جامعه آماری و محدود بودن نمونه که فقط بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق تخصص بیماری‌های پستان زنان چهار دانشگاهی و بیمارستان مهدیه شهر تهران را شامل می‌شود، لذا نمونه انتخابی نمی‌تواند نماینده همه بیماران کشور باشد و نتایج آن به سایر شهرها با احتیاط قابل تعمیم می‌باشد. 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 دردسترس و ارزانی همچون درمان‌های موج سوم به منظور بهبود هر چه بیشتر عملکردهای روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان اقدام نمایند.

نتیجه‌گیری

اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با بکارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های ACT به آموزش بیماران برای رهایی از بند

- Colichi RMB, Bocchi SCM, Lima SAM, Popim RC. Interactions between quality of life at work and family: integrative review. *Int Archiv Med*. 2017;9.
- Wang M, Schalock RL, Verdugo MA, Jenar C. Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2010;115(3):218-33. doi: 10.1352/1944-7558-115.3.218 pmid: 20441392
- Celeste M, Grum DK. Social integration of children with visual impairment: A developmental model. *İlköğretim Online*. 2010;9(1):11-22.
- Ogden J. *Health Psychology: A Textbook*. UK: University of Surrey; 2012.
- Kim YH, Kim HJ, Ahn SD, Seo YJ, Kim SH. Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer. *Complement Ther Med*. 2013;21(4):379-87. doi: 10.1016/j.ctim.2013.06.005 pmid: 23876569
- Gholamhosseini S, Mojtabaie M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (act) to reduce the symptoms of anxiety in women with breast cancer. *Int J Rev Life Sci*. 2014;4(1):17-21.
- Maass SW, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PF, de Bock GH. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*. 2015;82(1):100-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.010 pmid: 25998574
- Stafford L, Komiti A, Bousman C, Judd F, Gibson P, Mann GB, et al. Predictors of depression and anxiety symptom trajectories in the 24 months following diagnosis of breast or gynaecologic cancer. *Breast*. 2016;26:100-5. doi: 10.1016/j.breast.2016.01.008 pmid: 27017248
- Cramer H, Lauche R, Klose P, Lange S, Langhorst J, Dobos GJ. Yoga for improving health-related quality of life, mental health and cancer-related symptoms in women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst*

- Rev. 2017;1:CD010802. doi: [10.1002/14651858.CD010802.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010802.pub2) pmid: 28045199
18. Salsman JM, Pustejovsky JE, Jim HS, Munoz AR, Merluzzi TV, George L, et al. A meta-analytic approach to examining the correlation between religion/spirituality and mental health in cancer. *Cancer*. 2015;121(21):3769-78. doi: [10.1002/cncr.29350](https://doi.org/10.1002/cncr.29350) pmid: 26258536
 19. Lim CC, Devi MK, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc*. 2011;9(3):215-35. doi: [10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x) pmid: 21884450
 20. Zhang Y, Kwekkeboom K, Petrini M. Uncertainty, Self-efficacy, and Self-care Behavior in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy in China. *Cancer Nurs*. 2015;38(3):E19-26. doi: [10.1097/NCC.000000000000165](https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000165) pmid: 24945265
 21. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Monahan PO, Giesler RB, et al. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction compared to psychoeducational support for persistently fatigued breast and colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2016;24(10):4085-96. doi: [10.1007/s00520-016-3220-4](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3220-4) pmid: 27189614
 22. Wurtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, et al. Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. *Eur J Cancer*. 2013;49(6):1365-73. doi: [10.1016/j.ejca.2012.10.030](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.10.030) pmid: 23265707
 23. JG AT, Davis ML, Morina N, Powers MB, Smits JA, Emmelkamp PM. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*. 2015;84(1):30-6. doi: [10.1159/000365764](https://doi.org/10.1159/000365764) pmid: 25547522
 24. Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodyn Psychiatry*. 2015;43(3):423-61. doi: [10.1521/pdps.2015.43.3.423](https://doi.org/10.1521/pdps.2015.43.3.423) pmid: 26301761
 25. Hoffman CJ, Ersser SJ, Hopkinson JB, Nicholls PG, Harrington JE, Thomas PW. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, breast- and endocrine-related quality of life, and well-being in stage 0 to III breast cancer: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1335-42. doi: [10.1200/JCO.2010.34.0331](https://doi.org/10.1200/JCO.2010.34.0331) pmid: 22430268
 26. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, Post-White J, Moscoso MS, Jacobsen PB, Klein TW, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*. 2009;18(12):1261-72. doi: [10.1002/pon.1529](https://doi.org/10.1002/pon.1529) pmid: 19235193
 27. Dehghani Najvani B, Neshatdoost HT, Abedi MR, Mokarian F. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Psychological Flexibility in Women With Breast Cancer. *Zahedan J Res Med Sci*. 2015;17(4). doi: [10.5812/zjrms.17\(4\)2015.965](https://doi.org/10.5812/zjrms.17(4)2015.965)
 28. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeldt A, Rowse J, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *J Child Fam Stud*. 2015;24(4):1016-30.
 29. Brown M, Glendenning A, Hoon AE, John A. Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Med Internet Res*. 2016;18(8):e221. doi: [10.2196/jmir.6200](https://doi.org/10.2196/jmir.6200) pmid: 27558740
 30. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psychooncology*. 2013;22(2):459-64. doi: [10.1002/pon.2083](https://doi.org/10.1002/pon.2083) pmid: 23382134
 31. Rost AD, Wilson K, Buchanan E, Hildebrandt MJ, Mutch D. Improving Psychological Adjustment Among Late-Stage Ovarian Cancer Patients: Examining the Role of Avoidance in Treatment. *Cogn Behav Pract*. 2012;19(4):508-17. doi: [10.1016/j.cbpra.2012.01.003](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.01.003)
 32. Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H. Effect of Acceptance and Commitment Group Therapy on Quality of Life and Resilience of Women With Breast Cancer. *Archiv Breast Cancer*. 2018:111-7.
 33. Park JH, Bae SH, Jung YS, Kim KS. Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nurs*. 2012;35(1):E34-41. doi: [10.1097/NCC.0b013e318218266a](https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318218266a) pmid: 21760491
 34. Henderson VP, Clemow L, Massion AO, Hurley TG, Druker S, Hebert JR. The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2012;131(1):99-109. doi: [10.1007/s10549-011-1738-1](https://doi.org/10.1007/s10549-011-1738-1) pmid: 21901389
 35. Matsuda A, Yamaoka K, Tango T, Matsuda T, Nishimoto H. Effectiveness of psychoeducational support on quality of life in early-stage breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Qual Life Res*. 2014;23(1):21-30. doi: [10.1007/s11136-013-0460-3](https://doi.org/10.1007/s11136-013-0460-3) pmid: 23881515
 36. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(6):522-8. doi: [10.1097/YCO.0b013e328358e531](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328358e531) pmid: 22992547
 37. Graham CD, Chalder T, Rose MR, Gavriloff D, McCracken LM, Weinman J. A pilot case series of a brief acceptance and commitment therapy (ACT)-based guided self-help intervention for improving quality of life and mood in muscle disorders. *Cogn Behav Ther*. 2017;10. doi: [10.1017/s1754470x17000022](https://doi.org/10.1017/s1754470x17000022)
 38. Cederberg JT, Cernvall M, Dahl J, von Essen L, Ljungman G. Acceptance as a Mediator for Change in Acceptance and Commitment Therapy for Persons with Chronic Pain? *Int J Behav Med*. 2016;23(1):21-9. doi: [10.1007/s12529-015-9494-y](https://doi.org/10.1007/s12529-015-9494-y) pmid: 26041582
 39. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2015;24(1):15-27. doi: [10.1111/ecc.12223](https://doi.org/10.1111/ecc.12223) pmid: 25100576
 40. Fish JA, Ettridge K, Sharplin GR, Hancock B, Knott VE. Mindfulness-based cancer stress management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014;23(3):413-21. doi: [10.1111/ecc.12136](https://doi.org/10.1111/ecc.12136) pmid: 24118428

41. Losada A, Marquez-Gonzalez M, Romero-Moreno R, Mausbach BT, Lopez J, Fernandez-Fernandez V, et al. Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015;83(4):760-72. doi: [10.1037/ccp0000028](https://doi.org/10.1037/ccp0000028) pmid: [26075381](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26075381/)
42. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *Counsel Psychol.* 2012;40(7):976-1002. doi: [10.1177/0011000012460836](https://doi.org/10.1177/0011000012460836)
43. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Pierson HM, Piasecki MP, Antonuccio DO, et al. Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behav Ther.* 2011;42(4):700-15. doi: [10.1016/j.beth.2011.03.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002) pmid: [22035998](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22035998/)