The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Coping Styles in Patients with OCD

Mahboobeh Yarahmadi*: M.A. in Clinical psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran. yarahmadimahboubeh@gmail.com

Mohammad Oraki: Associate professor,Department of psychology, South Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran. orakisalamat@gmail.com

Seyedhasan Saadat: Assistant professor, University of Baghiatallah, Tehran, Iran. saadat350@gmail.com

Arya Momeni: Ph.D. student in health psychology, Centeral Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. arya6495@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study aimed to investigate the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on coping styles in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods: This study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. Twenty patients diagnosed with OCD were selected through convenience sampling from among patients referred to the psychiatric ward of Seyyed Mostafa Khomeini Hospital in Dorud. The diagnosis was based on the diagnostic criteria outlined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. The inclusion criteria were being between sixteen and sixty years of age, having completed at least the ninth grade of education, and having received no psychological or pharmacological treatment during the preceding six months. Participants were also required to have no severe psychiatric disorders, such as schizophrenia or bipolar disorder, brain injuries, substance abuse, or intellectual disability. The participants were assigned to an experimental group and a control group. The experimental group received eight sessions of Acceptance and Commitment Therapy, whereas the control group received no treatment. Participants in both groups completed the Coping Styles Questionnaire before and after the intervention. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results indicated that, after controlling for pretest scores, the difference between the adjusted posttest means of the two groups in coping styles was statistically significant.

Conclusions: The findings suggest that Acceptance and Commitment Therapy is effective in enhancing adaptive coping styles.

Keywords

Acceptance and Commitment Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder, Coping Style

*Corresponding Author

Study Type: Original
Received: 20 Mar 2020
Accepted: 28 Nov 2021

Please cite this article as follows: Yarahmadi M, Oraki M, Saadat S, and Momeni A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on coping styles in patients with OCD. Quarterly Journal of Social Work. 2023; 13 (4); 5-13

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران وسواس

محبوبه یاراحمدی*: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. yarahmadimahboubeh@gmail.com

محمد اورکی: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. orakisalamat@gmail.com

سیدحسن سعادت: استادیار، دانشگاه بقیه الله، تهران، ایران. saadat350@gmail.com

آریا مومنی: دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، دانشگاه آزاد، واحد تهران مرکز، تهران، ایران. arya6495@gmail.com

واژگان کلیدی

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وسواس فکری عملی، سبک مقابله‌ای

* نویسنده مسوول

نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۱/۰۱
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۷

چکیده

پیشگفتار: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سبک مقابله‌ای در بیماران وسواس بود.

روش: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. بدین منظور بیست بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جامعه‌آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش روانی بیمارستان مصطفی خمینی شهرستان دورود بود که بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص وسواس فکری و عملی دریافت کردند، ملاک‌های ورود شامل افرادی بودند که مقطع سنی بین شانزده تا شصت سال و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی داشتند و تحت هیچ‌گونه درمان روان‌شناختی و دارویی در شش ماه گذشته قرار نگرفته و همزمان اختلالات روانپزشکی شدید مثل اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی، آسیب‌های مغزی، سومصرف مواد یا عقب‌ماندگی ذهنی نداشتند. بیماران از طریق نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گواه گماشته شدند. گروه آزمایش هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه گواه درمانی دریافت نکرد. آزمودنی‌های هر گروه قبل و بعد مداخله توسط پرسشنامه سبک مقابله‌ای مورد آزمون قرار گرفتند. داده‌ها با تحلیل کوواریانس تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد با کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در متغیر سبک مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون از لحاظ آماری معنادار بود.

پی‌آمد: یافته‌های حاصل از این پژوهش بیانگر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش سبک‌های مقابله‌ای کارآمد بود.

نحوه استناد به مقاله

محبوبه یاراحمدی، محمد اورکی، سیدحسن سعادت و آریا مومنی. اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سبک‌های مقابله‌ای در بیماران وسواس. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۳؛ ۱۳ (۴): ۱۳-۵

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

دیباچه

طبقه وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوط به ششمین طبقه اختلالات در DSM-V هستند. اختلال وسواس فکری عملی بعد از فوبیا، سومصرف مواد و افسردگی چهارمین اختلال شایع روانپزشکی است. این اختلال توسط افکار و تصاویرذهنی ناخواسته و مزاحم که از طرف فرد بی‌معنی، ناپذیرفتنی و مقاوت‌ناپذیر تلقی می‌شوند و نیز تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویرذهنی شناخته می‌شود.[۱] شیوع مادام العمر این اختلال در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد برآورد شده است. شیوع مادام العمر اختلال وسواس فکری و عملی در ایران برای جمعیت عمومی یک ممیز هشت دهم درصد و در درمانگاه‌های روانپزشکی تا شش درصد تخمین زده شده است.[۲] اگر وسواس درمان نشود شرایط مزمنی را ایجاد می‌کند که حوزه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. درمان با بازدارنده‌های بازجذب سروتونین و درمان مواجهه با بازداری از پاسخ برای درمان وسواس حمایت‌های تجربی زیادی کسب کرده‌اند اما با این وجود شماری از بیماران بعد از این درمان‌ها با نشانه‌های بالینی OCD باقی می‌مانند.[۳و٤] با وجود اثر بخشی بالای شصت تا هشتاد و پنج درصدی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، این درمان نیز بدون محدودیت نیست، مواجهه برای وسواس، درمانی مشکل و دشوار به‌شمار می‌رود، در این نوع درمان، از بیمار خواسته می‌شود با بزرگترین ترسش روبرو شود و هیچ رفتار اجتنابی نکند و منتظر سیر نزولی اضطراب شود. همین ویژگی عامل اصلی میزان بالای ریزش مراجع می‌شود. در پاسخ به این محدودیت‌ها، نظریه‌های شناختی و شناختی-رفتاری وسواس پا به عرصه گذاشتند.[۵و٦] مطالعه نشان داد که مواجهه به‌علاوه شناخت درمانی به‌طور معنی‌دار از گروهی که مواجهه به‌علاوه آرامش بخشی دریافت کرد ریزش کمتری داشت.[۷] به‌تازگی برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علایم بدنی است، نظریه‌های جایگزینی پدیدار شده‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتار درمانی نامیده می‌شوند، به‌جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند.[۸] درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به اختصار ACT نامیده می‌شود یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد تغییر کارکرد افکار و احساسات به‌جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها را می‌پذیرد. ریشه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی است و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی نامیده می‌شود. درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌کوشد به‌جای تغییر محتوای بالینی رفتار، زمینه اجتماعی کلامی آن‌را تغییر دهد.[۹] به‌طور کلی اختلالاتی که در آن‌ها فرد نمی‌خواهد با تجارب درونیش نظیر افکار، هیجانات، خاطرات و احساسات بدنی ارتباط داشته باشد و گام‌هایی را برای تغییر این رویدادها یا زمینه‌های بروز آن‌ها بر می‌دارد حتی زمانی که تلاش برای انجام چنین کارهایی، تاثیر منفی را به شیوه‌ای ناموثر تنظیم کرده و باعث شوند فرد به‌جای توجه به فرایند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوی) توجه کند. زمانی که این فرایندها بر تجارب فرد غلبه داشته باشند منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شوند.[۱۰] در حقیقت زمانی که فرد در چرخه اجتناب تجربه‌ای-آمیختگی شناختی گیر کند دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است.[۱۱]

یکی از اهداف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است. یعنی‌به بیمار کمک شود تا خود را از چرخه‌ی اجتناب و آمیختگی شناختی خارج کند، البته نه با چالش یا تغییر افکار و هیجاناتش، بلکه از طریق فرایندهای مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.[۱۲] شش فرایند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که منجر به انعطلاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود شامل پذیرش Aceptance، گسلشDefusion، خود به‌عنوان زمینهSelf-as-Context، ارتباط با زمان حالContant with present moment، ارزش‌هاValue و عمل متعهدانهCommitment action. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نامش را از پیام اصلی خود می‌گیرد: آنچه خارج از کنترل شخصیت است را بپذیر و آن‌جاییی که زندگیت را غنی می‌سازد متعهد باش. هدف این رویکرد کمک به مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارد.[۱۳] از جمله متغیرهای روان‌شناختی موثر برای درک تفاوت‌های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به مشکلات جسمی و روان‌شناختی سبک‌های مقابله ای فرد در مواجهه با موقعیت‌های استرسزا می‌باشد.[۱٤] به‌کارگیری سبک‌های مقابله‌ای کارآمد و مناسب می‌تواند اثرات مخرب استرس و بحران‌های زندگی را بر جسم و روان فرد مهار کند. راهبرد مقابله‌ای یک فرآیند روان‌شناختی است که مجموع کوشش‌های شناختی و

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

رفتاری فرد برای غلبه بر شرایط پرتنش و استرسزا را در بر می‌گیرد، که شامل تلاش برای مدیریت و تنظیم تقاضاهای بیرونی، درونی و کشمکش میان آن‌هاست.[۱۴] افراد به شیوه‌های مختلف به مقابله با شرایط استرسزا می‌پردازند، پژوهش‌ها نشان داده که چنانچه افراد از سبک‌های مقابله‌ای کارآمد استفاده نکنند و برای درک هیجان‌های خود و دیگران توان پایینی داشته باشند، در مواجهه با بحران‌های زندگی توان کمتری داشته و با مشکلات روان‌شناختی بیشتری همچون استرس و... روبرو می‌شوند.[۱۵] اما سبک‌های مقابله‌ای کارآمد اثرات مخرب استرس و بحران‌های زندگی بر جسم و روان فرد را می‌تواند کاهش دهد.[۱۶] انواع سبک‌های مقابله‌ای شامل راهبردهای اجتنابی، مساله‌مدار و هیجان‌مدار است. در سبک مقابله‌ای اجتنابی، فرد به سمت فعالیت‌هایی مثل مصرف الکل و یا موقعیت‌های روانی همچون دوری و صرفنظر کردن از انجام کار سوق پیدا می‌کند. در سبک مقابله مساله‌مدار تمرکز فرد بر عامل استرسزا است و تلاش فرد بر این است که اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط پرتنش یا حذف آن انجام دهد، اما در سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار، فرد تلاش می‌کند پیامدهای هیجانی واقعه تنشزا را مهارکند. اما در سبک مقابله‌ی مساله‌مدار، تمرکز فرد برحل مساله است.[۱۵و۱۶] در مجموع هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواس فکری عملی این است که به بیمار کمک شود تا پذیرش اجتناب ناخوشایند را افزایش، همجوشی شناختی را کاهش و پیروی از افکار که موجب خزانه رفتاری کوچک می‌شود را کاهش دهد. دلیل این هدف آن است که فرد بتواند اعمال و فعالیت‌هایی را درراستای ارزش‌های خویش انجام دهد. یعنی خزانه رفتاری بیمار در حضور افکار و تکانه‌های وسواسی افزایش یابد. تحقیقات اخیر روی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نتایج رضایت بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در درمان‌های روان‌شناختی فراهم کرده‌اند. تورپه و همکاران[۱۷] نشان دادند درمان‌های جدید همچون درمان‌های حمایتی، حل مساله، خانواده‌درمانی وآموزش خودمدیری در بیماران دیابتی برای بهبود سبک‌های مقابله‌ای بیماران بسیار اثربخش هستند. دایک و همکاران[۱۸] به این نتیجه رسیدند که سبک مقابله‌ای فعال ارتباط بسیار قوی با فهم خودمراقبتی دیابت در بین آمریکایی‌های مسنتر در مقایسه با سفید پوست‌ها دارد. باروز[۱۹] نشان داد که درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه نود دقیقه‌ای بر کاهش رفتارهای اجتنابی و روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد این بیماران و همچنین در کاهش سرکوبی افکار موثر بوده و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشیده است. مکنیل و همکاران نشان دادند سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و خودکارآمدی ضعیف با ابتلای فرد به اختلالات روان‌شناختی به‌خصوص تحت شرایط استرسزا ارتباط وجود دارد. گودوین و همکاران[۲۰] به این نتیجه رسیدند که درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود موثری در سبک‌های مقابله‌ای ناکارامد بیماران قلبی، کیفیت زندگی آن‌ها و همچنین تعهد و پایبندی آن‌ها به تغییرات مثبت ایجاد شده، به‌وجود آورده است.

روش

طرح تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌آماری کلیه بیماران مراجعه‌کننده به بخش روانی بیمارستان سید مصطفی خمینی شهرستان دورود در سال۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود. با توجه به جامعه‌آماری محدود نحوه نمونه‌گیری به شیوه در دسترس است. به‌دلیل مراجعه تدریجی بیماران به بیمارستان، امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. حدود سی و یک نفر بیمار وسواسی به پژوهشگر معرفی شدند. در نهایت بیست و هشت نفر از بیماران که بالاترین نمرات، یعنی نمرات بالای بیست و دو را پس از تکمیل پرسشنامه‌ها کسب کردند، به‌عنوان خط پایه انتخاب شدند. از این تعداد حدود چهارده نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و بقیه در لیست انتظار قرار گرفتند. تا مرحله پس‌آزمون در گروه درمان ده نفر و در گروه انتظار ده نفر باقی ماندند. قبل از درمان پرسشنامه سبک مقابله‌ای توسط بیماران پرشد. سپس بیماران گروه آزمایشی هشت جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را به‌صورت گروهی هفته‌ای یک باردریافت کردند. اما گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. پس از گذشت هشت جلسه درمان مجددا پرسشنامه توسط هر دو گروه تکمیل شد.

سنجه‌های ورود و خروج

ورود: نمونه به تحقیق شامل تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی بر حسب DSM-5 با نمرات بالاتر از بیست و دو،

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

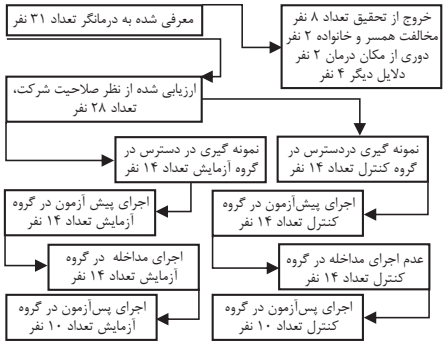
مقطع سنی بین شانزده تا شصت سال ، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و رضایتمندی از شرکت در پژوهش بود. **خروج:** نمونه از تحقیق شامل دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی و دارویی در شش ماه گذشته و وجود اختلالات روانپزشکی شدید مثل اسکیزوفرنیا، اختلال دو قطبی، آسیب‌های مغزی، سومصرف مواد یا عقب‌ماندگی ذهنی می‌شد.

ابزار پژوهش پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزاCISS: این پرسشنامه توسط اندلر و پارکر ۱۹۹۰ تهیه شده شده است.[۲۱] این تست شامل چهل و هشت ماده است که پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز برابر یک تا همیشه برابر پنج مشخص شده است. این پرسشنامه سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در بر می‌گیرد. -مقابله مساله‌مدار یا برخورد فعال با مساله در جهت مدیریت و حل آن شامل شانزده ماده، -مقابله هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مساله شامل شانزده ماده، -مقابله اجتنابی یا فرار از مساله، این زیر مقیاس خود به دو بعد سرگرمی اجتماعی و توجه‌گردانی تقسیم می‌شود که شامل شانزده ماده می‌باشد. تفسیر این پرسشنامه بدین صورت است که دامنه تغییرات سه نوع رفتار رویارویی به این شکل است که نمره هر یک از رفتارهای مقابله‌ای سه‌گانه یعنی مساله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی از شانزده تا هشتاد و یک است. یعنی هر یک از سبک‌های مقابله‌ای شانزده سوال را در بر میگیرد. سبک مقابله‌ای غالب فرد با توجه به نمره‌ای که در آزمون کسب می‌کند، مشخص می‌شود. یعنی هر کدام از رفتارها نمره بالاتری را کسب کند، آن رفتار به‌عنوان سبک مقابله‌ای فرد در نظر گرفته می‌شود.

جعفرنژاد آلفای کرونباخ این ابزار را در سیصد و بیست و هشت نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه تربیت معلم برای سه زیر مقیاس راهبردهای مقابله مساله‌مدار صفر ممیز هشتاد و سه صدم و هیجان‌مدار صفر ممیز هشتاد صدم، اجتنابی صفر ممیز هفتاد و دو صدم گزارش کرده است. همچنین ضرایب پایایی آزمون‌بازآزمون را برای سه زیر مقیاس راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدارصفر ممیز پنجاه و هشت صدم، راهبردهای هیجان‌مدارصفر ممیز پنجاه و پنج صدم و اجتنابی صفر ممیز هشتاد و سه صدم گزارش کرده‌اند.[۲۲]

شیوه پژوهش: در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را به افراد مورد بررسی معرفی و پس از مصاحبه انفرادی با آزمودنی‌ها و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تاکید نمود که پرسشنامه‌ها بی‌نام بوده و اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از آن‌ها منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. همه پرسشنامه‌ها به‌صورت انفرادی پر شدند و پژوهشگر در

نمودار(۱) نمودار Consort پژوهش



جدول(۱) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

پیش جلسه/// آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد؛ و اجرای پیش‌آزمون.
جلسه اول/// معرفی درمانگر، آشنایی اعضا با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی؛ استعاره دو کوه، معرفی درمانACT ، بیان اطلاعات درباره وسواس، تکلیف خانگی.
جلسه دوم/// مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان؛ بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها؛ ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر؛ بررسی انتظارات از درمان، ایجاد درماندگی خلاق، استعاره کندن چاله جمع‌بندی و تکلیف خانگی
جلسه سوم/// مفهوم کنترل به عنوان مشکل مطرح شد. هدف تمرینات این جلسات تصریح محدودیت‌های کنترل، هنگام هدف قرار دادن رویدادهای درونی است. مفهوم دنیای درون و بیرون و استعاره کیک شکلاتی و استعاره دروغ سنج معرفی شد، جمع‌بندی و تکلیف خانگی.
جلسه چهارم/// شروع تعهدات رفتاری با توجه به سلسله مراتب رفتارهای وسواسی انجام شد. تمایل جایگزین برای کنترل، استعاره دو ترازو و مفهوم احساسات تمیز و کثیف و تکلیف ثبت روزانه تمایل و همچنین ادامه تعهدات رفتاری مطرح شد. تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و گسلش؛ کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، جمع‌بندی و تکلیف خانگی.
جلسه پنجم/// مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ شناسایی ارزش‌های زندگی و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها و توجه به قدرت انتخاب آن‌ها؛ استفاده از تکنیک های ذهن آگاهی با تاکید بر زمان حال؛ استعاره مسافران اتوبوس، جمع‌بندی و تکلیف خانگی.
جلسه ششم/// مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از مراجعان، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان و استعاره‌ها؛ تضعیف اتلاف خود با افکار و عواطف، خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی، استعاره صفحه شطرنج، جمع‌بندی و تکلیف خانگی.
جلسه هفتم/// مرور تجارب جلسه قبلی و دریافت بازخورد؛ بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی؛ توضیح تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها؛ بحث از موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها؛ و در آخر کارها/رفتارهایی که قصد داشتند برای تحقق آن اهداف انجام دهند را مشخص کردند؛ نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

اجرای پرسشنامه‌ها جهت رفع ابهامات احتمالی آزمودنی‌ها در محل حضور داشت. پس از نمونه‌گیری، یک جلسه پیش‌آزمون برگزار شد و دو گروه به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش به‌صورت گروهی هشت جلسه دو ساعته درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به‌عمل آمد. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس برنامه پروتکل درمانی هیز، استروسال و ایلسون[۱۰] بود. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول شماره یک آمده است. پیش از تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس، مانند برابری نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی و پس از اطمینان از برآورده شدن ملاک‌های لازم، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و به‌کارگیری روش‌های آمار توصیفی، میانگین، انحراف معیار و تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان داد که میانگین سنی در گروه آزمایش بیست‌وشش ممیز هشت دهم و انحراف معیار پنج ممیز هشتاد و هفت صدم است و در گروه کنترل میانگین بیست و هفت ممیز هفت دهم و انحراف استاندارد شش ممیز سیزده صدم می‌باشد. تحصیلات دیپلم در هر دو گروه با چهل درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. در جدول شماره دو یافته‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین مقدار متغیر پژوهشی یا سبک مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است. نتایج بررسی پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که هر سه پیش شرط نرمال بودن با استفاده از شاپیرو-ویلک و تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین و و همگنی شیب رگرسیون محاسبه F تعامل بین همپراش و مستقل با توجه به جداول شماره سه و چهار برقرار p>۰/۰۵ است. با توجه به این‌که پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس تایید شد، استفاده از تحلیل کوواریانس بلامانع است. جدول شماره پنج نشان می‌دهد p=۰/۰۰۰ و F=۲۲/۷۶۱ که پس از خارج کردن اثر تاثیر پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه، اختلاف معناداری میان نمرات در متغیر سبک مقابله‌ای هر دو گروه وجود دارد. بنابراین فرضیه صفر معنادار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس‌آزمون پس از حذف اثر احتمالی پیش‌آزمون رد می‌شود. همچنین بین سبک مقابله‌ای اجتنابی در دو گروه آزمایش و گواه p=۰/۰۰۰ و F=۲۳/۷۶۵، سبک مقابله‌ای مساله‌مدار p=۰/۰۰۰ و F=۳۸/۴۲۸ و همچنین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار با p=۰/۰۰۰ و F=۳۹/۳۰۵ تفاوت معناداری وجود دارد. میزان تاثیر نیز نشان می‌دهد که عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون هفتاد و یک ممیز نه دهم درصد از تفاوت واریانس‌های نمرات مقابله مساله‌مدار آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند. به عبارت دیگر شیوه درمانی در مرحله پس‌آزمون سبب بالاتر رفتن هفتاد و یک ممیز نه دهم درصد نمرات مقابله مساله‌مدار آزمودنی‌ها شده است. توان آماری بالاتر از هشتاد درصد نیز بیانگر دقت آماری بالای این آزمون است.

جدول(۵) نتایج تحلیل کوواریانس برای سبک مقابله‌ای و متغیرهای آن

	منبع خطا	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	میزان تاثیر	توان آماری
مقابله	پیش‌آزمون	۵۷۹/۵۶۷	۱	۵۷۹/۵۶۷	۳/۲۳۱	۰/۰۹۲		
	گروه	۱۱۴۰/۷۸۸	۱	۱۱۴۰/۷۸۸	۲۲/۷۶۱	۰/۰۰۰	۰/۷۴۹	۰/۹۰۱
	خطا	۲۶۹۰/۳۸۶	۱۵	۱۷۹/۳۵۹				
اجتنابی	پیش‌آزمون	۱۴۵/۳۲۳	۱	۱۴۵/۳۲۳	۳/۲۶۱	۰/۰۹۱		
	گروه	۱۱۵۴/۹۳۱	۱	۱۱۵۴/۹۳۱	۲۳/۷۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۵۴	۰/۸۸۰
	خطا	۶۶۸/۵۲۳	۱۵	۴۴/۵۶۸				
مساله-مدار	پیش‌آزمون	۱۶۷/۷۲۵	۱	۱۶۷/۷۲۵	۳/۲۹۴	۰/۰۹۰		
	گروه	۱۹۵۶/۶۴۵	۱	۱۹۵۶/۶۴۵	۳۸/۴۲۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱۹	۰/۸۷۶
	خطا	۷۶۳/۷۵۲	۱۵	۵۰/۹۱۷				
هیجان-مدار	پیش‌آزمون	۰/۸۶۸	۱	۰/۸۶۸	۰/۰۱۸	۰/۸۹۴		
	گروه	۱۸۶۷/۰۱۹	۱	۱۸۶۷/۰۱۹	۳۹/۳۰۵	۰/۰۰۰	۰/۷۲۴	۰/۸۸۹
	خطا	۷۱۲/۵۱۲	۱۵	۴۷/۵۰۱				

جدول(۲) شاخص‌های توصیفی سبک مقابله‌ای قبل و بعد از درمان

مقیاس	شاخص‌های آماری	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		گواه	آزمایش	آزمایش	گواه
سبک مقابله‌ای	میانگین	۱۱۹/۸۰	۱۱۹/۲۰	۱۱۵/۵۰	۱۱۹/۹۰
	انحراف معیار	۱۶/۰۵۰	۱۶/۶۹۲	۱۵/۳۸۵	۱۶/۰۵۴
	بیشترین	۱۵۵/۰۰	۱۵۱/۰۰	۱۳۸/۰۰	۱۵۱/۰۰
	کمترین	۱۰۱/۰۰	۹۹/۰۰	۸۵/۰۰	۱۰۰/۰۰

جدول(۳) نتایج همگنی رگرسیون متغیرپژوهش

متغیر		درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سبک مقابله‌ای	عرض از مبدا	۱	۸۶۱/۴۳۱	۷/۵۳۰	۰/۰۵۶
	گروه	۲	۱۷۸۳/۸۵۹	۸/۶۵۴	۰/۰۵۶
	خطا	۱	۱۵۸۲/۵۴۳		

جدول(٤) نتایج آزمون‌های لوین و شاپیروویلکز جهت رعایت پیش‌فرض‌های آماری

متغیر	نوع	آزمون لوین				آزمون شاپیروویلکز	
		آماره لوین	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری	گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون
سبک مقابله‌ای	پیش آزمون	۰/۰۰۲	۱	۱۸	۰/۹۶۷	گواه	۰/۳۱۵	۰/۶۶۶
	پس آزمون	۰/۱۲۹	۱	۱۸	۰/۷۱۳	آزمایش	۰/۴۹۲	۰/۳۱۴

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

پی آمد

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، راهبردهای مقابله با استرس و شدت وسواس فکری عملی در بیماران وسواس می‌باشد. از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و کاهش راهبردهای ناکارآمد و در کل در بهزیستی روان‌شناختی مراجعان استفاده‌های بسیاری شده است.[۱۹] نتایج این پژوهش حاکی از آن است که گروه درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد اجتنابی و هیجان‌مدار شد درحالی که سبک مقابله‌ای مساله‌مدار بیماران را افزایش داد. نتایج به‌دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله تورپه و همکاران،[۱۷] دایک و همکاران،[۱۸] باروز،[۱۹] گودوین،[۲۰]گراهام وهمکاران،[۱۶] شوارتزوبلانچارد،[۲۳] باتولو و همکاران،[۲٤] امین پور و قربانی،[۲۵] بهروز و همکاران،[۲٦] بهروز[۲۷] و رضاپور[۲۸] می‌باشد. شوارتز و بلانچارد۱۹۹۱ در خصوص معناداری اثربخشی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمرات مقابله مساله‌مدار در مقایسه با درمان طبی مرسوم، بیان کردند که بیماران التهابی روده با شرکت در یک درمان چندمولفه‌ای رفتاری که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای شناختی و تن‌آرامی تدریجی را شامل می‌شد، تجربه اضطراب و افسردگی کمتری را گزارش کردند و طبق گفته خودشان راهبردهای بهتری را در مواجهه با بیماری به‌کار گرفتند. نتیجه تحقیق گودوین، فورمن، هربرت، بوترین، لدلی۲۰۱۲ نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبود موثری در سبک‌های مقابله‌ای ناکارامد بیماران مزمن قلبی-عروقی، کیفیت زندگی آن‌ها و همچنین تعهد و پایبندی آن‌ها به تغییرات مثبت ایجاد شده، به‌وجود آورده است. باروز[۱۹] نشان داد که درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ده جلسه نود دقیقه‌ای بر کاهش رفتارهای اجتنابی و روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد بیمارانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند و همچنین در کاهش سرکوبی افکار موثر بوده و کیفیت زندگی این بیماران را بهبود بخشیده است. نتایج تحقیق بهروز[۲۷] نیز حاکی از اثر بخشی درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روی افکار مزاحم و خودکارآمدی بود. همچنین تفاوت معنی‌داری در سبک مقابله‌ای اجتنابی و مساله‌مدار در گروه آزمایش و گواه مشاهده شد اما در مولفه هیجانی تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه مشاهده نشد. در کل نتایج نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبک مقابله‌ای کارآمد یا مساله‌مدار را در بیماران افزایش دهد. باید توجه کرد که یکی از منابع اصلی و عمده استرس در بسیاری از موارد ناتوانی در برخورد صحیح و مقابله هدفمند و معطوف به مساله با مشکلات و محرک‌های استرسزا می‌باشد. زیرا بر اساس نظر فولکمن و همکاران جدا از ارزیابی تهدیدزا بودن موقعیت استرس‌آور، نکته دیگری که در درک استرس توسط فرد و بالطبع پاسخ وی در برابر آن نقش تعیین‌کننده دارد، ارزیابی فرد از ظرفیت‌ها و توانایی‌های خود برای پاسخ‌دهی فرد به محرک‌های استرسزا است. اجتناب تجربی عبارت است از تلاش به‌منظور فرار یا اجتناب نمودن از شکل و فراوانی رویدادهای شخصی، به‌خصوص زمانی که این تلاش‌ها باعث ضرر روان‌شناختی شوند. بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی با یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دست و پنجه نرم می‌کنند که سیر غیرقابل پیشبینی و غیر قابل کنترل دارد. این بیماران افکار و یا تکانه‌های آزاردهنده‌ای دارند که برای رهایی از این شرایط آزاردهنده به اجتناب از فکر کردن راجع به آن می‌پردازند. بسیاری از بیماران این شیوه راهبرد اجتناب و انکار را تقویت‌کننده می‌یابند، زیرا پناه بردن به آن سبب تسکین موقت و به فراموشی سپردن امور شده و آنان را از رنج و ناراحتی اشتغال فکری با این مساله‌های ناراحت‌کننده، هر چند به‌طور گذرا، می‌رهاند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مراجعان را تشویق می‌کند رابطه‌شان را با افکار و دیگر تجارب درونی تغییر دهند و آن‌ها را رویدادهای ذهنی ببینند که یکی پس از دیگری می‌آیند و می‌روند. در زمینه‌هایی که اجتناب تجربه‌ای رخ می‌دهد فرایندهای گسلش شناختی و پذیرش به فرد در شکستن الگوهای اجتناب و قوانینی که آن‌ها را تنظیم می‌کند کمک می‌کند. با پذیرشی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اتفاق می‌افتد و درنتیجه آن تجربه‌ی رویدادها به‌طور کامل و عاری از دفاع، همان‌گونه که هستند؛ فرد یاد می‌گیرد که وقایع زندگی را همان‌گونه که هستند ببیند و سعی در دخالت یا عوض کردن آن‌ها نکند، زیرا افراد زمانی که با رویدادی غیرقابل تغییر روبرو می‌شوند دچار افکار و احساسات و هیجانات منفی می‌شوند، که باعث بروز راهبردهای مقابله با استرس هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار می‌شود اما در صورت پذیرش فرد یاد می‌گیرد که به‌وجود این مساله در زندگی‌اش آگاه باشد و تلاشی برای از بین بردن آن نکند، همین مساله باعث می‌شود که شدت راهبردهای مقابله‌ای اجتناب‌مدار و هیجان‌مدار در فرد کاهش یابد. از امتیازات بارز این روان درمانی آن است که به فرد نوعی فرصت یادگیری مهارت‌های

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

جدید و خاص مانند کاهش اجتناب تجربی و افزایش پذیرش روانی و تماس با زمان حال می‌بخشد و همین ویژگی موجب می‌شود که فرد نه تنها از اجتناب دست بردارد بلکه به شکل انعطاف‌پذیری با آن مواجه گردد. جداسازی شناختی از تجارب ذهنی به‌نحوی که فرد بتواند مستقلتر و آگاهانه‌تر در دنیای واقعی عمل کند و نیز رهایی از تمرکز مفرط بر داستان شخصی خود ساخته به فرد امکان استفاده از سبک‌های مقابله‌ای کارآمدتر را بدون استرس می‌دهد. بیماران وسواسی از درمانگر می‌خواهند که نشانه‌های آن‌ها را کاهش دهد اما در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز به‌جای کاهش نشانه‌ها بر زندگی ارزشمند است.[۱۰] ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیشبینی موانع و نهایتا، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود بیماری باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن‌که بر عزت نفس و خودکارآمدی بیمار می‌افزاید، او را از گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رها می‌کند. در کل علت تاثیر درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای با توجه به مشاهدات بالینی محقق و با مراجعه به پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش متوجه می‌شویم که تغییر در نگرش مراجعان نسبت به‌علت ایجاد افکار غیرمنطقی و سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف درمان، انجام تمرینات مبتنی برآگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه‌حل‌های ناکارآمد گذشته از همان جلسات نخست و استقبال آزمودنی‌های پژوهش از این نگرش جدید بوده است. به‌عبارتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق بهبود پذیرش روانی و افزایش عمل به ارزش‌ها تغییرات درمانی را موجب می‌شود. لذا در کل نتایج حاصل این مطالعه نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند درمان مناسبی برای بهبود سبک‌های مقابله‌ای بیماران باشد.

راه‌بست‌ها: این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌های حوزه علوم رفتاری و روانشناسی محدودیت‌هایی داشت. از جمله، برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد. با توجه به جنبه خود گزارش‌دهی پرسشنامه، ممکن است در پاسخ‌هایشان به‌دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی سوگیری و تحریف وجود داشته باشد. از محدودیت‌های دیگر پژوهش، ناممکن بودن انجام پیگیری، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و تعداد کم نمونه‌ها بود.

پیشنهادها: با توجه به اثر بخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای بیماران وسواس از این درمان در جهت ارتقای سبک‌های مقابله‌ای کارآمد در بیماران وسواس استفاده شود. همچنین استفاده از این روش درمانی در درمان اختلالات روان‌شناختی سایر بیماران مزمن و سایر اختلالات بالینی بر دیگرگروه‌های سنی و فرهنگی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

References:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM5, 5th ed. Trans. Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Ravan. Publication. 2013[Persian]. https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596
2. Sheikhmoonesi F, Hajheidari Z, Masoudzadeh A, Mohammadpour RA, Mozaffari M. Prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder and their relationships with dermatological diseases. Acta Med Iran. 2014; 52(7):511-4 https://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/4583/0
3. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, et al. WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety Obsessive-Compulsive Post-Traumatic Stress Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders–first revision.World J Biol Psychiatry. 2008;9(4):248-312. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18949648/
4. Koran LM, Hanna GL, Hollander E, Nestadt G, Simpson HB , American Psychiatric A. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry.2007;164: 5-53. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17849776/
5. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. Behav Rese Ther. 1985;23(5):571-83. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796785901056
6. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1998;(pp. 209-222). Pergamon. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9299799/
7. Vogel PA, Stiles TC, Götestam KG. Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. Behav Cog Ther. 2004;32(3):275-90. https://psycnet.apa.org/record/2004-16863-002
8. Hayes SC, Lillis J. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]

behavioral and cognitive therapies–republished article. Behav Ther. 2016;47(6):869-85. https://psycnet.apa.org/record/2012-03484-000
9. Hayes SC, Strosahl KD, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy. an experiential approach to behavior change. 2003 ed. https://books.google.com/books/about/Acceptance_and_Commitment_Therapy.html?id=ZCeB0JxG6EcC
10. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. J Consul Clin Psychol. 1996;64(6):1152. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8991302/
11. Kashdan TB, Barrios V, Forsyth JP, Steger MF. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. Behav Res Thera. 2006;44(9):1301-20. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796705002123
12. Hayes SC. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy 2011. https://www.academia.edu/31179576/Preliminary_Psychometric_Properties_of_the_Acceptance_and_Action_Questionnaire_II_A_Revised_Measure_of_Psychological_Inflexibility_and_Experiential_Avoidance
13. Bastami M, Goodarzi N, dowran B, Taghva A. Effectiveness of treatment acceptance and commitment therapy (ACT) on the reduction of depressive symptoms of military personnel with type 2 diabetes mellitus. EBNESINA. 2016; 18 (1) :11-18 [Persian]. https://www.researchgate.net/publication/401933444_Effectiveness_of_treatment_acceptance_and_commitment_therapy_ACT_on_the_reduction_of_depressive_symptoms_of_military_personnel_with_type_2_diabetes_mellitus
14. Shanmugasegaram S, Flett GL, Madan M, Oh P, Marzolini S, Reitav J, Hewitt PL, Sturman ED. Perfectionism, Type D personality, and illness-related coping styles in cardiac rehabilitation patients. J Health Psychol. 2014;19(3):417-26 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23493864/
15. Dehghani S, Izadikhah Z, Nasab M, Rezaei E. The path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2014;12(1):1-8 [Persian]. https://rbs.mui.ac.ir/article-1-357-en.html
16. Graham CD, Weinman J, Sadjadi R, Chalder T, Petty R, Hanna MG, Turner C, Parton M, Maddison P, Radunovic A, Longman C. A multicentre postal survey investigating the contribution of illness perceptions, coping and optimism to quality of life and mood in adults with muscle disease. Clin Rehabil. 2014;28(5):508-19. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24240060/
17. Thorpe CT, Fahey LE, Johnson H, Deshpande M, Thorpe JM, Fisher EB. Facilitating healthy coping in patients with diabetes: a systematic review. Diabetes Educ. 2013;39(1):33-52. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23073967/
18. Dyke ML, Cuffee YL, Halanych JH, McManus RH, Curtin C, Allison JJ. The relationship between coping styles in response to unfair treatment and understanding of diabetes self-care. Diabetes Educ. 2013;39(6):848-55. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24096805/
19. Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. Clinical Case Studies. 2013;12(3):246-59. https://www.researchgate.net/publication/274055156_Acceptance_and_Commitment_Therapy_With_Survivors_of_Adult_Sexual_Assault_A_Case_Study
20. Goodwin CL, Forman EM, Herbert JD, Butryn ML, Ledley GS. A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. Behav Modif. 2012;36(2):199-217. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22133992/
21. Endler NS, Parker JD. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual North Tonawanda. NY: Multi-Health Systems. 1990. https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2067853
22. Nejad PJ, Abbasi MM, Abhari SA, Zerrati H. Factors associated with premature discharge of patients with psychosis against medical advice. Iran J Psychiat. 2006:27-30 https://www.academia.edu/73259877/Factors_Associated_With_Premature_Discharge_of_Patients_With_Psychosis_Against_Medical_Advice
23. Segerstrom SC. Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. J Res in Personality. 2007;41(4):772-86. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3861054/
24. Butollo W, Karl R, König J, Rosner R. A randomized controlled clinical trial of dialogical exposure therapy versus cognitive processing therapy for adult outpatients suffering from PTSD after type I trauma in adulthood. Psychother Psychosom. 2016;85(1):16-26. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26610167/
25. Amin Pur RA, Ghorbani M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on stress coping strategies in women with ulcerative colitis. Iranian J. Gastroenterol. Hepatol.(GOVARESH). 2015;20(1):1-9 [Persian]. http://govaresh.org/index.php/dd/article/view/1351/1691
26. Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhadi M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptoms, coping styles, and quality of life in patients with type-2 diabetes. Journal of Health. 2016;7(2):236-53 [Persian]. https://sid.ir/paper/227041/en
27. Behrouz B. The effectiveness of group-based acceptance and commitment therapy on post-traumatic stress disorder, coping styles, and self-efficacy in girls with abnormal grief. Journal of Clinical Psychology, 2016; 7(4);81-92[Persian]. https://www.sid.ir/paper/152713/en
28. Rezapour P. The effectiveness of ACT Acceptance and Commitment Based Therapy on coping style and pain control in women with Multiple Sclerosis. (Dissertation) Iran Institute of Information Science and Technology,University of allameh, Faculty of Education and Psychology.2015 [Persian] https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/8263413c2cecdf18f464fa0ff6811b06

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-10-20]