Irania Journal of Breast Diseases. 2020; 13(1):24-34.

Original Article

Effect of A Group Intervention Based on Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life and Communication Patterns in Patients with Breast Cancer and Their Spouses

Heidarian A[1], Asadpour E[1*], Mohsenzadeh F[1], Zahrakar K[1]

[1] Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

Receive: 14/7/2019
Accepted: 29/10/2019

[*]**Corresponding Author:**
dr.iasadpour@khu.ac.ir

Ethics Approval:
IR.SBMU.RETECH.REC.1397.152

Abstract

Introduction: Cancer can negatively affect couples'' intimate relationships, creating a need for psychological interventions. The purpose of this study was to determine the effectiveness of a group intervention based on acceptance and commitment therapy on quality of life and communication patterns in patients with breast cancer and their spouses.

Methods: The study was a randomized controlled trial. The participating couples were randomly assigned to either the experimental or control groups. Each group consisted of 10 individuals (5 couples). Both groups completed quality of life questionnaires of cancer patients. the world health organization Quality of Life questionnaire and the Gottman distance and isolation Scale. Then, the experimental group participated in Acceptance and Commitment therapy–based intervention for eight sessions of two hours. Quality of life and communication patterns were evaluated immediately and 3 months after the intervention, Data were analyzed using independent t- tests and analysis of covariance.

Results: The mean scores for communication pattern and quality of life for the experimental group (10.40 ± 4.50 and 54.46 ± 11.17, respectively) were significantly different compared with the control group ($15/.30 \pm 3/.40$ and $45/.34 \pm 11/.34$, respectively) (both $P < 0.001$).

Conclusion: Based on the findings of the present study, acceptance and commitment therapy can improve quality of life and communication patterns of patients with cancer and their spouses and reduce couples'' stress and communication challenges.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Communication Pattern, Breast Cancer, Quality of Life, Group Therapy

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

فصلنامه بیماری های پستان ایران
۳۴-۲۵:(۱)۱۳؛ ۱۳۹۹

مقاله پژوهشی

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها

آرزو حیدریان[۱]، اسماعیل اسدپور[۱*]، فرشاد محسن‌زاده[۱]، کیانوش زهراکار[۱]

[۱] گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ ارسال: ۱۳۹۸/۴/۲۴
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۸/۸

نشانی نویسنده مسئول:
dr.iasadpour@khu.ac.ir

چکیده

مقدمه: چالش‌های ناشی از بیماری سرطان پستان، می‌تواند روابط صمیمانه زوجین را هدف قرار داده و ضرورت مداخلات روان‌شناختی را در طول دوره بیماری و بعد از اتمام درمان نیز در اولویت قرار دهد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی برنامه آموزش مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی زنان مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها انجام شد.

روش بررسی: مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده‌ی تصادفی با طرح پیش آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. افراد حایز شرایط، به شکل تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. هر گروه شامل ۱۰ نفر (۵ زوج) بودند. هر دو گروه، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و نیز پرسشنامه جدایی- فاصله گاتمن را تکمیل کردند. سپس، گروه آزمایش در جلسات آموزشی درمان تعهد و پذیرش به مدت ۸ جلسه دو ساعته شرکت کردند. پس از اتمام دوره آموزش و سه ماه بعد از آن از هر دو گروه، آزمون گرفته شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات الگوی ارتباطی (۴/۵۰ ± ۱۰/۴۰) و کیفیت زندگی (۱۱/۱۷ ± ۵۴/۴۶) در گروه آزمایش پس از مداخله، نسبت به میانگین الگوی ارتباطی (۳/۴۰ ± ۱۵/۳۰) و کیفیت زندگی (۱۱/۳۴ ± ۴۵/۳۴) در گروه کنترل، تفاوت معناداری داشت ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، آموزش درمان تعهد و پذیرش می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان و همسران آنها شود و در کاهش تنش‌ها و چالش‌های ارتباطی زوجین موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، الگوهای ارتباطی، سرطان پستان، کیفیت زندگی، آموزش گروهی

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]

[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین سرطان در بین زنان بوده و میزان شیوع آن حدود ۱۲/۵٪ گزارش شده است که با تغییر شکل غیرطبیعی سلول و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می شود (۱). سرطان پستان قبل از ۱۳ سالگی نادر است و بعد از سرطان ریه مهم‌ترین علت مرگ و میر زن‌ها در کشورهای غربی است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ مبتلایان حداقل تا ۷۰٪ افزایش یابند (۲). این بیماری اضطراب و فشار زیادی را بر فرد وارد می‌کند و با ظاهر شدن نشانگان پاسخ‌های هیجانی همراه آن نیز برای بیمار و اطرافین او شروع می‌شود (۳). بر اساس آخرین آمار بروز استاندارد شده در سال ۱۳۹۷وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، یکی از شایع‌ترین سرطان‌ها در ایران را سرطان پستان با ۳۴/۵ در زنان و سرطان معده با ۲۱/۵ در مردان اعلام کرد (۴).

در ویرایش DSM-5 بیماری‌های تهدید کننده زندگی به عنوان رویدادهای آسیب‌زایی معرفی شده‌اند که می‌توانند نشانگان اختلال استرس پس از سانحه را ایجاد کنند. به همین علت بیماری‌های مهلکی مانند سرطان و ایدز نیز در فهرست رویدادهای آسیب‌زا قرار گرفتند (۵). فرآیند پیچیده درمان سرطان منجر به بروز عوارض روانی متعددی در بیمار و خانواده او شده و آسیب شدیدی را به سلامت روان و کیفیت زندگی خانوادگی و اجتماعی آنها وارد می‌کند (۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی)، وحشت از واکنش همسر در صورت تاهل، دلهره‌ی عقیم شدن، ترس از مرگ و سایر مشکلات روانی-اجتماعی در مبتلایان است. علاوه بر این کاهش توان جسمی به واسطه یک بیماری مزمن می‌تواند برای فرد وضعیت ناامید کننده‌ای به وجود آورد که در نتیجه منتهی به کاهش کیفیت زندگی او شود (۷، ۸). کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی شامل رضایت مالی، عاطفی، جسمی و اجتماعی است که در سه دهه اخیر توجه به آن در حوزه بهداشت و درمان به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی در بیماری‌های جسمی و روانی افزایش پیدا کرده است (۹،۱۰). با توجه به اینکه کیفیت زندگی مستقیما از سلامت روان تاثیر می‌پذیرد نادیده گرفتن مشکلات این دسته از بیماران، درمان آنها را با شکست مواجه خواهد کرد (۱۱).

تحقیقات در حوزه زیستی- رفتاری نشان می‌دهد که ارتباط مستقیم و وابستگی متقابلی در کیفیت زندگی زوجین وجود دارد. مشکلات در حوزه زناشویی یا روابط عاطفی زوجین، بر روی وضعیت فیزیولوژیکی آنها تاثیر می‌گذارد و با پایین آمدن سطح کیفیت زندگی، کیفیت رابطه زناشویی نیز پایین می آید (۱۴، ۱۵). در واقع سرطان یک منبع جدی استرس است که می‌تواند روی بیمار، همسرش و رابطه آنها تاثیر بگذارد و علاوه بر این زوجین به بیماری سرطان به صورت یک سیستم عاطفی مشترک با تاثیرپذیری متقابل از یکدیگر واکنش نشان می‌دهند (۱۶، ۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سرطان به طور قابل توجهی می‌تواند الگوهای ارتباطی زوجین را تغییر دهد و منجر به از هم پاشیدگی رابطه، کاهش رضایت زناشویی و عدم حمایت اجتماعی شود (۱۸). چالش‌های ناشی از بیماری، روابط صمیمانه زوجین را مورد هدف قرار داده و ضرورت مداخلات روان‌شناختی را در اولویت قرار می‌دهد (۱۹). برنامه‌های غنی‌سازی زوجین می‌توانند برای تقویت رابطه، افزایش جومراقبتی و سطح تعادل زندگی زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی کمک کنند و این کار را با تقویت مهارتهایی انجام می‌دهند تا روابط رضایت بخش‌تر و حمایتگر و پایدارتری بوجود آورند (۲۰). نگاهی به پژوهش‌های انجام شده نیز نشان می‌دهد آموزش دوره‌های غنی‌سازی روابط زناشویی می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی و بهبود مهارت‌های ارتباطی و کاهش تعارض‌های زوجین تاثیر مثبتی بگذارد (۲۱، ۲۲). ارتباط باز زوجین می‌تواند منبع مهمی برای کاهش فشار در دوران بیماری برای زوج باشد (۲۳).

در طی دو دهه‌ی اخیر تعدادی از روان درمانی‌ها به عنوان موج سوم توسعه یافته‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله آنها است. این درمان یک مداخله‌ی عملی موقعیتی است که مبتنی بر نظریه‌ی نظام ارتباطی می‌باشد و رنج فرد را ناشی از انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند که توسط آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی پرورش می‌یابد و سعی دارد با استفاده از استراتژهای پذیرش و توجه همراه با تعهد و تغییر رفتار آنها را اصلاح کند (۲۴، ۲۵).

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای رسیدن به افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان از طریق پذیرش تمرکز بر لحظه‌های حال و تعهد به ارزش ناشی از زندگی تلاش می‌کند (۲۶). این درمان نزدیک شدن به افکار و احساسات درونی ناخواسته و حالات جسمانی مرتبط با این پویایی‌ها و الگوهای ارتباط را به زوجین آموزش می‌دهد با یادگیری این مهارتها زوجین بیشتر متمایل می‌شوند تا به موقعیت اجتناب قبلی نزدیک شوند و فرصت رفتار به شیوه‌های رضایت بخش‌تر را بهبود دهند (۲۷، ۲۸) و طرحواره‌های شناختی منفی خود را کاهش‌دهند و به شیوه موثرتری شرایط سخت و بحرانی را مدیریت کنند (۲۹). در واقع اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که شخص تمایلی به ماندن در تجربیات خصوصی خاصی را ندارد و در جهت اصلاح شکل یا فراوانی این تجربیات برنمی‌آید (۳۰). ACT به افراد کمک می‌کند تا ارزش‌های خود را در حوزه روابط بین فردی (کار، دوستان، جامعه و خانواده) شناسایی کنند و با توضیح درباره ارزش‌ها و استفاده از استعاره‌ها تلاش می‌کند تا مفهوم عمل متعهدانه و مبتنی بر ارزش‌ها را ارتقا بخشد (۳۱، ۳۲). در درمان پذیرش و تعهد به زوجین کمک می‌شود تا به این درک برسند که آنچه در ذهنشان می‌گذرد واقعیت نیست و از تجارب درونی خود اجتناب نکنند زیرا اجتناب کمکی به حل مشکلاتشان نمی‌کند. فرضیه زیر بنای این تلاش این است که هر چه پذیرش و رفتار همسو با ارزش‌ها، بیشتر باشد تغییر بادوام‌تری حاصل می‌گردد. رفتار همسو با ارزش‌ها رفتاری است که تقویت مثبت را به دنبال دارد و کیفیت زندگی را در درازمدت افزایش می‌دهد. زوجین با یادگیری مهارت‌ها برای حرکت در جهت ارزش‌ها و تعهد به تغییرات رفتاری تشویق می‌شوند (۳۳).

گزارش جهانی سرطان، در سال ۲۰۱۴ نشان داد که مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان ۸ برابر افراد عادی تخمین زده شده است (۳۴). در این میان آموزش‌های روان‌شناختی می‌تواند نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی بیماران و همراهان آنها داشته باشند (۸، ۳۵). بررسی‌های پژوهشگر نشان داد که تحقیقات کمی بر مشکلات زوجی بیماران مبتلا به سرطان پستان متمرکز شده‌اند. در دوره بیماری، زنان درگیر در یک رابطه عاطفی، معمولا همسران خود را به عنوان منبع اصلی حمایت در نظر می‌گیرند. اما ممکن است همسران آنها نتوانند همیشه به صورت حمایتی و کمک کننده پاسخ بدهند چون خود آنها نیز همزمان با شروع بیماری همسرشان درگیر مشکلات روان‌شناختی مشابهی هستند. بنابراین دوره‌های بحران در خانواده می‌تواند زمان مناسبی برای پرداختن به مشکلات و مسایل مرتبط با بیماری باشد که بر رابطه بین زوجین تاثیر گذاشته است و شیوه‌های حل‌تعارض و بهبود گفتگوی بین زوج‌ها و مدیریت بحران آنها مورد بازنگری قرار گیرد (۱۲، ۱۳). در حال حاضر بررسی‌های محدودی در ارتباط با بیماران مبتلا به سرطان در درمان پذیرش و تعهد، الگوهای تعاملی زوجین در دوره بیماری را مورد بررسی قرار داده‌اند. جلسات درمان روان‌شناختی به صورت گروهی، فرصت مناسبی برای زوجین است تا در مورد هیجانات و احساسات خود و استرسی که وارد زندگی خانوادگی و روابط زناشویی آنها شده است، صحبت کنند و از تجارب دیگران نیز استفاده کنند. لذا، این مطالعه با هدف اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده‌ی تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین(ع) تهران در سال ۹۷ تشکیل می‌دادند. با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران[1] تعداد ۲۰ نفر (۱۰ زوج) با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و با استفاده از تخصیص تصادفی بر اساس اعداد زوج و فرد در دو گروه آزمایش (۵ زوج) و کنترل (۵ زوج) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن سن ۲۵ تا ۵۵ سال و حداقل مدرک تحصیلی سیکل، موافقت بیمار و همسر بیمار برای شرکت در مطالعه، عدم متاستاز بیماری و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی دیگر. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه نیز بحرانی شدن وضعیت جسمی بیمار و ناتوانی در ادامه جلسات، غیبت بیش از ۱جلسه بیماران یا همسران آنها، مصرف الکل، داروهای روان‌پزشکی و روانگردان و هر نوع آرام‌بخش و مخدر در نظر گرفته شد.

[1]Cochran

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

همچنین برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش، پژوهشگر در ابتدای طرح هدف جلسات گروه و ماهیت آنها را برای شرکت کنندگان توضیح داد و حق خروج از مطالعه برای آنها در نظر گرفته شد و با گرفتن رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان به آنها اجازه حضور در طرح داده شد. در طول اجرای طرح، گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفتند و بعد از اتمام پیگیری ۳ ماهه‌ی طرح یک جلسه گروهی ۳ ساعته برای گروه کنترل نیز برگزارشد. سپس گروه آزمایش پس از یک جلسه مصاحبه بالینی وارد دوره آموزش ۸ جلسه‌ای شدند. قبل از شروع مطالعه در مورد اهداف تحقیق و محرمانه ماندن اطلاعات به تمام شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان[2] (QLQ-C30 EORTC): متعلق به سازمان پژوهش و درمان سرطان اروپا است که برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان استفاده می شود. این ابزار دارای ۳۰ سوال و ۵ حوزه عملکردی شامل بخش جسمانی، احساسی، ایفای نقش، شناختی و اجتماعی است و ۹ علامت از جمله خستگی، تهوع، درد، تنگی نفس، اختلال خواب، کاهش اشتها، یبوست، اسهال و مشکلات مالی است که حیطه کلی کیفیت زندگی را ارزیابی می‌کند. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه صفائی (۳۶) تایید شده است (r=۰/۷۶-۰/۹۳).

مقیاس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان (QLQ-BR23): نیز پرسشنامه‌ای اختصاصی برای بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان در ۴ دسته علایم (ریزش مو، عوارض درمان، علایم بازو و علایم پستان) است. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه منتظری و همکاران (۳۷) بررسی شد و مقادیر ضریب آلفای کرونباخ در مورد مقیاس‌های چند گزینه‌ای از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ در مصاحبه اول و از ۰/۷۲-۰/۹۲ در زمان پیگیری، متغیر بود. طبق راهنمای سازمان طراح پرسشنامه (EORTC)، تمام حیطه‌ها در هر دو پرسشنامه، نمره‌ای بین ۰ تا ۱۰۰ می‌گیرند که نمره بالاتر نشانه وضعیت بهتر است به جز حیطه علایم که نمره بالاتر نشانه شدت مشکلات بیمار است.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[3] (WHOQOL-BREF): یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس و یک نمره کلی است. زیرمقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط اطراف. برای نمره‌گذاری این پرسشنامه در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط نجات و همکاران (۳۸) مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که مقادیر همبستگی در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد سلامت فیزیکی ۰/۷۷، اجتماعی ۰/۷۵، محیطی ۰/۸۴ و روانی ۰/۷۷ برآورد شد.

جهت تعیین نمرات پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی گاتمن توسط هر دو گروه تکمیل شدند. لازم به ذکر است که گروه بیماران، پرسشنامه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان (QLQ-BR23 و EORTC QLQ-C30) و همسران آنها پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را پر کردند. سپس بیماران به صورت تصادفی در ۲ گروه، جایگزین شدند. گروه مداخله در ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش درمان پذیرش و تعهد قرار گرفت (جدول ۱) و در آخرین جلسه، پس‌آزمون برگزار شد. همچنین جهت بررسی پایداری تاثیر آموزش، بعد از سه ماه نیز آزمون پیگیری، انجام گرفت.

روش تجزیه و تحلیل آماری: به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون MANCOVA (تحلیل کوواریانس چند متغیره) و تحلیل واریانس مرکب استفاده شد. لازم به ذکر است که استفاده از تحلیل کوواریانس مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که در صورت رعایت آنها می‌توان از این آزمون استفاده کرد. جهت پیش فرض نرمال بودن

[2] Quality of life Questionnaire-core 30 (QLQ-C30)

[3] The World Health Organization Quality of Life

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد که در این آزمون سطح معناداری متغیر مورد نظر از P>۰/۰۵ بزرگ‌تر می‌باشد و به معنی آن است که متغیر مورد نظر از توزیع نرمال برخوردار است. جهت پیش فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون ماچلی استفاده شد که نشان داد که کوواریانس گروه‌ها برای مقیاس کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی دارای تجانس نمی‌باشد لذا در تحلیل این مؤلفه از اصلاح هاینه- فلت استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل واریانس مرکب با اصلاح هاینه- فلت نشان داد که تغییرات نمرات مربوط به مؤلفه کیفیت زندگی و وضعیت ارتباطی بیماران در اثر آموزش (از پیش- آزمون به پس-آزمون و پیگیری) از لحاظ آماری (p<۰/۰۰۱) معنادار است. یعنی بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که در اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی افزایش یافته و وضعیت ارتباطی بیماران بهبود پیدا کرده است. همچنین با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین گروه‌ها استفاده شد. از آزمون t مستقل و جفت شده جهت مقایسه‌های زوجی بین زمان‌های مختلف اندازه‌گیری برای بررسی تفاوت نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری تفاوت گروه‌ها در شاخص‌های الگوهای ارتباطی و کیفیت زندگی بیماران استفاده شد. متغیرهای بررسی شده در این آزمون شامل میانگین تفاوت‌های زوجی، انحراف استاندارد میانگین و سطح معناداری تفاوت‌های زوجی (زنان مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها) در شاخص‌های کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بود. در پایان داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این مطالعه، تعداد ۲۰ زن و شوهر با میانگین سنی ۴۱/۷±۴/۳۳ سال بودند. مقایسه مشخصات فردی- اجتماعی دو گروه آزمون و کنترل با استفاده از آزمون‌های t مستقل و کای- دو انجام شد و نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود ندارد (جدول ۲). با توجه به نتایج به‌دست آمده از جداول ۲ و ۳، تفاوت الگوهای ارتباطی و کیفیت زندگی (از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری) بین گروه‌های آزمون و کنترل از لحاظ آماری، معنادار بود (p<۰/۰۰۱). نتایج مربوط به مقایسه جفتی نمرات در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری، نشان داد که نمرات مؤلفه الگوهای ارتباطی در زمان پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون، به طور معناداری پایین تر بود. همچنین نمرات مؤلفه کیفیت زندگی نیز در زمان پس‌آزمون نسبت به زمان پیش‌آزمون به طور معناداری بالاتر دیده شد، اما تفاوتی بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری وجود نداشت (جدول ۴).

جدول ۱: پروتکل درمان پذیرش و تعهد (۳۹)

جلسه	محتوا
۱	معرفی اعضاء و بیان توضیحاتی در مورد جلسات و قوانین گروه، بیان انتظارات از مراجعان و تعهد آنان به شرکت در جلسات، لزوم بکارگیری مطالب آموخته شده در زندگی و ضرورت انجام تکالیف، بررسی تاثیر بیماری در زندگی بیماران، ترس‌ها و نگرانی‌های زوجین، ارزیابی انتظارات بیماران از درمان
۲	ایجاد درماندگی خلاق در زوج و کمک به آنها برای رسیدن به این بینش که تلاشی هایی که تاکنون انجام داده اند راه مناسبی برای حل مشکل آنها نیست، بیان انتظارات خود از رابطه، مفاهیم درمانACT ۱. اجتناب ۲. واکنش پذیری ۳. در دام ذهن افتادن ۴. غفلت از ارزش‌ها ۵. جدایی یا قطع. تکلیف خانگی: با استفاده از مطالب جلسه گروه فرایند نابودی رابطه را در خودتان و سپس همسرتان جستجو کنید و سهم خود را در ایجاد مشکلات بررسی کنید
۳	مرور جلسه گذشته، تعریف ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌ها برای زوجین، لیست ارزش‌ها در رابطه، شناسایی موانع واکنشی مبتنی بر ارزش‌ها و تشخیص لحظات انتخاب تمرین: تهیه لیست کامل از شناسایی ارزش‌های خود در کار، ازدواج، روابط اجتماعی، تفریح ، سلامتی و تحصیل و...
۴	مرور تکلیف جلسه قبل، آموزش گسلش، گسلش شناختی با زوجین، استعاره‌های گسلش، تکنیک‌های اصلی برای ایجاد گسلش
۵	مرور تکالیف جلسه قبل، افزایش ذهن آگاهی، تنفس مهربانانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، مواجه هیجانی در جلسه درمان
۶	برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل شطرنج و استعاره خانه با مبلمان، چگونه با احساساتمان برخورد کنیم، اصول توجه کامل، گسترش آگاهی، فضاگشایی، شوخی در رابطه و جنگ منصفانه تکلیف: زوجین مطالباتشان را از یکدیگر درخواست کنند
۷	مرور تمرین جلسه قبل، پذیرفتن خطر صمیمیت، نحوه تایید احساسات همسر، بخشش به عنوان پادزهر رنجش ها، ایجاد مراسم ارتباط دوباره، بررسی کلمات جدایی افکن، آموزش تعهد به عمل
۸	مرور آموخته‌های زوجین در طول جلسات، طرح های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آنها یعنی بین تمایل و خواستن تمایز قایل شدن، آموزش حفظ اوضاع آن طور که دوست دارید و انجام پس‌آزمون

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

	متغیر	گروه آزمایش	گروه کنترل	P
سن (سال)	زن	۴۴/۶۰±۴/۰۳	۴۰/۰۰±۲/۵۴	۰/۹۷*
	مرد	۴۸/۸۰±۳/۷۰	۴۵/۲۰±۶/۳۰	
مدت بیماری (ماه)		۱۸/۲۰±۶/۰۱	۱۶/۰۰±۲/۷۳	۰/۹۵*
مدت تاهل (سال)		۲۲/۸۰±۳/۸۵	۱۶/۴۰±۶/۸۹	۰/۹۹*
درجه بیماری	درجه ۲	(۰/۴۰)۲	(۰/۸۰)۴	۰/۹۳*
	درجه ۳	(۰/۶۰)۳	(۰/۲۰)۱	
سطح تحصیلات	دیپلم	(۰/۸۰)۸	(۰/۸۰)۸	۰/۹۶**
	لیسانس	(۰/۲۰)۲	(۰/۲۰)۲	
شغل	آزاد	(۰/۵۰)۵	(۰/۵۰)۵	۰/۹۹**
	خانه‌دار	(۰/۵۰)۵	(۰/۵۰)۵	

* آزمون t مستقل **کای دو

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات الگوهای ارتباطی و کیفیت زندگی در دو گروه، قبل و بعد از مداخله

متغیر	زمان	آزمون(N=10)	کنترل(N=10)	P- value
		M ± SD	M ± SD	
الگوی ارتباط	پیش‌آزمون	۴۸/۵۰ ± ۱۷/۱۷	۴۳/۶۰ ± ۷/۴۵	۰/۵۱
	پس‌آزمون	۳۴/۶۰ ± ۱۰/۵۹	۴۵/۲۰±۸/۸۵	۰/۰۰۱*
	P- value	۰/۰۵**	۰/۹۵**	
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۲/۰۶ ± ۱۵/۲۳	۴۹/۳۳ ± ۱۰/۱۶	۰/۵۸
	پس‌آزمون	۵۴/۴۶ ± ۱۱/۱۷	۵۰/۹۸ ± ۱۲/۰۸	۰/۰۰۱*
	P- value	۰/۰۵**	۰/۹۵**	

* آزمون t مستقل ** آزمون t جفت شده

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها بود که به‌صورت یک پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده‌ی تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام شد.

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، فرضیه پژوهش یعنی اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و بهبود وضعیت ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها مورد تایید قرار گرفت. در متغیر کیفیت زندگی، تفاوت میانگین‌ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون (۱۲/۰۲-) است که از لحاظ آماری در سطح ($p<۰/۰۱$) معنادار می باشد. در متغیر وضعیت ارتباط، تفاوت میانگین ها از پیش‌آزمون به پس‌آزمون (۶/۴۵-) و از پیش‌آزمون به پیگیری (۶/۳۵-) است که در سطح ($p<۰/۰۵$) معنادار می‌باشد. جداول (۳ و ۴) نشان می‌دهند که تفاوت میانگین‌های گروه‌ها نسبت به مرحله پیش‌آزمون معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش‌های مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد در سطح معناداری ($p<۰/۰۵$) توانسته است کیفیت زندگی و وضعیت ارتباط بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها را بهبود بخشد.

نتایج پژوهش حاضر در ارتباط با اثربخشی ACT بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان با یافته‌های فروس و همکاران (۴۰) همسو می‌باشد. نتایج یافته‌های فروس و همکاران (۴۰) نشان داد درمان پذیرش و تعهد به

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

طور معنی‌داری به افزایش کیفیت زندگی و کاهش پریشانی بیماران کمک کرده است و تغییرات مهمی در خلق و کاهش رنج بیماران در پی داشت.

در تبیین اثربخشی ACT بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها می‌توان بیان کرد که ACT، کیفیت زندگی بیماران 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 آنها و تنظیم هیجانات منفی بهبود می‌بخشد و به بیماران کمک می‌کند تا قدرت سازگاری و توان مقابله خود را حفظ نمایند. و خود را شکست خورده، آسیب دیده و یا ناامید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزشی داشته باشند. همچنین به این بیماران کمک می‌کند تا درد را به عنوان جزیی از زندگی در نظر بگیرند و نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن. تمامی این موارد می‌تواند عاملی برای بهبود ارتباطات و در کل کیفیت زندگی فرد شود (۴۱، ۴۲). وقتی حیطه‌های زندگی فرد با نگرانی و حالات هیجانی که از سوی وی به صورت منبع درد و رنج دیده می شود محدود شود، به کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می شود (۴۳).

ACT تلاش می‌کند به کمک استعاره‌ها تفاوت بین پذیرش و تحمل را به مراجعان بیاموزد و به آنها کمک کند تا یاد بگیرند در عین حال که احساسات شدید خود را تجربه می‌کنند، ترس از آسیب دیدن نداشته باشند و بتوانند تمرکز خود را از کاهش نشانه و یا احساسات بدنی به داشتن یک زندگی ارزشمند تغییر دهند. این درمان با تاثیراتی که در تغییرات تنظیم هیجان و تغییرات رفتاری فرد دارد، می‌تواند منجر به تغییراتی در سبک زندگی و نگرش به زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها شود. پذیرش شرایط بدون تلاش برای تغییر آن می‌تواند مستقیما در بهبود کیفیت زندگی افراد موثر باشد (۴۴).

ذهن آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی که در فرآیند جلسات نیز مورد توجه قرار گرفتند از جمله مفاهیم دیگر اکت است که در کاهش رنج روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی بیماران نقش موثری دارند (۴۵). اجرای مداخله گروهی ACT با کمک تمرین‌ها، استعاره‌ها و فنون ذهن آگاهی در جلساتی که بیماران و همسران آنها در کنار یکدیگر حضور داشتند، به آنها کمک کرد تا بتوانند خود را از بند مبارزه بی‌حاصلی که نتیجه آن تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی درون فردی و بین زوجین بود رها سازند و به پیگیری ارزش‌ها و عمل کردن بر مبنای ارزش‌ها ترغیب شدند. همین اقدام و تعهد بیماران و همسرانشان به ارزش‌های مهم زندگیشان در نهایت توانست کیفیت زندگی آنها را ارتقا ببخشد.

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر اثربخشی ACT بر بهبود وضعیت ارتباط در بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها بود. نتایج پژوهش حاضر همسو با پژوهش های پیترسون و ایفرت (۴۱) می‌باشد که نتایج پژوهش آنها نشان داد که درمان پذیرش و تعهد یک درمان مناسب برای کاهش نارضایتی و پریشانی ارتباطی بین زوجین است، به طوری که نتایج آنها نشان داد که افسردگی، اضطراب و نارضایتی ارتباطی در گروه درمانی ACT به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود.

در تبیین نتایج این یافته می توان بیان کرد که ACT به زوجین کمک می‌کند تلاش برای کنترل رابطه و تغییر یکدیگر را کنار بگذارند و گزینه‌های جایگزین را امتحان کنند. این گزینه‌های جدید یعنی پذیرش بیشتر، تقاضا به جای طلبکار بودن، قدردانی و سپاسگزاری و ابراز عاطفه و انتخاب رفتن به سوی ارتباط بدون انتظار تغییر، به جای درگیری مداوم است. این روش جدید می‌تواند در برآورده کردن نیازهای زوجین با رفتارهای همگام با ارزش‌های آنها کمک کند (۳۹).

همچنین تمرین‌های گسلش و پذیرش در حوزه خانواده به بیماران آموزش می‌دهند که حوزه‌های دیگر زندگی را وارد حوزه زناشویی نکنند. بدون قضاوت، تحقیر، اهانت و مقایسه کردن، همسر خود را آن‌گونه که هست بپذیرند. همچنین با آموزش معنای جدیدی از کنجکاوی، روابط همسران شکل جدیدی به خود می‌گیرد. لذا درمان در این بخش موثر بوده است. ارزش‌ها برای زوجین ارزشمند و شخصی شده و با شیوه سازگارانه‌تری به حل تعارض‌ها می پردازند و اهمیت رابطه با همسر در زندگی را با دید بهتری بررسی می‌کنند. آنها از آنچه که در نظر شریک زندگیشان و در روابط آنها اهمیت دارد آگاهی می یابند و این موضوع باعث می شود که از رفتارهایی که منجر به واکنش ناخوشایند در دیگری می شود آگاه شوند و در نتیجه از مسیر ارزش ها دور نشده و رفتارهای مشکل‌زا را انتخاب نکنند (۴۶).

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

از دستاوردهای مهم این درمان، تعهد هر یک از طرفین به رفتار به شیوه‌ای تازه براساس ارزش‌های مشترک و شخصی است. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد. در این درمان، ارزش‌ها بیش از آن که نوعی قضاوت اخلاقی باشند، اهمیت شخصی یک عمل خاص برای فرد را نشان می‌دهند. این ارزش‌ها در روابط زناشویی می‌تواند شامل بهبود رابطه بین فردی و تحصیل مراقبت از خود باشد. درگیر شدن فرد در اعمالی که برای او اهمیت دارد اما از انجام آن اجتناب می کند یکی از مهم‌ترین اهداف و تمرکزهای درمانی این رویکرد است که با شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظه حال، که براساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد، صورت می‌پذیرد (۴۷). لازم به ذکر است که پژوهش فعلی از چندین محدودیت برخوردار است که از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، کوچک بودن حجم نمونه بود که به دلیل عدم تمایل مردها برای شرکت در جلسات گروه اتفاق افتاد و همچنین عدم همتاسازی دقیق افراد در گروه‌های نمونه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.

همچنین با توجه به اثربخشی رویکرد ACT بر کیفیت زندگی و وضعیت ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها، پیشنهاد می‌شود جهت دست‌یابی به نتایج دقیق‌تر به منظور به‌کارگیری یافته‌ها، مطالعات آتی با تعداد نمونه‌های بزرگ‌تری تکرار شود. همچنین پژوهشگران بعدی در مداخلات درمانی، نسبت به همتاسازی دقیق تر افراد نمونه اقدام نمایند تا بتوان مقایسه‌های دقیق‌تری از نتایج به‌دست آورد. همچنین پیشنهاد می‌شود که تمرین‌ها و راهبردهای آموزشی و درمانی ACT در زمینه درمان روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی زناشویی زنان مبتلا به سرطان و همسران آنها در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌هایی که بصورت تخصصی با مراجعان سرطان پستان سر و کار دارند، استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که پس از آموزش درمان پذیرش و تعهد به بیماران مبتلا به سرطان پستان و همسران آنها، کیفیت زندگی و الگوهای ارتباطی زوجین به میزان قابل توجهی نسبت به گروه کنترل بهبود یافت. لذا این نتایج می‌تواند چارچوبی به درمانگران و متخصصین حوزه سلامت که در ارتباط با بیماران هستند جهت برنامه‌ریزی مداخلات آموزشی به منظور بهبود کیفیت زندگی فردی و زناشویی بیماران و همسران آنها ارایه بدهد.

تشکر و قدردانی

این مقاله قسمتی از پایان‌نامه دوره دکتری رشته مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی تهران با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1397.152 می‌باشد. بدین وسیله از مسئولان محترم مرکز آموزشی- درمانی امام حسین(ع) تهران و نیز از پرسنل و بیماران بخش آنکولوژی بیمارستان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ تعارض منافعی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Esmi Z. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life, mental health and self-care behaviours of cancer patient. A Thesis for Master Degree in Clinical Psychology. Al-Zahra University. 2016.
2. Tavali A, The Role of cancer diagnosis in the quality of life of patients with cancer. Payesh. 2008; 6(2): 257-64.
3. DeSantis CE, Ma J, GodingSauer A, Newman L A, Jemal A. Breast cancer statistics, 2017, racial disparity in mortality by state. CA a cancer journal for clinicians. 2017; 67(6): 439-48.
4. Ministry of Health, Treatment and Medical Training.2018.www.hbi.ir/Forms/NewsDetails.aspx?Id=11559&category=1
5. American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington. DC: American Psychiatric Associate. 2014.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

6. Kahrazyi F, Danesh E, Heidarzadegan AR. The effectiveness of cognitive behaviour therapy in reducing psychological symptoms in cancer patients. Journal of Research in Medical Sciences.2010; 14(2): 112-16.
7. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. The Breast Journal. 2015;21(1):97-103.
8. Smith-Turchyn J, Morgan A, & Richardson J. The effectiveness of group-based self-management programmers to improve physical and psychological outcomes in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Clinical Oncology. 2016; 28(5): 292-305.
9. Karow A, Reimer J, Schafer I, Krausz M, Haasen C. maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. Drug AICOHOL Depend. 2010; 112(3): 209-15.
10. Jenkinson C. Quality of life.2019. https://www.britannica.com
11. Spiegler MD, Government D C. Contemporary Behavior Therapy printed in the united states of America. Guliford press. 2016.
12. Brandã OT, Schulz MS, Matos PM. Psychological adjustment after breast cancer: a systematic review of longitudinal studies. Journal of Psycho oncology. 2017; 26(7): 917-926.
13. Moreira H, Canavarro MC. Psychosocial adjustment and marital intimacy among partners of patients with breast cancer: a comparison study with partners of healthy women. J Psychosoc Oncol.2013; 31(3): 282-304.
14. Traa MJ, De Vries J, Bodenmann G, Den Oudsten BL. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. British Journal of Health Psychology.2015; 20(1): 85-114.
15. Dorros SM, Card NA, Segrin C, Badger TA. Interdependence in women with breast cancer and their partners: An inter individual model of distress. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2010;78(1): 121-5.
16. Gall T L, Bilodeau C. The Role of Relationship with God in Couples' Adjustment to the Threat of Breast Cancer. Saint Paul University. Psychology of Religion and Spirituality. 2017; 1941-1022.
17. McClure K S, Nezu AM, Nezu C M, O'Hea E L, McMahon C. Social problem solving and depression in couples coping with cancer. Psycho-Oncology, 2012; 21:11–19.
18. Zimmermann T. Intimate Relationships Affected by Breast Cancer: Interventions for Couples. Journal of Breast Care (Basel). 2015; 10(2): 102–8.
19. Blomberg B, Alvarez A, Diaz A, et al. Psychosocial adaptation and cellular immunity in breast cancer patients in the weeks after surgery: An exploratory study. Journal of Psychosomatic Research. 20l2; 67 (5): 396-370.
20. Saracho-Rotaeche R. Coping mechanisms as a predictor for quality of life in patients on dialysis: a longitudinal and multi-cancer study. Revista Nefrología. .2013; 33(2): 342-54.
21. Yalcin MB. Effects of a couple communication program on marital adjustment. Journal of American Board of Family. 2007; 20(1):36-44.
22. Riesch SK , Henriques J , chanchong w. Effect of communication skills training on parents and young adolescents from extreme family types. Journal of child and adolescents psychiatric nursing. 2003; 16(4): 162-175.
23. Lewis FM. The Family's "Stuck Points" in Adjusting to Cancer. In J. C. Holland, Breitbart, W. S., Jacobsen, P.B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., McCorkle, R. (Ed.), Psycho-Oncology (pp. 511-515). New York, NY: Oxford University Press. 2010.
24. Amsberg S, Wijk I, Livheim F, Johansson UB, Toft E, AnderbroT. Acceptance and commitment therapy (ACT) for adult type 1 diabetes management: study protocol for a randomised controlled trial. BMJ OPEN.2018; 8(11):1-8.
25. Hayes SC. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. Behav Ther. 2016; 47: 869-85.
26. Skevington S M, Lotfy M, O'Connell K A. WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. Qual Life Res. 2004; 13(2): 299–310.
27. hosseinian s, pordelan N, heidari h ,salami S. Analysis of exhaustion vocational Nurses structure with Structural Analysis of Burnout among Nurses Considering Acceptance, Commitment, and Emotion Regulation. Mazandaran uniy Med Sci. 2014; 24(113): 37-46.
28. Amanelahi A, Heydarianfar N, Khojastehmehr R, Imani M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy(ACT) in the treatment of distressed couples. Biannual Journal of Applied Counseling 2014; 4 (1):103-19.
29. Larmar S, Wiatrowski S, Lewis-Driver S. Acceptance & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]

Journal of Service Science and Management. 2014; 7: 216-21.

30. Dahl J, Stewart I, Martell C, Kaplan J S. ACT and RFT in relationships: helping clients deepen intimacy and maintain healthy commitments using acceptance and commitment therapy and relational frame theory. Oakland, CA, New Harbinger Publications. 2014.
31. O'Donohue W T, Fisher J E. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. New York, NY: John Wiley & Sons. 2009.
32. Low J, Serfaty M, Davis S, Vickerstaff V, Gola A, Omar RZ. Acceptance and commitment therapy for adults with advanced cancer (CanACT): study protocol for a feasibility randomised controlled trial,Trials. 2016; 17-77.
33. Flaxman P E, Blackledge J T, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: distinctive features. Translated by mosleh mirzay. Tehran, arjmandpubications. Third edition. 2011.
34. Stewart BW, Wild CP. World Cancer Report 2014. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. 2014; 63.
35. Curtis AJ. Health Psychology. Translated by Faramarz Sohrabi. Tehran: Tolue Danesh Publications. Third edition. 2005.
36. Safaee A, Moghimi- Dehkordi B. Validation study of a quality of life (QOL) questionnaire for use in Iran. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2007; 8(4):543-6.
37. Montazeri A, Harirchi I, Vahdani M, Khaleghi F, Jarvandi S, Ebrahimi M, et al. The EORTC breast cancer- specific quality of life questionnaire (EORTC-BR23): translation and validation study of the Iranian version. International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation. 2000; 9(2):177-84.
38. Nejat S, Montazeri A, Halakooie N, Majdzadeh S. Standardization of the world health organization quality of life questionnaire translation and psychometric Iranian species. Faculty of Health and Medical Research Institute. 2006; 4:1-12.
39. Le, A., McKay, M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy for Couples: A Clinician's Guide to Using Mindfulness, Values, and Schema Awareness to Rebuild Relationships. www.amazon.com.
40. Feros DL, Lane L,Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psycho-Oncology. 2013; 22(2): 459-64.
41. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two couples. Cogn Behav Pract. 2009;16(4): 430-42.
42. Hayes S C, Pistorello J, Levin M E. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012; 40(7): 976-1002.
43. Bagoli H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in reducing the severity of symptoms and improving the Quality of Life in Patients Obsessive- Compulsive Disorder. Ph.D. thesis, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. 2014.
44. Hayes-Skelton SA, Orsillo SM, Roemer L. An acceptance-based behavioral therapy for individuals with generalized anxiety disorder. Cogn Behav Pract. 2013; 20(3): 264-81.
45. 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. European journal of cancer care, 2014; 23(3): 413-21.
46. Kavousian, Harifi H, Karimi k. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Marital Satisfaction in Couples. 2016; 8(4):75-87.
47. Roemer L, Orsillo S. Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology.2008; 76(6): 1083-9.

[Downloaded from ijbd.ir on 2028-00-08]
[DOR: 20.1001.1.17359406.1399.13.1.3.3]
[DOI: 10.30699/ijbd.13.1.24]