

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران

مبتلا به سرطان

*سید یونس محمدی^۱، افسانه صوفی^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۱۲/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۰/۲۸)

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Treatment on Quality of Life and Perceived Stress in Cancer Patients

*Seyed Younes Mohammadi¹, Afsaneh Soufi²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. M.A Student, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Original Article

(Received: March. 11, 2019 - Accepted: Jan. 18, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The present study aimed to investigate the effectiveness of the effectiveness of acceptance and commitment therapy on quality of life and perceived stress in cancer patients. **Method:** The current research was a quasi-experimental of pretest-posttest and control group design. The statistical population included all cancer patients referring to the pathology department of Shiraz hospitals in 2017. Selected through purposefully sampling method from Namazi Hospital and inclusion criteria were 30 patients assigned randomly in experimental (n=15) and control (n=15) groups. The experimental group received an interventional program (Acceptance and Commitment-based therapy) of eight 90-minute sessions. The control group did not receive any intervention. Data were collected using, the World Health Organization Quality of Life Questionnaire and Perceived Stress Questionnaire. The data were analyzed and represented as mean, standard deviation, and Univariate covariance analyze. **Findings:** The results showed that acceptance and commitment therapy has a significant effect on improving the quality of life and reducing perceived stress in patients with cancer. **Conclusion:** According to the findings of this study, it can be mentioned that Acceptance and Commitment-based therapy increase Quality of Life and reducing Perceived Stress in cancer patients and it can be used as an efficient method. and it can be used as an efficient method.

Keywords: Acceptance and Commitment-based Therapy, Quality of Life, Perceived Stress, Cancer.

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش پاتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز در سال ۱۳۹۶ بود. ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان به صورت هدفمند از بیمارستان نمازی و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برنامه مداخله‌ای گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه استرس ادراک شده استفاده شد. داده‌ها با استفاده از میانگین، انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکوا) تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان تأثیر معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک شده بیماران سرطانی می‌گردد و می‌توان از آن به‌عنوان روشی کارآمد بهره برد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، استرس ادراک شده، سرطان.

* نویسنده مسئول: سید یونس محمدی

*Corresponding Author: Seyed Younes Mohammadi

Email: mohammadi_1355@yahoo.com

مقدمه

جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی از جمله کاهش کیفیت زندگی ایجاد می‌کند (اکبری و همکاران، ۱۳۹۴؛ به نقل از شریفی‌ساکي، علی‌پور، آقاییوسفی، محمدی و غباری‌بناب، ۱۳۹۸). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که شامل ادراک بیمار از عملکرد و تندرستی است (باکلی، والتر و لی^۴، ۲۰۱۶). کیفیت زندگی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان و تأثیر بیماری‌ها، صدمات و ناتوانی‌ها و سنجش سلامت روانی در جوامع باشد (اوگان‌دیر^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). کیفیت زندگی، ادراک فرد از سلامت خودش به‌طورکلی، مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علایقش است و توضیح می‌دهد که چرا افراد با شاخص‌های عینی مشابه از کیفیت زندگی می‌توانند شاخص‌های ذهنی کاملاً متفاوتی داشته باشند (دی‌کاسترو، پانچیانو، منگتی، کرلینگ و چم^۶، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی با احساس خوب بودن در زندگی فرد دارد (کاوادا^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). به‌طورکلی مفهوم کیفیت زندگی دربرگیرنده این موضوع است که افراد چگونه جنبه‌های گوناگون زندگی خود را ارزیابی می‌کنند که شامل نحوه واکنش عاطفی افراد به رویدادها، احساس رضایت از زندگی، کار و رضایت از روابط شخصی می‌باشد (تئوفیلو^۸، ۲۰۱۳).

یکی از مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با کیفیت

با وجود پیشرفت فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان^۱ همچنان به‌عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر، بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی است و در بسیاری موارد غیرقابل درمان به‌شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل‌توجهی از افراد جامعه وجود دارد (نقیبی، سعیدی و خزایی، ۱۳۹۷). سرطان به‌عنوان یکی از بیماری‌های غیر عفونی شناخته شده است که نوعی اختلال در سرعت تکثیر و تمایز سلولی است و می‌تواند در هر بافتی از بدن و در هر سنی رخ دهد و با حمله به بافت‌های سالم موجب بیماری شدید و در نتیجه مرگ شود (ویترز-استون^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). آمارها نشان می‌دهند در طول سال‌های اخیر این عارضه بیشتر به سمت کشورهای کمتر توسعه‌یافته سوق داشته به‌طوری‌که در حال حاضر حدود ۰/۵۷٪ موارد ابتلا به سرطان و ۰/۰۶۵ مرگ‌ومیر ناشی از سرطان را در خود جای داده‌اند (تره و همکاران^۳، ۲۰۱۵). در ایران نیز سالیانه بیش از ۹۰ هزار نفر دچار سرطان می‌شوند که این میزان در مردان ۱۳۴ و در زنان ۱۲۸ نفر به ازای هر صد هزار نفر جمعیت است (پایگاه خبری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۶).

بیماری سرطان مشکلات فراوانی در ابعاد

4. Buckley, Walter & Lee

5. Ogundare

6. De Castro, Ponciano, Meneghetti, & Kreling

7. Kawada

8. Theofilou

1. Cancer

2. Winters-Stone

3. Torre & et al

دو عامل مهم مرگ‌ومیر در جهان شناخته می‌شوند، استرس می‌باشد (بلوم، بورگلاند و بارسلز^۵، ۲۰۱۰). استرس می‌تواند منجر به پیشرفت سریع روند بیماری سرطان و عواقب وخیم جسمانی و روانی برای مبتلایان شود (مورنو-اسمیت، لوتجنروف و سود^۶، ۲۰۱۰). همچنین استرس از طریق فعال کردن سیستم ایمنی بدن از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و سیستم عصبی خودمختار فرد را مستعد التهاب می‌کند (بوئر، تن‌بریک، اورس، وندرهللم و ونمیل^۷، ۲۰۱۸). لذا کاهش استرس باید در اولویت درمان قرار گیرد.

تاکنون درمان‌های زیادی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش استرس متمرکز بوده‌اند یکی از درمان‌های جدید ACT می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یکی از درمان‌های مرتبط با رفتاردرمانی موج سوم است (اورکی، مهدی‌زاده و درتاج، ۱۳۹۷). این درمان توسط هیز در سال ۱۹۸۷ مطرح شد و از کار تجربی درباره‌ی نفوذ زبان بر رفتار، تکامل یافته است و مبتنی بر چهارچوب رابطه‌های ذهنی است (دی‌هاور، بارنز-هولمز و بارنز-هولمز^۸، ۲۰۱۶). هدف روش ACT پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پاسخ به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند از طریق تمرکز حواس، پذیرش و تغییر رفتار است (هیز، لوین، پلام-ویلاردج،

زندگی بیماران سرطانی، استرس^۱ است. بحران‌های ناشی از سرطان موجب عدم تعادل و ناهماهنگی جسم و روان فرد مبتلا می‌شود که این حالت موجب افزایش حس ناامیدی و استرس شدید در بیمار خواهد شد (کورتیس، گروک و سالیوان^۲، ۲۰۱۴). استرس حالتی است که در آن، عامل‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی و محیطی باهم در تعامل هستند. استرس ادراک‌شده حالتی است که منعکس‌کننده‌ی ارزیابی کلی از اهمیت و سختی چالش‌های محیطی و شخصی است؛ بنابراین، این عامل‌های فردی و محیطی هر دو در ادراک عامل‌های استرس‌زا، دارای اهمیت است. عامل‌های موقعیتی تأثیرگذار، زمینه‌ی موقعیت را فراهم می‌آورند و عامل‌های فردی، عنصرهایی است که فرد نسبت به موقعیت نشان می‌دهد. چگونگی ادراک این عامل‌های محیطی و فردی، ارزیابی موقعیت را که استرس‌زا یا غیر استرس‌زا باشد، فراهم می‌کند (اسلادک، دوئن، لاکن و ایسنبرگ^۳، ۲۰۱۶). استرس ادراک‌شده حالتی روان‌شناختی است که در آن بهزیستی روانی و جسمی فرد تهدید می‌شود. در واقع ادراک استرس بستگی به چگونگی برداشت و درک فرد از رویدادهای زندگی دارد. ممکن است یک موقعیت برای فردی بی‌خطر و برای فردی دیگر خطرناک یا تهدیدآمیز ادراک شود (کارکولین، سرور و سینان^۴، ۲۰۱۶). گفته شده که ۰/۰۷۵ از بیماری‌های جسمی با استرس ارتباط دارد و یکی از عوامل مؤثر در بیماری‌های قلبی و سرطان که

5. Blum, Borglund & Parcells

6. Moreno-Smith, Lutgendorf, & Sood

7. Boer, Ten Brinck, Evers, & van der Helm-van Mil

8. De Houwer, Barnes-Holmes, & Barnes-Holmes

1. Stress

2. Curtis, Groarke, & Sullivan

3. Sladek, Doane, Luecken, & Eisenberg

4. Karkoulian, Srour, & Sinan

کرده است که به طور ایده‌آلی مناسب برای مبتلایان به سرطان شمار می‌رود (کارکلا و کاستنشو^۳، ۲۰۱۰). مزیت عمده‌ی این روش درمانی نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، به منظور تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (ابدالی، گل‌محمدیان و رشیدی، ۱۳۹۷).

درمان ACT پیش‌تر برای درمان مشکلات و اختلالات روان‌شناختی بیماری‌های متعددی از جمله درد مزمن (هان و مک‌کراکن^۴، ۲۰۱۴؛ براون، وایتینگ‌هام، بوید، می‌کینلی و ساپرونوف^۵، ۲۰۱۵؛ اسکات و مک‌کراکن^۶، ۲۰۱۵)، سرطان (هان و مک‌کراکن، ۲۰۱۴؛ فروس، لن، سیاروچی و بلکلج^۷، ۲۰۱۳)، ام‌اس (نوردین و روزمن^۸، ۲۰۱۲) و ... در سطح جهانی ثابت شده است. در این راستا پژوهش‌های متعدد نشان داده است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان یک مداخله، در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان (پائز، لوسانو و گوئیرز^۹، ۲۰۰۷؛ فروس و همکاران، ۲۰۱۳؛ محبت‌بهار، اکبری، ملکی و مرادی‌جو، ۱۳۹۳؛ خزایی‌پول و پاشا، ۱۳۹۵) و کاهش استرس ادراک‌شده (گراهام، گیلندرز، استارت و گوئیک^{۱۰}، ۲۰۱۵؛ بموسوی و

ویلت و پیستروولو^۱، ۲۰۱۳). در این درمان ابتدا سعی می‌شود، پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. در مرحله‌ی دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خود تجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا این‌که ارزش‌های شخصی اصلی‌اش را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها). درنهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی؛ فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (توماس^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). تأکید ACT بر پذیرش و ارزش‌ها (معنوی، شخصی، غیره) و زندگی کردن بر اساس ارزش‌های پذیرفته‌شده، آن را تبدیل به درمانی

3.Karekla, & Constantinou
4. Brown, Whittingham, Boyd, McKinlay, & Sofronoff
5. Hann, & McCracken
6.Scott, &McCracken
7.Feros, Lane, Ciarrochi, & Blackledge
8. Nordin, & Rorsman
9. Páez, Luciano, & Gutiérrez
10.Graham, Gillanders, Stuart, & Gouick

1. Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello
2. Thomas

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به بخش پاتولوژی بیمارستان‌های شهر شیراز در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ تشکیل می‌دهند. در زمینه اهداف پژوهش ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به سرطان به صورت هدفمند از بیمارستان‌های نامزی انتخاب و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۵ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از (۱) تشخیص قطعی سرطان توسط پاتولوژیست، (۲) حداقل یک سال از بیماری گذشته باشد، (۳) رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان به منظور شرکت در جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۴) بیمار مداخله روان‌درمانی دیگری دریافت نکند و (۵) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال. و ملاک‌های خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: (۱) شرکت در هرگونه مداخله روان‌شناختی (دست‌کم از ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش)، (۲) غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات تمرین (۲) خستگی آنان از اجرای آزمون، (۳) عدم رضایت برای ادامه مطالعه و (۴) ناقص بودن پرسشنامه‌ها. گروه آزمایش تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای عناوین و اهداف جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت که این دوره طی ۸ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد درحالی‌که گروه گواه هیچ آموزشی را دریافت نکردند. هر دو

دست‌بزرگی، ۱۳۹۶؛ لیوهیم^۱ و همکاران، ۲۰۱۵؛ برزگر و همکاران، ۱۳۹۷) مؤثر بوده است. به‌طورکلی عوامل روان‌شناختی تأثیر عمیقی بر شروع، تظاهرات و سیر بیماری سرطان دارند. بسیاری از بیماران مبتلا به دردهای مزمن، علی‌رغم مداخلات دارویی، همچنان درد را تجربه می‌کنند و اگر قادر به سازش با دردشان نباشند، دچار استرس می‌شوند و کیفیت زندگی‌شان به‌طور چشم‌گیری تحت تأثیر قرار می‌گیرد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از برخی راهبردها، مانند آگاهی فعال از خود و تعهد رفتاری سبب افزایش بیشتر تحمل درد، کاهش افکار و احساسات منفی و ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود (پائز-بلارینا^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). تا انگیزه جهت درمان افزایش یابد. با افزایش انگیزه درمان، مراقبت فرد بیشتر شده و در نتیجه استرس بیمار کاهش می‌یابد و کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. در درمان پذیرش و تعهد، هدف کلی پذیرش زندگی همراه با بیماری و سازش شناختی با آن است؛ بنابراین با توجه به اهمیت و ضرورت موضوع موردبحث، هدف از مطالعه حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان بود. از این رو، فرضیه‌های پژوهش حاضر به این صورت مطرح می‌شود که (۱) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است و (۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان مؤثر است.

1. Livheim
2. Páez-Blarrina

خرده‌مقیاس‌ها، نمره کل کیفیت زندگی را مشخص می‌کند. با توجه به درجه‌بندی پاسخ‌ها، نمره کل در این آزمون بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. لازم به ذکر است که سؤالات ۳ و ۴ و ۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی مقیاس توسط سازندگان آن (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) بالای ۰/۷۰ گزارش شده است. در پژوهشی که توسط آقاجانی، صمدی‌فرد و نریمانی (۱۳۹۶) بر روی ۱۲۴ بیمار مبتلا به دیابت در اردبیل انجام شد، پایایی این مقیاس با روش همسانی درونی موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آمد. همچنین میزان پایایی در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ بدست آمد.

۲) پرسشنامه استرس ادراک‌شده (PSS): پرسشنامه استرس ادراک‌شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کامارک و مرملمستین^۲ ساخته شده است. از این ابزار برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در یک ماه گذشته استفاده می‌شود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه‌شده را موردسنجش قرار می‌دهد. این ابزار ۱۴ سؤال دارد و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (۰) تا بیشتر اوقات (۴) نمره‌گذاری می‌شود. با توجه به درجه‌بندی پاسخ‌ها، نمره کل در این آزمون بین ۰ تا ۵۶ خواهد بود که نمرات بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده‌ی بیشتر است. لازم به ذکر است که

گروه در آغاز و پایان مداخله توسط پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و استرس ادراک‌شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. پژوهش حاضر زیر نظر پژوهشگر (کارشناس ارشد روان‌شناسی) انجام گردید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به شرکت‌کنندگان اعلام گردید که برای حضور در پژوهش اختیار تام داشته و در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. درنهایت جهت بررسی و تجزیه‌وتحلیل آماری اطلاعات خام به‌دست‌آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. از آمار توصیفی جهت محاسبه میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش آمار استنباطی جهت بررسی طبیعی بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک و برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) در سطح اطمینان ۰/۹۵ استفاده شد. کلیه محاسبات در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار

۱) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی ساخته شده است. مقیاس دارای ۲۶ سؤال بوده و در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. ۲۴ سؤال برای سنجش زیرمقیاس‌های سلامت جسمی، سلامت روان، سلامت رابطه اجتماعی، سلامت محیط و ۲ سؤال برای سنجش کیفیت و سلامت عمومی به‌کار می‌رود. مجموع نمرات

1. perceived stress scale
2. Cohen, Kamarck, & Mermelstein

سؤالات ۱۳، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۴ به صورت معکوس پرسشنامه در سه نمونه‌ی جداگانه، ۰/۸۴، ۰/۸۵ و کدگذاری می‌شوند. بنا بر گزارش مؤلفان ۰/۸۶ به دست آمده است. در پژوهشی که توسط پرسشنامه، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای رادمهر و یوسف‌وند (۱۳۹۷) بر روی ۳۰ زن مبتلا جدول ۱. شرح مختصر جلسات درمان مبتنی بر پذیرش تعهد هیز و همکاران (۲۰۰۴)

| شماره جلسه | شرح محتوای جلسات |
|------------|--|
| جلسه اول | خوشامدگویی و آشنایی و معارفه‌ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت‌شناسی) انجام تکالیف و. بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارائه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش‌آزمون |
| جلسه دوم | توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود؟ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را به‌عنوان افکار و احساسات را به‌عنوان احساسات و خاطرات را فقط به‌عنوان خاطره بپذیریم؛ ارائه‌ی تکلیف درزمینه‌ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری |
| جلسه سوم | بررسی تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره‌ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه‌ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟ |
| جلسه چهارم | بررسی تکالیف؛ ارائه‌ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارائه‌ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به‌نوعی دیگر نگاه کنیم و مشکلات را پایان کار نبینیم و آن را فقط به‌عنوان یک مرحله موقتی و چالشی ببینیم. |
| جلسه پنجم | بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه‌ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آن‌ها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت |
| جلسه ششم | ارائه‌ی بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارائه‌ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن |
| جلسه هفتم | ارائه‌ی بازخورد و جستجوی مسایل حل‌نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته‌شده و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف، به‌گونه‌ای که مناسب‌تر باشد نه عملی‌تر |
| جلسه هشتم | بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه‌ی بازخورد به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون |

یافته‌ها

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت زندگی و استرس ادراک شده در گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود در گروه آزمایش میانگین نمرات کیفیت زندگی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است؛ اما در گروه کنترل تفاوت محسوسی بین مراحل ایجاد نشده است. همچنین میانگین نمرات استرس ادراک شده گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است؛ اما در گروه کنترل تفاوت محسوسی بین مراحل ایجاد نشده است.

به بیماری عروق کرونر در شهر خرم‌آباد انجام شد، پایایی این مقیاس با روش همسانی درونی موردبررسی قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین میزان پایایی در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

۳) پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش تعهد: پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش تعهد در پژوهش حاضر، توسط هیز، فلت و لینهان^۱ (۲۰۰۴) ساخته شده است و در تحقیقات مختلف مورد مطالعه قرار گرفته است که نتایج این تحقیقات حاکی از اثربخشی این روش درمانی برای درد مزمن (هان و مک‌کراکن، ۲۰۱۴؛ براون و همکاران، ۲۰۱۵؛ اسکات و مک‌کراکن، ۲۰۱۵)، سرطان (هان و مک‌کراکن، ۲۰۱۴)، ام‌اس (نوردین و روزمن، ۲۰۱۲) است. مراحل درمان مبتنی بر پذیرش تعهد به صورت خلاصه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به کیفیت زندگی و استرس ادراک شده دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | گروه آزمایش | | گروه کنترل | |
|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| کیفیت زندگی | ۶۸/۳۰ ± ۷/۶۲ | ۸۱/۹۸ ± ۸/۳۹ | ۷۱/۹۸ ± ۷/۹۶ | ۷۳/۸۳ ± ۸/۶۳ |
| استرس ادراک شده | ۳۵/۶۵ ± ۶/۵۴ | ۲۴/۴۳ ± ۵/۰۸ | ۳۴/۸۷ ± ۶/۴۲ | ۳۳/۹۸ ± ۵/۸۷ |

مفروضه دیگر تحلیل کوواریانس این است که خطوط رگرسیون برای هر گروه در پژوهش باید یکسان باشند. لازم به توضیح است که در این فرضیه پس‌آزمون‌های کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده به‌عنوان متغیرهای وابسته و پیش‌آزمون‌های آن‌ها به‌عنوان متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) برابری حاکم باشد. در این پژوهش، میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم بود ($P > 0/05$).

جهت آزمون فرضیه‌های این پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله استفاده شد. در این راستا قبل از تحلیل کوواریانس مفروضه‌های آن موردبررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت تعیین نرمال بودن توزیع داده‌ها نشان داد که در متغیر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده، سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده بزرگ‌تر از $0/05$ است؛ بنابراین نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. برای بررسی همگنی واریانس دو گروه از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین هم معنادار نبود و همگنی واریانس‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد ($P > 0/05$).

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی با کنترل پیش‌آزمون

| متغیر | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | P |
|-----------|---------------|------------|-----------------|-------|-------|
| پیش‌آزمون | ۰/۱۲۵ | ۱ | ۰/۱۲۵ | ۰/۶۴۸ | ۰/۶۵۹ |
| گروه | ۱۶۸/۴۸ | ۱ | ۱۶۸/۴۸ | ۲۱/۷۶ | ۰/۰۰۱ |
| خطا | ۶۹/۵۴ | ۲۷ | ۲/۵۷ | | |

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون استرس ادراک‌شده

با کنترل پیش‌آزمون

| استرس ادراک‌شده | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | P |
|-----------------|---------------|------------|-----------------|--------|-------|
| پیش‌آزمون | ۰/۱۱۱ | ۱ | ۰/۱۱۱ | ۰/۷۶۸ | ۰/۵۷۹ |
| گروه | ۱۲۱/۵۹ | ۱ | ۱۲۱/۵۹ | ۱۹/۷۵۷ | ۰/۰۰۱ |
| خطا | ۶۶/۸۶۵ | ۲۷ | ۲/۴۷ | | |

بیماران مبتلا به سرطان، مؤثر است. این یافته در راستای نتایج پائز و همکاران (۲۰۱۳)؛ فروس و همکاران (۲۰۱۳)؛ محبت‌بهار و همکاران (۱۳۹۳) و خزایی‌پول و پاشا (۱۳۹۵) قرار دارد. برای مثال نتایج پژوهش محبت‌بهار و همکاران (۱۳۹۳) در بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روشی مؤثر بر افزایش کیفیت زندگی مبتلایان به سرطان پستان است. خزایی‌پول و پاشا (۱۳۹۵) نیز در پژوهشی نشان دادند که برنامه آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری بعد از عمل جراحی که تحت شیمی‌درمانی هستند، مؤثر می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد 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، بهبود تنظیم هیجان با مکانیسم‌هایی مانند کاهش آسیب‌پذیری برای هیجانات منفی بهبود می‌بخشد (پیترسون و ایفرت^۱، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که بیماران مبتلا به سرطان، احساسات، هیجانات و افکار خود را علی‌رغم ناخوشایند بودن، بپذیرند و حساسیت بیش‌ازحد و اندازه به بیماری را کاهش داده و در نتیجه سطح رضایت‌مندی و کیفیت زندگی را در خود افزایش دهند. این درمان به بیماران کمک

همچنین تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کواریت‌ها) مشاهده شد. بر این اساس برای اطمینان از وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه کنترل و آزمایش و اندازه‌گیری تأثیر مداخله، تحلیل کواریانس تک‌متغیری اجرا گردید. همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای کیفیت زندگی با $F=21/76$ ، $P \leq 0/01$ به دست آمد می‌توان گفت که تفاوت میزان کیفیت زندگی بین گروه‌های موردپژوهش معنادار است؛ به این معنی که میزان کیفیت زندگی به‌طور معناداری در گروه آزمایش بهبود یافته است.

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، با نتایجی که برای استرس ادراک‌شده با $F=0/768$ ، $P \leq 0/01$ به دست آمد می‌توان گفت که تفاوت میزان استرس ادراک‌شده بین گروه‌های موردپژوهش معنادار است؛ به این معنی که میزان استرس ادراک‌شده به‌طور معناداری در گروه آزمایش کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک‌متغیره (آنکوا) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات کیفیت زندگی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی

1. Peterson, & Eifert

تعهد به‌طور معناداری باعث افزایش ضریب سختی و کاهش استرس ادراک‌شده‌ی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. نتایج مطالعات برزگر و همکاران (۱۳۹۷) در بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی نیز بیانگر این بود که روش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور معناداری باعث کاهش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی می‌شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان پذیرش و تعهد به‌جای آموزش راهبردهای بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می‌شود تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند (کشاورزافشار، رافعی و میزایی، ۱۳۹۷). این روش درمانی با ارائه‌ی تکنیک پذیرش یا تمایل به تجربه‌ی مقابله با سختی یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها باعث درک بیشتر درباره‌ی ایستادگی در برابر چالش‌های زندگی می‌شود و افراد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی را دارند. لذا اجتناب، پریشانی و ترس از چالش‌ها در آنان کاهش می‌یابد و در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک‌شده‌ی بیماران شود (موسوی و دشت‌بزرگی، ۱۳۹۶).

تبیین دیگر این‌که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی است که از فرایندهای پذیرش و

می‌کند تا خود را به‌عنوان شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود (پیترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). همچنین به بیماران کمک می‌کند تا درد را به‌عنوان جزئی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن (پیترسون و ایفرت، ۲۰۱۱). از سوی دیگر با شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی‌شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پای‌بندی به درمان می‌دهد (هریس^۱، ۲۰۱۹). این درمان با ایجاد پذیرش و تعهد در فرد بیمار وضعیت سلامتی، ادراک موضوع، شدت فرسودگی، سلامت روان و شدت درد را به‌صورت مثبت تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را در جهت بهبود کیفیت زندگی یاری می‌رساند (پارسا، صباحی و محمدی‌فر، ۱۳۹۷).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات استرس ادراک‌شده شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به سرطان، مؤثر است. این یافته در راستای نتایج مطالعات گراهام و همکاران (۲۰۱۵)؛ موسوی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶)؛ لیوهم و همکاران (۲۰۱۵) و برزگر و همکاران (۱۳۹۷) قرار دارد. برای مثال موسوی و دشت‌بزرگی (۱۳۹۶) در پژوهشی نشان دادند که روش گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و

شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش و خطای آماری نمونه کاهش یابد. به علاوه پیشنهاد می‌گردد سایر روش‌ها و رویکردهای آموزشی-درمانی نیز اجرا و با روش استفاده‌شده در این مطالعه مورد مقایسه قرار گیرد تا روش ارجح نیز معرفی گردد. در پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت‌ها و موانعی مانند مختص بودن نمونه به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان نمازی شهر شیراز، مقطعی بودن مطالعه، اجرای پروتکل توسط خود پژوهشگر و عدم مرحله پیگیری، خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌های پژوهش و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که از تعمیم نتایج پژوهش می‌کاهد، اشاره کرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمام بیماران و هم‌چنین از کارکنان بیمارستان نمازی جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

منابع

آقاخانی، س.، صمدی‌فرد، ح.ر.، و نریمانی، م. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۶(۱)، ۱۴۲-۱۵۶.

ابدالی، ه.، گل‌محمدیان، م. و رشیدی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب امتحان و سرزندگی تحصیلی دانش‌آموزان دختر دوره‌ی دوم متوسطه. مجله

ذهن‌آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به‌منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. افزایش انعطاف‌پذیری شناختی به افراد در پذیرش استرس (تحمل رویدادهای ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آن‌ها) و یا افکار مرتبط با استرس و ارتقای جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند کمک می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف‌پذیری و توانایی ایجاد رفتارهای سازگار با هدف و مبتنی بر پذیرش ناهماهنگی‌های زندگی و مشکلات آن، راه را برای کاهش استرس و مدیریت استرس باز می‌کند (فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰).

نتایج این مطالعه و پیشینه پژوهش مبین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک‌شده افراد مبتلا به بیماری سرطان بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود رویکرد مورد استفاده در این پژوهش روی گروه‌های بزرگ‌تر اجرا شود تا اعتبار این روش با اطمینان بالاتری برآورد شود. اجرای این درمان برای بیماران و گروه‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی توصیه می‌شود؛ زیرا افراد با داشتن این تفاوت‌ها، احتمالاً درجات متفاوتی از مشکلات روان‌شناختی را خواهند داشت. همچنین، این پژوهش به‌صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل شود. ضروری است تا برای افزایش تعمیم‌پذیری آماری نتایج پژوهش از روش‌های مناسب‌تری برای نمونه‌گیری استفاده

- دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، ۲۵(۴)، ۵۷۳-۵۸۰.
- خزایی پول، م.، و پاشا، ن. (۱۳۸۹). اثر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان مری. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۱۲(۴)، ۵۳-۵۴.
- رادمهر، پ. و یوسف‌وند، ل. (۱۳۹۷). بررسی میزان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش امید به زنده ماندن زنان مبتلا به بیماری عروق کرونر. *فصلنامه علمی پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۵(۳)، ۱۶۴-۱۷۲.
- شریفی‌ساکي، ش.، علی‌پور، ا.، آقايوسفی، ع.، محمدی، م.، و غباری‌بناب، ب. (۱۳۹۸). رابطه بین شفقت به خود با افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان با میانجی‌گری اضطراب مرگ. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۸(۱)، ۵۲-۶۷.
- کشاورزافشار، ح.، رافعی، ز.، و میرزایی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر اضطراب فراگیر. *پایش*، ۱۷(۳)، ۲۸۹-۲۹۶.
- محبت‌بهار، س.، اکبری، م.ا.، ملکی، ف.، و مرادی‌جو، م. (۱۳۹۳). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *اندیشه و رفتار بالینی در روانشناسی بالینی*، ۳۴(۹)، ۱۷-۲۶.
- اورکی، م.، مهدی‌زاده، آ.، و درتاج، ا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تنظیم هیجان و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش علائم کمردرد، افسردگی و افزایش رضایت از زندگی در زنان مبتلا به کمردرد مزمن با اختلال افسردگی اساسی همبود. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۷(۲۶)، ۴۳-۲۵.
- برزگر، ا.، زهره‌ای، ا.، بوستانی‌پور، ع.، فتوح‌آبادی، خ.، ابراهیمی، ش.، و حسین‌نیا، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱۴(۳)، ۱۶۳-۱۷۸.
- پایگاه خبری - اطلاع‌رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۶). شیوع سرطان در سال ۲۰۳۰ به ۲۵ میلیون نفر خواهد رسید. شماره خبر: ۱۶۳۱۸۲. <http://behdasht.gov.ir>
- پارسا، م.، صباحی، پ.، و محمدی‌فر، م.ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۰(۱)، ۲۱-۲۸.

نقیبی، س.ج.، سعیدی، ز.، و خزائی، ف. (۱۳۹۷).
اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت
زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به
سرطان. فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش‌های
مشاوره، ۱۷(۶۵)، ۴-۲۹.

موسوی، م.، و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۶). تأثیر
گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان
ضریب سختی و استرس ادراک‌شده‌ی بیماران
مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵(۴)،
۳۱۱-۳۱۹.

Blum, C. A., Borglund, S., & Parcels,
D. (2010). High-fidelity nursing
simulation: Impact on student self-
confidence and clinical
competence. *International Journal
of Nursing Education Scholarship*,
7(1), 1548-1549.

Mermelstein, R. (1983). A global
measure of perceived stress.
*Journal of health and social
behavior*, 24(4), 385-396.

Boer, A. C., Robin, M., Evers, A. W.,
& van der Helm-van, A. H. (2018).
Does psychological stress in
patients with clinically suspect
arthralgia associate with subclinical
inflammation and progression to
inflammatory arthritis? *Arthritis
research & therapy*, 20(1), 93.

Curtis, R., Groarke, A., & Sullivan, F.
(2014). Stress and self-efficacy
predict psychological adjustment at
diagnosis of prostate cancer.
Scientific reports, 4, 5569.

De Castro, E. K., Ponciano, C.,
Meneghetti, B., & Kreling, M.
(2012). Quality of life, self-efficacy
and psychological well-being in
Brazilian adults with cancer: A
longitudinal study. *Psychology*,
3(4), 304-309.

Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd,
R. N., McKinlay, L., & Sofronoff,
K. (2015). Does Stepping Stones
Triple P plus Acceptance and
Commitment Therapy improve
parent, couple, and family
adjustment following paediatric
acquired brain injury ? A
randomised controlled trial.
Behaviour research and therapy,
73, 58-66.

De Houwer, J., Barnes-Holmes, Y., &
Barnes-Holmes, D. (2016). Riding
the waves: A functional-cognitive
perspective on the relations among
behaviour therapy, cognitive
behaviour therapy and acceptance
and commitment therapy.
*International Journal of
Psychology*, 51(1), 40-44.

Buckley, A. S., B. Walter, R., & J.
Lee, S. (2016). Measuring quality
of life in acute myeloid leukemia:
limitations and future directions.
Expert Review of Hematology, 9
(9), 821-823.

Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., &
Blackledge, J. T. (2013).
Acceptance and Commitment
Therapy (ACT) for improving the
lives of cancer patients: a
preliminary study. *Psycho-
Oncology*, 22(2), 459-464.

Cohen, S., Kamarck, T., &

- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour research and therapy*, 48(8), 816-820.
- Graham, C. D., Gillanders, D., Stuart, S., & Gouick, J. (2015). An acceptance and commitment therapy (ACT)-based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*, 14(2), 83-97.
- Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 217-227.
- Harris, R. (2019). ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy: New Harbinger Publication, 33-39.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (2004). Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition: Guilford Press.
- Karekla, M., & Constantinou, M. (2010). Religious coping and cancer: Proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(4), 371-381.
- Karkoulian, S., Srour, J., & Sinan, T. (2016). A gender perspective on work-life balance, perceived stress, and locus of control. *Journal of Business Research*, 69(11), 4918-4923.
- Kawada, T., Yao, S.-M., Yu, H.-M., Ai, Y.-M., Song, P.-P., Meng, S.-Y.,... Ai, Y. (2016). Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 71(2), 57-58.
- Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J.,... Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.
- Moreno-Smith, M., Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2010). Impact of stress on cancer metastasis. *Future oncology*, 6(12), 1863-1881.
- Nordin, L., & Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *Journal of rehabilitation medicine*, 44(1), 87-90.
- Ogundare, O. M., Shah, V. G., Salunke, S. R., Malhotra, R., Pati, S., Karmarkar, A.,... Jadhav, S. K. (2017). Fifteen Dimensions of Health and their Associations with Quality of Life among Elderly in Rural Villages in Maharashtra,(India). *Indian Journal of Gerontology*, 31(1).
- Organization, W. H. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic

version of the assessment: field trial version, December 1996.

Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Rodríguez-Valverde, M., & Ortega, J. (2008). Coping with pain in the motivational context of values: comparison between an acceptance-based and a cognitive control—based protocol. *Behavior Modification*, 32(3), 403-422.

Páez, M. B., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.

Peterson, B. D., & Eifert, G. H. (2011). Using acceptance and commitment therapy to treat infertility stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 577-587.

Scott, W., & McCracken, L. M. (2015). Psychological flexibility, acceptance and commitment therapy, and chronic pain. *Current Opinion in Psychology*, 2, 91-96.

Sladek, M. R., Doane, L. D., Luecken, L. J., & Eisenberg, N. (2016). Perceived stress, coping, and

cortisol reactivity in daily life: A study of adolescents during the first year of college. *Biological psychology*, 117, 8-15.

Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's journal of psychology*, 9(1), 150-162.

Thomas, N., Shawyer, F., Castle, D. J., Copolov, D., Hayes, S. C., & Farhall, J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy (ACT) for psychosis: study protocol. *BMC psychiatry*, 14(1), 198.

Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians*, 65(2), 87-108.

Winters-Stone, K. M., Dobek, J., Bennett, J. A., Nail, L. M., Leo, M. C., & Schwartz, A. (2012). The effect of resistance training on muscle strength and physical function in older, postmenopausal breast cancer survivors: a randomized controlled trial. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(2), 189-199.