

Comparing Effectiveness of the Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy, and Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life, General Health, and Coping Strategies of Chronic Patient's Caregivers

BaniHashemi, S., Hatami, *M., Hasani, J., Sahebi, A.

Abstract

Introduction: The chronic diseases has long been great challenge in the healthcare system worldwide, with huge financial, psychological and physical costs. Given the persistence of these diseases and increased patients tendency for non-hospital care, the care processes may impact the quality of life and general health of family members, particularly the primary caregiver. The aim of this study then was to compare the effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy, Reality Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on quality of life, general health and coping strategies of chronic patient caregivers.

Method: This study was designed and conducted as a semi-experimental study (pre-test and post-test with control group). The statistical population of this study included caregivers of people with cancer in Shohada Hospital of Tajrish and caregivers of patients with MS registered in the Tehran MS Association. A total sample of 60 subjects were selected on a voluntary basis and divided into 3 experimental groups and a control group. All subjects were completed the General Health Questionnaire, the Coping Response Inventory, and the Quality of Life Questionnaire in the pretest and post test occasions.

Results: The results of this study showed that all three interventions of cognitive behavioral therapy, reality therapy and acceptance and commitment therapy could significantly impact the means of the study dependent variables compared to the control group. Cognitive-behavioral therapy interventions compared to other methods revealed more robust changes in the general health scores, quality of life, and coping strategies in caregivers.

Conclusion: The effectiveness of all three interventions in cognitive-behavioral therapy, reality therapy, and acceptance and commitment therapy on caregivers public health, quality of life and coping strategies, are confirmed. The cognitive-behavioral therapy intervention is preferred compared to the other two methods, and reality therapy showed the minimum effect.

Key words: cognitive-behavioral therapy, reality therapy, acceptance and commitment therapy, quality of life, general health, coping strategy.

مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت

عمومی مراقبین بیماران مزمن

سارا بنی‌هاشمی^۱، محمد حاتمی^۲، جعفر حسینی^۳، علی صاحبی^۴

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۸

چکیده

مقدمه: بیماری‌های مزمن، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سیستم بهداشتی سراسر جهان محسوب می‌شود که هزینه‌های مالی، روانی و جسمی زیادی را به‌همراه دارد. با توجه به تداوم این بیماری‌ها و افزایش تمایل بیماران به مراقبت‌های غیربیمارستانی، فرآیند مراقبت‌گری احتمالاً بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی اعضای خانواده خصوصاً مراقب اصلی تأثیر می‌گذارد. لذا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رفتار-درمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن انجام شد.

روش: این پژوهش به‌صورت یک مطالعه نیمه‌آزمایشی (پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل) طراحی و اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل مراقبین افراد مبتلا به بیماری سرطانی در بیمارستان شهدای تجریش و مراقبین بیماران مبتلا به بیماران ام‌اس ثبت شده در انجمن ام‌اس تهران تشکیل می‌دادند. یک نمونه کل ۴۵ نفری به‌صورت داوطلب انتخاب و در دو گروه مداخله آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. کلیه آزمودنی‌ها در دو وهله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های سلامت عمومی، مقیاس راهبردهای مقابله‌ای و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج این تحقیق نشان داد که هر سه مداخله رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست نسبت به گروه کنترل تأثیر معنی‌داری در میانگین متغیرهای وابسته تحقیق ایجاد نماید. همچنین مداخله رفتاردرمانی‌شناختی نسبت به دو روش دیگر، تغییرات بارزتری در نمره سلامت عمومی، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین داشت.

نتیجه‌گیری: اثربخشی هر سه مداخله رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت زندگی مراقبین بیماران، مورد تأیید است. مداخله رفتاردرمانی‌شناختی، نسبت به دو روش مداخله دیگر ارجحیت داشته و واقعیت‌درمانی کمترین میزان اثر را نشان داد.

واژه‌های کلیدی: رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، سلامت عمومی، راهبردهای مقابله‌ای.

مقدمه

افزایش بیماری‌های مزمن^۱، یکی از بزرگترین چالش‌های سیستم بهداشتی سراسر جهان می‌باشد (۱). این مفهوم به بیماری‌هایی اشاره دارد که دوره طولانی‌ای از عمر فرد را در بر می‌گیرند و نمونه‌هایی از آن شامل بیماری‌های قلبی - عروقی، ایدز، سرطان، بیماری‌های مزمن تنفسی، دیابت، ناتوانی ذهنی، بیماری‌های گوارشی، اختلالات عصبی - شناختی، و بیماری‌های خودایمنی می‌باشند (۲)، لذا افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن ناچارند در بیشتر طول عمرشان و در برخی موارد تا پایان عمر، با این بیماری دست به گریبان باشند (۳).

هزینه‌های نگهداری بیمارستانی از یک طرف، و تمایل افراد برای ادامه زندگی در شرایطی غیربیمارستانی از سوی دیگر، موجب شده است تا امروزه تقاضا برای مراقبت‌های غیر بیمارستانی رو به افزایش باشد (۴). از این رو، ابتلا به بیماری مزمن علاوه بر اینکه مشکلاتی برای فرد مبتلا ایجاد می‌کند، می‌تواند در برگیرنده مشکلاتی برای سایر اعضای خانواده که نقشی به‌عنوان مراقبین از این افراد به عهده دارند نیز، باشد (۵).

از جمله این مشکلات این است که مراقبت از افراد دارای بیماری مزمن با اضطراب، استرس و افسردگی مراقبین در ارتباط است (۶) که این متغیرها منجر به کاهش کیفیت زندگی (۷) و سلامت عمومی (۸) می‌شود. علاوه بر این، به هنگام تجربه چنین احساس‌هایی، افراد ممکن است از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی استفاده کنند (۹) که برخی از آنها ممکن است به اندازه کافی کارآمد نباشد. همچنین، به نظر می‌رسد کیفیت زندگی با سلامت عمومی (۱۰) و راهبردهای مقابله‌ای (۷) در ارتباط باشد. لذا بر این اساس، توجه به متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای در مراقبین بیماران مزمن ضروری به نظر می‌رسد.

مفهوم کیفیت زندگی^۲ یک سازه کلی است که نه تنها جنبه‌های زندگی اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و معنوی ما را در بر می‌گیرد، بلکه نیازهای فردی مانند امیال و آرزوها را نیز شامل می‌شود (۱۱). در واقع کیفیت زندگی به درک و

معنای منحصر به فرد هر شخص از زندگی اشاره دارد که توانایی‌های بالقوه شخص، دسترسی به منابع و فرصت‌ها، و احساس رفاه نسبی را در بر می‌گیرد (۱۲). به عبارتی دیگر، کیفیت زندگی با درک افراد از موقعیتشان در زندگی، سیستم‌های ارزشی، و استانداردهای مرتبط با آنها تعریف می‌شود و امروزه محققین باور دارند، کیفیت زندگی را می‌توان به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های سلامت در نظر گرفت (۱۰). این موضوع به دلیل نگاه متفاوت سازمان بهداشت جهانی به مقوله سلامت است، زیرا این سازمان سلامتی را ترکیبی از عوامل جسمانی و روانشناختی معرفی می‌کند و بیان می‌کند نمی‌توان سلامتی را صرفاً به معنی سلامت جسمانی دانست، بلکه سلامتی به مؤلفه‌های روانشناختی مانند کیفیت زندگی نیز مربوط می‌باشد و ابعاد وسیعی از رفاه فیزیکی، روانی و اجتماعی در ارزیابی سلامت باید مدنظر قرار گیرند (۱۳). این تعریف با آنچه که در مطالعه وضعیت سلامت انسان به نام سلامت عمومی می‌گوییم، همخوان است (۱۴).

طبق تعریف فوق، سلامت عمومی^۳ به (۱) فقدان نشانه‌های جسمانی، (۲) فقدان اضطراب، (۳) فقدان افسردگی و (۴) سطح متناسب کارکردهای اجتماعی گفته می‌شود. بر این اساس، می‌توان گفت امروزه یکی از رایج‌ترین مدل‌های بررسی سلامت، مدل زیستی - روانی - اجتماعی می‌باشد که در آن عوامل زیستی (مانند ویروس‌ها، باکتری‌ها، زخم‌ها و جراحات) با عوامل روانی (مانند نگرش‌ها، عقاید، خصوصیات شخصیتی، و رفتارها) و عوامل اجتماعی (مانند طبقه اجتماعی، اشتغال و قومیت) در تعامل با هم سلامت فرد را تعیین می‌کنند (۱۵). به عبارتی دیگر عوامل سلامت در دو بعد جسمانی و روانی در نظر گرفته می‌شود که توانایی شخص در مقابله با استرس‌های وارد شده یکی از ابعاد مهم سلامت است (۱۶). این امر، یعنی شیوه‌ای که فرد با آن به استرس‌های ادراک شده پاسخ می‌دهد، همان چیزی است که تحت عنوان راهبرد مقابله‌ای شناخته می‌شود (۱۷).

راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های فرد در جهت تغییر، تفسیر، و اصلاح موقعیت تنش‌زا به منظور کاهش رنج ناشی از آن موقعیت می‌باشد که به‌طور کلی در دو دسته (۱) مسئله‌مدار و (۲) هیجان‌مدار طبقه‌بندی می‌گردد (۱۷). به

1. chronic diseases

2. quality of life

3. public health

افراد می‌شود (۲۵). اصول رفتاری مورد استفاده در رفتار درمانی شناختی شامل مواجهه‌سازی و فعال‌سازی رفتاری می‌باشد که این اصول با اصول شناختی ترکیب شده‌اند و یک برنامه درمانی واحد را تشکیل داده‌اند (۲۶). مفروضه اصلی این درمان متمرکز بر این موضوع است که افکار خودآیند و تحریف‌های شناختی علت رفتار ناسازگار فرد است، لذا افراد باید راه‌های جدید فکرکردن را بیاموزند (۲۷). با این حال، دیگر مدل‌های درمانی مفروضات متفاوتی مطرح می‌کنند.

گلاسر (۳۰) درمانی به نام واقعیت‌درمانی را مطرح می‌سازد که در آن بر مسئولیت‌پذیری و انتخاب تأکید می‌کند. از نظر وی، تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند و انگیزه‌های درونی ما برای دست‌زدن به رفتارهایی خاص، از پنج نیاز اساسی بقاء، عشق، قدرت، آزادی و تفریح نشأت می‌گیرند (۲۸). واقعیت‌درمانی بیان می‌دارد که انسان‌ها همیشه طوری رفتار می‌کنند تا دنیا و خودشان را برای ارضای نیازهایشان کنترل کنند و این سبک از کنترل می‌تواند در بروز مشکلات روانشناختی افراد نقش داشته باشد (۲۹). اصول اولیه تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی به این موضوع اشاره دارند که ما مسئولیت تمام رفتارهایمان را برعهده می‌گیریم (۳۰). این اصول که بر رفتار فرد تأکید دارند، شبیه تأکید پذیرش و تعهد درمانی بر عمل منطبق با ارزش‌ها می‌باشد (۳۱).

پذیرش و تعهددرمانی برخاسته از رفتار درمان‌گری است که با استفاده از شش مؤلفه بنیادی موجب انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌گردد. این مدل به جای کاهش نشانه‌ها، به دنبال ارتقاء کیفیت زندگی و ارزشمند زیستن است (۳۲)، لذا تمرکز خود را بر تجارب درونی افراد و چگونگی ارتباط این تجارب در عملکردهای مختلف زندگی قرار می‌دهد (۳۳). فرض اصلی پذیرش و تعهد درمانی این است که بخش زیادی از پریشانی‌های روانشناختی جز بهنجاری از تجربه انسان بودن است (۳۴)، لذا به جای تلاش مستقیم برای کاهش هیجانات و افکار آزارنده بر افزایش کارآمدی رفتاری در عین وجود افکار و احساسات ناخوشایند تأکید می‌کند (۳۵). امروزه یافته‌های پژوهشی بسیاری از اثربخشی این سه شیوه درمانی در طیف گسترده‌ای از مشکلات بالینی و غیربالینی افراد حمایت می‌کنند (۲۷). مضاف بر این، همان‌طور که

عبارت دیگر، راهبردهای مقابله‌ای، اقداماتی شناختی - رفتاری هستند که توسط فرد برای اداره خواسته‌هایش در موقعیت‌های استرس‌زا و دشوار به کار می‌روند (۱۸). هدف راهبردهای مسئله‌مدار تغییر موقعیت فشارزاست و هدف راهبردهای هیجان‌مدار تنظیم پاسخ‌های هیجانی فرد در برابر موقعیت پیش‌آمده می‌باشد که باور فرد در این شرایط این است که موقعیت تغییر نخواهد کرد (۱۹). به عبارتی دیگر، افرادی که از شیوه مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کنند مشکل را تجزیه کرده و به دنبال راهکاری برای حل اجزاء مختلف مسئله می‌باشند در حالی که استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار غالباً توأم با سرکوب، اجتناب، و انزوا است.

بر این اساس، یافته‌ها حاکی از آن است که انتخاب راهبردهای مقابله‌ای با کیفیت زندگی (۲۰) و سلامت عمومی (۲۱) در ارتباط می‌باشد. روانشناسانی با گرایش‌های مختلف اثربخشی مداخلات روانشناختی را بر متغیرهای کیفیت زندگی (۲۲)، سلامت عمومی (۲۳) و راهبردهای مقابله‌ای (۲۴) مورد ارزیابی قرار داده‌اند و یافته‌های آنان، غالباً از اثربخشی آنها حمایت می‌کند. با این حال، یکی از خلاءهای علمی موجود این است که، پژوهش پیشین به مقایسه اثربخشی درمان‌هایی چون واقعیت‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد و رفتار درمانی شناختی بر کیفیت زندگی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن نپرداخته‌اند. هرچند این امر از ارزش مطالعات پیشین نمی‌کاهد، اما با توجه به اینکه کنار هم قرارگرفتن این سه متغیر و تغییر آنها در جهت مثبت، می‌تواند اثر مثبت مضاعفی بر افزایش سطح بهداشت روان افراد شود نیاز به مطالعه سایر مداخلات روانشناختی بر این سه متغیر در بین مراقبین بیماران مزمن احساس می‌شود. رفتاردرمانی‌شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سه مداخله‌ای هستند که این مطالعه قصد دارد اثر آنها را بر کیفیت زندگی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن مورد کارآزمایی قرار دهد.

رفتار درمانی‌شناختی^۱ آمیزه‌ای از دو مکتب رفتاردرمانی سنتی و شناخت‌درمانی است که مفروضه اصلی آن این است که تحریف‌های شناختی موجب بروز مشکلات روانشناختی در

1. Cognitive-Behavior Therapy

و ۱۱ نفر در گروه کنترل رسید. به منظور انتخاب آزمودنی‌ها، از روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه استفاده شد و در یک فرآیند دو مرحله‌ای آزمودنی‌های وارد مطالعه شدند. در گام اول بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم) از ایشان توسط روانشناس بالینی با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد مصاحبه ساخت یافته گرفته شد. هدف از این کار رد هرگونه تشخیص برای اختلالات حاد روانشناختی از قبیل وسواس، اضطراب و افسردگی بود. در گام دوم از بین آزمودنی‌هایی که برای شرکت در پژوهش داوطلب شده بودند و در گام اول مورد تأیید قرار گرفتند ۶۰ نفر برای ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌ها قرار گرفتند.

ابزار

۱. مقیاس کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۱: این ابزار کیفیت زندگی افراد را به صورت کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ و براساس فرم اصلی پرسشنامه ۱۰۰ سؤالی کیفیت زندگی طراحی شده در سال ۱۹۹۱ معرفی گردید. این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال و ۴ فاکتور (سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط) می‌باشد. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، و پایایی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۰ است. در ایران نجات و همکاران (۳۷) به بررسی روایی و پایایی این آزمون پرداختند و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بیشتر از ۰/۷۰ به دست آمد. از سوی دیگر در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از حیطه‌های دیگر بالاتر بود و امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های گوناگون اختلاف معنی‌داری داشتند.

۲. پرسشنامه سلامت عمومی^۲: یک ابزار خودسنجی برای اختلالات غیرروان‌پریشی است که توسط گلدبرگ در سال ۱۹۷۲ طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۸ گویه و ۴ فاکتور (علائم جسمانی، علائم اضطرابی، علائم افسردگی و بدعملکردی اجتماعی) می‌باشد که نمرات بالا در آن نشانه علائم مرضی بیشتر است. تمام گویه‌های پرسشنامه سلامت

بیشتر نیز ذکر شد، پژوهش‌های متعددی در خصوص اثربخشی مداخلات روانشناختی بر کیفیت زندگی (۲۲)، سلامت عمومی (۲۳) و راهبردهای مقابله‌ای (۲۴) صورت گرفته است. نتیجه بررسی‌های پژوهشگران پژوهش حاضر نشان می‌دهد که در خصوص تأثیر رفتار درمانی شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این سه متغیر در مراقبین بیماران مزمن به طور همزمان و همینطور مقایسه آنها با یکدیگر صورت نگرفته است. لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا بین اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش: تحقیق حاضر با استفاده از روش نیمه‌آزمایشی و با استفاده از یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر انجام پذیرفت. در این پژوهش رفتاردرمانی شناختی، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی به عنوان متغیر مستقل و میزان تغییر در کیفیت زندگی، سلامت عمومی و سبک‌های مقابله‌ای آزمودنی‌ها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی مراقبین افراد مبتلا به بیماری سرطان که از شهرهای مختلف در بخش نقاهتگاه بیمارستان شهیدای تجریش سکونت داشتند و همچنین مراقبین بیماران مبتلا به بیماری ام‌اس که جهت درمان به انجمن ام‌اس تهران در پاییز و زمستان ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند، است.

در پژوهش حاضر چهار گروه (رفتاردرمانی شناختی، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی و گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفت و تمامی مداخله‌ها به صورت گروهی اجرا شد. برای تعیین حجم نمونه با انتخاب $\alpha = 0/05$ و حجم اثر متوسط ($d = 0/5$) و توان آزمون ۹۰٪ و بر مبنای جدول تدوین شده به وسیله کوهن (۳۶) حجم مناسب برای جلسات گروه درمانی ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۶۰ نفر نظر گرفته شده است. که با افت آزمودنی‌ها، تعداد آزمودنی‌ها به ۱۲ نفر در گروه رفتاردرمانی شناختی، ۱۱ نفر در گروه پذیرش و تعهد و ۱۱ نفر در گروه واقعیت‌درمانی

1. WHOQOL-BREF

2. General Health Questionnaire

اجتماعی ۰/۹۰ حاصل شده است. هم‌چنین اعتبار همسانی درونی این پرسشنامه از ۰/۴۱ تا ۰/۶۶ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش: مصاحبه مبتنی بر SCID-V: در این مرحله با توجه به رضایت شرکت‌کنندگان جهت همکاری در پژوهش از ایشان مصاحبه مبتنی بر SCID-V جهت رد هرگونه تشخیص اختلال‌های حاد روانی به عمل آمد. بدین شکل که پس از تعیین وقت، شرکت‌کنندگان برای دریافت اطلاعات تکمیلی و انجام مصاحبه مراجعه کردند که این بخش توسط دو روانشناس بالینی مرد و زن (مدرک کارشناسی ارشد) همکار صورت گرفت. ابتدا اطلاعات اولیه در رابطه با پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد، مشخصات دموگرافیک در فرم‌ها ثبت و امضای فرم رضایت توسط شرکت‌کنندگان انجام شد. سپس با استفاده از مصاحبه ساخت‌یافته بالینی مبتنی بر SCID-V ارزیابی وجود هرگونه اختلال حاد روانشناختی اجرا شد و پس از رد وجود هرگونه اختلالی، شرکت‌کنندگان ابتدا پرسشنامه‌های سلامت عمومی، کیفیت‌زندگی و سبک‌های مقابله‌ای را تکمیل کردند و در نهایت اطلاعات تکمیلی در مورد شیوه پژوهشی در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

پس از طی این مراحل، ۶۰ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شد و به یکی از ۴ گروه مطالعه تخصیص داده شدند. اما تعدادی از بیماران پس از تکمیل پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون، به دلیل بازگشت به شهر خود و یا فوت بیمارانشان، امکان ادامه حضور در پژوهش را نداشتند. آزمودنی‌های باقیمانده، مداخلات گروهی را توسط درمان‌گران مجزا در هر یک از سه گروه مداخله (رفتاردرمانی شناختی، مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی) به صورت ۱ جلسه در هفته و با زمان‌های متناسب با هر پروتکل (جلسات گروه رفتار درمانی شناختی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، جلسات گروه مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای و جلسات گروه مبتنی بر نظریه انتخاب نیز در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای) انجام پذیرفت (جدول ۱). در مدت انجام پژوهش، جلسات در مرکز سرطان بیمارستان شهدای تجریش و کلینیک خصوصی برگزار شد. در نهایت پس از آخرین جلسه مداخله در هر گروه مجدد پرسشنامه‌های سلامت عمومی، کیفیت زندگی و سبک‌های مقابله‌ای توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

عمومی دارای ۴ گزینه است. شیوه نمره‌گذاری این ابزار لیکرت است که بر اساس این شیوه نمره‌گذاری، هر یک از سوالات ۴ درجه‌ای آزمون به صورت (۰، ۱، ۲، ۳) است و در نتیجه نمره کل یک فرد از صفر تا ۸۴ متغیر خواهد بود. در این روش نمره‌گذاری، نمره کمتر بیانگر بهداشت روانی بهتر است. اعتبار متوسط این ابزار در انگلستان ۰/۸۳ و پایایی متوسط آن ۰/۸۷ گزارش شده است (۳۸). در ایران نیز تقوی در سال ۱۳۸۰ پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را مورد بررسی قرار داده است. بر اساس این پژوهش، پایایی پرسشنامه مزبور با استفاده از سه روش دوباره‌سنجی، تنصیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ را به‌دست داده است.

۳. مقیاس راهبردهای مقابله‌ای بیلینگز و موس^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۴ توسط بیلینگز و موس طراحی شد. گویه‌های این پرسشنامه ۳۲ ماده می‌باشد که از مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (هیچ، گاهی، اغلب اوقات و همیشه) استفاده می‌نماید. بنابراین حداقل نمره ممکن در این پرسشنامه ۰ و حداکثر ۹۶ خواهد بود. نمره بالای به‌دست آمده از پرسشنامه نشان‌دهنده بالابودن میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در آزمودنی‌ها می‌باشد به‌طوری که نمره بین ۰ تا ۳۲ بیانگر استفاده کم از راهبردهای مقابله‌ای و نمره بین ۳۲ تا ۴۸ نشان‌دهنده استفاده متوسط از راهبردهای مقابله‌ای و نمرات بالاتر از ۴۸ بیانگر استفاده زیاد از راهبردهای مقابله‌ای توسط افراد می‌باشد (۳۹). نسخه جدید این ابزار ۵ نوع راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد. مقابله مبتنی بر حل مسئله ۳ ماده، مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۱۱ ماده، مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۵ ماده، مقابله مبتنی بر مهار جسمانی یا جسمانی‌کردن ۹ ماده و مقابله مبتنی بر جلب حمایت اجتماعی ۴ ماده، نمره نهایی این پرسشنامه در زیر مقیاس مقابله مسئله‌مدار (جمع دو زیر مقیاس اول) و مقابله هیجان‌مدار (جمع سه زیر مقیاس آخر) به‌دست می‌آید. حسینی قدمگاهی (۴۰) ضریب اعتبار بازآزمایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس حل مسئله ۰/۹۰، برای مقابله مبتنی بر مهار هیجانی ۰/۶۵، برای مقابله مبتنی بر ارزیابی شناختی ۰/۶۸، برای مقابله مبتنی بر جسمانی‌کردن مشکلات ۰/۹۰ و برای مقابله مبتنی بر جلب حمایت

1. Coping Response Inventory

پروتکل مداخله رفتار درمانی شناختی بر اساس پروتکل درمانی امری طراحی شده است (۴۱) و توسط امیدی و همکاران استفاده شده است (۴۲).
 پروتکل مداخله واقعیت‌درمانی به کاررفته بر اساس تئوری انتخاب گلاسر (۴۳) می‌باشد. این برنامه مداخله‌ای برگرفته از کارهای اسمخانی و همکاران (۴۴)، سلیمانی و بابایی (۴۵) و خالقی و همکاران (۴۶) می‌باشد.
 پروتکل مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتابچه راهنمای مبتنی بر تعهد و پذیرش ایفرت توسط پترسون و همکاران (۴۷) بسط و توسعه داده شده است و توسط کاوسیان و همکاران (۴۸) استفاده شده است.

جدول (۱) جلسات مداخله

جلسات پروتکل مداخله رفتار درمانی - شناختی	
جلسه اول	مقدمات اصول شناختی - رفتاری، آموزش مدل شناختی - رفتاری، تمرین و گرفتن انواع مثال از شرکت‌کنندگان
جلسه دوم	مروری بر تکالیف جلسه قبل، ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی افسردگی، اضطراب و خشم، ویژگی‌های افکار خودآیند و چگونگی شناخت آنها و تحریف‌های شناختی و شناسایی آنها
جلسه سوم	آشناکردن شرکت‌کنندگان با پیامدهای خطاهای شناختی، شروع کار بر خطاهای شناختی (فن بررسی شواهد) و آموزش فنون شناختی
جلسه چهارم	مرور تکالیف، ادامه کار با فنون بر روی خطاهای شناختی (فن سود و زیان)
جلسه پنجم	مرور تکالیف، ادامه کار روی خطاهای شناختی (فن تحلیل معنا)
جلسه ششم	مرور تکالیف، ادامه کار روی خطاهای شناختی (فن پای)
جلسه هفتم	فنون فعال‌سازی رفتاری، برگه ثبت فعالیت روزانه
جلسه هشتم	ادامه فنون فعال‌سازی رفتاری، درآوردن فعالیت‌های مبتنی بر حس لذت و مهارت در فعالیت‌های روزمره
جلسه نهم	مدیریت استرس، فنون ساده برای مدیریت استرس، تمرین آرام‌سازی
جلسه دهم	مروری بر جلسات و پیشگیری از عود
جلسات پروتکل مداخله واقعیت‌درمانی	
جلسه اول	معرفی برنامه درمانی، معرفی رهبر گروه، اعضای گروه، قواعد گروه و تنظیم اهداف.
جلسه دوم	معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سوی ما
جلسه سوم	معرفی مراقبت از بیماری مزمن به زبان ساده
جلسه چهارم	معرفی رفتار کلی و آشناسازی افراد گروه با ۴ مؤلفه رفتار کلی: فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی
جلسه پنجم	معرفی اضطراب، خشم و افسردگی از منظر تئوری انتخاب
جلسه ششم	معرفی هفت رفتار تخریب‌گر روابط انسانی (انتقاد، غرغر، شکایت و...) تشخیص الگوی استفاده از عوامل در تعاملات اصلی زندگی به‌ویژه با همسران و فرزندان و معرفی هفت رفتار سازنده رفتار (گوش دادن، تشویق، و...)
جلسه هفتم	معرفی و بحث پیرامون کنترل درونی با آموزش اصول ده‌گانه تئوری انتخاب
جلسه هشتم	معرفی WDEP و کمک به گروه در جهت تدوین یک طرح عینی برای اجتناب از به‌کارگیری و تن‌دادن به کنترل بیرونی
جلسات پروتکل مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد	
جلسه اول	زبان و نقش دوگانه آن، فرم ثبت سرزندگی در برابر رنج
جلسه دوم	عمل و تجربه در مقابل فکر و هیجا
جلسه سوم	گشودگی و پذیرش، تمرین گشایش
جلسه چهارم	توجه آگاهی و بودن در لحظه اکنون (حضور ذهن)
جلسه پنجم	ارزش‌ها و جهت‌گیری‌های زندگی، فرم جستجوی ارزش‌ها، قلمروهای زندگی
جلسه ششم	اقدام متعهدانه (هدف‌گزینی و اقدام عملی)
جلسه هفتم	خود به‌عنوان زمینه (بافت) و خود به‌عنوان ناظر / خود مفهوم‌سازی شده اقدام متعهدانه / اقدام منفعلانه، تکانشی یا اصرار برای اجتناب
جلسه هشتم	وجود ارزش‌های روشن و عمل همسو با ارزش‌ها / عدم وجود ارزش‌های روشن یا عدم تماس با آنها پذیرش و توجه آگاهی (مایندفولنس / ذهن آگاهی)

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های آماری تی‌دو نمونه مستقل، آزمون تی زوجی، آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه به همراه آزمون‌های تعقیبی توکی، آزمون کی‌دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. تمامی تحلیل‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. سطح معنی‌داری آماری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

مطالعه براساس متغیرهای سن، جنسیت و تحصیلات برقرار است (جدول ۲).

در این پژوهش ۴۵ نفر در ۳ گروه مداخله آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. همگونی آزمودنی‌ها در تمامی گروه‌های

جدول ۲) آمار توصیفی آزمودنی‌ها و بررسی همگونی گروه‌های مطالعه

معنی‌داری (P-value)	کنترل (۱۱ نفر)	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۱ نفر)	واقعیت‌درمانی (۱۱ نفر)	رفتاردرمانی شناختی (۱۲ نفر)		
* P = ۰/۲۹۵	۳۶/۶۴±۴/۸۲	۳۳/۸۲±۴/۲۶	۳۶/۲۷±۵/۸۸	۳۳/۵۸±۳/۸۹	سن (میانگین±انحراف معیار)	
** P = ۰/۴۸۵	۳ (۲۷/۳)	۴ (۳۶/۴)	۳ (۲۷/۳)	۴ (۳۳/۳)	جنسیت	
*** P = ۰/۳۹۱	۸ (۷۲/۷)	۷ (۶۳/۶)	۸ (۷۲/۷)	۸ (۶۶/۷)	تعداد (%)	
					مرد	
					زن	
** P = ۰/۹۲۱	۲ (۱۸/۲)	۲ (۱۸/۲)	۲ (۱۸/۲)	۲ (۱۶/۷)	تحصیلات	
*** P = ۰/۸۳۴	۸ (۷۲/۷)	۹ (۸۱/۸)	۸ (۷۲/۷)	۸ (۶۶/۶)	تعداد (%)	
					دیپلم و پایین‌تر	
					لیسانس	
					فوق لیسانس	
	۱ (۹/۱)	۰ (۰/۰)	۱ (۹/۱)	۲ (۱۶/۷)		

* Independent Sample T-Test, ** Pearson Chi-Square, *** Fisher Exact Test

بیشترین مقدار خود را در پس‌آزمون دار است. نمره کل کیفیت زندگی در گروه مداخله رفتاردرمانی شناختی بیشترین مقدار (۳/۳۱۲±۸۳/۳۳۳) و در گروه کنترل کمترین مقدار (۱/۶۴۰±۴۷/۰۹۱) خود را در پس‌آزمون دار است (جدول ۳). در این پژوهش نتایج برای راهبردهای مسئله‌مدار نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون در تمامی روش‌های درمانی وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین در زمان پس‌آزمون، تمامی روش‌ها تفاوت معنی‌داری با هم دارند ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون‌های تعقیبی در پس‌آزمون نشان می‌دهد که گروه کنترل با هر سه روش درمانی تفاوت معنی‌داری دارد و همچنین رفتاردرمانی با روش واقعیت‌درمانی تفاوت معنی‌داری داشته اما روش واقعیت‌درمانی با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روش رفتاردرمانی با روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری نشان ندادند ($P < ۰/۰۵$). نمره راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار در گروه مداخله رفتاردرمانی شناختی بیشترین مقدار (۱/۹۲۹±۱۳/۴۱۷) و در گروه کنترل کمترین مقدار (۱/۳±۵/۹۰۹) خود را در پس‌آزمون دار است (جدول ۴). نتایج برای راهبردهای هیجان‌مدار نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون در تمامی روش‌های درمانی وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). در زمان پس‌آزمون، تمامی روش‌ها تفاوت معنی‌داری با هم دارند ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون‌های تعقیبی در پس‌آزمون نشان

نتایج برای سلامت عمومی در این پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین زمان‌ها پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمامی روش‌های درمانی وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). در زمان پس‌آزمون، تمامی روش‌ها تفاوت معنی‌داری دارند ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون‌های تعقیبی در پس‌آزمون نشان می‌دهد که گروه کنترل با هر سه روش درمانی تفاوت معنی‌داری دارد. همچنین میانگین نمره سلامت عمومی در تمامی مداخلات درمانی نیز باهم تفاوت معنی‌داری داشته است ($P < ۰/۰۵$). نمره کل سلامت عمومی در گروه مداخله رفتاردرمانی شناختی کمترین مقدار (۲/۷۵۸±۳۳/۱۶۷) و در گروه کنترل بیشترین مقدار (۲/۴۶۱±۶۱/۳۶۴) خود را در پس‌آزمون دار است (جدول ۳).

نتایج برای کیفیت زندگی نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین زمان‌ها پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمامی روش‌های درمانی وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان داد که در زمان پس‌آزمون، تمامی روش‌ها تفاوت معنی‌داری دارند ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون‌های تعقیبی در پس‌آزمون نشان می‌دهد که دو روش واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنی‌داری ندارند ($P < ۰/۰۵$). اما تفاوت معنی‌داری بین گروه کنترل با هر سه روش درمانی و همچنین روش رفتاردرمانی شناختی با دو مداخله دیگر وجود داشته و معنی‌دار است. نمره کل سلامت عمومی در گروه مداخله رفتاردرمانی شناختی کمترین مقدار و در گروه کنترل

رفتاردرمانی شناختی کمترین مقدار ($۳/۱۱۴ \pm ۳۰/۶۶۷$) و در گروه کنترل بیشترین مقدار ($۲/۷ \pm ۴۵/۹۰۹$) خود را در پس آزمون دار است (جدول ۴).

می‌دهد که گروه کنترل با هر سه روش درمانی تفاوت معنی‌داری دارد و همچنین تمامی روش‌های مداخله نیز تفاوت معنی‌داری در سطح $۰/۰۵$ باهم دارند. نمره راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار در گروه مداخله

جدول ۳) نتایج بررسی نمره سلامت عمومی و کیفیت زندگی

معنی‌داری * (P-value)	پس آزمون		پیش آزمون		نمره کل سلامت عمومی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=۰/۰۰۱$	۲/۷۵۸	۳۳/۱۶۷	۲/۰۶۵	۶۰/۵۸۳	رفتاردرمانی شناختی
$P=۰/۰۰۱$	۱/۴۰۱	۴۵/۱۸۲	۲/۷۹۶	۵۹/۷۲۷	درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی
$P=۰/۰۰۱$	۲/۲۴۰	۳۹/۷۲۷	۳/۳۶۰	۶۰/۰۹۱	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
$P=۰/۱۳۸$	۲/۴۶۱	۶۱/۳۶۴	۲/۳۵۹	۶۰/۱۸۲	کنترل
	$P=۰/۰۰۱$		$P=۰/۸۹۷$		معنی‌داری (P-value) **
معنی‌داری * (P-value)	پس آزمون		پیش آزمون		نمره کل کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=۰/۰۰۱$	۳/۳۱۲	۸۳/۳۳۳	۲/۷۹۶	۴۹/۰۰۰	رفتاردرمانی شناختی
$P=۰/۰۰۱$	۳/۴۵۹	۷۲/۱۸۲	۲/۲۲۸	۴۸/۸۱۸	درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی
$P=۰/۰۰۱$	۴/۰۴۵	۷۴/۸۱۸	۲/۵۸۷	۴۷/۹۰۹	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
$P=۰/۷۲۹$	۱/۶۴۰	۴۷/۰۹۱	۱/۶۴۰	۴۷/۹۰۹	کنترل
	$P=۰/۰۰۱$		$P=۰/۵۶۶$		معنی‌داری (P-value) **
* Paired Sample T-Test, ** One-Way ANOVA					

جدول ۴) نتایج بررسی راهبردهای مقابله‌ای

معنی‌داری * (P-value)	پس آزمون		پیش آزمون		راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار)
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=۰/۰۰۱$	۱/۹۲۹	۱۳/۴۱۷	۱/۳۷۱	۵/۳۳۳	رفتاردرمانی شناختی
$P=۰/۰۰۱$	۱/۵۷۲	۱۱/۴۵۵	۱/۲۱۴	۵/۴۵۵	درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی
$P=۰/۰۰۱$	۱/۵۷۲	۱۲/۴۵۵	۱/۱۰۴	۵/۲۷۳	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
$P=۰/۱۰۰$	۱/۳۰۰	۵/۹۰۹	۱/۲۵۰	۵/۱۸۲	کنترل
	$P=۰/۰۰۱$		$P=۰/۹۶۳$		معنی‌داری (P-value) **
معنی‌داری * (P-value)	پس آزمون		پیش آزمون		راهبردهای مقابله‌ای (هیجان‌مدار)
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=۰/۰۰۱$	۳/۱۱۴	۳۰/۶۶۷	۱/۳۵۷	۴۵/۷۵۰	رفتاردرمانی شناختی
$P=۰/۰۰۱$	۲/۴۲۷	۳۹/۰۹۱	۱/۹۵۴	۴۵/۷۲۷	درمان مبتنی بر واقعیت‌درمانی
$P=۰/۰۰۱$	۳/۴۰۹	۳۲/۲۷۳	۲/۰۱۸	۴۵/۵۴۶	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
$P=۰/۶۲۹$	۲/۷۰۰	۴۵/۹۰۹	۲/۰۶۳	۴۵/۶۳۶	کنترل
	$P=۰/۰۰۱$		$P=۰/۹۹۳$		معنی‌داری (P-value) **
* Paired Sample T-Test, ** One-Way ANOVA					

مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن پرداخته است. با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر در کنار بررسی مقایسه‌ای اثربخشی هر یک از سه رویکرد نامبرده به دنبال آن بود تا در کنار بررسی اثربخشی این رویکردها و آزمون پکیج‌های

بحث

پژوهش حاضر به مقایسه میزان اثربخشی سه رویکرد رفتاردرمانی شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی در سلامت عمومی، کیفیت زندگی و شیوه‌های

هر یک از رویکردهای رفتاردرمانی شناختی و واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن در مقایسه با یکدیگر اثربخشی متفاوتی دارند.

در متغیر سلامت عمومی در سه خرده‌مقیاس علامت جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب و کارکرد اجتماعی، رفتاردرمانی شناختی به‌طور معناداری اثربخشی بهتری نسبت به دو رویکرد دیگر داشته است. در حالی که در خرده‌مقیاس علائم افسردگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثرتر از دو رویکرد دیگر بوده است. به نظر می‌رسد این نتایج تحت تأثیر بنیان‌های کلاسیک رفتاردرمانی شناختی و نقش آن بر ادراک و تفسیر فرد از موقعیت‌های اجتماعی، احساس‌ها و علائم فیزیولوژیک باشد. بر این اساس آموزش چگونگی به چالش کشیدن افکار ناکارآمد به افراد کمک می‌کند تا ادراک صحیح‌تری از موقعیت‌ها و علائم جسمانی خود داشته باشند و به این ترتیب از سطح سلامت عمومی بهتری برخوردار شده و به کمک این آموزه رفتاردرمانی شناختی می‌توانند احساس کنترل مؤثرتری بر زندگی خود پیدا کنند.

از سوی دیگر در حوزه علائم افسردگی، رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش فنون جداسدن از افکار و متمایزسازی خود از افکار و خاطرات تجربه شده و زندگی در جهت ارزش‌ها به فرد این فرصت را می‌دهد تا از علائم اصلی افسردگی که بیشتر بارقه‌های شناختی دارد، فاصله بگیرند و برای یک زیست بهتر فضایی برای خود ایجاد کنند. همچنین نتایج نشان می‌دهد رویکرد واقعیت‌درمانی با متمایل کردن توجه فرد به جنبه‌های کارکردی و کارآمد عمل و اقداماتی که بهتر نیازها و خواسته‌های او را برآورده می‌کنند می‌تواند به افزایش هیجانات مثبت کمک کرده و در معادله کلی افسردگی باعث ایجاد تعادل بین هیجانات مثبت و منفی شده و علائم افسردگی را به‌طور مؤثری کاهش دهد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که هر یک از رویکردهای رفتاردرمانی شناختی و واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود کیفیت زندگی مراقبین بیماران مزمن در مقایسه با یکدیگر اثربخشی متفاوتی داشته‌اند.

درمانی مبتنی بر این رویکردها، شیوه مداخله‌ای متناسب با فرهنگ و جمعیت ایرانی را نیز شناسایی کند.

اولین یافته قابل توجه این مطالعه نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی، واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، سلامت عمومی و راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن اثربخشی متفاوتی دارند.

یافته‌های به‌دست آمده از پژوهش نشان می‌دهد که هر سه رویکرد بر سه متغیر مورد بررسی در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل اثربخشی معنادار داشته‌اند. اگرچه در میزان اثربخشی کلی سه رویکرد تفاوت معناداری دیده نشد اما رفتاردرمانی شناختی و با فاصله کمی از آن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در اغلب موارد به‌طور محسوس‌تری نسبت به واقعیت‌درمانی نمرات بهتری داشته است.

شاید بتوان گفت که این برتری نسبی ناشی از آن است که کانون مداخله رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش به‌عنوان موج دوم و سوم رفتاردرمانی، بر فکر و شناخت واره‌ها است و واقعیت‌درمانی بیشتر بر عمل و فعالیت فرد تمرکز دارد. چنانکه بررسی مفاهیم پایه‌ای‌تر دو رویکرد نشان می‌دهد تأکید عمده رفتاردرمانی شناختی بر محتوای افکار و نقش تغییر این محتوا و خطاهای شناختی بر هیجان‌ها و اقدامات فرد است. و به همین سیاق، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بررسی فرآیند افکار و تأثیر چسبندگی به افکار ناکارآمد و نقش آن بر هیجان‌ها و رفتارهای فرد می‌پردازد. از این رو تأکید این دو رویکرد بر فرآیند فکر و فرآورده‌های آن است در حالی که برای واقعیت‌درمانی عمل و اقدامات فرد کانون مداخلات محسوب می‌شود و نقش و جایگاه فرد نسبت به رویکردهای رفتاری کم‌ارزنده‌سازی می‌شود و بیشتر بر عمل و بخش عملی رفتار تأکید دارد. یعنی معتقد است که تغییر در نحوه عملکرد و اقدامات کنونی فرد، بدون توجه ویژه به افکار او، می‌تواند منجر به تغییر در هیجان‌ها شود. به عبارت دیگر در این رویکرد هیجان‌ها محصول اقدامات و فعالیت‌های عملی فرد محسوب می‌شوند.

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش اژه‌ای و همکاران (۵۳)، الینبرگ، فروث‌تولم و کروئسنرند (۵۴)، رفیعی، سدرپوشان و عابدی، (۵۵)، نیلز و همکاران (۵۶)، آچ و همکاران (۵۷)، لاپالاینین و همکاران (۵۸)، بلاکیچ و هیز، (۵۹)، زیتل (۶۰) نیز همخوانی دارد.

جای ارزیابی درمان گر. با توجه به این سه اصل تأثیرگذاری واقعیت‌درمانی بر شیوه مقابله‌ای متمرکز بر حل مسئله قابل تبیین و انتظار است.

از طرفی خرده مقیاس حمایت اجتماعی که زیرمجموعه مقابله هیجان‌مدار محسوب می‌شود به بررسی رفتارهای تعاملی اجتماعی می‌پردازد و نشان‌دهنده توانایی فرد برای کسب حمایت اجتماعی مناسب در جهت کاهش استرس است. یافته‌ها نشان می‌دهد رویکرد واقعیت‌درمانی در بالابردن توانایی فرد برای جلب حمایت اجتماعی مناسب نسبت به دو رویکرد دیگر مؤثرتر است. در تبیین این یافته می‌توان به اصل زیربنایی واقعیت‌درمانی یعنی تأکید بر رابطه اشاره کرد. واقعیت‌درمانی بر رابطه انسانی و محیطی که فرد در آن زندگی می‌کند تأکید بسیار داشته و به فرد کمک می‌کند تا با برقراری رابطه بهتر با اطرافیان خود مدیریت بهتری بر زندگی خود داشته باشد. این در حالی است که در تئوری‌های رفتاردرمانی شناختی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که زیرساخت‌های شناختی دارند رابطه نقش چندانی ندارد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش غلامی حیدرآبادی و همکاران (۶۱)، روبین و همکاران (۵۰)، حر و همکاران (۵۲)، ابراهیمی و همکاران (۵۱) هم‌خوانی دارد.

محدودیت‌های پژوهش: این پژوهش مانند همه پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است. محدودیت در دسترسی به مراقبین بیماران مزمن و جلب مشارکت آنان در انجام پژوهش، بازگشتن مراقبین به شهر خودشان در حین پژوهش و یا فوت بیمارانشان و نداشتن انگیزه و امید کافی مراقبین برای شرکت در دوره‌های آموزش روانشناختی از محدودیت‌های اصلی در این تحقیق بود.

محدودیت دیگر اینکه تجربه بالینی درمانگران در هر سه رویکرد با هم متفاوت بود.

پیشنهاد‌های پژوهش: از اهداف مهم این مطالعه ارائه یک الگوی بومی برای مراقبین از بیماران مزمن بود که با شرایط فرهنگی ایران زمین سازگاری داشته باشد، این گونه به نظر می‌رسد:

یک روش آموزشی یا مراقبتی مبتنی بر سه مؤلفه شناخت‌واره‌ها (رویکرد شناختی): دلایل متعددی وجود دارد که آموزش‌های رویکرد شناختی رفتاری را به یک درمان مناسب برای مشکلات مربوط به بیماری‌های پزشکی

بررسی نتایج مطالعه در فرضیه دوم نشان می‌دهد هر سه رویکرد در بهبود سطح کیفیت زندگی مؤثر بوده‌اند با این حال رویکرد رفتاردرمانی شناختی نسبت به دو رویکرد دیگر تأثیر بیشتری داشته است. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی سازه‌ای ذهنی است و محصول مستقیم ادراک فرد از جایگاه خود در فرهنگ و جامعه می‌باشد. مراقبین بیماران مزمن تحت تأثیر فشارهای روانشناختی و محیطی زیادی قرار دارند که این عامل می‌تواند در ایجاد ادراک منفی آنها نسبت به خود و جایگاهشان در زندگی تأثیرگذار باشد. در نتیجه از آنجایی که کانون اصلی مداخله در رویکرد رفتاردرمانی شناختی تغییر افکار و باورهای فرد است، از این رو با ایجاد تغییر در نگرش و ادراک فرد نسبت به جایگاه کنونی‌اش و همچنین معنایی که به کارش می‌دهد، سطح کیفیت زندگی او را به‌طور مثبت تحت‌تأثیر قرار دهد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش عزیززی و قاسمی (۴۹)، روبین و همکاران (۵۰)، حر و همکاران (۵۲)، ابراهیمی و همکاران (۵۱) هم‌خوانی نیز دارد.

اثربخشی هر یک از رویکردهای رفتاردرمانی شناختی و واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود راهبردهای مقابله‌ای مراقبین بیماران مزمن در مقایسه با یکدیگر متفاوت است.

بررسی نتایج نشان داد رفتاردرمانی شناختی به‌طور کلی در افزایش استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار و کاهش استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار نسبت به دو رویکرد دیگر مؤثرتر است.

بررسی دقیق‌تر و مقایسه بین خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد در خرده‌مقیاس متمرکز بر حل مسئله بین سه رویکرد تفاوت محسوسی وجود ندارد و هر سه رویکرد به یک اندازه در افزایش این شیوه مقابله‌ای مؤثر عمل کردند. به‌نظر می‌رسد نتیجه به‌دست آمده در رابطه با دو رویکرد رفتاردرمانی شناختی و رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ناشی از تأکید این دو رویکرد بر عوامل شناختی و حل مسئله می‌باشد. از سوی دیگر رویکرد واقعیت‌درمانی بر سه اصل استوار است این سه اصل عبارتند از ۱. تأکید بر راه حل به جای تمرکز بر مشکل، ۲. معطوف به آینده‌بودن که اشاره بر حل شدن مسئله در آینده دارد و ۳. تأکید بر خود ارزیابی فرد به

منابع

1. Page, Timothy F.; Palmer, Richard C. Cost Analysis of Chronic Disease Self-Management Programmes Being Delivered in South Florida. *Health Education Journal*, (2014), v73 n2 p228-236.
2. Bopp, Trevor; Stollefson, Michael; Weatherall, Brittany; Spratt, Susannah. Promoting Physical Literacy for Disadvantaged Youth Living with Chronic Disease. *American Journal of Health Education*, (2019). v50 n3 p153-158.
3. Hall, Michael; Elise, Eifert. Theory in Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *American Journal of Health Education*, (2016). v47 n4 p202-203.
4. Kumar, Chandrika; Bensadon, Benjamin A.; Van Ness, Peter H.; Cooney, Leo M. Curriculum on Resident Education in Care of Older Adults in Acute, Transitional and Extended Care Settings. *Journal of Education and Training Studies*, (2016). v4 n9 p247-252.
5. Bighton, Carole; Victor, Christina; Carey, Iain M.; Hosking, Fay; DeWilde, Steve; Cook, Derek G.; Manners, Paula; Harris, Tess. "I'm Sure We Made It a Brrrrr uuudy": Experiences of Adults with Intellectual Disabilities and Parent Carers of Patient and Public Involvement in a Health Research Study. *Journal of Intellectual Disabilities*, (2019). v23 n1 p78-96.
6. Safaeian, Zohreh; Sadat Hejazi, Sima; Delavar, Elahe; Hosseini Azizi, The relationship between care pressure, stress, anxiety and depression in caregivers of cancer patients in Imam Reza Hospital in Bojnourd. *Journal of Psychiatry*. (2017), 5(3), Pp. 7-14. [Persian]
7. Nasiri Zarrin Qabaei, Davood; Talibpour Amiri, Fereshteh; Hosseini Volshkalaei, Seyed Mohammad Reza and Rajabzadeh, Rezvan. Quality of life and its relationship with job stress in nurses working in hospitals in Sari in 1394. *Nursing education*. (2015), 5(2). Pp. 40-48. [Persian]
8. Khanjani, Zeinab. Predicating public Based on body image, stress and research in applied psychology. (2014), 15(58). Pp. 40-47. [Persian]
9. Hosseini, Amin; Zaktakar, Kianoosh; Davarnia, Reza and Shakermi, Mohammad. Predicating vulnerability to stress based on social support, resilience, coping strategies, and personality traits in students. *Cognitive and Behavioral Sciences Research*. (2016). 6(2). Pp. 27-42. [Persian]
10. Radovanovic, Ivica; Bogavac, Dragana; Cvetanovic, Zorica; Kovacevic, Jasmina. Quality of Life--Lifelong Education Platform. *Universal Journal of Educational Research*, (2017). v5 n12A p188-195.
11. Bishop-Fitzpatrick, Lauren; Mazefsky, Carla A.; Eack, Shaun M. The Combined Impact of Social Support and Perceived Stress on Quality of Life in Adults with Autism Spectrum Disorder and without

طولانی مدت تبدیل می‌کند: نخست مشکلات مزمن پزشکی با گروهی از مشکلات روانی همراه هستند که تأثیر آموزش‌های شناختی رفتاری بر این مشکلات ثابت شده است، آموزش‌های شناختی رفتاری درمان انتخابی برای بعضی از بیماری‌هاست یا نقش ثابت شده‌ای در درمان آنها دارد. حتی زمانی که تداوم درمان و هزینه‌های مربوط را در نظر می‌گیریم، آموزش‌های شناختی رفتاری کم‌هزینه‌تر از دارودرمانی هستند. اهمیت اتخاذ یک رویکرد خودمدیریت از سوی بیمار، برقراری ارتباط مشارکتی با کارکنان مراقبت بهداشتی و تشویق بیمار برای اتخاذ یک نقش فعال در درمان بیماری، همگی از فلسفه و اصول اساسی آموزش‌های شناختی رفتاری اقتباس شده‌اند.

تغییر شکل رابطه با محتوای شناختی (رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد): درمان پذیرش و تعهد با ایجاد پذیرش تجربیات ناخواسته بیماری که خارج از کنترل شخص‌اند و همچنین تعهد در جهت عمل سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مزمن می‌شود.

انجام فعالیت‌های مؤثر و متفاوت برای ارضای همه نیازها به صورت متعادل (رویکرد واقعیت‌درمانی): برای جامعه ایران و با توجه به فرهنگ گسترده ایرانیان تأثیرات بیشتری خواهد داشت.

علاوه بر آن برگزاری سخنرانی‌هایی برای افراد مبتلا به بیماری مزمن و مراقبانشان جهت بالارفتن انگیزه برای شرکت در کلاس‌های آموزش روانشناختی و تبدیل پروتکل‌های درمانی به بخشی از فرآیند درمان بیماران مزمن و مراقبین آنها می‌تواند مؤثر باشد.

در نهایت پیشنهاد می‌شود این پژوهش به این شکل که تجربه بالینی درمانگران هر سه رویکرد برابر باشد انجام شود. تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی روانشناسی سلامت دانشگاه خوارزمی است که به راهنمایی جناب آقای دکتر محمد حاتمی و مشورت آقایان دکتر جعفر حسنی و دکتر علی صاحبی انجام شده است و با تشکر و قدردانی از همه مراجعان محترمی که در این پژوهش شرکت کردند.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافی، توسط نویسندگان بیان نشده است.

23. Amini, Mahnoosh; Nouri, Abolghasem and Samavatian, Hossein. The effect of communication skills training on nurses' general health. *Health Information Management*. (2013). 101. Pp. 109-117. [Persian]
24. Ramzi, Leila; Sepehri Shamloo, Zohreh; Alipour, Ahmad and Zare, Hossein, The effectiveness of group reality therapy on family psychology coping strategies. (2014), 1(2). Pp. 19-30. [Persian]
25. Trenike, Nicholas. RFT learning. Friendly translation, covenant. (1398) Amin Negar Publications: Tehran. (2010). [Persian]
26. Vernon, Ann, Ed.; Doyle, Kristene A., Ed. *Cognitive Behavior Therapies: A Guidebook for Practitioners*. American Counseling Association. (2017).
27. Crumb, Loni. Haskins, Natoya. An Integrative Approach: Relational Cultural Theory and Cognitive Behavior Therapy in College Counseling. *Journal of College Counseling*, (2017). v20 n3 p263-277.
28. Mabeus, Danielle; Rowland, Karen D. Reality Therapy in a Middle School Setting: Altering a Student's Perception. *Georgia School Counselors Association Journal*, (2016). v23 p48-52.
29. Hale, Jane V. An Examination of Reading and Mathematic Achievement among Second Grade Students Who Have Received Instruction from Either Teachers Who Have Been Trained in Choice Theory/Reality Therapy Methods or Teachers Who Have Not Been Trained. ProQuest LLC, Ph.D. Dissertation, Duquesne University. (2011).
30. Glasser, W. Reality therapy in action. HarperCollins: Publishers. (2000).
31. Harris, Ross. Treat acceptance and commitment with love. Friendly translation, covenant. Hedayati Hamedani, Seyedeh Sepideh. Researcher, Hussein. (1398) Amin Negar Publications. Fourth Edition: Tehran. (2009). [Persian]
32. Hayes, Steven C, Acceptance and Commitment Therapy: Cognitive Fault. Friendly translation, covenant. Ahmadi, Fatemeh. (1395). Hegmataneh Inclusive Publications: Hamedan. (2013). [Persian]
33. Mohagheghi, Hossein, Dosti, Peyman and Jafari, Davood. The effect of acceptance and commitment therapy on transgenderism, social anxiety and students' health concerns. *Journal of Clinical Psychology Studies*. (2016). (23)6. Pp. 81-94. [Persian]
34. Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science & Business Media. (2004).
35. Hayes, S. C. Strosahl, K.D. Wilson, K.G. *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press. (2012).
36. Cohen, Research Methods in Behavioral Sciences, Zohreh Sarmad, Abbas Bazargan, Elahe Hejazi, (2018), if published. [Persian].
- Intellectual Disability. Autism: The International Journal of Research and Practice*, (2018). v22 n6 p703-711.
12. Van Heijst, Barbara F. C.; Geurts, Hilde M. Quality of Life in Autism across the Lifespan: A Meta-Analysis. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, (2015). v19 n2 p158-167.
13. Gil, Iris. A New Educational Program to Improve Posture and Quality of Life among Students by Means of the Feldenkrais Method and a New Program: MAP-Motion and Posture. *Journal of Education and Training Studies*, (2018). v6 n11 p1-11.
14. Valerio, Teresa D.; Kim, Myoung Jin; Sexton-Radek, Kathy. Association of Stress, General Health, and Alcohol Use with Poor Sleep Quality among U.S. College Students. *American Journal of Health Education*, (2016). v47 n1 p17-23.
15. Bazazian, Saeedeh and Besharat, Mohammad Ali, Comparison of emotional intelligence, mental and journal of Applied Psychology. (2009), 3(1). Pp. 7-26. [Persian]
16. Adejumo, Adebayo O. Influence of Social Support, Self-Efficacy, and Personality on the General Health of Retirees in Lagos, Nigeria. *Educational Gerontology*, (2010), v36 n10-11 p907-918.
17. Zhou, Mingming; Kam, Chester Chun Seng. Trait Procrastination, Self-Efficacy and Achievement Goals: The Mediation Role of Boredom Coping Strategies. *Educational Psychology*, (2017), v37 n7 p854-872.
18. Amiri, M. Agha Mohammadian Sharabaf, H. and Kimiaei, A. The effectiveness of the reality-froup approach to group control and coping strategies. *Thought and Behavior*, (2012), 24, Pp. 59-68. [Persian]
19. Skaalvik, Einar M. Mathematics Anxiety and Coping Strategies among Middle School Students: Relations with Students' Achievement Goal Orientations and Level of Performance. *Social Psychology of Education: An International Journal*, (2018). v21 n3 p709-723.
20. Nedayi, Ali; Paghosh, Atta Allah; Sadeghi Hasanijeh, Amir Hossein, Relationship between quality of life coping strategies: The mediating role of cognitive emotion regulation skills. *Clinical Psychology*. (2016), 4 (8). Pp. 35-48. [Persian]
21. Rahimi, Elham; Abyar, Zolfaghar; Hammam Zakeri Langroudi, Arezoo and Zamani, Narges. Comparison of general health, mental health, and coping strategies in patients with type 1 and type 2 diabetes with patients with multiple sclerosis. *Health Research*. (2016), 2 (1). Pp. 33-41. [Persian]
22. Mohammadi, Seyed Younes and Rahimzadeh Tehrani, Katayoun, The effectiveness of meaningful therapy on spiritual health and quality of life of women with AIDS in Tehran. *health Psychology*. (2018), 7 (25). Pp. 106-120. [Persian]

- couples. *Cognitive and Behavioral Practice*; 16(4), 430-42. (2009).
48. Kavousian. Javad; Harifi. Hosnieh. and Karimi, Kambiz. Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on Couples' Marital Satisfaction, *Journal of Health and Care Year 18, Issue 4*, (2016).
49. Azizi, Arman & Ghasemi, Simin, Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy, Cognitive-Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Quality of Life in Divorced Women 2017, 8(29):207-236. [Persian]
50. Robyn, D., Walser, D. W., Garvert, E., Karlin, M., Trocke, I., & Danielle, M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating depression and suicidal ideation in veterans. *Behavior Research and Therapy*, (2015), 74, 05-31.
51. Ebrahimi, Amrullah ;Rezaian, Masoumeh ; Khorvash, Mehdi and Zargham, Mahtab. Evaluation of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on pain acceptance, quality of life and reduction of pain-related anxiety in patients with chronic pelvic pain. Fifth Psychosomatic Congress, Chaharmahal and Bakhtiari University of Medical Sciences and Health Services (2013). [Persian]
52. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Attari A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. *J Res Behav Sci* (2013); 11(2): 121-8. [Persian]
53. Ejei, Javad; Sayadshirazy, Maryam; Gholamali Lavasani, Masoud & Kasaei Esfahani, Abdolrahim. Compare the Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and Commitment and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Anxiety of Mothers of Autistic Children. *Journal of Psychology*, (2018), 22 (Spring) 3-21. [Persian]
54. Eilenberg, T., Frostholm, L. & Kronstrand, L. (2014). Acceptance and Commitment Group Therapy (ACT-G) for severe health anxiety. The Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics, Aarhus University Hospital.
55. Rafiee, M., Sedrpoushan, N., & Abedi, M. Study and investigate the effect of acceptance and commitment therapy on reducing anxiety symptoms and body image dissatisfaction in obese women in Isfahan (2012-13). *Journal of Social Issues & Humanities*, (2014). 2(1), 187-190.
56. Niles, A. N., Burklund, L. J., Arch, J. J., Lieberman, M. D., Saxbe, D., & Craske, M. G. Cognitive mediators of treatment for social anxiety disorder: Comparing acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy. *Behavior Therapy*, (2014). 45, 664-677.
57. Arch, J.J., Eifert, G.E., Plumb, J., Rose, R., Davies, C., & Craske, M.G. Randomized clinical trial of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) versus Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the
37. Nejat, Saharnaz, Montazeri, Ali, Holakouee Naeini, Cyrus, Mohammad, Kazem and Majdzadeh, Seyed Reza, Standardization of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): Iranian translation and psychometrics. *Journal of the School of Health and the Institute of Health Research*, (2006), 4, 12-1. [Persian]
38. Taghavi, Seyed Mohammad Reza, The validity and validity of the General Health Questionnaire (G.H.Q), *Journal of Psychology*, (2001), Volume 5, Number 4, 381-398. [Persian].
39. Shah Beyk, Soroush, Taghavi Jourabchi, Fatemeh, Roshan, Farzaneh and Naseri, Maryam, The effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness on family performance and marital adjustment of couples with type 2 diabetes. *Nursing Journal*, (2018) 13 (6): 68-75. [Persian]
40. Hosseini Ghadmagahi. The quality of social relationships, stress levels and coping strategies in coronary heart patients. Master Thesis in Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran Institute of Psychiatry. vol., (1997). [Persian]
41. Emery G. Overcoming depression: a cognitive-behavior protocol for the treatment of depression. Translated by: Mohammadkhani P, Rezaee Dogae E. 1st ed. Tehran: Faradid publication; 2004. pp: 18-90. [Persian]
42. Omidi. Abdullah; Mohammadi. Abolfazl, Zargar. Fatemeh, Akasheh. Goodarz, Comparison of the effectiveness of cognitive therapy based on integrated mindfulness, With cognitive therapy and classical cognitive-behavioral therapy, in reduction Ineffective attitudes of patients with major depressive disorder. *Scientific Journal of Birjand University of Medical Sciences*. Volume 20, Number 4, (2013). [Persian]
43. Glasser, W. (2008). *Station of the mind: new direction for reality therapy*. New York.
44. Namkhani Akbari Nejad, H, Trust, A and Nasirnejad, F. The effectiveness of group reality therapy on women's anxiety. *Al-Zahra Journal of Psychological Studies*, 10 (2), 73-87. (2013). [Persian]
45. Soleimani. A & Babaei. A. The effectiveness of group reality therapy training based on the theory of choice on anxiety and hope of drug addicts during withdrawal. *Journal of addiction Research on Substance Abuse*. 10(37), 137-150. (2016). [Persian]
46. Khaleghi. N; Amiri. M. and Taheri, A. The effectiveness of group reality therapy on social anxiety, interpretation bias and interpersonal relationships in adolescents. *Journal of Mental Health Principles*. 19(2), 77-83. (2016). [Persian]
47. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: a case study with two

treatment of mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (2012), 80(5), 750-765.

58. Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S.C. The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A Preliminary Controlled Effectiveness Trial. *Behavior Modification*, (2007), 31, 488-511.

59. Blackledge, J., & Hayes, S.C. Using acceptance and commitment training in the support of parents of children diagnosed with autism. *Child and Family Behavior Therapy*; (2006), 18-28:1 .

60. Zettle, R. D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) vs. Systematic Desensitization in Treatment of Anxiety, "The Psychological Record, (2003), 53(2), 197-215.

61. Gholami Haidarabadi, Zahra; Navabi Nejad, Shokooh; Delavar, Ali & Shafiabadi, Abdullah. The effectiveness of positivity training on increasing happiness and hardness Mothers with blind children. *Quarterly Journal of Exceptional People*, Fourth Year, No. 69, 2014.

