

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی

## مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

فرنوش عبدالهی سیاهکلده<sup>۱</sup>، حمید خوش روشن<sup>۲</sup>

## چکیده

هدف پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. این پژوهش از نوع مطالعات نیمه تجربی بود که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان مراجعه کننده به بیمارستان مفید منطقه ۳ تهران در مرداد و شهریور ماه ۱۳۹۹ بود. نمونه آماری پژوهش حاضر ۳۰ نفر بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس در گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و پرسشنامه بازداری هیجانی برای هر دو گروه و مداخله آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروه نمونه اجرا شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه آنکووا، آزمون لوین، آزمون F) انجام پذیرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین طرحواره‌های ناسازگار کل و بازداری هیجانی کل در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده طرحواره‌های ناسازگار بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ در مادران شده است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بازداری هیجانی، سرطان

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

## مقدمه

سرطان یکی از عمدترين مشکلات و بيماري هاي رايج جوامع بشرى است که در اين بيماري سلولها به صورت غيرطبيعي رشد می کند و انتشار آن غيرقابل كنترل است و به اعتقاد ساير متخصصان نيز عدم كنترل و درمان اين بيماري می تواند منجر به مرگ شود؛ به بيانی سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر است. به طوري که پژوهشگران سرطان را جزء سه علت اصلی مرگ بر می شمرند (مقدمفر، امرابي، اسدی و امانی، ۱۳۹۷). طبق بررسی ها ۵۰ تا ۸۵٪ از بيماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از يك اختلال روانپردازشکري رنج می برند. همچنین نتيج نتایج پژوهش ها حاکي از پيامدهای باز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی)، و ساير مشکلات روانی - اجتماعی در مبتلایان است که اين امر به کاهش کيفيت زندگی، بهخصوص در رابطه با زنان جوان تر منجر می شود (اسپيگل و ريبا، ۲۰۱۵).

يکی از مکانیزم های زيربنایي در پديد آمدن رفتارهای ناكارآمد، طرحواره های ناسازگار اوليه<sup>۱</sup> می باشد. يانگ<sup>۲</sup> (۱۹۹۴)، مطرح ساخت که موقعیت ها و تجارب ناخوشایند زندگی باعث می شود که اين باورهای بنیادین ناسازگارانه، بد عملکرد، نافذ و رنج آور شوند (حشمتی، ۱۳۹۵). طرحواره های ناسازگار اوليه، الگوهای هيجانی و شناختی خودآسيب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در فرد شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تکرار می شوند و اثرات شدیدی بر بهزیستی و عملکرد سازگارانه دارند (مرادي و فقيهي، ۱۳۹۶). هم اکنون هيچده طرحواره ناسازگار اوليه وجود دارد که در پنج حوزه دسته بندی شده اند که عبارتند از: ۱) حوزه بريديگي و طرد<sup>۳</sup> که شامل طرحواره های محرومیت هيجانی<sup>۴</sup>، رهاسدگی/بي ثباتی<sup>۵</sup>، بي اعتمادی/بدرفتاري<sup>۶</sup>، انزواي اجتماعي/بيگانگي<sup>۷</sup> و نقص/شرم است<sup>۸</sup>، ۲) حوزه خودگرданی و عملکرد مختلف<sup>۹</sup> که شامل شکست<sup>۱۰</sup>، وابستگي/بي کفائيتی<sup>۱۱</sup>، آسيب پذيری نسبت به زيان يا بيماري<sup>۱۲</sup> و خودتحول نياfته/ گرفتار<sup>۱۳</sup> می باشد، ۳) حوزه محدوديت های مختلف<sup>۱۴</sup> که دربرگيرنده طرحواره های استحقاق/ بزرگ منشي<sup>۱۵</sup> و خويشن داري/ خودانضباطي ناكافي<sup>۱۶</sup> است، ۴) حوزه ديگر جهتمندي<sup>۱۷</sup> شامل طرحواره های توجه طليبي، اطاعت<sup>۱۸</sup> و از خودگذشتگي<sup>۱۹</sup> است، و در نهايتي<sup>۲۰</sup> (۵) حوزه گوش به زنگی<sup>۲۱</sup> بيش از حد و بازداري که دربرگيرنده طرحواره های بازداري هيجانی<sup>۲۲</sup>، معيارهای سخت گيرانه/ عيب جويي افراطي<sup>۲۳</sup>، منفي گرائي و تنبيه می باشد (حشمتی، ۱۳۹۵). در همین راستا، روزبهی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش خود بيان گردند که طرحواره های ناسازگار اوليه در افراد بيمار سلطاني بسیار بيشتر از افراد سالم وجود دارد. همچنین جهانگيري و

<sup>1</sup>. Spiegel& Riba<sup>2</sup>. Early maladaptive schemas<sup>3</sup>. Young<sup>4</sup>. disconnection & rejection<sup>5</sup>. emotional deprivation<sup>6</sup>. abandonment/instability<sup>7</sup>. mistrust/abuse<sup>8</sup>. social isolation/alienation<sup>9</sup>. defectiveness/shame<sup>10</sup>. impaired autonomy and performance<sup>11</sup>. failure<sup>12</sup>. dependence/incompetence<sup>13</sup>. vulnerability to harm ad illness<sup>14</sup>. enmeshment/undeveloped self<sup>15</sup>. impaired limits<sup>16</sup>. entitlement/ grandiosity<sup>17</sup>. insufficient self-control/self-discipline<sup>18</sup>. other-directedness<sup>19</sup>. subjugation<sup>20</sup>. self-sacrifice<sup>21</sup>. overvigilance and inhibition<sup>22</sup>. emotional inhibition<sup>23</sup>. unrelenting standards/hypocriticalness

همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال وسوسی جبری بیشتر می‌باشد.

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است و همچنین درد توانایی‌های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می‌دهد و این امر نهایتاً باعث، تضعیف روحیه فرد بیمار، احساس نالمیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد و هیجان‌ها نقش بسیار مهمی در دامنه گستره‌های از پیامدهای روانشناختی بازی می‌کند (نوروزی و هاشمی، ۱۳۹۶). هیجان‌ها داده‌هایی درونی هستند که برانگیزند و بر رفتار اثر می‌گذارند و در واقع ممکن است مقدم بر شناخت باشند و از طرفی نقش بازداری هیجانی به عنوان به تأخیر انداختن فعال‌سازی فیزیولوژیکی است که موجب بهبودی تنفس عضلانی تأخیری می‌شود (نجاتی، شیری و فرقانی، ۱۳۹۳). داده‌های تجربی بیان می‌کنند که هیجان توسط ساختارهای زیرین قشر مخ کنترل می‌شود و می‌تواند بر دامنه‌ای از پردازش‌های شناختی شامل سوگیری توجه، سوگیری حافظه و قضاوت و تصمیم‌گیری اثر بگذارد. از دید رویکرد پردازش اطلاعات، بازداری هیجانی<sup>۱</sup> جزء مؤلفه‌های اصلی پردازش هیجانی می‌باشد که پردازش به واسطه این مکانیزم بر فرایندهای روانی تأثیر می‌گذارد (کبیینا-آلاتی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بازداری هیجانی به کاهش ابراز عاطفی چه به طور ارادی مانند بازداری فعل و چه به طور غیررادی اطلاق می‌شود (قمری گیوی، ایمانی، برهمند و صادقی، ۱۳۹۱). تحقیقات روگر، دیس‌کرایمن، بروی و فوربز<sup>۳</sup> (۲۰۱۱)، نشان داده‌اند که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا با محرك‌های تهدیدکننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری می‌شود. از طرفی، در طی دو دهه اخیر، تعدادی از روان درمانی‌ها به عنوان موج سوم توسعه یافته‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۴</sup>، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۵</sup>، طرحواره درمانی<sup>۶</sup>، روان درمانی سیستم تحلیل شناختی- رفتاری<sup>۷</sup>، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۸</sup> و درمان فراشناختی<sup>۹</sup> از جمله این درمان‌هاست؛ به عبارت دقیق‌تر می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری اصطلاحی فرآگیر برای یک مجموعه کلی از درمان‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اشکال متعدد CBT است (محبت‌بهار و همکاران، ۱۳۹۳). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به اختصار آکت نامیده می‌شود، یکی از رفتار درمانی‌های مبتنی بر توجه آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده‌ای از وضعیت‌های بالینی معلوم شده است (بوریان<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، هدف آکت ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد، رنج ناگریز موجود در آن را می‌پذیرد و برای زندگی با آن آماده و متعهد می‌شود. البته همین که فرد شروع می‌کند تا خود را برای ساختن چنان زندگی‌ای آماده کند، با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه‌های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه‌رو خواهد شد (اشرف‌زاده، پورابراهیمی، اولادی، هاشمی‌زاده و توکلی، ۱۳۹۶). مدل پذیرش و تعهد درمانی<sup>۱۱</sup> بیشتر از آن که به دنبال کاهش نشانه‌ها باشد، به دنبال ارتقاء کیفیت زندگی است و تمرکز خود را بر تجارب درونی افراد و چگونگی ارتباط این تجارب در عملکردهای مختلف زندگی قرار می‌دهد (محققی، دوستی و جعفری، ۱۳۹۵). پذیرش و تعهد درمانی بر اساس قواعدی انعطاف‌پذیری روانی را بالا می‌برد و باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می‌شود (راس، ۲۰۰۹؛ ترجمه دوستی، هدایتی و محققی، ۱۳۹۶). در همین خصوص حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷)، طی پژوهشی با عنوان «اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری هیجانی و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فرآگیر» دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری را بر بازداری رفتاری و مؤلفه‌های اجتناب شناختی

<sup>1</sup>. Emotional Inhibition

<sup>2</sup>. Cabecinha-Alati

<sup>3</sup>. Roger, de Scremmin, Borril & Forbes

<sup>4</sup>. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

<sup>5</sup>. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

<sup>6</sup>. Schema Therapy

<sup>7</sup>. Cognitive Behavioral Analysis System (CBASP)

<sup>8</sup>. Mindfulness-based Cognitive Therapy (M BCT)

<sup>9</sup>. Metacognitive Therapy (MCT)

<sup>10</sup>. Burian

<sup>11</sup>. Acceptance and medical commitment (ACT)

رفتاری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل داشته است. همچنین، روزبهی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش خود نشان دادند که مداخله آموزشی پذیرش و تعهد درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه مؤثر است. حال با توجه به مطالبی که بیان شد و از آنجا که پژوهش‌های اندکی در رابطه با درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی وجود دارد، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال می‌باشد که "آیا درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مؤثر است؟".

### روش‌شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مادران دارای کودک مبتلا به بیماری سرطان مراجعه‌کننده به بیمارستان مفید منطقه ۳ تهران در مرداد و شهریور ماه ۱۳۹۹ که واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند که با روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

### روش اجرا:

درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۳۵ دقیقه‌ای هفت‌های دو بار برای گروه آزمایش به طول انجامید و شرح جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد

جلسات درمان	رئوس طرح درمان اعمال شده بر روی گروه آزمایش
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه، برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین، اجرای پیش‌آزمون، معرفی و سنجش هیجان، شروع درمان‌گی خلاق، ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، استعاره چاله و شناسایی راه حل‌های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده، معرفی کنترل به عنوان مساله، بحث درمورد دنیای درون و تفاوت آن با دنیای بیرون، استعاره پلی گراف
جلسه چهارم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی پذیرش و تمایل به عنوان جایگزینی برای کنترل، استعاره میهمان و بیان احساسات پاک و ناپاک
جلسه پنجم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بیان گسلش، استعاره اتوپوس، بیان تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شترنج، آشنایی با گذشته و آینده مفهوم سازی شده، ارائه تکلیف
جلسه هفتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر، شناسایی ارزش‌ها و سنجش ارزش‌های مراجع، پذیرش افکار و هیجانات نامطبوع در زمان حال و اکنون، ارائه تکلیف
جلسه هشتم	بررسی تکلیف جلسه قبل، ارزیابی تعهد به عمل ارائه تکلیف دائمی، اجرای پس‌آزمون

### ابزارهای پژوهش

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ<sup>۱</sup> (فرم کوتاه): ابزاری خود گزارش‌دهی برای سنجش طرحواره‌های است که فرد بر اساس توصیف هر جمله خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد (۱ برای کاملاً نادرست، تا ۶ برای کاملاً

<sup>۱</sup>. Yang's early maladaptive schemas

درست) (يانگ و همكاران، ۲۰۰۳). پرسش نامه طرحواره يانگ بر پايه مشاهدات تجربه شده توسط متخصصان باليني ساخته شده است و داراي دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند اين پرسشنامه خودگزارشي و داراي ۷۵ ماده است و برای اندازه‌گيري ۱۵ طرحواره غيرانطباقی اوليه طراحی شده است. پرسشنامه طرحواره يانگ (SQ-SF) برای ارزباني ۱۵ طرحواره ناسازگار اوليه ساخته شد. اين طرحوارها عبارتند از: محرومیت هیجانی (سوالات ۱ تا ۵)، رهاشدگی/بی ثباتی (سوالات ۶ تا ۱۰)، بی اعتمادی/بدرفتاری (سوالات ۱۱ تا ۱۵)، انزواي اجتماعي (سوالات ۱۶ تا ۲۰)، نقص/شرم (سوالات ۲۱ تا ۲۵)، شکست (سوالات ۲۶ تا ۳۰)، و استگي/بی كفايتی (سوالات ۳۱ تا ۳۵)، آسيب‌پذيری به ضرر (سوالات ۳۶ تا ۴۰)، گرفتاري/در دام افتادگي (سوالات ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (سوالات ۴۶ تا ۵۰)، از خود گذشتگي (سوالات ۵۱ تا ۵۵)، بازداري هیجانی (سوالات ۵۶ تا ۶۰)، معيارهای سرستاخانه/عيوب جويي افراطي (سوالات ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق (سوالات ۶۶ تا ۷۰)، خويشتنداري/اخودانضباطي ناكافي (سوالات ۷۱ تا ۷۵). چنانچه ميانگين هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناكارآمد است. نتایج اولین پژوهش جامع راجع به ويژگی‌های روان‌سنجه پرسشنامه طرحواره يانگ، توسط اسمیت، جوینر يانگ و تلچ<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) انجام شد، نشان داد که برای هر طرحواره ناسازگار اوليه، ضريب الافائي از ۸۳/۰ (برای طرحواره خود تحول نيافته / گرفتار) تا ۹۶٪ (برای طرحواره نقص / شرم) به دست آمد و ضريب آزمون - بازآزمون در جمعیت غيربالیني بين ۵۰/۰ تا ۸۲/۰ بود. خرده مقیاس‌های اولیه پایابی آزمون - بازآزمون و ثبات درونی بالای نشان دادند (آزادبخت و وکیلی، ۱۳۹۲). همچنین این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌ستاختی، احساس ارزشمندی، آسيب‌پذيری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلالات شخصیت، روایی همگرا و افتراقی خوبی نشان داد (بامر، ۱۹۹۹؛ حمیدپور و زیرک، ۱۳۹۹).

پرسشنامه بازداری هیجانی براساس مقیاس سیستمهای بازداری/فعال‌سازی رفتاری<sup>۲</sup> (کارور و وايت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴): شامل ۲۴ پرسش خود گزارشي و دو زیرمقیاس است: زیر مقیاس BIS و زیر مقیاس BAS. در قسمت زیر این دو زیر مقیاس توضیح داده شده اند:

- **زیر مقیاس BIS** (بازداری رفتاری) در اين پرسشنامه شامل هفت آیتم (۲۴-۲۲-۱۹-۱۶-۱۳-۸-۲)، است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخ‌دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه‌های تهدید را اندازه می‌گيرد.

- **زیر مقیاس BAS** (فعال سای رفتاری) نیز سیزده آیتمی است، که حساسیت سیستم فعال ساز رفتار را می‌سنجد و خود شامل سه زیر مقیاس دیگر است که عبارتند از:

(الف) سائق(BAS-DR)، چهار آیتم، ۹-۱۲-۲۱/۲ ب) پاسخ‌دهی به پاداش<sup>۴</sup> (BAS-RR)، پنج آیتم، ۷-۴-۱۴-۱۸-۱۸-۲۳/۲، (الف) جستجوی سرگرمی(BAS-FS)، چهار آیتم، ۵-۱۰-۱۵-۲۰. آیتم‌ها روی یک مقیاس چهار درجه ای (کاملا موافقم، تاحدی موافقم، تاحدی مخالفم و کاملا مخالفم) توسعه آزمودنی رتبه بندی می‌شود. باید دقت نمود که گزینه‌های ۱۱، ۱۷ در نمره گذاري هیچ تاثيری ندارند و صرفا جهت هماهنگی با سایر آیتم ها به پرسشنامه اضافه شده‌اند. بر اساس این روش از تحليل شما نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنيد. توجه داشته باشید میزان امتیاز های زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیاز های زیر را ضربدر ۱۰ کنید. حدپايان نمره ۲۴، متوسط ۶۰ و حد بالاي نمرات ۹۶ است. امتیازات خود را از ۲۴ عبارت فوق با يكديگر جمع نمایيد. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حدакثر ۹۶ خواهد بود. نمره بین ۲۴ تا ۴۰: حساسیت سیستم کم است؛ نمره بین ۴۰ تا ۶۰: حساسیت سیستم متوسط است؛ نمره بالاتر از ۶۰: حساسیت سیستم زياد است. کارور و وايت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۷۴ و ثبات درونی BAS را ۷۱/۰ گزارش کرده اند. خصوصيات روان‌سنجه نسخه فارسي اين مقیاس در ايران توسط محمدی

<sup>1</sup>. Joiner Yang & Telech

<sup>2</sup>. Inhibition / Behavioral Activation Systems Scale

<sup>3</sup>. Carver, C. S., & White, T. L

<sup>4</sup>. Reward Responsiveness

(۱۳۸۷) در دانشجویان شیرازی مطلوب گزارش شده است. اعتبار به روش باز آزمایی برای مقیاس BAS، ۰/۶۸ و برای زیر مقیاس BIS، ۰/۷۱ گزارش کرده است (محمدی، ۱۳۸۷). عبدالهی مجارشین، بخشی پور و محمود علیا (۱۳۹۱)، اعتبار این پرسشنامه را به روش باز آزمایی برای مقیاس BIS ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس BAS ۰/۸۱ گزارش نموده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS ۲۲ در دو بخش توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس یک طرفه آنکووا، آزمون لوین، آزمون F) انجام پذیرفت.

#### یافته ها

آزمون فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار اولیه مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مؤثر است.

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای دوسطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات پس آزمون خردمندی مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه) و همچنین متغیر هم تغییر (نمرات پیش آزمون خردمندی مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات خردمندی مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعديل نمره های پیش آزمون اولیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس در زیر گزارش شده است:

جدول ۱: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره های پس آزمون خردمندی مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه



دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

میزان تأثیر

سطح معناداری

F

میانگین مجزورات

Df

مجموع مجزورات

متغیر وابسته



۰/۹۶	۰/۰۰۰	۷۵۶/۶۴	۴۹۶/۱۶	۱	۴۹۶/۱۶	پیش آزمون		
۰/۵۵	۰/۰۰۰	۳۳/۳۹	۲۱/۸۹	۱	۲۱/۸۹	گروه		محرومیت هیجانی
			۰/۶۵	۲۷	۱۷/۷۰	خطا		
				۳۰	۵۱۵۹/۰۰	مجموع		
۰/۴۴	۰/۰۰۰	۲۱/۹۳	۱۵۹/۴۴	۱	۱۵۹/۴۴	پیش آزمون		
۰/۰۰	۰/۱۸۶۲	۰/۰۳	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	گروه		رهاسدگی / بی ثباتی
			۷/۲۷	۲۷	۱۹۶/۲۸	خطا		
				۳۰	۵۶۳۶/۰۰	مجموع		
۰/۵۱	۰/۰۰۰	۲۹/۱۱	۱۷۱/۲۸	۱	۱۷۱/۲۸	پیش آزمون		
۰/۱۴	۰/۰۴۲	۴/۵۵	۲۶/۷۷	۱	۲۶/۷۷	گروه		
			۵/۸۸	۲۷	۱۵۸/۸۴	خطا		بی اعتمادی بدرفتاری
				۳۰	۵۹۰۷/۰۰	مجموع		
۰/۹۶	۰/۰۰۰	۷۸۲/۷۸	۵۰۷/۵۶	۱	۵۰۷/۵۶	پیش آزمون		
۰/۴۲	۰/۰۰۰	۱۹/۷۳	۱۲/۷۹	۱	۱۲/۷۹	گروه		
			۰/۶۴	۲۷	۱۷/۵۰	خطا		
				۳۰	۵۵۷۹/۰۰	مجموع		
۰/۹۷	۰/۰۰۰	۱۲۳۹/۱۳	۴۶۶/۸۹	۱	۴۶۶/۸۹	پیش آزمون		انزوای اجتماعی بیگانگی
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۵/۵۷	۵/۸۶	۱	۵/۸۶	گروه		
			۰/۳۷	۲۷	۱۰/۱۷	خطا		نقص / شرم
				۳۰	۷۳۲۳/۰۰	مجموع		
۰/۹۱	۰/۰۰۰	۲۹۱/۵۵	۵۵۷/۶۸	۱	۵۵۷/۶۸	پیش آزمون		
۰/۰۳	۰/۳۳۰	۰/۹۸	۱/۸۸	۱	۱/۸۸	گروه		شکست
			۱/۹۱	۲۷	۵۱/۶۴	خطا		
				۳۰	۵۲۵۹/۰۰	مجموع		
۰/۰۰	۰/۱۶۷	۰/۱۸	۱/۱۲۸	۱	۱/۱۲۸	پیش آزمون		وابستگی / بی کفایتی
۰/۰۴	۰/۲۷	۱/۲۵	۸/۸۴	۱	۸/۸۴	گروه		
			۷/۱۰۴	۲۷	۱۹۰/۱۸	خطا		
				۳۰	۳۲۰۰/۰۰	مجموع		
۰/۸۰	۰/۰۰۰	۱۱۳/۳۷	۳۸۴/۳۳	۱	۳۸۴/۳۳	پیش آزمون		آسیب پذیری در برابر ضرر
۰/۱۸	۰/۰۲۱	۵/۹۷	۲۰/۲۵	۱	۲۰/۲۵	گروه		
			۳/۳۹	۲۷	۹۱/۵۲	خطا		
				۳۰	۴۵۶۴/۰۰	مجموع		
۰/۹۵	۰/۰۰۰	۵۷۲/۶۳	۴۳۹/۷۹	۱	۴۳۹/۷۹	پیش آزمون		
۰/۰۸	۰/۱۳۷	۲/۳۵	۱/۸۰	۱	۱/۸۰	گروه		گرفتار / خویشتن تحول نیافته
			۰/۷۶	۲۷	۲۰/۷۲	خطا		
				۳۰	۳۹۳۹/۰۰	مجموع		
۰/۹۷	۰/۰۰۰	۱۲۷۷/۴۷	۵۵۳/۶۳	۱	۵۵۳/۶۳	پیش آزمون		اطاعت
۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۳/۲۰	۵/۷۲	۱	۵/۷۲	گروه		
			۰/۴۳	۲۷	۱۱/۷۰	خطا		
				۳۰	۳۹۲۷/۰۰	مجموع		
۰/۸۸	۰/۰۰۰	۲۱۳/۰۴	۱۹۲/۲۹	۱	۱۹۲/۲۹	پیش آزمون		
۰/۱۷	۰/۰۲۳	۵/۷۷	۵/۲۱	۱	۵/۲۱	گروه		ایثار گری
			۰/۹۰	۲۷	۲۴/۳۷	خطا		
				۳۰	۳۰۴۹/۰۰	مجموع		



۰/۹۳	۰/۰۰۰	۳۶۳/۴۰	۳۶۳/۲۰	۱	۳۶۳/۲۰	پیش آزمون	بازداری هیجانی
۰/۲۴	۰/۰۰۷	۸/۲۸	۸/۲۸	۱	۸/۲۸	گروه	
		۰/۹۷	۰/۹۷	۲۷	۲۶/۲۶	خطا	
				۳۰	۳۲۳۳/۰۰	مجموع	
۰/۹۴	۰/۰۰۰	۵۰۴/۳۹	۶۳۴/۹۴	۱	۶۳۴/۹۴	پیش آزمون	معیار های سر سختانه
۰/۰۷	۰/۱۴۵	۲/۲۵	۲/۸۴	۱	۲/۸۴	گروه	
			۱/۲۵	۲۷	۳۲/۹۸	خطا	
				۳۰	۵۳۳۸/۰۰	مجموع	
۰/۵۳	۰/۰۰۰	۳۱/۰۶	۲۴۶/۰۳	۱	۲۴۶/۰۳	پیش آزمون	استحقاق بزرگ منشی
۰/۰۵	۰/۲۲	۱/۵۸	۱۲/۵۱	۱	۱۲/۵۱	گروه	
			۷/۹۲	۲۷	۲۱۳/۸۳	خطا	
				۳۰	۵۸۰۴/۰۰	مجموع	
۰/۹۵	۰/۰۰۰	۶۱۸/۰۲	۵۰۷/۱۷	۱	۵۰۷/۱۷	پیش آزمون	خویشن داری
۰/۱۸	۰/۰۱۹	۶/۲۱	۵/۰۹	۱	۵/۰۹	گروه	
			۰/۸۲	۲۷	۲۲/۱۵	خطا	
				۳۰	۴۷۸۰/۰۰	مجموع	

نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعديل شده خرد مقياس های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی / بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص اش، آسیب پذیری در برابر بیماری و اضطراب، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، خویشن داری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون باعث کاهش نمرات خرد مقياس های طرحواره های ناسازگار فوق در گروه آزمایش شده است.  
آزمون فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان مؤثر است.

جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خرد مقياس های بازداری هیجانی با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه ای دوسطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر واپسی پیوسته (نمرا پس آزمون خرد مقياس های بازداری هیجانی) و همچنین متغیر هم تغییر (نمرا پیش آزمون خرد مقياس های بازداری هیجانی) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات خرد مقياس های بازداری هیجانی برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعديل نمره های پیش آزمون اولیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس در زیر گزارش شده است:

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی نمره های پس آزمون خرد مقياس های بازداری هیجانی



متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Mیانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
پیش‌آزمون	۶۶۲/۸۹	۶۶۲/۸۹	۱	۴۵۱/۵۱	۰/۹۴
گروه	۲۰/۱۹	۲۰/۱۹	۱	۱۳/۷۵	۰/۳۳
خطا	۳۹/۶۴	۱/۴۶	۲۷		
مجموع	۵۳۱۴/۰۰		۳۰		
پیش‌آزمون	۸/۹۴	۸/۹۴	۱	۰/۵۸	۰/۰۲
گروه	۵/۵۵	۵/۵۵	۱	۰/۳۶	۰/۰۱
خطا	۴۰/۹۵۹	۱۶/۱۷	۲۷		
مجموع	۳۴۶۲/۰۰		۳۰		
پیش‌آزمون	۱۷/۰۲	۱۷/۰۲	۱	۰/۹۳	۰/۰۳
گروه	۳۱/۳۰	۳۱/۳۰	۱	۱/۷۱	۰/۰۶
خطا	۴۹۴/۳۱	۱۸/۳۰	۲۷		
مجموع	۴۲۵۶/۰۰		۳۰		
پیش‌آزمون	۱۷/۳۴	۱۷/۳۴	۱	۱/۹۳	۰/۰۶
گروه	۲۳/۲۵	۲۳/۲۵	۱	۲/۵۹	۰/۰۸
خطا	۲۴۱/۵۹	۸/۹۴	۲۷		
مجموع	۳۶۱۰/۰۰		۳۰		

همانطور که در جدول مشاهده می‌شود بین میانگین خرده‌مقیاس‌های سیستم بازداری رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعديل شده سیستم بازداری رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث افزایش نمرات سیستم بازداری رفتاری در مادران در گروه آزمایش شده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که بین میانگین طرحواره‌های ناسازگار کل و بازداری هیجانی کل در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعديل شده طرحواره‌های ناسازگار بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات در پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ در مادران شده است.

یافته اول نشان داد که نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعديل شده خرده‌مقیاس‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و اضطراب، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، خویشتن‌داری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات خرده‌مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار فوق در گروه آزمایش شده است. این نتیجه با نتایج ارجمند قجرور و اقبالی (۱۳۹۷)، منشئی و همکاران (۱۳۹۵)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)، هابرویلیامز<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که هرچه نیازهای فرد در زمینه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارضا نشود، میزان

<sup>1</sup> Haber and William

رضایت، مشارکت در زندگی، توافق در زمینه‌های مختلف و ابراز محبت کاهش می‌یابد. به باور یانگ (۲۰۰۳)، به نقل از یانگ و همکاران، ۲۰۱۷، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و خودشکننده‌ای هستند که در جریان رشد آغاز می‌گردند و در سرتاسر زندگی تکرار می‌شوند (پیکینگتون، بیشاپ و یونان<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). از طرفی علی‌رغم اهمیت موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری از جمله رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان حوزه مهمی از رواندرمانی‌های نوظهور که پژوهش‌ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در کاهش اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افرادی که از درد مزمن رنج می‌برند، نشان داده‌اند (برندز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰)؛ تنها تعداد اندکی از پژوهش‌ها به بررسی کاربردهای فنون درمان پذیرش و تعهد در رواندرمانی بیماران مبتلا به سلطان پرداخته‌اند از جمله هابروپیلامز و همکاران (۲۰۱۵)، اشاره نمود که رویکرد پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مؤثر در سازگاری با سلطان معرفی می‌کنند. از آنجا که ابتلا به سلطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش‌های روانشناسی می‌تواند نقش مؤثری را در تحقق این هدف ایفا کند به خصوص در رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد که معتقد است مراجع هرگز به عنوان شکستخورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی‌شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش‌ها، غنا و پرمتعایی را در دسترس همه می‌داند. همچنین درد، جزیی از زندگی در نظر گرفته شده است نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن و پیشرفت به واسطه یک سطح مطلق از موقفيت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، در برگیرنده زمان حال و گام روبه جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است. از طرفی افرادی که طرحواره‌های شان در حوزه بریدگی و طرد قرار دارد؛ معقدند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. افرادی که طرحواره‌های شان در این حوزه قرار می‌گیرد در بزرگسالی تمایل دارند به گونه‌ای نسبتی و شتاب‌زده از یک رابطه خودآسیب‌رسان به رابطه دیگر پناه برند یا از برقراری روابط میان‌فردی نزدیک اجتناب کنند. رویکرد درمان پذیرش و تعهد تغییر روابط با تجربیات درونی را به مراجع آموزش می‌دهد و این تغییر، با وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی همراه است و موجب پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی و به دنبال آن، کاهش اعمال کنترل نامؤثر می‌گردد. در این درمان، به فرد آموزش داده می‌شود که هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته، بی‌تأثیر است و یا اثر معکوسی دارد و موجب تشدید آنها می‌گردد و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت. در نتیجه این درمان به مراجعاً کمک می‌کند تا ماهیت تجارب درونی خود را بفهمد و از تجارب درونی خود کمک بگیرند؛ به ویژه این نکته را در ک نمایند که تجارب، کم و زیاد می‌شود و با موقفيت و رفتار ارتباط دارد.

یافته‌ی دوم نشان داد که بین میانگین خردۀ مقیاس‌های سیستم بازداری رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تبدیل شده سیستم بازداری رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون باعث افزایش نمرات سیستم بازداری رفتاری در مادران در گروه آزمایش شده است. این نتیجه با نتایج حاجی اقراری و همکاران (۱۳۹۷)؛ امیدی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که از آنجا که توانایی هیجان و تنظیم و بازداری آن می‌تواند کیفیت روابط فرد را تعیین کند. افرادی که قادر به تنظیم هیجاناتشان هستند، هیجانات خود و دیگران را بهتر در ک می‌کنند. در نتیجه در ک بهتری از افراد در وضعیت‌های گوناگون به دست می‌آورند و از مهارت‌های بین‌فردی و درون‌فردی توسعه یافته‌تری برخوردارند. بنابراین چنین افرادی نسبت به افرادی که دشواری در تنظیم و بازداری هیجانی دارند، روابط بهتری دارند (لویز و سالووی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). افرادی که دشواری در تنظیم هیجانی دارند نمی‌توانند موقعیت هیجانی خود را مجدداً به دست آورند، کمتر قادرند رابطه خود را حفظ کرده و احساس می‌کنند که در الگوهای منفی ارتباط با دیگران قرار می‌گیرند، آن‌ها خارج از کنترل بودن را احساس می‌کنند، بنابراین

<sup>1</sup> Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R

<sup>2</sup> Berendes

<sup>3</sup> Lopes& Salovey

از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند (آبت، ۲۰۰۵). درمان‌های نوین روانشناسی که به عنوان درمان‌های موج سوم روان درمانی شناخته می‌شوند به نقش منابع روانشناسی افراد در مواجهه با رویدادهای پر فشار تاکید نموده و بر این عقیده هستند که این منابع می‌توانند تدبیر درمانی لازم برای بهبود افراد تحت فشار را فراهم سازند (آزاد یکتا، ۱۳۹۸). از جمله درمان‌های مطرح موج سومی می‌توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نام برد که بر مبنای نظریه زمینه‌گرایی کارکردی می‌باشد. طبق این نظریه هیچ یک از افکار، خاطرات و احساسات به ذات مشکل‌زا نبوده و کاملاً مشروط و واپسی به زمینه‌ای که اتفاق در آن افتاده است می‌باشدند. در بافت‌های که اجتناب و بازداری به عنوان دو کارکرد مهم به حساب می‌آید، افکار، احساسات و خاطرات کارکردی آسیب‌زا به خود می‌گیرند، در حالی که در در محیط‌های دارای پذیرش بالا این افکار و احساسات دارای کارکردی متفاوت بوده و علی‌رغم دردنگ بودن هیچ‌گونه مانعی برای زندگی باعث ایجاد آسیب نمی‌گردد (برینکبورگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر مستقیم در مراجع هدف اصلی نبوده و بیشتر به دنبال کمک به مراجعت به منظور برقراری ارتباط با تجارب خود دنبال می‌شود، از این جهت در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش خود درگیر شده و با تجارت خود درگیر شود.

پی اساس، یافته‌های پژوهش پیشنهادهایی در ادامه ارائه می‌گردند:

- ✓ ساخت برنامه‌های آموزشی جهت شناساندن و معرفی نمودن واژه‌های تخصصی روانشناسی مثل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی و .. به خانواده‌ها.
  - ✓ پیشنهاد می‌شود از طرف مراکز مشاوره و روانشناسی و همچنین از طرف مسئولین آموزشی و تربیتی دانشگاه‌ها به منظور کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی در بین مادران دارای کودک مبتلا به سرطان کارگاه‌هایی بر طرحوارها و بازداری هیجانی ترتیب دهنده.
  - ✓ ایجاد کارگاه‌های آموزشی در مراکز مشاوره و روانشناسی و همچنین دانشگاه‌ها.
  - ✓ فرهنگ‌سازی مسائل مربوط به کیفیت زندگی کودکان دارای بیماری‌های خاص از جمله سرطان جهت راحت‌تر پاسخ دادن آزمودنی‌ها.
  - ✓ پیشنهاد می‌شود در این زمینه، علاوه بر تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی با تأثیر درمان‌های دیگر چون شناختی رفتاری و ... نیز مقایسه صورت گیرد.

منابع

ارجمندی‌جور، کیومرث و اقبالی، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و رواندرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به متأمفتامین. *رویش روان شناسی*. ۷(۱): ۱۵۱-۱۷۸.

شرف‌زاده، شایسته؛ پورابراهیمی، فاطمه؛ اولادی، صادق؛ هاشمی‌زیزاده، وجیهه و توکلی، وحید. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش بر اضطراب اجتماعی و سازگاری اجتماعی پسران دبیرستانی شهر کرمان. *فصلنامه پژوهشنامه تربیتی*. ۱۶(۵۳): ۱-۱۶.

امیدی، مجید؛ قاسم زاده، سوگند و دهقان، حمیدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش‌های شناختی هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *محله مطالعات ناتوانی*، ۸(۸۷)، ۱-۸.

آزاد یکتا، مهرناز. (۱۳۹۸). نقد و بررسی دیدگاهها و درمان‌های نوین روان‌شناسی. *فصلنامه تعالیٰ مشاوره و روان درمانی*. دوره ۸، صص: ۱-۱۴.

آزادبخت، راحیل و کیلی، پریوش. (۱۳۹۲). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان: فصلنامه روانشناسی تربیتی. ۵، ۹۵-۱۰۵، شماره ۳، شماهی بهار، ۱۵، صص: ۱۱-۱۸.

یامیم، مارتین آ. (۱۹۹۹). طرحهای دیمانه. ت: حمید حمیدیور، حسن و زنگ، حسن. (۱۳۹۹). تهران: احمدی.

1 Abbot

. Abbot  
2 Brinkborg

جهانگیری، محمد Mehdi؛ صالحی، مهدیه؛ عشايري، حسن و پاشاشریفی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر تعديل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وسوس جبری مقاوم به درمان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*, ۲(۲): ۲۷-۱۳.

حاجی اقراری، لعیا؛ اسدی، فاطمه؛ جوازی، ثمینا و عاطف، طناز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد بر بازداری هیجانی و اجتناب شناختی رفتاری زنان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه پرستاری ایران*, ۱۳(۶): ۳۲-۳۸.

حشمتی، رسول. (۱۳۹۵). پیش‌بینی درد مزمن بر مبنای طرحواره های ناسازگار اولیه. *فصلنامه بیهوشی و درد*, ۷(۱): ۴۹-۶۰.

راس، هریس. (۲۰۰۹). درمان پذیرش و تعهد با عشق. ترجمه پیمان دوستی، سیده سپیده هدایتی و حسین محققی، (۱۳۹۶).

همدان: انتشارات فraigir هگمتانه.

روزبهی، مهران؛ رضایی، علی محمد و علیپور دولت آباد، آزاده. (۱۳۹۶) مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنى بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد معتاد تحت درمان در بیمارستان شهر شیراز. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*, ۱۵(۳): ۳۳۹-۳۴۶.

عبدالهی مجارشین، رضا؛ بخشی‌پور، عباس و محمودعلیا، مجید. (۱۳۹۱). پایایی و روایی مقیاس نظام های بازداری و فعال سازی رفتاری (BIS/BAS) در جمعیت دانشجویی دانشگاه تبریز. *پژوهش‌های نوین روانشناسی*. دوره ۷، شماره ۲۸، صص: ۱۲۹-۱۴۵.

قمری گیوی، حسین؛ ایمانی، حسن؛ برهمند، لوشان و صادقی موحد، فریبا. (۱۳۹۱). بررسی نقص بازداری و بازشناسی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسوس فکری- عملی. *مجله روان‌شناسی بالینی*, ۴(۲): ۱۸-۹.

محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمد اسماعیل؛ ملکی، فاطمه و مرادی، محمد. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی پذیرش تعهد بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. *مجله اندیشه و رفتار*, ۹(۳۴): ۱۷-۲۲.

محققی، حسین؛ دوستی، پیمان و جعفری، داود. (۱۳۹۴). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی*, ۶(۲۳): ۸۱-۹۴.

مرادی، معراج و فقیهی، علی. (۱۳۹۶). رابطه پیوند والدینی با طرحواره های ناسازگار اولیه. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*, ۵(۸): ۴۳-۲۳.

مقدم فر، نصیره؛ امرایی، راضیه؛ اسدی، فاطمه و امانی، امید. (۱۳۹۷). تأثیر درمان مبتلى بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و بهزیستی روانشناسی روانشناسی زنان مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی درمان. *نشریه روان پرستاری*, ۶(۵): ۱-۱۰.

منشئی، غلامرضا؛ زارعی، مجید و جعفری، حامد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتلى بر پذیرش و تعهد بر تعديل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران همودیلیزی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*, ۴(۱۴): ۲۰۴-۲۰۹.

نجاتی، وحید؛ شیری، اسماعیل و فرقانی، سمانه. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر برنامه توانبخشی هیجانی مبتلى بر رایانه بر درک حالات هیجانی در کودکان پیش دبستانی. *مجله علوم پزشکی رازی*, ۲۱(۲۰): ۲۰-۲۵.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگلیان مرز، محمد جواد و بختی، مجتبی. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتلى بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی بر تعديل طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان مقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*, ۱(۱): ۱-۲۸.

نوروزی، حسن و هاشمی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتلى بر ذهن آگاهی بر نظم جویی هیجانی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه بیماری های پستان ایران*, ۱۰(۲): ۳۹-۴۸.

Abbott, B. V. (2005). *Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress*. Texas A&M University.

Berendes D, Keefe FJ, Somers TJ, Kothadia SM, Porter LS, Cheavens JS. (2010). Hope in the context of lung cancer: relationships of hope to symptoms and psychological distress. *J Pain Symptom Manage*;40(2):174-82.

- Brinkborg, H., Michanek, J., Hesser, H., & Berglund, G. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 389-398.
- Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., ... & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care—Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374.
- Cabecinha-Alati, S., Langevin, R., Kern, A., & Montreuil, T. (2021). Pathways from childhood maltreatment to unsupportive emotion socialization: implications for children's emotional inhibition. *Journal of family violence*, 36(8), 1033-1043.
- Carver, C. S., & White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 67(2), 319.
- Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European journal of cancer care*, 24(1), 15-27.
- Lopes, P. N., & Salovey, P. (2004). Toward a broader education: Social, emotional, and practical skills. *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say*, 76-93.
- Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584.
- Roger D, de Scremm LG, Borril J, Forbes A. (2012). Rumination, inhibition and stress: The construction of a new scale for assessing emotional style. *Current Psychology*;30(3):234.
- Spiegel, D., & Riba, M. B. (2015). Managing Anxiety and Depression During Treatment. *The breast journal*, 21(1), 97-103.
- Yang, S. Y., Moss-Morris, R., & McCracken, L. M. (2017). iACT-CEL: A feasibility trial of a face-to-face and internet-based acceptance and commitment therapy intervention for chronic pain in Singapore. *Pain research and Treatment*, 2017.