



The effectiveness of integrating schema therapy and acceptance and commitment therapy on subjective well-being and concern about body image among women with breast cancer

Zahra Karami Mohajery¹, Fatemeh Soghra Karbalaei Heroftteh², Javad Khalatbari³, MohammadAli Fardin⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran. E-mail: z.karami37@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran. E-mail: karbalaei1400@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: jkhlatbari@tiau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran. E-mail: mohammadali.fardin@iaau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 12 August 2024

Received in revised form
10 September 2024

Accepted 16 October
2024

Published Online 21
March 2025

Keywords:

subjective well-being,
women,
breast cancer,
integrated schema
therapy with acceptance
and commitment therapy,
concern about body
image

ABSTRACT

Background: Breast cancer is one of the most common cancers in women and has many psychological complications. Therefore, the effectiveness of integrated psychological interventions that can consider the emotional, cognitive, behavioral, and interpersonal dimensions is a practical necessity.

Aims: This study aimed to investigate the effectiveness of integrating schema therapy and acceptance and commitment therapy on subjective well-being and body image concerns in women with breast cancer.

Methods: The present study was applied in terms of purpose and quasi-experimental method in a series of pre-test, post-test, and three-month follow-ups with the control group. The statistical population of the study consisted of all women with breast cancer in Yazd city in 2023. The sample consisted of 30 women with breast cancer who were selected by purposive sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. Two participants in the experimental group shed in the post-test phase and two members of the control group were excluded for a tie (13 in each group). The experimental group was taught the integration of schema therapy and acceptance and commitment therapy in 8 sessions of 1.5 hours. Data were collected using the Subjective Well-Being Questionnaire (Molavi et al., 2009) and the Body Image Concern Inventory (Littleton et al., 2005).

Results: The results showed a significant difference between the experimental and control groups in mental well-being and concern about body image after receiving the integrated therapy sessions ($p < 0.05$). Furthermore, follow-up findings indicated sustained reductions in concern about body image and increased mental well-being in the experimental group ($p < 0.05$).

Conclusion: The integration of schema therapy and acceptance and commitment therapy offers a promising intervention for women with breast cancer, targeting cognitive and emotional processes to improve their psychological well-being. However, further research is needed for better conclusions.

Citation: Karami Mohajery, Z., Karbalaei Heroftteh, F.S., Khalatbari, J., & Fardin, M.A. (2025). The effectiveness of integrating schema therapy and acceptance and commitment therapy on subjective well-being and concern about body image among women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*, 24(145), 197-220. [10.52547/JPS.24.145.197](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.197)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 145, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.145.197](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.197)



✉ **Corresponding Author:** Fatemeh Soghra Karbalaei Heroftteh, Assistant Professor, Department of Psychology, Zahedan Branch, Islamic Azad University, Zahedan, Iran.

E-mail: karbalaei1400@yahoo.com, Tel: (+98) 9155439271

Extended Abstract

Introduction

Carcinogenesis is characterized by six major hallmarks, and it might occur in every cell, tissue, and organ, leading to pathological alternations that result in many cancers. The major mechanisms that enable its progression include evasion of apoptosis, limitless capacity to divide, enhanced angiogenesis, resistance to anti-growth signals, and induction of own growth signals, as well as the capacity to metastasize (Łukasiewicz, et al., 2021). Carcinogenesis is a multifactorial process that is primarily stimulated by both—genetic predispositions and environmental causes. The number of cancer-related deaths is disturbingly increasing every year ranking them as one of the major causes of death worldwide. Even though a significant number of cancers do not always need to result in death, they significantly lower the quality of life and require higher costs in general.

Breast cancer is currently one of the most prevalently diagnosed cancers and the 5th cause of cancer-related deaths with an estimated number of 2.3 million new cases worldwide according to the GLOBOCAN 2020 data (Will et al., 2023). According to the WHO, malignant neoplasms are the greatest worldwide burden for women, estimated at 107.8 million Disability-Adjusted Life Years (DALYs), of which 19.6 million DALYs are due to breast cancer. (World Health Organization, 2018, 2020). Breast cancer is the most frequently diagnosed cancer in women worldwide with 2.26 million [95% UI, 2.24–2.79 million] new cases in 2020 (Ferlay, et al., 2020). In the United States, breast cancer alone is expected to account for 29% of all new cancers in women (DeSantis, et al., 2016). The 2018 GLOBOCAN data shows that age-standardized incidence rates (ASIR) of breast cancer are strongly and positively associated with the Human Development Index (HDI) (Sharma, et al., 2021). According to 2020 data, the ASIR was the highest in very high HDI countries (75.6 per 100,000) while it was more than 200% lower in medium and low HDI countries (27.8 per 100,000 and 36.1 per 100,000 respectively).

A breast cancer diagnosis can threaten every aspect of a woman's well-being, including her mental health.

With the increasing number of women with breast cancer and the decreasing age of onset, studies on the psychological constructs in this population are now more important than ever (Devarakonda, et al., 2023). Subjective well-being, as a person's cognitive and affective evaluation of their life, is a central focus in psychology and health care as a multidimensional construct that combines long-term life satisfaction with short-term emotional states such as happiness (Matić, & Musil, 2023). This concept emphasizes an individual's unique perspective and recognizes that personal experiences and values shape perceptions of happiness, making it a deeply personal and subjective measure (Vuletić, 2021). Nowadays, the importance of health for overall subjective well-being is widely recognized. Their relationship is multidimensional as numerous diseases impact health. The relationship between personal well-being and health has been extensively researched in adults. Most studies focus on the impact of diseases and physical symptoms that limit functionality. Indirect effects, such as changes in work capacity, potential isolation, and increased dependence on others, have also been identified (Zomkowski, et al., 2018; Schrepft, et al., 2019). Also, some studies have been conducted on individuals suffering from various physical ailments, with pain being highlighted as the most significant variable or physical symptom associated with subjective well-being (Furrer, et al., 2019). The subjective well-being of individuals affected by cancer is substantially compromised due to physical and psychological changes caused by surgical treatment, chemotherapy, radiotherapy, or hormone therapy (Gogou, et al., 2015). Those diagnosed with cancer are continuously exposed to various stressors that undermine their psychological health and, consequently, their subjective well-being. These stressors are closely linked to the disease itself (treatment-related consequences, loss of physical functions, and body image issues), stressors arising from social relationships (financial problems due to the inability to continue working, feelings of loneliness, lack of social support, and problems in family relationships), and existential stressors (fear of dependence on others, fear of death, and a loss of a sense of purpose) (Granek, et al., 2019). Furthermore,

research dealing with caregivers of people with chronic illnesses found that the diagnosis brings a significant change in the life of the whole family, which may lead to depressive symptoms (He, et al., 2019).

The breast is considered a part of a woman's identity in Iran and many cultures; it represents femininity, sexuality, beauty, motherhood, and feeding infants (Solaymani, et al., 2023). The perceived loss of any of these attributes may lead to a negative change in body image (Koçan, & Gürsoy, 2016). Body image is defined as the mental picture of one's body, an attitude about the physical self, appearance, and state of health, wholeness, normal function, and sexuality. For some individuals, a change in appearance can lead to a negative body image and various psychosocial problems (Koçan, & Gürsoy, 2016). Negative body image among breast cancer survivors includes dissatisfaction with appearance, perceived loss of femininity and body integrity, reluctance to look at one's self naked, feeling less sexually attractive, self-consciousness about appearance, and dissatisfaction with surgical scars (Rodrigues, et al., 2023). In patients with breast cancer, body image is considered a crucial aspect of quality of life. Due to their disease and its therapy, cancer patients face severe changes in physical aspects and functioning (Afshar-Bakshloo, et al., 2023). According to a cognitive-behavioral model described by White (2000), personality traits and former experiences determine, how objective and subjectively perceived bodily changes impact cancer patients' thoughts, feelings, and behavior. In a patient-centered approach, Hopwood et al. (2001) described three main components for the assessment of body image in cancer patients "affective" (feeling feminine/attractive), "behavioral" (difficulties looking at oneself naked or avoiding people because of one's appearance) and "cognitive" (satisfaction with appearance or scar). The relevant literature emphasizes that patients with breast cancer can experience changes in body image, self-concept, emotions, behavior, family dynamics, and the roles of the patient and her family (Özbaş, 2006; Afshar-Bakshloo, et al., 2023).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) includes a combination of metaphors, mindfulness skills, a wide range of experiential exercises, and guided behavioral interventions (Walser et al., 2015) and is applied by the therapist based on the client's values. The goal of this therapeutic approach is to assist the client in achieving a more meaningful and satisfying life, through increased acceptance and psychological flexibility (Walser et al., 2015). Empirical evidence on the effect of Acceptance and Commitment Therapy on various mental disorders is increasing. For example, the efficacy of this method in disorders such as depression and suicidal thoughts (As'hab et al., 2022), obsession (Lee et al., 2023), and anxiety (Yang et al., 2020) has been demonstrated. Additionally, Schema Therapy, a modern and integrated therapy primarily based on the expansion of concepts and methods of classical schema therapy, has proven its effectiveness in various studies (2020; Pilkington et al., 2023). Schema Therapy integrates the principles and foundations of cognitive-behavioral schools, attachment, Gestalt, object relations, constructivism, and psychoanalysis into a valuable therapeutic and conceptual model (Young et al., 2006). Schema Therapy addresses five basic human needs that arise due to unmet childhood needs: 1) the need for security, stability, love, and acceptance; 2) the need for autonomy and competence; 3) the need for freedom of expression; 4) the need for spontaneity and play; and 5) the need for self-control. Although the intensity of these needs varies among individuals, all people possess these needs. The aim of treatment in the Schema Therapy model is to enable the fulfillment of these basic needs in an adaptive and flexible manner (Johns, 2005).

During the treatment process of breast cancer, patients' body image and concerns related to their situation can impact both their physical and emotional health. Thoughts about body image, life, the possibility of metastasis, or the reconstruction of the breast can dominate patients' daily lives. A study on women with breast cancer can help us to better understand and improve patients' health, and we can learn about possible cultural similarities or differences when compared with other populations. Covering this research gap and paying attention to

psychological interventions along with pharmacological treatments, etc. can lead to desirable psychological well-being, which is the strength of this study. Therefore, the present study aimed to investigate the effectiveness of integrating schema therapy and acceptance and commitment therapy on subjective well-being and body image concerns in women with breast cancer.

Method

The present study is an applied study in terms of purpose and quasi-experimental methodology that was conducted using a pre-test, post-test, and three-month follow-up design with the control group. First, the design of this research (with code) should be approved by the Research Ethics Committee of the Islamic Azad University of Zahedan. The statistical population of the study included all women with breast cancer referred to oncologists in Yazd city in 2023. Among them, 30 people were selected by purposive sampling method considering the inclusion criteria and considering the probability of dropout, and they were divided into two groups (15 people in each group) by simple random sampling and lottery (15 people in each group). Information on age, duration of illness, education, employment status, and

marital status were collected from participants. In this study, G*Power software was used to determine the sample size (according to which, for statistical power of 0.90 and effect size 0.8 at the significance level of 0.05), 15 people were needed for each group. Inclusion criteria included the following: having received a diagnosis of breast cancer (according to medical records), at least one year of duration of the disease, literacy level (minimum cycle), age range of 25 to 55 years, not having an acute physical illness other than cancer, not having an acute mental illness (based on a structured clinical interview by DSM-5-TR criteria), obtaining a score below 80 on the Subjective Well-Being Scale, informed consent to participate in the research, etc Not being treated (with other psychological interventions) at the time of the research. Exclusion criteria include not attending more than two treatment sessions, tampering with questionnaires at each stage, and refusing to participate in the research, and any physical illness that prevents the continuation of the treatment sessions. The research data collection tools included the following.

Results

Table 1. Intra-and inter-testable effect of variance analysis by repeated measurement of subjective well-being and concern about body image

variables	Effect	SS	MS	F	P	Eta
Subjective well-being	Time effect	104.82	52.41	3.76	0.042	0.16
	Group effect	247.7	247.7	4.59	0.042	0.13
	Time ×group	109.96	54.98	3.94	0.037	0.14
Concern about body image	Time effect	407.76	203.88	17.07	0.001	0.42
	Group effect	420.01	420.01	2.83	0.105	0.11
	Time ×group	317.80	158.9	13.3	0.001	0.36

The results in Table 1 show that the analysis of variances with repeated measures related to the effect of times (from post-test to follow-up) in the total score of the subjective well-being dependent variable is significant. As can be seen in Table 3, the effect of the group on subjective well-being scores ($F= 4.59$, $P< 0.05$) is significant. The effect of time by the Geyser Greenhouse test on subjective well-being scores was significant with modification in degrees of freedom ($F= 3.76$, $P< 0.05$). Also, the effect of time-group interaction by the Geyser Greenhouse test on subjective well-being scores ($F= 3.94$, $P< 0.05$) was

significant. Therefore, it can be stated that the difference in the mean scores of subjective well-being at different times is different according to the variable levels of the group. Also, the effect of the group on body image worry scores ($F= 2.83$, $P> 0.05$) was not significant. In other words, there is no difference between the experimental and control groups. In other words, there is no difference between the experimental and control groups. The effect of time by the Geyser Greenhouse test on body image concern scores with modification in degrees of freedom ($F= 17.07$, $P< 0.05$) was significant. Also,

the effect of time-group interaction by the Geyser Greenhouse test on body image concern scores ($F= 13.30$, $P< 0.05$) was significant. Therefore, it can

be stated that the difference in the mean scores of body image concern at different times is different according to the variable levels of the group.

Table 2. Bonferroni test results to compare pre-test, post-test, and follow-up scores of subjective well-being and concern about body image variables in the test group

Variable	Step		J-1	SD	P
Subjective well-being	Pre-test	Post-test	-1.77	0.63	0.028
		Follow up	-2.42	1.03	0.083
	Post-test	Follow up	-0.65	10.2	0.891
Concern about body image	Pre-test	Post-test	3.81	0.67	0.001
		Follow up	3.85	10.01	0.002
	Post-test	Follow up	0.04	0.51	1.00

According to Table 2 data, the results showed that there is a significant difference between pre-test and post-test (intervention effect) and pre-test and follow-up (time effect) in the variable scores of Subjective well-being ($P<0.05$), there is no significant difference between the mean of post-test and follow-up scores (intervention stability) in the Subjective well-being variable. In other words, the variable scores of academic Subjective well-being in the post-test and follow-up group have had a constant impact over time. Also, the results showed that there is a significant difference between pre-test and post-test (intervention effect) and pre-test and follow-up (time effect) in the variable scores of Concerns about body image ($P<0.05$), there is no significant difference between the mean of post-test and follow-up scores (intervention stability) in the Concern about body image variable. In other words, the variable scores of academic Concerns about body image in the post-test and follow-up group have had a constant impact over time.

Conclusion

This study aimed to investigate the effectiveness of integrating schema therapy and acceptance and commitment therapy on subjective well-being and body image concerns in women with breast cancer. The results of repeated measures mixed analysis of variance showed that integrated schema therapy and acceptance and commitment therapy were effective in promoting and improving the subjective well-being of women with breast cancer. In explaining this finding, it is necessary to refer to the processes governing acceptance and commitment therapy. One of the most important techniques of acceptance and

commitment therapy is the clarification of committed values and actions. Encouraging breast cancer patients to identify values and set goals, actions, and ultimately commit to taking actions to achieve goals and move in the direction of values despite difficulties, while achieving goals and happiness, frees this group of patients from being stuck in a vicious circle of negative emotions such as anxiety, stress, hopelessness, and depression, which in turn exacerbate the problems. Another effective process of acceptance and commitment therapy is the introduction of an alternative to control, i.e., willingness and acceptance. These components allow patients to accept unpleasant inner experiences without trying to control them, and doing so makes those experiences seem less threatening and have less impact on the person's life.

The most important issue that can be mentioned in the treatment process compared to conventional treatments is the very compassionate and humane aspect of this treatment. Instead of considering psychological disorders as abnormal, schema therapy tries to change and correct their dysfunctional and maladaptive aspects by considering them as normal and play an effective role in mental health and the quality of life of people in general. Behavioral techniques help clients to replace schema patterns with healthier coping styles. Mental imagery to break behavioral patterns also causes distancing from coping styles of avoidance, excessive compensation, and surrender. In this case, the therapist and the patient prepare a list of new behaviors, discuss the advantages and disadvantages of each of them, and then come to a conclusion about how to replace healthy behaviors with problematic behaviors, and

then determine the order of behavioral goals of the therapy.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: To maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals.

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

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

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

Acknowledgments: I would like to thank the supervisor, the advisors, the parents in the study.



اثربخشی یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهن و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان

زهرا کرمی مهاجری^۱، فاطمه صغری کربلایی هرفته^۲، جواد خلعتبری^۳، محمدعلی فردین^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۲۲

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

بهزیستی ذهنی،

زنان،

سرطان پستان،

طرحواره درمانی یکپارچه با درمان

پذیرش و تعهد،

نگرانی از تصویر بدنی

زمینه: سرطان سینه یکی از شایع‌ترین سرطان‌هاست و به‌عنوان یک بیماری مزمن دارای عوارض روانشناختی متعددی است. لذا اثربخشی مداخلات روانشناختی یکپارچه که بتواند ابعاد هیجانی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی را مورد توجه قرار دهد یک ضرورت کاربردی است. **هدف:** هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهنی و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش شبه آزمایشی از سری طرح‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. پژوهش جامعه آماری پژوهش را تمام زنان مبتلا به سرطان پستان شهرستان یزد را در سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. نمونه پژوهش ۳۰ نفر از زنان مبتلا به سرطان پستان بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. دو نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون ریزش داشتند و دو نفر از اعضا گروه کنترل برای تساوی گروه‌ها کنار گذاشته شدند (۱۳ نفر در هر گروه). یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به گروه آزمایشی آموزش داده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های بهزیستی ذهنی (مولوی و همکاران، ۱۳۸۸)، و نگرانی از تصویر بدنی (لیتلتن و همکاران، ۲۰۰۵) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان بهزیستی ذهنی و نگرانی از تصویر بدنی پس از دریافت مداخله جلسات درمانی یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). همچنین یافته‌های مرحله پیگیری نشان داد که کاهش میزان نگرانی از تصویر بدنی و افزایش بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش در مرحله پیگیری پایدار بوده است ($p < ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد، یک مداخله امیدوارکننده را برای زنان مبتلا به سرطان پستان ارائه می‌دهد که فرآیندهای شناختی و عاطفی را هدف قرار داده، باعث بهبود مشکلات روانشناختی آن‌ها می‌شود؛ اما برای نتیجه‌گیری بهتر، تحقیقات بیشتری مورد نیاز است.

استناد: کرمی مهاجری، زهرا؛ کربلایی هرفته، فاطمه صغری؛ خلعتبری، جواد؛ و فردین، محمدعلی (۱۴۰۴). اثربخشی یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهن و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۵، ۱۹۷-۲۲۰.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۵، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.145.197](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.197)



نویسندگان.

✉ نویسنده مسئول: فاطمه صغری کربلایی هرفته، استادیار، گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران. karbalaeei1400@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۵۵۴۳۹۲۷۱

مقدمه

سرطان زایی که با شش نشانه اصلی مشخص می شود، ممکن است در هر سلول، بافت و اندامی رخ دهد که منجر به تغییرات پاتولوژیکی می شود که منجر به تعداد زیادی سرطان می شود. مکانیسم های عمده ای که پیشرفت آن را امکان پذیر می کند عبارتند از: فرار از آپوپتوز (آپوپتوز یک روند فیزیولوژیک مرگ سلول است که در اثر فعال شدن آنزیم های گروه کاسپاز رخ می دهد)، ظرفیت بی حدود برای تقسیم، افزایش رگ زایی، مقاومت در برابر سیگنال های ضد رشد و القای سیگنال های رشد خود؛ و همچنین ظرفیت متاستاز (لوکاشویچ و همکاران، ۲۰۲۱). سرطان زایی یک فرآیند چند عاملی است که در درجه اول توسط هر دو - استعداد های ژنتیکی و علل محیطی تحریک می شود. تعداد مرگ و میر های ناشی از سرطان هر سال به طرز نگران کننده ای افزایش می یابد و سرطان را به عنوان یکی از علل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان رتبه بندی می کند. اگرچه تعداد قابل توجهی از سرطان ها همیشه به مرگ منتهی نمی شوند، اما به طور قابل توجهی کیفیت زندگی را پایین می آورند و به طور کلی نیاز به هزینه های بیشتری دارند (ویل و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس داده های آمار جهانی سرطان، سرطان پستان^۱ در حال حاضر یکی از شایع ترین سرطان های تشخیص داده شده و پنجمین علت مرگ و میر ناشی از سرطان است که بر اساس گزارش منتشر شده این سازمان، حدود ۲/۳ میلیون مورد جدید در سراسر جهان تخمین زده می شود (سانگ و همکاران، ۲۰۲۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۸، ۲۰۲۰)، نوپلاسم های بدخیم بزرگ ترین بار در سراسر جهان برای زنان است که ناتوانی ناشی از آن حدود ۱۰۷/۸ میلیون سال زندگی تخمین زده می شود که از این تعداد ۱۹/۶ میلیون سال زندگی با ناتوانی تعدیل شده به دلیل سرطان سینه است. سرطان پستان شایع ترین سرطان تشخیص داده شده در زنان در سراسر جهان با ۲/۲۶ میلیون نفر است که با افزایش موارد جدید در سال ۲۰۲۰ این سرطان در (دامنه ۲/۲۴ میلیون تا ۲/۷۹ میلیون) برآورد شده است (فرلی و همکاران، ۲۰۲۰). طبق بررسی های انجام شده در طی ۳۰ سال گذشته در کشور ایران بالاترین میزان سرطان در کشور در هر دو جنس زن و مرد سرطان پستان است. این سرطان با شیوع ۱۲ درصدی بالاترین میزان شیوع سرطان را دارد که ۲۶ درصد

سرطان زنان را تشکیل می دهد (سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲). از سوی دیگر در چند سال اخیر سازمان جهانی بهداشت در یک هدف ابتکاری کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان تا ۲/۵ درصد در سال گزارش کرد که اگر به این شاخص ها توجه شود کاهش مرگ و میر جهانی سرطان سینه به میزان ۲/۵ درصد در سال، از ۲۵ درصد مرگ و میر ناشی از سرطان پستان تا سال ۲۰۳۰ و ۴۰ درصد تا سال ۲۰۴۰ در میان زنان زیر ۷۰ سال جلوگیری می کند. این عوامل توجه به ارتقای سلامت برای تشخیص زودهنگام، تشخیص به موقع و مدیریت جامع سرطان سینه است (لوکاشویچ و همکاران، ۲۰۲۱). لذا با توجه به مدل استرس-دیاتز آسیب پذیری زیستی و عوامل استرس زا روانشناختی و عوامل محیطی می تواند سن ابتلا در زنان را کاهش دهند لذا توجه به شاخص های سلامت روانشناختی یکی از برنامه های آموزش همگانی در دوران قبل، حین و پس از ابتلا به سرطان پستان است، می تواند سهم عوامل روانشناختی را تعدیل کند.

تشخیص سرطان سینه می تواند هر جنبه ای از سلامتی یک زن، از جمله سلامت روانی او را تهدید کند. با افزایش تعداد زنان مبتلا به سرطان سینه و کاهش سن ابتلا، مطالعات مربوط به سازه های روانشناختی در این جمعیت اکنون بیش از هر زمان دیگری از اهمیت بالایی برخوردار است (دوارا کوندا و همکاران، ۲۰۲۳). بهزیستی ذهنی^۲، به عنوان ارزیابی شناختی و عاطفی یک فرد از زندگی خود، با تمرکز اصلی بر عوامل روانشناسی و مراقبت های بهداشتی به عنوان یک سازه چند بعدی که رضایت طولانی مدت از زندگی را با حالات عاطفی کوتاه مدت مانند شادی ترکیب می کند، تعریف می شود (متیچ و موسیل، ۲۰۲۳). این مفهوم بر دیدگاه منحصر به فرد تأکید می کند و تشخیص می دهد که تجربیات و ارزش های شخصی ادراکات شادی را شکل می دهند و آن را به معیاری عمیقاً شخصی و ذهنی تبدیل می کنند (وولیتچ، ۲۰۲۲). امروزه اهمیت سلامت برای بهزیستی ذهنی کلی به طور گسترده ای شناخته شده است. به این دلیل که رابطه بین سلامت و بهزیستی چند بعدی است زیرا بیماری های متعدد بر سلامتی تأثیر می گذارد. رابطه بین بهزیستی شخصی و سلامت به طور گسترده در بزرگسالان مورد تحقیق قرار گرفته است (متیچ و موسیل، ۲۰۲۳). بیشتر مطالعات بر روی تأثیر بیماری ها و علائم فیزیکی که عملکرد را محدود می کنند، تمرکز داشته اند؛ و اثرات غیر مستقیم، مانند تغییر در

¹. Breast cancer

². subjective well-being

ظرفیت کاری، انزوای بالقوه، و افزایش وابستگی به دیگران نیز شناسایی و مورد توجه قرار گرفته است (زومکوسکی و همکاران، ۲۰۱۸؛ شرومفت و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، برخی از مطالعات بر روی افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مختلف انجام شده است که درد به عنوان مهم‌ترین متغیر یا علامت فیزیکی مرتبط با بهزیستی ذهنی برجسته شده است (فورر و همکاران، ۲۰۱۹). بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به سرطان به دلیل تغییرات فیزیکی و روانی ناشی از درمان جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی یا هورمون درمانی به طور قابل ملاحظه‌ای به خطر می‌افتد (گوگو و همکاران، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به سرطان به طور مداوم در معرض عوامل استرس‌زا هستند که سلامت روانی و در نتیجه بهزیستی ذهنی آن‌ها را تضعیف می‌کند. این عوامل استرس‌زا ارتباط تنگاتنگی با خود بیماری دارند (پیامدهای مربوط به درمان، از دست دادن عملکردهای فیزیکی و مسائل مربوط به تصویر بدنی)، عوامل استرس‌زای ناشی از روابط اجتماعی (مشکلات مالی به دلیل ناتوانی در ادامه کار، احساس تنهایی، عدم حمایت اجتماعی و مشکلات در روابط خانوادگی) و عوامل استرس‌زا وجودی (ترس از وابستگی به دیگران، ترس از مرگ، و از دست دادن احساس هدف) (گرانک و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه بر این، تحقیقاتی که با مراقبین افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن سروکار دارد، نشان داد که این تشخیص تغییر قابل توجهی در زندگی کل خانواده ایجاد می‌کند که ممکن است منجر به علائم افسردگی شود (هی و همکاران، ۲۰۱۹). نتایج مطالعه برچاکوویچ و همکاران (۲۰۲۳) با هدف بهزیستی ذهنی در بیماران سرطانی: نقش حمایت اجتماعی، هدف در زندگی، تاب‌آوری و اطلاع‌رسانی نتایج حاکی از سطح بالایی از رضایت از زندگی و بهزیستی و همچنین تجارب مثبت بیشتر در مقایسه با تجربیات منفی بود. همبستگی بالایی بین مؤلفه‌های سازه بهزیستی ذهنی و همبستگی کم تا متوسط بین پیش‌بینی‌کننده‌ها به بهزیستی ذهنی به دست آمد. بین معیارهای رضایت از زندگی و بهزیستی با عوامل روانی اجتماعی ارتباط مثبتی به دست آمد. ارتباط منفی بین متغیرهای تجربیات مثبت/منفی و عوامل پیش‌بین به دست آمد. حمایت اجتماعی، داشتن هدف در زندگی و اطلاع‌رسانی به موقع به همراه تاب‌آوری بر بهزیستی ذهنی افراد مبتلا به سرطان تأثیرگذار بود.

سینه در ایران و بسیاری از فرهنگ‌ها بخشی از هویت زن محسوب می‌شود؛ این نشان‌دهنده زنانگی، جنسیت، زیبایی، مادری و تغذیه نوزادان است

(سلیمانی و همکاران، ۱۴۰۲). از دست دادن هر یک از این ویژگی‌ها ممکن است منجر به تغییر منفی در تصویر بدن شود (کوکان و گورسوی، ۲۰۱۶). در بیماران مبتلا به سرطان سینه، تصویر بدن یکی از جنبه‌های حیاتی کیفیت زندگی در نظر گرفته می‌شود. بیماران سرطانی به دلیل بیماری خود و درمان آن با تغییرات شدیدی در جنبه فیزیکی و عملکرد مواجه می‌شوند (افشار-بخشلو و همکاران، ۱۴۰۲). بر اساس یک مدل شناختی-رفتاری توصیف شده توسط وایت (۲۰۰۰)، ویژگی‌های شخصیتی و تجربیات قبلی تعیین می‌کند که چگونه تغییرات بدنی ادراک شده عینی و ذهنی بر افکار، احساسات و رفتار بیماران سرطانی تأثیر می‌گذارد. در رویکرد بیمار محور، هاپوود و همکاران (۲۰۰۱) سه مؤلفه اصلی را برای ارزیابی تصویر بدن در بیماران سرطانی به نام‌های «عاطفی» (احساس زنانه/جذابیت)، «رفتاری» (مشکلات در نگاه برهنه به خود یا اجتناب از افراد به دلیل ظاهرش) و «شناختی» (رضایت از ظاهر یا جای زخم) شناسایی شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سرطان سینه بر تصویر بدنی زنان مبتلا تأثیر منفی دارد (گرانک و همکاران، ۲۰۱۹). تصویر بدن به عنوان تصویر ذهنی از بدن فرد، نگرش در مورد خود فیزیکی، ظاهر و وضعیت سلامت، کامل بودن، عملکرد طبیعی و تمایلات جنسی تعریف می‌شود (کوکان و گورسوی، ۲۰۱۶). برای برخی افراد، تغییر در ظاهر می‌تواند منجر به تصویر منفی بدن و مشکلات روانی اجتماعی مختلف شود. تصویر بدنی منفی در میان نجات یافتگان از سرطان سینه شامل نارضایتی از ظاهر، از دست دادن زنانگی و حس انسجام و یکپارچگی بدنی، بی‌میلی با نگاه کردن به بدن برهنه خود، احساس جذابیت جنسی کمتر، خودآگاهی نسبت به ظاهر، و نارضایتی از زخم‌های جراحی همراه است (رودریگز و همکاران، ۲۰۲۳). ادبیات مربوطه تأکید می‌کنند که بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌توانند تغییراتی را در تصویر بدن، خودپنداره، هیجانات، رفتار، پویایی خانواده و نقش‌های بیمار و خانواده‌اش تجربه می‌کنند (افشار-بخشلو و همکاران، ۱۴۰۲). اتریچ و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهشی با هدف تصویر بدنی و کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان قدردانی از بدن و عملکرد آن نتایج نشان داد که همه اندازه‌گیری‌های تصویر بدن به طور قابل توجهی با کیفیت زندگی مرتبط بودند؛ و زمانی که متغیرهای تصویر بدن به طور همزمان به عنوان پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی (تعدیل بیماری‌های همراه، درمان و اشتغال) وارد معادله شدند، تنها نارضایتی از بدن به طور قابل

توجهی با کیفیت زندگی مرتبط بود. در نهایت نتایج نشان می‌دهد که اجزای مثبت و منفی تصویر بدن با کیفیت زندگی در بیماران سرطان پستان مرتبط بود. اگرچه، نارضایتی از بدن قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی باقی ماند که نشان‌دهنده فراگیر بودن آن است.

در طول چند سال اخیر ترکیب و یکپارچه‌سازی مداخلات روانشناختی مورد توجه درمانگران و پژوهشگران روانشناسی بالینی قرار گرفته است (برم و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به اثرات جسمانی و روانشناختی ناشی از سرطان پستان در زنان انتخاب درمان‌های روانشناختی برای این افراد ضروری است که منجر به افزایش بهزیستی ذهنی و تصویر بدنی آن‌ها شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ شامل ترکیبی از استعاره‌ها، مهارت‌های ذهن آگاهی، طیف وسیعی از تمرینات تجربی و مداخلات رفتاری هدایت شده است (والسر و همکاران، ۲۰۱۵)؛ و توسط درمانگر بر اساس ارزش‌های مراجع آموزش داده می‌شود. هدف این رویکرد درمانی کمک به مراجع در دستیابی به زندگی معنادارتر و رضایت بخش‌تر، از طریق افزایش پذیرش و انعطاف‌پذیری روانشناختی است (لای و همکاران، ۲۰۲۲). شواهد تجربی در مورد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انواع اختلالات روانی در حال افزایش است. به عنوان مثال، اثربخشی این روش در اختلالاتی مانند افسردگی (زو و همکاران، ۲۰۲۳)، افکار خودکشی (اصحاب و همکاران، ۲۰۲۲)، اختلال وسواس فکری عملی (لی و همکاران، ۲۰۲۳)، اعتیاد (حسینی‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۰) و اضطراب (یانگ و همکاران، ۲۰۲۰) نشان داده شده است. علاوه بر این، طرحواره درمانی، درمانی مدرن و یکپارچه است که به‌طور اساسی مبتنی بر گسترش مفاهیم و روش‌های طرحواره درمانی کلاسیک است؛ و اثربخشی خود را در مطالعات مختلف به اثبات رسانده است (گوپرز و همکاران، ۲۰۲۰). طرحواره درمانی اصول و مبانی مکاتب شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط ابژه، ساخت‌گرایی و روانکاوی را در یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند ادغام می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۶). طرحواره درمانی به پنج نیاز اساسی انسان که به دلیل نیازهای برآورده نشده دوران کودکی بر می‌گردند می‌پردازد: ۱) نیاز به امنیت، ثبات، عشق و پذیرش، ۲) نیاز به استقلال و شایستگی؛ ۳) نیاز به آزادی بیان؛ ۴) نیاز به خودانگیختگی و بازی و ۵) نیاز به خودکنترلی. اگرچه شدت این نیازها در

بین افراد متفاوت است، اما همه افراد دارای این نیازها هستند. هدف از درمان در مدل طرحواره درمانی، امکان برآوردن این نیازهای اساسی به شیوه‌ای سازگار و انعطاف‌پذیر است (جونز، ۲۰۰۵). از آنجایی که این دو رویکرد یعنی رویکرد طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد اثربخش بوده‌اند و از آنجایی که پایداری اثرات درمان یکی از نتایجی است که از درمان‌های روانشناختی انتظار می‌رود و پژوهش‌های پیشین مشکلاتی در پایداری درمان در میان‌مدت و طولانی‌مدت نشان داده‌اند، اینجا به دنبال ترکیب این دو رویکرد از جهت افزایش میزان ماندگاری اثر درمان هستیم. ادغام درمان پذیرش و تعهد با طرحواره درمانی می‌تواند رویکردی جامع برای رفع نیازهای پیچیده افراد، به ویژه در مواردی مانند زنان مبتلا به سرطان پستان، ارائه دهد. درمان پذیرش و تعهد بر پذیرش و ذهن آگاهی تمرکز دارد و افراد را تشویق می‌کند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت در آغوش بگیرند (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). از سوی دیگر طرحواره درمانی، الگوها یا طرحواره‌هایی عمیقاً ریشه‌دار را هدف قرار می‌دهد که زمینه‌ساز رفتار ناسازگار هستند (آرنتر و جیکوب، ۲۰۱۳). با ادغام این رویکردها، افراد می‌توانند هم پریشانی عاطفی فوری (از طریق درمان پذیرش و تعهد) و هم باورهای اصلی اساسی (از طریق طرحواره درمانی) را برطرف کنند، که منجر به درمان جامع‌تری می‌شود. در خصوص ترکیب و ادغام این دو رویکرد درمانی می‌توان گفت هر کدام با دیدگاهی متفاوت به مسائل و مشکلات افراد می‌نگرند و به شیوه‌های متفاوت به تبیین و توصیف مشکلات می‌پردازند؛ در نتیجه راه‌حل‌های متفاوتی ارائه می‌دهند. رویکرد طرحواره درمانی به دنبال ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و شبکه‌های مقابله‌ای است و رویکرد درمان پذیرش و تعهد به عنوان رویکردی عمل‌گرا درباره انجام اقدامی مؤثری است که به وسیله عمیق‌ترین ارزش‌های ما هدایت می‌شود، آن هم درحالی که فرد کاملاً آماده پذیرش موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب خارج از کنترل و متعهد و مسئولیت‌پذیر نسبت به آنچه در کنترل دارد، است؛ در خصوص یکپارچه‌سازی دو رویکرد طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با استفاده از فرمول‌بندی طرحواره مورد ارزیابی قرار گرفته و نشان داده شده است استفاده از درمان پذیرش و

¹. acceptance and commitment therapy (ACT)

پذیرش و تعهد و پریشانی در سرطان؛ و حمایت از عناصر نظریه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در جهت ارائه مداخلات هدفمند مبتنی بر آن فراهم می‌کند.

در مجموع در طول فرآیند درمان سرطان سینه، تصویر بدنی بیماران و نگرانی‌های مربوط به وضعیت آن‌ها می‌تواند بر سلامت جسمانی و روانشناختی آن‌ها تأثیر بگذارد. افکاری در مورد تصویر بدن، زندگی، احتمال متاستاز یا بازسازی پستان می‌تواند بر زندگی روزمره بیماران مسلط شود و بهزیستی ذهنی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد انجام مطالعات بنیادی و کاربردی در حوزه روانشناختی بر روی زنان مبتلا به سرطان سینه می‌تواند به ما در درک بهتر و بهبود سلامت بیماران کمک کند و می‌توانیم در مورد شباهت‌ها یا تفاوت‌های فرهنگی احتمالی در مقایسه با سایر جمعیت‌ها اطلاعاتی به دست بیاوریم. لذا توجه به بنیادهای روانشناختی و ماهیت اصلی بیماری و تحت تأثیر قرار دادن سازه‌های روانشناختی در بیماران سرطانی هم سخت است و هم زمان‌بر اما آموزش‌های در جهت افزایش آگاهی، بینش و دانش در حوزه تعامل ساختار روانی با جسمانی به آن‌ها در نحوه کنارآمدن، پذیرش و بازسازی شناخت‌واره‌های فعلی می‌تواند کمک کننده باشد که توجه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ادغام و یکپارچه سازی آن با رویکرد طرحواره‌درمانی می‌تواند با تأکید بر روی زندگی ارزشمند، با هدف، معنادار در کنار تغییر شناخت‌واره‌های ناسازگارانه زمینه را برای بهبود بهزیستی ذهنی در زنان مبتلا فراهم سازد تا بتوانند با اثرات جسمانی ناشی از بیماری بهتر کنار بیایند. لذا هدف قرار دادن ابعاد مختلف این دو درمان و زمینه‌ساز شدن تغییر از طریق پذیرش، تعهد و عمل به آن چیزی که ارزشمند و معنادار است در کنار شناسایی طرحواره‌های وابسته به موقعیت فعلی یک نوآوری در حوزه مطالعات روانشناختی به خصوص در حوزه بیماری‌های مزمن است. پوشش دادن این خلاء پژوهشی و توجه به مداخلات روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی و... می‌تواند به بهزیستی روانشناختی مطلوب منجر شود که این همسانی آموزشی و درمانی نقطه قوت این مطالعه است. لذا پژوهش حاضر با هدف اثربخشی یکپارچه سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهن و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

تعهد با فرمول‌بندی طرحواره؛ تأثیر قابل توجهی در کاهش مشکلات فردی و بین فردی دارد (کوجوکارو و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر استفاده از یک نوع درمان همیشه سودمند و مؤثر نیست و جهت‌گیری‌های منفرد، دیدگاه‌ها و مفاهیم مربوط به رفتار انسان را دچار محدودیت می‌کند و می‌تواند منجر به عدم پیشرفت در فرآیند درمان شود (زو و همکاران، ۲۰۲۳). نتایج پژوهش کرمی مهاجری و همکاران (۱۴۰۲) با هدف اثربخشی یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی با درمان پذیرش و تعهد^۱ بر ترس از عود سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان یافته‌های به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در میزان ترس از عود سرطان پس از دریافت مداخله جلسات درمانی طرحواره درمانی یکپارچه با درمان پذیرش و تعهد تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌های مرحله پیگیری نشان داد که کاهش میزان ترس از عود سرطان در گروه آزمایش در مرحله پیگیری پایدار بوده است. ملک‌محمدی و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی باهدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خلق منفی، تاب‌آوری روانشناختی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ نتایج نشان داد طرحواره درمانی در کاهش خلق و خوی منفی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر تهران مؤثر است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز در کاهش روحیه منفی این زنان مؤثر بود. علاوه بر این، طرحواره درمانی همانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش تاب‌آوری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ در تهران مؤثر بود. هر دو روش درمانی نیز در بهبود کیفیت زندگی این زنان مؤثر بودند. همچنین مشخص شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر از طرحواره درمانی است. در یک مرور سیستماتیک و فراتحلیل فاوسون و همکاران (۲۰۲۴) با هدف فرآیندهای درمانی پذیرش و تعهد و ارتباط آن‌ها با پریشانی سرطان پنج فراتحلیل بر روی ۷۷ مطالعه انجام شد. نتایج اثرات تصادفی فراتحلیل‌ها همبستگی‌ها نشان داد که نمرات بالاتری در فرآیندهای انعطاف‌پذیر (پذیرش، آگاهی لحظه حال، شفقت به خود) با پریشانی کمتری همراه بود. در حالی که نمرات بالاتر در فرآیندهای غیرقابل انعطاف (اجتناب تجربی، هم‌آمیزی شناختی) با پریشانی بالاتر همراه بود. این مرور بر پایه شواهد نظریه‌ای همسو برای ارتباط بین فرآیندهای درمان مبتنی بر

¹. Integrated Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش‌شناسی شبه آزمایشی است که با استفاده از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری سه ماهه با گروه گواه انجام شد. در ابتدا طرح این پژوهش (با کد IR.IAU.ZAH.REC.1402.067) در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان به تصویب رسید. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده به متخصصین آنکولوژی شهرستان یزد در سال ۱۴۰۲ بودند. از بین این افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند و با لحاظ کردن معیارهای ورود به مطالعه و در نظر گرفتن احتمال ریزش ۳۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی ساده و از طریق قرعه‌کشی در دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند (۱۵ نفر در هر گروه). اطلاعات مربوط به سن، طول مدت بیماری، تحصیلات، وضعیت شغلی و وضعیت تأهل از شرکت‌کنندگان جمع‌آوری شد. در این پژوهش، برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*Power استفاده شد (که براساس آن، برای توان آماری ۰/۹۰ و اندازه اثر ۰/۸ در سطح معناداری ۰/۰۵) به ۱۵ نفر برای هر گروه نیاز داریم. معیارهای ورود شامل موارد زیر بود: دریافت تشخیص ابتلا به سرطان پستان (به استناد پرونده پزشکی)، حداقل یک سال طول مدت بیماری، سطح سواد (حداقل سیکل)، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، نداشتن بیماری حاد جسمی به غیر از سرطان، نداشتن بیماری حاد روانی (بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته منطبق با ملاک‌های DSM-5-TR)، کسب نمره پایین‌تر از ۸۰ در مقیاس بهزیستی ذهنی، رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در پژوهش و تحت درمان نبودن (با سایر مداخلات روانشناختی) در هنگام اجرای پژوهش. معیارهای خروج شامل عدم حضور در بیش از دو جلسه درمانی، مخدوش کردن پرسشنامه‌ها در هر مرحله، و عدم رضایت برای شرکت در تحقیق و هرگونه بیماری جسمی که مانع ادامه جلسات درمانی شود. ابزار گردآوری داده‌های تحقیق شامل موارد زیر بود.

ب) ابزار

پرسشنامه بهزیستی ذهنی^۱: این پرسشنامه که توسط مولوی و همکاران (۱۳۸۹) تهیه شده، دارای ۳۹ گویه است که در یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های مثبت از

چپ به راست و از ۱ تا ۵ و گویه‌های منفی از راست به چپ و از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. مولوی و همکاران (۱۳۸۹) در تدوین پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی چهار عامل سرزندگی (۱۳ گویه)، اراده (۱۰ گویه)، روان‌رنجوری (۱۰ گویه) و استرس-افسردگی (۶ گویه) را مشخص ساختند. سرزندگی و اراده عامل‌های زیر مقیاس عواطف مثبت و روان‌رنجورخویی و استرس-افسردگی عامل‌های زیر مقیاس عواطف منفی بودند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای بهزیستی بالاتر است و بر همین اساس نمرات خرده مقیاس عواطف منفی به صورت معکوس تفسیر می‌گردد. نمره کل بهزیستی ذهنی از جمع تمامی ۳۹ ماده به دست می‌آید. حداقل نمره اکتسابی در این پرسشنامه ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می‌باشد. مولوی و همکاران (۱۳۸۹) همچنین قابلیت اعتماد پرسشنامه را برای چهار عامل فوق بالاتر از ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ گزارش کردند و در بررسی روایی پرسشنامه مذکور از روایی محتوا و تشخیصی استفاده کرده‌اند. برای ارزیابی روایی محتوا، پرسشنامه مذکور را با توجه به استفاده از پرسشنامه‌های معتبر برای گردآوری گویه‌ها، بر پایه تأیید برخی از اساتید روانشناسی تأیید کردند و برای تعیین روایی تشخیصی تفاوت میان دو گروه سالم و بیمار مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره را به دست آوردند که تفاوت دو گروه معنی‌دار بود. در پژوهش مولوی و همکاران (۱۳۸۹)، جهت بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخص هماهنگی درونی کل سؤالات برابر با ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های عواطف مثبت و عواطف منفی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ به دست آمد. همچنین در پژوهش آنان نقطه برش، حساسیت و ویژگی پرسشنامه به ترتیب ۱/۹، ۶۷/۵٪ و ۷۸٪ به دست آمد (مولوی و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر همسانی درونی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای سرزندگی (۰/۸۴)، اراده (۰/۸۲)، روان‌رنجوری (۰/۷۹)، استرس-افسردگی (۰/۷۹) و برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدنی^۲ (BICI): این پرسشنامه توسط لیتلتون و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و حاوی ۱۹ سؤال است که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره‌ی ظاهرش می‌پردازد. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ساختار عاملی پرسشنامه را نیز بررسی کرده‌اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی‌دار بود که عامل اول از یازده گویه (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۸،

². Body Image Concern Inventory

¹. Subjective Well-being Questionnaire

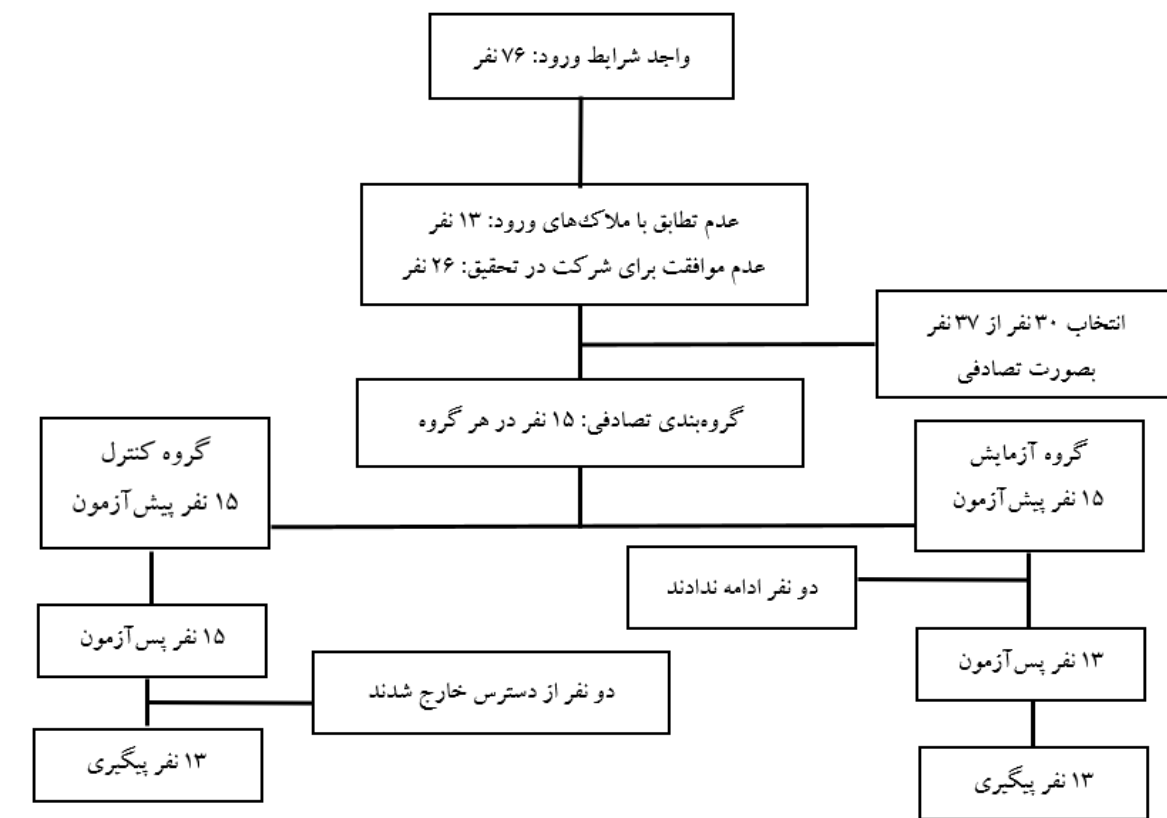
۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) تشکیل شده و نارضایتی فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در بر می‌گیرد و عامل دوم با هشت گویه (سؤالات، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳) میزان تداخل نگرانی درباره‌ی ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. در این ابزار از آزمودنی خواسته می‌شود در مورد هر یک از ماده‌ها، میزانی که آن ماده احساسات یا رفتارش را نشان می‌دهد، روی مقیاسی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) درجه‌بندی کند نمره کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره‌ی بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی، بررسی کرده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به دست آورد. ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسشنامه، از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش نمود. روایی همگرایی این مقیاس از طریق محاسبه‌ی ضریب همبستگی آن با پرسش نامه‌ی وسواس اجباری پادوآ و پرسشنامه‌ی اختلالات خوردن بررسی شده و ضرایب همبستگی آن با این ابزارها به ترتیب ۰/۶۲ و ۰/۴ بدست آمده است ($p < 0.01$). در تحقیق بساک نژاد و غفاری (۱۳۸۶) ضریب همبستگی بین مقیاس ترس از تصویر بدنی و مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی، ۰/۵۵ و ضرایب همبستگی مقیاس ترس از تصویر بدنی با مقیاس ترس از ارزیابی منفی ۰/۴۳ بود که معنی‌دار هستند.

روش اجرا

پس از تدوین پروتکل و روایی محتوایی آن به شیوه لاوشه، با مراجعه به متخصصین آنکولوژی شهرستان یزد، فهرستی از زنان مبتلا به سرطان پستان مراجعه‌کننده تهیه شد. سپس با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند نمونه‌ای با حجم ۳۰ نفر از زنانی که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند و داوطلب شدند، انتخاب شد. در مرحله بعدی زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده پرسشنامه‌های مدنظر را تکمیل نمودند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم و گروه‌های آزمایش و کنترل انتخاب شدند. سپس بر روی افراد گروه آزمایش پروتکل طرحواره درمانی یکپارچه با

درمان پذیرش و تعهد اجرا گردید. بعد از اتمام جلسات درمان مجدداً پرسشنامه‌ها جهت پر کردن پس‌آزمون به آن‌ها ارائه شد که در این مرحله دو نفر ریزش در گروه آزمایش وجود داشت و نهایتاً پس از گذشت سه ماه به عنوان مرحله پیگیری، پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان پر شدند و دو نفر نیز در گروه کنترل ریزش داشتند. از این رو، تحلیل داده‌ها بر روی ۱۳ نفر در هر گروه انجام شد. جدول ۱ خلاصه جلسات درمانی را که به تأیید ۶ متخصص روانشناسی رسیده است و روایی محتوایی مناسبی را گزارش کرده‌اند (۰/۹۰) گزارش شده است. تهیه این فهرست ۶ ماه به طول انجامید و از میان ۷۶ نفر شناسایی شده واجد شرایط، ۳۷ نفر حاضر به شرکت در جلسه بوده و ملاک‌های ورود را نیز دارا بودند. از این میان، ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید و با آن‌ها تماس گرفته شد و پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان، افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دعوت به عمل آمد. در مرحله بعدی زنان مبتلا به سرطان پستان انتخاب شده پرسشنامه‌های مدنظر را تکمیل نمودند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. نمودار کونسورت (استانداردهای تلفیقی گزارش کارآزمایی‌های بالینی^۱) نحوه انتخاب نمونه‌ها و فرآیند جایگزینی و شیوه تخصیص آزمودنی‌ها را در نمودار ۱ آمده است. در خصوص چگونگی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها، هدف پژوهش و ضرورت همکاری صادقانه آن‌ها و عدم نیاز به ذکر نام و نام خانوادگی‌شان به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم ارائه شد. برای گزارش یافته‌های توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و برای آزمون فرض‌های پژوهش از نسخه ۲۷ نرم‌افزار SPSS با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

¹. Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT)



نمودار ۱. نمودار کونسورت برای مطالعات کارآزمایی بالینی (پاندیس و همکاران، ۲۰۱۷)

جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره درمانی یکپارچه با درمان پذیرش و تعهد (کرمی مهاجری و همکاران، ۱۴۰۲)

جلسات	محتوای جلسه	اهداف جلسه	تکالیف
جلسه اول	مقدمه و آموزش روانی	اجرای پیش آزمون، معرفی برنامه درمانی، معرفی رهبر گروه، ارائه اطلاعات کلی برنامه توضیح ساختار برنامه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروهی، معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن، مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکان پذیر است، توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، و طرحواره درمانی مقدمه ای بر درماندگی خلقی و استفاده از استعاره دو کوه برای توضیح رابطه درمانگر و درمانجو شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات. در این جلسه پس از بررسی تکالیف، به جلب توجه اعضا به رخدادهای درونی و تغییرات فیزیولوژیک بدنشان در حالات مختلف، تشخیص و طبقه بندی عواطف خود و دیگران به کمک انواع شاخص های مشهود یعنی حالات چهره، زبان، بدن پرداخته و سپس از آزمودنی ها خواسته شد، که مشاهدات خود را در مورد تظاهرات چهره ای و کلامی در موقعیت های ناخوشایند بیان کنند.	پاسخ دادن به پیش آزمون، پذیرش مسئولیت هایی که به هر عضو داده می شود. و ایجاد زمینه تعامل اعضا با یکدیگر، نوشتن پنج نمونه از مشکلاتی که بیماران در زندگی با آن مواجه هستند. استفاده از استعاره «دو کوه» و ارائه جزوه آموزش خانگی
جلسه دوم	شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه	۱. هدایت آزمودنی ها در درک مسائل خود و زندگی ۲. تشخیص ارتباط فکر با رفتار، ارتباط فکر با واکنش های جسمانی، ارتباط فکر با محیط و ارتباط فکر با حالات خلقی در این جلسه پس از بررسی تکالیف، ۵ جنبه زندگی ۱. محیط زندگی ۲. حالت های خلقی ۳. افکار و باور ها ۴. رفتار ۵. واکنش های جسمانی و همچنین رابطه افکار با این موارد به شرکت کنندگان گفته شد. با توجه به این مسئله که در روش شناختی؛ چگونگی درک ما از مسائل، در چگونگی برخورد ما از مسائل تأثیر می گذارد، به آزمودنی کمک می شود، که آسان تر مسائل خود را درک نماید.	از آزمودنی ها خواسته شد بر گه های تمرین برای درک مسائل خود را کامل کند. در این تکلیف محیط، رفتار، افکار و واکنش های جسمانی مورد تأکید هستند.
جلسه چهارم	بررسی اطلاعات نقص کننده صحت	شناخت اهداف کوتاه مدت و دراز مدت و بررسی نظام ارزشی خود (رشد و شناخت بهتر خود، شناخت بیشتر نقاط قوت و ضعف خود از طریق ابراز خویشتن و بی پرده گویی، تمرین گوش دادن	از اعضا خواسته می شود چند اهداف کوتاه مدت و بلند مدت خود را یادداشت کنند و در مورد ارزش ها و

جلسات	محتوای جلسه	اهداف جلسه	تکالیف
جلسه پنجم	شفاف‌سازی ارزش‌ها	تمرین‌های مربوط به شفاف‌سازی ارزش‌ها، تأکید بر شناسایی و آگاهی، تمرین‌های ذهن آگاهی، ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، استفاده از استعاره پلی‌گراف و نوشتن خود زندگی‌نامه و ده گام تا رسیدن به یک ارزش، تکمیل فرم مربوط به ارزش‌ها و مشخص کردن آن‌ها بر اساس رفتارهای مشخص	باورهای فردی خود و تأثیر آن در زندگی، مواردی را برای جلسه بعد یادداشت کنند.
جلسه ششم	ذهن آگاهی و پذیرش	تمرین‌های آگاهی از احساسات بدنی همراه با بحث پیرامون آن‌ها، بحث درباره میزان عملکرد فرد بر اساس ارزش‌هایش و نیز درباره موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش‌ها، ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، تمرین‌های مرتبط با رضایت و نارضایتی از رنج‌های زندگی، استفاده از استعاره مهمان و گدا.	تمرین ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس و توجه به اعضای بدن، از افراد خواسته می‌شود که رویدادهای آزار دهنده زندگی را به صورتی دیگر نگاه کنند و به ارزش‌های مهم زندگی خود توجه کنند. استفاده از استعاره «برگ‌های شناور بر روی آب»، استعاره «قطار در حرکت»
جلسه هفتم	تمرین همجوشی زدایی	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل، ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام می‌داده است، تجربه این نکته که هرگونه عملی برای اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است، رساندن مراجع به ناامیدی خلاق، شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع، ادامه درمان‌دگی خلاق و استفاده از استعاره به X فکر نکنید و استعاره چاله و استعاره غذا دادن به ببر تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل	مراجعین نمونه‌ای از اجتناب تجربه‌ای خویش و با یکی شدن با افکارشان را بیان کرده و سپس جنبه منفی این عمل، به چالش کشیده می‌شود. تمرین ذهن آگاهی، استعاره باتلاق شنی و «مسابقه طناب‌کشی با غول»
جلسه هشتم	جمع‌بندی و تعمیم مهارت‌ها	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخگویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه پیگیری در سه ماه آینده.	پاسخ به سؤالات پس‌آزمون، اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره، هم‌اندیشی اعضا با یکدیگر و بیان نتایجی که از این رویکرد درمانی کسب کرده‌اند.

یافته‌ها

۶ نفر (۴۰ درصد) زنان گروه گواه متأهل بودند نتایج آزمون خی‌دو نشان داد بین دو گروه از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد ($p = ۰/۶۶$ و $\chi^2 = ۰/۸۱$ ، $p > ۰/۰۵$). در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیر بهزیستی ذهن و نگرانی فرد از تصویر بدنی به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل و در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

میانگین سن (و انحراف استاندارد) زنان شرکت‌کننده در گروه گواه ۳۶/۰۸ (و ۵/۰۲) بود. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) سن زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایشی ۳۴/۶۲ (و ۶/۵۹) بود. از بین زنان شرکت‌کننده در گروه آزمایشی ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) متأهل و ۶ نفر (۴۰ درصد) در گروه گواه مجرد بودند. همچنین ۴ نفر از زنان گروه آزمایشی (۲۶/۷ درصد) و

جدول ۲. میانگین (و انحراف استاندارد) نمرات متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	شاخص آماری	پیش‌آزمون	کجی $\pm$ کشیدگی	پس‌آزمون	کجی $\pm$ کشیدگی	پیگیری	کجی $\pm$ کشیدگی
نگرانی فرد از تصویر بدنی	گواه	میانگین	۶۱/۳۱	۰/۳۲۴ $\pm$ ۰/۷۴۶	۶۰/۶۹	۰/۳۴۱ $\pm$ ۰/۴۸۹	۶۱	۰/۱۹۸ $\pm$ ۰/۴۳۲
		انحراف استاندارد	۷/۴		۶/۵۶		۶/۱۲	
	آزمایشی	میانگین	۶۱/۱۵	۰/۱۳۸ $\pm$ ۰/۳۴۹	۵۴/۱۵	۰/۹۰۱ $\pm$ ۰/۴۷۹	۵۳/۷۶	۰/۲۱۹ $\pm$ ۰/۶۲۳
		انحراف استاندارد	۱۰/۰۹		۷/۴۴		۵/۸۲	
بهزیستی ذهنی	گواه	میانگین	۹۵/۱۵	۱/۰۷۹ $\pm$ ۲/۴۵۱	۹۴/۸۴	۰/۲۸۴ $\pm$ ۰/۴۹۶	۹۵/۲۳	۰/۲۶۳ $\pm$ ۰/۴۴۹
		انحراف استاندارد	۳/۸۹		۳/۷۴		۷/۴۱	
	آزمایشی	میانگین	۹۵/۷۷	۰/۶۹۸ $\pm$ ۰/۷۴۱	۹۹/۶۱	۰/۵۷۴ $\pm$ ۰/۴۵۶	۱۰۰/۵۴	۰/۳۶۵ $\pm$ ۰/۲۶۹
		انحراف استاندارد	۴/۸۳		۴/۸۹		۴/۴۸	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل نگرانی از تصویر بدنی گروه آزمایشی در پیش‌آزمون ۶۱/۱۵ (و ۱۰/۰۹)، پس‌آزمون ۵۴/۱۵ (و ۷/۴۴) و پیگیری ۵۳/۷۶ (و ۵/۸۲) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل نگرانی از تصویر بدنی گروه گواه در پیش‌آزمون ۶۱/۳۱ (و ۷/۴)، پس‌آزمون ۶۰/۶۹ (و ۶/۵۶) و پیگیری ۶۱ (و ۶/۱۲) است. میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل بهزیستی ذهنی در پیش‌آزمون گروه آزمایشی ۹۵/۷۷ (و ۳/۸۳)، پس‌آزمون ۹۹/۶۱ (و ۴/۸۹) و پیگیری ۱۰۰/۵۴ (و ۴/۴۸) است. همچنین میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کل بهزیستی ذهنی در پیش‌آزمون گروه گواه ۹۵/۱۵ (و ۳/۸۹)، پس‌آزمون ۹۴/۸۴ (و ۳/۷۴) و پیگیری ۹۵/۲۳ (و ۷/۴۱) است. به عبارت دیگر گروه آزمایشی پس از دریافت مداخله نمرات پایین تری در نگرانی از تصویر بدنی و نمرات بالاتری در بهزیستی ذهنی به دست آوردند.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ بنابراین قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور هفت مفروضه تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن واریانس‌ها (برای نیل به رعایت این مفروضه نتایج آزمون کجی و کشیدگی بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی و بهزیستی ذهنی در دامنه $[-2, +2]$ قرار دارد که

بیانگر فرض نرمال بودن واریانس‌ها در گروه‌های مورد بررسی است ($P \geq 0/05$)، نتایج نمودار پراکندگی (اسکاتر) نشان داد که مفروضه خطی بودن بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای مورد مطالعه برقرار است، همچنین با توجه به نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) و پس‌آزمون آن که با یکدیگر همبستگی بالایی $0/70$ نداشتند و با توجه به همبستگی‌های به دست آمده، تقریباً مفروضه هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای کمکی (کوواریت‌ها) اجتناب شده است، نمودار باکس ویسکر^۱ نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمره‌ای در کرانه بالا و پایین متغیرها مشاهده نشد که نشان‌دهنده این امر بود که مفروضه بررسی داده‌های پرت به درستی رعایت شده است، نتایج آزمون باکس برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی ($F = 0/741, P > 0/236$) و آزمون باکس برای بهزیستی ذهنی ($F = 0/641, P > 0/089$) و $BOX = 1/697$ که میزان معناداری آزمون باکس از $0/05$ بیشتر است در نتیجه فرض مربوط به همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای متغیرهای پژوهش، پذیرفته شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری برای پس‌آزمون متغیر نگرانی از تصویر بدنی ($F_{(1, 24)} = 1/738, P \geq 0/026$) و برای متغیر بهزیستی ذهنی ($F_{(1, 24)} = 1/280, P \geq 0/965$) معنی‌دار نبوده است؛ بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیونی از طریق تعامل پیش‌آزمون نمرات متغیرهای نگرانی از تصویر بدنی و بهزیستی ذهنی با متغیرهای مستقل (طرحواره درمانی یکپارچه با درمان پذیرش و تعهد) در مرحله پس‌آزمون مورد بررسی قرار

^۱. Box & Whisker

گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها با متغیر مستقل (طرحواره درمانی یکپارچه با درمان پذیرش و تعهد) برای نگرانی از تصویر بدنی (پس‌آزمون $F=2/746, P \geq 0/126$) و بهزیستی ذهنی (پس‌آزمون $F=5/897, P \geq 0/054$) معنادار نبوده و حاکی از همگونی ضرایب رگرسیونی می‌باشد همانطور که مشاهده می‌شود آماره‌های چندمتغیری مربوطه برای لامبدای ویکلس معنی‌دار نمی‌باشند ($P \geq 0/05$). همچنین مفروضه کرویت از طریق آزمون موجلی بررسی و برای نگرانی از تصویر بدنی، نتایج آزمون موجلی ($\chi^2_{(2)}=18/389, P < 0/05$)؛ و برای بهزیستی ذهنی ($\chi^2_{(2)}=14/789, P < 0/05$)؛ به دست آمد که نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

جدول ۳. اثر درون و بین آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تاب‌آوری تحصیلی

متغیر	منابع تغییرات	MS	F	Df	P	اندازه اثر	توان آزمون
بهزیستی ذهنی	اثر گروه	247/7	4/59	1	0/042	0/16	0/54
	اثر زمان	52/41	3/76	1/56	0/042	0/13	0/58
	تعامل زمان*گروه	54/98	3/94	1/56	0/037	0/14	0/60
نگرانی از تصویر بدنی	اثر گروه	420/01	2/83	1	0/105	0/11	0/37
	اثر زمان	203/88	17/07	1/24	<0/001	0/42	0/99
	تعامل زمان*گروه	158/9	13/3	1/24	<0/001	0/36	0/99

برای متغیر نگرانی از تصویر بدنی و بهزیستی ذهنی بود لذا بجای مقدار گرین هاوس گیسر، نتیجه آزمون هوین فلت گزارش شد. در نهایت نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه در متغیرهای وابسته (نگرانی از تصویر بدنی و بهزیستی ذهنی) معنی‌دار نبوده است ($P \geq 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود. با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۹۰ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ بود که دلالت بر کفایت حجم نمونه دارد.

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهند که تحلیل واریانس‌های با سنجش‌های تکراری مربوط به اثر زمان‌ها (از پس‌آزمون تا پیگیری) در نمره کل متغیر وابسته بهزیستی ذهنی معنی‌دار می‌باشند. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تأثیر گروه بر نمرات بهزیستی ذهنی ($P < 0/05$)، ($F=4/59$) معنی‌دار است. تأثیر زمان به‌وسیله آزمون گرین هاوس گیسر بر روی نمرات بهزیستی ذهنی با اصلاح در درجات آزادی ($P < 0/05$)، ($F=3/76$) معنی‌دار است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه به‌وسیله آزمون گرین هاوس گیسر بر روی نمرات بهزیستی ذهنی ($P < 0/05$)، ($F=3/94$) معنی‌دار است. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات بهزیستی ذهنی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همچنین، تأثیر گروه بر نمرات نگرانی از تصویر بدنی ($P > 0/05$)، ($F=2/83$) معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر بین گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوتی وجود ندارد. تأثیر زمان به‌وسیله آزمون گرین هاوس گیسر بر روی نمرات نگرانی از تصویر بدنی با اصلاح در درجات آزادی ($P < 0/05$)، ($F=17/07$) معنی‌دار است. همچنین اثر تعامل زمان و گروه به‌وسیله آزمون

گرین هاوس گیسر بر روی نمرات نگرانی از تصویر بدنی ($P < 0/05$)، ($F=13/30$) معنی‌دار است. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات نگرانی از تصویر بدنی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۱۶ درصد تغییرات متغیر بهزیستی ذهنی شرکت‌کنندگان ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر زمان نشان می‌دهد که ۴۲ درصد تغییرات متغیر نگرانی از تصویر بدنی ناشی از تغییرات زمانی است. بر اساس داده‌های جدول ۴، نتایج نشان داد که بین نمرات درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر بهزیستی ذهنی تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$)، بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری (ثبات مداخله) در متغیر بهزیستی ذهنی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر نمرات متغیر بهزیستی ذهنی در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تأثیر ثابتی را داشته است. همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات درون‌گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون (اثر مداخله) و پیش‌آزمون و پیگیری (اثر زمان) در نمرات متغیر

در گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تأثیر ثابتی را داشته است.

نگرانی از تصویر بدنی تفاوت وجود دارد ($P \leq 0/001$)، بین میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری (ثبات مداخله) در متغیر نگرانی از تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر نمرات متغیر نگرانی از تصویر بدنی

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بهزیستی ذهنی و نگرانی از تصویر بدنی در گروه آزمایش

متغیر	مرحل مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	p
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۷۷	۰/۶۳	۰/۰۲۸
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۴۲	۱/۰۳	۰/۰۸۳
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۵	۱/۰۲	۰/۸۹۱
نگرانی از تصویر بدنی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۸۱	۰/۶۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۳/۸۵	۱/۰۱	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۴	۰/۵۱	۱/۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی یکپارچه‌سازی طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر بهزیستی ذهن و نگرانی از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر نشان داد که درمان یکپارچه طرحواره‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد در ارتقا و بهبود بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (کرمی مهاجری و همکاران، ۱۴۰۲؛ ملک‌محمدی و همکاران، ۱۴۰۲ و فاوسون و همکاران، ۲۰۲۴) همخوانی دارد.

در تبیین این یافته باید به فرآیندهای حاکم بر درمان پذیرش و تعهد اشاره کرد. ازجمله مهم‌ترین تکنیک‌های درمان پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها و اعمال متعهدانه می‌باشد. ترغیب بیماران مبتلا به سرطان پستان به شناسایی ارزش‌ها و تعیین اهداف، اعمال و درنهایت تعهد به انجام اعمال در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها باوجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی، این گروه از بیماران از گیرکردن در دور باطلی از احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، ناامیدی و افسردگی که به‌نوبه خود موجب تشدید مشکلات می‌شوند، رهایی یابند (موشر و همکاران، ۲۰۱۸). فرآیند مؤثر دیگر درمان پذیرش و تعهد معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل و پذیرش می‌باشد. در این مؤلفه‌ها این امکان برای بیماران فراهم می‌گردد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاش برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث

می‌شود که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد و تأثیر کمتری بر زندگی فرد داشته باشند (کرمی مهاجری و همکاران، ۱۴۰۲). از طرفی می‌توان گفت که چون پذیرش و تعهد، احساس بدون قضاوت و متعادلی از آگاهی است که به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌طور که اتفاق می‌افتد کمک می‌کند؛ بنابراین آموزش آن به زنان مبتلا به سرطان پستان باعث می‌شود که آنان احساسات و نشانه‌های روانی خود را بپذیرند و قبول و پذیرش این احساسات و افکار باعث کاهش توجه و حساسیت بیش‌ازحد به مسائل مربوط به بیماری خود می‌شود و در نتیجه سازگاری آن‌ها بهبود می‌یابد. در جلسات دوم و سوم که انعطاف‌پذیری روانی، پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی آموزش داده می‌شود. جداسازی شناختی باعث می‌شود که زنان مبتلا به سرطان پستان مشکلات خود را از بیرون ببینند و راحت‌تر در مورد مشکلات و بیماری خود حرف بزنند و این به فرد کمک می‌کند تا این که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند. در جلسات ششم و هفتم که برافزایش آگاهی روانی تمرکز می‌شود، زنان مبتلا به سرطان پستان نقاط مثبت و منفی خود را دوباره مورد سنجش قرار می‌دهند و سعی می‌کنند قضاوت درستی در مورد بیماری و مشکلات مربوط به این بیماری بکنند. از سوی دیگر در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد آموزش فنون شناختی در طرحواره درمانی سبب شد آزمودنی‌ها متوجه شوند که از دلایل افزایش اضطراب و افسردگی و کاهش کارکردهای اجتماعی در آن‌ها، صرف‌نظر از مسائل

فیزیولوژیک، به خصوص در دوران بیماری، باورهای ناکارآمد آنهاست که با کمک تکنیک‌های شناختی در مرحله اول، آنها را شناسایی و در مراحل بعد آنها را به چالش کشیدند. طرحواره‌ها را به عنوان مؤلفه ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن، انسان‌ها می‌توانند تجربه‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته، اغلب سازگارانه است و تا جایی با اهمیت است که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری نیاز دارد. این طرحواره‌ها به صورت گسترده منعکس کننده دیدگاه‌های منفی مطلق فرد نسبت به خود، دنیا و آینده است (سوسا و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر با باورهایی مثل فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، دوست‌نداشتنی بودن و شکست نفس، که از عوامل ایجادکننده استرس، اضطراب و افسردگی است، هماهنگی دارد. نتایج پژوهش نشان داد افراد گروه آزمایش، توانستند با استفاده از تکنیک‌های شناختی به فرضیه‌آزمایی طرحواره‌ها بپردازند. این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورند و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازند (بالجی و همکاران، ۲۰۲۴).

مهم‌ترین موضوعی که می‌توان در فرآیند درمانی در مقایسه با درمان‌های متداول به آن اشاره کرد، جنبه بسیار دلسوزانه و انسانی بودن این درمان است. طرحواره درمانی به جای اینکه اختلالات روانشناختی را امری غیرعادی بداند، با عادی تلقی کردن آنها، سعی می‌کند به تغییر و اصلاح جنبه‌های ناکارآمد و ناسازگارانه آنها بپردازد و نقش مؤثری در سلامت روان و به طور کلی کیفیت زندگی افراد داشته باشد. تکنیک‌های رفتاری به مراجعان کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره، سبک مقابله سالم‌تری را جانشین سازند. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتاری نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، جبران افراطی و تسلیم می‌شود. در این حالت درمانگر و بیمار، فهرستی از رفتارهای جدید تهیه می‌کنند و در مورد مزایا و معایب هریک از آنها به بحث و تبادل نظر می‌پردازند و آن‌گاه درباره چگونگی جانشین سازی رفتارهای سالم به جای رفتارهای مشکل ساز به جمع‌بندی می‌رسند و سپس ترتیب هدف‌های رفتاری درمان را مشخص می‌کنند (مهتدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۸). نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان یکپارچه طرحواره درمانی و درمان پذیرش و تعهد در کاهش نگرانی

از تصویر بدنی زنان مبتلا به سرطان پستان مؤثر بوده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (کرمی مهاجری و همکاران، ۱۴۰۲؛ ملک محمدی و همکاران، ۱۴۰۲ و فاوسون و همکاران، ۲۰۲۴) همخوانی دارد. درک فرد از ظاهر خود می‌تواند از درک دیگران از ظاهر او یا از استانداردهای اجتماعی متفاوت باشد و طیف وسیعی از تأثیرات روانی و فیزیکی را بر فرد بگذارد. بدن قابل مشاهده‌ترین قسمت خود و خودآگاهی فرد است. مفهوم فرد از بدن خویش بخش مهمی از خودپنداره او می‌باشد. تصویر بدنی تجسم درونی ظاهر بیرونی فرد است که این بازنمایی ابعاد جسمانی ادراکی و نگرشی را در برمی‌گیرد. ابعاد اصلی این نگرش شامل مؤلفه‌های ارزیابی، سرمایه‌گذاری فرد در برخورد با طرحواره‌های ظاهر و عواطف است که اهمیت ظاهر درونی‌سازی شده را نمایان می‌سازد. به همین دلیل، شرکت در جلسات آموزشی گروهی سبب شد تا افراد نتایج مثبتی از روابط اجتماعی را تجربه کنند و دیده وسیع‌تری نسبت به بیماری خود و استفاده از نظرات و راه‌حل‌های افراد دیگر گروه، پیدا کنند که این موضوع خود به ادراک بیماری کمک کرده است. از آنجایی که طرحواره درمانی و مداخلات وابسته به آن به درمان ارتباط بین افکار احساسات و رفتار می‌پردازد و هدف این پژوهش تغییر بازنمایی‌های ادراکی بیماران نسبت به بیماری خود می‌باشد می‌توان از تأثیر طرحواره درمانی برای رسیدن به این هدف کمک گرفت (بالجی و همکاران، ۲۰۲۴).

این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. درواقع افراد، طرحواره را به عنوان حقیقتی بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی (ناشی از تکنیک‌های شناختی) و تجربی (نتایج تکنیک‌های تجربی) علیه آن بجنگند؛ یعنی ابتدا شناخت باورهای مرکزی ناکارآمد خود، سپس واژه‌های کلیدی باور و معنای آنها، درصد اعتقاد به باورهای ناکارآمد، پیدا کردن ریشه‌های تحولی باور مرکزی، یافتن مزایا و معایب آن، شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره‌ها را پیدا کنند و درنهایت با نوشتن چکیده تمام این تکنیک‌ها به صورت کارت آموزشی، زمینه را برای شناخت بیشتر طرحواره‌های ناسازگار خود فراهم آورند و ارتباط آن را با مسائل کنونی و مشکلات خود در زندگی تشخیص دهند (بالجی و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس این رویکرد در هر نوع از آسیب‌های روانشناختی، ردپایی از فعال بودن طرحواره‌های خاص وجود دارد. تکنیک‌های شناختی به مراجعان کمک می‌کند تا از طرحواره‌ها

فاصله بگیرند. همچنین کمک می‌کنند تا به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بدانند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بدانند. پس کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند نقش مهمی در افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی افراد داشته باشد (سوسا و همکاران، ۲۰۲۴). تکنیک‌های تجربی نیز با تغییر دادن خاطرات تلخ دوران کودکی، به تغییر تصاویر ذهنی، احساسات بدنی و احساسات عاطفی می‌پردازد و کمک می‌کند یادآوری خاطرات تلخ گذشته، تأثیر مخربی بر روی فرد نداشته باشد. از آنجا که تأیید تکنیک‌های تجربی بر روی هیجانات است، به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد و با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، به بررسی خود پرداخته و بایادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خودآرامش‌دهی، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. تکنیک‌های تجربی مانند استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته و ریشه‌های تحولی آن را درک کند و خاطراتش را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این، موجب ارتقای درک بیمار می‌شود و به او کمک می‌کند از شناخت عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی حرکت کند و از شناخت سرد به شناخت داغ برسد. یکی از تکنیک‌های عمده تجربی مواجهه و تصویرسازی ذهنی است. درواقع هر مداخله‌ای که تلاش می‌کند طرحواره‌های مرتبط با تهدید یا ضربه را فعال و اصلاح کند، ضرورتاً مستلزم مواجهه مراجع با مواردی است که از آن‌ها اجتناب می‌کند (سوسا و همکاران، ۲۰۲۴). که مراجع در تلاش برای اجتناب از آن‌هاست. در تکنیک گفت‌وگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا می‌سازد و باعث فاصله گرفتن از طرحواره‌ها می‌شود و درنهایت احساس شفقت نسبت به فرد آسیب‌رسان در آن خاطره و سرانجام شفقت به کودک آسیب‌دیده را باعث می‌شود (بالجی و همکاران، ۲۰۲۴).

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود. نخستین محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده

است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خودگزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه‌گیری، عدم خویشتن‌نگری و...) است. محدودیت سوم مربوط به عدم مهار کردن عوامل زمینه‌ای و فردی است. این احتمال وجود دارد که شرکت کنندگان به دلیل بعضی از عوامل زمینه‌ای اثر برنامه را بیش‌تر برآورد کرده باشند. یک فرض احتمالی دیگر آن است که افراد به دلیل تمایل فردی، خوش‌بینی و عواملی نظیر آن اثر برنامه را بیش‌تر برآورد کرده باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای مهار کردن اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی گروه گواه اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. این مطالعه بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان سهر یزد اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان یکپارچه مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی را بر روی افسردگی، احساس گناه و شرم، خودانتقادی، اضطراب مرگ زنان مبتلا به سرطان پستان بررسی کنند. با توجه به نتایج پژوهش و اثربخش درمان یکپارچه مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی به درمانگرانی که در مراکز درمانی از جمله بیمارستان‌ها، مراکز آموزشی و... کار می‌کنند اثربخشی این رویکرد را بر سایر بیماری‌های جسمانی و طبی مورد توجه قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

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 منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و والدینی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

References

جولانی، ا.، لیل آبادی، ل.، و گلشنی، ا. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با استفاده از تمثیل‌ها و حکایت‌های مولانا و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رشد پس از آسیب در مادران دارای کودک فلج مغزی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۸)، ۱۳۹۷-۱۴۱۶.

<https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397>

حسینی نژاد، ناهید؛ البرزی، محبوبه؛ و مام شریفی، پیمان. (۱۴۰۰). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر انعطاف‌پذیری روانشناختی مادران وابسته به سوء مصرف مواد. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۷)، ۲۰۲۵-۲۰۱۱.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011>

سلیمانی، اعظم؛ شریعت نیا، کاظم و اکبری، حمزه (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و معنویت‌درمانی بر ترس از تصویر بدنی در بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک کارآزمایی بالینی. *طب پیشگیری*، ۱۰ (۱)، ۹۸-۱۰۹.

<http://jpm.hums.ac.ir/article-1-727-fa.html>

کرمی مهاجری، زهرا؛ کربلایی هرقله، فاطمه صغری؛ خلعتبری، جواد و فردین، محمد علی (۱۴۰۲). اثربخشی یکپارچه‌سازی طرح‌واره درمانی با درمان پذیرش و تعهد بر ترس از عود سرطان زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۶ (۲)، ۲۶۰-۲۷۰.

[doi: 10.22038/mjms.2023.24126](https://doi.org/10.22038/mjms.2023.24126)

مهدتی جعفری، سارا؛ عشایری، حسن و بنیسی، پریناز (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش فنون طرح‌واره درمانی بر سلامت روان و کیفیت زندگی زنان مبتلا به اختلال ملال پیش از قاعدگی: پی‌گیری یک‌ماهه. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۵ (۳)، ۲۷۸-۲۹۱.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2949-fa.html>

مولوی، حسین؛ ترکان، هاجر؛ سلطانی، ایرج و پالاهنگ، حسن (۱۳۸۹). هنجاریابی و سنجش روایی و پایایی پرسش‌نامه بهزیستی ذهنی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶ (۳)، ۲۳۱-۲۳۸.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1088-fa.html>

مینا، ف.، رمضانی، خ.، کامکار، ع. و کرمی، م.ی. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بدریخت‌انگاری بدن در زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۶)، ۹۶۳-۹۸۰.

<https://doi.org/10.52547/JPS.23.136.963>

Afshar-Bakshloo, M., Albers, S., Richter, C., Berninger, O., Blohmer, J. U., Roehle, R., ... & Karsten, M. M. (2023). How breast cancer therapies impact body image—real-world data from a prospective cohort study collecting patient-reported outcomes. *BMC cancer*, 23(1), 705. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11172-y>

Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley Blackwell. [apa.org/record/2012-34408-000](https://doi.org/10.1002/9781118344080)

As'hab, P. P., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (2022). The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Psychosocial Impact and Adherence of Multidrug-Resistant Tuberculosis Patients. *Journal of Public Health Research*, 11(2), jphr.2021.2737. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2737>

Balje, A. E., Greeven, A., Deen, M., van Giezen, A. E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2024). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 104, 102860. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102860>

Brajković, L., Milat-Panža, K., & Kopilaš, V. (2023). Subjective Well-Being in Cancer Patients: The Roles of Social Support, Purpose in Life, Resilience, and Informativeness. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(24), 3181. <https://doi.org/10.3390/healthcare11243181>

Brem, M. J., Coop Gordon, K., & Stuart, G. L. (2020). Integrating Acceptance and Commitment Therapy With Functional Analytic Psychotherapy: A Case Study of an Adult Male With Mixed Depression and Anxiety. *Clinical Case Studies*, 19(1), 34-50. <https://doi.org/10.1177/1534650119883351>

Cojocar, C. M., Popa, C. O., Schenk, A., Suci, B. A., & Szasz, S. (2024). Cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety and depression in patients with fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Medicine and pharmacy reports*, 97(1), 26-34. <https://doi.org/10.15386/mpr-2661>

DeSantis, C. E., Fedewa, S. A., Goding Sauer, A., Kramer, J. L., Smith, R. A., & Jemal, A. (2016). Breast cancer statistics, 2015: Convergence of incidence rates between black and white women. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(1), 31-42. <https://doi.org/10.3322/caac.21320>

- Devarakonda, S. K., Timman, R., Bouvy, P. F., Oemrawsingh, A., Apon, I., Mureau, M. A., ... & Kranenburg, L. W. (2023). Trends in emotional functioning and psychosocial wellbeing in breast cancer survivors: a prospective cohort study using patient-reported outcome measures. *BMC Women's Health*, 23(1), 153. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02243-0>
- Ettridge, K., Scharling-Gamba, K., Miller, C., Roder, D., & Prichard, I. (2022). Body image and quality of life in women with breast cancer: Appreciating the body and its functionality. *Body Image*, 40, 92-102. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.11.001>
- Fawson, S., Moon, Z., Novogrudsky, K., Moxham, F., Forster, K., Tribe, I., Moss-Morris, R., Johnson, C., & Hughes, L. D. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 18(3), 456-477. <https://doi.org/10.1080/17437199.2023.2261518>
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., ... & Bray, F. (2020). Global cancer observatory: cancer today. *Lyon: International agency for research on cancer*, 20182020. <https://gco.iarc.fr/today>
- Furrer, A., Michel, G., Terrill, A. L., Jensen, M. P., & Müller, R. (2019). Modeling subjective well-being in individuals with chronic pain and a physical disability: the role of pain control and pain catastrophizing. *Disability and rehabilitation*, 41(5), 498-507. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1390614>
- Gogou, P., Tsilika, E., Parpa, E., Kouvaris, I., Damigos, D., Balafouta, M., Maureas, V., & Mystakidou, K. (2015). The impact of radiotherapy on symptoms, anxiety and QoL in patients with cancer. *Anticancer research*, 35(3), 1771-1775.
- Granek, L., Nakash, O., Ariad, S., Shapira, S., & Ben-David, M. A. (2019). Oncology health care professionals' perspectives on the causes of mental health distress in cancer patients. *Psycho-oncology*, 28(8), 1695-1701. <https://doi.org/10.1002/pon.5144>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press. [apa.org/record/2012-00755-000](https://doi.org/10.1002/pon.5144)
- He, J., Dai, W., Li, Y., He, L., & Huang, R. (2019). Frequency of Depression-Related Symptoms in Caregivers of Patients with Silicosis. *Journal of healthcare engineering*, 2019, 6035920. <https://doi.org/10.1155/2019/6035920>
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)*, 37(2), 189-197. [https://doi.org/10.1016/s0959-8049\(00\)00353-1](https://doi.org/10.1016/s0959-8049(00)00353-1)
- Hoseininezhad, N., Alborzi, M., & MamSharifi, P. (2021). Effectiveness of cognitive behavioral counseling based on acceptance and commitment therapy (ACT) for psychological flexibility in drug-abusing mothers. *Journal of Psychological Science*, 20(107), 2011-2025. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2011>
- Johns, L. (2005). Schema Therapy: A Practitioner's Guide Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko and Marjorie E. Weishaar New York: Guilford Press, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(1), 119-120. <https://doi.org/10.1017/S1352465804211869>
- Jolani, E., Leilabadi, L., & Golshani, A. (2024). Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with using Rumi stories and acceptance and commitment therapy on posttraumatic growth of mothers of children with cerebral palsy. *Journal of Psychological Science*, 23(138), 1397-1416. <https://doi.org/10.52547/JPS.23.138.1397>
- Karami Mohajery, Z., Karbalaee Herofteh, F. S., Khalatbari, J., & Fardin, M. A. (2023). Effectiveness of Integrative Schema Therapy with Acceptance and Commitment Therapy on Fear of Cancer Recurrence in Women with Breast Cancer. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 66(2), 260-270. [doi: 10.22038/mjms.2023.24126](https://doi.org/10.22038/mjms.2023.24126)
- Koçan, S., & Gürsoy, A. (2016). Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *The journal of breast health*, 12(4), 145-150. <https://doi.org/10.5152/tjbh.2016.2913>
- Koppers, D., Van, H., Peen, J., Alberts, J., & Dekker, J. (2020). The influence of depressive symptoms on the effectiveness of a short-term group form of Schema Cognitive Behavioural Therapy for personality disorders: a naturalistic study. *BMC psychiatry*, 20(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02676-z>
- Lee, S. W., Choi, M., & Lee, S. J. (2023). Is Acceptance and Commitment Therapy Effective for Any Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions?. *Psychiatry investigation*, 20(10), 991-996. <https://doi.org/10.30773/pi.2023.0109>

- Li, Z., Shang, W., Wang, C., Yang, K., & Guo, J. (2022). Characteristics and trends in acceptance and commitment therapy research: A bibliometric analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 980848. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.980848>
- Littleton, H. L., Axsom, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour research and therapy*, 43(2), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.12.006>
- Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast Cancer-Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies-An Updated Review. *Cancers*, 13(17), 4287. <https://doi.org/10.3390/cancers13174287>
- Malek Mohammadi, S., Torabi, A., Mohseni Nasab, Z., Khedmati Nojeh Deh Sadat, A., Nikan, A. (2023). Comparing the Efficacy of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in Negative Mood, Psychological Resilience, and Quality of Life in Women with Type 2 Diabetes. *Psychology of Woman Journal*, 4(4), 17-26. <http://dx.doi.org/10.61838/kman.pwj.4.4.3>
- Matić, I., & Musil, V. (2023). Subjective Well-Being and Self-Assessed Health of Adolescents: A Longitudinal Cohort Study. *European journal of investigation in health, psychology and education*, 13(12), 2853–2862. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13120197>
- Mina, F., Ramezani, K., Kamkar, A., & Karami, M. (2024). The efficacy of acceptance and commitment-based therapy on body dysmorphic disorder in women with breast cancer. *Journal of Psychological Science*, 23(136), 963-980. <https://doi.org/10.52547/JPS.23.136.963>
- Mohtadifafari, S., Ashayeri, H., & Banisi, P. (2019). The effectiveness of schema therapy techniques in mental health and quality of life of women with premenstrual dysphoric disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 25(3), 278-291. [In Persian]. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2949-fa.html>
- Molavi, H., Torkan, H., Soltani, I., Palahang, H. (2010). Structure Standardization, Validity and Reliability of Subjective Well-being Questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16 (3), 231-238 <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1088-fa.html>
- Mosher, C. E., Secinti, E., Li, R., Hirsh, A. T., Bricker, J., Miller, K. D., Schneider, B., Storniolo, A. M., Mina, L., Newton, E. V., Champion, V. L., & Johns, S. A. (2018). Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 26(6), 1993–2004. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4045-0>
- Pandis, N., Chung, B., Scherer, R. W., Elbourne, D., & Altman, D. G. (2017). CONSORT 2010 statement: extension checklist for reporting within person randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j2835. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2835>
- Rodrigues, E. C. G., Neris, R. R., Nascimento, L. C., de Oliveira-Cardoso, É. A., & Dos Santos, M. A. (2023). Body image experience of women with breast cancer: A meta-synthesis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(1), 20–36. <https://doi.org/10.1111/scs.13102>
- Schrepft, S., Jackowska, M., Hamer, M., & Steptoe, A. (2019). Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC public health*, 19(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6424-y>
- Sharma R. (2021). Global, regional, national burden of breast cancer in 185 countries: evidence from GLOBOCAN 2018. *Breast cancer research and treatment*, 187(2), 557–567. <https://doi.org/10.1007/s10549-020-06083-6>
- Solaymani, A., Shariat Nia, K., & Akbari, H. (2023). Comparing the Effects of Cognitive Hypnotherapy and Spiritual Therapy on the Body Image Concern of Women With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Preventive Medicine*, 10(1), 98-109. [In Persian] <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-727-fa.html>
- Sousa, M., Gouveia, C., Cunha, O., & de Castro Rodrigues, A. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy in Individuals Who Committed Crimes: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 15248380241254082. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/15248380241254082>
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 71(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Vuletić, G. (2022). Odnos subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja. *Journal of Applied Health Sciences= Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 8(2), 226-234. [doi: 10.24141/1/8/2/9](https://doi.org/10.24141/1/8/2/9)

- Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ryu, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>
- White C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-oncology*, 9(3), 183-192. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200005/06\)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200005/06)9:3<183::aid-pon446>3.0.co;2-1)
- Will, M., Liang, J., Metcalfe, C., & Chandarlapaty, S. (2023). Therapeutic resistance to anti-oestrogen therapy in breast cancer. *Nature reviews. Cancer*, 23(10), 673-685. <https://doi.org/10.1038/s41568-023-00604-3>
- World Health Organization, S. (2018). Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. *Geneva: World Health Organization*, 1242-7. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema Therapy: A Practitioner's guide*. Guilford Press. [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+\(2006\).+Schema+Therapy:+A+Practitioner%27s+guide.+Guilford+Press.&ots=P0pRjRANBP&sig=iN442OmeP9V23 xM_u0ygTVzKetc](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1x7TDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Young,+J.+E.,+Klosko,+J.+S.,+%26+Weishaar,+M.+E.+(2006).+Schema+Therapy:+A+Practitioner%27s+guide.+Guilford+Press.&ots=P0pRjRANBP&sig=iN442OmeP9V23 xM_u0ygTVzKetc)
- Zhao, B., Wang, Q., Wang, L., Chen, J., Yin, T., Zhang, J., Cheng, X., & Hou, R. (2023). Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Annals of general psychiatry*, 22(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00462-1>
- Zomkowski, K., Cruz de Souza, B., Pinheiro da Silva, F., Moreira, G. M., de Souza Cunha, N., & Sperandio, F. F. (2018). Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: a systematic review. *Disability and rehabilitation*, 40(13), 1485-1493. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300950>