

Original Paper

## Effect of acceptance and commitment-based training on difficulty in emotion regulation and health in women with breast cancer: A clinical trial study

**Maryam Hasannezhad Reskati (M.Sc)**, Ph.D Candidate in Educational Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0003-4284-7245

**\*Bahram Mirzaian (Ph.D)**, Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. E-mail: bahrammirzaian@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-9822-937X

**Seyyed Hamzeh Hosseini (M.D)**, Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. ORCID ID: 0000-0001-7655-8869

---

### Abstract

**Background and Objective:** The mental health of cancer patients impaired by suffering, future worry, and fear of death. This study was conducted to determine the effect of acceptance and commitment based training on the difficulty of emotion regulation and mental health in women with breast cancer.

**Methods:** In this clinical trial study, 30 female patients with breast cancer were randomly divided into control and intervention groups (n=15). The intervention group received 8 sessions of 90 minutes of acceptance and commitment procedures. Before and after the treatment and two months there after, all participants were evaluated and compared with the Gratz-Romer 2004 and General Health Questionnaire (GHQ-28).

**Results:** Emotion regulation score in the intervention group was significantly reduced from  $113.52 \pm 4.16$  to  $104.67 \pm 3.96$  ( $P < 0.05$ ). Emotion regulation score remained low in the intervention group in the follow up period ( $104.17 \pm 3.58$ ); but the mean in the control group did not show any significant reduction. In the intervention group after the treatment, the total score of mental health reduced from ( $46.81 \pm 4.21$ ) to ( $33.18 \pm 3.39$ ) ( $P < 0.05$ ). This score was  $33.12 \pm 3.33$  in the follow-up period in the intervention group; but no significant reduction was observed in the control group.

**Conclusion:** Acceptance and commitment technique training can improve mental health and emotion regulation in women with breast cancer.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, Emotion regulation, Mental health, Breast cancer

---

Received 16 Feb 2019

Revised 6 May 2019

Accepted 15 May 2019

Cite this article as: Maryam Hasannezhad Reskati, Bahram Mirzaian, Seyyed Hamzeh Hosseini. [Effect of acceptance and commitment-based training on difficulty in emotion regulation and health in women with breast cancer: A clinical trial study]. J Gorgan Univ Med Sci. 2020 Winter; 21(4): 22-28. [Article in Persian]

## اثر آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجانی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

ORCID ID: 0000-0003-4284-7245

مریم حسن نژاد رسکتی، دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

ORCID ID: 0000-0001-9822-937X

\* دکتر بهرام میرزائیان، استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

ORCID ID: 0000-0001-7655-8869

دکتر سیدحمزه حسینی، استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** درد و رنج سرطان، نگرانی از آینده و ترس از مرگ، سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان را دچار اختلال می‌کند. این مطالعه به منظور تعیین اثر آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجانی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش بررسی:** در این کارآزمایی بالینی ۳۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند. گروه مداخله تحت آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. قبل، پس از اجرای درمان و دو ماه بعد از آن همه شرکت‌کنندگان با پرسشنامه گرتز و رومر ۲۰۰۴ و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) ارزیابی و مورد مقایسه قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نمره کلی تنظیم هیجان در پیش‌آزمون گروه مداخله از  $113/52 \pm 4/16$  به  $104/67 \pm 3/96$  کاهش یافت ( $P < 0/05$ ). همچنین در دوره پیگیری نیز در گروه مداخله ( $104/17 \pm 3/58$ ) پایین باقی مانده بود؛ اما میانگین آن در گروه کنترل کاهش آماری معنی‌داری نشان نداد. در مقیاس سلامت روان در گروه مداخله پس از اجرای درمان نمره کلی سلامت روان از  $46/81 \pm 4/21$  به  $33/18 \pm 3/39$  کاهش یافت ( $P < 0/05$ ). این نمره در دوره پیگیری نیز در گروه مداخله ( $33/12 \pm 3/33$ ) تعیین شد؛ اما در گروه کنترل کاهش آماری معنی‌دار مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث افزایش سلامت روانی و تنظیم بهتر هیجان در مبتلایان به سرطان پستان شود.

**کلید واژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نارسایی تنظیم هیجانی، سلامت روان، سرطان پستان

\* نویسنده مسؤول: دکتر بهرام میرزائیان، پست الکترونیکی bahrammirzaian@gmail.com

نشانی: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، گروه روانشناسی، تلفن ۰۱۱-۳۳۰۳۲۸۹۱

وصول مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷، اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۲/۱۶، پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۲/۲۵

### مقدمه

هشیار یا ناهشیار به وسیله اصلاح تجارب یا تغییر موقعیت فراخواننده هیجان تنظیم می‌کنند (۶). نقص تنظیم هیجان با ایجاد، نگهداری و درمان انواع مختلف آسیب‌شناسی روانی ارتباط دارد (۷).

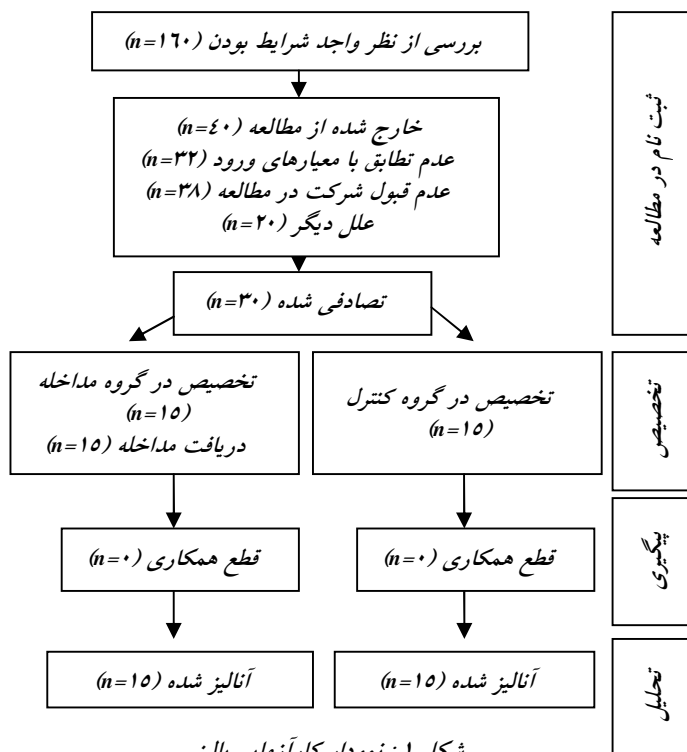
سلامت روانی آن حالت بهزیستی است که افراد قادرند به راحتی درون جامعه بروند و پیشرفت‌ها و خصوصیات شخصی برایشان رضایت‌بخش باشد (۸). درد و رنج حاصل از بیماری، نگرانی از آینده اعضای خانواده، ترس از مرگ، عوارض ناشی از درمان بیماری، کاهش میزان عملکرد و اختلال در تصویر ذهنی و مشکلات جنسی از جمله عواملی هستند که سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان را دچار اختلال می‌کنند (۹).

درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه کلی از درمان‌ها است و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment therapy: ACT) یکی از اشکال متعدد درمان شناختی-رفتاری است (۱۰). روش

در بررسی‌های انجام شده در ۲۰ منطقه جغرافیایی در سال ۲۰۱۸ حدود ۱۸/۲ میلیون مورد جدید سرطان ثبت شده است (۱) و یکی از عمده‌ترین آنها که وقوع جهانی یافته، سرطان پستان است. این در حالی است که میزان مرگ و میر آن کاهش یافته است (۲). نتایج پژوهش‌ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان، همچون مشکلات جسمانی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی) و سایر مشکلات روانی-اجتماعی است (۳ و ۴).

مدیریت و تنظیم مناسب هیجانی از بنیادهای بهزیستی و سلامت روانشناختی به‌شمار می‌رود (۵). تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند است؛ اشاره دارد و فرایندی را دربر می‌گیرد که از طریق آن افراد هیجان‌های خود را خواه به صورت

دادند. از این تعداد ۶۲ نفر برای شرکت در جلسات اعلام آمادگی نمودند. پس از مراجعه افراد، مصاحبه اولیه انجام شد و پس از پر کردن پرسشنامه‌ها و کسب نمره لازم در آنها و داشتن معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۳۰ نفر براساس مطالعات قبلی (۹ و ۱۴) انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری کنترل و مداخله قرار گرفتند (نمودار یک). همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود؛ آزمودنی‌ها تحت آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند (۲۰). قبل از شروع جلسات قوانین و پایبندی به درمان برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه شرکت در مطالعه اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات این مطالعه کاملاً محرمانه خواهد ماند. آموزش‌دهنده دانشجوی دکتری روانشناسی دارای مدرک کارگاهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. بلافاصله پس از اجرای مداخله و دو ماه پس از آن در هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. لازم به ذکر است برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای به‌عمل نیامد. همچنین افت آزمودنی در این مطالعه وجود نداشت.



شکل ۱: نمودار کارآزمایی بالینی

ابزارهای مورد استفاده پرسشنامه‌های دشواری تنظیم هیجان (DERS، Gratz و Roemer) و سلامت عمومی GHQ-28 بودند (۲۱ و ۲۲).

مقیاس دشواری تنظیم هیجان یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از نمره یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) در شش

ACT در کاهش افسردگی‌های مقاوم به درمان موثر است (۱۱). این روش در افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان نیز مفید بوده است (۱۶-۱۲). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۷). در حقیقت این روشی خاص بر روی هدف، در لحظه حال، قضاوت غیرمنصفانه و پذیرش (گشودگی، تمایل به حفظ ارتباط) و مهارت‌هایی برای پاسخ به تجارب غیرقابل کنترل و متعهدشدن به ارزش‌های شخصی را می‌آموزد (۱۸). پژوهش‌های مروری و متاآنالیز نشان داده‌اند ACT که تاحدودی به سنت‌های شرقی شبیه است؛ در کاهش مشکلات روانی بیماران سرطان پستان موثر بوده است (۱۹). بنابراین در کنار شیوه‌های درمان جراحی، پرتودرمانی و شیمی‌درمانی می‌توان با انجام مداخلاتی در جهت افزایش سلامت روان و در نهایت بهبود کیفیت زندگی آنان اثرگذار بود. با توجه به این که اکثر پژوهش‌های انجام شده در این حیطه معمولاً در بیماران در آغاز تشخیص سرطان بوده و دوره پیگیری بعد از روان‌درمانی نداشته و در تعداد اندکی کوتاه بوده است و متغیر تنظیم هیجان متغیری است که تاکنون در این بیماران مورد بررسی قرار نگرفته است؛ لذا این مطالعه به منظور تعیین اثر آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دشواری تنظیم هیجانی و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

### روش بررسی

این کارآزمایی بالینی براساس طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون روی ۳۰ زن مبتلا به سرطان پستان انجام گردید که در سال ۱۳۹۲ در مرکز فوق تخصصی طبیبی شهر ساری پرونده داشتند و نام آنان در بانک اطلاعات وجود داشت.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (IR.IAU.SARI.REC.1397.020) قرار گرفت. همچنین در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با شماره IRCT20181209041894N1 ثبت شده است.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سن بین ۲۵ تا ۶۰ سال، گذشتن حداقل چهار سال از زمان تشخیص سرطان، به پایان رساندن دوره شیمی‌درمانی یا پرتودرمانی، داشتن انگیزه برای شرکت در برنامه هنگام مصاحبه اولیه و گذشت حداقل شش ماه از شرکت در دوره‌های روانشناختی قبلی بودند.

معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، مشکل روانی حاد مانند اسکیزوفرنی، مانیا یا افسردگی حاد، وجود مشکلات جسمانی مانند مولتیپل اسکلروزیس، صرع، معلولیت و یا نوع دیگری از سرطان‌ها و نیز شرکت در دوره‌های روان‌درمانی دیگر طی شش ماه قبل بودند.

از کل جامعه ۱۶۰ نفری پس از تماس تلفنی، ۱۲۰ نفر پاسخ

جدول ۱: خلاصه محتوی طرح درمانی

جلسات	شرح
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی؛ توصیف و شرح بیماری سرطان و درمان‌ها؛ استفاده از استعاره دو کوه برای برقراری رابطه درمانی، ارزیابی انتظارات افراد از درمان؛ دریافت بازخورد؛ تکلیف خانگی
دوم	بررسی تکلیف، سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی، ایجاد درماندگی خلاق؛ استفاده از استعاره انسان در جاه و طناب کشی با هیولا، دریافت بازخورد؛ تکلیف خانگی
سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره مسافران اتوبوس و لیمو ترش؛ آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی با استفاده از تمرین نفس کشیدن و فضا دادن؛ تکلیف خانگی
چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت؛ پذیرش تمام رویدادهای درونی و عدم اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای اجتناب با استفاده از تمثیل مهمان ناخوانده، استفاده از تمرین شیر، شیر، شیر برای آموزش تن آرامی؛ دریافت بازخورد؛ تکلیف خانگی
پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه استعاره صفحه شطرنج و آموزش فنون ذهن آگاهی؛ تمرین کشمش؛ دریافت بازخورد؛ تکلیف خانگی
ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. استفاده از استعاره دو پیچه در ماشین، چوب جادویی، سیبیل هدف. تمرین راه رفتن آگاهانه. دریافت بازخورد. تکلیف خانگی
هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارایه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن بکارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها؛ استعاره گذاری جلوی در؛ تمرین برگ‌های رودخانه؛ تکلیف خانگی
هشتم	جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آنها برای ادامه زندگی؛ اجرای پس آزمون

چهار گزینه است و نمره گذاری به روش لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. بنابراین کمترین نمره صفر و بیشترین نمره ۸۴ است. هرچه نمره فرد پایین‌تر باشد از سلامت روانی بیشتری برخوردار است. در خصوص پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۹۷ ضریب اسپیرمن - بران ۰/۹۰ و ضریب تنصیف گاتمن نیز ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۲). در این پژوهش ضریب الفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20 و روش تحلیل کواریانس (MANCOVA) و پیش‌فرض‌های آن در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

میانگین سنی گروه مداخله  $42/5 \pm 17/5$  سال و گروه کنترل  $44/5 \pm 14/5$  سال بود. تعداد زنان متاهل گروه مداخله ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) و گروه کنترل ۸ نفر (۲۶/۶ درصد) بود. در هر دو گروه مورد مطالعه تحصیلات ۱۱ نفر (۳۶ درصد) دیپلم و زیر دیپلم، ۹ نفر (۳۰ درصد) فوق دیپلم و ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد) لیسانس بود.

در بررسی نمرات خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی) با مداخله رویکرد پذیرش و تعهد کاهش یافت ( $P < 0/001$ ) و این تاثیر در دوره پیگیری ادامه داشت. همچنین در نمرات خرده مقیاس‌های سلامت روان (علایم جسمانی، علایم اضطرابی و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و علایم افسردگی) نیز کاهش آماری معنی‌داری دیده شد ( $P < 0/001$ )؛ اما در گروه کنترل تغییرات معنی‌دار وجود نداشت.

زمینه عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی می‌سنجد (۲۱). حداقل نمره در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ است.

در ایران ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان تایید شده است (۲۳). پژوهش Roemer و Gratz سال ۲۰۰۴ حاکی از همسانی درونی عالی (۰/۹۳)، پایایی بازآزمایی خوب (۰/۸۸) و روایی همگرایی مطلوب بوده است (۲۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (۲۴). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تایید می‌کنند (۲۴). در این پژوهش ضریب الفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۸ پرسش است. پرسش‌ها به بررسی وضعیت روانی فرد در یک ماه اخیر می‌پردازد. هر خرده مقیاس دارای ۷ پرسش است که به ترتیب مربوط به خرده مقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی است. تمام پرسش‌ها دارای

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار خرده مقیاس‌های تنظیم هیجان و سلامت روان در گروه مداخله

مقیاس‌ها	خرده مقیاس‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	درجه آزادی	p-value
تنظیم هیجان	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۱۱۱/۶۵±۴/۹۲	۱۰۶/۴۵±۴/۴۱	۱۰۶/۴۳±۴/۳۹	۱	۰/۰۰۱
	دشواری در انام رفتار هدفمند	۱۰۹/۹۱±۴/۱۸	۱۰۵/۸۴±۴/۳۸	۱۰۵/۸۳±۴/۳۷	۱	۰/۰۰۱
	دشواری در کنترل تکانه	۱۱۲/۷۲±۵/۳۰	۱۰۷/۶۴±۴/۸۹	۱۰۷/۶۳±۴/۸۷	۱	۰/۰۰۱
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۱۰/۱۵±۴/۲۷	۱۰۶/۳۲±۴/۲۰	۱۰۶/۳۱±۴/۱۹	۱	۰/۰۰۱
	دسترسی مجدد به راهبردهای تنظیم هیجانی	۱۰۹/۱۱±۳/۹۹	۱۰۳/۰۳±۳/۵۲	۱۰۳/۰۲±۳/۵۱	۱	۰/۰۰۱
	عدم وضوح هیجانی	۱۰۸/۱۸±۳/۹۱	۱۰۷/۳۰±۳/۸۷	۱۰۷/۲۹±۳/۸۶	۱	۰/۰۰۱
سلامت روان	علائم جسمانی	۴۳/۳۲±۴/۳۲	۳۹/۰۵±۳/۲۵	۳۹/۰۳±۳/۲۴	۱	۰/۰۰۱
	علائم اضطرابی و اختلال خواب	۴۲/۲۵±۴/۰۰	۳۸/۸۰±۳/۱۱	۳۸/۷۹±۳/۱۰	۱	۰/۰۰۱
	کارکرد اجتماعی	۴۱/۱۹±۴/۰۵	۳۹/۲۳±۳/۴۴	۳۹/۲۲±۳/۴۳	۱	۰/۰۰۱
	علائم افسردگی	۴۴/۱۲±۴/۸۶	۴۰/۰۶±۳/۲۱	۴۰/۰۵±۳/۲۰	۱	۰/۰۰۱

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات تعدیل شده درمان ACT بر تنظیم هیجان و سلامت روان بیماران سرطان پستان در گروه‌های کنترل و مداخله

مقیاس	گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار نمرات تعدیل شده		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
تنظیم هیجان	کنترل	۱۱۱/۶۴±۴/۱۴	۱۱۰/۲۳±۳/۹۸	۱۱۰/۱۶±۳/۶۵
	مداخله	۱۱۳/۵۲±۴/۱۶	۱۰۴/۶۷±۳/۹۶	۱۰۴/۱۷±۳/۵۸
سلامت روان	کنترل	۴۳/۳۲±۴/۱۸	۴۲/۳۱±۴/۱۳	۴۲/۰۰±۴/۱۰
	مداخله	۴۶/۸۱±۴/۲۱	۳۳/۱۸±۳/۳۹	۳۳/۱۲±۳/۳۳

(جدول ۲).

معیاری برای خروج بیماران با مشکلات روانی حاد وجود نداشت و علاوه بر آن بر روی تمامی بیماران چه افرادی که تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی بودند یا نبودند؛ این روش انجام گرفته بود (۱۲). در مطالعه مهدوی و همکاران نیز که بر کاهش افسردگی در این بیماران پرداخته است؛ میانگین سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، حداکثر گذشتن ۸ ماه از زمان تشخیص، قید شده است (۱۳). در مطالعه حاضر جلسات ۹۰ دقیقه‌ای بود و بیماران دارای مشکل روانی حاد از گروه خارج شدند. علاوه بر این فقط بیماران که دوره شیمی درمانی و رادیوتراپی را طی کرده بودند و بازه سنی ۲۵ تا ۶۰ داشتند؛ انتخاب شدند. همچنین از زمان تشخیص این بیماران حداقل چهار سال گذشته بود. زیرا هدف ما بررسی تاثیر این روش بر واکنش‌های روانی بود که با طی سال‌ها همچنان باقی مانده است.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت، مطالعات نشان دادند که ACT در تعدادی الگوهای رفتاری نابهنجار، افکار خودآیند منفی، تنظیم هیجان‌ات مثبت و افزایش حس معنی‌داری در زندگی روش سودمندی است (۲۵). زیرا ACT بر این نکته تاکید دارد که پریشانی‌های روان‌شناختی در افراد محصول تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان‌های منفی است (۲۶). زمانی که ACT به صورت گروهی اعمال می‌شود؛ حتی در درمان کسانی که بیشترین احتمال در معرض سرطان بودن را دارند نیز بسیار موثر است. نتایج نشان می‌دهد که فعال‌سازی و اجتناب مکانیسم‌هایی است که مسؤول تغییرات هستند (۱۶).

نمره کلی تنظیم هیجان در پیش‌آزمون در گروه مداخله از ۱۱۳/۵۲±۴/۱۶ به ۱۰۴/۶۷±۳/۹۶ کاهش یافت و در دوره پیگیری نیز در گروه مداخله (۱۰۴/۱۷±۳/۵۸) کاهش داشت (P<۰/۰۵)؛ اما میانگین آن در گروه کنترل کاهش آماری معنی‌داری نداشت.

در مقیاس سلامت روان در گروه مداخله پس اجرای درمان مبتنی بر پذیرش نمره کلی سلامت روان از ۴۶/۸۱±۴/۲۱ به ۳۳/۱۸±۳/۳۹ کاهش یافت و این نمره در دوره پیگیری (۳۳/۱۲±۳/۳۳) نیز پایین باقی ماند (P<۰/۰۵)؛ اما در گروه کنترل کاهش آماری معنی‌دار در نمرات وجود نداشت (جدول ۳).

### بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر آماری معنی‌داری در تنظیم هیجانی و سلامت روان زنان مبتلا به سرطان پستان داشت. یافته‌هایی که اثربخشی گروهی آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر افسردگی که از خرده مقیاس‌های سلامت روان است را بررسی کرده‌اند؛ آن را روشی موثر در کاهش نشانه‌های افسردگی اعلام نمودند.

در پژوهش مجتبابی و اصغری بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت درمان ۸ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند؛ اما دوره پیگیری در مطالعه وجود نداشت (۱۴). در پژوهش حاج صادقی و همکاران نیز این روش برای بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی با تشخیص سرطان به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد؛ اما در گزینش بیماران

(۳۰). لذا می‌توان گفت ACT در کاهش راهبرد کنترل فکر در افراد موثر است (۳۱ و ۳۲).

با توجه به این که جامعه پژوهش حاضر شامل بیماران مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی در شهر ساری بودند؛ لذا در تعمیم نتایج لازم است پژوهش روی افراد دیگر که مبتلا به انواع دیگر سرطان هستند نیز انجام گیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم همکاری به علت سن بالا و مشابه نبودن میزان تحصیلات اشاره نمود که ادامه روند درمان را دچار اختلال می‌کرد. با توجه به این که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش سلامت روان گردد؛ لذا پیشنهاد می‌شود که متخصصان حوزه سلامت در کنار درمان‌های دارویی در این افراد از روان‌درمانی‌ها به خصوص ACT که روش غیردارویی است؛ برای کاهش فشارهای روانی و افزایش توانمندی شناختی بهره گیرند.

### نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش فنون مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث افزایش سلامت روانی و تنظیم بهتر هیجان در مبتلایان به سرطان پستان شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه (شماره ۲۰۸۲۰۷۰۲۹۷۱۰۰۵) خانم مریم حسن نژاد رسکیتی برای اخذ درجه دکتری در رشته روانشناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری بود. بدین وسیله از همه شرکت کنندگان در مطالعه صمیمانه تشکر می‌گردد.

### References

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov; 68(6): 394-424. doi: 10.3322/caac.21492
2. Pudkasam S, Tangalakis K, Chinlumprasert N, Apostolopoulos V, Stojanovska L. Breast cancer and exercise: The role of adiposity and immune markers. *Maturitas.* 2017 Nov; 105: 16-22. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.04.022
3. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J.* 2015 Jan-Feb; 21(1): 97-103. doi: 10.1111/tbj.12355
4. Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, Stanton AL. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst.* 2012 Mar; 104(5): 386-405. doi: 10.1093/jnci/djr541
5. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010 Mar; 30(2): 217-37. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
6. Pollock NC, McCabe GA, Southard AC, Zeigler-Hill V. Pathological personality traits and emotion regulation difficulties. *Personality and Individual Differences.* 2016; 95: 168-77. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.049>

هنگامی که افراد با هیجان‌های منفی بیشتری (مانند از دست دادن تمرکز یا حل مساله موثر) روبرو می‌شوند؛ به نظر می‌رسد شدت تاثیر هیجان‌های منفی بر انجام این رفتارها به گنجینه راهبردهای افراد برای تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری آنها در به کارگیری این راهبردها بستگی دارد (۲۷). از آنجا که ACT در پذیرش، بودن در زمان حال، تماس با لحظه اکنون و مشاهده خود به منظور دستیابی به یک حس تعالی یافته نقش اساسی دارد؛ در افزایش تنظیم هیجان، کنترل نشخوارهای ذهنی و افکار منفی نیز روش مؤثری است (۲۸).

یکی از تکنیک‌های ACT که در این مطالعه استفاده شد؛ هم‌جوشی‌زدایی بود. هدف از هم‌جوشی‌زدایی احساس بهتر داشتن یا خلاص شدن از افکار ناخواسته نیست. بلکه هدف کاهش تاثیر فرایندهای شناختی بی‌فایده، اما اثرگذار بر رفتار است و آسان کردن حضور در لحظه از جنبه روان‌شناختی و درگیر شدن با تجربه است. به عبارت دیگر هدف از هم‌جوشی‌زدایی کسب توانایی برای داشتن زندگی ارزشمند و توجه آگاهانه است (۲۹). در واقع وقتی افراد مبتلا به بیماری مزمن از جمله سرطان پستان بیماری خود را نمی‌پذیرند و دایم در کشمکش و درگیری با آن به سر می‌برند؛ ذهن و روان آنها به میدان جنگ تبدیل می‌شود که این مسأله باعث تشدید و وخیم‌تر شدن اوضاع بیمار شده و سلامت روان آنها را به مخاطره می‌اندازد.

از آنجا که ACT موجبات توانایی برقراری ارتباط با زمان حال و پذیرش روانی افراد در مورد تجارب ذهنی و حس‌های بدنی می‌شود؛ در تنظیم هیجان، افزایش معنی‌داری در زندگی و کاهش نشخوارهای ذهنی مربوط به عامل تنش‌زا، نقش تعیین‌کننده‌ای دارد

7. Berking M, Poppe C, Luhmann M, Wupperman P, Jaggi V, Seifritz E. Is the association between various emotion-regulation skills and mental health mediated by the ability to modify emotions? Results from two cross-sectional studies. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2012 Sep; 43(3): 931-37. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.009
8. Saduk B, Saduk V, Roey P. [Summary of Kaplan and Saduk Psychology based on DSM-5]. Translation by Ganji M. 11<sup>th</sup> ed. Tehran: Savalan Publication. 2015; pp: 245-46. [Persian]
9. Pirkhaefi A, Salehi F. [Effectiveness of Group Logotherapy on Promotion Mental Health of Women with Breast Cancer]. *Quarterly Journal of Health Psychology.* 2014; 2(8): 61-69. [Article in Persian]
10. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy: Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice.* 2012; 19(4): 499-507. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.04.003>
11. Bagherzadeh Ledari R, Masjedi A, Bakhtyari M, Zarghami M, Nouri R, et al. A Comparison Between the Effectiveness of Acceptance and Commitment Treatment and Behavioral Activation Treatment for Depression on Symptoms Severity and Rumination Among Patients with Treatment-Resistant Depression. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2018; 12(3): e10742. doi: 10.5812/ijpbs.10742.
12. Hajsadeghi Z, Bassak Nejad S, Razmjoo S. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Depression

- and Anxiety among women with breast Cancer]. Pajouhan Scientific Journal. 2017; 15(4): 42-49. doi: 10.21859/psj.15.4.42 [Article in Persian]
13. Mahdavi A, Aghaei M, Aminnasab V, Tavakoli Z, Besharat MA, Abedin MN. The effectiveness of acceptance-commitment therapy (ACT) on perceived stress, symptoms of depression, and marital satisfaction in women with breast cancer. Arch Breast Cancer. 2017; 4(1): 16-23. doi: 10.19187/abc.20174116-23
14. Mojtabaie M, Asghari N. Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce the symptoms of depression in women with breast cancer. Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences. 2014; 4(2): 522-27.
15. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2015 Mar-Apr; 8(2): 71-76.
16. González-Fernández S, Fernández-Rodríguez C, Paz-Caballero MD, Pérez-Álvarez M. Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. Psicothema. 2018 Feb; 30(1): 14-20. doi: 10.7334/psicothema2017.396
17. Rajabi S, Yazdkhasti F. [The Effectiveness of Acceptance and Commitment Group Therapy on Anxiety and Depression in Women with MS Who Were Referred to the MS Association]. Journal of Clinical Psychology. 2014; 6(1): 29-38. doi: 10.22075/JCP.2017.2152 [Article in Persian]
18. Angiola JE, Bowen AM. Quality of life in advanced cancer: An acceptance and commitment therapy view. Counseling Psychologist. 2013; 41(2): 313-35. doi: 10.1177/0011000012461955
19. Hasannezhad Reskati M, Mirzaian B, Hosseini SH. [A Systematic Review and Meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy on Mental Health and Quality of Life of Women with Breast Cancer]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2018; 28(167): 192-207. [Article in Persian]
20. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. 1<sup>st</sup> ed. New York: Guilford Press. 1999; pp: 149-260.
21. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004; 26(1): 41-54.
22. Ebrahimi A, Molavi H, Moosavi G, Bornamanesh A, Yaghobi M. [Psychometric properties and factor structure of general health questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients]. J Res Behav Sci. 2007; 5(1): 1-5. [Article in Persian]
23. Modares M. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students]. J Fundam Ment Health. 2011; 13(50): 35-124. doi: 10.22038/jfmh.2011.881 [Article in Persian]
24. Besharat MA. [Emotion regulation difficulty scale]. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018; 13(47): 89-92. [Article in Persian]
25. Feros DL, Lane L, Ciarrochi J, Blackledge JT. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. Psychooncology. 2013 Feb; 22(2): 459-64. doi: 10.1002/pon.2083
26. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012; 40(7): 976-1002. https://doi.org/10.1177/0011000012460836
27. Orgeta V. Emotion dysregulation and anxiety in late adulthood. J Anxiety Disord. 2011 Dec; 25(8): 1019-23. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.06.010
28. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. Eur J Cancer Care (Engl). 2015; 24(1): 15-27. doi: 10.1111/ecc.12223
29. Harris R. [ACT in plain language Alphabets based on admission and commitment]. Translation by Aminzad A. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Arjmand Publication. 2019; pp: 21-22. [Persian]
30. Fiorillo D, McLean C, Pistorello J, Hayes SC, Folllette VM. Evaluation of a web-based acceptance and commitment therapy program for women with trauma-related problems: A pilot study. Journal of Contextual Behavioral Science. 2017; 6(1): 104-13. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.11.003
31. Razavi Sadati SF, Makvandi B, Pasha R, Hosseini SH. [The impact of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on thought control strategies among people with war-caused PTSD]. Journal of Military Psychology. 2017; 8(30): 51-67. [Article in Persian]
32. Razavi Saadat S, Makvandi B, Pasha R, Hosseini S. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Thought Control Strategy and Quality of Life in Veterans with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)]. Iran J War Public Health. 2018; 10(3): 115-20. [Article in Persian]