

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان

The effectiveness of group dialectical behavior therapy on experiential avoidance and psychological well-being of women with ovarian cancer

Samira Shakerian

PhD student in Psychology, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

Dr. Ramazan Hasanzadeh

Professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

Dr. Asghar Norouzi*

Assistant professor, Department of Psychology, Sar.c., Islamic Azad University, Sari, Iran.

asq.noruzi@iaui.ir

سمیرا شاکریان

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

دکتر رمضان حسن‌زاده

استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

دکتر اصغر نوروزی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of group dialectical behavior therapy (DBT) on experiential avoidance and psychological well-being of women with ovarian cancer. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population included women with ovarian cancer referring to a cancer specialist clinic in Sari in 2025. 30 people were selected using a non-random sampling method and were randomly assigned to the experimental group ($n=15$) and the control group ($n=15$). Data collection was performed using the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ; Gámez et al., 2011) and the Psychological Well-Being Scale 18-item (RSPWB-18; Ryff, 1989). DBT was implemented in a group setting based on the Linehan protocol for eight 90-minute sessions. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that DBT resulted in a decrease in experiential avoidance and an increase in psychological well-being compared to the control group from pre-test to post-test and follow-up ($P<0.05$). Also, in the experimental group, no significant difference was observed between the post-test and follow-up scores in the variables of experiential avoidance and psychological well-being ($P>0.05$), indicating the stability of changes over time. Overall, it can be concluded that DBT is an efficient and useful intervention for improving experiential avoidance and psychological well-being in women with ovarian cancer.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Experiential Avoidance, Psychological Well-being, Ovarian Cancer.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصص سرطان در شهر ساری در سال ۱۴۰۴ بودند. ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای چندوجهی (MEAQ؛ Gámez et al., 2011) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۱۸ سؤالی (RSPWB-18؛ Ryff, 1989) انجام شد. رفتاردرمانی دیالکتیک بر اساس پروتکل لینهان به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی اجرا شد. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک در مقایسه با گروه کنترل از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش بهزیستی روانشناختی شده است ($P<0.05$)؛ همچنین در گروه آزمایش بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P>0.05$)؛ که نشان دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است. در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک یک مداخله کارآمد و مفید برای بهبود اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان است.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیک، اجتناب تجربه‌ای، بهزیستی روانشناختی، سرطان تخمدان.

مقدمه

براساس پژوهش‌ها، زنان مبتلا به سرطان تخمدان اغلب طیف وسیعی از نشانگان روانشناختی را تجربه می‌کنند؛ بسیاری از آنها به دلیل تشخیص دیر هنگام، درمان‌های تهاجمی و ترس از عود بیماری، با سطوح بالایی از اضطراب و استرس مواجه هستند (اوسان^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). افسردگی نیز در این افراد شایع است که ناشی از علائم جسمی، عوارض جانبی درمان و تغییرات در نقش‌ها و عملکرد زندگی می‌باشد (هورش^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). نگرانی‌های مربوط به تصویر بدن اغلب پس از جراحی‌هایی مانند برداشتن تخمدان یا هیستروکتومی بروز می‌کند و می‌تواند بر هویت جنسی و عزت نفس زنان تأثیر بگذارد (فراسینی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین خستگی مزمن، درد و کاهش ظرفیت بدنی ممکن است منجر به سرخوردگی، ناامیدی یا از دست دادن انگیزه شود (یوح^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین پژوهشی نشان می‌دهند که زنان مبتلا به سرطان تخمدان اغلب با پریشانی روانشناختی ناشی از ناباروری، نگرانی در مورد مسئولیت‌های خانوادگی و ترس از مرگ و میر دست و پنجه نرم می‌کنند؛ علاوه بر این، انزوای اجتماعی ممکن است به دلیل انرژی محدود، کاهش مشارکت اجتماعی یا انگ مرتبط با سرطان رخ دهد (جنگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). بر این اساس می‌توان اینگونه استنباط نمود که زنان مبتلا به سرطان تخمدان با طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی مواجه هستند که می‌تواند بر کیفیت زندگی و فرایند درمان آن‌ها تأثیر بگذارد.

در این راستا، براساس پژوهش‌ها اجتناب تجربه‌ای یکی از واکنش‌های رایج در بیماران مبتلا به سرطان است (ویبفلورگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۵). اجتناب تجربه‌ای، که با تلاش برای سرکوب یا اجتناب از افکار، احساسات و عواطف پریشان‌کننده مرتبط با سرطان مشخص می‌شود، به شدت با پیامدهای سلامت روان در بیماران سرطانی مرتبط است (داویس^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). تحقیقات نشان می‌دهد که اجتناب شناختی، مانند سرکوب افکار مزاحم، عدم مشارکت رفتاری مانند کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی، و استراتژی‌های هیجانی مانند انکار یا حواس‌پرتی، اضطراب، افسردگی و پریشانی روانشناختی بالاتر را، به‌ویژه در مراحل پیشرفته بیماری، پیش‌بینی می‌کند (پانجوانی^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). به عنوان مثال، براساس یک مطالعه طولی، مقابله اجتنابی در شروع بیماری، علائم افسردگی را سال‌های بعد پیش‌بینی می‌کند (جیانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). در سرطان پیشرونده، اجتناب تجربه‌ای اغلب در کوتاه‌مدت برای محافظت از بیماران در برابر ترس‌های غیرقابل‌پیش‌بینی و مرگ با اجتناب از بحث در مورد سرطان یا اطلاعات منفی عمل می‌کند، اما به طور متناقضی با محدود کردن تعامل تطبیقی با زندگی، پریشانی را در طول زمان تقویت می‌کند (آگوری-کاماچو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷).

در مقابل بهزیستی روان‌شناختی ارتباطی مستقیم و اساسی با سلامت روان بیماران سرطانی دارد و در واقع یکی از مهم‌ترین شاخص‌های سازگاری روانی آنان محسوب می‌شود (بوگنار^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). بهزیستی روان‌شناختی، با کاهش پریشانی، افسردگی و اضطراب در بیماران سرطانی ارتباط دارد (ژانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین تحقیقات نشان می‌دهد که سطوح بالای بهزیستی روان‌شناختی با حمایت اجتماعی بالاتر از سوی خانواده/همسران، هدف در زندگی و تاب‌آوری همبستگی دارد و پیش‌بینی‌کننده کاهش عواطف منفی و افزایش کیفیت زندگی است (الوهیایی^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل بهزیستی روان‌شناختی پایین، خستگی و آسیب‌شناسی روانی را تشدید می‌کند و ۲۰ تا ۵۰ درصد از بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در حالی که بهزیستی روان‌شناختی بالا از طریق شبکه‌های حمایتی، رشد پس از سانحه و بهبود عملکرد را ارتقا می‌دهد (تانگ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به شیوع گسترده اختلالات روانشناختی و اهمیتی که اجتناب تجربه‌ای در تداوم نشانگان روانشناختی ایفا می‌کند؛ اجرای مداخلات روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان از اهمیت بالایی برخوردار است. در این راستا بررسی مطالعات پیشین گویای این

1 Osann

2 Horeh

3 Ferracini

4 Yeoh

5 Geng

6 Weibflog

7 Davis

8 Panjwani

9 Jiang

10 Aguirre-Camacho

11 Bogán

12 Zhang

13 Alwhaibi

14 Tang

است که رفتاردرمانی دیالکتیکی با پرورش مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی که مستقیماً الگوهای اجتناب را خنثی می‌کنند، در کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران سرطانی مؤثر بوده است (داویس^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). یک مطالعه نیمه آزمایشی روی ۳۰ زن مبتلا به سرطان سینه که ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی رفتاردرمانی دیالکتیک را دریافت کردند، منجر به کاهش قابل توجه پریشانی روانشناختی شد، این یافته نشان‌دهنده کاهش سرکوب و عدم مشارکت ناشی از اجتناب تجربه‌ای است (اندرسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). در پژوهشی نشان داده شد که ادغام پذیرش آئین ذن با استراتژی‌های رفتاری در رفتاردرمانی دیالکتیک، چرخه‌های ناسازگار اجتناب تجربه‌ای را مختل می‌کند و انعطاف‌پذیری روانشناختی را در طول درمان تقویت می‌کند (فارجی^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). ارزیابی‌های کیفی آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک در بیماران مبتلا به سرطان، کاهش اضطراب/افسردگی را از طریق بهبود حضور و مدیریت استرس، با پرداختن به محرک‌های عاطفی اجتناب تجربه‌ای، گزارش می‌دهد. این دستاوردها پس از مداخله نیز ادامه می‌یابند و با ترویج تعامل تطبیقی به جای کناره‌گیری، استفاده از مراقبت‌های بهداشتی را افزایش داده و کیفیت زندگی را بالا می‌برند (مک‌کال^۴ و همکاران، ۲۰۲۵).

در مجموعه‌ای از پژوهش‌های آزمایشی و کارآزمایی‌های بالینی تصادفی-کنترل‌شده، یافته‌ها به‌طور همگرا نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیک از طریق اصلاح الگوهای ناسازگار شناختی و هیجانی، نقش مهمی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی دارد (هرناندز-بوستامانته^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). این درمان با آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان موجب کاهش شدت نوسان‌های هیجانی، تکانشگری و واکنش‌های افراطی به استرس می‌شود، و همین فرایند به شکل معناداری احساس کنترل هیجانی و رضایت ذهنی را افزایش می‌دهد (هربراند^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج یک مطالعه گزارش کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک باعث افزایش ۲۸/۴۴ درصدی بهزیستی روان‌شناختی شد و مهم‌تر اینکه این اثر نه تنها در پایان درمان حفظ گردید، بلکه در پیگیری سه‌ماهه به ۶۹/۸۳ درصد ارتقا یافت، که نشان‌دهنده پایداری و تقویت آثار درمانی در طول زمان است (علوی و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش دیگری نیز نشان داد که ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک با درمان مبتنی بر شفقت، اثر هم‌افزا ایجاد کرده و موجب افزایش معنادار بهزیستی و تمامی مؤلفه‌های آن از جمله رشد فردی، روابط مثبت و هدفمندی در جمعیت دانشجویی شده است (حیدری و همکاران، ۱۴۰۴). مکانیزم‌های تغییر در این مطالعات نشان می‌دهند که رفتاردرمانی دیالکتیک با کاهش نشخوار فکری، اضطراب و افسردگی، ظرفیت تاب‌آوری را بالا برده و افراد را در مواجهه با چالش‌ها توانمندتر می‌سازد. کاهش نشخوار فکری و علائم منفی باعث رهایی منابع شناختی برای تمرکز بر اهداف، ارزش‌ها و روابط سالم می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد (گلیسپیا^۷ و همکاران، ۲۰۲۲).

با وجود شواهد رو به رشدی مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به سرطان سینه (داویس و همکاران، ۲۰۲۳؛ اندرسون و همکاران، ۲۰۱۳)، هیچ مطالعه‌ای به‌طور خاص اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی را بر اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان بررسی نکرده است؛ نوعی سرطان با شیوع بالا در زنان (حدود ۲/۵ درصد) که با چالش‌های منحصربه‌فردی چون اختلالات هورمونی، ناباروری و تعارضات زناشویی همراه است و الگوهای پریشانی روانشناختی را تشدید می‌کند (هورش و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، پژوهش‌های موجود عمدتاً بر مداخلات فردی تمرکز داشته‌اند (هرناندز-بوستامانته و همکاران، ۲۰۲۴؛ علوی و همکاران، ۲۰۲۱)، در حالی که چارچوب گروهی رفتاردرمانی دیالکتیک با پتانسیل تقویت اثربخشی بین‌فردی و حمایت همتایان در این جمعیت خاص آزمایش نشده و مطالعات ایرانی نیز بر جمعیت‌های دانشجویی یا اختلالات روانشناختی محدود مانده‌اند (حیدری و همکاران، ۱۴۰۴؛ گلیسپیا و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر فقدان پژوهش‌های بومی در زمینه سرطان تخمدان، مکانیزم‌های تغییر همزمان همچون نقش اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی در سلامت روانشناختی این بیماران و همچنین پایداری اثرات بلندمدت در پیگیری‌های ایرانی ناشناخته مانده، که این شکاف پژوهشی ضرورت اجرای کارآزمایی نیمه‌آزمایشی گروهی را توجیه می‌کند تا مداخله‌ای بومی‌سازی‌شده برای بهبود کیفیت زندگی این زنان آسیب‌پذیر ارائه شود.

1 Davis

2 Anderson

3 Faraji

4 McCall

5 Hernandez-Bustamante

6 Heerebrand

7 Gillespie

بررسی تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی در زنان مبتلا به سرطان تخمدان مهم است، زیرا این جمعیت با پریشانی روانشناختی شدید، عدم اطمینان و تهدیدهای بدنی مواجه هستند که اغلب منجر به الگوهای مقابله‌ای ناسازگار مانند اجتناب تجربه‌ای می‌شود. از دیدگاه نظری، رفتاردرمانی دیالکتیک بر تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن آگاهی تأکید دارد؛ مکانیسم‌های اصلی که مستقیماً با اجتناب تجربه‌ای مقابله می‌کنند. در عمل، زنان مبتلا به سرطان تخمدان اغلب با ترس از عود، عوارض جانبی درمان و اختلال در روابط دست و پنجه نرم می‌کنند که می‌تواند به شدت بهزیستی روانشناختی را تضعیف کند. بر این اساس اجرای این مداخله روانشناختی در این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است و یافته‌ها احتمالاً این پژوهش می‌تواند نقش مهمی در ارائه و اجرای برنامه‌های درمانی برای این بیماران داشته باشد. بر این اساس این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به سرطان تخمدان مراجعه‌کننده به کلینیک فوق‌تخصصی سرطان شهر ساری در سال ۱۴۰۴ بود. حجم نمونه با استناد به جدول کوهن و با فرض اندازه اثر ۰/۵۰ و توان ۰/۸۵ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در ابتدا ۳۰ نفر از افرادی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس آنان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تخصیص یافتند. بررسی معیارهای ورود از طریق یک مصاحبه بالینی ساختارمند توسط پژوهشگر انجام شد. این معیارها شامل: اعلام تمایل به مشارکت، نداشتن تاریخچه اختلالات روان‌شناختی، عدم تجربه سوگ در شش ماه اخیر، عدم مصرف مواد مخدر یا الکل، برخورداری از سلامت جسمانی لازم برای شرکت در ارزیابی‌ها (مانند نداشتن مشکلات بینایی، شنوایی یا عملکرد حرکتی)، سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات در سطح سیکل، و عدم نیاز به جراحی یا شیمی‌درمانی در زمان مطالعه بود. معیارهای خروج نیز شامل: مشارکت همزمان در سایر درمان‌های گروهی، ضرورت بستری یا انجام جراحی و شیمی‌درمانی، فوت در طی دوره مداخله، مهاجرت یا جابه‌جایی، غیبت در بیش از دو جلسه و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات بود. تمام ملاحظات اخلاقی در مراحل مختلف پژوهش رعایت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات هویتی آنان محرمانه خواهد ماند و داده‌ها تنها برای اهداف پژوهشی تحلیل می‌شود. پیش از شروع مطالعه، جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت‌نامه آگاهانه و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی در اختیار افراد قرار گرفت. برای تضمین ناشناس بودن، یک کد اختصاصی برای هر شرکت‌کننده تعیین شد. همچنین شرکت در این مطالعه هیچ آسیب جسمانی و روانشناختی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت و بر روند درمانی آنها تأثیر منفی نداشت. پروپوزال پژوهش نیز با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1403.047 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، گروه آزمایش تحت جلسات درمان گروهی قرار گرفت و سپس از هر دو گروه پس‌آزمون و سه ماه بعد آزمون پیگیری جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و با بهره‌گیری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای چندوجهی (MEAQ):^۱ این پرسشنامه مشتمل بر ۶۲ سوال است که توسط گامز^۲ و همکاران (۲۰۱۱) در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از شدیدا موافقم=۵ تا شدیدا مخالفم=۰ نمره‌گذاری می‌شود، همچنین این پرسشنامه ۶ خرده مقیاس اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوبی و تحمل پریشانی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات بالاتر نشان دهنده اجتناب تجربه‌ای بیشتر است. گامز و همکاران (۲۰۱۱) ضرایب آلفای کرونباخ را در نمونه‌های مختلف ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ و روایی قابل قبولی برای این ابزار گزارش کردند و بار عاملی همه سوالات را در تحلیل عاملی اکتشافی بین ۰/۶۲ الی ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند؛ همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای اجتناب رفتاری، پریشانی ناسازگار، تعویق، حواس پرتی/فرونشانی، انکار/سرکوب، تحمل پریشانی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۵، ۰/۵۴، ۰/۸۸، ۰/۶۶، ۰/۷۷ بوده است. در نمونه ایرانی روایی ملاکی با پرسشنامه هیجان‌خواهی زاکرمن

1 Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (MEAQ)

2 Gámez

۰/۴۱ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد (نجفی دهقانی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه بود.

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۱۸ سؤالی ریف (RSPWB-18): نسخه کوتاه‌شده مقیاس بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف^۲ (۱۹۸۹) طراحی شده است. این ابزار شامل ۱۸ گویه با طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از «کاملاً مخالفم=۱» تا «کاملاً موافقم=۶» است و شش مؤلفه خودمختاری، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی، رابطه مثبت با دیگران، پذیرش خود و تسلط بر محیط را اندازه‌گیری می‌کند (ریف، ۱۹۸۹). روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی ساختاری چندبعدی را تأیید کرد و ضریب عاملی سوالات بالای ۰/۴۰ بود و ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف این نسخه بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ گزارش شده است که نشان دهنده پایایی قابل قبول در نسخه کوتاه است (گارکیا^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). در نمونه ایرانی نتایج روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی مرتبه اول نشان داد که در کل نمونه و در دو جنس، الگوی شش عاملی این مقیاس (پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال) از برازش خوبی برخوردار بود و بارعاملی همه سوالات بین ۰/۴۵ الی ۰/۸۲ بود. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه ی مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب پرسشنامه بود.

مداخله رفتار درمانی دیالکتیک: رفتار درمانی دیالکتیک بر اساس الگوی لینهان^۴ (۱۹۸۷) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی اجرا شد. در ادامه خلاصه هر یک از جلسات ارائه شده است. خلاصه محتوا در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک

جلسات	محتوا
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، ایجاد کردن احساس راحتی اعضا با هم در رابطه با ابراز کردن احساسات، توضیح درباره نحوه کار گروه، رازداری، حضور مرتب جلسات، تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، تشویق اعضا به بیان کردن مشکلات خانوادگی.
دوم	آموزش تکنیک درک هیجان در روابط، اجزاء آن و تأثیراتش که شامل هیجان چطور عمل می‌کند، آسیب پذیری در برابر تجربه‌های هیجانی منفی، واکنشی بودن، زمان رسیدن به تعادل.
سوم	آموزش تکنیک پذیرش خود و همسر که شامل آگاهی از ارتباط، خودآگاهی و توجه آگاهانه نسبت به خود، خود هیجانی، خود منطقی و وجود خشم در روابط است.
چهارم	آموزش تکنیک چگونگی توقف اوضاع وخیم که شامل تعهد برای کارآمد شدن، پیشگیری از اعمال تکانشی و مدیریت تمایلات زیانبار می‌شود.
پنجم	آموزش تکنیک در کنار هم بودن از لحاظ عاطفی که شامل شرطی شدن و شرطی سازی مجدد، شرطی سازی با جعبه و آلبوم است.
ششم	آموزش تکنیک فعال سازی مجدد روابط که شامل راه‌های مختلف با هم بودن، موقعیت‌های دارای تعارض، موقعیت‌های لذت بخش می‌شود.
هفتم	آموزش تکنیک ابراز روشن احساسات که شامل شناسایی خواسته‌ها و احساسات مبهم، استفاده از ارتباطات غیرمستقیم، کم انگاری خواسته‌ها، بیش انگاری خواسته‌ها می‌شود.
هشتم	آموزش تکنیک مدیریت مسائل و راه حل‌های گفتگو کردن که شامل مدیریت مساله در مقابل حل مساله، تعیین مسئله، تجزیه و تحلیل مسئله می‌شود.

1 Ryff's Psychological Well-Being Scale – 18-item

2 Ryff

3 Garcia

4 Linehan

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، در هر یک از گروه‌ها ۱۵ نفر مشارکت داشتند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه کنترل ($48/21 \pm 9/77$) و رفتار درمانی دیالکتیک ($44/25 \pm 10/25$) بود. میانگین و انحراف معیار مدت ابتلا به بیماری گروه کنترل ($6/11 \pm 1/18$) و رفتاردرمانی دیالکتیک ($5/1 \pm 47/43$) تقریباً مشابه بود. از نظر تحصیلات در گروه کنترل ۹ نفر (۶۰ درصد) سیکل و دیپلم و ۶ نفر (۴۰ درصد) کارشناسی یا کارشناسی ارشد بودند؛ در گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۵ نفر (۳۳/۳۰ درصد) سیکل و دیپلم و ۱۰ نفر (۶۶/۷۰ درصد) کارشناسی یا کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت اشتغال در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) شاغل و ۷ نفر (۴۶/۷۰ درصد) غیر شاغل بودند؛ در گروه رفتار درمانی دیالکتیک ۱۲ نفر (۸۰ درصد) شاغل و ۳ نفر (۲۰ درصد) غیر شاغل بودند؛ در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	معناداری
اجتناب تجربه‌ای	پیش آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۹۶/۵۲	۳۵/۹۴	۰/۹۳	۰/۳۴
		کنترل	۱۹۶/۹۴	۲۳/۱۷	۰/۹۲	۰/۲۷
	پس آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۴۰/۵۱	۱۰/۵۱	۰/۹۲	۰/۲۴
		کنترل	۱۹۵/۴۰	۲۷/۶۳	۰/۹۴	۰/۳۹
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۱۳۹/۶۶	۱۲/۷۴	۰/۹۶	۰/۷۳
		کنترل	۱۹۴/۰۶	۲۵/۲۶	۰/۹۰	۰/۱۲
	پس آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۳۳/۳۳	۴/۵۵	۰/۹۴	۰/۴۰
		کنترل	۳۱/۹۴	۴/۵۶	۰/۷۹	۰/۰۶
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۶۷/۷۷	۱۳/۲۷	۰/۹۷	۰/۹۲
		کنترل	۳۲/۷۲	۶/۰۹	۰/۹۲	۰/۱۹
	پس آزمون	رفتار درمانی دیالکتیک	۶۸/۲۷	۱۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۵۵
		کنترل	۳۳/۳۶	۵/۶۱	۰/۹۷	۰/۹۵

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌های هر دو متغیر در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بودند ($P > 0/05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر دو متغیر به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی معنادار نبود، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به ملاحظات مورد نظر در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۷۴	۱۶/۶۶	۴	۱۱۲	۰/۰۱	۰/۳۷	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۲۷/۰۸	۴	۱۱۰	۰/۰۱	۰/۹۵	۱
	اثر هتلینگ	۲/۹۳	۳۹/۶۷	۴	۱۰۸	۰/۰۱	۰/۶۰	۱

بزرگترین ریشه‌روی	۲/۹۳	۸۲/۲۹	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۷۵	۱
-------------------	------	-------	---	----	------	------	---

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان ($F=۱۶/۶۶$, $P=۰/۰۱$)، $\eta^2=۰/۷۴$ (اثربخشی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه‌ها در ترکیب متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اجتناب تجربه‌ای	زمان	۱۷۲۱۴/۸۱	۲	۸۶۰۷/۴۱	۲۳/۱۹	۰/۰۱	۰/۴۵	۱
	زمان*گروه	۱۴۷۰۲/۹۷	۲	۷۳۵۱/۴۹	۱۹/۸۱	۰/۰۱	۰/۴۱	۱
	خطا	۲۰۷۷۹/۹۷	۵۶	۳۷۱/۰۷				
بهزیستی روانشناختی	بین گروه‌هی	۳۰۰۹۴/۱۸	۱	۳۰۰۹۴/۱۸	۲۹/۰۵	۰/۰۱	۰/۵۱	۱
	زمان	۶۴۰۸/۰۶	۲	۸۶۰۷/۴۵	۷۶/۵۹	۰/۰۱	۰/۷۳	۱
	زمان*گروه	۵۶۴۱/۲۲	۲	۲۸۲۰/۶۱	۶۷/۴۳	۰/۰۱	۰/۷۱	۱
	خطا	۲۳۴۲/۴۸	۵۶	۴۱/۸۳				
	بین گروه‌هی	۱۲۷۲۶/۲۵	۱	۱۲۷۲۶/۲۵	۱۰۶/۸۱	۰/۰۱	۰/۷۹	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر اجتناب تجربه‌ای ($\eta^2=۰/۵۱$, $F=۲۹/۰۵$, $P=۰/۰۱$) و بهزیستی روانشناختی ($\eta^2=۰/۷۹$, $F=۱۰۶/۸۱$, $P=۰/۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع مداخله نقش موثری بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش بهزیستی روانشناختی داشته است. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی

متغیرها		مراحل سنجش		رفتار درمانی دیالکتیک		گروه کنترل	
				اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵۶/۰۰	۰/۰۱	۱/۱۵	۱/۰۰	
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵۶/۸۶	۰/۰۱	۲/۸۷	۱/۰۰	
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۶	۱/۰۰	۱/۳۳	۱/۰۰	
بهزیستی روانشناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳۴/۴۴	۰/۰۱	۱/۰۶	۱/۰۰	
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳۴/۹۳	۰/۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰	
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴۹	۱/۰۰	۰/۹۴	۱/۰۰	

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان داد که فقط در گروه مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت ($P=۰/۰۱$)؛ همچنین در گروه مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک گروهی بر اجتناب تجربه‌ای و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان بود. یافته اول نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش اجتناب تجربه‌ای زنان مبتلا به سرطان تخمدان موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های مک‌کال و همکاران (۲۰۲۵) و اندرسون و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک، که مبتنی بر اصول رفتاری، شناختی و مبتنی بر ذهن آگاهی است، با کمک به افراد برای ایجاد موضعی پذیرا تر و غیرقضاوتی‌تر نسبت به تجربیات درونی، اجتناب تجربه‌ای را کاهش می‌دهد. رفتاردرمانی دیالکتیک به افراد می‌آموزد که تلاش برای سرکوب یا فرار از افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخواسته، اغلب پریشانی را تشدید کرده و الگوهای ناسازگار را تقویت می‌کند؛ از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی، افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بدون واکنش تکانشی مشاهده و توصیف کنند، که به تدریج گرایش‌های اجتناب را تضعیف می‌کند (فاراجی و همکاران، ۲۰۱۵). استراتژی‌های تحمل پریشانی، آنها را بیشتر مجهز می‌کند تا حالت‌های دردناک درونی را بدون توسل به رفتارهای فرار تحمل کنند؛ تکنیک‌های تنظیم هیجان همچنین به مراجعین کمک می‌کند تا عملکرد احساسات خود را درک کنند، آسیب‌پذیری در برابر اضافه بار عاطفی را کاهش دهند و به جای اجتناب، انعطاف‌پذیر پاسخ دهند (داویس و همکاران، ۲۰۲۳). رویکرد رفتاردرمانی دیالکتیک، پذیرش متعادل با تغییر را تشویق می‌کند و مراجعین را قادر می‌سازد تا تجربیات دشوار را بپذیرند و همزمان پاسخ‌های مقابله‌ای سالم‌تری را بیاموزند. با گذشت زمان، این مجموعه مهارت‌های یکپارچه، انعطاف‌پذیری روانشناختی را تقویت می‌کند، ترس از تجربیات درونی را کاهش می‌دهد و چرخه اجتنابی را که باعث تداوم پریشانی روانشناختی می‌شود، مختل می‌کند (مک‌کال و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دوم نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیک بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های حیدری و همکاران (۱۴۰۴)، هربراند و همکاران (۲۰۲۱) و هرناندز-بوستامانته و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که رفتاردرمانی دیالکتیک با گسترش متعادل پذیرش و تغییر، که یک اصل دیالکتیکی اساسی است و به افراد کمک می‌کند تا زندگی هیجانی پایدارتر و رضایت‌بخش‌تری بسازند، بهزیستی روانشناختی را افزایش می‌دهد (علوی و همکاران، ۲۰۲۱). رفتاردرمانی دیالکتیک از طریق مهارت‌های ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حال را افزایش می‌دهد و الگوهای خودکار و واکنشی را کاهش می‌دهد و به افراد اجازه می‌دهد تا به طور کامل‌تری با زندگی خود درگیر شوند؛ همچنین استراتژی‌های تنظیم هیجان به آنها کمک می‌کند تا احساسات را به روش‌های سالم‌تری درک، نامگذاری و به آنها پاسخ دهند و اختلال تنظیم هیجانی مزمن را که بهزیستی را تضعیف می‌کند، کاهش دهند (حیدری و همکاران، ۱۴۰۴). مهارت‌های تحمل پریشانی با آموزش نحوه مقابله مؤثر با بحران‌ها بدون بدتر کردن وضعیت، تاب‌آوری را تقویت می‌کند و در نتیجه حس شایستگی و کنترل آنها را افزایش می‌دهد؛ همچنین رفتاردرمانی دیالکتیک شفقت به خود را تقویت می‌کند، خودانتقادی را کاهش می‌دهد و رفتارهایی را که با ارزش‌های شخصی همسو هستند، تشویق می‌کند (گلیسپیا و همکاران، ۲۰۲۲). این مکانیسم‌ها در کنار هم، رضایت بیشتر از زندگی، ثبات عاطفی و حس عمیق‌تری از معنا و ارتباط را ارتقا می‌دهند و در نهایت به افزایش بهزیستی روانشناختی کمک می‌کنند.

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به سرطان تخمدان موثر بوده است. این یافته‌ها، ارزش بالقوه رفتاردرمانی دیالکتیک را به عنوان یک مداخله روانشناختی حمایتی برای زنان مبتلا به سرطان تخمدان برجسته می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیک با کاهش مؤثر اجتناب تجربه‌ای و افزایش بهزیستی روانشناختی، می‌تواند به بیماران کمک کند تا با چالش‌های روانشناختی و جسمانی بیماری خود سازگارتر کنار بیایند. مطالعه حاضر در نمونه محدودی از زنان مبتلا به سرطان تخمدان شهر ساری به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین در این مطالعه ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن کنترل نشده است؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. در زمینه کاربردی اجرای رفتار درمانی دیالکتیک به منظور کاهش اجتناب تجربه‌ای و بهبود بهزیستی روانشناختی این بیماران پیشنهاد می‌شود.

منابع

- حیدری، س. ط.، اکبری امرغان، ح.، رحیمی، س.، نجات، ح.، و ثمری، ع. الف. (۱۴۰۴). اثربخشی پروتکل تلفیقی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر شفقت بر بهزیستی روانشناختی. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، ۱۲ (۱)، ۱-۱۲. <https://ijrn.ir/article-1-950-fa.html>
- خانجانی، م.، شهیدی، ش.، فتح آبادی، ج.، مظاهری، م. ع.، و شکری، الف. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی فرم کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۳۲، ۲۷-۳۶. <https://www.magiran.com/p1350282>
- نجفی دهقان، ج.، زنگنه مطلق، ف.، و اسمعیل زاده، ز. (۱۴۰۳). اثربخشی پارادوکس درمانی بر تحمل پریشانی و اجتناب تجربی زنان متعارض مراجعه کننده به مراکز مشاوره. رویش روان شناسی، ۱۳ (۱۲)، ۸۱-۹۰. <http://frooyesh.ir/article-1-5578-fa.html>
- Aguirre-Camacho, A., Pelletier, G., González-Márquez, A., Blanco-Donoso, L. M., García-Borreguero, P., & Moreno-Jiménez, B. (2017). The relevance of experiential avoidance in breast cancer distress: insights from a psychological group intervention. *Psycho-oncology*, 26(4), 469-475. <https://doi.org/10.1002/pon.4162>
- Alavi, N., Stephenson, C., & Rivera, M. (2021). Effectiveness of delivering dialectical behavioral therapy techniques by email in patients with borderline personality disorder: nonrandomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 8(4), e27308. <https://mental.jmir.org/2021/4/e27308>
- Alwhaibi, M., AlRuthia, Y., & Sales, I. (2023). The impact of depression and anxiety on adult cancer patients' health-related quality of life. *Journal of Clinical Medicine*, 12(6), 2196. <https://doi.org/10.3390/jcm12062196>
- Anderson, R. C., Jensik, K., Pelozo, D., & Walker, A. (2013). Use of the dialectical behavior therapy skills and management of psychosocial stress with newly diagnosed breast cancer patients. *Plastic and Aesthetic Nursing*, 33(4), 159-163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24297076/>
- Bognár, S. A., Teutsch, B., Bunduc, S., Veres, D. S., Szabó, B., Fogarasi, B., ... & Hegyi, P. (2024). Psychological intervention improves quality of life in patients with early-stage cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Scientific Reports*, 14(1), 13233. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-63431-y>
- Davis, S., Serfaty, M., Low, J., Armstrong, M., Kupeli, N., & Lanceley, A. (2023). Experiential avoidance in advanced cancer: a mixed-methods systematic review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 585-604. <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10131-4>
- Davis, S., Serfaty, M., Low, J., Armstrong, M., Kupeli, N., & Lanceley, A. (2023). Experiential avoidance in advanced cancer: a mixed-methods systematic review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 30(5), 585-604. <https://doi.org/10.1007/s12529-022-10131-4>
- Faraji, M. (2015). The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) in reducing distress and increased life expectancy in patients with breast cancer. *Cumhuriyet Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Fen Bilimleri Dergisi*, 36(3), 1340-1346. <https://dergipark.org.tr/en/pub/cumuscij/issue/45132/564432>
- Ferracini, A. C., Pereira, G., de Souza, C. M., Dos Santos, T. F. C., Sarian, L. O., Derchain, S., & Mazzola, P. G. (2021). Physical and functional well-being and symptoms of ovarian cancer in women undergoing first-line of chemotherapy: a one-year follow-up. *Supportive care in cancer*, 29(12), 7421-7430. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06298-3>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692. <https://psycnet.apa.org/buy/2011-08823-001>
- Garcia, D., Kazemitabar, M., & Asgarabad, M. H. (2023). The 18-item Swedish version of Ryff's psychological wellbeing scale: psychometric properties based on classical test theory and item response theory. *Frontiers in psychology*, 14, 1208300. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1208300>
- Geng, S., Zhang, X., Zhu, X., Wang, Y., Wang, Y., & Sun, Y. (2023). Psychological factors increase the risk of ovarian cancer. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(1), 2187573. <https://doi.org/10.1080/01443615.2023.2187573>
- Gillespie, C., Murphy, M., Kells, M., & Flynn, D. (2022). Individuals who report having benefitted from dialectical behaviour therapy (DBT): a qualitative exploration of processes and experiences at long-term follow-up. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00179-9>
- Heerebrand, S. L., Bray, J., Ulbrich, C., Roberts, R. M., & Edwards, S. (2021). Effectiveness of dialectical behavior therapy skills training group for adults with borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 77(7), 1573-1590. <https://doi.org/10.1002/jclp.23134>
- Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., Hernández, R. M., & Ponce-Meza, J. C. (2024). Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 119. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10896753/>
- Horeh, D., Kohavi, S., Shilony-Nalaboff, L., Rudich, N., Greenman, D., Feuerstein, J. S., & Abbasi, M. R. (2022). Virtual reality combined with artificial intelligence (VR-AI) reduces hot flashes and improves psychological well-being in women with breast and ovarian cancer: A pilot study. *Healthcare*, 10(11), 2261. <https://doi.org/10.3390/healthcare10112261>

- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 14, 1253266. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1253266>
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders*, 1(4), 328-333. <https://psycnet.apa.org/record/1990-10352-001>
- McCall, M. H., Boyd, C. T., Kerr, N. D., Nicola, E. A., Sirkisoon, S. R., Fox, E., ... & Sutfin, E. L. (2025). Qualitative Review of a Dialectical Behavior Therapy-Skills Training Intervention for Cigarette Smoking by Patients with Cancer. *medRxiv*, 1, 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40894165/>
- Osann, K., Wenzel, L., McKinney, C., Wagner, L., Cella, D., Fulci, G., ... & Birrer, M. (2023). Fear of recurrence, emotional well-being and quality of life among long-term advanced ovarian cancer survivors. *Gynecologic oncology*, 171, 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2023.02.015>
- Panjwani, A. A., Applebaum, A. J., Revenson, T. A., Erbllich, J., & Rosenfeld, B. (2024). Intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and trust in physician: a moderated mediation analysis of emotional distress in advanced cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 47(1), 71-81. <https://doi.org/10.1007/s10865-023-00419-5>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Tang, W. Z., Mangantig, E., Iskandar, Y. H. P., Cheng, S. L., Yusuf, A., & Jia, K. (2024). Prevalence and associated factors of psychological distress among patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 14(9), e077067. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077067>
- Weibflog, G., Ernst, J., Esser, P., Platzbecker, U., Vucinic, V., Mehnert-Theuerkauf, A., & Springer, F. (2025). The impact of experiential avoidance on anxiety and depressive disorders in hematological cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 48(2), 394-402. <https://doi.org/10.1007/s10865-025-00553-2>
- Yeoh, S. A., Webb, S., Phillips, A., Li, L. S. K., & Kumar, S. (2024). Psychosocial interventions for ovarian cancer survivors: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 33(1), e6280. <https://doi.org/10.1002/pon.6280>
- Zhang, Y., Zhang, X., Zhang, X., Duan, Y., & Tao, Y. (2025). Effectiveness of Managing Cancer and Living Meaningfully Therapy on Health-Related Outcomes for Patients with Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22(2), e70023. <https://doi.org/10.1111/wvn.70023>