



The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Psychological Well-being in Women with Breast Cancer under Chemotherapy

Nasireh Moghadamfar ¹, , Razieh Amraei ², Fateme Asadi ³, Omid Amani ^{4,*}

¹ PhD Student, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² M. A consulting and guidance, Department of Counseling, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ M. A Consulting and Guidance, Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

⁴ PhD Student, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Omid Amani, PhD Student, Department of Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran. E-mail: O.amani69@yahoo.com

Received: 15 Mar 2018

Accepted: 17 Oct 2018

Abstract

Introduction: Breast cancer is one of the most common cancers in women, which has a profound effect on mental and social health, hope and psychological well-being. The purpose of this study was to determine the Efficacy of acceptance and commitment therapy on the hope and psychological well-being of women with breast cancer under chemotherapy.

Methods: The present study was a quasi-experimental and pre-test-posttest design with intervention and control group. The statistical population of this study was all women with breast cancer in Shohada-e-Tajrish Hospital. They were selected by purposeful sampling and randomly assigned to two intervention groups (n = 15) and control (n = 15). In the intervention group, 8 sessions of 90-minute intervention Based on acceptance and commitment, and the control group remained on the list. The instrument used in the research was Schneider's hope Questionnaire (1991) and Rheff's Psychological Well-being (1980). Data analysis was performed using SPSS v.23 software in two parts: descriptive (mean, standard deviation) and inferential (covariance analysis).

Results: The results of the data analysis indicated that following the provision of acceptance therapy and commitment, the scores of hope and psychological well-being varied in the experimental group in the post-test phase and this type of treatment had a significant positive effect on hope And psychological well-being of women with cancer under chemotherapy ($P < 0.001$).

Conclusions: According to these findings, group therapy of admission and commitment is an effective way to increase the hope and psychological well-being of patients with breast cancer.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Hope, Psychological Well-being Women, Breast Cancer



تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی

نصیره مقدم فر^۱، راضیه امرایی^۲، فاطمه اسدی^۳، امید امانی^{۴*}

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه مشاوره، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه مشاوره، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۴ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: امید امانی، دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. ایمیل: O.amani69@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: سرطان پستان از جمله شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان می‌باشد که اثرات عمیقی را بر سلامت روانی و اجتماعی، امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی به جا می‌گذارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام گردید.

روش کار: روش پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی، از لحاظ روش شبه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه مداخله و شاهد بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان بیمارستان شهدای تجریش بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و شاهد (۱۵ نفر) جایگزین شدند که در آن گروه مداخله در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرده و گروه شاهد در لیست انتظار ماندند. ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه امید به زندگی اشنايدر (۱۹۹۱) و بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰) بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم‌افزار SPSS v.23 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک متغیره) انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج بدست آمده از تحلیل داده‌ها نشان داد که به دنبال ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات متغیرهای امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون افزایش داشته و این نوع از درمان اثرات مثبت معنی‌داری را بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی برجای گذاشته است ($P > 0/001$).
نتیجه‌گیری: درمان گروهی پذیرش و تعهد روشی مؤثر به منظور افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به سرطان پستان می‌باشد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، امید، بهزیستی روان‌شناختی، زنان، سرطان پستان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

سرطان یکی از عمده‌ترین مشکلات و بیماری‌های رایج جوامع بشری است [۱]. در این بیماری سلول‌ها به صورت غیرطبیعی رشد می‌کند و انتشار آن‌ها غیر قابل کنترل است [۲]. بسیاری از متخصصان معتقدند که سرطان یک بیماری درمان‌ناپذیر است [۳]. به اعتقاد سایر متخصصان نیز عدم کنترل و درمان این بیماری می‌تواند منجر به مرگ شود و به بیانی سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر است. به طوری

که پژوهشگران سرطان را جزء سه علت اصلی مرگ بر می‌شمرند [۴]. درمان سرطان بسیار پرهزینه بوده و روز به روز در حال افزایش است. بنابراین سرطان موجب نگرانی بسیاری از جوامع مختلف شده است [۵]. مطابق با بررسی‌های صورت گرفته، سرطان پستان سومین سرطان شایع در جهان بوده و به عنوان شایع‌ترین سرطان در زنان و دومین عامل مرگ ناشی از سرطان در میان آنان است [۶]. در ایران نیز سرطان

به طور کلی تهدید خودانگاره، عزت نفس، از دست دادن آزادی، راحتی جسمانی، انکار، خشم، افسردگی، عدم اطمینان، تنهایی و به دنبال آن کاهش بهزیستی روان شناختی از پیامدهای بیماری سرطان هستند [۲۱]. ناامیدی می تواند سلامت جسمانی و بهزیستی روان شناختی بیماران را تهدید کند و بر فرآیند بهبود و توان بخشی اثر گذارد [۲۲]. روش های درمانی مختلفی برای افزایش مؤلفه های روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان به کار گرفته شده است. یکی از انواع درمان ها که تا به حال توجه زیادی به آن نشده است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می باشد. پذیرش یک جایگزین مهم برای اجتناب بر اساس تجربه است که شامل پذیرش فعال و آگاهانه رویدادهای شخصی است که با تاریخچه فرد مرتبط می شوند و با عدم تلاش لازم برای کاهش فراوانی یا تغییر شکل آن رویدادها، مخصوصاً زمانی که باعث آسیب های روان شناختی می شوند، مرتبط می باشد. در فعالیت متعهدانه فرد تشویق می شود که نهایت فعالیت و تلاش خود را در جهت رسیدن به هدف به کار گیرد [۲۳].

اخیراً پژوهش های روان شناسی به مطالعه پذیرش/ تعهد و کاربردهای مهم آن در سازگاری، استرس، اضطراب، افسردگی و بهزیستی روانی - اجتماعی پرداخته اند [۲۴]. شواهد تجربی در مورد تأثیر این روش درمانی در مورد اختلالاتی مانند افسردگی، هراس اجتماعی و رفتارهای پرخطر مانند مصرف الکل و مواد مشخص شده است [۲۵]. در همین راستا Thekiso و همکاران [۲۶] در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش اضطراب و افسردگی در افراد شده است و حتی بعد از یک دوره پیگیری ۶ ماهه نیز در این افراد باعث کاهش اختلالات خلقی شده بود. Ryan & Deci [۲۷] نیز نشان دادند که پذیرش و تعهد ممکن است به مردم در تعدیل الگوهای رفتاری منفی و افکار اتوماتیک کمک نماید و این امر نیز منجر به تنظیم رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود. همچنین بررسی ها نشان داده اند که آموزش پذیرش و تعهد، نمرات پایین اضطراب، کاهش پریشانی روان شناختی و کاهش انعطاف ناپذیری روان شناختی و افزایش امید به زندگی را به دنبال دارد [۲۸]. در همین راستا درمانگران مراجعان را تشویق می کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند [۲۹]. نتایج پژوهش در بررسی کاربردهای درمانی پذیرش و تعهد نشان داده است مداخلاتی که اجتناب تجربه ای را کاهش می دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند. به عنوان مثال در کاربرد درمان پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی، مراجع می آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت هایی که او را به اهداف انتخاب زندگی (ارزش ها) نزدیک تر می کند، شاهد خود را اعمال کند. درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته به مراجع می آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخواسته همان گونه که هستند، مهارت کسب کنند. با توجه به آنچه گفته شد، ضرورت انجام پژوهشی که نشان دهنده اثرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکردهای روانی مهمی همچون امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی بیش از پیش احساس می گردد و از

پستان شایع ترین سرطان در میان زنان می باشد [۷]. این نوع از سرطان می تواند در اثر عوامل متعددی چون سن، جنس، نژاد، بیماری خوش خیم قبلی در پستان، سابقه سرطان قبلی در فرد، سن قاعدگی و منارک زودرس، یائسگی دیررس، بارداری در سنین بالا، وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتر، داشتن سابقه فامیلی در سرطان های پستان و تخمدان، برخورد با اشعه یونیزان به وجود آید [۸]. عوارض فراوان ناشی از واکنش فرد به تشخیص بیماری و درمان سرطان پستان و بستری شدن در بیمارستان تأثیر گوناگون بر ابعاد مختلف زندگی فرد و خانواده اش دارد [۹]. وضع ظاهری اکثر بیماران به دلیل ریزش مو و یا از دست دادن یک عضو تغییر می کند [۱۰]. به علاوه این بیماری به عملکرد جنسی و عزت نفس فرد آسیب می رساند و تصویر بدنی مبتلایان را کاهش داده، سرانجام در بیمار مشکلات جنسی ایجاد می کند [۱۱]. همچنین این بیماری سبب بروز مشکلات روان شناختی مانند اضطراب، افسردگی، استرس پس از آسیب، احساس غمگینی، احساس محرومیت و خشم و مشکلات خانوادگی در فرد می شود [۱۲].

سرطان نسبت به سایر بیماری های مزمن بیشترین تأثیر را روی امید به زندگی دارد. لذا بیشتر پژوهش ها مربوط به امید نیز در مورد بیماران مبتلا به سرطان است، چرا که این بیماری عامل تهدیدکننده امید محسوب می شود. از این رو پرداختن به نوعی از روان درمانی که امید را هدف اصلی قرار دهد، برای مبتلایان به سرطان حائز اهمیت است [۱۳]. امید به عنوان یک نیروی درونی می تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران مبتلا به سرطان و به خصوص سرطان پستان را قادر سازد تا چشم اندازی فراتر از وضعیت نابسامان و درد و رنج کنونی خود را بنگرند [۱۴]. نتایج پژوهش ها نشانگر این مهم است که در طی درمان افرادی که از امید بالاتری برخوردارند، در تحمل درمان های طولانی، دردناک، عوارض شیمی درمانی و پرتودرمانی از خود مقاومت بیشتری نشان می دهند [۱۵].

در مرحله بهبود نیز، افراد امیدوار افکار مثبت تری درباره زندگی شان دارند و گرایش بیشتری به شناسایی جنبه های مثبت موقعیت های آسیب زا از خود نشان می دهند؛ حتی اگر سرطان در مراحل پیشرفته باشد، بیماران امیدوار می توانند اهداف دیگری مانند صرف وقت بیشتر با خانواده و لذت بردن از فرصت باقیمانده را برای خود تنظیم کنند [۱۶]. به طور کل تشخیص این بیماری به عنوان یک رویداد شدیداً تنش زا و فرایند درمان دشوار و پیچیده آن، آشننگی های روان شناختی بسیاری را در بیماری و اعضای خانواده او ایجاد می کند [۱۷]. مسائل روانی - اجتماعی فراوانی که اغلب این بیماران تجربه می کنند بهزیستی روان شناختی این دسته از بیماران می تواند شدیداً تحت تأثیر قرار داده و کیفیت زندگی و در نهایت روند بیماری را متأثر سازد. نظریات جدید در تعریف بهزیستی روان شناختی تأکید بر سلامتی به جای فقدان بیماری دارند [۱۸]. به طوری که Ryff & Singer [۱۹] بهزیستی روانی را به صورت احساس مثبت و احساس رضایت مندی کلی از زندگی که شامل حوزه های مختلف شغلی، خانوادگی، فردی و اجتماعی است تعریف کرده اند. از این روی بهزیستی روان شناختی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد که رویدادهای تنش زای زندگی از عمده ترین و تأثیرگذارترین این عوامل هستند. لذا محققان بسیاری با شیوه های پژوهشی مختلف، بهزیستی بیماران مبتلا به سرطان را مورد مطالعه قرار داده اند [۲۰].

مورد اعتبار هم‌زمان پرسشنامه امید و مواردی که می‌تواند پیش‌بینی کند، وجود دارد. برای مثال، این پرسشنامه با پرسشنامه‌های خوش‌بینی، انتظار دستیابی به هدف، و عزت‌نفس همبستگی ۰/۵۰ تا ۰/۶۰ دارد [۳۱]. ضریب پایایی در پژوهش حاضر از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

مقیاس بهزیستی ریف فرم کوتاه (۱۹۸۰)، این مقیاس توسط ریف در فرم اصلی ۱۲۰ سوالی طراحی شده است. پاسخ به هر سؤال بر اساس طیفی از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۶) مشخص می‌شود و نمره بالاتر بیانگر سطح بالای بهزیستی روان‌شناختی است. لازم به ذکر است که در پژوهش‌های بعدی فرم‌های ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سوالی این مقیاس نیز ارائه گردید. در این پژوهش فرم کوتاه ۱۸ سوالی که توسط ریف و کیز [۳۲] خلاصه شد، مورد استفاده قرار گرفته است. ریف و کیز گزارش کردند که همبستگی زیر مقیاس‌های فرم ۱۸ سوالی با فرم ۱۲۰ سوالی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ است. سفیدی و فرزاد [۳۳] در رواسازی فرم ۱۸ سوالی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بر روی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، همسانی درونی برای کل آزمون و زیرمقیاس‌ها را بین ۰/۶۵۸ تا ۰/۷۵ گزارش کردند. تجزیه و تحلیل اطلاعات به‌دست‌آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS v.23 در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس تک متغیره) انجام پذیرفت.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان تحت درمان که در دو گروه مداخله و شاهد قرار داشتند انجام گرفت. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت‌شناختی، نشان دهنده آن بود که میانگین سنی به دست آمده از زنان مبتلا به سرطان پستان در گروه مداخله ۴۲/۱۳ و در گروه شاهد ۴۴/۱۶ سال بود. همچنین بیشتر افراد هر دو گروه را زنان خانه‌دار (۰/۸۲) در برابر زنان شاغل (۰/۱۸) تشکیل داده و تحصیلات در مقطع دیپلم (۰/۶۹) در برابر سطح تحصیلات بالای دیپلم (۰/۳۱) بالاترین فراوانی را در میان افراد گروه نمونه داشت. در جدول ۱، مشخصات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای پژوهش در دو سطح اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله و شاهد نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۲ نیز ملاحظه می‌گردد، نمرات کل حاصل پرسشنامه‌های امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون، نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش داشته است که به معنای بهبود در این مولفه‌ها می‌باشد. به منظور نشان دادن معنی‌داری تفاوت بین نمرات حاصل از پس‌آزمون و همچنین تعدیل اثر پیش‌آزمون دو گروه مداخله و شاهد از تحلیل کواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. در گام نخست به منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس تک متغیره، جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید و نتایج حاصله مورد تأیید گرفت ($P < 0/05$). آزمون ام باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کواریانس را تأیید کرد ($P = 0/25$). مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شد ($P < 0/05$) مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز توسط آزمون F مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون نشان داد که می‌توان

آنجایی که طبق بررسی‌های تاکنون مطالعه‌ای که به صورتی مستقیم در این زمینه انجام و در فضای علمی منتشر شده باشد یافت نگردید، این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام گرفت.

روش کار

طرح این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی، از نظر روش شبه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش استان تهران از مهرماه تا دی ماه سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش نیز در برگزیده ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌های پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به منظور گردآوری داده‌ها، در قدم نخست پژوهشگران به بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش مراجعه نموده و با بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده برای دریافت درمان در سالن‌های انتظار درمانگاه به منظور همکاری در پژوهش صحبت نمودند. در قدم بعدی و پس از جلب اولیه رضایت شرکت در پژوهش افراد داوطلب و واجد معیارهای ورود (همچون: دارا بودن تشخیص ابتلا به سرطان پستان و قرار داشتن در روند شیمی‌درمانی، سکونت در شهر تهران، پر کردن فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش و توانایی خواندن و نوشتن) و نداشتن معیارهای عدم ورود به پژوهش (شامل: وجود مشکلات و سابقه بیماری‌های روانپزشکی، ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن همزمان در زمان انجام مداخله، وجود عضو دیگر مبتلا به سرطان در خانواده و عدم رضایت شرکت در پژوهش) فرم مشخصات عمومی را تکمیل نمودند. پس از بررسی فرم‌ها از ۳۰ نفر از داوطلبان برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. در قدم بعدی افراد شرکت‌کننده به پرسشنامه‌های امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی پاسخ داده و نتایج ثبت شد. در مرحله بعد، افراد به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند و گروه مداخله طی ۸ جلسه دو ساعته آموزش قرار گرفتند در حالی که افراد گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای غیر از درمان عادی پزشکی دریافت نکردند. پس از پایان جلسات هر دو گروه مجدداً با پرسشنامه‌های امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱) و بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰) بود؛ مقیاس امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱): پرسشنامه امیدواری، که توسط اشنایدر و همکاران [۳۰]، برای سنجش امیدواری ساخته شد، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خود سنجی اجرا می‌شود. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی، ۴ عبارت انحرافی است. بنابر این پرسشنامه دو زیرمقیاس عامل و راهبردی را اندازه‌گیری می‌کند. متوسط ضریب روایی و پایایی این ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش شده است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است و پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۸۰ و در دوره‌های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته، از این میزان نیز بالاتر است. به علاوه داده‌های زیادی در

می‌توان از تحلیل کواریانس تک متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده نمود که خلاصه نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

فرض همگنی شیب‌های رگرسیون را در دو گروه شاهد و مداخله پذیرفت ($F = 0.185, df = 1/26, P = 0.37$). با توجه به این یافته‌ها می‌توان دریافت که پیش فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بوده و

جدول ۱: عنوان جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسات آموزش | عنوان جلسات |
|-------------|---|
| جلسه ۱ | آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی. |
| جلسه ۲ | بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه پذیرش و تعهد (استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد). |
| جلسه ۳ | بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی شاهد رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی. |
| جلسه ۴ | بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. |
| جلسه ۵ | بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. |
| جلسه ۶ | بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. |
| جلسه ۷ | بررسی تکلیف جلسه قبل، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. |
| جلسه ۸ | جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی. |

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| اندازه‌گیری | مداخله (۱۵) | | شاهد (۱۵) | |
|-----------------------|------------------|---------|------------------|---------|
| | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |
| نمره کل امید به زندگی | | | | |
| پیش‌آزمون | ۲/۸ | ۹/۱۹ | ۳/۷ | ۸/۲۰ |
| پس‌آزمون | ۳/۲ | ۱۴/۲۸ | ۳/۵ | ۸/۳۹ |
| بهبودی روان‌شناختی | | | | |
| پیش‌آزمون | ۱۱/۵۸ | ۶۹/۰۹ | ۷/۸۲ | ۶۹/۸۳ |
| پس‌آزمون | ۷/۵۳ | ۹۳/۳۳ | ۶/۲۳ | ۷۱/۲۵ |

جدول ۳: خلاصه آزمون تحلیل کواریانس بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مقدار اتا |
|--------------|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|-----------|
| I همپراش | ۱۱۲۶/۳ | ۱ | ۱۱۲۶/۳ | ۶۹/۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۰ |
| گروه | ۵۱۰/۲ | ۱ | ۵۱۰/۲ | ۳۱/۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۲۸ |
| خطا | ۴۳۷/۵ | ۲۷ | ۱۶/۲ | | | |
| کل | ۵۹۸۲/۱ | ۳۰ | | | | |

به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی در متغیر مذکور $53/8$ درصد متغیر می‌باشد. با توجه به این یافته‌ها می‌توان دریافت که در بررسی این سؤال، فرض پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی تأیید شده و فرض خلاف رد می‌گردد.

با توجه به داده‌های جدول ۳، چون مقدار F با درجات آزادی (۱ و ۲۷) در متغیر امید به زندگی ($F = 31/5, P = 0/001$) در سطح $P = 0/001 = \alpha$ معنادار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر داشته و مقدار اتا نشان می‌دهد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید

جدول ۴: خلاصه آزمون تحلیل کواریانس بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر بهبودی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان

| منبع تغییرات | مجموع مجزورات | درجات آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | مجدور اتا |
|--------------|---------------|-------------|-----------------|------|--------------|-----------|
| I همپراش | ۲۷۶۲/۶ | ۱ | ۲۷۶۲/۶ | ۱۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۶۶ |
| گروه | ۵۸۶/۹ | ۱ | ۵۸۶/۹ | ۳۷/۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۷۹ |
| خطا | ۴۲۶/۳ | ۲۷ | ۱۵/۸ | | | |
| کل | ۱۱۵۶۴/۹ | ۳۰ | | | | |

سرطان پستان تحت شیمی درمانی در متغیر مذکور $57/9$ درصد متغیر می‌باشد.

با توجه به این یافته‌ها می‌توان دریافت که در بررسی این سؤال، فرض پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبودی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمانی تأیید شده و فرض خلاف رد می‌گردد.

در جدول ۴ نیز نتایج تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که چون مقدار F با درجات آزادی (۱ و ۲۷) در متغیر بهبودی روان‌شناختی ($F = 37/2, P = 0/001$) در سطح $P = 0/001 = \alpha$ معنادار می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبودی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تأثیر داشته و مقدار اتا نشان می‌دهد که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی زنان مبتلا به

پیرامون مقالات منتشرشده بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۸ صورت گرفت، نشان داده شد که درمان پذیرش و تعهد برای مجموعه‌های گسترده از اختلالات شامل اختلالات اضطرابی، افسردگی، درد، وسواس موکنی، اختلالات سایکوتیک، سوء‌مصرف مواد و مدیریت صرع و دیابت مؤثر بوده است [۳۸]. از آنجا که مبتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکست‌خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می‌داند. همچنین درد، جزیی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فراینده، در برگزیده زمان حال و گام روبه جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است.

همراستا با ذهن آگاهی، پذیرش نیز از فرایندهای اصلی درمان پذیرش بوده که فرآیند تعهد را تسهیل می‌کند. فرایندهای تعهد شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان بر می‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه هدایت شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند [۳۹]. اجرای مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با به‌کارگیری فنون ذهن آگاهی و سایر روش‌های درمان پذیرش و تعهد به آموزش بیماران برای رهایی از بند مبارزه بی‌حاصل و تلاش برای شاهد 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 امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان می‌شود. از این رو می‌توان رویکرد درمان پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مناسب به منظور ارتقای توانمندی مبتلایان در سازگاری با بحران سرطان و کاهش عوارض روان‌شناختی ناشی از آن به کاربرد [۲۳].

یافته‌های بدست آمده از متغیر بهزیستی روان‌شناختی نیز با نتایج پژوهش‌های Gifford, Brown & Ryan و همکاران، Thekiso و همکاران، داداشی و مؤمنی و حاج صادقی و همکاران (۱۳۹۶) [۲۴]، ۲۶، ۲۸، ۴۰، ۴۱ منطبق است. در توجیه این مسئله می‌توان گفت که چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند. بنابراین آموزش آن به زنان مبتلا به سرطان پستان باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد به مسائل مربوط به بیماری خود می‌شود و در

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی انجام گرفت. یافته‌های بدست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش نمرات امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان گروه مداخله گردید. این نتایج را می‌توان با مطالعات حاضر با Dsouza و همکاران، موحدی و فرهادی، سیدطیایی و همکاران [۱۱، ۱۶، ۱۸] همسو دانست. نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی مداخلات روان‌شناختی و حمایتی بر افزایش امید به زندگی، بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و سلامت هیجانی مبتلایان به سرطان پستان است. علی‌رغم اهمیت موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری از جمله رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان حوزه مهمی از روان‌درمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در افزایش امید به زندگی و بهزیستی روانی افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند، نشان داده‌اند [۱۵]. تنها تعداد اندکی از پژوهش‌ها به بررسی کاربردهای فنون درمان پذیرش و تعهد در روان‌درمانی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته‌اند از جمله می‌توان به پژوهش Hulbert-Williams و همکاران (۲۰۱۵) اشاره نمود که رویکرد پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مؤثر در سازگاری با سرطان معرفی می‌کنند [۳۴]. نتایج پژوهش‌های دیگر در حوزه کاربرد رویکرد پذیرش و تعهد نشان می‌دهد که اجرای این مداخله منجر به ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مبتلایان به سرطان می‌شود که این امر تغییراتی در امید به زندگی، بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بیماران را در پی دارد [۳۵]. در تبیین این یافته باید به فرایندهای حاکم بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد. از جمله مهم‌ترین تکنیک‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران مبتلا به سرطان پستان به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و در نهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیر کردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند. فرایند مؤثر دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. در این مولفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌گردد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند [۳۶]. همچنین فرایندهای ذهن آگاهی مورد استفاده در این درمان موجب می‌شود که دیدگاهی متفاوت نسبت به رویدادهای ذهنی ایجاد شود و به فرد این اجازه را می‌دهد تا رویدادهای ذهنی را مشاهده کرده و آن‌ها به عنوان یک رویداد و نه به عنوان بخشی از خود در نظر بگیرد [۲۴]. در همین راستا مطالعات صورت گرفته بیانگر آن هستند که ذهن آگاهی اثرات بسیاری را در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای امید به زندگی، بهزیستی روانی و سلامت معنوی برجای می‌گذارد [۳۷]. همچنین در فراتحلیلی که

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 کیفیت زندگی و سلامت روان هر دو گروه از زنان و مردان مبتلا به سرطان پستان اقدام نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره، روان‌درمانی و بیمارستان‌ها به استفاده از درمان‌های گروهی و در دسترس و ارزانی همچون درمان‌های موج سوم به منظور بهبود هر چه بیشتر عملکردهای روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان اقدام نمایند.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از طرح پژوهشی مصوب بوده و با همکاری معاونت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1394.30 و تاریخ ثبت ۱۳۹۴/۷/۳۰ انجام گردید. بدین وسیله از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش و همکاران بخش آنکولوژی بیمارستان شهدای تجریش تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

نتیجه سازگاری آنها بهبود می‌یابد. در جلسات دوم و سوم که انعطاف پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی آموزش داده می‌شود. جداسازی شناختی باعث می‌شود که زنان مبتلا به سرطان پستان مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت‌تر در مورد مشکلات و بیماری خود حرف بزنند و این به فرد کمک می‌کند تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در جلسات ششم و هفتم که بر افزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود، زنان مبتلا به سرطان پستان نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش قرار می‌دهند و سعی می‌کنند قضاوت درستی در مورد بیماری و مشکلات مربوط به این بیماری بکنند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان دهنده آن بود که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی تأثیر معناداری داشته است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش 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 بیمارستان شهدای تجریش شهر تهران را شامل می‌شود، لذا نمونه انتخابی نمی‌تواند نماینده همه بیماران کشور باشد و

References

- Pudkasam S, Tangalakis K, Chinlumprasert N, Apostolopoulos V, Stojanovska L. Breast cancer and exercise: The role of adiposity and immune markers. *Maturitas*. 2017;105:16-22. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.04.022 pmid: 28515012
- Shinden Y, Kijima Y, Hirata M, Nakajo A, Tanoue K, Arigami T, et al. Clinical characteristics of breast cancer patients with mental disorders. *Breast*. 2017;36:39-43. doi: 10.1016/j.breast.2017.08.010 pmid: 28942099
- Hasani J, Emamverdi F. The effectiveness of mindfulness based group cognitive therapy on assertiveness of women with breast cancer. *EBNESINA J Med* 2017;19(2):21-7.
- Mohamad Karimi M, Shariatnia K. Effectiveness of spiritual therapy on the life quality of the women with breast cancer in tehran. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci*. 2017;15(2):107-18.
- Hunter S, Love-Jackson K, Abdulla R, Zhu W, Lee JH, Wells KJ, et al. Sun protection at elementary schools: a cluster randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(7):484-92. doi: 10.1093/jnci/djq010 pmid: 20332388
- Bavadi B, Poursharifi H, Lotfi Kashani F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based 8-step Pattern of Cash to Improve Psychological well-being of Women with Breast Cancer. *Iran Q J Breast Dis*. 2016;8(4):41-51.
- Amani O, Malekzade Moghani M, Peykani S. Retrospective and Prospective Memory in Women with Breast Cancer as Well as Breast Cancer Survivors with History of Chemotherapy Compared with Healthy Counterparts. *J Nurs Educ* 2017;4(4):8-15.
- GHaribi Asl A, Sodan M, Atari Y. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Counseling on Self-Concept and Depression in Women with Breast Cancer. *Jundishapur Sci Med J* 2016;15(3):333-45.
- Amani O, Malekzade Moghani M, Peykani S. Study of executive function in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2017;20(6):44-36.
- Salari Rad Z, Ghorbani N, Bagheri F. Self-Control role in responding to the stress of breast cancer. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2016;4(4):15-22.
- Dsouza SM, Vyas N, Narayanan P, Parsekar SS, Gore M, Sharan K. A qualitative study on experiences and needs of breast cancer survivors in Karnataka, India. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2017.
- Peykani S, Dehghani M, Malekzade Moghani M. Comparison of Family Resilience and Coping Strategies amongst Married Women Diagnosed with Breast Cancer Undergoing Chemotherapy, Breast Cancer Survivors and Women without Cancer. *Iran J Nurs Res* 2018;12(6):10-8. doi: 10.21859/ijnr-12062
- Proserpio T, Ferrari A, Lo Vullo S, Massimino M, Clerici CA, Veneroni L, et al. Hope in cancer patients: the relational domain as a crucial factor. *Tumori*. 2015;101(4):447-54. doi: 10.5301/tj.5000366 pmid: 26045106
- Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF, Valerio TD. Poor sleep quality, depression and hope before breast cancer surgery. *Appl Nurs Res*. 2017;34:7-11. doi: 10.1016/j.apnr.2016.11.010 pmid: 28342628
- Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manage*. 2010;40(2):174-82. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.01.014 pmid: 20579840

16. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *J Holist Nurs Midwifery*. 2015;25(2):84-92.
17. Mousvi Diva R, Moghadam N, Amani O. Evaluating Family Functioning and Spiritual Health in Women with Breast Cancer, Cancer-Treated and Healthy Women. *J Nurs Educ* 2017;5(5):49-56. doi: 10.21859/ijpn-05057
18. SeyedTabaee R, Rahmatinejad P, Mohammadi D, Etemad A. The role of coping strategies and cognitive emotion regulation in well-being of patients with cancer. *J Qazvin Univ Med Sci*. 2017;21(2):49-1.
19. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health. *Psychol Inq*. 1998;9(1):1-28.
20. Sharifi G, Azarniad A, Khalili S, Seifi SJ, Hamidi O. Relationship between Schwartz's Personal Values and Subjective Well-being among Patients with Breast Cancer. *J Clin Psychol*. 2016;8(4):63-74. doi: 10.22075/jcp.2017.2254
21. Green MJ, Schubart JR, Whitehead MM, Farace E, Lehman E, Levi BH. Advance care planning does not adversely affect hope or anxiety among patients with advanced cancer. *J Pain Symp Manage*. 2015;49(6):1088-96.
22. Ho S, Rajandram RK, Chan N, Samman N, McGrath C, Zwahlen RA. The roles of hope and optimism on posttraumatic growth in oral cavity cancer patients. *Oral Oncol*. 2011;47(2):121-4. doi: 10.1016/j.oraloncology.2010.11.015 pmid: 21183398
23. Forman EM, Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. *Gen Principles Empiric Support Techn Cogn Behav Ther* 2009:77-101.
24. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822-48. pmid: 12703651
25. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, et al. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behav Ther*. 2004;35(4):689-705.
26. Thekiso TB, Murphy P, Milnes J, Lambe K, Curtin A, Farren CK. Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behav Ther*. 2015;46(6):717-28.
27. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68-78. pmid: 11392867
28. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression and Anxiety among women with breast Cancer. *Pajouhan Sci J* 2017;15(4):42-9. doi: 0.18869/acadpub.psj.15.4.42
29. Bloy S, Oliver JE, Morris E. Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clin Case Stud* 2011;10(5):347-59.
30. Snyder CR, Lopez SJ, Pedrotti JT. Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths: SAGE Publications; 2010.
31. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002;13(4):249-75.
32. Iranian Pahrabad S, Mashhadi A, Tabibi Z, Modarres Gharavi M. The effectiveness of attachment-based group training on the psychological well-being of a non-clinical sample of students with preoccupied insecure attachment style. *J Fundam Ment Health*. 2016;18(2):109-15. doi: 10.22038/jfmh.2016.6722
33. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;14(2):146-51.
34. 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 pmid: 25100576
35. 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 pmid: 23382134
36. Thomas N, Shawyer F, Castle DJ, Copolov D, Hayes SC, Farhall J. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):198. doi: 10.1186/1471-244X-14-198 pmid: 25015368
37. 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 pmid: 24118428
38. Hoseini S, Najafi M, Bighdeli I, Soltani Nejad M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Resiliency and Emotional Regulation in Women with Breast Cancer. *Semnan University of Semnan*; 2017.
39. Bricker J, Tollison S. Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: a conceptual and clinical review. *Behav Cogn Psychother*. 2011;39(5):541-59. doi: 10.1017/S1352465810000901 pmid: 21338532
40. Dadashi S, Momeni F. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hope in Women With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *Pract Clin Psychol* 2017;5(2):107-14. doi: 10.18869/acadpub.jpcp.5.2.107
41. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 2010;19(2):597-605. doi: 10.1016/j.concog.2010.03.014 pmid: 20363650