رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۱۲، شماره پیاپی ۸۱، اسفند ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(12), 2023

اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان

The effectiveness of group counseling in acceptance and commitment therapy on pain perception and death anxiety in women with breast cancer

فریبا شیخ محمدی
دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
آذر میدخت رضایی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
مجید برزگر
استادیار گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.
حسین بقولی
استادیار گروه روانشناسی بالینی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

Fariba Sheykh Mohammadi
Ph.D student, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
Azarmidokht Rezaee*
Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
Rezaei.azar@yahoo.com
Majid Barzegar
Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.
Hossein Baghooli
Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. روش این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با طرح پی‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری (۲ ماهه) بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به مرکز تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از این زنان بود که به روش در دسترس انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفر جایگزین شدند. سپس، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش مشاوره درمان پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس پرسشنامه ادراک درد (ملزاک، ۱۹۷۵، MGPQ)، پرسشنامه اضطراب مرگ گالت- لستر (۱۹۶۹، CL- FODS) جمع‌آوری شد. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر ادراک درد و اضطراب مرگ اثربخش بوده است (P<۰/۰۵) نتیجه‌گیری می‌شود این مداخله تاحد زیادی توانستند ادراک درد و اضطراب مرگ را کاهش دهند و ازاین‌رو می‌توانند در درمان بیماران سرطان پستان به کار گرفته شوند.

واژه‌های کلیدی: *ادراک درد، اضطراب مرگ، مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد.*

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of group counseling in the form of acceptance and commitment therapy on the perception of pain and death anxiety in women with breast cancer. The method of this research was a semi-experimental research with a pre-test-post-test design and a control group with a follow-up period (2 months). The statistical population included all married women with breast cancer who were referred to the specialized and sub-specialized centers of Tehran hospitals in 2019. The research sample consisted of 40 of these women who were selected using the accessible method and randomly replaced in two groups of 20 people. Then, they were randomly replaced into two experimental and control groups (20 people in each group). The experimental group received acceptance and commitment therapy counseling during 8 and 90-minute sessions. The data were collected using the Pain Perception Questionnaire (Melzak, 1975) (MGPQ), and Galt-Lester Death Anxiety Questionnaire (1969) (CL-FODS). The research data were analyzed by mixed variance analysis (with repeated measurements). The results showed that group counseling based on the perception of pain and death anxiety was effective (P<0.05). It can be concluded that this intervention was able to reduce the perception of pain and death anxiety to a great extent, and therefore can be used in the treatment of cancer patients. The breast should be used.

Keywords: *pain perception, death anxiety, group counseling based on acceptance and commitment.*

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : شهریور ۱۴۰۱	پذیرش: آذر ۱۴۰۱	ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

مقدمه

سرطان پستان[۱] شایع ترین سرطان و اولین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است (بیانچینی[۲] و همکاران، ۲۰۲۲). سرطان پستان، به نوعی سرطان گفته می شود که از بافت پستان آغاز می شود (گائو و هلر[۳]، ۲۰۲۲). علائم سرطان پستان می تواند یک توده در پستان، تغییر در شکل پستان، گودی پوست، ترشح مایع از نوک پستان، یا پوسته شدن قسمتی از پوست باشد (وستوف و پیک[۴]، ۲۰۱۸). در افرادی که بیماری در اندام های دیگر آنها گسترش پیدا کرده باشد، این علائم می توانند درد استخوان، غدد لنفاوی متورم، تنگی نفس، یا یرقان باشند (لی [۵]و همکاران، ۲۰۲۲). سرطان پستان در تغییر سبک زندگی بیماران اثرگذار است و ابتلا به آن چالش های زیادی را از جمله مراقبت از فرزندان و اعضای خانواده (کورتس[۶] و همکاران، ۲۰۲۲)، از دست دادن شغل (بلایندر [۷]و همکاران، ۲۰۲۱)، احساس عدم کنترل در مورد ادامه حیات (سینگلتون [۸]و همکاران، ۲۰۲۱)، خستگی (دی مگلیو[۹] و همکاران، ۲۰۲۲)، افسردگی (دومنیکانو[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۱)، اضطراب (ماهئو و همکاران، ۲۰۲۱)، عدم سازگاری با بیماری (ماندریک[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش اعتماد به نفس (نیحیاتی [۱۲]و همکاران، ۲۰۲۱)، اختلالات عاطفی (جلوه زاده[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۲) و ترس از عود بیماری فرد (واگنر [۱۴]و همکاران، ۲۰۲۱) ایجاد می کند.

درد ناشی از سرطان و اثرات جانبی ناشی از اقدامات درمانی، ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران را تحت تاثیر قرار می‌دهد (نیلسن[۱۵] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ به طوری‌که نتایج مطالعات نشان داده‌اند درد ناشی از اقدامات پزشکی و درمان برای بیماران سرطانی مشکل بزرگتری است تا خود بیماری (برشتاین[۱۶] و همکاران، ۲۰۲۱). درد ازنظر طول مدت به دو دسته تقسیم می شود: درد حاد و درد مزمن (هارکو و مارتینز[۱۷]، ۲۰۲۱). درد حاد معمولاً نتیجه بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه دارد، اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه ادامه دارد، می تواند با آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند (دورلینگ[۱۸] و همکاران، ۲۰۲۱). درد همبستگی های بین فردی، درون فردی و بیولوژیکی متعددی دارد (ترک و اوکیفوجی[۱۹]،۲۰۲۱). زیمرمن و همکاران (۲۰۱۷) بیان کردند که بین شدت درد و وضعیت روانی رابطه وجود دارد. بیماران مبتلا به سرطانی که درد داشتند نسبت به آنهایی که درد نداشتند بیشتر مضطرب، افسرده و متخاصم بودند و شکایات جسمانی بیشتری داشتند (ایلخومونا[۲۰]، ۲۰۲۱).

در این میان مطلع شدن از بیماری می تواند از لحاظ جسمی و روانی برای بیمـار بسیار تنش‌زا باشد (مورائس [۲۱]و همکاران، ۲۰۲۱). بیماران پس از مواجه با تشخیص سرطان دچار واکنش‌های روانی شدیدی می شوند به طوری که یکی از این حس‌هایی که پس از مواجه با تشخیص سرطان دارند، حس نزدیک بودن به مرگ است تا آنجا که امروزه اضطراب مرگ را به عنوان یکی از مولفه‌های مهم روانشناختی مطرح در بیماران مبتلا به سرطان بیان می‌کنند (کیاک و ترکبن پولات[۲۲]، ۲۰۲۲). مرگ به خاطر ماهیت پر از ابهامش برای بسیاری از

1 . Breast cancer
2- Bianchini
3 -Gao & Heller
4 . Westhoff, Pike
5- Lee
6- Cortés
7- Blinder
8- Singleton
9- Di Meglio
10 -Domenicano
11 -Mandrik
12- Nihayati
13- Jelvehzadeh
14- Wagner
15- Nielsen
16- Burstein
17- Harkou Fletcher & Martinez
18 -Dorling
19 Turk, Okifuji
20- Ilkhomovna
21- Moraes
22- Kiyak & Türkben Polat

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

انسان ها به صورت یک تهدید جلوه می‌کند (فرحبخش و همکاران، ۱۳۹۸). مرگ واقعیتی است که همیشـه وجود داشته و هر شخص ممکن است به مرگ واکنش و برداشتی منحصر به فرد داشته باشد (زاسکالا[1] و همکاران، ۲۰۲۲). اضطراب از مرگ به عنوان یک ترس غیرعادی و بزرگ از مرگ همراه بـا احساساتی از وحشـت از مرگ یا دلهره هنگام فکر به فرآیند مردن یا چیزهایی کـه پـس از مرگ رخ می‌دهند، تعریف می‌شود (بی بی و خالد[2]، ۲۰۲۰)). اضطراب مرگ بالا در اکثریت افراد مبتلا به سرطان وجود دارد که می تواند ناشی از عدم آموزش کافی مقابله با اضطراب مرگ و آگاهی به بیماران مبتلابه سرطان باشد (کوران [3]و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس نظریه‌ی مدیریت ترس، اضطراب و ترس از مرگ توسط بسیاری از عوامل شناختی فراخوانده می شود (خلیلی، ۱۳۹۸) طبق این نظریه فرد با تصویر سازی در مورد مرگ خویش اضطراب و ترس از مرگ را تجربه می کند که این اضطراب می تواند شدید و ناتوان کننده باشد (کشاورزی، ۱۴۰۰).

تاکنون درمان‌های زیادی بر بهبود اضطراب و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان متمرکز بوده‌اند. یکی از درمان‌های جدید، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این درمان یکی از درمان‌های مرتبط با رفتار درمانی موج سوم است (ییلدیز[4]، ۲۰۲۰) و مبتنی بر چهارچوب رابطه‌های ذهنی است (ریس[5]، ۲۰۲۲). این درمان تنها مداخله روانی ـ تجربی است که در آن راهبردهای پذیرش و ذهن آگاهی به همراه تعهد و راهبردهای تغییر رفتار به کار گرفته می‌شود تا انعطاف‌پذیری روانشناختی را افزایش دهد (کارکلا[6] و همکاران، ۲۰۱۹). مزیت عمده این روش نسبت به رواندرمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است (کالتی[7] و همکاران، ۲۰۲۲). هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد تغییر غیرمستقیم در مراجع نیست بلکه هدف آن کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به‌طور کامل بازندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (سیاروچی[8] و همکاران، ۲۰۲۲). تاکنون اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر شدت تجربه درد زنان مبتلا به سردرد مزمن (گالوز سانچز[9] و همکاران (۲۰۲۱) و کیسی [10]و همکاران (۲۰۱۹)، شاخص‌های درد در زنان مبتلا به درد مزمن، ادراک شدت درد در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (ملتزر[11] و همکاران، ۲۰۲۲)، پذیرش درد و خودکارآمدی در د (فلیو سولر [12]و همکاران، ۲۰۱۸ و یلدیز و آیلاز [13]، ۲۰۲۱) تایید شده است. لذا مرور پیشینه در ایران نشان می‌دهد که تاکنون زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه انجام نشده است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی و فوق‌تخصصی بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از این زنان بود که به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش: تشخیص ابتلا به سرطان پستان حداقل ۱ سال، جلسات شیمی درمانی به پایان رسیده باشد، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال و عدم مصرف داروهای روانپزشکی بود. ملاک‌های خروج شامل، غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در جلسات درمانی و انصراف از ادامه پژوهش بود. به‌منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت‌نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت‌کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی

1 - Zuccala
2- Bibi & Khalid
3- Curran
4 . Yıldız
5 . Reyes
6 . Karekla
7- Caletti
8- Ciarrochi
9 -Galvez-Sánchez
10- Casey
11- Meltzer
12- Feliu-Soler
13- Yıldız & Aylaz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

شرکت‌کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت‌کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش شرکت‌کنندگان و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت‌کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های اضطراب مرگ، ادراک درد مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار تحت مداخله قرار گرفتند. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله، شرکت‌کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSSویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه ادراک درد[1] (MGPQ): این پرسشنامه توسط ملزاک[2] (۱۹۷۵) تهیه شده است. این پرسشنامه ۲۰ مجموعه عبارت داشته و هدف آن سنجش درک افراد از درد است. نمره‌گذاری به صورت ۰ و ۱ انجام می‌گیرد؛ به این صورت که اگر پاسخ دهنده هیچ یک از عبارات را مطابق با توصیف درد خود ندانست به آن مجموعه نمره صفر تعلق می گیرد و بلاعکس نمره یک را به خود اختصاص می‌دهد. نتایج تحلیل عامل اکتشافی و تأییدی حاکی از وجود ۴ خرده مقیاس ادراک حسی درد، ادراک عاطفی درد، ادراک ارزیابی درد و دردهای متنوع و گوناگون بود. جهت سنجش پایایی ابزار از روش سنجش پایایی درونی و از فرمول کودریچاردسون استفاده شد که ضریب همبستگی ۰/۷۳ گزارش شده است (ملزاک، ۱۹۷۵). جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که این آزمون از چهار بعد تشکیل‌شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (ملزاک، ۱۹۷۵). . در ایران نیز در پژوهش کریمیان و همکاران (۱۴۰۰) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله‌ی زمانی ۳ ماه ۰/۸۱ گزارش شد و ضریب همبستگی آن با نسخه فرسی IPQ-R، ۰/۷۱ گزارش شد. در این پژوهش پایایی گزارش شده در پژوهش حاضر از طریق کودرریچاردسون ۰/۷۹ گزارش شد.

مقیاس اضطراب مرگ[3] (CL- FODS): مقیاس بازنگری شده اضطراب مرگ کالت- لستر در سال ۱۹۶۹ ساخته شد و یک ابزار خود سنجی برای اندازه گیری میزان ترس و اضطراب مربوط به مرگ است. این مقیاس، حاوی ۳۲ گویه در ۴ خرده مقیاس مرگ خود، مردن دیگران، مرگ دیگران و مردن دیگران) است. و طبق طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. لستر و کاسترو مایر (۱۹۹۳)، پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ در فرهنگ‌های مختلف مورد بررسی قرار دادند که ۰/۸۵ گزارش شد همچنین عبدالخالق (۲۰۰۲)، در مطالعه‌ای همبستگی پیرسون امتیازات کل در معیار تمپلر و ۴ خرده مقیاس اضطراب از مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران، از معیار کانت- لستر را به ترتیب r=۰/۵۴، r=۰/۵۵، r=۰/۵۲ و r=۰/۵۶ و در کل برابر r=۰/۷۳ به دست آورد. عبدالخالق (۲۰۰۲) همچنین پایایی پرسشنامه مذکور را در خرده مقیاس‌های اضطراب از مرگ خود، مردن خود، مرگ دیگران و مردن دیگران به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۷۰۱ و ۰/۷۵ گزارش کرد. در ایران، نادری و اسماعیلی (۱۳۸۷)، با استفاده از تحلیل آماری روایی همگرایی از طریق پرسشنامه اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰)، ۰/۶۸ گزارش کرد و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را نیز ۰/۸۹ گزارش کرد که نشان از اعتبار و پایایی مناسب مقیاس است. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بود.

مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد: مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل تاد و بوهارت (۲۰۰۹) به نقل از کریمی (۱۳۹۸) بود. این رویکرد شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یکبار بود و شامل جلسات زیر می شود.

جدول ۱. پروتکل ۸ جلسه ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (تاد و بوهارت، به نقل از کریمی، ۱۳۹۸)

جلسات	محتوا
جلسه‌ی اول	آشنایی با اعضا - مطرح کردن مسئله رازداری - صحبت در مورد اهداف و نوع درمان - صحبت در مورد شناسایی ذهن (فکر، احساس، علائم بدنی، میل و خاطرات) -دادن تکلیف - اجرای پیش آزمون.
جلسه‌ی دوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - درمانگر به اعضا کمک کرد همه کارهایی که برای کاهش یا اجتناب از رویدادهای درونی و اضطراب انجام می دهند را بشناسند.. دادن تکلیف در مورد شناسایی کندن های خود)..

1 McGill Pain Questionnaire
2 Melzack
3. Death Anxiety Scale

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

جلسه‌ی سوم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - با رسیدن اعضا به درماندگی خلاق، معرفی کنترل به عنوان مسأله در این جلسه نیز از استعاره استفاده شد. در مورد دنیای بیرون و درون و قوانین آن توضیح داده شد. دادن تکلیف، تمام کارهایی که به عنوان کنترل به کار می برند شناسایی کنند
جلسه‌ی چهارم	مرور واکنش به جلسه قبل مرور تکلیف - بحث پذیرش / تمایل تجربه ای ، رنج پاک و رنج ناپاک برای اعضا توضیح داده شد. توضیح در مورد تمایل، جایگزینی برای کنترل، با بیان کردن استعاره دو مقیاس بدین منظور که به جای کم کردن درجه رویدادهای درونی یعنی افکار، هیجان، و... ، درجه تمایل خود نسبت به آنها را بالا ببرند. - دادن تکلیف تمایل برای جلسه بعد
جلسه‌ی پنجم	مرور واکنش به جلسه قبل بررسی تکالیف اعضا. از تمرینات واستعاره در این جلسه برای نشان دادن اینکه اینها فقط افکار، احساسات، خاطرات، میل و علائم بدنی هستند و نباید به عنوان واقعیت تلقی شوند. مفهوم خودها بیان شد، جایگزین ساختن خود به عنوان زمینه یاحس متعالی ازخود، به جای خود مفهوم سازی شده ، یعنی مراجع بتواند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه نماید و قادر به جدا کردن خود از واکنش، خاطرات و افکار ناخوشایند شود).
جلسه‌ی ششم	مرور مطالب جلسه قبل. تکالیف مرور شد. برای ایجاد ذهن آگاهی در زمان حال تمرینی به عنوان خود مشاهده گر انجام شد. برای تمرین بیشتر برای نگاه کردن به افکارواحسسات و همچنین حرکت در جهت ارزش ها .پرداختن به ارزشهای زندگی. تکلیف سنجیدن ارزشها و مشخص کردن ارزشها.
جلسه‌ی هفتم	ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش های اعضا، اهداف واعمالی که اعضا را در راستای این ارزش هاسوق دهد تعیین شده برای سوق دادن اعضا به اعمال متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد. و از آنها خواسته شد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را بنویسند و موانع را نیز بررسی کنند و از آنها خواسته شد نسبت به آنها متعهد شوند.
جلسه‌ی هشتم	ابهامات در مورد جلسه قبل برطرف شد. تکلیف بررسی شد. بعد از شناسایی ارزش های اعضا، اهداف واعمالی که اعضا را در راستای این ارزش هاسوق دهد تعیین شده برای سوق دادن اعضا به اعمال متعهدانه استعاره درختکاری بیان شد. اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را بنویسند و موانع را نیز بررسی کنند و از آنها خواسته شد نسبت به آنها متعهد شوند.

یافته‌ها

میانگین سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه مشاوره گروهی به شیوه درمان متمرکز بر پذیرش و تعهد ۳/۲۷± ۴۳/۵ و در گروه گواه ۳/۸۹ ± ۴۴/۲ بود. حداقل سن شرکت‌کنندگان زن در این پژوهش ۳۰ و حداکثر سن ۵۰ است. همچنین ۴۸ درصد دارای همسر و ۵۲ درصد فاقد همسر بودند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن و دارا یا فاقد همسر بودن وجود نداشت و دو گروه همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک دو مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۳ ارائه‌شده است.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ادراک درد و اضطراب مرگ در بین دو گروه و در سه زمان قبل و بعد از مداخله و پیگیری

گروه		قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	ادراک درد	۱۶/۸	۱/۹۳	۹/۶۵	۱/۶۳	۸/۸۵	۱/۷۲
	اضطراب مرگ	۱۵۹/۴۰	۱۹/۷	۸۶/۳۵	۲۴/۱۴	۸/۸۵	۱/۷۲
گواه	ادراک درد	۱۶/۲	۲/۰۹	۱۵/۲۵	۲/۰۷	۱۴/۶۰	۲/۱۱
	اضطراب مرگ	۱۵۸/۳۰	۱۸/۸	۱۵۳/۵	۱۹/۷	۱۴/۶۰	۲/۱۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در مقایسه با پیش‌آزمون بهبود یافته است، اما روند میانگین نمرات گروه گواه تقریبا ثابت بوده است که این به نوعی نشان می‌دهد که درمان موثر است. البته برای سنجش معنادار بودن این تفاوت‌ها باید از آزمون‌های آماری مناسب استفاده شود. به همین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

منظور پس از بررسی مفروضه نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته استفاده شد که نتایج آن در ادامه ارائه می‌شود.

نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها و به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل اندازه‌گیری مکرر نشان داد که در سطح معناداری (p>۰/۰۵) داده‌های جمع‌آوری شده، در همه متغیرهای گروه آزمایش و گواه نرمال است و پیش فرض طبیعی بودن یا همان پارامتریک بودن داده‌ها رعایت شده است. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد نتایج به دست آمده برای متغیر ادراک درد (F=۱/۵۶ و P=۰/۰۶۱) و اضطراب مرگ (F=۲/۱۷ و P=۰/۱۳۱) بود و چون مقدار P از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی صورت نگرفته است. همچنین پژوهش حاضر که به دنبال تعیین اثربخشی آموزش مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ زنان سرطان پستان است، برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس‌ها از آزمون کرویت موچلی استفاده شد و از آنجا که این مفروضه در مورد متغیر جهت گیری ادراک درد (χ^2=۱۲/۵ ،p =۰/۰۰۱) و اضطراب مرگ (χ^2=۷/۸۸ ،p =۰/۰۰۱) برقرار نبود، به همین دلیل می‌توان از نتیجه آزمون‌های درون گروهی با تعدیل درجات آزادی و با استفاده از نتایج آزمون هوین فلت استفاده کرد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳*۲ برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
متغیر جهت‌گیری ادراک درد و اضطراب مرگ	کرویت فرض شده	۵۸۰۶۶/۰۳	۵	۱۱۶۱۳/۲	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
	گرین هاوس- گیسر	۵۸۰۶۶/۰۳	۲/۳۶	۲۴۵۱۱/۵	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
	هوین- فلت	۵۸۰۶۶/۰۳	۲/۶۰	۲۲۳۰۵/۰۹	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
	باند بالا	۵۸۰۶۶/۰۳	۱	۵۸۰۶۶/۰۳	۶۱/۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۶۱/۵ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲ به منظور بررسی اثربخشی آزموش مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک خود و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان

	نام آزمون	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ادراک درد	اثر اصلی گروه	۵۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۴۴/۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۱
اضطراب مرگ	اثر اصلی گروه	۵۵/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۰۴	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۴۵/۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای (η^2=۰/۸۰۰، P <۰/۰۵، F=۵۴/۰۵) جهت‌گیری ادراک درد و (η^2=۰/۷۶۰، P <۰/۰۵، F=۴۴/۹) برای اضطراب مرگ معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین ادراک درد و اضطراب مرگ تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر ادارک درد اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (η^2=۰/۸۰۴، P <۰/۰۵، F=۵۴/۲) معنادار است. همچنین در متغیر اضطراب مرگ نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (η^2=۰/۷۷۱، P <۰/۰۵، F=۴۵/۳) معنادار است. به عبارتی بین نمرات ادراک درد و اضطراب مرگ در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه ادراک درد و اضطراب مرگ در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
ادراک درد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۰۱*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۶/۴۶*	۰/۰۰۱
اضطراب مرگ	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۷/۹۱*	۰/۰۲۱
		پیگیری	-۵/۷۴*	۰/۰۰۴

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات ادراک درد از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است که این نشان دهنده تاثیر مشاوره گروهی به شیوه درمان پذرش و تعهد بر ادراک درد در این زنان مبتلا به سرطان پستان است. در متغیر ادراک درد تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۰۱) و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d= -۶/۴۶) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p>۰/۰۵، d=-۷/۹۱)و پیش‌آزمون و پیگیری (p<۰/۰۵، d =-۵/۷۴) معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد مشاوره گروهی به شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر است.

نتیجه حاصل با نتیجه پژوهش پژوهشگرانی چون ملتزر و همکاران (۲۰۲۲)، سیاروچی و همکاران (۲۰۲۲) و کالتی و همکاران (۲۰۲۲)، گالوز سانچز و همکاران (۲۰۲۱)، یلدیز و آیلاز (۲۰۲۱)، فلیو سولر و همکاران (۲۰۱۸) و کیسی و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می شود که بیماران مبتلا به سرطان، احساسات، هیجانات و افکار خود را علی رغم ناخوشایند بودن، بپذیرند و حساسیت بیش از حد و اندازه به بیماری را کاهش داده و در نتیجه سطح رضایت مندی را در خود افزایش دهند. این درمان به بیماران کمک می کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود (کیاک و ترکبن پولات ، ۲۰۲۲). همچنین به بیماران کمک می کند تا درد را به عنوان جزئی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن (کیسی و همکاران، ۲۰۱۹). از سوی دیگر با شفاف سازی ارزش ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می دهد (هریس ، ۲۰۱۹). این درمان با ایجاد پذیرش و تعهد در فرد بیمار وضعیت سلامتی، ادراک موضوع، شدت فرسودگی، سلامت روان و شدت درد را به صورت مثبت تحت تأثیر قرار داده و آنها را در جهت بهبود ادراک درد یاری می رساند (ایلخومونا ، ۲۰۲۱).

همچنین در تبیین پایداری درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌توان گفت: در درمان پذیرش و تعهد به جای آموزش راهبردهای بیشتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد آموزش داده می شود تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند (فیلوسولر و همکاران، ۲۰۱۸).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بین راهبردهایی که در حوزه های قابل تغییر به منظور تغییر دادن، متمرکز می شوند (رفتار آشکار) و راهبردهای پذیرش و ذهن

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

آگاهی در حوزه هایی که تغیر غیر ممکن است یا مفید نمی باشد تعادل برقرار می کنند. در حوزه‌ی رفتاری، مداخلات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بسته به مراجع فردی و شکل فردی تفاوت می کنند و می توانند در بر گیرنده ی آموزش روانی، حل مسئله، تکالیف رفتاری، ایجاد الگوهای عمل متعهدانه باشند و اغلب در خدمت راهبردهای درجه اول، تغییر رفتار قرار می گیرند و پروتکل های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این حوزه ها، تکنولوژی های تغییر رفتاری موجود را به عنوان قسمتی از رویکرد کلی، بکار می گیرد. نتایج حاصل از این پژوهش در جهاتی همسو و در جهاتی ناهمسو با آنچه تاکنون مورد اشاره قرار گرفته است، نشان می دهد که پذیرش و تعهد درمانگری موجب بهبود اضطراب مرگ بیماران می باشد(کوران و همکاران، ۲۰۲۰).

در تبیین پایداری درمان پذیرش و تعهد در کاهش اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه می‌توان گفت: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانی است که از فرایندهای پذیرش، ذهن آگاهی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی استفاده می کند. افزایش انعطاف پذیری شناختی به افراد در پذیرش استرس (تحمل رویدادهای ناخوشایند بدون تلاش برای کنترل آنها و یا افکار مرتبط با استرس و ارتقای جنبه های معنادار زندگی و افزایش فعالیت های ارزشمند کمک می‌کند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با ایجاد انعطاف پذیری و توانایی ایجاد رفتارهای سازگار با هدف و مبتنی بر پذیرش ناهماهنگی های زندگی و مشکلات آن، راه را برای کاهش استرس و مدیریت استرس باز می کند (ملتزر و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین پایدار بودن درمان حاضر بر کاهش اضطراب مرگ در بیماران قابل توجیه است.

به‌طورکلی نتایج حاکی از اثربخشی مشاوره گروهی یه شیوه درمان پذیرش و تعهد بر ادراک درد و اضطراب مرگ در زنان مبتلا به سرطان پستان بود. به طور کلی این درمان موجب شد که افراد نسبت به موقعیت، آگاه و هشیار باشند، احساسات و هیجان‌های خود را بشناسند، بنابراین از علت این احساسات باخبر شده و هیجان‌های خود را به شیوه سالم مدیریت کردند؛ پس این روش درمانی به‌عنوان یک روش درمانی کارآمد، کاربردی و مؤثر قابلیت استفاده و کاربرد در مراکز و کلینیک‌های درمانی را در جهت بهبود سلامت بیماران مبتلا به سرطان است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم کنترل شدت و مدت بیماری سرطان اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

منابع

کریمی دردشتی، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کنترل درد، تصویر بدن و تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان. پایان نامه کارشناسی ارشد. *دانشگاه شهید باهنر کرمان*، دانشکده ادبیات و علوم انسانی. www.irandoc.ir

کریمیان، ز؛ حقایق، س؛ امامی نجفی دهکردی، س.م.ح؛ رئیسی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹(۳)، ۴۸۸- ۴۷۷. https://rbs.mui.ac.ir/article-1-1050-fa.pdf

نادری، ف؛ اسماعیلی، ف. (۱۳۸۷). بررسی شیوع اضطراب مرگ در بیماران مبتلا به سرطان سینه شهر کرمانشاه سال. *فصلنامه علمی - پژوهشی بیماری های پستان*. ۸(۴)، ۴۰-۳۴. http://ijbd.ir/browse.php?a_id=487&sid=1&slc_lang=fa

Bianchini, G., De Angelis, C., Licata, L., & Gianni, L. (2022). Treatment landscape of triple-negative breast cancer—Expanded options, evolving needs. *Nature reviews Clinical oncology*, *19*(2), 91-113. https://doi.org/10.1038/s41571-021-00565-2

Bibi, A., & Khalid, M. A. (2020). Death anxiety, perceived social support, and demographic correlates of patients with breast cancer in Pakistan. *Death studies*, *44*(12), 787-792. https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1614108

Blinder, V. S., Eberle, C. E., Tran, C., Bao, T., Malik, M., Jung, G., ... & Gany, F. M. (2021). Use of patient-reported controls for secular trends to study disparities in cancer-related job loss. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*(5), 685-695. https://doi.org/10.1007/s11764-020-00960-1

Burstein, H. J., Curigliano, G., Thürlimann, B., Weber, W. P., Poortmans, P., Regan, M. M., ... & Xu, B. (2021). Customizing local and systemic therapies for women with early breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for treatment of early breast cancer 2021. *Annals of Oncology*, *32*(10), 1216-1235. https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.06.023

Caletti, E., Massimo, C., Magliocca, S., Moltrasio, C., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). The role of the acceptance and commitment therapy in the treatment of social anxiety: An updated scoping review. *Journal of Affective Disorders*. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.008

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

Casey, M. B., Smart, K. M., Hearty, C., Lowry, D., & Doody, C. (2019). Acceptance of chronic pain. Perspectives of individuals following an Acceptance and Commitment Therapy pain management programme: An interpretative phenomenological analysis. *Physiotherapy Practice and Research*, *40*(1), 9-19. DOI: 10.3233/PPR-180120

Ciarrochi, J., Hayes, L., Quinlen, G., Sahdra, B., Ferrari, M., & Yap, K. (2022). Letting go, creating meaning: The role of Acceptance and Commitment Therapy in helping people confront existential concerns and lead a vital life. In *Existential Concerns and Cognitive-Behavioral Procedures* (pp. 283-302). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-06932-1_17

Cortés, J., Kim, S. B., Chung, W. P., Im, S. A., Park, Y. H., Hegg, R., ... & Hurvitz, S. A. (2022). Trastuzumab deruxtecan versus trastuzumab emtansine for breast cancer. *New England Journal of Medicine*, *386*(12), 1143-1154. DOI: 10.1056/NEJMoa2115022

Curran, L., Sharpe, L., MacCann, C., & Butow, P. (2020). Testing a model of fear of cancer recurrence or progression: the central role of intrusions, death anxiety and threat appraisal. *Journal of behavioral medicine*, *43*(2), 225-236. https://doi.org/10.1007/s10865-019-00129-x

Di Meglio, A., Havas, J., Soldato, D., Presti, D., Martin, E., Pistilli, B., ... & Vaz-Luis, I. (2022). Development and validation of a predictive model of severe fatigue after breast cancer diagnosis: toward a personalized framework in survivorship care. *Journal of Clinical Oncology*, *40*(10), 1111-1123. https://doi.org/10.1200/JCO.21.01252

Domenicano, I., Nyhan, K., Elfil, M., Mougalian, S. S., Cartmel, B., & Ehrlich, B. E. (2021). Cognitive effects and depression associated with taxane-based chemotherapy in breast cancer survivors: a meta-analysis. *Frontiers in oncology*, 11, 642382. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2021.642382/full

Dorling, L., Carvalho, S., Allen, J., Gonzalez-Neira, A., Luccarini, C., Wahlström, C., ... & Rookus, M. A. (2021). Breast Cancer Risk Genes-Association Analysis in More than 113,000 Women. *The New England journal of medicine*, 384(5), 428-439. https://europepmc.org/articles/pmc7611105/

Feliu-Soler, A., Montesinos, F., Gutiérrez-Martínez, O., Scott, W., McCracken, L. M., & Luciano, J. V. (2018). Current status of acceptance and commitment therapy for chronic pain: a narrative review. *Journal of pain research*, *11*, 2145. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6174685/

Galvez-Sánchez, C. M., Montoro, C. I., Moreno-Padilla, M., Reyes del Paso, G. A., & de la Coba, P. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Central Pain Sensitization Syndromes: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, *10*(12), 2706. https://doi.org/10.3390/jcm10122706

Gao, Y., & Heller, S. L. (2022). Health disparity and breast cancer outcomes in Asian women. *RadioGraphics*, 220074. https://doi.org/10.1148/rg.220074

Harkouk, H., Fletcher, D., & Martinez, V. (2021). Paravertebral block for the prevention of chronic postsurgical pain after breast cancer surgery. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 46(3), 251-257. http://dx.doi.org/10.1136/rapm-2020-102040

Ilkhomovna, K. D. (2021). Morphological Features of Tumor in Different Treatment Options for Patients with Locally Advanced Breast Cancer. *International Journal of Innovative Analyses and Emerging Technology*, 1(2), 4-5. https://openaccessjournals.eu/index.php/ijiaet/article/view/75

Jelvehzadeh, F., Dogaheh, E. R., Bernstein, C., Shakiba, S., & Ranjbar, H. (2022). The effect of a group cognitive behavioral therapy on the quality of life and emotional disturbance of women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer*, *30*(1), 305-312. https://doi.org/10.1007/s00520-021-06421-4

Kiyak, S., & Türkben Polat, H. (2022). The Relationship Between Death Anxiety and COVID-19 Fear and Anxiety in Women With Breast Cancer. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228221086056. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.

Lee, S. H., Jang, M. J., Yoen, H., Lee, Y., Kim, Y. S., Park, A. R., ... & Moon, W. K. (2022). Background parenchymal enhancement at postoperative surveillance breast MRI: association with future second breast cancer risk. *Radiology*, 220440. https://doi.org/10.1148/radiol.220440

Mandrik, O., Thomas, C., Whyte, S., & Chilcott, J. (2022). Calibrating Natural History of Cancer Models in the Presence of Data Incompatibility: Problems and Solutions. *PharmacoEconomics*, *40*(4), 359-366. https://doi.org/10.1007/s40273-021-01125-3

Meltzer, K. J., Sharp, K. J., & Howe-Martin, L. (2022). Utilizing Acceptance and Commitment Therapy Within Oncology. *Journal of Health Service Psychology*, 48(3), 107-115. https://doi.org/10.1007

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, *1*(3), 277-299. https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5

Moraes, R. F., Ferreira-Júnior, J. B., Marques, V. A., Vieira, A., Lira, C. A., Campos, M. H., ... & Vieira, C. A. (2021). Resistance training, fatigue, quality of life, anxiety in breast cancer survivors. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, *35*(5), 1350-1356. https://journals.lww.com/nsca-jscr/Abstract/2021/05000/

Nielsen, T. O., Leung, S. C. Y., Rimm, D. L., Dodson, A., Acs, B., Badve, S., ... & Hayes, D. F. (2021). Assessment of Ki67 in breast cancer: updated recommendations from the international Ki67 in breast cancer working group. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *113*(7), 808-819. https://doi.org/10.1093/jnci/djaa201

Nihayati, H. E., Nurhanifah, L., & Krisnana, I. (2021). The Effect of Psychoeducation on Self-Efficacy and Motivation for Taking Treatment in Breast Cancer Patients (Ca Mammae). *Jurnal Ners*, *16*(1), 96-100. http://dx.doi.org/10.20473/jn.v16i1.22560

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]

Reyes, A. T. (2022). The process of learning mindfulness and acceptance through the use of a mobile app based on acceptance and commitment therapy: a grounded theory analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, *43*(1), 3-12.

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, *70*(3), 678. https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.678

Wagner, L. I., Tooze, J. A., Hall, D. L., Levine, B. J., Beaumont, J., Duffecy, J., ... & Cella, D. (2021). Targeted eHealth Intervention to Reduce Breast Cancer Survivors' Fear of Recurrence: Results From the FoRtitude Randomized Trial. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *113*(11), 1495-1505. https://doi.org/10.1093/jnci/djab100

Westhoff, C. L., & Pike, M. C. (2018). Hormonal Contraception and Birth Control. *American journal of obstetrics and gynecology*, *219*(2), 169-e1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6764434/

Yıldız, E., & Aylaz, R. (2021). How counseling based on acceptance and commitment therapy and supported with motivational interviewing affects the perceptions of treatment motivation in patients diagnosed with schizophrenia: a qualitative study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *27*(5), 390-404. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1

Zuccala, M., Menzies, R. E., Hunt, C. J., & Abbott, M. J. (2022). A systematic review of the psychometric properties of death anxiety self-report measures. *Death Studies*, *46*(2), 257-279. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07481187.2019.1699203

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.12.15.4]