



## The effectiveness of acceptance and commitment therapy on inner happiness and quality of life of women with breast cancer

✉  
Ramin Karimi, Bahram Mirzaian, Ghodratollah Abbasi

### Abstract

**Background and Aim:** The effectiveness of acceptance and commitment therapy on inner happiness and quality of life of women with breast cancer. **Methods:** The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with the control group. The statistical population included all young women 20 to 45 years old with breast cancer who received a definite diagnosis of breast cancer according to clinical and laboratory examinations by a specialist. Among them, 30 people were selected by available sampling method and randomly replaced in two experimental groups (psychotherapy based on acceptance and commitment) and control (15 people in each group). Then the experimental group was treated in 10 sessions of 90 minutes (one session per week) with psychotherapy methods based on acceptance and commitment based on the protocol of Hayes et al. (2004) and the waiting list group was not subjected to any intervention until the end of the follow-up. The data were collected with the help of Argyle's (2001) inner happiness questionnaires, quality of life questionnaire (SF-36) and were analyzed through analysis of variance with repeated measures and using SPSS-22 software. **Results:** The results of the research showed that psychotherapy based on acceptance and commitment is effective on the inner happiness ( $P < 0.001$ ) and quality of life ( $P < 0.001$ ) of women with breast cancer. **Conclusion:** As a result, health professionals can use psychotherapy based on acceptance and commitment along with other treatment methods to improve the inner happiness and quality of life of vulnerable groups, including breast cancer patients.

**Received:** 24.01.2022

**Revision:** 23.05.2022

**Acceptance:** 23.06.2022

### Keywords:

Parenting program, Parent-child relationship, learning disorder

### How to cite this article:

Karimi, R., Mirzaian, B., & Abbasi, Gh. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on inner happiness and quality of life of women with breast cancer. *Bi-Quarterly Journal of studies and psychological news in adolescents and youth*, 2(2): 152-163

### Article type

Original research

1. **Ramin Karimi**, Ph.D student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran, 2. **Bahram Mirzaian**, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran, 3. **Ghodratollah Abbasi**, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

✉ Correspondence related to this article should be addressed to **Bahram Mirzaian**, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

**Email:** Bahrammirzaian@gmail.com

## اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

رامین کریمی، بهرام میرزاییان، قدرت‌الله عباسی

### چکیده

**زمینه و هدف:** سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان شناخته می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا بر تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر یک نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. **روش پژوهش:** با روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان جوان ۲۰ تا ۴۵ سال مبتلا به سرطان پستان که با توجه به معاینات بالینی و آزمایشگاهی توسط متخصص، تشخیص قطعی بیماری سرطان پستان دریافت کردند، بود. از این بین تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش (روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گواه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز و همکاران (۲۰۰۴) تحت درمان قرار گرفتند و گروه لیست انتظار تا پایان پیگیری تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. داده‌ها با کمک پرسشنامه‌های شادمانی درونی آرگایل (۲۰۰۱)، پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) جمع‌آوری و از طریق آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی ( $P < 0/001$ ) و کیفیت زندگی ( $P < 0/001$ ) زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. **نتیجه‌گیری:** نتیجه، متخصصان سلامت می‌توانند از روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کنار سایر روش‌های درمانی برای بهبود شادمانی درونی و کیفیت زندگی گروه‌های آسیب‌پذیر از جمله مبتلایان به سرطان پستان استفاده کنند.

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۲/۱۰

اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰

### واژه‌های کلیدی:

پذیرش و تعهد، شادمانی درونی، کیفیت زندگی، سرطان پستان

### نحوه ارجاع دهی به مقاله:

کریمی، ر.، میرزاییان، ب. و عباسی، ق. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *دوفصلنامه روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۲(۲): ۱۶۳-۱۵۲

### نوع مقاله:

پژوهشی اصیل

۱. رامین کریمی، دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛ ۲. بهرام میرزاییان، استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران؛ ۳. قدرت‌الله عباسی، استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به بهرام میرزاییان، استادیار گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران است.

پست الکترونیکی: Bahrammirzaian@gmail.com

## مقدمه

در بیماری سرطان، ثانیه‌ها حکم مرگ و زندگی را دارند. از یک سو نه تنها کنار آمدن با این خبر که کسی دچار این بیماری شده و تحمل مراحل تشخیص تا پایان دوره شیمی‌درمانی، امری بسیار رنج‌آور و استرس‌زاست؛ بلکه از سوی دیگر حفظ انسجام شخصیتی، تعادل روانی و سازگاری با شرایط جدید، موضوعی است که نمی‌توان از بیمار انتظار داشت بلافاصله بدان دست یابد و فرد نه تنها از لحاظ جسمانی، بلکه از نظر روانی نیز دستخوش دگرگونی‌های بزرگی می‌شود. تا حدی که بیمار گاه روند دردناک و ناراحت‌کننده درمان‌های زیست‌شناختی و پزشکی را رها کرده و تسلیم می‌گردد (هندریکس، دایکسترا، حسنخان، بوهملیجر و جونگ، ۲۰۱۹). تحقیقات نشان داده مداخلات روان‌شناختی برای این افراد می‌تواند بر ظرفیت و توانش آن‌ها در سازگاری مجدد، ارتقاء کیفیت زندگی، ایجاد منبع کنترل و بهبود روان‌شناختی مؤثر بوده و در پشت سر گذاردن دوره شیمی‌درمانی و نگاه مثبت به آینده نیز اثرگذار باشد (غفاری، فتوکیان، ۱۳۹۴؛ هادلند اسمیت، دندو، واجد، سوگگ، زیمرمن، و راکل، ۲۰۱۹؛ سلاجقه و رقیبی، ۱۳۹۳؛ پهلوان شریف ۲۰۱۷). مداخلات روان‌شناختی می‌تواند بر تاب‌آوری، امید به زندگی و بازگشت بیمار به زندگی نسبتاً عادی مؤثر واقع شود (هانگ، هانگ، بائو، ژنگ، دو و وو، ۲۰۱۹). امروزه الگوی زیستی انسان، به سبب سبک زندگی صنعتی و تولید مطالبات گوناگون از سوی رسانه‌ها، دستخوش تحول عظیمی شده است (خدابخش، خسروی و شاهنگیان، ۱۳۹۳). سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان شناخته می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا بر تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر یک نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد (کلنی و اندرسون، ۲۰۱۹). البته آمار مبتلایان به سرطان در ایران نیز از همین قاعده پیروی می‌کند (قلجی و رضایی، ۱۳۹۷). سرطان بعد از بیماری‌های قلبی عروقی دومین علت مرگ‌ومیر در آمریکا و سومین علت مرگ در ایران است (نوری دلویی و عرب پور، ۱۳۹۷). یافته‌های این

پژوهش‌ها نشان می‌دهد مبتلایانی که سازگاری خوبی با بیماری نشان می‌دهند کمتر مضطرب و یا افسرده می‌شوند و میزان کمتری از توجه و رسیدگی پزشکی را درخواست می‌کنند که در نتیجه کاهش هزینه‌های درمان را در پی دارد (بشرپور، جعفری و امیری، ۱۳۹۶).

در بیماری‌های صعب‌العلاجی نظیر سرطان، حالت خوب بودن و سلامت، دربرگیرنده مؤلفه‌های جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد و برای رسیدن به بهترین نتیجه نیاز به مداخله‌های چندجانبه شامل مداخله‌های جسمی و روانی ضرورت می‌یابد. اقدامات پزشکی تنها یک بعد درمان محسوب می‌گردد و با توجه به اینکه تنیدگی‌های روان‌شناختی ناشی از بیماری سرطان سبب اضطراب و افسردگی در بیماران شده و عدم کاهش و درمان این واکنش‌ها باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان پزشکی و کاهش امید به زندگی می‌شود (فلاحی، لطفی کاشانی، مسجدی آرانی، ۱۳۹۵).

از طرف دیگر مشخص شده است که مهم‌ترین علل و عوامل مستعد کننده، به‌وجودآورنده و پیش برنده سرطان‌ها در کلیه جوامع از الگوی تقریباً مشابهی برخوردار بوده و تحت تأثیر عواملی مانند مواد سرطان‌زا، سبک زندگی، عادات غذایی و تغذیه نامناسب، عدم تحرک، چاقی و استفاده از الکل و سیگار و مواردی از این قبیل قرار می‌گیرند (ناهله، بتی و مال، ۲۰۱۱). عواملی که می‌توان آن‌ها را به‌عنوان زیر مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی افراد دانسته و با بررسی عوامل تأثیرگذار بر آن شاید بتوان اقداماتی پیشگیرانه را در سطوح اولیه، ثانویه و ثالث برای این افراد مهیا ساخت.

در نظر گرفتن متغیرهایی مانند شادمانی درونی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان، اهمیت توجه به ابعاد روان‌شناختی این بیماران را بیش‌ازپیش آشکار ساخته و می‌تواند تلاش برای انجام مداخلات روان‌شناختی در این بیماران را راستای پیشگیری، درمان و توان‌بخشی آنان در حوزه‌های یادشده به دنبال داشته باشد. این در حالی است که حمایت‌ها و درمان‌های دریافتی برای این بیماران را عمدتاً مراقبت‌های پزشکی تشکیل داده و

بشر، به دلیل تأثیرات عمده‌ای که بر مجموعه زندگی انسان دارد، همیشه ذهن انسان را به خود مشغول ساخته است. شادمانی درونی، یکی از هیجانات مثبت است که در مقابل هیجانات منفی مانند افسردگی، اضطراب و یأس قرار دارد. همان‌طور که افسردگی و یأس بر عملکرد افراد تأثیر منفی می‌گذارد، شادمانی درونی و نشاط اجتماعی بر عملکرد و بهره‌وری افراد تأثیر مثبت می‌گذارد. هیلز و آرگایل (۲۰۰۲) شادمانی درونی را برحسب سه مؤلفه فراوانی و شدت احساسات مثبت، وجود سطح متوسطی از رضایتمندی در طول یک دوره زمانی و عدم وجود احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی تعریف می‌کنند (مرتضی بیگی و همکاران، ۱۴۰۰).

کیفیت زندگی یکی دیگر از سازه‌های مطرح در روان‌شناسی مثبت است که پژوهش‌های بسیاری در خصوص آن صورت گرفته است. کیفیت زندگی، شاخص اساسی سلامت محسوب می‌شود و از آنجاکه کیفیت زندگی، ابعاد متعددی نظیر سلامت جسمی، بهداشت روانی، ارتباطات اجتماعی، زندگی خانوادگی، هیجان‌ها، کارکردهای جسمانی، معنویت و زندگی حرفه‌ای افراد را شامل می‌شود، توجه به آن از اهمیت دوچندانی برخوردار است. سازمان سلامت جهان، کیفیت زندگی را به‌عنوان درک شخصی افراد از جایگاهشان در زندگی در بستری از فرهنگ و ارزش‌هایی می‌داند که افراد با آن‌ها زندگی می‌کنند و به دنبال اهداف، انتظارات و استانداردهای زندگی خویش هستند (راونس - سیبرر و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین با توجه به مطالب بیان‌شده هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان جوان ۲۰ تا ۴۵ سال مبتلا به سرطان پستان که با توجه به معاینات بالینی و آزمایشگاهی توسط متخصص، تشخیص قطعی بیماری سرطان پستان دریافت کردند، بود. از این بین تعداد ۳۰

وضعیت روان‌شناختی آنان چنان چه لازم است، مورد توجه قرار نگرفته است. از طرف دیگر به نظر مراکز درمانی ویژه این بیماران فاقد بسته‌های درمانی روان‌شناختی تأیید شده جهت کمک به آنان در ابعاد موردنظر بوده و تهیه چنین بسته‌هایی نیازمند انجام پژوهش‌های کنترل‌شده در جوامع مختلفی از بیماران می‌باشد. امروزه دسته‌های مختلفی از درمان‌های فردی متمرکز بر شناخت‌ها و هیجانات افراد در کنار درمان‌های بین فردی جهت کمک به درمان اختلالات روان‌شناختی و کمک به ارتقای سطوح بهداشت روانی افراد توسعه یافته‌اند، که از میان آنان می‌توان روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌عنوان مداخلاتی که پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده‌اند، نام برد.

مداخلات جدید روان‌شناختی در مورد بیماران مبتلا به سرطان، طیف وسیعی را در برمی‌گیرد که در این بین اثربخشی دو رویکرد یا به بیان دقیق‌تر، دو پارادایم یعنی موج سوم رویکرد پذیرش و تعهد، از الگوهای جالب توجهی در چهارچوب درمانی و فلسفی برخوردارند که از نقطه‌نظر استراتژیک برای علوم انسانی با نگاه بوم‌شناختی و تولید علم نیز اهمیت دارند. به طوری که در یک‌سو درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با خواستگاهی رئالیستیک، غیر مکانیکی و بافت‌گرا قرار گرفته است (باخ و موران، ۱۳۹۶).

در همین راستا سیدی اصل (۱۳۹۶) و لایوس و همکاران، (۲۰۱۱)، در باب پیچیدگی روان‌درمانی‌های رایج اظهار می‌دارند: " لزومی ندارد درمان‌های روان‌شناختی بسیار پیچیده و دشوار باشند، بلکه اگر بتوان با روش‌های ساده‌تر به هدف اصلی یعنی درمان بیمار رسید، نیازی به استفاده از روش‌های پرهزینه، زمان‌بر و پیچیده نیست. به همین دلیل نیز در سال‌های اخیر روش‌های درمانی کوتاه‌مدت و کم‌هزینه‌تر جایگزین، درمان‌های سنتی شده‌اند که از نظر اثربخشی نیز تفاوتی بین آن‌ها دیده نمی‌شود. درمان‌های گوناگونی در این رابطه مطرح گردیده و هر کدام شواهدی در تعیین میزان اثربخشی برنامه‌های مداخلاتی خود ارائه کرده‌اند. از جمله این درمان‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (کارگزارده، ۱۳۹۷).

در سال‌های اخیر با گسترش مثبت‌گرا، مطالعه شادمانی درونی، محور اساسی پژوهش‌های این حیطه بوده است. شادمانی و نشاط به‌عنوان یکی از مهم‌ترین نیازهای روانی

آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و پایایی باز آزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ گزارش کرده است. روایی همزمان این پرسشنامه با استفاده از ارزیابی دوستان افراد درباره آن‌ها ۰/۴۳ محاسبه شد. در پژوهشی که توسط علیپور و نوربالا (۱۳۸۷) به منظور بررسی اعتبار و پایایی فهرست شادکامی آکسفورد اجرا شد، آلفای کرونباخ برای کل فهرست برابر با ۰/۹۱ بود. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمده است.

**پرسشنامه کیفیت زندگی:** پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی (SF-36) است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده است و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. هشت زیرمقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از: عملکرد جسمی ((PF, اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی ((RP, اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی ((RE, انرژی/خستگی ((EF, بهزیستی هیجانی ((EW, کارکرد اجتماعی ((SF, درد ((P و سلامت عمومی ((GH. همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی بانام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسشنامه نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر است و برعکس. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به شرح زیر می‌باشد: با توجه به پیچیدگی نمره‌گذاری این پرسشنامه آن را به‌طور کامل در اینجا توضیح خواهیم داد. در ابتدا باید نمرات به دست آمده را بدین شرح تبدیل کنید: در سؤالات ۱-۲-۲۰-۲۲-۳۴-۳۶ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۷۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۲۵ و به گزینه ۵ نمره ۰ بدهید. در سؤالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۵۰ و به گزینه ۳ نمره ۱۰۰ بدهید. در سؤالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹ به گزینه ۱ نمره ۰ و به گزینه ۲ نمره ۱۰۰ بدهید. در سؤالات ۲۱-۲۳-۲۶-۲۷-۳۰ به گزینه ۱ نمره ۱۰۰، به گزینه ۲ نمره ۸۰، به گزینه ۳ نمره ۶۰، به گزینه ۴ نمره ۴۰، به گزینه ۵ نمره ۲۰ و به گزینه ۶ نمره ۰ بدهید. در

نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب و در گروه آزمایش و گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۵ نفر در هر گروه). سپس گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) با روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تحت درمان قرار گرفتند و گروه لیست انتظار تا پایان پیگیری تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. ملاک‌های ورود شامل: زنان مبتلا به سرطان پستان باشند. بین ۲۰ الی ۴۵ سال سن داشته باشند. از کلیه شرکت‌کنندگان قبل از شرکت در پژوهش آزمون شادمانی آکسفورد به عمل آمد. نمره برش برای شرکت در پژوهش ۲۳ بود. حداقل تحصیلات فوق‌دیپلم داشته باشند. داروی اعصاب و روان در طول سه ماه گذشته مصرف نکرده باشند. به بیماری روان‌پزشکی جدی مانند سایکوتیک و نظیر آن مبتلا نباشند. موافقت‌نامه رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش را تکمیل نموده باشند. در هنگام اجرای پژوهش، تحت درمان با سایر مداخلات روان‌شناختی قرار نگیرند. ملاک‌های خروج شامل دو جلسه در جلسات درمان غیبت کنند. مشخص شود داروی اعصاب و روان یا مواد در طول سه‌ماهه گذشته مصرف کرده است. به مانیا یا یک اختلال سایکوتیک مبتلا شده باشند.

### ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه شادمانی درونی:** آزمون شادکامی آکسفورد ۱ دارای ۲۹ سؤال است و میزان شادکامی فردی را می‌سنجد. پایه نظری این پرسشنامه تعریف آرگایل (۲۰۰۱) از شادکامی است. این آزمون در سال ۱۹۸۹ توسط آرگایل و بر اساس پرسشنامه افسردگی بک ساخته شده است. بالاترین نمره‌ای که آزمودنی می‌تواند در این مقایسه کسب کند، ۸۷ است که بیانگر بالاترین حد شادکامی بوده و کمترین نمره آن، صفر است که بیانگر ناراضی بودن آزمودنی از زندگی و افسردگی فرد است. عدد ۴۳/۵ نقطه برش پرسشنامه می‌باشد. آرگایل (۲۰۰۱) پایایی پرسشنامه آکسفورد را به کمک ضریب

1 Oxford Happiness Questionnaire (OHQ)



اجتماعی (SF): سؤالات ۲۰ و ۳۲ تقسیم‌بندی ۲، درد (P): سؤالات ۲۱ و ۲۲ تقسیم‌بندی ۲، سلامت عمومی (GH): سؤالات ۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶ تقسیم‌بندی ۵، نکته: سؤال ۲ در هیچ زیرمقیاسی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. به دست آوردن دو زیرمقیاس کلی: زیرمقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های کارکرد جسمی (PF)، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (RP)، درد (P)، سلامت عمومی (GH). زیرمقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (RE)، انرژی/خستگی (EF) بهزیستی هیجانی (EW)، کارکرد اجتماعی (SF). نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-۳۶، به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است. در این پژوهش، ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمده است.

سؤالات ۲۴-۲۵-۲۸-۲۹-۳۱ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۰، به گزینه ۳ نمره ۴۰، به گزینه ۴ نمره ۶۰، به گزینه ۵ نمره ۸۰ و به گزینه ۶ نمره ۱۰۰ بدهید. در سؤالات ۲۲-۳۳-۳۵ به گزینه ۱ نمره ۰، به گزینه ۲ نمره ۲۵، به گزینه ۳ نمره ۵۰، به گزینه ۴ نمره ۷۵ و به گزینه ۵ نمره ۱۰۰ بدهید. زیرمقیاس‌ها: برای به دست آوردن ۸ زیرمقیاس باید سؤالات مربوط به هر زیرمقیاس را جمع کنید و سپس تقسیم‌بندی تعداد سؤالات نمائید؛ بنابراین نمرات هر زیرمقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ خواهد بود: کارکرد جسمی (PF): سؤالات ۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲ تقسیم‌بندی ۱۰. اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی (RP): سؤالات ۱۳-۱۴-۱۵-۱۶ تقسیم‌بندی ۴، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی (RE): سؤالات ۱۷-۱۸-۱۹ تقسیم‌بندی ۳، انرژی/خستگی (EF): سؤالات ۲۳-۲۷-۲۹-۳۱ تقسیم‌بندی ۴، بهزیستی هیجانی (EW): سؤالات ۲۴-۲۵-۲۶-۲۸-۳۰ تقسیم‌بندی ۵، کارکرد

**جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات بر اساس پروتکل درمانی هیز و همکاران (۲۰۰۴)**

جلسات	اهداف جلسات	خلاصه جلسات
<b>جلسه اول</b>	آشنایی با شرکت‌کنندگان، معرفی اهداف برنامه، قوانین و مقررات گروه، برگزاری پیش‌آزمون‌ها	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن مبتلایان به سرطان پستان با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسش‌نامه و بستن قرارداد درمانی، کسب شناخت کافی در رابطه با اهداف برنامه آموزشی، قوانین گروه از جمله رازداری و حضور به‌موقع در جلسات و چگونگی روند پژوهش، اجرای پیش‌آزمون. تکلیف: مشخص کردن اهداف خود از شرکت در پژوهشی
<b>جلسه دوم</b>	بررسی مهم درگیری‌ها و مشکلات عمده، بحث در مورد تعارضات و راهکارهای استفاده‌شده	بررسی مشکلات و درگیری‌های اعضا، شناسایی تأثیراتی که مشکلات بر شرکت‌کننده‌ها داشته، شناسایی راه‌حل‌های که تا اکنون استفاده کرده‌اند. تکلیف: مشخص کردن علت اصلی تعارضاتی و مشکلاتی در زندگی و بررسی تأثیر این مشکلات بر روابط آن‌ها
<b>جلسه سوم</b>	بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد در ماندگی خلاق	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیرات تعارضات در زندگی آن‌ها همچنین بررسی راهبردهای استفاده شده و مشخص کردن کارآمدی و ناکارآمدی این راهبردها، پی بردن به بهبودی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره‌های شخص در چاه استعاره- استعاره داروهای مسکن- استعاره طناب‌کشی با هیولا. تکلیف: مشخص کردن راهبردهای کنترلی و نقش آن‌ها در تعارضات و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی
<b>جلسه چهارم</b>	درک اینکه کنترل مسئله است نه راه‌حل، پی بردن به رفتارهای تعارض برانگیز و پرورش افکار و احساسات مخرب و آسیب‌زا، آموزش ذهن آگاهی و پذیرش	بررسی تکلیف جلسه قبل و بحث درباره بهبودی راهبردهای کنترلی، توضیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات. برای این منظور از استعاره‌های زیر استفاده می‌شود: استعاره دونات ژله‌ای، تکلیف: اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی

جلسه پنجم	آموزش گسلش شناختی (فاصله گرفتن از افکار و مشاهده آن‌ها بدون قضاوت)	توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار. تکلیف: تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن بر تعارضات در زندگی
جلسه ششم	جایگزینی برای کنترل: تمایل، احساسات پاک و ناپاک	شرکت‌کنندگان لازم است در این جلسه به منشأ تعارضات که ریشه در افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند گذشته آن‌ها دارد پی ببرند و در مقابل این تجربیات درونی ناخوشایند رفتارهای واکنشی و تعارض برانگیز را نشان ندهند بلکه این افکار و احساسات را تجربه کنند برای کمک به تجربه درون خودشان، تشخیص احساسات پاک از ناپاک، ذکر مثال‌های در مورد هیجانات و احساسات اولیه (پاک) و هیجانات و احساسات ثانویه (ناپاک)
جلسه هفتم	آشنایی با خود به عنوان زمینه و ادامه گسلش شناختی و	بررسی تکالیف جلسات قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان‌جویان، شناخت ویژگی‌های پنهان زبان و ذهن، شکاف بین واقعیات درونی و بیرونی، شناخت انواع آمیختگی‌ها و حرکت به سمت یک زندگی ارز شمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر. استفاده از استعاره صفحه شطرنج، استعاره خانه با مبلمان، مسافران در اتوبوس-
جلسه هشتم	تصریح ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمان‌جویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، برای کمک به درک بهتر این موضوع از استعاره تشیع جنازه، مشخص نمودن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات و رشد شخصی، تفریح و سرگرمی، معنویت، زندگی اجتماعی
جلسه نهم	ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر، حرکت با تمام وجود در مسیر ارزش‌ها بدون توجه به افکار و احساسات و خاطرات گذشته
جلسه دهم	مرور جلسات، اجرای پس آزمون	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت

عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-۲۲ استفاده گردیده است.

### یافته‌ها

### روش اجرا

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت‌کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورداحترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام‌شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه،

ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد ۳۳/۳ درصد از افراد مجرد و ۶۶/۷ افراد متأهل بودند. بیشترین افراد پاسخ‌دهنده دارای سن ۲۵ تا ۳۰ سال بودند و کمترین افراد دارای ۴۰ تا ۴۵ سال بودند که در این پژوهش سقف سنی ۴۵ در نظر گرفته شده است. همچنین ۴۵ درصد افراد دارای سن ۲۵ تا ۳۰ سال بودند. ۴۵ درصد از افراد دارای مدرک فوق‌دیپلم و ۱۴ نفر دارای مدرک لیسانس بوده‌اند.

جدول ۲- شاخص‌های آماری خرده مقیاس‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیرهای پژوهش	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش	شادمانی درونی	۴۳/۲۷	۹/۴۷	۴۸/۳۳	۱۱/۴۹	۴۹/۴۱
	کیفیت زندگی	۷۸/۴۴	۱۱/۲۹	۸۵/۵۱	۱۳/۲۹	۸۴/۶۱
گواه	شادمانی درونی	۴۴/۰۰	۱۲/۵۵	۴۴/۳۵	۱۲/۵۶	۴۴/۴۴
	کیفیت زندگی	۷۶/۵۴	۱۳/۳۵	۷۶/۶۶	۱۳/۳۶	۷۷/۷۱

طبق نتایج جدول ۲، میانگین ابعاد تمام متغیرها که بار معنایی منفی دارند، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش با افزایش میانگین همراه بوده است، در صورتی که در گروه گواه این تغییر مشاهده نشد.

جدول ۳- نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنوف			آزمون لوین			موخلی
		درجه آزادی	آماره	معناداری	درجه آزادی	آماره	معناداری	
شادمانی درونی	آزمایش	۱۵	۱/۰۷	۰/۱۲۹	۲۸	۰/۸۴۲	۰/۳۶۷	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۰/۷۴	۰/۶۵۱	۲۸	۰/۲۷۴	۰/۲۷۴	۰/۹۳
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۵	۱/۰۱	۰/۲۳۵	۲۸	۱/۲۴۶	۰/۲۷۴	۰/۴۶
	گواه	۱۵	۰/۶۲	۰/۷۳۵	۲۸	۲/۹۹	۰/۲۷۴	۰/۹۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چند متغیری در بین گروه‌های مورد مطالعه در متغیرهای شادمانی درونی و کیفیت زندگی نشان داد اثر بین آزمودنی (گروه) معنادار می‌باشد و این اثر بدین معنی است که حداقل یکی از گروه‌ها با یکدیگر در حداقل یکی از متغیرهای

شادمانی درونی و کیفیت زندگی تفاوت دارند. اثر درون آزمودنی (زمان) برای متغیرهای پژوهش نیز معنادار بود که بدین معنی است که در طی زمان از پیش‌آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای میانگین با تغییر همراه بوده است.

جدول ۴- تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای شادمانی درونی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
امید به زندگی	زمان	۳۰/۸۲	۲	۱۵/۴۱	۴۴/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱
کیفیت زندگی	زمان*گروه	۸/۶۰	۲	۴/۳۰	۱۲/۵۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰
	گروه	۶۹/۴۰	۱	۶۹/۴۰	۴۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹



کیفیت	زمان	۱۸۴/۰۲	۱/۴۴	۱۲۶/۹۸	۲۷۶/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۰
زندگی	زمان*گروه	۱۶۰/۶۸	۱/۴۴	۱۱۰/۸۸	۲۴۱/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۹
	گروه	۶۱۳/۶۱	۱	۶۱۳/۶۱	۳۸/۸۸	۰/۰۰۰۹	۰/۲۲

همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) معنادار و برای عامل بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به‌تنهایی معنادار است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درون‌گروهی روان‌درمانی پذیرش و تعهد در شادمانی درونی و کیفیت زندگی در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
شادمانی درونی	پیش آزمون	۵/۹۶-	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۶/۸۶-	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۰۰-	۱/۲۲	۰/۰۹۶
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷/۴۴-	۱/۲۵	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۶/۵۷-	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲/۹۶-	۰/۹۴	۰/۱۵۴

در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پرورش ذهن آگاهی به‌منظور خنثی کردن درگیری مفرط با شناخت‌ها و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری صورت می‌گیرد و فرد تشویق می‌شود تا درحالی‌که به‌سوی اهداف ارزشمند خود در حرکت است، با تجربیاتش به‌طور کامل و بدون مقاومت ارتباط برقرار کند و آن‌ها را بدون قضاوت در مورد درستی یا نادرستی‌شان، در هنگام ظهور بپذیرد. این امر باعث افزایش انگیزه برای تغییر باوجود موانع غیرقابل‌اجتناب می‌شود و شخص را ترغیب می‌کند تا در جهت تحقق اهداف ارزشمند زندگی خود تلاش کند. درواقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفاف‌سازی ارزش‌های ارتباطی و تعمق برای عمل به‌صورت سازگار، به افراد این فرصت را می‌دهد که به شیوه‌ای عمل نمایند که آنان را به سمت شادبود در زندگی هدایت نماید. پذیرش افکار، احساسات و هیجانات به‌عنوان هیجانات همان‌گونه که هستند، منجر به تضعیف آمیختگی‌های شناختی می‌شود و در کنار آن،

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان‌دهنده شادمانی درونی و کیفیت زندگی در گروه روان‌درمانی پذیرش و تعهد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون معنی‌دار بود ( $P < 0/001$ ). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری مشاهده شد ( $P < 0/001$ ) ولی در پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد ( $p < 0/01$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی و کیفیت زندگی زنان مبتلابه سرطان پستان بود. نتایج نشان داد که روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی و کیفیت زندگی در افراد گروه آزمایش شد. نتایج با یافته‌های محمودفخه و همکاران (۱۳۹۸)، فلاحتی و همکاران (۱۳۹۸)؛ ولی‌زاده و احمدی (۱۴۰۰)، بنی‌اسدی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است.

در جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، زنان مبتلا به سرطان می‌آموزند که با ذهن آگاهی از نفوذ افکار و احساسات ناخوشایند خود کاسته و به جای مبارزه با تجربیات درونی منفی، آن‌ها را بپذیرند. بر اساس این مراجعان یاد می‌گیرند که دست از افکار بردارند و با پذیرش این افکار، زندگی‌شان را محدود به رهایی از تجربه‌های ناخوشایند درونی‌شان نکنند. در واقع، هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق پذیرش افکار و احساسات و هیجانات ناخوشایند و آزردهنده، پریشانی، هیجانی، اضطراب و افسردگی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی که موجب آسیب‌های روانی می‌شود را مورد هدف قرار می‌دهد (فلاحی و همکاران، ۱۳۹۸).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به این موضوع اشاره نمود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را از طریق عواملی مانند پذیرش بدون قضاوت، بودن در لحظه حال، کنار آمدن با تجارب درونی بدون اجتناب، سرکوب و یا تلاش برای تغییر هیجانات منفی را بهبود بخشیده است. زنان مبتلا به سرطان پستان نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند قدرت سازگاری و توان مقابله خود را حفظ نمایند. در همین راستا، این درمان به زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند تا خود را به‌عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود (پترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). به عبارتی، از آنجاکه پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر، با بهبود کیفیت زندگی رابطه دارد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳)، این درمان با تأثیراتی که در تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد داشته‌اند، منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی افراد شده‌اند؛ بنابراین، این رویکرد با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از یک‌سو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب بهبود کیفیت زندگی افراد شده است. همچنین سایر ابعاد این نوع درمان شامل گسلس خود به‌عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال با تقویت خود مشاهده‌گر به فرد توانایی دیدن زندگی جدای از ذهن داده و ابعاد ارزش و تعهد نیز منجر به اقدامات عملی و عینی برای ارتقای کیفیت زندگی فرد برابر آنچه دوست دارد شده است. در درمان مبتنی بر

پذیرش رویدادهای درونی، هنگامی که شخص در جدال با پریشانی‌ها و آشفتگی‌های خود نیست، به وی اجازه توسعه خزانه رفتاری‌اش را می‌دهد و می‌تواند از زمانی که بدین ترتیب به دست می‌آورد برای انجام فعالیت‌های ارزشمند خود استفاده کند و خود را به یک زندگی ارزشمند و هدفمند متعهد سازد و بدین ترتیب به هدف و معنایی که شخص برای زندگی در نظر می‌گیرد و ارزش‌هایی که در زندگی دنبال می‌کند، دست یابد و در نتیجه میزان رضایت از زندگی و شادکامی در فرد افزایش می‌یابد (محمودفخه و همکاران، ۱۳۹۸).

در ادامه تبیین فرضیه فوق مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادمانی درونی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌توان اظهار داشت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی و اجتناب از پذیرش احساسات و افکار آزردهنده منجر به تقویت این احساسات و افکار آزردهندگی بیشتر آن‌ها می‌گردد. در این رویکرد به فرد کمک می‌شود تا به‌جای زندگی در گذشته و آینده، بر زمان حال متمرکز شود و بتواند ارزش‌های خود را بشناسد و مطابق ارزش‌ها و اهداف خود عمل نماید، علیرغم وجود افکار و احساسات آزردهنده. در واقع، به‌واسطه تمرین‌های موجود در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرد یاد می‌گیرد به‌جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی، آن‌ها را پذیرفته و در جهت رسیدن به اهداف و ارزش‌های خود گام بردارد. به‌این‌ترتیب، باعث بهبودی در عملکرد کلی فرد در سطح فردی و خانوادگی می‌گردد (عزیزی و قاسمی، ۲۰۱۷). تجربه در زمان حال به مراجعان کمک می‌نماید تغییرات دنیا را آن‌گونه که هست تجربه نمایند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده اجزای درمانی خود همچون پذیرش، خود مشاهده‌گر، انعطاف‌پذیری و جهت‌گیری مثبت به فرد می‌آموزد که نیازی به کنترل، تغییر یا حذف حالت‌های منفی درونی برای انجام عملکرد ندارد، بلکه به‌جای آن لازم است بر بهبود تمرکز، آگاهی و پذیرش احساسات بدنی تمرکز کند و بتواند با آموزش‌هایی که دریافت می‌دارد به تغییر آگاهانه رابطه خود با افکار، عقاید و باورهایش بپردازد.

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

### مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از طرح پژوهشی نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

### تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

### منابع

- تقوایی، داود؛ جهانگیری، محمدمهدی؛ زارع بیدکی، زهرا (۱۳۹۸). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارتقای سلامت مادران دارای کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم*. آموزش بهداشت و ارتقای سلامت روان، ۷ (۲)، ۱۴۳-۱۵۳.
- بشرپور، سجاد؛ جعفری، مهدیه؛ امیری، ناهیده (۱۳۹۶). *باورهای سلامتی و سازگاری با سرطان*. روان‌شناسی معاصر. مجموعه مقالات ششمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران، ویژه‌نامه روان‌شناسی معاصر، ۱۲: ۳۴۱-۳۴۴.
- باخ، پاتریشیا؛ موران، دنیل ج. (۱۳۹۶). *اکت در عمل: مفهوم‌پردازی مورد در درمان پذیرش و تعهد*. ترجمه سارا کمالی، نیلوفر کیان راد. تهران: انتشارات اجمند، چاپ دوم.
- خدابخش، روشنک؛ خسروی، زهره؛ شاهنگیان، سیده شهره (۱۳۹۴). *تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلابه سرطان*. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۱: ۱، ص ۳۵-۵۰.
- سلاجقه، صادق؛ رقیبی، مهوش (۱۳۹۳). *تأثیر درمان ترکیبی گروه‌درمانی معنوی و شناختی بر کاهش اضطراب مرگ بیماران مبتلابه سرطان*. مجله علمی پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۲: ۲، ۱۱۳۰-۱۱۳۹.

پذیرش و تعهد برخلاف روش‌های درمانی دیگر، هیچ‌گونه ارزش یا سبک خاص زندگی به افراد تحمیل نمی‌شود. در عوض، مراجع طبق نظام ارزشی خود به تصمیم‌گیری درباره تغییر می‌پردازد (تقوایی، ۱۳۹۸).

با توجه به اینکه جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی تنها زنان مبتلابه سرطان پستان بودند؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است با احتیاط عمل شود. ۲- شرکت‌کنندگان در انتخاب اولیه به صورت داوطلبانه در آزمایش شرکت کردند؛ لذا ممکن است نتایج تحت تأثیر اثر مطلوبیت اجتماعی قرار گرفته باشد. ۱- با توجه به اینکه پژوهش بر روی جامعه بیماران مزمن (زنان مبتلابه سرطان پستان) انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. با توجه به اینکه پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است، پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های بعدی از یک پژوهش کیفی (نظریه زمینه‌ای مبتنی بر مصاحبه نیمه ساخت‌یافته و با استفاده از پرسشنامه کیفی و نظرخواهی با خبرگان) صورت گیرد. ۱- به درمانگران پیشنهاد می‌گردد، زمانی که با زنان مبتلابه سرطان پستان مواجه می‌شوند، به منظور درمان افزایش تعاملات اجتماعی، ابتدا تنظیم هیجانی و معناداری زندگی آن‌ها بررسی شود که می‌تواند در این زمینه از روش روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند، به عنوان روش‌های درمانی مؤثر و کارآمد در کنار سایر روش‌های روان‌شناختی استفاده کنند.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

### سپاسگزاری

- علی پور، احمد؛ علی نوربالا، احمدعلی (۱۳۷۸). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. مجله اندیشه و رفتار، ۵: ۱ و ۲: ۵۵-۶۵.
- غفاری، فاطمه؛ فتوکیان، زهرا (۱۳۹۴). بررسی روان‌سنجی مقیاس تجدید نظر شده نگرش به زندگی در بیماران مبتلا به سرطان. نشریه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۴۱-۴۹.
- فلاحی، مریم؛ شفیع‌آبادی، عبدالله؛ جاجرمی، محمود؛ محمدی پور، محمد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی همسران جانبازان. فصلنامه علمی پژوهشی طب جانباز، دوره ۱۲، شماره ۱.
- فلاحی، لیلا؛ لطفی کاشانی، فرح؛ مسجدی آرانی، عباس (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر میزان سرمی سائتوکین های اینترفرون گاما و فاکتور نکروز دهنده تومور آلفا در زنان مبتلا به سرطان پستان. نشریه اندیشه و رفتار، ۱۱: ۴۲: ۱۷-۸۸.
- قلجه، مهناز؛ رضائی، نسرين (۱۳۹۷). درک پرستاران از مراقبت‌های پایان حیات در بیماران مبتلا به سرطان: یک مطالعه کیفی. نشریه پرستاری ایران. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران. ۳۱: ۶۵-۷۵، ۱۱۴.
- کارگرزاده، مریم (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر واژینیسیم، باورهای ناکارآمد، ابراز وجود، اضطراب ارتباط جنسی و درد در زنان مبتلا به واژینیسیموس شهر اهواز. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک دکتری رشته روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- محمودفخه، هیمن؛ خادمی، علی؛ تسبیح‌سازان، رضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان سرطانی. نشریه پرستاری کودکان، دوره ۵، شماره ۴.
- مرتضی بیگی، زهره؛ صفری، علیرضا؛ بزرگ‌خو، زهره؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر (۱۴۰۰). پیش‌بینی شادمانی درونی بر اساس خودکارآمدی و کیفیت زندگی با میانجی‌گری بهزیستی روان‌شناختی. نشریه پژوهشکده علوم پزشکی جهاد دانشگاهی، سال بیست و یکم، شماره اول.
- نوری دلویی، محمدرضا؛ عرب پور، مانده (۱۳۹۷). میانکنش ژنتیک، تغذیه و ارتباط آن با خطر ابتلا به سرطان. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. ۲۸: ۴: ۲۵۹-۲۶۹.
- Argyle M. (2001). *Personality, self – esteem and demographic predictions of happiness and depression*. In H. Cheng & A. Farnham (Eds.), *The Psychology of happiness*.
- Azizi A, Ghasemi S. (2017). *Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive - behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women*. *Cult Couns Psychother*. 8 (29):36-207. [Persian]
- Conley C, Andersen B L. (2020). *Lemons to lemonade: Effects of a biobehavioral intervention for cancer patients on later life changes*. *Health Psychol*. 38 (3): 206–216.
- Hadlandsmlyth K, Dindo L N, Wajid R, Sugg S L, Zimmerman B M, Rakel B A. (2019). *A single-session acceptance and commitment therapy intervention among women undergoing surgery for breast cancer: A randomized pilot trial to reduce persistent postsurgical pain*. *Psycho-Oncology* (2019) 1-8.
- Hayes S C, Srosahl K D. (2004). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, Springer, 399 pages.
- Hayes, S., Levin, M., Plumb, J., Villatte, J., & Pistorello, J. (2013). *Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*. National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information, 44(2).
- Hendriks T, Dijkstra M, Hassankhan A, Bohlmeijer E, Jong J. (2019). *The efficacy of multi-component positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. *Journal of Happiness Studies*, 1-34.
- Hills P, Argyle M. *The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being*. *Journal of Personality and Individual Differences* 2002; 33: 1073-1082.
- Huang y, Huang Y, Bao m, Zheng S, Du T, Wu K. (2019). *Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors*. *Psychology, health and medicine*, 1-14.
- Layous, K., Chancellor, J., Lyubomirsky, S., Wang, L., & Doraiswamy, P. M. (2011). *Delivering happiness: Translating positive*

- Journal of Oncology Nursing, 27 (2017)28-35.
- Peterson, J., & Ifret, S. (2011). *Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39(5), 541-559.
- Ravens-Sieberer U, Karow A, Barthel D, Klasen, F. *How to assess quality of life in child and adolescent psychiatry*. Dialogues in Clinical Neuroscience 2014; 58–147:16.
- psychology intervention research for treating major and minor depressive disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(8), 675-683.
- Nahleh, Z., Bhatti, N.S., & Mal, M. (2011). *How to reduce your cancer risk: mechanisms and myths*. Int J General Med, 4, 277-87.
- Pahlevan Sharif S. (2017). *Locus of control, quality of life, anxiety, and depression among Malaysian breast cancer patients: The mediating role of uncertainty*. European