

## اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید و تاب‌آوری در افراد دارای ام اس شهرستان بابل

زهرا بهزادی سیاه رودکلایی

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی بررسی اثر بخشی آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید و تاب‌آوری دارای ام اس طرح‌ریزی و انجام شده است. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران عضو انجمن ام اس شهرستان بابل بوده که تعداد ۳۰ نفر از آنها جهت آموزش انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه بوده که شامل پرسشنامه امیدواری اسنایدر (۱۹۹۱) و مقیاس کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) بوده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS و با بکارگیری آزمون مانکوا انجام پذیرفت. یافته ضمن تایید هر دو فرضیه فرعی پژوهش نشان داد آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید و تاب‌آوری اثرگذاری معنادار و مثبت دارد.

### واژگان کلیدی:

پذیرش و تعهد، افزایش امید، تاب‌آوری.

### ۱-مقدمه

بیماری مالتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup> که به اختصار آن را ام. اس می‌نامند. یک بیماری عصبی مزمن و پیش رونده است که باعث برهم خوردن سیستم عصبی مرکزی می‌شود. در این بیماری پوشش سیستم عصبی مرکزی از جمله مغز، عصب بینایی و نخاع شوکی دچار آسیب می‌شوند این بیماری در نتیجه عوامل محیطی، ژنتیکی و خودایمنی بروز می‌کند و یکی از مهمترین بیماری‌های ناتوان کننده نورولوژیک در بالغین مخصوصاً جوانان است. سن ابتلا به این بیماری حدود ۲۰ تا ۴۰ سالگی می‌باشد که می‌تواند در هر سنی بروز نماید. با توجه به شیوع بیماری در سنین جوانی، این بیماری می‌تواند با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و با سیر بیماری و عدم کنترل مناسب نگرانی، اضطراب و افسردگی را دو چندان کند. آنچه در برخورد با چنینی بیماری ضروری به نظر می‌رسد پرداختن به مسائل روانشناختی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و مشکلات عاطفی است که بیماران با آن روبرو هستند. لذا رویکرد بسیاری از پژوهش‌های نوین به سمت حصول نتایجی مثبت و کارآمد برای درمان این بیماری می‌باشد که در بین آنها آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد اقبال بیشتری یافته است (کوساک و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

1 Multiple Sclerosis

2 Kosak et al

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

درمان پذیرش و تعهد، یک رویکرد و از درمان‌های موج سوم روانشناختی است که هایز، استروحال و ویلسون در سال ۱۹۹۹ معرفی کردند. هایز، لوین، پلامب - ویلاردگا، ویلات و پیستورلوو (۲۰۱۳) اظهار داشتند درمان پذیرش و تعهد، رویکرد تحلیلی رفتاری معاصر برای رسیدگی به رویدادهای درونی مشکل‌ساز است که براساس رفتارگرایی بنیادی، کارکردگرایی محتوایی و نظریهٔ چهارچوب ارتباطی پایه‌گذاری شده است. این رویکرد با تلفیق ذهن‌آگاهی و رویهٔ پذیرش با فرایندهای تغییر رفتار به افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی و تعریف‌پذیر کردن رفتارهای سازگار در میان تجربه‌های دردناک، به کاهش رنج روانی منجر می‌شود (هاس، دیکسون و پالیوناس، ۲۰۱۹).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا مهارت‌های روانشناختی را با شش فرایند پذیرش، گسلش، تماس با لحظه کنونی، خود به‌عنوان زمینه، ارزش‌ها و اقدامات تقویت کند. سه فرایند نخست به‌عنوان مهارت‌های پذیرش و ذهن‌آگاهی و سه فرایند دیگر به‌عنوان مهارت‌های تغییر رفتار توصیف می‌شوند (پلگر و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش‌شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی استفاده می‌شود (مکوندحسینی، رضایی و آزادی، ۱۳۹۲).

یکی از حالاتی روحی‌ای که بر درمان بیماری‌ها و اختلالات مختلف اثرگذار می‌باشد امیدواری می‌باشد. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر در آینده می‌باشد که با نیروی نافذ خود تحریک کننده فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو کسب نماید و نیروی تازه‌ای در خود ایجاد کند افراد امیدوار همیشه عوامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن هدف خود دارند و وقتی با مانعی برخورد می‌کنند، انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانسین استفاده می‌کنند. امیدواری به فرد جرات می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر مشکلات را افزایش دهد. امیدواری مکانیسم سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن از جمله بیماری مولتیپل اسکلروزیس است و به‌عنوان یک فاکتور پیچیده چند بعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می‌شود (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸).

از آنجاکه بیماران مبتلا به اماس در معرض عوارض شدید جسمانی و روانی قرار می‌گیرند و با پیشروی بیماری با چالش‌ها و رنج بیشتری روبه‌رو می‌شوند، درمان پذیرش و تعهد که بخشی از آن مبتنی بر پذیرش و مواجهه با تجربه‌های ناگوار و ناگزیر زندگی است، احتمالاً در افزایش تابآوری بیماران مؤثر است. همچنین جنبه دیگری از این رویکرد به انسان کمک می‌کند در عین پذیرش ناملایمات، زندگی غنی و ارزشمندی را برای خود خلق کند و با بهزیستی روانشناختی بیماران ارتباط مستقیم دارد. با توجه به مبانی ارائه شده این پژوهش قصد دارد تا اثربخشی درمان بر پایه پذیرش و تعهد را بر افزایش میزان امید، رشد پس از سانحه و پایبندی به درمان مورد مطالعه قرار دهد در واقع مسئله اصلی پژوهش آنست که آیا آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید، رشد پس از سانحه و پایبندی به درمان در افراد دارای ام اس تاثیرگذار می‌باشد؟

## ۲- روش تحقیق:

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران عضو انجمن ام اس مازندران تا سال ۱۴۰۰ می‌باشند. از طریق نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه (۱۵ نفری) آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش و کنترل به پیش‌آزمون پرسشنامه میزان امید، رشد پس از سانحه و پایبندی به درمان پاسخ دادند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۸ هفته و هر هفته یک جلسه تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند و در این مدت، گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه

آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پرسشنامه‌های پژوهش را بلافاصله بعد از آخرین جلسه درمان در گروه آزمایش و ۸ هفته بعد از اجرای پیش‌آزمون در گروه کنترل و ۲ ماه بعد از اجرای پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا کردند.

جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران عضو انجمن ام اس مازندران تا سال ۱۴۰۰ می‌باشند جهت انتخاب نمونه آماری، در مرحله اول از بین اعضا، ۳۰ نفر از کسانی که نمره پایینی در پرسشنامه‌های امید، رشد پس از سانحه و پایبندی به درمان (انحراف پایین‌تری در میانگین) کسب کردند، بر اساس مصاحبه اولیه و ملاک‌های ورودی و خروجی به شرح زیر برگزیده شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از:

۱. محدوده سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال
  ۲. داشتن سواد و توانایی لازم جهت درک مفاهیم ارائه شده در جلسات آموزشی
  ۳. عدم سابقه شرکت در کارگاه‌های آموزشی زوج درمانی مثبت‌نگر
  ۴. توانایی حضور در تمامی ۸ جلسه آموزشی
- ملاک‌های خروج به این پژوهش عبارت بودند از:
۱. سابقه شرکت در کارگاه‌های آموزش و روانشناختی
  ۲. عدم توانایی حضور در تمامی ۸ جلسه آموزشی

## روش گردآوری داده‌ها

گردآوری اطلاعات در این تحقیق در دو مرحله صورت گرفته است در مرحله اول جمع‌آوری اطلاعات از طریق روش کتابخانه‌ای صورت گرفت که شامل کتب، پایان‌نامه‌ها، مقالات و... می‌باشد. در مرحله دوم از پرسشنامه‌ی استفاده شده است. پرسشنامه‌های تحقیق حاضر به شرح زیر می‌باشد:

**پرسشنامه امیدواری اسنایدر<sup>۱</sup> (۱۹۹۱):** پرسشنامه امیدواری اسنایدر یک مقیاس ۱۲ سؤالی است که اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ ساختند و شیوه نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای است که در پیوستاری از ۱ (کاملاً غلط) تا ۴ (کاملاً صحیح) در نظر گرفته شده است. سؤالات ۳، ۵، ۷ و ۱۱ نمره‌گذاری نمی‌شوند و مربوط به حواس‌پرتی هستند. سؤالات ۱، ۴، ۶ و ۸ مربوط به خرده‌مقیاس گذرگاه و سؤالات ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ مربوط به خرده‌مقیاس کارگزارند. نمره کلی امیدواری از ۸ تا ۳۲ متغیر است. امتیازات بالاتر نشان‌دهنده امیدواربودن به زندگی در آزمودنی و نمرات پایین‌تر حاکی از امیدواری کم به زندگی در آزمودنی است (اسنایدر و همکاران، ۲۰۰۲). همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی آزمون باز آزمون ۰/۸ گزارش شده است (امامی و همکاران، ۱۳۹۷). پایایی این مقیاس در پژوهش قربانی و همکاران (۱۳۹۲)، پایایی کل آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و ابعاد آن، یعنی کارگزار ۰/۶۲ و گذرگاه ۰/۷۱ گزارش شده است (قربانی و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد و برای مقیاس کل، ۰/۸۴ و ابعاد آن، یعنی کارگزار ۰/۸۱ و گذرگاه ۰/۷۹ به دست آمد.

## الف) پرسشنامه تاب‌آوری را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳):

بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۸۹٪ گزارش کرده است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تایید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تایید قرار گرفته است (بشارت، ۱۳۸۶). رضایی (۱۳۹۰) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی این پرسشنامه را با یک نمونه ۱۵۰ نفری دانش آموزان شهر ارسنجان ۰/۸۱ گزارش کرده است.

## ۴-روش اجرا

آموزش‌های مثبت نگری در هشت جلسه و با محتوی جدول زیر برگزار می‌گردد:

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

## 4TH NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

### جدول (۱) محتوی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد

شرح جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد با اقتباس از پژوهش‌های هایز و همکاران (۲۰۱۳)، هایز و همکاران (۲۰۰۹)، توهینگ (۲۰۱۲) و مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶)	
جلسات	محتوا
جلسه اول	در ابتدا آشنایی آزمودنی‌ها با یکدیگر، سپس آشنایی افراد از هدف پژوهش و در ادامه، برای ناامیدی خلاق و کمک به آزمودنی‌ها برای ناکارآمدی شیوه‌های فعلی از استعاره‌های بیلچه و گودال استفاده شد. در این مرحله از استعاره مسابقه با هیولا استفاده شد. در پایان، تکالیف خانگی ارائه شدند.
جلسه دوم	مروری بر جلسه گذشته و دریافت بازخورد از آزمودنی‌ها، هدف از برگزاری این جلسه این موضوع بود که کنترل ناکارآمد مهم است، نه راه‌حل. در این جلسه با استعاره‌های باتلاق شنی، سوئیچ مبارز، پاندول و توپ در استخر به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که راه‌های کنترل هیجان علت مشکلات آنها است. در پایان، تکالیف خانگی ارائه شدند.
جلسه سوم	مروری بر جلسه قبل و دریافت بازخورد از آزمودنی‌ها، در این جلسه، تفهیم پذیرش به‌عنوان شیوه مناسب برای کنترل کردن بود. برای این منظور از استعاره‌ای مهمان ناخوانده، استعاره طناب‌کشی با هیولا و تمثیل آشفستگی پاک و ناپاک استفاده شد. در پایان، جلسه، جمع‌بندی شد و تکالیف خانگی ارائه شدند.
جلسه چهارم	در این جلسه، تکالیف مرحله قبل بررسی شد. در این جلسه، تمرکز بر آموزش گسلش‌شناختی بود. به آزمودنی‌ها تفهیم شد وقتی محتوای کلامی با آزمودنی عجین می‌شود، به یک باور واقعی تبدیل می‌شود و بر دیدگاه و رفتار او غلبه خواهد داشت. برای این منظور از استعاره مسافر اتوبوس و سربازان در حال رژه استفاده شد. در پایان، جلسه مرور و جمع‌بندی شد و تمرینات خانگی ارائه شدند.
جلسه پنجم	در این جلسه، تکالیف مرحله قبل بررسی و در ادامه، خود به‌عنوان چشم‌انداز آموزش داده شد. به آزمودنی‌ها آموزش داده شد که خود را به‌عنوان حسی جدا از افکار، احساسات، رفتارها و برچسب‌ها مشاهده کنند. برای این منظور، از استعاره صفحه شطرنج و خانه و مبلمان استفاده شد. در پایان، جلسه مرور و جمع‌بندی شد و تمرینات خانگی ارائه شدند.
جلسه ششم	در این جلسه، مراحل قبل مرور و بررسی شد. در این جلسه، ارزش‌های زندگی آزمودنی‌ها تصریح شدند و از آنها خواسته شد ارزش‌های خود را به یاد آورند و سپس تفاوت بین ارزش‌ها و هدف‌ها آموزش داده شد. در پایان، جلسه جمع‌بندی شد و تکالیف خانگی ارائه شدند.
جلسه هفتم	در این جلسه، ضمن مرور تجارب مرحله قبل، ذهن‌آگاهی و تمریناتی برای زندگی در اکنون صورت گرفت. در ادامه، مجدد درباره ارزش‌های آزمودنی و نحوه پیگیری آنها با وجود موانع درونی و بیرونی به گفتگو پرداخته شد.
جلسه هشتم	در این جلسه، ارزش‌های آزمودنی‌ها مرور و الگوی درمان پذیرش و تعهد برای آزمودنی‌ها جمع‌بندی شد. سپس الگوهای رفتاری و عمل متعهدانه برای مواجهه و دستیابی به ارزش‌ها آموزش داده شد.

بعد از اتمام آموزش مجدد سطح میزان امید، رشد پس از سانحه و پایبندی به درمان در افراد دارای ام اس در دو گروه آزمایش و کنترل به کمک ابزار پژوهش سنجیده می‌شود.

### یافته‌های تحقیق

در جدول زیر شاخص‌های توصیفی نمرات به دست آمده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش شامل میانگین، حداقل و حداکثر، انحراف استاندارد و واریانس در سنجش امید نشان داده شده است.

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

## 4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی رشد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص‌های توصیفی	آزمون	تعداد	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد	واریانس
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۲۴,۵۳۳	۱۵,۰۰	۳۷,۰۰	۵,۸۷۸	۳۴,۵۵۲
	پس‌آزمون	۱۵	۵۳,۷۳۳	۲۷,۰۰	۸۰,۰۰	۱۵,۰۸۶۲	۲۵۰,۴۹۵
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۲۵,۴۶۶	۱۹,۰۰	۳۲,۰۰	۳,۳۳۵	۱۱,۱۲۴
	پس‌آزمون	۱۵	۵۸,۸۶۶	۴۷,۰۰	۸۸,۰۰	۱۰,۴۷۳	۱۰۹,۶۹۵

آمار فوق نشان می‌دهد میانگین نمرات در گروه آزمایش در پیش‌آزمون از میانگین نمرات در گروه کنترل بالاتر است. در جدول ۳ شاخص‌های توصیفی نمرات به دست آمده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش شامل میانگین، حداقل و حداکثر، انحراف استاندارد و واریانس در سنجش تاب‌آوری نشان داده شده است.

جدول ۳ شاخص‌های توصیفی رشد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص‌های توصیفی	آزمون	تعداد	میانگین	حداقل	حداکثر	انحراف استاندارد	واریانس
گروه کنترل	پیش‌آزمون	۱۵	۳۶,۵۳۳	۲۷	۵۲	۶,۳۴۵	۴۰,۲۶۷
	پس‌آزمون	۱۵	۶۵,۰۰۰	۴۴	۸۲	۱۰,۳۰۹	۱۰۶,۲۸۶
گروه آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵	۳۶,۱۳۳	۳۰	۴۶	۴,۳۴۰	۱۸,۸۳۸
	پس‌آزمون	۱۵	۵۸,۷۳۳	۴۴	۷۷	۹,۰۹۰	۸۲,۶۳۸

در جدول ۴ تفاوت قابل توجهی در نمرات پیش‌آزمون در سنجش سطح متغیر رشد مشاهده می‌شود. این تفاوت می‌تواند ناشی از خطای اندازه‌گیری باشد. در عین حال در گروه کنترل میانگین نمرات تغییر محسوسی داشته است.

### بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس جهت انجام تحلیل کوواریانس

#### نرمال بودن توزیع داده‌ها (آزمون شاپیرو ویلک)

لازم است تا قبل از پرداختن به تحلیل‌های آماری بررسی متغیرها، نوع توزیع آن متغیرها را بدانند با آزمون شاپیرو ویلک می‌توان به این مهم دست یافت. فرضیه صفر در آزمون شاپیرو ویلک عبارت است از پیروی داده‌ها از توزیع نرمال و فرضیه مقابل آن عبارت است از عدم پیروی داده‌ها از توزیع نرمال.

جدول ۴- نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای تحقیق

متغیرهای وابسته	مقدار آزمون	سطح معناداری
امید (قبل)	۰,۹۷۵	۰,۶۹۱
امید (بعد)	۰,۹۶۹	۰,۵۲۴
تاب‌آوری (قبل)	۰,۹۴۲	۰,۱۰۲
تاب‌آوری (بعد)	۰,۹۷۵	۰,۶۹۱

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

## 4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

مطابق جدول ۴ همان گونه که ملاحظه می‌شود در این آزمون، سطوح احتمال (مقدار P) در کلیه متغیرهای تحقیق بزرگتر از سطح خطا ۰,۰۵ می‌باشد. با توجه به مقدار P و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها منطبق بر توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. در نتیجه، در آزمون فرضیات تحقیق از آزمونهای پارامتریک استفاده شده است.  
مفروضه برابری واریانس

جدول ۵ نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش

شاخص آماری	آماره F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
امید	۰,۶۲۷	۱	۲۸	۰,۴۳۵
تاب‌آوری	۰,۸۶۴	۱	۲۸	۰,۰۳۶۰

با توجه به جدول ۵ مقدار F بدست آمده معنی دار نیست. بنابراین تساوی واریانسها بر قراراست و اجرای کوواریانس امکانپذیر است

## وجود فرض همگنی شیب‌ها (رگرسیون)

جدول ۶ نتایج آزمون رگرسیون در مورد پیش فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
امید	۳,۲۲۷	۱	۳,۲۲۷	۰,۰۲۵	۰,۸۷۴
تاب‌آوری	۶,۷۵۵	۱	۶,۷۵۵	۰,۱۱۷	۰,۷۳۵

با توجه به داده‌های جدول ۶ اثر متقابل بین پیش آزمون و گروه معنی دار نیست. معنی دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. بررسی رابطه خطی بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته

جدول ۷ نتایج رابطه خطی بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته

بعد از مداخله	قبل از مداخله	ضریب همبستگی	سطح معناداری
امید	امید	۰,۵۹۴	۰,۰۰۱
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۰,۶۳۳	۰,۰۰۰

جدول ۷ نشان می‌دهد که بین متغیرهای وابسته (قبل و بعد از آموزش مبتنی بر پذیرش) رابطه خطی و مثبتی وجود دارد.

## آمار استنباطی

آمار استنباطی به منظور رسیدن به نتیجه‌گیری نهایی بر اساس دقت مورد نظر صورت می‌گیرد. با توجه به طرح تحقیق که شامل دو متغیر با برگزاری پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود، مناسب‌ترین آزمون، آزمون MANCOVA می‌باشد. برتری این آزمون نسبت به آزمون‌های دیگر مانند ANOVA در این است که در آزمون منکوا، تاثیر نمرات در پیش‌آزمون در نظر گرفته می‌شود.

به منظور استفاده از آزمون منکوا، لازم است ۲ فروض اصلی مبنی بر همسانی ماتریس واریانس و کواریانس، و تجانس واریانس‌ها وجود داشته باشد. در ادامه به بررسی وجود این مفروضه‌ها خواهیم پرداخت.

الف) بررسی نرمال بودن چندمتغیری داده‌ها به وسیله‌ی آزمون باکس<sup>۱</sup> صورت گرفت. اگر چه آزمون باکس عملاً برای ماتریس واریانس و کواریانس صورت می‌گیرد. برقراری این ماتریس به طور غیر مستقیم نشان از نرمال بودن چند متغیری می‌باشد. بررسی این آزمون نشان داد که این مفروضه برقرار نیست. با این همه از آن جایی که مهم‌ترین مشکل عدم برقراری این مفروضه افزایش امکان خطای نوع اول است، پائین در نظر گرفتن آلفا این نقیصه را جبران می‌کند. از طرفی آزمون MANCOVA نسبت به این مفروضه به مقدار زیادی مقاوم است.



آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید، تاب آوری پس از سانحه و پایبندی به درمان در افراد دارای ام اس تاثیرگذار می باشد.

جدول ۸ آزمون باکس برای بررسی وجود همسانی ماتریس واریانس و کواریانس

Sig.	df2	df1	F	Box's M
۰,۴۴۴	۵۶۸۰,۳۲	۶	۰,۹۷۰	۶,۵۹۴

این جدول آماره Box M باکس ام را نشان می دهد. این آزمون این فرض صفر را مورد آزمون قرار می دهد که ماتریس های کواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه های مختلف برابرند. در جدول بالا چون مقدار  $F(۰,۹۷۰)$  در سطح خطای داده شده  $(۰,۰۵)$  معنی دار نیست بنابراین فرض صفر رد نمی شود. به این معنی که ماتریس های کواریانس مشاهده شده بین گروه های مختلف با هم برابرند.

ب) برای تعیین همگونی و تجانس واریانس ها نیز از آزمون لوین<sup>۱</sup> استفاده شده است. نتایج به کارگیری این آزمون در جدول زیر آمده است و نتایج نشان می دهد با در نظر گرفتن مناسب مقدار آلفا محدودیتی برای آزمون منکووا وجود ندارد.

جدول ۹ آزمون لوین برای بررسی تجانس واریانس ها

Sig.	df2	df1	F	منبع
۰,۸۳۷	۲۸	۱	۰,۰۴۳	پس آزمون امید
۰,۸۹۲	۲۸	۱	۰,۰۱۹	پس آزمون تاب آوری

با اطمینان از تایید مفروضه ها، آزمون MANCOVA اجرا شد. از میان چهار روش مشابه، دو روش ویلک<sup>۲</sup> و هتلینگ<sup>۳</sup> مورد استفاده قرار گرفت. که نتایج آن در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۱۰ نتایج آزمون MANCOVA به شیوه ویلک و هتلینگ

Sig.	F	خطای df	فرضیه df	مقدار	اثر
۰,۰۰۳	۶,۲۷۶	۲۳	۳	۰,۵۵۰	ویلک
۰,۰۰۳	۶,۲۷۶	۲۳	۳	۰,۸۱۹	هتلینگ
۰,۰۰۱	۸,۳۰۷	۲۳	۳	۰,۴۸۰	ویلک
۰,۰۰۱	۸,۳۰۷	۲۳	۳	۰,۱,۰۸۴	هتلینگ
۰,۰۰۰	۶,۱۰۲	۲۳	۳	۰,۸۷۴	ویلک
۰,۰۰۰	۶,۱۰۲	۲۳	۳	۰,۱۴۴	هتلینگ

1 Levene

2 Wilks' Lambda

3 Hotelling's Trace

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

## 4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

مقدار F کل در مقایسه مفاهیم نظریه انتخاب در گروه‌های کنترل و آزمایش، برابر با ۶,۱۰۲ به دست آمده است. بنابر این می‌توان استنباط کرد با اطمینان ۹۹ درصد بین گروه کنترل و آزمایش در آموزش مبتنی بر پذیرش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

برای بررسی اثر آموزش بر هر یک از شاخصه‌ها از نتایج دیگر آزمون در جدول زیر استفاده می‌شود.

جدول ۱۱ نتایج آزمون MANCOVA

Sig.	F	میانگین مربعات	درجات آزادی	مجموع مربعات	متغیرهای وابسته	منبع
۰۰۲.	۷۹۶.۵	۳۵۱.۶۳۰	۴	۴۰۴.۲۵۲۱	امید	امید
۰۰۱.	۱۴۹.۶	۴۳۵.۳۶۴	۴	۷۴۰.۱۴۵۷	تاب‌آوری	
۴۸۳.	۵۰۷.	۱۶۸.۵۵	۱	۱۶۸.۵۵	امید	تاب‌آوری
۴۰۳.	۷۲۴.	۹۳۰.۴۲	۱	۹۳۰.۴۲	تاب‌آوری	
۰۷۷.	۳۹۹.۳	۶۹۲.۳۶۹	۱	۶۹۲.۳۶۹	امید	گروه
۰۰۰.	۲۳۱.۱۷	۲۴۶.۱۰۲۱	۱	۲۴۶.۱۰۲۱	تاب‌آوری	
۳۳۴.	۹۷۱.	۶۲۱.۱۰۵	۱	۶۲۱.۱۰۵	امید	خطا
۶۵۲.	۲۰۸.	۳۲۲.۱۲	۱	۳۲۲.۱۲	تاب‌آوری	
۱۹۳.	۷۸۷.۱	۳۶۱.۱۹۴	۱	۳۶۱.۱۹۴	امید	مجموع
۶۱۴.	۲۶۱.	۴۹۰.۱۵	۱	۴۹۰.۱۵	تاب‌آوری	
		۷۵۶.۱۰۸	۲۵	۸۹۶.۲۷۱۸	امید	مجموع تصحیح شده
		۲۶۹.۵۹	۲۵	۷۲۷.۱۴۸۱	تاب‌آوری	

در جدول ۱۱، نتایج آزمون اثرات بین گروهی پس از آزمون با برداشتن اثر پیش آزمون گزارش شده است که بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در امید، تاب‌آوری و پایبندی در پس آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و نشان از این دارد که آموزش مبتنی بر پذیرش بر این سه متغیر تاثیر دارد.

**فرضیه اول:** آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید در افراد دارای ام اس تاثیرگذار می‌باشد.

جدول ۱۲ خلاصه تحلیل کوواریانس آموزش در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۷۴۷,۳۷۸	۱	۱۷۴۷,۳۷۸	۱۴,۳۱۷	۰,۰۰۱	۰,۳۴۷
گروه	۱۹۵,۷۰۹	۱	۱۹۵,۷۰۹	۹,۷۸۴	۰,۰۱۳	۰,۲۲۸
خطا	۳۲۹۵,۲۸۹	۲۷	۱۲۲,۰۴۸			

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

				۳۰	۱۰۰۳۳۱,۰۰	کل
--	--	--	--	----	-----------	----

همان طوری که ملاحظه می‌شود ( $F(1,27)=9,784$ ،  $P=0,013$ ،  $ETA=0,228$ ) نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون امید در گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر  $0,228$  حاکی از این است که  $0,22$  درصد از بهبود امید گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش نسبت داد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان امید در افراد دارای ام اس تأثیرگذار می‌باشد.

جدول ۱۳ جدول میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

متغیر	اختلاف میانگین‌ها		خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین	حد بالا
	کنترل	آزمایش				
امید (بعد از مداخله)	۳,۵۹۰	-۳,۵۹۰	۴,۰۵۵	۰,۰۰۰	-۱۱,۹۱۰	۴,۷۲۹
	آزمایش	کنترل	۴,۰۵۵	۰,۰۰۰	-۴,۷۲۹	۱۱,۹۱۰

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، بین میانگین امید گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش مبتنی بر پذیرش تفاوت معنی داری وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر پذیرش باعث افزایش امید در افراد دارای ام اس می‌شود ( $P<0.05$ ).

## فرضیه دوم:

آموزش مبتنی بر پذیرش بر تاب‌آوری در افراد دارای ام اس تأثیرگذار می‌باشد.

جدول ۱۴ خلاصه تحلیل کوواریانس عملکرد حافظه در گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر متقابل

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۱۳۳,۶۴۹	۱	۱۱۳۳,۶۴۹	۲۰,۲۵۳	۰,۰۰۰	۰,۴۲۹
گروه	۲۵۱,۸۰۲	۱	۲۵۱,۸۰۲	۴,۴۹۹	۰,۰۴۳	۰,۱۴۳
خطا	۱۵۱۱,۲۸۴	۲۷	۵۵,۹۷۳			
کل	۱۱۷۷۶۴,۰۰۰	۳۰				

همان طوری که ملاحظه می‌شود ( $F(1,27)=4,499$ ،  $P=0,043$ ،  $ETA=0,143$ ) نشان می‌دهد بین دو گروه اثر اختلافی وجود دارد. به عبارت دیگر بین پس آزمون تاب‌آوری در گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برابر  $0,143$  حاکی از این است که  $0,14$  درصد از بهبود تاب‌آوری گروه آزمایش را می‌توان به تأثیر آموزش مبتنی بر پذیرش نسبت داد. بنابراین با توجه به نتایج می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش بر افزایش میزان تاب‌آوری در افراد دارای ام اس تأثیرگذار می‌باشد.

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

جدول ۱۵ جدول میانگین‌های تعدیل شده گروه‌های پژوهش همراه با خطای معیار و حد بالا و پایین در پس آزمون

متغیر	اختلاف میانگین‌ها		خطای معیار	سطح معناداری	حد پایین	حد بالا
	کنترل	آزمایش				
تاب‌آوری (بعد از)	کنترل	آزمایش	۲,۷۳۴	۰,۰۴۳	۰,۱۸۹	۱۱,۴۰۸
مداخله)	آزمایش	کنترل	۲,۷۳۴	۰,۰۴۳	۱۱,۴۰۸	-۰,۱۸۹

نتایج آزمون بن فرونی نشان می‌دهد که، بین میانگین تاب‌آوری گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش مبتنی بر پذیرش تفاوت معنی داری وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر پذیرش باعث افزایش تاب‌آوری در افراد دارای ام اس می‌شود ( $P < 0.05$ ).

## ۴- بحث و نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار درمان پذیرش و تعهد، خوانده می‌شود، یک رفتاردرمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد (تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آنها) را می‌پذیرد. درمان پذیرش و تعهد، ریشه در یک نظریه‌ی فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه‌ی تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه‌ی چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. درمان پذیرش و تعهد، شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارتند از: پذیرش، گسلش خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزشها و عمل متعهد. یکی از فرایندهای کلیدی این درمان، گسلش شناختی است که عبارت است از تنظیم زمینه‌های کلامی، به طوری که اعتقادپذیری به افکار فرد کاهش یابد و گرایش به پاسخ دادن به آنها نیز کم شود، در حالی که کاهش فراوانی یا تغییر شکل شان لازم نیست. مداخلات پذیرش و تعهد، افزایش معنی داری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه‌ی هیجانات دشوار را نشان داده‌اند. فرایندهای مرکزی درمان پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزند که چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شوند، فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند در همین راستا نتایج اختصاصی پژوهش حاضر نشان می‌دهد

آزمون فرضیه اول نشان داد: بین میانگین امید گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش مبتنی بر پذیرش تفاوت معنی داری وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر پذیرش باعث افزایش امید در افراد دارای ام اس می‌شود. نقیبه‌ی، سعیدی و خزائی (۱۳۹۷) هم نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود امیدواری افراد مبتلا به سرطان مؤثر است. رضوی، ابوالقاسمی، اکبری و نادری‌نئی (۱۳۹۸) در پژوهش خود گزارش کردند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش معنادار امیدواری و مدیریت درد زنان مبتلا به درد مزمن شد. همچنین، مسلم‌خانی، ابراهیمی و صاحبی (۱۳۹۷) اظهار داشتند ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود معنادار امیدواری بیماران مبتلا به مولتیل اسکروزیس (MS) شد. قدم‌پور، رادمهر و یوسفوند (۱۳۹۵) بیان کردند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش کفایت اجتماعی و امید به زندگی بیماران مبتلا به مولتیل اسکروزیس مؤثر است. مرمچی‌نیا و ذوقی پایدار (۱۳۹۶) گزارش کردند ۸ جلسه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی تأثیر دارد.

آزمون فرضیه دوم نشان داد: بین میانگین تاب‌آوری گروه کنترل و آزمایش در بعد از آموزش مبتنی بر پذیرش تفاوت معنی داری وجود دارد. پس می‌توان نتیجه گرفت آموزش مبتنی بر پذیرش باعث افزایش تاب‌آوری در افراد دارای ام اس می‌شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر و نتایج پژوهش‌های همسو در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگر مراجعان را در چالش قرار داد تا در حوزه‌های مختلف زندگی با کمک راهبردهای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مانند پذیرش و گسلش، تماس با لحظه حال، آگاهی از ارزشها، اقدامهای متعهدانه در برابر ارزشها و هدفهای زندگی و ذهن‌آگاهی، تاب‌آوری را افزایش دهند و زندگی‌شان را غنی‌تر و ارزشمندتر سازند همچنین باعث استقامت و صبر بیماران مبتلا به ام اس در برابر پیامدهای بیماری شد تا بیماران بتوانند توانایی‌های بالقوه خود را ارزیابی کنند و از آنها به‌نحو احسن استفاده کنند. همچنین در برابر مشکلات و پیامدهای بیماری مقاومتر باشند و دست از تلاش متعهدانه برندارند و به مسائل مهم مثل شغل، تحصیلات، روابط اجتماعی، ازدواج، معنویت و ... توجه کنند همچنین نتایج مطالعه حدادی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندروم فیبرومیالیژیا و سرطان مؤثر بوده و منجر به ارتقای تاب‌آوری پس از سانحه می‌شود همچنین مطالعه کیو و همکاران (۲۰۱۶) در بیماران تحت همودیلیز نشان داد آموزش مداخلات روانشناختی می‌تواند در بهبودی تاب‌آوری پس از سانحه بیماران مؤثر باشند.

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

## ۶- منابع و ماخذ :

۱. ارجمند قجور کیومرث، محمود علیلو مجید، خانجانی زینب، بخشی پور رودسری عباس. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۳۹۷؛ ۱۲ (۴۹): ۹۹-۱۲۲
۲. ارجمند قجور، کیومرث؛ محمود علیلو، مجید؛ خانجانی، زینب؛ بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش تکانشگری کلی، شناختی، حرکتی و بی‌برنامگی بیماران وابسته به مت‌آفتامین. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۲ (۴۹): ۹۹-۱۲۲
۳. استیون هیز. (۱۳۹۳). شش فرایند اصلی در ACT: مدل انعطاف پذیری روانشناختی. علی فیضی (مترجم). ایزدی، عابدی، م.ر. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. اصفهان: انتشارات جنگل.
۴. ایزدی، راضیه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ عسگری، کریم؛ عابدی، محمد رضا. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. مجله تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۱۲؛ شماره ۱: ۱۹-۳۳.
۵. بیجاری هانیه، قنبری هاشم آبادی بهرامعلی، آقامحمدیان شهرباف حمیدرضا. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روان شناسی .
۶. بیجاری هانیه، قنبری هاشم آبادی بهرامعلی، آقامحمدیان شهرباف حمیدرضا. (۱۳۹۸). بررسی اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امید درمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. مطالعات تربیتی و روان شناسی.
۷. رضوی، س. ب؛ ابوالقاسمی، ش؛ اکبری، ب؛ نادری‌نئی، ب. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس امیدواری و مدیریت درد در زنان مبتلا به درد مزمن. بیهوشی و درد، ۱۰(۱)، ۳۷-۴۹.
۸. رویین‌تن، سجاد؛ آزادی، شهدخت؛ افشین، همایون؛ امینی، ناصر. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان ترکیبی مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید درمانی بر کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۰(۳۸).
۹. مومن نسب مرضیه، نوذری راضیه، نجفی سیدسعید. (۱۴۰۰). بررسی تاب‌آوری پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان گوارشی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی و امید. یافته .
۱۰. مومن نسب مرضیه، نوذری راضیه، نجفی سیدسعید. (۱۴۰۰). بررسی تاب‌آوری پس از سانحه در بیماران مبتلا به سرطان گوارشی و ارتباط آن با حمایت اجتماعی و امید. یافته .
۱۱. نریمانی، محمد؛ علمداری، الهه و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان نابارور. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ش ۳.
۱۲. نقیبی، س. ح؛ سعیدی، ز؛ خزائی، ف. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر امیدواری و شادکامی افراد مبتلا به سرطان. پژوهش‌های مشاوره، ۱۷(۶۵): ۲۹-۵.
۱۳. والتر، توماس جی و هیز، استیون سی (۲۰۱۰). درمان وابسته به پذیرش و تعهد اکت. ترجمه علی اکبر سیف (۱۳۹۴). تهران: دیدار.

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES

۱۴. هانی اصل حیزانی، عباس؛ فرنام، علی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش امیدواری و کاهش هیجانات منفی دانش‌آموزان پسر پایه نهم. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۵(۳۲)، ۲۲۳-۲۴۶.

۱۵. هنرپروران، نازنین و میرزایی کیا، حسین (۱۳۹۴). راهنمای عملی درمانگران در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. نشر امید مهر.

۱۶. هیز، استون سی و استروسال، کرک. (۱۳۹۴). راهنمای عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. نشر فرانگیزش.

(ب) منابع لاتین:

17. Bare, A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: A Clinician's Guide to Evidence-Based and Applications*. New York: Holt Rinehart & Winston.
18. Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152.
19. Bryant RA, Edwards B, Creamer M, O'Donnell M, Forbes D, Felmingham KL. (2019). The effect of post-traumatic stress disorder on refugees' parenting and their children's mental health: A cohort study. *Lancet Public Health*; 3:e249-58. [[DOI:10.1016/S2468-2667\(18\)30051-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30051-3)]
20. Dadashi, S., & Momeni, F. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope in women with breast cancer undergoing chemotherapy. *Practice in Clinical Psychology*, 5(2), 107-114.
21. Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385.
22. Forman EM, Herbert D. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear. In: O'Donohue WT, Fisher, JE, editors. *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2009. p. 263-8.
23. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behav Res Ther* 2006; 44(3): 415-37.
24. Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Veisi Raygani AK, Nourozi Tabrizi K, Dalvandi A, Mahmoodi H. Determining concurrent validity of the morisky medication adherence scale in patients with type 2 diabetes. *Iran J Rehabil Res* 2015;1(3):24-32. Link
25. Gross JJ, Levenson RW. Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64(6): 970-86.
26. Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 1-11.

# چهارمین همایش ملی روانشناسی و علوم رفتاری

۱۴۰۱/۱۰/۳۰

**4<sup>TH</sup> NATIONAL CONFERENCE ON PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES**

27. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9(3):
28. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 1061-5.
29. Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, et al. Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care* 2003; 26(5): 1468 -74.