



The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease perception, self-care behaviors and treatment adherence in female patients with breast cancer

Nahid Khanbabaie¹ , Mina Mojtabaie² , Mehrdad Sabet³

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: nkhanbabaie62@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: mojtabaie_in@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: mehrdadsabet@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 14 January 2023

Received in revised form 05 February 2023

Accepted 18 March 2023

Published Online 23 October 2023

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy (ACT),
Disease perception, self-care behaviors, Treatment adherence, breast cancer

ABSTRACT

Background: Breast cancer is the most common disease and the second cause of death in women, which has many physical and psychological complications, and anxiety is one of them. Today, with the advancement of psychology, there are various ways to reduce stress and anxiety, especially for diseases such as cancer. Among these methods is treatment based on acceptance and commitment.

Aims: The purpose of this research was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease perception, self-care behaviors and treatment adherence in female patients with breast cancer.

Methods: The current research design is a quasi-experimental pre-test-post-test type with a control group and follow-up. The statistical population of the research includes all female patients with breast cancer aged 25 to 45 who were referred to the oncology department of Imam Hossein Hospital in the second half of 2018, 40 of whom were selected through purposive sampling along with screening and based on Cohen's table, using The effect size and power of the test was selected as sample people, these people were replaced in two experimental and control groups using a random method. The experimental group underwent Acceptance and Commitment Therapy (ACT). In order to collect research data, a long-form disease perception questionnaire, a Madanlo treatment adherence questionnaire, and a self-care ability questionnaire were used.

Results: The results of analysis of variance with repeated measurements showed that acceptance and commitment-based treatment (ACT) was effective on the perception, adherence to treatment, and self-care ability of female breast cancer patients, and this effect was stable in the follow-up phase.

Conclusion: According to the findings of this research, it can be said that acceptance and commitment therapy (ACT) as an effective intervention can be effective on the perception, adherence to treatment, and self-care ability of female patients with breast cancer. Therefore, the use of psychological services in parallel with the process of treating people with breast cancer is necessary for faster treatment.

Citation: Khanbabaie, N., Mojtabaie, M., & Sabet, M. (2023). The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on disease perception, self-care behaviors and treatment adherence in female patients with breast cancer. *Journal of Psychological Science*, 22(128), 59-80. [10.52547/JPS.22.128.59](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.59)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 128, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.128.59](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.59)



✉ **Corresponding Author:** Mina Mojtabaie, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Social Sciences, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
E-mail: mojtabaie_in@yahoo.com, Tel: (+98) 9124093679

Extended Abstract

Introduction

Breast cancer is the most common disease and the second cause of death in women, which has many physical and psychological complications, and anxiety is one of them. Today, with the advancement of psychology, there are various ways to reduce stress and anxiety, especially for diseases such as cancer. Among these methods is treatment based on acceptance and commitment. Research has shown that the treatment process, the patient's understanding of the disease, the way of dealing with the treatment, avoiding avoidable cases, and more importantly, following the principles of treatment always increase the probability of curing the disease. One of the components related to cancer treatment is the perception of the disease. Disease perception is an approach that is based on the regulation of the patient's behavior and states that when dealing with a disease or a life-threatening factor, people create a general image and a specific belief about the disease and its treatment in their minds (Priyad & Balasi, 2018). Patients' understanding of their disease is formed under the title of disease perception or cognitive representation of the disease by the patient and based on absorbing information from various sources and the patient's beliefs. Understanding the disease, although it facilitates the treatment process, improves the treatment approaches, and increases the probability of the patient's recovery, without self-monitoring and the patient's attention to the doctor's recommendations, and therefore, performing continuous care behaviors to reduce the gradual symptoms of the disease and therefore increase the speed of the disease's recovery, It is not very effective, and in fact, taking care of oneself according to treatment recommendations is much more important than understanding the disease. This is known as self-care behaviors. Self-care is conscious and purposeful actions and activities that a person takes to preserve life and improve the health of himself and his family from birth to death (Ghorbankhani et al., 2020). Self-care areas include health promotion, lifestyle modification, disease prevention, health monitoring, health maintenance,

disease treatment, and rehabilitation. The perception of the disease is not the only guarantee of the success of the treatment and recovery of the patient. Adherence to treatment is defined as the degree of compliance of people's behavior with health or treatment recommendations, regular use of medications, compliance with lifestyle principles, and commitment to the recommendations of doctors (Ma et al., 2016). Adherence to the treatment means that all the patient's behavior (diet, fluids, and medication intake) should be in accordance with the recommendations given by the healthcare providers. Adherence to treatment is one of the most important effective factors in the control of chronic diseases, in such a way that there has always been a high correlation between the degree of adherence to treatment and control of the disease, the recurrence of the disease, and the complete recovery of the disease. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) has six core processes that lead to people's psychological resilience. The two main goals of this therapy include acceptance of uncontrollable unwanted thoughts and feelings and commitment and action to live a valuable life in accordance with one's own personal values. This treatment involves simultaneous acceptance and change, although the change in the individual's functioning, is not in the problem or frequency of the problem behavior of the compromisers (Herbert & Forman, 2011). Considering the prevalence of breast cancer in the world and the resulting medical consequences, following the recommended treatment regimens of these patients has attracted the attention of many researchers because it can lead to the improvement or disability of the patients and affect treatment outcomes. Although various dimensions of things such as understanding the disease, self-care behaviors, and adherence to treatment are known for patients, unfortunately, there are very few researches in the field on the effect of treatment approaches on the improvement of these treatment variables, so more and better studies should be done in this field. Based on this, the research question is, to what extent does Acceptance and Commitment Therapy (ACT) have an effect on disease perception, self-care behaviors, and treatment adherence in female breast cancer patients?

Method

The current research design is a quasi-experimental pre-test-post-test type with a control group and a one-month follow-up. In other words, the current research includes two experimental and control groups. The experimental group receives Acceptance and Commitment Therapy (ACT), but the control group receives no intervention. The statistical population of the current study includes all female patients with breast cancer aged 25 to 45 who were referred to the oncology department of Imam Hossein Hospital in the second half of 2018. Among the people of the statistical population, 40 people were selected as sample people using the purposeful sampling method along with screening and based on Cohen's table, using the effect size and power of the test. The treatment protocol based on acceptance and commitment (ACT) by Dahl et al. (2014) has 8 sessions, the length of each session is 60 minutes, and 2 sessions are implemented every week for the people of the first test group. MANOVA was used to analyze the data.

Results

In the two test groups, the average scores of the nine components of disease perception have decreased compared to the control group in the post-test and follow-up stages. In contrast, similar changes were not observed in the control group; Furthermore, in both test groups, the mean scores of treatment adherence components have increased compared to the control group in the post-test and follow-up phases and in both test groups, the average scores of the components of self-care behaviors have increased compared to the control group in the post-harm and follow-up stages. Before performing the analysis of

variance, the assumptions of the test, including following the normal distribution in the dependent variables, the correlation between the dependent variables in multivariate analysis (Bartlett's test), the sphericity of the data using the Muchly test, as well as the homogeneity of the variance-covariance using M-box was checked. The average score of the pre-test in the disease perception variable is 139.45, in the self-care behavior variable, 18.91, and in the treatment compliance variable, 37.84. Also, the average score of the post-test is 177.21 in the disease perception variable, 22.09 in the self-care behavior variable, and 75.12 in the treatment compliance variable. The average score of the 1-month follow-up period of the subjects is 178.04 in the disease perception variable, 23.90 in the self-care behavior variable, and 74.31 in the treatment adherence variable. Variance analysis and comparison of disease perception averages in two groups are shown. The value of the F statistic is equal to 70.014 and the probability value related to its significance check is equal to 0.001, which is less than 0.05. Therefore, it can be said that there is a significant difference between the averages of the control and experimental groups. The average of the experimental group is higher. Analysis of within-group variance and averages in the pre-test, post-test, and follow-up periods is significant. The value of the F statistic is equal to 30.998 and the probability value related to its significance check is equal to 0.023, which is less than 0.05. The interactive effect of the test (pre-test, post-test, and follow-up) and control and experimental groups is significant. The value of the F statistic is equal to 19.437 and the probability value related to its significance check is equal to 0.006, which is less than 0.05. The post-test of disease perception is more for the experimental group.

Table 1. Statistics related to research variables

Variable	Wilks Lambda	F	p	η^2
The nature of the disease	0.784	3.17	0.017	0.115
time course	0.797	2.59	0.024	0.107
Consequences of the disease	0.733	4.12	0.004	0.144
control-ability	0.528	9.23	0.001	0.274
treatability	0.428	12.59	0.001	0.346
Continuity	0.623	6.55	0.001	0.211
Periodic time course	0.738	4.02	0.001	0.141
Emotional representation	0.779	3.25	0.001	0.117
Causes of disease	0.537	8.93	0.001	0.267

Analysis of within-group variance and averages in the pre-test, post-test, and follow-up periods is significant. According to the value of F statistic equal to 0.815 and the probability value related to its significance check is equal to 0.086, which is more than 0.05, the hypothesis of equality of pre-test, post-test, and follow-up averages is confirmed. Also, considering the interactive effect of the test (pre-test, post-test, and follow-up) and control and experimental groups, it is significant. The post-test and follow-up of self-care behaviors are more for the experimental group. Analysis of within-group variance and averages in the pre-test, post-test, and follow-up periods is significant. According to the value of F statistic equal to 25.407 and the probability value related to its significance check is equal to 0.005, which is less than 0.05, so the hypothesis of equal pre-test, post-test, and follow-up averages is rejected with 0.95 confidence. The post-test average is higher. The interactive effect of the test (pre-test, post-test, and follow-up) and control and experimental groups is significant. According to the value of F statistic equal to 12.523 and the probability value related to its significance check is equal to 0.014 which is less than 0.05, so with 0.95 confidence the hypothesis of equality of the interactive effect of the test (pre-test, post-test, and follow-up) and the control and experimental groups are rejected. In the post-test, treatment adherence is higher for the experimental group.

Conclusion

The aim of this study was to determine the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on disease perception, self-care behaviors, and treatment adherence in female patients with breast cancer. The results of the research showed that treatment based on acceptance and commitment has an effect on the perception of the disease and adherence to treatment in female patients with breast cancer, and can increase the perception of the disease and adherence to treatment in female patients with breast cancer; However, it was found that treatment based on

acceptance and commitment has no significant effect on self-care behaviors in female patients with breast cancer. When the treatment based on acceptance and commitment is effective in improving the treatment adherence process in patients with a specific disease, this approach can be used to improve the treatment adherence process in patients with other diseases. According to the results of the research on the effect of treatment based on acceptance and commitment on disease perception, treatment adherence, and self-care of female patients with breast cancer (through increasing the understanding and acceptance of the disease by patients, increasing self-care behaviors and increasing treatment adherence in patients) therefore, it is suggested to hold training courses and workshops for doctors, specialists, and therapists of female patients with breast cancer, in hospitals or medical centers and other counseling clinics.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of health psychology, Islamic Azad University, Roudhen Branch. The participants voluntarily participated in the research and the researcher does not consider any risk for the participants.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: Thanks are hereby given to the supervisor and advisor of this research.



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ادراک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان

ناهید خانابائی^۱، مینا مجتبابی^۲، مهرداد ثابت^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

مشخصات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۱۶

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

(ACT)،

ادراک بیماری،

رفتارهای خود مراقبتی،

پیروی از درمان،

سرطان پستان

زمینه: سرطان پستان دومین علت مرگ‌ومیر زنان است و اضطراب از جدی‌ترین عوارض آن است. با توسعه علم روانشناسی شیوه‌های متنوعی در راستای کاهش اضطراب وجود آمده است مخصوصاً برای بیماری‌هایی همچون سرطان؛ از جمله این روش‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. به‌رغم مطالعات گسترده در زمینه این بیماری، مطالعه کمی در رابطه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به انجام رسیده است.

هدف: هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ادراک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود.

روش: طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و همراه با پیگیری یک ماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه‌کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام‌حسین شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود که ۴۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند همراه با غربالگری و بر اساس جدول کوهن، با استفاده از اندازه اثر و توان آزمون، به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند، این افراد با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسشنامه ادراک بیماری فرم بلند واینمن و همکاران (۱۹۹۶)، پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو (۱۳۹۲) و پرسشنامه توان خودمراقبتی جانسون (۲۰۰۸) استفاده شد داده‌ها با استفاده از رویکرد تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار Spss تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ادراک، پیروی از درمان و توان خودمراقبتی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است و این اثر در مرحله پیگیری نیز در سطح معناداری ۰/۰۵ پایدار بوده است.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این پژوهش می‌توان بیان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان یک مداخله مؤثر می‌تواند بر ادراک، پیروی از درمان و توان خودمراقبتی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر باشد و بر همین اساس پزشکان در فرآیند درمان این افراد لازم است از مشاوران و روانشناسان به صورت موازی استفاده کنند.

استناد: خانابائی، ناهید؛ مجتبابی، مینا؛ و ثابت، مهرداد (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ادراک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۸، ۵۹-۸۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۸، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.128.59](https://doi.org/10.52547/JPS.22.128.59)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: مینا مجتبابی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

رایانامه: mojtabaie_IN@yahoo.com تلفن: ۰۹۱۲۴۰۹۳۶۷۹

مقدمه

سرطان، از جمله بیماری‌های مزمن و غیرواگیرداری است که گروه وسیعی از بیماری‌ها را شامل می‌شود (برگ و همکاران، ۲۰۰۸). این بیماری همچون سایر بیماری‌های مزمن، در هر فرد، گروه سنی و هر نژادی رخ می‌دهد و به عنوان یک معضل عمده بهداشتی و تأثیرگذار بر سلامت جامعه محسوب می‌گردد. سرطان پستان یکی از مهم‌ترین و شایع‌ترین بیماری‌ها در زنان است که از هر ۸ نفر زن یک نفر را مبتلا کرده و متأسفانه بیش از سایر سرطان‌ها باعث مرگ و میر زنان می‌شود. این بدخیمی، ۳۳ درصد سرطان‌های خانم‌ها را تشکیل داده و مسئول ۹۱ درصد از مرگ‌های ناشی از سرطان است (ریچموند و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان سینه، همان گونه که از اسم آن مشخص است، به سرطانی گفته می‌شود که در اندام پستان (سینه) خانم‌ها بروز می‌کند و تمام احشای داخلی پستان خانم‌ها را درگیر نموده و به مرور زمان از بین می‌برد (سیویسکا و همکاران، ۲۰۱۸). سرطان سینه، به صورت تغییرات رشد خارج از کنترل سلول‌ها در بافت پستان تعریف می‌شود که این رشد غیرطبیعی، در غدد تولیدکننده شیر (لوبول‌ها) یا در مجاری که لوبول‌ها را به نوک پستان مرتبط می‌سازند (داکت)، ایجاد می‌گردد (سباتینو و همکاران، ۲۰۱۲). عوامل مؤثر در بروز این بیماری شامل سن، ژنتیک، پیشینه خانوادگی، رژیم غذایی، مصرف الکل، چاقی، شیوه‌های زندگی، نداشتن فعالیت فیزیکی و عوامل آندوکرین هستند (کورس، ۲۰۱۷). پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که روند درمان، درک بیمار از بیماری، شیوه برخورد با درمان، پرهیز از موارد اجتنابی و مهم‌تر از این موارد، رعایت اصول درمانی همواره باعث افزایش احتمال درمان بیماری می‌شود ماری و همکاران ۲۰۱۱؛ فورنیر، ۲۰۱۸؛ ساریزاده و همکاران، ۱۳۹۷؛ گریفین و کاتلر بکت، ۲۰۱۷؛ باقرنژاد و همکاران، ۱۳۹۷؛ لارسون و تورنیاک، ۲۰۱۶؛ بدرخانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ نورکراس و همکاران، ۲۰۱۵ یکی از این مؤلفه‌های مربوط به درمان در بیماران مبتلا به سرطان، ادراک بیماری است.

ادراک بیماری، رویکردی است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار است و بیان می‌کند افراد در برخورد با یک بیماری یا یک عامل تهدید کننده حیات یک تصویر کلی و باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند (پریاد و بالاسی، ۲۰۱۸). شناخت بیماران از بیماری‌شان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و

بر پایه جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد. طرحواره شناختی از بیماری یا ادراک بیماری دارای پنج جنبه است که شامل باورهای بیمار درباره هویت بیماری، علل ایجاد بیماری، زمان بیماری، کنترل یا درمان و پیامدهای بیماری است. ادراک بیماری از طریق یکپارچه‌سازی اطلاعات محرک‌های درونی و بیرونی با تئوری از قبل موجود بیماری، شکل می‌گیرد. درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه بیماری تأثیرگذار است (وانگ، ۲۰۱۸). درک از بیماری هرچند باعث تسهیل روند درمان، ارتقاء رویکردهای درمانی و افزایش احتمال بهبود بیمار می‌شود (ماروکوفسکی و همکاران، ۲۰۱۷) اما بدون خودنظارتی و توجه فرد بیمار به توصیه‌های پزشک و انجام رفتارهای مراقبتی پیگیر جهت کاهش علائم تدبیری بیماری و لذا افزایش سرعت بهبود بیماری، اثربخشی چندانی ندارد و در واقع، مراقبت شخص از خودش با توجه به توصیه‌های درمانی امری بسیار مهم‌تر از درک بیماری است. این امر با نام رفتارهای خود مراقبتی شناخته می‌شود (جویناتسی و همکاران، ۲۰۱۶).

خود مراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه و هدف‌داری است که فرد جهت حفظ حیات و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش از زمان تولد تا مرگ انجام می‌دهند (ارین، ۲۰۱۷). حیطه‌های خود مراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، پایش سلامت، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی است. خود مراقبتی، جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. پابندی به رفتارهای خود مراقبتی در بیماری سرطان، علاوه بر پیشگیری از تشدید علائم و نشانه‌ها، در کاهش دفعات بستری، کاهش مرگ و میر بیماران، احساس سلامت بیشتر در آن‌ها و کاهش هزینه‌های درمانی آنان نیز مؤثر است (راجپورا و نایاک، ۲۰۱۴). اگر به طور واقعی به موضوع بنگریم باید بگوییم درک بیماری تنها تضمین کننده موفقیت درمان و بهبودی بیمار نیست؛ لذا مؤلفه‌های دیگری از درمان نیز باید مورد بررسی قرار بگیرند. یکی دیگر از این مؤلفه‌ها، پیروی از درمان است. پیروی از درمان به صورت میزان مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی، مصرف منظم داروها، رعایت اصول سبک زندگی و تعهد به توصیه‌های پزشکان تعریف می‌شود (ما و همکاران، ۲۰۱۶).

پیروی از درمان بدین معنی است که کلیه رفتارهای بیمار (رژیم غذایی، مایعات و دریافت داروها) در جهت توصیه‌های ارائه شده از سوی مراقبین بهداشتی و درمانی باشد. پیروی از درمان، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در کنترل بیماری‌های مزمن است، به گونه‌ای که بین میزان پیروی از درمان و کنترل بیماری، عود بیماری و بهبود کامل بیماری همواره همبستگی بالایی وجود داشته است. تبعیت دارویی یک چالش مهم در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است و این بیماران در صورت عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی، گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری، پیشرفت ناتوانی ناشی از بیماری و نیاز به بستری شدن در بیمارستان خواهند شد (جابر و شمس، ۲۰۱۵). کوتاهی بیماران در تبعیت از درمان‌های توصیه شده، یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های تیم سلامت است (لی و پیرانیو، ۲۰۱۶). موضوع دیگر، بحث و بررسی فرآیند پیروی از درمان در بیماران مبتلا به سرطان سینه است. سرطان سینه جزء آن دسته از بیماری‌هایی است که پیروی از توصیه‌های پزشک، مبتنی بر رعایت رژیم غذایی و کنترل عوامل خطر ساز نقش مهمی در پیشگیری از وخامت بیماری، اختلالات توأم و همچنین ارتقای سلامت بیمار دارد (چن و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان‌های طولانی و سخت مانند شیمی‌درمانی به اختلالاتی همچون افسردگی و اضطراب می‌انجامد که این اختلالات هم عواقب ناخوشایند متعددی از جمله عدم پیگیری درمان را به دنبال دارند (ریچموند و همکاران، ۲۰۱۸). نکته بسیار مهمی که در زمینه درمان بیماران زن مبتلا به سرطان سینه وجود دارد، شناخت و بررسی رویکردهایی جهت افزایش انگیزه این بیماران به انجام رفتارهای خود مراقبتی و خودنظارتی پیگیرانه و همچنین روش‌های بهبود فرآیند پیروی از درمان و البته افزایش ادراک بیماری در این بیماران است. اینجاست که اهمیت رویکردهای روانشناختی در اثربخشی بر این متغیرها اهمیت می‌یابد. یکی از رویکردهای روانشناختی که اثربخشی آن بر فرآیند درمان بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مورد توجه پژوهش‌های گوناگون قرار گرفته است، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است (رادا، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مبنای این فرضیه به وجود آمده است که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی همراه است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تغییر رابطه مراجع با تجارب درونی و اجتناب‌هایش تأکید دارد. در این درمان مشکلات بالینی در یک قالب

مفهوم‌بندی می‌شوند که سه مشکل اساسی، زیربنای مشکلات روانشناختی را تشکیل می‌دهد و شامل مشکلات مرتبط با آگاهی، اجتناب از تجارب درونی و عدم انجام فعالیت‌های مهم و ارزشمند زندگی فرد، می‌شود (منشی و همکاران، ۱۳۹۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) شش فرآیند محوری دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد می‌شود. این شش فرآیند شامل پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آن‌ها و تعهد در مقابل منفعل بودن است (دهقانی، ۱۳۹۶). دو هدف اصلی این درمان شامل پذیرش افکار و احساسات ناخواسته غیرقابل کنترل و تعهد و عمل برای داشتن یک زندگی ارزشمند مطابق با ارزش‌های شخصی خود فرد است. این درمان شامل پذیرش و تغییر به صورت هم‌زمان است، البته تغییر در عملکرد افراد نه در مشکل یا فراوانی رفتار مشکل‌سازشان (هربرت و فورمن، ۲۰۱۱). در پژوهشی که هرمان (۲۰۱۸) به بررسی باورهای بهداشتی و خود مراقبتی زنان مبتلا به سرطان پستان پرداخت، نتایج نشان داد که درک موانع با رعایت موانع رژیم غذایی ارتباط داشت و درک وخامت بیماری با کنترل متابولیسمی مرتبط بود. طبق نتایج، با افزایش سابقه ابتلا به سرطان پستان، منافع درک شده کاهش می‌یابد که می‌تواند ناشی از این باشد که با بالا رفتن دوره بیماری در زنان مبتلا به سرطان پستان، احتمالاً عوارض ناشی از بیماری اتفاق می‌افتد و یا این که درگیر شدن بیشتر با بیماری و مشاهده و جستجوی آن در افراد دیگر سبب می‌شود که به فواید و منافع درمان و مراقبت کمتر باور داشته باشند. کاتلر و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهش خود به بررسی مبانی رفتارهای خود مراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان پرداختند. نشان داد که زنان مبتلا به سرطان پستان، از ترس، وحشت، پریشانی، اندوه، احساس گناه خود در روز تشخیص، سخن می‌گویند و زندگی با شیمی‌درمانی یا بدون پستان را تجربه‌ای تنش‌زا توصیف می‌کنند. مورهد و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان بر اساس ادراک بیماری پرداختند. یافته‌ها نشان داد که ادراک بیماری، ابعاد جسمانی و ابعاد روانی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان را پیش‌بینی می‌کند. همچنین ادراک بیماری بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد با توجه به میزان شیوع بیماری سرطان سینه در

و توان آزمون، به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند. روش نمونه گیری این افراد به صورت هدفمند است؛ ملاک های ورود افراد به پژوهش برای کنترل متغیرهای مداخله گر عبارت بود از قرار داشتن در رده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال؛ ابتلا به سرطان پستان به دست کم ۱ ماه گذشت از زمان بیماری و آغاز پروسه درمان و عدم سابقه اختلالات حاد روانشناختی در دو سال گذشته بود و ملاک های خروج تخطی از ملاک های ورود به پژوهش و همچنین عدم تمایل به ادامه همکاری با پژوهشگران به هر دلیلی بود. در ادامه، این افراد با استفاده از روش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. تعداد افراد هر گروه ۲۰ نفر است. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند، اما گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. و در نهایت جهت تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه ادراک بیماری فرم بلند (IPQ-R) پتریه و همکاران (۲۰۰۶): این پرسشنامه توسط پتریه و همکاران (۲۰۰۶) تهیه شده است. این پرسشنامه اولین بار توسط واینمن و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس مدل لونتال تهیه شد. پرسشنامه ادراک بیماری فرم بلند (IPQ-R) دارای ۸۲ گویه است. قسمت اول پرسشنامه دارای ۱۴ گویه است که مربوط به ماهیت بیماری است. هر گویه به یکی از علائم عمومی اشاره دارد. در جلوی هر گویه دو ستون قرار دارد. اگر پاسخ ستون اول (آیا از ابتدای بیماری این علامت را تجربه کرده اید) مثبت باشد، پرسشگر به سراغ ستون دوم می رود (این علامت با بیماری من ارتباط دارد) و چنانچه پاسخ این ستون مثبت باشد، یک نمره در نظر گرفته می شود. مؤلفه دیگر، سیر زمانی (حاد یا مزمن بودن بیماری) است که شامل ۶ گویه است. مؤلفه دیگر پرسشنامه، پیامدهای بیماری است که شامل ۶ گویه است. کنترل پذیری بیماری، مؤلفه دیگر پرسشنامه است که توسط ۶ گویه مورد سنجش قرار می گیرد. درمان پذیری مؤلفه دیگر پرسشنامه است که توسط ۵ گویه مورد سنجش قرار می گیرد. پیوستگی (۵ گویه) مؤلفه دیگری پرسشنامه است که توسط ۵ گویه مورد سنجش قرار می گیرد. پیوستگی، مربوط به ادراک کلی فرد از بیماریش است و اینکه بتواند علائم مختلف بیماری را به بیماری خود نسبت دهد. سیر زمانی دوره ای نیز توسط ۴ گویه مورد سنجش قرار می گیرد. در نهایت نیز بازنمایی

جهان و پیامدهای پزشکی ناشی از آن، پیروی این بیماران از رژیم های توصیه شده درمانی توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است، زیرا می تواند بهبود یا ناتوانی بیماران را به همراه داشته باشد و دستاوردهای درمان را تحت تأثیر قرار دهد. با اینکه ابعاد مختلف مواردی مانند درک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و تبعیت از درمان برای بیماران شناخته شده است و مزیت های استفاده از چنین رویکردهایی در درمان بیماری های مختلف مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده اند اما متأسفانه پژوهش های بسیار اندکی در زمینه تأثیر رویکردهای درمانی بر بهبود این متغیرهای درمانی مورد استفاده در این پژوهش وجود دارد و نیاز به انجام مطالعات جامع تری در این زمینه کاملاً محسوس است. بر این اساس سؤال پژوهش این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ادراک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تا چه میزان تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه و همراه با پیگیری یک ماهه است. به عبارتی دیگر، پژوهش حاضر شامل دو گروه آزمایش و گواه است. گروه آزمایش تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار می گیرند، اما گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نمی کنند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران زن مبتلا به سرطان پستان ۲۵ تا ۴۵ ساله مراجعه کننده به بخش انکولوژی بیمارستان امام حسین شهر تهران در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ تشکیل می دهند. لازم به ذکر است این بیماران دارای پرونده تشخیصی به عنوان افراد مبتلا به سرطان پستان می باشند. لازم به ذکر است این افراد بر طبق طبقه بندی TNM (تومور، غدد لنفاوی، متاستاز) باید در یکی از مراحل صفر، ۱ یا ۲ سرطان پستان باشند. به دلیل دشواری درمان سرطان پستان در مراحل ۴ و ۵ توسط رویکردهای روانشناختی و تمرکز بر رویکردهای پزشکی (جراحی، شیمی درمانی، پرتودرمانی) و دشواری در دسترسی به این افراد در مراحل ذکر شده (به دلیل مشکلات شخصی) لذا زنان مراحل صفر، ۱ و ۲ برای نمونه آماری انتخاب می شوند. از بین افراد جامعه آماری، ۴۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند همراه با غربالگری و بر اساس جدول کوهن، با استفاده از اندازه اثر

هیجانی توسط ۶ گویه مورد سنجش قرار می گیرد. بازنمایی هیجانی به این معنی است که ابتلا به بیماری چقدر در فرد واکنش های هیجانی منفی مانند ترس ایجاد کرده است.

مؤلفه های سیر زمانی، پیامدهای بیماری، کنترل پذیری بیماری، درمان پذیری، پیوستگی، سیر زمانی دوره ای و بازنمایی هیجانی به صورت ۵ درجه ای در مقیاس لیکرت اندازه گیری می شود بدین صورت که برای گزینه های کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) نمره در نظر گرفته شده است. در ادامه، ۲۵ گویه (فاکتور) نیز به عنوان علل بیماری در نظر گرفته شده است. در این قسمت، بیماران باید علت اصلی بیماری خود را مشخص کنند. از آنجا که نظرات با هم فرق دارند، هیچ پاسخ صحیحی برای پرسش های این قسمت وجود ندارد. هدف این قسمت فهمیدن دیدگاه های فرد را درباره عوامل مسبب بیماری است. نمره گذاری این قسمت نیز به صورت ۵ درجه ای در مقیاس لیکرت است، بدین صورت که برای گزینه های کاملاً مخالفم (۱)، مخالفم (۲)، نظری ندارم (۳)، موافقم (۴) و کاملاً موافقم (۵) نمره در نظر گرفته شده است. این علل و گویه ها بر اساس توصیه متخصصان به چند گروه تقسیم شدند که شامل علل روانشناختی، علل درونی و علل محیطی است. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش کلورسون (۲۰۱۴) به ترتیب برابر با ۰/۷۳ و ۰/۸۷ گزارش شد که در سطح مطلوب است (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). آلفای کرونباخ طبق بررسی انجام شده در سال ۲۰۰۱ برای قسمت های مختلف پرسشنامه از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات آن ۰/۴۶ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی بین قسمت های مختلف پرسشنامه ۰/۴۶ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. روایی تفکیکی پرسشنامه با بررسی ۹۰ بیماری مزمن محاسبه و ۰/۸۳ گزارش شد. اولین بار بود که در ایران جهت IPQ-R پرسشنامه بررسی ادراک بیماری در بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گرفت، از آلفای کرونباخ برای بررسی روایی سازه و اثبات مناسب بودن خرده مقیاس ها استفاده شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر با ۰/۸۱ بدست آمد. همچنین از ضریب پیرسون برای بررسی تست مجدد (بازآزمایی) در ۳۷ نفر از افراد جمعیت عادی استفاده شد که نتیجه آن ۰/۷۳ گزارش شد.

پرسشنامه پیروی از درمان مدانلو (۱۳۹۲): این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو در زمینه بیماران مزمن طراحی و روانسنجی شده است. این

پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در زمینه های اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۴ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) است. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه های اهتمام در درمان ۰-۴۵، تمایل به مشارکت در درمان ۰-۳۵، توانایی تطابق ۰-۳۵، تلفیق درمان با زندگی ۰-۲۵، چسبیدن به درمان ۰-۲۰، تعهد به درمان ۰-۲۵ و تدبیر در اجرای درمان ۰-۱۵ است که بر اساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز ۰-۱۰۰ می شود. بر اساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۷۵-۱۰۰ به معنی پیروی بسیار خوب از درمان، امتیاز ۵۰-۷۴ به معنی پیروی خوب از درمان، امتیاز ۲۶-۴۹ به معنی پیروی متوسط از درمان و امتیاز ۰-۲۵ به معنی پیروی ضعیف از درمان است. روایی محتوایی این ابزار توسط مدانلو ۰/۹۱ گزارش شده است و برای پایایی از دو طریق آلفای کرونباخ که برابر با ۰/۹۲۱ و بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ هفته برابر با ۰/۸۷۵ برآورد شده است.

پرسشنامه توان خود مراقبتی (SCAS): پرسشنامه توان خود مراقبتی (SCAS) توسط جانسون (۲۰۰۸) تهیه شده است. پرسشنامه توان خود مراقبتی (SCAS) دارای ۲۲ گویه است. این پرسشنامه دارای ۵ زیرمقیاس است. زیرمقیاس های استفاده از دارو (۶ سؤال)، رژیم غذایی (۵ سؤال)، نظارت بر خود (۴ سؤال)، مراقبت بهداشتی (۴ سؤال) و وضعیت روانی (۳ سؤال) توسط این پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرند. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت ۳ درجه ای است که برای گزینه هرگز (۰)، گاهی اوقات (۱) و همیشه (۲) نمره در نظر گرفته شده است. لازم به ذکر است سؤالات ۱۲، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش جانسون (۲۰۰۸) به ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۸۸ گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش مذکور برابر با ۰/۸۵ گزارش شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در پژوهش فردمن و کاتلر (۲۰۰۹) به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۴ گزارش شد که در سطح مطلوب است (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). دامنه نمره گذاری این پرسشنامه بین ۰ تا ۴۴ است. نمره بالاتر به معنی رفتارهای خود مراقبتی بیشتر در فرد است.

پروتکل آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT): پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) داهل و همکاران (۲۰۱۴) دارای ۸ جلسه بوده

که طول هر جلسه ۶۰ دقیقه بوده و در هر هفته ۲ جلسه برای افراد گروه شده است: آزمایش اول اجرا می‌شود. جلسات این پروتکل درمانی در زیر شرح داده

جدول ۱. پروتکل آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)

جلسه	اهداف	محتوا و فعالیت ها	تکالیف
اول	معارفه	برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن آزمودنی با موضوع پژوهش، بررسی بیماری سرطان پستان در افراد، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها.	تمرین تمرکز
دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان پذیرش و تعهد	ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل. آموزش ذهن آگاهی و اجرای تمرین‌های ذهن آگاهی و ریلکسیشن	تمرین ذهن آگاهی و ریلکسیشن
سوم	تصریح ارزش‌ها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع	شناسایی ارزش‌های مراجع؛ شفاف‌سازی ارزش‌ها؛ تعیین اهداف و معرفی عمل متعهدانه و تمرین ذهن آگاهی اسکن بدن	ذهن آگاهی و اسکن بدن
چهارم	بررسی ارزش‌های از افراد	بررسی موانع؛ تکمیل فرم مسیرهای ارزشمند؛	تمرین سنگ مزار
پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمرین برای گسلش	مرور تکالیف؛ گسستگی از تهدیدهای زبان؛ ذهن آگاهی	تمرین رویارویی با آدم‌آهنی غول پیکر
ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن	رنج اولیه و ثانویه؛ تعهد و موانع شکل‌گیری رضایت	تمرین خلق الگوهای بزرگتر عمل متعهدانه
هفتم	تأکید برای در زمان حال بودن	ذهن آگاهی در پیاده‌روی؛ تمرین تنفس	تمرین ذهن آگاهی و مشاهده‌گر
هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه	مرور درمان؛ عمل متعهدانه؛ عود و پیشامدها؛ آمادگی نه پیشگیری؛	تکلیف مادام‌العمر

یافته‌ها

از لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۶ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم، ۵ نفر فوق دیپلم و لیسانس و ۲ نفر بالاتر از لیسانس بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و از تحلیل واریانس آمیخته (MANOVA) استفاده شد.

در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۴ نفر فوق دیپلم و لیسانس و ۲ نفر بالاتر

جدول ۲. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌های متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
ماهیت بیماری	پذیرش و تعهد	(۱/۹۷) ۷/۸۹	(۱/۷۶) ۵/۱۷	(۱/۴۲) ۶/۴۴
	کنترل	(۱/۸۸) ۸/۲۶	(۲/۳۹) ۸/۴۲	(۱/۶۱) ۸/۴۷
سیر زمانی	پذیرش و تعهد	(۵/۴۰) ۲۲/۲۲	(۳/۳۵) ۱۴/۴۴	(۳/۴۳) ۱۴/۱۷
	کنترل	(۵/۲۳) ۲۱/۴۷	(۴/۶۳) ۲۰/۳۲	(۴/۷۳) ۲۰/۹۵
پیامدهای بیماری	پذیرش و تعهد	(۴/۰۲) ۲۱/۴۴	(۲/۷۹) ۱۴/۳۳	(۳/۰۵) ۱۴/۵۶
	کنترل	(۵/۳۸) ۲۰/۵۸	(۳/۲۸) ۲۲/۱۱	(۴/۱۵) ۲۲/۰۰
کنترل‌پذیری	پذیرش و تعهد	(۴/۷۹) ۲۳/۵۰	(۳/۴۳) ۱۳/۴۴	(۲/۸۹) ۱۳/۶۱
	کنترل	(۵/۳۳) ۲۱/۵۸	(۴/۹۵) ۲۲/۸۰	(۴/۵۵) ۲۱/۱۶
درمان‌پذیری	پذیرش و تعهد	(۲/۹۶) ۱۷/۰۶	(۲/۴۳) ۱۰/۵۶	(۲/۱۴) ۹/۷۲
	کنترل	(۲/۱۴) ۱۵/۵۳	(۲/۶۳) ۱۴/۸۴	(۲/۶۸) ۱۵/۰۵
پیوستگی	پذیرش و تعهد	(۳/۶۲) ۱۶/۹۴	(۲/۱۴) ۱۰/۰۰	(۲/۲۶) ۱۰/۰۶
	کنترل	(۳/۷۶) ۱۵/۹۵	(۳/۸۰) ۱۶/۶۳	(۳/۵۹) ۱۵/۶۳
سیر زمانی دوره‌ای	پذیرش و تعهد	(۲/۶۰) ۱۴/۵۰	(۲/۸۵) ۹/۵۰	(۳/۲۰) ۱۰/۰۰

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بازنمایی هیجانی	کنترل	۱۵/۰۰ (۳/۰۶)	۱۴/۳۲ (۳/۴۶)	۱۴/۹۵ (۳/۱۴)
	پذیرش و تعهد	۲۰/۲۸ (۵/۱۸)	۱۳/۳۹ (۲/۹۵)	۱۳/۲۲ (۳/۲۸)
	کنترل	۲۱/۷۹ (۵/۷۰)	۲۰/۵۸ (۴/۰۹)	۲۰/۲۱ (۴/۰۸)
علل بیماری	پذیرش و تعهد	۷۵/۶۷ (۹/۰۲)	۴۹/۷۲ (۷/۵۸)	۴۷/۳۹ (۸/۵۵)
	کنترل	۷۲/۹۵ (۱۱/۳۹)	۶۸/۸۹ (۱۰/۰۱)	۶۵/۶۳ (۱۰/۷۱)
	پذیرش و تعهد	۱۷/۰۰ (۳/۳۱)	۲۶/۰۶ (۵/۴۹)	۲۶/۹۷ (۵/۶۵)
زمینه‌های اهتمام در درمان	کنترل	۱۷/۳۷ (۴/۰۹)	۱۸/۶۸ (۴/۵۷)	۱۷/۶۸ (۴/۶۶)
	پذیرش و تعهد	۱۳/۰۰ (۳/۴۸)	۱۷/۸۹ (۴/۱۶)	۱۹/۱۱ (۳/۵۵)
	کنترل	۱۴/۰۵ (۳/۳۱)	۱۲/۸۹ (۳/۴۸)	۱۳/۸۴ (۲/۹۷)
تمایل به مشارکت	پذیرش و تعهد	۱۳/۸۹ (۲/۹۹)	۱۷/۲۲ (۴/۲۶)	۱۷/۷۸ (۲/۹۴)
	کنترل	۱۳/۰۰ (۲/۷۹)	۱۳/۱۶ (۲/۷۷)	۱۲/۱۶ (۲/۶۹)
	پذیرش و تعهد	۷/۹۴ (۲/۰۷)	۱۲/۶۷ (۳/۳۸)	۱۲/۶۱ (۲/۸۵)
تلفیق درمان با زندگی	کنترل	۷/۷۹ (۲/۱۲)	۹/۴۷ (۲/۵۹)	۹/۵۳ (۲/۹۹)
	پذیرش و تعهد	۷/۳۹ (۲/۱۲)	۱۰/۸۳ (۲/۶۶)	۱۰/۱۱ (۲/۸۱)
	کنترل	۷/۵۸ (۲/۱۴)	۷/۷۹ (۱/۸۱)	۷/۹۵ (۲/۰۹)
چسبیدن به درمان	پذیرش و تعهد	۶/۲۲ (۱/۹۰)	۱۰/۷۸ (۲/۱۳)	۱۰/۸۳ (۲/۲۰)
	کنترل	۶/۶۳ (۱/۹۲)	۶/۸۴ (۲/۳۴)	۷/۰۵ (۲/۶۱)
	پذیرش و تعهد	۴/۶۷ (۱/۹۴)	۷/۴۴ (۱/۸۹)	۷/۷۸ (۲/۰۷)
تدبیر در اجرای درمان	کنترل	۴/۶۸ (۱/۸۹)	۵/۲۱ (۲/۱۵)	۵/۳۷ (۱/۵۷)
	پذیرش و تعهد	۴/۹۴ (۲/۲۶)	۷/۷۸ (۱/۸۳)	۸/۴۴ (۱/۶۲)
	کنترل	۴/۷۹ (۲/۰۹)	۵/۵۸ (۱/۴۶)	۴/۸۹ (۱/۷۰)
استفاده از دارو	پذیرش و تعهد	۳/۷۸ (۱/۲۶)	۶/۶۱ (۱/۵۸)	۶/۹۴ (۱/۶۶)
	کنترل	۳/۹۵ (۱/۶۵)	۴/۸۹ (۱/۴۵)	۴/۲۶ (۱/۲۸)
	پذیرش و تعهد	۳/۰۰ (۱/۶۱)	۵/۶۱ (۱/۳۸)	۵/۱۷ (۲/۰۱)
رژیم غذایی	کنترل	۳/۸۴ (۱/۶۱)	۳/۵۸ (۱/۷۱)	۳/۵۸ (۱/۴۶)
	پذیرش و تعهد	۳/۲۲ (۱/۴۴)	۵/۱۱ (۱/۸۴)	۵/۶۷ (۱/۵۰)
	کنترل	۳/۳۷ (۱/۵۰)	۳/۵۳ (۱/۵۰)	۲/۹۵ (۱/۰۳)
نظارت بر خود	پذیرش و تعهد	۱/۸۹ (۱/۰۲)	۴/۲۲ (۱/۳۵)	۴/۵۰ (۱/۲۵)
	کنترل	۲/۴۷ (۱/۱۷)	۳/۰۵ (۱/۳۹)	۲/۸۹ (۱/۱۵)
	مراقبت بهداشتی			
وضعیت روانی				

نتایج جدول ۱ میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌های ادراک بیماری (ماهیت بیماری، سیر زمانی، پیامدهای بیماری، کنترل‌پذیری، درمان‌پذیری، پیوستگی، سیر زمانی دوره‌ای، بازنمایی هیجانی و علل بیماری)؛ مؤلفه‌های پیروی از درمان (زمینه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تدبیر در اجرای درمان) مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی را در شرکت کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همانطور که پیداست در دو گروه آزمایش میانگین

نمرات مؤلفه‌های نه گانه ادراک بیماری در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در گروه کنترل مشاهده نشد؛ همچنین در هر دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های پیروی از درمان در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است و در هر دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خود مراقبتی در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است. پیش از انجام تحلیل واریانس، مفروضات آزمون از جمله تبعیت از توزیع نرمال در متغیرهای

وابسته، همبستگی میان متغیرهای وابسته در تحلیل‌های چندمتغیری (آزمون بارتلت)، کروییت داده‌ها با استفاده از آزمون ماچلی و همچنین همگنی واریانس کواریانس با استفاده از امپاکس بررسی شد. بررسی‌ها نشان داد که مفروضه نرمال بودن با توجه به آماره آزمون شاپیر-ویلک در گروه‌ها در هر سه مرحله پژوهش برقرار است ($P > 0/05$). برای بررسی یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون بهره گرفته شد که نتایج نشان داد مفروضه

واریانس‌های خطا برای نمرات ادراک بیماری، پیروی از درمان و خود مراقبتی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مفروضه یکسانی واریانس - کوواریانس (امپاکس) برقرار بود. همچنین مفروضه کروییت از طریق آزمون ماچلی بررسی و نتایج در این بخش نیز حاکی از برقراری این مفروضه بود.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های ادراک بیماری، پیروی از درمان و خود مراقبتی

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	p	η^2	توان آزمون
ماهیت بیماری	۰/۷۸۴	۳/۱۷	۴ و ۹۸	۰/۰۱۷	۰/۱۱۵	۰/۸۰۶
سیر زمانی	۰/۷۹۷	۲/۹۵	۴ و ۹۸	۰/۰۲۴	۰/۱۰۷	۰/۷۷۲
پیامدهای بیماری	۰/۷۳۳	۴/۱۲	۴ و ۹۸	۰/۰۰۴	۰/۱۴۴	۰/۹۰۶
کنترل‌پذیری	۰/۵۲۸	۹/۲۳	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	۰/۹۹۹
درمان‌پذیری	۰/۴۲۸	۱۲/۹۵	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	۱/۰۰
پیوستگی	۰/۶۲۲	۶/۵۵	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱	۰/۹۸۹
سیر زمانی دوره‌ای	۰/۷۳۸	۴/۰۲	۴ و ۹۸	۰/۰۰۵	۰/۱۴۱	۰/۸۹۸
بازنمایی هیجانی	۰/۷۷۹	۳/۲۵	۴ و ۹۸	۰/۰۱۵	۰/۱۱۷	۰/۸۱۶
علل بیماری	۰/۵۳۷	۸/۹۳	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۹۹
زمینه‌های اهتمام در درمان	۰/۶۸۶	۵/۰۹	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۷۲	۰/۹۵۹
تمایل به مشارکت	۰/۶۵۸	۵/۷۰	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۸۹	۰/۹۷۶
توانایی تطابق	۰/۷۲۵	۴/۲۷	۴ و ۹۸	۰/۰۰۳	۰/۱۴۸	۰/۹۱۷
تلفیق درمان با زندگی	۰/۷۸۴	۳/۱۷	۴ و ۹۸	۰/۰۱۷	۰/۱۱۴	۰/۸۰۵
چسبیدن به درمان	۰/۷۹۰	۳/۰۶	۴ و ۹۸	۰/۰۲۰	۰/۱۱۱	۰/۷۹۰
تعهد به درمان	۰/۶۴۳	۶/۰۶	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۸	۰/۹۸۳
تدبیر در اجرای درمان	۰/۸۴۹	۲/۰۹	۴ و ۹۸	۰/۰۸۹	۰/۰۷۸	۰/۶۰۱
استفاده از دارو	۰/۸۰۱	۲/۸۷	۴ و ۹۸	۰/۰۲۷	۰/۱۰۵	۰/۷۶۰
رژیم غذایی	۰/۷۲۱	۴/۳۶	۴ و ۹۸	۰/۰۰۳	۰/۱۵۱	۰/۹۲۳
نظارت بر خود	۰/۶۹۳	۴/۹۲	۴ و ۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۶۷	۰/۹۵۲
مراقبت بهداشتی	۰/۷۶۰	۳/۶۱	۴ و ۹۸	۰/۰۰۹	۰/۱۲۸	۰/۸۵۹
وضعیت روانی	۰/۷۰۹	۴/۶۰	۴ و ۹۸	۰/۰۰۲	۰/۱۵۸	۰/۹۳۷

منطبق بر نتایج جدول ۳ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های ماهیت بیماری ($\eta^2 = 0/784$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/115$ ، $P = 0/017$ ، $F = 3/17$ ، سیر زمانی ($\eta^2 = 0/797$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/107$ ، $P = 0/024$ ، $F = 2/95$ ، پیامدهای بیماری ($\eta^2 = 0/733$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/144$ ، $P = 0/004$ ، $F = 4/12$ ، کنترل‌پذیری ($\eta^2 = 0/528$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/274$ ، $P = 0/001$ ، $F = 9/23$ ، درمان‌پذیری ($\eta^2 = 0/428$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/346$ ، $P = 0/001$ ، $F = 12/95$ ، پیوستگی ($\eta^2 = 0/622$)، لامبدای ویلکز،

$\eta^2 = 0/211$ ، $P = 0/001$ ، $F = 6/55$ ، سیر زمانی دوره‌ای ($\eta^2 = 0/738$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/141$ ، $P = 0/005$ ، $F = 4/02$ ، بازنمایی هیجانی ($\eta^2 = 0/779$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/117$ ، $P = 0/015$ ، $F = 3/25$ و علل بیماری ($\eta^2 = 0/537$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/267$ ، $P = 0/001$ ، $F = 8/93$ ، ادراک بیماری معنادار است. اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های زمینه‌های اهتمام در درمان ($\eta^2 = 0/686$)، لامبدای ویلکز، $\eta^2 = 0/172$ ، $P = 0/001$ ، $F = 5/09$ ، تمایل به مشارکت ($\eta^2 = 0/658$)، لامبدای ویلکز،

(۰/۷۲۱ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۵۱$ ، $P = ۰/۰۰۳$ ، $F = ۴/۳۶$)، نظارت بر خود (۰/۶۹۳ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۶۷$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۴/۹۲$)، مراقبت بهداشتی (۰/۷۶۰ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۲۸$ ، $P = ۰/۰۰۹$ ، $F = ۳/۶۱$) و وضعیت روانی (۰/۷۰۹ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۵۸$ ، $P = ۰/۰۰۲$ ، $F = ۴/۶۰$) خود مراقبتی معنادار است. در ادامه جدول ۴ نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر اجرای درمان مبتنی بر پذیرش تعهد بر ادراک بیماری، پیروی از درمان و خود مراقبتی را نشان می‌دهد.

(۰/۱۸۹ = η^2 ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۵/۷۰$)، توانایی تطابق (۰/۷۲۵ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۴۸$ ، $P = ۰/۰۰۳$ ، $F = ۴/۲۷$)، تلفیق درمان با زندگی (۰/۷۸۴ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۱۴$ ، $P = ۰/۰۱۷$ ، $F = ۳/۱۷$)، چسبیدن به درمان (۰/۷۹۰ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۱۱$ ، $P = ۰/۰۲۰$ ، $F = ۳/۰۶$) و تعهد به درمان (۰/۶۴۳ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۹۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۶/۰۶$) پیروی از درمان معنادار و بر مؤلفه تدبیر در اجرای درمان آن غیر معنادار بود. اثر اجرای متغیرهای مستقل بر استفاده از دارو (۰/۸۰۱ = لامبدای ویلکز، $\eta^2 = ۰/۱۰۵$ ، $P = ۰/۰۲۷$ ، $F = ۲/۸۷$)، رژیم غذایی

جدول ۴. نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر ادراک بیماری، پیروی از درمان و خود مراقبتی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
ماهیت بیماری	اثر گروه	۱۱۵/۹۳	۲۴۸/۶۸	۱۱/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
	اثر زمان	۲۵/۰۰	۱۸۱/۵۲	۶/۸۹	۰/۰۱۱	۰/۱۲۱
	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۰/۴۹	۳۴۵/۴۷	۳/۶۵	۰/۰۰۸	۰/۱۲۸
سیر زمانی	اثر گروه	۴۵۴/۵۲	۱۰۹۲/۴۰	۱۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۹۴
	اثر زمان	۴۱۸/۸۰	۱۰۸۷/۷۲	۱۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۱۶/۳۰	۱۷۷۳/۹۵	۴/۴۶	۰/۰۰۴	۰/۱۵۱
پیامدهای بیماری	اثر گروه	۷۱۰/۴۵	۶۳۲/۸۵	۲۸/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۲۹
	اثر زمان	۱۸۰/۱۸	۱۱۹۴/۰۸	۷/۵۵	۰/۰۰۸	۰/۱۳۱
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۴۹/۹۹	۱۶۸۱/۷۸	۶/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۱۱
کنترل‌پذیری	اثر گروه	۶۹۱/۶۹	۱۰۹۰/۲۱	۱۵/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
	اثر زمان	۶۲۶/۳۴	۸۲۷/۹۲	۳۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱
	اثر تعاملی گروه × زمان	۷۵۱/۰۳	۱۷۱۲/۷۷	۱۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵
درمان‌پذیری	اثر گروه	۲۰۸/۴۴	۶۰۹/۴۶	۸/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۲۵۵
	اثر زمان	۴۹۹/۴۱	۱۹۶/۸۷	۱۲۶/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۷
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۸۲/۶۹	۳۶۴/۱۳	۱۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
پیوستگی	اثر گروه	۳۸۹/۳۵	۴۹۳/۰۵	۱۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
	اثر زمان	۴۲۷/۴۵	۶۶۷/۸۲	۳۲/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۳۹۰
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۷۹/۱۹	۱۱۳۱/۱۳	۸/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱
سیر زمانی دوره‌ای	اثر گروه	۳۳۱/۷۹	۵۸۹/۱۵	۱۴/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰
	اثر زمان	۱۶۴/۳۴	۳۷۵/۱۹	۲۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۲۲/۸۴	۷۲۷/۲۸	۴/۲۲	۰/۰۰۳	۰/۱۴۴
بازنمایی هیجانی	اثر گروه	۸۳۶/۲۹	۱۰۵۷/۳۹	۱۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۲
	اثر زمان	۵۵۴/۵۹	۶۲۷/۶۶	۴۴/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۳۶/۸۷	۱۴۶۵/۳۱	۴/۰۴	۰/۰۰۷	۰/۱۳۹
علل بیماری	اثر گروه	۳۷۹۱/۹۶	۶۱۷۰/۵۳	۱۵/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸۱
	اثر زمان	۹۹۵۰/۰۳	۴۸۳۵/۵۸	۱۰۲/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۴۷۶/۹۸	۷۱۵۵/۸۹	۱۲/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷
زمینه‌های اهتمام در درمان	اثر گروه	۷۸۷/۳۹	۹۳۷/۰۲	۲۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷
	اثر زمان	۵۹۳/۳۸	۱۰۷۶/۵۵	۲۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۵۵

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
تمایل به مشارکت	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۸۹/۱۹	۲۱۷۸/۹۴	۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۳
	اثر گروه	۲۸۹/۱۲	۷۱۱/۰۵	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۸۹
	اثر زمان	۳۰۹/۳۰	۵۴۶/۳۴	۲۸/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶۱
توانایی تطابق	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۷۰/۵۶	۱۰۷۳/۲۷	۶/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۲۰۱
	اثر گروه	۳۴۴/۶۰	۳۰۳/۶۳	۲۸/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
	اثر زمان	۹۲/۱۷	۴۱۴/۱۲	۱۱/۱۳	۰/۰۰۲	۰/۱۸۲
تلفیق درمان با زندگی	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۸۱/۱۱	۱۰۷۶/۵۵	۴/۲۱	۰/۰۰۵	۰/۱۴۴
	اثر گروه	۱۴۴/۶۰	۴۳۷/۰۷	۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۹
	اثر زمان	۳۷۲/۶۳	۲۷۶/۷۲	۶۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۴
چسبیدن به درمان	اثر تعاملی گروه × زمان	۷۶/۴۵	۵۸۰/۹۷	۳/۲۹	۰/۰۱۴	۰/۱۱۶
	اثر گروه	۹۷/۳۶	۳۳۵/۰۱	۷/۲۷	۰/۰۰۲	۰/۲۲۵
	اثر زمان	۷۹/۶۷	۱۸۲/۸۹	۲۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰۱
تعهد به درمان	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۴/۱۴	۴۷۰/۴۷	۲/۸۸	۰/۰۲۹	۰/۱۰۳
	اثر گروه	۱۶۶/۱۷	۳۷۸/۰۸	۱۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰۵
	اثر زمان	۱۷۴/۵۷	۱۹۰/۱۷	۴۵/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
تدبیر در اجرای درمان	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۱۴/۴۸	۳۶۴/۶۶	۷/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۹
	اثر گروه	۶۹/۱۱	۱۵۱/۸۰	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
	اثر زمان	۸۴/۰۹	۲۰۷/۹۱	۲۰/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۸
استفاده از دارو	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۸/۹۰	۴۰۸/۸۸	۲/۳۸	۰/۰۵۹	۰/۰۸۷
	اثر گروه	۱۰۷/۷۲	۱۶۶/۷۱	۱۶/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳
	اثر زمان	۸۰/۱۳	۲۳۶/۰۲	۱۶/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳
رژیم غذایی	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۵/۷۴	۳۹۴/۰۶	۳/۵۴	۰/۰۱۱	۰/۱۲۴
	اثر گروه	۵۵/۱۶	۱۰۱/۰۸	۱۳/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۳
	اثر زمان	۸۶/۰۵	۱۰۶/۷۷	۴۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶
نظارت بر خود	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۹/۵۸	۲۱۵/۶۲	۴/۵۹	۰/۰۰۲	۰/۱۵۵
	اثر گروه	۳۳/۸۹	۱۱۹/۴	۷/۱۲	۰/۰۰۲	۰/۲۲۲
	اثر زمان	۳۶/۴۷	۱۳۰/۹۷	۱۳/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸
مراقبت بهداشتی	اثر تعاملی گروه × زمان	۵۶/۶۶	۲۴۸/۰۳	۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶
	اثر گروه	۵۳/۸۲	۱۰۷/۸۴	۱۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
	اثر زمان	۲۳/۵۶	۱۲۲/۷۶	۹/۶۰	۰/۰۰۳	۰/۱۶۱
وضعیت روانی	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۸/۹۵	۲۳۴/۰۳	۴/۱۶	۰/۰۰۴	۰/۱۴۳
	اثر گروه	۱۹/۶۰	۶۳/۵۵	۷/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۲۳۶
	اثر زمان	۷۰/۵۴	۷۲/۳۳	۴۸/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۵/۶۹	۱۴۴/۰۶	۴/۴۶	۰/۰۰۳	۰/۱۵۱

جدول ۴ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه ماهیت بیماری ($\eta^2 = ۰/۱۲۸$ ، $p = ۰/۰۰۸$ ، $F = ۳/۶۵$)، سیر زمانی ($\eta^2 = ۰/۱۵۱$ ، $p = ۰/۰۰۴$ ، $F = ۴/۴۶$)، پیامدهای بیماری ($\eta^2 = ۰/۲۱۱$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۶/۶۹$)، کنترل‌پذیری ($\eta^2 = ۰/۳۰۵$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۰/۹۶$)، درمان‌پذیری ($\eta^2 = ۰/۴۳۷$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۰/۹۶$)،

($F = ۱۹/۴۱$)، پیوستگی ($\eta^2 = ۰/۲۵۱$ ، $p = ۰/۰۰۱$ ، $F = ۸/۳۸$)، سیر زمانی دوره‌ای ($\eta^2 = ۰/۱۴۴$ ، $p = ۰/۰۰۳$ ، $F = ۴/۲۲$)، بازنمایی هیجانی ($\eta^2 = ۰/۱۳۹$ ، $p = ۰/۰۰۷$ ، $F = ۴/۰۴$) و علل بیماری ($\eta^2 = ۰/۳۲۷$)، این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی مؤلفه‌های

از دارو ($\eta^2 = 0/124$ ، $P = 0/011$ ، $F = 3/54$)، رژیم غذایی ($\eta^2 = 0/155$)،
 گروه $\times$ زمان برای مؤلفه‌های زمینه‌های اهمیت در درمان ($\eta^2 = 0/183$)،
 ($P = 0/001$ ، $F = 5/61$)، تمایل به مشارکت ($\eta^2 = 0/201$)،
 ($P = 0/001$ ، $F = 6/30$)، توانایی تطابق ($\eta^2 = 0/144$)، ($P = 0/005$ ، $F = 4/21$)، تلفیق درمان
 با زندگی ($\eta^2 = 0/116$)، ($P = 0/014$ ، $F = 3/29$)، چسبیدن به درمان
 ($\eta^2 = 0/103$)، ($P = 0/029$ ، $F = 2/88$) و تعهد به درمان ($\eta^2 = 0/239$)،
 ($P = 0/001$ ، $F = 7/85$) پیروی از درمان معنادار و بر مؤلفه تدبیر در اجرای
 درمان آن غیر معنادار بود. اثر تعاملی گروه $\times$ زمان برای مؤلفه‌های استفاده

ادراک بیماری را به صورت معنادار تحت تأثیر قرار داده است. اثر تعاملی
 گروه $\times$ زمان برای مؤلفه‌های زمینه‌های اهمیت در درمان ($\eta^2 = 0/183$)،
 ($P = 0/001$ ، $F = 5/61$)، تمایل به مشارکت ($\eta^2 = 0/201$)،
 ($P = 0/001$ ، $F = 6/30$)، توانایی تطابق ($\eta^2 = 0/144$)، ($P = 0/005$ ، $F = 4/21$)، تلفیق درمان
 با زندگی ($\eta^2 = 0/116$)، ($P = 0/014$ ، $F = 3/29$)، چسبیدن به درمان
 ($\eta^2 = 0/103$)، ($P = 0/029$ ، $F = 2/88$) و تعهد به درمان ($\eta^2 = 0/239$)،
 ($P = 0/001$ ، $F = 7/85$) پیروی از درمان معنادار و بر مؤلفه تدبیر در اجرای
 درمان آن غیر معنادار بود. اثر تعاملی گروه $\times$ زمان برای مؤلفه‌های استفاده

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مؤلفه‌های ادراک بیماری، پیروی از درمان و خود مراقبتی

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
ماهیت بیماری	پیش آزمون	۱/۷۳	۰/۳۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۰/۹۷	۰/۳۷	۰/۰۳۴
	پس آزمون	-۰/۷۶	۰/۳۴	۰/۰۹۸
سیر زمانی	پیش آزمون	۴/۲۳	۰/۸۹	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۳/۹۹	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۲۴	۰/۶۳	۱/۰۰
پيامدهای بیماری	پیش آزمون	۳/۰۳	۰/۸۹	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۲/۶۱	۰/۹۵	۰/۰۲۵
	پس آزمون	-۰/۴۱	۰/۴۷	۱/۰۰
کنترل پذیری	پیش آزمون	۵/۲۸	۰/۸۳	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۴/۸۷	۰/۷۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۴۱	۰/۷۹	۱/۰۰
درمان پذیری	پیش آزمون	۴/۳۳	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۴/۳۵	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۰۲	۰/۳۲	۱/۰۰
پیوستگی	پیش آزمون	۴/۲۱	۰/۶۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۴/۰۳	۰/۷۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۱۹	۰/۵۷	۱/۰۰
سیر زمانی دوره‌ای	پیش آزمون	۲/۷۹	۰/۵۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲/۵۰	۰/۵۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۲۹	۰/۵۴	۱/۰۰
بازنمایی هیجانی	پیش آزمون	۴/۹۵	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۴/۵۹	۰/۶۹	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۳۶	۰/۶۴	۱/۰۰
علل بیماری	پیش آزمون	۱۸/۴۸	۱/۶۸	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۹/۴۳	۱/۹۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۹۵	۱/۲۸	۱/۰۰
زمینه‌های اهمیت در درمان	پیش آزمون	-۴/۴۳	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	-۴/۷۴	۰/۹۰	۰/۰۰۱

۱/۰۰	۰/۹۱	-۰/۳۱	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۳	-۲/۶۶	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۴	-۳/۴۳	پیگیری	پیش آزمون	تمایل به مشارکت
۰/۷۲۲	۰/۶۴	-۰/۷۷	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۷۳	-۲/۹۱	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۵	۰/۵۶	-۱/۸۷	پیگیری	پیش آزمون	توانایی تطابق
۰/۲۸۷	۰/۶۲	۱/۰۴	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۹	-۳/۲۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۶	-۳/۷۶	پیگیری	پیش آزمون	تلفیق درمان با زندگی
۰/۶۹۳	۰/۴۶	-۰/۵۶	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	-۱/۹۹	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۷	-۱/۷۴	پیگیری	پیش آزمون	چسبیدن به درمان
۱/۰۰	۰/۴۶	۰/۲۵	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۹	-۲/۵۷	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۸	-۲/۵۷	پیگیری	پیش آزمون	تعهد به درمان
۱/۰۰	۰/۳۵	-۰/۰۱	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۶	-۱/۹۴	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۲	-۱/۷۴	پیگیری	پیش آزمون	استفاده از دارو
۱/۰۰	۰/۳۸	۰/۱۹	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۷	-۱/۸۴	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۹	-۱/۸۱	پیگیری	پیش آزمون	رژیم غذایی
۱/۰۰	۰/۳۰	۰/۰۴	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۱	-۱/۶۶	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۲	-۱/۱۸	پیگیری	پیش آزمون	نظارت بر خود
۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۴۸	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۵	۰/۳۲	-۱/۰۶	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۱۰	۰/۳۱	-۰/۹۵	پیگیری	پیش آزمون	مراقبت بهداشتی
۱/۰۰	۰/۲۷	۰/۱۱	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۱	-۱/۵۱	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۲۳	-۱/۶۴	پیگیری	پیش آزمون	وضعیت روانی
۱/۰۰	۰/۲۵	-۰/۱۲	پیگیری	پس آزمون	

نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های ادراک بیماری در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار اما تفاوت آن میانگین‌ها در مراحل پس آزمون پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثرات گروه نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های ادراک بیماری در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. تفاوت میانگین مؤلفه‌های زمینه‌های اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی،

چسبیدن به درمان و تعهد به درمان پیروی از درمان در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به لحاظ آماری معنادار است، به طوری که اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش میانگین آن مؤلفه‌های پیروی از درمان در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. تفاوت میانگین نمرات هر پنج مؤلفه خود مراقبتی در مراحل پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت

میانگین هر پنج مؤلفه خود مراقبتی در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد خود مراقبتی را در بیماران مبتلا به سرطان پستان افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ادراک بیماری، رفتارهای خود مراقبتی و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر دارد و می‌تواند موجب افزایش ادراک بیماری و پیروی از درمان در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان شود؛ اما مشخص شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خود مراقبتی در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان تأثیر معناداری ندارد. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های زیادی همسو و هماهنگ بود که می‌توان به پژوهش ماری و همکاران (۲۰۱۱)؛ گریفین و کاتلر بکت (۲۰۱۷)؛ باقرنژاد و همکاران (۱۳۹۷)؛ فورنیر (۲۰۱۸)؛ ماروکوفسکی و همکاران (۲۰۱۷)؛ لارسون و تورنیاک (۲۰۱۶)؛ نورکراس و همکاران (۲۰۱۵)؛ جوبناتسی و همکاران (۲۰۱۶) و ساریزاده و همکاران (۱۳۹۷) اشاره نمود. نتایج پژوهش نورکراس و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که آموزش شیوه درک بیماری و رفتارهای خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان مؤثر است که این امر نیز باعث افزایش خودکارآمدی این بیماران شده که توجه بیشتر به خود و البته افزایش رفتارهای خود مراقبتی را نیز به دنبال دارد. در یکی از پژوهش‌های همسو، باغبان و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند ادراک بیماری بیماران را به‌طور چشمگیری بهبود بخشد. همچنین نتایج پژوهش ساریزاده و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند که استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله روانشناختی مؤثر و مکمل در بیماران به‌منظور ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها، مورد استفاده قرار گیرد.

زنان دارای سرطان پستان اغلب با تجارب ناخوشایندی در زندگی خود مواجه هستند که این عوامل باعث درماندگی بیماران و کاهش کیفیت زندگی و امید به زندگی آن‌ها می‌شود. بنابراین پزشکان، پرستاران و بقیه

کارکنان بخش آنکولوژی باید توجه بیشتری به این بیماران داشته باشند. این نتایج می‌تواند دلیلی برای ضرورت به کار بردن مداخلات روانشناختی جهت حل مشکلات همایند با بیماری سرطان پستان در زنان باشد. ماروکوفسکی و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد از طریق افزایش میزان خودآگاهی، انعطاف‌پذیری ذهنی و روانشناختی و بالا بردن پذیرش و قبول ماهیت بیماری در بیماران زن مبتلا به سرطان پستان، بر میزان پیروی از درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان تأثیر معنادار و مثبتی دارد. به‌عبارتی دیگر استفاده از درمان پذیرش و تعهد به‌طور محسوس در زمینه بهبود پیروی از درمان و افزایش کیفیت زندگی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان موفق بوده است. بحث مرتبط با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری، خود مراقبتی و پیروی از درمان در زنان دارای سرطان پستان، این است که اصولاً رویکردهای درمانی که بتواند بر سلامت‌روان این بیماران تأثیرگذار باشد، می‌توان آن را در ارتباط با تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای درمانی مانند خود مراقبتی و پیروی از درمان در نظر گرفت؛ چرا که این متغیرها می‌توانند زمینه سلامت‌روان فرد را فراهم نمایند و بر این اساس باید مورد توجه قرار بگیرد. این رویکرد درمانی همچنین می‌تواند باعث بهبود دردهای بدنی این بیماران شود که در درازمدت ممکن است بر فرآیند تبعیت از درمان در زنان دارای سرطان پستان تأثیر بگذارد. با توجه به اینکه فرآیند پیروی از درمان در اکثریت بیماری‌ها، شبیه بوده و تبعیت از درمان در بیماران دارای بیماری‌های مختلف، برای بهبودی بیماری لازم است، لذا هرگونه تأثیر رویکردهای درمانی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود فرآیند پیروی از درمان در بیماران مختلف می‌تواند با سایر بیماری‌ها نیز مرتبط باشد. به‌عبارتی دیگر زمانی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود فرآیند پیروی از درمان در بیماران دارای یک بیماری خاص مؤثر باشد، می‌توان از این رویکرد برای بهبود فرآیند پیروی از درمان در بیماران دارای بیماری‌های دیگر نیز بهره برد. از محدودیت‌های پیش‌رو در اجرای این پژوهش می‌توان به دشواری در همکاری افراد برای اجرای پرسشنامه‌ها مانند توضیح سؤالات و آیت‌ها اشاره کرد؛ گرایش به خوب جلوه‌دهی و پاسخ‌دهی در جهت سوگیری به نفع پژوهشگر، به هنگام پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه از دیگر محدودیت‌های پژوهش در بخش اجرای پرسشنامه‌ها بود؛ همچنین نتایج پژوهش حاضر صرفاً قابل تعمیم به افراد

نمونه پژوهش حاضر (بیماران زن مبتلا به سرطان پستان) است و تعمیم نتایج به سایر جمعیت‌های آماری دیگر و البته سایر بیماران باید با احتیاط صورت بگیرد. با توجه به نتایج پژوهش مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری، پیروی از درمان و خود مراقبتی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان (از طریق افزایش درک و پذیرش بیماری توسط بیماران، افزایش رفتارهای خود مراقبتی و افزایش پیروی از درمان در بیماران)، لذا پیشنهاد می‌شود دوره‌ها و کارگاه‌هایی آموزشی برای پزشکان، متخصصان و درمانگران بیماران زن دارای سرطان پستان، در بیمارستان و یا مراکز پزشکی و سایر کلینیک‌های مشاوره برگزار شود و این افراد با روش‌های اجرای این رویکردها و پروتکل‌های درمانی مرتبط با درمان جسمی و روانشناختی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان آشنا شوند تا زمینه کمک به درمان بهتر بیماران فراهم شود. با توجه نتایج پژوهش که بیانگر بهبود پیامدهای درمانی و پیشگیری از وخامت بیماری و مرگ و میر ناشی از آن در بیماران زن مبتلا به سرطان سینه است پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های پزشکی آموزش‌های لازم نیز به افراد ارائه شود و از راهبردهای روانشناختی در فرآیند درمان بهره گرفته شود. نتایج این بررسی می‌تواند در تحقیقات مداخله‌ای آینده در جهت ایجاد ادراک بیماری مدیریت شده و ارتقای سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.199 است. مشارکت کنندگان آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش مشارکت نمودند و محقق خطری برای مشارکت کنندگان متصور نیست.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از استاد راهنما و مشاور این تحقیق تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

اسمی، زهرا؛ پیوسته گر، مهرانگیز؛ پرهون، هادی؛ کاظمی رضایی، علی. (۱۳۹۸) تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان، کیفیت زندگی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به فشارخون. مجله مطالعات ناتوانی. ۱۱: ۱۳۱-۱۳۱.

حاجی کرم، آمنه؛ قمری، محمد؛ امیری مجد، مجتبی. (۱۳۹۸) مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت درمانی بر تعارض کار-خانواده و بهزیستی روانی زنان متأهل شاغل با اثر ماندگاری. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. ۲۴ (۳): ۳۳-۲۰.

حکم آبادی، محمد. ابراهیم؛ بیگدلی، ایمان الله؛ اسدی، جوادشیر؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی: نقش تعدیل کننده حافظه کاری و حافظه آینده نگر. مجله روان شناسی سلامت. ۴. ۲۴: ۱۶۱-۱۳۸.

حکم آبادی، محمد. ابراهیم؛ بیگدلی، ایمان الله؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ اسدی، جوادشیر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی. روانشناسی بالینی. ۱۲. ۱: ۳۵-۲۵.

خسروشاهی، حسین؛ میرزائیان، بهرام؛ حسن زاده، رمضان. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در بیماران کرونر قلبی. مجله مطالعات ناتوانی. ۹ (۱): ۰-۰.

خلعتبری، آمنه؛ قربان شیرودی، شهره؛ زربخش، محمدرضا؛ تیزدست، طاهر. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابت نوع ۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان. ۲۹ (۳): ۴۹-۳۴.

خوش تراش، مهرانوش؛ مؤمنی، مریم؛ قنبری خانقاه، عاطفه؛ صالح زاده، امیرحسین؛ رحمت پور، پردیس. (۱۳۹۲). رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در مبتلایان به نارسایی قلبی. مجله پرستاری و مامایی جامع نگر. ۲۳ (۶۹): ۲۲-۲۹.

خیری، عزیزالله؛ صالحی، فهیمه. (۱۳۹۳). گیاهان دارویی مؤثر در پیشگیری و درمان انواع سرطان. اولین همایش ملی گیاهان دارویی، طب سنتی و کشاورزی ارگانیک.

دهقانی، یوسف. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیالیزی. تهران: مجله روانشناسی بالینی. ۸ (۳): ۸۳-۹۵.

دهنمکی، وحیده. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مسئله بر تبعیت از درمان، کیفیت زندگی و سبک زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو بیمارستان شریعتی تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه پیام نور.

رضایی لویه، حبیب الله؛ دالوندی، اصغر؛ حسینی، محمدعلی؛ رهگذری، مهدی. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی. مجله توانبخشی. ۱۰(۲): ۱۳۵-۱۴۷.

رفیعی فر، شهرام؛ یزدانی، شهرام؛ مقیمی، داوود؛ سیاری، علی اکبر. (۱۳۹۳). راهنمای توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی. تهران؛ نشر مهر راوش.

رویانی، زهرا؛ ربانی، مسعود؛ وطن پرست، محبوبه؛ مهدوی فرد، معصومه؛ گلچ، جواد. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران همودیالیز اصفهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۴(۲): ۲۰۴-۲۰۹.

رویانی، زهرا؛ ربانی، مسعود؛ وطن پرست، محبوبه؛ مهدوی فر، معصومه؛ گلچ، جواد. (۱۳۹۳). رابطه خودکارآمدی و مراقبتی با توانمندسازی در بیماران تحت درمان با همودیالیز. مجله علوم مراقبتی نظامی. ۱(۲): ۱۱۶-۱۲۳.

رهنما، مارال؛ سجادیان، ایلناز؛ رئوفی، امیر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روان‌شناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. روان پرستاری. ۵. ۴-۳۴.

زمانیان، سکینه؛ بوالهروی، جعفر؛ دانش، عصمت؛ احدی، حسن؛ قهاری، شهربانو. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پیروی از درمان زنان دچار سرطان پستان. روانشناسی اجتماعی. ۵۸. ۴۴-۳۱.

ساریزاده، محمدصادق؛ رفیعی نیا، پروین؛ صباحی، پرویز؛ تمدن، محمدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی: یک مطالعه کارآزمایی آموزشی تصادفی شده. رفسنجان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۷. ۲۴۱-۲۵۲.

سعیدی، ابوطالب؛ جبل عاملی، شیدا؛ گرجی، یوسف؛ ابراهیمی، امرالله. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود مراقبتی و سرمایه روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت. فصلنامه پرستاری دیابت. ۹ (۳): ۱۶۴۷-۱۶۳۳.

سلطانیان، نسیم؛ رحیمیان بوگر، اسحاق؛ طالع پسند، سیاوش. (۱۴۰۱) مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مداخله سبک زندگی ارتقاء

دهنده سلامت بر ادراک از بیماری و سازگاری با بیماری در دیابت نوع ۲. دست‌آوردهای روان‌شناختی. ۲۹. ۱. ۱۶۰-۱۳۹.

صفرزاده، سحر؛ سواری، کریم. (۱۳۹۹). کاربست تئوری درمانی پذیرش و تعهد بر رگه شخصیتی اضطرابی، الکسی‌تیمیا و تبعیت از درمان در زنان مبتلا به سرطان پستان. روانشناسی بالینی و شخصیت. ۱۸. ۱. ۲۷-۱۷.

طاهری خرامه، زهرا؛ هزاهه ای، محمدمهدی؛ رضانی، طاهره؛ واحدی، اعظم السادات؛ خوشرو، مریم؛ شریفی فرد، فاطمه. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین ادراک بیماری و تبعیت از رژیم‌درمانی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون. مجله آموزش و سلامت جامعه. ۳(۲): ۱-۹.

عازمی زینال؛ اکرم؛ غفاری، عذرا، شرقی، افشان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران دیالیزی اردبیل. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۸(۴۳): ۲۱۷-۲۲۹.

عباس زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر؛ بدری گرگری، رحیم؛ ودادهر، ابوعلی. (۱۳۹۱). بررسی عوامل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر سبک زندگی خودمراقبتی شهروندان. فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی. ۱۴۱-۱۲۰.

عباسی، فروغ؛ مرادی منش، فردین؛ نادری، فرح؛ بختیارپور، سعید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر استرس ادراک‌شده و ادراک از بیماری در افراد مبتلا به آسم. روانشناسی سلامت. ۱۰. ۳۷. ۲۰-۷.

عطاپور، نرگس. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رفتارهای خود مراقبتی خوش بینی و سلامت روان بیماران مبتلا به سرطان پستان. پژوهش‌های کاربردی در مدیریت و علوم انسانی. ۲. ۳. ۹۲-۸۳.

فناپی، سعیده؛ زارع، حسین؛ رحمانیان، مهدیه؛ صفاری نیا، مجید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی، تبعیت از درمان و شاخص‌های زیستی (C1A) در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو.

<https://civilica.com/doc/1571811>

کریمی، شلیر؛ مرادی منش، فردین؛ عسگری، پرویز؛ بختیار پور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از درمان در بیماران دیالیزی. مجله دانشکده پزشکی مشهد. ۶۳. ۲۳۳۳-۲۳۲۴.

کوشیار، هادی؛ دلیر، زهرا؛ حسینی، مسعود. (۱۳۹۴). بررسی رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با سلامت و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان مبتلا به دیابت شهر مشهد. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱(۹)، ۵۴-۷۱.

مبشر، زهرا؛ باقری، نسرين؛ عباسی، محمد؛ تنها، زهرا. (۱۴۰۰). مقایسه تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار بر خودمراقبتی و تبعیت از درمان، در بیماران قلبی- عروقی. مجله علمی پژوهشی یافته. (۲۳): ۱۲-۲۵.

مقتدایی، کمال؛ ابراهیمی، امراالله؛ حقایق، عباس؛ رضایی جمالویی، حسن؛ ادیبی، پیمان. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجانی و ادراک بیماری در زنان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر.

<https://civilica.com/doc/1548527>

مقدم‌فر، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه؛ امانی، امید. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی. روان پرستاری. ۵. ۶. ۱-۷.

موسوی، مریم؛ حاتمی، محمد؛ نوری قاسم‌آبادی، ربابه. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خستگی و اضطراب بیماران مبتلا به سرطان پستان "گزارش سه مورد". پژوهش در پزشکی. ۴۱. ۳. ۱۹۸-۱۸۹.

نیک‌روی، زهرا؛ حسن‌زاده، رمضان؛ حیدری، شعبان. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی نوع دوم. سلامت جامعه. ۱۶. ۳. ۵۳-۸۸.

هنرپروران، نازنین؛ میرزایی کیا، حسین. (۱۳۹۴). راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT). تهران: نشر امید مهر.

References

- Amiri, M., Hassani-Abharian, P., & Roshanpajouh, M. (2021). Structural equation modeling of community-based approach and positive prevention approach with mediating coping strategies to evaluate adherence to treatment in people with HIV. *Journal of Psychological Sciences*, 20(102), 911-924. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.10.2.8.5>
- Badrkhani, M., Zanganeh Motlag, F., & Pirani, Z. (2022). Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on death obsession of women in corona pandemic. *Journal of Psychological Sciences*, 21(116), 1649-1662. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.116.1649>
- Baghbanbaghestan A., Aerabsheibani, K., & Javedanimasrur M. (2017). Acceptance and

Commitment Based Therapy on Disease Perception and Psychological Capital in Patients with Type II Diabetes. *Intern Med Today*, 23(2), 135-140. (Persian).

<http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.135>

- Baghernezhad, O., Hasanzadeh, R., & Abbasi, Gh. (2019). Comparing the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Solution Focused Brief Therapy on Unconditional Self-Acceptance and Pain Anxiety among Patients with Breast Cancer. *Community Health*, 6(3), 253-263. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/380362/en>

- Berg, W. A., Blume, J. D., Cormack, J. B., Mendelson, E. B., Lehrer, D., Böhm-Vélez, M., Pisano, E. D., Jong, R. A., Evans, W. P., Morton, M. J., Mahoney, M. C., Larsen, L. H., Barr, R. G., Farria, D. M., Marques, H. S., Boparai, K., & ACRIN 6666 Investigators (2008). Combined screening with ultrasound and mammography vs mammography alone in women at elevated risk of breast cancer. *JAMA*, 299(18), 2151-2163. <https://doi.org/10.1001/jama.299.18.2151>

- Chen, S. L., Tsai, J. C., & Lee, W. L. (2009). The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 18(15), 2234-2244. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02706.x>

- Dehghani, Y. (2016). Investigating the effectiveness of acceptance and commitment group therapy (ACT) on depression and quality of life of dialysis patients. *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 83-95. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2240>

- Erlen J. A. (2002). Adherence revisited: the patient's choice. *Orthopedic nursing*, 21(2), 79-82. <https://doi.org/10.1097/00006416-200203000-00014>

- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Scinces*, 27(2), 91-116. (Persian) <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>

- Herbert, E., & Forman, M (2011). Acceptance and Mindfulness in cognitive behavior Therapy: understanding and applying the New Therapies. Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada. <https://nibmehub.com/opac-service/pdf/read/Acceptance%20and%20Mindfulness%20in%20Cognitive%20Behavior%20Therapy.pdf>

- Karataş, T., Özen, Ş., & Kutlutürkan, S. (2017). Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish Cancer Patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 4(1), 77–83. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.199080>
- Kurtz, J., & EUSOMA Working Party (2002). The curative role of radiotherapy in the treatment of operable breast cancer. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 38(15), 1961–1974. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(02\)00314-3](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(02)00314-3)
- Manshai, G. H., Zarei, M., & Jafari Voldani, H. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on the Reduction of Early Maladaptive Schemas in Patients Undergoing Hemodialysis. *RBS*, 14(2), 204-209. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/106540/en>
- Morrison, A., & Wertheimer A. I. (2014). Complication of quantitative overviews of studies of adherence. *Drug J*, 38(2), 197-210. <http://dx.doi.org/10.1177/009286150403800213>
- Paryad, E., & Rouhi Balasi, L. (2018). Smoking cessation: Adherence based on patients' illness perception after coronary artery bypass grafting surgery. *Indian heart journal*, 70 Suppl 3(Suppl 3), S4–S7. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2018.01.025>
- Rada, C. (2017). Family adaptability and cohesiveness evaluation scale III in Romania. *Procedia. Social and Behavior Science*, 127, 31–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.03.207>
- Richmond, H., Lait, C., Srikesavan, C., Williamson, E., Moser, J., Newman, M., Betteley, L., Fordham, B., Rees, S., Lamb, S. E., Bruce, J., & PROSPER Study Group (2018). Development of an exercise intervention for the prevention of musculoskeletal shoulder problems after breast cancer treatment: the prevention of shoulder problems trial (UK PROSPER). *BMC health services research*, 18(1), 463. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3280-x>
- Sarizadeh M, Rafienia P, Sabahi P, Tamaddon M. (2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hemodialysis Patients' Quality of Life: A Randomized Educational Trial Study. *JRUMS*, 17(3), 241-252. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17353165.1397.17.3.1.4>
- Siewierska, K., Malicka, I., Kobierzycki, C., Paslowska, U., Cegielski, M., Grzegorzolka, J., Piotrowska, A., Podhorska-Okolow, M., Dziegiel, P., & Wozniowski, M. (2018). The Impact of Exercise Training on Breast Cancer. *In vivo (Athens, Greece)*, 32(2), 249–254. <https://doi.org/10.21873/in vivo.11231>
- Wang, I. K., Lin, C. L., Yen, T. H., Lin, S. Y., & Sung, F. C. (2018). Comparison of survival between hemodialysis and peritoneal dialysis patients with end-stage renal disease in the era of icodextrin treatment. *European journal of internal medicine*, 50, 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.11.017>
- Ma, J., Wang, X., Gao, M., Ding, Y., & Guan, Y. (2016). Effect of smoking status on coronary artery disease among Chinese post-menopausal women. *Internal and emergency medicine*, 11(4), 529–535. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1334-1>