



Comparing the efficacy of acceptance and commitment training and groups training of couples coping skills enhancement on body dysmorphic and subjective well-being in women with breast cancer

Received: 2018- 11- 14

Accepted: 2019- 03- 18

Mehran Alipour

Ph.D Student of psychology, Department of educational sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia University, Urmia, Iran

Frouzeh Sepehrian Azar
f.sepehrianazar@urmia.ac.ir

Professor, Department of educational sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia University, Urmia, Iran
(Corresponding Author)

Esmail Soleimani

Assistant Professor, Department of educational sciences, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia University, Urmia, Iran

Fariborz Mokarian

Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Breast cancer and its surgery can lead to conflicting psychological conditions. The purpose of this study was to compare the efficacy of Acceptance and Commitment training and Groups Training of Couples Coping Skills Enhancement on body dysmorphic and Subjective Well-Being in women with breast cancer. This study was a semi-experimental study with pre-test, post-test and control groups with 3 months follow-up. The study population consisted of female patients with breast cancer who referred to Isfahan's Seyed Alshohada Hospital in 2017. Among them, 45 volunteers were selected through Purposive sampling after checking the inclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups. Experimental groups were treated for 90 minutes in 9 sessions while the control group did not receive any treatment. The data were collected using Littleton et al Body Image Concern Inventory (2005) and Keez and Magharmo Subject Well-Being Scale (2003). The results of repeated measurements analysis showed that there was a significant difference in body dysmorphic and subjective Well-Being between experimental groups and control group. Moreover Acceptance and Commitment training was more effective than Training of Couples Coping Skills Enhancement on mental well-being ($p < 0.05$). Findings indicate that Acceptance and Commitment training results in achievement of effective strategies for management of emotions, negative emotions, and committed action, and Training couple skills can lead to the improvement of the ability to manage disease-caused stress. The mentioned interventions not only could reduce body dysmorphic symptoms, but also could improve the Subjective Well-Being in women with breast cancer.

Key words: *acceptance and commitment, couples coping skills, body dysmorphic, subjective well-being, breast cancer*

citation

Alipour, M., Sepehrian Azar, F., Soleimani, E & Fariborz, F. (2019). Comparing the efficacy of acceptance and commitment training and groups training of couples coping skills enhancement on body dysmorphic and subjective well-being in women with breast cancer. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 165- 190.

هم‌سنجی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی بر بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان

پذیرش: ۱۳۹۷-۱۲-۲۷

دریافت: ۱۳۹۷-۰۸-۲۳

مهران علی پور	دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
فیروزه سپهریان آذر	استاد گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران (نویسنده مسئول) f.sepehrianazar@urmia.ac.ir
اسماعیل سلیمانی	استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران
فریبرز مکاربان	دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران

چکیده

سرطان پستان و جراحی آن می‌تواند وضعیت‌های روان‌شناختی متعارضی را به دنبال داشته باشد. هدف پژوهش هم‌سنجی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی بر بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان بود. این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه پژوهش بیماران زن دچار سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان در سال ۱۳۹۶ بود. از میان آن‌ها ۴۵ نفر از داوطلبین به روش نمونه‌گیری هدفمند پس از بررسی ملاک‌های ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند. مداخلات طی ۹ نشست ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با ابزارهای نگرانی از تصویر بدن لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) و بهزیستی ذهنی کی‌یز و ماگبارمو (۲۰۰۳) گردآوری شد. برآیندهای تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر نشان داد که میان گروه‌های آزمایش با گروه گواه در بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات بیشتری را در سنجش با آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی بر بهزیستی ذهنی داشته است ($P < 0/05$). بر پایه یافته‌ها، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب فراگیری راهکارهای کارآمد در مدیریت هیجانات، احساسات منفی و عمل متعهدانه شده و آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی می‌تواند منجر به بالا رفتن توانمندی در مدیریت فشار روانی برآمده از بیماری شود. مداخلاتی که در کنار کاهش علائم بدریختی انگاری بدن، می‌توانند بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان را ارتقا دهند.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد، مهارت‌های رویارویی زوجی، بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، سرطان پستان

علی پور، مهران؛ سپهریان آذر، فیروزه؛ سلیمانی، اسماعیل و مکاربان، فریبرز. (۱۳۹۷). هم‌سنجی تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی بر بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۱۶۵-۱۹۰.

ارجاع

مقدمه

سرطان پستان شایع‌ترین بدخیمی تشخیص داده‌شده و یکی از اصلی‌ترین عوامل مرگ‌ومیر مرتبط با سرطان در زنان است که به‌تنهایی عامل بیش از ۲۵ درصد مرگ‌های مرتبط با سرطان را تشکیل می‌دهد (Torre, Bray, Siegel, Ferlay & Lortet-Tieulent, 2015; Christensen & Marck, 2017). در ایران نشان داده‌شده که سرطان پستان در ایران نیز شایع‌ترین نوع بدخیمی در میان زنان با میانگین سنی ۴۹ سال بوده (Jazayeri, Saadat, Ramezani & Kaviani, 2015) و پنجمین عامل مرگ‌ومیر ناشی از سرطان در زنان می‌باشد (Akbari, Razzaghi, Homae, Khayamzadeh, Movahedi et al, 2011).

درمان‌های رایج پزشکی مانند جراحی، شیمی‌درمانی و پرتودرمانی می‌توانند وضعیت‌های روان‌شناختی متعارضی را به دنبال داشته باشند. پیامدهای جراحی پستان در زنان، علیرغم وجود این مسئله که به‌طور کلی زنان در رابطه شکل بدن و تصویر تن خود نگرانی‌هایی را بروز می‌دهند (Stein, Kogan, Atmaca, Fineberg & Fontenelle, 2016) می‌تواند اثراتی نامطلوب بر تصویر بدنی این افراد بر جای گذارد. به این صورت که پستان در زنان کارکردی بیشتر از یک عضو عادی بدن را دارا بوده و در رابطه با تعریف مفاهیمی چون هویت زنانگی، هویت و سلامت جنسی، جذابیت و هویت مادری دارای اهمیت می‌باشد (Ussher, Perz & Gilbert, 2012; Male, Fergus & Cullen, 2013). از این رو از دست دادن پستان به دلیل جراحی در زنان دچار سرطان پستان می‌تواند با اثرگذاری بر این عوامل منجر به اختلال در خودپنداره و تصویر تن^۱ گردد (Dahl, Reinertsen, Nesvold, Foss As & Dahl, 2010). انجمن روان‌پزشکی آمریکا، اختلال بدریختی انگاری بدن^۲ را با اشتغال ذهنی به نقص ادراک‌شده در ظاهر فرد که خفیف و یا غیرقابل مشاهده برای دیگران بوده تعریف کرده که می‌تواند نقص و اختلال قابل توجهی را در عملکرد روزمره افراد به وجود آورد (American Psychiatric Association, 2013). این اختلال با اختلالاتی نظیر افسردگی اساسی، اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس اجبار و موارد قابل توجهی از اقدام به خودکشی در ارتباط بوده (Angelakis, Gooding & Panagioti, 2016) و زنان دارای سطوح پایین رضایت‌مندی از تصویر تن، مشکلات بیشتری از قبیل کاهش کیفیت زندگی، افزایش اضطراب و افسردگی را به‌ویژه در سال اول درمان تجربه می‌کنند (Begovic-juhant, Chmielewski, Iwuagwu & Chapman, 2012).

باوجود این‌که بسیاری از مطالعات صورت گرفته در میان بیماران دچار سرطان به بررسی ابعاد روان‌شناختی منفی آن و اختلالاتی نظیر افسردگی و اضطراب در میان این افراد پرداخته‌اند (Lisa & David, 2017)، علاقه رو به رشدی نسبت به عملکرد روان‌شناختی مثبت این بیماران در خلال تجربه سرطان وجود

-
1. body image
 2. body dysmorphic disorder

دارد (صالحی و دهشیری، ۱۳۹۷) که خود نتیجه ظهور روانشناسی مثبت بوده و منجر به این مسئله شده است تا پژوهش‌ها و مداخلات روان‌شناختی بر جنبه‌هایی مانند هیجانات مثبت، توانمندی‌ها و معانی شخصی تمرکز داشته باشند (Casellas-Grau, Vives, Font & Ochoa, 2016)، به گونه‌ای که مشخص شده مداخلات روانشناسی مثبت می‌توانند بر متغیرهای روان‌شناختی مانند امید، خوش‌بینی، کیفیت زندگی و بهزیستی زنان دچار سرطان پستان اثرگذار باشند (Jamshidifar, Mortezaei, Casellas-Grau, Font & Vives, 2014; Shemirani, Ahrmian, Ahmadi, Shamsedini Lory & Moradi Joo, 2015).

بهزیستی ذهنی به‌مثابه حالتی فراتر از فقدان بیماری روانی (Clarke, Friede, Putz, Ashdown, Martin, et al, 2011) و به‌عنوان ارزیابی مثبت از زندگی و تعادل میان عاطفه مثبت و منفی (Walker & Schimmack, 2008) می‌باشد. Keyes (1998) اظهار داشته که بهزیستی ذهنی، ارزیابی افراد از زندگی‌شان در حوزه‌های مختلف زندگی مانند بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی را در برمی‌گیرد؛ عاملی که می‌تواند تحت تأثیر تشخیص و درمان سرطان پستان، به‌عنوان عاملی استرس‌زا، قرار گیرد (McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱، به‌عنوان شکلی جدید از درمان شناختی-رفتاری^۲ (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012)، یک مدل درمان رفتاری بافتاری مدرن^۳ است که هدف آن کاهش رنج بشر از طریق پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (توما و مک‌کی^۴، ۱۳۹۵). هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی برای او ایجاد کرده، یک زندگی پربار و معنی‌دار برای خود ایجاد نماید. هدف درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علائم رهاشده و ارتباط میان افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر دهد تا بتواند آن‌ها را به‌عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرد که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کند (Harris, 2009; Kashdan & Rottenberg, 2010).

درحالی‌که مدل شناختی اختلال بدریختی انگاری بدن بر باورها و شناخت‌های ناسازگارانه در مورد ظاهر بدن استوار است (Blakey, Reuman, Buchholz & Abramowitz, 2017)، Pearson, Follette & Hayes (2012)، در مفهوم‌سازی این اختلال بر اساس رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش تعهد، آن را ناشی از تلاش برای اجتناب، مقاومت و سرکوب افکار و احساسات ناخوشایند در مورد ظاهر بدن فرض می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند موجبات فراگیری راهکارهای مؤثر در مدیریت هیجان، احساسات

-
1. acceptance and commitment therapy (ACT)
 2. cognitive behavioral therapy (CBT)
 3. modern contextual behavioral treatment model
 4. Thoma & McKay

منفی و انجام عمل متعهدانه را فراهم آورده (نریمانی و جبی، ۱۳۹۷) و بر مؤلفه‌های سلامت عمومی، سلامت روان و سرزندگی افراد مؤثر باشد (نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی، ۱۳۹۲). همچنین می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مناسب در نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی (حبیب‌اللهی و سلطانی زاده، ۱۳۹۴)، مشکلات مربوط به تصویر تن (Dokaneheei Fard, Mehrabian, Boroon, Ghaderi, Yousefi, & Shamseddini Lory, 2016)، سازگاری با تشخیص سرطان پستان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران (Hulbert-williams & Storey, 2015)، سرطان (Rost, Wilson, Buchanan, Hildebrandt & Mutch, 2012)، بهزیستی روان‌شناختی (نوروزی، مرادی، زمانی و حسنی، ۱۳۹۶) و مسائلی از این قبیل به کار گرفته شود.

سرطان نه تنها فرد بیمار، بلکه همسر وی را نیز متأثر ساخته و زوج‌ها به‌صورت یک واحد در برابر آن واکنش نشان داده و سطوح بالایی از فشار روانی-اجتماعی را تجربه خواهند کرد (Traa, De Vries, Bodenmann & Den Oudsten, 2014). طیف گسترده‌ای از وقایع استرس‌زا در طول مراحل مختلف بیماری، از جمله عوارض جانبی درمان، عود، یا آماده شدن برای مرگ در موارد پیشرفته (Browall, Gaston, Johansson & Danielson, 2006) می‌تواند زنان دچار سرطان پستان را برای رویارویی به چالش کشیده و منجر به فشار روانی گردد که خود می‌تواند رضایت زناشویی زوجین (Bodenmann & Shantinath, 2004) را متأثر سازد.

زنان دچار سرطان پستان و همسران آن‌ها با تغییرات زیادی در نقش‌ها، مسئولیت‌ها و روابط قبلی خود مواجه شده و طیف وسیعی از نگرانی‌ها را تجربه می‌کنند (Keesing, Rosenwax & McNamara, 2016). امروزه مداخلاتی جهت کار با زوجینی که با بیماری سرطان مواجه می‌شوند، توسعه یافته‌اند. مداخلاتی زوجی که به آن‌ها آموزش می‌دهند تا چگونه اثرات منفی ناشی از بیماری را کاهش داده و عملکرد مثبت خود را در این دوره دشوار به حداکثر برسانند (Li, Baucom, Porter, Kirby, Gremore & Wiesenthal, 2009). Loke & (2014) در بررسی ادبیات پژوهشی مداخلات مبتنی بر زوج‌های مواجه با سرطان، گزارش کرده‌اند که بیماران و همسران آن‌ها تجارب منفی و مثبت را به‌صورت زوجی ادراک کرده و لذا بر مداخلات مشترک مبتنی بر زن و شوهر در مواجهه با سرطان تأکید می‌کنند. به‌گونه‌ای که حمایت همسر می‌تواند نقشی کلیدی را در سازگاری زنان دچار سرطان پستان با فشارهای روانی ناشی از بیماری ایفا کند (Borstelmann, Rosenberg, Ruddy, Tamimi, Gelber et al, 2015). علاوه بر این مشاهده شده است که شیوه‌ای که افراد با یکدیگر به تعامل می‌پردازند، عاملی مهم در درک بدریختی انگاری بدن بوده و ناتوانی در بیان احساسات میان فردی می‌تواند پیش‌بینی کننده مهمی برای شدت علائم این اختلال به حساب آید (Callaghan, Duenas, Nadeau, Darrow, Van der Merwe et al, 2012)؛ اختلالی که مشکلات میان فردی را برای شخص به وجود آورده (Didie, Loerke, Howes & Phillips, 2012) و می‌تواند به زیاده‌روی در اشکال مختلف رفتارهای

مقابله‌ای منجر شود (Khanna & Sharma, 2017). از سویی دیگر Azlan, Overton, Simpson & Powell (2017)، بهزیستی روان‌شناختی بیماران دچار سرطان را مشروط به حساس بودن همسران آن‌ها نسبت به علائم بیماری و عوارض جانبی درمان دانسته و بیان داشته‌اند که احساسات و بهزیستی ذهنی بیماران دچار سرطان تحت تأثیر ویژگی‌های روان‌شناختی همسران آنان قرار دارد. لذا می‌توان توانمندسازی همسر و لزوم توجه به آموزش وی در کنار بیمار دچار سرطان را پراهمیت تلقی کرده و مداخلاتی را جهت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به صورتی زوجی ترتیب داد.

مهارت‌های رویارویی به‌عنوان استفاده از سازوکار و روش‌های مقابله‌ای مناسب و سازگارانه، مدیریت فعالیت‌های روزمره زندگی و توانایی حل مشکلات توأم با زندگی روزانه به‌منظور سازگاری با عوامل تنش‌زای درونی و بیرونی (Fortinash & Worret, 2008) می‌تواند تحت آموزش قرار گرفته و افراد را می‌توان در این زمینه توانمند ساخت. ازجمله برنامه‌های آموزش چنین توانمندی‌هایی آموزش افزایش رویارویی زوج‌ها^۱ است که توسط Bodenmann, Charvoz, Cina & Widmer (2001)، پایه‌گذاری شده و با هدف بهبود در توانایی مدیریت استرس، افزایش توانایی رویارویی به‌عنوان یک زوج، حساس شدن زوجین نسبت به عدالت و احترام متقابل، بهبود روابط زناشویی و نیز بهبود توانایی مهارت حل مسئله توسط زوج‌ها صورت می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که استفاده از مهارت‌های رویارویی زوجی می‌تواند عملکرد ارتباطی زوجین (Traa et al, 2014) و فشار روانی مرتبط با سرطان را در زوجین تحت تأثیر قرار داده (Heinrichs, Zimmermann, Huber, Herschbach, Russell & Baucom, 2012) و با رضایتمندی از رابطه زناشویی آنان در ارتباط باشد (Hagedoorn, Dagan, Puterman, Hoff, Meijerink et al, 2011).

بررسی پژوهش‌های صورت گرفته نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند مشکلات مربوط به تصویر تن، سازگاری با تشخیص سرطان پستان و بهزیستی روان‌شناختی افراد را تحت تأثیر خود قرار دهد. همچنین بهزیستی روان‌شناختی بیماران دچار سرطان را مشروط به حساس بودن همسران آن‌ها نسبت به علائم بیماری و عوارض جانبی درمان دانسته و از سوی دیگر آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی را به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش فشار روانی مرتبط با سرطان گزارش کرده‌اند. با این وجود، علیرغم رضایتمندی پایین زنان دارای تجربه جراحی پستان از تصویر تن و لزوم توجه به بهزیستی ذهنی این افراد، مطالعه‌ای در خصوص بررسی اثربخشی این مداخلات بر بدریختی انگاری و یا بهزیستی ذهنی این افراد صورت نگرفته است. همچنین پژوهشی در خصوص مقایسه اثربخشی این دو رویکرد (که شاید بتوان آن‌ها را به‌عنوان رویکردهایی متفاوت در تأکید بر عوامل درون فردی و میان فردی در نظر گرفت) یافت نشد.

علاوه بر این، با توجه به اینکه مداخلات سنتی صورت گرفته (علیرغم کمک‌هایی که در زمینه پیشبرد جنبش روان‌درمانی داشته‌اند) از انتقاد نظریه‌پردازان و پژوهشگران این حیطه در امان نبوده و به دلایلی مانند عدم وجود چهارچوب‌های مداخله‌ای واضح و دامنه محدود مداخلات (Hulbert-Williams et al, 2015)، مورد انتقاد قرار گرفته‌اند، پژوهشگران بر آنند تا همواره درمان‌های مؤثرتر و کامل‌تری را تدوین نمایند. لذا مسئله اصلی پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوجی بر بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی در زنان دچار سرطان پستان بوده تا ضمن بررسی اثربخشی هر کدام از این رویکردهای آموزشی، پاسخ به این سؤال را فراهم سازد که کدام‌یک از آن‌ها می‌توانند نقشی مؤثرتر را بر متغیرهای وابسته پژوهش ایفا کنند؟

فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است.
۲. آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی بر بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان پستان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثر است.
۳. میان تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با ۲ گروه آزمایش و گروه گواه به همراه دوره پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران زن دچار سرطان پستان که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان مراجعه نمودند، تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود. ملاک‌های ورود عبارت بودند از دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، متأهل بودن، سطح تحصیلات سیکل به بالا، داشتن سابقه جراحی پستان، تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در نشست‌ها درمانی و نیز حضور هر دو زوج در گروه آزمایشی که مورد مداخله به روش آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی قرار داشتند. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از غیبت بیش از دو نشست و نیز عدم حضور یکی از زوجین به مدت بیش از دو نشست در گروه آزمایشی که مورد مداخله به روش آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی قرار گرفتند.

انتخاب آزمودنی‌ها به این صورت بود که فوق تخصص خون و سرطان بزرگسالان و نیز مسئولین مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان، بیماران را به پژوهشگر ارجاع داده و بر اساس ملاک‌های ورود و اعلام

رضایت از جانب آنان، در مطالعه شرکت نمودند. بر این اساس ۵۴ نفر انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه (۲ گروه آزمایشی و ۱ گروه گواه) جای داده شدند. افراد در گروه‌های آزمایش ۹ نشست تحت آموزش قرار گرفتند و برای گروه گواه مداخله‌ای صورت نگرفت.

ابزار پژوهش

سیاهة نگرانی از تصویر بدن:^۱ این سیاهه برای نخستین بار توسط Littleton, Axsom & Pury (2005) طراحی و اعتبار یابی شد. این آزمون حاوی ۱۹ پرسش پنج گزینه‌ای است که از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. هرچه نمره فرد بالاتر باشد میزان ترس او از تصویر بدن خویش نیز بیشتر است. یافته‌های لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) نشان داد که روایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی با مقیاس خود گزارش دهی اختلال بد ریختی بدن برابر با ۰/۸۳ است. در ایران بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) روایی این آزمون را بر اساس همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی ذهنی:^۲ این مقیاس توسط Keyes & Magyar-Moe (2003) طراحی شده و مشتمل بر ۴۵ سؤال می‌باشد. ۱۲ سؤال اول مربوط به بهزیستی هیجانی، ۱۸ سؤال بعدی مربوط به بهزیستی روان‌شناختی و ۱۵ سؤال آخر مربوط به بهزیستی اجتماعی می‌باشند. نمره‌گذاری ۱۲ سؤال اول در مقیاسی ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بوده و در ۳۳ سؤال بعدی در یک مقیاس ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) صورت می‌گیرد. سؤالات شماره ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۴۱، ۴۲، ۴۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. Keyes & Magyar-Moe (2003) گزارش کرده‌اند که اعتبار درونی زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی ۰/۷۸ است. همچنین زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و اجتماعی دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ بوده و اعتبار مجموع هر دو این مقیاس‌ها ۰/۸ و بالاتر می‌باشد. گلستانی بخت (۱۳۸۶) در بررسی اعتبار مقیاس‌ها به دو روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی پرسشنامه را ۰/۷۸ و این مقدار را برای زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۴ و ۰/۷۶ گزارش کرده و ضرایب همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ را برای این زیر مقیاس‌ها را ۰/۸۰، ۰/۸۶ و ۰/۶۱ به دست آورده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های بهزیستی ذهنی، هیجانی و اجتماعی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۸ به دست آمد.

1. body image concern inventory (BICI)
2. subject well-being scale (SWS)

مداخله‌ها

برای مداخله در این پژوهش آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل Hayes, Strosahl & Wilson (1999) و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوجی نیز بر اساس برنامه آموزش رویارویی زوجی Bodenmann & Shantinath (2004) طی ۹ نشست گروهی به صورت هفتگی صورت گرفت. محتوای نشست‌ها مربوط به آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به شرح زیر بود:

نشست اول: آشنایی با شرکت‌کنندگان، معرفی اهداف، معرفی قوانین گروه، برگزاری پیش‌آزمون
 نشست دوم: درماندگی خلاق: بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که گواه، مسئله است نه راه‌حل
 نشست سوم: تصریح ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌های شرکت‌کنندگان، اعمال و موانع
 نشست چهارم: بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوطه
 نشست پنجم: بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
 نشست ششم: توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر
 نشست هفتم: تأکید بر زمان حال
 نشست هشتم: آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها
 نشست نهم: جمع‌بندی، مرور مطالب و اجرای پس‌آزمون.

محتوای نشست‌ها مربوط به مداخله آموزش افزایش مهارت‌های رویارویی زوجی نیز به شرح صورت گرفت:

نشست اول: معرفی اعضای گروه به یکدیگر و آشنایی، معرفی برنامه آموزشی و بخش‌های مختلف آن، قواعد گروه، اهمیت شرکت در نشست‌ها، اجرای پیش‌آزمون‌ها
 نشست دوم: مرور مفهوم استرس، تعاریف، دلایل استرس، انواع و پیامدهای آن، ارزیابی شناختی در استرس، ارتباط میان استرس و واکنش‌های هیجانی
 نشست سوم: مرور مفهوم رویارویی، تعاریف، انواع رویارویی، نقش برنامه‌ریزی، سازماندهی فعالیت‌ها و پیش‌بینی کردن موقعیت در پیشگیری از استرس، روش‌های رویارویی با استرس‌های غیرقابل اجتناب، آموزش آرام‌سازی
 نشست چهارم: رویارویی زوجی در روابط زناشویی، تعاریف، انواع رویارویی زوجی و روش‌های شناسایی آن‌ها، اهمیت رویارویی زوجی در روابط زناشویی، چرخه انتقال استرس زوجین به یکدیگر
 نشست پنجم: رویارویی زوجی، آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی، روش قیف در رویارویی زوجی، روش سه مرحله‌ای در رویارویی زوجی، اجرای ایفای نقش

نشست ششم: مرور مفاهیم تبادل و انصاف و عدالت در روابط زناشویی، مرزها، مشکلات مرزها در روابط زناشویی، صمیمیت و نزدیکی در روابط زناشویی

نشست هفتم: ارتقای مهارت‌های ارتباط زناشویی: اهمیت مهارت‌های ارتباط زناشویی، شبکه‌های ارتباط منفی و مثبت در روابط زناشویی، آموزش مهارت‌گوبنده - شنونده خوب بودن

نشست هشتم: ارتقای مهارت‌های حل مسئله: اجتناب‌ناپذیر بودن مسئله در روابط زناشویی، آموزش گام-های حل مسئله

نشست نهم: جمع‌بندی، مرور مطالب و اجرای پس‌آزمون.

شیوه اجرای پژوهش

پس از دریافت مجوز از دانشگاه و مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان و نیز انتخاب گروه نمونه و تشکیل گروه‌های آزمایش و گواه، ابتدا راهنمایی‌های لازم در ارتباط با روند برگزاری نشست‌ها در اختیار گروه-های آزمایش قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در نشست‌ها حضور فعالانه‌ای داشته باشند، سپس به اجرای پیش‌آزمون در گروه‌ها پرداخته شد. نشست‌های مداخله از آذر ۹۶ در مرکز رفاهی - تفریحی بانوان آفتاب شهرداری اصفهان آغاز گردید. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل Hayes, Strosahl & Wilson (1999) در ۹ نشست گروهی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوجی نیز بر اساس برنامه آموزش رویارویی زوج‌ها (Bodenmann & Shantinath (2004) طی ۹ نشست گروهی به صورت هفتگی صورت گرفت. مداخلات آموزشی گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط دانشجوی دکتری روانشناسی و گروه آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی توسط دکتری مشاوره خانواده در کلاس‌هایی جداگانه و به صورت هم‌زمان انجام گرفت. لازم به ذکر است که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌های مربوط به پیش‌آزمون ابتدا توسط ۳ گروه پاسخ داده شدند و پس از اتمام نشست‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به‌طور مجدد در ۳ گروه اجرا گردید. در نهایت ۳ ماه بعد از اجرای پس‌آزمون نیز جهت انجام مرحله پیگیری پس از هماهنگی با افراد هر ۳ گروه، پرسشنامه‌های پژوهش توسط آن‌ها پاسخ داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست آمده با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر) توسط نرم‌افزار آماری SPSS-22 انجام گرفت.

اخلاق در پژوهش

به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به تمامی شرکت‌کنندگان در مورد اهداف مطالعه و شرکت به صورت داوطلبانه توضیح داده شد. شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را

کامل نمودند، به همه شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذ شده محرمانه باقی خواهد ماند. به گروه نمونه گروه گواه اطمینان داده شد که پس از انجام طرح در صورت تمایل می‌توانند در دوره- های آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوجی شرکت کنند.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سن در گروه‌های مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش افزایش مهارت‌های رویارویی زوجی و گواه به ترتیب عبارت از ۴۷/۵۳، ۴۶/۶۶ و ۴۵/۲۲ بود. میانگین مدت‌زمان جراحی پستان نیز برای گروه‌های مداخله آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش افزایش مهارت‌های رویارویی زوجی و گواه به ترتیب ۳/۲۶، ۳/۲۰ و ۳/۴۰ سال بود. همچنین بیشترین فراوانی تحصیلات در هر سه گروه مربوط به تحصیلات دبیرستان بود. لازم به ذکر است با توجه به آزمایشی بودن طرح، تعدادی از آزمودنی‌ها قادر به ادامه همکاری نشدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

مرحله	متغیر	آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد		آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
پیش‌آزمون	بدریختی انگاری بدن	۴۴/۵۱	۴/۸۶	۴۲/۰۷	۴/۷۸	۴۲/۱۰
	بهبودی ذهنی	۱۸۰/۵۲	۱۳/۲۰	۱۸۲/۶۴	۱۴/۶۷	۱۸۲/۶۴
	بهبودی هیجانی	۳۳/۹۳	۵/۰۴	۳۴/۱۳	۴/۶۰	۳۳/۴۰
	بهبودی روان‌شناختی	۸۴/۷۰	۶/۵۶	۸۴/۷۳	۷/۹۳	۸۶/۳۵
پس‌آزمون	بهبودی اجتماعی	۶۱/۸۸	۱۰/۱۶	۶۲/۷۸	۷/۵۴	۶۲/۸۹
	بدریختی انگاری بدن	۲۹/۷۵	۴/۷۲	۳۰/۷۳	۵/۰۱	۴۳/۴۴
	بهبودی ذهنی	۲۱۶/۶۳	۱۲/۷۸	۱۹۹/۳۵	۱۴/۹۰	۱۷۷/۱۴
	بهبودی هیجانی	۴۷/۶۰	۵/۳۱	۴۰/۲۷	۵/۱۷	۳۱/۸۶
پیگیری	بهبودی روان‌شناختی	۹۴/۷۳	۵/۸۳	۹۲/۵۳	۴/۹۲	۸۳/۷۲
	بهبودی اجتماعی	۷۴/۳۹	۱۰/۴۲	۶۶/۴۵	۱۴/۶۳	۶۱/۵۶
	بدریختی انگاری بدن	۳۲/۷۲	۶/۳۲	۳۲/۴۳	۵/۲۰	۴۲/۶۳
	بهبودی ذهنی	۲۱۳/۰۳	۱۲/۵۴	۲۰۰/۳۹	۱۳/۹۵	۱۸۲/۰۶
	بهبودی هیجانی	۴۷/۰۷	۵/۱۳	۴۰/۵۳	۵/۳۷	۳۲/۸۷
	بهبودی روان‌شناختی	۹۲/۵۴	۵/۸۴	۹۳/۳۳	۵/۳۵	۸۵/۵۰
	بهبودی اجتماعی	۷۳/۴۳	۱۰/۹۱	۶۶/۵۲	۱۴/۵۱	۶۳/۷۰

سایر شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه در جدول ۱ ارائه گردیده است. با توجه به این‌که در پژوهش حاضر مرحله پیگیری اعمال شده است، بررسی فرضیه‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با

اندازه گیری مکرر صورت گرفت. قبل از به کار بستن آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر پیش فرض های استفاده از این آزمون با استفاده از آزمون های لوین و ماچلی بررسی شد که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ آمده است.

جدول ۲. نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض همگونی واریانس ها

متغیرها	مراحل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
	پیش آزمون	۰/۱۵۹	۲	۴۲	۰/۶۹۳
بدریختی انگاری بدن	پس آزمون	۱/۵۷	۲	۴۲	۰/۲۲۰
	پیگیری	۰/۸۱۹	۲	۴۲	۰/۳۴۶
	پیش آزمون	۰/۹۵۷	۲	۴۲	۰/۳۳۶
بهزیستی ذهنی	پس آزمون	۱/۶۹۸	۲	۴۲	۰/۲۰۳
	پیگیری	۲/۱۹۸	۲	۴۲	۰/۱۴۹
	پیش آزمون	۰/۲۷۷	۲	۴۲	۰/۶۰۳
بهزیستی هیجانی	پس آزمون	۰/۴۳۴	۲	۴۲	۰/۵۱۶
	پیگیری	۱/۰۸۵	۲	۴۲	۰/۳۰۶
	پیش آزمون	۲/۴۸۸	۲	۴۲	۰/۱۲۶
بهزیستی روان شناختی	پس آزمون	۰/۰۸۲	۲	۴۲	۰/۷۷۷
	پیگیری	۰/۲۴۴	۲	۴۲	۰/۶۲۳
	پیش آزمون	۳/۶۵۴	۲	۴۲	۰/۰۶۶
بهزیستی اجتماعی	پس آزمون	۰/۳۱۸	۲	۴۲	۰/۵۷۷
	پیگیری	۰/۲۹۷	۲	۴۲	۰/۵۹۰

جدول ۲ نتایج آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس متغیرهای پژوهش را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد. با توجه به اینکه سطح معنی داری به دست آمده برای سایر متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود، فرض صفر برای همسانی واریانس ها تأیید شد.

جدول ۳. نتایج آزمون ماچلی برای بررسی پیش فرض همگونی کوواریانس ها

متغیرها	Mauchly's w	خی دو	درجه آزادی	سطح معنی داری
بدریختی انگاری بدن	۰/۸۴۳	۶/۹۸	۲	۰/۰۳۰
بهزیستی ذهنی	۰/۳۱۷	۴۳/۲۸	۲	۰/۰۰۰
بهزیستی هیجانی	۰/۴۳۷	۳۷/۱۹	۲	۰/۰۰۰
بهزیستی روان شناختی	۰/۳۰۱	۴۱/۸۵	۲	۰/۰۰۰
بهزیستی اجتماعی	۰/۴۷۶	۳۰/۴۶	۲	۰/۰۰۰

در جدول شماره ۳ سطح معنی داری آزمون کرویت ماچلی به دست آمده برای بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان شناختی و بهزیستی اجتماعی بیشتر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین پیش فرض ماچلی

در همه متغیرهای پژوهش رعایت نشده است، به همین دلیل از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس^۱ در تحلیل متغیرها استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

متغیر	عامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
بدریختی انگاری بدن	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۱۷۷۱	۱/۷	۱۰۲۴/۰۰	۱۰۳/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۱۸۹	۳/۴	۳۴۳/۰۰	۳۴/۸۰	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۱
	خطا	۷۱۷	۷۲/۶	۹/۸۰				
بهزیستی ذهنی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۷۸۳۸	۱/۰۳	۷۵۷۴/۰۰	۷۰/۵۰	۰/۰۰۰	۰/۶۲	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۷۲۶۸	۲/۰۷	۳۵۱۱/۰۰	۳۲/۷	۰/۰۰۰	۰/۶۰	۱
	خطا	۴۶۶۵	۴۳/۴	۱۰۷/۰۰				
بهزیستی هیجانی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۱۱۵۸	۱/۰۹	۱۰۶۱/۰۰	۱۱۷	۰/۰۰۰	۰/۷۳	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۰۵۰	۲/۱۸	۴۸۰/۰۰	۵۳	۰/۰۰۰	۰/۷۱	۱
	خطا	۴۱۴	۴۵/۸	۹/۰۴				
بهزیستی روان شناختی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۷۸۹	۱/۰۷	۷۳۷/۰۰	۱۴/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶	۰/۹۷
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۷۷۶	۲/۱۴	۳۶۲/۰۰	۷/۲۴	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۳
	خطا	۲۲۵۰	۴۴/۹	۵۰/۰۳				
بهزیستی اجتماعی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۶۹۸	۱/۰۲	۶۸۱/۰۰	۱۰/۱۴	۰/۰۰۳	۰/۱۹	۰/۸۸
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۸۵۱	۲/۰۵	۴۱۵/۰۰	۶/۱۸	۰/۰۰۴	۰/۲۲	۰/۸۷
	خطا	۲۹۸۱	۴۳/۰۵	۶۷/۱۴				

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان شناختی و بهزیستی اجتماعی را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه را نشان می دهد. بر این اساس میان نمرات این متغیرها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروهها تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/05$). این بدان معناست حداقل نمرات یکی از گروهها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری داشته است. تعامل میان اثر آزمایش و گروه نیز معنی دار بوده است ($p < 0/05$). این بیانگر آن است تفاوت میان مراحل نمرات بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی و مؤلفه های آن در سطوح گروهها یکسان نیست.

¹. Green-house

جدول ۵. نتایج تحلیل هم‌سنجی اثرات ساده عامل درون گروهی به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه در بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی

متغیرها	گروه‌ها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
بدریختی انگاری بدن	پذیرش و تعهد	مراحل	۱۸۲۷	۱/۳۷	۱۳۳۰	۱۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۹	۱
	مهارت‌های رویارویی	خطا	۲۰۴	۱۹/۲	۱۰/۶				
	گواه	مراحل	۱۱۱۹	۱/۹	۵۷۷	۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۷	۱
بهزیستی ذهنی	مهارت‌های رویارویی	خطا	۳۲۴	۲۷	۱۱/۹۵				
	گواه	مراحل	۱۳۷	۱/۲	۱۱/۱۶	۱/۰۲	۰/۳۴۳	۰/۰۶	۰/۱۷
	خطا	خطا	۱۸۷	۱۷/۲	۱۰/۸				
بهزیستی هیجانی	پذیرش و تعهد	مراحل	۱۱۸۷۳	۱/۰۶	۱۱۱۰۷	۱۸۵	۰/۰۰۰	۰/۹۳	۱
	مهارت‌های رویارویی	خطا	۸۹۶	۱۴/۹	۵۹/۸				
	گواه	مراحل	۲۹۵۹	۱/۰۱	۲۹۱۶	۱۵/۲۴	۰/۰۰۰	۰/۵۲	۰/۹۵
بهزیستی روان‌شناختی	مهارت‌های رویارویی	خطا	۲۷۱۸	۱۴/۲	۱۹۱				
	گواه	مراحل	۲۷۴	۱/۰۵	۲۶۰	۳/۶	۰/۰۷۴	۰/۲۰	۰/۴۴
	خطا	خطا	۱۰۵۱	۱۴/۷	۷۱/۴				
بهزیستی اجتماعی	پذیرش و تعهد	مراحل	۱۷۷۹	۱/۰۲	۱۷۷۵	۷۴/۲	۰/۰۰۰	۰/۸۴	۱
	مهارت‌های رویارویی	خطا	۳۳۸	۱۴/۳	۲۳/۶				
	گواه	مراحل	۳۹۳	۱/۲۳	۳۱۷	۸۶/۸	۰/۰۰۰	۰/۸۶	۱
بهزیستی هیجانی	مهارت‌های رویارویی	خطا	۶۳/۳	۱۷/۳	۳/۶				
	گواه	مراحل	۱۸/۱۷	۱/۷	۱۰/۴	۳/۳۷	۰/۸۱۶	۰/۲۱	۰/۴۵
	خطا	خطا	۱۰۰۷	۱۴/۷	۷۰/۴				
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش و تعهد	مراحل	۸۳۴	۱/۰۳	۸۰۶	۱۱/۷	۰/۰۰۴	۰/۴۵	۰/۸۹
	مهارت‌های رویارویی	خطا	۹۹۴	۱۴/۴	۶۸/۶				
	گواه	مراحل	۶۷۷	۱/۱۵	۵۸۵	۲۸/۵	۰/۰۰۰	۰/۶۷	۱
بهزیستی اجتماعی	مهارت‌های رویارویی	خطا	۳۳۲	۱۶	۲۰/۵				
	گواه	مراحل	۵۴/۳	۱/۰۷	۵۰/۴	۰/۸۲۳	۰/۳۸۷	۰/۰۵	۰/۱۳
	خطا	خطا	۹۲۳	۱۵/۰۸	۶۱/۲				
بهزیستی هیجانی	پذیرش و تعهد	مراحل	۱۴۴۱	۱/۰۳	۱۳۹۲	۱۷/۹	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۷
	مهارت‌های رویارویی	خطا	۱۱۲۷	۱۴/۴	۷۷/۷				
	گواه	مراحل	۷۳/۴	۱	۷۳/۴	۰/۶۰۴	۰/۴۵۰	۰/۰۴	۰/۶۰
بهزیستی اجتماعی	مهارت‌های رویارویی	خطا	۱۷۰۱	۱۴	۱۲۱				
	گواه	مراحل	۳۸/۸	۱/۶	۲۱/۷	۳/۸۰	۰/۰۸۹	۰/۲۴	۰/۴۵
	خطا	خطا	۶۲/۴	۲۲/۴	۲/۷				

جدول ۵ بیانگر آن است که در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد عامل درون گروهی در کلیه متغیرهای پژوهش معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$) و میان سه مرحله تفاوت وجود دارد. در گروه آموزش مهارت‌های رویارویی نیز عامل درون گروهی در گواه در بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$) و میان سه مرحله تفاوت وجود دارد اما در بهزیستی اجتماعی عامل درون گروهی معنی‌دار نیست و این بدان معناست میان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی اجتماعی در گروه آموزش مهارت‌های

رویارویی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین در گروه گواه عامل درون‌گروهی در کلیه متغیرهای پژوهش معنی‌دار نیست. در جدول ۶ تفاوت میان هر یک گروه‌ها آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی مشخص شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای هم‌سنجی نمرات متغیرهای گروه‌های آزمایش در سه مرحله

متغیرها	گروه‌ها	مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
پذیرش و تعهد	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	۱۴/۷	۰/۹۵	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	۱۱/۷	۱/۲۵	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	-۲/۹	۰/۶۶	۰/۰۰۲
		پس‌آزمون	۱۱/۳	۱/۳۴	۰/۰۰۰
بدریختی انگاری بدن	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	۹/۶	۱/۱۷	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	۱/۷	۱/۲۰	۰/۵۲۸
		پس‌آزمون	-۳۶/۱	۲/۶۰	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	-۳۲/۵	۲/۳۰	۰/۰۰۰
بهبودی ذهنی	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	۳/۵	۰/۵۷	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	-۱۶/۶	۴/۴۰	۰/۰۰۷
		پیش‌آزمون	-۱۷/۷	۴/۳۳	۰/۰۰۳
		پس‌آزمون	-۱/۱	۰/۴۵	۰/۰۷۹
بهبودی هیجانی	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	-۱۳/۶	۱/۵۰	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	-۱۳/۱	۱/۵۰	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	۰/۵۳	۰/۱۹	۰/۰۷۴
		پس‌آزمون	-۶/۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰
بهبودی روان‌شناختی	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	-۶/۴	۰/۶۸	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	-۰/۳	۰/۲۰	۰/۹۵۳
		پیش‌آزمون	-۱۰/۰	۲/۷۰	۰/۰۰۸
		پس‌آزمون	-۷/۸	۲/۵۰	۰/۰۲۴
بهبودی اجتماعی	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	۲/۲	۰/۴۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	-۷/۸	۱/۴۰	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	-۸/۶	۱/۵۰	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	-۰/۸	۰/۴۸	۰/۳۵۴
بهبودی اجتماعی	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	-۱۲/۴	۲/۸۰	۰/۰۰۲
		پیش‌آزمون	-۱۱/۵	۲/۸۰	۰/۰۰۳
		پس‌آزمون	۰/۹	۰/۴۳	۰/۱۹۷
		پس‌آزمون	-۲/۷	۳/۵۰	۰/۹۸۷
بهبودی اجتماعی	مهارت‌های رویارویی	پیش‌آزمون	-۲/۷	۳/۴۰	۰/۹۷۷
		پس‌آزمون	۰/۱	۰/۳۶	۰/۹۸۹

جدول ۶ هم سنجی میان مراحل پژوهش را نشان می‌دهد و بیانگر آن است که در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد میانگین نمرات در کلیه متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون در هم سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری داشته است ($p < 0/05$) و این نتیجه در طول مرحله پیگیری حفظ شده است. در گروه آموزش مهارت‌های رویارویی در بدریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس‌آزمون در هم سنجی با پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری داشته است ($p < 0/05$)؛ اما بهزیستی اجتماعی میان پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، با عبارت دیگر مداخله آموزش مهارت‌های رویارویی بر مؤلفه بهزیستی اجتماعی تأثیر معنی‌داری نداشته است.

جدول ۷. هم سنجی زوجی گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	مراحل	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	-۰/۱	۲/۱	۰/۶۵۸
		پذیرش و تعهد	-۱۳/۷	۱/۸	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	-۱۲/۷	۲/۳	۰/۰۰۰
بدریختی انگاری بدن	پیگیری	پذیرش و تعهد	۰/۳	۲/۱	۰/۸۹۶
		پذیرش و تعهد	-۹/۹	۲/۳	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	-۱۰/۲	۲/۱	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۱۷/۳	۶/۱	۰/۰۰۸
		پذیرش و تعهد	۳۹/۴	۴/۴	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	۲۲/۱	۵/۹	۰/۰۰۰
بهزیستی ذهنی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۱۲/۶	۶	۰/۰۴۷
		پذیرش و تعهد	۳۰/۹	۴/۳	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	۱۸/۳	۴/۳	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۷/۳	۱/۹	۰/۰۰۰
		پذیرش و تعهد	۱۵/۷	۱/۸	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	۸/۴	۱/۷	۰/۰۰۰
بهزیستی هیجانی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۶/۵	۱/۹	۰/۰۰۲
		پذیرش و تعهد	۱۴/۲	۱/۷	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	۷/۶	۱/۷	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۲/۲	۱/۹	۰/۲۷۳
		پذیرش و تعهد	۱۱/۰	۲/۱	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	۸/۸	۱/۹	۰/۰۰۰
بهزیستی روان‌شناختی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۰/۷۹	۲	۰/۶۹۸
		پذیرش و تعهد	۷/۰	۱/۹	۰/۰۰۰
		مهارت‌های رویارویی	۷/۸	۱/۸	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون	پذیرش و تعهد	۷/۸	۴/۶	۰/۱۰۲
		پذیرش و تعهد	۱۲/۷	۴	۰/۰۰۴
		مهارت‌های رویارویی	۴/۸	۴	۰/۳۱۸
بهزیستی اجتماعی	پیگیری	پذیرش و تعهد	۶/۹	۴/۶	۰/۱۵۲
		پذیرش و تعهد	۹/۷	۴/۱	۰/۰۲۵
		مهارت‌های رویارویی	۲/۸	۴/۷	۰/۵۶۰

جدول ۷ هم‌سنجی میان گروه‌های پژوهش را نشان می‌دهد و بیانگر آن است در پس‌آزمون و پیگیری آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در هم‌سنجی با گروه گواه در متغیرهای بد ریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). این بدان معناست آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این متغیرها در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنی‌داری دارد. همچنین در هم‌سنجی آموزش مهارت‌های رویارویی با گروه گواه در متغیرهای بد ریختی انگاری بدن، بهزیستی ذهنی، بهزیستی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). در این راستا در هم‌سنجی دو گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی با همدیگر در بد ریختی انگاری بدن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس بهزیستی هیجانی میزان تأثیر مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بوده است. باین‌وجود، میان نمرات دو گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی با همدیگر در بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش بهبود مهارت‌های رویارویی زوجی بر بد ریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی زنان دچار سرطان سینه صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات بد ریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی افراد (و نیز زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و بهزیستی اجتماعی) در گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنی‌داری با گروه گواه می‌باشد. نتایج به‌دست آمده با نتایج گزارش شده توسط حبیب‌اللهی و سلطانی زاده (۱۳۹۴)، نوروزی و همکاران (۱۳۹۶)، (Dokanehei Fard et al (2016)، همسو بوده و می‌توان آن را در راستای نتایج گزارش شده توسط Hulbert-Williams et al (2015) و Rost et al (2012)، مبنی بر اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری با تشخیص سرطان پستان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران به حساب آورد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که مطابق با آنچه Ussher et al (2012) و Male et al (2013) بیان کرده‌اند، پستان کارکردی فراتر از یک عضو عادی بدن را داشته و با مفاهیمی چون هویت زنانگی، هویت جنسی، جدایت، سلامت جنسی و هویت مادری در ارتباط می‌باشد. لذا چنانچه Dahl et al (2010) نیز اشاره کرده‌اند، تغییر شکل‌های صورت گرفته در پستان بر اثر جراحی‌های صورت گرفته در راستای درمان سرطان، می‌تواند منجر به اختلال در خودپنداره و تصویر تن گردد. بدون تردید چنین اختلال‌هایی با نارضایتی از شکل ظاهری بدن و دل‌مشغولی فرد به تغییرات صورت گرفته همراه بوده و باعث فعال شدن افکار راجعه نگران‌کننده در ذهن این افراد می‌گردند. افکاری که موجبات اضطراب و فشار روانی بیمار را فراهم ساخته و لذا ممکن است فرد درصدد اجتناب و یا شاید تغییر آن‌ها برآید. این در حالی است که مطابق با آنچه Pearson et al (2012) بیان داشته‌اند، تلاش برای اجتناب، مقاومت و

سرکوب افکار و احساسات ناخوشایند در مورد ظاهر بدن منجر به تقویت آن‌ها شده و موجبات آزاردهندگی بیشتر افکار مرتبط با بدریختی انگاری بدن را فراهم می‌سازد.

مطابق با آنچه (Kashdan & Rottenberg (2010) اذعان داشته‌اند، فرایند درمان در این رویکرد کمک می‌کند تا فرد مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد و هر زمان که لازم بود تغییر و یا پافشاری نماید؛ به گونه‌ای که به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است. در حوزه‌هایی قابل تغییر مانند رفتار آشکار، به دنبال ایجاد تغییر بوده و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست (مانند تغییرات صورت گرفته در شکل طبیعی بدن بر اثر جراحی پستان)، بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی متمرکز است. می‌توان گفت که به کارگیری استعاره و نیز تمرین‌های صورت گرفته در خلال نشست‌های آموزشی به افراد کمک می‌کند تا ضمن مشاهده خویش به‌عنوان زمینه، متوجه آنچه در آمیختگی فکر و عمل گفته می‌شود، شده و ضمن پذیرش افکار به‌عنوان فکر (و نه واقعیت) و آموزش با استعاره-های مربوط به گسلش، تمرین‌های مربوط به ذهن آگاهی را فرا گرفته و در راستای اهداف برآمده از ارزش‌های خویش به صورتی متعهدانه عمل کنند. لذا می‌توان انتظار داشت که توانمند ساختن افراد با مهارت‌های چنین رویکردی می‌تواند به زنان بیمار دارای سابقه جراحی پستان که از علائم بدریختی انگاری بدن رنج برده و بهزیستی ذهنی آنان تحت تأثیر تجربه بیماری سرطان (به‌عنوان عامل تهدیدکننده زندگی) قرار گرفته، کمک کند تا به‌جای تلاش برای کنترل و تغییر چنین افکار و احساسات فرساینده‌ای، متعهدانه به اهداف برآمده از ارزش‌های خود پایبند بوده و سطوح بالاتری از سلامت روان‌شناختی را تجربه کنند.

نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات بدریختی انگاری بدن و بهزیستی ذهنی افراد (و نیز زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی) در گروه آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنی‌داری با گروه گواه می‌باشد. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش با نتایج گزارش شده توسط Callaghan et al (2012) و Azlan et al (2017) همسو بوده و می‌توان آن را در راستای نتایج گزارش شده توسط Hagedoom et al (2011) و Traa et al (2014) دانست. علاوه بر آنچه Li & Loke (2014) در زمینه ادراکات مشترک زوج‌های مواجه با سرطان از تجارب منفی و مثبت گزارش کرده‌اند، طیف وسیع نگرانی‌های ایجادشده در زوجین مواجه با سرطان (Keesing et al, 2016) از دست دادن پستان، وجود علائم بدریختی انگاری بدن و کاهش بهزیستی ذهنی بیماران، خود منجر به فشار روانی می‌گردد که مطابق با Bodenmann & Shantinath (2004)، رضایت زناشویی زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از آنجا است که به دلیل تنش‌های روان‌شناختی، چالش‌های ارتباطی مانند اختلال در عملکرد جنسی و مشکلات ارتباطی به وجود آمده، چنانچه Traa et al (2014) نیز گزارش کرده‌اند، این نگرش در حال شکل‌گیری است که سرطان به‌عنوان یک مسئله زوجی و آنچه «بیماری ما» (در مقابل با «بیماری من») خوانده می‌شود در نظر گرفته شود. بدون تردید چنین تغییری در نگرش نسبت به سرطان به‌جای بیمار، بر بیمار و همسر وی تمرکز داشته و منجر به علاقه‌مندی بیشتر برای شرکت دادن زوجین به صورتی مشترک در مداخلات درمانی روان‌شناختی خواهد شد.

هرچند پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه مهارت‌های رویارویی زوجی نسبتاً جدید می‌باشند، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که می‌توان این مهارت‌ها را به‌مثابه راهبردهایی جهت بهسازی روابط میان فردی زوجین و تقویت توانمندی حل مشکلات تجربه‌شده توسط زوج‌ها و نیز بهبود توانایی مهارت حل مسئله آنان مورد استفاده قرار داد (Bodenmann & Shantinath, 2004). آموزش چنین راهبردهایی به زنان دارای بیماری سرطان پستان (و نیز همسران آن‌ها) در خصوص اجتناب‌ناپذیر بودن مسئله در روابط زناشویی و نیز آشنا ساختن آن‌ها با مفهوم استرس، راهبردهای رویارویی با استرس‌های غیرقابل اجتناب و چرخه انتقال استرس زوجین به یکدیگر در کنار آموزش گام‌های حل مسئله و راهبردهای ارتقای صمیمیت، زمینه ارتقای بهداشت روانی این بیماران را فراهم سازد و چنانچه نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، می‌تواند علائم بدریختی انگاری در زنان مبتلا را کاهش داده و بهزیستی ذهنی (و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی و روان‌شناختی) آنان را تحت تأثیر قرار دهد.

در نظر گرفتن بیماری سرطان پستان به‌عنوان «سرطان رابطه‌ای» (Baucom et al, 2009) یا «بیماری ما» (Traa et al, 2014)، توجه به بهبود عملکرد فردی و ارتباطی زنان دچار سرطان پستان شرکت‌کننده در مداخلات مشترک مبتنی بر زوج‌ها (Baucom et al, 2009) و نقش حمایت همسر در سازگاری این بیماران با فشارهای روانی ناشی از بیماری (Borstelmann et al, 2015) می‌تواند اهمیت نقش همسر در ارتباط با پیامدهای روان‌شناختی تجربه‌شده زنان دچار سرطان پستان را برجسته سازد. قرار گرفتن زوجین در جلسات آموزشی مشترک فراگیری مهارت‌های رویارویی می‌تواند آن‌ها را در خصوص مواجهه با شرایط جدید توانمند ساخته و باعث شود تا به صورتی کارآمدتر در مواجهه با مسائل و مشکلات فردی و ارتباطی به وجود آمده عمل کنند؛ مسئله‌ای که مطابق با آنچه Bodenmann & Shantinath (2004) اظهار داشته‌اند، می‌تواند نگرشی سیستمی به مفهوم رویارویی را به همراه داشته و منجر به این مسئله گردد که بیمار همسر را در کنار خود احساس کرده و همسر نیز خود را بخشی از سیستمی بداند که در قبال آن مسئولیت داشته و از سبکی متفاوت در حل تعارضات و فشارهای روانی به وجود آمده استفاده کند.

با در نظر گرفتن آنچه Callaghan et al (2012) و Didie et al (2012) در زمینه نقش تعامل و بیان احساسات میان فردی در شدت علائم اختلال بدریختی انگاری بدن و بروز مشکلات میان فردی متعاقب با آن اظهار داشته‌اند، می‌توان انتظار داشت که آموزش‌های مشترک زوجین بتواند منجر به کاهش علائم چنین اختلالی شود. بدون تردید دریافت آموزش چنین راهبردهایی (و نیز آموزش همسر و دریافت حمایت بیشتر از طرف وی) می‌تواند منجر به سازگاری بهینه‌تر فردی باشد که بنا بر (Khanna & Sharma, 2017) به شکلی افراطی از رفتارهای مقابله‌ای عمدتاً ناسازگارانه در برابر علائم بدریختی انگاری بدن استفاده می‌کنند. از طرف دیگر، همسو با نتایج پژوهش و Azlan et al (2017) مبنی بر رابطه بهزیستی روان‌شناختی بیماران دچار سرطان با حساس بودن همسران آن‌ها در برابر علائم بیماری، می‌توان انتظار داشت که زمینه‌های ارتقای سطوح بهزیستی ذهنی این بیماران با حضور همسر در این جلسات آموزشی به میزان بیشتری فراهم گردد.

در زمینه مقایسه اثربخشی مداخلات صورت گرفته نیز نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی در مؤلفه‌های بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس‌های بهزیستی هیجانی و بهزیستی اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و در بهزیستی ذهنی و زیر مقیاس بهزیستی هیجانی در مرحله پیگیری معنی‌دار بوده و آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اثرات بیشتری را نسبت به آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی در افزایش نمرات این متغیرها داشته است. هرچند پژوهشی در زمینه بررسی و مقایسه چنین مداخلاتی بر بهزیستی ذهنی یافت نشد، در مقایسه این دو رویکرد، ابتدا لازم است این مسئله را در نظر گرفت که شاید بتوان هر کدام از آن‌ها را نماینده نگرش‌هایی متفاوت به مشکلات روان‌شناختی افراد دانست. به صورتی که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عوامل درون فردی و آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی بر عوامل میان فردی در شکل‌گیری، استمرار و یا درمان اختلالات روان‌شناختی تأکید دارند. در ارتباط با تبیین تفاوت مشاهده‌شده نیز می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (در مقایسه با رویکرد مبتنی بر زوج‌ها که به آموزش مهارت‌های رویارویی می‌پردازد) به صورت مستقیم به افکار و احساسات ناخوشایند مرتبط با بیماری، جراحی و تغییر شکل‌های بدنی به وجود آمده پرداخته و کمک می‌کند تا بیمار از تلاش برای اجتناب از احساسات و افکار ناخوشایند متعاقب با تجارب به وجود آمده پرهیز کند. از طرف دیگر به بیمار کمک می‌کند تا با پذیرش آن‌ها به‌عنوان افکار و احساساتی طبیعی، بدون درآمیخته شدن با آن‌ها، خود را در جایگاه مشاهده‌گری برای آن‌ها قرار دهد و پس از شناخت بهتر ارزش‌ها به صورتی متعهدانه به فعالیت‌های برآمده از آن‌ها عمل کند. لذا، این رویکرد علاوه بر پرداختن مستقیم به علائم و احساسات تجربه‌شده و کمک به بیمار در کاهش رنج ناشی از آن‌ها، می‌تواند به او کمک کند تا با تجربه لحظه اکنون، الگویی از اندیشه و عمل کارآمد در شرایط بیماری و حتی پس از آن را به کار گیرد. علاوه بر این، می‌توان این مسئله را مطرح ساخت که شاید بیماران (نسبت به همسران خود) به میزان بیشتر و به صورت ملموس‌تری با مشکلات و آسیب‌ها روبرو بوده و از این جهت با انگیزه بالاتری در جلسات (آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد) شرکت کنند؛ متعاقب با آن الزام بیشتری جهت شرکت فعالانه در نشست‌ها را احساس کرده، توجه بیشتری به محتویات آموزشی نشان داده و عمل کردن متعهدانه بر اساس محتویات آموزش داده‌شده را (نسبت به همسران شرکت‌کننده در نشست‌های آموزش مهارت‌های رویارویی زوجی) حتی چند ماه پس از پایان یافتن مداخلات آموزشی حفظ کرده باشند.

محدودیت‌ها و پیشنهادها

هرچند تعمیم نتایج پژوهش حاضر به دلایلی مانند استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی جمع‌آوری اطلاعات، عدم توانایی در انتخاب تصادفی افراد گروه نمونه، انجام پژوهش صرفاً در یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان با محدودیت همراه است، با توجه به مطلوبیت میزان اثربخشی به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود که نتایج این پژوهش به‌منظور بهبود علائم بدریختی انگاری بدن زنان دچار سرطان پستان که دارای سابقه جراحی بوده و از وجود چنین

علایمی رنج می‌برند و نیز به منظور ارتقای سطوح بهزیستی ذهنی آنان مورد استفاده روان‌درمانگران قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که نتایج به دست آمده به عنوان پایه‌ای برای پژوهش‌های بیشتر در راستای بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوجی بر دیگر مؤلفه‌های روان‌شناختی این افراد و نیز افراد دارای دیگر بیماری‌های مختل‌کننده بهداشت روانی، مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد.

تصریح درباره تعارض منافع

در رابطه با پژوهش حاضر نویسندگان متعهد می‌شوند که انجام این پژوهش تحت تأثیر ارتباطات خاص با اشخاص یا مراکزی که پژوهش در آن انجام شده است نبوده و نویسندگان این پژوهش در راستای انجام پژوهش حاضر از جایگاه حقوقی خود هیچ‌گونه سوءاستفاده‌ای نداشته‌اند و همه مراحل تدوین، آموزش و دیگر تحقیقات مقتضی با رویکرد کسب سودهای اقتصادی نبوده است.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی می‌باشد که با همکاری مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند که بابت همکاری‌های صورت گرفته، از مسئولین این مرکز و نیز شرکت کنندگان در پژوهش تشکر به عمل آورند.

منابع

- بساک نژاد، سودابه؛ غفاری، مجید. (۱۳۸۶). *رابطه بین ترس از بدریختی بدن و اختلالات روان‌شناختی در دانشجویان، مجله علوم رفتاری*، ۱(۲)، ۱۷۹-۱۸۸. [[link](#)]
- توما، ناتان؛ مک‌کی، دین. (۱۳۹۵). *پرداختن به هیجان در درمان شناختی رفتاری*. ترجمه: شهرام محمدخانی و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.
- حبیب‌اللهی، اعظم و سلطانی زاده، محمد. (۱۳۹۴). *اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر نارضایتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی در دختران نوجوان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن*. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۶ (۱۳۴)، ۲۸۷-۲۹۹. [[link](#)]
- صالحی، راحمه و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۷). *رشد پس‌آسیبی در بیماران مبتلا به سرطان: نقش ابعاد روانی، معنوی و ذهنی بهزیستی و امیدواری، فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۱۲(۲)، ۱-۱۵. [[link](#)]
- گلستانی بخت، طاهره. (۱۳۸۶). *ارائه الگوی بهزیستی ذهنی و شادمانی در جمعیت شهر تهران*. پایان‌نامه دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه الزهراء، تهران.
- نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). *بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان ناباور، مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۴(۳)، ۳۸۷-۴۰۵. [[link](#)]

- نریمانی، اکرم و حبیبی، محمدباقر. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد بر سازش یافتگی زوجی زنان، مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱۸۲، ۱-۱۶۶. [[link](#)]
- نوروزی، اصغر؛ مرادی، علیرضا؛ زمانی، کریم و حسینی، جعفر. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی معنادرمانی مبتنی بر اندیشه‌های مولانا با درمان پذیرش و تعهد در بهزیستی روان‌شناختی سالمندان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۱(۳)، ۶۱-۴۱. [[link](#)]

Reference

- Akbari, A., Razzaghi, Z., Homaei, F., Khayamzadeh, M., Movahedi, M., & Akbari, M. E. (2011). Parity and breastfeeding are preventive measures against breast cancer in Iranian women. *Breast cancer*, 18(1), 51-55. [[link](#)]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM 5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Angelakis, I., Gooding, P. A., & Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical psychology review*, 49, 55-66. [[link](#)]
- Azlan, H. A., Overton, P. G., Simpson, J., & Powell, P. A. (2017). Effect of partners' disgust responses on psychological wellbeing in cancer patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 24(3-4), 355-364. [[link](#)]
- Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., Wiesenthal, N., Aldridge, W., & Keefe, F. J. (2009). A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(3), 276-283. [[link](#)]
- Begovic-juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 446-460. [[link](#)]
- Blakey, S. M., Reuman, L., Buchholz, J. L., & Abramowitz, J. S. (2017). Experiential avoidance and dysfunctional beliefs in the prediction of body image disturbance in a nonclinical sample of women. *Body image*, 22, 72-77. [[link](#)]
- Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations*, 53, 477-484. [[link](#)]
- Bodenmann, G., Charvoz, L., Cina, A., & Widmer, K. (2001). Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up study. *Swiss Journal of Psychology*, 60, 3-10. [[link](#)]
- Borstelmann, N. A., Rosenberg, S. M., Ruddy, K. J., Tamimi, R. M., Gelber, S., Schapira, L., & Partridge, A. H. (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 24(12), 1679-1685. [[link](#)]

- Browall, M., Gaston-Johansson, F., & Danielson, E. (2006). Postmenopausal women with breast cancer: their experiences of the chemotherapy treatment period. *Cancer Nurs*, 29, 34–42. [[link](#)]
- Callaghan, G. M., Duenas, J. A., Nadeau, S. E., Darrow, S. M., Van der Merwe, J., & Misko, J. (2012). An empirical model of body image disturbance using behavioral principles found in Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2-3), 16. [[link](#)]
- Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast cancer. A systematic review. *Psycho-Oncology*, 23, 9–19. [[link](#)]
- Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Ochoa, C. (2016). Positive psychological functioning in breast cancer: An integrative review. *The Breast*, 27, 136-168. [[link](#)]
- Christensen, H., Marck, D. (2017). The efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR) for decreasing anxiety and depression among breast cancer survivors. *Sch Physician Assist Stud*, 16, 613. [[link](#)]
- Clarke, A., Friede, T., Putz, R., Ashdown, J., Martin, S., Blake, A., Adi, Y., Parkinson, J., Flynn, P., Platt, S., & Stewart-Brown, S. (2011). Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Validated for teenage school students in England and Scotland: A mixed methods assessment. *Public Health*, 11, 487. [[link](#)]
- Dahl, C., Reinertsen, K., Nesvold, I., Foss, A. S., & Dahl, A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116(15), 3549–3557. [[link](#)]
- Didie, E. R., Loerke, E. H., Howes, S. E., & Phillips, K. A. (2012). Severity of interpersonal problems in individuals with body dysmorphic disorder. *Journal of personality disorders*, 26(3), 345-356. [[link](#)]
- Dokaneheei Fard, F., Mehrabian, B., Boroon, Z., Ghaderi, M., Yousefi, S., & Shamseddini Lory, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of obesity and body image. *Bulletin de la Societe Royale des Sciences de Liege*, 85, 1571–1577. [[link](#)]
- Fortinash, K. M., & Worret, P. A. (2008). *Psychiatric mental health nursing*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Hagedoorn, M., Dagan, M., Puterman, E., Hoff, C., Meijerink, W. J., DeLongis, A., & Sanderman, R. (2011). Relationship satisfaction in couples confronted with colorectal cancer: the interplay of past and current spousal support. *J Behav Med*, 34(4), 288-297. [[link](#)]
- Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change*, Ed 2. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heinrichs, N., Zimmermann, T., Huber, B., Herschbach, P., Russell, D. W., & Baucom, D. H. (2012). Cancer Distress Reduction with a Couple-Based Skills Training: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 43(2), 239–252. [[link](#)]
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15–27. [[link](#)]
- Jamshidifar, Z., Mortezaei Shemirani, Sh., Ahramian, A., Ahmadi, A. Shamsedini Lory, S & Moradi-Joo, M. (2015). The effectiveness of positive psychotherapy on the psychological wellbeing of breast cancer patients. *Ciência e Natura, Santa Maria*, 37(1), 432–436. [[link](#)]
- Jazayeri, S. B., Saadat, S., Ramezani, R., & Kaviani, A. (2015). Incidence of primary breast cancer in Iran: Ten-year national cancer registry data report. *Cancer Epidemiology*, 39(4), 519-527. [[link](#)]
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7): 865- 878. [[link](#)]
- Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2016). A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC women's health*, 16(1), 57. [[link](#)]
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. [[link](#)]
- Keyes, C. L. M., Magyar-Moe, M., & Jeana, L. (2003). *The measurement and utility of adult subjective well-being*. p.411-425 in positive psychological assessment: Handbook of models and measures, edited by S.J.Lopez and .R. Snyder. Washington, DC: American Psychological Association.
- Khanna, A., & Sharma, M. K. (2017). Selfie use: The implications for psychopathology expression of body dysmorphic disorder. *Industrial psychiatry journal*, 26(1), 106. [[link](#)]
- Li, Q., & Loke, A. Y. (2014). A systematic review of spousal couple-based intervention studies for couples coping with cancer: direction for the development of interventions. *Psycho-Oncology*, 23(7), 731-739. [[link](#)]
- Lisa, B., & David, K. (2017). Anxiety and depression in women with breast cancer. *Cancer Forum*, 41(1), 55-61. [[link](#)]
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. S. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behavior Research and Therapy*, 43, 229–241. [[link](#)]
- Male, D. A., Fergus, K. D., & Cullen, K. (2016). Sexual identity after breast cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 10(1), 66–74. [[link](#)]

- McDonough, M. H., Sabiston, C. M., & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. *Psycho-Oncology*, 23, 114–120. [[link](#)]
- Pearson, A. N., Follette, V. M., & Hayes, S. C. (2012). A pilot study of acceptance and commitment therapy as a workshop intervention for body dissatisfaction and disordered eating attitudes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 181-197. [[link](#)]
- Rost, A. D., Wilson, K. G., Buchanan, E., Hildebrandt, M. J., & Mutch, D. (2012). Improving psychological adjustment among late-stage ovarian cancer patients: Examining the role of avoidance in treatment. *Cognitive and Behavioural Practice*, 19, 508-517. [[link](#)]
- Stein, D. J., Kogan, C. S., Atmaca, M., Fineberg, N. A., Fontenelle, L. F., Grant, J. E., Matsunaga, H., Reddy, Y. C. J., Simpson, H. B., Thomsen, P. H., van den Heuvel, O. A., Veale, D., Woods, D. W & Reed, G. M. (2016). The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord*, 190, 663–674. [[link](#)]
- 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. [[link](#)]
- Traa, M. J., De Vries, J., Bodenmann, G., & Den Oudsten, B. L. (2014). Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 85-114. [[link](#)]
- Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer. *Cancer Nurs*, 35, 456–465. [[link](#)]
- Walker, S. S., & Schimmack, U. (2008). Validity of a happiness Implicit Association Test as a measure of subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, 42, 490-497. [[link](#)]

References (in Persian)

- Bassak Nejad, s., & Ghafari, M. (2007). The relationship between body dysmorphic concern and psychological problems among university students. *Journal of behavior science*, 1(2), 179-187. [[link](#)]
- Golestani Bakht, T. (2007). *Model of subjective well-being and happiness in Tehran*. [PhD Thesis]. Tehran: University of Al-zahra.
- Habibollahi, A., & Soltanizadeh, M. (2016). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Body Dissatisfaction and Fear of Negative Evaluation in Girl adolescents with Body Dysmorphic Disorder. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 25(134), 278-290. [[link](#)]
- Narimani, M., Alamdari, E., & Abolghasemi, A. (2015). The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life, *Family Counseling and Psychotherapy*, 4(3), 387-405. [[link](#)]

- Narimani, A & Hobbi, M. B. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on marital adjustment in married women, *Family Counseling and Psychotherapy*, 1, 166-182. [[link](#)]
- Noruzi, A., Moradi, A., Zamani, K., & Hassani, J. (2017). Comparison the effectiveness of Logotherapy Based on Rumi's thought with acceptance and commitment therapy on the psychological well-being of elderly. *Rph*, 11(3), 41-61. [[link](#)]
- Salehi, R., & Dehshiri, G. (2018). Post-traumatic growth in cancer patients: the role of psychological well-being, spiritual well-being, subjective well-being, and hope. *Rph*, 12(2), 1-15. [[link](#)]
- Thoma, N., & Mckey, D. (2015). *Working with Emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice*. Tehran: Arjmand press