

Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life of Women with Breast Cancer

Samin Shahosseini¹, Mohammad Reza Bayat^{2*}, Mohsen Nazarifar³

1- Department of Counseling, Ar.C., Islamic Azad University, Arak. Iran.

2- Department of Psychology, An.C., Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.

3- Department of Psychology and Counseling, Faculty of Humanities, Arak University, Arak, Iran.

Corresponding Author: Mohammad Reza Bayat, Department of Psychology, An.C., Islamic Azad University, Andimeshk, Iran.

Email: Mr.bayat1354@iau.ac.ir

Received: 2026/08/2

Accepted: 2026/09/16

Abstract

Introduction: Women with breast cancer face numerous physical, psychological, social, and economic challenges that can substantially impair their quality of life. The present study aimed to compare the effectiveness of Emotion-Focused Therapy (EFT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in improving the quality of life of women with breast cancer.

Methods: This study employed a quasi-experimental design with pretest, posttest, a control group, and a two-month follow-up. The study population consisted of all women with breast cancer who attended hospitals in Tehran, Iran, during 2025. A total of 45 participants who met the inclusion criteria were recruited using convenience sampling and were randomly assigned to three groups (n= 15 each): an Emotion-Focused Therapy group, an Acceptance and Commitment Therapy group, and a control group. Following the pretest assessment, participants in the two intervention groups received eight 90-minute sessions of their respective psychological interventions, whereas the control group received no intervention. Posttest and two-month follow-up assessments were subsequently conducted. Quality of life was measured using the 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Data were analyzed using mixed-design analysis of variance (mixed ANOVA) with SPSS version 26.

Results: The findings demonstrated that quality-of-life scores increased significantly in both the Emotion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy groups compared with the control group from pretest to posttest and follow-up ($p \leq 0.05$). However, no statistically significant difference was found between the two intervention groups in terms of treatment effectiveness.

Conclusion: The findings suggest that both Emotion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective in improving the quality of life of women with breast cancer. Therefore, mental health professionals, particularly psychotherapists working with patients diagnosed with cancer, are encouraged to incorporate these evidence-based interventions into clinical practice to enhance patients' psychological well-being and quality of life. In addition, healthcare policymakers and administrators are encouraged to improve access to evidence-based psychological services for women with breast cancer.

Keywords: Emotion-Focused Therapy; Acceptance and Commitment Therapy; Quality of Life; Breast Cancer.

How to cite this article: Samin Shahosseini, Mohammad Reza Bayat, Mohsen Nazarifar, Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Quality of Life of Women with Breast Cancer, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR). 2026. P: 58-69. (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان

ثمین شاه حسینی^۱، محمدرضا بیات^{۲*}، محسن نظری فر^۳

۱- گروه مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد اندیشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیشک، ایران.

۳- گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه اراک، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: محمدرضا بیات، گروه روانشناسی، واحد اندیشک، دانشگاه آزاد اسلامی، اندیشک، ایران
ایمیل: Mr.bayat1354@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۶/۲۵

چکیده

مقدمه: زنان مبتلا به سرطان پستان با چالش‌های متعدد جسمانی، روان‌شناختی، اجتماعی و اقتصادی مواجه‌اند که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را به طور چشمگیری کاهش دهد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود. از میان آنان، ۴۵ نفر بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره شامل درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش طی هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخلات درمانی مربوطه را دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. سپس پس‌آزمون و دو ماه بعد آزمون پیگیری اجرا شد. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه SF-36 سنجیده شد و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که کیفیت زندگی در هر دو گروه درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری افزایش یافت ($p \leq 0/05$). با این حال، تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی دو رویکرد درمانی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر هستند. از این رو، به متخصصان سلامت روان، به‌ویژه درمانگران فعال در حوزه سرطان، توصیه می‌شود از این مداخلات برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران استفاده کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران و مسئولان نظام سلامت، زمینه دسترسی گسترده‌تر این بیماران به خدمات روان‌شناختی مبتنی بر شواهد را فراهم سازند.

کلیدواژه‌ها: درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سرطان پستان.

مقدمه

سرطان یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی جهان و دومین عامل مرگ‌ومیر محسوب می‌شود و بار جسمی، روانی و اقتصادی قابل توجهی بر بیماران، خانواده‌ها و نظام سلامت تحمیل می‌کند (۱،۲). در ایران نیز سرطان سومین عامل مرگ‌ومیر است و پیش‌بینی می‌شود میزان بروز آن تا سال ۲۰۴۰ حدود ۲۳ درصد افزایش یابد (۳،۴). در این میان، سرطان پستان از شایع‌ترین سرطان‌ها در زنان است و در ایران نیز با بروز و سن ابتلای پایین‌تری نسبت به میانگین جهانی، به یک چالش مهم بهداشتی تبدیل شده است (۵،۶). عوامل خطر این بیماری شامل عوامل غیرقابل تغییر و قابل تغییر، از جمله سابقه خانوادگی، جهش‌های ژنتیکی، چاقی، مصرف دخانیات و کم‌ تحرکی است (۷). ابتلا به سرطان علاوه بر کاهش سلامت جسمانی، سلامت روان بیماران را نیز تحت تأثیر قرار داده و مشکلات روان‌شناختی از عوامل مهم کاهش کیفیت زندگی آنان، به‌ویژه زنان، محسوب می‌شود (۸،۹). شواهد نشان می‌دهد اختلالات روان‌شناختی پس از تشخیص سرطان شیوع قابل توجهی دارند و اضطراب، مشکلات سازگاری و اختلالات خلقی از شایع‌ترین آنها هستند (۱۰). افزون بر این، بسیاری از بیماران با مشکلات فراتشخیصی نظیر یأس، اضطراب مرگ، اضطراب سلامت، فقدان معنا و پریشانی وجودی مواجه‌اند که در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران گزارش شده و می‌توانند از طریق تأثیر بر رفتارها و سازگاری روانی، کیفیت زندگی آنان را کاهش دهند (۱۱،۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر و همچنین سبک زندگی ناسالم، از عوامل مرتبط با افزایش خطر ابتلا به سرطان هستند و برخی از این رفتارهای پرخطر حتی پس از تشخیص بیماری نیز ممکن است ادامه یابند (۱۳-۱۶). علاوه بر این، کیفیت خواب پایین، عادات غذایی ناسالم و کم‌تحرکی از مشکلات شایع در بیماران مبتلا به سرطان هستند (۱۷-۱۹). مجموعه این عوامل، در کنار پیامدهای جسمی بیماری، می‌تواند به کاهش استقلال، احساس ناکارآمدی و نااطمینانی، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی و مشکلات اقتصادی منجر شده و در نهایت کیفیت زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد (۲۰-۲۳). از این‌رو، توجه به مداخلات روان‌شناختی با هدف ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ضروری است. بر همین اساس، پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان

هیجان‌مدارو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان می‌پردازد. یکی از درمان‌هایی که در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته درمان هیجان‌مدار است. درمان هیجان‌مدار بر این اصل استوار است که تغییر هیجان‌های ناسازگار نه از طریق تغییر افکار یا یادگیری مهارت‌های جدید، بلکه با فعال‌سازی هیجان‌های سازگارتر امکان‌پذیر است (۲۴). این رویکرد که تلفیقی از درمان‌های فردمحور، گشتالت و وجودی است، هیجان‌ها را نشانه‌هایی برای درک موقعیت‌ها و نیازها می‌داند؛ هیجان‌های انطباقی اولیه ما را به سوی کنش‌های سالم هدایت می‌کنند، در حالی که هیجان‌های ناسازگار اولیه پاسخ‌هایی هستند که کاربرد پیشین خود را از دست داده‌اند (۲۵). هدف درمان کمک به مراجعان برای پردازش هیجانی این احساسات ناسازگار و تبدیل آن‌ها به پاسخ‌های تطبیقی از طریق مراحل پذیرش، تنظیم، معنابخشی و تبدیل هیجان‌هاست، فرآیندی که با ایجاد روابط امن و روایت‌های مثبت پشتیبانی می‌شود (۲۶). در کنار درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یک رویکرد فرا-تشخیصی و مبتنی بر شواهد است که با تلفیق ذهن‌آگاهی، پذیرش و تغییر رفتار، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. این درمان به جای تغییر محتوای افکار (همانند شناخت‌درمانی سنتی)، بر تغییر رابطه با افکار و احساسات دشوار تأکید دارد و پذیرش آن‌ها را در کنار حرکت به سوی زندگی ارزشمند ترویج می‌کند (۲۷).

همانطور که گفته شد سرطان در زنان به‌ویژه در زنان ایرانی در حال افزایش و سن شروع ابتلا کاهش یافته است. افراد مبتلا با مشکلاتی جسمانی و روانشناختی متعددی روبرو هستند که در کنار مسائل مالی که هزینه زیادی بر دوش تمامی اعضای خانواده تحمیل می‌کند، کیفیت زندگی افراد مبتلا را به صورت جدی تحت تأثیر قرار می‌دهد. بنابراین این زنان نیازمند مداخلات درمانی برای بهبود کیفیت زندگی هستند که مداخلات روان‌درمانی یکی از روش‌های اثربخشی و بدون عوارض می‌باشد. با این وجود عمده تمرکز مطالعات قبلی بر رویکردهای روان‌درمانی رایج مانند درمان شناختی-رفتاری بوده و بیشتر بر اختلالات رایج این افراد مانند افسردگی و اضطراب پرداخته‌اند و سهم مطالعات مربوط به کیفیت زندگی مبتلایان پایین بوده است. همچنین از طریق مقایسه انواع درمان‌های می‌توان نه تنها

جدول اعداد تصادفی، ۴۵ شرکت کننده انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه تقسیم شدند. این روش تضمین کننده تعادل گروه‌ها و کاهش سوگیری انتخاب است. همچنین از جمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به تشخیص قطعی ابتلا به سرطان پستان با ارائه مدارک پزشکی، سکونت در شهر تهران، زن بودن، در بازه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال بودن، حداقل تحصیلات سیکل برای پاسخ‌دهی به سوالات پرسشنامه‌ها، اتمام مرحله اصلی درمان‌های تهاجمی (جراحی، شیمی درمانی، رادیودرمانی) برای حداقل یک ماه و حداکثر ۲ سال، عدم سابقه بیماری روانپزشکی منجر به بستری، عدم مصرف داروهای روانپزشکی طی سه ماه گذشته و رضایت آگاهانه جهت مشارکت در پژوهش اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود، عدم پاسخ‌دهی به دقیق کامل به سوالات پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از ۲ جلسه در طی جلسات درمانی و انصراف از ادامه همکاری از جمله مهم‌ترین ملاک‌های خروج از مطالعه بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای قانونی و اخلاقی از دانشگاه و هماهنگی لازم با مسئولین بیمارستان، در ابتدا اهداف پژوهش و شرایط مشارکت در پژوهش بیان شد. سپس از میان واجدین شرایط افرادی که تمایل به مشارکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند. جهت افزایش تمایل به مشارکت در پژوهش نه تنها به مشارکت کنندگان این اطمینان خاطر داده شد که کلیه اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت خواهد شد و هیچ‌کدام از مسئولین بیمارستان و دانشگاه دسترسی به پاسخ‌های آنها نخواهند داشت، بلکه به قید قرعه پس از پایان پژوهش به ۳ نفر از مشارکت کنندگان هدیه‌ای داده خواهد شد. سپس تعداد ۴۵ نفر در ۳ گروه ۱۵ نفر انتخاب شدند. انتخاب اعضا به صورت تصادفی ساده بود به این صورت که همه از شانس برابر برخوردار بودند و همه اسامی شرکت کنندگان در داخل گوی قرعه‌کشی قرار گرفت. تعداد ۱۵ نفر اول برای گروه آزمایش درمان هیجان‌مدار (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای)، ۱۵ نفر دوم به عنوان گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و ۱۵ نفر باقی مانده در گروه کنترل قرار گرفتند. سپس پیش‌آزمون به عمل آمد و کلیه شرکت کنندگان به پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. سپس جلسات درمانی شروع شد. بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون اجرا و

اثربخشی رویکردهای درمانی را سنجید بلکه بدین وسیله درمان برتر نیز شناسایی می‌شود. در جست‌وجوهای انجام شده تعداد بسیار اندکی از مطالعات به مقایسه رویکردهای درمانی در زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخته‌اند و هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی این دو درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان نپرداخته بود. بنابراین این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان ۲۵ تا ۴۵ ساله مبتلا به سرطان پستان ساکن شهر تهران در سال ۱۴۰۴ بود که به مراکز درمانی تخصصی سرطان شهر تهران شامل بیمارستان امام خمینی منطقه ۱۰، بیمارستان شهدا تجریش در منطقه ۱، بیمارستان امام حسین ع در منطقه ۷، بیمارستان ۵۰۱ ارتش در منطقه ۶، بیمارستان بعثت در منطقه ۱۵، بیمارستان حضرت رسول در منطقه ۵، بیمارستان مدرس سعادت آباد در منطقه ۲ و بیمارستان شهدای هفتم تیر شهر ری واقع در منطقه ۲۰ مراجعه کرده بودند. این جامعه با تمرکز بر زنان در سنین باروری انتخاب شد تا نمایندگی مناسبی از جمعیت هدف داشته باشد، با توجه به اینکه این گروه اغلب با چالش‌های روان‌شناختی منحصربه‌فردی مانند نگرانی‌های مربوط به باروری، تصویر بدنی و مسائل جنسی مواجه هستند. حجم نمونه پژوهش بر اساس تحلیل قدرت آماری با استفاده از نرم‌افزار G*Power تعیین شد. با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰,۰۵، قدرت آماری ۰,۸۰، اندازه اثر متوسط ($f=0.25$) برای تحلیل واریانس مختلط، سه گروه (دو آزمایش و یک کنترل)، سه اندازه‌گیری مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و همبستگی درون‌گروهی ۰,۵۰، حجم نمونه تقریبی ۴۵ نفر (۱۵ نفر در هر گروه) محاسبه شد. این حجم برای شناسایی اثرات متوسط تا بزرگ کافی است و با محدودیت‌های عملیاتی پژوهش‌های بالینی همخوانی دارد.

روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس با تخصیص تصادفی بود. ابتدا از میان مراجعان واجد شرایط در مراکز مذکور، افراد بالقوه شناسایی شدند. سپس، با استفاده از

زیرمقیاس‌ها دو زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. نمره‌دهی این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای انجام می‌شود (از کاملاً موافقم نمره ۵ تا اصلاً موافق نیستم نمره ۱). حداقل نمره آزمودنی در این پرسشنامه ۳۶ و حداکثر ۱۸۰ می‌باشد که نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر هستند. این مقیاس در مطالعات متعددی مورد ارزیابی روانسنجی قرار گرفته است. بارنت (۲۰۲۴)، گزارش داد که ضریب آلفای کرونباخ برای هشت زیرمقیاس معمولاً بالاتر از ۰٫۷۰ است، که نشان‌دهنده پایایی خوب است (۲۸). در مطالعه محمدی و همکاران (۱۴۰۳)، پایایی این ابزار به روش الفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد که حکایت از پایایی مناسب این ابزار داشت (۲۹).

بعد از دو ماه از اتمام درمان‌ها آزمون پیگیری به عمل آمد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) ابتدا ارائه گردید، سپس برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس مختلط با عوامل بین‌گروهی (نوع گروه) و درون‌گروهی (زمان) استفاده شد. پرسشنامه کیفیت زندگی: پرسشنامه SF 36 یکی از ابزارهای معتبر و پرکاربرد برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت است. این مقیاس ۳۶ سؤال دارد و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ الی ۱۰ ماده است. ۸ زیرمقیاس این پرسشنامه عبارت‌اند از: عملکرد جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت جسمی، اختلال نقش به خاطر سلامت هیجانی، انرژی / خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. همچنین از ادغام

جدول ۱: پروتکل درمان هیجان‌مدار (اقتباس از تیمولاک و مک-الوانی، ۲۰۱۶) (۳۰)

جلسه	اهداف	محتوا
۱	ایجاد و حفظ رابطه همدلانه با تمرکز بر تجربیات سرطان پستان	آشنایی و برقراری رابطه درمانی برای ایجاد احساس امنیت در بیماران مبتلا به سرطان پستان، آشنایی با قوانین کلی درمان، ارزیابی ماهیت مشکلات مرتبط با بیماری مانند ترس از عود، اضطراب تشخیص و تغییرات جسمانی، ارزیابی اهداف و انتظارات از درمان با توجه به چالش‌های روان‌شناختی مانند تصویر بدنی و کیفیت زندگی.
۲	تقویت خودآسیب‌پذیر و افزایش آگاهی از هیجان مرتبط با سرطان پستان	درک معنای تجربه بیماری و درمان سرطان پستان برای ایجاد روایت منسجم در زندگی، افزایش عاملیت و اعتماد به نفس در مواجهه با چالش‌های جسمانی و روانی مانند ماستکتومی یا شیمی‌درمانی، دستیابی به ظرفیت‌های تنظیم هیجانی برای مقابله با ترس از عود و پریشانی عاطفی، ایجاد درون‌فکنی و خودگویی مثبت برای خلق خودپنداره مثبت با تمرکز بر پذیرش تغییرات بدنی.
۳	توسعه راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت‌تر برای مدیریت استرس سرطان	آموزش و توسعه راهبردهای سازنده و سازگارانه تنظیم هیجان برای رویارویی با مشکلات مرتبط با سرطان پستان مانند خستگی مزمن، اضطراب درمان و مسائل باروری، کمک به بیماران برای کنترل و مدیریت هیجانات منفی ناشی از تشخیص دیر هنگام یا عوارض جانبی درمان.
۴	کار از طریق دوبارگی اضطراب مرتبط با ترس از عود سرطان	شناسایی و کار روی اضطراب ثانویه ناشی از ترس از بازگشت سرطان پستان، شناسایی پاسخ‌های هیجانی واکنشی ثانویه مانند اجتناب از معاینات، مدیریت نشانگرها و تسهیل دسترسی به احساسات هسته‌ای زیربنایی مانند غم از دست دادن سلامت یا خشم نسبت به بیماری.
۵	خنثی کردن یا بی‌اثر کردن برخورد منفی با خود و خودبازداری ناشی از تغییرات بدنی	شناسایی خود نگران و سرزنشگر برای تصحیح برخورد منفی با خود به دلیل تغییرات تصویر بدنی در سرطان پستان، شناسایی دوبارگی خودانتقادگر و خودبازداری برای افزایش دستیابی به پذیرش و شفقت به خویش، با تمرکز بر کاهش احساس شرم و انزوا ناشی از ماستکتومی یا ریزش مو.
۶	حل و فصل آسیب‌های هیجانی مرتبط با تجربیات سرطان پستان	شناسایی آسیب در دلبستگی اولیه و منابع عمیق اضطراب نشان‌های ناشی از تشخیص سرطان پستان، شناسایی تکالیف ناتمام مانند پردازش غم از دست دادن پستان یا باروری، شناسایی درد هسته‌ای، دسترسی و ابراز هیجان خشم نسبت به بیماری یا سیستم درمانی.
۷	خودتسکینی مراجع با تمرکز بر چالش‌های سرطان پستان	ارتقای توانایی مراجع در دریافت تجربه هیجانی و شفقت به خویش در برابر عوارض سرطان مانند درد مزمن و خستگی، آموزش خودتسکینی فیزیولوژیکی، مقابله‌ای و تبدیلی برای مدیریت پریشانی عاطفی، افزایش ظرفیت تنظیم هیجان و خودتسکین‌دهی نهفته با توجه به نیازهای بازماندگان مانند بهبود کیفیت زندگی.
۸	تحکیم یک روایت جدید با تأکید بر تاب‌آوری در سرطان پستان	تثبیت معنای جدید از تجربه سرطان پستان، توانایی تأمل در تجربیات و ایجاد روایت جدید در هویت با تمرکز بر رشد پس از سانحه، افزایش تاب‌آوری و هیجان سازگار اولیه برای سازگاری با زندگی پس از درمان و کاهش ترس از عود.

جدول ۲: جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اقتباس از هیز و همکاران، ۲۰۱۶) (۳۱)

جلسه	اهداف	محتوا
۱	آشنایی با قوانین و کلیاتی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر تجربیات سرطان پستان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر مدیریت چالش‌های روان‌شناختی مانند ترس از عود، اضطراب تشخیص و تغییرات تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سرطان پستان.
۲	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی مرتبط با سرطان پستان	سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، استخراج تجربه اجتناب (مانند اجتناب از فکر کردن به عود بیماری)، آمیختگی (مانند باورهای منفی درباره بدن پس از درمان) و ارزش‌های فرد در زندگی پس از سرطان. تهیه فهرستی از مزایا، معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات مرتبط با بیماری مانند پریشانی عاطفی و کاهش کیفیت زندگی.
۳	اجرای فنون درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی برای مدیریت استرس سرطان	بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی مانند عوارض شیمی‌درمانی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی برای جداسازی افکار منفی درباره تصویر بدنی، آگاهی روانی برای تمرکز بر لحظه حال و خودتجسمی برای تقویت تاب‌آوری در برابر ترس از عود.
۴	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود) با تمرکز بر هیجانات ناشی از سرطان پستان	بررسی تکالیف خانگی، جدا کردن ارزیابی‌ها از تجربیات شخصی مانند احساس شرم از تغییرات بدنی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود، با استفاده از استعاره قربانی خود برای پردازش احساس قربانی شدن در برابر بیماری.
۵	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی برای پذیرش چالش‌های سرطان	بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه برای مشاهده هیجانات منفی مانند اضطراب درمان بدون غرق شدن در آن‌ها، آموزش فنون ذهن‌آگاهی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی ناشی از خستگی مزمن یا مسائل باروری در بیماران سرطان پستان.
۶	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فنجان بد) برای زندگی با سرطان	بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان مانند روابط خانوادگی یا رشد شخصی پس از سرطان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تهیه فهرستی از موانع پیش‌رو در تحقق ارزش‌ها مانند پریشانی عاطفی و ایجاد هیجان‌های مثبت با استفاده از استعاره فنجان بد برای تنظیم هیجان‌های مرتبط با بیماری.
۷	آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج) در مواجهه با سرطان پستان	بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع مانند ترس از عود ضمن بکارگیری استعاره صفحه شطرنج، برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها مانند بهبود کیفیت زندگی و ایجاد حس معناداری در زندگی پس از درمان، با تمرکز بر افزایش کارآمدی بین‌فردی در روابط حمایتی.
۸	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی برای بازماندگان سرطان	بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت در برابر چالش‌های سرطان پستان مانند رشد پس از سانحه، اجرای پیش‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در دو ماه آینده.

یافته‌ها

بیشتر شرکت کنندگان متأهل (۶۲ درصد)، دارای تحصیلات

کارشناسی (۴۶ درصد) و دارای ۱ فرزند (۵۱ درصد) بودند. در جدول زیر نتایج به صورت کامل گزارش شده است.

در جدول ۳ مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه ارائه شده است. همانطور که از جدول قابل مشاهده است

جدول ۳. نتایج مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان

متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۱۷ / ۳۷/۷۸
	متاهل	۲۸ / ۶۲/۲۲
سطح تحصیلات	سیکل و زیر دیپلم	۴ / ۸/۸۸
	دیپلم و کاردانی	۱۲ / ۲۶/۶۶
	کارشناسی	۲۱ / ۴۶/۶۶
	ارشد/ دکترا	۸ / ۱۷/۸۰
تعداد فرزندان	بدون فرزند	۱۶ / ۳۵/۵۵
	۱ فرزند	۲۳ / ۵۱/۱۱
	۲ و بیشتر	۶ / ۱۳/۳۳
سطح درآمد	کمتر از ۳۰ میلیون	۱۴ / ۳۱/۱۱
	بین ۳۰ تا ۵۰ میلیون	۲۵ / ۵۵/۵۵
	بالتر از ۵۰ میلیون	۶ / ۱۳/۳۳

در جدول ۴ توزیع نرمال داده‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. همانطور که از جدول پایین قابل مشاهده است توزیع داده‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت نرمال توزیع شده است.

جدول ۴. آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر وابسته	مرحله اندازه‌گیری	آزمون شاپیرو-ویلک	سطح معناداری	نتیجه‌گیری
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۰/۹۵۷	۰/۰۹۶	نرمال
	پس‌آزمون	۰/۸۷۳	۰/۰۷۱۸	غیرنرمال
	پیگیری	۰/۹۱۶	۰/۲۹۳	غیرنرمال

جدول ۵. توصیف آماری کیفیت زندگی به تفکیک گروه

زیرمقیاس	زمان	EFT (M±SD)	ACT (M±SD)	گروه کنترل (M±SD)
عملکرد جسمانی	پیش‌آزمون	۵۰/۵۰ ± ۶۸/۹۳	۴/۲۴ ± ۶۹/۰۰	۸/۳۱ ± ۷۰/۴۷
	پس‌آزمون	۴/۹۱ ± ۸۱/۶۰	۵/۲۶ ± ۷۷/۴۰	۴/۵۵ ± ۷۱/۳۳
	پیگیری	۳/۹۹ ± ۸۰/۲۷	۵/۳۸ ± ۷۷/۶۰	۴/۶۶ ± ۷۰/۰۰
محدودیت نقش جسمانی	پیش‌آزمون	۵/۷۶ ± ۶۱/۸۰	۶/۴۷ ± ۵۸/۸۰	۴/۹۱ ± ۶۲/۰۷
	پس‌آزمون	۳/۰۴ ± ۶۹/۱۳	۶/۴۴ ± ۷۰/۲۰	۴/۱۹ ± ۵۹/۸۷
	پیگیری	۴/۷۷ ± ۶۹/۰۷	۵/۰۷ ± ۷۲/۶۷	۵/۵۴ ± ۶۰/۳۳
درد بدن	پیش‌آزمون	۳/۷۵ ± ۵۸/۲۷	۴/۹۹ ± ۵۸/۸۰	۶/۸۸ ± ۵۶/۵۳
	پس‌آزمون	۴/۳۴ ± ۷۰/۶۰	۴/۵۵ ± ۷۱/۴۰	۴/۶۴ ± ۶/۶۷
	پیگیری	۵/۷۸ ± ۶۸/۲۷	۵/۵۷ ± ۶۸/۴۷	۳/۶۴ ± ۵۸/۶۰
سلامت عمومی	پیش‌آزمون	۶/۲۵ ± ۶۴/۳۳	۵/۹۱ ± ۶۴/۷۳	۴/۵۶ ± ۶۲/۷۳
	پس‌آزمون	۳/۷۹ ± ۷۳/۴۰	۵/۹۵ ± ۷۵/۴۰	۷/۱۳ ± ۶۶/۵۳
	پیگیری	۳/۶۰ ± ۷۳/۶۷	۳/۹۹ ± ۷۴/۲۷	۳/۸۴ ± ۶۵/۷۳
سرزندگی	پیش‌آزمون	۴/۷۵ ± ۵۰/۸۷	۳/۱۶ ± ۴۷/۶۰	۵/۷۰ ± ۵۱/۶۰
	پس‌آزمون	۳/۰۲ ± ۶۱/۴۰	۴/۳۲ ± ۶۱/۲۷	۵/۷۲ ± ۵۱/۸۰
	پیگیری	۴/۲۲ ± ۵۸/۹۳	۵/۲۷ ± ۵۹/۷۳	۵/۱۹ ± ۵۰/۵۳
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۳/۹۶ ± ۵۵/۵۳	۵/۹۳ ± ۵۳/۹۳	۵/۲۰ ± ۵۴/۹۳
	پس‌آزمون	۵/۰۴ ± ۶۳/۶۰	۴/۹۵ ± ۶۳/۹۳	۴/۶۴ ± ۵۳/۴۷
	پیگیری	۶/۱۸ ± ۶۳/۶۷	۶/۰۳ ± ۶۳/۴۷	۵/۷۳ ± ۵۵/۸۷
محدودیت نقش عاطفی	پیش‌آزمون	۵/۴۱ ± ۶۵/۴۷	۵/۰۶ ± ۶۳/۹۳	۴/۹۵ ± ۶۲/۲۷
	پس‌آزمون	۲/۹۵ ± ۷۴/۶۰	۵/۱۸ ± ۷۳/۹۳	۴/۳۴ ± ۶۵/۳۳
	پیگیری	۵/۸۴ ± ۷۳/۰۷	۵/۴۵ ± ۷۵/۰۰	۳/۶۹۰ ± ۶۵/۲۷
عملکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۴/۷۱ ± ۷۱/۱۳	۴/۲۱ ± ۶۸/۰۱	۶/۱۲ ± ۶۸/۹۳
	پس‌آزمون	۵/۶۹ ± ۸۰/۰۷	۴/۷۱ ± ۸۰/۷۳	۳/۵۶ ± ۷۰/۴۰
	پیگیری	۳/۷۱ ± ۷۷/۰۷	۶/۲۳ ± ۷۸/۰۰	۶/۳۲ ± ۶۹/۴۰
کیفیت زندگی (کل)	پیش‌آزمون	۱۳/۹۴ ± ۴۹۶/۳۳	۱۳/۸۲ ± ۴۸۴/۸۰	۱۸/۴۶ ± ۴۸۹/۵۳
	پس‌آزمون	۱۱/۸۳ ± ۵۷۴/۴۰	۱۴/۸۵ ± ۵۷۴/۲۷	۱۱/۲۰ ± ۴۹۹/۴۰
	پیگیری	۱۴/۷۶ ± ۵۶۴/۰۲	۱۹/۸۱ ± ۵۶۹/۲۰	۱۳/۱۲ ± ۴۹۵/۷۳

و $\eta^2 = 0.937$ تغییرات قابل توجه در زیرمقیاس‌ها را در طول زمان نشان می‌دهد. تعامل زمان * گروه با $F = 3/172$ و $\eta^2 = 0.653$ ، بیانگر آن است که الگوی تغییرات زمانی بسته به نوع درمان متفاوت است. کلیت جدول حمایت قوی از فرضیه تفاوت اثربخشی درمان‌ها بر کیفیت زندگی را فراهم می‌کند.

جدول ۶ اثرات اصلی و تعاملی کیفیت زندگی را بر اساس لامبدای ویلکس خلاصه کرده است. رهگیری با F بسیار بالا (24851.528) و $\eta^2 = 1/000$ نشان‌دهنده تأثیر کلی قوی مدل بر زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی است. اثر گروه با $F = 12/180$ و $\eta^2 = 0.736$ ، تفاوت‌های معنی‌دار بین گروه‌های درمانی (درمان هیجان‌مدار، پذیرش و تعهد، و کنترل) را تأیید می‌کند. اثر زمان با $F = 28/894$

جدول ۶. آزمون چندمتغیره (بین موضوعی و درون موضوعی) کیفیت زندگی

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	Sig.	ضریب ایما
رهگیری	۰/۰۰۱	۲۴۸۵۱/۵۲۸	۸	۳۵	۰/۰۰۱	۱/۰۰۰
گروه	۰/۰۷۰	۱۲/۱۸۰	۱۶	۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳۶
زمان	۰/۰۶۳	۲۴/۸۹۴	۱۶	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
زمان * گروه	۰/۱۲۱	۳/۱۷۲	۳۲	۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۳

دارند (مانند $50,0222$ * برای EFT در مقابل کنترل)، اما بین دو درمان تفاوت نیست ($0,709$).

نتایج جدول ۷ مقایسه‌های پسینی توکی HSD را برای تفاوت‌های میانگین بین گروه‌ها نشان می‌دهد. برای کیفیت زندگی، گروه‌های درمانی با کنترل تفاوت معنی‌دار

جدول ۷. آزمون مقایسه‌های چندگانه توکی برای کیفیت زندگی

متغیر	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	Sig.
کیفیت زندگی	EFT	ACT	۲/۱۵۵۶	۲/۷۱۸۱۰	۰/۷۰۹
		کنترل	۵۰/۰۲۲۲*	۲/۷۱۸۱۰	۰/۰۰۰۱
	ACT	EFT	-۲/۱۵۵۶	۲/۷۱۸۱۰	۰/۷۰۹
		کنترل	۴۷/۸۶۶۷*	۲/۷۱۸۱۰	۰/۰۰۰۱
	کنترل	EFT	-۵۰/۰۲۲۲*	۲/۷۱۸۱۰	۰/۰۰۰۱
		ACT	-۴۷/۸۶۶۷*	۲/۷۱۸۱۰	۰/۰۰۰۱

بحث

کیفیت زندگی بیماران دارای درد مزمن (۳۲) اثربخشی داشته باشد. مطالعه کمپار و همکاران (۲۰۱۳)، نیز اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کیفیت زندگی نوجوانان دارای اختلال خوردن را نشان داد (۳۳). پژوهش داخلی عرفانیان و همکاران (۱۴۰۳)، نیز حکایت از آن داشت که درمان هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت زندگی زنانی که تجربه سقط مکرر داشته‌اند، اثربخش بوده است (۳۴).

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه اثربخشی دارد. نتایج مطالعات مشابه اخیر نیز اثربخشی این درمان را در گروه‌های مشابه نشان داد. به عنوان مثال در مطالعه لی و همکاران (۲۰۲۲)، نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان در بهبود کیفیت زندگی مبتلایان اثربخشی داشته‌اند، اما تفاوتی از لحاظ میزان اثربخشی بین دو درمان مشاهده نشد که به معنای آن است دو رویکرد درمانی مزیتی نسبت به یکدیگر برای بهبود کیفیت زندگی از خود نشان نداده‌اند. نتایج جست‌وجوها نشان داد که مطالعات خارجی مشابهی که اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه سنجیده باشد، یافت نشد با این وجود مطالعه چاولا و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند در بهبود

بیماران مبتلا به سرطان ریه اثربخشی دارد (۳۵). همچنین مطالعه رویز و همکاران (۲۰۲۳)، نیز نشان داد که کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های عضلانی و ماهیچه‌ای پس از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته است (۳۶). پژوهش صحراییان و همکاران (۱۴۰۳)، نیز نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش کیفیت زندگی افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد اثربخشی داشته است (۳۷). با این وجود مطالعه که به مقایسه اثربخشی این دو درمان در بهبود کیفیت زندگی پرداخته باشد، یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان هیجان‌مدار می‌توان گفت که این درمان با مکانیسم اصلی پردازش، سازماندهی مجدد و تحول هیجان‌های ناسازگار مستقیماً به هسته هیجانی این تجربه می‌پردازد. این رویکرد از طریق تکنیک‌های تجربی به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌ات اولیه (مانند غم یا ترس آسیب‌پذیری) را شناسایی، ابراز و تبدیل کنند. این فرآیند «تغییر هیجان با هیجان»، بار هیجانی را به‌طور اساسی کاهش داده و به‌طور مستقیم بر بهبود ابعاد روانی (کاهش پریشانی) و اجتماعی (افزایش تمایل به تعامل) کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۳۲). به بیان دیگر، EFT با رفع مانع هیجانی اصلی، بهبودی سریع‌تری در ادراک ذهنی از رفاه ایجاد می‌کند. در مقابل، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق فرآیندهای شش‌گانه‌ای مانند پذیرش، گسلش شناختی و عمل متعهدانه ارزش‌محور تمرکز دارد (۳۶). این رویکرد به بیماران می‌آموزد که رابطه خود را با افکار و احساسات دشوار تغییر دهند و همزمان، اقداماتی همسو با ارزش‌های شخصی خود انجام دهند. بهبود کیفیت زندگی در ACT بیشتر یک پیامد غیرمستقیم حاصل از زندگی ارزش‌محور و پذیرش تجارب درونی است. این فرآیند ممکن است به ویژه بر ابعادی مانند عملکرد عمومی و پذیرش محدودیت‌های جسمانی تأثیری پایدار بگذارد. بنابراین، عدم تفاوت معنادار کلی را می‌توان ناشی از مکانیسم‌های عمل متفاوت اما مؤثر هر دو درمان دانست که هر کدام از مسیر خاص خود بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند. ممکن است EFT از طریق کاهش مستقیم پریشانی هیجانی، و ACT از طریق افزایش تاب‌آوری و معنا بخشیدن به تجربه بیماری، هر دو به نتیجه مشابهی در نمره کلی کیفیت زندگی منجر شده باشند. همچنین، اثر تعامل زمان و گروه حاکی از آن است که الگوی تغییرات در طول زمان برای هر درمان

متفاوت است، که می‌تواند نشان‌دهنده این باشد که هر کدام در بازه‌های زمانی مختلف یا بر جنبه‌های خاصی از کیفیت زندگی تأثیر قوی‌تری دارند. این یافته بر غنای رویکردهای روان‌درمانی موجود و اهمیت انتخاب یا تلفیق درمان بر اساس نیازهای خاص هر بیمار تأکید می‌کند. از سوی دیگر برتری معنادار درمان هیجان‌مدار نسبت به گروه کنترل را می‌توان ناشی از ماهیت هیجان‌محور و تجربی این رویکرد دانست که مستقیماً با چالش اصلی بیماران سرطانی، یعنی هیجان‌ات ناسازگار و فروخورده (مانند ترس، غم و شرم) مواجه می‌شود. در حالی که گروه کنترل (در لیست انتظار یا مراقبت معمول) فاقد هرگونه مداخله ساختاریافته برای پردازش این هیجان‌ات است، EFT با ایجاد فضایی امن برای ابراز، بازشناسی و سازماندهی مجدد هیجان‌ات، به کاهش فوری پریشانی روانی و افزایش احساس آرامش و امنیت درونی منجر می‌شود (۳۳). این کاهش بار هیجانی، به صورت مستقیم بر ابعاد روانی کیفیت زندگی (کاهش افسردگی و اضطراب) و نیز تمایل به برقراری مجدد ارتباطات اجتماعی تأثیر می‌گذارد. بنابراین، این درمان با رفع مانع هیجانی اصلی، مسیر بهبود کیفیت زندگی را که در گروه کنترل مسدود یا کند بود، به طور چشمگیری تسهیل می‌کند. در نهایت اثربخشی برتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل، عمدتاً از طریق مکانیسم‌های پذیرش فعال و عمل متعهدانه قابل تبیین است. بیماران در گروه کنترل، غالباً در چرخه مبارزه و اجتناب از افکار، احساسات و حس‌های جسمانی ناخوشایند ناشی از بیماری و درمان گرفتار می‌شوند که منجر به تخریب بیشتر کیفیت زندگی می‌گردد. در مقابل، ACT به بیماران می‌آموزد که به جای جنگ فرساینده با واقعیت‌های غیرقابل تغییر بیماری، با آنها با گشودگی و کنجکاوی مواجه شوند (۳۷). مهارت‌هایی مانند گسلش شناختی، به افراد کمک می‌کند از همدات‌پنداری با افکار منفی فاصله بگیرند و تعیین ارزش‌ها و اقدام بر مبنای آنها، حتی در حضور ناراحتی، به زندگی آنان معنا و جهت می‌بخشد. این فرآیندها منجر به افزایش تاب‌آوری، کاهش درماندگی و افزایش احساس کنترل روان‌شناختی می‌شود، عواملی که در گروه کنترل به دلیل عدم دسترسی به این چارچوب نظری و مهارت‌های عملی، محقق نشده و در نتیجه بهبودی در کیفیت زندگی مشاهده نمی‌گردد.

سرطان پستان اثربخشی داشته‌اند، ولی تفاوتی از لحاظ میزان اثربخشی بین این دو درمان یافت نشد. از این رو به کلیه روان درمانگرانی که دارای مراجعین مبتلا به سرطان هستند توصیه می‌شود که با بهره‌گیری از این دو رویکرد نه تنها کیفیت زندگی مراجعین را افزایش دهند بلکه از این طریق زمینه بهبود بهداشت روانی را نیز در آنها فراهم کنند. همچنین به کلیه مسئولان و سیاست‌گذاران حیطه سلامت توصیه می‌شود که زمینه دریافت خدمات سلامت روان را برای مبتلایان به سرطان فراهم کنند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه سعی شده است که کلیه اصول اخلاقی از جمله رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت شده است. همچنین این مطالعه دارای تاییده کمیته اخلاق با کد IR.IAU.ARAK.REC.1404.241 می‌باشد

سیاسگزاری

نویسندگان برخود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در این مطالعه آنها را یاری کردند از جمله شرکت‌کنندگان در مطالعه و مسئولان بیمارستان‌ها که زمینه اجرای پژوهش را فراهم کردند، کمال تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

نویسندگان این مطالعه تضادی گزارش نکردند.

References

1. Berrington de Gonzalez A, Gunter MJ, Schubauer-Berigan MK, Garcia-Closas M. The multidimensional role of cancer epidemiology in cancer prevention: discovery science and beyond. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2026 ;118(1):18-25. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaf200>
2. Rezaei M, Keyvanloo Shahrestanaki S, Mohammadzadeh R, Aghili MS, Rajabi M, Abbasi M, Khachian A, Momen R, Khavassi M, Aghaei S. Caregiving consequences in cancer family caregivers: a narrative review of qualitative studies. Frontiers in Public Health. 2024 ;12:1334842. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1334842>
3. Jorjani G, Roshandel G, Taherian MR, Mirbehbahani N, Moaddabshoar L, Ahmadi

این مطالعه دارای محدودیت‌های خاص خود بوده که باید نتایج آن با احتیاط تفسیر شود. در ابتدا اینکه نمونه صرفاً از میان زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده و مردان را در نظر نگرفته و همچنین زنان مبتلا به سایر انواع سرطان را مورد بررسی قرار نداده است. از طرفی نمونه مورد بررسی تنها شامل زنان با گروه‌های سنی ۲۵ تا ۴۵ سال می‌باشد؛ در حالی که میزان ابتلا به سرطان پستان در زنان بالای ۴۵ بالا می‌باشد. به علاوه آزمودنی‌ها تنها از شهر تهران انتخاب شده بودند و ممکن است نتایج در سایر شهرهای کشور به ویژه با فرهنگ و مذهب متفاوت یکسان نباشد. جهت رفع محدودیت‌های موجود توصیه می‌شود که در مطالعات آتی مردان مبتلا به سرطان سینه را نیز مورد بررسی قرار دهد و جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج افراد مبتلا به سایر انواع سرطان‌ها را مورد بررسی قرار دهند. همچنین افراد با دامنه سنی بالاتر از ۴۵ سال را نیز مورد بررسی قرار دهند. در نهایت اینکه پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی در سایر شهرهای کشور به ویژه با بافت فرهنگی و مذهبی متفاوت انجام شود تا اثربخشی این درمان و میزان حساسیت آن به سایر فرهنگ‌ها نیز مشخص شود.

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به

- A, Salavati F, Nazari SS, Vahidi M, Etemad K. Epidemiology and geographical patterns of common childhood cancers in Iran: Evidence from the National Cancer Registry. Cancer Epidemiology. 2024 ;93:102685. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102685>
4. Ebadi AG, Alp ES. Cancer Trends in Iran: Epidemiology, Risk Factors, and Preventive Strategies: Cancer Burden and Prevention in Iran. Eurasian Journal of Medical and Biological Sciences. 2025 ;5(1):58-62. <https://doi.org/10.54235/27382737-2025.v5.2-13>
5. Elhawary NA, Ekram SN, Sembawa HA, Tashkandi E, Bannani S, Azher ZA, Abumansour IS, Almuqati RM, Attieh R, Sindi IA, Almutrafi M. Descriptive epidemiology of female breast cancer around the world: incidence, mortality,

- and sociodemographic risks and disparities. *International Journal of Environmental Health Research*. 2025 ;35(12):3648-62. <https://doi.org/10.1080/09603123.2025.2492826>
6. Sanaat Z, Dolatkah R. Epidemiologic profile of breast cancer in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2024; 26:101537. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101537>
7. Wang H, Tang R, Jiang L, Jia Y. The role of PIK3CA gene mutations in colorectal cancer and the selection of treatment strategies. *Frontiers in pharmacology*. 2024 ;15:1494802. <https://doi.org/10.3389/fphar.2024.1494802>
8. Fereidouni Z, Abnavi SD, Ghanbari Z, Gashmard R, Zarepour F, Samani NK, Sharma AR, Ghasemi A. The impact of cancer on mental health and the importance of supportive services. *Galen Medical Journal*. 2024 ;13:e3327. <https://doi.org/10.31661/gmj.v13i.3327>
9. Vehling S, Mehnert-Theuerkauf A, Philipp R, Härter M, Kraywinkel K, Kuhnert R, Koch U. Prevalence of mental disorders in patients with cancer compared to matched controls-secondary analysis of two nationally representative surveys. *Acta Oncologica*. 2022 ;61(1):7-13. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2021.1992008>
10. Mehnert A, Brähler E, Faller H, Härter M, Keller M, Schulz H, Wegscheider K, Weis J, Boehncke A, Hund B, Reuter K. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities. *Journal of Clinical Oncology*. 2014 ;32(31):3540-6. <https://doi.org/10.1200/JCO.2014.56.0086>
11. Xue K, Shang J, Yang C, Pan L, Shi H, Zuo C, Zeng Y. Death anxiety among patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2026;82(6):6916-26. <https://doi.org/10.1111/jan.70318>
12. Arem H, Mama SK, Duan X, Rowland JH, Bellizzi KM, Ehlers DK. Prevalence of healthy behaviors among cancer survivors in the United States: how far have we come?. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2020 ;29(6):1179-87. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-19-1318>
13. Caliri AW, Tommasi S, Besaratinia A. Relationships among smoking, oxidative stress, inflammation, macromolecular damage, and cancer. *Mutation Research/Reviews in Mutation Research*. 2021 ;787:108365. <https://doi.org/10.1016/j.mrrev.2021.108365>
14. Choi Y, Rhee H, Flannery M. Health behaviors in adolescent survivors of cancer: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022 ;66:e100-15. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.05.002>
15. Heffner JL, Ton M, Jones SM, Malen RC, Cohen SA, Newcomb PA. Prevalence and correlates of post-diagnosis alcohol use among cancer survivors. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2024 ;33(4):600-7. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-23-1155>
16. Jones KF, Osazuwa-Peters OL, Des Marais A, Merlin JS, Check DK. Substance use disorders among US adult cancer survivors. *JAMA oncology*. 2024;10(3):384-9. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2023.5785>
17. Garland SN, Tulk J, Cotter R, Zhou ES, Daniel LC, Schulte FS, Bender JL, Chalifour K, Eaton G. Understanding sleep quality in a national cohort of young adult cancer survivors: Results from the YACPRIME study. *Sleep Medicine*. 2023 ;109:293-9. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2023.07.017>
18. Park J, Kim J, Shin DW, Shin J, Cho B, Song YM. Factors associated with dietary habit changes in Korean stomach cancer survivors after cancer treatment. *Nutrients*. 2023 ;15(14):3268. <https://doi.org/10.3390/nu15143268>
19. Rodrigues B, Encantado J, Franco S, Silva MN, Carraca EV. Psychosocial correlates of physical activity in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Cancer Survivorship*. 2025 ;19(4):1385-402. <https://doi.org/10.1007/s11764-024-01559-6>
20. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, Brudniak J. Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. *International journal of environmental research and public health*. 2020 ;17(19):6938. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196938>
21. Rendón AM, Medina Medina A, González CP, Gomez JJ, Limonero JT, Krikorian A. The relationship between suffering, loneliness, social interaction, and perceived symptoms in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 2025 ;33(6):454.

- <https://doi.org/10.1007/s00520-025-09486-7>
22. Moreton J, Kelly CS, Sandstrom GM. Social support from weak ties: Insight from the literature on minimal social interactions. *Social and Personality Psychology Compass*. 2023;17(3):e12729. <https://doi.org/10.1111/spc3.12729>
 23. Geese F, Zwakhalen S, Lucien B, Hahn S. Job satisfaction of advanced practice nurses in cancer care: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*. 2022 ;56:102089. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102089>
 24. Greenman PS, Johnson SM. Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current opinion in psychology*. 2022 ;43:146-50. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
 25. Marren C, Mikoška P, O'Brien S, Timulak L. A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 ;29(5):1611-25. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
 26. Timulak L, Keogh D. Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary* Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2020 ;260:728- <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
 27. Hayes SC, King GA. Acceptance and commitment therapy: What the history of ACT and the first 1,000 randomized controlled trials reveal. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2024 ;33:100809. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100809>
 28. Barnett A. SF-36 health survey. In *Encyclopedia of quality of life and well-being research* 2024 Feb 11 (pp. 6421-6422). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-17299-1_2692
 29. Mohammadi M., Choobforoushzadeh A., Rezapour Mirsaleh Y., Shirovi E. The mediating role of health anxiety on the relationship between health literacy, death anxiety and quality of life. *Positive Psychology Research*, 2024; 10(1): 39-58.
 30. Timulak L, McElvaney J. Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2016; 46(1):41-52. <https://doi.org/10.1007/s10879-015-9310-7>
 31. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford press; 2011.:1-148
 32. Chawla N, Kafescioglu N. Evidence-based couple therapy for chronic illnesses: Enriching the emotional quality of relationships with emotionally focused therapy. *Journal of Family Psychotherapy*. 2012 ;23(1):42-53. <https://doi.org/10.1080/08975353.2012.654080>
 33. Compare A, Calugi S, Marchesini G, Shonin E, Grossi E, Molinari E, Dalle Grave R. Emotionally focused group therapy and dietary counseling in binge eating disorder. Effect on eating disorder psychopathology and quality of life. *Appetite*. 2013 ;71:361-8. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.007>
 34. Erfanian Razaei M, Keshavarzi Arshadi F, Golshani F, Hasani F, Dolatshahi B. Effectiveness of Emotion Focused Therapy on Tolerance of Failure and Marital Quality in Women with Recurrent Miscarriages. *Journal of healthcare management*. 2023 ;14(4):21-34.
 35. Li H, Jin X, Ng MS, Mann KF, Wang N, Wong CL. Effects of acceptance and commitment therapy on fatigue interference and health-related quality of life among patients with advanced lung cancer: a pilot randomized controlled trial. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2022 ;9(8):100102. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.100102>
 36. Rose M, Graham CD, O'Connell N, Vari C, Edwards V, Taylor E, McCracken LM, Radunovic A, Rakowicz W, Norton S, Chalder T. A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy for improving quality of life in people with muscle diseases. *Psychological medicine*. 2023;53(8):3511-24. <https://doi.org/10.1017/S0033291722000083>
 37. Sahraian K, Razeghian Jahromi L, Salehi D, Nasiripoor S, Dehghanzadeh S, Garmsirinezhad S. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Quality of Life and Internal Stigma in Drug Users. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2024;31(4):405-15.