Journal of Anesthesiology and Pain Winter 2026, Vol 17, No 2



Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Treatment Adherence and Self-Compassion in Women with Breast Cancer Experiencing Chronic Pain

Parisa Shahrokhifard[1], Fatemeh Alijani[2*], Vahideh Babakhani[3], Asghar Jafari[4]

1. *Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran*
2. *Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran*
3. *Department of Counseling, Ab.C., Islamic Azad University, Abhar, Iran*
4. *Department of Psychology, University of Kashan, Kashan, Iran*

ABSTRACT

Aim and background: Chronic pain resulting from breast cancer treatment is one of the common and debilitating side effects that can significantly influence treatment adherence and patients' quality of life. The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on treatment adherence and self-compassion in women with breast cancer experiencing chronic pain.

Material and Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group and a three-month follow-up. The statistical sample consisted of 30 women with breast cancer and chronic pain, who were purposefully selected and randomly assigned to two groups of 15 participants each (ACT and control). The experimental group received eight 90-minute sessions of group-based Acceptance and Commitment Therapy. Data collection instruments included the Chronic Pain Grading Scale (Von Korff et al., 1992), the Treatment Adherence Questionnaire (Seyed Fatemi et al., 2013), and the Self-Compassion Questionnaire (Manavipour et al., 2020). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test in SPSS version 25.

Results: The results showed that Acceptance and Commitment Therapy significantly increased the overall score of treatment adherence and its components in the post-test compared to the pre-test ($p < 0.05$), and this increase remained stable at the three-month follow-up. Additionally, self-compassion scores in the experimental group significantly increased compared to the control group ($p < 0.05$), and this effect was maintained at follow-up.

Conclusion: Acceptance and Commitment Therapy is an effective and sustainable intervention for improving treatment adherence and enhancing self-compassion in women with breast cancer experiencing chronic pain. Given the mechanisms of this approach, including increasing psychological flexibility and reducing experiential avoidance, the use of this intervention alongside medical treatments is recommended to improve treatment adherence and quality of life in these patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Breast Cancer, Chronic Pain, Self-Compassion, Treatment Adherence.

Please cite this paper as:
Shahrokhifard P, Alijani F, Baakkhani V, Jafari A. [Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Treatment Adherence and Self-Compassion in Women with Breast Cancer Experiencing Chronic Pain (Persian)]. J Anesth Pain 2026;17(2): 82-95.

Corresponding Author: Fatemeh Alijani, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran
Email: Fa.alijani@iau.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۷ ، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۵

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن

پریسا شاهرخی‌فرد[۱]، فاطمه علیجانی[۲*]، وحیده باباخانی[۳]، اصغر جعفری[۴]

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۳. گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
۴. گروه روان‌شناسی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۱۱ **تاریخ بازبینی: ...** **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۵/۵۰**

چکیده

زمینـه و هـدف: درد مزمـن ناشـی از درمـان سـرطان پسـتان یکـی از عـوارض شـایع و ناتوان‌کننـده اسـت کـه می‌توانـد پیـروی از درمـان و کیفیـت زندگـی بیمـاران را بـه طـور قابل‌توجهـی تحـت تأثیـر قـرار دهـد. پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی اثربخشـی درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـر پیـروی از درمـان و همدلـی خـود در زنـان مبتـلا بـه سـرطان پسـتان بـا تجربـه درد مزمـن انجـام شـد.

مـواد و روش‌هـا: ایـن پژوهـش نیمه‌آزمایشـی بـا طـرح پیش‌آزمون-پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل و پیگیـری سـه‌ماهه بـود. نمونـه آمـاری شـامل ۳۰ زن مبتـلا بـه سـرطان پسـتان بـا درد مزمـن بـود کـه بـه روش هدفمنـد انتخـاب و بـه طـور تصادفـی در دو گـروه ۱۵ نفـری (ACT و کنتـرل) جایگزیـن شـدند. گـروه آزمایـش ۸ جلسـه ۹۰ دقیقـه‌ای درمـان گروهـی مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد دریافـت کـرد. ابزارهـای گـردآوری داده‌هـا شـامل پرسشـنامه میـزان درد مزمـن (ون کـورف و همـکاران، ۱۹۹۲)، پرسشـنامه پیـروی از درمـان (سـید فاطمـی و همـکاران، ۱۳۹۲) و پرسشـنامه همدلـی خـود (معنـوی پـور و همـکاران، ۱۳۹۹) بـود. تحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیـری مکـرر و آزمـون تعقیبـی بنفرونـی در نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۲۵ انجـام شـد.

نتایـج: نتایـج نشـان داد کـه درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد بـه طـور معنـاداری نمـره کلـی پیـروی از درمـان را در مرحلـه پس‌آزمـون نسـبت بـه پیش‌آزمـون افزایـش داد ($p<۰/۰۵$) و ایـن افزایـش تـا مرحلـه پیگیـری سـه‌ماهه پایـدار مانـد. همچنیـن، نمـرات همدلـی خـود در گـروه آزمایـش در مقایسـه بـا گـروه کنتـرل بـه طـور معنـاداری افزایـش یافـت ($p<۰/۰۵$)و ایـن اثـر در پیگیـری نیـز حفـظ شـد.

نتیجه‌گیـری: درمـان مبتنـی بـر پذیـرش و تعهـد مداخلـه‌ای مؤثـر و پایـدار در بهبـود پیـروی از درمـان و افزایـش همدلـی خـود در زنـان مبتـلا بـه سـرطان پسـتان بـا تجربـه درد مزمـن اسـت. بـا توجـه بـه مکانیسـم‌های ایـن رویکـرد، از جملـه افزایـش انعطاف‌پذیـری روان‌شـناختی و کاهـش اجتنـاب تجربـه‌ای، اسـتفاده از ایـن مداخلـه در کنـار درمان‌هـای پزشـکی بـرای بهبـود پایبنـدی بـه درمـان و کیفیـت زندگـی ایـن بیمـاران توصیـه می‌شـود.

واژه‌های کلیدی: پیروی از درمان، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درد مزمن، سرطان پستان، همدلی خود

نویسـنده مسـئول: فاطمه علیجانی، گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

پست الکترونیک: Fa.alijani@iau.ac.ir

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

سرطان (cancer) یکی از غده‌های خطرناکی است که زنان را درگیر می‌کند[۱]. سرطان پستان (breast cancer) از هر سرطان دیگری در میان زنان دارای شیوع بیشتری است و سلامتی آن‌ها را با خطری خطیر مواجه می‌کند و بیماران را با پیامدهای روانشناختی چشمگیری درگیر می‌سازد[۱، ۲]. در ابتدا هنگامی که فرد با تشخیص سرطان روبرو می‌شود دچار شوک و فشار روانی می‌شود و در ادامه نگرانی‌ها و دلهره‌های مختلفی وارد میدان می‌شوند. دلمشغولی‌هایی در مورد وخیم شدن بیماری، ترس از درد، تاثیراتی که بیماری بر بدن او خواهد گذاشت و روابط او را با چالش مواجه خواهد کرد و نگرانی در مورد درمان و پیامدهایی که درمان برای او به می‌آورد[۳].

انواع مختلفی از درد در نتیجه درمان سرطان سینه گزارش شده است که یکی از آنها درد مزمن (chronic pain) است[۴]. درد مزمن ناشی از درمان سرطان پستان یکی از عوارض شایع و ناتوان‌کننده است که می‌تواند سال‌ها پس از اتمام درمان ادامه یابد[۵]. مطالعات نشان داده‌اند که شیوع درد مداوم پس از درمان سرطان پستان حدود ۳۷/۹ درصد است[۵]. درد مزمن درمان‌نشده نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد[۶]، بلکه با کاهش پایبندی به درمان‌های کمکی و افزایش خطر عدم تکمیل درمان همراه است[۷، ۸]. درد مزمن ناشی از درمان‌های سرطان پستان، نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه می‌تواند به طور قابل توجهی بر پیروی از درمان نیز اثرگذار باشد. درد مداوم، بیماران را با چالش‌هایی مانند خستگی، اضطراب و اختلال در فعالیت‌های روزمره روبرو می‌کند که اغلب منجر به کاهش انگیزه برای ادامه رژیم‌های درمانی پیچیده می‌شود[۷]. مطالعات نشان داده‌اند که درد مزمن درمان‌نشده یا به‌خوبی مدیریت‌نشده، با کاهش پایبندی به درمان‌های کمکی (مانند هورمون‌درمانی) و افزایش خطر عدم تکمیل درمان همراه است[۸]. بنابراین، با توجه به شیوع بالای انواع درد پس از جراحی، شیمی‌درمانی و درمان‌های هورمونی، تقویت پیروی از درمان (Treatment Adherence) به عنوان یک عامل کلیدی در مدیریت بهینه بیماری و بهبود پیامدهای بلندمدت ضروری به نظر می‌رسد.

پیروی از درمان به میزان همخوانی رفتار بیمار با توصیه‌های توافق‌شده ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی اشاره دارد[۹]. این مفهوم فراتر از مصرف ساده دارو، شامل ادامه درمان، پیگیری ویزیت‌ها و تغییرات رفتاری است. عدم پیروی از درمان (non-adherence) مشکلی شایع است که منجر به افزایش عوارض بیماری، بستری‌های مکرر، هزینه‌های بالاتر و کاهش کیفیت زندگی می‌شود[۱۰]. عوامل مؤثر بر آن شامل پنج بعد اصلی هستند: عوامل مرتبط با بیمار (مانند باورها، افسردگی و فراموشی)، درمان (پیچیدگی رژیم دارویی)، بیماری (علائم مزمن)، اجتماعی-اقتصادی (هزینه و حمایت) و سیستم بهداشتی (ارتباط پزشک-بیمار)[۱۱]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تقویت رابطه درمانی، آموزش بیمار و مداخلات ساده مانند یادآوری‌ها می‌تواند پیروی را بهبود بخشد. در نهایت، پیروی فعال و مشارکتی نه تنها نتایج بالینی را ارتقا می‌دهد، بلکه به توانمندسازی بیمار در مدیریت سلامت خود کمک می‌کند[۱۲].

یکی دیگر از مواردی که در بیماران مبتلا به سرطان پستان مشاهده می‌شود، نگرانی از تصویر بدنی و عواقب جراحی سرطان پستان می‌باشد[۱۳] که این مسئله می‌تواند بر همدلی خود (self empathy) این افراد تاثیرگذار باشد. برای رسیدن به مفهوم همدلی خود ابتدا باید به معنای همدلی پرداخت. منظور از همدلی، سائق و توانایی فهم حالات، هیجان‌ها و افکار دیگران و پاسخ‌دهی به آن‌ها با هیجان‌های متناسب و همخوان یا به عبارتی توانایی سهیم شدن در احساس‌های دیگران و گرایش به تجربه نیابتی‌حالات‌هیجانی‌آن‌هاست[۱۴]. همدلی خود

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

به معنای داشتن وفاق و یکدلی با خود است. همدلی خود یعنی اتحاد میان تمامی عناصر درون روانی که شامل احساس، شناخت و رفتار است. فرد دارای همدلی خود از انسجام و یکپارچگی درونی برخوردار است و به آنچه در دنیای درونی‌اش می‌گذرد واقف و پذیراست. براساس این تعاریف و برخلاف تصور رایج از این مفهوم، همدلی به عنوان دوست داشتن خود نیست، بلکه در معنای اتحاد و وفاق با خود است. با توجه به این تعریف مفهوم همدلی خود مفهوم جدیدی است[۱۵].

درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بهبود وضعیت روانی بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار رفته است. مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که رویکردهای گوناگونی از جمله درمان شناختی-رفتاری، واقعیت‌درمانی، و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[۱۷، ۱۶] در این زمینه مورد استفاده قرار گرفته‌اند. با این حال، در کنار درمان‌های دارویی و روان‌پزشکی، امروزه مداخلات غیردارویی مؤثر دیگری نیز برای بهینه‌سازی سلامت و پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد توجه قرار گرفته‌اند. در این میان، دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy, ACT) به دلایل نظری و تجربی قانع‌کننده‌ای برای بهبود پیروی از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف افزایش «انعطاف‌پذیری روان‌شناختی» و کاهش «اجتناب تجربه‌ای» طراحی شده است؛ فرایندی که به بیماران کمک می‌کند افکار و احساسات دردناک مرتبط با درمان را بدون جنگیدن با آنها بپذیرند و در عین حال متعهد به رفتارهای همسو با ارزش‌هایشان باقی بمانند[۱۸].

رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش شاخه‌ای از درمان‌های جدید روان‌شناختی است که از اصول و فنون درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده می‌کند. درمان‌های مبتنی بر پذیرش، بر مبنای این فرضیه روی کارآمدند که آسیب‌شناسی روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. این درمان‌ها معتقدند افراد مبتلا به آسیب روانی در مورد هیجان‌های خود دیدگاهی انتقادی داشته و خود را بر اساس هیجان‌هایشان مورد قضاوت قرار می‌دهند. بنابراین درصدد اجتناب از این هیجان‌ها برمی‌آیند و به رفتارهایی مبادرت می‌ورزند تا از این هیجان‌ها فرار کرده یا آن‌ها را کاهش داده و یا کنترل کنند. اجتناب در سه سطح هیجانی، شناختی و رفتاری می‌تواند نقش مهمی در تداوم آسیب روانی ایفا کند. هدف رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، عبارت است از تغییر روابط افراد با تجارب درونی‌شان، کاهش کنترل و اجتناب از تجارب و افزایش رفتارهای فرد در مسیرهای ارزشمند زندگی[۲۰، ۱۹]. شش فرایند بنیادین رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد: ۱) پذیرش، ۲) ناهم‌آمیزی شناختی، ۳) تماس با لحظه لحظه‌های زندگی، ۴) بافتار انگاشتن خویشتن، ۵) ارزش‌ها، و ۶) تعهد/پایبندی (۱۸). این شش مؤلفه را می‌توان در دو حیطه فرایندهای ذهن آگاهی و تغییر رفتار دسته‌بندی کرد، فرآیندهایی که در ترکیب باهم انعطاف‌پذیری شناختی را ایجاد می‌کنند[۲۱].

پژوهش‌ها نشان‌دهنده اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود وضعیت روان‌شناختی و جسمانی زنان مبتلا به سرطان پستان است. خانبابائی و همکاران[۲۲] با استفاده از طرح آزمایشی، اثربخشی ACT را بر ادراک بیماری، رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از درمان تأیید کردند. همایونی فرد و همکاران در پژوهشی نشان دادند که که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تأثیر مثبت و پایداری بر افزایش شفقت به خود (خوددل‌سوزی) در زنان مبتلا به سرطان پستان دارد[۲۳]. سانگ و همکاران در یک مطالعه نیمه‌آزمایشی روی زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش که ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای ACT را دریافت کردند، در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

در نمرات خوددل‌سوزی نشان دادند و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار ماند[۲۴]. همچنین مطالعه دیگر توسط محبت-باهار و همکاران نشان داد که درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان را کاهش می‌دهد. مطالعه دیگری نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان را افزایش و احساس درماندگی آنها را کاهش می‌دهد[۲۵].

با وجود پژوهش‌های انجام‌شده درباره اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر متغیرهای روان‌شناختی در بیماران مبتلا به سرطان پستان، شکاف پژوهشی قابل‌توجهی در ادبیات این حوزه مشاهده می‌شود. تا کنون مطالعه‌ای به بررسی هم‌زمان اثربخشی ACT بر «پیروی از درمان» و «همدلی خود» در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن نپرداخته است. این خلأ تحقیقاتی به ویژه با توجه به شیوع بالای درد مزمن (حدود ۳۷/۹ درصد) و کاهش پیروی از درمان در این بیماران[۷، ۸] و نیز نقش کلیدی همدلی خود در سازگاری روان‌شناختی با بیماری مزمن، ضرورت انجام پژوهش حاضر را آشکار می‌سازد. همدلی خود به عنوان توانایی برخورد مهربانانه و غیرقضاوتی با خود در مواجهه با رنج، می‌تواند به عنوان یک مکانیسم بالقوه برای افزایش انگیزه درونی و پایبندی به درمان عمل کند. از آنجا که ACT با هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای طراحی شده است و شواهد اولیه نشان‌دهنده تأثیر آن بر افزایش شفقت به خود می‌باشد، بررسی تأثیر این رویکرد بر دو متغیر مذکور می‌تواند به تدوین پروتکل‌های مداخله‌ای مؤثرتر برای بهبود کیفیت زندگی و پیامدهای درمانی این بیماران کمک کند. از این رو، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن اثربخش است؟

مواد و روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه بود.این پژوهش دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.CTB.REC.1404.213 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن که در سال ۱۴۰۴ جهت درمان به مراجعه کننده به بیمارستان امید شهر مشهد مراجعه کردند، تشکیل داد. نمونه آماری ۳۰ زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن بود که به روش هدفمند با در نظر گرفتن ملاک های ورود و خروج انتخاب و به روش تصادفی در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر)، و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شد. حجم نمونه بر اساس فرمول‌های تعیین اندازه نمونه در مطالعات تجربی[۲۶]، با فرض توان آماری ۰/۸۰، سطح معناداری ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸۰، نشان داد که حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه (در مجموع ۳۰ بیمار برای دو گروه مورد مطالعه)، برای تشخیص تفاوت‌های معنادار کافی است . این حجم نمونه با معیارهای پیشنهادی برای کارآزمایی‌های بالینی کوچک تا متوسط همخوانی دارد[۲۷].

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به سرطان پستان توسط پزشک متخصص، داشتن درد مزمن پس از ۶ ماه ابتلا به سرطان پستان با تأیید پزشک و معاینات و آزمایش‌های تخصصی، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه درد مزمن[۲۸]، دریافت نکردن همزمان هیچ‌گونه آموزش یا درمان روان‌شناختی در طول انجام پژوهش، و مصرف نکردن داروهای پزشکی و روان‌پزشکی برای کنترل درد

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

مزمن در ۲ ماه قبل از درمان و در حین اجرای درمان، همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل نداشتن تمایل به همکاری شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش، غیبت بیش از دو هفته در جلسات درمان، انجام ندادن تمرینات و داشتن تأخیر مستمر بیش از ۳۰ دقیقه در طول سه جلسه، نقص در تکمیل پرسشنامه پژوهش، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد که ادامه همکاری آنها را در جلسات درمان مختل نماید، و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر بود. ابزارهای استفاده شده در این پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه میزان درد مزمن: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط ون کورف و همکاران برای اندازه گیری شدت درد مزمن ساخته شد[۲۸]. در این پرسشنامه سه محور ارزیابی می گردد. شدت درد، ثبات یا مدت درد و میزان ناتوانی حاصل از درد. پاسخ دهنده هریک از هفت عبارت پرسشی آزمون را روی یک مقیاس یازده نقطه ای ۱۰-۰ درجه بندی می کند. نمره ی فرد در آزمون در سه زیر مقیاس شدت درد، نمره ناتوانی و درجات یا سطوح ناتوانی محاسبه می شود. روایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده و پایایی آن طبق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ ذکرشده است[۲۸].

پرسشنامه پیروی از درمان: این پرسشنامه توسط سید فاطمی و همکاران ساخته شد[۲۹] و شامل ۴۰ سوال و ۷ حیطه می باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه طراحی شده با ۱۲۷ گویه آغاز شد. با اجرای روایی صوری و محتوایی گویه‌های پرسش‌نامه اصلاح و به ۴۸ گویه تقلیل پیدا کرد. نتیجه تحلیل عاملی اکتشافی ۷ عامل اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان را با ۴۰ گویه مشخص نمود. این ۷ عامل در مجموع ۴۸/۵۱۴٪ از واریانس کل پرسش‌نامه را تبیین می‌کردند. پایایی آزمون با روش آزمون مجدد و از طریق همسانی درونی و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تایید شد[۲۹].

پرسشنامه همدلی خود: این پرسشنامه توسط معنوی پور و همکاران[۳۰] بر مبنای رویکرد روان پویشی دوانلو و مالان در سال ۱۳۹۹ با ۱۶ گویه ۵ عامل توجه به بدن، درک احساس، درون نگری، اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی را اندازه گیری می‌کند. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. این مقیاس با ضریب پایایی و روایی سازه و محتوایی برای غربالگری افراد در میزان همدلی خود مناسب است.

پروتکل‌های درمانی

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در این پژوهش از پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس دستورالعمل هیز و همکاران[۱۸] در ۸ جلسه ۹۰دقیقه‌ای هفته‌ای ۱ جلسه به صورت گروهی استفاده شد.

روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از تصویب پروپوزال، کد اخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحدتهران مرکز اخذ شد. سپس با ارائه معرفی نامه، پروپوزال به مسؤلان بیمارستان امید شهر مشهد، مجوزهای لازم برای انجام پژوهش در آن بیمارستان اخذ شد. سپس فراخوانی برای پژوهش به بیماران مراجعه کننده به آن مرکز داده شد و همچنین با چند متخصص آنکولوژیست جهت معرفی بیمار ارتباط برقرار شد. با توجه به ملاک‌ها ورود و خروج پژوهش، نهایتا نمونه ها نفر از لحاظ سن، طول دوره ابتلا، مراحل درمان، نمره درد مزمن، پیروی از درمان و نمره همدلی خود همتا شدند و از میان آن‌ها به روش تصادفی ۳۰ نفر در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) به روش تصادفی جایگزین

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

شد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در پژوهش حاضر توسط پژوهشگر در بین شرکت کنندگان توزیع شد و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. سپس گروه آزمایش تحت ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس آزمون بعد از پایان یافتن درمان از دو گروه اخذ شد. سه ماه پس از پس آزمون، آزمون پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. ملاحظات اخلاقی شامل رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت کننده ها و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، نمودار؛ میانگین، انحراف استاندارد استفاده شد. در بخش تحلیل‌های استنباطی، فرضیه های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (analysis of variance with repeated measures)و آزمون تعقیبی بنفرونی (Bonferroni post hoc test) مورد بررسی قرار گرفت. قبل از استفاده از تحلیل واریانس، ابتدا پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و معنادار نبودن میانگین پیش‌آزمون گروه‌ها بررسی شدند. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نسخه ۲۵ نرم افزار SPSS انجام شد.

جدول ۱: مداخلات مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوای آموزش	فنون و تکالیف
۱	آشنایی با مفهوم بودن در زمان حال به عنوان یکی از گوشه‌های شش ضلعی اکت	ذهن‌آگاهی (بودن در زمان حال)	استعاره دو کوه، تمرینهای ذهن آگاهی: (تمرین بودن در زمان حال، بودن در زمان گذشته و آینده، تفاوت مشاهده و قضاوت)
۲	آشنایی با آمیختگی شناختی، آشنایی با اجتناب تجربه ایی، آشنایی با مفهوم پذیرش	گسلش شناختی (آمیختگی شناختی)- پذیرش	تمرین (ذهن آگاهی از حس های بدن)، عینیت بخشیدن به محتوای روان شناختی، تمرین (ذهن غرغرو یا ذهن وراج)، تمرین (افکار نگاشته شده روی کارت‌ها)
۳	جلسه سوم: خود به عنوان بافتار (زمینه)	آشنایی با خود به عنوان بافتار (زمینه)	تمرین (ذهن آگاهی از محیط اطراف): تمرین (پذیرش- پوشش سخت): ارتقای پذیرش فعال (تمثیل ریگ های روان) خود به عنوان بافتار (تمثیل صفحه شطرنج)، تمثیل های دیگر بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین های مشاهده گر،
۴	آشنایی با ارزش های فردی خود آشنایی با حرکت به سوی ارزش ها، آشنایی با زندگی متعهدانه هم سوی ارزش ها	حرکت به سوی ارزش‌ها و تعهدها	تمرین (ذهن آگاهی از کارهای روزمره)، تمرین (به روشن سازی ارزش-ها)، قطب نمای ارزش‌ها، تعیین هدف، برنامه ریزی فعالیت
۵	آشنایی با مسیر زندگی آگاهانه	زندگی آگاهانه	سوال هایی در خصوص آمال ها، آرزوها و رویاها
۶	آشنایی با دلایل خروج از زندگی آگاهانه درمدل اکت	چطور از زندگی آگاهانه خارج می شویم؟	تمرین ذهن آگاهی از فکر و هیجان: چه چیز در زندگی ما مهم است؟ تمثیل پیتزای ارزش هاسموم زندگی متعهدانه
۷	آشنایی با پادزهرهای سموم زندگی آگاهانه (متعهدانه) درمدل اکت	پادزهرهای سموم زندگی آگاهانه (متعهدانه)	تمرین (ذهن آگاهی از حس های بدنی با کشش های عضلانی): ذهن فیلتر دیوار ذهن من
۸	آشنایی با زندگی آگاهانه (متعهدانه) آشنایی با انتخاب آگاهانه (متعهدانه)	زندگی و انتخاب آگاهانه (متعهدانه)	تمرین (ذهن آگاهی با تن آرامی): زندگی آگاهانه (متعهدانه): تمثیل ظرف شیشه استاد دانشگاه: تصمیم آگاهانه

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد گروه‌های مورد مطالعه در متغیر پیروی از درمان و همدلی خود

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کلی پیروی از ارمان	پذیرش و تعهد	۱۳۱/۳۳	۶/۸۴	۱۴۱/۸۷	۵/۹۴	۱۴۲/۶۷	۷/۸۸
	کنترل	۱۳۰/۲	۷/۴۸	۱۳۰/۳۳	۷/۹۵	۱۲۹/۸۷	۸/۲۳
همدلی خود	پذیرش و تعهد	۳۲/۸۷	۴	۳۶/۶	۳/۲۲	۳۶/۲۷	۳/۲
	کنترل	۳۲/۷۳	۲/۱۵	۳۲/۹۳	۳/۲۲	۳۳/۱۳	۳/۷۶

نتایج

در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل به ترتیب ۲۷/۳ درصد و ۳۴/۴ درصد میزان تحصیلاتشان دیپلم، ۳۷/۵ درصد و ۳۷/۵ درصد، میزان تحصیلاتشان کاردانی و ۳۳/۳ درصد و ۲۷/۸ درصد میزان تحصیلاتشان کارشناسی بود. نتایج آزمون خی دو مشخص کرد که بین اعضای دو گروه در میزان تحصیلات تفاوت وجود ندارد (p=۰/۹۱، x2=۱/۰۵)، بدین معنی که گروه های در میزان تحصیلات همگن هستند. نتایج آزمون tگروه‌های مستقل نشان داد برای سن (p=۰/۹۲، t=۰/۰۸)، برای مدت ازدواج (p=۰/۸۵، t=۰/۱۵)، برای مدت ابتلا به بیماری (p=۰/۱۶، t=۱/۹۴)، و برای مدت درمان بیماری (p=۰/۰۶، t=۳/۱۰)، بین گروه های مورد مطالعه تفاوت وجود ندارد، به عبارت دیگر گروه های مورد مطالعه در متغیرهای سن، مدت ازدواج، مدت ابتلا به بیماری و مدت درمان بیماری همگن هستند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد دو گروه پذیرش و تعهد و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای دو متغیر پیروی از درمان و همدلی خود گزارش شده است. برای متغیر پیروی از درمان، گروه پذیرش و تعهد روند صعودی آشکاری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد، در حالی که گروه کنترل تغییرات اندکی داشته و تقریباً ثابت مانده است. برای متغیر همدلی خود نیز الگوی مشابهی مشاهده می‌شود، بدین صورت که گروه پذیرش و تعهد افزایش محسوسی در مراحل مختلف داشته، اما گروه کنترل نوسانات بسیار جزئی و ناچیزی را تجربه کرده است؛ این الگو نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر گروه آزمایش در هر دو متغیر است.

قبل از انجام تحلیل واریانس، مفروضات آزمون مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلک (Shapiro-Wilk) نشان داد که برای متغیر پیروی از درمان در مرحله پیش آزمون (P=۰/۸۱ ، w =۰/۹۷)، مرحله پیش آزمون (P=۰/۹۱ ، w =۰/۸۵)، مرحله پیگیری(P=۰/۹۹ ، w =۰/۹۸)، و برای متغیر همدلی خود پیروی از درمان در مرحله پیش آزمون (P=۰/۷۲ ، w =۰/۹۶)، مرحله پیش آزمون (P=۰/۳۹ ، w =۰/۹۳)، , مرحله پیگیری(P=۰/۴۵ ، w =۰/۹۴)، داده‌ها از توزیع نرمال برخور دارند.

نتایج جدول ۳ برای آزمون موخلی(Mauchly's Test of Sphericity) برای متغیرهای پیروری از درمان(۷۱۰= W =۰/۹۸،P)، و همدلی خود (P=۰/۰۶ ، W =۰/۸۰) رعایت شده است. بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین (Levene Statistic) نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها برای متغیر پیروی از درمان و همدلی خود نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵).

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت موخلی برای بررسی برابری کواریانس متغیر پیروی از درمان و همدلی خود

متغیر	W موخلی	x2	p	آزمون لون					
				پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
				Z	P	Z	P	Z	P
پیروی از درمان	۰/۹۸	۰/۶۹	۰/۷۱	۰/۲۰	۰/۸۱	۰/۹۳	۰/۴۰	۰/۸۳	۰/۴۴
همدلی خود	۰/۸۰	۵/۸۵	۰/۰۶	۲/۰۹	۰/۱۴	۰/۰۸۶	۰/۹۲	۰/۳۸	۰/۶۹

جدول ۴: نتایج آزمون اثرهای بین گروهی و درون گروهی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا (η۲)
پیروی از درمان	زمان	۲۲۳۳/۸۸	۱۱۱۶/۹۴	۱۱۳/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	گروه ×زمان	۱۲۴۵/۶۷	۳۱۱/۴۲	۳۱/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶
	اثر بین گروهی	۱۹۲۹/۷۸	۹۶۴/۸۹	۵۵/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
همدلی خود	زمان	۲۲۸/۹	۱۱۴/۴۵	۲۷/۵۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴
	گروه ×زمان	۹۶/۰۷	۲۴/۰۲	۵/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
	اثر بین گروهی	۴۴۴/۴۳	۴۴۴/۴۳	۳۳/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی توکی در متغیر پیروری از درمان و همدلی خود در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پس آزمون			پیگیری		
		تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
پیروی از درمان	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش- کنترل	۱۰/۵۱	۱/۵۳	۰/۰۰۰۱	۱۱/۸۴	۱/۵۸	۰/۰۰۰۱
همدلی خود	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش- کنترل	۶/۹۴	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۶/۱۲	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای دو متغیر «پیروی از درمان» و «همدلی خود» نشان می‌دهد. برای متغیر پیروی از درمان، هر سه اثر زمان، تعامل گروه در زمان و اثر بین‌گروهی از لحاظ آماری معنادار هستند و اندازه‌های اثر بزرگی نشان‌دهنده تأثیر قوی مداخله و تفاوت آشکار بین گروه‌هاست. برای متغیر همدلی خود نیز اثر زمان و تعامل گروه در زمان معنادار می‌باشند، اما نکته مهم این است که در جدول جدید اثر بین‌گروهی برای همدلی خود نیز معنادار شده که حاکی از وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های مطالعه‌شده در این متغیر است. به‌طور کلی، هر دو متغیر تحت تأثیر زمان و نوع گروه قرار گرفته‌اند، با این تفاوت که شدت تأثیرگذاری بر پیروی از درمان به‌مراتب بیشتر از همدلی خود بوده است.در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه جفتی میانگین پیروریاز درمان و مؤلفه‌های آن در گروه‌های آزمایش ارائه شده است.

نتایج آزمون توکی درجدول ۵ نشان می‌دهدکه بین نمرات متغیرهای نمره پیروی از درمان و همدلی خود در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنادار است ($P<۰/۰۵$)، بدین معنی که نمرات اعضای گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

به مراحله پیش آزمون بیشتر از نمرات اعضای گروه کنترل در مراحل شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر پیروی از درمان و همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن انجام شد. نتایج نشان داد که ACT به طور معناداری نمره کلی پیروی از درمان را در مرحله پس‌آزمون افزایش داد و این افزایش تا مرحله پیگیری سه‌ماهه پایدار ماند. به عبارت دیگر، بیمارانی که تحت مداخله ACT قرار گرفتند، انگیزه و پایبندی بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند و این بهبودی در طول زمان حفظ شد. این یافته از نظر بالینی حائز اهمیت است، زیرا نشان می‌دهد ACT می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر در افزایش انگیزه درونی بیماران برای پایبندی به رژیم‌های درمانی پیچیده در کنار درمان‌های پزشکی عمل کند. به نظر می‌رسد که ACT با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای، به بیماران کمک می‌کند تا با وجود درد مزمن و چالش‌های روانی ناشی از سرطان، به مسیر درمانی خود متعهد باقی بمانند. این یافته با نتایج پژوهش خانبابائی و همکاران[۲۱] که اثربخشی ACT را بر پیروی از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان تأیید کردند، همسو است.

از منظر مبانی نظری ACT ، اثربخشی این رویکرد بر پیروی از درمان را می‌توان بر اساس مدل هیز، استروسال و ویلسون[۱۸] تبیین کرد. بر اساس این مدل، یکی از فرایندهای هسته‌ای آسیب‌شناختی در بیماران مبتلا به درد مزمن، «اجتناب تجربه‌ای» است؛ یعنی تلاش مداوم برای اجتناب از افکار، احساسات و حس‌های بدنی ناخوشایند مرتبط با سرطان و درمان آن[۱۵]. هنگامی که بیماران مبتلا به سرطان پستان یاد می‌گیرند درد و اضطراب ناشی از عوارض جانبی درمان را به عنوان بخشی از تجربه انسانی بپذیرند بدون اینکه بخواهند آنها را حذف کنند، انرژی روانی قابل توجهی آزاد می‌شود که پیش‌تر صرف مقاومت در برابر این تجارب می‌شد[۱۷]. این ظرفیت آزادشده به بیماران امکان می‌دهد تا «اهتمام» بیشتری نسبت به درمان داشته باشند و «تمایل» بیشتری برای همکاری با تیم درمانی نشان دهند. در پروتکل ACT استفاده شده در پژوهش حاضر[۱۸]، جلسات اول تا سوم به طور مشخص به فرایندهای ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی اختصاص دارد. در جلسه اول، تمرین «بودن در زمان حال» و استعاره «دو کوه» به بیماران کمک می‌کند تا از نگرانی‌های مزمن درباره آینده و افسوس‌های گذشته فاصله بگیرند. در جلسه دوم، تکنیک‌هایی مانند «ذهن غرغرو» و عینیت بخشیدن به افکار روی کارت‌ها، فرایند گسلش شناختی را تسهیل می‌کنند. این تکنیک‌ها به بیماران می‌آموزند که افکار مزاحمی مانند «درمان نتیجه نمی‌دهد» را صرفاً به عنوان «فکر» ببینند نه واقعیت[۱۹]. در جلسه سوم، تمثیل «صفحه شطرنج» و «ریگ‌های روان» به بیماران کمک می‌کند تا خود را به عنوان زمینه و بستری برای مشاهده تجارب درونی در نظر بگیرند[۲۰]. این فرایندها در کنار هم، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهند[۱۴]. بر اساس نظریه چهارچوب ارتباطی هیز، بارنز-هولمز و روچ، انسان‌ها تمایل دارند با افکار خود «آمیخته» شوند و آنها را به عنوان واقعیت‌های عینی تلقی کنند[۱۵]. در بیماران مبتلا به سرطان پستان، افکار مزاحمی مانند «زندگی من به خاطر برنامه درمانی از هم پاشیده است» بسیار شایع هستند. هنگامی که بیمار یاد می‌گیرد فکر خود را صرفاً به عنوان یک فکر ببیند، فضای روانی برای جستجوی راهکارهای عملی برای تلفیق درمان با زندگی باز می‌شود. جلسات چهارم تا هشتم پروتکل[۱۸] به ترتیب به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تعیین اهداف و

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

عمل متعهدانه اختصاص دارد. در جلسه چهارم، «قطب نمای ارزش‌ها» و تمرین «روشن‌سازی ارزش‌ها» به بیماران کمک می‌کند تا تشخیص دهند درمان با ارزش‌های آن‌ها همسو است یا خیر. در جلسات پنجم تا هشتم، تمرین‌هایی مانند «تمثیل پیتزای ارزش» و «تمثیل ظرف شیشه استاد دانشگاه» به بیماران کمک می‌کند تا عمل متعهدانه را به عنوان توانایی پافشاری بر رفتارهای همسو با ارزش‌ها با وجود موانع درونی و بیرونی درک کنند . عمل متعهدانه در مدل[۱۸] ACT به بیماران کمک می‌کند تا با وجود موانع درونی (درد، اضطراب، خستگی) و بیرونی (محدودیت‌های ناشی از درمان)، به حرکت در جهت ارزش‌های خود ادامه دهند[۱۸]. به این ترتیب، ACT با ایجاد فاصله بین خود و محتوای افکار مزاحم و کمک به شفاف‌سازی ارزش‌ها، زمینه را برای بهبود پایدار پیروی از درمان فراهم می‌کند.

در خصوص متغیر همدلی خود، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به طور معناداری نمرات همدلی خود را در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن افزایش داده است و این افزایش در مرحله پیگیری سه‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. به عبارت دیگر، شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل توانستند نگرش مهربانانه‌تر، غیرقضاوتی‌تر و پذیرنده‌تری نسبت به خود در مواجهه با رنج‌های ناشی از بیماری و درمان پیدا کنند. از منظر بالینی، این یافته بسیار حائز اهمیت است، زیرا همدلی خود به عنوان یک عامل محافظتی در برابر پریشانی روان‌شناختی شناخته می‌شود و می‌تواند به بیماران کمک کند تا با خودانتقادی کمتر و شفقت بیشتر، چالش‌های ناشی از سرطان را تحمل کنند.. این یافته با نتایج پژوهش همایونی‌فرد و همکاران[۲۲] که نشان داد ACT تأثیر مثبت و پایداری بر افزایش شفقت به خود در زنان مبتلا به سرطان پستان دارد، و همچنین با نتایج سانگ و همکاران[۲۳] که افزایش معنادار خوددل‌سوزی را در گروه آزمایش گزارش کردند، همسو است. به طور کلی، به نظر می‌رسد ACT با تلفیق فرایندهای پذیرش، ذهن‌آگاهی و عمل متعهدانه، بستر مناسبی را برای تحول در رابطه بیمار با خود فراهم می‌کند و به او کمک می‌کند تا در مسیر دشوار درمان سرطان، همراهی مهربانانه‌تر با خود داشته باشد.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از طریق سازوکارهای نظری مشخصی به افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان کمک می‌کند. بر اساس مدل هیز، استروسال و ویلسون[۲۱]، یکی از فرایندهای هسته‌ای در بیماران سرطانی، «آمیختگی شناختی» با افکار خودانتقادی مانند «من مقصر بیماری‌ام هستم» یا «ضعیف هستم» است. ACT با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی (مانند تمرین «ذهن غرغرو» و عینیت بخشیدن به افکار روی کارت‌ها در جلسه دوم پروتکل)، به بیماران می‌آموزد که این افکار را صرفاً به عنوان رویدادهای ذهنی و نه واقعیت‌های عینی در نظر بگیرند[۲۲]. این فرایند، فضای روانی لازم برای پرورش نگرش مهربانانه‌تر و غیرقضاوتی‌تر نسبت به خود را فراهم می‌کند. همچنین، جلسات اول تا سوم پروتکل[۲۱] به ترتیب به فرایندهای «بودن در زمان حال» و «پذیرش» اختصاص دارد که به بیماران کمک می‌کند بدون قضاوت، تجارب درونی خود (از جمله درد، اضطراب و خشم) را مشاهده کنند. این مشاهده غیرقضاوتی، پایه‌های همدلی با خود را استحکام می‌بخشد، زیرا فرد می‌آموزد با تمام جنبه‌های وجودی خود (نقاط قوت و ضعف) به گونه‌ای مهربانانه ارتباط برقرار کند[۲۳]. علاوه بر این، مفهوم «خود به عنوان بافتار» یا «خود مشاهدگر» که در جلسه سوم پروتکل آموزش داده می‌شود، به بیماران کمک می‌کند تا خود را از محتوای افکار و احساسات خود جدا بدانند و هویتی پایدار و فارغ از قضاوت‌های درونی بیابند. در نهایت، فرایند «ارزش‌ها» در جلسات چهارم تا هشتم، به بیماران کمک

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

می‌کند تا خود را بر اساس معیارهای انسانی و ارزشی به جای معیارهای سخت‌گیرانه و کمال‌گرایانه قضاوت کنند و در مسیری همسو با ارزش‌هایشان، با خود همراهی مهربانانه‌تر داشته باشند. به این ترتیب، ACT با تلفیق فرایندهای ذهن‌آگاهی، پذیرش، گسلش شناختی و عمل متعهدانه، بستر مناسبی را برای تحول در رابطه بیمار با خود فراهم می‌کند.

پژوهش حاضر با چندین محدودیت روش‌شناختی مواجه بود. اول، روش نمونه‌گیری هدفمند از یک مرکز درمانی واحد (بیمارستان امید مشهد)، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را به کل جمعیت زنان مبتلا به سرطان پستان با درد مزمن در ایران محدود می‌کند. دوم، دوره پیگیری سه‌ماهه اگرچه برای بررسی پایداری اولیه اثر کافی است، اما قادر به ارزیابی ماندگاری طولانی‌مدت تغییرات در پیروی از درمان (به عنوان مثال، پس از گذشت یک سال) نمی‌باشد. سوم، عدم امکان کورسازی شرکت‌کنندگان و درمانگران به دلیل ماهیت مداخلات روان‌شناختی (که انتظار درمان و سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد) و نیز عدم کورسازی ارزیابان نتایج، می‌تواند منجر به سوگیری تشخیصی شده باشد. چهارم، استفاده صرف از ابزار خودگزارشی (پرسشنامه پیروی از درمان و همدلی خود) بدون بهره‌گیری همزمان از شاخص‌های عینی (مانند بررسی سوابق دارویی، شمارش قرص‌های باقیمانده، یا اندازه‌گیری سطح سرمی داروها) اعتبار یافته‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. پنجم، عدم بررسی متغیرهای مداخله‌گر و تعدیل‌گر (مانند شدت درد، افسردگی و حمایت اجتماعی) که ممکن است بر اثربخشی مداخلات تأثیرگذار باشند. ششم، انجام پژوهش در یک بازه زمانی محدود که امکان بررسی اثرات بلندمدت درمان‌ها بر عود بیماری و بقای بیماران را فراهم نمی‌کند.در پاسخ به محدودیت اول، انجام پژوهش‌هایی با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها پیشنهاد می‌شود. متناظر با محدودیت دوم، طراحی کارآزمایی‌های بالینی با دوره پیگیری طولانی‌تر (حداقل ۱۲ ماه) برای ارزیابی پایداری طولانی‌مدت اثربخشی هر دو رویکرد ضروری است. در پاسخ به محدودیت سوم، انجام طرح‌های پژوهشی با کورسازی ارزیابان نتایج (که نسبت به تخصیص گروهی بیماران ناآگاه هستند) می‌تواند سوگیری تشخیصی را کاهش دهد. متناظر با محدودیت چهارم، پژوهش‌های آتی باید علاوه بر ابزارهای خودگزارشی، از شاخص‌های عینی پیروی از درمان مانند ثبت الکترونیک مصرف دارو، اندازه‌گیری سطح دارو در خون، یا بررسی سوابق داروخانه‌ای استفاده کنند. در پاسخ به محدودیت پنجم، انجام تحلیل‌های تعدیل‌گری و میانجی‌گری برای شناسایی مکانیسم‌های اثر و عوامل مؤثر بر اثربخشی مداخلات توصیه می‌شود. نهایتاً متناظر با محدودیت ششم، انجام مطالعات کوهورت طولی برای بررسی تأثیر این مداخلات بر پیامدهای بالینی سخت مانند میزان عود بیماری و نرخ بقای کلی پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) مداخله‌ای مؤثر و پایدار در بهبود پیروی از درمان و افزایش همدلی خود در زنان مبتلا به سرطان پستان با تجربه درد مزمن است. این یافته‌ها بر نقش کلیدی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای در سازگاری با بیماری‌های مزمن تأکید می‌کند. از منظر بالینی، نتایج این پژوهش پیامدهای مهمی برای درمانگران و متخصصان حوزه سلامت روان دارد. پیشنهاد می‌شود که ACT به عنوان یک رویکرد مکمل در کنار درمان‌های پزشکی رایج برای بیماران مبتلا به سرطان پستان به کار گرفته شود، به ویژه برای آن دسته از بیمارانی که با چالش‌های مرتبط با درد مزمن، کاهش انگیزه برای ادامه درمان و خودانتقادی شدید مواجه هستند. با توجه به پایداری اثر مداخله در مرحله پیگیری سه‌ماهه، به نظر می‌رسد ACT بتواند تغییرات مثبت پایدار در نگرش و رفتار بیماران ایجاد کند. در نهایت، انجام پژوهش‌های بیشتر با دوره‌های

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

پیگیری طولانی‌تر و استفاده از شاخص‌های عینی پیروی از درمان برای تأیید این یافته‌ها توصیه می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان هیچگونه تعارض منافعی در انتشار این مطالعه ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام‌شده است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان مقاله درطراحی مطالعه، تدوین، تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج نسخه پیش نویس و دست نویس مقاله همکاری داشته و آن را خوانده و تأیید کرده‌اند و مسؤولیت پاسخگویی در مقابل کلیه جنبه‌های انجام پژوهش را می‌پذیرند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود الزم میدانند از شرکت کنندگان درپژوهش حاضر تقدیر و تشکر نمایند.

References

1. Manirakiza AVC, Mutesa L, Mathew CG, Olopade OI. Breast Cancer: Genetic Risk Assessment, Diagnostics, and Therapeutics in African Populations. Annu Rev Genomics Hum Genet. 2025;26(1):245-259.
2. Shiralipour,A., Asadi, Masoud & Valivand,HA.Analysis of Social factor discourse of Breast Cancer- Pain in Women: A qualitative study basic Grounded theory. ijbd 2010; 3:52-58
3. Biswas A, Weitzner AS, Zhu L, et al. Characterization of post-mastectomy pain syndrome in breast cancer patients undergoing subsequent reconstruction: A scoping review. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2025;107:73-84.
4. Hartup S, Briggs M. Managing chronic pain after breast cancer treatments: are web-based interventions the future? Curr Opin Support Palliat Care. 2024;18(1):47-54.
5. Wang K, Yee C, Tam S, et al. Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. Breast. 2018;42:113-127.
6. Hamood R, Hamood H, Merhasin I, Keinan-Boker L. Chronic pain and other symptoms among breast cancer survivors: prevalence, predictors, and effects on quality of life. Breast Cancer Res Treat. 2018;167(1):157-169.
7. Peddie N, Agnew S, Crawford M, Dixon D, MacPherson I, Fleming L. The impact of medication side effects on adherence and persistence to hormone therapy in breast cancer survivors: A qualitative systematic review and thematic synthesis. Breast. 2021;58:147-159.
8. Yussof I, Mohd Tahir NA, Hatah E, Mohamed Shah N. Factors influencing five-year adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer patients: A systematic review. Breast. 2022;62:22-35.
9. Eliassen FM, Blåfjelldal V, Helland T, et al. Importance of endocrine treatment adherence and persistence in breast cancer survivorship: a systematic review. BMC Cancer. 2023;23(1):625.
10. Tummarakota S, Zhang L, Mwita C, Mwaiselag J, Soliman AS. Factors Associated With Breast Cancer Treatment Adherence in Tanzania. JCO Glob Oncol. 2026;12:e2500182.
11. Gast A, Mathes T. Medication adherence influencing factors-an (updated) overview of systematic reviews. Syst Rev. 2019;8(1):112.
12. Jang MK, Kim S, Park CG, et al. Barriers to Surveillance Mammography Adherence in

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]

Korean Breast Cancer Survivors. Oncol Nurs Forum. 2024;51(6):E37-E49.
13. Shaban M, Monjamed Z, Mehran A, Hasanpour Dehkordi A. The relation between the cancer characteristics and quality of life in the patients under chemotherapy. Journal of Hayat 2004; 10 (3) :79-84 . [In Persian]
14. Van Lissa CJ, Hawk ST, Meeus WH. The effects of affective and cognitive empathy on adolescents' behavior and outcomes in conflicts with mothers. Journal of experimental child psychology. 2017;158:32-45.
15. Manavipour D, Shahabi P, Pirkhaefi A. The psychometric properties of the questionnaire self-empathy. Social Cognition. 2020;9(2):173-82. [In Persian]
16. Lai HL, Chen CI, Lu CY, Huang CY. Cognitive Behavioral Therapy plus Coping Management for Depression and Anxiety on Improving Sleep Quality and Health for Patients with Breast Cancer. Brain Sci. 2021;11(12):1614.
17. Daneshnia F, Davoudi H, Taghvaei D, Heydari H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological distress and sleep problems in women with breast cancer. Med J Mashhad Univ Med Sci. 2020;63(6):3066-3077. [In Persian]
18. Hooper N, Larsson A, Hayes SC. The research journey of acceptance and commitment therapy (ACT). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan; 2015.
19. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2011.
20. Twohig MP. Acceptance and commitment therapy: Introduction. Cogn Behav Pract. 2012;19(4):499-507.
21. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: Distinctive features. London: Routledge; 2010.
22. Khanbabaei N, Mojtabaie M, Sabet M. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease perception, self-care behaviors and treatment adherence in female patients with breast cancer. J Psychol Sci. 2023;22(128):59-80.
23. Homayounfar N, Taklavi S, Nazari V. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Conscious Emotions and Self-Compassion in Married Women with Breast Cancer in Ardabil. Journal of Health. 2025;16(2):161-172. [In Persian]
24. Song W, Shari NI, Abdullah MFILB, Hussin HB, Zhang R, Mansor NS. Acceptance and commitment therapy improves the quality of life of breast cancer patients by reducing helplessness: a randomized controlled trial. BMC Palliat Care. 2026;25(1):67.
25. Mohabbat-Bahar S, Maleki-Rizi F, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. Iran J Cancer Prev. 2015;8(2):71-76. [In Persian]
26. Cohen J. Statistical power analysis. Curr Dir Psychol Sci. 1992;1(3):98-101.
27. Chow SC, Shao J, Wang H, Lokhnygina Y. Sample size calculations in clinical research. 3rd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2017.
28. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain. 1992;50(2):133-149.
29. Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. Soc Determ Health. 2018;20(2):179-191. [In Persian]
30. Manavipour D, Shahabi P, Pirkhaefi A. The psychometric properties of the questionnaire self-empathy. Social Cognition. 2020;9(2):173-82. [In Persian]

[Downloaded from jap.iums.ac.ir on 2026-11-15]