

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال چهاردهم شماره ۵۵ پاییز ۱۳۹۸

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی با زوج‌درمانی یکپارچه نگر بر پریشانی روانشناختی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان

لعیا احمدزاده^۱ شیدا سوداگر^{۲*} مریم واعظی^۳ مریم بهرامی هیدجی^۴ غلامرضا گل‌محمدنژادبهرامی^۵

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی کرج

۲- دکتری تخصصی روانشناسی سلامت و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج

۳- متخصص زنان و زایمان و استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۴- دکتری روانشناسی عمومی و استادیار دانشگاه آزاد اسلامی کرج

۵- دکتری روانسنجی و استادیار دانشگاه شهید مدنی آذربایجان

تأیید نهایی: ۱۳۹۸/۰۶/۲۵

وصول مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۲۰

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی با زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر پریشانی روانشناختی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان انجام گرفت. مطالعه حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون سه گروه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان و همسران آنها که به بیمارستان الزهرا تبریز مراجعه می‌کردند، از جامعه آماری یاد شده ۴۵ زوج از زوجینی که نمرات پایینی در تعارضات زناشویی کسب کردند، به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. در هر سه گروه پرسشنامه سنجش پریشانی روانشناختی کسلر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد و در گروه‌های آزمایش، پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی و پروتکل زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر (IBCT) مورد اجرا قرار گرفت و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر موجب کاهش معنی‌دار نمرات پریشانی روانشناختی شده است. با توجه به تأثیر و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر پریشانی روانشناختی می‌توان درمان‌های روانشناختی را به‌عنوان درمان مکمل برای درمان‌های دارویی و پزشکی ارائه داد.

واژگان کلیدی: پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی؛ زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر؛ پریشانی روانشناختی

مقدمه

با وجود پیشرفت‌های فراوان در عرصه علم پزشکی و توسعه دانش بشری در مهار و درمان انواع بیماری‌ها، سرطان هنوز هم به‌عنوان یکی از امراض جدی و در بسیاری موارد غیرقابل درمان به شمار می‌رود که متأسفانه جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند و خطر ابتلا به آن برای بخش قابل‌توجهی از جامعه بشری وجود دارد. در حال حاضر بیش از ۷ میلیون نفر در جهان در اثر ابتلا به سرطان جان خود را از دست می‌دهند و پیش‌بینی می‌شود که تعداد موارد ابتلا تا سال ۲۰۲۰ سالانه از ۱۰ میلیون به ۲۰ میلیون برسد. سرطان ضمن ایجاد مشکلات معمولاً حاد جسمی، سبب بروز مشکلات متعدد اجتماعی و روانی برای مبتلایان نیز می‌شود (مردانی حموله و شهرکی واحد، ۱۳۸۸). از بین بیماران سرطانی، سرطان سینه دومین شکل رایج از سرطان در جهان است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). در بین زنان شایع‌ترین نوع سرطان محسوب می‌شود، به طوری که ۲۵ درصد از کل سرطان‌ها را در زنان تشکیل می‌دهد (آژانس بین‌المللی سرطان، ۲۰۱۲). ابتلا به سرطان پستان با از دست دادن یک یا هر دو پستان، احساس ناشی از قطع عضو را در یک فرد ایجاد می‌کنند. این فقدان عضو در زنان با تغییر تصویر ذهنی، کاهش احساس زنانه، کاهش حس جذابیت و جاذبه جنسی و نیز اضطراب، افسردگی، برانگیختگی، خجالت و... و نهایتاً ترس از عود، فکر طرد شدگی و افکار مرگ همراه است (وارگن و برترو، ۲۰۰۷؛ طالقانی، پارسا یکتا و نیکبخت نصرآبادی، ۱۳۸۵؛ لازاروس، ۱۹۹۳). بسیاری از زنان پس از اطلاع از تشخیص سرطان پستان، در زمینه سازگاری با سرطان پستان در زندگی شخصی و خانوادگی خود دچار سطح بالایی از ناتوانی و ناامیدی می‌شوند. این بیماران برای بازگشت به زندگی عادی خود نیازمند کمک‌هایی هستند تا سلامت، تندرستی، احساس خوشبختی خود را حفظ نموده و بر استرس‌هایی که به‌علت ابتلا به سرطان ایجاد می‌گردد، غلبه نمایند (بومک و دیکرسون، ۲۰۰۶).

1 World Health Organization
2 International Agency for Research on Cancer
3 Vargen & Bertero
4 Lazarus
5 Boehmke & Dickerson

تنبه‌های روانشناختی ناشی از بیماری سرطان، سبب اضطراب و افسردگی در بیماران می‌شود و عدم کاهش و درمان این واکنش‌ها، باعث طولانی‌تر شدن مدت بستری بیمار، اختلال در درمان‌های پزشکی و کاهش شانس و مدت زنده ماندن می‌شود. بسیاری از نگرانی‌ها و افسردگی‌ها در افراد مبتلا به سرطان به دلیل از دست دادن عضو یا قسمتی از بدن یا عملکرد آن عضو، وابستگی به دیگران و از دست دادن نقش خود در جامعه یا خانواده است. مشخص شده است که سرطان سینه بر روابط زناشویی تأثیرات بسیار منفی می‌گذارد (شاپیرو و همکاران؛^۱ ۲۰۰۱). با اینکه در مواجهه با مشکلات مربوط به سرطان سینه، برخی زنان تغییرات مثبت در روابط خود با همسرانشان را گزارش می‌کنند (مانند، استروف، ونیکل، گلدشتاین، فاکس و گرانا؛^۲ ۲۰۰۴). با این حال، برآوردها دلالت بر این دارند که ۱۰-۴۰ درصد از بیماران دارای سرطان سینه تغییرات منفی در روابط زناشویی را گزارش کرده‌اند (مای مینگ؛^۳ ۲۰۰۴؛ دالتون، نلسون، برابست، لیندسی و فریدمن؛^۴ ۲۰۰۷). عدم رضایت زناشویی در بیماران دارای سرطان سینه با عوامل روانشناختی دیگری نظیر آشفتگی‌های هیجانی / خطر افزون شده افسردگی (ولس و همکاران، ۱۹۹۹) و کیفیت زندگی (مای مینگ، ۲۰۰۴) مرتبط هست. این عوامل به نوبه خود پیش‌بینی‌کننده پیامدهای سلامت فیزیکی در بیماران سرطانی هستند. برای مثال، کیفیت زندگی پایین پیش‌بینی کننده پاسخ درمان، دوره بقا (کوترز و همکاران؛^۵ ۲۰۰۰؛ فراسر و همکاران؛^۶ ۱۹۹۳)، و پاسخ به درمان در مراحل پیشرفته سرطان محسوب می‌شود (سیدمن و همکاران، ۱۹۹۵). به همین صورت، افسردگی با ریسک بالای مرگ در این بیماران ارتباط دارد (گودوینگ، ژانگ و اوستیر؛^۷ ۲۰۰۴).

۳۰ تا ۴۰ درصد از زنان دارای مشکل سرطان سینه بعد از شیمی درمانی به مدت ۲۰ سال بعد از تشخیص آشفتگی‌های روانشناختی را تجربه می‌کنند، که در بین آنها ۵ درصد دارای معیارهای تشخیصی اختلال استرس پس از حادثه را دریافت می‌کنند (کورن بلیث و

1 Shapiro et al

2 Manne, Ostroff, Winkel, Goldstein, Fox & Grana

3 WaiMing

4 Dalton, Nelson, Brobst, Lindsay & Friedman

5 Coates et al

6 Fraser et al

7 Goodwin, Zhang & Ostir

همکاران؛ ۲۰۰۳). آشفتگی‌های روانشناختی از غمگینی تا افسردگی بالینی و بحران‌های معنوی را شامل می‌شود، و اغلب نیازمند حمایت مشارکتی گروه‌های چندرشته‌ای، شامل روانشناسان مشاوره هست (دیزون، ۲۰۰۹).

از طرف دیگر، تحقیقات نشان می‌دهند که زنان دارای سرطان سینه همسران خود را به عنوان منبع اصلی حمایت تلقی می‌کنند و این حمایت نقشی مهم در سازگاری و بهزیستی روانشناختی آنها با بیماری داشته و همچنین در سلامت فیزیکی آنها تأثیر می‌گذارد (بایدر، ایور- هادانی، گلدزویگ، ویگودا^۳ و پرتز، ۲۰۰۳؛ باکوم و همکاران، ۲۰۱۲؛ ویس، اینرایت و سیمنز^۴، ۲۰۰۸). با این حال، همسران آنها همواره قادر به پاسخ دادن در یک شیوه مساعدت‌گر و حمایتی نیستند به این علت که آشفتگی روانشناختی خود آنها، مشکلات شان در روابط زناشویی یا انگیزش‌های پیچیده یشان موجب مشکلاتی در روابط آنها می‌شود. در واقع، چالش‌های ایجاد شده توسط بیماری و درمان‌های متوالی آن می‌تواند منجر به آشفتگی ارتباطی و مشکلاتی در ارتباطات زوجین، کارکردهای جنسی و صمیمیت شود (مانند و همکاران، ۲۰۰۶؛ اسبیتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ استیل، نامان و لی، ۲۰۰۷؛ اوشر، پرز و گیلبرت، ۲۰۱۳).

از آنجا که مداخله گروهی زوج محور یک مداخله ساختاریافته و مبتنی بر مهارت است. عوامل اصلی درمان گروهی، که شامل حمایت هیجانی بین اعضای گروه است، می‌تواند مسئول کاهش در نشانگان افسردگی باشد. در حقیقت، یکی از مزایای گروه‌ها برای اشخاصی که استرس‌های زندگی خاصی را تجربه می‌کنند این است که تجربیات مشترک موجب تسهیل احساس اشتراک با اعضای گروه می‌شود و بنابراین موجب کاهش انزوای فرد

1 Kornblith et al

2 Dizon

3 Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda, & Peretz

4 Baucom et al

5 Wechs, Enright & Simmens

6 Sbitti et al

7 Stiel, Naaman & Lee

8 Ussher, Perz & Gilbert

می‌شود. با این حال، تحقیقات گذشته تأثیرات مداخلات گروهی را بر روی روابط زناشویی کمتر مورد ارزیابی قرار داده‌اند (دای، هالپین و ثورن، ۲۰۱۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود (هایز، استروسال و ویلسون، ۱۹۹۹). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرض بر این است که انسانها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (هایزو همکاران، ۲۰۰۴).

درمان ACT توسط پژوهش‌های مختلفی مورد تایید قرار گرفته است، پژوهش‌ها نشانگر این هستند که تلاش در فرونشاندن افکار و احساسات منفی، و اجتناب از سبک‌های مقابله‌ای در واقع مشکلات روانشناختی در طولانی مدت ایجاد می‌کند (دی جنوا، پاتون، زوریخ و مک درمید، ۱۹۹۸؛ موسر و آنیس، ۱۹۹۶). انعطاف‌پذیری شناختی احتمالاً جنبه مهمی در ارتقای سلامت روانشناختی است (کاشدان و رتنبرگ، ۲۰۱۰).

تحقیقات مختلف بین‌المللی پیامدهای مثبت درمان ACT را در مطالعات خود در مورد مشکلات مربوط به دردهای مزمن (داهی، ویلسون و نیلسون، ۲۰۰۴؛ رابینسن، ویکسل و السن، ۲۰۰۵)، روان‌پریشی (باخ و هایز، ۲۰۰۲؛ گادیانو و هربرت، ۲۰۰۶)، سوء مصرف مواد

1 Day, Halpin & Thorn

2 Hayes, Strosahl & Wilson

3 DE Genova, MK., Patton, Jurich & McDermid

4 Moser & Annis

5 Kashdan & Rottenberg

6 Dah, Wilson & Nilsson

7 Robinson, Wicksell & Olson

8 Bach & Hayes

9 Gaudiano & Herbert

هایز، ویلسون^۱ و گیفورد^۲ (۲۰۰۴)، و اعتیاد به نیکوتین گیفورد، کوهلنبرگ^۳ و هایز^۴ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند. علاوه بر این، نشان داده شده است که این درمان در کاهش افسردگی (زیتل^۵؛ ۱۹۸۷) و اضطراب (بلاک^۶؛ ۲۰۰۲) بیماران سرطانی موثر واقع شده است (میشل و همکاران^۷؛ ۲۰۱۱). ACT همچنین دارای پیامدهای مثبتی بر روی زندگی افراد سرطانی است در یک پژوهش کنترل شده تصادفی، نتایج نشان داد که این مداخله تأثیر مثبت و بلند مدتی بر روی خلق و کیفیت زندگی زنان سرطانی در مقایسه با درمان شناختی دارد (پاتز، لوسان و گوتیرز^۸؛ ۲۰۰۷).

مروری بر ادبیات تحقیقات در این حیطه نشان گر این است که تحقیقات بسیار معدودی در زمینه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی در بین زوجین دارای سرطان سینه صورت گرفته است و اکثر تحقیقات انجام شده در این حیطه بر روی زنان دارای سرطان سینه صورت گرفته است. این در حالی است که مسائل و مشکلات درونی بین زوجین، تعارض‌ها و ارتباطات آنها عامل بسیار مهمی در کنار آمدن مؤثر بر بیماری است. از این رو به نظر می‌رسد که تحقیقاتی از این دست لازم هستند تا امکان‌پذیری، و کارآمدی این مداخله درمانی را مورد سنجش و ارزیابی قرار دهد. در واقع این تحقیق قصد دارد تا ادبیات پژوهشی در زمینه کاربردپذیری درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی زوجین دارای سرطان سینه بسط دهد. به منظور مقایسه‌پذیری دقیق این درمان با درمان‌های رایج در زمینه زوجین در این تحقیق محقق به دنبال این مساله است که تأثیر مداخله حاصل از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد را با یکی از درمان‌های کاملاً جای افتاده در زمینه زوج درمانی (یعنی درمان یکپارچه‌نگر زوجی) مورد مقایسه قرار دهد.

1 Wilson

2 Gifford

3 Kohlenberg

4 Hayes

5 Zettle

6 Block

7 Mitchell et al

8 Páez, Luciano, & Gutiérrez

با عنایت به آنچه که بیان شد سوال اصلی پژوهش حاضر عبارت است از: "آیا بین اثربخشی درمان‌های گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی با زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر بر پریشانی روانشناختی زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان تفاوت وجود دارد؟"

روش

مطالعه حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به سرطان و همسران آنها که به بیمارستان الزهراء تبریز مراجعه می‌کردند، بود که از جامعه آماری یاد شده در مرحله اول یک غربالگری اولیه صورت گرفت. بدین ترتیب پرسشنامه‌های تحقیق بر روی ۲۰۰ زوج اجرا شد و زوجینی که نمرات آنها در پرسشنامه تعارضات زناشویی ۲ انحراف معیار پایین‌تر از میانگین است به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. با توجه به نوع تحقیق برای هر یک از گروه‌ها ۱۵ زوج که نمره پایین در پرسشنامه تعارضات زناشویی دارند در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بود از: محدوده سنی بیمار بین ۲۵ تا ۴۵ سال (دوره جوانی)، حداقل میزان تحصیلات (سیکل) و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: نداشتن بیماری مزمن دیگر به غیر از سرطان و عدم دریافت مداخلات روانشناختی و روانپزشکی طی یک سال گذشته.

پرسشنامه سنجش پریشانی روانشناختی کسلر: این پرسشنامه توسط کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۲ به صورت ۱۰ سوالی تدوین شد. کسلر و همکاران (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۵ گزارش کردند؛ همچنین برای تعیین روایی این پرسشنامه از همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه‌های اضطراب و روان‌رنجورخویی استفاده کردند که نتایج جاکی از روایی بالای این پرسشنامه بود. وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۰) در یک مطالعه پژوهشی پایایی این پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آوردند.

درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای زوج‌ها: این درمان توسط لو و مک کی (۲۰۱۷) که در کتاب درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای زوج‌ها ارائه شده است که یک رویکرد نوین تلفیقی به زوج درمانی است که برای پروتکل پیشنهادی خود هم تبیین نظری دارد و هم پشتوانه پژوهشی. در این درمان ویژه زوج‌ها، درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی (ACT) با طرحواره درمانی ادغام می‌شود که این ادغام در شش فرایند اصلی ACT یعنی پذیرش، همجوشی‌زدایی، لحظه حال، خود به‌عنوان زمینه، روشن سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه انجام می‌شود. طبق دیدگاه مک کی و لو هدف زوج درمانی مبتنی بر ACT این طور نیست که طرحواره‌ها را اصلاح کند بلکه می‌خواهد باورها و هیجان‌های طرحواره‌ای و رفتارهای اجتنابی ناسازگار ناشی از احساس‌های طرحواره‌ای را شناسایی نموده و از فرایندهای ACT برای تقویت پاسخ‌های جایگزینی مبتنی بر ارزش‌ها استفاده کنند و افکار و هیجان‌های برخاسته از طرحواره‌ها را مشاهده کنند اما بر اساس آنها عمل نکنند (لو و مک کی، ۱۳۹۶).

این درمان در ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شرح زیر اجرا شده است:

جلسه اول گروهی: خوش‌آمدگویی به بیماران، معرفی درمانگر، معرفی اعضا، معرفی پریشانی روانشناختی، اشاره به روند درمان و تعداد جلسات.

جلسه دوم و سوم گروهی: شناسایی طرحواره‌ها و برانگیزاننده‌های آنها.

جلسه چهارم و پنجم شناسایی راهبردهای اجتناب تجربه‌ای: رفتارهای مقابله‌ای طرحواره‌ای که هر یک از همسران برای اجتناب از درد طرحواره‌ای استفاده می‌کردند.

جلسه ششم و هفتم گروهی: توصیف مفهوم‌بندی چرخه‌ای که زوج‌ها گرفتار آن شده اند و چگونگی تبدیل آن به درد ثانویه.

جلسه هشتم گروهی: کار آمدی و ایجاد ناامیدی سازنده.

جلسه نهم گروهی: روشن‌سازی ارزش‌ها.

جلسه دهم گروهی: شناسایی اعمال همسو با ارزش‌ها.

جلسه یازدهم گروهی: تمرین همجوشی‌زدایی به‌منظور کاستن از تأثیر افکار برخاسته از طرحواره بر روی رفتار.

جلسه دوازدهم گروهی: پرورش پذیرش و توجه آگاهی به‌منظور کار بر روی هیجان‌های برخاسته از طرحواره که مانع اعمال همسو با ارزش‌ها می‌شوند.

جلسه سیزدهم گروهی: تمرین فنون ارتباط موثر به‌منظور افزایش مهارت‌های حل تعارض.

جلسه چهاردهم گروهی: حل مسئله مبتنی بر ارزش‌ها بر روی زوج‌ها.

جلسه پانزدهم گروهی: دیدگاه‌گزینی انعطاف‌پذیر برای زوج‌ها.

جلسه شانزدهم گروهی: ادغام تمام فرایندها در جلسه درمانی.

پروتکل زوج درمانی یکپارچه‌نگر (IBCT) : این مداخله درمانی توسط کریستین و یاکوبسن تدوین شده، ریشه‌هایش در ملاحظات کلینیکی دقیق و تحقیقات تجربی درمان زوجین دچار آشفتگی وجود دارد. زمینه درمان مبتنی بر درمان رفتاری است که برای کمک به زوجین در رسیدن به رضایت و سازگاری بیشتر طراحی شده است. در این پژوهش، جلسات زوج درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر براساس راهنمای کتاب «پذیرش و تغییر در زوج درمانی اثر یاکوبسن و کریستنس (۱۹۹۶)، غالب ۱۶ جلسه اجرا شد (دیمیجیان، مارتال و کریستین، ۲۰۲۳).

جلسه اول: توضیح الگوی گروه درمانی تلفیقی زوج‌ها

جلسه دوم: آسیب‌شناسی انواع ساختارهای خانواده و یافتن راه‌های تغییر سیستم و تبدیل آن به وضع بهنجار.

جلسه سوم: آگاهی اعضای گروه از تجارب یکدیگر درباره تغییراتی که حاصل کرده‌اند.

جلسه چهارم: آشنایی اعضای گروه با مفهوم خود افتراقی.

1 Integrative behavior couple therapy (IBCT)

2 Christensen & Jacobson

3 Dimidjian, Martell & Christensen

جلسه پنجم: آگاهی از زخم‌های عاطفی دوران کودکی که بر زندگی زناشویی کنونی تأثیر می‌گذارند.

جلسه ششم: شناخت انواع پیام‌رسانی و اصلاح پیام‌های گنگ، مبهم و متعارض.

جلسه هفتم: شناخت و اصلاح مشاهدات غلط و نیازهای نادرست.

جلسه هشتم: شناخت باورهای غلط روابط زناشویی، ایجاد انگیزه برای اصلاح باورهای غلط.

جلسه نهم: یافتن یک معنی برای زندگی خانواده، پذیرش خوشایند مشکلات عادی زندگی به خاطر معنی زندگی.

جلسه دهم: شناخت مفهوم داشتن و بودن در زندگی.

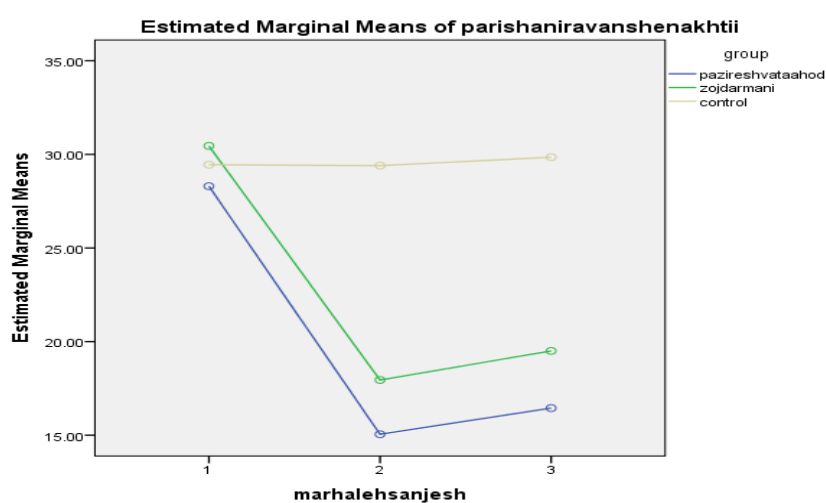
نتایج

در جدول (۱)، شاخص‌های توصیفی متغیرپیشانی روانشناختی ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار پیشانی روانشناختی در سه مرحله سنجش به تفکیک مرحله آزمون

تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه
۳۰	۳/۱۶۳۹۴	۲۸/۳۰۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۳۰	۲/۲۱۱۸۱	۳۰/۴۵۰۰	زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر
۳۰	۳/۳۴۷۸۲	۲۹/۴۵۰۰	کنترل
۹۰	۳/۰۳۲۰۳	۲۹/۴۰۰۰	کل
۳۰	۱/۴۶۸۰۸	۱۵/۰۵۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۳۰	۱/۶۳۷۵۵	۱۷/۹۵۰۰	زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر
۳۰	۳/۰۳۳۱۵	۲۹/۴۰۰۰	کنترل
۹۰	۶/۵۹۹۴۴	۲۰/۸۰۰۰	کل
۳۰	۱/۴۳۱۷۸	۱۶/۴۵۰۰	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۳۰	۲/۳۲۸۳۲	۱۹/۵۰۰۰	زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر
۳۰	۲/۷۵۸۲۴	۲۹/۸۵۰۰	کنترل
۹۰	۶/۱۸۸۷۵	۲۱/۹۳۳۳	کل

نتایج جدول (۱) یک حاکی از آنست که نمرات پس‌آزمون پریشانی روانشناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی یکپارچه‌نگر کاهش قابل توجهی داشته است. به‌منظور توصیف بهتر تغییرات در نمرات میانگین پریشانی روانشناختی از شکل (۱) استفاده شده است.



شکل (۱) روند تغییرات در نمرات پریشانی روانشناختی به تفکیک گروه آزمودنی

جهت تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شده که در ابتدا پیش‌فرض‌های این روش مورد بررسی قرار گرفت جهت بررسی نرمال بودن نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول (۲) آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن نمرات پیش آزمون و پس آزمون پریشانی روانشناختی

شاپیرو-ویلک		گروه	
درجه آزادی سطح معنی‌داری	مقدار		
۰/۹۰۹	۳۰	۰/۹۷۸	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۴۲۵	۳۰	۰/۹۵۴	کنترل
۰/۱۷۴	۳۰	۰/۹۳۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۰/۹۶۰	۳۰	۰/۹۸۲	کنترل

مندرجات جدول (۲) نشان می‌دهد که هیچ‌کدام یک از این آزمون‌های نیکویی برازش معنی‌دار نیستند و نشان می‌دهد هیچ‌کدام این نمرات از منحنی نرمال اختلاف زیادی ندارند. بنابراین مفروضه اول آزمون تحلیل کواریانس مورد خدشه قرار نمی‌گیرد.

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول (۳) آزمون لون به منظور بررسی فرض همگنی واریانس‌ها

متغیر وابسته	اندازه F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معنی‌داری
پس آزمون پریشانی روانشناختی	۰/۳۷۸	۱	۵۸	۰/۵۴۲

همانطور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود، مقدار F مربوط به آزمون لوین معنی‌دار نیست. این عدم معنی‌داری آزمون لوین نشانگر این است که واریانس خطا بین گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت خاصی باهمدیگر ندارند. بنابراین دومین مفروضه مهم آزمون تحلیل کواریانس برقرار است.

برای تحلیل نتایج حاصل از پژوهش با توجه به اینکه اندازه‌گیری متغیر تعارضات زناشویی در دو سطح پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام گرفته بود از تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول (۴) آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای مقایسه نمرات پس‌آزمون کاهش پریشانی روانشناختی در بین دو گروه آزمایشی

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون کیفیت	۱۷/۳۸۰	۱	۱۷/۳۸۰	۸/۶۲۹	۰/۰۰۶	۰/۱۸۹
گروه (متغیر مستقل)	۴۸/۱۷۸	۱	۴۸/۱۷۸	۲۳/۹۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۳
خطا	۷۴/۵۲۰	۵۷	۲/۰۱۴			

نتایج جدول (۴) نشان می‌دهد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد از این رو، برای بررسی اینکه کدام یک از متغیرهای مستقل اثربخشی قدرتمندتری در کاهش نمرات پریشانی روانشناختی داشته است، از آزمون تعقیبی بن فرنی استفاده شد (جدول ۵).

جدول (۵) آزمون تعقیبی بن فرنی برای مقایسه زوجی میانگین پریشانی روان شناختی در های مورد مطالعه

(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای انحراف معیار	سطح معنی‌داری
پذیرش و تعهد	زوج درمانی	-۲/۳۶۷*	۰/۴۸۴	۰/۰۰۰۱

* $P < ۰/۰۵$

با توجه به نتایج گزارش شده در جدول (۵) مشخص است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است که نمرات پریشانی روانشناختی را به‌طور معنی‌داری نسبت به زوج درمانی یکپارچه‌نگر کاهش دهد. اختلاف میانگین تعارضات زناشویی در بین نمرات پس‌آزمون دو گروه حاکی از این است که این اختلاف میانگین در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بن فرنی نشان داد که بین گروه‌ها بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون اختلاف معنی‌داری وجود دارد و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج درمانی یکپارچه‌نگر موجب کاهش معنی‌دار نمرات پریشانی روانشناختی شده است.

یافته‌های این پژوهش با نتایج یافته‌های پژوهش‌های انجام شده توسط امان‌الهی، حیدریان‌فر، خجسته‌مهر، ایمانی (۱۳۹۳)، شیدایی‌ا قدم و همکاران (۲۰۱۵)؛ فورمن و هربرت

(۲۰۱۵)؛ هامیل، پیکت، آمسباوف و آهو (۲۰۱۵)؛ رهنما، سجادیان ورتوفی (۱۳۹۶)؛ همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی که در این پژوهش با زوج‌درمانی طرحواره محور تلفیق شده است، راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر اجتناب را که درون مایه‌ها را به آسانی به روابطی از هم گسیخته تبدیل می‌کند تغییر داده و به شکل موثری الگوها و سبک‌های بین فردی ناسازگار که منجر به پریشانی روانشناختی می‌شد را در زوج درمانی شناسایی کرده و به آنها می‌پردازد واز آنجا که طرحواره‌ها زیر بنای اکثر تعارضات زوج‌ها هستند، بسیار مهم بود که در جلسات ابتدایی درمان به شناسایی طرحواره‌های غالب در هر یک از همسران بپردازیم و به زوج‌ها کمک کنیم عوامل فعال‌کننده طرحواره‌ها را تشخیص دهند و فهرستی از هیجان‌های شایع همراه با طرحواره‌ها را معرفی کنیم. به باور جفری یانگ طرحواره‌ها باورهای بنیادی و داستان‌هایی هستند که درباره خودمان و رابطه‌هایمان ساخته‌ایم. طرحواره‌ها می‌توانند بر رفتارهای بین فردی تأثیر بگذارند و در روابط فعلی فرد تداخل ایجاد کنند. هنگامی که در رابطه عاطفی طرحواره‌ها برانگیخته می‌شوند اغلب از رفتارهای مقابله‌ای معینی که در کودکی یاد گرفته شده‌اند استفاده می‌شود تا درد مر بوط به طرحواره‌ها کنترل یا متوقف شوند و این رفتارهای مقابله‌ای از راه پیشگویی خودکامبخش به تقویت و ماندگاری طرحواره‌ها منتهی می‌شوند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی به زوجین کمک می‌کند که چگونه از درد کشیدن که به مثابه یک فضیلت انسانی است یاد کند و آن را از زجر کشیدن تفکیک نماید (لو و مک کی، ۱۳۹۶).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق‌یافته زوجی به زوجین کمک می‌کند تا افراد تجربه‌های درونی خود را به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آنها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است بپردازند، این درمان از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند که می‌تواند با کاهش نشخوار فکری، افزایش انعطاف‌پذیری در نحوه پاسخ‌دهی به مشکلات و کاهش اجتناب شناختی در کاهش پریشانی روانشناختی موثر باشد. پریشانی روانشناختی

شامل علائم و مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات روابط اجتماعی و خواب است، این درمان با پذیرشی که برای فرد به بار می آورد می تواند چالش های ذهنی فرد برای پاسخگویی به سوالاتی مانند چرا من؟ را از بین می برد و فرد مدام در حال جستجو برای دلایل مشکل خود نمی شود و فرد بدون تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این سوالات و هیجانات، آنها را می پذیرد و به آرامشی دست می یابد که قبلاً نداشته است. این عامل می تواند به صورت مستقیم منجر به کاهش پریشانی روانشناختی گردد. از طرف دیگر، می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد انطباق یافته زوجی توانسته است با آموزش تکنیک ها و راهبردهای به این بیماران آموزش دهد که با رنج های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش های زندگی شان را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند، هیجان های منفی خویش را جزئی از مراحل انسان بودن خویش بدانند و نحوه برخورد با این هیجان ها را یاد بگیرند. علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل های گذشته، گسلش شناختی و تأکید بر عمل متعهدانه است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۷).

ترغیب کردن بیماران به روشن کردن ارزش ها، تعیین اهداف، پیش بینی موانع و نهایتاً، تعهد به اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش ها، علی رغم وجود بیماری باعث می شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن که بر ارتقا و بهبود کیفیت زندگی بیمار می افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد. به عبارت دیگر، می توان گفت درمان پذیرش و تعهد در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی از طریق ایجاد و بهبود پذیرش و افزایش عمل به ارزش ها در مراجعان تغییرات درمانی را ایجاد می کند. این درمان به زوجین کمک می کند تا توانایی خود را برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه که در آن لحظه برای آنها امکان پذیر است را افزایش دهند. زوجین یاد می گیرند که رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند. در واقع در این نوع درمان به زوجین آموزش داده می شود که چگونه

فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کرده، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. همچنین در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساسات خود را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ذهن‌آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (بایدر و همکاران، ۲۰۰۳).

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زوج درمانی یکپارچه‌نگر تأثیر معنی‌داری بر پریشانی روانشناختی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر به زوجین یاد می‌دهد تا از طریق افزایش احساس امنیت و حمایت، در دسترس بودن، روش‌های افزایش صمیمیت و ارتباط، آموزش مهارت‌های ارتباطی صحیح و ایجاد رابطه جنسی مطلوب رفتار خود را تصحیح کنند. زوج درمانی رفتاری - ارتباطی سعی دارد تا از طریق بازسازی روابط زوجین، امنیت و رفتارهای امن در آنها را افزایش و تعارض‌های موجود زناشویی، میل به ترک رابطه و طلاق را کاهش دهد و موجب ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی آنها گردد. با توجه به تأکید زوج درمانی یکپارچه‌نگر بر تصحیح و غنی‌سازی روابط بین زوجها و چگونگی بیان نیازها و برآوردن نیازها و میزان بیان بهره‌مندی جنسی زوجین از همدیگر و تأثیر آن بر خود ارزشمندی هر یک از زوجها، از طرفی مراقبت کردن زن و شوهر از همدیگر شده، که در مجموع می‌تواند بر صمیمیت و رضایت زناشویی زوجین تأثیر بسزایی داشته باشد. افزون بر این، در زوجین دارای مشکلات عاطفی که اغلب دارای خطاهای شناختی، باورهای غیرمنطقی و مخرب در زندگی زناشویی هستند، زوج درمانی یکپارچه‌نگر موجب شده که آگاهی زوجین نسبت به اسناد و باورهای غیرمنطقی بالا رود. اصلاح باورها، انتظارات نامعقول و اسنادهای غلط زوجین از رفتار یکدیگر باعث کاهش دلخوری‌های بی‌مورد و افزایش شناخت جنبه‌های مثبت رفتار یکدیگر شده است، که در نهایت به کاهش آشفتگی زناشویی زوجین انجامید (پیرفلک، سودانی و شفیع‌آبادی، ۱۳۹۳). بنابراین در این پژوهش زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر سبب کاهش آشفتگی زناشویی زوجین

گردیده است. همانطور که در بخش یافته‌ها مشاهده شد به کارگیری فنون زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی موجب کاهش آشفتگی زوجین گردیده است.

از این رو، منطق احتمالی اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه نگر بر کاهش دلزدگی جسمی زوجین عبارت است از: اینکه کیفیت رابطه‌ی زناشویی هر کسی، نتیجه‌ی باورها، اندیشه‌ها، رفتار و کردار خویش بوده و به تصمیمات و عملکرد گذشته اش مربوط می‌شود. عدم وجود روابط شاد و مثبت و مساعد بین زوجین موجب بروز آشفتگی روانشناختی می‌شود (عباسی و همکاران، ۱۳۹۴). زوج‌درمانی رفتاری-تلفیقی به زوجین کمک می‌کند امید و نشاط بیشتری در روابطشان جاری شود و با اراده بیشتری شروع به بازسازی روابط گذشته خود با همسرشان کنند و همین امر موجب کاهش آشفتگی روانشناختی در آنان می‌شود (مایرال، ۲۰۱۵).

از محدودیت‌های اصلی این پژوهش می‌توان به عدم کنترل رخدادهای همزمان با تحقیق و نقش متغیرهای مزاحم در پژوهش اشاره داشت. همچنین با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر به‌طور متناوب برای زوجین دارای همسر مبتلا به سرطان برگزار گردد. مطابق با نتایج تحقیق فعلی می‌توان این توصیه را ارائه کرد که زوج‌درمانی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان یک درمان انتخابی برای حل مشکلات فردی و ارتباطی زوجین بکار برده شود.

منابع

- ابراهیمی امراله، نجفی محمدرضا، مهرابی علی. صادقی زهره (۱۳۸۷) رابطه تعارضات زناشویی و برخی عوامل جمعیت‌شناختی باشانس ابتلا به سردردهای میگرنی. *مجله دانشکده پزشکی*، شماره ۸۹: ۱۱۸-۱۱۲.
- طالقانی، فریبا؛ پارسا یتا، زهره؛ نیکبخت نصرآبادی، علیرضا (۱۳۸۵). مقابله با سرطان پستان در زنان تازه تشخیص: یک بررسی کیفی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. دوره ۱۲، شماره ۳. صفحات ۲۸۸-۲۸۲.
- وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، (۱۳۹۵). سرطان سینه قابل درمان و قابل پیشگیری است و اساس کار هم تشخیص سریع این بیماری است.
- رهنما، مارال؛ سجادیان، اینلناز؛ رئوفی، امیر (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پریشانی روانشناختی و متابعت درمانی بیماران کرونر قلبی. *نشریه روان پرستاری*. ۴(۴): ۳۴-۴۲.
- مردانی حموله، مرجان؛ شهرکی واحد، عزیز (۱۳۸۸). رابطه جو سازمانی با ویژگی‌های شخصیتی کارکنان بیمارستان فاطمه‌الزهرا (س) نجف‌آباد. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۲(۴): ۵۵-۶۲.
- وزیری، شهرام، لطفی کاشانی، فرح (۱۳۹۱). سبک‌های هویت و پریشانی روانشناختی. *اندیشه و رفتار*. ۷(۱): ۷۷-۸۸.
- امان‌الهی، عباس؛ حیدریان‌فر، نرگس؛ خجسته‌مهر، رضا؛ ایمانی، مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوجها. ۴(۱): ۱۱۹-۱۰۳.
- بارلو، دیوید (۲۰۰۸). *آسیب‌شناسی روانی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. ۱۳۹۶. انتشارات رسا.
- پیرفلک، مهرداد؛ سودانی، منصور؛ شفیق‌آبادی، عبدالله (۱۳۹۳). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری (GCBCT) بر کاهش دلزدگی زناشویی. *مشاوره و روان درمانی خانواده*. ۴(۲): ۲۴۲-۲۶۹.
- لو، اویگیل، مک کی، متیو (۱۳۹۶). درمان مبتنی بر پذیرش و پایبندی برای زوج‌ها. ترجمه مرتضی کشمیری و پیوند جلالی. انتشارات ارجمند.
- Baider, L., Ever-Hadani, P., Goldzweig, G., Wygoda, M. R., & Peretz, T. (2003). Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 453-460.

- Baucom, D. H., Kirby, J. S., Pukay-Martin, N. D., Porter, L. S., Fredman, S. J., Gremore, T. M., ... Atkins, D. (2012). Men's psychological functioning in the context of women's breast cancer. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 317-329.
- Bach, P, Hayes, SC. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*.70:1129-39.
- Boehmke, MM, Dickerson, SS. (2006). The diagnosis of breast cancer. Transition from health to illness. *Oncol Nurs Forum*, 2006; 33: 1121-7.
- Block, J. (2002). Acceptance and change of private experiences: A comparative analysis in college students with public speaking anxiety. University of Albany, State University of New York, Albany.
- Coates AS, Hurny C, Peterson HF, Bernhard J, Castiglione-Gertsch M, Gelberg D, Goldhirsch A (2000) Quality of life scores predict outcome in metastatic but not early breast cancer. International Breast Cancer Study Group. *J Clin Oncol*. 18: 3768-3774.
- Christensen, A., Wheeler, J.G., & Jacobson, N. S. (2008). Couple distress. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, 4th edition (pp.662-689). New York: Guilford. The current chapter was translated into Italian and published in F. Bulli and G. Melli (Eds.), *Mindfulness and Acceptance in Psicoterapia*. Florence: Eclipsi.
- Dalton, WT, Nelson, DV, Brobst JB, Lindsay JE, Friedman LC (2007) Psychosocial variables associated with husbands' adjustment three months following wives' diagnosis of breast cancer. *J Cancer Educ* 22: 245-249.
- Day, M.A., Halpin, J., & Thorn, B.E. (2015). An empirical examination of the role of common factors of therapy during a mindfulness-based cognitive therapy intervention for headache pain. *The Clinical Journal of Pain*. Advance online publication.
- Dizon, D.S. (2009). Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. *The Breast Journal*, 15, 500-504.
- Dahl, J., Wilson, K.G. and Nilsson, A. (2004) Acceptance and Commitment Therapy and the Treatment of Persons at Risk for Long-Term Disability Resulting from Stress and Pain Symptoms: A Preliminary Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-801.

-
- DeGenova, M.K., Patton, D.M., Jurich, J.A., & MacDermid, S.M. (1994). Ways of coping among HIV-infected individuals. *Journal of Social Psychology*, 134, 655-663.
- Dow, K.H., Ferrell, B., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1996). An evaluation of the quality of life among long-term survivors of breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 39, 261-273.
- Eifert, H.G., Forsyth, P.J. (2005). *Acceptance & Commitment Therapy for anxiety disorders*. Oakland: harbinger.
- Eifert, G.H., Forsyth, J.P., Arch, J.J., Keller, M., Langer, D., & Espejo, N. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: case studies using a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368-385.
- Fraser SCA, RamirezAJ, Ebbes SR, Fallowfield LJ, Dobbs HJ, Richards MA, Bates T, Baum M (1993) A daily diary for quality of life measurement in advanced breast cancer trials. *Br J Cancer* 67:341-346.
- Forman EM & Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in wo'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, Wiley; 2008:263-265.
- Goodwin JS, Zhang DD, Ostir GV (2004). Effect of depression on diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *J Am Geriatr Soc* 52:106-111.
- Gaudio, B.A., & Herbert, J.D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415-437.
- Gifford, E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Antonuccio, D.O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., et al. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-706.
- Hamill TS, Pickett SM, Amsbaugh HM, Aho KM. (2015). Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*. 72:24-9.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.

- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K.G. (2004). What is acceptance and commitment therapy? In S.C. Hayes & K.D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 1-30). New York: Springer.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., et al. (2004). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35(4), 667-688.
- International Agency for Research on Cancer, GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, 2014, http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx.
- Kayser, K., Fledman, B.N., Borselmann, N., & Daniels, A. (2010). The effects of a randomized couple-based intervention on the quality of life of breast cancer patients and their partners. *Journal of Social Work*, 34, 20-32.
- Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, D., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-956.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865-878.
- Kornblith, A.B., Herndon, J.E., II, Weiss, R.B., et al. (2003). Longterm adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98, 679-689.
- Lazarus, R. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine* 55:234-247.
- Manne, S., Ostroff, J., Winkel, G., Goldstein, L, Fox K., & Grana, G.. (2004) Posttraumatic growth after breast cancer: patient, partner, and couple perspectives. *Psychosom Med* 66:442-454.
- Moser, AE., Annis, HM. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics. 91(8). 1101-13.
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12, 160-174.

-
- Paez, M., Luciano, MC., Gutiérrez, O. (2007). [Psychological treatment for breast cancer. Comparison between acceptance based and cognitive control based strategies]. spanish. *Psicooncología*, 4:75-95.
- Robinson, P., Wicksell, RK., Olsson, GL. (2004). ACT with chronic pain patients. In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer. p. 315-45.
- Sbitti, Y., Kadiri, H., Essaidi, I., Fadoukhair, Z., Kharmoun, S., Slimani, K., ... Errihani, H. (2011). Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BioMed Central Women's Health*, 11, 1-5.
- Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, Kruker SF (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol* 57:501-519.
- Stiell, K., Naaman, S., & Lee, A. (2007). Couples and chronic illness: An attachment perspective and emotionally focused therapy interventions. *Journal of Systemic Therapies*, 26, 59-74.
- Sbitti, Y., Kadiri, H., Essaidi, I., Fadoukhair, Z., Kharmoun, S., Slimani, K., ... Errihani, H. (2011). Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BioMed Central Women's Health*, 11, 1-5.
- Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, Kruker SF (2001). Quality of life and breast cancer: relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol* 57:501-519.
- Stiell, K., Naaman, S., & Lee, A. (2007). Couples and chronic illness: An attachment perspective and emotionally focused therapy interventions. *Journal of Systemic Therapies*, 26, 59-74.
- Ussher, J.M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 327-337.
- Vargen, OM, Bertero, CM. (2007). Living with breast CANCER. *Cancer Nursing*. 30; 417-78.
- WaiMing, VM. (2002). Psychological predictors of marital satisfaction in breast cancer patients. *Psychol Health Med* 7:37-51.
- Weih, K.I., Enright, T.M., & Simmens, S.J. (2008). Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer: Preliminary evidence. *Psychosomatic Medicine*, 70, 117-124.
- Zettle, R.D., & Hayes, S. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
-