

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Conscious Emotions and Self-Compassion in Married Women with Breast Cancer in Ardabil

Nasrin Homayounfar, Somayyeh Taklavi*, Vakil Nazari

Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989141538563, Fax: +984533725578, E-mail: staklavi@gmail.com

Received: May 17, 2025

Accepted: Aug 16, 2025

ABSTRACT

Background & objectives: Chronic illnesses, such as breast cancer, can lead to significant psychological and emotional challenges, adversely affecting both mental health and social functioning. This study investigated the impact of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on self-conscious emotions-such as guilt and shame-and self-compassion among married women diagnosed with breast cancer in Ardabil.

Methods: A quasi-experimental design was employed, including pre-test, post-test, and follow-up assessments with an unequal control group. The study population consisted of married women in Ardabil who had undergone modified radical mastectomy and were attending follow-up appointments in April 2024. Thirty-nine participants were randomly assigned to either the trial group (n=19) or the control group (n=20) through simple random sampling. The trial group participated in eight 75-minute ACT sessions. Data were collected using the Guilt and Shame Proneness Scale and the Self-Compassion Scale-Short Form. Statistical analyses were performed using repeated measures ANCOVA in SPSS-22.

Results: ACT significantly reduced self-conscious emotions and increased self-compassion in the trial group compared to the control group ($p<0.01$). These improvements remained stable during the follow-up phase ($p<0.05$; $p<0.01$), indicating the lasting effectiveness of the intervention.

Conclusion: The findings highlight the therapeutic value of ACT in alleviating negative self-conscious emotions and promoting self-compassion among married women coping with breast cancer. These results provide practical implications for mental health professionals seeking evidence-based interventions to enhance emotional resilience in oncology settings.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy; Self-conscious Emotions; Self-compassion; Breast Cancer; Psychological Intervention

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجانات خودآگاه و خوددل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شهر اردبیل

نسرين همايونفر، سمیه تکلوی*، وکیل نظری

گروه روان شناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۱۵۳۸۵۶۳ فکس: ۰۴۵۳۳۷۲۵۵۷۸ ایمیل: staklavi@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: مواجهه با بیماری می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شده و به تبع آن، کارکردهای روانشناختی و اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجانات خودآگاه و خوددل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شهر اردبیل انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شهر اردبیل که تحت ماستکتومی تعدیل شده قرار گرفته‌اند و برای پیگیری در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به مطب پزشکان مراجعه کرده بودند که تعداد ۳۹ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) به صورت تصادفی ساده جادهی شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دریافت کردند. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس آمادگی شرم و گناه (کوهن و همکاران، ۲۰۱۱) و دل سوزی به خود فرم کوتاه (نف، ۲۰۰۳) استفاده شد. تجزیه تحلیل داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با بهره گیری از نرم افزار آماري SPSS-22 صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش هیجانات خودآگاه و افزایش میانگین نمرات خوددل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان در گروه آزمایش شده است ($p < 0/01$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که تاثیر این درمان بر هیجانات خودآگاه و خوددل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($p < 0/05$ ، $p < 0/01$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش، بیانگر سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجانات خودآگاه و خوددل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان بود و مشاوران و درمانگران می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هیجانات خودآگاه، خوددل سوزی، سرطان پستان

پذیرش: ۱۴۰۴/۵/۲۵

دریافت: ۱۴۰۴/۲/۲۷

مقدمه

بوده و بیش از نیمی از موارد جدید در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ می‌دهد (۳). در ایران نیز سرطان به شدت در حال افزایش است (۵،۴) و در میان زنان، سرطان رحم، دهانه رحم و پستان از جمله انواعی هستند که شیوع ابتلا و مرگ بالایی دارند (۶). به طوری که در مطالعه‌ای عسگریان و همکاران میزان

در حال حاضر سرطان یکی از مسائل مهم بهداشتی-درمانی جهان محسوب می‌شود (۱). سرطان به مجموعه‌ای از بیماری‌هایی گفته می‌شود که از تکثیر مهارنشده سلول‌های دگرذیسی یافته پدید می‌آیند (۲). میزان بروز سرطان در جهان در حال افزایش

شیوع سرطان پستان در حدود ۱۲ درصد گزارش شده است (۷). سرطان پستان^۱ به نوعی سرطان گفته می‌شود که از بافت پستان آغاز می‌شود. نشانه‌های این سرطان شامل توده در پستان، تغییر در شکل ظاهری، فرورفتگی‌های کوچک پوستی، خروج مایع از نوک پستان، نوک فرورفته پستان یا پوست قرمز و خشک (پوسته‌پوسته) پستان باشد (۸).

مواجهه با بیماری می‌تواند باعث بحران‌های حاد و شدید در سلامت فرد شده (۹) و به تبع آن، هیجانات خودآگاه^۲ آنان را تحت تاثیر قرار دهد. هیجان‌های خودآگاه یا احساسات خودآگاه (مانند احساس گناه، شرم، شرمساری و غرور) انواعی از هیجان‌های اجتماعی هستند که به احساس فرد نسبت به خودش و آگاهی فرد از واکنش‌های دیگران نسبت به او مربوط می‌شوند (۱۰). از جمله هیجاناتی که تحت عنوان هیجانات خودآگاه مطرح هستند، احساس شرم و گناه^۳ است که مخرب بوده و با آسیب‌های روانشناختی در افراد ارتباط دارند (۱۱). چنانچه در این راستا چایودهاری و بتا^۴ (۱۲) نشان دادند که زنان مبتلا به سرطان در مقایسه با افراد سالم میزان بالاتری از احساس شرم و گناه داشتند. احساس شرم و گناه به عنوان هیجانات اخلاقی معرفی می‌شوند که رفتار اجتماعی را تنظیم می‌کنند و یا به عنوان تجارب عاطفی مشکل‌سازی که بالقوه در بسیاری از مشکلات روانشناختی وجود دارند (۱۳). تفاوت شرم و گناه در مفهوم سازی لوییز^۵ در تمرکز بر خود یا تمرکز بر رفتار است، که این مساله، منجر به تجارب هیجانی، الگوهای انگیزشی و رفتارهای متفاوتی می‌شود (۱۴). شرم یک هیجان به شدت دردناک است که با کوچک شدن، خوار شدن، بی‌ارزشی یا ناتوانی همراه است، اما در احساس گناه دغدغه اصلی، یک رفتار خاص

است که از خود فرد جدا است، بنابراین احساس گناه با وجود این که دردناک است، به هویت اصلی فرد خدشه ای وارد نمی‌کند (۱۵).

بعلاوه وجود بیماری صعب‌العلاج یا حتی ناعلاجی مانند سرطان پستان، موجب می‌شود تا فرد نوعی احساس ناراحتی و خشم نسبت به خود داشته باشد (۱۶)؛ لذا لازم است بیمار به دنبال تجربه چنین احساس‌های به عنوان یک واکنش طبیعی، از نظر روانی تحول و دگردیسی پیدا کرده و به مرحله بعد یعنی واکنش پذیرش نسبت به بیماری و شرایط خود دست پیدا کند و لازمه چنین واکنشی برخورداری از نگرشی دوستانه و دل‌سوزانه به خود و دیگران است. به اعتقاد گیرمر و نف^۶ (۱۷) سازه خوددل‌سوزی^۷ نمایانگر گرمی و پذیرش جنبه‌هایی از خود و زندگی است که خوشایند می‌باشد (۱۷). خوددل‌سوزی معرف آگاهی متعادل نسبت به هیجانات خود است و این شامل توانایی مواجهه با افکار و احساسات رنج آور (به جای اجتناب از آنها) بدون بزرگنمایی و یا احساس غم و تأسف برای خود می‌شود (۱۸).

نگرش دل‌سوزانه نسبت به خود موجب می‌شود تا آگاهی متعادل نسبت به احساسات خود صورت پذیرد و فرد به جای اجتناب، از توان مواجهه بدون سوگیری و ترحم برانگیز نسبت به افکار و احساسات دردناک خود برخوردار شود (۱۹). چنین افرادی در زمانی که شرایط زندگی دردناک یا غیرقابل تحمل می‌شود (مانن بیماری سرطان) یا در موقعیت‌های ناراحت‌کننده ناشی از شکست‌ها و نواقص فردی شفقت به خود شامل حالشان می‌شود. با وجود آنکه اغلب افراد به گفته خودشان در برخورد با خود رفتاری خشن‌تر و ناملايم‌تر نسبت به برخورد با دیگران، نشان می‌دهند (۲۰). نتایج مطالعات چندی حاکی از پایین بودن خوددل‌سوزی در بیماران جسمانی است (۲۱، ۲۲).

¹ Breast Cance

² Self-Conscious Emotions

³ Emotions of Shame and Guilt

⁴ Chaudhuri & Datta

⁵ Lewis

⁶ Germer & Neff

⁷ Self-compassion

نظر به آنچه بیان شد، لازم است در خصوص بیماران سرطانی به دنبال راهکارها و تدابیری بود که از یکسو به تسکین هیجانات منفی آنها از جمله احساس گناه و شرم، تصویر بدنی نامناسب از خود و از سوی دیگر به تقویت و ارتقای دیدی مثبت و خوددل‌سوزانه در آنها به عنوان عاملی اساسی در تغییر دیدگاه بیمار نسبت به خود و بیماری کمک کرده و در نتیجه به احساس آرامش و سلامت بیشتر در آنها بیانجامد. براین اساس، انجام مداخلاتی روانشناختی بر روی این بیماران بسیار مهم است. در این راستا یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند یاری‌گر باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)^۱ است. این درمان یک مداخله روانشناختی است که راهبردهای مبتنی بر آگاهی و پذیرش را همراه با راهبردهای مبتنی بر تعهد و تغییر رفتار به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی به کار می‌گیرد (۲۳). درمان پذیرش و تعهد رویکردی فرایند مداراست. در این رویکرد برخلاف شناخت درمانی سنتی، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد؛ در عوض به فرایندهای شکل‌گیری آسیب‌شناسی روانی در یافت و زمینه مشکل توجه کند (۲۴).

به بیانی دیگر هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش (برای مثال ارزش زندگی در مقابل بیماری سرطان) درگیر گردد. هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و رفتاری در زمینه‌هایی است که اجتناب تجربه‌ای غلبه دارد و فرد را از زندگی اساسی باز می‌دارد (۲۳). انعطاف‌پذیری روانشناختی، توانایی فرد در انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که مناسب‌تر است را افزایش می‌دهد (۲۵). نتایج مطالعات چندی حاکی از تأثیر

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وضعیت روانشناختی بیماران جسمی (۲۶،۲۷). علاوه نتایج مطالعه‌ای حاکی از تأثیر درمان‌پذیرش و تعهد بر خوددل‌سوزی در بیماران بود (۲۸). علاوه مطالعه حسین‌زاد و همکاران (۲۹) نیز به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر حس انسجام و خوددل‌سوزی زنان بیمار اشاره کرد.

در نهایت با توجه به مبانی نظری و پژوهشی بیان شده و با نظر به شیوع بالای سرطان و مشکلات جسمانی ناشی از آن برای فرد بیمار از یک سو و از سوی دیگر، مشکلات روانشناختی این افراد، انجام مطالعه‌ای به منظور بهبود این متغیرها در گروه هدف بسیار مهم است. علاوه بر مشکلات و هزینه‌های مالی این بیماری بر زندگی افراد مبتلا، افزایش مشکلات روانشناختی این بیماران زمینه‌ای برای عود و شدت یابی بیشتر بیماری است که این موضوع خود اهمیت و ضرورت بر انجام مطالعه حاضر است. علاوه با نظر به اینکه بیماران سرطانی بر اساس مطالعات مشکلات بسیاری در خصوص هیجانات خودآگاه و خوددل‌سوزی دارند (۲۱،۲۲،۲۳) و مطالعات پیشین با توجه به رویکردهای درمانی خود کمتر به روش‌ها و تکنیک‌های هیجانی و به خصوص درمان‌های موج سوم، پرداخته‌اند، ضرورت انجام چنین روش مداخله ای بیشتر نمایان می‌گردد. لذا نظر بر آنچه بیان شد مطالعه حاضر به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجانات خودآگاه و خوددل‌سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان پرداخت.

روش کار

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شهر اردبیل که تحت ماستکتومی تعدیل شده قرار گرفته و برای پیگیری در سال ۱۴۰۲ به مطب پزشکان مراجعه

^۱ Acceptance and Commitment Based Therapy

کردند که تعداد ۳۹ نفر به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش (۳۹ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) به صورت تصادفی ساده جایگزین شدند. در پژوهش‌های آزمایشی حداقل تعداد آزمودنی ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۳۰). ملاک‌های ورود در این پژوهش شامل: ابتلا به سرطان پستان، زنان متأهل، دامنه سنی ۲۵ تا ۶۵ سال، ماستکتومی تعدیل شده و حداقل یکسال از جراحی آنها گذشته باشد، تکمیل رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش، عدم ابتلاء به مشکلات روانشناختی حاد (بر اساس مصاحبه بالینی قبل از مداخله توسط پژوهشگر) ملاک‌های خروج شامل: عدم تمایل به شرکت در طول برنامه، شدت یافتن بیماری و غیبت دو جلسه متوالی در برنامه درمانی، بود. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، بعد از کسب معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل مبنی بر اجرای پژوهش حاضر و ارائه آن به ستاد علوم پزشکی شهر اردبیل، با کسب مجوزها و هماهنگی‌های لازم به جهت حضور در مطب‌های متخصصان مرتبط (مطب رادیولوژیست‌ها و جراح‌ها)، برای انتخاب نمونه آماری اقدام شد. بعد از انتخاب نمونه آماری از هر دو گروه پیش‌آزمون براساس پرسشنامه‌ها صورت گرفت. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی بود. سپس گروه آزمایشی مورد ۸ جلسه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۱) قرار گرفت. روش مداخله ای توسط دانشجوی دکتری روانشناسی و در یکی از مراکز مشاوره و رواندرمانی شهر اردبیل انجام شد. گروه کنترل بدون هیچ مداخله‌ای باقی ماندند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، آزمودنی‌ها (از طریق پرسشنامه‌ها) مورد پس‌آزمون قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی مورد توجه در این پژوهش شامل دریافت کد اخلاق برای انجام مداخلات لازم از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد با شناسه اخلاق IR.IAU.ARDABIL.REC.۱۴۰۱.۱۰۴ است. دریافت رضایت آگاهانه کتبی شرکت در پژوهش،

محرمانه ماندن تمامی اطلاعات افراد مورد مطالعه و ارائه درمان به صورت فشرده (دو جلسه در هفته) بعد از اتمام پژوهش برای گروه کنترل بود. در نهایت اطلاعات جمع‌آوری شده از گروه توسط نرم‌افزار SPSS-22 با آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به انصراف یک نفر از ادامه جلسات درمانی، گروه آزمایش ۱۹ نفر لحاظ گردید. در ادامه ابزار گردآوری اطلاعات ارائه شده است:

الف) مقیاس آمادگی شرم و گناه

این مقیاس توسط کوهن^۱ و همکاران (۳۲) ساخته شده و دارای ۱۶ گویه برای سنجش دو بُعد شرم و گناه است. در این مقیاس داستان‌هایی در مورد موقعیت‌هایی که افراد در زندگی روزمره با آنها مواجه می‌شوند و میزان احتمال واکنش خود را در این شرایط روی مقیاسی پنج درجه‌ای از به ندرت = ۱ تا خیلی زیاد = ۵ مشخص کنند (۳۲). کوهن و همکاران (۳۲) نشان داده‌اند گرچه همبستگی بین زیرمقیاس‌های احساس گناه وجود دارد، ارتباط زیرمقیاس‌های شرم با یکدیگر ضعیف است آنها در دو بررسی جداگانه ضرایب آلفای مطلوبی بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۱ را برای زیرمقیاس‌های این مولفه‌ها به دست آوردند. جوکار و کمالی (۳۳) ضریب آلفای کرونباخ را به ترتیب برای احساس‌های گناه و شرم برابر ۰/۸۳ و ۰/۵۱ گزارش کرده‌اند (۳۳). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ شرم ۰/۷۴ و گناه ۰/۷۸ به دست آمد.

ب) پرسشنامه دل‌سوزی به خود فرم کوتاه (SCS-SF)^۲

این پرسشنامه توسط نف^۳ (۳۴) ساخته شده و دارای ۲۶ گویه و ۶ عامل دو وجهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل

^۱ Cohen

^۲ Self-compassion Scale-long Form

^۳ Neff

فزون همانندسازی است. پاسخ دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهند. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خود دلسوزی توسط نف و همکاران (۳۴) ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین در مطالعه نف (۳۴) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را در آمریکا ۰/۹۵ و در تایلند و تایوان ۰/۸۶ گزارش نمودند. خسروی و همکاران (۳۵) با بررسی روانسنجی با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی ساختار ۶ عاملی پرسشنامه تایید شد و شش عامل به دست

آمد. روایی مقیاس کل با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد (۳۵). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش مبتنی بر بسته درمانی هیز و استروسال (۳۱) بود که شامل جلسات آموزشی هشت جلسه ای ۷۵ دقیقه ای است که به صورت هفته ای برگزار شد. جلسات بر طبق مراحل زیر انجام گرفت:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۳۱)

ردیف جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یک دیگر، برقراری رابطه درمانی و سنجش کلی
دوم	درماندگی‌خلاق، بررسی دنیای درون و بیرون و درک این که کنترل مسئله است نه راه حل شناسایی
سوم	ارزش‌های فرد، تصریح ارزش‌ها، اعمال و موانع
چهارم	بررسی ارزش‌های افراد و به کارگیری استعاره‌های مربوطه
پنجم	بررسی هم‌جوئی و گسلش و انجام تمرین‌هایی برای گسلش با استفاده از استعاره
ششم	توضیح مفاهیم، نقش و زمینه، مشاهده خویش به عنوان یک بستر
هفتم	تأکید بر زمان حال بودن- در این جلسه در زمان حال بودن برای فرد آموزش داده می‌شود.
هشتم	آموزش تعهد، بررسی داستان زندگی، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق ارزش‌ها و جمع‌بندی نهایی

یافته‌ها

براساس یافته‌ها میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۷۹±۵/۲۴ و گروه کنترل ۳۷/۴۰±۵/۶۳ بود. در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای تحصیلات دیپلم و بیشترین فراوانی دارای تحصیلات دانشگاهی بود. همچنین در هر دو گروه کمترین فراوانی دارای بیش از ۲ فرزند و بیشترین فراوانی بدون فرزند بودند. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرها و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک ارائه شده است (جدول ۲). در جدول ۲ میانگین متغیرهای هیجان شرم/احساس گناه و خوددلسوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایش و کنترل گزارش شده است. چنانچه نتایج نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش دیده می‌شود که در ادامه

به منظور بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. همچنین برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بعلاوه نتایج آزمون همگنی واریانس‌های (لوین) نتایج نشان داد که واریانس‌های متغیر وابسته در گروه‌های آزمایش و گواه برابر بود (هیجان شرم، $F=۰/۲۲۱$ ، $p=۰/۶۴۱$ ؛ احساس گناه، $F=۱/۷۱۱$ ، $p=۰/۱۹۹$ ؛ خوددلسوزی، $F=۱/۹۶۱$ ، $p=۰/۱۷۰$). همچنین نتایج مغروضا همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (آزمون M-Box) حاکی از عدم تفاوت بین واریانس‌ها متغیرها است ($M\text{-Box}=۷۵/۳۴$ ، $F=۲/۵۰۳$ ، $p=۰/۱۳۹$). بنابراین، برای انجام ادامه تحلیل مانعی

وجود ندارد. بعلاوه نتایج آزمون کرویت موچلی جهت بررسی برابری همگنی کوواریانس موقعیت‌های مورد مطالعه (هیجان شرم، $p=0/954$ آزمون موچلی، $p=0/432$ ؛ احساس گناه، $p=0/977$ آزمون موچلی، $p=0/660$ و خوددلسوزی، $p=0/992$ آزمون موچلی، $p=0/872$) نشان داد که آماره موچلی برای این

متغیرها معنی‌دار نیست و پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها رعایت شده است ($p>0/05$). در ادامه نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای مذکور گزارش شده است (جدول ۳).

جدول ۲. میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های مورد مطالعه و نتایج آزمون شاپیرو-ویلک

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره Z	معنی داری
شرم	کنترل	پیش‌آزمون	۲۷/۲۵	۵/۲۸	۰/۹۵۷	۰/۱۴۷
		پس‌آزمون	۲۶/۹۵	۵/۵۶	۰/۹۶۸	۰/۱۵۹
		پیگیری	۲۶/۶۴	۵/۹۳	۰/۹۰۸	۰/۰۵۹
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۲۷/۰۹	۵/۱۹	۰/۹۶۱	۰/۲۷۴
		پس‌آزمون	۱۵/۵۸	۲/۴۳	۰/۹۵۸	۰/۱۴۵
		پیگیری	۱۸/۷۸	۴/۶۲	۰/۹۳۸	۰/۲۰۴
گناه	کنترل	پیش‌آزمون	۲۴/۷۶	۵/۱۲	۰/۹۶۳	۰/۲۷۵
		پس‌آزمون	۲۵/۴۵	۵/۳۴	۰/۸۹۱	۰/۰۳۴
		پیگیری	۲۵/۰۱	۵/۵۴	۰/۸۹۵	۰/۰۴۷
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۲۵/۱۴	۵/۱۹	۰/۹۱۹	۰/۰۶۳
		پس‌آزمون	۱۶/۸۹	۴/۳۴	۰/۹۲۸	۰/۰۷۱
		پیگیری	۱۹/۴۷	۴/۵۵	۰/۸۹۸	۰/۰۵۰
خوددلسوزی	کنترل	پیش‌آزمون	۸۴/۶۳	۶/۶۵	۰/۹۰۲	۰/۰۵۲
		پس‌آزمون	۸۵/۷۰	۶/۹۷	۰/۹۴۱	۰/۲۷۵
		پیگیری	۸۵/۵۴	۷/۰۴	۰/۹۵۴	۰/۴۲۷
	درمان پذیرش و تعهد	پیش‌آزمون	۸۴/۳۱	۷/۱۹	۰/۹۱۶	۰/۰۹۵
		پس‌آزمون	۹۶/۷۳	۸/۶۱	۰/۹۳۷	۰/۲۱۲
		پیگیری	۹۳/۴۲	۸/۲۹	۰/۹۶۶	۰/۶۸۶

جدول ۳. نتایج شاخص‌های اعتباری تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای پژوهش

شاخص	نام آزمون	ارزش	F	H df	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
عامل	لامبدای ویلکز	۰/۵۹۷	۷/۰۵۶	۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷	۱/۰۰۰
عامل*گروه	لامبدای ویلکز	۰/۶۲۰	۶/۴۷۸	۶	۰/۰۰۱	۰/۲۱۳	۰/۹۹۹

با توجه به نتایج جدول ۳ آزمون لامبدای ویلکز برای اثر تعاملی متغیر، عامل و گروه در متغیرهای پژوهش معنی دار است. این نتیجه حاکی از این است که حداقل از نظر یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p<0/05$) و نشان‌دهنده آن است که ۲۱ درصد از تفاوت

مشاهده‌شده بین گروه‌ها در میانگین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها ناشی از تاثیر مداخله درمانی است. در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است (جدول ۴).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در گروه‌های مورد مطالعه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
هیجان شرم	عامل	۳۴۷/۶۵۶	۱	۳۴۷/۶۵۶	۱۴/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۰/۹۵۴
	عامل * گروه	۳۴۷/۶۵۶	۱	۳۴۷/۶۵۶	۱۴/۰۱۱	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۰/۹۵۴
	خطا	۹۱۸/۰۷۰	۳۷	۲۴/۸۱۳				
گناه	عامل	۱۵۲/۵۴۷	۱	۱۵۲/۵۴۷	۴/۹۰۴	۰/۰۳۳	۰/۱۱۷	۰/۵۷۸
	عامل * گروه	۲۳۳/۵۳۹	۱	۲۳۳/۵۳۹	۷/۵۰۸	۰/۰۰۹	۰/۱۶۹	۰/۷۶۱
	خطا	۱۱۵۲/۹۲۸	۳۷	۳۱/۱۶۰				
خوددلسوزی	عامل	۴۸۷/۶۹۲	۱	۴۸۷/۶۹۲	۸/۷۹۹	۰/۰۰۵	۰/۱۹۲	۰/۸۲۳
	عامل * گروه	۳۲۸/۰۰۰	۱	۳۲۸/۰۰۰	۵/۹۱۸	۰/۰۲۰	۰/۱۳۸	۰/۶۵۹
	خطا	۲۰۵۰/۷۹۵	۳۷	۵۵/۴۲۷				

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود اثر تعاملی گروه و عامل معنی دار بود و حاکی از این است که بین میانگین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر هیجان شرم/ احساس گناه و خوددلسوزی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بنابراین، با توجه به اینکه اثر تعاملی بین گروه و عامل درون گروهی معنادار بود ($p < ۰/۰۱$) برای بررسی اثرات بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی در متغیرها از آزمون مقایسه زوجی بونفرونی استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای میانگین متغیرهای پژوهش با توجه به عوامل درون گروهی و بین گروهی

متغیر	مراحل درون - بین گروهی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معنی داری	کران پایین	کران بالا
هیجان شرم	پیش - پس آزمون	*۵/۸۶۱	۱/۲۰۲	۰/۰۰۰	۲/۸۴۵	۸/۸۷۶
	پیش - پیگیری	*۴/۴۰۵	۱/۴۰۱	۰/۰۱۰	۰/۸۹۱	۷/۹۲۰
	پس - پیگیری	۱/۴۵۵-	۱/۲۰۳	۰/۷۰۲	-۴/۴۷۱	۱/۵۶۰
گناه	پیش - پس آزمون	*۳/۷۸۲	۱/۳۴۴	۰/۰۳۳	۰/۴۱۲	۷/۱۵۱
	پیش - پیگیری	۲/۷۱۷	۱/۴۶۵	۰/۱۱۵	-۰/۴۵۴	۵/۸۸۸
	پس - پیگیری	۱/۰۶۴-	۱/۱۷۸	۱/۰۰۰	-۴/۰۱۹	۱/۸۹۰
خوددلسوزی	پیش - پس آزمون	*۶/۷۳۶-	۱/۷۴۳	۰/۰۰۱	-۱۱/۱۰۷	-۲/۳۶۴
	پیش - پیگیری	*۵/۰۰۳-	۱/۶۸۶	۰/۰۱۶	-۹/۲۳۲	-۰/۷۷۳
	پس - پیگیری	۱/۷۳۳	۱/۶۱۶	۰/۸۷۲	-۲/۳۲۰	۵/۷۸۶

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در متغیرهای هیجان شرم/ احساس گناه و خوددلسوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش میانگین نمرات هیجان شرم/ احساس گناه و افزایش میانگین نمرات خوددلسوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان

پستان شده است ($p < ۰/۰۱$). نتایج مقایسه زوجی نشان داد که تفاوت معناداری بین دو مرحله پس آزمون و پیگیری وجود ندارد. به این معنا که تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای هیجان شرم/ احساس گناه و خوددلسوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($p < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر هیجانات خود آگاه و خود دل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش هیجان شرم / احساس گناه در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شده است. همچنین نتایج نشان داد که این تاثیر گذاری در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. نتیجه به دست آمده تحقیقات ابوسعیدی مقدم و همکاران (۳۶) و عبدالله زاده و همکاران (۴) مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش هیجان شرم / احساس گناه همسویی داشت.

این یافته با ماهیت و محتوای تمرین های شیوه نامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابل تبیین است. زیرا در تمرین های شیوه نامه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، گسلش شناختی، ارزش ها و تعهد تأکید می شود و نقش به سزایی در حفظ آرامش فرد در هنگام مواجه با احساس شرم، پذیرش این احساس بدون تلاش برای تغییر آن، تجربه کردن اینجا و اکنون با گشودگی و علاقه، نگرستن به احساس منفی شرم، افکار، تصورات و دیگر شناخت های حاصل از آن، همچنان که وجود دارند و نه بیشتر، روشن سازی اینکه چه چیزی برایمان واقعا اهمیت دارد و در عمق قلبتان ریشه دارد و می خواهید در این زندگی چگونه باشید و تشخیص آنچه برای فرد مهمتر است تا بر مبنای آن هدف هایی را تنظیم و برای رسیدن به آنها متعهدانه و موثر عمل کند (۲۳).

بعلاوه در تبیین دیگری قابل بیان است که درمان پذیرش و تعهد نقش موثری در ایجاد و ارتقای پذیرش و تعهد برای انجام اعمال موفقیت آمیز دارد، لذا از طریق ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عمل به ارزش ها در مراجعان تغییرات درمانی از جمله کاهش افکار نامناسب ایجاد می کند. همچنین این شیوه

درمانی با ارائه تکنیک پذیرش و تمایل به تجربه مقابله با سختیها یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آنها باعث درک بیشتر موقعیتها و افزایش توانایی مقابله با چالش های زندگی می شود (۱۹). بنابراین افراد تحت درمان پذیرش و تعهد به این باور می رسند که توانایی مقابله با چالش های زندگی از جمله افکار ناکارآمد و هیجانات خود آگاه (مثل احساس گناه) را دارند (۲۴). در نتیجه درمان پذیرش و تعهد از طریق کاهش ترس و اجتناب از مقابله و افت پریشانی روانشناختی و افزایش پذیرش و تعهد به عمل و رویارویی مناسب با مشکلات و باورهای ذهنی نامناسب باعث کاهش هیجانات خود آگاه (احساس شرم و گناه) می شود.

افزون بر این، براساس نظر پژوهشگران قابل بیان است که ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش مهارت های استدلال مهربانانه، توجه مهربانانه، تصویرسازی مهربانانه، تجربه حسی و رفتار مهربانانه، به فرد کمک می کند تا یک رابطه مهربانانه درونی را با خود برقرار سازد و آن را جایگزین خود سرزنشگری و هیجان شرم / احساس گناه کند (۱۹) و کاهش هیجان شرم / احساس گناه در فرد می تواند زمینه ای برای کاهش برداشت و دیدگاه منفی نسبت به بدن خویش و با همان طرحواره های ظاهری منفی شود.

همچنین نتایج نشان داد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خود دل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان تاثیر دارد. به طوری که درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش میانگین نمرات خود دل سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شده است. همچنین نتایج نشان داد که این تاثیر گذاری در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. نتایج به دست آمده در این خصوص با یافته های مطالعات موسوی و همکاران (۳۷) و سرگیو و همکاران (۲۸) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش

خوددل‌سوزی در گروه‌های مورد مطالعه همخوانی داشت.

در تبیین این یافته قابل بیان است که یکی از فرایندهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اثربخشی آن کمک زیادی می‌کند، ایجاد یک خود مشاهده‌گر یا خود به بعنوان زمینه در مراجع از طریق کاربرد مهارت گسلش، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال است (تمرین و تکنیک‌های آموزشی مربوط به جلسه پنجم که با هدف حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گری، صورت گرفت). در واقع این خود مشاهده گر جایگزینی برای خودمفهوم سازی شده یعنی خودی که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود، می‌باشد. مزیت بزرگ این خود این است که بعنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هوشیاری تهدید کننده نمی‌باشد. در کل هدف این است که مراجع به این درک برسد که خود را از تجربیات درونی‌اش جدا ببیند (۲۳)، که این عامل باعث افزایش ادراک بیشتر فرد از خویشتن و به تبع آن افزایش مهربانی و دل‌سوزی بیشتر به خود را به همراه دارد.

بعلاوه، براساس نظر پژوهشگران قابل بیان است که ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد کمک می‌کند تا نسبت به شرایط شان (بیماری سرطان) در روابط خود به صورت خودمشاهدگر بوده و مشکلات خود را مشاهده و شناسایی کنند. بعلاوه و اینکه یکی از فنون آموزشی این مداخله حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند (جلسه آموزشی پنجم) است که به فرد کمک می‌کند تا نسبت به خود مهربانی داشته باشد و با ملایمت خود را برای تغییر ترغیب نموده و الگوهای رفتاری نامطلوب و نادرست خود را کاهش داده (۱۷) و بر میزان ملایمت خود بی‌افزاید (که این عامل زمینه را برای کاهش احساس شرم و گناه نسبت به خویشتن کاهش می‌دهد) و با تنظیم هیجانات خود؛ خویشتن را در پیدا کردن راهی برای کنار آمدن و

مقابله مناسب یاری می‌کند. لذا این درمان با دارا بودن دو بخش شامل تمرینات رفتاری (مانند حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند)، و تنظیم هیجانات، میل زمینه مدیریت بهتر هیجانات خود نسبت به خویشتن و به تبع آن کاهش طرحواره ظاهری منفی نسبت به خود، کاهش هیجان شرم/احساس گناه و افزایش خوددل‌سوزی را برای فرد به همراه می‌آورد.

این پژوهش با محدودیت‌های روبرو بود از جمله، عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی و هیجانی نمونه‌های مورد مطالعه یکی از محدودیت‌های این مطالعه می‌باشد. همچنین از آنجا که این پژوهش بر روی زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان شهر اردبیل صورت گرفته است، در تعمیم نتایج به عمل آمده بر افراد شرایط خاص دیگر (مانند سایر جنسیت، جمعیت غیربالینی و غیره) باید احتیاط شود. به علت اینکه در جمع‌آوری داده‌های این پژوهش از پرسشنامه استفاده شده است و همانند دیگر پژوهش‌های خودگزارشی امکان سوگیری در نتایج ممکن است وجود داشته باشد، تعمیم نتایج پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد. براین اساس پیشنهاد می‌گردد که این محدودیت‌ها در مطالعات آتی از سوی پژوهشگران مورد توجه باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش، بیانگر سودمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر طرحواره ظاهری، هیجان شرم/احساس گناه و خوددل‌سوزی در زنان متاهل مبتلا به سرطان پستان بود و مشاوران و درمانگران می‌توانند از یافته‌های پژوهش حاضر در راستای مداخلات بالینی و درمانی استفاده کنند، تا ضمن افزایش سلامت روانشناختی این افراد، گامی در افزایش امید به زندگی آنان نیز برداشته شود.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش محققین را یاری

نمودند، تشکر می گردد.

این مطالعه برگرفته از رساله دکتری آزاد اسلامی

واحد اردبیل با کد اخلاق

۱۴۰۱، ۱۰۴ REC. IR.IAU.ARDABIL بدین وسیله

References

- 1- Khan SZ, Lengyel CG. Challenges in the management of colorectal cancer in low-and middle-income countries. *Cancer Treatment and Research Communications*. 2023;35:100705.
- 2- Kocarnik JM, Compton K, Dean FE, Fu W, Gaw BL, Harvey JD, et al. Cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life years for 29 cancer groups from 2010 to 2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *JAMA oncology*. 2022;8(3):420-44.
- 3- Huang J, Ssentongo P, Sharma R. Cancer burden, prevention and treatment in developing countries. *Frontiers Media SA*; 2023: 1124473.
- 4- Abdollahzadeh H, Kabirinasab Y. The Effectiveness of acceptance and Commitment Therapy on internalized Shame and Sexual self-esteem of Women with Breast Cancer after Mastectomy Surgery. *Health Psychology*. 2019;7(28):184-99.
- 5- Loeloe MS, Jamshidi M, Jamshidi A, Amyanpoor M, Danehchin L, Daneshi N, et al. Investigating the Epidemiology and Mortality of Cancers in the Southeast of Khuzestan in 2014-2019. *Journal of health research in community*. 2023;9(2):28-38.
- 6- Tsang JY, Gary MT. Molecular classification of breast cancer. *Advances in anatomic pathology*. 2020;27(1):27-35.
- 7- Asgharian M, Moslemi D, Jahani M-A, Bijani A, Nikbakht H-A, Mehdizadeh H. The 30-year incremental pattern of breast cancer: a study in the northern of Iran. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2023;14(4):720.
- 8- Grinda T, Aizer AA, Lin NU, Sammons SL. Central Nervous System Metastases in Breast Cancer. *Current Treatment Options in Oncology*. 2025:1-22.
- 9- Yavari Y, Khoshakhlagh H. The Effectiveness of Treatment Based on Emotion Regulation and Compassion Therapy on the Self-Conscious Affect of Cancer Patients in Isfahan City. *Journal of Health and Care*. 2022; 4(1): 212-135.
- 10- Sznycer D. Forms and functions of the self-conscious emotions. *Trends in cognitive sciences*. 2019;23(2):143-57.
- 11- Cherry MG, Taylor PJ, Brown SL, Rigby JW, Sellwood W. Guilt, shame and expressed emotion in carers of people with long-term mental health difficulties: A systematic review. *Psychiatry research*. 2017;249:139-51.
- 12- Chaudhuri PG, Datta A. Making sense of self-conscious and emotion: linking theory of mind and emotion in women with breast cancer. *Annals of Oncology*, 2018;29:560-561.
- 13- Slepian ML, Kirby JN, Kalokerinos EK. Shame, guilt, and secrets on the mind. *Emotion*. 2020;20(2):323.
- 14- Lewis, M. (2008). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 742–756). The Guilford Press.
- 15- Curtis GJ. Guilt, shame and academic misconduct. *Journal of Academic Ethics*. 2023;21(4):743-57.
- 16- Goebel S, Mehdorn HM. Fear of disease progression in adult ambulatory patients with brain cancer: prevalence and clinical correlates. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27:3521-9.
- 17- Germer C, Neff K. Mindful self-compassion (MSC). *Handbook of mindfulness-based programmes*: Routledge; 2019: 357-67.
- 18- Gilbert P, Simos G. *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*: Routledge; 2022: 462-85.

- 19- Neff KD. Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual review of psychology*. 2023;74(1):193-218.
- 20- Cormier DL, Kowalski KC, Ferguson LJ, Mosewich AD, McHugh T-LF, Röthlin P. Self-compassion in sport: A scoping review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2023;1-40.
- 21- Morrison AE, Zaccardi F, Chatterjee S, Brady E, Doherty Y, Robertson N, et al. Self-compassion, metabolic control and health status in individuals with type 2 diabetes: A UK observational study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2021;129(06):413-9.
- 22- Narimani M, Eyni S. Relationship between meaning of life, self-compassion and sense of coherence with perceived stress in cancer patients. *Iranian Journal of Cancer Care (ijca)*. 2022;1(3):1-10.
- 23- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World psychiatry*. 2019;18(2):226.
- 24- Morris EM, Johns LC, Gaudiano BA. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2024;97(1):41-58.
- 25- Macri JA, Rogge RD. Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2024;102432.
- 26- Ghorbani V, Farnoodimehr R, Soltanabadi S, Yeganeh N. Efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety, stress, and marital satisfaction in married people with breast cancer. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021;10(8):103-14.
- 27- Bai Z, Luo S, Zhang L, Wu S, Chi I. Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*. 2020;260:728-37.
- 28- Khamoshi Ghalenoei S, Mansouri A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on self-compassion and self-criticism in individuals with opioid use disorder. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2020;14(57):237-54.
- 29- Hoseinzad A, Khademi A, Tasbihsazan R, Khalilzadeh R. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in the sense of coherence and self-compassion of women with multiple sclerosis. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2023;31(3):208-16.
- 30- Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Seventeen Edition. Tehran: Roshd; 2017: 131-138.
- 31- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. (A. Khamseh, Trans.). Tehran: Arjmand; 2019:410-441.
- 32- Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of personality and social psychology*. 2011;100(5):947.
- 33- Jokar H, Ghanbari Zarandi Z. The Effectiveness of Reality -Based Pre-marital Instruction on Marriage Tendency, Mind Image of Ideal Spouse, Pre-marriage Worries in Single Boys. *Journal of Nursing Education*. 2024;12(5):110-20.
- 34- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.
- 35- Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh M. Self-compassion scale (SCS) psychometric adequacy. *Psychological Methods and Models*. 2013;3(13):59-47.
- 36- Abosaidi Moghadam N, Sanagouye Moharer G, Shirazi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *Applied Psychology*. 2020;14(1):35-54.
- 37- Mousavi MS, Bakhshipour A, Mahdian H. Comparing the Effectiveness of “Acceptance and Commitment Therapy” and “Compassion-Focused Therapy” and “Compassion-Enriched Acceptance and Commitment Therapy” on Communication Patterns of Married Women Suffering from Depression and Marital Conflicts. *Journal of Health Promotion Management*. 2023;12(1):95-112.