

Studying the Effectiveness of Treatment Based on Acceptance and Commitment on Improving Problems Related to Sleep and Social Isolation in Patients with Ostomy in Ghaem Clinic, Mashhad

Authors

Zahra Daghigh¹, Malihe Arabhashemi^{2*}

1. Master student of general psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran. zahra.daghigh@gmail.com

2. Assistant Professor Department of Educational Sciences, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran (Corresponding Author)

Abstract

Receive Date:
30/03/2021

Accept Date:
08/07/2021



Introduction: Gastrointestinal ostomy has a great impact on a person's personality perspective, which causes major changes in lifestyle, communication, sleep, marriage, and self-esteem. Over the past decades, mindfulness and acceptance-based approaches to psychotherapy have made significant progress; Therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of treatment based on acceptance and commitment to social isolation and sleep problems of people with ostomy in Ghaem clinic in Mashhad.

Method: The research design was quasi-experimental, pretest-posttest with a control group. The sample consisted of 40 patients who underwent surgery in the last 6 months of 2018 and underwent an ostomy and were referred to Ghaem Clinic in Mashhad on an outpatient basis in 98-99. Which were selected by available sampling and randomly assigned to experimental and control groups (20 people in each group). In this study, a questionnaire of behaviors related to Ray and Harvey's sleep and social isolation with 18 questions was used. Interventions were performed according to the protocol of Hayes, Strosahl, and Wilson acceptance and commitment therapy sessions during 8 90-minute training sessions, one session per week.

Result: The results of multivariate analysis of covariance showed that after the intervention, a significant difference was observed in the mean score of social isolation test and sleep-related behaviors in the experimental and control groups ($p < 0.001$).

Discussion and conclusion According to the results of this research, treatment based on acceptance and commitment can have a significant effect on the social isolation and sleep problems of people with ostomies and have the necessary efficiency. This means that performing this treatment method improves sleep problems and social isolation. It has been investigated in the community.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, Sleep Problems, Social Isolation, Ostomy.

Corresponding Author's E-mail

arabhashemi_m@yahoo.com

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مشکلات مربوط به خواب و انزوای اجتماعی در بیماران دارای استومی کلینیک قائم شهر مشهد

نویسندگان

زهرا دقاق^۱، ملیحه عرب‌هاشمی^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران
zahra.daghigh@gmail.com

۲. استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران (نویسنده مسئول)

چکیده

مقدمه: ایجاد استومی گوارشی تأثیر بسیار زیادی بر چشم‌انداز شخصیتی فرد ایجاد می‌کند که باعث تغییرات بزرگی در شیوه زندگی، ارتباطات، خواب، ازدواج و عزت‌نفس فرد می‌شود. در دهه‌های گذشته، ذهن‌آگاهی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش در روان‌درمانی پیشرفت‌های چشمگیری داشته است؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انزوای اجتماعی و مشکلات خواب افراد دارای استومی کلینیک قائم شهر مشهد، انجام گرفته است.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش ۴۰ بیمار که در ۶ ماه پایانی سال ۹۸ تحت عمل جراحی قرار گرفته و به دنبال آن استومی برایشان گذاشته شده بود و در سال ۹۹-۹۸ به صورت سرپایی به کلینیک قائم مشهد مراجعه می‌کردند، بود که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. در این پژوهش از پرسشنامه رفتارهای مرتبط با خواب ری و هاروی و انزوای اجتماعی ۱۸ سوالی استفاده شده است. مداخلات بر اساس پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز، استروسال و ویلسون طی ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه اجرا شد.

نتایج: یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که پس از مداخله، تفاوت معناداری در میانگین نمره آزمون انزوای اجتماعی و رفتارهای مرتبط با خواب در گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد ($p < 0/001$)
بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر انزوای اجتماعی و مشکلات خواب افراد دارای استومی، تأثیر معناداری داشته و از کارایی لازم برخوردار باشد. به این معنی که انجام این روش درمان، باعث بهبود مشکلات خواب و انزوای اجتماعی در جامعه مورد بررسی شده است.

تاریخ دریافت:
۱۴۰۰/۰۱/۱۰

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۰/۰۴/۱۷



کلیدواژه‌ها

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشکلات مربوط به خواب، انزوای اجتماعی، استومی.

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

arabhashemi_m@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

مقدمه

شناخت، پریشانی و تجربه هیجان‌های منفی است که از کمبودهای فردی در روابط اجتماعی ناشی می‌شود [۹]. احساس تنهایی هسته اصلی بسیاری از اختلال‌های عاطفی است و زمانی ایجاد می‌شود که تعاملات مهم و معنادار اجتماعی از نظر کمی یا کیفی افت چشمگیری یابد [۱۰]. در مطالعه کورن ول^۱ و ویت^۲ آنزوی عینی و ذهنی هر یک به طور مستقل با سلامت مرتبط بودند [۱۱]. مطابق با پژوهش هورتولانس^۳ و همکاران، ۶۸ درصد از افراد منزوی از یک بیماری مزمن رنج می‌برند [۱۲]. علاوه بر مشکلاتی مثل ورزش کردن، در اجتماع بودن، انجام روابط جنسی و لباس پوشیدن، مشکل در به خواب رفتن و کاهش کیفیت خواب از عوارض شایع‌ست که بیماران دارای استومی از آن شکایت می‌کنند [۱۳].

خواب از ضروریات حیات است؛ به طوری که انسان‌ها حدود یک سوم از دوران زندگی خود را به خواب اختصاص می‌دهند. همچنین خواب یکی از مهمترین نیازهای زندگی فردی است که نقش زیادی در تمامی ابعاد سلامت افراد ایفا می‌نماید. خواب ناکافی می‌تواند عملکرد هموستاز، عملکرد عصبی و خلق و خوی و سیستم ایمنی فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۱۴، ۱۵]. مختل شدن چرخه خواب و بیداری بر مختل شدن سایر اعمال فیزیولوژیک بدن تأثیر می‌گذارد. مثل کاهش اشتها، احساس خستگی، فقدان تمرکز حواس، تشدید بیماری‌ها و مشکلات جسمی. اختلالات خواب به دوصورت بی‌خوابی و بدخوابی نمایان می‌شوند، بی‌خوابی عبارت است از اختلال در خواب، از جمله اشکال در به خواب رفتن، اشکال در باقی ماندن در حالت خواب، بیدار شدن متناوب، بیدار شدن صبح خیلی زود، یا ترکیبی از این حالات. بدخوابی شامل خواب بیش از اندازه، خواب ناکافی، خواب با کیفیت پایین، اشکال در به خواب رفتن، بیداری‌های پیاپی و مشکلات تنفسی در هنگام خواب می‌باشد. به دلیل اهمیت تأثیر چرخه خواب و بیداری بر حیطه‌های مختلف زندگی فرد، مثل سیستم ایمنی بدن، کیفیت خواب از عوامل تأثیرگذار بر سلامتی افراد است. بیماری و درد جسمی کیفیت و کمیت خواب را تحت تأثیر قرار می‌دهند. کیفیت خواب ضعیف و یا خواب‌آلودگی سبب کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و کاهش عملکرد روزانه می‌شود. خواب بی‌کیفیت باعث اختلال در احساسات، اندیشه و انگیزش فرد

استومی گوارشی به عنوان یک دهانه در ناحیه‌ی شکم به منظور توانایی برای دفع، تعریف شده است که می‌تواند به دلایل گوناگونی از قبیل سرطان، آسیب و صدمات، بیماری التهابی روده و انسداد روده برای بیمار تعبیه شده باشد [۱]. سرطان‌های کولورکتال یکی از علل مهم و اصلی در نیاز بیمار جهت تعبیه استومی گوارشی می‌باشد. به طور جهانی سرطان‌های کولورکتال سومین سرطان شایع در بین مردان بعد از سرطان ریه و پروستات و دومین سرطان در بین زنان بعد از سرطان پستان می‌باشند. بدون شک ابتلا به سرطان باعث ایجاد فشار روانی روی بیماران می‌شود و حتی بستگان بیمار، همکاران و دوستان نزدیک فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲].

با وجود این که عمل کلهستومی یک عمل جراحی متداول است، برخی گزارشات حاکی از آن است که بالغ بر ۷۰ درصد بیماران عوارض بعد از عمل را تجربه می‌کنند و داشتن عارضه مساوی است با هزینه‌های بالا برای سیستم مراقبت سلامت که به بستری طولانی‌تر بیماران و افزایش پذیرش بیماران در بیمارستان منجر می‌شود [۳]. پژوهشی که توسط صادقی و همکاران در ایران انجام شد نشان داد که مانند دیگر عوارض، مشکلات روانشناختی در بین بیماران دارای استومی بسیار شایع است و داشتن استومی اغلب سبب تغییر و مشکلاتی در تعاملات اجتماعی، ملاحظات شغلی و فعالیت‌های روزمره بیمار می‌شود [۴]. استومی گوارشی تأثیر بسیار زیادی بر عملکردهای اجتماعی این بیماران دارد و موجب کاهش فعالیت‌های اجتماعی و ارتباط با دوستان و اقوام در این بیماران می‌گردد [۵]. در این بیماران عملکرد اجتماعی و روانی طبیعی، به علت تغییر در تصویر بدنی و فقدان اعتماد به نفس در روابط اجتماعی، تخریب می‌شود [۶]. علاوه بر این، نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد که افراد دارای استومی به دلیل ناراحتی در وضعیت بدن خود دارای اختلالات احساسی هستند که بر خود کارآمدی آن‌ها تأثیر می‌گذارد [۷] و این روند زندگی باعث می‌شود تا به سمت منزوی شدن از اجتماع پناه ببرند.

آنزوی اجتماعی به معنای ضعف و عدم وجود پیوندهای اجتماعی است و به فرآیند فروپاشی روابط بین‌شخصی، مسدود شدن ارتباطات، کناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و کوچک شدن حلقه‌های اجتماعی افراد دلالت می‌کند [۸]. به طور کلی، احساس تنهایی مجموعه‌ای پیچیده از احساس،

³ Hortulatus¹ Cornwell² Waite

می‌شود وهمچنین تنش، درد و تاخیر در بهبود زخم را افزایش می‌دهد. [۱۶، ۱۷، ۱۸]

اخیراً علاوه بر دارودرمانگری، درمان‌های روانشناختی به عنوان یکی از درمان‌های مؤثر در درمان بی‌خوابی مطرح شده است [۱۹]. موج سوم رفتاردرمانی در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های نوظهور شروع شد. تمرکز اصلی این درمان‌ها بر روی آگاهی نسبت به زمان حال و پذیرش بود. اصطلاحاتی چون رفتاردرمانی‌های مبتنی بر پذیرش و درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی، طیفی از رویکردها را توصیف می‌کنند که مشخصاً بر تغییر رابطه‌ی مراجعان با تجارب درونی-شان و عدم اجتناب از این تجارب، به عنوان مکانیسم اصلی تغییردرمانی، تأکید می‌کنند [۲۰]. از بین درمان‌های موج سوم رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به دلیل جامعیت، گستردگی کاربرد و پژوهش‌های انجام شده بی-شماری در حمایت از اثربخشی آن در طیف زیادی از اختلال-های روانشناختی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است [۲۰، ۲۱]. این درمان از ادغام مداخلات پذیرش و ذهن‌آگاهی و راهبردهای تغییر رفتار برای کمک به مراجعان در دستیابی به یک زندگی پرنشاط، هدفمند و باارزش استفاده می‌کند. برخلاف رویکردهای سنتی درمان شناختی-رفتاری، هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات ناخواسته افراد نیست؛ بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی است که به معنای توانایی ارتباط با زمان حال و تغییر یا تثبیت رفتاری است که به مقتضای موقعیت، مطابق با ارزش‌های شخصی فرد می‌باشد [۲۱، ۲۲]. همانطور که در تعریف بالا مشاهده شد یکی از مفاهیم اصلی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، مفهوم ارزش‌های شخصی افراد است که تغییر در رفتارهای محدودکننده مراجع با اصلاح آن‌ها اتفاق می‌افتد [۲۳]. بر طبق این مدل، ارزش‌ها، مسیر رسیدن به نقطه‌نهایی خواسته‌ها (اهداف) هستند و این مسیر مهم‌تر از هدف است. مثل روند رژیم‌درمانی تا رسیدن به وزنی خاص. استعاره‌هایی چون اسکی روی برف برای نشان دادن تمایز ارزش و هدف استفاده می‌شود. بر مبنای این استعاره به مراجعان گفته می‌شود تنها مدنظر قرار دادن اهداف مثل این است که به اسکی رفته باشند و هلیکوپتری آن‌ها را از بالای کوه به دامنه‌ی کوه حمل کند. با رخ دادن چنین رویدادی آنان به هدف غایی که همانا رسیدن به دامنه-ی کوه است، نایل آمده‌اند اما لذت سُرخوردن روی برف را از دست داده‌اند [۲۴]. ارزش‌ها، به شکل رفتار هستند [۲۵] و از لحاظ کارکردی، تقویت‌کننده تلقی می‌شود، به طوری که

طیف زیادی از رفتارهای افراد را تحت تاثیر خود قرار دهد [۲۶]. در درمان‌های مبتنی بر پذیرش، مراجعان به تعهد نسبت به رفتار ارزشمند و تمایل به انجام دادن آن، در عین داشتن احساسات ناخوشایند، ترغیب می‌شوند. کمبود ارزش-ها یا سردرگمی در تعیین اهداف همخوان با ارزش‌ها، منجر به انعطاف‌ناپذیری روانشناختی می‌شود. ارزش‌ها به رفتار ما جهت می‌بخشند [۲۷]. بررسی ارزش‌ها در فرآیند درمان‌های مبتنی بر تعهد و پذیرش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این فرآیند بیمار بایستی ابتدا ارزش‌های خود را در حیطه-های مختلف معین کند. سپس، از وی خواسته شود میزان اهمیت هر یک از این موارد را تعیین کند. پس از آن باید تعیین کند که اعمالش به چه میزان با این ارزش‌ها سازگار و همخوان بوده است. سرانجام، باید ترغیب شود تا راجع به اینکه چقدر در پیروی از ارزش‌ها پایداری داشته، توضیحاتی به درمانگر دهد [۲۸، ۲۹]. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که این درمان از طریق کاهش استرس، اضطراب و افسردگی با ایجاد و بهبود پذیرش و افزایش تمرین ارزش‌ها در افراد، باعث ایجاد تغییرات درمانی می‌شود [۳۰].

پژوهش‌های اخیر که بر اساس درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش صورت گرفته‌اند نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند به عنوان یک درمان مناسب برای کاهش افسردگی [۳۱]، اختلال استرس پس از سانحه [۳۲، ۳۳]، اختلال هراس [۳۴]، درد مزمن [۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸]، کاهش استرس شغلی [۳۹]، اختلال وسواس [۴۰]، سرطان سینه [۴۱]، ام‌اس [۴۲]، دیابت [۴۳] و سردرد مزمن [۴۴] مفید باشد. مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است [۴۵، ۴۶]. این درمان با آموزش تکنیک‌ها و استراتژی‌ها، شناسایی ارزش‌های زندگی و همسویی با آن‌ها، در نظر گرفتن احساسات منفی به عنوان بخشی از مراحل انسانی خود و یادگیری نحوه برخورد با احساسات منفی، بیماران را قادر می‌سازد تا با رنج‌های زندگی کنار بیایند که این مهم، با شروع تمرینات مبتنی بر ذهن-آگاهی، شناخت راه‌حل‌های نوآورانه نسبت به راه‌حل‌های گذشته، آگاهی نسبت به خطاهای شناختی و تأکید بر اقدامات متعهدانه، به سرانجام می‌رسد [۴۷]. جنبه دیگر کنار آمدن با پذیرش، ایجاد حس زندگی است که تمرکز فرد را فراتر از بیماری گسترش می‌دهد. بر اساس مدل معنا سازی یکپارچه پارک، پذیرش به عنوان معانی ساخته شده، مفهوم-سازی شده است، یعنی کنار آمدن با بیماری در نتیجه فرایندهای معنا سازی. به عنوان مثال، معانی ساخته شده

¹ mindfulness and acceptance based behavioral therapies

² Park

استومی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از تشریح اهمیت و اهداف پژوهش به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. بدین‌منظور برای بررسی انزوای اجتماعی، پرسشنامه استاندارد سنجش انزوای اجتماعی ۱۸ سوالی و جهت بررسی مشکلات خواب، پرسشنامه رفتارهای مرتبط با خواب ری و هاروی^۱ بین ۱۵۰ بیمار دارای استومی که به کلینیک قائم مشهد به صورت سرپایی مراجعه می‌کردند به صورت آنلاین ارسال شد و سپس از میان ۹۰ نفری که نمره حاصل از پرسشنامه رفتارهای مرتبط با خواب ری و هاروی بالاتر از نقطه برش (۶۴ و بالاتر) و نمره حاصل از پرسشنامه استاندارد سنجش انزوای اجتماعی بالاتر از نقطه برش (۴۵ و بالاتر) را گرفته بودند، تعداد ۴۰ نفر انتخاب و در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند.

معیارهای ورود به این پژوهش شامل داشتن استومی حداقل تا یک سال آینده، رضایت و تمایل آگاهانه و همچنین برخورداری از ثبات و تعادل روانشناختی برای شرکت در پژوهش بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل وجود اختلال و ویژگی‌های روان‌پریشی بر اساس مصاحبه تشخیصی، وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک بر اساس پرونده پزشکی بیمار، غیبت دو جلسه یا بیشتر در فرآیند آموزش و داشتن نارسایی هوشی و عقب ماندگی ذهنی، بود.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه رفتارهای مرتبط با خواب ری و هاروی
این پرسشنامه که توسط ری و هاروی^۱ طراحی شده است در ابتدا شامل ۷۸ ماده بود. شرکت‌کنندگان این راهبردها را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۰ = تقریباً هرگز در مورد من صدق نمی‌کند، ۴ = تقریباً همیشه در مورد من صدق می‌کند) درجه‌بندی می‌کند. پس از نظر سنجی از روانشناسان بالینی فهرست اصلی ۷۸ ماده‌ای به ۵۸ ماده کاهش یافت. ری و هاروی^۱ فهرست ۵۸ ماده‌ای را در یک نمونه وسیع شامل ۱۳۲ نفر از دانشجویان دانشگاه با یا بدون شکایت از بی‌خوابی، اشخاص در جستجوی درمان مبتلا به بی‌خوابی و افرادی از جمعیت عمومی به کار بردند. در نهایت بر اساس مجموعه‌ای از ملاک‌ها تعداد ماده‌ها به ۳۲ ماده کاهش یافت. مقیاس ۳۲ ماده‌ای حاصل حداکثر نمره ۱۶۰ و حداقل نمره ۰ دارد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس ۳۲ ماده‌ای محاسبه شده و برابر ۰/۹۲ بوده است که نشان‌دهنده این است که مقیاس همسانی درونی بالایی دارد. هر ماده‌ی این پرسشنامه

ممکن است شامل شناسایی مزایا در تجربه بیماری (یعنی یافتن منفعت) یا تجربه تغییرات مثبت زندگی در نتیجه تجربه بیماری (یعنی رشد پس از سانحه) باشد. با این حال، در راستای رویکردهای موج سوم، پذیرش نیز می‌تواند به عنوان یک فرایند یا بخشی از تلاش‌های مستمر در جهت معناسازی مفهوم‌سازی شود [۴۸].

از آنجایی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به تازگی در حیطه‌ی روان‌درمانی مطرح شده است، تبیین و تحلیل میزان اثربخشی آن در زمینه‌ی کاهش مشکلات روانشناختی همبود با مشکلات جانبی استومی نیاز به تعمق و پژوهش‌های بیشتری دارد؛ بنابراین با توجه به اهمیت پژوهش‌های اثر-بخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت‌های درمانی واقعی گرچه در مورد مشکلات روانشناختی بیماران سرطانی و درمان آن پژوهش‌های بسیاری صورت پذیرفته، اما در مورد بررسی اثربخشی این روش درمانی بر مشکلات خواب و انزوای اجتماعی افراد دارای استومی حداقل در جمعیت ایرانی پژوهش‌های بسیار اندکی انجام گرفته است. از این رو ضرورت انجام پژوهش حاضر امری انکارناپذیر است.

با توجه به مطالب مطرح شده، این پژوهش با هدف اثربخشی روش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مشکلات مربوط به خواب و انزوای اجتماعی در بیماران دارای استومی انجام گرفته است.

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی

الف) جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش پیش رو شامل بیمارانی می‌باشد که در ۶ ماه پایانی سال ۹۸ تحت عمل جراحی قرار گرفته و به دنبال آن، استومی برایشان گذاشته شده بود و در سال ۹۹-۹۸ به صورت سرپایی به کلینیک قائم مشهد مراجعه می‌کردند.

ب) نمونه پژوهش

دلور (۱۴۰۰) برای پژوهش‌های از نوع آزمایشی حجم نمونه ۳۰ نفر در هر گروه را توصیه کرده است که گاهی اوقات با تعداد ۱۵ نفر در هر گروه نیز صورت می‌گیرد [۴۹]. بنابراین در پژوهش حاضر نمونه پژوهش ۴۰ نفر از بیماران دارای

² Ree & Harvey

¹ SRBQ

جلسه پنجم: مروری بر تکلیف جلسه پیش، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه (استعاره صفحه شطرنج) و آموزش فنون ذهن آگاهی. تکلیف در منزل شامل ثبت مواردی که بیماران قادر به نظاره افکار با استفاده از فنون ذهن آگاهی شده‌اند.

جلسه ششم: بررسی تکلیف جلسه پیش، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آن‌ها. تکلیف در منزل شامل تهیه فهرستی از موانع پیش روی تحقق ارزش‌های افراد.

جلسه هفتم: بررسی تکلیف جلسه پیش، ارائه راه کارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها. تکلیف در منزل شامل تهیه گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها و اندیشیدن پیرامون دستاوردهای جلسات درمان.

جلسه هشتم: جمع‌بندی مفاهیم بررسی شده در طی جلسات درمان، درخواست از اعضا برای شرح دستاوردهایشان از درمان و هدف و برنامه آن‌ها برای ادامه زندگی، آمادگی برای خاتمه درمان و مقابله با شکست‌های احتمالی بعد از درمان.

شیوه انجام پژوهش

در پژوهش حاضر برای انجام مداخله و جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز، پس از اخذ مجوزهای لازم از مسئولین بیمارستان قائم، پرسشنامه‌ها و فرم رضایتنامه در انجمن استومی خراسان واقع در کلینیک قائم قرار داده شد و طی تماس تلفنی با بیمارانی که شرایط لازم برای تحقیق را داشتند، دعوت به همکاری شد تا با مراجعه به کلینیک فرم‌ها را دریافت کرده و تکمیل نمایند. اما متأسفانه به دلیل شیوع پاندمی کرونا و با توجه به وضعیت جسمانی خاص بیماران، تصمیم به الکترونیکی کردن پرسشنامه‌ها و برگزاری جلسات به صورت مجازی گرفته شد. در نهایت پرسشنامه‌ها از طریق شبکه اجتماعی در اختیار بیماران قرار داده شد. ضمن ارائه دستورالعمل پرسشنامه‌های مذکور به آزمودنی‌ها، مواردی مانند هدف از اجرای پژوهش، لزوم پاسخ‌دهی به تمام سوالات پرسشنامه، اطمینان از محرمانه ماندن و رعایت اصل رازداری به اطلاع آن‌ها رسید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌های مذکور و نمره‌گذاری پیش‌آزمون، اعضای گروه آزمایش در جلسات گروهی آنلاین شرکت کردند. جلسات ۸ جلسه به طول انجامید که هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه و هفته‌ای یکبار برگزار شد و در این مدت گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند و پس از پایان جلسات، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

همبستگی مثبت معناداری با آس‌آی‌آس دارد که نشان می‌دهد انجام هر راهبرد با شدت بی‌خوابی مرتبط است. پژوهش ری و هاروی [۵۰] ثابت کرد که این ابزار قادر به فرق‌گذاری بین افراد با یا بدون بی‌خوابی بر طبق نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی آ و بین افراد با نمرات کلی PSQI بالا و کمتر از ۵ می‌باشد.

ب) پرسشنامه استاندارد سنجش انزوای اجتماعی ۱۸ سوالات

در این پرسشنامه، جهت سنجش متغیر انزوای اجتماعی که شامل ۴ مولفه (تنهایی، عجز، یاس اجتماعی، کاهش تحمل اجتماعی) می‌باشد، از سوالات پرسشنامه محقق ساخته انزوای اجتماعی استفاده شده است.

ج) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس کتاب پذیرش و تعهد هیز و همکاران [۵۱] در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آنلاین برگزار شد. در ابتدای هر جلسه (به استثنای جلسه اول که به قصد آشنایی بود) به منظور مرور نکات و تمرین‌های جلسه قبل، از افراد گروه بازخورد گرفته و پس از آن مفاهیم مدنظر آموزش داده می‌شد و در پایان تمرینی برای جلسه آینده به حاضرین محول می‌شد، برنامه جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: آشنایی درمانگر با بیماران، شرح قوانین گروه، آشنایی و توصیف کلی از رویکرد درمانی، تکلیف در منزل شامل فهرست کردن ۵ نمونه از مهم‌ترین مسائلی که بیماران در زندگی با آن مواجه‌اند.

جلسه دوم: بررسی تکلیف جلسه قبل، سنجش مشکلات بیماران از نگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (استخراج تجربه‌ی اجتناب، آمیختگی و ارزش‌های فرد) تکلیف در منزل شامل تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات.

جلسه سوم: مرور تکلیف هفته قبل، تصریح ناکارآمدی کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها و آموزش تمایل نسبت به هیجانات و تجارب منفی، تکلیف در منزل شامل ثبت مواردی که بیماران موفق به کنار گذاشتن شیوه‌های ناکارآمد کنترل شده‌اند.

جلسه چهارم: بررسی تکلیف جلسه قبل، آموزش جدا کردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی (استعاره فنجان بد) و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت. تکلیف در منزل شامل ثبت مواردی که بیماران موفق به مشاهده و عدم ارزیابی تجارب و هیجانات خود شده‌اند.

² DSM-IV

¹ ISI

شیوه تحلیل داده‌ها

پس از اتمام مرحله اجرای پژوهش، داده‌های بدست آمده به کمک نرم‌افزار (اس‌پی‌اس‌اس^۱ نسخه ۲۰) در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند. در سطح توصیفی جدول فراوانی شاخص‌های مرکزی و

پراکندگی مثل میانگین، انحراف معیار و... همچنین در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شده است.

نتایج

به منظور ارائه تصویر روشن‌تری از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی مربوط به داده‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. داده‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد گروه آزمایش و کنترل

تحصیلات					سطوح سنی				جنسیت		فراوانی	گروه
فوق لیسانس	فوق دیپلم و لیسانس	دیپلم	زیردیپلم	بی سواد	۵۰ به بالا	۵۰-۴۰	۴۰-۳۰	۳۰-۲۰	مرد	زن		
۳	۴	۶	۵	۲	۶	۳	۶	۵	۹	۱۱	۲۰	آزمایش
۴	۴	۵	۴	۳	۴	۷	۵	۳	۸	۱۲	۲۰	کنترل
۷	۸	۱۱	۹	۵	۱۰	۱۰	۱۱	۸	۱۷	۲۳	۴۰	کل

در این بخش میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش ارائه شده است

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات رفتارهای مرتبط با خواب آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	دفعات اندازه‌گیری	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه نمرات	بیشینه نمرات
رفتارهای مرتبط با خواب	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۵	۳/۳۷	۲۰	۳۲
		کنترل	۲۲/۲۰	۴/۲۳	۱۲	۳۲
رفتارهای مرتبط با خواب	پس‌آزمون	آزمایش	۳۹/۱۵	۵/۶۵	۳۳	۵۰
		کنترل	۲۶/۳۵	۳/۸۱	۲۰	۳۲

شود، میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون و همچنین نسبت به پس‌آزمون گروه کنترل افزایش داشته است.

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون متغیر رفتارهای مرتبط با خواب در گروه آزمایش به ترتیب ۲۵ و ۳/۳۷ و در گروه کنترل ۲۲/۲۰ و ۴/۲۳ بوده است. میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون متغیر رفتارهای مرتبط با خواب در گروه آزمایش ۳۹/۱۵ و ۵/۶۵ و در گروه کنترل ۲۶/۳۵ و ۳/۸۱ بوده است. همانطور که مشاهده می‌شود

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی نمرات انزوای اجتماعی (و ابعاد آن) آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	دفعات اندازه‌گیری	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه نمرات	بیشینه نمرات
آزمایش			۶۸/۹	۳	۶۳	۷۳

^۱ SPSS

۷۷	۶۱	۴/۸۵	۶۹/۳	کنترل	پیش آزمون	انزوای اجتماعی
۶۴	۵۳	۳/۳۸	۵۷/۷۵	آزمایش	پس آزمون	
۷۶	۶۱	۴/۴۵	۶۸/۱۵	کنترل	پیش آزمون	تنهایی
۲۵	۱۸	۲/۳۹	۲۱/۰۵	آزمایش		
۲۵	۱۸	۲/۳۸	۲۱/۹	کنترل	پس آزمون	عجز
۲۱	۱۶	۱/۶۲	۱۸/۳۰	آزمایش	کنترل	
۲۶	۱۷	۲/۴۵	۲۱/۳۵	آزمایش	پس آزمون	کاهش تحمل اجتماعی
۱۵	۸	۲/۱۶	۱۱/۵	کنترل	پس آزمون	
۱۵	۸	۲/۲۱	۱۱/۶	آزمایش	پس آزمون	یاس اجتماعی
۱۲	۷	۱/۷۵	۸/۸۵	کنترل	پس آزمون	
۱۵	۷	۱/۸۳	۱۱/۲۵	آزمایش	پس آزمون	کاهش تحمل اجتماعی
۲۳	۱۷	۱/۶	۱۹/۵۵	کنترل	پس آزمون	
۲۲	۱۷	۱/۳۹	۱۹/۲	آزمایش	پس آزمون	کاهش تحمل اجتماعی
۲۰	۱۵	۱/۵	۱۷/۴۵	کنترل	پس آزمون	
۲۲	۱۷	۱/۳۴	۱۹/۷	آزمایش	پس آزمون	کاهش تحمل اجتماعی
۱۹	۱۴	۱/۴۷	۱۶/۸	کنترل	پس آزمون	
۱۹	۱۵	۱/۱۴	۱۶/۶	آزمایش	پس آزمون	کاهش تحمل اجتماعی
۱۶	۱۰	۱/۹۵	۱۳/۱۵	کنترل	پس آزمون	
۱۹	۱۳	۱/۷۸	۱۵/۸۵	آزمایش	پس آزمون	

کنترل آماری اختلافات اولیه) گروه آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. قبل از اجرای آزمون (کوواریانس)، ابتدا فرض نرمال بودن توزیع نمرات هر یک از متغیرهای پژوهش (رفتار- های مرتبط با خواب، انزوای اجتماعی و مولفه‌ها) و مفروضه های همگنی ماتریس کوواریانس و برابری واریانس گروه ها بررسی شده که نتایج آن به شرح ذیل می باشد :

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین و انحراف معیار پیش- آزمون نمرات انزوای اجتماعی (و مولفه‌ها) در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون و همچنین نسبت به پس- آزمون گروه کنترل کاهش داشته است. طرح این پژوهش پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود که به این دلیل برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیری برای تعدیل اختلافات اولیه)

جدول ۴. آزمون کالموگروف اسمیرنوف در بررسی فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیرها	گروه	مرحله	مقدار Z کالموگروف اسمیرنوف	مقدار معنی داری مشاهده شده (p)
رفتارهای مرتبط با خواب	آزمایش	پیش آزمون	۰/۴۴	۰/۹۸
		پس آزمون	۰/۹۴	۰/۳۳
	کنترل	پیش آزمون	۰/۵۶	۰/۹۱
		پس آزمون	۰/۵۸	۰/۸۸
انزوای اجتماعی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۹۲	۰/۳۵
		پس آزمون	۰/۵۳	۰/۹۳
	کنترل	پیش آزمون	۰/۹۲	۰/۳۵
		پس آزمون	۰/۶۲	۰/۸۳
تنهایی	آزمایش	پیش آزمون	۱/۲۰	۰/۱۰
		پس آزمون	۱/۰۶	۰/۲۰
	کنترل	پیش آزمون	۰/۷۹	۰/۵۵
		پس آزمون	۰/۶۶	۰/۷۶
عجز	آزمایش	پیش آزمون	۰/۹۲	۰/۳۶
		پس آزمون	۱/۰۵	۰/۲۱
	کنترل	پیش آزمون	۰/۶۱	۰/۸۴
		پس آزمون	۰/۶۹	۰/۷۲
آزمایش	پس آزمون	۰/۷۱	۰/۶۸	

۰/۷۶	۰/۶۶	پس آزمون	کنترل	یاس اجتماعی
۰/۶۳	۰/۷۴	پیش آزمون		
۰/۴۷	۰/۸۴	پس آزمون		
۰/۷۱	۰/۷	پیش آزمون	آزمایش	کاهش تحمل اجتماعی
۰/۵۹	۰/۷۶	پس آزمون		
۰/۴۸	۰/۸۳	پیش آزمون		
۰/۵۱	۰/۸۱	پس آزمون	کنترل	

$$p > 0/05$$

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع متغیرها در هر یک از گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از $0/05$ ($p > 0/05$) تایید شد.

جدول ۵. نتایج آزمون باکس مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس

شاخص‌ها	آزمون	Box's M	ضریب F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
مقادیر	۸/۱۶	۲/۵۶	۳	۲۵۹۹۲۰	۰/۰۵۳	

به منظور بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد. یافته‌های حاصل از آزمون باکس در جدول ۵ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری مشاهده شده برای آزمون ام باکس از سطح آلفای $0/05$ بزرگ‌تر است. بنابراین می‌توان گفت که این مفروضه برقرار است و تخطی از این مفروضه صورت نگرفته است ($F_{(2, 259920)} = 2/56, \text{Box's } M = 8/16, p > 0/05$).

جدول ۶. نتایج آزمون همگنی واریانس گروه‌ها در رفتارهای مرتبط با خواب و انزوای اجتماعی

متغیرها	مقدار F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
رفتارهای مرتبط با خواب	۱/۶	۱	۳۸	۰/۲۱۳
انزوای اجتماعی	۱/۷	۱	۳۸	۰/۱۹

یافته‌های حاصل از آزمون F لَوْن با درجات آزادی ۱ و ۳۸ در جدول فوق نشان می‌دهد که آزمون لَوْن محاسبه شده برای پس آزمون متغیر رفتارهای مرتبط با خواب و انزوای

جدول ۷. تحلیل کوواریانس چندمتغیری رفتارهای مرتبط با خواب و انزوای اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل

مقدار	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اِتا
۰/۷۸	۶۵/۶۲	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱***	۰/۷۸
۰/۲۱	۶۵/۶۲	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱***	۰/۷۸
۳/۷۵	۶۵/۶۲	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱***	۰/۷۸
۳/۷۵	۶۵/۶۲	۲	۳۵	۰/۰۰۰۱***	۰/۷۸

$$p < 0/001 \text{*** (سطح معنی‌داری)}$$

کنترل در حداقل یک مورد از متغیرها (یعنی رفتارهای مرتبط با خواب و انزوای اجتماعی) در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به منظور بررسی این مساله که تفاوت مشاهده شده بین دو گروه در کدامیک از متغیرها است، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس یک راهه (ANCOVA) در جدول ۸ گزارش می‌شود.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیر ترکیبی جدید حاصل از رفتارهای مرتبط با خواب و انزوای اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($0/78 = \text{اثر پیلایی}$)، $p < 0/001$ ($F_{(2, 35)} = 65/62$). به عبارتی با توجه به این یافته می‌توان گفت که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و

جدول ۸. تحلیل کوواریانس یک راهه جهت مقایسه نمرات رفتارهای مرتبط با خواب و انزوای اجتماعی در گروه آزمایش و

کنترل

مؤلفه ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اِتا
پیش آزمون	۱۱۰/۷۲	۱	۱۱۰/۷۲	۵/۲۶	۰/۰۲۸	۰/۱۲
رفتار مرتبط با خواب	۱۱۵۸/۲۴	۱	۱۱۵۸/۲۴	۵۵/۱۰	۰/۰۰۰۱***	۰/۶۰
خطا	۷۵۶/۶۳	۳۶	۲۱/۰۱۷			
کل	۴۵۴۲۴	۴۰				
پیش آزمون	۳۰۶/۱۱	۱	۳۰۶/۱۱	۴۲/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
انزوای اجتماعی	۸۱۰/۰۳۷	۱	۸۱۰/۰۳۷	۱۱۳/۲۱	۰/۰۰۰۱***	۰/۷۵
خطا	۲۵۷/۵۷	۳۶	۷/۱۵			
کل	۱۶۰۱۸۴	۴۰				

*** $p < ۰/۰۰۱$ (سطح معنی داری)

داد که این نوع درمان تفاوت معناداری را بین گروه آزمایش و کنترل به لحاظ بهبود مشکلات خواب و انزوای اجتماعی ایجاد کرده است.

انزوای اجتماعی افراد درگیر را با احساس خلاء، غمگینی و بی‌تعلقی مواجه می‌کند و به شیوه‌های مختلف بر تعاملات اجتماعی با دیگران، نحوه زندگی و سلامت جسمانی و روانی تأثیر می‌گذارد. البته احساس تنهایی می‌تواند با تسریع پسرفت وضعیت سلامتی افراد از طریق تأثیر بر روی سیستم ایمنی بر سلامت جسمانی و روانی افراد تأثیر منفی بگذارد [۵۳]. برای تبیین نتایج حاصل از درمان پذیرش و تعهد، ذکر این نکته ضروری است که این درمان با بهره‌گیری از تمرین‌های تعهد رفتاری، تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها، اهداف و لزوم تصریح ارزش‌ها، عامل مفیدی در جهت کاهش احساس تنهایی بود. [۵۴]

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رهنمود بیماران به پذیرش رنج و تعهد به جای اجتناب از افکار منفی و آگاهی نسبت به افکار خود و در نتیجه انتخاب بهتر سبب کاهش احساس تنهایی در گروه آزمایش می‌شود [۵۵]. نتایج مرتبط با اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی [۵۶] نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیماران را به پذیرش رنج و ایجاد تعهد هدایت می‌کند و به‌جای درگیر شدن با افکار منفی، با افزایش خودآگاهی افراد نسبت به افکار خود به انتخاب‌های بهتر و در نهایت کاهش احساس تنهایی هدایت می‌کند. این مداخله را هم‌چنین می‌توان برای افزایش معنا در زندگی و کاهش احساس تنهایی به کار گرفت [۵۷].

هم‌راستا با نتایج و پژوهش حاضر می‌توان به پژوهشی اشاره کرد که هی یوان^۱ و همکاران [۵۸] با هدف بررسی اثرات درمان پذیرش و تعهد بر پیامدهای مرتبط با سلامت برای

با توجه به یافته‌های حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس که در جدول ۸ گزارش شده است، بین نمرات پس آزمون رفتار مرتبط با خواب $\eta^2 = ۰/۶۰$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ، $F(۱, ۳۶) = ۵۵/۱۰$ و انزوای اجتماعی $\eta^2 = ۰/۷۵$ ، $p < ۰/۰۰۱$ ، $F(۱, ۳۶)$ در بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده شده است که با توجه به جدول توصیفی ۲ نمره پس آزمون رفتارهای مرتبط با خواب آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون بیشتر از نمره آزمودنی‌های گروه کنترل است. هم‌چنین با توجه به جدول توصیفی ۳ نمره پس آزمون انزوای اجتماعی آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون کمتر از نمره آزمودنی‌های گروه کنترل است با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود رفتارهای مرتبط با خواب و کاهش انزوای اجتماعی تأثیر معنی داری دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با گسترش شیوع سرطان و بیماری‌های التهابی روده، جراحی استومی یکی از اصلی‌ترین شیوه‌های حفظ زندگی افراد مبتلا است. اما در عین حال می‌تواند باعث بروز طیف وسیعی از مشکلات جسمی، اجتماعی و روانی در بیماران شود. احساس اضطراب، استرس و خجالت ناشی از وجود استومی منجر به تغییر کیفیت زندگی و مشکلات روانی مانند ناراحتی فکری، خودکارآمدی پایین، کاهش عملکرد زندگی روزانه، کاهش تمایل به سفر و حتی تصاویر ذهنی منفی می‌شود [۵۲]. تبعات فردی و اجتماعی مربوط به داشتن استومی، کمبود مداخلات در این زمینه، از جمله مهمترین دلایل اهمیت و ضرورت این پژوهش و لزوم اجرای آن بود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود مشکلات مربوط به خواب و انزوای اجتماعی در بیماران دارای استومی انجام شد و یافته‌های پژوهش نشان

^۱ Huiyuan

و انزوای اجتماعی آنها کاهش می‌یابد و بیماری خود را می‌پذیرند که این مسئله انعطاف‌پذیری روانشناختی آن‌ها را افزایش داده و باعث می‌شود که کلنجار رفتن با خود را کنار گذاشته و با پذیرش فعال بیماری خود با بسیج انرژی و توان خویش به جنگ بیماری رفته که این مسئله سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران را ارتقاء می‌دهد. در این درمان، برخلاف سایر درمان‌های سنتی (یعنی درمان شناختی)، محتوای افکار و باورهای بیماران مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. در عوض، فرایندهای ایجاد آسیب روانی در زمینه مشکلات، در نظر گرفته می‌شود [۶۷]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث می‌شود که بیماران مبتلا به سرطان، احساسات، هیجانات و افکار خود را علی‌رغم ناخوشایند بودن، بپذیرند و حساسیت بیش از حد و اندازه بیماری را کاهش داده و در نتیجه سطح رضایتمندی و کیفیت زندگی را در خود افزایش دهند. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود. همچنین به بیماران کمک می‌کند تا درد را به عنوان جزئی از زندگی در نظر بگیرند نه یک وجود خارجی برای خلاص شدن از آن [۶۲]. از سوی دیگر با شفاف‌سازی ارزش‌ها و درونی شدن عمل متعهدانه که در طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد صورت می‌گیرد، به افراد انگیزه کافی برای ادامه و پایبندی به درمان می‌دهد [۶۸]. این درمان با ایجاد پذیرش و تعهد در فرد بیمار وضعیت سلامتی، ادراک موضوع، شدت فرسودگی، سلامت روان و شدت درد را به صورت مثبت تحت تاثیر قرار داده و آن‌ها را در جهت بهبود کیفیت زندگی یاری می‌رساند [۶۹]. با توجه به یافته‌ها، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری بیماران دارای استومی تاثیر داشته است به طوری که افراد می‌توانند واکنش‌های احساسی را، که معمولاً به علائم اضطراب برانگیخته می‌شوند، از طریق قضاوت نکردن مداوم در مورد احساسات مربوط به اضطراب و بدون تلاش برای فرار یا اجتناب از آن‌ها کاهش دهند. این درمان باعث می‌شود ذهن فرد بر الگوهای فکری تکراری تمرکز نکند. به این ترتیب، درمان پذیرش و تعهد افراد را به افکار مزاحم خود آگاه می‌سازد، که این باعث می‌شود افکار آن‌ها بر جنبه‌های دیگر حال حاضر، مانند تنفس، راه رفتن آگاهانه یا صدا-های محیط، بودن در زمان حال تمرکز کند. افزایش آگاهی از لحظه کنونی یکی از مهمترین مهارت‌های این درمان است که انعطاف‌پذیری شناختی و رفتاری را تسهیل می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد تا به موقعیت‌های تکانشی، پاسخ‌های تطبیقی بیشتری بدهد. [۷۰].

بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته انجام دادند. نتایج این مرور سیستماتیک این بود که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند راهی مفید برای بهبود علائم افسردگی، اضطراب، پریشانی روانی، شرایط خواب و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در این بیماران باشد. در مطالعه دیگری، مک کراکن^۱ و همکاران [۵۹] بیان کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است به نفع مبتلایان به درد مزمن و خستگی باشد. همچنین یافته‌های گرگوریو و همکاران [۶۰] نشان داد که این روش درمانی بر نگرانی، خواب، افسردگی، پریشانی عاطفی، پریشانی کلی و برانگیختگی بیش از حد افراد مبتلا به سرطان پیشرفته، اثرات قوی دارد. موشر^۲ و همکاران [۶۱] نیز اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را در بهبود خستگی و پیامدهای مرتبط با خواب در بیماران مبتلا به سرطان پستان متاستاتیک، نشان دادند. یافته‌های حاصل از پژوهش محمدی و صوفی [۶۲] نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش استرس ادراک شده بیماران سرطانی می‌گردد و می‌توان از آن به عنوان روشی کارآمد بهره برد. سالاری و همکاران [۶۳] نیز در یک بررسی سیستماتیک دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بی‌خوابی و کیفیت خواب تأثیر بسزایی دارد و بنابراین می‌توان از آن به عنوان یک روش درمانی مناسب برای کنترل و بهبود بی‌خوابی استفاده کرد. احدی و همکاران [۶۴] در مطالعه‌ای با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، به این نتیجه رسیدند که هر دو روش باعث کاهش احساس تنهایی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. همچنین تاجری و همکاران [۶۵] در مطالعه‌ای در راستای تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر احساس تنهایی و سبک‌های اسنادی همسران معتادین، بیان نمودند که این درمان بر کاهش هم‌وابستگی و احساس تنهایی و تغییر سبک اسناد تأثیر دارد.

پیش‌تر لاپالاین^۳ و همکاران در یک مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق اینترنت، به این نتیجه رسیدند که این درمان حتی بدون حضور فیزیکی درمانگر می‌تواند بهبود چشمگیری در کیفیت خواب و ناراحتی‌های مربوط به خواب بزرگسالان مبتلا به اختلال خواب ایجاد کند. [۶۶].

طبق شواهد پژوهشی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مزمن به طول مدت دوره این درمان بستگی دارد، هرچه مدت زمان بیشتری بیماران با این درمان درگیر باشند به تبع آن مشکلات خواب

³ Päivi Lappalainen

¹ McCracken

² Mosher

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیر معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با خواب و کیفیت خواب آزمودنی‌ها دارد. اندازه اثر در این مطالعه برای کیفیت خواب قوی بود. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که تاثیر درمان در طول زمان پایدار است [۷۷]. برای تبیین نتایج مطالعه، می‌توان یک قاعده کلی را مطرح کرد که فرآیندهای اکت می‌توانند از طریق افزایش تمایل بیماران به داشتن تجربه خواب بد (خواب با کیفیت پایین)، خواب آنان را بهبود ببخشند. در واقع نتیجه این تمایل کاهش آن چیزی است که به رفتار جستجوی امنیت معروف است. از جمله این رفتارها، می‌توان به فعالیت‌های محدودکننده، جبران خواب و تلاش زیاد برای خوابیدن اشاره کرد [۷۸]. علت تاثیر اکت بر کیفیت خواب، تغییر در نگرش‌ها و افکار بیماران درباره خواب در جلسات درمان و همچنین توجه بیماران به علل ایجادکننده افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار است. همچنین این درمان با تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی نسبت به راه حل‌های گذشته به این نتیجه می‌رسد که راه حل‌های پیشین سودی برایش ندارد و تنها موجب تشدید بی‌خوابی می‌شود.

با توجه به نتایج به دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کمک بزرگی به افراد دارای محدودیت‌های جسمی (خصوصاً افرادی که به واسطه‌ی عمل جراحی مثل گذاشتن استومی، ماستکتومی و ...) بکند تا بتوانند شرایط جسمی فعلی خود را بپذیرند.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

پژوهش حاضر همزمان با شروع پاندمی کرونا در ایران آغاز شد. با توجه به التزام حفظ فاصله‌ی اجتماعی و کوچک بودن فضای کلینیک قائم جهت برگزاری جلسات آموزشی، برگزاری پیش‌آزمون، جلسات آموزش و پس‌آزمون به صورت حضوری امکان‌پذیر نبود؛ بنابراین تصمیم به برگزاری جلسات به صورت آنلاین گرفته شد. همچنین دوره پیگیری کوتاه مدت در پژوهش حاضر و مختص بودن نمونه مورد بررسی به شهر مشهد تعمیم‌پذیری پژوهش را با محدودیت مواجه ساخت. با توجه به نتایج به دست آمده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند کمک بزرگی به افراد دارای محدودیت‌های جسمی (خصوصاً افرادی که تحت عمل جراحی ماستکتومی، استومی و...) بکند تا بتوانند شرایط جسمی فعلی خود را بپذیرند. لذا پیشنهاد می‌گردد این برنامه به صورت جلسات آموزشی برای مراکزی که به نوعی با این قشر از افراد جامعه در ارتباط هستند، اجرا گردد. با توجه به این که نقش خانواده

اگرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور مستقیم مشکلات خواب و انزوای اجتماعی افراد دارای استومی را کاهش نمی‌دهد ولی با توجه به این مسئله که منشأ رنج روانشناختی این افراد از افکار و احساسات ناکارآمد آن‌ها نشأت می‌گیرد این درمان با کاهش همجوشی با این افکار و احساسات ناکارآمد، می‌تواند باعث کاهش پریشانی روانشناختی، اضطراب و افسردگی این بیماران و در نتیجه باعث افزایش سلامت روان و به تبع آن بهبود مشکلات خواب و انزوای اجتماعی آن‌ها گردد. بر طبق پژوهش هیز و همکاران [۷۱] بیش از نیمی از تغییرات در افسردگی و نشانگان خلقی می‌تواند ناشی از فقدان پذیرش از طرف افراد باشد. در واقع وقتی افراد مبتلا به بیماری مزمن از جمله سرطان و افراد دارای استومی، شرایط فعلی خود را نمی‌پذیرند و دائم در کشمکش و درگیری با آن به سر می‌برند، ذهن و روان آن‌ها به میدان جنگ تبدیل می‌شود که این مسئله باعث تشدید و وخیم‌تر شدن اوضاع بیمار شده و تأثیرات مخربی بر روند بهبودی فرد دارد. پذیرش به عنوان مفهوم اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد دارای استومی کمک می‌کند که به عنوان تماشاگران از بیرون این اقیانوس موج و طوفانی را فقط نظاره کنند بدون هیچ‌گونه قضاوت و پیش‌داوری و با پذیرش فعال، نیروهای خود را برای چیره شده بر مشکلات ناشی از بیماری بسیج کرده و بر آن فائق آیند. در این درمان شش فرآیند یا مهارت مورد توجه قرار می‌گیرد. این فرآیندها شامل پذیرش، گسلش، بودن در زمان حال، بافتار انگاری خویشتن، ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌باشد [۷۲]، که در نهایت می‌تواند برای ارتقای سلامت روان مناسب باشد [۷۳]. در واقع اکت پس از دریافت این مهارت‌ها، سبب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود [۷۴]. انعطاف‌پذیری روانشناختی، توانایی انجام رفتار سازگارانه و مطابق ارزش‌ها با وجود داشتن تجربیات دردناک است [۷۵]. انعطاف‌پذیری روانشناختی تاثیر مثبتی بر سلامت روان دارد و می‌توان گفت که انعطاف‌پذیری روانشناختی هدف اصلی درمان در اکت است [۷۶]. در زمینه تاثیر اکت بر بی‌خوابی و کیفیت خواب مطالعات اندکی انجام گرفته است، لذا در بخش مقایسه با مطالعات پیشین به مطالعات استناد شده و مولفه‌های مرتبط مثل ذهن‌آگاهی مورد بررسی قرار گرفت، که یکی از تمرین‌های مورد استفاده در این درمان ذهن‌آگاهی است در مطالعه هرتنستین^۱ و همکاران که به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت خواب افراد مبتلا به بی‌خوابی اولیه پرداخته شد، نمونه مورد بررسی شامل ۱۰ نفر بوده است و نتایج نشان داد که

¹ Hertenstein

health among war veterans: Long term reciprocal effects. *Soc Sci Med*, 2019; 234 :112373.

10- Li, M., Fan, W., Chen, X., & Cheung, FM. Independent and interdependent personalities at individual and group levels: Predicting loneliness in Chinese adolescents. *Pers Individ Differ*, 2019; 147: 85-90.

11- Cornwell, EY., & Waite, LJ. Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 2009 ; 64(1) : 38-46.

12- Hortulatus, R., Machielse, A., & Ludwien, M. Social isolation in modern society. Trans: Sarabi F. Tehran: Sociologists Press. 2015 [Persian].

13- Su, X.; Qin, F.; Zhen, L.; Ye, X.; Kuang, Y.; Zhu, M.; Yin, X.; Wang, H. Self-efficacy and Associated Factors in Patients With Temporary Ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2016; 43(6) : 623-9.

14- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. Sleep Quality in Late Pregnancy and Postpartum Depression. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*. 2012; 14(8) : 39-47. [Persian]

15- Behboodi Moghadam, Z., Keshavarz Afshar, M., Pourrahimi, A., Taghizadeh, Z., Mokhtari Zanjani, P., & Montazeri, A. Evaluation of Postpartum Sleep Quality and the Influential Factors in the Women in Zanjan City, Iran (2014). *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2018, 2018; 21(1) : 6-14. [Persian]

16- Potter, A., & Perry, Ann. *Fundamental of nursing concept process and practice*, 3th ed. ST Louise: Mosby Company, 2003 ; 1147-1155.

17- Raymond, I., Nielsen, TA., Lavigne, G., Manzini, C., & Choinière, M. Quality of sleep and its daily relationship to pain intensity in hospitalized adult burn patients. *Pain* 2001, 2001; 92(3) : 381-388.

۱۸- یوسفی، فایق، آراسته، مدیر، شریفی، ژیلا. بررسی کیفیت خواب و عوامل موثر بر آن در بیماران بستری در بخش های زنان و جراحی عمومی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۳۹۳؛ ۶ : ۷۶۹ - ۷۶۲.

19- Koffel, E A., Koffel, J B., & Gehrman, P R. A meta-analysis of group cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep medicine reviews*, 2015 ; 19 : 6-16.

20- Hayes, S. C. Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Republished article in the special 50th Anniversary issue: Honoring the past and looking to the future: Updates on seminal behavior therapy publications on current therapies and

و کسانی که با این بیماران در ارتباط هستند، بسیار پررنگ است. بنابراین لازم است که به موازات برگزاری جلسات آموزشی برای بیماران، برای خانواده آنها نیز آموزش‌هایی جهت آگاه سازی نقش هر یک در بهبود شرایط بیمار جهت پذیرش، فراهم کرد. همچنین به جهت افزایش قابلیت تعمیم-پذیری یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌هایی مشابه با پژوهش حاضر در نمونه‌های بزرگتر (در سایر بیمارستان‌ها و شهرها و استان‌های دیگر) انجام شود.

منابع

1- Gozuyesil, E., Taylan, S., Manav, AI., & Akil, Y. The Evaluation of Self-Esteem and Sexual Satisfaction of Patients with Bowel Stoma in Turkey. *Sexuality and Disability*, 2017; 35(2): 157-69.

2- Bazaliński, D., Sałacińska, I., Więch, P., & Kózka, M. Life satisfaction and self-efficacy in patients with stoma. *Progress in Health Sciences*; 2014; 4(2): 22-30.

3- Sheetz, KH.; Waits, SA.; Krell, RW.; Morris, AM.; Englesbe, MJ.; Mullard, A.; Campbell, DA.; Hendren, S. Complication rates of ostomy surgery are high and vary significantly between hospitals. *Dis Colon Rectum*, 2014; 57(5): 632.

4- Mahjoubi, B., Mohammadsadeghi, H., Mohammadipour, M., Mirzaei, R., & Moini, R. Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patients. *Journal of psychosomatic research*, 2009; 66(3): 249- 53. [Persian]

5- Simmons, KL., Smith, JA., Bobb, KA., & Liles, LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self- efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs*, 2007; 60(6): 627-35.

6- Geng, Z., Howell, D., Xu, H., & Yuan, C. Quality of Life in Chinese Persons Living With an Ostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2017; 44(3): 249-56.

7- Dempsey, AE., O'Brien, KD., Tiamiyu, MF., & Elhai, JD. Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use. *Addictive Behaviors Reports*, 2019 ; 9 : 100150.

8- Hasanisathi, M. The study of social and cultural factors affecting the social isolation of the youth aged 15 to 29 in Lordegan. [Master Dissertation]. Dehaghan, Iran: Sociology Branch, Islamic Azad University; 2014. [Persian]

9- Tsur, N., Stein, JY., Levin, Y., Siegel, A., & Solomon, Z. Loneliness and subjective physical

Review and Meta-Analysis for Mental Health Outcomes. *Behavior Therapy*, 2021; 52(2) : 492-507.

۳۱- فرخزادیان ، علی اصغر، عندلیب، لایلا ، یوسفوند، مهدی. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی در افراد مبتلا به سرطان. نشریه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، ۱۳۹۸؛ ۱(۳۲): ۴۵-۵۲.

32- Twohig, MP. Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cogn Behav Pract* 2009, 2009; 16(3) : 243-252.

33- Orsillo, S.M. , & Batten, S.V. Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 2005; 29(1), 95-129.

۳۴- پورفرج عمران، مجید. اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۱۳۹۰؛ ۶(۲): ۱-۵.

35- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M., & Fink, B.C. Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain . *Behavior Therapy*, 2004; 35 : 83-767.

۳۶- ایراندوست، فروزان، نشاط دوست، حمید طاهر ، نادی، محمد علی و صفری، سهیلا. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *مجله علوم رفتاری*، ۱۳۹۳؛ ۸(۱): ۸۶-۹۶.

۳۷- مولوی، پرویز، میکائیلی، نیلوفر، رحیمی، ندا و مهری، سعید. تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان دارای ترس اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، ۱۳۹۳؛ ۱۴ (۴) : ۴۲۳-۴۱۲.

38- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N., & Johnson, A. The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clininical of Journal of Pain*, 2010; 26(5) : 393-402.

۳۹- حسینیائی، علی، احدی، حسن، فتی، لادن، حیدری، علیرضا و مظاهری، محمد مهدی. تأثیر آموزش گروهی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد (اکت) بر استرس شغلی و فرسودگی شغلی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳۹۲؛ ۱۹ (۲) : ۱۲۰-۱۰۹.

future directions, Part II. *Behavior Therapy*, 2016 ; 47: 869-885.

21- Hayes, S. C. , & Hofmann, S. G. Future directions in CBT and evidence-based therapy. Chapter to appear in Hayes, S. C. & Hofmann, S. (Eds.) (in press). *Process Based CBT: Core clinical competencies in evidence-based treatment*. Oakland, CA: New Harbinger Publications. In press; 2017.

22- Feeney, T. K., & Hayes, S. C. Acceptance and Commitment Therapy: A contextual view of “positive” and “negative” as applied to positive clinical psychology. Chapter in A. Wood & J. Johnson (Eds.), *Positive clinical psychology: An integrative approach to studying and improving well-being*. New York: Wiley; 2016 ; 445-459

23- Yadavaia, J. E., & Hayes, S. C. Values in Acceptance and Commitment Therapy: A comparison with four other approaches. *Hellenic Journal of Psychology*, 2009; 6 : 244-272.

24- Hayes, S. C. Building a powerful and productive relationship. Foreword for J. M. Stewart (Ed.), *Mindfulness, acceptance, and the psychodynamic evolution: Bringing values into treatment planning, and enhancing psychodynamic work with Buddhist psychology*. Oakland, CA: New Harbinger; 2014; 17-20.

25- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. The Bull's Eye Values Survey: A psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2012; 19: 518-526.

26- Sobczak, L. R., & West, L. M. Clinical considerations in using mindfulness and acceptance-based approaches with diverse populations: Addressing Challenges in Service Delivery in Diverse Community Settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2013; 20 : 13-22.

27- Salmela-Aro, K. Personal goals and wellbeing during critical life transitions: The four C's – Channelling, choice, co-agency and compensation. *Advances in Life Course Research*, 2009; 14 : 63-73.

28- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. Acceptance and values-based action in chronic pain: a three year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behavior Research Therapy*, 2011; 49: 748-755.

۲۹- اکبری، مهدی. بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه ی زندگی ارزشمند: مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۳۹۷؛ ۱(۳۰): ۲۳۹-۴۹.

30- Thompson, EM., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, LF. Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Systematic

- ۴۹- دلاور، علی. کتاب روش تحقیق در روانشناسی و علوم تربیتی، ویرایش چهارم، تهران نشر ویرایش، ۱۴۰۰
- 50- Ree, M. J., & Harvey, A. G. Investigating Safety Behaviors in Insomnia: The Development of the sleep-related Behaviors Questionnaire (SRBQ). Behavior change, 2004; 21(1) : 26-36.
- 51- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press. Wilson, Guilford Publications; 2003.
- 52- Jin, Y., Ma, H., Li, Y., Zhang, Y., & Jiménez-Herrera, M. Development and psychometric evaluation of the colostomy disgust scale in patients with colostomy. European Journal of Cancer Care, 2020; 29 : e13323.
- ۵۳- ابراهیمی سیریزی، پژمان، افشانی، علیرضا، حسنی درمیان، غلامرضا، کرمانی، مهدی. مطالعه مقایسه‌های تأثیر انزوای اجتماعی بر سلامت شهروندان مشهد. فصلنامه علمی مطالعات فرهنگی-اجتماعی خراسان، ۱۳۹۸؛ ۳: ۴۴-۷.
- 54- Lyon, Taylor A. Self-compassion as a predictor of loneliness: The relationship between self-evaluation processes and perceptions of social connection" (2015). Selected Honors Theses. Paper 37 .
- ۵۵- بیاضی، محمدحسین، میرمعینی، پردیس، خلعتبری، جواد. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر احساس تنهایی بیماران مولتیپل اسکروز. فصلنامه علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، ۱۳۹۹؛ ۴ (۲۲) : ۱۴۰.
- 56- Hayes SC, Strosahl KD. A practical guide to acceptance and commitment therapy. Springer Science Business Media; 2005.
- 57- Hoffmann D, Halsboe L, Eilenberg T, Jensen JS, Frostholm L. A pilot study of processes of change in group-based acceptance and commitment therapy for health anxiety. Journal of contextual behavioral science. 2014 Jul 1;3(3):189-95
- 58- Huiyuan, L., Wong, C.L, Jin, X., Chen, J., Chong, Y.Y., & Bai, Y. Effects of Acceptance and Commitment Therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 2021; 115: 103876 .
- ۴۰- ایزدی، راضیه، عابدی، محمد رضا. کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. فیض، ۱۳۹۲؛ ۱۷ (۳) ، ۲۸۶-۲۷۵ .
- 41- Hulbert-Williams, N. J.; Storey, L. & Wilson, K. G. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. European Journal of Cancer Care, 2015; 24(1) : 15-27
- ۴۲- رجبی، ساجده ، یزدخواستی، فریبا. اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام اس. مجله روانشناسی بالینی، ۱۳۹۳؛ ۱ (۲۱) ، ۳۸-۲۹.
- ۴۳- حر، مریم، آقایی، اصغر، عابدی، احمد و عطاری، عباس. تأثیر روش درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳۹۲؛ ۱۱ (۲) ، ۱۲۱-۱۲۸.
- ۴۴- قرایی اردکانی، شایسته، آزاد فلاح، پرویز و تولایی، سید عباس. اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن. مجله روانشناسی بالینی، ۱۳۹۱؛ ۲ (۱۴) ، ۳۹-۵۰.
- 45- Hayes, SC., Luoma, JB., Bond, FW., Masuda, & A. Lillis, J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behav Ther 2006, 2006; 44(1): 1-25.
- ۴۶- زارع، حسین. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. دو فصلنامه علمی - پژوهشی شناخت اجتماعی، ۱۳۹۶؛ ۱(۱۱) : ۱۳۴-۱۲۵ .
- 47- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., & Campbell, A. Internet-delivered acceptance and commitment therapy for anxiety treatment: systematic review. Journal of medical Internet research, 2019; 21(1) : e12530.
- 48- Secintia, E., Tometich, D.B., Johns, S. A., & Mosher C.E. The relationship between acceptance of cancer and distress: A meta-analytic review , Clinical Psychology Review ,2019; 7 1: 27-38.

- 67- Rosmarin, D.H. Spirituality, religion, and cognitive-behavioral therapy: A guide for clinicians. Guilford Publications; 2018.
- 68- Harris R. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Oakland, New Harbinger Publications, 2009; 33-39.
- ۶۹- پارسا، مارال، صباحی، پرویز و محمدی‌فر، محمدعلی. اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. روانشناسی بالینی، ۱۳۹۷؛ ۱ (۳۷).
- 70- Kemani, M.K., Kanstrup, M., Jordan, A., Caes, L., & Gauntlett-Gilbert, J. Evaluation of an intensive interdisciplinary pain treatment based on acceptance and commitment therapy for adolescents with chronic pain and their parents: a nonrandomized clinical trial. *Journal of pediatric psychology*, 2018; 43(9) : 981-994.
- 71- Hayes, S. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies . *Behavior Therapy*, 2004; 35 : 639-665.
- 72- Ong, C.W., Lee, E.B., & Twohig, M.P. A metaanalysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2018; 104 : 14-33.
- 73- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A.H., Hofer, P., & Gloster, A.T. The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an acceptance and commitment therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 2018; 18(1) : 60-68.
- 74- Rector, N.A. Acceptance and commitment therapy: empirical considerations. *Behavior therapy*, 2013; 44(2) : 213-217.
- 75- Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 2006; 44 : 1-25.
- 76- Wiwe Lipsker, C., Kanstrup, M., Holmström, L., Kemani, M., & Wicksell, R.K. The Parent Psychological Flexibility Questionnaire (PPFQ): Item reduction and validation in a clinical sample of
- 59- Yu, L., Scott, W., & McCracken, L.M. Change in fatigue in acceptance and commitment therapy-based treatment for chronic pain and its association with enhanced psychological flexibility, 2020; 24(1): 234-247.
- 60- Wells-Di Gregorio, S.M.; Marks, D.R.; DeCola, J.; Peng, J.; Probst, D.; Zaleta, A.; Benson, D.; Cohn, D.E.; Lustberg, M.; Magalang, U. Pilot randomized controlled trial of a symptom cluster intervention in advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 2019; 28 (1) : 76-84.
- 61- Mosher, C.E.; Secinti, E.; Li, R.; Hirsh, A.T.; Bricker, J.; Miller, K.D.; Schneider, B.; Storniolo, A.M.; Mina, L.; Newton, E.V.; Champion, V.L.; Johns, S.A. Acceptance and commitment therapy for symptom interference in metastatic breast cancer patients: a pilot randomized trial . *Supportive Care in Cancer* , 2018.
- ۶۲- محمدی، سید یونس و صوفی، افسانه. اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان. نشریه علمی روانشناسی سلامت، ۱۳۹۸؛ ۴ (۳۲): ۵۷-۷۲.
- 63- Salari, N.; Khazaie, H.; Hosseini-Far, A.; Khaledi-Paveh, B.; Ghasemi, H.; Mohammadi, M.; Shohaimi, Sh. The effect of acceptance and commitment therapy on insomnia and sleep quality: A systematic review. *BMC Neurology*, 2020; 20 : 300. [Persian]
- ۶۴- کاظمی، امیرپاشا، احدی، حسن و نجات، حمید. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی، مجله روان شناسی اجتماعی، ۱۳۹۹؛ ۵۵ : ۱۱۱-۱۰۱.
- ۶۵- عسگری، اسماعیل، جمهری، فرهاد، تاجری، بیوک، برماس، حامد و حکمی، محمد. تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر احساس تنهایی و سبک های اسنادی همسران معتادین. فصلنامه علمی پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، ۱۳۹۷؛ ۱ (۴۴).
- 66- Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J., & Lappalainen, R. ACT for sleep - Internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2019; 12 : 119-127.

Swedish parents of children with chronic pain. *Children (Basel)*, 2016; 3(4): 32.

77- Hertenstein, E.; Thiel, N.; Lüking, M.; Külz, AK.; Schramm, E.; Baglioni, C.; Spiegelhalder, K.; Riemann, D.; Nissen, C. Quality of life improvements after acceptance and commitment therapy in nonresponders to cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2014; 83(6): 371-373.

78- McCracken, LM., Williams, JL., & Tang, NK. Psychological flexibility may reduce insomnia in persons with chronic pain: a preliminary retrospective study. *Pain Med*, 2011 ; 12(6) : 904-912