

Comparison of the Effectiveness and Stability of Integrated Transdiagnostic Treatment and Dialectical Behavior Therapy on Psychological Well-Being and Pain Perception in Patients with Cancer in Isfahan, Iran

Ehsan Kazemi¹, Ahmad Ghazanfari², Shahram Mashhadizadeh³, Reza Ahmadi⁴

Original Article

Abstract

Background: The process of cancer and its treatment has effects on patients, so that the physical and mental function of the patient is reduced. In this regard, the use of therapeutic approaches to improve mental health problems caused by the disease has been identified and presented. Considering the repetition of other therapeutic strategies and the variety of psychological problems of patients with cancer, lack of use of two strategies of integrated transdiagnostic treatment and dialectical behavior therapy (DBT) in the group of patients with cancer, and the impact of a person's cognitive skill on maintaining mental health, the purpose of the present study was to compare the effectiveness of integrated transdiagnostic treatment and DBT in psychological well-being and pain perception of patients with cancer.

Methods: The design of this quasi-experimental study was pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of the study consisted of all patients with cancer in Isfahan, Iran, in 2021. The study sample consisted of 63 patients with cancer who were selected by the available sampling method and randomly assigned to three experimental and control groups. Research data were collected using McGill Pain Questionnaire (MPQ) and Ryff's Psychological Well-Being Scale and analyzed using repeated-measures analysis of variance (ANOVA) in SPSS software.

Findings: Integrated transdiagnostic and DBT education was effective in improving pain perception and psychological well-being of patients with cancer in the experimental group compared to the control group. Moreover, there was a significant difference between the two educational strategies (integrated transdiagnostic and DBT) in the post-test for variable of pain perception ($P = 0.58$ and $P = 0.42$, respectively) and for the psychological well-being variable (0.27 and 0.17, respectively). In the follow-up phase, it was obtained as 0.58 and 0.43 for the pain perception variable and 0.30 and 0.17 for the psychological well-being variable ($P < 0.01$). Integrated transdiagnostic treatment has been more effective in the psychological well-being and pain perception of patients with cancer.

Conclusion: Integrated transdiagnostic treatment and DBT lead to increased psychological well-being and improved pain perception in patients, and health professionals can use this treatment method to improve the psychological performance of patients.

Keywords: Unified transdiagnostic treatment; Psychological wellbeing; Dialectical behavior therapy; Pain perception; Neoplasms

Citation: Kazemi E, Ghazanfari A, Mashhadizadeh S, Ahmadi R. Comparison of the Effectiveness and Stability of Integrated Transdiagnostic Treatment and Dialectical Behavior Therapy on Psychological Well-Being and Pain Perception in Patients with Cancer in Isfahan, Iran. J Health Syst Res 2022; 18(1): 8-16.

1- PhD Student, Department of Psychology, School of Humanities, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

3- Assistant Professor, Department of Basic Medical Sciences, School of Medical Sciences, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

4- Assistant Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Corresponding Author: Ahmad Ghazanfari; Associate Professor, Department of Psychology, School of Humanities, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran; Email: aghazan5@yahoo.com

مقایسه اثربخشی و پایداری آموزش فراتشخیصی یکپارچه نگر و رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان شناختی و ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان

احسان کاظمی^۱، احمد غضنفری^۲، شهرام مشهدی زاده^۳، رضا احمدی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: روند سرطان و درمان آن بر روی بیماران تأثیراتی می گذارد؛ به نحوی که عملکرد جسمی و روانی فرد مبتلا کاهش می یابد. در این راستا، بهره گیری از رویکردهای درمانی جهت بهبود مشکلات روان ناشی از بیماری شناسایی و ارایه شده است که با توجه به تکرار راهبردهای درمانی دیگر و تنوع مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان، عدم بهره گیری از دو راهبرد فراتشخیصی یکپارچه نگر و رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT یا Dialectical behavior therapy) در گروه بیماران مبتلا به سرطان و با توجه به تأثیر مهارت شناختی فرد در حفظ سلامت روان، هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر و DBT بر بهزیستی روان شناختی و ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان بود.

روش ها: طرح این مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون و دوره پیگیری همراه با گروه شاهد بود. جامعه آماری تحقیق را کلیه بیماران مبتلا به انواع سرطان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه ها شامل ۶۳ نفر از بیماران مبتلا به سرطان بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت قرعه کشی در سه گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. اطلاعات با کمک پرسش نامه ادراک درد (MPQ یا McGill Pain Questionnaire) و بهزیستی روان شناختی Ryfe جمع آوری گردید و با استفاده از آزمون Repeated measures ANOVA در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: آموزش فراتشخیصی یکپارچه نگر و DBT، بر بهبود ادراک درد و بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به سرطان گروه مداخله نسبت به گروه شاهد اثربخش بود. همچنین، تفاوت معنی داری بین دو راهبرد آموزشی (فراتشخیصی یکپارچه نگر و DBT) در مرحله پس آزمون به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۴۲، برای متغیر ادراک درد، برای متغیر بهزیستی روان شناختی به ترتیب ۰/۲۷ و ۰/۱۷، مرحله پیگیری برای متغیر ادراک درد به ترتیب ۰/۵۸ و ۰/۴۳ و برای متغیر بهزیستی روان شناختی به ترتیب ۰/۳۰ و ۰/۱۷ به دست آمد ($P < ۰/۰۱$). درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر بر بهزیستی روان شناختی و ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان مؤثرتر بود.

نتیجه گیری: درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر و DBT منجر به افزایش بهزیستی روان شناختی و بهبود ادراک درد در بیماران می شود و متخصصان حوزه سلامت می توانند از این روش درمانی جهت بهبود عملکرد روانی بیماران استفاده کنند.

واژه های کلیدی: فراتشخیصی یکپارچه نگر؛ بهزیستی روان شناختی؛ رفتاردرمانی دیالکتیک؛ ادراک درد؛ سرطان

ارجاع: کاظمی احسان، غضنفری احمد، مشهدی زاده شهرام، احمدی رضا. مقایسه اثربخشی و پایداری آموزش فراتشخیصی یکپارچه نگر و رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهزیستی روان شناختی و ادراک درد در بیماران مبتلا به سرطان شهر اصفهان. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۱۸ (۱): ۱۶-۸

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۱/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۹/۱۴

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۷/۲۶

دادن اشتها، کیفیت پایین تر زندگی، افت عملکرد روانی به ویژه احساس بهزیستی روان شناختی (Psychological well-being) اشاره کرد (۳). Wells بر اساس الگوی بهزیستی روان شناختی Ryfe، شش بعد مختلف از بهزیستی روان شناختی ارایه داد که شامل «پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، هدف در زندگی و رشد شخصی» می باشد (۳) که افراد مبتلا به سرطان به دلیل شرایط دشوار بیماری و البته درمان پذیری سخت و بروز ناامیدی، با افت بهزیستی روانی مواجه می باشند (۴).

مقدمه

سرطان با رشد و انتشار غیر قابل کنترل سلول های ناهنجار بدن شروع و با وجود پیشرفت های پزشکی، هنوز از نظر بیشتر مردم، بیماری مهلک و در هر صورت کشنده تلقی می گردد (۱). آژانس تحقیقات بین المللی گزارش داد که روند سرطان و درمان آن روی بیماران تأثیراتی دارد؛ عملکرد جسمی و روانی فرد مبتلا کاهش می یابد و می توان به علایمی از جمله شیوع بالای درد، خستگی، ضعف و از دست

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

۲- دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

۳- استادیار، گروه علوم پایه پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

۴- استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

نویسنده مسؤول: احمد غضنفری؛ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان است. این نکته و عدم توجه به نیازهای روان‌شناختی بیمارانی که امید چندانی به زندگی ندارند و با فرایند تفکر مداوم به مرگ در نتیجه فرایند دردناک درمان مواجه هستند، اقدام مهمی است که در حوزه روان‌شناسی می‌توان برای این گروه از افراد در نظر گرفت. تغییر نگرش نسبت به بیماری و امید به آینده بر اساس توجه به نیازهای روان‌شناختی و مشکلات روانی در فرایند بیماری بسیار مهم است؛ چرا که توجه به نیازهای روان‌شناختی بیماران، آنان را در مسیر تفکر مثبت قرار می‌دهد و اعتقاد به نقش فعال در تعیین سرنوشت را بهبود و میزان تلاش فرد برای پیگیری درمانی و مشارکت را افزایش می‌دهد. بنابراین، با توجه به این که برای بیماران مبتلا به سرطان مقایسه‌ای بین دو راهبرد فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT بر بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد صورت نگرفته است، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی این دو راهبرد بر بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان و مقایسه میزان اثربخشی این دو راهبرد بر بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد این بیماران انجام شد.

روش‌ها

این تحقیق از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش انجام، کارآزمایی آموزشی تصادفی شده (Randomized educational trial) همراه با مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون، گروه شاهد و دوره پیگیری ۴۵ روزه بود که در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بر روی ۶۳ نفر از بیماران مبتلا به انواع سرطان (خون، مغزاستخوان، غدد لنفاوی و معده) شهر اصفهان انجام گردید. این گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به شرایط اپیدمی کرونا و عدم دسترسی به کل جامعه انتخاب و با روش تخصیص قرعه‌کشی به سه گروه تقسیم شدند. اطلاعات مورد نیاز به کمک پرسش‌نامه‌هایی که در ادامه به تفصیل آمده است، جمع‌آوری گردید.

پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی Ryfe این ابزار در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است و در یک مقیاس شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (نمره ۶) تا کاملاً مخالف (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌شود و شامل شش بعد خودمختاری (ابعاد ۹، ۱۲، ۱۸)، تسلط بر محیط (ابعاد ۱، ۴، ۶)، رشد شخصی (ابعاد ۷، ۱۵، ۱۷)، پذیرش خود (ابعاد ۲، ۸، ۱۰)، رابطه مثبت با دیگران (ابعاد ۳، ۱۱، ۱۳)، زندگی هدفمند (ابعاد ۵، ۱۴، ۱۶) است. در ایران، بهزادپور و همکاران ضریب پایایی برای این مقیاس را ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های فوق به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۰ و ۰/۷۸ گزارش کردند و روایی مقیاس نیز به روش روایی سازه و با اجرای پرسش‌نامه‌های رضایت از زندگی، شادکامی Oxford و عزت نفس Rosenberg (Self-esteem scale یا SES) محاسبه و به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (۱۵).

پرسش‌نامه ادراک درد McGill Pain Questionnaire/McGill

یا MPQ: این مقیاس شامل ۱۵ سؤال چهار درجه‌ای است (بدون درد تا شدید) که به صورت نمره یک (بدون درد)، نمره دو (درد خفیف)، نمره سه (درد متوسط)، نمره ۴ (درد شدید) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره در پرسش‌نامه مذکور، به ترتیب ۱۵ و ۶۰ است. مرادی‌فرد و همکاران این پرسش‌نامه را برای بیماران مبتلا به عروق کرونری قلب بررسی و روایی همگرا برای این آزمون را ۰/۸۶ گزارش نمودند (۱۶).

Vance و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که درد ناشی از بیماری و فرایند درمان، کاهش وزن و تغییرات جسمانی - ظاهری در نتیجه فرایند درمان، میزان بهزیستی روان‌شناختی و نگرش‌های مثبت در بیماران را کاهش می‌دهد (۵). از نظر Wei و Wang، بیماران مبتلا به سرطان اغلب مرحله درمان را مرحله انفعالی و ساکن و این جریان را بی‌فایده و غیر مولد می‌دانند؛ چرا که در جریان بیماری متحمل درد زیادی می‌شوند که بهره‌گیری از درمان‌های جایگزین نیز برای کاهش درد آن‌ها مفید و مؤثر نیست (۶). درد یکی از علایم شایع در بیماران مبتلا به سرطان است؛ چرا که در ۳۰-۲۰ درصد در موارد مراحل اولیه طول بیماری و تا ۷۵ درصد از بیماران در مراحل پیشرفته بیماری علایم آن بروز می‌کند. بنابراین، شیوع درد سرطان در هر مرحله بیماری بیش از ۵۰ درصد است (۷). ضمن این که بیماران باید از ترس عود سرطان و مرگ زندگی کنند. همه این عوامل اثرات منفی طولانی مدت بر سلامت روان بازماندگان و یا مبتلایان در حال درمان سرطان دارد. بنابراین، بهره‌گیری از رویکردهای درمانی در جهت پوشش و اهمیت به نیازهای روان‌شناختی مبتلایان با هدف تقویت سلامتی، بهبود کیفیت زندگی و کاهش علایم بیماری و عوارض جانبی مرتبط با درمان‌های معمول زیستی، ناگزیر و اجتناب‌ناپذیر است (۸).

درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و رفتاردرمانی دیالکتیک (DBT یا Dialectical behavior therapy)، از جمله رویکردهای درمانی می‌باشد که در سال‌های اخیر مؤثر و کاربردی بوده‌اند (۹). پروتکل درمانی فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، مبتنی بر اصول اولیه درمان شناختی - رفتاری است و تأکید اختصاصی آن بر شیوه‌ای است که درمانجویان هیجانات خود را شناسایی می‌کنند و به آن‌ها پاسخ دهند. این ساز و کارها فقط به تغییر رفتار از جمله تجربه هیجان نمی‌انجامد، بلکه منجر به تغییر در کارکرد مغز و ایجاد خاطرات جدید می‌شود (۱۰).

در واقع، این راهبرد درمانی، یک رویکرد ساختار و شامل چهار مرحله شخصی (تنظیم توجه و هیجان)، مواجهه (تنظیم رفتاری)، کار بر روی روابط میان فردی و همدلی (بینش اخلاقی و پیشگیری از عود) می‌باشد و بر سازه‌های متعدد روان‌شناختی از جمله کاهش دردهای سرطانی مؤثر واقع شده است (۱۱). یکی دیگر از درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری، DBT است که توسط Linehan معرفی شده است (۱۲). این روش چهار مؤلفه مداخله‌ای شامل «هوشیاری فراگیر بنیادین (معطوف کردن هدفمند توجه به زمان حال و بدون قضاوت از تجارب لحظه به لحظه)، تحمل پریشانی (مواجه شدن با احساسات و موقعیت‌های دشوار)، تنظیم هیجانی (پذیرش هیجان‌های خود و کنترل مناسب آن‌ها)، کارآمدی بین فردی (گسترش و حفظ روابط مؤثر و رضایت‌بخش)» را مطرح می‌کند. بنابراین، با استفاده از مهارت‌ها و تکنیک‌های روش DBT، می‌توان به خویش‌داری هیجانی بهتری دست یافت و هیجانات دردسرساز و شدید که اغلب ریشه در بنیادهای ژنتیک و تجارب ناگوار دارند را کنترل کرد و خوشبختی، شادی و توانایی‌های بالقوه خود را شکوفا کرد، بدون این که در مورد خود و یا تجارب گذشته قضاوت یا انتقادی صورت گیرد (۱۳). در این راستا، راهبرد DBT در پژوهش‌های عرب‌زاده و همکاران، منجر به بهبود تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی زوجین دارای تعارض شده است (۱۴). بررسی مبانی نظری و یافته‌های مورد اشاره، به نقش تعیین‌کننده راهبردهای درمانی مبتنی بر موج سوم و درمان‌های شناختی - رفتاری اشاره دارد، اما نکته قابل توجه، محدودیت یافته‌های پژوهشی در حوزه اختلالات و

جلسه توجیهی به صورت حضوری برگزار شد، پس از بررسی‌های اولیه و لحاظ ملاک‌های ورود و خروج، آزمون‌های بهزیستی روان‌شناختی و MPQ به صورت حضوری اجرا گردید. از ۸۵ فرد مبتلا مرحله اول، تنها ۷۶ نفر دارای ملاک‌های ورود تشخیص داده شدند که با احتساب ملاک‌های ورود و خروج و قرار گرفتن نفرات در رابطه ۱، بیماران منتخب به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و شاهد (۱۵ نفر در هر گروه) تقسیم شدند (۱۹). با توجه به شرایط اپیدمی کرونا و لزوم رعایت قرنطینه اجتماعی به ویژه برای گروه‌های خاص، آموزش برای این گروه از افراد به صورت مجازی صورت گرفت.

$$n_0 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 Pq}{d^2} = 384 \quad \text{رابطه ۱}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = n = \frac{384}{1 + \frac{384}{76}} = 63.47$$

معیارهای ورود به تحقیق شامل کسب نمره پایین‌تر از ۵۰ در پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی و بیشتر از ۳۰ در پرسش‌نامه MPQ، عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی و آموزشی دیگر و تمایل به شرکت در جلسات آموزشی، سطح سواد حداقل خواندن و نوشتن و دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال بود.

روش مداخله: شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول تحت ۱۱ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای DBT و گروه آزمایش دوم تحت آموزش ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله، از افراد شرکت‌کننده فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ گردید. همچنین، به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات اطمینان داده شد.

برنامه مداخله DBT: این بسته آموزشی توسط Denaro برای همه گروه‌های سنی به صورت انفرادی و گروهی طراحی گردید (۱۷). اهداف رفتاری ابتدای جلسه برای بیماران شرح داده شد و در انتهای جلسه، تکالیف جدید ارائه گردید. جلسات به صورت هفتگی (سه بار در هفته) به مدت ۱ ساعت اجرا گردید (جدول ۱).

برنامه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر: این بسته آموزشی توسط Barlow و همکاران برای درمانجویان به صورت انفرادی و گروهی با توجه به شدت و نوع مشکل تعیین گردید (۱۸). جلسات به صورت هفتگی (سه بار در هفته) به مدت ۱ ساعت اجرا شد (جدول ۲).

شیوه اجرا: با همکاری واحد آموزش دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، در زمستان ۱۳۹۹ اقدام به دریافت معرفی‌نامه برای مراکز و بیمارستان‌های تخصصی مربوط به بیماران مبتلا به سرطان شد. پس از مراجعه به مراکز مربوط و اعلام همکاری تنها یک مرکز، با بیماران این مرکز

جدول ۱. شرح مختصر جلسات DBT) Dialectical behavior therapy

جلسه	مهارت	محتوای جلسه
اول	آشنایی	خیرمقدم، آشنایی اعضا و درمانگر، معرفی درمان DBT، کسب رضایت اعضا از شرکت در گروه و تعیین هدف، تعیین قرارداد درمانی، توضیح تفاوت بین درد و رنج و شرح چرخه رنج، توضیح هیجانات، تعیین تکالیف آموزشی
دوم	تحمل پریشانی	توضیح عملکرد ذهن هیجانی و هیجانات آشفته‌ساز، شرح مهارت تحمل پریشانی و اهداف آن، تمرین مهارت پذیرش بنیادین، توضیح مهارت توجه برگردانی و خودآرامش‌بخشی و تمرین بخشی از مهارت‌های توجه برگردانی، تدوین برنامه توجه برگردانی
سوم	-	آموزش و تمرین بخش دیگری از مهارت‌های توجه برگردانی، آموزش مهارت خودآرامش‌بخشی، تدوین برنامه توجه برگردانی و خودآرامش‌بخشی، آموزش و تکمیل کاربرد بررسی جوانب مثبت و منفی توجه برگردانی
چهارم	-	آشنایی با استراتژی‌های پذیرش، شرح پذیرش متضاد، تغییر ذهن و میل، تمرین آرامش وابسته به نشانه، آموزش و تمرین مهارت‌های تعیین وقت استراحت، خودگویی تأییدگرانه، افکار مقابله‌ای خودتشویق‌گرانه، تدوین راهبردهای مقابله‌ای جدید برای موقعیت‌های آشفته‌ساز
پنجم	ذهن‌آگاهی	مهارت ذهن‌آگاهی، شرح سه حالت ذهنی، توضیح مهارت چه چیز و تمرین تکنیک‌های آن (مشاهده، توصیف، مشارکت)، شرح و تمرین دسته نور و تمرین تمرکز بر شیء
ششم	-	توضیح و شرح مهارت چگونه، آموزش و تمرین مهارت‌های تجربه درونی بیرونی، ثبت سه دقیقه‌ای افکار، ناهمجوشی فکر، تکمیل کاربرد توصیف هیجان
هفتم	-	توضیح ذهن خردمند و تمرین مهارت‌های مراقبه ذهن خردمند، آموزش تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، آموزش ثبت قضاوت‌های منفی، تدوین برنامه ذهن‌آگاهی
هشتم	تنظیم هیجان	شرح مهارت تنظیم هیجان، عملکرد آن و اهداف، آموزش تشخیص، تجربه و نام‌گذاری هیجانات، آموزش مهارت ثبت هیجانی، تکمیل کاربرد شناسایی رفتارهای خودآسیب‌رسان
نهم	-	تمرین ذهن‌آگاهی، مرور جلسه قبل، آموزش مهارت مشاهده خویشتن بدون قضاوت، آموزش مهارت ناهمجوشی فکر و هیجان، آموزش مهارت تعادل بین افکار و احساسات و افزایش هیجانات مثبت، تعیین تکالیف خانگی
دهم	-	تمرین ذهن‌آگاهی، مرور جلسه قبل، آموزش مهارت رویارویی با هیجان، آموزش مهارت عمل متضاد و تدوین برنامه عمل متضاد، تکمیل کاربرد تحلیل رفتار، تعیین تکالیف خانگی
یازدهم	خاتمه	تمرین ذهن‌آگاهی، مرور جلسه قبل، شرح مهارت میانه‌روی، گرفتن بازخورد از اعضای گروه و مرور مهارت‌ها و پس‌آزمون

DBT: Dialectical behavior therapy

جدول ۲. شرح مختصر جلسات فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

جلسه	محتوای جلسه
اول	افزایش انگیزه، مصاحبه‌های انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول زمان، ارایه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
دوم	ارایه آموزش روانی، بازشناسی هیجانات و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مؤلفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC
سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش به آن‌ها) به خصوص با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی
پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجانات، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه
ششم	اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
هفتم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان
هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارو شدن با رفتارها
هشتم	آگاهی و تحمل احساسات جسمانی، افزایش آگاهی از نقش احساسات جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرینات مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساسات جسمانی و افزایش تحمل این علائم
نهم تا یازدهم	رویارویی احشایی و رویارویی با هیجان مبانی بر موقعیت، آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرینات مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
دوازدهم	پیشگیری از عود افکار ناکارآمد، مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار
	پرسش و پاسخ، مرور جلسات قبل و پس‌آزمون

ARC: Attachment, Regulation, and Competency; EDBs: Emotion-driven behaviors

سنی ۲۵ تا ۳۴ سال و ۵۷/۱ درصد نیز در دامنه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال قرار داشتند. همچنین، ۲۸/۶ درصد از نمونه‌ها را زنان و ۷۱/۴ درصد را مردان تشکیل دادند. ضمن این که ۲۷/۰ درصد دارای تحصیلات سیکل و دیپلم، ۶۵/۱ درصد دارای تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۷/۹ درصد نیز دارای تحصیلات بالاتر از کارشناسی بودند. در نهایت، ۷۱/۴ درصد افراد شاغل و ۲۸/۶ درصد نیز فاقد شغل بودند. بر اساس داده‌های جدول ۳، میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش در مراحل پس از آموزش نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر بارزی داشت.

جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها در سه مرحله با استفاده از آزمون Repeated measures ANOVA، رعایت برخی پیش‌فرض‌ها ضروری است. نتایج آزمون Levene جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته بزرگ‌تر از ۰/۰۵ و همسانی واریانس در جامعه تأیید می‌شود. همچنین، مقدار معنی‌داری در آزمون Kolmogorov-Smirnov برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع مؤلفه‌های مربوط در جامعه پذیرفته می‌شود ($P > 0.05$). نتایج آزمون Mauchly نیز در هر دو سازه بالاتر از ۰/۰۵ گزارش شد. آزمون Repeated measures ANOVA در جدول ۴ ارایه شده است.

غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف خانگی نیز به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شد. در پژوهش حاضر، مفاد بیانیه Helsinki (توضیح اهداف برای بیماران، کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد بررسی، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل) رعایت گردید. در عین حال، گروه شاهد در راستای معیارهای اخلاقی توصیه شده، در پایان دوره اجرای مطالعه، به صورت آزادانه و به شکل فشرده تحت یکی از آموزش‌های فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT قرار گرفتند. ضمن این که روند انتخاب و ارزیابی تحقیق به تأیید کمیته تخصصی نظارت بر مطالعات علمی رسید و دارای کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1400.005 از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون Repeated measures ANOVA) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ (version 24, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که ۴۲/۹ درصد از شرکت‌کنندگان در دامنه

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرها به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

گروه	بهزیستی روان‌شناختی						ادراک درد
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
فراتشخیصی یکپارچه‌نگر	۶۱/۳۸ ± ۴/۴۰	۶۱/۴۷ ± ۴/۵۰	۴۴/۲۸ ± ۷/۳۳	۴۴/۵۷ ± ۸/۸۸	۳۴/۹۵ ± ۷/۳۷	۳۴/۵۷ ± ۸/۸۸	۳۴/۹۵ ± ۷/۳۷
DBT	۵۷/۶۶ ± ۵/۰۷	۵۷/۷۶ ± ۵/۰۴	۴۵/۲۳ ± ۴/۶۶	۴۵/۴۲ ± ۶/۸۸	۳۸/۳۳ ± ۷/۱۲	۳۷/۴۲ ± ۶/۸۸	۳۸/۳۳ ± ۷/۱۲
شاهد	۵۰/۷۶ ± ۵/۳۵	۴۷/۹۰ ± ۴/۸۰	۴۵/۲۸ ± ۵/۰۱	۴۵/۲۸ ± ۶/۷۳	۴۶/۲۳ ± ۶/۹۲	۴۵/۷۱ ± ۶/۷۴	۴۶/۲۳ ± ۶/۹۲

DBT: Dialectical behavior therapy

داده‌ها بر اساس میانگین ± انحراف معیار گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل Repeated measures ANOVA ادراک درد و بهزیستی روان‌شناختی

سازه	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
بهزیستی روان‌شناختی	مراحل پژوهش	۱۳۰۸/۷۷۲	۲	۲۸۶/۳۸۶	۲۸۶/۹۲۵	۰/۰۰۱	۰/۸۲۷	۱
	گروه‌ها	۲۶۶۶/۷۴۱	۲	۱۳۳۳/۳۷۰	۱۹/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۸	۱
	تعامل گروه‌ها با زمان پژوهش	۱۷۲۹/۵۴۵	۴	۴۳۲/۳۸۶	۱۸۹/۵۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۳	۱
	مراحل پژوهش	۱۲۳۴/۷۴۱	۲	۶۱۷/۳۷۰	۵۳/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۱
	گروه‌ها	۲۰۱۶/۶۴۶	۲	۱۳۱/۳۲۳	۷/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۲۰۳	۰/۹۳۷
	تعامل گروه‌ها با زمان پژوهش	۸۱۲/۵۶۱	۴	۲۰۳/۱۴۰	۱۷/۴۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۸	۱

۱۷/۷ درصد می‌باشد و بین دو راهبرد آموزشی در مراحل پس‌آزمون با $P = ۰/۲۲۰$ و پیگیری با $P = ۰/۱۳$ برای سازه ادراک درد به دلیل داشتن سطح معنی‌داری بالاتر از $۰/۰۱$ ، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > ۰/۰۱۰$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر گویای اثربخشی آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT بر بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان بود که با یافته‌های مطالعات مظفری مطلق و همکاران (۱۱)، عرب‌زاده و همکاران (۱۴)، شهبازی و شریفی نژاد رودانی (۲۰)، Boersma و همکاران (۲۱)، Allen و همکاران (۲۲)، Hung و همکاران (۲۳)، ذاکری (۲۴) و Ustundag Budak و همکاران (۲۴) همخوانی داشت.

بر اساس یافته‌های جدول ۴، تفاوت بین میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد در هر سه مرحله معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۰۱$). سپس به مقایسه تفاوت میانگین گروه‌ها به صورت زوجی بر اساس آزمون تعقیبی Bonferroni پرداخته شد. نتایج جدول ۵ نشان داد در بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد، بین گروه شاهد با گروه‌های آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P > ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT بر بهزیستی روان‌شناختی در پس‌آزمون به ترتیب $۵۸/۳$ و $۴۲/۳$ درصد و در مرحله پیگیری نیز به ترتیب $۵۸/۷$ و $۴۳/۹$ درصد گزارش گردید. نتایج نشان داد که تفاوت بین دو گروه آزمایش در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار بود ($P > ۰/۰۱۰$). در زمینه ادراک درد نیز نتایج حاکی از آن بود که آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT بر ادراک درد در پس‌آزمون به ترتیب $۲۷/۵$ و $۱۷/۳$ درصد و در مرحله پیگیری به ترتیب $۳۰/۴$ و

جدول ۵. نتایج برآورد شاخص‌ها جهت مقایسه سه گروه به تفکیک متغیر وابسته در مراحل پژوهش

متغیر	مرحله	مقایسه	آماره	مقدار P	حجم اثر
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شاهد	-۱/۰۴۸	۰/۴۸۷	۰/۰۰۸
		گروه DBT با شاهد	-۱/۳۳۳	۰/۳۷۷	۰/۰۱۳
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یا DBT	-۰/۲۸۶	۰/۸۴۹	۰/۰۰۱
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شاهد	۱۳/۴۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
	پس‌آزمون	گروه DBT با شاهد	۹/۷۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یا DBT	-۰/۲۸۶	۰/۸۴۹	۰/۰۰۱
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شاهد	۱۴/۳۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
		گروه DBT با شاهد	۱۰/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۹
	پیگیری	گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یا DBT	-۳/۷۱۴	۰/۰۲۰	۰/۰۸۷
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شاهد	-۱	۰/۶۳۸	۰/۰۰۴
		گروه DBT با شاهد	-۰/۰۴۸	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یا DBT	۰/۹۵۲	۰/۶۵۴	۰/۰۰۳
ادراک درد	پیش‌آزمون	گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شاهد	-۱۱/۱۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵
		گروه DBT با شاهد	-۸/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۱۷۳
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یا DBT	۲/۸۵۷	۰/۲۲۶	۰/۰۲۴
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شاهد	-۱۱/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴
	پیگیری	گروه DBT با شاهد	-۷/۹۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۷۷
		گروه فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یا DBT	۳/۳۸۱	۰/۱۳۰	۰/۰۳۸

DBT: Dialectical behavior therapy

در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با جهت‌گیری چهار عامل مشترک (رابطه درمانی، امید و انتظار درمان، آگاهی‌افزایی و نظم‌بخشی رفتار) سعی بر این است تا با ایجاد یک رابطه درمانی مناسب و همدلی کردن با بیماران با آگاهی‌افزایی، بیمار از شرایط جسمانی و روانی خود مطلع گردد و از بار سرمایه‌گذاری او بر شرایط سخت و غیر قابل درمان و یا در بعضی موارد غیر قابل تحمل فرایند شیمی‌درمانی کاسته شود و فرصتی برای تمرکز بیمار بر سایر ارزش‌ها مانند ارزش آن‌ها برای اطرافیان، ارزش‌های فردی خود آن‌ها و... مهیا شود؛ به طوری که فرد امکان شناسایی سایر توانایی‌ها، ارزشمندی‌ها و شایستگی‌های خویش را دریابد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل نماید (۲۵). در این راستا، مظفری مطلق و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که این راهبرد با بهره‌گیری از کل‌نگری به فرایند زندگی و تمرکز بر اهداف کلی‌تر، از متمرکز شدن بر جزئیات دردناک جلوگیری و با تمرکز مناسب و مؤثر بر اهداف فردی، فرایند درمان را تسهیل و همین امر میزان دردهای ناشی از سرطان را تعدیل و قابل کنترل‌تر و البته قابل تحمل‌تر می‌نماید (۱۱).

آگاهی‌افزایی موجب می‌شود که بیمار هشیارانه، با علاقه و پذیرش از تجارب خود و سایر افراد مشابه مطلع شود و بپذیرد که در شرایط حاضر با رخدادی مواجه است که با پذیرش و تلاش قادر به رفع و مدیریت آن می‌باشد و از احساس ضعف وی در مقابله با این بیماری کاسته خواهد شد و به جایگزین‌های مؤثری مانند امید داشتن، ارتباط مؤثر با کادر درمان و سایرین، اجتناب از افکار منفی و خودگویی‌های مثبت دست خواهد یافت. Boersma و همکاران در پژوهش خود اذعان داشتند که آگاهی نسبت به زمان حال و شرایط موجود، منجر به اصلاح هیجانات ناخوشایند و قبول آن‌ها می‌شود (۲۱) که با یافته‌های مطالعه حاضر همسو بود. بنابراین، بیمار در مقابله با هیجانات احساس خودکنترلی و خودتنظیمی بیشتری خواهد داشت و مدیریت هیجانات منفی و پیش‌فرض‌هایی همچون دردناک بودن فرایند درمان، تحت کنترل فرد درمی‌آید و آن را به عنوان یک ویژگی درمان و شرایط حاضر می‌پذیرد. قطعیتی جهت ادامه شرایط دشوار وجود ندارد؛ چرا که زیربنای آگاهی‌افزایی توانمندی بیمار در کنترل تأثیرپذیری از افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلفی است که در این گروه از بیماران به طور چشمگیری افزایش می‌یابد و به بیمار اجازه می‌دهد تا طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی در ذهن، تجربه کند (۲۶).

از سوی دیگر، وقتی بیمار تجارب درونی خود را با پذیرش نظاره می‌کند، احساس تسلط بر سرنوشت در وی ایجاد می‌شود و می‌پذیرد که با وجود یک رخداد ناخواسته، باز هم می‌تواند با مدیریت هیجانات منفی و مدیریت افکار منفی فاجعه‌آمیز، مدیریت مناسب‌تری را اخذ نماید و با همکاری بیشتر در این فرایند دردناک، درمان را تسریع و از شدت مشکلات ناشی از آن بکاهد. در فرایند درمان به دلیل فعالیت‌های گروهی و مشارکت در امر بهبودی، افراد می‌آموزند که خود نقش تعیین‌کننده‌ای را در موفقیت درمانی دارند و همین امر دایره ارتباطی آنان را افزایش و کیفیت ارتباطات مؤثر را افزایش خواهد داد. تحت این شرایط و با اشتراک‌گذاری تجارب گروهی، دیگر خاطرات، احساسات، افکار و احساسات بدنی دردناک و ناخوشایند نیست و تهدیدکننده و تحمل‌ناپذیر به نظر نمی‌رسد (۲۷). در این راستا، شهبازی و شریفی نژاد رودانی با انجام تحقیقی دریافته‌اند که بیمار در این روش، با تأکید بر کاهش شخصی‌سازی و این که ما مقصر بی‌قید و شرط اتفاقات زندگی مان هستیم، می‌پذیرد که زندگی علاوه بر

اختیار تحت رخدادهایی قرار می‌گیرد که ما در بروز آن‌ها اختیاری نداریم و تنها می‌توانیم با این اتفاقات کنار بیاییم و بپذیریم که برای هر کسی می‌تواند رخ دهد و تنها مهارت مقابله درمانی و روانی را در خودمان باید تقویت کنیم و همین امر میزان بهزیستی و پذیرش را در فرد افزایش می‌دهد (۲۰).

ذاکری در راستای اثربخشی این روش درمانی، اذعان داشت که آگاه شدن به این شیوه و تأکید بر نقش فردی بیمار در بهبود و حفظ شرایط سلامت روانی و به دنبال آن، درک بهتر شرایط، پذیرش زمان حال و امید به آینده، به بیماران کمک می‌کند تا رابطه خود با افکار و احساسات دردناک را به نوعی تغییر دهند و میزان پذیرش فردی بیشتری داشته باشند و خود را به عنوان قوی‌ترین فرد مؤثر در فرایند درمان می‌پذیرد و همین احساس استقلال و نقش مؤثر، به فرد توانایی بیشتری برای مقابله با دشواری‌های درمان اعطا می‌کند (۲۴). تحت این شرایط، تأثیر و نفوذ افکار ناکارآمد بر زندگی کاهش می‌یابد و بیماران به تجربیات جدید خود بیشتر بها می‌دهند و با گشودگی بیشتری پاسخ می‌دهند و رویدادها را به همان شکلی که هست، می‌پذیرند و نه براساس افکار منفی و فاجعه‌آمیز. در واقع، بیماران می‌آموزند که برخی رخدادهای زندگی خارج از اختیار فردی است و می‌توانند با تمرکز بر چیزی که رخ داده است، از زندگی لذت ببرند. معنای رنج را درمی‌یابند و به دنبال نقاط روشنی در زندگی به ادراک پرمعناتری دست می‌یابند. Ustundag Budak و همکاران نیز اثربخشی این روش درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران را تأیید نمودند (۲۵).

در راستای دستیابی به نتایج فوق، نویسندگان با محدودیت دسترسی به گروه هدف به دلیل لزوم رعایت قرنطینه اجتماعی و شرایط سخت اجرا مواجه بودند؛ ضمن این که به دلیل عدم همکاری سازمان مربوط، از روش تمام تصادفی استفاده نشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به جهت افزایش سطح تعمیم‌پذیری نتایج، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد و سایر گروه‌های مبتلا به سرطان نیز مورد بررسی قرار گیرند و نتایج باهم مقایسه شود؛ چرا که در پژوهش حاضر با توجه به جدید بودن مقایسه دو روش درمانی و اثربخشی راهبردهای فوق، بخش تازه‌ای به بدنه درمان روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان افزوده شده است و سایر پژوهشگران و درمانگران قادر به بهره‌گیری از این راهبردها در درمان روان‌شناختی در کنار درمان‌های زیستی خواهند شد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT بر بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان صورت پذیرفت. نتایج آزمون Repeated measures ANOVA نشان داد که بهزیستی روان‌شناختی و ادراک درد در نتیجه دو راهبرد آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT بهبود یافت. بین دو آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر و DBT در بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود داشت، اما در سازه ادراک درد در هیچ یک از مراحل تفاوت معنی‌داری گزارش نشد. در نهایت، باید اذعان داشت که آموزش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر تأثیر بیشتری هم بر بهزیستی روان‌شناختی و هم تعدیل ادراک درد بیماران مبتلا به سرطان داشته است. بنابراین، به نظر می‌رسد بهره‌گیری از راهبردهای ترکیبی روان‌شناختی برای حل مشکلات روان‌شناختی و هیجانی بیماران مبتلا به سرطان، به عنوان راهبردی مکمل در فرایند درمان زیستی باشد.

واحد شهرکرد می‌باشد. بدین وسیله از مدیریت محترم دانشکده علوم پزشکی و شرکت‌کنندگان به جهت همکاری در فرایند انجام پژوهش، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تشکر و قدردانی

تحقیق حاضر برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1400.005، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی

References

1. Mattiuzzi C, Lippi G. Current cancer epidemiology. *J Epidemiol Glob Health* 2019; 9(4): 217-22.
2. American Cancer Society. Cancer Treatment and Survivorship Facts and Figures 2019-2021. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2019.
3. Wells IE. Psychological Well-being. New York, NY: Nova Science Publishers; 2010.
4. Tornroos J. Psychological well-being of sexually exploited women [BSc Thesis]. Pori, Finland: Diaconia University of Applied Sciences; 2020. p. 2-43.
5. Vance V, Mourtzakis M, Hanning R. Relationships between weight change and physical and psychological distress in early-stage breast cancer survivors. *Cancer Nurs* 2019; 42(3): E43-E50.
6. Wang J, Wei L. Fear and hope, bitter and sweet: Emotion sharing of cancer community on twitter. *Soc Media Soc* 2020; 6(1): 2056305119897319.
7. Cuomo A, Cascella M, Forte CA, Bimonte S, Esposito G, De Santis S, et al. Careful breakthrough cancer pain treatment through rapid-onset transmucosal fentanyl improves the quality of life in cancer patients: Results from the BEST multicenter study. *J Clin Med* 2020; 9(4).
8. Guo J, Shen Y, Li B, Wang F, Jiang Y, Lin Y, et al. Does Tai Chi Chuan improve psychological well-being and quality of life in patients with breast cancer? Protocol for a systematic review of randomized controlled trials: A Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(16): e19681.
9. Johnson SU, Hoffart A, Nordahl HM, Wampold BE. Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2017; 50: 103-12.
10. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LE, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive therapy for depression in adults: A waiting list randomized controlled trial with six months follow-up. *Front Psychol* 2017; 8: 31.
11. Mozafari-Motlagh MR, Nejat H, Tozandehjani H, Samari AA. Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive-behavioral therapy in breast cancer pain management. *Iran J Breast Dis* 2020; 13(1): 35-45. [In Persian].
12. Tarkhan M. The effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) on body image and irrational beliefs women with breast cancer. *Journal of Woman and Family Studies* 2018; 6(1): 197-216. [In Persian].
13. Teimory S, Ghafariyan G, Yazdanpanah F. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on marital satisfaction in couples conflict. *Research in Clinical Psychology and Counseling* 2018; 8(2): 101-15. [In Persian].
14. Arabzadeh A, Sodani M, Shoa Kazemi M, Shahbazi M. The effectiveness of dialectical behavioral therapy on resilience and psychological well-being of couples referred to counseling centers. *Journal of Counseling Research* 2020; 19(73): 99-121. [In Persian].
15. Behzadpoor S, Motahhari ZS, Vakili M, Sohrabi F. The effect of resilience training on increasing psychological well-being of infertile women. *J Ilam Univ Med Sci* 2015; 23(5): 131-42. [In Persian].
16. Moradifard M, Younesi J, Baghdasaryans A. Evaluation of psychometric properties of McGill Pain Questionnaire according to life expectancy in patients with coronary heart disease. [MScThesis]. Tehran, Iran: Islamic Azad University, Tehran Central Branch; 2013. [In Persian].
17. FayyazSaber MH, Toozandehjani H. Surveying the effectiveness of dialectical behavioral therapy on clinical symptoms, body image, self-efficacy of people with bulimia disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 2016; 7(3): 136-42.
18. Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press; 2011.
19. Delavar A. Research methods in psychology and education sciences. 4th ed. Tehran, Iran: Virayesh Publications; 2015. [In Persian].
20. Shahbazi M, Sharifi Nejad Roodani R. Effectiveness of the cognitive-behavioral therapy (CBT) on psychological well-being and cognitive distortion among adolescents of Ahvaz. *Journal of Psychological Models and Methods* 2018; 9(33): 107-23. [In Persian].
21. Boersma K, Sodermark M, Hesser H, Flink IK, Gerdle B, Linton SJ. Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain* 2019; 160(8): 1708-18.

22. Allen LB, Tsao JCI, Seidman LC, Ehrenreich-May J, Zeltzer LK. A unified, transdiagnostic treatment for adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. *Cogn Behav Pract* 2012; 19(1): 56-67.
23. Hung TM, Lin CR, Chi YC, Lin CY, Chen EY, Kang CJ, et al. Body image in head and neck cancer patients treated with radiotherapy: the impact of surgical procedures. *Health Qual Life Outcomes* 2017; 15(1): 165.
24. Zakeri M. The effectiveness of dialectical behavior therapy on psychological well-being of people with substance abuse disorders. *Aproceedings of the 9th International Congress for Psychotherapy/Asian Chapter of WCP*; 2016 May 18-20; Tehran, Iran. [In Persian].
25. Ustundag Budak M, Ozeke-Kocabas E, Ivanoff A. Dialectical behaviour therapy skills training to improve turkish college students' psychological well-being: A pilot feasibility study. *Int J Adv Couns* 2019; 41(4): 580-97.
26. Merz EL, Malcarne VL, Roesch SC, Nair DK, Salazar G, Assassi S, et al. Longitudinal patterns of pain in patients with diffuse and limited systemic sclerosis: integrating medical, psychological, and social characteristics. *Qual Life Res* 2017; 26(1): 85-94.
27. Segal Z, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press; 2018.