

The Effect of Combined Therapy of Acceptance, Commitment, and Compassion on Cognitive-Behavioral Avoidance of Patients with Colorectal Cancer: A Clinical Trial

Maryam Taheri¹, Sheida Jabalameli^{2,*}

¹ MA of Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

ABSTRACT

Background:

The first line of treatment for colorectal cancer is colostomy. Colostomy surgery causes behaviors such as avoidance that interfere with the treatment of the disease and should be considered. Thus, in the present study, we aimed to investigate the effect of combined therapy of acceptance, commitment, and compassion on the cognitive-behavioral avoidance of patients with colorectal cancer after colostomy surgery.

Materials and Methods:

This research was a randomized clinical trial, which was done with a semi-experimental method with two groups (experimental and control) and pre-test and post-test. The statistical population included patients with colorectal cancer after colostomy surgery who were referred to ALA Cancer Prevention and Control Center (MACSA) of Isfahan in 2018, among whom 32 people were selected and randomly assigned in two groups of experimental and control groups with 16 people in each group. The Yung avoidance questionnaire (1994) was used to measure the dependent variable in the two groups in the pre-test and post-test. The experimental group received 10 weekly sessions of treatment. The control group did not receive any treatment. Data were analyzed using SPSS software version 24 and the covariance analysis method.

Results:

The combined therapy of acceptance, commitment, and compassion had a significant effect on cognitive-behavioral avoidance, and its dimensions (substance abuse, avoidance through sleep, lack of energy, and passive distraction) were improved ($p < 0.05$). In fact, cognitive-behavioral avoidance and its dimensions decreased in the experimental group in the post-test ($p < 0.05$).

Conclusion:

According to the results of this study, it seems that the combined therapy of acceptance, commitment, and compassion can be used as a useful and effective intervention to improve cognitive-behavioral avoidance in medical centers for patients with colorectal cancer.

Keywords: Cognitive-behavioral avoidance, Colorectal cancer, Colostomy surgery, Combined therapy of acceptance, commitment, and compassion

please cite this paper as:

Taheri M, Jabalameli SH. The Effect of Combined Therapy of Acceptance, Commitment, and Compassion on Cognitive-Behavioral Avoidance of Patients with Colorectal Cancer: A Clinical Trial. *Govaresh* 2021;26:82-90.

*Corresponding Author:

Sheida Jabalameli, PhD

Department of Psychology, Islamic Azad University of Najafabad, Najafabad, Isfahan.

Tel: + 98 31 42292770

fax: + 98 31 42291016

E-mail: jabalameli.sh@gmail.com

Received: 11 Nov. 2020

Edited: 22 Apr. 2021

Accepted: 23 Apr. 2021

تأثیر درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری مبتلایان به سرطان کولون: یک کار آزمایشی بالینی

مریم طاهری^۱، شیدا جبل عاملی^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

اولین خط درمان سرطان کولون، جراحی کولوستومی می‌باشد. جراحی کولوستومی، موجب بروز رفتارهایی نظیر اجتناب می‌شود که در روند درمان بیماری اختلال ایجاد می‌کند و می‌بایست مورد توجه قرار گیرد. به این ترتیب پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری مبتلایان به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی انجام گرفت.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود که به روش نیمه آزمایشی دوگروهی (آزمایش و کنترل) و دو مرحله ای (پیش آزمون و پس آزمون) انجام شد. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی مراجعه کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان ایرانیان آلا (مکسا) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آن‌ها، ۳۲ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه اجتناب یانگ-رای (۱۹۹۴) بود. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت قرار گرفتند و یک هفته پس از اتمام جلسات پس آزمون اجرا شد. گروه گواه هیچ‌گونه درمانی را دریافت نکرد. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS و روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها:

نتایج نشان داد که درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری و ابعاد آن (سوءمصرف مواد، اجتناب از طریق خوابیدن، فقدان انرژی و حواس‌پرتی منفعل) در بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی تأثیر معنادار داشته است ($p < 0/05$). در واقع میانگین نمرات اجتناب شناختی-رفتاری و ابعاد آن در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، کاهش معناداری یافته است ($p < 0/05$).

نتیجه گیری:

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، به نظر می‌رسد که درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت می‌تواند به عنوان مداخله ای مفید و مؤثر در جهت بهبود اجتناب شناختی-رفتاری، در مراکز درمانی مربوط به بیماران مبتلا به سرطان کولون مورد استفاده قرار گیرد.

کلید واژه: اجتناب شناختی-رفتاری، سرطان کولون، جراحی کولوستومی، درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت.

گوارش / دوره ۲۶، شماره ۲ / تابستان ۱۴۰۰-۹۰-۸۲

*نویسنده مسئول: شیدا جبل عاملی

اصفهان، نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد، گروه روانشناسی

تلفن: ۰۳۱-۴۲۲۹۲۷۷۰

نمابر: ۰۳۱-۴۲۲۹۱۰۱۶

پست الکترونیک: jabalameli.sh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۳

زمینه و هدف:

سرطان به عنوان یکی از عوامل اصلی مرگ و میر و از مسائل مهم بهداشت عمومی در جهان حائز اهمیت است. (۱) در میان سرطان‌ها، سرطان روده به طور قابل توجهی در کشورهای مختلف در حال افزایش است که خطر آن با هر دهه زندگی دو برابر می‌شود. (۲) بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی بروز سرطان کولون (روده بزرگ) در کشورهای در حال توسعه بالاتر است (۳) و در ایران بعد از بیماری‌های قلبی و تصادف، سرطان‌ها سومین علت مرگ و میر به شمار می‌رود. (۴)
زمانی که برای فرد تشخیص سرطان کولون مطرح می‌شود، اولین خط درمان، جراحی برای خارج کردن تومور است. روش‌های جراحی شامل،

باشد. سیر تاریخی شکل‌گیری شفقت درمانی ریشه در عدم موفقیت درمان شناختی-رفتاری در بهبود هیجان‌های منفی دارد (۲۴) و اصول پایه در این درمان به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود. (۲۵) در طول شفقت درمانی، فرد احساسات خود را بازگو می‌کند و این فرایند موجب شکستن چرخه‌ی در خود فرو رفته شده و احساس خودمداری و تنهایی کاهش یافته و همزمان احساس به هم پیوستگی و ارتباط افزایش یابد. مطالعات زیادی نشان داده‌اند که شفقت به خود بالاتر با اضطراب و افسردگی پایین‌تر (۲۶) و راهبردهای مقابله‌ای موثرتر (۲۷ و ۲۸) مرتبط است؛ لیکن تاکنون تأثیر این متغیر بر کاهش اجتناب شناختی-رفتاری بیماران دارای تجربه جراحی کولوستومی بررسی نشده است.

بنابراین با توجه به شیوع سرطان کولون و عوارض ناشی از عمل جراحی کولوستومی در این بیماران از یک سو و با در نظر گرفتن خلأ وجود درمانی مناسب برای این گروه از سوی دیگر و با عنایت به این موضوع که تاکنون اثربخشی درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی مورد بررسی قرار نگرفته است؛ به منظور رفع خلأهای پژوهشی فوق الذکر، محقق سعی در پاسخ به این سوال را دارد که آیا درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی موثر است؟

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود که به روش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایش و کنترل همراه با مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری پژوهش، بیماران مبتلا به سرطان کولون مراجعه کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان ایرانیان آلا (مکسا) اصفهان، بعد از جراحی کولوستومی در بهار و تابستان ۱۳۹۷ بودند. از میان جامعه مورد اشاره، ۳۲ بیمار به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۶ نفر) قرار گرفتند. در تعیین حجم نمونه مورد نیاز در این طرح، برای هر گروه از فرمول زیر (۲۹) استفاده شده است:

$$R = \left[\frac{1 + (\omega - 1)\rho}{\omega} - \frac{v\rho^2}{[1 + (v - 1)\rho]} \right] = \left[\frac{1 + (2 - 1) * 0.8}{2} - \frac{1 * (0.8)^2}{[1 + (1 - 1)0.8]} \right] = 0.26$$

$$n = R \left[\frac{2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2} + \frac{z_{1-\alpha/2}^2}{4} \right] = 0.26 \left[\frac{2 * (7.849)^2}{0.55^2} + \frac{1.96^2}{4} \right] = 13.8 \approx 14$$

در روابط فوق منظور از ω تعداد مشاهداتی است که از هر فرد بعد از شروع آزمایش اخذ شد که در این کار ۲ مشاهده یا ۲ تکرار بود. منظور از v تعداد مشاهداتی است که از هر فرد قبل از شروع آزمایش اخذ شد که در این کار ۱ مشاهده یا ۱ تکرار بود (همان Baseline است). سطح معنی داری (α) برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است و توان آزمون

خارج کردن قدامی با آناستوموز ترمیمی و برداشتن تومور، عمل جراحی خارج کردن رکتوم از پرنه و شکم با کولوستومی باشد. (۵) کولوستومی (ایلئوستومی یا استومی) ایجاد یک دیواره روی شکم است که برای کمک به روده یا مثانه جهت تخلیه به کار می‌رود. بسته به نوع عمل جراحی مورد استفاده و وسعت بیماری، کولوستومی ممکن است موقتی و یا دائمی باشد. (۶) صرف نظر از موقتی و یا دائمی بودن کولوستومی، زمانی که بیمار ظاهر خود را از معیارهای مطلوب یا ایده‌آل، پایینتر ببیند، ممکن است با احساسات و نگرش‌های نامناسب نسبت به خود مواجه شود و مکانیسم‌های ناکارآمد نظیر اجتناب نشان دهد. (۷) بر اساس مبانی نظری، اجتناب به عنوان فرایند خودکار دوری از نگرانی و طرحواره‌های تهدیدآمیز تعریف شده است. این مکانیسم در جهت دوری‌گزینی از رویدادهای منفی انجام می‌شود و میتواند به شکل شناختی (مانند انکار، فرونشانی و سرکوب افکار) و رفتاری (مانند فرار از پذیرش مسئولیت، تلاش برای جلب حمایت‌های دیگران، خودمراقبتی افراطی، پرخوری عصبی یا بیاشتهایی عصبی و مصرف مواد) بروز کند. (۸)

مطالعات انجام شده در این زمینه، بر نقش احتمالی اجتناب در روند درمان بیماران مبتلا به سرطان روده تاکید کرده و توجه به این متغیر را پیشنهاد داده‌اند. (۹ و ۱۰) بنابراین لازم است تا بر اجتناب شناختی-رفتاری به عنوان یکی از عوامل مختل کننده درمان تمرکز شود و مداخله‌ای کارآمد در جهت اصلاح افکار و رفتارهای اجتنابی اعمال شود. به این منظور نسل سوم درمان‌های روانشناختی که تحقیقات وسیعی مفید بودن آنها را در شرایط جسمانی مزمن تایید کرده‌اند، می‌تواند مفید باشد. (۱۳-۱۱) در این نوع درمان‌ها تلاش می‌شود، به جای تغییر شناخت‌ها، ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دستیابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان شناختی است. (۱۴) پرکاربردترین این مداخلات، درمان پذیرش و تعهد با شش فرایند مرکزی است که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود. این شش فرایند شامل پذیرش، گسلش شناختی، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است. (۱۵) در درمان پذیرش و تعهد با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می‌شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشد. پژوهش‌های انجام شده موفقیت این درمان را در کاهش اجتناب تجربه‌ای (۲۰-۱۶) و اصلاح مقابله اجتنابی (۲۱) نشان داده‌اند. به نظر می‌رسد که درمان پذیرش و تعهد، راهبردهای کنترل و اجتناب ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌هایی که باعث انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند، مورد هدف قرار می‌دهد (۱۵) و به افراد در پذیرش بیماری و یا افکار مرتبط با آن و ارتقاء جنبه‌های معنادار زندگی و افزایش فعالیت‌های ارزشمند، کمک می‌کند و به جای تلاش بیهوده بر علیه بیماری، بیماران را به پذیرش بیماری و پیامدهای آن و انجام فعالیت‌های ارزشمند ترغیب می‌کند. (۲۲)

از سوی دیگر تیرچ (۲۳) بیان نمود که ترکیب و یکپارچه سازی فرایندهای درمانی پذیرش، تعهد و شفقت که از علوم اعصاب عاطفی و روان‌شناسی تکوینی مشتق شده است، می‌تواند اثربخشی بالایی داشته

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف خانگی
اول	معرفی اعضا و ایجاد رابطه درمانی	ارزیابی درمانجویان با پرسشنامه های پژوهش، آشنایی با متغیرهای پژوهش و توضیح ۴ منطقه زندگی	آگاهی از مشکلات و ایجاد انگیزه جهت تلاش برای تغییر زندگی	شناسایی منطقه زندگی خود
دوم	شناخت سه سیستم تنظیم هیجان، روشن شدن سیستم امنیت	تعریف و تفسیر ۳ سیستم هیجانی و ویژگی های هر کدام از سیستم ها و نقش سیستم امنیت در بالا رفتن آگاهی	شروع فعال کردن سیستم امنیت و کاهش بیش فعالی دو سیستم دفاع و انگیزش	یادداشت و توجه مراجع به اینکه در چه موقعیت های سیستم دفاع و یا انگیزه فعال می شود.
سوم	تعریف و تبیین ذهن و توضیح در مورد مشکل کنترل	تفسیر و توضیح ذهن و انواع تولیدات ذهن با استعاره کارخانه و دنیای درون و بیرون و استعاره بیلیچه	درماندگی خلاق و اینکه دست از کنترل ذهن بر دارد.	تمرین ذهن آگاهی و توجه به استعاره بیلیچه های مختلف و مشخص شدن بیلیچه ها
چهارم	شناخت مغز	مرور خاطرات دوران کودکی، رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم های هیجانی معرفی ۳ مغز (قدیم، تحلیل گر، آگاه)	ارتباط با مغز آگاه	یادداشت مواردی که سه مغز تولید می کند و توجه به آن.
پنجم	معرفی استدلال مهربانه، آموزش تکنیک های توجه مهربانه و بودن در زمان حال	استدلال مهربانه و فرق آن با استدلال منطقی، حساسیت به رنج خود و بودن در زمان حال، خود مشاهده گر و توجه مهربانه	فعال کردن سیستم امنیت	انجام تمرین های استدلال مهربانه و توجه مهربانه
ششم	معرفی رفتارهای مهربانه	تمرین مهربانی گرفتن از دیگران رفتارهای مهربانه، همدردی و همدلی با استفاده از استعاره چراغ قوه	به جای سرزنش و تذکر به خود و دیگران و رفتارهای مهربانه داشته باشند	تمرین حساسیت به رنج و همدلی و همدردی با خود و دیگران
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پریشانی	تبیین پذیرش و تحمل پریشانی با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده به جای جنگ با تولیدات ذهن آنها را به عنوان مهمان می پذیرد	پذیرش و تحمل پریشانی	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد پذیرش میزان رنج و ارتباط با مغز آگاه و مهربان با ذهن
هشتم	تبیین گسلش و راهبردهای تغییر کلامی برای افزایش تمایل گرای	آموزش گسلش شناختی با استفاده از استعاره مسافران اتوبوس، خود مشاهده گر، توجه مهربانه و تمرین ارتباط با خود	درک ذهن به عنوان یک واقعیت جدا از خود و توجه به تولیدات ذهن	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد گسلش و تمرین خود مشاهده گر
نهم	نشان دادن اهمیت ارزش ها و آگاهی مراجع از ارتباط ارزش ها و پذیرش	مراقبت از سلامتی و معرفی ارزش ها، شناسایی ارزش های مراجع، استعاره مراسم ذهن، تمرین سنجش ارزش ها و مراقبت از بهزیستی	اقدام به ارزش های مشخص شده همراه با مراقبت از بهزیستی	شناسایی ارزش های شخصی و اولویت بندی آنها و نوشتن آنها، دستوالعمل مسیری مبتنی بر ارزش ها و فعال سازی
دهم	تبیین ارزشها به عنوان قطب نما	الگوی عمل مناسب با رفتار مهربانه	عملکرد فعالیت انجام شده برنامه ریزی همراه با مبتنی بر ارزشها با حرکتی مهربانه	ایجاد چالش در مسیر ارزشها

نیز عبارت بودند از: (۱) عدم تمایل همکاری، (۲) عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، (۳) غیبت بیش از ۲ جلسه، (۴) انصراف از پژوهش. پس از انجام پیش آزمون، گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه (به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت قرار گرفتند. جلسات درمانی مطابق با بسته‌های درمانی (۳۰) که در مطالعات قبلی آزموده شده و روایی آن تایید شده بود، اجرا شد که در جدول ۱ ارائه شده است. یک هفته پس از اتمام جلسات، پس آزمون اجرا شد. لازم به ذکر است که از افراد انتخاب شده در گروه نمونه ۲ نفر از گروه کنترل و ۲ نفر از گروه آزمایش به دلیل عدم همکاری از طرح پژوهش حذف شدند و در نهایت جمعیت هر گروه به ۱۴ نفر تقلیل یافت. در تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون کلموگروف-اسمیرنف، برای واریانس های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض برابری ماتریس واریانس-کوواریانس از طریق آزمون ام باکس، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. داده ها با نرم افزار اسپاس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد

برابر با ۰/۸ در نظر گرفته شد. منظور از p ضریب ICC است. مفهوم این همبستگی ارتباط بین پیامد موردنظر در تکرارهای متوالی است. Δ هم که اندازه اثر است (اختلاف بالینی بین دو گروه برابر ۰/۵۵ است). بر اساس فرمول موردنظر تعداد ۱۴ نمونه به هر گروه تخصیص داده شد. ۱۵ درصد به عنوان ریزش احتمالی در نظر گرفته شد و به هر گروه ۲ نفر اضافه شد؛ بنابراین ۱۶ نفر برای هر گروه و جمعاً ۳۲ نفر از بین مراجعه کنندگان واجد شرایط، نمونه گیری شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بود: (۱) تمایل شخصی برای شرکت در پژوهش، (۲) بیماران مبتلا به سرطان کولون که تحت جراحی کولوستومی قرار گرفته‌اند (این ملاک با تشخیص پزشک متخصص و بر اساس ملاک‌های پزشکی صورت پذیرفت)، (۳) عدم ابتلا به اختلالات روانی حاد یا مزمن (که توسط روان‌پزشک و یا روان‌شناس بالینی از طریق مصاحبه بالینی مورد تایید قرار گرفت)، (۴) عدم استفاده از درمانهای روانشناختی موازی (که طی مصاحبه بالینی بررسی شد)، (۵) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی از ۳ ماه قبل (که طی مصاحبه بالینی بررسی شد)، (۶) عدم مصرف انواع مواد مخدر و الکل و ملاک‌های خروجی

فعالیت‌های مختلف (سوالات ۲۳، ۲۴، ۲۸)، آرام کردن خود (سوالات ۹، ۲۶، ۳۶)، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند (سوالات ۱۱، ۳۳، ۳۹، ۴۰)، حواس پرتی منفعل (سوالات ۱۶، ۲۵)، رؤیایپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند (سوال ۳۷). نمرات بالا نشان دهنده راهبرد اجتناب غالب بیمار است. این پرسشنامه را یزدان دوست، عاطف وحید و صلواتی، در مورد دانشجویان اجرا کردند و ضریب پایایی آن را از طریق دو نیمه سازی برابر ۰/۷۹ بدست آوردند. (۳۲) در پژوهشی دیگر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷ نشان دهنده پایایی مناسب ابزار بود (۳۳). در پژوهش حاضر میزان پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد. نتایج میزان پایایی این پرسشنامه در جدول ۲ ارائه شده است و نشان دهنده پایایی مطلوب آن می باشد.

یافته‌ها:

بر اساس نتایج به دست آمده از بررسی اطلاعات جمعیت شناختی، میانگین سن شرکت کنندگان گروه آزمایش برابر با $52/47 \pm 7/64$ سال و میانگین سنی گروه کنترل برابر با $52/14 \pm 11/14$ بود. به علاوه $42/9$ درصد از گروه آزمایش و $28/5$ درصد از گروه کنترل زن و $57/1$ درصد از گروه آزمایش و $71/5$ درصد از گروه کنترل مرد هستند. $71/4$ درصد از گروه آزمایش و $85/7$ درصد از گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و $28/6$ درصد از گروه آزمایش و $14/3$ درصد از کنترل دارای تحصیلات لیسانس بودند.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، در راستای بررسی پیش فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون توزیع داده‌ها نرمال است ($p > 0/05$)، آزمون لوین نشان داد برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش رعایت شده است ($p > 0/05$). عدم معنی‌داری آزمون باکس، نیز حکایت از تایید پیش فرض همسانی همبستگی بین متغیرهای وابسته داشت ($p > 0/05$). در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار رضایت جنسی به تفکیک دو گروه پژوهش و دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان داد در مرحله پیش آزمون تفاوت زیادی در بین گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد؛ لیکن در مرحله پس آزمون در گروه آزمایش نمرات سرکوب خشم، حواس پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف، آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و جزء آن)، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، اجتناب شناختی-رفتاری افزایش و فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، سوء مصرف مواد، افکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، علائم روانی-جسمی، گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی، حواس پرتی منفعل و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند کاهش یافته است (جدول ۳).

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در جدول ۴ تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل را در حداقل یکی از نمرات ابعاد اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی نشان می‌دهد ($p < 0/05$). مجذور اتا نشان می‌دهد که $64/2$ درصد تفاوت دو گروه حداقل در یکی از نمرات ابعاد اجتناب شناختی-رفتاری مربوط به درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بوده است. در ادامه به منظور بررسی دقیق‌تر از تحلیل کوواریانس تک متغیره

جدول ۲: نتایج میزان پایایی پرسشنامه اجتناب یانگ - رای

مؤلفه	پایایی
فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند	۰/۶۵۰
سوء مصرف مواد	۰/۶۴۳
انکار ناخوشی	۰/۶۱۳
کنترل و منطقی بودن افراطی	۰/۷۰۱
سرکوب خشم	۰/۶۳۱
علائم روانی - جسمی	۰/۶۴۷
گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم	۰/۶۱۳
انکار خاطرات	۰/۶۳۲
اجتناب از طریق خوابیدن / فقدان انرژی	۰/۶۵۲
حواس پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف	۰/۶۵۰
آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و جزء آن)	۰/۶۱۲
بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند	۰/۶۷۴
حواس پرتی منفعل	۰/۵۲۲
اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند	۰/۳۴۲
کل	۰/۸۶۷

استفاده در پژوهش حاضر حداکثر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از ذکر اهداف پژوهش برای بیماران، از آن‌ها رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین با تاکید بر اصل رازداری به آنان گفته شد که استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش است و همچنین در صورت درخواست آن‌ها جهت اطلاع از نتایج پژوهش، اطلاع‌رسانی دقیق در این زمینه انجام می‌شد. همچنین آن‌ها آزادی و اختیار کامل برای انصراف از ادامه مشارکت در هر مرحله از پژوهش را داشتند.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:
۱- پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، تحصیلات.

۲- پرسشنامه اجتناب یانگ - رای: این پرسشنامه توسط یانگ و رای (۳۱) ۴۰ سؤال است که برای بررسی راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی طراحی شده است. مانند پرسشنامه قبلی، به هر سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۶ داده می‌شود. راهبردهای اجتنابی براساس این پرسشنامه عبارتند از: فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند (سوالات ۱، ۳۱، ۳۲)، سوء مصرف مواد (سوالات ۲، ۷، ۹)، انکار ناخوشی (سوالات ۳، ۴، ۲۹، ۳۴)، کنترل و منطقی بودن افراطی (سوالات ۵، ۱۷، ۱۹، ۳۵، ۴۰)، سرکوب خشم (سوالات ۶، ۱۳، ۱۸)، علائم روانی-جسمی (سوالات ۱۰، ۱۲، ۱۵، ۳۸)، گوشه‌گیری و دوری‌گزینی از مردم (سوالات ۱۳، ۲۰، ۳۰)، انکار خاطرات (سوالات ۸، ۲۱، ۲۷)، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی (سوالات ۱۴، ۲۲)، حواس پرتی از طریق درگیر شدن در

جدول ۳: بررسی و مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیر اجتناب شناختی-رفتاری و ابعاد آن در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

متغیرها	منبع	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند	پیش آزمون	۸/۸۵	۳/۴۱	۸/۲۸	۴/۰۴
	پس آزمون	۷/۶۴	۱/۷۳	۸/۷۸	۳/۶۸
سوء مصرف مواد	پیش آزمون	۵/۷۸	۲/۴۸	۸/۰۷	۴/۱۹
	پس آزمون	۵/۵۷	۲/۱۹	۸/۷۱	۴/۱۲
افکار ناخوشی	پیش آزمون	۱۰/۰۷	۳/۱۴	۱۰/۲۳	۳/۷۶
	پس آزمون	۹/۳۵	۲/۷۳	۱۰/۲۱	۲/۸۶
کنترل و منطقی بودن افراطی	پیش آزمون	۱۵/۳۵	۴/۲۸	۱۶/۵۷	۵/۶۳
	پس آزمون	۱۵/۳۴	۴/۳۴	۱۶/۴۲	۵/۶۱
سرکوب خشم	پیش آزمون	۸/۷۸	۳/۷۸	۸/۹۲	۳/۵۸
	پس آزمون	۹/۷۱	۲/۲۴	۸/۷۸	۲/۸۶
علائم روانی - جسمی	پیش آزمون	۱۱/۵۰	۳/۴۳	۱۱/۵۷	۳/۳۰
	پس آزمون	۱۰/۲۱	۴/۳۷	۱۱/۲۱	۲/۱۵
گوشه گیری و دوری گزینی از مردم	پیش آزمون	۸/۵۰	۲/۴۳	۸/۸۵	۳/۱۳
	پس آزمون	۷/۰۷	۲/۴۳	۸/۲۱	۲/۸۸
انکار خاطرات	پیش آزمون	۹/۱۴	۲/۲۴	۹/۹۲	۴/۲۸
	پس آزمون	۸/۵۷	۲/۹۰	۹/۸۲	۳/۸۷
اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی	پیش آزمون	۴/۸۵	۱/۹۹	۴/۹۲	۳/۸۷
	پس آزمون	۴/۷۸	۲/۹۱	۴/۸۵	۲/۳۸
حواس پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف	پیش آزمون	۷/۸۵	۲/۸۵	۷/۹۲	۲/۹۴
	پس آزمون	۸/۴۶	۲/۴۸	۷/۹۸	۲/۸۹
آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و جزء آن)	پیش آزمون	۸/۴۶	۲/۳۶	۸/۴۲	۳/۷۷
	پس آزمون	۸/۵۷	۲/۳۱	۸/۵۰	۳/۴۵
بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند	پیش آزمون	۱۰/۰۰	۲/۹۴	۱۱/۶۹	۴/۷۳
	پس آزمون	۱۲/۶۴	۲/۱۰	۱۱/۲۱	۴/۶۷
حواس پرتی منفعل	پیش آزمون	۷/۵۷	۲/۱۳	۷/۵۰	۳/۱۵
	پس آزمون	۶/۸۵	۲/۳۴	۷/۹۲	۲/۸۹
اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند	پیش آزمون	۳/۰۰	۱/۶۱	۲/۷۱	۱/۱۳
	پس آزمون	۲/۸۵	۱/۸۳	۲/۸۵	۱/۲۹
اجتناب شناختی-رفتاری	پیش آزمون	۱۲/۰۰	۲۴/۳۹	۱۲/۴۶	۳۴/۷۶
	پس آزمون	۱۲/۷۰	۱۹/۸۰	۱۲/۳۵	۲۴/۸۳

جدول ۴: نتایج لامبدا و ویلز تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا)

شاخص	ارزش	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	معناداری	مجذور اتا	توان اثر
لامبدا و ویلز	۰/۶۴۲	۴/۰۸۳	۸/۰۰	۲/۰۰	۰/۰۰۲	۰/۶۴۲	۰/۹۴۲

بهبود بخشید. به عبارتی با توجه به مجذور اتا ۲۱/۵ درصد از تفاوت در نمرات سوء مصرف مواد، ۱۶/۱ درصد از تفاوت نمرات اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی و ۱۵ درصد از تفاوت در نمرات حواس پرتی منفعل در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، ناشی از درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بوده است. این درمان بر نمرات فکر نکردن به طور عمد در مورد مسائل ناخوشایند، انکار ناخوشی، کنترل و منطقی بودن افراطی، سرکوب خشم، علائم روانی- جسمی، گوشه‌گیری و

استفاده شده است که در جدول ۵ ارائه شد. نتایج این جدول نشان می‌دهد، با تعدیل نمرات پیش آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون، در نمرات سوء مصرف مواد، اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی و حواس پرتی منفعل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۵$)؛ یعنی درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت توانسته است نمرات سوء مصرف مواد، اجتناب از طریق خوابیدن/ فقدان انرژی و حواس پرتی منفعل بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی را

رفتارهای اجتنابی خواهد شد که این موضوع نیازمند بررسی‌های طولانی مدت و دوره‌های پیگیری می‌باشد. این بخش از یافته‌ها نشان می‌دهد که به منظور بررسی اثرات درمان‌های نسل سوم بر اجتناب شناختی-رفتاری می‌بایست موضوع مورد اجتناب، محتوای فکر و همچنین سودمند بودن مقابله اجتنابی برای گروه هدف مشخص گردد.

در تبیین اثربخشی درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر سوءمصرف مواد، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی و حواس پرتی منفعل بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی می‌توان بیان نمود که درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت در طول درمان از طریق آموزش مکالمه درونی با خود، به بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی آموزش داد که در زمان مواجهه با موقعیت فشارزا، با مکالمه‌ی آرام و دلگرم کننده می‌توان مشکلات و کاستی‌های خود را قبول کرده (بدون قضاوت و سرزنش) و از متحمل شدن هیجانات منفی خود بکاهد در نتیجه لازم نیست تا از طریق رفتارهای اجتنابی که منجر به اختلال در عملکرد روزمره می‌شود، هیجانات منفی را کاهش دهند. افزایش شفقت و پذیرش به خود از بسیاری جهات همانند راهبردهای هیجان محور عمل می‌کند چرا که به آگاهی بهوشیارانه از هیجانات خود، عدم اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراک‌های انسانی به آنها نیازمند است؛ در واقع، بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی، در این مدل ابتدا با استفاده از بهوشیاری، مشکلات خودشان را می‌شناسند و سپس نگرشی مشفقانه نسبت به احساسات خود پیرامون مشکلات پیدا می‌کنند، و در نتیجه انتظارات سطح بالای خود را مورد سوال قرار داده و با پذیرش مشکل خود نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود، معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی متناسب با شرایط خود را باز طراحی کرده که نتیجه آن مقابله موثر با شرایط استرس زا بوده است. در واقع این درمان مراجعان را به تمرکز بر درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می‌کند. (۳۵ و ۳۴)

در مکانیسم اثر این درمان بر ابعاد دیگر اجتناب شناختی-رفتاری، می‌بایست بر بهره‌بری مختلف افراد از این سازه برای بهبود وضعیت روان‌شناختی خویش تاکید کرد. در این راستا باید توضیح داد اجتناب شناختی-رفتاری عبارت است از تجربه تمرکز و توجه به دور از مشکل بودن. به طور اختصاصی، اجتناب شناختی-رفتاری، تصمیم منفعلانه انکار و یا به حداقل رساندن مواجهه با یک موقعیت استرس‌زا می‌باشد که فرد معتقد است هیچ چیز نمی‌تواند آن را تغییر دهد. اجتناب شناختی-رفتاری ممکن است به علت کاهش لحظه‌ای تنش، پاداش دهنده به نظر برسد، ولی از سوی دیگر پیامدهای منفی را به همراه دارد. بر اساس مطالعات انجام شده، در بررسی اثرات اجتناب شناختی-رفتاری در بهزیستی روان‌شناختی می‌بایست دو مقوله را در نظر گرفت؛ اول اینکه میزان و کمیت استفاده از اجتناب شناختی-رفتاری و دوم مدت زمان استفاده از آن‌ها. در این راستا به نظر می‌رسد که بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی باید پیام‌زوند که هر چند استفاده از راهبردهای اجتنابی استرس‌شان را در کوتاه مدت از بین می‌برد لیکن زمانی که برای مدت طولانی و به میزان زیاد استفاده شوند، خطرناک بوده و باعث مشکلات هیجانی و رفتاری متعددی می‌شود. در این راستا بیماران در طول درمان آموخته‌اند که استفاده از راهبردهای اجتنابی به منظور کاهش تنش، باوری اشتباه است و با پذیرفتن مشکلات خود به دنبال راهکارهای جایگزین بوده‌اند، لیکن به منظور اتخاذ

دوری‌گزینی از مردم، انکار خاطرات، حواس‌پرتی از طریق درگیر شدن در فعالیت‌های مختلف، آرام کردن خود (خوردن، خرید کردن، و جزء آن)، بازداری منفعلانه هیجان‌های ناخوشایند، رویاپردازی و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند تأثیر نداشته است.

بحث:

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی در شهر اصفهان بود. نتایج به دست آمده از پژوهش نشان داد از میان ابعاد اجتناب شناختی-رفتاری، درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت تنها بر مولفه‌های سوءمصرف مواد، اجتناب از طریق خوابیدن/فقدان انرژی و حواس‌پرتی منفعل بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی موثر بوده است و بر سایر ابعاد تأثیری نداشته است. براساس جست و جوهای محقق، پژوهشی که مستقیماً به بررسی تأثیر درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی پرداخته باشد، یافت نشد، تا استنادی به همسویی و یا ناهمسویی این بخش از یافته‌ها با تحقیقات پیشین انجام شود؛ لیکن می‌توان گفت این بخش از نتایج به صورت غیرمستقیم با پژوهش نوروزی و همکاران (۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش مشکلات بین‌فردی و اجتناب تجربه‌ای دانشجویان، پژوهش فنائی و سجادیان (۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی افراد دارای اضافه وزن و چاق، پژوهش بهروز و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر مقابله اجتنابی بیماران دیابتی، پژوهش فیاض بخش و منصوری (۱۶) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر عدم تحمل ناکامی، اجتناب تجربی و اختلال اضطراب فراگیر در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، پژوهش باروز (۱۷) مبنی بر اثر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربی در افراد مورد تجاوز جنسی و پژوهش لویز و سالاس (۱۸) مبنی بر اثر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب تجربی ناهمسو می‌باشد.

در تبیین اثر غیرمعمول درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت بر اجتناب شناختی-رفتاری بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی می‌توان بیان کرد در مفهوم سازی پذیرش در بیماران مبتلا به سرطان، اجتناب شناختی-رفتاری به عنوان یک عامل نگه دارنده برای رفتارهای مشکل‌زا در نظر گرفته می‌شود و یکی از راه‌های مقابله با اجتناب شناختی-رفتاری افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مورد افکار و احساسات است که این هدف از اجزای اصلی درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت است. در طول درمان تصور می‌شد که از طریق مداخلات مربوط به گسلس شناختی، بیماران انعطاف‌پذیری بالایی کسب کرده و به واسطه‌ی افزایش این انعطاف‌پذیری، تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشده و در عوض به جای اجتناب شناختی-رفتاری، شیوه‌هایی به منظور تعامل موثرتر با دنیایی که به طور مستقیم تجربه می‌شود، بیابند. لیکن به نظر می‌رسد درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت، موقعیتی را به وجود آورده است که طی آن، بیمار نسبت به راهکارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات منفی در مورد بیماری و اجتناب و فرار کامل از این افکار و احساسات، احساس درماندگی کرده است و این دلیلی بر عدم تأیید این فرضیه می‌باشد. این حالات زمینه ساز معرفی پذیرش به عنوان یک راه‌حل جایگزین می‌باشد که در طولانی مدت منجر به کاهش

با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، به نظر می رسد که درمان ترکیبی پذیرش، تعهد و شفقت می تواند به عنوان مداخله ای مفید و مؤثر در جهت بهبود اجتناب شناختی-رفتاری، در مراکز درمانی مربوط به بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی مد نظر قرار گیرد. بنابراین استفاده از این درمان در کنار سایر درمان های پزشکی به پزشکان، متخصصان مربوطه و روان شناسان پیشنهاد می گردد.

سیاسگزاری:

این پژوهش برگرفته از نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD. REC.1397.093 می باشد. بدین وسیله از مساعدت های کارکنان محترم مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) اصفهان و تمامی بیمارانی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع:

تعارض منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

راهکارهای جایگزین هنوز هم به کمک درمانگر نیاز دارند. در نتیجه با توجه به چند جانبه و پیچیده بودن این سازه به زمان بیشتر و همچنین تکرار دوره آموزشی نیاز است؛ چرا که ساختار ذهن رو به تغییر بوده اما هنوز در عمل رخ نداده است.

یکی از محدودیت های پژوهش حاضر این بود که جامعه پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به سرطان کولون بعد از جراحی کولوستومی مراجعه کننده به مرکز پیشگیری و کنترل سرطان آلا (مکسا) اصفهان تشکیل داده اند، به همین دلیل لازم است تا در تعمیم نتایج به سایر جوامع در سایر شهرها احتیاط شود. همچنین در این پژوهش از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد و افراد داوطلب وارد پژوهش شدند و با توجه به اینکه شخصیت افرادی که راضی به شرکت در پژوهش می شوند متفاوت با افرادی است که از شرکت در پژوهش امتناع می ورزند، لذا در تبیین نتایج به دست آمده، این محدودیت باید حتما در نظر گرفته شود و باید به ویژگی های خاص این افراد نیز توجه داشت. خود گزارش دهی ابزار پژوهش نیز، یکی دیگر از محدودیت های پژوهش حاضر بود که امکان تحلیل های کیفی عمیقتر از دادهها در حوزه متغیرهای وابسته را محدود نمود. عدم اجرای دوره پیگیری نیز از جمله محدودیت های پژوهش حاضر بود. به طور کلی

REFERENCES:

1. Azeem S, Gillani SW, Siddiqui A, Jandrajupalli SB, Poh V, Syed Sulaiman SA. Diet and Colorectal Cancer Risk in Asia-a Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16:5389-96.
2. Esna-Ashari F, Sohrabi M, Abadi A, Mehrabian A, Mofid B, Bohluli M, et al. Colorectal cancer prevalence according to survival data in Iran 2007. *Iran J Public Health* 2010;39:27-31.
3. Dolatkhah R, Somi MH, Kermani IA, Ghojzadeh M, Jafarabadi MA, Farassati F, et al. Increased colorectal cancer incidence in Iran: a systematic review and meta-analysis. *J Cancer Epidemiol* 2015;15:997.
4. Ahmadi A, Mosavi-Jarrahi A, Pourhoseingholi MA. Mortality determinants in colorectal cancer patients at different grades: a prospective, cohort study in iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16:1069-72.
5. Fazeli, M, Keramati M. Rectal cancer: a review. *Med J Islam Repub Iran* 2015;29:11.
6. Louise Sh, Deepa P, Stephen C. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *J Psychosom Res* 2011; 70:395-402.
7. Kalkhoran JK, Amini H, Gharibi, M. Lack of exercise in Students, Psychological and Anthropometrical Factors. *Academic J Psychol Studies* 2016; 5,43-52.
8. Beesdo-Baum K, Jenjahn E, Höfler M, Lueken U, Becker ES, Hoyer J. Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety* 2012;29:948-57.
9. Consedine NS, Ladwig I, Reddig MK, Broadbent EA. The many faeces of colorectal cancer screening embarrassment: preliminary psychometric development and links to screening outcome. *Br J Health Psychol* 2011;16:559-79.
10. Reynolds LM, Consedine NS, Pizarro DA, Bissett IP. Disgust and Behavioral Avoidance in Colorectal Cancer Screening and Treatment. *Cancer Nurs* 2013;36:122-30.
11. Givehki R, Afshar H, Goli F, Scheidt C, Omidi A, Davoudi M. Effect of acceptance and commitment therapy on body image flexibility and body awareness in patients with psychosomatic disorders: a randomized clinical trial. *Electron Physician* 2018;10:7008-16.
12. Davoodi A, Nasimifar N. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction methods on pain relief and disaster response strategy in women with chronic musculoskeletal pain. *New Find Psychol* 2012;7:45-62.
13. Hayes S, Levin M, Plumb-Villardaga J, Villatte J, Pistorello J. Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behav Ther* 2013; 44: 180-98.
14. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44:1-25.
15. Fogelkvist M, Parling P, Kjellin L, Gustafsson S. A qualitative analysis of participants' reflections on body image during participation in a randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy. *J Eat Disord* 2016; 4:29.
16. Fayazbakhsh E, Mansouri A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on intolerance of uncertainty, experiential avoidance, and symptoms of generalized anxiety disorder in individuals with Type II diabetes. *Int Arch Health Sci* 2019;6:30-5.
17. Burrows CJ. Acceptance and Commitment Therapy: Experiential avoidance and survivors of adult sexual assault (Unpublished

- master's thesis). *The Cairnmillar Institute, Melbourne, Victoria, Australia* 2013;12:246-59.
18. López F, Salas S. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes. *Int J Psychol Psychol Ther* 2009;9:299-315.
 19. Nowruzi M, Zargar F, Akbari H. Evaluate the effectiveness of acceptance-based therapy and commitment to reducing interpersonal problems and experiential avoidance of students. *J Behav Sci Res* 2017;1:174-68.
 20. Fanaei S, Sajjadian A. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to the experimental avoidance of overweight and obese people. *J Behav Sci Res* 2015;14: 153-46.
 21. Behrooz Y, Buali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to psychological symptoms, coping styles and quality of life of type 2 diabetic patients. *Health* 2016;7:236-53.
 22. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain, Study of Treatment Effectiveness and Process. *J Consult Clin Psychol* 2008;76: 397-407.
 23. Tirch DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int J Cognit Ther* 2010;3:113-23.
 24. Gilbert P. Outline and Session by session Record of Compassion Focused Therapy: Module in the Context of a Local DBT Program. /www.compassionatemind.co.uk; 2009.
 25. Gilbert P. Compassion: Conceptualization, Research and use in Psychotherapy. New York: Routledge Publication; 2005.
 26. Ghorbani N, Watson PJ, Chen Z, Norballa F. Self-compassion in Iranian Muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *Int J Psychol Relig* 2012; 22:106-18.
 27. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 545-52.
 28. Feldman C, Kuyken W. Compassion in the landscape of suffering. *Contem Buddh* 2011;12:143-55.
 29. Datalo P. Estimating sample size. Translated by Roghayeh Nouri Purliavali, Nikzad Ghanbari Pirkashani, Hanieh Mehdizadeh Hanjani. Publisher: Dynamic Friend Test 2016.
 30. Zahiri S. Evaluation of the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment enriched by compassion on the symptoms of obsession and quality of life of high school students with practical obsessive-compulsive disorder in Isfahan. Master's thesis, Azad University of Najafabad; 2016.
 31. Young J, Klosko J, Weishaar M. Schema therapy: A Practitioner's Guide: New York: Guilford; 2003.
 32. Salavati M. Dominant schemas and effectiveness of schema therapy in female patients with borderline personality disorder. PhD Thesis in Clinical Psychology. Tehran Psychiatric Institute. *Tehran Uni Med Sci* 2007.
 33. Zargar M, Kakavand, AR, Jalali M. Comparison of maladaptive early schemas and avoidance behaviors in opioid dependent men and non-dependent men. *J Appl Psychol* 2011;1:69-8.
 34. Hadian S, Jabalameli Sh. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on rumination in students with sleep disorders: A quasi-experimental research, before and after. *Stud Med Sci* 2019; 30:86-96.
 35. Hadian S, Jabalameli Sh. The effectiveness of compassion-focused therapy (CFT) on subjective well-being of students with sleep disorders. *Daneshvar Medicine: Basic Clin Res J* 2020; 27:19-28.