

The Effects of Acceptance and Commitment Therapy on the Meaning of Life, Life Satisfaction, Cognitive Flexibility, and Suicidal Ideation in Individuals with Depression

Khorani J¹, *Ahmadi V², Mami SH², Valizadeh R³

Author Address

1. PhD Student in General Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychiatry, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran.

*Corresponding author's email: Vahid_ahmadi20@yahoo.com

Received: 2020 Jan 14; Accepted: 2020 Mar 18

Abstract

Background & Objectives: Depression is among the most prevalent diseases; it undoubtedly has multiple etiologies. Individuals with depression often find matters irreversible and believe that neither they can help themselves nor others can assist and support them. In depression, in addition to the depressed mood, there is a decrease in the motivation to conduct activities. Accordingly, the energy level is significantly reduced and the affected person always feels tired and without doing anything. Individuals with depression are also disinterested in themselves and their lives and often attribute various shortcomings and failures to self. This group is skeptical and often generates problems with thinking, focusing, and remembering. The current study aimed to determine the effects of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the meaning of life, cognitive flexibility, life satisfaction, and suicidal ideation in individuals with depression.

Methods: This was a Semi-quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population of this study included all patients with depression in Ilam City, Iran, who referred to counseling centers to seek treatment. The study sample consisted of 40 patients who were recruited by purposive sampling method among those who responded to the call of the researcher. Then, the study participants were randomly divided into two groups of ACT and control (n=20/group). The treatment program was administered to the experimental group for 8 sessions. The following questionnaires were used to collect the necessary data. Meaning in Life Questionnaire, i.e., presented by Stigter et al. (2005) to assess the meaning in life and effort of finding it. The Cognitive Flexibility Questionnaire: it was developed by Dennis and Wenderval (2010) to measure cognitive flexibility. It is used in challenging situations to replace dysfunctional thoughts with more efficient ones. The Beck Scale for Suicide Ideation (1991): it is a tool for measuring the intensity of attitudes, behaviors, and planning for suicide over the past week. Moreover, the Life Satisfaction Questionnaire was designed by Diner et al. (1985). This test was designed to measure one's overall judgment of life satisfaction, i.e., theoretically predicted by comparing living conditions with predetermined standards. Additionally, descriptive and inferential statistics and repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) were employed for data analysis in SPSS.

Results: The obtained results suggested that ACT significantly affected the meaning of life, cognitive flexibility, satisfaction with life, and suicidal ideation scores at posttest ($p < 0.001$). The increase in the scores of the meaning of life, cognitive flexibility, and suicidal ideation sustained at the follow-up stage. However, concerning life satisfaction, a significant level of the experimental intervention effect was missed over time.

Conclusion: The present study data revealed that ACT impacted the meaning of life, cognitive flexibility, life satisfaction, and suicidal ideation in the studied samples. Accordingly, the same obtained effects remained stable over time.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Meaning of life, Cognitive flexibility, Life satisfaction, Suicidal ideation.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، رضایت از زندگی، انعطاف پذیری شناختی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی

جواد خورانی^۱، * وحید احمدی^۲، شهرام مامی^۲، رضا ولی زاده^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام، ایلام، ایران؛

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران؛

۳. دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: Yahid_ahmadi20@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۴ دی ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۸ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از بیماری های بسیار شایع در جوامع کنونی بوده و بدون شک جزو معذور بیماری هایی قلمداد می شود که علل پدیدآورنده آن، اگر نگوییم بی شمار اما بسیار زیاد است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی در افراد مبتلا به افسردگی در شهر ایلام انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون-پس آزمون با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری تمامی بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه آماری شامل چهل نفر از بیماران بود که با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه، بیست نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بیست نفر گروه گواه قرار گرفتند. برنامه درمانی طی هشت جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. در این پژوهش، مقیاس معنای زندگی (استیگر و همکاران، ۲۰۰۵)، انعطاف پذیری شناختی (دنيس و وندروال، ۲۰۱۰)، سنجش افکار خودکشی (بک، ۱۹۹۱) و پرسشنامه رضایت از زندگی (دینر و همکاران، ۱۹۸۵) به کار رفت. جهت تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی تأثیر دارد ($p < 0.001$). همچنین این نتایج در متغیرهای معنای زندگی و انعطاف پذیری شناختی و افکار خودکشی در مرحله پیگیری در طی زمان پایدار بوده است؛ اما در رابطه با متغیر رضایت از زندگی در طی زمان مقدار معناداری از اثر مداخله آزمایشی از دست رفته است.

نتیجه گیری: براساس نتایج پژوهش حاضر می توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی و افکار خودکشی تأثیر دارد و این تأثیر در طی زمان نیز پایدار بوده است.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، معنای زندگی، انعطاف پذیری شناختی، رضایت از زندگی، افکار خودکشی.

اختلال افسردگی که بر هزاران میلیون نفر در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد (۱)، از بیماری‌های بسیار ناتوان‌کننده بوده که با علائم احساس غم و گناه، نبود تمرکز، فقدان لذت و خستگی روانی و جسمی همراه است (۲). فرانکل معتقد است نداشتن معنا در زندگی وضعیتی را به نام خلأ وجودی موجب می‌شود که این وضعیت، بروز اختلالات خلقی و اضطرابی را به دنبال دارد (۳). استیگر و فرازیر معنای زندگی را توانایی فرد برای درک زندگی، درک خود، دنیای خارج و سازگاری با آن تعریف می‌کنند (۴). میسر و همکاران وجود معنا را در زندگی به عنوان هدف یا مأموریتی می‌دانند و زمانی که فرد به هدف خود در زندگی می‌رسد معنای زندگی را تجربه می‌کند (۵) و از بهزیستی روان‌شناختی و رضایت از زندگی بیشتری برخوردار است (۶). رضایت از زندگی در حوزه روان‌شناسی مثبت قرار دارد و به عنوان قضاوتی است که در آن فرد کیفیت کل زندگی خود را براساس معیارهای منحصر به فردش ارزیابی می‌کند (۷).

به اعتقاد داینر رضایت از زندگی ساختاری پویا است که می‌تواند مطابق با موقعیت فعلی زندگی و استانداردهای شخصی فرد تغییر کند (۸). فرایند سازگاری با مسائل زندگی و رویدادهای تازه انعطاف‌پذیری شناختی است که به عنوان توانایی انطباق با موقعیت‌ها و تغییر دیدگاه‌ها تعریف می‌شود (۹). انعطاف‌پذیری شناختی به فرد اجازه می‌دهد تا خلاقانه پاسخ دهد و با مشکلات سازگار شود (۱۰). نتایج پژوهش میران و همکاران نشان می‌دهد که بین انعطاف‌پذیری شناختی و افسردگی همبستگی معناداری وجود دارد (۱۱). نتایج مطالعه پورحسین و همکاران مشخص کرد که افسردگی سهم بیشتری را در پیش‌بینی افکار خودکشی ایفا می‌کند (۱۲). افکار خودکشی به ایده آسیب‌زدن به خود یا کشتن خود اشاره دارد که می‌تواند از ایده‌های مبهم تا برنامه خودکشی را شامل شود (۱۳). نتایج یافته‌های یانگ و همکاران نشان داد، اشخاص دارای افکار خودکشی، نرخ بیشتری از مشکلاتی مانند افسردگی دارند (۱۴). برون و همکاران در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات خلقی و اضطرابی تأثیرگذار است (۱۵).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شکلی از درمان شناختی بوده (۱۶) و هدف از این رویکرد شناسایی و به حداقل رساندن تحریف شناختی و کنترل مشکل و تحلیل منطقی است (۱۷). نتایج پژوهش باروز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش عمل به ارزش‌ها و بهبود رضایت از زندگی می‌شود (۱۸). نتایج مطالعات داول و همکاران (۱۹) و سوت و همکاران (۲۰) مشخص کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اثر معناداری در بهبود انعطاف‌پذیری شناختی دارد. همچنین واسلر و همکاران در پژوهشی دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش افسردگی و افکار خودکشی می‌شود (۲۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان یکی از درمان‌های نسل سوم به علت تأکید بر چرخه‌های کارکردی و در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی، موجب تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی این درمان در مقایسه با دیگر درمان‌ها می‌شود؛ همچنین این

درمان می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان‌های پرهزینه باشد؛ بنابراین باتوجه به مطالب گفته‌شده هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در بیماران افسرده بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با مرحله پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به افسردگی شهر ایلام در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که جهت درمان افسردگی به مراکز مشاوره مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر نمونه‌گیری هدفمند بود. جهت اجرای پژوهش در ابتدا پرسشنامه افسردگی بک و همکاران (۲۲) اجرا شد و بیماران با تأیید تشخیص افسردگی (چهل بیمار) انتخاب شدند. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند. سپس افراد به صورت تصادفی در دو گروه، بیست نفر گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بیست نفر گروه گواه جایگزین شدند. در گروه‌ها اعم از گروه آزمایشی و گروه گواه پیش‌آزمون اجرا شد. گروه آزمایشی در معرض هشت جلسه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت؛ اما گروه گواه هیچ‌گونه مداخله آزمایشی دریافت نکرد. پس از مداخله، پس‌آزمون در هر دو گروه انجام پذیرفت و پس از گذشت سه ماه، آزمون پیگیری نیز در هر دو گروه اجرا شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تأیید بیماران مبتلا به افسردگی؛ قراردادن بیماران در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، رضایت‌مندی از شرکت در پژوهش؛ نداشتن بیماری‌های جسمی. ملاک‌های خروج شامل همکاری نکردن برای شرکت در جلسات آموزشی و غیبت بیش از دو جلسه بود. به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

– پرسشنامه معنا در زندگی^۱: این مقیاس توسط استیگر و همکاران (۲۰۰۵) جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه شد (۴). مقیاس شامل ده سؤال و دو زیرمقیاس است که وجود معنا در زندگی و نیز جست‌وجو برای یافتن معنا را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری آزمون به صورت طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (یک‌نمره) تا کاملاً درست (هفت نمره) انجام می‌شود. اعتبار این مقیاس برای وجود معنا در زندگی ۰/۸۶ و برای زیرمقیاس جست‌وجو برای یافتن معنا ۰/۸۷ برآورد شد. پایایی آزمون و بازآزمون این مقیاس در ایران در پژوهش اشتاد (۱۳۸۹) با دو هفته فاصله برای زیرمقیاس وجود معنا ۰/۸۴ و برای زیرمقیاس جست‌وجوی معنا ۰/۷۴ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس جست‌وجوی معنا ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس داشتن معنا ۰/۷۸ محاسبه شد (۲۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۵ به دست آمد.

– سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی^۲: پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) ساخته شد (۲۴). این پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر بیست سؤال است و برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که در موقعیت فرد برای چالش و جایگزینی

۲. Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

۱. The Meaning In Life Questionnaire (MLQ)

ده سؤال از صفر تا بیست است. نمره کلی فرد براساس جمع نمرات از ۳۸ تا ۰ قرار دارد. در این آزمون هرچه امتیاز فرد بیشتر باشد، میزان افکار خودکشی او بیشتر است. بک (۱۹۹۱) ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (۲۶). انیسی، فتیحی آشتیانی، سلیمی و احمدی در پژوهشی بر روی صد نفر آزمودنی مرد با دامنه سنی ۱۹ تا ۲۸ سال، اعتبار و روایی افکار خودکشی بک را ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که مقیاس بک با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی دارد و اعتبار مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و با روش دونهی ۰/۷۵ است (۲۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۶ به دست آمد.

– مقیاس رضایت از زندگی^۲: پرسشنامه رضایت از زندگی توسط دینر و همکاران (۱۹۸۵) طراحی شد (۲۸). این آزمون برای اندازه‌گیری قضاوت کلی فرد از رضایت از زندگی طراحی شده است که به طور نظری براساس مقایسه شرایط زندگی با استانداردهای از پیش تعیین شده پیش‌بینی می‌شود. مقیاس پنج سؤال را در بر می‌گیرد. مقیاس پاسخ‌گویی به این سؤالات براساس مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تشکیل شده است. ضرایب پایایی هماهنگی درونی و بازآزمایی مقیاس در بین دانشجویان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۲ به دست آمد. در پژوهش تقریبی و همکاران ضریب ثبات داخلی ابزار ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ محاسبه شد و توسط روش همبستگی با کل مقیاس و آزمون مجدد، پایایی آن تأیید گردید (۲۹). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۵ به دست آمد.

افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم بوده، به کار می‌رود. نمره‌گذاری آزمون به شکل طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (یک) تا کاملاً موافقم (هفت) صورت می‌گیرد. سؤالات ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود. بیشترین نمره اخذ شده توسط فرد در این پرسشنامه ۱۴۰ و کمترین نمره ۲۰ است. نمره بیشتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره کمتر و نزدیک به ۲۰ بیانگر انعطاف‌پذیری شناختی کمتر است. در پژوهش دنیس و وندروال اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک برابر ۰/۳۹ و روایی همگرایی آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ به دست آمد. سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند (۲۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد و ۰/۹۹ به دست آمد.

– مقیاس افکار خودکشی^۱: مقیاس سنجش افکار خودکشی بک (۱۹۹۱) ابزاری خودسنجی ۱۹ سؤالی برای آشکارشدن و اندازه‌گرفتن شدت نگرش‌ها و رفتارها و نیز برنامه‌ریزی برای انجام خودکشی در طی هفته گذشته است. هر سؤال خود سه گزینه دارد. درجه نقطه‌ای مقیاس از صفر تا دو است (نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تا حدودی، نمره دو یعنی زیاد). اگر پاسخ‌دهنده گزینه اول را علامت بزند نمره صفر و گزینه دوم نمره یک و گزینه سوم نمره دو به او تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات میل به مردن با پنج سؤال از صفر تا ده و خودکشی منفعل با چهار سؤال از صفر تا هشت و خودکشی فعال با

جدول ۱. شرح محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش والز و سورل

جلسه	شرح
اول	برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
دوم	کشف و بررسی روش‌های درمانی بیمار و ارزیابی میزان تأثیر آن‌ها، بحث درباره موقتی و کم‌اثربودن درمان‌ها با استفاده از تمثیل و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل و پی‌بردن به بهبودی آن‌ها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با استفاده از تمثیل، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
چهارم	توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و آگاهی از پیامدهای آن، آموزش گام‌های پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل، آموزش تن‌آرامی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
پنجم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار مشاهده‌شدنی و بحث درباره تلاش برای تغییر رفتار براساس آن، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
ششم	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویشتن به عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل، آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های مربوط به محتوای ذهنی. دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هفتم	توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توان‌مندکردن مراجع برای زندگی بهتر، تمرین تمرکزی، دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
هشتم	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون.

شناختی؛ خود به عنوان زمینه؛ آگاهی از زمان حال؛ روشن‌سازی ارزش‌ها؛ تعهد به عمل (۳۰). فورمن متوسط اندازه اثر این روش مداخله‌ای را ۰/۵۳ درصد گزارش کرد (۳۱). در این راستا در مطالعه دیگری که توسط کلارک و همکاران انجام پذیرفت متوسط میزان اندازه اثر ۰/۶۸ درصد و روایی درونی پذیرفتی (ضریب کاپا ۰/۶۲ درصد)

– درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳: آموزش گروهی پذیرش و تعهد در هشت جلسه یک‌و نیم‌ساعته (جدول ۱) آموزش داده شد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از روش‌های رفتاردرمانی موج سوم است که شش فرایند محوری دارد و باعث انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ جداسازی یا گسلش

3. Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT)

1. Suicide Scale Ideation (SSI)

2. Satisfaction with life scale (SWLS)

گزارش شد (۳۲).

جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

نمونه آماری پژوهش شامل چهل نفر از زنان و مردانی بود که جهت درمان افسردگی به مراکز مشاوره مراجعه داشتند. در گروه آزمایش ده مرد و ده زن و در گروه گواه ده مرد و ده زن شرکت کردند. میانگین سن

مردان گروه آزمایش ۳۱/۲ سال و انحراف معیار آن ۶/۹۴ و میانگین سن زنان ۳۰ سال و انحراف معیار آن ۶/۸۷ به‌دست آمد. همچنین میانگین سن مردان گروه گواه ۳۰/۸ سال و انحراف معیار آن ۶/۳۸ و میانگین سن زنان ۳۱ و انحراف معیار آن ۶/۵۴ سال بود. قبل از انجام تحلیل واریانس ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی و تأیید شد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون لوین به‌کار رفت و نتایج نشان داد این آزمون معنادار نیست.

جدول ۲. مشخصات توصیفی متغیرهای معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به‌همراه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
معنای زندگی	درمان پذیرش و تعهد گواه	۲۰/۷۰	۴/۶۱	۳۹/۸۵	۸/۳۲	۳۹/۷۰	۸/۲۷	۵۲/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۸
انعطاف‌پذیری شناختی	درمان پذیرش و تعهد گواه	۱۹/۹۰	۴/۸۳	۲۰	۴/۸۱	۱۹/۷۵	۴/۹۰	۱۳۴/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۷۸
افکار خودکشی	درمان پذیرش و تعهد گواه	۲۷/۲۵	۴/۵۹	۱۳/۳۵	۵/۹۷	۱۱/۶۸	۳/۰۱	۶۳/۳۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۳
رضایت از زندگی	درمان پذیرش و تعهد گواه	۸/۴۵	۲/۰۸	۱۴/۳۰	۱/۷۱	۱۳/۴۰	۲/۸۷	۳۷/۶۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۰

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	موقعیت	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار p
معنای زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۶۲	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۹/۴۲	۰/۶۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۲۰	۰/۱۱	۰/۲۳۷
انعطاف‌پذیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۸/۰۲	۰/۷۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۸/۰۲	۰/۷۶	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۱۱	۱
افکار خودکشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۰۷۱	۰/۸۰۴	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۷۱	۰/۲۷	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۶۳	۰/۷۷	۱
رضایت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۳/۱۰	۰/۱۱	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۲/۹۲	۰/۰۹۸	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷	۰/۰۵۵	۰/۰۰۸

باتوجه به نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات مقیاس معنای زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی و رضایت از زندگی در گروه درمان پذیرش و تعهد افزایش یافته و نمرات مقیاس افکار خودکشی در گروه درمان پذیرش و تعهد کاهش یافته است. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای این چهار متغیر در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بیانگر آن است که تفاوت معناداری در اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی ($p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۵۲/۵۳$)، انعطاف‌پذیری شناختی ($p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۱۳۴/۶۸$)، افکار خودکشی ($p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۶۳/۳۳$) و رضایت از زندگی ($p < ۰/۰۰۱$ ، $F = ۳۷/۶۹$) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه وجود دارد. جدول زیر نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که اختلاف میانگین متغیر وابسته معنای

زندگی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین اعمال مداخله آزمایشی نمره معنای زندگی را افزایش داده است؛ اما تفاوت میانگین معنای زندگی در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود که این نتیجه نشان می‌دهد اثر مداخله در طی زمان پایدار بوده است. اختلاف میانگین متغیر وابسته انعطاف‌پذیری در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌صورت معنادار به‌دست آمد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین اعمال مداخله آزمایشی نمره انعطاف‌پذیری را افزایش داده است؛ اما تفاوت میانگین انعطاف‌پذیری در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. این نتیجه مشخص می‌کند مداخله در طی زمان پایدار بوده است. اختلاف میانگین متغیر وابسته افکار خودکشی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$)؛ بنابراین اعمال مداخله آزمایشی نمره افکار خودکشی را کاهش داده است؛ اما تفاوت میانگین افکار خودکشی در موقعیت

پس آزمون و پیگیری معنادار نبود که این نتیجه نشان می‌دهد مداخله در طی زمان پایدار بوده است. اختلاف میانگین متغیر وابسته رضایت از زندگی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت معنادار به دست آمد ($p < 0.001$)؛ بنابراین اعمال مداخله آزمایشی نمره رضایت از زندگی را افزایش داده است. همچنین تفاوت میانگین رضایت از زندگی در موقعیت پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود که این نتیجه نشان می‌دهد در طی زمان مقدار معناداری از اثر مداخله آزمایشی از دست رفته است.

۴ بحث

نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، افکار خودکشی و رضایت از زندگی در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد. همچنین نتایج مشخص کرد که این تأثیر در مرحله پیگیری در متغیرهای معنای زندگی و انعطاف‌پذیری شناختی و افکار خودکشی معنادار نیست؛ یعنی مداخله در طی زمان پایدار مانده است؛ اما در متغیر رضایت از زندگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی زمان تغییر کرده و پایدار نبوده است.

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معنای زندگی تأثیر دارد. این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش مقبل اصفهانی و حقایق همخوان است (۳۳). در ارتباط با اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر معناداری زندگی هیز و همکاران معتقدند، افراد افسرده‌ای که احساس معنا در زندگی نمی‌کنند، به علت نوع نگاهشان به خود و دنیا و آینده، حس کامل بودن و مفید بودن ندارند. این افراد از آنجاکه خود را غرق افکار و احساسات بی معنا و منفی می‌کنند، دارای تعاملات اجتماعی مناسبی نیستند؛ اما با شرکت در جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، به نگرش یا رابطه متفاوت با افکار و احساسات و عواطف دست یافته و حس معناداری زندگی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۱۷).

بنابراین براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار و احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترل نامؤثر کاهش پیدا کند. به افراد آموخته می‌شود هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته، بی اثر است یا اثر معکوس دارد. همچنین در این میان بر آگاهی روانی فرد در لحظه افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد و به فرد آموخته می‌شود خود را از این تجارب ذهنی جدا کند. در نهایت آموزش‌های اصلی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص‌شان کند و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل نماید. این آموزش‌ها باعث کاهش احساس پوچی و افزایش وجود معنا در زندگی فرد می‌شود (۳۴).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. این یافته با نتایج پژوهش هربرت ویلسون و استوری و ویلسون (۳۵) و نیز توهیگ، ویلاردگا، لوین و هیز (۳۶) همخوان است. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد را تشویق می‌کند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند یابند و مجذوب آن‌ها شوند. از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب از تجارب، فرایند آسیب‌زایی را به وجود می‌آورد که در ایجاد و

گسترش تعارضات نقش دارد (۳۷). بوهلمی جر و همکاران نیز معتقدند که پذیرش، بحث‌های غیرمؤثر را به سمت تغییرات اساسی هدایت می‌نماید و فضایی را برای افراد باز می‌کند تا افکار و احساساتشان را بدون تلاش برای تغییر دریابند. این تمرینات کمک می‌کند فرد مستقیماً با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود خصوصاً در جلسات درمانی تماس پیدا کند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل یا کشمکش با آن‌ها تجربه نماید. فرد نه تنها تجربه کامل افکار و هیجانات را دارد، بلکه به طرف مقابل نیز اجازه می‌دهد تا چنین تجربه‌ای داشته باشد (۳۸)؛ بنابراین هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند و اجتناب‌ناپذیر و پریشان‌کننده است.

دیگر نتیجه پژوهش نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت از زندگی تأثیر دارد. این یافته با نتیجه پژوهش محمدعلی و صداقت همخوان است (۳۹). رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تمرکز کردن روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعان کمک می‌کند شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند و خود را از کنترل قوانین کلامی که سبب ایجاد مشکلاتشان شده، خلاص نمایند؛ همچنین به آنان اجازه می‌دهد از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (۴۰). به باور هیز و استروسال با وارد شدن فرد به فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز و گرفتارآمدن در فرایندهای ذهنی-کلامی منفی که معطوف به خود و دیگران بوده و در متن افسردگی به شدت تقویت گردیده است، به تدریج اصلاح شده و تغییر می‌کند. در فرایندهای ذهنی-کلامی منفی، رضایت از زندگی به عنوان سازه‌ای نگرشی به شدت از این فرایندهای ذهنی-کلامی متأثر است (۴۱). ایده زیربنایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این است که آنچه از تسلط و اراده ما خارج بوده، بپذیریم؛ همچنین نیروی خود را به جای مصرف در مسیری که به تغییری مثبت و سازنده منتهی نمی‌شود، به سوی آنچه برای زندگی ارزش و اهمیت داشته، هدایت کنیم (۴۲)؛ بنابراین در این درمان بر پذیرش آنچه نمی‌توان به طور مستقیم تغییر داد به عنوان ابزاری جهت تشخیص و تغییر آنچه تغییرپذیر بوده، تأکید می‌شود. حضور در اینجا و اکنون، باعث می‌گردد افراد درگیر قضاوت‌ها درباره تجارب ناخوشایند گذشته و آینده خودشان نشوند. فرایند تماس با لحظه لحظه‌های زندگی به فرد کمک می‌کند تا وضعیت را تحمل‌پذیر نماید و تجربه لحظه‌های واقعی زندگی‌اش را بپذیرد. این درمان اجتناب از درد و استرس را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می‌انجامد (۴۳).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی تأثیر دارد. این یافته با نتیجه پژوهش والسر و همکاران همخوان است (۲۱). در تبیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار خودکشی می‌توان گفت، براساس رویکردهای شناختی برای درمان افکار خودکشی و کاهش آن، از فنون شناختی، بررسی دلایل خودکشی، بررسی شواهد موافق و مخالف آن، آزمایش‌های رفتاری و جدول زمانی فعالیت استفاده می‌شود. فنون شناختی به بازپردازش خطاهای شناختی ایجادشده می‌پردازد. در این روش بیمار با بررسی کیفیت و راستی‌آزمایی شواهد و با فنون آزمایش رفتاری، خطاها و

و کاهش افکار خودکشی در مبتلایان به افسردگی می‌شود؛ به‌طوری‌که تأثیر درمان در طی زمان نیز پایدار بوده است.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام عزیزانی که به‌نحوی در انجام این پژوهش همکاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام با کد ۲۲/۱۱/۲۰۵۹۴ است.

تحریف‌های شناختی را به محک تجربه گذاشته و درنهایت رویکرد محدود با سوگیری منفی در وی به چالش کشیده می‌شود و به شناخت‌های منطقی و معقول دست می‌یابد (۴۴). تحقیق حاضر صرفاً در بین افراد ۲۵ تا ۴۵ سال انجام شد؛ بنابراین قدرت تعمیم یافته‌ها را به همهٔ افراد جامعه محدود می‌کند. پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در سایر گروه‌های سنی نیز اجرا شود.

۵ نتیجه‌گیری

برطبق نتایج می‌توان استنباط کرد که درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد منجر به بهبود معنای زندگی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایت از زندگی

References

1. Hyman S. Mental health: depression needs large human-genetics studies. *Nature*. 2014;515(7526):189–91. doi: [10.1038/515189a](https://doi.org/10.1038/515189a)
2. Jat MI, Afridi MI, Amar W, Lal C. Prevalence of Migraine among patients of Depressive Disorder. *Pak J Med Sci*. 2018;34(4):964–7. doi: [10.12669/pjms.344.14693](https://doi.org/10.12669/pjms.344.14693)
3. Frankl VE. *The Unheard Cry for Meaning: psychotherapy and humanism*. New York: Simon and Schuster; 1985.
4. Steger MF, Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*. 2005;52(4):574–82. doi: [10.1037/0022-0167.52.4.574](https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574)
5. Meier A, Edwards H. Purpose-in-Life Test: Age and sex differences. *Journal of Clinical Psychology*. 1974;30(3):384–6. doi: [10.1002/1097-4679\(197407\)30:3<384::AID-JCLP2270300351>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1097-4679(197407)30:3<384::AID-JCLP2270300351>3.0.CO;2-V)
6. Chan DW. Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong Kong. *Educational Psychology*. 2009;29(2):139–51. doi: [10.1080/01443410802570907](https://doi.org/10.1080/01443410802570907)
7. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*. 1978;5(1):475–92. doi: [10.1007/BF00352944](https://doi.org/10.1007/BF00352944)
8. Diener E. New findings and future directions for subjective well-being research. *Am Psychol*. 2012;67(8):590–7. doi: [10.1037/a0029541](https://doi.org/10.1037/a0029541)
9. Karwowski W. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*. Boca Raton, FL: CRC/Taylor & Francis; 2006.
10. Kreutzer CP, Bowers CA. Making Games for Health Engaging: The Influence of Cognitive Skills. *Games Health J*. 2016;5(1):21–6. doi: [10.1089/g4h.2015.0048](https://doi.org/10.1089/g4h.2015.0048)
11. Meiran N, Diamond GM, Toder D, Nemets B. Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Res*. 2011;185(1–2):149–56. doi: [10.1016/j.psychres.2010.04.044](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.044)
12. Pourhossein R, Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nouroollahi F. The relationship of suicidal thoughts, depression, anxiety, resilience, daily stress and mental health in university of Tehran students. *Clinical Psychology Studies*. 2014;4(14):21–40. [Persian] http://jcps.atu.ac.ir/article_505_fe2ee67b26437656dc17b3fbc4f53246.pdf
13. Gliatto MF, Rai AK. Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. *AFP*. 1999;59(6):1500–6.
14. Yang S-J, Kim J-M, Kim S-W, Shin I-S, Yoon J-S. Bullying and victimization behaviors in boys and girls at South Korean primary schools. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(1):69–77. doi: [10.1097/01.chi.0000186401.05465.2c](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000186401.05465.2c)
15. Brown LA, Forman EM, Herbert JD, Hoffman KL, Yuen EK, Goetter EM. A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: a pilot study. *Behav Modif*. 2011;35(1):31–53. doi: [10.1177/0145445510390930](https://doi.org/10.1177/0145445510390930)
16. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG, Bissett RT, Pistorello J, Toarmino D, et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec*. 2004;54(4):553–78. doi: [10.1007/BF03395492](https://doi.org/10.1007/BF03395492)
17. Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976–1002. doi: [10.1177/0011000012460836](https://doi.org/10.1177/0011000012460836)
18. Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. *Clinical Case Studies*. 2013;12(3):246–59. doi: [10.1177/1534650113479652](https://doi.org/10.1177/1534650113479652)
19. Deval C, Bernard-Curie S, Monestès J-L. Effects of an acceptance and commitment therapy intervention on leaders' and managers' psychological flexibility. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2017;27(1):34–42. doi: [10.1016/j.jtcc.2016.10.002](https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2016.10.002)
20. Scott W, Hann KEJ, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *J Contemp Psychother*. 2016;46:139–48. doi: [10.1007/s10879-016-9328-5](https://doi.org/10.1007/s10879-016-9328-5)
21. Walser RD, Garvert DW, Karlin BE, Trockel M, Ryu DM, Taylor CB. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behav Res Ther*. 2015;74:25–31. doi: [10.1016/j.brat.2015.08.012](https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012)
22. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–97. doi: [10.1207/s15327752jpa6703_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13)

23. Ashtad E. Barrasi asarbakhshi goroooh darmani-e shenakhti bar behzisti-e zehni-e daneshjooyan [The effectiveness of cognitive group therapy on students' subjective well-being] [Thesis for M.Sc in Clinical Psychology]. [Tehran, Iran]: Iran University of Medical Sciences; 2009. [Persian]
24. Dennis JP, Vander Wal JS. The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cogn Ther Res*. 2010;34(3):241–53. doi: [10.1007/s10608-009-9276-4](https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4)
25. Soltani E, Shareh H, Bahrainian, SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pajooohandeh Journal*. 2013;18(2):88–96. [Persian] <http://pajooohande.sbm.ac.ir/article-1-1518-en.pdf>
26. Beck AT. Manual for the beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991.
27. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. *Journal Mil Med*. 2006;8(2):113–8. [Persian] <http://militarymedj.ir/article-1-207-en.pdf>
28. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71–5. doi: [10.1207/s15327752jpa4901_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
29. Tagharrobi Z, Sharifi K, Sooky Z, Tagharrobi L. Psychometric evaluation of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in the students of Kashan nursing & midwifery faculty, Kashan, Iran. *Qom Uni Med Sci J*. 2012;6(1):89–98. [Persian] <http://journal.muq.ac.ir/article-1-99-en.pdf>
30. Vowles KE, Sorrell JT. Life with chronic pain: An acceptance-based approach (therapist guide and patient workbook). Unpublished manuscript; 2007.
31. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif*. 2007;31(6):772–99. doi: [10.1177/0145445507302202](https://doi.org/10.1177/0145445507302202)
32. Clarke S, Kingston J, James K, Bolderston H, Remington B. Acceptance and Commitment Therapy group for treatment-resistant participants: A randomized controlled trial. *J Contextual Behav Sci*. 2014;3(3):179–88. doi: [10.1016/j.jcbs.2014.04.005](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.04.005)
33. Moghbel Esfahani S, Haghayegh SA. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience, meaning in life, and family function in family caregivers of patients with schizophrenia. *The Horizon of Medical Sciences*. 2019;25(4):298–311. [Persian] <http://hms.gmu.ac.ir/article-1-3054-en.pdf>
34. Forman EM, Herbert JD. New Directions in Cognitive Behavior Therapy: Acceptance-based therapies. In: O'Donohue WT, Fisher JE. General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy. New Jersey: John Wiley and Sons; 2009.
35. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *Eur J Cancer Care*. 2015;24(1):15–27. doi: [10.1111/ecc.12223](https://doi.org/10.1111/ecc.12223)
36. Twohig MP, Vilaradaga JCP, Levin ME, Hayes SC. Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015;4(3):196–202. doi: [10.1016/j.jcbs.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001)
37. Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Lamers SMA, Schreurs KMG. Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. *Front Psychol*. 2016;7:353. doi: [10.3389/fpsyg.2016.00353](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00353)
38. Bohlmeijer ET, Lamers SMA, Fledderus M. Flourishing in people with depressive symptomatology increases with Acceptance and Commitment Therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2015;65:101–6. doi: [10.1016/j.brat.2014.12.014](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014)
39. Mohamadali, Sedaghat. The effectiveness of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on life satisfaction among mothers of children with cancer. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;9(2):29–36. [Persian] doi: [10.22075/jcp.2017.10162](https://doi.org/10.22075/jcp.2017.10162)
40. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. doi: [10.1016/j.brat.2005.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006)
41. Hayes SC, Strosahl KD. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer; 2004.
42. Hayes SC. Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2008;15(4):286–95. doi: [10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x)
43. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Vilardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. 2013;44(2):180–98. doi: [10.1016/j.beth.2009.08.002](https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002)
44. Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2003.