Transdiagnostic preliminary treatment component-based package developed by meta cognitive therapy and acceptance & commitment therapy and the effectiveness of the meta-worry in breast cancer patients

Anis Khosh Lahjeh Sedgh [1], Mohammad Ebrahim Madahi[2*], Hasan Ahadi[3], Hamid Reza Mirzaee[4]

[1]PHD student in health psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
[2]Associate Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author).
[3]Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
[4]Associate Professor, Center for Cancer Research, Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Article History

Received: 2022/0611
Revised: 2022/08/23
Accepted: 2022/08/27
Available online: 2022/08/27

Article Type: Research Article

Keywords: Transdiagnostic preliminary treatment, meta cognitive therapy, acceptance & commitment therapy, meta-worry, breast cancer.

Corresponding Author*:
Mohammad Ebrahim Madahi received his Ph. D. in Psychology from University of Tehran. He is currently an Assistant Professor in Department of Psychology at Shahed University. His research interests are in health psychology. Correspondence concerning this article should be addressed to dr. Madahi, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran, Tehran
Postal code: 1314666144.

E-mail: memadahi@yahoo. com

ORCID: 0000-0003-3818-0169

ABSTRACT

The purpose of this research is to compile a transdiagnostic treatment package based on Commitment and Acceptance therapy and metacognitive therapy and to determine its effectiveness on transdiagnosis of breast cancer patients. The statistical population includes all female patients referred to the Cancer Research Center of Shohada Tajrish Hospital, wich is under the supervision of Beheshti University of Medical Sciences.These patients are diagnosed with breast cancer and are 20-40 years old. After screening, 80 of them were randomly divided into four experimental and control groups(three experimental groups and one control group).All four groups received drug treatment and were pre-tested by the desired tests(overworry).The first experimental group received Commitment and Acceptance individual therapy after 10 sessions.The second experimental group received Metacognitive individual therapy after 10 sessions ,and the third experimental group received Transdiagnostic individual therapy after 10 sessions based on the combination of two therapeutic approaches with components.these patients received what they needed, according to their disease.The control group without any other any other intervention was subjected to post-test after10 weeks.Also,all four groups were followed up after 3 months. In this study, descriptive and inferential statistics were used to analyze the data . To evaluate the effects of treatment package,the statical method of univariate analysis of covariance was used ,and to examine the effects of follow-up,the method of repeated measures analysis of variance was used. The results show that the transdiagnostic preliminary treatment package based on components of Acceptance and Commitment therapy and meta cognitive therapy has been able effective on the meta-worry in patients with breast cancer and the research hypothesis was confirmed at a significance level(0. 05).($p<0.05$)

Citation: Khosh Lahjeh Sedgh, A., Madahi, M E., Ahadi, H., Mirzaee4. H R. (1400/2022). Transdiagnostic preliminary treatment component-based package developed by meta cognitive therapy and acceptance & commitment therapy and the effectiveness of the meta-worry in breast cancer patients, 16 (1, 2). 53-66.

تدوین مقدماتی بسته درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش ودرمان فراشناختی و تعیین اثربخشی آن بر فرانگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان

انیس خوش لهجه صدق[۱]، محمد ابراهیم مداحی*[۲]، حسن احدی[۳]، حمیدرضا میرزایی[۴]

[۱]دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۲]دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه شاهد، پرند، ایران
[۳]استاد، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۴]دانشیار، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱
اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۰۱
پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵
انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۶/۰۵

نوع مقاله: مقاله پژوهشی

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، درمان تعهد و پذیرش، سرطان پستان، درمان فراتشخیصی

نویسنده‌ی مسئول*:
دکتر محمدابراهیم مداحی است که درجه دکتری خود را در رشته روانشناسی از دانشگاه تهران دریافت کرده است. در حال حاضر او استادیار دانشگاه شاهد است. علایق او فعالیت در زمینه روانشناسی سلامت است. برای مکاتبه با او با دانشگاه شاهد، تهران، ایران در تماس باشید.
کد پستی: ۱۳۱۴۶۶۶۱۴۴

پست الکترونیکی:
memadahi@yahoo. com

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تدوین بسته‌ی درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی و تعیین اثربخشی آن بر فرانگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان است. جامعه مشتمل بر تمام بیماران زن مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان شهدای تجریش است که زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. این بیماران با تشخیص سرطان پستان و دارای ۲۰-۴۰ سال هستند. پس از غربالگری ۸۰ نفر آنان به تصادف در چهار گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر چهار گروه درمان دارویی دریافت کردند و توسط آزمون‌های مورد نظر (فرانگرانی) مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایشی اول پس از ۱۰ جلسه درمان فردی تعهد و پذیرش، گروه ازمایشی دوم پس از ۱۰ جلسه درمان فردی فراشناختی و گروه سوم ازمایشی پس از ۱۰ جلسه درمان فردی فراتشخیصی مبتنی بر ترکیب دو رویکر درمانی با مؤلفه‌های مورد نیاز و متناسب با بیماری این بیماران را دریافت کردند و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه کاربندی دیگر پس از ۱۰ هفته مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. همچنین هر چهار گروه پس از ۳ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. جهت بررسی اثرات بسته درمانی از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغییره و جهت بررسی اثرات پیگیری از روش تحلیل واریانس مکرر سنجش استفاده شد. نتایج حاصل بیانگر آن بوده است که بسته ی درمان مقدماتی فراتشخیصی مبتنی بر مؤلفه‌های درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی توانسته است بر فرانگرانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثرگذار باشد و فرضیه‌ی پژوهش در سطح معناداری ۰. ۰۵ تایید شد ($p<0.05$).

مقدمه

سرطان مقوله‌ای پیچیده است و تغییرات جسمانی و روانی زیادی را در فرد ایجاد می‌کند. دانستن این تغییرات برای مقابله با آن‌ها اهمیت فراوانی دارد و برای بسیاری از این مسائل و مشکلات، راه‌کارهای درمانی و مقابله‌ای بسیاری طراحی شده است، هرچند که در مورد سازگاری افراد با سرطان هیچ معیار مشخصی وجود ندارد و هر فرد واکنش متفاوت و منحصر به فردی را به سرطان از خود نشان می‌دهد (یعقوبی جویباری، آزاده، ۱۳۹۲). در سراسر دنیا، سرطان پستان مهم‌ترین نوع سرطان در زنان است، و ۲۵٪ از تمام موارد سرطان را به خود اختصاص می‌دهد (آکادمی بین‌المللی تحقیقات بر روی سرطان، ۲۰۰۸). سرطان پستان[1]، یکی از شایع‌ترین علل مرگ در جمعیت زنان پس از سرطان ریه و اولین علت مرگ در زنان با میانگین سنی ۴۰ سال است و ۲۵ درصد سهم از سرطان‌ها را به خود اختصاص داده است (میرمالک، ۱۳۹۱) و سالانه به طور متوسط ۱۰ هزار مورد جدید ابتلا به سرطان پستان ثبت می‌شود (گزارش سالانه‌ی ثبت سرطان در ایران، ۱۳۸۹؛ اکبری و دیگران، ۱۳۸۹؛ لبونتاواتچای[2]، ۲۰۰۷). با توجه به مشکلات و آسیب‌های مطرح شده در خصوص بیماران مبتلا به سرطان پستان، همواره این سؤال در ذهن درمانگران و روان‌شناسان بالینی وجود دارد که با استفاده از کدام روش درمانی می‌توان علایم و آسیب‌های روانی را در این بیماران کاهش داد؟

سرطان پستان در تغییر سبک زندگی بیماران اثرگذار است و ابتلا به آن چالش‌های زیادی را در زندگی بیماران سبب می‌شود از جمله: تنظیم وقت ویزیت دکتر، طراحی برنامه‌های روزمره‌ی زندگی، مراقبت از فرزندان و اعضای خانواده، از دست دادن کار، احساس عدم کنترل در مورد ادامه حیات، خستگی، درد، تغییر ظاهر فیزیکی، روابط جنسی، (کاپلان[3]، پارتر[4]، ۲۰۰۶؛ خلیلی، ۱۳۹۰؛ لیبل[5] و دیگران، ۲۰۰۷)؛ رژیم غذایی و خواب نامناسب، روابط اجتماعی ضعیف و کاهش احساس خودکارامدی، کاهش عملکرد ایمنی بدن، کاهش کیفیت رابطه پزشک- بیمار، (فان[6] و دیگران، ۲۰۰۸). همان‌گونه که اشاره شد، آغاز این بیماری بسیار شایع، شروع یک دوره‌ی پرفشار برای زنان مبتلا را به همراه دارد که در صورت بی‌توجهی به وضعیت روانی آن‌ها ممکن است به از دست دادن احساس کنترل چه در مورد زندگی و چه در مورد بیماری، احساس درماندگی، افسردگی و ناامیدی، اضطراب و نگرانی و عدم رضایت از زندگی منجر شود و چه بسا این عوارض روان‌شناختی از طریق تأثیر منفی بر ادامه‌ی روند درمان و پیگیری‌های پس از آن، بقای این بیماران را تهدید کند (نیپ[7]، لوپز-رویگ[8] و پاستور[9]، ۲۰۰۷؛ هولاند[10] و دیگران، ۲۰۱۰؛ هارت[11] و دیگران، ۲۰۱۲؛ تراگر[12] و دیگران، ۲۰۱۲). در مورد بیماری‌های جسمانی مزمن از جمله سرطان پستان می‌توان گفت که ناامیدی و نگرانی مفرط می‌تواند یکی از بیماری‌های همبود با آن باشد. نگرانی و اضطراب بالا از جمله شایع‌ترین واکنش‌های روان‌شناختی در افراد پس از دریافت خبر ابتلا به بیماری سرطان پستان است (جاکوبسن[13]، ۲۰۱۱). در این بیماران اضطراب به پنج شکل اضطراب تشخیص، اضطراب مرتبط با درمان و پیامدهای ناشی از آن، اضطراب هویت و اضطراب هستی‌گرایانه و ترس از عود ممکن است رخ دهد. در زنان مبتلا به سرطان پستان، اضطراب درمان نشده می‌تواند به مشکلاتی در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی، تعامل اجتماعی ضعیف و کیفیت زندگی مختل شده منجر شود (تل[14] و دوگان[15]، ۲۰۱۱). بیمار مبتلا به سرطان از جمله سرطان پستان کمتر به اطراف خود می‌پردازد و تمام مدت با تشخوار فکری و باورهای منفی مرتبط با مرگ و نگرانی در خصوص تصویر بدنی و عملکرد جنسی درگیر است (کارور[16] و انتونی[17]، ۲۰۰۴؛ تیلور[18] و دیگران، ۱۹۸۴). ارزیابی افراد از خطرات احتمالی مرتبط با بیماری موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله با آن و منجر به بروز فرانگرانی می‌شود که بر ارزیابی منفی نگرانی و علایم مرتبط با آن دلالت می‌کند.

علائم اضطراب اغلب به عنوان نشانه‌ای از اثرات مضر و خطرناک نگرانی تعبیر می‌شوند و باعث تقویت باورهای منفی و افزایش فوری سطح اضطراب می‌شود. از طرف دیگر بسیاری از بیماران مبتلا به سرطان مدام به دنبال پاسخ به سؤالاتی هستند که منجر به تشدید آشفتگی هیجانی و بروز فرانگرانی در آن‌ها می‌شوند (سندرسن[19]، ۲۰۱۳).

فرا نگرانی[20]: شامل فاجعه‌سازی است و کنترل ذهنی آن دشوار است. فرانگرانی نوعی ساز و کار مقابله‌ای در نظر گرفته

---

[1] Breast cancer
[2] Lueboonthavatchai
[3] Kaplan
[4] Porter
[5] Lebel
[6] Fann
[7] Neipp
[8] Lopez-Roig
[9] Pastor
[10] Holland
[11] Hart
[12] Traeger
[13] Jacobsen
[14] Tel
[15] Dogan
[16] Carver
[17] Antoni
[18] Taylor
[19] sanderson
[20] Metaworry

می‌شود، ولی خود این فرایند می‌تواند کانون نگرانی باشد (ولز، ۱۹۹۵). نگرانی نوعی پردازش مفهومی کند است که شامل تفکر و تعمق درباره رویدادهای نسبتا جدید در آینده و راه‌های مقابله با آن است. به آسانی براساس بازخورد منابع درونی یا بیرونی دریافت یا تعدیل می‌شود نگرانی درباره‌ی نگرانی، فرانگرانی خوانده می‌شود که بر ارزیابی نگرانی و علائم مرتبط با آن دلالت می‌کند (محمدخانی، ۱۳۹۲: ۱۶۴).

همان‌گونه که اشاره شد بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان دچار علائم روانی مرتبط با بیماری جسمانی خود خواهند شد. زنان مبتلا به سرطان پستان با نگرانی در خصوص تصویر بدنی و روابط جنسی خود که گاهی حتی ناشی از روند درمان و حاصل جراحی ماستکتومی است علائم ناامیدی، نگرانی نشان داده از جمع فاصله می‌گیرند (کارور[1] و دیگران، ۲۰۰۴) که علاوه بر ایجاد احساس درماندگی روان‌شناختی، موجب نارضایتی از بدن، اختلال در روابط خانوادگی و اجتماعی می‌شود. همچنین پسندیده در پژوهشی بر زنان مبتلا به سرطان پستان، بیان کرد که زنان مبتلا به سرطان پستان از اضطراب بالاتر و حمایت اجتماعی پایین‌تری، نسبت به زنان سالم برخوردارند (پسندیده، ۱۳۹۱) از سوی دیگر، ترس از عود موجب اضطراب و تأثیر بر تصمیم‌گیری در خصوص گزینه‌های درمانی و پیروی از درمان می‌شود که خود باعث اختلال در عملکرد فرد است (تل[2] و دیگران، ۲۰۱۱).

از آن‌جا که طبق آمار آژانس بین‌المللی این بیماری شایع‌ترین سرطان در جمعیت زنان دنیا به‌شمار می‌رود و با توجه به آن که آمارهای مطرح شده در خصوص سرطان پستان از لحاظ بار بیماری‌ها و علت مرگ در میان زنان کشور و علی‌رغم وجود درمان‌های متعدد و حتی ابزارهای سنجش و پیشگیری از یک سو و بروز مسائل روان‌شناختی مطرح شده توأم با بیماری از سوی دیگر، آموزش برخی راه‌کارهای مناسب به این بیماران برای مقابله با تجربه‌ی بیمار و فائق آمدن بر ابعاد آسیب‌شناسانه‌ی ناشی از دوره‌های تشخیص، درمان و پیگیری، ضروری است. در این پژوهش تدوین بسته‌ی درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان فراشناختی و درمان تعهد و پذیرش و تعیین اثربخشی آن بر فرانگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان بررسی شد. از آن‌جا که افراد به صورت انتخابی به پردازش اطلاعات می‌پردازند، معمولاً این پردازش دچار سوگیری شده و به‌عنوان عاملی در گسترش یک ناتوانی مزمن و یا شرایط تهدیدکننده‌ی سلامت، مطرح می‌شود. یکی از چالش‌های افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند سرطان نشخوار فکری و درگیری شناختی در مورد علت بیماری، نگرانی درباره‌ی پیامدهای بیماری، سوگیری‌های توجهی و پایش خطرات و تهدیدات احتمالی، تهدید سلامت روانی با افزایش شدید نگرانی است (یعقوبی جویباری و آزاده، ۱۳۹۲؛ خلیلی، ۱۳۹۰).

با توجه به مطالب مطرح شده در خصوص کاهش علائم روانی و لزوم به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی می‌توان گفت که موج اول درمان‌های روانی، رفتار درمانی با هدف تغییرات آشکار و بیرونی و بسیار مستقیم رفتار شکل گرفت که در واقع اولین نسل رفتار درمانی به دلیل نادیده گرفتن شناخت به تغییر و بروز موج دوم که رفتار درمان‌شناختی بود، گرایید. رفتار درمانی موج دوم نیز پس از مدتی به علت پرداختن بیش از حد به محتوای تفکر سبب پیدایش درمان‌های موج سوم با هدف پذیرش و جستجوی راهبردهای انتخابی به جای تغییر رفتار و افکار پرداخت. از جمله‌ی درمان‌های موج سوم می‌توان به درمان فراشناختی[3] (MCT) و درمان تعهد و پذیرش[4] (ACT) اشاره کرد که تاکنون در خصوص تأثیر این درمان‌ها بر کاهش علائم روانی مرتبط با بیماری‌های جسمانی پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است (محمدخانی، ۱۳۹۲؛ ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). ولز[5] با طرح درمان فراشناختی معتقد است که اختلال روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) به دلیل سندرم شناختی- توجهی بر تجربه‌های هیجانی و دانش، تداوم می‌یابد، که از طریق تغییر الگوهای تفکر و توجه (نگرانی[6]، نشخوار فکری، تمرکز بر خطر[7]) و آگاهی از وقوع افکار و تجربه‌های ذهنی ضمن فاصله‌گیری از آن‌ها (جدا کردن احساس خود از فکر) و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه‌کردن و مقابله با رخدادهای درونی، می‌توان باعث تغییر باورهای فراشناختی و افزایش سلامت روان‌شناختی شد (حمیدپور، ۱۳۸۵). درحالی که هیز[8] در درمان تعهد و پذیرش معتقد است اختلالات روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) ناشی از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، از هم‌جوشی شناختی، دلبسته شدن به مفهوم ساخته شده از خود، اجتناب تجربی، قطع ارتباط با زمان حال، ارزش‌های نامشخص و عمل نکردن بر اساس ارزش‌های شخصی نشأت می‌گیرند که این موارد به صورت درونی با یکدیگر در ارتباط هستند (هیزو دیگران، ۱۹۹۹).

[1] Carver
[2] Tel
[3] Metacognitive Therapy
[4] Acceptance & Commitment Therapy
[5] Wells
[6] Worry
[7] Fouces on risk
[8] Hayes

از سویی پژوهش‌ها حاکی از آن است که در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن همچون سرطان بروز اضطراب[1]، نگرانی و فرانگرانی، (خلیلی، ۱۳۹۰) به دلیل نشخوار فکری و سندرم شناختی-توجهی (فاکتور مطرح شده در درمان فراشناختی) و اجتناب تجربه‌ای و عدم پذیرش شرایط موجود (فاکتور مطرح‌شده در درمان تعهد و پذیرش) می‌تواند در روند درمان جسمانی مسأله‌برانگیز و مشکل‌ساز باشد (یعقوبی جوییاری و آزاده، ۱۳۹۲). اگرچه این دو درمان هر دو از یک نسل هستند و در برخی موارد همچون گسلش از افکار و تجربه‌ی حال حاضر، پذیرش و پایبندی به تغییر بر اساس بازسازی مجدد ارزش و اهداف فرد، تأکید بر مخرب بودن اجتناب از تجربیات رنج‌آور در فرد بسیار با هم شباهت دارند، با این حال هر یک به جوانب، زمینه و ساختار متفاوتی را در طرح نظریه خود مطرح کرده و بدان می‌پردازند. هرچند که پژوهش‌های متعددی در زمینه‌ی اثرگذار بودن هر دو رویکرد درمانی (فراشناختی و تعهد و پذیرش) در بیماری‌های روانی توأم با بیماری جسمانی به چشم می‌خورد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱؛ محمدخانی، ۱۳۹۲). لازم به ذکر است که این درمان‌ها جهت کاهش علائم در اختلال‌های روانی چون افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر طراحی شده‌اند در حالی که در بیماران مبتلا به سرطان، افسردگی و اضطراب از عوارض جانبی بیماری جسمانی، است (یعقوبی جوییاری و آزاده، ۱۳۹۲). با این حال ولز[2] (۲۰۱۰) طی مطالعه‌ای نشان می‌دهد که درمان فراشناختی می‌تواند درمانی مؤثر و کوتاه باشد. همچنین هیز[3] (۲۰۰۸) مطرح کرد که درمان تعهد و پذیرش مداخله مؤثر و قابل قبول کمکی برای بیماران مبتلا به درد مزمن به شمار می‌آید.

باکوتایان[4] (۲۰۱۲) طی پژوهشی دریافت که کاهش عوارض روانی در بازماندگان سرطان و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را با توجه به استفاده مناسب‌تر از مراقبت پیگیری و دیگر خدمات بهداشتی و درمانی در این جمعیت بسیار بزرگ می‌توان مشاهده کرد. فلذا با نگاهی به هر دو رویکرد درمانی و در نظر گرفتن شباهت‌ها و تفاوت‌های اشاره شده این دو درمان اثرگذار بر کاهش اضطراب و نگرانی بوده و با توجه به چند بعدی بودن مسائل و مشکلات بیماران مبتلا به سرطان و با در نظر گرفتن عوامل روانی کلی ارائه راه‌کار چند بعدی جهت رهایی این بیماران از رنج و پیروی مؤثرتر جهت تبعیت درمانی لازم و ضروری به نظر می‌رسد. ولز و ماتیوس[5] معتقدند با وجود تنوع در نحوه‌ی فرمول‌بندی این اختلال اضطراب و افسردگی، می‌توان برای مشکلات متعدد بر اساس ساختاری عام درمانی فراتشخیصی[6] و متناسب با آن ناسازگاری را ارائه کرد (ولز و متیوز، ۱۹۹۶) تا به کمک آن بتوان به شکل مؤثرتری بر رفع اختلال روان‌شناختی (اضطراب و افسردگی) غلبه کرد. از مزیت‌های درمان فراتشخیصی ساده کردن درمان، افزایش دسترسی‌پذیری و پوشاندن نقطه ضعف‌های درمان عام است. از آن‌جا که به نظر می‌رسد هر یک از رویکردها جهت انتخاب درمان و کاربندی مناسب بر کاهش رنج روانی روی جوانب خاصی تمرکز کرده‌اند و بخشی را قابل توجه می‌دانند.

در این پژوهش با توجه به درمان‌های روان‌شناختی در سه نسل مختلف، پژوهشگر قصد دارد بسته‌ی درمانی مبتنی بر درمان‌های ذکر شده به شکل تلفیقی را جهت کاهش فرانگرانی در بیماران مبتلا به سرطان به طور خاص (سرطان پستان) به کار گیرد. با توجه به این که بیماران مبتلا به سرطان با مسائل خاص خود درگیرند هرچند که این درمان‌ها می‌تواند اثرگذار باشد، لکن به نظرمی‌رسد طولانی مدت و با عدم تمرکز بر مشکلات این بیماران همراه باشد. با توجه به پژوهش‌های مطرح شده در خصوص بروز عوامل روان‌شناختی همچون نگرانی و اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان پستان در خارج و داخل کشور (لبونتاواتچای، ۲۰۰۷؛ کاپلان و پارتر، ۲۰۰۶؛ اسپیرا و رید، ۲۰۰۴؛ سندرسن، ۲۰۱۳؛ تیلور و دیگران، ۱۹۸۴؛ ؛ ری، ۲۰۰۴؛ شولز و دیگران، ۲۰۰۱؛ لوی و دیگران، ۲۰۰۲؛ ویلیامز و دیگران، ۲۰۰۰؛ مارتین و دیگران، ۲۰۰۷؛ کینه و دیگران، ۲۰۰۷؛ کاس و دیگران، ۲۰۰۷؛ یعقوبی جوییاری و آزاده، ۱۳۹۲؛ خلیلی، ۱۳۹۰) به علت آن‌که نه در داخل و نه در خارج از کشور رویکرد تلفیقی و فراتشخیصی درمان روان‌شناختی بر روی این بیماران صورت نگرفته است، تحقیق حاضر می‌تواند با کمک نکات مشترک دو رویکرد درمانی روان‌شناختی (ACT و MCT) راه را برای سایر متخصصین هموار و نماید. به عبارت دیگر نتایج این پژوهش می‌تواند از یک‌سو پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی شده و از سوی دیگر در امر درمان افراد مبتلا به سرطان پستان در کاهش علایم روان‌شناختی آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. لذا پژوهشگر درصدد پاسخ به این سؤال بود که آیا به‌کارگیری درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان فراشناختی و درمان تعهد و پذیرش بر فرانگرانی بیماران مبتلا به سرطان پستان اثرگذار است؟

روش

طرح آزمایشی

روش این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش پس از انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری تصادفی، جهت جمع‌آوری اطلاعات پژوهش، برای شرکت

[1] Ansity
[2] Wells
[3] Hayes
[4] Baqutayan
[5] Matthews
[6] transdiagnostic

کنندگان ابتدا هدف و روند پژوهش توضیح داده شد و در صورت موافقت، از آنان رضایت‌نامه‌ی کتبی اخذ شده و با توجه به تعریف عملیاتی برای هرگروه در پژوهش پرسشنامه فرانگرانی اجرا شد. مدت زمان اجرای پرسشنامه‌ها در مجموع ده دقیقه در نظر گرفته شد. به افراد هر چهار گروه جهت رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاقی درمان دارویی داده شد، سپس هر چهار گروه توسط پرسشنامه‌ی مورد نظر مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایشی ۱ پس از پایان جلسات درمانی (۱۰جلسه درمان فردی ۴۵ دقیقه‌ای درمان "فراشناختی" طی ۱۰ هفته، ۳ ماه هر هفته یک جلسه) مجدداً مورد پس‌آزمون قرار گرفت. گروه آزمایشی۲ پس از پایان جلسات درمانی (۱۰جلسه درمان فردی ۴۵ دقیقه‌ای درمان "تعهد و پذیرش" طی ۱۰ هفته، ۳ ماه هر هفته یک جلسه) مجدداً مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایشی۳ پس از پایان جلسات درمانی (۱۰جلسه درمان فردی ۴۵ دقیقه‌ای درمان "فراتشخیصی مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش و رویکرد فراشناخت"طی ۱۰ هفته، ۳ ماه هر هفته یک جلسه) مجددا مورد پس آزمون قرار گرفت. گروه کنترل نیز با فاصله ۱۰ هفته (۳ ماه) بدون آن‌که کاربندی خاص بدان‌ها ارائه شود و فقط تحت درمان دارویی قرار گرفته بودند، طی تماس تلفنی از آن‌ها دعوت و مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. همچنین به منظور بررسی ماندگاری و تداوم اثرگذاری درمان پس از ۳ ماه گروه‌های آزمایشی مجدد مورد پیگیری و فالوآپ قرار گرفتند.

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری این پژوهش متشکل از تمام زنان مبتلا به سرطان پستان بود که در دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۰ سال با تحصیلات حداقل دیپلم قرار داشتند و در سال ۲۰۱۵ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کرده بودند. به منظور برآورد حجم نمونه طبق جدول کوهن با سطح معناداری ۰/۰۵ و حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۴ در هر گروه ۱۵ نفر انتخاب می‌شود (حجازی و دیگران، ۱۳۹۳). با توجه به تغییرات متنوع در ویژگی‌های مورد ارزیابی لزوم همگن‌سازی و غربالگری در سطحی از متغیرها در راستای کاهش واریانس منطقی به نظر می‌رسید. لذا ابتدا از طریق غربالگری توسط پرسشنامه فرانگرانی مورد سنجش قرار گرفتند. از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز فوق افرادی که مبتلا به سرطان پستان بودند و جراحی یک سینه داشتند و تحت درمان دارویی، شیمی درمانی بودند از طریق غربالگری افرادی از جامعه‌ی آماری که در فرانگرانی یک و نیم انحراف معیار بالاتر از میانگین بودند، به‌عنوان نمونه‌ی غربال‌شده انتخاب شدند. از میان۱۵۰نفر غربال شده در مؤلفه‌ی ذکر شده به تصادف ۸۰ نفر انتخاب و در چهار گروه (کنترل و آزمایش) ۲۰ نفره جایگزین شدند. گروه نمونه از جنسیت (زن)، تأهل (متأهل)، وضعیت اقتصادی (متوسط: مراجعه به مرکز دولتی و استفاده از خدمات بیمه)، تحصیلات (دیپلم به بالا: گروه ازمایشی ۱۵نفر لیسانس، گروه کنترل ۱۴ نفر لیسانس)، سن (۲۰-۴۰ سال، P>۰/۰۵، T=۱/۳۲۰ تفاوت معناداری نداشتند) معادل شدند. فرم رضایت آگاهانه‌ی شرکت در پژوهش توسط داوطلبان شرکت در پژوهش تکمیل شد. همچنین جهت جمع‌آوری اطلاعات فردی و جمعیت شناختی آن‌ها فرم محقق‌ساخته‌ی دیگری در اختیار آن‌ها جهت تکمیل قرار گرفت. به منظور تدوین بسته‌ی درمانی مقدماتی فراتشخیصی از پروتکل‌های درمانی مرتبط با اختلالات اضطرابی در رویکردهای درمانی فراشناختی، تعهد و پذیرش کمک گرفته شد و محتوای جلسات متناسب با مؤلفه‌های اصلی و اثرگذار مرتبط با گروه خاص مورد درمان (بیماران مبتلا به سرطان پستان) تنظیم شد.

در جلسات ابتدایی با توجه به شباهت هر دو بسته به برقراری ارتباط و فرمول‌بندی مشکل بیمار (ولز، ۱۹۹۴) و ایجاد قرارداد درمانی و توصیف برنامه‌ی تغییر (هیز، ۱۹۹۹) پرداخته شد. سپس از تکنیک‌های فراشناختی که در این بیماران بیشتر در حیطه آسیب‌پذیری و باور مثبت و باور منفی به نگرانی پیش‌بینی شده بود، جهت ایجاد ذهن آگاهی گسلیده و گسلش شناختی استفاده شد و در ادامه تکنیک‌های مرتبط با در زمان حال بودن و پذیرش با توجه به علائم خاص این بیماری و بر اساس مشکلات بیمار ارائه شد. از آن‌جا که در هر دو رویکرد بر لزوم گشودگی به تغییر رفتار و برطرف کردن موانع احتمالی (درمان تعهد و پذیرش) و بررسی مجدد طرح کلی درمان و ارزیابی آن همراه بیمار (درمان فراشناختی) تأکید شده بود (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳؛ محمدخانی، ۱۳۸۹)، دو جلسه‌ی آخر جهت جلوگیری از عود و تثبیت درمان اداره شد. لازم به ذکر است که هر جلسه با مروری بر طی روند تغییرات مرتبط با جلسه‌ی قبلی، مشکلات و موانع احتمالی رفع و در پایان جلسات نیز تکالیف جدیدی بر اساس محتوای همان جلسه به فرد ارائه شد. همچنین بنا به لزوم از کاربرگ‌های مرتبط با درمان در طی جلسات درمان استفاده شد.

ملاک‌های عدم شمول: مراجعینی که شامل ملاک شمول نشدند و افرادی که به دلایل مختلف همچون بستری در بیمارستان و یا دریافت روان‌درمانی به شیوه‌ی دیگر واجد شرایط شرکت در این پژوهش نبودند و همچنین امکان شرکت در این جلسات را نداشتند، یا از نظر آماری در سطح بسیار پایین یا بسیار بالا از متغیرهای وابسته قرار داشتند، کنار گذاشته شدند.

ابزارهای سنجش

فرم رضایت‌نامه و خصوصیات فردی: به منظور جمع‌آوری مشخصات فردی و اطلاعات جمعیت شناختی همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و جلب همکاری و ایجاد اطمینان از بابت محرمانه ماندن اطلاعات به داوطلبان شرکت در پژوهش ارائه شد.

پرسشنامه‌ی فرانگرانی (MWQ): به منظور ارزیابی نگرانی شرکت‌کنندگان قبل و پس از درمان. در پرسش‌نامه‌ی افکار اضطرابی (AnTI)، آیتم‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری و خطر نگرانی در خرده مقیاس فرانگرانی ترکیب شده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه‌ی افکار اضطرابی از ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ بوده است و همبستگی آزمون- آزمون مجدد آن در یک فاصله‌ی زمانی ۶ هفته‌ای، برای نگرانی اجتماعی۰/۷۶، نگرانی درباره سلامت ۰/۸۴ و فرانگرانی۰/۷۷ بود (ولز و پاپاجورجیو، ۱۹۹۸). این خرده مقیاس‌ها بیشتر فراوانی فرانگرانی را ارزیابی می‌کنند تا میزان باور به فرانگرانی را. پرسشنامه فرانگرانی که جهت ارزیابی جنبه‌ی خطر فرانگرانی و فراوانی میزان باور به فرانگرانی توسط ولز (۲۰۰۵، الف) طراحی شده است، یک پرسشنامه‌ی خودگزاردهی ۷ سؤالی است که به خطرات نگرانی مربوط می‌شود. نمره‌گذاری با درجه‌بندی لیکرت (همیشه=۴، اغلب=۳، گاهی=۲، هرگز=۱) و از مجموع نمرات به دست آمده خواهد بود. تحلیل عاملی پاسخ‌ها بر نمونه‌ی دانشجویی عامل واحدی را برای هر یک از ابعاد فراوانی و باور آشکار ساخت. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس فراوانی فرانگرانی ۰/۸۸ و مقیاس باور با فرانگرانی ۰/۹۵ به دست آمده است. این پرسشنامه رابطه ی معناداری با سایر مقیاس‌های فراشناختی دارد، به ویژه همبستگی مثبت قوی با باورهای منفی درباره‌ی نگرانی که توسط پرسش‌نامه‌ی فراشناخت‌ها اندازه‌گیری می‌شوند. از لحاظ روایی سازه، می‌تواند بیماران سرپایی دارای اختلال اضطراب فراگیر بر اساس DSM را از افراد دچار اضطراب جسمانی یا بدون اضطراب متمایز سازد (ولز، ۲۰۰۵ الف)

پروتکل مقدماتی درمان فراتشخیصی: که مبتنی بر مؤلفه‌های درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی و متناسب با مشکلات بیماران مبتلا به سرطان پستان تدوین شده بود. بسته‌ی مورد نظر از لحاظ چهار فاکتور (پذیرش عملی، ضرورت و اهمیت، سادگی و وضوح، مرتبط بودن با هدف مورد) در مقیاس لیکرت سه گزینه‌ای کم، متوسط، زیاد توسط ده تن از اساتید صاحب نظر در حوزه‌ی درمان‌های نسل سوم به خصوص ACT، MCT دریافت و نظرات اصلاحی آنان قبل از اجرا روی بسته‌های درمانی اعمال شد. از نظر چگونگی اجرای متغیر مستقل با توجه به عنوان هر جلسه، اهداف و فرآیند آن در جدول شماره‌ی ۱شرح داده شده است.

جدول ۱: بسته‌ی درمانیّ به تفکیک جلسات

	عنوان	اهداف	فرایند
۱	ایجاد رابطه، ارزیابی اولیه،	ارتباط میان مراجع و درمانگر و ارزیابی مشکل مراجع جهت هدایت مؤثر درمان، آشنا سازی مراجع با مقررات و شیوه‌های بسته‌ی درمانی، همچنین توافق درخصوص شرایط و تکالیف موجود در جلسه‌ی درمان و تفاهم درمان	از همدلی، پیام‌های کلامی و غیرکلامی، انعکاس و سؤالات اکتشافی، دریافت شرح مختصری از تاریخچه‌ی بیماری. نحوه‌ی کار درمان و رویکرد موردنظر با مراجع در میان گذاشته می‌شود و درخصوص تعهد به اجرای تمرین‌ها و تکالیف خانگی جهت اثرگذاری درمان تأکید می‌شود. همچنین جهت حضور مراجع تا پایان درمان در کار پژوهش با حفظ رازداری درخصوص اطلاعات شخصی وی نیز توضیحاتی ارائه می‌شود و قراردادی در صورت رضایت مراجع جهت ادامه درمان تنظیم می‌شود. قرارداد درمانی منعقد می‌شود.
۲	مرور رویکرد درمانی و شناسایی باورهای فراشناختی و سندرم شناختی توجهی	آشناسازی مراجع با افکار و احساسات اثرگذار در ایجاد خلق منفی و نگرانی و شکل‌گیری سندرم شناختی توجهی، بررسی و شناسایی پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای، جستجوی باورهای فراشناختی	فرمول‌بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد فرا تشخیصی، به نقش چرخه افکار خودایند منفی در سطح فراشناخت در شکل‌گیری هیجانات و نقش ذخیره‌سازی این اطلاعات بر اساس سندرم شناختی توجهی در ذهن اشاره می‌شود. مدل استفاده ازگفت و گوی سقراطی متمرکز بر بسته درمانی فراتشخیصی جهت شناسایی باورهای فراشناختی و بررسی فرایند تداوم‌بخش جهت اماده‌سازی بیمار. از مراجع می‌خواهیم یکی از تجاربش را در این قالب ببیند و بر اساس نشانه‌های خاص و علایم جسمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نشانه‌های روان‌شناختی بررسی و با کمک تکنیک‌ها به شناسایی باورهای اسیب‌زا و سندرم توجهی شناختی پرداخته خواهد شد

۳	اسناد مجدد کلامی متمرکز بر بسته فرا تشخیصی	آشناسازی بیمار با فنون مختلف ارزیابی مجدد افکارش و تمرکز بر شیوه‌ی پردازش سوگیرانه اطلاعات در ذهنش	نحوه‌ی پردازش‌ها و بازیاداوری خاطرات منفی و اثرگذاری هیجان مرتبط با ان‌ها در ایجاد خلق منفی با توجه به نحوه‌ی ثبت در حافظه مراجع با وی مرور می‌شود. از تکنیک‌های بررسی شواهد، ارائه شواهد مخالف، شناسایی تحریف‌ها، بررسی مزایا و معایب، بررسی سازکار جهت بازسازی شناخت استفاده می‌شود.
۴	آموزش توجه و تکنیک ذهن آگاهی گسلیده	آشناسازی مراجع با مفاهیم برگرفته از رویکرد پردازش اطلاعات جهت شناسایی نقاط مشکل‌ساز در روان خود	از تکنیک توجه خاص (صداها) و اموزش توجه جهت تنظیم سیستم پردازش سوگیرانه و سندرم شناختی- توجهی متمرکز بر حالت خلقی بیمار استفاده می‌شود. همچنین از تکنیک‌های تکلیف تجسم پلنگ، ازمایش سرکوبی- عدم سرکوبی، استعاره کودک متمرد، استعاره‌ی ابرهای گذرا، تکنیک خیال‌پردازی استفاده می‌شود.
۵	ارتباط با زمان حال و اهمیت پذیرش، ایجاد تغییر در رفتار و تمایل	آشناسازی مراجع با اهمیت تجربه زمان حال و تمایل و پذیرش شرایط موجود، لزوم فراشناخت، در حال بودن و ذهن اگاهی گسلیده، پذیرش و تعهد به رفتار انتخابی	استفاده از استعاره پلی گراف، استعاره‌ی عاشق شدن، استعاره‌ی دونات ژله‌ای و طرح بیهودگی تلاش برای کنترل امور مسأله‌ساز و جایگزینی تمایل و گشودگی به تجربه و پذیرش. کار روی نحوه‌ی پذیرش و کنار امدن فرد درخصوص بیماری سرطان و درد ناشی از درمان، همچنین روی باورهای مرتبط با علایم اجتماعی و خانوادگی بعد از بهبود احتمالی بیماری
۶	آموزش مهارت‌های مقابله و سازگارانه با درد	آشناسازی مراجع با مهارتهای کلی بر اساس بسته‌ی تلفیقی جهت مواجهه با درد احتمالی	استفاده از تصویرسازی خلاق، حرف زدن با خود با شیوه‌ی فراشناخت و پذیرش، شوخ طبعی، در این مرحله نیاز است گذشته و تجارب قبلی فرد که منجر به شکل دهی باورها شده است و سبک‌های او را شکل داده با کمک مراجع شناسایی و بینش کسب کند
۷	شناسایی و تصریح ارزش‌ها	آشناسازی مراجع با لزوم بررسی و شناسایی ارزش‌ها و موانع دست‌یابی به آن‌ها	شناسایی ارزش‌ها و بازنگری آن‌ها با واقعیت، استفاده از تکنیک‌های خود به‌عنوان فرایند خوداگاهی پویا و خودمشاهده‌گری جهت شناسایی ارزش‌ها استفاده می‌شود.
۸	عمل متعهد با ایجاد تغییر در رفتار	آشناسازی مراجع با لزوم شناخت اهداف و اعمال در ایجاد تعهد و پذیرش	پرداختن به اهداف، اعمال و موانع جهت ایجاد عمل متعهد. پیشنه و قصه‌ی زندگی گذشته و اکنون فرد بررسی و میزان تاثیر منفی بیماری براورد و عمل متعهد با کمک خود وی طراحی می‌شود.
۹	برنامه‌های پردازشی جدید	جهت جلوگیری از عود و یکپارچه‌سازی	به‌کارگیری ارزیابی مجدد شناختی جهت مقابله با عوارض درمان و هدف‌گذاری دوباره در مسیر زندگی، برنامه‌های خودگردانی، برون‌ریزی هیجانی و حل مسأله و.... در این دو جلسه اخر لازم است علائم جسمانی چک شود و متناسب با ان، روش‌های درمانی مرور و اموزش نهایی ارائه شود.

از آن‌جا که اگر از ساختار هر یک از درمان‌های ذکر شده استفاده شد احتمال سوگیری به سمت آن رویکرد درمانی وجود داشت، برای نظم‌دهی به جلسات درمانی از ساختار و فرایند جلسات CBT که اساس ابتدایی هر یک از درمان‌های به‌کار گرفته شده است، استفاده شد.

منظور از ساختار جلسات (تعیین دستور جلسه، بررسی خلق بیمار، مرور مختصر مشکل کنونی و روزآمد کردن آن، مشخص کردن مشکل و تعیین اهداف، آموزش بیمار در زمینه‌ی درمان، شناسایی انتظارات وی از درمان، تعیین تکلیف خانگی، خلاصه‌سازی و ارائه بازخورد) بود. در این راستا از فرم‌ها و بوروشورهای مرتبط استفاده شد. محتوای جلسات درمان مبتنی بر رویکردهای تعهد و پذیرش، فراشناخت تدوین شد. چگونگی اجرای متغیر مستقل با توجه به عنوان هر جلسه، اهداف و فرآیند آن تنظیم صورت گرفت.

روند اجرای پژوهش

پس از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ریاست محترم بیمارستان شهدای تجریش و مرکز تحقیقات سرطان اجازه اعلام فراخوان جهت شرکت در پژوهش صادر شد. پس از اعلام فراخوان، به بیماران مبتلا به سرطان پستان که مایل به شرکت در پژوهش و دریافت جلسات روان درمانی فردی مبتنی بر پروتکل بودند، یک جلسه جهت آشنایی و بیان پژوهش برگزار شد. پس از غربالگری اولیه به افرادی که دارای شرایط شرکت در پژوهش بودند به منظور جلب همکاری و ایجاد اطمینان از بابت محرمانه ماندن اطلاعات، فرم رضایت‌نامه محقق ساخته ارائه شد. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی روند به محرمانه بودن اطلاعات مراجع و رازداری اذعان شد. همچنین در خصوص آزادی جهت خروج از پژوهش در هر زمان که شرکت‌کننده مایل بود توضیحات ارائه شد. نتایج پژوهش پس از پایان کار پژوهش طی پیامک در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. در راستای رعایت حقوق شرکت‌کنندگان پس از فالوآپ به گروه کنترل بسته‌های اموزشی ارائه شد.

نتایج

در این تحقیق به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از فنون آمار استنباطی استفاده شد، با توجه به ماهیت مقیاس اندازه‌گیری که از نوع فاصله‌ای است و نوع روش جمع‌آوری اطلاعات که بر مبنای پژوهش آزمایشی از نوع طرح‌های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های آزمایشی از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تک متغیره استفاده شد (حجازی، سرمد، بازرگان، ۱۳۸۳). همچنین جهت بررسی ماندگاری اثرات متغیر مستقل و در راستای بررسی تداوم اثرات و پیگیری درمان پس از سه ماه از مدل تحلیل واریانس تکرار سنجش استفاده شد.

جدول فوق علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد، شاخص شاپیرو—ویلک متغیر فرانگرانی را برای چهار گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد، مقادیر مربوط به شاخص شاپیرو—ویلک مربوط به هیچ یک از گروه‌ها در مرحله‌ی پیش آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست، این موضوع بیانگر آن است که پیش آزمون متغیر فرانگرانی در هر چهار گروه به صورت نرمال توزیع شده است.

به منظور آزمون برقراری یا عدم برقراری استقلال متغیر پیش آزمون از متغیر عضویت گروهی از تحلیل واریانس یک راهه موسوم به ANOVA استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که ارزش F (P>۰/۰۵، F(۳ و ۷۶) = ۲/۱۹۴) در سطح ۰/۰۱ معنادار نیست. بر این اساس چنین نتیجه‌گیری شده که متغیر فرانگرانی در مرحله‌ی پیش آزمون در بین چهار گروه آزمایش و کنترل به صورت معناداری متفاوت نبوده و مفروضه‌ی استقلال متغیر پیش آزمون از متغیر عضویت گروهی در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. همچنین استفاده از آزمون لون نشان داد که واریانس‌های خطای نمره‌های متغیر وابسته در چهار گروه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند (P>۰/۰۵، ۱/۸۳۴ =F(۳ و ۷۶)). بنابراین مفروضه برابری واریانس‌های خطا در چهار گروه نیز در بین داده‌های پیش آزمون برقرار است.

در پژوهش حاضر داده‌ها با استفاده از تحلیل اندازه گیری‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت. شاخص موشلی (χ^2 =۱۷/۳۲۰، p<۰/۰۱، Mauchly's W(۲)=۰/۷۹۴)، در سطح ۰/۰۱ معنادار بود، این موضوع از نابرابری ماتریس خطاهای کوواریانس‌ها در گروه‌ها حکایت دارد. به همین دلیل درجه‌ی آزادی با استفاده از روش گیسر- گرینهوس تصحیح شد. در ادامه نتایج تحلیل نشان داد که اثر تعاملی گروه * زمان در تبیین اثر متغیرهای آزمایشی بر متغیر فرانگرانی در سطح ۰/۰۱ معنادار است (partial η^2=۰/۵۲۴، p=۰/۰۰۱ ۲۷/۸۸۷=F(۴/۹۷۴)). این نتیجه بیانگر آن بود که که دست‌کم اثر یکی از سطوح متغیرهای مستقل بر فرانگری در زنان مبتلا به سرطان پستان معنادار بوده است. به منظور مقایسه‌ی اثر هر یک از متغیرهای مستقل با گروه کنترل و دیگر متغیرهای مستقل تحلیل در شش مرحله پیگیری شد. بدین صورت که در هر مرحله داده‌های مربوط به یکی از گروه‌ها با گروه کنترل یا با گروه آزمایش دیگر وارد تحلیل شده و بدین صورت اثر هر یک از متغیرهای مستقل با دیگر متغیرهای مستقل یا گروه کنترل مورد ارزیابی قرار گرفت. شاخص موشلی در هر یک از مقایسه‌ها دست‌کم در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. به همین دلیل در هر یک از مقایسه‌ها درجه‌ی آزادی با استفاده از روش گیسر- گرینهوس تصحیح شد. اثر تعاملی گروه * زمان در مقایسه‌ی اثر متغیر مستقل MCT (گروه اول) با گروه کنترل در سطح ۰/۰۱ معنادار است (partial η^2=۰/۵۰۲، p=۰/۰۰۱ ۳۸/۳۲۰=F(۱/۲۵۷)).

اثر تعاملی گروه * زمان در مقایسه‌ی اثر متغیر مستقل ACT (گروه دوم) با گروه کنترل نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار است (partial η^2=۰/۴۴۳، p=۰/۰۰۱ ۲۹/۴۲۱=F(۱/۴۹۵)). در نهایت اثر تعاملی گروه * زمان در مقایسه اثر اجرای همزمان ACT و MCT (گروه سوم) با گروه کنترل نیز در سطح ۰/۰۱ معنادار است (partial η^2=۰/۵۳۲، p=۰/۰۰۱ ۴۳/۲۷۲=F(۱/۴۹۵)). در مقابل اثر تعاملی گروه * زمان در هیچ یک از مقایسه‌های بین گروه‌های آزمایشی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. میانگین‌های متغیر فرانگرانی در سه گروه درمان مبتنی بر ACT، فراشناخت و ترکیب ACT در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مشابه بوده و اثرات درمانی متغیرهای مستقل، میانگین‌های متغیر وابسته را به شکل مشابه در مراحل پس آزمون و پیگیری تحت تأثیر قرار داده است. به طوری که ارزیابی منحنی‌های مربوط به هر یک از گروه‌ها نشان داد که پس از اتمام دوره‌ی آموزش در هر سه گروه میانگین‌های فرانگرانی به صورت چشمگیری کاهش یافته است. به نظر می‌رسد تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته پس از گذشت سه ماه (مرحله‌ی پیگیری) ماندگار است. زیرا که در هر سه گروه آزمایش میانگین فرانگرانی در مرحله‌ی پیگیری در مقایسه‌ی با پس آزمون تنها به مقدار جزئی افزایش یافته است. بر خلاف انتظار میانگین گروه کنترل، علی‌رغم عدم وجود متغیر اثرگذار، در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. این موضوع نیازمند تبیین اساسی است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بسته‌ی درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی توانسته است بر فرانگرانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اثرگذار باشد و فرضیه‌ی پژوهش در سطح معناداری ۰،۵۰ تأیید شد. متوسط نمرات در سه گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش بیشتری نشان داد. میانگین نمرات هر چهار گروه در پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نرمال است. در پژوهش حاضر متغیر وابسته فرانگرانی بود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد درمان تعهد و پذیرش، درمان فراشناختی و درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی بر فرانگرانی اثرگذار بوده است.

یافته‌های مربوط به درمان فراتشخیصی مبتنی بر درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی هر چند سابقه‌ی چندانی در ادبیات پژوهشی موجود ندارد اما از آن‌جا که مؤلفه‌های این بسته مبتنی بر تعهد و پذیرش، فراشناخت استوار بوده است تا حدودی با پژوهش‌ها و یافته‌های درمان‌های موج سوم از جمله درمان تعهد و پذیرش (طاهری و دیگران، ۱۳۹۱)؛ (غلامحسینی، ۱۳۹۲)؛ (رجبی و دیگران، ۱۳۹۲)؛ (قرایی اردکانی و دیگران، ۱۳۹۰)؛ (ایران‌دوست و دیگران، ۱۳۹۲)؛ درمان فراشناختی (سنگ آتش و دیگران، ۱۳۹۱)؛ (الزامی و دیگران، ۱۳۹۲)؛ (سلمانی و دیگران، ۱۳۹۳)؛ درمان فراتشخیصی (محمدی و دیگران، ۱۳۹۲)؛ (عبدی و دیگران، ۱۳۹۲)؛ بر کاهش نشانه‌های روان‌شناختی چون نشانه‌های مرتبط با نگرانی و اضطراب بالا قابل قیاس و تا حدودی هم‌سو است. براول و دیگران[1] (۲۰۰۸)؛ جاکوبسن و جیم[2] (۲۰۱۱)؛ چوچینوف[3] (۲۰۰۱)؛ فان و دیگران[4] (۲۰۰۸)؛ اسپیگل و گوییس داویس[5] (۲۰۰۳)؛ تل و دوگان[6] (۲۰۱۱)؛ لیبل و دیگران[7] (۲۰۰۷)؛ دن و دیگران[8] (۲۰۰۸)؛ کیم و دیگران[9] (۲۰۱۱)؛ اسلواسک و دیگران[10] (۲۰۱۰)؛ رابین و (۲۰۰۸)؛ اوگسه و دیگران[12] (۲۰۰۸)؛ کنه و دیگران[13] (۲۰۰۷)؛ کاس و دیگران[14] (۲۰۰۷) پژوهش‌های متعددی به علایم خلق منفی، نگرانی و کاهش کیفیت و رضایت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان اشاره کرده‌اند. افراد مبتلا به این بیماری با توجه به نگرانی در خصوص بقا و ادامه زندگی خود، همچنین تغییرات ناشی از علایم بیماری و یا عوارض جانبی درمان کاهش خلق، اضطراب و نگرانی بالایی را گزارش می‌کنند.

لی و شافران[15] (۲۰۰۴)؛ ریدی[16] (۲۰۰۴)؛ استوربک و کلور[17] (۲۰۰۵)؛ طی پژوهش‌های مختلف به وجود توجه انتخابی و سندرم شناختی- توجهی و عدم انعطاف‌پذیری که منجر به شکل‌گیری باورهای منفی و نگرانی در افراد می‌شود تأکید کرده‌اند. افراد مبتلا به سرطان با توجه به تهدید موجود در خصوص سلامت خود، بیشتر اطلاعات را به طور انتخابی از محیط دریافت می‌کنند و به‌طور مداوم اضطرب و نگرانی را با توجه به جستجوی علائم بیماری خود تجربه می‌کنند، فلذا منجر به شکل‌گیری سندرم شناختی- توجهی در آن‌ها می‌شود.

ولز همان‌گونه که قبلاً مطرح کرده بود، این راه‌کار انتخابی ناکارآمد منجر به افزایش رنج روانی و افتادن در چرخه‌ی فزاینده نگرانی می‌شود. هیز در این زمینه فرانگرانی و اجتناب از علائم را مسبب و عامل اصلی رنج روانی می‌داند و معتقد است اگر افراد به پذیرش تمایل یابند رنج آن‌ها کمتر و راه‌کار مؤثرتر برای زیستن می‌یابند. هیز در درمان تعهد و پذیرش و ولز در درمان فراشناختی هر دو با تأکید بر جنبه‌ی کلامی و زبان به اثرگذاری آن بر فرایند ادراک و نحوه‌ی پاسخگویی فرد به محرک بیرونی بر شکل‌گیری رنج انسانی با کاهش خلق و افزایش نگرانی سعی بر ارائه‌ی شیوه ی مؤثر در راستای کاهش رنج انسان دارند. هیز با ارائه‌ی استعاره‌ها و تمثیل‌های مختلف به عدم اثرگذاری شیوه انتخابی فرد در کاهش رنج اشاره دارد و در جایی از استعاره "لیمو و زوبوما" جهت تفهیم اثرگذاری کلام در بافتار خود بر احساس فرد و یا استعاره "شیر، شیر، شیر" استفاده می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳)، همچنین ولز با دیالوگ سقراطی و سؤالات متعدد فرد را به سمت عدم کارآمدی شیوه‌ی انتخابی در حل مسأله و تنظیم هیجانی خود سوق می‌دهد، وی اشاره می‌کند که چگونه این نحوه‌ی تنظیم هیجانی منجر به شکل‌گیری سندرم شناختی- توجهی می‌شود و فرد را رنج می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۹۲). البته به‌طور مستقیم بر مشکلات روان‌شناختی مرتبط با بیماران مبتلا به سرطان پستان پژوهش‌های هم‌سو بسیار

[1] Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson LO, Gaston-Johansson F.
[2] Jacobsen, PB, Jim, HS.
[3] Chochinov HM.
[4] Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Penning M, McGregor BA, Gralow J.
[5] Spiegel D, Giese-Davis J.
[6] Tel H, Dogan S.
[7] Lebel S, Rosberger Z, Edgar L, Devins GM.
[8] Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van Der Steeg AFW, Roukema JA, De Vries J.
[9] Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, Yun, YH.
[10] Slovacek L, Slovackova B, Slanska I, Petera J, Priester P.
[11] Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP.
[12] Ogce F, Ozkan S, Baltalarli B.
[13] Kenne Sarenmalm EK, Ohlen J, Jonsson T, Gaston-Johansson RN.
[14] Cox AC, Fallowfield LJ.
[15] Lee, M., & Shafran, R.
[16] Reidy
[17] Storbeck, J., & Clore, G. L.

زیاد نیست با این حال یافته‌های مرادی‌منش و دیگران (۱۳۹۰)؛ پسندیده و دیگران (۱۳۹۱)؛ ساعدی و دیگران (۱۳۹۱)؛ صالحی (۱۳۹۱)؛ معتمدی (۱۳۹۱)؛ ملکی و دیگران (۱۳۹۱)؛ قزلباش و دیگران (۱۳۹۱)؛ لطفی کاشانی و دیگران (۱۳۹۱)؛ به بررسی میزان رنج روانی و عاطفی، عوامل مرتبط با تصویر ذهنی، همچنین رابطه ی درماندگی روان‌شناختی از جمله نشانه‌های نگرانی، اضطراب در زنان مبتلا به سرطان پستان هم سو و قابل استناد است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان فراتشخیصی مبتنی بر رویکرد درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی، با اثرگذاری بر عوامل شکل‌دهنده سندرم-شناختی توجهی از جمله باورهای فراشناختی مثبت و منفی و تغییر نسبی آن‌ها (مؤلفه‌ی درمان فراشناختی) و همچنین ایجاد تمایل و تعهد با کمک بازسازی ارزش‌ها در فرد و پذیرش شرایط موجود و دانش نسبت به زیان‌های اجتناب تجربه‌ای (مؤلفه‌ی درمان تعهد و پذیرش) می‌تواند بر فرانگرانی اثر داشته و آن را افزایش دهند. همان‌گونه که در داده‌های به دست آمده مطرح شد نتایج، اثرگذاری خاص درمان فراتشخیصی مبتنی بر رویکردهای تعهد و پذیرش و فراشناختی را، نسبت به دو گروه دیگر که همان درمان تعهد و پذیرش و درمان فراشناختی بود در مؤلفه‌ی فرانگرانی نشان داد. با توجه به این میزان اثربخشی و از آن‌جا که فرانگرانی خود عامل اولیه و شروع‌کننده‌ی چرخه‌های معیوب در رنج روانی انسان از جمله، نشخوارفکری، پایش تهدید، سندرم شناختی- توجهی و اجتناب تجربه‌ای می‌تواند باشد، به کارگیری این بسته می‌تواند مثمر ثمر واقع شود.

از آن‌جا که نتایج مرتبط با گروه کنترل در میانگین پیگیری شکست را نشان دادند نیاز به بررسی و تبیین مناسب به چشم خورد، فلذا پژوهشگر پنج تن از اعضای گروه کنترل را به‌طور هدف‌مند و بر اساس بیشترین تفاوت بین میانگین پس آزمون و پیگیری با مراجعه به پرونده‌ی آن‌ها انتخاب کرد و از آن‌ها جهت مصاحبه‌ی حضوری پس از جلب رضایت از مشارکت آن‌ها دعوت به عمل آورد. طی مصاحبه وضعیت خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی و روند بیماری افراد و بروز احتمالی شرایطی ویژه و خاص طی مدت زمان فاصله ی ۳ ماه تا پیگیری مورد ارزیابی و پرسش قرار گرفت. از عوامل مطرح‌شده‌ی مشترک توسط بیماران می‌توان به (نگرانی و ترس از مرگ، بدترشدن و وخیم شدن بیماری، عدم حمایت اطلاعاتی در خصوص بیماری و روند درمان، نگاه اطرافیان به آن‌ها در مورد بیماری، عوارض داروها و شیمی درمانی) که منجر به بروز مشکلات متعدد رفتاری منجمله (انزوا، عدم باور به درمان‌پذیر بودن و زنده ماندن، پرخاشگری و قطع ارتباط با برخی از دوستان وحتی اعضای خانواده از جمله همسر) اشاره کرد.

نگرش افراد نسبت به بیماری و عوارض جانبی می‌تواند اثرات ناخواسته‌ای را به دنبال داشته باشد. به نظر می‌رسد بستر فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و راه‌کارهای مقابله‌ای افراد در مقابل استرس و دشواری‌ها زندگی می‌تواند اثراتی بر رفتارهای آنان داشته باشد. از آن‌جا که امکان کنترل شرایطی چون همسان‌سازی وضعیت اجتماعی، اقتصادی صرفاً از طریق انتخاب مکان دولتی (هزینه‌ی یکسان برای بیمار) در نظر گرفته شده بود، به نظر می‌رسد دقت در کنترل این متغیر و متغیرهای دیگر به شکل دقیق‌تر نیاز است و در این‌جا جز محدودیت کار ما به حساب می‌آمد. با توجه به به شکل‌گیری چرخه‌ی نگرانی و بروز فرانگرانی، این میزان افت کاملاً قابل پیش‌بینی و قابل تبیین نمود. چراکه سه گروه آزمایشی طی دوره‌ی درمان جسمانی هر یک به شیوه‌های متفاوت درمانی تحت بازسازی شناختی و تغییر در باورها و سطح پذیرش آن‌ها طی ۱۰ جلسه (۲ ماه و نیم) قرار گرفتند و پس از پیش آزمون با تغییرات پدید آمده در آن‌ها سه ماه بدون درمان روان‌شناختی، صرفاً درمان دارویی دریافت کردند، اما گروه کنترل پس از پیش آزمون و گذر ۶ ماه (۲ماه و نیم تا پیش آزمون، ۳ ماه تا پیگیری) بدون دریافت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی خاصی به تنهایی با تمام مشکلات موجود و مشابه دست و پنجه نرم کرده‌اند و در ماه‌های آخر دوران پیگیری طبق مشاهدات و یافته‌های موجود در مصاحبه‌ی حضوری از به‌کارگیری راه‌کارها به دلیل عدم دریافت پاسخ مناسب خسته و مستأصل شده و حتی سطح درمان را نیز خیلی جدی نمی‌گرفتند و خود این موضوع عوارض احتمالی بیماری را نیز شدت بخشیده و منجر به آسیب‌پذیریی بیشتر در آن ها شده بود. به نظر می‌رسد در این بیماران روند پیشرفت بیماری اثرات متعدد و واکنش‌های فراوانی را در بیماران با توجه به تفاوت‌های فراوان در ابعاد فردی، اجتماعی و اقتصادی در آن‌ها می تواند پدید آورد که نیاز به بررسی چند بعدی را مطالبه می‌کند.

قدردانی: بر خود لازم می‌دانیم از تمام بانوان مبتلا به سرطان و مسئولان کلینیک درمان سرطان که در انجام این پژوهش مشارکت کردند صمیمانه قدردانی کنیم

تعارض منافع: بر حسب مدارک، در این مقاله هیچ گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

حامی مالی: این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری نویسنده اول مقاله است.

Reference

Abdi, Bakhshipour, Alilo, Farnam. (1391/2013). Evaluation of treatment effectiveness in reducing the severity of symptoms transdiagnostic women with generalized anxiety disorder. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Akbari, M. a. , ABacchy Zadeh, K. , Khayyam Zadeh, M. , Tabatabai, M. , Esna-Ashari, F. j. , & Et al. (1388/2010). Cancer in Iran. First Publish, Qom: Dar Alfekr. [Persian].

Baqutayan, S. M. S. Managing anxiety among breast cancer's patients. (2012). Advances in Psychology Study, 1(1), 4-7.

"Breast Cancer". (2014). *NCI*. Retrieved 29 June.

"Breast Cancer Treatment (PDQ®)". *NCI*. 2014-05-23. Retrieved 29 June 2014.

"Breast Cancer Treatment (PDQ®)". NCI. 2014-06-26. Retrieved 29 June 2014.

"Breast cancer". A. D. A. M. Medical Encyclopedia, U. S. National Library of Medicine. November 17, 2012. Retrieved April 6, 2013.

Browall M, Ahlberg K, Karlsson P, Danielson E, Persson LO. , & Gaston-Johansson F. (2008). Health-related quality of life during adjuvant treatment for breast cancer among postmenopausal women. European Journal of Oncology Nursing,12 (3), 180-189.

Cancer Registry's annual report. (2010/1388). Ministry of Health and Medical Education. Deputy Health. [persian].

Carver, C. S. , & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. Health Psychology, 26, 595-598.

Chochinov. , HM. (2001). Depression in cancer patients. The Lancet Oncology. 2 (8), 492-505.

Cox AC. , & Fallowfield LJ. (2007). After going through chemotherapy I can't see another needle. European Journal of Oncology Nursing. 11 (1), 43-48.

Den Oudsten BL, Van Heck GL, Van Der Steeg AFW, Roukema JA. , & De Vries J. (2008). The WHOQOL-100 has good psychometric properties in breast cancer patients. Journal of Clinical Epidemiology. 62 (2), 195-205.

Elzami, M., Bahmani, B., Kermani Ranjbar, T., Anbiaii, R., & Moradijo, M. (2013/1391). The effectiveness of meta-cognitive therapy on depression in women with breast cancer. Breast Cancer Congress. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [Persian].

Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Penning M, McGregor BA. , & Gralow J. (2008). Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. General Hospital Psychiatry. 30 (2), 112-126.

Gharai Ardakani, Sh. , Azadfalah, P. , & Tavallaei, S. A. (1389/2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in reducing pain in women with chronic headache disorder. 7 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Ghezelbash, S., & Ghorbani, A. (2012/1390). Factors disturbing the quality of life in women with breast cancer. 8 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Gholamhosseini. S. (1391/2013). Acceptance and commitment therapy treatment efficacy in reducing depressive symptoms in women with breast cancer. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Hamidpor, H. (1384/2006). A new concept in cognitive therapy for depression worry. Baztabe Danesh. The first year (2) - P. 70-81. [Persian].

Hart, S. L. , Hoyt, M. A. , Dieffenbachia, M. , Anderson, D. R. , Kilbourn, K. M,. & et al. (2012). Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. Journal of the National Cancer Institute, 104(13), 990-1004.

Hayes,S. C. , Strosahl, K. , & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. *New York: Guilford Press*.

Holland, J. C. , Breitbart, W. , Jacobsen, P. B. , Lederberg, M. S. , Loscalzo, M. J. , & et al. (2010). Psycho-oncology. 2nd Edition. New York, Oxford University Press.

Irandoost, F., Neshatdost, H. T., & Nadi, M. A. (1391/2013). Effectiveness acceptance and commitment therapy on the quality of life in women with chronic low back pain. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [Persian].

IZAdi, R. , and Abdi, M. R. (1390/2012). acceptance and commitment therapy. Tehran. Tamasha. [Persian].

Iacoby Joubari, A. and Azadeh, P. (2013/1391). Guide breast cancer patients and families. Tehran: Arjmand. [persian].

Jacobsen, PB. , and Jim, HS. (2011). Consideration of quality of life in cancer survivorship research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 20 (10), 2035-2041.

Kaplan, Justin, L., and Porter, Robert, S. (2006). Informetion on medical care for women.

Kenne Sarenmalm, E. K., Ohlen,. J, Jonsson, T., & Gaston-Johansson, R. N. (2007). Coping with recurrent breast cancer: Predictors of distressing symptoms and health-related quality of life. Journal of Pain and Symptom Management. 34 (1), 24-39.

Kim SH, Son BH, Hwang SY, Han W, Yang JH, Lee S, & Yun, YH. (2011). Fatigue and epression in diseasefree breast cancer survivors: Prevalence, correlates, and association with quality of life. Journal of Pain and Symptom Management. 35 (6), 644-55.

Lebel S, Rosberger Z, Edgar L &,Devins GM. (2007). Comparison of four common stressors across the breast cancer trajectory. Journal of Psychosomatic Research. 63(3), 225-232.

Lee, M. , & Shafran, R. (2004). *Information processing biases in eating disorders.* Ridout, N., Astelll, A. H,. Reid, I. G. , & O Carroll, R. E. (2003). Memory bias for emotional expressions in major depression. *Cognition and Emotion*, 17, 101- 122.

1. Lee, J. K. , Orsillo, S. M. , Roemer, L. , & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive behaviour therapy, 39(2), 126-136.*

Levy, B. R. , Slade, M. D. , Kunkel, S. R. , & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 261-270.

Lotfi Kashani, F. , Vaziri, Sh. , & Zine El Abidine. N. , (1390/2012). Side effects caused hope and expect the treatment to reduce the distress of women with breast cancer. 9 th Breast Cancer Congress. Shadid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and Psychological Factors of anxiety and depression in Breast Cancer Patients. Medical association Thailand Journal. Chulalongkorn University, Thailand. 12 (2): 52-56.

Luthans & et a. l (1391/2013). Psychological capital of developments in the competitive advantage of human capital. Translating by Jamshidian, A. , and Forouhar. M., Tehran. Aiigh. [persian].

Luthans, F., and Youssef, C. M. (2007). Emerging positive organizational behavior. *J Manage, 3(3)*, 21-39.

Martin, L. R., Friedman, H. S. , & Schwartz, J. E. (2007). Personality and mortality risk across the lifespan: The importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychology, 26*, 428-436.

Maleki, S., Fatah Moghadam, L., & Khatibi, N. (1390/2012). Comorbidity between psychiatric disorders and psychological intervention affecting the survival of breast cancer patients. 8 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Mirmalek, A., & Mostafavi. F., (1390/2012). The relationship between breast cancer and breast size at Islamic Azad University Hospitals December 88. 8 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Mohammad Khani, SH; Purmand, N. , & Hassan Abadi, H. R. (1391/2013). Experimental test metacognitive model of rumination and depression in nonclinical population. New Research Journal of Psychology, University of Tabriz, 30, 207-185. [persian].

Mohammadi, F,. Birashk, B., & Gharraee, B. (1391/2013). The effectiveness of interventions in reducing symptoms of anxiety and depression transdiagnostic group. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Moradi manesh, F., Ahadi, H. , Jomehri, F. , & Rahgozar, M., (1390/2011). The relationship between psychological distress and satisfaction with quality of life in women with breast cancer. 7 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. Journal of Zabol University of Medical Sciences. 1390. 51-59. [persian].

Motamedi, A. (1391/2012). Quality of life before and after treatment for depression in patients with breast cancer and breast disease center. 8 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. 38. 40. [persian].

Neipp, M. C. , Lopez-Roig, S. , & Pastor, M. A. (2007). Control beliefs in cancer: a literature review. Anuario de Psicologia, 35(3), 333-55.

Ogce F, Ozkan S, & Baltalarli B. (2008). Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients. Asian Pac J Cancer Prev. 8(1), 77-82.

Pasandide, M. M., and Safarpor, M. (1391/2012). Anxiety, optimism and social support in women with breast cancer. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [Persian].

Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN,. & Fleck, MP. (2008). Quality of life predictors in breast cancer women. European Journal of Oncology Nursing. 12 (1), 53-57.

Rajabi, S., & Iazdkhasti, F. (2014/1393). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in women with MS. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [Persian].

Ray, Q. How the mind hurts and heals the body. *American psychologist*, 2004,ch *59*, 29-40.

Reidy, J. (2004). Trait anxiety, trait depression, worry, and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 42,937-948.

Riva, S. & Seeley, J. (2009). Evaluation of an stress inoculation training in the Human living, *Journal of consulting and clinical psychology*, *23*, 25-268.

Saedi S. H. ,, Shahidsales S. , Kochakpor, M. , Sabahi, I, et & al. (2012/1391). The amount of emotional pain in patients with breast cancer. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [Persian].

Sanderson, C. A. (2013). Health psychology. John Wiley.

Sarmad, Z. , Bazargan, A., & Hejazi, a goddess. (1382/2004). Research Methods in the Behavioral Sciences. Agah. Tehran. [Persian].

Salmani, B. , Hasani, J. , Mohammad Khani, Sh., & Karami Gh. (1394/2014). To evaluate the effectiveness of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, worry, and symptoms in patients with generalized anxiety disorder. 9 th Breast Cancer Congress. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Salehi, Sh. (1391/2012). Rehabilitation and its impact on quality of life after breast cancer surgery. 8 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Saunders, Christobel; & Jassal, Sunil (2009). *Breast cancer* (1. ed. ed.). Oxford: Oxford University Press. p. Chapter 13. ISBN 978-0-19-955869-8.

Shafiee Sang Atash, S. , Rafiinia, P., & Najafi, m. , (1391/2012). The effectiveness of cognitive therapy on anxiety and cognitive components of generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology, Issue 16, Winter. s 19. 8 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Schulz, R., Beach, S. R., lind, B., Martire, L. M., Zdaniuk, B. , Hirsch, & C Burton, L. (2001). Involvement in caregiving and adjustment to death of a spouse: Findings from the Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical association*, *285*, 3123-3129.

Scott, K. M., Mogg, K., & Bradley, B. P. (2001). Masked Semantic priming of emotional information in subclinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 505- 524.

Spira, L. James & Reed, M. Geoffrey. (2000). Group Psychotherapy for Women with Breast Cancer. Washington DC. APA.

Spiegel D, and Giese-Davis J. (2003). Depression and Cancer: Mechanisms and Disease Progression. Biol Psychiatry. 54 (3), 269-282.

Slovacek L, Slovackova B, Slanska I, Petera J, & Priester P. (2010). Quality of life and depression among metastatic breast cancer Patients. Med Oncol. 27 (3), 958-959.

Storbeck, J. , & Clore, G. L. (2005). With sadness comes accuracy, with happiness False memory. *Psychological Science*, 16, 785-791.

Taheri, Z., Hassanzadeh, R., Ghanbarpour, F., & Taheri, M., (1391/2012). The effects of group therapy, acceptance and commitment therapy on increasing confidence with sexual intimacy and wife in women with breast cancer. 8 th Congress breast cancer. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. Tehran. [persian].

Taylor, S. E. , Lichtman, R. R. , & Wood, J. V. (1984). Attribution, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and social Psychology*, *46*, 489-502.

Tel H, Dogan S. (2011). Fatigue, anxiety and depression in cancer patients. Neurology, sychiatry and Brain Research. 17 (2), 42-45.

Traeger, L. , Greer, J. A. , Fernandez-Robles, C. , Temel, J. S. , & Pirl , W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. Journal of Clinical Oncology, 30(11), 1197-1205.

Wells, A. (2005a). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Reserch*, 29, 107-121.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behavior Research and therapy*, *32*, 867-870.

Wells, A. , (2009). Meta-cognitive therapy of anxiety and depression. Translation: Mohammad Khani Sh. (1389). Tehran: Varay Danesh [persian].

Williams, J. E. , Paton, C. C. , Siegler, I. C. , Eigenbrot, M. L., Nieto, F. J., & Tyroler, H. A. (2000). Clinical investigation and reports: Anger proneness predicts coronary heart disease risk: Prospective analysis from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC)Study. *Circulation*, *101*, 2034-2039.