

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

مادران دارای کودک مبتلا به سرطان

فرنوش عبدالهی سپاهکلده^۱، وحید خوش روش^۲

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 دردسترس 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 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 آنکوا، 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 تعدیل‌شده 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

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

مقدمه

سرطان یکی از عمده ترین مشکلات و بیماری های رایج جوامع بشری است که در این بیماری سلول ها به صورت غیرطبیعی رشد می کند و انتشار آن غیرقابل کنترل است و به اعتقاد سایر متخصصان نیز عدم کنترل و درمان این بیماری می تواند منجر به مرگ شود؛ به بیانی سرطان یکی از علل اصلی مرگ و میر است. به طوری که پژوهشگران سرطان را جزء سه علت اصلی مرگ بر می شمردند (مقدم فر، امرایی، اسدی و امانی، ۱۳۹۷). طبق بررسی ها ۵۰ تا ۸۵٪ از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روانپزشکی رنج می برند. همچنین نتایج پژوهش ها حاکی از پیامدهای بارز ناشی از ابتلا به سرطان پستان؛ همچون مشکلات جسمی (درد و خستگی)، مشکلات روانشناختی (اضطراب و افسردگی)، و سایر مشکلات روانی - اجتماعی در مبتلایان است که این امر به کاهش کیفیت زندگی، به خصوص در رابطه با زنان جوان تر منجر می شود (اسپیگل و ریبای، ۲۰۱۵). یکی از مکانیزم های زیربنایی در پدید آمدن رفتارهای ناکارآمد، طرحواره های ناسازگار اولیه^۲ می باشد. یانگ^۳ (۱۹۹۴)، مطرح ساخت که موقعیت ها و تجرب ناخوشایند زندگی باعث می شود که این باورهای بنیادین ناسازگارانه، بدعملکرد، نافذ و رنج آور شوند (حشمتی، ۱۳۹۵). طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب 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 (مرادی و فقیهی، ۱۳۹۶). هم اکنون هیجده طرحواره ناسازگار اولیه وجود دارد که در پنج حوزه دسته بندی شده اند که عبارتند از: (۱) حوزه بریدگی و طرد^۴ که شامل طرحواره های محرومیت هیجانی^۵، رهاشدگی/بی ثباتی^۶، بی اعتمادی/بدرفتاری^۷، انزوای اجتماعی/ایگانگی^۸ و نقص/شرم است^۹، (۲) حوزه خودگردانی و عملکرد مختل^{۱۰} که شامل شکست^{۱۱}، وابستگی/بی کفایتی^{۱۲}، آسیب پذیری نسبت به زیان یا بیماری^{۱۳} و خودتحول نیافته/گرفتار^{۱۴} می باشد، (۳) حوزه محدودیت های مختل^{۱۵} که دربرگیرنده طرحواره های استحقاق/بزرگ منشی^{۱۶} و خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی^{۱۷} است، (۴) حوزه دیگر جهت مندی^{۱۸} شامل طرحواره های توجه طلبی، اطاعت^{۱۹} و از خودگذشتگی^{۲۰} است، و در نهایت (۵) حوزه گوش به زنگی^{۲۱} بیش از حد و بازداری که دربرگیرنده طرحواره های بازداری هیجانی^{۲۲}، معیارهای سخت گیرانه/عیب جویی افراطی^{۲۳}، منفی گرایی و تنبیه می باشد (حشمتی، ۱۳۹۵). در همین راستا، روزبهی و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهش خود بیان کردند که طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد بیمار سرطانی بسیار بیشتر از افراد سالم وجود دارد. همچنین جهانگیری و

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

همکاران (۱۳۹۴)، در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری بیشتر می باشد.

زندگی کردن با درد مزمن مستلزم تحمل فشار عاطفی قابل توجهی است و همچنین درد توانایی های عاطفی و هیجانی فرد را کاهش می دهد و این امر نهایتاً باعث، تضعیف روحیه فرد بیمار، احساس ناامیدی، درماندگی، افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می گردد و هیجان ها نقش بسیار مهمی در دامنه گسترده ای از پیامدهای روانشناختی بازی می کند (نوروزی و هاشمی، ۱۳۹۶). هیجان ها داده هایی درونی هستند که برانگیزنده و بر رفتار اثر می گذارند و در واقع ممکن است مقدم بر شناخت باشند و از طرفی نقش بازداری هیجانی به عنوان به تأخیر انداختن فعال سازی فیزیولوژیکی است که موجب بهبودی تنش عضلانی تأخیری می شود (نجاتی، شیر و فرقانی، ۱۳۹۳). داده های تجربی بیان می کنند که هیجان توسط ساختارهای زیرین قشر مخ کنترل می شود و می تواند بر دامنه ای از پردازش های شناختی شامل سوگیری توجه، سوگیری حافظه و قضاوت و تصمیم گیری اثر بگذارد. از دید رویکرد پردازش اطلاعات، بازداری هیجانی^۱ جزء مؤلفه های اصلی پردازش هیجانی می باشد که پردازش به واسطه این مکانیزم بر فرایندهای روانی تأثیر می گذارد (کسینا-آلاتی^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). بازداری هیجانی به کاهش ابراز عاطفی چه به طور ارادی مانند بازداری فعال و چه به طور غیرارادی اطلاق می شود (قمری گیوی، ایمانی، برهمند و صادقی، ۱۳۹۱). تحقیقات روگر، دیس کرایمن، برولی و فوربز^۳ (۲۰۱۱)، نشان داده اند که فعالیت بیش از اندازه سیستم بازداری، منجر به صفات شخصیتی اضطرابی، حساسیت بالا با محرک های تهدید کننده و رفتارهای مرتبط با اضطراب مثل نگرانی و نشخوار فکری می شود. از طرفی، در طی دو دهه اخیر، تعدادی از روان درمانی ها به عنوان موج سوم توسعه یافته اند که رفتار درمانی دیالکتیکی^۴، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۵، طرحواره درمانی^۶، روان درمانی سیستم تحلیل شناختی- رفتاری^۷، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۸ و درمان فراشناختی^۹ از جمله این درمان هاست؛ به عبارت دقیق تر می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری اصطلاحی فراگیر برای یک مجموعه کلی از درمان هاست و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از اشکال متعدد CBT است (محبت بهار و همکاران، ۱۳۹۳). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش که به اختصار آکت نامیده می شود، یکی از رفتار درمانی های مبتنی بر توجه آگاهی است که اثربخشی آن برای درمان طیف گسترده ای از وضعیت های بالینی معلوم شده است (بوریان^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۱). در واقع، هدف آکت ایجاد یک زندگی غنی و پرمعنا در حالی است که فرد، رنج ناگزیر موجود در آن را می پذیرد و برای زندگی با آن آماده و متعهد می شود. البته همین که فرد شروع می کند تا خود را برای ساختن چنان زندگی ای آماده کند، با انواع و اقسام موانع به شکل تجربه های درونی ناخواسته و نامطلوب روبه رو خواهد شد (اشرف زاده، پورابراهیمی، اولادی، هاشمی زاده و توکلی، ۱۳۹۶). مدل پذیرش و تعهد درمانی^{۱۱} بیشتر از آن که به دنبال کاهش نشانه ها 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 می دهد (محقق، دوستی و جعفری، ۱۳۹۵). پذیرش و تعهد درمانی بر اساس قواعدی انعطاف پذیری روانی را بالا می برد و باعث بالا رفتن کیفیت زندگی می شود (راس، ۲۰۰۹؛ ترجمه دوستی، هدایتی و محقق، 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 فراگیر» دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر معناداری را بر بازداری رفتاری و مولفه های اجتناب شناختی

1. Emotional Inhibition

2. Cabecinha-Alati

3. Roger, de Scremin, Borril & Forbes

4. Dialectical Behavior Therapy (DBT)

5. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

6. Schema Therapy

7. Cognitive Behavioral Analysis System (CBASP)

8. Mindfulness-based Cognitive Therapy (M BCT)

9. Metacognitive Therapy (MCT)

10. Burian

11. Acceptance and medical commitment (ACT)

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

روش شناسی

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون 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 که واجد ملاک های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند که با روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

روش اجرا:

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه ۳۵ دقیقه ای هفته ای دو بار برای گروه آزمایش به طول انجامید و شرح جلسات در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: خلاصه پروتکل درمان مبتنی 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 پیش آزمون، معرفی و سنجش هیجان، شروع درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
جلسه دوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، استعاره چاله و شناسایی راه حل های ناکارآمد برای حل مشکل، ارائه تکلیف
جلسه سوم	بررسی تکلیف جلسه قبل، بررسی راهبرد های کنترل خاصی که فرد تا کنون استفاده کرده، معرفی کنترل به عنوان مساله، بحث در مورد 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 اتوبوس، بیان تکلیف
جلسه ششم	بررسی تکلیف جلسه قبل، معرفی انواع خود، استعاره شطرنج، 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 ارزش ها و سنجش ارزش های 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 پس آزمون

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه طرحواره های ناسازگارانه اولیه یانگ^۱ (فرم کوتاه): ابزاری خود گزارش دهی برای سنجش طرحواره هاست که فرد بر اساس توصیف هر جمله خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای می سنجد (۱ برای کاملاً نادرست، تا ۶ برای کاملاً

^۱ . Yang's early maladaptive schemas

درست) (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). پرسش نامه طرحواره یانگ بر پایه مشاهدات تجربه شده توسط متخصصان بالینی ساخته شده است و دارای دو فرم بلند و کوتاه است. فرم بلند این پرسشنامه خودگزارشی و دارای ۷۵ ماده است و برای اندازه گیری ۱۵ طرحواره غیرانطباقی اولیه طراحی شده است. پرسشنامه طرحواره یانگ (SQ-SF) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه ساخته شد. این طرحواره ها عبارتند از: محرومیت هیجانی (سوالات ۱ تا ۵)، رهاشدگی/بی ثباتی (سوالات ۶ تا ۱۰)، بی اعتمادی/بدرفتاری (سوالات ۱۱ تا ۱۵)، انزوای اجتماعی (سوالات ۱۶ تا ۲۰)، نقص/شرم (سوالات ۲۱ تا ۲۵)، شکست (سوالات ۲۶ تا ۳۰)، وابستگی/بی کفایتی (سوالات ۳۱ تا ۳۵)، آسیب پذیری به ضرر (سوالات ۳۶ تا ۴۰)، گرفتاری/در دام افتادگی (سوالات ۴۱ تا ۴۵)، اطاعت (سوالات ۴۶ تا ۵۰)، از خود گذشتگی (سوالات ۵۱ تا ۵۵)، بازداری هیجانی (سوالات ۵۶ تا ۶۰)، معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی (سوالات ۶۱ تا ۶۵)، استحقاق (سوالات ۶۶ تا ۷۰)، خویشن داری/خودانضباطی ناکافی (سوالات ۷۱ تا ۷۵). چنانچه میانگین هر خرده مقیاس بالاتر از ۲۵ باشد آن طرحواره ناکارآمد است. نتایج اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی های روان سنجی پرسشنامه طرحواره یانگ، توسط اسمیت، جویئر یانگ و تلج^۱ (۱۹۹۵) انجام شد، نشان داد که برای هر طرحواره ناسازگار اولیه، ضریب آلفایی از ۰/۸۳ (برای طرحواره خود تحول نیافته / گرفتار) تا ۰/۹۶ (برای طرحواره نقص / شرم) به دست آمد و ضریب آزمون - بازآزمون در جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. خرده مقیاس های اولیه پایایی آزمون - بازآزمون و ثبات درونی بالایی نشان دادند (آزادبخت و وکیلی، ۱۳۹۲). همچنین این پرسشنامه با مقیاس های ناراحتی روان شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه شناسی اختلالات شخصیت، روایی همگرا و افتراقی خوبی نشان داد (بامبر، ۱۹۹۹؛ حمیدپور و زیرک، ۱۳۹۹).

پرسشنامه بازداری هیجانی براساس مقیاس سیستم های بازداری/فعال سازی رفتاری^۲ (کارور و وایت^۳، ۱۹۹۴): شامل ۲۴ پرسش خود گزارشی 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 این پرسشنامه شامل هفت آیتم (۲-۸-۱۳-۱۶-۱۹-۲۲-۲۴)، است که حساسیت سیستم بازداری رفتاری یا پاسخ دهی به تهدید و احساس اضطراب هنگام رویارویی با نشانه های تهدید را اندازه می گیرد.

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

الف) سائق (BAS-DR، چهار آیتم)، ۳-۹-۱۲-۲۱ / ب) پاسخ دهی به پاداش (BAS-RR، پنج آیتم)، ۴-۷-۱۴-۱۸-۲۳ / ج) جستجوی سرگرمی (BAS-FS، چهار آیتم)، ۵-۱۰-۱۵-۲۰. آیتم ها روی یک مقیاس چهار درجه ای (کاملاً موافقم ۴، تاحدی موافقم ۳، تاحدی مخالفم ۲ و کاملاً مخالفم ۱) توسط آزمودنی رتبه بندی می شود. باید دقت نمود که گزینه های ۱۷، ۱۱، ۶، ۱ در نمره گذاری هیچ تاثیری ندارند و صرفاً جهت هماهنگی با سایر آیتم ها به پرسشنامه اضافه شده اند. بر اساس این روش از تحلیل شما نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کنید. 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. حد پایین نمره ۲۴، متوسط ۶۰ و حد بالای نمرات ۹۶ است. امتیازات خود را از ۲۴ عبارت فوق با یکدیگر جمع نمایید. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حداکثر 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 زیاد است. کارور و وایت (۱۹۹۴)، ثبات درونی زیر مقیاس BIS را ۰/۷۴ و ثبات درونی BAS را ۰/۷۱ گزارش کرده اند. خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط محمدی

۱. Joiner Yang & Telech

۲. Inhibition / Behavioral Activation Systems Scale

۳. Carver, C. S., & White, T. L

۴. 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 محمودعلیا (۱۳۹۱)، اعتبار این پرسشنامه را به روش باز آزمایی برای مقیاس BAS ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس BIS ۰/۸۱ گزارش نموده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS۲۲ 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 خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه) و همچنین متغیر هم تغییر (نمرات پیش آزمون خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعدیل 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 خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار اولیه



متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
--------------	---------------	----	-----------------	---	--------------	-------------



۰/۹۶	۰/۰۰۰	۷۵۶/۶۴	۴۹۶/۱۶	۱	۴۹۶/۱۶	پیش آزمون	محرومیت هیجانی
۰/۵۵	۰/۰۰۰	۳۳/۳۹	۲۱/۸۹	۱	۲۱/۸۹	گروه	
			۰/۶۵	۲۷	۱۷/۷۰	خطا	
				۳۰	۵۱۵۹/۰۰	مجموع	رهاشدگی / بی ثباتی
۰/۴۴	۰/۰۰۰	۲۱/۹۳	۱۵۹/۴۴	۱	۱۵۹/۴۴	پیش آزمون	
۰/۰۰	۰/۸۶۲	۰/۰۳	۰/۲۲	۱	۰/۲۲	گروه	
			۷/۲۷	۲۷	۱۹۶/۲۸	خطا	بی اعتمادی بد رفتاری
				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	انزوای اجتماعی بیگانگی
			۵/۸۸	۲۷	۱۵۸/۸۴	خطا	
				۳۰	۵۹۰۷/۰۰	مجموع	
۰/۹۶	۰/۰۰۰	۷۸۲/۷۸	۵۰۷/۵۶	۱	۵۰۷/۵۶	پیش آزمون	نقص / شرم
۰/۴۲	۰/۰۰۰	۱۹/۷۳	۱۲/۷۹	۱	۱۲/۷۹	گروه	
			۰/۶۴	۲۷	۱۷/۵۰	خطا	
				۳۰	۵۵۷۹/۰۰	مجموع	شکست
۰/۹۷	۰/۰۰۰	۱۲۳۹/۱۳	۴۶۶/۸۹	۱	۴۶۶/۸۹	پیش آزمون	
۰/۳۶	۰/۰۰۱	۱۵/۵۷	۵/۸۶	۱	۵/۸۶	گروه	
			۰/۳۷	۲۷	۱۰/۱۷	خطا	وابستگی / بی کفایتی
				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	آسیب پذیری در برابر ضرر
			۱/۹۱	۲۷	۵۱/۶۴	خطا	
				۳۰	۵۲۵۹/۰۰	مجموع	
۰/۰۰	۰/۶۷	۰/۱۸	۱/۲۸	۱	۱/۲۸	پیش آزمون	گرفتار / خویشتن تحول نیافته
۰/۰۴	۰/۲۷	۱/۲۵	۸/۸۴	۱	۸/۸۴	گروه	
			۷/۰۴	۲۷	۱۹۰/۱۸	خطا	
				۳۰	۳۲۰۰/۰۰	مجموع	اطاعت
۰/۸۰	۰/۰۰۰	۱۱۳/۳۷	۳۸۴/۳۳	۱	۳۸۴/۳۳	پیش آزمون	
۰/۱۸	۰/۰۲۱	۵/۹۷	۲۰/۲۵	۱	۲۰/۲۵	گروه	
			۳/۳۹	۲۷	۹۱/۵۲	خطا	ایثارگری
				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	
			۰/۷۶	۲۷	۲۰/۷۳	خطا	
				۳۰	۳۹۳۹/۰۰	مجموع	
۰/۹۷	۰/۰۰۰	۱۲۷۷/۴۷	۵۵۳/۶۳	۱	۵۵۳/۶۳	پیش آزمون	
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	
			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	معیار های سرسختانه
۰/۹۴	۰/۰۰۰	۵۰۴/۳۹	۶۳۴/۹۴	۱	۶۳۴/۹۴	پیش آزمون	
۰/۰۷	۰/۱۴۵	۲/۲۵	۲/۸۴	۱	۲/۸۴	گروه	
			۱/۲۵	۲۷	۳۳/۹۸	خطا	استحقاق /بزرگ منشی
				۳۰	۵۳۳۸/۰۰	مجموع	
۰/۵۳	۰/۰۰۰	۳۱/۰۶	۲۴۶/۰۳	۱	۲۴۶/۰۳	پیش آزمون	
۰/۰۵	۰/۲۲	۱/۵۸	۱۲/۵۱	۱	۱۲/۵۱	گروه	خویشنداری
			۷/۹۲	۲۷	۲۱۳/۸۳	خطا	
				۳۰	۵۸۰۴/۰۰	مجموع	
۰/۹۵	۰/۰۰۰	۶۱۸/۰۲	۵۰۷/۱۷	۱	۵۰۷/۱۷	پیش آزمون	
۰/۱۸	۰/۰۱۹	۶/۲۱	۵/۰۹	۱	۵/۰۹	گروه	
			۰/۸۲	۲۷	۲۲/۱۵	خطا	
				۳۰	۴۷۸۰/۰۰	مجموع	

نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می‌دهد با حذف تأثیر نمرات پیش‌آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده‌مقیاس‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و اضطراب، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، خویشنداری 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.

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 خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی با توجه به وجود متغیر مستقل طبقه‌ای دوسطحی (گروه آزمایش و گروه کنترل)، متغیر وابسته پیوسته (نمرات پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی) و همچنین متغیر هم‌تغییر (نمرات پیش‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی) از تحلیل کواریانس استفاده گردید. این تحلیل به ما نشان خواهد داد که آیا بین میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی برای گروه آزمایش و کنترل بعد از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون اولیه از نظر آماری تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس در زیر گزارش شده است:

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های بازداری هیجانی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تأثیر
سیستم بازداري رفتاری	۶۶۲/۸۹	۱	۶۶۲/۸۹	۴۵۱/۵۱	۰/۰۰۰	۰/۹۴
	۲۰/۱۹	۱	۲۰/۱۹	۱۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	۳۹/۶۴	۲۷	۱/۴۶			
	۵۳۱۴/۰۰	۳۰				
سائق	۸/۹۴	۱	۸/۹۴	۰/۵۸	۰/۴۴	۰/۰۲
	۵/۵۵	۱	۵/۵۵	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۰۱
	۴۰۹/۵۹	۲۷	۱۶/۱۷			
	۳۴۶۲/۰۰	۳۰				
پاسخدهی به پاداش	۱۷/۰۲	۱	۱۷/۰۲	۰/۹۳	۰/۳۴	۰/۰۳
	۳۱/۳۰	۱	۳۱/۳۰	۱/۷۱	۰/۲۰	۰/۰۶
	۴۹۴/۳۱	۲۷	۱۸/۳۰			
	۴۲۵۶/۰۰	۳۰				
جستجوی سرگرمی	۱۷/۳۴	۱	۱۷/۳۴	۱/۹۳	۰/۱۷	۰/۰۶
	۲۳/۲۵	۱	۲۳/۲۵	۲/۵۹	۰/۱۱	۰/۰۸
	۲۴۱/۵۹	۲۷	۸/۹۴			
	۳۶۱۰/۰۰	۳۰				

همانطور که در جدول مشاهده می شود بین میانگین خرده مقیاس های سیستم بازداري رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. این جدول نشان می دهد با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده سیستم بازداري رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون باعث افزایش نمرات سیستم بازداري رفتاری در مادران در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار اولیه و بازداري هیجانی مادران دارای کودک مبتلا به سرطان بود. نتایج نشان داد که بین میانگین طرحواره های ناسازگار کل و بازداري هیجانی کل در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده طرحواره های ناسازگار بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون باعث کاهش نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده خرده مقیاس های محرومیت هیجانی، بی اعتمادی/ بد رفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/ شرم، آسیب پذیری در برابر بیماری و اضطراب، اطاعت، ایثارگری، بازداري هیجانی، خویش تر 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 خرده مقیاس های طرحواره های ناسازگار فوق در گروه آزمایش شده است. این نتیجه با نتایج ارجمند قجور و اقبالی (۱۳۹۷)؛ منشئی و همکاران (۱۳۹۵)؛ نریمانی و همکاران (۱۳۹۳)؛ هابرویلیامز^۱ و همکاران (۲۰۱۵) همسو می باشد. در تبیین این فرضیه می توان گفت که هرچه نیازهای فرد در زمینه طرحواره های ناسازگار اولیه ارضا نشود، میزان

¹ Haber and William



رضایت، مشارکت در زندگی، توافق در زمینه های مختلف و ابزار محبت کاهش می یابد. به باور یانگ (۲۰۰۳)؛ به نقل از یانگ و همکاران، (۲۰۱۷)، طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و خودشناسی هستند که در جریان رشد آغاز می گردند و در سرتاسر زندگی تکرار می شوند (پیکینگتون، بیشاپ و یونان^۱، ۲۰۲۱). از طرفی علی رغم اهمیت موج سوم درمان های شناختی رفتاری از جمله رویکرد پذیرش و تعهد به عنوان حوزه مهمی از رواندرمانی های نوظهور که پژوهش ها از نقش مؤثر آن بر استرس، اختلالات اضطرابی، افسردگی و سایر شرایط بالینی حکایت دارند و اثربخشی آن را در کاهش اثر طرحواره های ناسازگار اولیه افرادی که از درد مزمن رنج می برند، نشان داده اند (برندز^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)؛ تنها تعداد اندکی از پژوهش ها به بررسی کاربردهای فنون درمان پذیرش و تعهد در رواندرمانی بیماران مبتلا به سرطان پرداخته اند از جمله هابرویلیامز و همکاران (۲۰۱۵)، اشاره نمود که رویکرد پذیرش و تعهد را به عنوان یک مداخله مؤثر در سازگاری با سرطان معرفی می کنند. از آنجا که ابتلا به سرطان مستلزم راهبردهایی است تا بیماران را قادر به حفظ قدرت سازگاری با روند درمان کند، آموزش های روانشناختی می تواند 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 شکست خورده، آسیب دیده و یا دور از امید نگریسته نمی شود. در عوض این رویکرد همیشه نوعی از توانمندسازی است که زندگی مبتنی بر ارزش ها، غنا و پرمعنایی را در دسترس همه می داند. 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 موفقیت تعریف نشده، بلکه انتخاب فزاینده، در برگزیده زمان حال و گام روبه جلو در جهت یک زندگی ارزشمند در این رویکرد مورد تأکید است. از طرفی افرادی که طرحواره های شان در حوزه بریدگی و طرد قرار دارد؛ معتقدند که نیاز آنها به ثبات، امنیت، محبت، عشق و تعلق خاطر برآورده نخواهد شد. افرادی که طرحواره های شان در این حوزه قرار می گیرد در بزرگسالی تمایل دارند به گونه ای نسنجیده و شتاب زده از یک رابطه خودآسیب رسان به رابطه دیگر پناه ببرند یا از برقراری روابط میان فردی نزدیک اجتناب کنند. رویکرد درمان پذیرش و تعهد تغییر روابط با تجربیات درونی را به مراجع آموزش می دهد 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 می گردد. در این درمان، به فرد آموزش داده می شود که هرگونه عملی جهت کنترل یا اجتناب از این تجارب ذهنی ناخواسته، بی تأثیر است و یا اثر معکوسی دارد و موجب تشدید آنها می گردد و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها به طور کامل پذیرفت. در نتیجه این درمان به مراجعان کمک می کند تا ماهیت تجارب درونی خود را بفهمد و از تجارب درونی خود کمک بگیرند؛ به ویژه این نکته را درک نمایند که تجارب، کم و زیاد می شود و با موفقیت و رفتار ارتباط دارد.

یافته ی دوم نشان داد که بین میانگین خرده مقیاس های سیستم بازداری رفتاری در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی با حذف تأثیر نمرات پیش آزمون بین میانگین تعدیل شده سیستم بازداری رفتاری بر حسب گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به طور کلی بر اساس این یافته ها می توان گفت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس آزمون 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 می باشد.

در تبیین این فرضیه می توان گفت که از آنجا که توانایی هیجان و تنظیم و بازداری آن می تواند کیفیت روابط فرد را تعیین کند. افرادی که قادر به تنظیم هیجاناتشان هستند، هیجانات خود و دیگران را بهتر درک می کنند. در نتیجه درک بهتری از افراد در وضعیت های گوناگون به دست می آورند و از مهارت های بین فردی و درون فردی توسعه یافته تری برخوردارند. بنابراین چنین افرادی نسبت به افرادی که دشواری در تنظیم و بازداری هیجانی دارند، روابط بهتری دارند (لوپز و سالووی^۳، ۲۰۰۴). افرادی که دشواری در تنظیم هیجانی دارند نمی توانند موقعیت هیجانی خود را مجدداً به دست آورد، کمتر قادرند رابطه خود را حفظ کرده و احساس می کنند که در الگوهای منفی ارتباط با دیگران قرار می گیرند، آن ها خارج از کنترل بودن را احساس می کنند، بنابراین

¹ Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R

² Berendes

³ . Lopes & Salovey



از رضایت زناشویی کمتری برخوردارند (آبت^۱، ۲۰۰۵). درمان های نوین روانشناسی که به عنوان درمان های موج سوم روان درمانی شناخته می شوند به نقش منابع روانشناختی افراد در مواجهه با رویدادهای پر فشار تاکید نموده و بر این عقیده هستند که این منابع می توانند تدابیر درمانی لازم برای بهبود افراد تحت فشار را فراهم سازند (آزاد یکتا، ۱۳۹۸). از جمله درمان های مطرح موج سوم می توان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نام برد که بر مبنای نظریه زمینه گرایی کارکردی می باشد. طبق این نظریه هیچ یک از افکار، خاطرات و احساسات به ذات مشکل زا نبوده و کاملاً مشروط و وابسته به زمینه ای که اتفاق در آن افتاده است می باشند. در بافت های که اجتناب و بازداری به عنوان دو کارکرد مهم به حساب می آید، افکار، احساسات و خاطرات کارکردی آسیب زا به خود می گیرند، در حالی که در در محیط های دارای پذیرش بالا این افکار و احساسات دارای کارکردی متفاوت بوده و علی رغم دردناک بودن هیچگونه مانعی برای زندگی باعث ایجاد آسیب نمی گردند (برینکبورگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر مستقیم در مراجع هدف اصلی نبوده و بیشتر به دنبال کمک به مراجع به منظور برقراری ارتباط با تجارب خود دنبال می شود، از این جهت در این درمان به بیمار کمک می شود تا با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش خود درگیر شده و با تجارت خود درگیر شود.

براساس یافته های پژوهش پیشنهادهایی در ادامه ارائه می گردد:

- ✓ ساخت برنامه های آموزشی جهت شناساندن و معرفی نمودن واژه های تخصصی روانشناسی مثل طرحواره های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی و .. به خانواده ها.
- ✓ پیشنهاد می شود از طرف مراکز مشاوره و روانشناسی و همچنین از طرف مسئولین آموزشی و تربیتی دانشگاه ها به منظور کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی در بین مادران دارای کودک مبتلا به سرطان کارگاه هایی بر طرحواره ها و بازداری هیجانی ترتیب دهند.
- ✓ ایجاد کارگاه های آموزشی در مراکز مشاوره و روانشناسی و همچنین دانشگاه ها.
- ✓ فرهنگ سازی مسائل مربوط به کیفیت زندگی کودکان دارای بیماری های خاص از جمله سرطان جهت راحت تر پاسخ دادن آزمودنی ها.
- ✓ پیشنهاد می شود در این زمینه، علاوه بر تأثیر آموزش پذیرش و تعهد بر طرحواره های ناسازگار اولیه و بازداری هیجانی با تأثیر درمان های دیگر چون شناختی رفتاری و ... نیز مقایسه صورت گیرد.

منابع

- ارجمندقجور، کیومرث و اقبالی، علی. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (بر طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وابسته به متامفتامین). *رویش روان شناسی*. ۷(۱): ۱۵۱-۱۷۸.
- اشرف زاده، شایسته؛ پورابراهیمی، فاطمه؛ اولادی، صادق؛ هاشمی زاده، 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*. ۱۳(۵۳): ۱-۱۶.
- امیدی، مجید؛ قاسم زاده، سوگند و دهقان، حمیدرضا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی و نقص پردازش های شناختی هیجانی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله مطالعات ناتوانی*. ۸(۸۷): ۸-۱.
- آزاد یکتا، مهرانز. (۱۳۹۸). نقد و بررسی دیدگاه ها و درمان های نوین روان شناسی. *فصلنامه تعالی مشاوره و روان درمانی*. دوره ۸، صص: ۱-۱۴.
- آزادبخت، راحیل و وکیلی، پریش. (۱۳۹۲). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و رضایت زناشویی زنان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*. دوره ۴، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۵، صص: ۱۱-۱۸.
- بامبر، مارتین آر. (۱۹۹۹). *طرحواره درمانی*. ترجمه حمیدپور، حسن و زیرک، حسین. تهران: ارجمند.

1. Abbot

2. Brinkborg

جهانگیری، محمدمهدی؛ صالحی، مهدیه؛ عشایری، حسن و پاشاشریفی، حسن. (۱۳۹۴). اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران وسواس جبری مقاوم به درمان. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۲(۲): ۲۷-۱۳.

حاجی اقراری، لعیا؛ اسدی، فاطمه؛ جوازی، ثمینا و عاطف، طنناز. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی 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 طرحواره‌های 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 محقی، (۱۳۹۶). همدان: انتشارات فراگیر هگمتانه.

روزبهی، مهران؛ رضایی، علی محمد و علیپور دولت آباد، آزاده. (۱۳۹۶) مقایسه اثربخشی گروهی درمان مبتنی 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 روانشناختی*. دوره ۷، شماره ۲۸، صص: ۱۲۹-۱۴۵.

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

محبت بهار، سحر؛ اکبری، محمداسماعیل؛ 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.

محقی، 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 طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۵(۸): ۴۳-۲۳.

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

منشی، غلامرضا؛ زارعی، مجید و جعفری، حامد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران همودیلیزی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۲): ۲۰۴-۲۰۹.

نجاتی، وحید؛ شیر، اسماعیل و فرقانی، سمانه. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر برنامه توانبخشی هیجانی مبتنی بر رایانه بر درک حالات هیجانی در کودکان پیش دبستانی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۱(۱۲۰): ۲۵-۲۰.

نریمانی، محمد؛ عباسی، مسلم؛ بگلایان مرز، محمدجواد و بختی، مجتبی. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی دو رویکرد آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد و روایت درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق. *فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴(۱): ۱-۲۸.

نوروزی، حسن و هاشمی، الهام. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی مبتنی 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 Scremin 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.