DOI: 10.22122/rbs.v17i2.1947

مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی – رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مبتلایان به سرطان پستان

راشین خانقائی[۱]، فرحناز مسچی[۲]، علی تقی زاده[۳]، آدیس کراسکیان موجمباری[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: سرطان پستان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سرطان‌ها، چالش‌های زیادی را در بین زنان مبتلا به آن ایجاد کرده است. از این‌رو، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری (Cognitive-Behavioral Group Therapy) و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and commitment Group therapy) بر خودکارآمدی بیماران سرطان پستان بود.

مواد و روش‌ها: در یک پژوهش نیمه تجربی به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل، تعداد ۶۰ نفر که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها بر مبنای مؤلفه‌های جمعیت‌شناختی، همتاسازی و در ۳ گروه ۲۰ نفری جایگزین. برای گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ جلسه آموزشی برگزار شد و برای گروه مبتنی بر درمان شناختی –رفتاری نیز ۱۰ جلسه آموزشی برگزار شد و گروه کنترل هم مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان جلسات آموزشی پرسشنامه خودکارآمدی (The self-efficacy scale) (پس‌آزمون) در هر ۳ گروه اجرا شد، همچنین ۲ ماه پس از درمان مجدداً در مرحله پیگیری همه اعضا ۳ گروه پرسشنامه را تکمیل نمودند. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measurement Test) و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Multivariate Covariance Analysis) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که هر دو روش گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلابه سرطان پستان در گروه‌های آزمایش‌شده بود ($p<۰/۰۰۱$). همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معناداری بین دو روش در بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلابه سرطان پستان وجود نداشت ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: گروه‌درمانی شناختی – رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلابه سرطان پستان مؤثر هستند.

واژه‌های کلیدی: سرطان پستان، خودکارآمدی، گروه‌درمانی شناختی- رفتاری، گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد.

ارجاع: خانقائی راشین، مسچی فرحناز، تقی‌زاده علی، کراسکیان موجمباری آدیس. **مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی مبتلایان به سرطان پستان.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۲): ۲۳۱-۲۲۱.

دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۹/۱۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۱۹

۱- استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی بهار، مشهد، ایران.
۲- استادیار، گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران.
۳- دانشیار، گروه رادیولوژی و آنکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴- استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
نویسنده مسئول: فرحناز مسچی
Email: fa_meschi@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

مقدمه

اگرچه انواع مختلف سرطان پیامدهای جسمانی و روانی نامطلوبی را برای مبتلایان ایجاد می‌نماید (۱) اما سرطان پستان (breast cancer) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سرطان‌ها، چالش‌های زیادی را در بین زنان برمی‌انگیزد. به‌طوری‌که تشخیص، درمان، پیامدها و اثرات جانبی درمان و عود بیماری موجب واکنش‌های روانی استرس، اضطراب و افسردگی می‌شوند (۲، ۳). این واکنش‌ها می‌توانند از طریق ایجاد اختلال در عملکرد، ایجاد مشکلات در خصوص کنترل نشانه، ضعف در اتخاذ تصمیم‌گیری‌های درمانی، پیروی ضعیف از رژیم‌های درمانی و تعامل اجتماعی ضعیف بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر مخرب و منفی بگذارند (۴) و به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر اعتمادبه‌نفس (Self-confidence) و خودکارآمدی (self-efficacy) آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (۵). خودکارآمدی یکی از مفاهیم روانشناسی مدرن است که با توجه به نتایج پژوهش‌های Albert Bandura و تئوری شناختی- اجتماعی (Cognitive-Social Theory) وی بناشده است (۶، ۷). خودکارآمدی شامل توانایی انجام کاری یا رسیدن به هدفی که نتایج خاص را تولید می‌کند، معرفی می‌شود. همچنین خودکارآمدی را می‌توان به‌عنوان یک حس قوی دانست که تأثیر مهمی بر عملکرد، احساس و حالت‌های عاطفی فرد دارد و منجر به ایجاد یک حالت پایدار در عواطف بیمارانی می‌شود که صدماتی را متحمل شده‌اند (۸).

نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است که سطح خودکارآمدی بالاتر باعث سلامتی عاطفی بهتر، افزایش سازگاری و کاهش استرس، بهتر شدن نتایج مراقبت‌های سلامتی، موفقیت دررسیدن به تغییرات رفتاری مطلوب و کارایی بهبودیافته در انجام وظایف ذهنی و حرکتی می‌شود (۹). در بیماران سرطانی تحقیقات نشان می‌دهد که انجام مداخلات برای افزایش حس خودکارآمدی باعث افزایش بازده در روند درمان و کاهش علائم شده است (۱۰). در یک مطالعه با بیماران سرطان نتایج نشان داد که خودکارآمدی فیزیکی بالاتر، سبب بقای طولانی‌تر و کاهش عود بیماری شده است (۱۱). خودکارآمدی در بیماران مبتلابه سرطان منجر به سازگاری بهتر با تشخیص سرطان و بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۱۲)، علائم ناشی از بیماری سرطان را کاهش داده و سطح استرس روان‌شناختی را در بیماران کاهش می‌دهد (۱۳)؛ همچنین، سطح بالای خودکارآمدی سبب بهبود تصویر ذهنی در بیماران مبتلابه سرطان شده و ارتباطات آن‌ها با کارکنان درمانی را ارتقاء می‌دهد (۱۴).

با توجه به اهمیت خودکارآمدی در فرایند بازتوانی و بهبود شرایط بیماران مبتلابه سرطان و خصوصاً زنان مبتلابه سرطان پستان، نیاز مداخلات مؤثری انجام گیرد تا با استفاده از این مداخلات خودکارآمدی را در این بیماران بهبود بخشید، یکی از این مداخلات مرتبط که به‌صورت وسیعی در بیماران مبتلابه سرطان پستان کاربرد داشته است، روش‌های درمانی شناختی – رفتاری است (۱۵). درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) با استفاده از ترکیب برخی رویکردهای درمانی مانند درمان عقلانی هیجانی (Rational emotional therapy)، اصلاح رفتار (Behavior modification) و درمان شناختی (Cognitive therapy)، به اصلاح تفکرات و باورهای افراد می‌پردازد (۱۶). طبق مفروضه‌های بنیادی مدل‌های شناختی – رفتاری، تفکّر و ادراک بیماران، هیجان‌ها و رفتارهای آن‌ها را شکل می‌دهند. مدل‌های شناختی – رفتاری در اصلاح باورها و رفتارهای مرتبط با سلامت و نیز رفع عوامل خطرساز نتایج جالب‌توجهی را نشان داده‌اند (۱۷). نتایج یک فراتحلیل نشان می‌دهد که فنون شناختی- رفتاری در مدیریت پریشانی و درد زنان مبتلابه سرطان پستان مؤثر است (۱۸). یک تحقیق دیگر نیز مداخله‌ی شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان افسردگی در افراد مبتلابه بیماری‌های جسمانی نشان داد (۱۷). علاوه بر این، تعداد زیادی از پژوهشگران نیز نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی- رفتاری تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی بیماران دارای علائم جسمانی دارد (۲۰، ۱۹).

اما علاوه بر درمان شناختی- رفتاری، یکی دیگر از راهبردهای درمانی که امروزه برای بسیاری از بیماری‌های جسمانی و روانی استفاده می‌شود، روان‌درمانی‌های نسل سوم و خصوصاً گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) است. در موج سوم درمان شناختی- رفتاری که به درمان‌های پست‌مدرن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

معروف‌اند، عقیده بر این است که شناخت هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت (۲۱). به همین دلیل، به‌جای رویکردهای شناختی رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح می‌کرده تا هیجانات و رفتارها اصلاح شوند، در اینجا به مراجع آموزش داده می‌شود که در گام اول هیجانات خود را بپذیرد و در «اینجا و اکنون» از انعطاف‌پذیری بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل، در این درمان‌ها فنون شناختی رفتاری سنتی را با ذهن آگاهی ترکیب می‌کند (۲۲).

مداخله‌های پذیرش و ذهن آگاهی به همراه راهبردهای تغییر رفتاری و تعهد، به مراجع کمک می‌کند تا یک زندگی سرزنده، هدفمند و با مفهوم را برای خود ایجاد نمایند. به‌عبارت‌دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک به افراد جهت برخورداری از یک زندگی رضایت‌بخش‌تر، حتی باوجود افکار، عواطف و احساسات نامطلوب را مورد تأکید قرار می‌دهد (۲۳). تحقیقات اخیر، نتایج رضایت‌بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از این درمان در اختلال‌های روان‌شناختی و جسمانی فراهم کرده‌اند (۲۴). نتایج یک پژوهش که باهدف مقایسهٔ اثربخشی درمان‌های فرا نظری (Meta-theoretical treatments) و شناختی- رفتاری بر بهبود خودکارآمدی پرهیز در نوجوانان پسر وابسته به مواد انجام گرفت، اهمیت تأکید بر نقش خود مراجعین و احساس خودکارآمدی آن‌ها در فرایند تغییر و ترک اعتیاد نشان داد (۲۵). تعداد زیادی از پژوهش‌های دیگر نیز به نقش درمان‌های موج سوم خصوصاً گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت، جسمانی، روانی و خودکارآمدی بیماران و افراد ناتوان، اشاره داشته‌اند (۲۶، ۲۷).

درمجموع با توجه به آنچه اشاره گردید، خودکارآمدی اهمیت فراوانی در بیماران مبتلابه سرطان پستان دارد و می‌تواند منجر به بهبود زودتر علائم این بیماران و همچنین سازگاری بهتر آن‌ها با بیماری و شرایط زندگی باشد. علاوه بر این، پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که گروه‌درمانی‌های شناختی- رفتاری و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخلاتی مؤثر در بهبود بسیاری از علائم و نشانه‌های بیماری‌های روانی و جسمانی خصوصاً در بیماران مبتلابه سرطان پستان باشد. بااین‌حال، تاکنون کمتر پژوهشی به بررسی تأثیر این روش‌های درمانی در بهبود خودکارآمدی این بیماران پرداخته است؛ بنابراین، منطقی به نظر می‌رسد که از این روش‌های روان‌درمانی برای افزایش خودکارآمدی این بیماران بهره گرفت. با توجه به این موضوع، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود خودکارآمدی بیماران مبتلابه سرطان پستان می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود که جامعه آماری آن را تمامی بیماران مبتلابه سرطان پستان مراجعه‌کننده به بیمارستان امام رضا مشهد و مرکز درمانی رضا در فاصله زمانی فروردین تا خردادماه سال ۱۳۹۶ تشکیل داد که در آن زمان تعداد این افراد ۸۰ نفر بود. بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و شرایط ورود به پژوهش (۱- ابتلا به سرطان پستان در مرحله ۰ تا ۲، ۲-ازنظر سنی بین ۲۴ - ۴۵ سال باشند، ۳- عدم وجود بیماری طبی دیگر یا سایر اختلالات روان‌شناختی، ۴-داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، ۵- تحت درمان شیمی‌درمانی و رادیوتراپی بودن، ۶- تمایل به همکاری در پژوهش). ۶۰ نفر که ملاک‌های اولیه را داشتند، به‌عنوان نمونه اولیه انتخاب و پرسشنامه خودکارآمدی را تکمیل نمودند. سپس بر اساس نمره پرسشنامه و بررسی مؤلفه‌های جمعیت شناختی (ازنظر سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت ابتلا) اعضا همتاسازی شده و به ۳ گروه ۲۰ نفری (گروه‌درمانی شناختی - رفتاری، گروه‌درمانی پذیرش و تعهد و گروه کنترل) تقسیم شدند. جلسات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری شامل ۱۰ جلسه ۲ ساعته و هفته‌ای دو بار بود. پروتکل جلسات گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، در هفته‌ای ۲ بار برگزار شد. در طی این مدت گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از شروع جلسات آموزشی تعداد پس از اتمام جلسات آموزشی (مرحله پس‌آزمون) همه گروه‌های پژوهش با پرسشنامه خودکارآمدی مجدد مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تأثیر ماندگاری آموزش‌های انجام‌گرفته دو ماه پس از مرحله پس‌آزمون مجدداً آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر (*General Self-Efficacy Scale Sherer*): این مقیاس توسط Sherer و همکاران ساخته شد (۲۸). این مقیاس دارای ۱۷ سؤال ۵ گزینه‌ای بوده و سه جنبه از رفتار را می‌سنجد: آغازگری رفتار (Beginning behavior) (سؤالات ۱، ۴، ۷، ۱۴ و ۱۵)، تلاش جهتِ ادامه رفتار (Efforts to continue treatment) (سؤالات ۲، ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۳) و مقابله با مشکلات و محدودیت‌ها (Confronting problems and constraints) (سؤالات ۶، ۱۱، ۱۲، ۱۶ و ۱۷). نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت است. به هر سؤال ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می‌گیرد. امتیازات بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و امتیازات پایین‌تر بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تر هستند. در این مقیاس بالاترین نمره ۸۵ و پایین‌ترین نمره ۱۷ است. جهت بررسی پایایی این مقیاس، تحقیقات Smit & Bosscher ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۶۹ نشان داد (۲۹). در پژوهش دهقانی، جعفری ثانی، پاک مهر و ملک‌زاده پایایی این مقیاس ۰/۷۸ گزارش‌شده است (۳۰).

در جدول ۱ خلاصه محتوای ۱۰ جلسه گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و ۸ جلسه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه‌شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	گروه‌درمانی شناختی- رفتاری	گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد
اول	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی.	آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی
دوم	تعریف و تشریح مفهوم خودکارآمدی و عوامل افزایش‌دهنده آن در بیماری سرطان پستان	سنجش مشکلات بیماران از نگاه ACT و استخراج تجربه اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد
سوم	تعریف و تشریح مفهوم اعتمادبه‌نفس و عوامل افزایش‌دهنده آن در بیماری سرطان پستان	تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی
چهارم	تعریف و تشریح مفهوم استرس و عوامل ایجادکننده آن در بیماری سرطان پستان	آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده‌ی افکار بدون قضاوت
پنجم	بیان پیامدهای جسمانی و روانی خودکارآمدی، اعتمادبه‌نفس و استرس برای بیماران مبتلابه سرطان پستان	ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به‌عنوان زمینه (استعاره‌ی صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی
ششم	درخواست از بیماران برای بیان کردن شرایطی که منجر به کاهش خودکارآمدی طی ابتلا به بیماری سرطان پستان در آن‌ها شده است و در میان گذاشتن تجاربشان برای یکدیگر	شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها
هفتم	استفاده از تمثیل چمدان و ذهن در داشتن غیرضروری باورهای غیرمنطقی، معرفی القای فکر، آشنایی با طرح‌واره‌های عمیق و باورهای زیر بنایی در افسردگی	ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به‌کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها
هشتم	آموزش روش پیکان رو به پایین برای رسیدن به طرح‌واره‌ها و باورهای هسته‌ای از طریق حرکت از افکار خودآیند تا رسیدن به بستر تغذیه‌کننده آن‌ها	جمع‌بندی مفاهیم بررسی‌شده در طی جلسات، درخواست از اعضا برای توضیح دستاوردهایشان از گروه و برنامه آن‌ها برای ادامه‌ی زندگی
نهم	توضیح و تمرین تحلیل منطقی باورها، یافتن مخالف ورزها یا بدیل‌هایی برای باورهای خود، تغییر ادراکی از طریق شناسایی نشانه‌های عود، روش خود تنبیهی- خود پاداشی	
دهم	مروری بر جلسات قبلی، خلاصه‌بندی و کمک برای اختتام درمان و نهایتاً گرفتن بازخورد از آن‌ها	

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

در این پژوهش جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آزمون اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measurement Test) و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (Multivariate Covariance Analysis) استفاده شد. در ابتدا شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای نمرات خودکارآمدی دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری در مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و سپس نتایج مربوط به آزمون‌های آمار استنباطی ارائه‌شده است.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی گزارش می‌شوند. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات خودکارآمدی آزمودنی‌ها ارائه‌شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات خودکارآمدی

گروه/ زمان	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
درمان پذیرش و تعهد	۶۱/۰۰ (۱۴/۰۶)	۶۲/۰۰ (۶/۱۲)	۶۷/۴۶ (۴/۵۳)
درمان شناختی- رفتاری	۵۴/۷۳ (۱۰/۲۶)	۶۰/۶۰ (۷/۵۸)	۶۴/۸۶ (۶/۱۰)

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲، میانگین نمرات خودکارآمدی در مراحل مختلف سنجش یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر یک از گروه‌های درمانی باهم متفاوت است. جهت تعیین معناداری یا عدم معناداری این تفاوت‌ها در هر یک از گروه‌های درمانی از آزمون اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج این تحلیل‌ها در جدول ۳ ارائه‌شده است؛ اما قبل از انجام این تحلیل‌ها، پیش‌فرض کرویت (sphericity) برای میانگین نمرات خودکارآمدی با استفاده از آزمون ماچلی برای هر یک از گروه‌های درمانی به‌صورت جداگانه بررسی شد. نتایج این آزمون برای هر دو گروه معنی‌دار بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ بنابراین نتیجه گرفته شد واریانس نمرات خودکارآمدی در مراحل مختلف سنجش برای گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمان شناختی- رفتاری متفاوت بوده و پیش‌فرض کرویت (sphericity) رعایت نشده است؛ بنابراین به تعدیل درجه آزادی برای تفسیر آزمون F نیاز است. به دلیل اینکه در هر دو تحلیل $\hat{\varepsilon}<۰/۷۵$ بود از تصحیح گرین‌هوس- گایزر (Greenhouse-Geisser) استفاده می‌شود. لازم به ذکر است در این حالت درجات آزادی به‌صورت اعشاری نمایش داده‌شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر نمرات خودکارآمدی

گروه	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	ضریب اثر
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	خودکارآمدی	۳۶۵/۵۱	۱/۰۸	۳۳۵/۴۳	۴/۷۴	۰/۰۴	۰/۲۵
	خطا	۱۰۷۳/۱۵	۱۵/۱۷	۷۰/۷۳			
درمان شناختی- رفتاری	خودکارآمدی	۷۷۶/۵۳	۱/۲۸	۶۰۵/۴۵	۹/۲۳	۰/۰۰۴	۰/۳۹
	خطا	۱۱۷۶/۸۰	۱۷/۹۵	۶۵/۵۳			

بر اساس اطلاعات جدول ۳، نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل اول که مربوط به گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود در میانگین نمرات خودکارآمدی، تفاوت معناداری بین مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود دارد ($p<۰/۰۵$؛ $F_{(۱/۰۸ ،۱۵/۱۷)}=۴/۷۴$). در ادامه، این تفاوت از طریق آزمون تعقیبی بونفرونی (Bonferroni) موردبررسی قرار گرفت که نتایج آن نشان داد، بین میانگین خودکارآمدی در پس‌آزمون با پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). بر اساس شاخص‌های توصیفی مندرج در جدول ۱ این تفاوت‌ها به‌گونه‌ای است که میانگین خودکارآمدی برای آزمودنی‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیگیری (۶۷/۴۶) نسبت به پس‌آزمون (۶۲/۰۰)، به‌طور معناداری بیشتر است. همچنین نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر برای تحلیل دوم که مربوط به گروه درمان شناختی- رفتاری بود نیز نشان می‌دهد در میانگین نمرات خودکارآمدی، تفاوت معناداری بین مراحل مختلف سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای این گروه نیز وجود دارد ($F_{(۱/۲۸ ،۱۷/۹۵)}$=۹/۲۳ ؛$p<$۰/۰۱). به‌علاوه، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه زوجی میانگین‌ها نیز نشان داد، بین میانگین خودکارآمدی در پیش‌آزمون با پیگیری ($p<$۰/۰۱) و پس‌آزمون با پیگیری ($p<$۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس شاخص‌های توصیفی مندرج در جدول ۲ این تفاوت‌ها به‌گونه‌ای است که میانگین خودکارآمدی برای آزمودنی‌های گروه درمان شناختی- رفتاری در پیگیری (۶۴/۸۶) نسبت به پیش‌آزمون (۵۴/۷۳) و پس‌آزمون (۶۰/۶۰)، به‌طور معناداری بیشتر است.

در ادامه جهت مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر میزان خودکارآمدی مبتلایان به سرطان پستان از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد؛ اما پیش از انجام این تحلیل، مفروضه‌های آن یعنی همگنی شیب رگرسیون (Homogeneity of gradient regression) و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس (homogeneity of variance-covariance matrix) موردبررسی قرار گرفت. اثر تعاملی (Interactive effect) گروه و نمرات پیش‌آزمون خودکارآمدی بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری این متغیر معنادار نبود ($p>$۰/۰۵) که این نتیجه غیر معنادار بیانگر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون است. به‌علاوه، نتایج آزمون باکس (Box test) جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس نیز ازلحاظ آماری معنادار نبود (p>۰/۰۵) و این به معنای برقراری مفروضه فوق است؛ بنابراین، برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری مانعی وجود نداشت و مفروضه‌های آن رعایت شده است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون خودکارآمدی، نشان داد بین دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری از جهت متغیر وابسته جدیدی که از ترکیب نمرات پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی ایجادشده تفاوت معناداری وجود ندارد (۰/۹۲= لامبدای ویلکز، $F_{(۲،۲۶)}$=۱/۰۴, $p>$۰/۰۵).

جدول ٤. نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها برای خودکارآمدی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	ضریب اثر
خودکارآمدی (پس‌آزمون)	گروه	۱/۷۳	۱	۱/۷۳	۰/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۰۲
	خطا	۹۴۲/۷۹	۲۷	۳۴/۹۱			
خودکارآمدی (پیگیری)	گروه	۱۲/۴۷	۱	۱۲/۴۷	۰/۵۲	۰/۴۷	۰/۰۱
	خطا	۶۳۶/۱۷	۲۷	۲۳/۵۶			

جهت مقایسه دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری در نمرات خودکارآمدی در هر یک از مراحل سنجش به‌عنوان یک متغیر وابسته، آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در متن آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد که نتایج آن‌ها در جدول ۴ نشان داده شده است.

همانطور که در جدول ۴ مندرج است، میانگین نمرات پس‌آزمون ($F_{(۱،۲۷)}$=۰/۰۵, $p>$۰/۰۵) و پیگیری (۰/۰۵ , $F_{(۱،۲۷)}$=۰/۵۲$p>$) خودکارآمدی، بین دو گروه‌درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری بر خودکار آمدی مبتلایان به سرطان پستان انجام گرفت. نتایج نشان داد که گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری بر خودکارآمدی زنان مبتلابه سرطان پستان دارد. به این معنا که، آزمودنی‌هایی که در دوره‌های روان‌درمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل که دوره روان‌درمانی شرکت نکرده

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

بودند، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری خودکارآمدی بیشتری را نشان دادند. همسو با یافته این پژوهش، تعدادی از پژوهش‌ها نیز نشان داده است گروه‌درمانی شناختی- رفتاری تأثیر مثبتی بر روی خودکارآمدی و علائم روان‌شناختی زنان مبتلابه سرطان پستان و همچنین سایر بیماران مبتلا با اختلالات جسمانی و روانی دارد (۳۱، ۲۰، ۳۲، ۳۳، ۳۴).

در تبیین تأثیر گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی زنان مبتلابه سرطان پستان می‌توان به این نکته اشاره کرد که آموزش تکالیف شناختی- رفتاری مانند تحلیل کارکرد (Functional analysis)، مهارت‌آموزی (Skill training)، تبیین احساس‌های منفی، منجر به افزایش احساس تسلط و توانمندی در افراد می‌شود که در افزایش انگیزه درمان و امید مؤثر است (۳۵). درمان شناختی- رفتاری برای بیماران مبتلابه سرطان پستان باعث می‌شود تا بیمار ضمن برخوردار شدن از تصوری کارآمد از خود، مهارت‌های مقابله‌ای (Coping skills) لازم را به‌منظور مدیریت استرس‌های مرتبط با بیماری کسب کند و ا ین اعتقاد را داشته باشد که می‌تواند بر شرایط استرس‌زا کنترل داشته باشد (۳۶). می‌توان رمز موفقیت درمان شناختی- رفتاری را این دانست که این درمان بر شناسایی خطاهای شناختی (Cognitive errors) بیماران و سعی در آگاه کردن آن‌ها تأکید می‌کند. چراکه این روند شناسایی و آگاهی از افکار را به‌هیچ‌وجه با دارودرمانی نمی‌توان انجام داد و لازم است روی درمان‌های شناختی- رفتاری تأکید شود (۳۷)؛ همچنین حضور در جلسات گروه‌درمانی می‌تواند عاملی برای اثربخشی نیز باشد، گروه‌درمانی به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای و اجتماعی مؤثرتری را بیاموزند و به این درک می‌رسند که دیگران نیز مانند آنان نیز مشکلاتی دارند، بنابراین احساس ناامیدی و افسردگی کمتری را تجربه کنند و از اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی بیشتری برخوردار گردند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبت و معناداری بر خودکارآمدی زنان مبتلابه سرطان پستان دارد. این یافته همسو با نتایج پژوهش‌هایی است که نشان داده است درمان‌های موج سوم ازجمله ذهن آگاهی منجر به بهبود خودکارآمدی جنسی زنان مبتلابه سرطان پستان (۳۸)، بهبود عملکرد جنسی آن‌ها (۳۹، ۴۰)، نظم جویی هیجانی (Emotion regulation) (۴۱) و توانایی خود مراقبتی (Self-care capability) (۴۲) این بیماران می‌گردد. در تبیین یافته به‌دست‌آمده این‌گونه می‌توان استدلال نمود که رویکرد پذیرش و تعهد مراجع را به‌عنوان یک فرد شکست‌خورده، آسیب‌دیده و یا دور از امید ارزیابی نمی‌کند، بلکه این شیوه درمانی نوعی بازتوانی روان‌شناختی (Psychological rehabilitation) است که برای همه افراد آسیب‌دیده یا سالم زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس می‌داند (۴۳) و با آموزش راهبردهای مقابله‌ای بیماران را در شرایط استرس‌زا کمک کند. با توجه به اینکه شرایط ابتلا به سرطان به‌گونه‌ای است که بیماران راهبردهای لازم برای سازگاری با بیماری و روند درمان را داشته باشند، استفاده از تکنیک‌های روان‌شناختی مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند (۴۴). علاوه بر این، تحقیقات نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش خانواده‌ها را به پیوند و جذب ارزش‌های واقعی زندگی تشویق می‌کند. این ارزش‌ها می‌تواند خودکارآمدی فرد را افزایش دهد و پیوند افراد را بهبود بخشد. از طرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر توسعه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Psychological flexibility) در شخص است که به توانایی برقراری ارتباط با زمان حال اشاره دارد و اینکه او بتواند بر اساس آنچه در موقعیت خاصی از فرد انتظار می‌رود، رفتار خود را تغییر دهد و یا بر رفتار کنونی خود پافشاری کند، رفتاری که با ارزش‌های شخصی او همخوانی دارد، انجام رفتاری که با ارزش‌های شخصی شخص مطابق است منجر به این می‌شود که شخص اعتمادبه‌نفس و توانایی انجام کارها را داشته باشد و از این طریق خودکارآمدی وی بهبود می‌یابد (۴۵).

علاوه بر این، نتایج نشان داد علی‌رغم اینکه هر دو گروه‌درمانی شناختی- رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی بیماران مبتلابه سرطان پستان دارند؛ اما تفاوت معناداری بین دو درمان وجود ندارد و هر دو، به یک اندازه بر خودکارآمدی بیماران اثربخش‌اند. با توجه به این‌که هر دو روش از روش‌های درمانی مهم روان‌شناختی هستند که اثربخشی آن‌ها بر طیف وسیعی از اختلالات نشان داده‌شده است و از تکنیک‌های مهم درمانی بهره می‌گیرند، قابل پیش‌بینی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

است که رجحان زیادی بـر یکـدیگر نداشـته باشـند، همچنـین بیماری سرطان پستان، بیماری جسمانی است که درمـان اصـلی آن درمان‌های دارویـی و شـیمی‌درمـانی اسـت، بنـابراین انـواع روان‌درمانی‌ها با عنوان یک درمان مکمل استفاده می‌گردند و تا حدود زیـادی تفـاوت معنـاداری بـین ایـن درمـان‌هـا مشـاهده نمی‌گردد. علی‌رغم نتایج کاربردی و درمانی که از ایـن پـژوهش قابل استنباط است.

بااین‌حال، با توجه به اینکه این تحقیق در یک جامعه آماری و منطقـه جغرافیـایی خاصـی انجـام‌گرفتـه اسـت و از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها اسـتفاده گردیـده، بنـابراین بایـد در تعمـیم نتـایج جنبـه احتیـاط را رعایـت نمـود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی با نمونه‌هایی مختلـف و روش نمونه‌گیری تصادفی این مطالعه تکرار شود و با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد از گروه‌درمانی شـناختی–رفتاری و گروه‌درمانی مبتنی بـر پـذیرش و تعهـد در مـداخلات درمانی سرطان پستان بهره گرفت.

تقدیر و تشکر

از نمونه‌های پژوهش حاضر، کارکنان بیمارستان امام رضا مشهد و مرکز درمانی رضا و همه عواملی که اجـرای ایـن پـژوهش را ممکن ساختند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Banning M, Hassan M, Faisal S, Hafeez H. Cultural interrelationships and the lived experience of Pakistani breast cancer patients. European Journal of Oncology Nursing. 2010;14(4):304-309.
2. Mystakidou K, Parpa E, Tsilila E, Katsouda E, Vlahos L. Cancer information disclosure in different cultural contexts. Support Care in Cancer. 2004;12(3):147-154.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. CA: a cancer journal for clinicians. 2007;57(1):43-66.
4. Wender R, Fontham ET, Barrera E, Colditz GA, Church TR, Ettinger DS, Etzioni R, Flowers CR, Scott Gazelle G, Kelsey DK, LaMonte SJ. American Cancer Society lung cancer screening guidelines. CA: a cancer journal for clinicians. 2013;63(2):106-17.
5. Lev EL, Owen SV. A prospective study of adjustment to hemodialysis. Nephrology Nursing Journal. 1998;25(5):495.
6. Knobf MT. Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. Seminars in Oncology Nursing. 2007;23(1):71-83.
7. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. Bmj. 2005;330(7493):702.
8. Antoncic B, Auer Antoncic J, Aaltonen HM. Marketing self-efficacy and firm creation. Journal of Small Business and Enterprise Development. 2016;23(1):90-104.
9. Schwarzer R, editor. Self-efficacy: Thought control of action. Taylor & Francis; 2014.
10. McCarroll ML, Armbruster S, Frasure HE, Gothard MD, Gil KM, Kavanagh MB, Waggoner S, Von Gruenigen VE. Self-efficacy, quality of life, and weight loss in overweight/obese endometrial cancer survivors (SUCCEED): a randomized controlled trial. Gynecologic oncology. 2014;132(2):397-402.
11. Penson DF, Feng Z, Kuniyuki A, McClerran D, Albertsen PC, Deapen D, Gilliland F, Hoffman R, Stephenson RA, Potosky AL, Stanford JL. General quality of life 2 years following treatment for prostate cancer: what influences outcomes? Results from the prostate cancer outcomes study. Journal of Clinical Oncology. 2003;21(6):1147-54.
12. Mikkelsen TB, Sørensen B, Dieperink KB. Health related quality of life, late effects and self-efficacy among Danish women treated for cervical cancer. In The European Cancer Rehabilitation & Survivorship Symposium 2014.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

13. Ammentorp J, Sabroe S, Kofoed PE, Mainz J. The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy: A randomized controlled trial. Patient education and counseling. 2007;66(3):270-7.
14. Hsiao-Wei Lo G, Balasubramanyam AS, Barbo A, Street RL, Suarez-Almazor ME. Link between Positive Clinician-Conveyed Expectations of Treatment Effect and Pain Reduction in Knee Osteoarthritis, Mediated by Patient Self-Efficacy. Arthritis care & research. 2016;68(7):952-7.
15. Blackburn L, Owens GP. The effect of self-efficacy and meaning in life on posttraumatic stress disorder and depression severity among veterans. Journal of clinical psychology. 2015;71(3):219-28.
16. Beck R, Fernandez E. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. Cognitive therapy and research. 1998;22(1):63-74.
17. Beltman MW, Voshaar RC, Speckens AE. Cognitive–behavioral therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomized controlled trials. The British journal of psychiatry. 2010;197(1):11-9.
18. Tatrow K, Montgomery GH. Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. Journal of behavioral medicine. 2006 Feb 1;29(1):17-27.
19. Issazadegan A, Shiekhy S, Hafeznia M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on enhancing self-efficacy and mental health among women with obesity. J Urmia Univ Med Sci. 2015; 26 (9):785-792. [In Persian].
20. Kamarzarin H, Zaree H, Brouki, M H. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Increasing of Self-Efficacy and Improving of Addiction Symptoms among Drug Dependency Patients.2012; 6(22):75-85. [In Persian].
21. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. Journal of behavioral medicine. 2008;31(1):23-33.
22. Turner JA, Anderson ML, Balderson BH, Cook AJ, Sherman KJ, Cherkin DC. Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. Pain. 2016;157(11):2434-44.
23. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical psychology: Science and practice. 2003;10(2):125-43.
24. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Addressing fundamental questions about mindfulness. Psychological Inquiry. 2007;18(4):272-81.
25. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. Addictive behaviors. 2008;33(5):675-88.
26. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Rasmussen-Hall ML, Palm KM. Acceptance-based treatment for smoking cessation. Behavior therapy. 2004;35(4):689-705.
27. McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: Model, process, and progress. American Psychologist. 2014;69(2):178.
28. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological reports. 1982;51(2):663-71.
29. Bosscher RJ, Smit JH. Confirmatory factor analysis of the general self-efficacy scale. Behaviour research and therapy. 1998;36(3):339-43.
30. Dehghani M, Pakmehr H, Malekzadeh A. Relationship between Students' critical thinking and self-efficacy beliefs in Ferdowsi University of Mashhad, Iran. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;15:2952-5. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

31. Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis Therapy Pain Self-Efficacy and Pain Severity in Girls with Primary Dysmenorrhea. Armaghane danesh. 2017; 22 (1):87-103. [In Persian].
32. Bavadi B, Poursharifi H, Lotfi Kashani F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based 8-step Pattern of Cash to Improve Psychological well-being of Women with Breast Cancer. 2016; 8(4):51-41. [In Persian].
33. Ilkhchi SV, Poursharifi H, Alilo MM. The effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on self-efficacy and assertiveness among anxious female students of high schools. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2011;30:2586-91.
34. Ayers B, Smith M, Hellier J, Mann E, Hunter MS. Effectiveness of group and self-help cognitive behavior therapy in reducing problematic menopausal hot flushes and night sweats (MENOS 2): a randomized controlled trial. Menopause. 2012;19(7):749-59.
35. BrockieMilan H, Kamarzarrin H, Zare H. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy in the Improvement of Coping Strategies and Addiction Symptoms in Drug-Dependent Patients. Research on addiction. 2014;8(30):143-55.
36. Pedram M, Mohammadi M, Naziri G, Aeenparast N. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on anxiety, depression treatment and induce of hope in breast cancer women. Women & Society 2009; 1: 61-76. [In Persian].
37. Kahrazei F, Danesh E, Hydarzadegan A. The effect of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reduction of psychological symptoms among patients with cancer. Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS) 2012; 14: 112-116. [In Persian].
38. Akbari M. Effectiveness of Mindfulness Training in Decreasing the Perceived Stress among the Patients Suffering from Breast Cancer. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2013;7(27):7-16. [In Persian].
39. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, Ehlen T, Finlayson S, Heywood M, Kwon J, McAlpine J, Stuart G, Thomson S, Miller D. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. Gynecologic oncology. 2012 May 31;125(2):320-5.
40. Silverstein RG, Brown AC, Roth HD, Britton WB. Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. Psychosomatic medicine. 2011 Nov;73(9):817.
41. Norouzi, H. The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Emotion Regulation among Patients with Breast Cancer. Journal of Breast Disease 2017; 10(2):38. [In Persian].
42. Eyles C, Leydon GM, Hoffman CJ, Copson ER, Prescott P, Chorozoglou M, Lewith G. Mindfulness for the selfmanagement of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. Integrative cancer therapies 2015; 14(1):42-56
43. Schoendorff B, Purcell-Lalonde M, O'Connor K. Third wave therapies in the treatment of obsessional compulsive disorder: applying acceptance and commitment therapy. Sante Ment Que 2013;38(2):153–73.
44. Branstetter A, Wilson K, Hildebrandt M, Mutch D. Improving psychological adjustment among cancer patients: ACT and CBT. Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans; 2004.
45. Pull CB. Current empirical status of acceptance and commitment therapy. Current Opinion in Psychiatry. 2009;22(1):55-60.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-Efficacy in Breast Cancer Patients

Rashin Khaneghaee[1], Farahnaz Meschi[2], Ali Taghizadeh[3], Adis Kraskian Moujembari[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Breast cancer, one of the most important cancers, creates many challenges for women who are suffering from it. The aim of present study the study of the efficacy of Comparison of The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and acceptance and commitment group therapy on Self-efficacy in breast cancer patients.

Methods and Materials: In a semi experimental study, pre-test, post-test and follow-up with the control group, 60 subjects who were admitted to the study were selected by available sampling method. The subjects were matched on demographic factors and divided in 3 groups of 20 persons. For the group based on acceptance and commitment, 8 training sessions were held and 10 training sessions were held for the group based on cognitive-behavioral therapy, while no intervention was provided for the control group. At the end of the training sessions, The self-efficacy scale (post-test) was performed in each of the 3 groups. Also, 2 months after treatment, 3 groups completed again The self-efficacy scale in the follow up phase. Data analysis was performed using the Repeated Measurement Test and Multivariate Covariance Analysis.

Findings: The results demonstrated that both group therapies Improve self-efficacy among patients (P<0.001). Also, the results showed that there is no significant difference between two methods in Improve self-efficacy in patients with breast cancer (P<.05).

Conclusions: Acceptance and commitment therapy and cognitive - behavioral therapy are effective in Improve self-efficacy in patients with breast cancer.

Keywords: Breast Cancer, self-efficacy, Cognitive-Behavioral Group Therapy, Acceptance and commitment group therapy.

Citation: Khanghaee R, Meschi F, Taghizadeh A, Kraskian Moujembari A. **Comparison of the Effectiveness of Cognitive-behavioral Group Therapy and Acceptance and Commitment Group Therapy on Self-Efficacy in Breast Cancer Patients.** J Res Behav Sci 2019; 17(2): 221-231.

Received: 2017.05.12 Accepted: 2019.08.10

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Bahar University, Mashhad, Iran.
2- Assistant professor, Department of Health psychology, Islamic Azad University, Branch of Karaj, Karaj, Iran.
3- Associate Professor, Department of Radiation Oncology, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4- Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Corresponding Author: Farahnaz Meschi, Email: fa_meschi@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-17]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.6.1]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.221]