

Research Article

The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and cognitive emotion regulation in women with breast cancer

S. Jelodari¹, Sh. Sodagar^{1*} & M. Bahrami Hidaji¹

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and cognitive emotion regulation in women with breast cancer. **Method:** Method was quasi-experimental with control group, pre-test, post-test and one-month follow-up, and the statistical population was 390 women with breast cancer of Shahid Rajaie Hospital in Karaj in 2018. 30 patients who were referred to the chemotherapy department were selected by convenience sampling method and were assigned to two experimental and control groups. The research tools were Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello, et al (2004) The Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), and Garnefski, Kraaij & Spinhoven (2001) Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and Hayes, Strosahl and Wilson's Acceptance and Commitment Therapy Program (1999) was extracted from Esmat Danesh's training course in Iran Psychology Association in 2015 which was performed once a week at 8 sessions with duration of 90 minutes for experimental group. Data were analyzed using mixed variance repeated measure. **Results:** The results showed the effectivity of therapeutic implementation on psychological flexibility ($F= 6.78, P=0.016$) and for all the dimensions of cognitive emotion regulation including acceptance ($F= 25.09$), positive refocusing ($F=34.02$), refocusing on planning ($F=17.80$), positive reappraisal ($F=23.44$), putting perspective ($F=13.06$), self-blame ($F=14.09$), rumination ($F=15.45$), catastrophizing ($F=34.82$) and other blame ($F=16.63$) at $P=0.001$ level and therapeutic achievements remained stable at follow-up. **Conclusion:** Because acceptance and commitment therapy leads to psychological flexibility and commitment of the individual to perform actions that make a full, rich, and meaningful life, it can be used as an effective interventional method for enhancing psychological changes and emotion regulation in patients with breast cancer and other patients.

Key words: acceptance, breast cancer, commitment, emotion regulation, flexibility

Citation: Jelodari, S., Sodagar, Sh., & Bahrami Hidaji, M. (2020). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on psychological flexibility and cognitive emotion regulation in women with breast cancer. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(4): 527-548.

Corresponding Author: sheida.sodagar@kiauo.ac.ir
Received: 11 June 2018
Accepted: 12 October 2019
Available Online: 13 November 2019

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم‌شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان

سمیرا جلوداری^۱، شیدا سوداگر^{۱*} و مریم بهرامی هیدجی^۱

۱. گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

هدف: هدف پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم‌شناختی هیجان زنان دچار سرطان پستان بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه و جامعه آماری زنان دچار سرطان پستان بیمارستان شهید رجایی شهر کرج به تعداد ۳۹۰ نفر در سال ۱۳۹۷ بود. به شکل دسترس ۳۰ نفر از بیماران بخش شیمی‌درمانی، انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌های پذیرش-عمل‌هیز، استروسال، ویلسون، بی‌ست، پیسترلو و همکاران (۲۰۰۴) و تنظیم‌شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) و برنامه درمان پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون ۱۹۹۹ برگرفته از دوره آموزشی عصمت دانش در انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۳۹۴ بود که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، یکبار در هفته در مورد گروه آزمایش اجرا و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که اجرای درمان بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($F = 6/78, P = 0/016$) و تمامی مؤلفه‌های تنظیم‌شناختی هیجان شامل پذیرش ($F = 25/09$)، تمرکز مجدد مثبت ($F = 34/02$)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ($F = 17/80$)، ارزیابی مجدد مثبت ($F = 23/44$)، دیدگاه‌پذیری ($F = 13/06$)، ملامت خویشتن ($F = 14/09$)، نشخوارگری ($F = 15/45$)، فاجعه‌انگاری ($F = 34/82$) و ملامت دیگران ($F = 16/63$) در سطح $P = 0/001$ مؤثر بوده و دستاوردهای درمانی در مرحله پیگیری پایدار مانده است. **نتیجه‌گیری:** از آنجا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تعهد فرد به انجام اعمالی می‌شود که زندگی را برای وی کامل، غنی و معنادار می‌سازد؛ می‌توان از آن به‌عنوان روش مداخله‌ای مؤثر برای تغییرات روان‌شناختی و تنظیم‌هیجان در بیماران دچار سرطان پستان و سایر بیماران استفاده کرد.

انتشار:

۹۸/۰۸/۲۲

دریافت مقاله:

۹۸/۰۷/۲۰

نویسنده مسئول:

sheida.sodagar@kiaou.ac.ir

کلیدواژه‌ها: انعطاف‌پذیری، پذیرش، تعهد، تنظیم‌هیجان، سرطان پستان

استناد به این مقاله: جلوداری، سمیرا، سوداگر، شیدا، و بهرامی هیدجی، مریم. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم‌شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳ (۴ پیاپی ۵۲): ۵۴۸-۵۲۷.

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم به‌عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیر قابل درمان به‌شمار می‌رود. پیش بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۲۰ میلیون برسد (برقی ایرانی، زارع و عابدینی، ۱۳۹۴). بر اساس گزارش مرکز مدیریت بیماری‌ها، سرطان سینه به‌عنوان اولین سرطان شایع و دومین علت مرگ و میر ناشی از سرطان در بین زنان ایرانی است (حیاتی، شهسواری و محمودی، ۲۰۰۹) و ۱۶ درصد کل سرطان را در زنان تشکیل می‌دهد و در جهان شایع‌ترین سرطان در زنان است (برقی ایرانی، زارع و عابدینی، ۱۳۹۴).

میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان ایرانی ۲۸/۲۵ در هر صد هزار نفر است (رحمانی، حاجی رسولی‌ها، روشندل، قاضی و محمدپور، ۱۳۹۳). سرطان فقط یک رویداد با پایانی معین نیست؛ بلکه موقعیتی دائمی و مبهم است که با تأثیرات دیررس و تاخیری ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی مربوط به آن مشخص می‌شود (مک فارلند، آندوتی، هریس، ماندلی، تیرستن و هلند، ۲۰۱۶). در واقع با آگاهی از ابتلا به بیماری بدخیم و تهدید کننده حیات، درک افراد از زندگی نیز تغییر می‌کند (پدرام راضی، حقیقت، جوربان، پارسایکتا و حسینی آقا، ۲۰۱۳).

مهارت‌های پایه شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجان‌ها و همچنین احساس همدردی با دیگران، انعطاف‌پذیری و توانایی مقابله با حوادث نامطلوب زندگی و ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ بین ذهن و بدن از اجزای مهم سلامت روان است که به درجه‌های مختلف به حالت تعادل درونی افراد کمک می‌کند (رحمانی، حاجی رسولی‌ها، روشندل، قاضی و محمدپور، ۱۳۹۳). یکی از متغیرهای مهم مرتبط با فرایندهای روان‌شناختی، تنظیم هیجان است (خاکباز، ۱۳۹۳). تنظیم شناختی هیجان، اشاره به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (شریفی باستان، زهرایی و یزدی، ۱۳۹۵).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که هیجان‌ها در هر لحظه بر توجه، تصمیم‌گیری، حافظه، پاسخ‌های جسمانی و تعاملات اجتماعی تأثیرگذارند (حسینی، ۲۰۰۹). افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا از راهبردهای تنظیم هیجانی متنوعی استفاده می‌کنند که از میان آن‌ها می‌توان به راهبرد مقابله‌ای شناختی منفی متفاوت شامل خود ملامت‌گری، نشخوار فکری^۱، فاجعه‌سازی^۲ و سرزنش دیگران و راهبردهای مثبت شامل پذیرش^۳ و عینیت بخشی^۴، تمرکز مجدد مثبت^۵، تمرکز مجدد بر

-
1. rumination
 2. catastrophizing
 3. acceptance
 4. putting into perspective
 5. positive refocusing

برنامه ریزی^۱، ارزیابی مجدد مثبت^۲، تسهیل حادثه از طریق کل نگری، اشاره کرد (رحمتی و صابر، ۱۳۹۶). تنظیم هیجان را می توان به عنوان فرایندهای جسمانی، رفتاری و شناختی تعریف کرد که افراد را به تنظیم، تجربه و بیان هیجان ها قادر می سازد (اندامی خشک، گلزاری و اسماعیلی نسب، ۱۳۹۲). پاسخ های هیجانی به رویدادهای استرس زا را می توان با استفاده از راهبردهای مقابله ای شناختی تنظیم کرد. در مجموع، تنظیم شناختی هیجان افراد را قادر می سازد با انعطاف پذیری بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ دهند (سبزعلی گل و کاظمی، ۱۳۹۵). امروزه ارتقاء سلامت روانی، در گرو تغییر رویکرد از الگوی کاهش خطر به الگوی افزایش مهارت ها است. انعطاف پذیری روان شناختی یکی از این مهارت ها است (حاتم خانی، ۱۳۹۰).

آموزش انعطاف پذیری روان شناختی به مراجعان باعث افزایش توانایی آن ها می شود و برای آن ها ایجاد ارتباط با تجربه های شان را در زمان حال و در آن لحظه امکان پذیر می سازد؛ تا به شیوه ای عمل کنند که منطبق با ارزش های منتخب شان باشد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). در پژوهشی محمدی (۱۳۹۵) نیز نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و بهبود تنظیم شناختی هیجان زنان دچار به سرطان می شود. شواهد پژوهشی زیادی از نقش انعطاف پذیری روان شناختی در ایجاد دامنه وسیعی از اختلال های روان شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد حمایت کرده اند (روییز، لنگر، لوسیانو، کانگاس و بلتر، ۲۰۱۳).

در موج سوم روان درمانی ها که به روان درمانی های نوین معروف هستند؛ عقیده بر این است که شناخت ها و هیجان ها را باید در بافت مفهومی پدیده ها در نظر گرفت. در درمان های موج سوم به بیمار آموزش داده می شود تا در گام اول هیجان های خود را بپذیرد و با زندگی در "اینجا و اکنون" از انعطاف پذیری روان شناختی بیشتری برخوردار شود (میرانی، ۱۳۹۴). از جمله روش های کاربردی برای استفاده در کار بالینی و غیر بالینی که امروزه کاربرد فراوانی دارد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (ایزدی، نشاط دوست، عسگری، و عابدی، ۱۳۹۳).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از الگوهای درمانی بسط یافته اخیر است که فرایندهای درمانی کلیدی آن از درمان شناختی- رفتاری سنتی متفاوت است (داوودی و شریفی هراتمه، ۱۳۹۵). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسان ها بسیاری از احساس ها، هیجان ها یا افکار درونی شان را آزارنده می یابند و پیوسته سعی دارند که این تجارب درونی را تغییر دهند و یا از آن ها رهایی یابند (ایزدی، ۱۳۹۱). پس می توان گفت که درمان پذیرش و تعهد مداخله ای شناختی- رفتاری است که از فرایندهای پذیرش، ذهن آگاهی و تغییر رفتار و تعهد برای

1. refocus on planning
2. positive reappraisal

ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (هیز، پیسترلو و لوین، ۲۰۱۲). یعنی ایجاد توانایی در فرد برای انتخاب عملی که معنادار و مبتنی بر ارزش‌ها و در بین گزینه‌های مختلف مناسب‌تر باشد؛ نه اینکه فقط برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود (سلگی، ۱۳۹۶)؛ بلکه هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (ابوالقاسمی، علمداری و نریمانی، ۱۳۹۳).

با توجه به موارد اشاره شده، ضرورت مبرمی جهت توسعه و گسترش مداخله‌های اثربخش و به لحاظ تجربی تأیید شده در بین زنان دچار سرطان پستان به‌عنوان جمعیت دارای اهمیت به چشم می‌خورد. در پژوهش‌های پیشین نیز پیشنهادهایی در مورد اجرای کارآزمایی‌های بالینی بیشتر در زمینه مشکلات روان‌شناختی زنان دچار سرطان ارائه شده است؛ بنابراین اجرای مداخله درمانی مناسب در بین این جمعیت ضروری است. از سوی دیگر هر نظریه خوب بایستی از طریق روش‌های مبتنی بر تجربه، آزمون‌پذیر باشد. تصویر معمول پیشرفت در علم آن است که نظریه‌ها تابع آزمایش شدن و سپس تابع اصلاح تدریجی باشند. در حقیقت نظریه از طریق توالی آزمایش‌ها و تغییرها تکامل می‌یابد تا بتواند تمامی داده‌های موجود را تا حد دقیقی هدایت کند (نقل از زمستانی و فاضلی نیکو، ۱۳۹۸).

بر این اساس زمانی که یک نظریه درمانی و مداخله‌ای تدوین می‌شود؛ اثربخش بودن یا نبودن آن در درمان اختلال‌های مختلف و در بین جامعه آماری مختلف از جمله زنان دچار به سرطان پستان، در چارچوب پژوهش‌های کنترل شده بررسی و تعیین می‌شود. از سوی دیگر شناخت مسائل و مشکلات حاصل از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله انعطاف‌پذیری و تنظیم هیجان در دوران درمان و نیز تبعات و هزینه‌هایی را که برای خانواده‌ها و نسل‌های بعدی به جای می‌گذارد؛ از اهمیت خاصی برخوردار است و ضرورت انجام پژوهش‌هایی از این دست را برجسته می‌کند.

پژوهش حاضر نیز در جهت ارتقا سلامت روانی-اجتماعی در مقابله با سرطان و عوارض آن از طریق به‌کارگیری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سعی در افزایش آگاهی شناختی این بیماران داشته است تا شاید از این طریق در کنار درمان‌های زیستی و پزشکی، پیمودن مسیر تندرستی را هموار سازد. بر اساس آنچه ذکر شد و اهمیت بهبود ابعاد روان‌شناختی بیماران در جهت ارتقای سطح سلامت و ادامه درمان، پژوهش حاضر انجام و سؤال زیر آزمون شد.

۱. آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان مؤثر است؟
۲. آیا این تأثیر بر متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان در مرحله پیگیری یک ماهه پایدار می‌ماند؟

روش

روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری یک ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری کلیه زنان دچار سرطان پستان مراجعه کننده به بیمارستان شهید رجائی شهر کرج در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۳۹۰ نفر بود. با توجه به حجم نمونه‌های مورد استفاده در پژوهش‌های شبه آزمایشی مشابه و با در نظر گرفتن میانگین حجم نمونه‌های سه پژوهش مشابه و دیگر عوامل تعیین کننده در پژوهش حاضر از جامعه آماری یاد شده به صورت در دسترس تعداد ۳۰ نفر طبق پیشنهاد دلاور (۱۳۹۳) برای پژوهش آزمایشی انتخاب و پس از اجرای مرحله پیش آزمون، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایگزین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تحت شیمی درمانی بودن تمامی بیماران، گذشتن حداقل ۲ ماه از تشخیص بیماری، دامنه سنی ۲۴-۴۵ سال، تأهل، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، قرار داشتن در مرحله ۱ یا ۲ بیماری، اعلام موافقت کامل برای حضور در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل سابقه مداخله‌های روانپزشکی و روان‌شناسی طی سال گذشته، مصرف داروهای روانپزشکی، غیبت بیش از دو جلسه در درمان گروهی و بیماری جسمی مثل دیابت، صرع و مشکلات کلیوی و جز آن بود که مانع از شرکت در جلسات شود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه پذیرش و عمل^۱. این پرسشنامه ۱۰ ماده‌ای توسط هیز، استروسال، ویلسون، بی-ست، پیسترلو و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده و بر اساس مقیاس لیکرت از امتیاز خیلی مخالفم = ۱ تا خیلی موافقم = ۷ درجه بندی شده است (بوند، هیز، بائر، کارپنتر، گوئنول، ۲۰۱۱). کسب نمره‌های بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. میانگین ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه‌های گوناگون بالینی و غیربالینی ۰/۸۴ و روایی بازآزمایی ۳ و ۱۲ ماهه آن به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمده است (صداقت خواه و بهزادی پور، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.
۲. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۲. این پرسشنامه ۳۶ ماده‌ای توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱) تدوین شده است و ۹ راهبرد را ارزیابی می‌کند. سوال‌های ۱، ۱۰، ۱۹ و ۲۸ ملامت خویشتن، سوال‌های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹ پذیرش، سوال‌های ۳، ۱۲، ۲۱ و ۳۰ نشخوار فکری، سوال‌های ۴، ۱۳، ۲۲ و ۳۱ تمرکز مجدد مثبت، سوال‌های ۵، ۱۴، ۲۳ و ۳۲ تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، سوال‌های ۶، ۱۵، ۲۴ و ۳۳ ارزیابی مجدد مثبت، سوال‌های ۷، ۱۶، ۲۵ و ۳۴ دیدگاه گیری،

1. Acceptance-Act Questionnaire (AAQ)

2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

سوال‌های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵ فاجعه‌سازی و سوال‌های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶ ملامت دیگران را براساس طیف لیکرت از امتیاز هرگز = ۱ تا همیشه = ۵ ارزیابی می‌کند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) پایایی کل آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آوردند (نقل از شریفی باستان، منوریزدی و زهرایی، ۱۳۹۵). در ایران نیز روایی نسخه فارسی تنظیم شناختی هیجان توسط حسنی (۲۰۱۶) اعتباریابی شد که در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ قرار داشت. در این پژوهش برای پایایی این ابزار از روش همبستگی درونی استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای ملامت خویشتن = ۰/۸۵، پذیرش = ۰/۹۲، نشخوار فکری = ۰/۸۱، تمرکز مجدد مثبت = ۰/۷۹، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی = ۰/۷۹، ارزیابی مجدد مثبت = ۰/۸۳، دیدگاه گیری = ۰/۷۸، فاجعه‌سازی = ۰/۸۴ و ملامت دیگران = ۰/۷۷ به دست آمد.

۳. برنامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. این برنامه درمانی، رفتاری است که مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی را برای ایجاد افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آموزش می‌دهد (هیز و استروسال، ۲۰۱۰، نقل از مرمچی نیا و ذوقی پایدار، ۱۳۹۶). در این پژوهش پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون برای دو گروه اجرا و سپس بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس آموزش‌های دوره آموزشی دکتر عصمت دانش در انجمن روان‌شناسی ایران در سال ۱۳۹۴، تدوین و برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته یکبار ارائه شد.

جلسه اول. پس از خوشامدگویی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا خود را معرفی کنند. در ادامه قوانین برنامه درمانی به اعضا اعلام و توضیحاتی درباره سرطان و انواع آن، مرور درمان‌های مربوطه، هزینه‌ها و فواید آن‌ها ارائه شد. اعضا درباره تجربیات خود در این مورد صحبت کردند. از استعاره "راه رفتن با ظرف پر از گل و لای بر سر" اعضا برای احساس‌های ناخوشایند احتمالی و نیز ورود به جلسه‌ها استفاده و بیان شد که در این درمان احساسات و هیجان‌های گوناگونی همچون علاقه، ملالت، اضطراب، غم و سردرگمی تجربه خواهد شد. گاه این احساس به شما دست خواهد داد که مجبورید با ظرفی پر از گل و لای بر سر راه بروید و تقریباً هیچ راهی نیست جز اینکه گاه فرو ریختن مقداری از این گل و لای بر سرتان را بپذیرید؛ اما مسیری که می‌خواهید بروید ارزش رفتن را دارد. در این وهله تصویری ذهنی شرکت‌کنندگان از سرطان کسب، بررسی و مشخص شد که آزاردهنده‌ترین بخش از نظر آن‌ها چیست و چه چیزی زندگی آن‌ها را مختل کرده است و چه جنبه‌ای از زندگی‌شان را می‌خواهند تغییر دهند؟ به منظور ایجاد حس اعتماد دو جانبه بین درمانگر و شرکت‌کنندگان از استعاره "دو کوه" و سپس به منظور انجام فرایند توجه آگاهی از

تمرین شمارش تنفس استفاده و از آن‌ها خواسته شد که به‌عنوان تکلیف خانگی تمرین تنفس را در منزل انجام دهند و تجربه خود را یادداشت کنند.

جلسه دوم، درباره مطالب و نحوه تمرین هفته گذشته اعضا بحث و از آن‌ها خواسته شد تا جای راحتی پیدا کنند و هر وقت که آرام گرفتند؛ چشمان خود را ببندند. سپس از اعضا خواسته شد که به آخرین باری فکر کنند که افکار منفی ناشی از بیماری به سراغشان آمده است. در این وهله گفته شد که چه افکاری در سرتان رژه می‌رفتند؟ چه احساسات بدنی را تجربه می‌کردید؟ در کجای بدن تان دقیقاً احساس تنش می‌کردید؟ سپس برداشت‌ها در گروه به بحث گذاشته شد و موانع اختلال در انجام دقیق و کامل تمرین مراقبه بررسی شد. به منظور ایجاد راهبرد پذیرش از استعاره "طناب‌کشی با هیولا" استفاده و شرکت کنندگان گفته شد که فرض کنند که در حال طناب‌کشی با یک هیولای عظیم الجسته هستند. این طناب‌کشی بر لبه پرتگاهی عمیق برگزار می‌شود و اگر آن‌ها این مسابقه را ببازند؛ سقوط می‌کنند و نابود خواهند شد. ظاهراً هرچه آن‌ها بیشتر تلاش می‌کنند؛ کمتر موفق می‌شوند و هر لحظه به لبه پرتگاه نزدیک‌تر می‌شوند. بنابراین بهترین راه پذیرش و دست برداشتن از طناب‌کشی با هیولا است. تمرین‌های توجه آگاهی همراه با شمارش تنفس و یادداشت کردن زمان‌هایی که به طناب‌کشی با هیولا می‌پردازند؛ به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه سوم، اعضا تشویق شدند تا در مورد تکلیف هفته گذشته و نحوه انجام تمرین‌های خود با یکدیگر صحبت کنند. در ادامه از اعضای گروه خواسته شد که هر احساس بدنی که مانع از تنفس آگاهانه آن‌ها می‌شود را بیان کنند و به احساس خود فضای بیشتری بدهند. در مورد کنترل کردن "خود" که بخشی از مشکل است و اینکه ذهن همچون نوار ضبط صوت با یک داستان کاملاً تکراری عمل می‌کند و اگر بخواهند شنونده سر به راهی برای این قصه‌گوی قهار باشند؛ نتیجه آمیختگی با این افکار خواهد بود؛ توضیح داده شد. مثال «مسافران گستاخ اتوبوس» مطرح و پرسیده شد که مسافران در زمان بروز افکار منفی ناشی از سختی بیماری به اعضای گروه چه می‌گویند؟ واکنش آن‌ها چیست؟ به جز جنگیدن با افکار و احساسات و گوش دادن به فرمان آن‌ها چه گزینه دیگری وجود دارد؟ در ادامه برداشت‌های اعضا یادداشت و با اعضا در این مورد بحث شد. در انتهای جلسه اعضا دعوت شدند تا تمرین‌های تنفس و واکنش نسبت به مسافران اتوبوس را در منزل انجام دهند.

جلسه چهارم، بعد از مرور تکلیف جلسه گذشته مجدداً از اعضا خواسته شد که تمرین شمارش تنفس آگاهانه را انجام دهند. طی این جلسه علاوه بر توجه به احساسات، توجه به افکار نیز تمرین و مجدداً از اعضا خواسته شد که فضای بیشتری به احساس‌های خود بدهند. از اعضای گروه سؤال شد که آیا موقعیت‌هایی بود که طناب‌کشی رخ داده باشد؟ در این وهله تفاوت بین درد و رنج

برای اعضا روشن سازی و از استعاره "ظرف‌های کثیف و تمیز" استفاده و از اعضا خواسته شد تا فرض کنند که زندگی مثل ظروفی است که گاه تمیز و گاه کثیف هستند. اینکه ظرف‌ها کثیف می‌شوند و می‌خواهند تمیزشان کنند؛ خود دردی است که ناگزیر باید انجام شود. اما اگر ذهن با ایجاد نگرانی دائمی راجع به این کثیفی آلودگی فکری مضاعف دائمی را ایجاد کند؛ اینجا است که رنج حاصل خواهد شد. سپس اعضا دعوت شدند تا تجارب خود را در این مورد بیان کنند و تمرین‌های توجه آگاهی را در جلسه انجام دهند. تمرین‌های توجه آگاهی و تمایز رنج از درد به‌عنوان تکلیف خانگی تعیین شد.

جلسه پنجم. در ابتدای این جلسه تکلیف هفته گذشته مرور و با استفاده از تمرین صفحه شطرنج فرایند خود به‌عنوان زمینه بیان و از اعضا درخواست شد تا تصور کنند مهره‌های شطرنج نمودار افکار، احساسات و حس‌های بدنی و گروهی از مهره‌ها نمودار محتوای روان‌شناختی ناخوشایند و گروهی دیگر نمودار محتوای روان‌شناختی خوشایند آن‌ها است. بیان شد که وقتی آن‌ها تلاش دارند تا مهره‌های خوشایند بی‌شماری و مهره‌های ناخوشایند کمتری داشته باشند؛ ممکن است خود را در دردسر بیاندازند و ممکن است که هیچوقت برنده این نبرد نباشند. همچنین به اعضا توضیح داده شد که ارزش‌ها عمیق‌ترین خواسته‌های قلبی آن‌ها برای چگونه پیوسته رفتار کردنشان هستند. ارزش‌ها انتظارات آن‌ها از دنیا و دیگران نیستند؛ بلکه سبک و جهت رفتاری افراد برای چطور زیستن هستند. سپس اعضا ارزش‌های خود را یادداشت کردند و از آن‌ها خواسته شد تا ارزش‌های خود را به صورت قدم‌های کوچک رفتاری تعریف و به‌صورتی قابل اجرا یادداشت کنند. سپس از اعضا خواسته شد تا علاوه بر تمرین‌های جلسه‌های گذشته سعی کنند تا قدم‌های رفتاری ارزش‌های خود را به‌صورت عملی اجرا کنند.

جلسه ششم. تکلیف هفته گذشته مرور و با استفاده از تمرین برچسب زدن به افکار فرایند گسلش توضیح داده شد و الگوهای تفکر و عمل اعضا و تغییرات احتمالی گروه بر روند الگوهای پاسخدهی آن‌ها بررسی و از اعضا خواسته شد تا در مورد این تغییرات در گروه به بحث بپردازند و تجارب خودشان را به اشتراک بگذارند. با استفاده از استعاره "مهمان ناخوانده" مفهوم پذیرش با اعضا تمرین و روایتی برای اعضا بازگو شد که تمام افکار، احساسات و خاطراتی که آن‌ها دوست‌شان ندارند؛ شبیه جوی کارتن خواب داستان است. اگر بخواهند با آن‌ها بجنگند یا آن‌ها را کنترل کنند؛ مهمانی زندگی دیگر آتی نخواهد بود که باید باشد. در واقع اغلب افراد هر قدر تلاش بیشتری به خرج دهند تا افکار، احساسات و خاطرات آن‌ها کمتر پا به مهمانی زندگی‌شان بگذارد؛ نتیجه عکس آن خواهد بود. از اعضا خواسته شد تا طی هفته آتی جوی کارتن خواب را در زندگی خود شناسایی و توجه کنند که چگونه از او پذیرایی می‌کنند.

جلسه هفتم، در ابتدای این جلسه اعضا دعوت شدند تا تجارب خود از هفته گذشته را در گروه مطرح کنند و درباره آن به بحث بپردازند. به اعضا توضیح داده شد که پذیرش افکار و احساس‌های ناخوشایند می‌تواند بخشی از اقدام‌های ارزش مدار آن‌ها باشد که در جلسه‌های گذشته درباره آن‌ها صحبت شده است. سپس استعاره "عبور از باتلاق" مطرح و بیان شد که بدون داشتن هدف و نیز تعهد نسبت به ارزش‌ها و اهداف دلیلی برای پذیرش چیزهای نامطلوب باقی نمی‌ماند. از اعضا خواسته شد تا تصور کنند که پیش روی آن‌ها یک باتلاق یا مرداب قرار دارد. پذیرش چیزی است که هنگام ورود آن‌ها به باتلاق رخ می‌دهد. اما اگر آن‌ها هدف ارزشمندی و رای باتلاق نداشته باشند؛ ورود به آن دور از خرد خواهد بود. باید چیزی آن سوی باتلاق باشد که ارزش پذیرش این مخاطره را داشته باشد. اگر بتوانند طنابی از این سوی باتلاق به آن سوی آن بکشند؛ بسیار سودمند خواهد بود. به این ترتیب آن‌ها همیشه مرجعی برای تشخیص این نکته خواهند داشت که در مسیر درست یا غلط قرار دارند. ارزش‌ها در زندگی نقش همین طناب راهنما را ایفا می‌کند. در انتهای جلسه اعضا تشویق شدند تا تمرین‌های این جلسه و جلسه‌های گذشته را در منزل دنبال کنند.

جلسه هشتم، در ابتدای این جلسه تمام مطالب جلسه‌های گذشته و به‌طور کلی اهداف جلسه‌ها و اینکه چطور به دنبال حذف افکار و احساس‌های ناخوشایند نباشند و در عین حال رنج و درد خود را بهبود ببخشند؛ مرور و مطالب به کمک اعضا جمع‌بندی شد. در این وهله اعضا تجارب‌شان را در مورد انجام کلیه تمرین‌ها و تاثیرات این تمرین‌ها را در رفتار مقابله‌ای و تجربه‌های هیجان-های‌شان بیان و سپس مطالب مطرح شده را جمع‌بندی کردند. در انتهای جلسه اعضا تشویق شدند تا تمرین‌های خود را پس از اتمام جلسه‌ها نیز دنبال کنند.

شیوه اجرا. پس از اخذ برگه معرفی‌نامه از دانشگاه واحد محل تحصیل به بخش شیمی درمانی بیمارستان شهید رجائی شهرستان کرج مراجعه و اطلاعات اولیه از آزمودنی‌ها اخذ شد و به آن‌ها در مورد شرایط شرکت در پژوهش و اصول اخلاقی نظیر رضایت آگاهانه، آزادی برای خروج از پژوهش، رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات شخصی توضیح داده شد. سپس پرسشنامه‌ها در مرحله پیش آزمون توسط آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و گواه تکمیل شد. برنامه درمانی شنبه‌ها به مدت ۸ هفته در سالن مشاوره بیمارستان که اجاره شده بود؛ به‌صورت گروهی اجرا و پس از اتمام دوره درمانی پرسشنامه‌های پژوهش در مرحله پس آزمون و یک ماه بعد در مرحله پیگیری توسط دو گروه تکمیل شد. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مورد آن‌ها اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و طرح تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۸ و ۵/۳۹ و در گروه گواه ۳۷ و ۸/۸۰ بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) دیپلم، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) فوق دیپلم، ۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) فوق لیسانس بود و در گروه گواه میزان تحصیلات ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) فوق دیپلم، ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) لیسانس و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) فوق لیسانس بود. در گروه آزمایش وضعیت اقتصادی ۵ نفر (۳۳/۳۳ درصد) ضعیف، ۶ نفر (۴۰ درصد) متوسط و ۴ نفر (۲۶/۶۶ درصد) خوب بود و در گروه گواه وضعیت اقتصادی ۶ نفر (۴۰ درصد) ضعیف، ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) متوسط و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) خوب بود. استفاده از آزمون کای اسکوئر پی‌رسون نشان داد که تفاوت بین دو گروه به لحاظ میزان تحصیلات معنادار نیست؛ همچنین دو گروه به لحاظ وضعیت اقتصادی همگن هستند. در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) معلم، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) کارمند بانک و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) فروشنده، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) نقاش، ۲ نفر (۳۳/۱۳ درصد) دانشجوی و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد) خانه‌دار بودند و در گروه گواه ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) مهندس عمران، ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) کارمند حسابداری، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) معلم، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) منشی، ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) دانشجو و ۹ نفر (۶۰ درصد) خانه‌دار بودند. همچنین از نظر وضعیت طول بیماری، در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳۳ درصد) کمتر از ۱ سال، ۱۰ نفر (۶۶/۶۶ درصد) بین ۱ تا ۳ سال و ۱ نفر (۶/۶۶ درصد) بیش از ۳ سال دچار سرطان بودند. در گروه گواه ۳ نفر (۲۰ درصد) کمتر از ۱ سال و ۱۲ نفر (۸۰ درصد) بین ۱ تا ۳ سال دچار سرطان بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیر		گروه آزمایش			گروه گواه	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون
انعطاف‌پذیری	میانگین	۳۶	۳۹	۳۶/۲۶	۳۵/۹۳	۳۶/۲۰
	انحراف معیار	۴/۵۵	۳/۹۴	۳/۱۵	۳/۱۵	۲/۹۳
راهبردهای مثبت	میانگین	۴۷/۳۳	۶۴/۲۶	۶۴/۳۰	۴۷/۱۳	۴۶/۰۶
	انحراف معیار	۵/۳۸	۷/۲۰	۷/۲۳	۵/۰۵	۵/۵۰
راهبردهای منفی	میانگین	۴۲/۴۶	۳۸/۱۳	۳۹/۰۰	۴۳/۹۳	۴۳/۸۰
	انحراف معیار	۴/۹۴	۴/۵۴	۴/۸۷	۵/۸۴	۵/۰۵

جدول ۱ حاکی از افزایش نمره‌های گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و راهبردهای مثبت تنظیم‌شناختی هیجان و کاهش نمره‌های راهبردهای منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۲. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها

گروه گواه	گروه آزمایش		زمان اندازه‌گیری	متغیر
	Z	معناداری		
۰/۲۵۳	۰/۹۲۸	۰/۴۱۰	۰/۹۴۲	انعطاف‌پذیری
۴۳۰	۰/۹۷۰	۰/۴۳۰	۰/۹۴۴	
۰/۶۴۶	۰/۹۵۸	۰/۴۴۲	۰/۹۴۸	
۰/۱۹۰	۰/۹۲۰	۰/۱۷۱	۰/۹۱۷	راهبردهای مثبت
۰/۶۵۹	۰/۹۵۸	۰/۶۲۳	۰/۹۵۶	
۰/۱۸۰۲	۰/۹۶۶	۰/۶۲۳	۰/۹۵۶	
۰/۶۹۰	۰/۹۶۰	۰/۱۸۶۹	۰/۹۷۱	راهبردهای منفی
۰/۲۱۰	۰/۹۳۲	۰/۹۸۹	۰/۹۸۴	
۰/۱۱۶	۰/۹۱۳	۰/۹۸۹	۰/۹۸۴	

اطلاعات جدول ۲ حاکی از برقراری مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها در متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است.

جدول ۳. نتایج آزمون لون، M باکس و کرویت موخلی متغیرهای پژوهش

متغیر	لون		M باکس		W موخلی	
	F	معناداری	M	F	W	χ^2
انعطاف‌پذیری	۱/۳۵۹	۰/۲۵۴	۶/۳۵۵	۰/۹۳۵	۰/۱۹۷	۴۳/۸۹
تنظیم	۱/۹۸۳	۰/۱۷۰	۲۰/۶۶۹	۳/۰۴۱	۰/۲۶۵	۳۵/۸۶
هیجان	۰/۱۵۴	۰/۶۹۷	۱۰/۷۸۴	۱/۵۸۷	۰/۰۴۳	۸۴/۶۶

در جدول ۳ نتایج آزمون لون حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس گروه‌ها و معنادار نبودن آزمون ام. باکس و آزمون کرویت موخلی برای همه متغیرها حاکی از برقراری شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوارانس و فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر متغیرها در دو گروه در سه مرحله

مؤلفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	ضریب اتا
انعطاف‌پذیری	درون گروهی (مراحل)	۴۳/۳۵۰	۱ و ۲۸	۴۳/۳۵۰	۷/۲۹۷**	۰/۲۰۷
	بین گروهی (مداخله)	۹۲/۰۱۱	۱ و ۲۸	۹۲/۰۱۱	۲/۹۵۱*	۰/۰۹۵
	تعامل (مراحل×مداخله)	۴۶/۸۱۷	۱ و ۲۸	۴۶/۸۱۷	۷/۸۸۱**	۰/۲۲۰
راهبردهای مثبت	درون گروهی (مراحل)	۱۰۰۸/۶۰	۱ و ۲۸	۱۰۰۸/۶۰	۹۰/۹۸*	۰/۷۶۵
	بین گروهی (مداخله)	۳۴۳۴/۸۴	۱ و ۲۸	۳۴۳۴/۸۴	۳۷/۴۷*	۰/۵۷۲
	تعامل (مراحل×مداخله)	۱۲۱۵/۰۰	۱ و ۲۸	۱۲۱۵/۰۰	۱۰۹/۶۰*	۰/۷۹۷
راهبردهای منفی	درون گروهی (مراحل)	۷۷/۰۶۷	۱ و ۲۸	۷۷/۰۶۷	۶/۹۵۵**	۰/۱۹۹
	بین گروهی (مداخله)	۴۶۶/۹۴	۱ و ۲۸	۴۶۶/۹۴	۷/۷۴۹*	۰/۲۱۷
	تعامل (مراحل×مداخله)	۸۱/۶۶۷	۱ و ۲۸	۸۱/۶۶۷	۷/۳۷۰**	۰/۲۰۸

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه و تفاوت درون گروهی در سه مرحله و نیز اثر تعاملی مداخله و مراحل اندازه‌گیری در متغیرهای انعطاف‌پذیری درون گروهی ($P=0/012$)، بین گروهی ($P=0/097$) و تعاملی ($P=0/009$) و راهبردهای مثبت ($P=0/001$) و راهبردهای منفی درون گروهی ($P=0/018$)، بین گروهی ($P=0/012$) و تعاملی ($P=0/026$) معنادار است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس درون گروهی یک راهه گروه‌های آزمایش و گواه در سه مرحله

متغیر	گروه	F	درجه آزادی	مجذور اتا
انعطاف‌پذیری	آزمایش	۱۵/۲۱**	۱ و ۲۸	۰/۳۹
	گواه	۲/۸۴	۱ و ۲۸	-
راهبردهای مثبت	آزمایش	۳۷/۴۷*	۱ و ۲۸	۰/۷۵
	گواه	۴/۰۲	۱ و ۲۸	-
راهبردهای منفی	آزمایش	۱۷/۷۴*	۱ و ۲۸	۰/۴۱
	گواه	۳/۶۶	۱ و ۲۸	-

* $P<0/01$ ** $P<0/05$

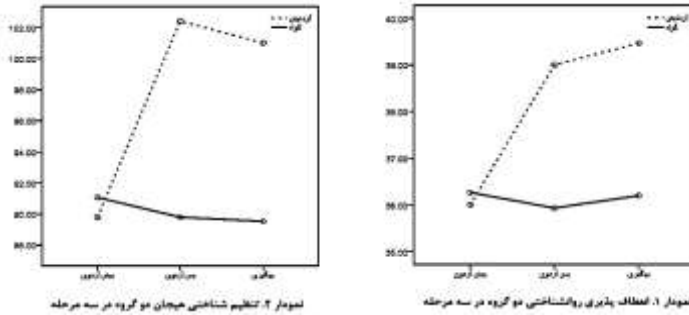
نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ($P=0/023$)، راهبردهای مثبت ($P=0/004$) و منفی تنظیم‌شناختی هیجان ($P=0/007$) معنادار است. ولی تفاوت درون گروهی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه گواه در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست ($P=0/020$).

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در مورد مقایسه‌های جفتی میانگین‌های گروه‌ها

متغیر	زمان اندازه‌گیری	گروه آزمایش		گروه گواه	
		تفاوت میانگین	انحراف معیار	تفاوت میانگین	انحراف معیار
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۳**	۰/۷۸	-۰/۳۳	۰/۱۴
	پیش‌آزمون-پیگیری	۳/۴۶**	۱/۱۸	-۰/۰۶	۰/۲۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۳۷	۰/۶۹	۰/۲۷	۰/۵۳
راهبردهای مثبت	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱۶/۹۳**	۲/۷۹	۱/۵۳	۰/۸۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۶/۹۴**	۲/۸۵	۱/۰۷	۱/۰۳
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۱	۰/۱۶	-۰/۴۶	۱/۲۷
راهبردهای منفی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴/۳۳**	۱/۲۵	۰/۲۷	۰/۶۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۴/۳۴**	۱/۳۸	-۰/۱۳	۰/۷۰
	پس‌آزمون-پیگیری	۰/۰۱	۰/۳۲	۰/۴۰	۱/۵۱

* $P<0/01$ ** $P<0/05$

در جدول ۶ مقایسه آزمون تعقیبی بنفرونی نشان داد که تفاوت میانگین‌های گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در سه زمان پیش آزمون با پس آزمون ($P=0/013$) و پیش آزمون با پیگیری معنادار است ($P=0/017$) که نشان دهنده تأثیر مداخله بر انعطاف‌پذیری و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان در زنان دچار سرطان پستان گروه آزمایش و ماندگاری این تأثیر در مرحله پیگیری است ($P=0/015$)؛ درحالی‌که در گروه گواه این تفاوت‌ها معنادار نیست.



شکل ۱. نمودارهای مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در دو گروه

شکل ۱ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون خود گروه و نسبت به گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر حاکی از تأثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بود که این یافته هم راستای پژوهش‌های تیلکی (۱۳۹۵)، ایزدی (۱۳۹۱) و همچنین پژوهش مک کراکن و گویتیزز مارتینز (۲۰۱۱) است. ادبیات پژوهشی و پژوهش‌های مروری نیز قویاً نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی مؤثر برای بهبود انعطاف‌پذیری است.

در تبیین این یافته می‌توان چنین عنوان کرد که این شیوه درمانی به مراجع کمک می‌کند تا با بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی طبق ارزش‌های انسانی عمل کند و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهد. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به این معنا است که فرد به‌طور کامل با لحظه‌های کنونی تماس دارد و بر اساس مقتضیاتی که در آن قرار دارد؛ رفتارهای خود را بر اساس ارزش‌هایی که برگزیده است؛ تغییر یا ادامه می‌دهد (رودیتی و رابینسون، ۲۰۱۱).

انسان‌ها با افزایش انعطاف‌پذیری در مقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیراتر می‌شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل هستند و برای حل مسأله اقدام می‌کنند. چنین وضعیتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در زنان دچار سرطان در اکثر موضوعها و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی فراهم کند. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییر رفتارهای خود را بپذیرند و هر زمان که لازم بود؛ تغییر کنند و در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی که مثل رفتار آشکار قابل تغییر است؛ بر تغییر متمرکز می‌شود و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست؛ بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز می‌کند (کاشدان و روتنبرگ، ۲۰۱۰).

همچنین همسو با نتایج پژوهش حاضر در مورد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان نتایج پژوهش‌های هاماما راز، پری، زیو، بارلواو، استرم و پات هورن زایک (۲۰۱۵)، وانگ، لی، ژو، یانگ، حه و یی (۲۰۱۳)، خاکباز (۱۳۹۳)، شریفی باستان، یزدی و زهرایی (۱۳۹۵) و سبزی‌گل و کاظمی (۱۳۹۵) نیز حاکی از تاثیرگذاری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود شناختی هیجان تأیید بوده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد با آموزش ناامیدی خلاق به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ها و شناخت‌های خود، آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند. به همین دلیل این شیوه درمانی مراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن شده و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه‌حل‌های هیجان مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد؛ رها می‌سازد و باعث بهبود سازگاری روان‌شناختی و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی فرد می‌شود (هیز و استروسال، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده‌گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش‌ها و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند درمانجویان را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش‌هایی کند که در هنگام بروز هیجان‌های ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی از هیجان‌های خود آگاه شوند و بر آن‌ها مدیریت بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آن‌ها بپردازند. همچنین تنظیم هیجان به عنوان روشی در تعدیل هیجان‌ها باعث مقابله مؤثر با موقعیت‌های استرس‌زا می‌شود و افزایش فعالیت در پاسخدهی به موقعیت‌های پرتنش را به دنبال دارد. در واقع افرادی که در دوره درمانی پذیرش و تعهد شرکت می‌کنند؛ به دلیل ایجاد ارزش‌ها و وجود معنا در زندگی‌شان، کمتر تحت تأثیر منفی شرایط استرس آور قرار می‌گیرند و توانمندی بیشتری در مورد تنظیم و مدیریت بر هیجان‌های خود پیدا می‌کنند (گودرزی، سلطانی، جسینی صدیق، همدی و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۶).

یکی از مهم ترین فنون درمان پذیرش و تعهد، تصریح ارزش ها و عمل متعهدانه است. در همین راستا پژوهش محمدی، صالح زاده ابرقویی و نصیریان (۱۳۹۲) نشان داد که ترغیب افراد به شناسایی ارزش های شان و تعیین اهداف، اعمال، موانع و در نهایت تعهد آن ها به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش های شان با وجود مشکلات باعث می شود که ضمن تحقق اهداف، شادکامی ناشی از آن نیز به رضایت از زندگی منجر شود و افراد را از گیر افتادن در حلقه های از افکار و احساسات منفی که به نوبه خود باعث افزایش شدت مشکلات می شود؛ رهایی بخشد.

در این پژوهش این روش درمانی به دلیل آموزش عمل مبتنی بر ارزش توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته باعث شد که بیماران هنگام مواجهه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ حرمت خویشتن از دلواپسی، تحریک پذیری، هراس، احساس خطر، بی تابی و بی قراری ناشی از مقابله با مشکلات بکاهند که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره آمیز و در نهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان آن ها شد.

همچنین همانطور که درویش باصری و دشت بزرگی (۱۳۹۶) عنوان کردند؛ در این پژوهش نیز در درمان پذیرش و تعهد با آموزش نحوه استفاده از راهبردهای کاربردی، افراد آموختند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت های اجتماعی با افزایش پذیرش روان شناختی خود نسبت به تجارب درونی وضعیت زندگی خود را بهبود بخشند؛ به ارزش های شخصی دست یابند و مشکلات کمتر قابل اجتناب را از سر راه بردارند و از این طریق باعث افزایش سلامت و بهزیستی روان شناختی خود شوند. در واقع همانطور که هیز و استروسال (۲۰۱۰) عنوان کردند؛ رویارویی فعال و مؤثر با احساس ها، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و چالش ها، بازنگری در ارزش ها و اهداف زندگی و تعهد به هدفی اجتماعی را می توان جز عوامل اصلی این روش دانست. از سوی دیگر، پرداختن به عوامل زیستی بدون توجه به عوامل روانی و اجتماعی مانع از رسیدن به اقدامی موفقیت آمیز خواهد شد. مرور پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که ابعاد سلامت روان شناختی بیماران پزشکی می تواند در روند بیماری و بهبود آن ها تأثیرگذار باشد. این موضوع در بیماری هایی که نیاز به مراقبت و توجه و پیگیری مداوم دارند؛ از اهمیت بیشتری برخوردار است. بیماری مزمن سرطان، به دلیل شرایط خاص خود می تواند شرایط روانی و اجتماعی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و از این طریق به شرایط جسمی آن ها و درمان و ادامه درمان نیز آسیب بزند. از این رو، در این پژوهش برخی از ابعاد روان شناختی بیماران دچار سرطان پستان بررسی و با توجه به یافته های حاصل و تحلیل نتایج به دست آمده از مرحله پیگیری مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود انعطاف پذیری روان شناختی و تنظیم شناختی هیجان زنان دچار

سرطان پستان تأثیرگذار بوده و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که از این رویکرد مؤثر در مراکز حمایتی و درمانی استفاده شود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر مشکلات اجرایی و دشواری در پیگیری‌های طولانی مدت تر و عدم امکان کنترل تمامی شرایط و متغیرهای مداخله‌گر بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی این شیوه درمانی در سایر شهرها، درباره مردان دچار سرطان پستان و نیز متغیرهای دیگری نظیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و جز آن انجام و از سایر درمان‌های روان‌شناختی نیز استفاده و نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود.

موازین اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط بیماران و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، بیماران درمورد خروج از پژوهش در هر زمان و ارائه اطلاعات فردی غیر از سن مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد.

سپاسگزاری

لازم است از مسئولان محترم بیمارستان شهید رجائی شهر کرج و نیز شکیبایی و همکاری تمامی زنان شرکت کننده در پژوهش حاضر تقدیر و سپاسگزاری شود.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده دوم در رشته روان‌شناسی بالینی با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1396,93 است و همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در طراحی، مفهوم سازی، روش شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نوشته داشتند.

تعارض منافع

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

منابع

ابوالقاسمی، عباس، علمداری، الهه، و نریمانی، محمد. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۳): ۴۰۵-۳۸۷. [پیوند]

- اندامی خشک، علیرضا، گلزاری، محمود، و اسماعیلی نسب، مریم. (۱۳۹۲). نقش راهبردهای نه‌گانه تنظیم شناختی هیجان در پیش بینی تاب آوری. *مجله اندیشه و رفتار*، ۷(۳): ۹۱-۵۷. [پیوند]
- ایزدی، رضیه. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علایم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. پایان نامه مقطع دکتری، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان. [پیوند]
- ایزدی، رضیه، نشاط دوست، حمید طاهر، عسگری، کریم، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی-رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱): ۳۳-۱۹. [پیوند]
- برقی ایرانی، زیبا، زارع، حسین، و عابدینی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرمایه روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان مری. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۴(۲): ۱۹-۵. [پیوند]
- تیلکی، مهدیس. (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر تاب آوری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، و ناگویی هیجانی زنان مبتلا به درد مزمن*. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی. دانشکده روان‌شناسی دانشگاه پردیس علوم تحقیقات شاهرود. [پیوند]
- حاتم خانی، سجاد. (۱۳۹۰). *رابطه ذهن آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و علائم آسیب‌شناسی روانی*. پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد. دانشکده علوم انسانی. دانشگاه تربیت مدرس تهران. [پیوند]
- خاکباز، حمید. (۱۳۹۳). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی افراد وابسته به مت‌آفتابین‌بازتوانی شده*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. [پیوند]
- داوودی، حسین، و شریفی هراتمه، سمیه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سطح مؤلفه‌های (نظم‌پذیری، قانونمندی و خود‌مدیریتی) مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۴(۲): ۴۸-۳۳. [پیوند]
- درویش باصری، لیلا، و دشت بزرگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه روان‌پرستاری*، ۵(۱): ۱۴-۷. [پیوند]
- دلاور، علی. (۱۳۹۳). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: انتشارات رشد.
- رحمانی، سهیلا، حاجی رسولی‌ها، زینب، روشندل، زهرا، قانادی، فاطمه، و محمدپور، سمانه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۵(۲): ۳۴-۲۱. [پیوند]
- رحمتی، فاطمه، و صابر، سوسن. (۱۳۹۶). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری در دانش‌آموزان معتاد به اینترنت و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۴): ۵۹۶-۵۷۹. [پیوند]

زمستانی، مهدی، و فاضلی نیکو، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه‌های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱۳(۱): ۱۳۹-۱۱۹. [پیوند]

سبزی گل، مهدی، و سادات کاظمی، آمنه. (۱۳۹۵). مقایسه نظم‌جویی شناختی هیجانی بین دو گروه از مردان افراد مبتلا به سرطان و افراد غیر مبتلا. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۴: ۲۶۳-۲۵۶. [پیوند]

سلگی، زهرا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر دل‌بستگی ناایمن، ترس از صمیمیت و اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی در نوجوانان دارای سابقه خودکشی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۴): ۵۵۵-۵۳۵. [پیوند]

شریفی باستان، فرنگیس، زهرایی، شقایق، و یزدی، سیده منور. (۱۳۹۵). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و عاطفه مثبت و منفی در پیش بینی تاب آوری زنان مبتلا به سرطان پستان. *نشریه روان پرستاری*، ۴(۲): ۴۹-۳۸. [پیوند]

صداقت خواه، عاطفه، و بهزادی پور، ساره. (۱۳۹۶). پیش بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس باورهای ارتباطی، ذهن آگاهی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۲: ۷۶-۵۷. [پیوند]

گودرزی، فریدون، سلطانی، زیبا، حسینی صدیق، مریم‌السادات، همدمی، میثم، و قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تنظیم هیجان و کیفیت زندگی مادران با فرزند کم‌توان ذهنی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷: ۶-۱. [پیوند]

محمدی، حسین. (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی. دانشکده پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی. [پیوند]

محمدی، لیلا، صالح زاده ابرقویی، مریم، و نصیریان، منصوره. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان در مردان تحت درمان با متادون. *ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۳(۹): ۸۶۱-۸۵۳. [پیوند]

مرمرچی نیا، مژگان، و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱(۲): ۱۷۴-۱۵۷. [پیوند]

میرانی، روزین. (۱۳۹۴). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در بیماران تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی بالینی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه خوارزمی. [پیوند]

References

- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4): 676-688. [Link]
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P.h. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8): 1311-1327. [Link]
- Hamama-Raz, Y., Pat-Horenczyk, R., Perry, S., Ziv, Y., Bar-Levav, R., & M. Stemmer, S. (2015). The effectiveness of group intervention on enhancing cognitive emotion regulation strategies in breast cancer patients: A 2-Year Follow-up. *Integrative Cancer Therapies*, 15(2): 175-182. [Link]
- Hasani, J. (2009). *Effect of reappraisal and suppression of emotional experiences upon zonal action of brain respecting to Neuroticism and Extraversion Dimensons*. Unpublished PHD thesis. Faculty of Humanities; Tarbiat Modarres University. [Link]
- Hasani, J. (2016). Persian version of the emotion regulation questionnaire: Factor structure, reliability and validity. *International Journal of Behavioral Science*, 10(4): 156-161. [Link]
- Hayati, F., Shahsavari, A., Mahmodi, M. (2009). Relationship to subjective well being and demographic variables in women with breast cancer refered to hospitals affiliated to medical sciences universities of Tehran city. *Journal of Iran Breast Diseases*, 2(1): 23-28. [Link]
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Forsyth, J.P., Karekla, M. & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4): 553-578. [Link]
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7): 976-1002. [Link]
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc. [Link]
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7): 865-878. [Link]
- McCracken, L.M., & Gutiérrez-Martínez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4): 267-274. [Link]
- McFarland, D.C., Andeotti, C., Harris, K., Mandeli, J., Tiersten A & Holland J. (2016). Early childhood adversity and its associations with anxiety, depression,

- and distress in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 174(2): 57-184. [Link]
- Pedramrazi, S.H., Haghghat, S.H., Jorban, M., Parsayekta, Z., & Hoseiniagha, F. (2013). Effect of reflexology on quality of life in Breast Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *IJBD*, 6(2): 23-34. [Link]
- Roditi, D., & Robinson, M. E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychology Research Behavior Management*, 4: 41-9. [Link]
- Ruiz, F.J., Langer, A.I., Luciano, C., Cangas, A.J., & Beltr, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish translation of the Acceptance and Action Questionnaire. *Psicothema*, 25: 123-129. [Link]
- Wang, Y., Li, L., Zhu, X., Yang, Y., He, J., & Yi, J. (2013). Cognitive emotion regulation strategies as predictors of depressive symptoms in women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 23(1): 93-99. [Link]

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان

همیشه	اغلب	بعضی اوقات	گاهی	کمی	هرگز	عبارت‌ها
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱. خودم را مقصر این مساله می دانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲. مجبورم این اتفاق را بپذیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۳. من اغلب به احساسی که نسبت به این تجربه دارم فکر می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۴. به مسائل بهتری فکر می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۵. به بهترین کاری که می توانم انجام دهم فکر می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶. می توانم از این موقعیت چیزی یاد بگیرم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۷. شرایط می توانست به مراتب بدتر از این باشد.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۸. اغلب فکر می کنم چیزی را که من تجربه کرده‌ام در مقایسه با چیزهایی که دیگران تجربه کرده‌اند به مراتب بدتر است.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۹. دیگران را مقصر این اتفاق می دانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۰. من مسئول این اتفاق می باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۱. مجبورم این موقعیت را قبول کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۲. این مساله ذهن مرا به خود مشغول می کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۳. به چیزهای خوشایندی فکر می کنم که ربطی به این اتفاق ندارند.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۴. به بهترین شیوه کنار آمدن با این موقعیت فکر می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۵. احساس می کنم بر اثر چیزی که برایم اتفاق افتاده است؛ مقاوم‌تر خواهم شد.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۶. فکر می کنم سایر مردم شرایط بسیار بدتری را تجربه می کنند.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۷. من به فکر کردن در مورد وحشتناک بودن تجربه‌ام ادامه می دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۸. دیگران مسئول این اتفاق می باشند.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۱۹. به اشتباه‌هایی که در این مورد مرتکب شده‌ام فکر می کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۰. قادر به تغییر این وضعیت نمی باشم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۱. می خواهم بدانم چرا چنین احساسی نسبت به این مساله دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۰	۲۲. من به جای این اتفاق به چیزهای خوب می اندیشم.

۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. به تغییر دادن این موقعیت فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. فکر می‌کنم این موقعیت دارای جوانب مثبتی هم است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. فکر می‌کنم این مساله در مقایسه با مسائل دیگر خیلی هم بد نبوده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. اغلب فکر می‌کنم چیزی که تجربه کرده‌ام بدترین اتفاقی است که می‌تواند برای یک فرد رخ دهد.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. به اشتباهاتی که دیگران در این مورد مرتکب شده‌اند فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. خود را مسبب اصلی این مساله می‌دانم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹. باید یاد بگیرم با این شرایط کنار بیایم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰. من عمیقاً به احساساتی که این موقعیت در من برانگیخته است فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۱. به تجربه‌های خوشایند فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۲. برای بهترین کار ممکن برنامه ریزی می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۳. من به جستجوی جوانب مثبت این مساله می‌پردازم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۴. من به خودم می‌گویم که در زندگی چیزهای بدتری هم وجود دارد.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۵. من همواره به ناگواری آن موقعیت فکر می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۶. دیگران را مسبب اصلی این مساله می‌دانم.

پرسشنامه پذیرش - عمل (AAQ)

عبارت‌ها	همیشه درست است	تقریباً همیشه درست است	اغلب درست است	گاهی درست است	به ندرت درست است	هرگز درست نیست
۱. در اینکه خاطرات ناخوشایندی را به یاد آورم؛ مشکلی ندارم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲. تجربیات و خاطرات دردناکم باعث شده‌اند؛ نتوانم آنطور که دوست دارم زندگی کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳. از احساس‌هایم می‌ترسم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴. نگرانم که مبادا نتوانم نگرانی‌ها و احساس‌هایم را کنترل کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵. خاطرات دردناکم باعث شده نتوانم زندگی رضایت بخشی داشته باشم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶. کنترل زندگی‌ام دست خودم است.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۷. هیچان‌ها در زندگی‌ام مشکل ایجاد می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۸. به نظر می‌رسد که اغلب آدم‌ها زندگی‌شان را بهتر از من اداره می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۹. نگرانی‌ها مانع موفقیتیم می‌شوند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱۰. افکار و احساس‌هایم مانع زندگی دلخواهم نمی‌شوند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
