

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی شهر کرمانشاه

دانشجوی دکتری مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه،

ایران

مریم خسروانی شایان

استاد تمام گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

عبدالله شفیع آبادی *

دانشیار گروه مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

مختار عارفی

استادیار گروه مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

حسن امیری

چکیده

تالاسمی روبه افزایش است و مطالعه علمی آن جهت شناخت بیشتر این بیماری غیر واگیر و به‌کارگیری مؤثرترین مداخلات درمانی اجتناب‌ناپذیر است. هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی شهر کرمانشاه بود. پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش تحقیق، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری ۳۱۷ بیمار تالاسمی بودند که ۴۵ نفر از آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفره) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگذاری شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰) بود. برای تحلیل داده‌ها نیز از آماره توصیفی و استنباطی تحلیل کواریانس با نرم‌افزار **Sps21** استفاده شد. گروه آزمایش اول تحت مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، گروه آزمایش دوم تحت مداخله درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد.

* نویسنده مسئول: ab.dol.shafiabadi98@gmail.com

نتایج حاکی از این بود که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است ($P < 0/05$). همچنین بیمارانی که تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بودند نسبت به درمان شناختی- رفتاری، بهزیستی روان‌شناختی بالاتری از خود نشان دادند ($P < 0/05$). نتایج نشان داد برای افزایش کیفیت روحیات روان‌شناختی بیماران تالاسمی، مداخله درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به درمان شناختی- رفتاری اثربخش‌تر است.

واژگان کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، بیماران تالاسمی، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، درمان شناختی- رفتاری

مقدمه

تالاسمی از بیماری‌هایی است که موجب نگرانی افراد از وضعیت موجود و آینده خود می‌گردد (بابائی منقاری، معینی کیا، خالق خواه و زاهد، ۱۳۹۳). این بیماری هر سال در حال افزایش است. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ گزارش داد که دویست و پنجاه میلیون نفر در سراسر جهان (۴/۵ درصد) حامل ژن تالاسمی هستند که این به معنای سیصد تا چهارصد هزار مورد جدید در سال است. به همین دلیل این سازمان، تالاسمی را که در بیش از ۶۰ کشور جهان وجود دارد، به عنوان شایع‌ترین اختلال‌های خون ژنتیکی در جهان معرفی کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۷).

تالاسمی تقریباً در تمام نژادها رخ می‌دهد اما مناطقی که میزان بالایی دارند به عنوان کمربند تالاسمی شناخته می‌شوند. ایران نیز کشوری است که در این کمربند قرار دارد و میزان شیوع آن به طور متوسط ۴ درصد است و تقریباً سالانه ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر به این تعداد افزوده می‌شوند (ماهری، ۱۳۹۶). این بیماری مانند سایر بیماری‌های مزمن با مشکلات عدیده‌ای همراه است ارثی بودن بیماری، ظهور آن در سال‌های اول زندگی، احتمال بروز ناهنجاری‌های فیزیکی و نیاز مداوم به تزریق خون و دسفرال تأثیرات مهمی را بر رشد و تکامل بیماران تالاسمیک و ارتباط آن‌ها با سایر اعضا خانواده می‌گذارد (موسوی، ۱۳۸۰). به علاوه

باعث تأثیرات نامطلوبی بر سلامت روانی بیمار و خانواده وی می‌شود (رایانا^۱ و همکاران، ۲۰۰۵) در نهایت ابعاد مختلف سلامت روان از جمله بهزیستی روان‌شناختی این افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (سارویی و همکاران، ۱۳۹۲).

بهزیستی روان‌شناختی^۲ یک عامل محافظ در برابر بیماری‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی است (ویس، وسترو و بوهلمیجر^۳، ۲۰۱۶). فرآیند تحقق این توانایی‌ها، شامل شش بعد خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است (ویس و همکاران، ۲۰۱۶). کیز^۴ (۱۹۹۸) معتقد است سه نوع بهزیستی در ارزیابی افراد مشاهده می‌شود؛ بهزیستی هیجانی که به تعادل بین عاطفه مثبت و منفی اطلاق می‌شود؛ بهزیستی اجتماعی بیشتر به ملاک‌های عمومی و اجتماعی برای ارزیابی از کنش‌های اجتماعی افراد در طول زندگی‌شان در تعامل با دیگران مرتبط است و بهزیستی روان‌شناختی شامل ارزش‌های شناختی افراد در زندگی‌شان می‌شود. آن‌ها شرایط خود را که به انتظارات، ارزش‌ها و تجارب قبلی آنان وابسته است ارزش‌گذاری می‌کنند (داینر، اویشی و لوکاس^۵، ۲۰۰۳). شواهد پژوهشی حاکی از آن است، افرادی که از زندگی‌شان رضایت دارند و هیجانانگیز را تجربه می‌کنند دارای سطح بالایی از بهزیستی روان‌شناختی هستند. بهزیستی روان‌شناختی نه تنها احساس خوب بلکه احتمال ابتلا به بیماری در آنان را کاهش می‌دهد (بوهم و کوبزانسکی^۶، ۲۰۱۲).

در مورد پیشینه موضوع مطالعات به‌صورت مداخله انجام گرفته و مورد مطالعه نیز بیمارانی غیر از تالاسمی بوده است. در پژوهشی شریفی و شهبازی (۱۳۹۷) نتیجه گرفتند درمان‌شناختی -

¹ Raina

² Psychological Well-being

³ Weiss, Westerho & Bohlmeijer

⁴ Keys

⁵ Diener, Oishi, & Lucas

⁶ Boehm & Kubzansky

رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوان در زمینه‌های پذیرش خود، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران می‌شود. همچنین درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز شد. ده خدایی، ایرانی و در پژوهشی علی‌پور (۱۳۹۶) نتیجه گرفت درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قابلیت افزایش پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران هموفیلی را دارد. مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری، تفکر عامل، تفکر راهبردی و شادکامی اثر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است. قمری، شیخ‌الاسلامی و عادل (۱۳۹۴) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خشم و بهزیستی روان‌شناختی دختران پر خاشگر نشان دادند درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش خشم و افزایش بهزیستی روان‌شناختی شده است. حر و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث کاهش میزان افسردگی بیماران دیابت نوع دو شده است. در پژوهشی پدram و همکاران (۱۳۸۹) نشان دادند گروه درمانی شناختی-رفتاری در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش نشانه‌های امیدواری مؤثر است. وارکوویتزکی، گیلبرت و چارد^۱ (۲۰۱۸) نیز نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری به افزایش بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود و تحریفات شناختی دانشجویان را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد. دیکرسون^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب دانش‌آموزان معلول مؤثر است. وود، ویترنیک و فلسنر^۳ (۲۰۰۶) در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با واژگون‌سازی عادت بر وسواس فکری مؤثر است.

¹ Varkovitzky, Gilbert, & Chard

² Dickerson

³ Woods, Wetterneck & Flessner

در مورد ضرورت پژوهش حاضر باید گفت تالاسمی تنها بیماری ارثی است که طرح غربال‌گری ناقلین قبل از ازدواج به صورت سراسری و اجباری در مورد آن به مرحله اجرا درآمده و مجوز ختم بارداری قبل از حلول روح به صرف تشخیص بیماری در نطفه، صادر می‌گردد. توسعه علم پزشکی و تکنولوژی مربوط به آن، به بقا و طول عمر مبتلایان به این بیماری مزمن کمک نموده است. این روند رو به رشد، زمینه توجه بیشتر به مشکلات روانی ناشی از درمان طولانی‌مدت، مقابله و سازگاری با این بیماری را به وجود آورده است (حیدری سنگلجی و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی در افراد مبتلا به تالاسمی توجه به جنبه‌های روان‌شناختی این افراد علاوه بر جنبه‌های فیزیکی و جسمانی ضروری است؛ بنابراین ضرورت پرداختن به ابعاد روان‌شناختی و مداخلات روان‌شناختی احساس می‌شود چراکه تالاسمی یک بیماری مزمن با ابعاد روانی-اجتماعی چندگانه است و لذا مستلزم مداخلات طبی و روان‌شناختی چندگانه نیز هست (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۴)؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی شهر کرمانشاه است.

روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و از نظر هدف نیز پژوهشی کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش ۳۱۷ بیمار تالاسمی در شهر کرمانشاه بودند که از میان آن‌ها ۴۵ نفر به صورت هدفمند به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده به یک گروه کنترل و دو گروه درمان با رویکرد شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار داده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از ۱. دارا بودن ملاک‌های تشخیصی بیماری تالاسمی ۲. عدم دریافت هم‌زمان درمان روان‌شناختی و ۳- عدم

اعتیاد به مواد مخدر یا داروهای روان‌گردان و ملاک خروج نیز نداشتن غیبت بیش از ۲ بار متوالی در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰): این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۰ طراحی نمود که دارای فرم‌های مختلفی است. فرم اصلی ۱۲۰ سؤال داشت ولی در بررسی‌های بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴، ۵۴، ۱۸ سؤالی آن نیز پیشنهاد شد. در این پژوهش از فرم ۵۴ سؤالی آن استفاده شد که شامل ۶ خرده مقیاس است که هر خرده مقیاس شامل ۹ سؤال است. خرده مقیاس‌ها شامل؛ پذیرش خود (سؤالات: ۶، ۱۲، ۲۴، ۱۸، ۳۰، ۳۶، ۴۲، ۵۴، ۴۸)، روابط مثبت با دیگران (سؤالات: ۱۰، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۴، ۴۰، ۴۶، ۵۲)، خودمختاری (سؤالات: ۱، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۷، ۴۳، ۴۹)، تسلط بر محیط (سؤالات: ۲، ۸، ۲۰، ۱۴، ۲۶، ۳۲، ۳۸، ۴۴، ۵۰)، زندگی هدفمند (سؤالات: ۵، ۱۱، ۱۷، ۲۳، ۲۹، ۴۷، ۴۱، ۳۵، ۵۳) و رشد شخصی (سؤالات: ۳، ۹، ۱۵، ۲۱، ۲۷، ۳۳، ۳۹، ۴۵، ۵۱) است. آزمودنی به هر ماده در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برخی از سؤالات نیز به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند (۳، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۷، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۵۱، ۵۳). پایایی آزمون با ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۰ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌هایی مانند میانگین، فراوانی و انحراف استاندارد استفاده شد و در تحلیل استنباطی از تحلیل واریانس (آنکوا) استفاده شد. برای بررسی پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ و جهت بررسی اعتبار از روایی محتوایی از نوع صوری استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱. طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل

پس‌آزمون	مداخله	پیش‌آزمون	انتخاب تصادفی	گروه‌ها
T2	X	T1	R	گروه آزمایش اول
T2	X	T1	R	گروه آزمایش دوم
T2	-	T1	R	گروه کنترل

در جلسات درمان تعهد و پذیرش، از پروتکل درمانی ۸ جلسه‌ای کوین ولز و جان سورل و در تهیه پروتکل درمان شناختی- رفتاری از مدل شناختی بک و گروه درمانی شناختی مایکل فری الگو گرفته شده است. این برنامه طی ۸ جلسه ۲ ساعته تنظیم شده است. جلسات درمان به وسیله خبرگانی انجام شد که تجربه مداخله با این روش‌ها را داشتند. با این وجود، محقق مجریان را در جریان دوره‌های مهارت و دانش‌افزایی مداخلات قرار داد تا از روند صحیح اجرا اطمینان حاصل شود. مضاف بر این، خود محقق بر تمام ساعات و جلسات پروتکل نظارت دقیق داشته است. محتوای جلسات درمان تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری در جداول ۲ و ۳ به صورت خلاصه ارائه شده است.

جدول ۲. پروتکل درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

جلسه	هدف	محتوا
۱	آشنایی با مقدمات و بنیان‌های اساسی درمان و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی	آشنایی با اعضا، تعیین شرایط و ضوابط حضور در جلسات، آشنایی با اهداف درمان- بیان «داستان درد» هر یک از اعضا از زبان خود.
۲	تغییر رفتار و ذهن آگاهی، تعیین گزینه‌ها و مسیر درمان	بحث و بررسی تکلیف جلسه اول- مطرح کردن مسئله انتخاب- معرفی مدل رفتاری و مفهوم تغییر رفتار- تمرین ذهن آگاهی- بازخورد ذهن آگاهی

۳	یادگیری زندگی با درد مزمن به کمک پذیرش	بحث و بررسی پیرامون تکلیف جلسه دوم- تعریف پذیرش- تفکیک آن از خواسته‌ها با کمک تکنیک‌های تمثیل «مراسم دفن» و «تمثیل سفر طولانی»
۴	شناسایی نقش ارزش‌ها و عمل	بررسی تکلیف جلسه سوم- توصیف تمایز میان ارزش‌ها و اهداف- شفاف‌سازی ارزش‌ها با روش پرسش و تمرین
۵	ایجاد گسستگی از خود، اجازه بروز موانع عمل متعهدانه و شناسایی آن‌ها	بررسی تکلیف جلسه چهارم- گسستگی از تهدیدهای زبان به کمک تمرین
۶	جداسازی افکار، احساسات و هیجانات از فرایند عمل متعهدانه، پیش رفتن به سوی عمل متعهدانه (شروع به حرکت کردن)	بررسی تکلیف جلسه پنجم- مرور پیشرفت درمان تاکنون و بحث پیرامون موضوعات باقیمانده- بیان تفاوت بین تصمیم‌گیری برای عمل و اقدام کردن با روش تمرین «پرش» توضیح «موانع اقدام و عمل» و با کمک تکنیک تمثیل «مسافران در اتوبوس»
۷	تعهد به داشتن زندگی، ارزشمند، ایجاد رضایت	بررسی تکلیف جلسه ششم- تعریف رنج اولیه و رنج ثانویه با کمک تکنیک فرمول‌بندی تمایز بین ارزشیابی یا چانه‌زنی و رضایت
۸	نگهداری مادام‌العمر تغییرات، پیشگیری از عود خداحافظی با اعضا	بررسی تکلیف جلسه هفتم- بحث پیرامون پیامدهای منفی و آمادگی برای عود- مرور درمان- تدوین طرحی برای آینده- مرور عمل متعهدانه به عنوان یک «تکلیف مادام‌العمر»

پروژه کلینیک درمانی و مطالعات رفتاری

جدول ۳: پروتکل درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	هدف	تکنیک‌ها و روش‌ها
۱	دعوت شرکت‌کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظار خود از شرکت در این جلسات	آموزش تکنیک‌های تن آرامی، تنفس دیافراگمی و ارائه تعریف تنظیم هیجانی و بهزیستی
۲	مرور تکالیف هفته گذشته، معرفی و توضیح فعال‌کننده شناخت، رفتار و احساس، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آن‌ها	بحث و بررسی تکلیف جلسه اول- آموزش تکنیک‌های جرأت‌مندی و اجرای تمرینات آموزش تکنیک‌های شناخت افکار غیرمنطقی و خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار- ارائه تکالیف جلسه بعد

۳	تعریف و شناخت خطاهای تفکر و افکار خود آیند منفی، آموزش حل مسئله، آموزش مقابله با افکار غیرمنطقی و بررسی تکالیف گذشته	بحث و بررسی تکلیف جلسه دوم- آموزش تکنیک‌های مراقبه نشسته، تکنیک‌های آموزش حل مسئله و تکنیک‌های آموزش مقابله با افکار غیرمنطقی- ارائه تکالیف جلسه بعد
۴	آموزش مدیریت خشم و شیوه‌های آرام‌سازی، بررسی تکالیف گذشته	بحث و بررسی تکلیف جلسه سوم- آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقا سطح بهزیستی
۵	بازخوانی شناخت‌ها و راهبردهای کسب شده آموزش یوگای هوشیارانه و بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی	آموزش شیوه حل مسئله، تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، انجام تمرینات یوگای هوشیارانه و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی
۶	آموزش مهارت‌های ارتباطی، ابراز وجود و بررسی تکالیف گذشته	آموزش تکنیک‌های آرامش‌آموزی جسمانی، مسئولیت‌پذیری فعالانه، انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار) و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقا سطح بهزیستی
۷	مدیریت بر زمان، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسات قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش	بحث و بررسی تکلیف جلسه ششم- آموزش تکنیک‌های مدیریت بر زمان و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقا سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی
۸	مرور تکلیف گذشته، بازنگری کل برنامه، واری و بحث در مورد برنامه‌ها و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی	آموزش و بازنگری کلیه تکنیک‌های آموزش داده شده - تکلیف مادام‌العمر

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های پژوهش، ابتدا از طریق دانشگاه مجوز لازم اخذ شد و سپس با مراجعه به دفتر انجمن تالاسمی واقع در بیمارستان محمد کرمانشاهی، در مورد اهداف پژوهش با انجمن هماهنگی‌های لازم انجام گردید. در ادامه با استفاده از فراخوان، از میان داوطلبانی که حاضر به شرکت در این پژوهش بودند، ۱۵۲ نفر انتخاب (بر اساس جدول کرجسی و مورگان) و در مورد اهداف پژوهش و نحوه پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها توضیحات لازم ارائه شد. سپس از آنها رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش کسب و به آن‌ها در مورد رازداری

و حفظ حریم خصوصی اطمینان داده شد. پرسشنامه‌ها در بین کل جامعه آماری توزیع شد. بعد از تحلیل داده‌ها تعداد ۴۵ نفر را که در بهزیستی روان‌شناختی نمرات پایین‌تری کسب نمودند را به عنوان نمونه، انتخاب و به شیوه تصادفی (از بین ۴۵ نفر منتخب به صورت قرعه‌کشی از شماره ۱ تا ۴۵، به تصادف در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزینی شدند.

هر یک از گروه‌های آزمایش، مداخلاتی با روش‌های متفاوت (یک گروه مداخله درمان تعهد و پذیرش، گروه دوم مداخله درمان شناختی-رفتاری)، به تعداد ۸ جلسه و هر جلسه در یک هفته و به مدت دو ساعت دریافت نمودند، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات با گرفتن پس‌آزمون از هر سه گروه، نتایج با هم مقایسه گردید. در پایان نیز از همه شرکت‌کننده‌ها با اهدای هدایایی تقدیر شد.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی برحسب گروه‌ها و مراحل سنجش

متغیر	گروه	نوبت سنجش	میانگین	انحراف معیار
پذیرش خود	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰/۶	۲/۴۵
		پس‌آزمون	۴۲/۲۲	۳/۲۵
روابط مثبت با دیگران	گواه	پیش‌آزمون	۳۲/۲۶	۲/۱۴
		پس‌آزمون	۳۱/۱۸	۲/۴۵
خودمختاری	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۰/۴۴	۴/۶۴
		پس‌آزمون	۴۳/۸۸	۳/۸۷
	گواه	پیش‌آزمون	۳۳/۲۴	۲/۲۹
		پس‌آزمون	۳۳/۴۵	۶/۴۷
	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۲/۰۲	۲/۵۵
		پس‌آزمون	۴۲/۴۵	۲/۸۹
	گواه	پیش‌آزمون	۳۰/۴	۲/۲۳
		پس‌آزمون	۳۱/۴۴	۲/۸۸

۴/۵۷	۲۴/۲۵	پیش آزمون	آزمایش	
۳/۶۷	۴۱/۴۱	پس آزمون	تسلط بر محیط	
۳/۶۳	۲۷/۲۵	پیش آزمون	گواه	
۲/۵۷	۲۸/۱۱	پس آزمون		
۲/۵۸	۳۱/۲۴	پیش آزمون	آزمایش	رشد شخصی
۱/۸۰	۴۳/۴۴	پس آزمون		
۲/۷۵	۳۶/۱۱	پیش آزمون	گواه	
۳/۴۴	۳۶/۴۴	پس آزمون		
۲/۲۶	۳۰/۸۵	پیش آزمون	آزمایش	زندگی هدفمند
۲/۹۹	۴۲/۴۷	پس آزمون		
۳/۲۷	۳۳/۲۱	پیش آزمون	گواه	
۲/۲۴	۳۳/۴۸	پس آزمون		

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در دو گره آزمایش و گواه به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد که بین میانگین خرده‌مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی هر دو گروه آزمایش و گواه پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد. قبل از بررسی فرضیه‌ها برخی از مهم‌ترین پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس بررسی شدند که عبارت‌اند از: ۱- طبیعی یا نرمال بودن توزیع نمرات، ۲- همگنی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها؛ آزمون لوین و باکس این پیش‌فرض را بررسی می‌کنند و ۳- خطی بودن همبستگی متغیر هم‌پراش و متغیر وابسته: برای اثبات این امر باید مقدار F متغیر هم‌پراش را حساب کرد که اگر این شاخص معنادار باشد این پیش‌فرض رعایت شده است و اگر معنادار نباشد نشان می‌دهد که متغیر هم‌پراش نامناسبی انتخاب شده است.

جدول ۵. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق

گروه	شاخص‌ها	تعداد	Z کولموگروف- اسمیرنوف	P-value	نتیجه
آزمایش - پیش‌آزمون	بهزیستی روان‌شناختی	۱۵	۰/۱۶۴	۰/۰۹۱	نرمال
آزمایش - پس‌آزمون	بهزیستی روان‌شناختی	۱۵	۰/۱۳۷	۰/۰۷۴	نرمال
گواه - پیش‌آزمون	بهزیستی روان‌شناختی	۱۵	۰/۱۲۴	۰/۰۹۳	نرمال
گواه - پس‌آزمون	بهزیستی روان‌شناختی	۱۵	۰/۱۴۶	۰/۰۷۳	نرمال

نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد با سطح معنی‌داری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است، در نتیجه توزیع متغیرها تفاوت معناداری با توزیع نرمال ندارد و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۶. آزمون لوین برای پیش‌فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه در

متغیر	F	df1	df2	p
بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۷	۲	۴۲	۰/۵۶۸

جدول ۶ نشان می‌دهد که واریانس گروه‌های آزمایش و گواه در بهزیستی روان‌شناختی معنادار نیست، در نتیجه فرض تساوی یا همگنی واریانس‌های نمره متغیرها پژوهش تأیید می‌شود و فرضیه صفر برای تساوی واریانس‌های نمره دو گروه در بهزیستی روان‌شناختی تأیید می‌گردد.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس روی متغیر وابسته جهت آزمون خطی بودن همبستگی متغیر هم پراش و وابسته

منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p
بهزیستی روان‌شناختی	۷۲۴/۳۹	۱	۷۲۴/۳۹	۱۶/۲۰	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۷ حاکی از این است که مقدار F بهزیستی روان‌شناختی معنادار است ($p < ۰/۰۵$)؛ بنابراین همبستگی متغیرهای هم پراش (پیش‌آزمون) با متغیرهای وابسته (پس‌آزمون) مربوط به هر یک از هم پراش‌ها خطی است. در ادامه تحلیل فرضیات پژوهش بررسی شدند. فرضیه (۱): درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل کواریانس نمره بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتای سهمی
	SS	Df	MS	Sig		
مقدار ثابت	۲۳۲۹/۵۴۵	۲	۱۱۶۴/۷۷	۱۱۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۹۶
Intercept	۸۹/۶۴	۱	۸۹/۶۴	۸/۹۷	۰/۰۰۶	۰/۲۴۹

پیش‌آزمون	۱۲۸۵/۲۵	۱	۱۲۸۵/۲۵	۱۲۸/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶
گروه	۱۸۱۲/۲۴	۱	۱۸۱۲/۲۴	۱۸۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷
خطا	۲۶۹/۸۲	۲۷	۹/۹۹۳			
کل	۸۹۳۲۵	۳۰				
کل	۲۵۹۹/۳۷	۲۹				

اصلاح شده

جدول ۸ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر مستقل بر نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی پس‌آزمون معنادار است ($F = ۱۸۱/۳۴, P < ۰/۰۵, \text{Partial}\eta^2 = ۰/۸۷$)؛ بنابراین فرضیه پژوهشی پذیرفته می‌شود به این معنا که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است. فرضیه (۲) درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است.

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمره بهزیستی روان‌شناختی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات اتای سهمی
	SS	Df	MS		Sig	
مقدار ثابت	۲۴۴۸/۲۷۴	۲	۱۲۲۴/۱۳۷	۴۲/۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸۲
Intercept	۶۵/۴۴	۱	۶۵/۴۴	۹/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۲۴
پیش‌آزمون	۱۴۴۸/۴۳	۱	۱۴۴۸/۴۳	۵۲/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۶۰
گروه	۲۲۶۱/۴۷	۱	۲۲۶۱/۴۷	۵۴/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خطا	۴۷۸/۲۲	۲۷	۱۷/۷۱۱			
کل	۷۴۸۱۱	۳۰				
کل	۲۴۹۸/۳۸	۲۹				

اصلاح شده

جدول ۹ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی پیش‌آزمون به عنوان متغیر هم‌پراش، اثر اصلی متغیر مستقل بر نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی پس‌آزمون معنادار است ($F= 54/39, P < 0/05, \eta^2 = 0/89$)؛ بنابراین فرضیه پژوهشی پذیرفته می‌شود به این معنا که درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است. فرضیه (۳): بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد.

برای بررسی این فرضیه از تحلیل واریانس یک راه برای نمره‌های افتراقی (تفاضل نمره پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نمره کل بهزیستی روان‌شناختی استفاده شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای نمره‌های افتراقی بهزیستی روان‌شناختی

خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (الف-ب)	گروه (الف)	گروه (ب)
۸/۲۰۱	**۴۱/۲۲	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	گواه
۴/۱۲۳	**۳۳/۴۱	درمان شناختی - رفتاری	گواه
۴/۴۱۸	**۱۶/۷۹	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	درمان شناختی - رفتاری

* $P < 0/05$, ** $< 0/01$

نتایج جداول ۱۰ نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی تفاوت وجود دارد. از طرفی تفاوت میانگین گروه درمان تعهد و پذیرش با گروه کنترل ۴۱ و در گروه مقابل ۳۳ است. همچنین تفاوت نمرات دو گروه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و شناختی- رفتاری به نفع درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش است؛ بنابراین

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی با این روش درمان بیشتر از درمان شناختی-درمانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی بود. نتیجه فرضیه اول نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حر و همکاران (۱۳۹۱)، رجبی و ایزدخواستی (۱۳۹۳)، ایزدی و همکاران (۱۳۹۳)، مرمچی‌نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶)، ده خدایی و همکاران (۱۳۹۶) و فورس و همکاران (۲۰۱۳) که نشان دادند درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مؤثر است همسو و هماهنگ است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت هدف نهایی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (رولند، ۲۰۱۰). در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به بیماران آموزش داده شد تا انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خود را در مواجهه با چالش‌ها بکار ببرند. بیماران تالاسمی حاضر در جلسات درمانی یاد گرفتند تجرب درونی خود را (مثل افکار، هیجانات و احساسات بدنی) بدون نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرند. به آن‌ها یاد داده شد تا مادامی که نسبت به احساسات خود گشوده و پذیرا باشند، عوامل ناراحت‌کننده و رنجش‌آور نیز سریع‌تر از میان خواهند رفت. در واقع با تغییر نحوه پاسخدهی فرد به مشکلات، استرس و تنش‌های فرد کم می‌شود، اجتناب‌های وی از بین می‌رود و به پذیرش می‌رسد. (همیل، پیکت، آمسباف و آهو، ۲۰۱۵؛ به نقل از ولیی و امانی، ۱۳۹۹). شواهد پژوهشی بسیاری نشان می‌دهند

با افزایش پذیرش و انعطاف پذیری روان شناختی، بهزیستی روان شناختی بیماران تعدیل می شود (جونز، هاتسینگ، توتسیکا، کین و رول، ۲۰۱۴؛ به نقل از برزگر، عالی و شعرفاف ۱۳۹۹). فرضیه تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان شناختی بیماران تالاسمی نیز تأیید شد. محققانی مانند وارکوویتزکی و همکاران (۲۰۱۸)، دیکرسون و همکاران (۲۰۱۸)، فلوگل (۲۰۱۰)، عزیزی (۱۳۹۷)، شریفی نژاد و شهبازی (۱۳۹۷) و قمری و همکاران (۱۳۹۴) نیز نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری بر افزایش بهزیستی روان شناختی بیماران مؤثر است. در تبیین این یافته می توان گفت در پروتکل درمانی یکی از موارد مورد تأکید در درمان، اصلاح سبک ارتباطی و افزایش تجارب اجتماعی لذت بخش بیماران تالاسمی بود. افزایش تجارب خوشایند از جمله عواملی است که بهزیستی روان شناختی بیماران را افزایش می دهد. در این راستا به بیماران آموزش داده شد تا تجارب اجتماعی لذت بخش خود را افزایش دهند. در هر جلسه گروهی، یک روش جدید آرمیدگی، مانند آرمیدگی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی و مراقبه معرفی می شد. در ادامه مهارت های افزایش بهزیستی روان شناختی آموزش داده می شد و در پایان برنامه، شرکت کنندگان به تکنیک های متنوع و یکپارچه ای مجهز شدند که این مجموعه اقدامات می تواند عوامل و شرایط ارتقادهنده بهزیستی روان شناختی بیماران تالاسمی باشند.

نتایج فرضیه سوم نیز نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بهزیستی روان شناختی بیشتر از درمان شناختی- رفتاری است. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج عزیزی (۱۳۹۷)، خدیوی (۱۳۹۶)، ایزدی و همکاران (۱۳۹۶) همخوان است. در تبیین این یافته می توان گفت که در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، رویکرد درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که به افزایش پذیرش تجربیات درونی مانند افکار، عواطف، تصورات و احساسات فیزیولوژیکی که می توانند بسیاری از نارضاقتی ها و مشکلات بالینی را قوت و دوام بخشند منجر می شود (عظیمی فر،

(۱۳۹۳). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در واقع به بیماران کمک کرد تا با رهایی از افکار و توجه و آگاهی داشتن نسبت به تجربیاتی است که در حال حاضر در جریان می‌باشند به بهزیستی روان‌شناختی کمک نماید. همچنین ذهن آگاهی نگرشی خاص از گشودگی و کنجکاوی را در بیماران به وجود آورد به گونه‌ای که حتی اگر تجربه‌ی زمان حال برای وی دشوار، دردناک و ناخوشایند است فرد بتواند به جای فرار کردن از آن یا جنگیدن با آن، با گشودگی و کنجکاوی با آن برخورد نماید.

در پژوهش حاضر نمونه‌ی مطالعه محدود به بیماران تالاسمی شهر کرمانشاه بود و نمونه از این نظر می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری را کاهش دهد. محدودیت دیگر استفاده از یک درمانگر و کمک وی در ارزیابی اولیه، ارائه دو مداخله انجام شده در این پژوهش و ارزیابی ثانویه، می‌تواند سوگیری‌ها و محدودیت‌هایی را رقم زند. اگر از دو درمانگر به‌طور جداگانه استفاده می‌شد از سوگیری جلوگیری می‌شد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با ابزارهای متفاوت همچنین طراحی الگویی با ارزیابان و درمان‌گرانی متمایز از پژوهشگر و مقایسه‌ی نتایج انجام شود. پیشنهاد دیگر این است در مطالعات بعدی، اثربخشی این درمان‌ها بر بیماران تالاسمی همراه با سایر بیماری‌ها بررسی گردد. همچنین اثربخشی این درمان‌ها بر بیماران تالاسمی در سنین مختلف و با لحاظ کردن جنسیت انجام شود. غربالگری و شناسایی بیماران تالاسمی مبتلا به اختلال‌های روانی در مراحل اولیه تشخیص و درمان و ارجاع آن‌ها به روان‌شناس می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد. در نهایت با توجه به نتیجه کلی تحقیق حاضر پیشنهاد می‌شود از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان بیماران تالاسمی بیشتر استفاده شود.

منابع

ابوالقاسمی، حسن و عشقی، پیمان. (۱۳۹۳). کتاب جامع تالاسمی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله. تهران

ایزدی، راضیه، نشاط دوست، طاهر، عسگری، حمید و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. دستاوردهای روان‌شناختی، ۱۱۲(۱)، ۳۳-۱۹.

بابائی منقاری، محمد مهدی، معینی کیا، مهدی، خالق خواه، علی و زاهد بابلان، عادل. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای یادگیری، سخت کوشی و نگرانی مبتلایان به تالاسمی و افراد عادی. فصلنامه نسیم تندرستی، ۳(۳): ۲۲-۲۸.

برزگر، سعیده، عالی، شهربانو و آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانشناختی و جسمانی مادران کودکان با سندرم داون. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۱۰(۳۷): ۳۸-۲۱.

پدرام، محمد، محمدی، مسعود، نظیری، قاسم و آیین پرست، ندا. (۱۳۸۹). اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر درمان اختلال اضطراب، افسردگی و ایجاد امیدواری در زنان مبتلا به سرطان. فصلنامه زن و جامعه، ۱(۴)، ۳۴-۶۱.

حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد و عطاری، عباس. (۱۳۹۱). نقش پذیرش و تعهد درمانی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی نوع ۱. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۷(۱): ۷۱۲-۷۱۷.

حیدری سنگلجی، مریم، رسولی، مریم، شیرین آبادی فراهانی، اعظم، شاکری، نزهت و ایلخانی، مهناز. (۱۳۹۴). ارتباط نگرش معنوی و امیدواری با کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن، فصلنامه اخلاق پزشکی، ۳۴(۱)، ۱۴۳-۱۶۴.

خدییوی، میثم. (۱۳۹۶). مقایسه تأثیر درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرسودگی شغلی، علائم روان‌تنی و کیفیت خواب کارکنان نوبت کار شرکت صنایع فولاد خوزستان. رساله دکترای تخصصی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

ده خدایی، سهیلا، ایرانی، زیبا و علی پور، احمد. (۱۳۹۶). مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیروی از درمان، ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران هموفیلی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور تهران جنوب.

رجبی، ساجده و ایزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. روان‌شناسی بالینی، ۶(۱)، ۲۹-۳۸.

سارویی، محمد، فرهنگ، صدف، امینی، مرضیه و حسینی، سیده مریم. (۱۳۹۲). رابطه الگوهای ارتباطی خانواده و ویژگی‌های شخصیتی با بهزیستی روان‌شناختی با واسطه‌گری تاب‌آوری در بیماران ام. اس. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۱): ۱۷-۳۸.

شریفی‌نژاد رودانی، روح‌الله و شهبازی، مسعود. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۹(۳۳): ۱۲۳-۱۰۷.

عزیزی، سمیه. (۱۳۹۷). مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر کاهش خشم دانشجویان افسرده با توجه به سطح تحول روانی معنوی آن‌ها. رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم انسانی.

عظیمی‌فر، شیرین. (۱۳۹۳). مقایسه تأثیر زوج‌درمانی شناختی-رفتاری و رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شادی و رضایت زناشویی: یک پژوهش مورد منقرد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

موسوی، فریده. (۱۳۸۰). فدراسیون بین‌المللی تالاسمی: راهنمای درمان تالاسمی. تهران: مؤسسه بیماری‌های خاص.

قمری، حسین، شیخ‌الاسلامی، علی و عادل، زهرا. (۱۳۹۴). در پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر خشم و بهزیستی روان‌شناختی دختران پرخاشگر. پژوهش‌های مشاوره، ۱۴(۵۵): ۷۲-۵۶.

ماهری، بابک. (۱۳۹۶). طراحی و ارزشیابی مداخله آموزشی-حمایتی به منظور ارتقاء کیفیت زندگی بیماران بزرگ‌سال مبتلا به تالاسمی ماژور. رساله دکتری تخصصی رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

مرمرچی‌نیا، مزگان و ذوقی پایدار، محمدرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی، ۱(۴۱): ۷-۷۷۹۶.

ولیثی، زهره؛ امانی، احمد (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رابطه والد-فرزندی، استرس والدگری و سخت رویی مادران دارای فرزند با اختلال کم توجهی/بیش فعالی. فصلنامه علمی روان شناسی افراد استثنایی، ۱۰ (۳۸): ۲۳۰-۲۰۷.

- Boehm, J. K., Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: the association between positive psychological wellbeing and cardiovascular health, *Psychol. Bull.* 138, 655-691.
- Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J., & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. *American Academy of Pediatrics*, 141, 1-11.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-
- Flugel, K. F. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 19:36-40.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum P, Brehaut J, Walter SD, Russel D, et al. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*. 2005 Jun, 115(6): 623-36.
- Rowland, M. (2010). Acceptance and commitment therapy for non-suicidal selfinjury among adolescents. A Dissertation Submitted to the Faculty of the Chicago School of Professional Psychology for the Degree of Doctor of Psychology.
- The World Health Organization (WHO). (2012). Multicountry Study on women's health and domestic violence against women, Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Summary report, WHO Press, Switzerland, Retrieved from.
- The World Health Organization. (2017). <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/6/06-036673/en/>
- Varkovitzky, R. L., Gilbert, S. E., & Chard, K. M. (2018). Cognitive processing therapy and trauma-related sleep disturbance. *Sleep and Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder*, 1(1), 293-301.

- Weiss, L., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Can We Increase Psychological Well-Being? The Effects of Interventions on Psychological Well-Being: A Misanalysis of Randomized Controlled Trials. *Plos One*, 11(6), 158092.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behav Res Ther*, 44(5): 639-656.

