

## مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه تجربی

مهران علی‌پور<sup>۱</sup>، فیروزه سپهریان‌آذر<sup>۲</sup>، اسماعیل سلیمانی<sup>۳</sup>، فریبرز مکاریان<sup>۴\*</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۱۰/۱۳ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۲/۱۶

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** سرطان پستان می‌تواند باعث سطوح متفاوتی از اضطراب شده و تحت تأثیر سبک زندگی افراد قرار گیرد. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان بود.

**مواد و روش کار:** این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان مراجعه نمودند تشکیل داده که از میان آن‌ها ۴۵ نفر از داوطلبین به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارش شدند. گروه‌های آزمایش ۹ نشست ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها با پرسشنامه‌های اضطراب سلامتی سالکوکوسکیس و همکاران (۲۰۰۲) و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت والکر و همکاران (۱۹۸۷) گردآوری شد و با روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین گروه‌های درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی با گروه کنترل در اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0/000$  و  $p=0/002$ ) و درمان پذیرش و تعهد اثرات بیشتری را بر متغیرهایی مانند مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی داشته است ( $p<0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها، می‌توان مداخلات صورت گرفته را به‌عنوان راهبردهایی مؤثر جهت کاهش علائم اضطراب سلامتی و نیز بهبود شاخص‌های روان‌شناختی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان پذیرفت.

**کلیدواژه‌ها:** درمان پذیرش و تعهد، آموزش تقویت مقابله زوجی، اضطراب سلامتی، سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، سرطان پستان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه ارومیه می‌باشد.

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره دوم، ص ۱۵۴-۱۴۰، اردیبهشت ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: اصفهان، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تلفن: ۰۹۱۳۳۱۴۰۴۱۴

Email: mokarian@med.mui.ac.ir

### مقدمه

درمان‌های مرتبط با آن اثرات نامطلوبی بر ابعاد روان‌شناختی بیمار داشته و منجر به واکنش‌های روان‌شناختی مانند انکار، خشم و یا ترس شدید از بیماری شده و یا منجر به اختلالاتی مانند افسردگی و اضطراب می‌گردد (۲). این نوع از سرطان می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف ژنتیکی، عفونی، عوامل غیر عفونی، محیطی و نیز

سرطان پستان، شایع‌ترین نوع سرطان در بین زنان سراسر جهان است، به‌گونه‌ای که از بین هر ۸ نفر زن ۱ نفر در طول عمر خود به آن مبتلا شده و به‌تنهایی عامل بیش از ۲۵ درصد مرگ‌های مرتبط با سرطان می‌باشد (۱). ابتلا به سرطان پستان و دریافت

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> استاد گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۳</sup> استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> دانشیار گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت، منبعی سودمند جهت کاهش عوامل استرس‌زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی است که می‌تواند تأثیر چشمگیری بر کاهش هزینه‌های بهداشتی، افزایش طول عمر افراد و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد (۱۰). رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت شامل رفتارهایی است که طی آن فرد به تغذیه مناسب، ورزش منظم، دوری از رفتارهای مخرب و مواد مخدر، محافظت در برابر حوادث، تشخیص به‌موقع نشانه‌های بیماری در بعد جسمی، کنترل عواطف و احساسات و افکار و کنار آمدن با استرس و مشکلات در بعد روان‌شناختی، استقلال و سازگاری و اصلاح روابط بین فردی در بعد اجتماعی می‌پردازد (۱۱). اهمیت این عامل که زیر مؤلفه‌های رشد معنوی و خود شکوفایی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، حمایت بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و فعالیت جسمانی و تغذیه را در بر می‌گیرد (۱۲) - هرچند که ابعاد روان‌شناختی آن کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند - با توجه به نقش فعالیت جسمانی، تغذیه حاوی آنتی‌اکسیدان‌ها و کاهش مصرف الکل در مقابله با سرطان (۱۳) و نیز در نظر داشتن نقش کیفیت و سبک زندگی در پیشگیری و درمان سرطان (۱۴) آشکار است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment therapy- ACT)، به‌عنوان شکلی جدید از درمان شناختی- رفتاری (cognitive behavioral therapy- CBT)، یک مدل درمان رفتاری بافتاری مدرن است که هدف آن کاهش رنج بشر از طریق پرورش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (۱۵). این رویکرد نگاهی متفاوت به رنجش انسان دارد؛ به‌گونه‌ای که پریشانی را بخشی از زندگی به‌نحیج دانسته و اجتناب از آن را غیرممکن و موجب تسریع پریشانی و کاهش کیفیت زندگی می‌داند (۱۶). هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی برای او ایجاد کرده، یک زندگی پر بار و معنادار برای خود ایجاد نماید. هدف درمانگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علائم رها شده و ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر دهد تا بتواند آن‌ها را به‌عنوان علائم مرضی درک نموده و حتی یاد بگیرد که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی اگر ناراحت‌کننده و ناخوشایند باشند) درک کند (۱۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند به‌عنوان یک درمان مناسب در کاهش علائم اضطراب و افسردگی زنان دارای سرطان پستان (۱۸)، سازگاری با تشخیص سرطان پستان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران (۱۹)، سبک زندگی زنان مبتلا به چاقی (۲۰)، کاهش علائم اضطراب و افسردگی کارکنان مراکز درمانی سرطان (۲۱)، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت (۲۲) و مسائلی از این قبیل باشد.

عوامل مرتبط با سبک زندگی مانند تغذیه، عدم تحرک، چاقی و استفاده از الکل و سیگار قرار گیرد (۳). عواملی که در کنار توجه به ابعاد روان‌شناختی مانند فشار روانی ناشی از تشخیص، درمان‌های ناتوان‌کننده و درد مزمن، عدم اطمینان، ترس از مرگ و بار اقتصادی و اجتماعی- اهمیت بررسی ابعاد محیطی و روان‌شناختی آن را مبرهن ساخته‌اند.

درمان‌های رایج پزشکی مانند جراحی، شیمی‌درمانی و پرئودرمانی می‌توانند وضعیت‌های روان‌شناختی متعارضی را به دنبال داشته باشند. تجربه ناخوشایند روند درمان، هم‌زمان با امید به بهبودی سطوح متفاوتی از اضطراب در ارتباط با درمان به کار گرفته‌شده را به دنبال داشته (۴) و از این‌رو باعث می‌شوند اضطراب در بین زنان دارای سرطان پستان شیوع بیشتری نسبت به افراد عادی داشته باشد (۲، ۵). اضطراب سلامتی به‌عنوان مفهومی چندبعدی به اشتغال ذهنی درباره داشتن و یا مبتلا شدن به یک بیماری و یا پیشرفت بیماری موجود، اشتغال ذهنی به احساسات جسمی و رفتارهایی نظیر جستجوی سلامتی مجدد و توجهات پزشکی اشاره دارد (۶). میزان شیوع این اختلال در بین زنان مبتلا به سرطان پستان ۲۳/۴ درصد برآورد شده و مشخص شده است که سطوح پیشرفته‌تر بیماری، حساسیت اضطرابی افزایش یافته و نیز مراقبت‌های جسمانی بیشتر می‌توانند اضطراب سلامتی را به‌گونه‌ای معنادار پیش‌بینی کنند (۷). هرچند داشتن درجاتی از این نوع اضطراب می‌تواند سازگارانه باشد (برای مثال به‌عنوان هشدار به بیمار در پایش علائم عود بیماری)، سطوح بالاتر آن می‌تواند باعث شود تا بیماران به‌طور مداوم بدن خود را کنترل کرده، هرگونه نشانه‌ای را به‌عنوان علائم عود سرطان تفسیر نموده و درخواست‌های اطمینان‌جویانه پزشکی بیشتری را مطرح نمایند (۸).

همان‌طور که گفته شد سرطان می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلف ژنتیکی، محیطی و نیز عوامل مرتبط با سبک زندگی قرار گیرد (۳). هرچند شاید بررسی عوامل محیطی و سبک زندگی افراد بیشتر در ارتباط با پیشگیری اولیه از سرطان مورد مطالعه قرار گرفته باشند، با این‌وجود بررسی مطالعات مربوط به این عوامل نشان می‌دهد که الگوهای رفتاری این حوزه می‌توانند سلامتی افراد را در مراحل درمان و نیز پیشگیری از عود مجدد نشانگان بیماری تحت تأثیر قرار دهند. همچنین مشخص شده که رفتارهای نامطلوب مرتبط با سلامتی در افراد دارای سرطان پستان شایع بوده و لازم است برنامه‌هایی در راستای بهبود کیفیت زندگی چنین افرادی در نظر گرفته شوند، برنامه‌هایی که نیاز است تا بر اساس امکانات و منابعی که نشان داده شده است توانایی کاهش عوامل خطر مرتبط با سرطان را دارند، پایه‌ریزی شوند (۹).

اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۸) و سازگاری این بیماران با تشخیص بیماری و بهبود کیفیت زندگی آنان (۱۹) و نیز نقش حمایت همسر در سازگاری این بیماران با فشارهای روانی ناشی از بیماری (۲۷)، لزوم توجه به بررسی اثربخشی مداخلات ذکر شده بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده این بیماران را برجسته می‌سازد. لذا با توجه به اینکه پژوهشی در این خصوص صورت نگرفته و تدوین مداخلات مؤثر همواره یکی از حوزه‌های اساسی در حوزه روانشناسی قلمداد می‌شود، این پژوهش در صدد بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوجی بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت زنان مبتلا به سرطان پستان می‌باشد.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران زن مبتلا به سرطان پستان بود که در سال ۱۳۹۶ به بیمارستان سیدالشهدا اصفهان مراجعه نمودند. از آنجاکه بیمارستان مذکور دارای بخش‌های مختلف بود و خدمات درمانی در بخش‌های مختلف آن به بیماران مبتلا به انواع سرطان در سطوح مختلف درمان (شیمی‌درمانی، جراحی، پرتودرمانی و درمان‌هایی از این قبیل) ارائه می‌شد، آمار دقیقی از بیماران مراجعه‌کننده موردنظر در اختیار نبود. باین‌وجود، نمونه موردنظر به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش صورت گرفت. به این صورت که فوق تخصص خون و سرطان بزرگسالان و نیز مسئولین مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان، بیماران را به پژوهشگر ارجاع داده و آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود و اعلام رضایت از جانب آنان، در مطالعه شرکت نمودند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از دامنه سنی ۲۰ تا ۵۵ سال، متأهل بودن، سطح تحصیلات سیکل به بالا، داشتن سابقه جراحی پستان، تکمیل فرم رضایت‌نامه شرکت در جلسات درمانی و نیز حضور هر دو زوج در گروه آزمایشی که مورد مداخله به روش آموزش تقویت مقابله زوجی قرار داشتند. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه و نیز عدم حضور یکی از زوجین به مدت بیش از دو جلسه در گروه آزمایشی که مورد مداخله به روش آموزش تقویت مقابله زوجی قرار گرفتند. بر این اساس ۵۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه (۲ گروه آزمایشی و ۱ گروه کنترل) جای داده شدند (هر گروه ۱۸ نفر). لازم به ذکر است که با توجه به آزمایشی بودن طرح تعدادی از افراد قادر به ادامه همکاری نشدند و در نهایت اطلاعات مربوط به ۴۵ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) با استفاده از روش

سرطان علاوه بر فرد بیمار، همسر وی را نیز متأثر ساخته و زوجها به صورت یک واحد در برابر آن واکنش نشان داده و سطوح بالایی از فشار روانی- اجتماعی را تجربه خواهند کرد (۲۳، ۲۴). طیف گسترده‌ای از وقایع استرس‌زا در طول مراحل مختلف بیماری، از جمله عوارض جانبی درمان، عود، یا آماده شدن برای مرگ در موارد پیشرفته (۲۵) می‌تواند زنان مبتلا به سرطان پستان را برای مقابله به چالش کشیده و منجر به فشار روانی گردد که از یک سو می‌تواند رضایت زناشویی زوجین را متأثر ساخته (۲۶) و از سوی دیگر اهمیت نقش همسر در حمایت از بیمار را آشکار سازد.

حمایت همسر می‌تواند نقشی کلیدی را در سازگاری زنان مبتلا به سرطان پستان با فشارهای روانی ناشی از بیماری ایفا کند (۲۷) لذا، مداخلاتی جهت کار با زوجینی که با این بیماری مواجه می‌شوند، توسعه یافته‌اند؛ مداخلاتی زوجی که به آن‌ها آموزش می‌دهند تا چگونه اثرات منفی ناشی از بیماری را کاهش داده و عملکرد مثبت خود را در این دوره دشوار به حداکثر برسانند (۲۸). از جمله برنامه‌های آموزش چنین توانمندی‌هایی، آموزش تقویت مقابله زوجی ( Couples Coping Enhancement Training- ) است (۲۹) که باهدف بهبود در توانایی مدیریت استرس، افزایش توانایی مقابله به‌عنوان یک زوج، حساس شدن زوجین نسبت به عدالت و احترام متقابل، بهبود روابط زناشویی و نیز بهبود توانایی مهارت حل مسئله توسط زوجها صورت می‌گیرد.

با در نظر گرفتن بیماری سرطان به‌عنوان یک مسئله زوجی (۲۳) و توجه به یافته‌های پژوهشی مانند نقش تعاملات منفی زوجی در نارضایتی از حمایت‌های دریافتی از جانب همسر، خلق منفی و ناکارآمدی در کارکردها و وظایف مربوط به نقش‌های زوجی (۳۰)، اثربخشی استفاده از مهارت‌های مقابله زوجی در بهبود عملکرد ارتباطی زوجین (۲۳) و کاهش فشار روانی مرتبط با سرطان در زوجین (۳۱)، اثربخشی آموزش گروهی زوجین در بهبود سلامت روانی و ابعاد عملکرد ارتباطی زنان دارای سرطان پستان (۲۸) و نیز نقش راهبردهای مقابله‌ای در ارتباط با رابطه استرس و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (۳۲)، می‌توان توجه به مهارت‌های مقابله با استرس توسط زوجها را به‌عنوان عاملی مؤثر در کیفیات روان‌شناختی و سبک زندگی این بیماران قلمداد کرد.

توجه به پیامدهای ناخوشایند اضطراب سلامتی در زنان مبتلا به سرطان پستان و نیز درک اهمیت سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در افزایش طول عمر و کیفیت زندگی این بیماران (در ابعاد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی) می‌تواند تلاش برای شناسایی و تدوین مداخلاتی اثربخش را برای این بیماران به دنبال داشته باشد. این در حالی است که توجه به این مسئله در کنار یافته‌های گزارش شده مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کاهش علائم

(شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس با ۶ سؤال)، حمایت بین فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی با ۸ سؤال)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی با ۱۱ سؤال). والکر و همکاران (۳۶) پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای شش مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. محمدی زیدی و همکاران (۳۷) نیز در روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه، روایی آن را به روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌ها ۰/۷۹، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۹۱، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. همچنین روایی سازه این پرسشنامه توسط پورمیدانی و همکاران (۳۸) بررسی شده و همبستگی زیر مقیاس‌های آن با نمره کل بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۰ و پایایی آن ۰/۸۳ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ برای شش مقیاس به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۸۶، ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ به دست آمد.

روش اجرا:

پس از دریافت مجوز از دانشگاه و مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان و نیز انتخاب گروه نمونه و تشکیل گروه‌های آزمایش و کنترل، ابتدا راهنمایی‌های لازم در ارتباط با روند برگزاری جلسات در اختیار گروه‌های آزمایش قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در جلسات حضور فعالانه‌ای داشته باشند، سپس به اجرای پیش‌آزمون در گروه‌ها پرداخته شد. جلسه‌های مداخله از آذر ۹۶ در مرکز رفاهی - تفریحی بانوان آفتاب شهرداری اصفهان آغاز گردید. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل هیز و همکاران (۳۹) در ۹ جلسه گروهی به صورت هفتگی برگزار شد. آموزش مهارت‌های مقابله‌ای زوج‌ها نیز بر اساس برنامه آموزش مقابله زوجی بودمن و شانتینانت<sup>۶</sup> (۲۶) طی ۹ جلسه گروهی به صورت هفتگی و به مدت ۹ هفته پیاپی صورت گرفت. لازم به ذکر است که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش و پرسشنامه‌های مربوط به پیش‌آزمون ابتدا توسط ۳ گروه پاسخ داده شدند و پس از اتمام جلسه‌های مداخله، پرسشنامه‌ها به طور مجدد در ۳ گروه اجرا گردید. در نهایت ۳ ماه بعد از اجرای پیش‌آزمون نیز جهت انجام مرحله پی‌گیری پس از هماهنگی با افراد هر ۳ گروه، پرسشنامه‌های پژوهش توسط آن‌ها پاسخ داده شد. محتوای جلسات هر یک از این مداخله‌ها به تفکیک در جدول ۱ و ۲ ارائه گردیده است.

تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، به تمامی شرکت‌کنندگان در مورد اهداف مطالعه و شرکت به صورت داوطلبانه توضیح داده شد. شرکت‌کنندگان برای ورود به مطالعه فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را کامل نمودند، به همه شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذشده محرمانه باقی خواهد ماند. به گروه نمونه گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام طرح در صورت تمایل می‌توانند در دوره‌های آموزشی درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی شرکت کنند.

ابزارهای ذیل در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت:

**فرم کوتاه پرسشنامه اضطراب سلامتی<sup>۱</sup> (SHAI):** این پرسشنامه توسط سالکوسکیس، ریمس، وارویک و کلارک<sup>۲</sup> (۳۳) طراحی شده که دارای ۱۸ عبارت بوده و اضطراب سلامت را (مستقل از وضعیت سلامت جسمانی) ارزیابی می‌کند. عبارات این آزمون در رابطه با نگرانی‌های مرتبط با سلامت، توجه به احساسات یا تغییرات بدنی و پیامدهای هولناک ابتلا به یک بیماری است. به هنگام نمره گذاری به گزینه‌های مطرح شده برای هر یک از عبارات نمره‌های بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. در صورتی که فرد بیش از یک گزینه را انتخاب کند، گزینه‌ای که نمره بالاتری به آن تعلق می‌گیرد برای نمره گذاری انتخاب می‌شود. سالکوسکیس و همکاران (۳۳)، روایی پرسشنامه را ۰/۷۲ به دست آورده‌اند. آبراموویتز، دیکن و والتینر<sup>۳</sup> (۳۴)، ساخت عاملی پرسشنامه را متشکل از ۳ عامل احتمال ابتلا به بیماری (با ۷ سؤال)، پیامدهای منفی بیماری (با ۴ سؤال) و اشتغال ذهنی با بیماری (با ۷ سؤال) دانسته و همسانی درونی آن را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. نرگسی، ایزدی، کریمی‌نژاد و رضایی شریف (۳۵)، ضمن تأیید ساختار ۳ عاملی، ضرایب همسانی درونی کل پرسشنامه را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

**پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت<sup>۴</sup> (HPLI):**

این پرسشنامه توسط والکر، کر، سچریت و پندر<sup>۵</sup> (۳۶) طراحی شده و شامل ۵۴ عبارت می‌باشد که با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. این ابزار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند: تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا با ۸ سؤال)، ورزش (تعقیب الگوی ورزشی منظم با ۸ سؤال)، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت (با ۱۳ سؤال)، مدیریت استرس

<sup>4</sup> Health-promoting lifestyle Inventory

<sup>5</sup> Walker, Kerr, Sechrit, Pender

<sup>6</sup> Bodenmann, Shantinath

<sup>1</sup> Short form of Health Anxiety Inventory

<sup>2</sup> Salkovskis, Rimes, Warwick, Clark

<sup>3</sup> Abramowitz, Deacon, Valentiner

**جدول (۱): محتوای جلسات آموزشی مربوط به مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد**

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با شرکت کنندگان، معرفی اهداف، معرفی قوانین گروه، برگزاری پیش آزمون
دوم	درماندگی خلاق: بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل، مسئله است نه راه حل
سوم	تصریح ارزش‌ها: شناسایی ارزش‌های شرکت کنندگان/ اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به‌کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی همجوشی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به‌عنوان یک بستر
هفتم	تاکید بر زمان حال
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها
نهم	جمع بندی، مرور مطالب و اجرای پس‌آزمون

**جدول (۲): محتوای جلسات آموزشی مداخله به روش آموزش افزایش مهارت‌های مقابله زوجی**

جلسه	محتوا
اول	معرفی اعضای گروه به یکدیگر و آشنایی، معرفی برنامه آموزشی و بخش‌های مختلف آن، قواعد گروه، اهمیت شرکت در جلسات، اجرای پیش آزمون‌ها
دوم	مرور مفهوم استرس، تعاریف، دلایل استرس، انواع و پیامدهای آن، ارزیابی شناختی در استرس، ارتباط بین استرس و واکنش‌های هیجانی
سوم	مرور مفهوم مقابله، تعاریف، انواع مقابله، نقش برنامه‌ریزی، سازماندهی فعالیت‌ها و پیش‌بینی کردن موقعیت در پیشگیری از استرس، روش‌های مقابله با استرس‌های غیر قابل اجتناب، آموزش آرام سازی
چهارم	مقابله زوجی در روابط زناشویی، تعاریف، انواع مقابله زوجی و روش‌های شناسایی آن‌ها، اهمیت مقابله زوجی در روابط زناشویی، چرخه انتقال استرس زوجین به یکدیگر
پنجم	مقابله زوجی، آموزش مهارت‌های مقابله زوجی، روش قیف در مقابله زوجی، روش سه مرحله‌ای در مقابله زوجی، اجرای ایفای نقش
ششم	مرور مفاهیم تبادل و انصاف و عدالت در روابط زناشویی، مرزها، مشکلات مرزها در روابط زناشویی، صمیمیت و نزدیکی در روابط زناشویی
هفتم	ارتقای مهارت‌های ارتباط زناشویی: اهمیت مهارت‌های ارتباط زناشویی، سبک‌های ارتباط منفی و مثبت در روابط زناشویی، آموزش مهارت گوینده- شنونده خوب بودن
هشتم	ارتقای مهارت‌های حل مسئله: اجتناب ناپذیر بودن مسئله در روابط زناشویی، آموزش گام‌های حل مسئله
نهم	جمع بندی، مرور مطالب و اجرای پس‌آزمون

**یافته‌ها**

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد.

جدول (۳): شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

کنترل		آموزش تقویت مقابله زوجی		درمان پذیرش و تعهد		متغیر	مرحله
S	MD	S	MD	S	MD	گروه	
۴/۱۰	۱۹/۵۳	۴/۶۹	۱۹/۱۱	۳/۳۳	۱۸/۴۰	اضطراب سلامتی	پیش آزمون
۱۴/۰۴	۱۳۸/۳۷	۸/۸۶	۱۳۸/۶۵	۱۸/۸۵	۱۴۱/۵۸	سبک زندگی	
۳/۸۵	۲۸/۸۰	۳/۰۴	۲۸/۴۶	۳/۴۳	۲۸/۴۰	رشد معنوی	
۶/۳۲	۳۵/۲۲	۶/۷۷	۳۵/۲۲	۸/۳۳	۳۶/۰۰	مسئولیت‌پذیری	
۲/۳۷	۲۲/۸۹	۱/۸۴	۲۲/۶۰	۲/۴۴	۲۱/۴۶	حمایت بین فردی	
۳/۱۲	۱۳/۸۲	۲/۰۷	۱۳/۸۰	۳/۸۰	۱۵/۹۳	مدیریت استرس	
۳/۴۲	۱۹/۹۸	۲/۹۳	۱۹/۷۳	۲/۶۰	۱۹/۵۱	ورزش	
۳/۵۰	۱۸/۸۶	۴/۰۱	۱۸/۵۲	۴/۴۰	۱۹/۶۶	تغذیه	
۳/۷۵	۱۷/۳۳	۳/۱۷	۱۳/۱۸	۳/۱۷	۱۱/۰۴	اضطراب سلامتی	پس‌آزمون
۱۵/۵۷	۱۴۳/۲۹	۷/۵۸	۱۵۸/۸۲	۱۲/۵۶	۱۶۹/۰۴	سبک زندگی	
۴/۶۵	۳۰/۱۳	۲/۲۹	۳۴/۶۰	۲/۹۰	۳۷/۰۰	رشد معنوی	
۶/۶۷	۳۵/۶۰	۵/۶۲	۳۷/۲۶	۴/۰۳	۴۳/۸۰	مسئولیت‌پذیری	
۳/۱۵	۲۳/۰۶	۱/۵۴	۲۶/۶۶	۲/۳۸	۲۷/۴۶	حمایت بین فردی	
۱/۷۶	۱۴/۵۳	۱/۲۱	۱۸/۴۰	۱/۷۵	۱۸/۹۳	مدیریت استرس	
۲/۸۸	۲۰/۲۹	۲/۶۴	۲۱/۴۶	۲/۵۵	۲۰/۶۶	ورزش	
۳/۴۵	۱۹/۶۶	۳/۰۳	۲۰/۴۲	۳/۵۸	۲۱/۱۸	تغذیه	
۳/۰۲	۱۷/۸۰	۲/۱۹	۱۳/۲۲	۴/۰۷	۱۲/۶۵	اضطراب سلامتی	پیگیری
۱۶/۲۰	۱۴۲/۴۹	۶/۱۴	۱۵۴/۱۸	۱۴/۷۱	۱۶۱/۹۶	سبک زندگی	
۳/۹۳	۳۰/۷۹	۲/۰۵	۳۳/۹۳	۴/۳۵	۳۴/۹۰	رشد معنوی	
۶/۳۲	۳۵/۵۳	۵/۵۵	۳۶/۵۹	۴/۱۸	۴۱/۳۳	مسئولیت‌پذیری	
۳/۰۹	۲۱/۸۰	۲/۰۱	۲۵/۲۶	۲/۹۹	۲۵/۵۳	حمایت بین فردی	
۱/۵۹	۱۴/۸۶	۱/۰۰	۱۸/۰۰	۱/۲۲	۱۷/۹۳	مدیریت استرس	
۳/۲۹	۲۰/۴۹	۲/۵۵	۲۰/۵۳	۲/۲۹	۲۰/۶۱	ورزش	
۴/۲۰	۱۹/۰۰	۲/۵۵	۱۹/۸۶	۳/۶۰	۲۱/۳۷	تغذیه	

رعایت شده است. اما در متغیرهای سبک زندگی و مؤلفه‌های رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری، حمایت بین فردی و مدیریت استرس پیش فرض ماچلی رعایت نشده است به همین دلیل در تحلیل این متغیرها از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس (Green-house) استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن انجام گرفت که نتایج آزمون بیانگر نرمال بودن متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد ( $p < 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون ماچلی به‌منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان داد که آماره ماچلی در متغیرهای اضطراب سلامت و مؤلفه ورزش معنادار نمی‌باشد و پیش فرض تساوی واریانس‌ها

جدول (۴): نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر متغیرهای پژوهش در سه گروه و مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها	عامل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
اضطراب سلامتی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۷۰۵/۳	۲	۳۵۲/۶	۵۷/۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۳۳/۲	۴	۳۳/۳	۵/۴	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۹۶
	خطا	۵۱۷/۶	۸۴	۶/۱۶				
سبک زندگی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۷۵۱۳	۱/۳	۵۴۲۴	۱۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۲۱۰۸	۲/۷	۷۶۱	۲۳/۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	خطا	۱۸۶۱	۵۸/۱	۳۱/۹				
رشد معنوی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۱۴/۶	۱	۱۴/۶	۱۰/۶	۰/۰۰۲	۰/۲۰	۰/۸۹
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۳۸/۲	۲	۱۹/۱۲	۱۳/۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۹
	خطا	۵۷/۷	۴۲	۱/۳				
مسئولیت‌پذیری	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۲۳۹	۱/۱	۲۱۶	۲۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۹
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۹۵/۸	۲/۲	۸۸/۸	۸/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۶
	خطا	۴۸۷	۴۶/۳	۱۰/۳				
حمایت فردی	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۳۳۲	۱/۵	۲۱۶	۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۹۴/۳	۳/۰۷	۳۰/۶	۵/۳	۰/۰۰۲	۰/۲۰	۰/۹۲
	خطا	۳۶۷	۶۴/۵	۵/۶				
مدیریت استرس	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۲۰۴	۱/۱۹	۱۷۱/۶	۵۱/۱۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	۱
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۶۸/۹	۲/۳	۲۸/۹	۸/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۷
	خطا	۱۶۷/۸	۴۹/۹	۳/۳				
ورزش	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۲۷/۸	۲	۱۳/۹	۳/۸	۰/۰۶۱	۰/۱۹	۰/۹۸
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۹/۴	۴	۲/۳	۱/۶	۰/۱۶۲	۰/۰۷	۰/۴۹
	خطا	۱۱۸	۸۴	۱/۴				
تغذیه	اثر آزمایش (مراحل پژوهش)	۴۱/۱	۱/۳	۳۱/۵	۴/۸	۰/۰۶۰	۰/۱۰	۰/۶۵
	تعامل گروه و مراحل پژوهش	۱۰/۴	۲/۶	۳/۹	۰/۶۱۸	۰/۵۸۵	۰/۰۲	۰/۱۶
	خطا	۳۵۳	۵۴/۷	۶/۴				

معنادار بوده است ( $p < 0/05$ ). این بیانگر آن است تفاوت میان مراحل نمرات این متغیرها در سطوح گروه‌ها یکسان نیست. اما در مؤلفه‌های ورزش و تغذیه اثر آزمایش و تعامل بین گروه و اثر آزمایش معنادار نیست ( $p < 0/05$ ) و این بدان معناست بین بیش آزمون، پس آزمون و پی گیری همچنین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد. برای مشخص شدن تفاوت بین گروه‌ها و مراحل به صورت دقیق از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است که در ادامه ذکر می‌شود.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان طور که قابل مشاهده است بین نمرات اضطراب سلامت و سبک زندگی همچنین درمؤلفه های رشد معنوی، مسئولیت پذیری، حمایت بین فردی و مدیریت استرس در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). این بدان معناست حداقل یکی از گروه‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری داشته است. تعامل بین اثر آزمایش و گروه نیز

**جدول (۵):** نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه نمرات مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری در گروه‌های آزمایش

متغیرها	مراحل	درمان پذیرش و تعهد		آموزش تقویت مقابله زوجی	
		Sig	MD (SD)	Sig	MD (SD)
اضطراب	پیش آزمون	$\times/0/000$	۷/۳۵ (۲/۶)	$\times/0/000$	۵/۹ (۴/۲)
سلامتی	پیش آزمون	$\times/0/000$	۵/۷ (۲/۸)	$\times/0/000$	۵/۸ (۴/۶)
	پس آزمون	۰/۱۱۰	-۱/۶ (۵/۶)	۰/۹۵۷	۰/۰۳ (۲/۴)
سبک زندگی	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۲۷/۴ (۱۰/۶)	$\times/0/000$	-۲۰/۱۶ (۶/۵)
	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۲۰/۱۱ (۹/۶)	$\times/0/000$	-۱۵/۵ (۶/۴)
	پس آزمون	$\times/0/000$	۷/۳ (۴/۳)	$\times/0/000$	۴/۶ (۳)
رشد معنوی	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۶/۸۷ (۲/۳۴)	$\times/0/000$	۴/۲ (۱/۹)
	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۴/۴۷ (۲/۰۹)	$\times/0/002$	۳/۲ (۱/۸)
	پس آزمون	۰/۰۷۸	۲/۴ (۱/۹۹)	۰/۰۹۸	۱ (۱/۵)
مسئولیت پذیری	پیش آزمون	$\times/0/001$	۷/۲ (۶/۸)	$\times/0/001$	-۲/۳ (۲/۷)
	پیش آزمون	$\times/0/008$	-۵/۹ (۴/۷)	$\times/0/044$	-۱/۳ (۲/۵)
	پس آزمون	۰/۱۱۵	۲/۴ (۱/۴)	۰/۱۱۱	۰/۶۷ (۰/۸۹)
حمایت بین فردی	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۶ (۲/۴)	$\times/0/000$	-۴/۰۶ (۲/۰۵)
	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۴/۰۶ (۲/۹)	$\times/0/000$	-۲/۶ (۲/۲)
	پس آزمون	۰/۰۷۱	۱/۹ (۲/۲)	۰/۰۶۷	۱/۴ (۱/۴۵)
مدیریت استرس	پیش آزمون	$\times/0/000$	-۳ (۲/۵)	$\times/0/000$	-۴/۶ (۱/۷)
	پیش آزمون	$\times/0/024$	-۲ (۳/۰۷)	$\times/0/000$	-۴/۲ (۱/۹)
	پس آزمون	۰/۱۰۷	۱ (۰/۹۲)	۰/۱۱۱	۰/۴ (۰/۹۱)
ورزش	پیش آزمون	۰/۰۸۰	-۱/۱۵ (۱/۲۳)	۰/۰۷۱	-۱/۷ (۱/۹)
	پیش آزمون	۰/۰۸۳	-۱/۱ (۲/۲۸)	۰/۰۶۹	-۰/۱۸ (۰/۸۶)
	پس آزمون	۰/۹۳۱	۰/۰۵ (۲/۲)	۰/۰۶۸	۰/۹۳ (۱/۸)
۰/۰۷۳	پیش آزمون	۰/۱۰۳	-۱/۵۱ (۳/۳)	۰/۰۷۳	-۱/۵۹ (۳/۱)
	پیش آزمون	۰/۱۱۲	-۱/۷ (۳/۹)	۰/۲۱۷	-۱/۰۳ (۳/۱)
	پس آزمون	۰/۶۵۴	-۰/۱۹ (۱/۶)	۰/۰۹۰	۰/۵۵ (۱/۱)

$\times p < 0/05$



در مقایسه با پیش‌آزمون افزایش معنی‌داری داشته است و این نتیجه در طول مرحله پیگیری حفظ شده است ( $p < 0.05$ ).

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که در گروه درمان پذیرش و تعهد و گروه آموزش تقویت مقابله زوجی میانگین نمرات در متغیرهای پژوهش به‌جز مؤلفه ورزش و تغذیه در مرحله پس‌آزمون

جدول (۶): مقایسه زوجی گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری

پس‌آزمون		پی‌گیری		گروه‌ها	متغیرها
MD (SD)	sig	MD (SD)	sig		
۲/۱۴ (۱/۱)	۰/۰۶۲	۰/۵۶۷ (۱/۱۹)	۰/۶۳۹	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۶/۲۸ (۱/۲)	×۰/۰۰۰	۵/۱۴ (۱/۳)	×۰/۰۰۱	کنترل	پذیرش و تعهد
۴/۱۴ (۱/۲)	×۰/۰۰۲	۴/۵ (۰/۹۶)	×۰/۰۰۰	کنترل	مقابله زوجی
۱۰/۲۲ (۳/۷)	×۰/۰۱۲	۷/۵ (۴/۱)	×۰/۰۴۹	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۲۵/۷ (۵/۱)	×۰/۰۰۰	۱۹/۱ (۵/۶)	×۰/۰۰۲	کنترل	پذیرش و تعهد
۱۵/۵ (۴/۴)	×۰/۰۰۲	۱۱/۶ (۴/۴)	×۰/۰۱۴	کنترل	مقابله زوجی
۲/۱ (۰/۹۵)	۰/۰۶۷	۰/۷ (۱/۲)	۰/۴۴۲	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۶/۸ (۱/۴)	×۰/۰۰۰	۴/۱۰ (۱/۵)	×۰/۰۱۱	کنترل	پذیرش و تعهد
۴/۴ (۱/۳)	×۰/۰۰۲	۳/۱ (۱/۱)	×۰/۰۱۲	کنترل	مقابله زوجی
۶/۵ (۱/۷)	×۰/۰۰۱	۴/۷ (۱/۷)	×۰/۰۱۳	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۸/۲ (۲/۰۱)	×۰/۰۰۰	۵/۸ (۱/۹)	×۰/۰۰۶	کنترل	پذیرش و تعهد
۲/۶ (۲/۲)	×۰/۰۴۶	۲/۱۷ (۱/۰۵)	×۰/۰۳۳	کنترل	مقابله زوجی
۰/۸ (۰/۷۳)	۰/۲۸۵	۰/۲۶ (۰/۹۳)	۰/۷۷	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۴/۴ (۱/۰۲)	×۰/۰۰۰	۳/۷ (۱/۳)	×۰/۰۰۸	کنترل	پذیرش و تعهد
۳/۶ (۰/۹۰)	×۰/۰۰۰	۳/۴ (۱/۱۷)	×۰/۰۰۶	کنترل	مقابله زوجی
۰/۵۳ (۰/۵۳)	۰/۳۲۹	۰/۰۶ (۰/۴۰)	۰/۸۷۱	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۴/۴ (۰/۴۲۸)	×۰/۰۰۰	۳/۰۶ (۰/۵۱۹)	×۰/۰۰۰	کنترل	پذیرش و تعهد
۳/۸ (۰/۵۴)	×۰/۰۰۰	۳/۱ (۰/۴۸)	×۰/۰۰۰	کنترل	مقابله زوجی
۰/۸ (۰/۹۴)	۰/۴۰۶	۰/۰۸ (۰/۷۴)	۰/۹۱۱	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۰/۳۶۷ (۰/۹۹)	۰/۷۱۵	۰/۱۱۶ (۰/۹۱)	۰/۸۹۹	کنترل	پذیرش و تعهد
۱/۱۶ (۱/۰۱)	۰/۲۵۴	۰/۰۳ (۱/۰۷)	۰/۹۷۵	کنترل	مقابله زوجی
۰/۷۶ (۱/۲)	۰/۵۳۵	۱/۵۱ (۱/۱۳)	۰/۱۹۴	مقابله زوجی	پذیرش و تعهد
۱/۵ (۱/۲)	۰/۲۴۸	۲/۳ (۱/۴)	۰/۱۰۷	کنترل	پذیرش و تعهد
۰/۷۴ (۱/۱)	۰/۵۳۰	۰/۸۶ (۱/۲)	۰/۵۰۳	کنترل	مقابله زوجی

معناداری دارند. در این راستا، در مقایسه دو گروه آزمایش با هم در متغیرهای سبک زندگی و مؤلفه مسئولیت‌پذیری تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر در این متغیرها درمان پذیرش و تعهد موثرتر از آموزش تقویت مقابله زوجی بوده است. در بقیه متغیرها بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده است ( $p < 0.05$ ).

نتایج جدول ۶ بیانگر آن است که در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه درمان پذیرش و تعهد با گروه کنترل همچنین مقایسه گروه آموزش تقویت مقابله زوجی با گروه کنترل در سایر متغیرهای پژوهش به‌جز مؤلفه‌های ورزش و تغذیه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). این بدان معناست که درمان پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی بر این متغیرها در پس‌آزمون و پی‌گیری تأثیر

## بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (و نیز زیر مؤلفه‌های رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، حمایت بین فردی و مدیریت استرس) در گروه درمان پذیرش و تعهد در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معناداری با گروه کنترل می‌باشد. باین‌وجود تفاوت معناداری بین نمرات زیر مؤلفه‌های ورزش و فعالیت جسمانی و تغذیه در بین دو گروه درمان پذیرش و تعهد و کنترل مشاهده نشد. نتایج به‌دست‌آمده با نتایج گزارش شده محبت بهار و همکاران (۱۸) در راستای اثربخش بودن درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب زنان مبتلا سرطان پستان و هالبرت-ویلیامز و همکاران (۱۹) در زمینه سازگاری با تشخیص سرطان پستان و بهبود کیفیت زندگی این بیماران همسو بوده و می‌توان آن را در راستای نتایج گزارش شده توسط حیدری و همکاران (۲۱)، نوریان و همکاران (۲۰) و بستامی و همکاران (۲۲) در زمینه اثربخشی آن بر اضطراب، خودکارآمدی سبک زندگی و کیفیت زندگی به حساب آورد.

اگر تشخیص سرطان به‌عنوان یک عامل تهدید کننده حیات به حساب آمده (۸) و اضطراب به مثابه پاسخی در برابر تهدید در نظر گرفته شود، تجربه بیماری سرطان پستان می‌تواند سطوح متفاوتی از اضطراب را در زنان مبتلا به وجود آورد و چنانچه یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند (برای مثال ۵، ۲) منجر به شیوع بیشتر اضطراب در بین این افراد گردد. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد فرض بر این است که فرایندهای طبیعی زبان، تجربه افراد را تحت تأثیر قرار داده و باعث می‌شوند تا جوانب مختلف تجربه به‌صورتی منفی ارزیابی شوند، به‌صورتی که افراد درباره هستی‌شان تأمل کرده با مشخص ساختن نقایص موجود به‌عنوان شواهدی برای بی‌ارزشی و یا نگرانی، ظرفیت پریشانی خود را به میزان چشمگیری افزایش می‌دهند؛ قابلیت‌هایی که ظرفیت اجتناب تجربه‌ای را در افراد پدید آورده (۱۶) و می‌تواند منجر به افزایش پریشانی شخص و اتخاذ رفتارهای مخرب سلامتی از جانب وی گردد.

چنانچه اضطراب سلامتی به‌عنوان اشتغال ذهنی فرد درباره مبتلا شدن به یک بیماری و یا افکار مرتبط با پیشرفت بیماری موجود در نظر گرفته شود (۶)، می‌توان اضطراب سلامتی بیماران مبتلا به سرطان پستان را بر اساس آنچه فلکسمن و همکاران (۱۶) آمیختگی و محتوا پنداشتن خود گفته‌اند، به این صورت تبیین نمود که زمانی که آمیختگی (به معنای گرایش افراد به زندگی در دنیایی که کاملاً با زبان لفظی ساختار یافته است) رخ می‌دهد فرد نمی‌تواند دنیایی که به‌طور کلامی مفهوم سازی شده است را از دنیایی که مستقیماً تجربه می‌شود، متمایز سازد. در چنین حالتی و مطابق با

محتوا پنداشتن خویشتن، فرد اضطراب زیادی را تجربه می‌کند. چه خود را تقریباً معادل زبان قضاوت گرانه و منفی می‌داند، زبانی که اغلب با اضطراب همراه می‌شود (برای مثال: من ضعیف، خارج از کنترل، دارای بیماری لاعلاج یا بی‌کفایت هستم). در برابر چنین هیجانات ناخوشایندی فرد بیمار به‌صورتی مداوم بر بدن خود نظارت کرده و کوچک‌ترین نشانه جسمی را به مثابه تهدیدی جدی در نظر می‌گیرد. رفتارهایی که می‌توانند به شکلی وسواس‌گونه منجر به مراقبت‌های پزشکی، جستجوی سلامتی مجدد و یا اجتناب از رویارو شدن با چنین اقداماتی گردند...

درمانگر پذیرش و تعهد با به‌کارگیری فرایندهایی مانند پذیرش و گسلش در کنار فرایندهای خود به‌عنوان زمینه و ارتباط با زمان حال (تحت عنوان فرایندهای پذیرش و ذهن آگاهی) به تدریج تأثیر لفظی فرایندهای زبانی را تضعیف کرده و با استفاده از فرایندهای خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه (تحت عنوان فرایندهای تغییر و تعهد)، و آنچه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی گفته می‌شود (۱۵) می‌تواند به بیماران کمک کند تا با تمرکز بر زمان حال و شناسایی ارزش‌های خود و به جای تلاش برای کنترل رویدادهای درونی، افکار و احساسات خود را پذیرفته و در عین حال مطابق با ارزشهایشان عمل کنند. تغییراتی که بدون تردید علاوه بر کمک به فرونشانی سطوح اضطراب سلامتی چنین افرادی می‌تواند با تصریح ارزشهای فردی در حیطه‌های مختلفی چون روابط صمیمانه، سلامتی، تفریح، معنویت و مسائلی از این قبیل و کمک به افراد در عمل متعهدانه به چنین ارزشهایی به آنان کمک کند که در متغیرهایی مانند رشد معنوی و خود شکوفایی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، حمایت بین فردی و مدیریت استرس (به‌عنوان زیر مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامتی) نمرات بالاتری را کسب کنند.

نتایج همچنین نشان داد که میانگین نمرات اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت افراد (و نیز زیر مؤلفه‌های رشد معنوی، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی، حمایت بین فردی و مدیریت استرس) در گروه تقویت مقابله زوجی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معناداری با گروه کنترل می‌باشد. هرچند پژوهشی در زمینه بررسی اثربخشی آموزش مقابله زوجی بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت افراد مبتلا به سرطان یافت نشد، نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش را می‌توان در راستای نتایج گزارش شده در رابطه با اهمیت مهارت‌ها و راهبردهای مقابله‌ای زوجی در ارتباط با رابطه استرس و کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۸، ۳۰، ۳۲) دانست و آن را به‌عنوان تائیدی بر آنچه در زمینه اهمیت نقش حمایت همسر در سازگاری

زوجین (۳۱) گزارش شده است، اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت این بیماران را بهبود بخشد.

مقایسه اثربخشی مداخلات صورت گرفته نشان داد که بین میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و نمرات زیر مؤلفه مسئولیت پذیری گروه درمان پذیرش و تعهد در مراحل پس آزمون و پیگیری به صورت معناداری بالاتر از نمرات گروه آموزش تقویت مقابله زوجی بود. هرچند پژوهشی در زمینه بررسی و مقایسه چنین مداخلاتی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و زیر مؤلفه‌های آن یافت نشد، در مقایسه این دو رویکرد، ابتدا لازم است به این مسئله اشاره شود که هرکدام از این رویکردها را شاید بتوان به عنوان نماینده نگرش‌هایی متفاوت به مسائل و مشکلات روان‌شناختی این بیماران در نظر گرفت. به این صورت که درمان پذیرش و تعهد، عوامل درون فردی و آموزش تقویت مقابله زوجی، عوامل بین فردی را در شکل گیری، استمرار و یا درمان اختلالات روان‌شناختی دخیل می‌دانند. در ارتباط با تبیین تفاوت مشاهده شده نیز می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (در مقایسه با رویکرد مبتنی بر زوج‌ها که به تقویت مهارت‌های مقابله می‌پردازد) به صورت مستقیم به افکار و احساسات ناخوشایند مرتبط با بیماری، تصریح ارزش‌ها، تعیین اهداف و مشخص ساختن فعالیت‌های برآمده از آن توسط بیمار می‌پردازد. در این رویکرد "تعهد" یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان بوده و لذا به بیمار کمک می‌شود تا بدون درآمیخته شدن با افکار و احساسات نگران‌کننده مربوط به بیماری، خود را در جایگاه مشاهده‌گری برای آن‌ها قرار داده و به صورتی متعهدانه به فعالیت‌های برآمده از اهداف و ارزش‌های خود عمل کند و یا به عبارتی دیگر، با تجربه لحظه اکنون، الگویی از اندیشه و عمل مسئولانه در قبال سلامتی را در شرایط بیماری و حتی پس از آن به کار گیرد. علاوه بر این، می‌توان این مسئله را مطرح ساخت که شاید بیماران (نسبت به همسران خود) به میزان بیشتر و به صورت ملموس‌تری با مشکلات و آسیب‌ها روبرو بوده و از این جهت با انگیزه بالاتری در جلسات (درمان پذیرش و تعهد) شرکت کنند؛ متعاقباً آن الزام بیشتری جهت شرکت فعالانه در نشست‌ها را احساس کرده، توجه بیشتری به محتویات آموزشی نشان داده و عمل کردن متعهدانه بر اساس محتویات آموزش داده شده را (نسبت به همسران شرکت کننده در نشست‌های آموزش تقویت مقابله زوجی) حتی چند ماه پس از پایان یافتن مداخلات آموزشی حفظ کرده باشند.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بدون در نظر گرفتن همبودی و یا وجود سایر اختلالات جسمی و یا روان‌شناختی دیگر مورد بررسی قرار گرفته‌اند. لذا تعمیم نتایج پژوهش به سایر بیماران در کنار محدودیت‌های دیگری مانند انتخاب بیماران صرفاً

زنان مبتلا به سرطان پستان با فشارهای روانی ناشی از بیماری گزارش شده است (برای مثال ۲۳، ۲۷) در نظر گرفت.

بدون تردید سطوح بالای اضطراب سلامتی تجربه شده توسط بیمار، انکار بیماری، رفتارهای اجتنابی و یا اطمینان جویانه و سواس‌گونه ناشی از آن، خلق منفی و ناکارآمدی در کارکردها و وظایف مربوط به نقش‌های زوجی، هزینه‌های درمانی تحمیل شده بر خانواده و مواردی از این قبیل از یک سو می‌تواند سبک زندگی این افراد را متأثر ساخته و از سوی دیگر منجر به فشار روانی گردد که رضایت زناشویی زوجین را تحت تأثیر قرار دهد (۲۶)، به‌گونه‌ای که این بیماری نه تنها فرد بیمار بلکه همسر و روابط بین زوجین را نیز به میزان زیادی متأثر ساخته و اهمیت در نظر داشتن نقش همسر در حمایت از بیمار، کاهش فشار روانی به وجود آمده و کمک به اتخاذ سبکی از زندگی که منجر به اقدامات سلامتی بیشتری برای بیمار شود را نشان می‌دهد. به‌گونه‌ای که مطابق با آن چه ترا و همکاران (۲۳) نیز اذعان داشته‌اند، این نگرش در حال شکل‌گیری است که سرطان به عنوان یک مسئله زوجی و آن چه "بیماری ما" (در مقابل با "بیماری من") خوانده می‌شود در نظر گرفته شود؛ نگرشی که بر بیمار و همسر وی تمرکز داشته و علاقه‌مندی به شرکت دادن زوجین به صورتی مشترک در مداخلات درمانی روان‌شناختی را بیش از پیش آشکار می‌سازد.

در نظر داشتن بیماری سرطان پستان به عنوان "بیماری ما" و قرار دادن زوجها در جلسات مشترک آموزش مهارت‌های مقابله نگرشی سیستمی به مفهوم مقابله را به همراه دارد که می‌تواند منجر به این مسئله گردد که همسر بیمار خود را کنار نکشیده و خود را بخشی از سیستمی بداند که در قبال آن مسئولیت داشته و از سبکی متفاوت در حل تعارضات استفاده کند؛ در نتیجه چنین تلاش‌هایی زوجین می‌توانند اقداماتی را برای بازگرداندن سطحی رضایت بخش از تعادل انجام داده و به سطحی از سازگاری خوب (برگشت به عملکرد قبل از عامل فشارزا) دست یابند. آموزش مقابله زوجی با کمک به زوجین در توانایی مدیریت استرس، افزایش توانایی مقابله به عنوان یک زوج، حساس شدن زوجین نسبت به عدالت و احترام متقابل، بهبود روابط زناشویی و نیز بهبود توانایی مهارت حل مسئله، می‌تواند با ارتقای توانمندی آن‌ها در رویارویی با تهدید ناشی از بیماری، اتخاذ سبک‌هایی از مقابله سازگارانه‌تر در برابر فشار روانی به وجود آمده و حمایت‌های متقابل زوجین از همدیگر در چنین شرایطی می‌تواند موجبات کاهش سطوح اضطراب، اتخاذ راهبردهای مسئله مدار و به تبع آن در پیش گرفتن سبک زندگی سالم‌تری از جانب بیمار گردد. لذا قابل پیش‌بینی است که علاوه بر آن چه در زمینه اثربخشی این سبک از مداخله روان‌شناختی بر بهبود عملکرد ارتباطی زوجین (۲۳) و کاهش فشار روانی مرتبط با سرطان در

تفاوت مشاهده شده در نمرات شرکت کننده‌گان گروه‌های آزمایش با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در هر دو متغیر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت می‌تواند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش تقویت مقابله زوجی را به‌عنوان مداخلاتی اثربخش جهت کاهش علائم اضطراب سلامتی و نیز بهبود شاخص‌های روان‌شناختی سبک زندگی ارتقاء دهنده زنان مبتلا به سرطان پستان به حساب آورد. در نتیجه روان‌درمانگران و مشاوران می‌توانند این مداخلات را جهت بهبود سلامت روان چنین بیمارانی به کار گیرند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی دانشگاه ارومیه می‌باشد که بر اساس مصوبه ۲۶/۲۳۴۰ تاریخ ۱۳۹۶/۵/۱۵ در شورای آموزشی و تحصیلات تکمیلی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه به‌عنوان رساله دوره دکتری روانشناسی ثبت گردید و با همکاری مرکز تحقیقات پیشگیری از سرطان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است. نویسندگان مقاله لازم می‌دانند بابت همکاری‌های صورت گرفته، از مسئولین این مرکز و نیز شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر به عمل آورند.

از بین زنان و نیز بیماران مبتلا به سرطان پستان، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جمع‌آوری اطلاعات، عدم توانایی در انتخاب تصادفی افراد گروه نمونه و انجام پژوهش صرفاً در یکی از بیمارستان‌های شهر اصفهان محدودیت همراه است. همچنین می‌توان از یکی بودن پژوهشگر و درمانگر به‌عنوان محدودیت دیگر پژوهش نام برد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی با رفع و یا کاستن این محدودیت‌ها، کارآیی این مداخلات به‌صورتی گسترده‌تر بر اضطراب سلامتی و سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت افراد مبتلا به سرطان پستان و یا سایر بیماری‌های مختل کننده بهداشت روان افراد مورد بررسی واقع شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش اضطراب بیماری و بهبود سبک زندگی این بیماران علاوه بر به‌کارگیری درمان پذیرش و تعهد، نقش توانمند سازی همسر در مقابله با فشار روانی ایجاد شده و حمایت روانی از این بیماران مورد توجه بیشتر روان‌درمانگران قرار گرفته و به‌صورتی جامع، اقدامات حمایتی روانی- اجتماعی در کنار سایر مراقبت‌های پزشکی به این بیماران ارائه گردد.

### نتیجه‌گیری

### References:

1. Christensen H, Marck D. The efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR) for decreasing anxiety and depression among breast cancer survivors. *Sch Physician Assist Stud* 2017; 16: 613.
2. Tsaras K, Papanthanasou IV, Mitsi D, Veneti A, Kelasi M, Zyga S, Fradelos EC. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors. *Asian Pac J Cancer Prev* 2018; 19(6): 1661-9.
3. Nahleh Z, Bhatti NS, Mal M. How to reduce your cancer risk: mechanisms and myths. *Int J General Med* 2011; 4: 277-87.
4. Lim CC, Devi MK, Ang E. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc* 2011; 9(3): 215-35.
5. Lisa B, David K. Anxiety and depression in women with breast cancer. *Cancer Forum* 2017; 41(1): 55-61.
6. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: Current perspectives and future directions. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 306-12.
7. Shannon L, Jones H, Hadjistavropoulos D, Gullickson K. Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychol Health Med* 2014; 19(5): 525-35.
8. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20(14): 3137-48.
9. Del Valle MO, Martin-Payo R, Lana A, Garcia JB, Folgueras MV, Lopez ML. Behavioural cancer risk factors in women diagnosed with

- primary breast cancer. *J Adv Nur* 2014; 70(12): 2810-20.
10. Mo PK, Winnie WM. The influence of health promoting practices on the quality of life of community adults in Hong Kong. *Soc Indic Res* 2010; 95(3): 503-17.
  11. WHO. Workplace health promotion benefits. Available at: [http://www.who.int/occupational\\_health/topics/workplace/en/index1.html](http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html). 2016.
  12. Walker SN, Sechrit KR, Pender NJ. The health promoting lifestyle profile; development and psychometric characteristics. *Nurs Res* 1987; 36: 76-81.
  13. Zhang CX, Ho SC, Fu JA, Cheng SZ, Chen YM, Lin FY. Dietary patterns and breast cancer among Chinese women. *C C C* 2011; 22: 115-24.
  14. Kruk J. Association between vegetable, fruit and carbohydrate intake and breast cancer risk in relation to physical activity. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014; 15(11): 4429-36.
  15. Thoma N, McKey D. Working with Emotion in cognitive-behavioral therapy: Techniques for clinical practice. Tehran: Arjmand press; 2015. (Persian)
  16. Flaxman PE, Blackledge JT, bond FW. Acceptance and Commitment Therapy; Distinctive Features. Translated by Mirzaie M & Nonahal S. Tehran: Arjmand publication; 2011. (Persian)
  17. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* 2010; 30(7): 865-78.
  18. Mohabat Bahar S, Akbari ME, Maleki F, Moradi joo M. The effectiveness of group psychotherapy based on acceptance and commitment on quality of life in women with breast cancer. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2015; 9(34): 17-26. (Persian)
  19. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *Eur J Cancer Care* 2015; 24(1): 15- 27.
  20. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Weight Self-Efficacy Lifestyle in Obese Women. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015; 25(123): 159-69. (Persian)
  21. Heydari M, masafi S, jafari M, Saadat SH, Shahyad Sh. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression of Razi Psychiatric Center Staff. *Open Access Maced J Med Sci* 2018; 6(2): 410-5. (Persian)
  22. Bastami M, Goodarzi N, Dowran B, Dabaghi P. effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) to increase their quality of life of military personnel with type 2 diabetes mellitus. *Nurse and Physician Within War* 2016; 4(12):119-26. (Persian)
  23. Traa MJ, De Vries J, Bodenmann G, Den Oudsten BL. Dyadic coping and relationship functioning in couples coping with cancer: A systematic review. *Br J Health Psychol* 2014; 20(1): 85-114.
  24. Keesing S, Rosenwax L, McNamara B. A dyadic approach to understanding the impact of breast cancer on relationships between partners during early survivorship. *BMC women's health* 2016; 16(1): 57.
  25. Browall M, Gaston-Johansson F, Danielson E. Postmenopausal women with breast cancer: their experiences of the chemotherapy treatment period. *Cancer Nurs* 2006; 29: 34-42.
  26. Bodenmann G, Shantinath SD. The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based

- upon stress and coping. *Fam Relat* 2004; 53: 477-84.
27. Borstelmann NA, Rosenberg SM, Ruddy KJ, Tamimi RM, Gelber S, Schapira L, Partridge AH. Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho Oncology* 2015; 24(12): 1679-85.
28. Baucom DH, Porter LS, Kirby JS, Gremore TM, Wiesenthal N, Aldridge W, et al. A couple-based intervention for female breast cancer. *Psycho Oncology* 2009; 18(3): 276-83.
29. Bodenmann G, Charvoz L, Cina A, Widmer K. Prevention of marital distress by enhancing the coping skills of couples: 1-year follow-up study. *Swiss J Psychol* 2001; 60: 3-10.
30. Pukay-Martin ND. Breast cancer and the couple relationship: A qualitative analysis, Doctoral Thesis, Capella University; 2009.
31. Heinrichs N, Zimmermann T, Huber B, Herschbach P, Russell DW, Baucom DH. Cancer Distress Reduction with a Couple-Based Skills Training: A Randomized Controlled Trial. *Ann Behav Med* 2011; 43(2): 239-52.
32. Yang HC, Brothers BM, Andersen BL. Stress and quality of life in breast cancer recurrence: moderation or mediation of coping? *Ann Behav Med* 2008; 35(2): 188-97.
33. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32: 843-53.
34. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cognit Ther Res* 2007; 31: 871-83.
35. Nargesi F, Izadi F, Kariminejad K, Rezaii Sharif A. The investigation of the reliability and validity of Persian version of Health anxiety questionnaire in students of Lorestan University of Medical Sciences. *Quarterly of Educational Measurement* 2017; 7(27): 147-58. (Persian)
36. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist KR. A Spanish Language Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nurs Res* 1990; 39(5): 268-73.
37. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(1): 102-13. (Persian)
38. Pourmeidani S, Noori A, Shafti SA. Relationship Between Life Style and Marital Satisfaction. *J Fam Res* 2014; 10(3): 331-344. (Persian)
39. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.

## THE EFFICACY OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY AND COUPLES COPING ENHANCEMENT TRAINING ON HEALTH ANXIETY AND HEALTH PROMOTING LIFESTYLES IN WOMEN WITH BREAST CANCER: A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY

Mehran Alipour<sup>1</sup>, Firouzeh Sepehrian Azar<sup>2</sup>, Esmail Soleimani<sup>3</sup>, Fariborz Mokarian<sup>4\*</sup>

Received: 03 Jan, 2019; Accepted: 07 Mar, 2019

### Abstract

**Background & Aims:** Breast cancer can lead to different levels of anxiety and be affected by lifestyle. The purpose of this study was to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy and Couples Coping Enhancement Training on Health Anxiety and Health Promoting Lifestyles in Women with Breast Cancer.

**Materials & Methods:** This study was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, and control groups with 3 months follow-up. The study population consisted of female patients with breast cancer who were referred to Isfahan's Seyed Alshohada Hospital in 2017. Among them, 45 volunteers were selected through Purposive sampling after checking the inclusion criteria and they were randomly assigned to experimental and control groups. Experimental groups were investigated for 90 minutes in 9 sessions. The data were collected using Salkovskis et al. Health Anxiety Inventory (2002) and Walker et al. Health-promoting lifestyle Inventory (1990) and data were analyzed using repeated measurements analysis.

**Results:** The results showed that there was a significant difference in health anxiety and Health Promoting Lifestyles between experimental groups and control group ( $p=0.000$  and  $p=0.002$ ). Moreover, Acceptance and Commitment Therapy was more effective on variables such as Responsibility for health ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the findings, it can be concluded that interventions are effective strategies to reduce the symptoms of health anxiety and also to improve the psychological indicators of Health Promoting Lifestyles in women with breast cancer.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Couples Coping Enhancement Training, Health Anxiety, Health Promoting Lifestyle, Breast Cancer

**Address:** Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Tel:** +989133140414

**Email:** mokarian@med.mui.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2019; 30(2): 154 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Ph.D Student of psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia University, Urmia, Iran.

<sup>2</sup> Professor, Department of psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author)