

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر
انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور

Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on psychological flexibility in patients with major thalassemia

Shiva Houshmand Farzaneh

Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Mohammadreza Zarbakhsh Bahri *

Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

M.zarbakhsh@iaau.ac.ir

شیوا هوشمند فرزانه

گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

محمدرضا زربخش بحری (نویسنده مسئول)

گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on psychological flexibility in individuals with major thalassemia. The research method was a quasi-experimental design with a pretest-posttest design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of the study included patients diagnosed with major thalassemia who had been referred to Shahid Rajaei Hospital in Tonekabon in 2024 for follow-up treatment. The sample size consisted of 45 people who were selected by convenience sampling and randomly assigned to three groups of 15. The research instruments included the Acceptance and Action Questionnaire-Second Edition by Bond et al. (2007). The ACT and MBCT group received 8 sessions of intervention 2. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings showed that in the two intervention groups, ACT and MBCT, the scores from pre-test to post-test and follow-up of psychological flexibility significantly increased compared to the control group ($P<0.05$); the findings also showed that there was a significant difference between the two intervention groups at the follow-up stage ($P<0.05$). It can be concluded that ACT was more effective than MBCT in increasing psychological flexibility among patients with major thalassemia.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Psychological Flexibility, Major Thalassemia.

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل بیماران تالاسمی ماژور بود که به بیمارستان شهید رجایی تنکابن در سال ۱۴۰۴ جهت پیگیری درمان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره جای گذاری شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) بوند و همکاران (۲۰۰۷) بود. گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۸ جلسه ۲ مداخله دریافت کردند. داده های پژوهش با تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر تحلیل شد. یافته ها نشان داد که در دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه کنترل به طور معنادار نمرات پیش آزمون تا پس آزمون و پیگیری انعطاف پذیری روان شناختی افزایش یافته است ($P<0.05$)؛ همچنین یافته ها نشان داد که بین دو گروه مداخله در مرحله پیگیری تفاوت معنادار وجود داشت ($P<0.05$). از یافته های فوق می توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور از اثربخشی بیشتری نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برخوردار است.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، انعطاف پذیری روان شناختی، تالاسمی ماژور.

ویرایش نهایی: خرداد ۱۴۰۵

پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۵

دریافت: فروردین ۱۴۰۵

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

تالاسمی ماژور^۱ یکی از رایج ترین اختلالات خونی ژنتیکی در جهان است که در اثر نقص در سنتز هموگلوبین ایجاد می شود و به کم خونی شدید و مزمن منجر می گردد (ونت^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). ماهیت مزمن و پیشرونده این بیماری که موجب دریافت درمان های مداوم پزشکی، از جمله تزریق منظم خون، مصرف داروهای دفع کننده آهن و مراجعات پی در پی به مراکز درمانی می شود (بیلجین^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)، فراتر از پیامدهای جسمانی، با ایجاد محدودیت ها و وابستگی های طولانی مدت، سازگاری روان شناختی، فردی و اجتماعی بیماران را به شدت به چالش می کشد (ونگی^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). چنین بیمارانی با شیوع بالاتری از مشکلات روان شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، احساس ناتوانی، خشم، نگرانی مداوم نسبت به آینده و افت کیفیت زندگی مواجهند (تاریم و اوز^۵، ۲۰۲۲) که نشان دهنده اهمیت توانایی آن ها برای سازگاری مؤثر با بیماری و حفظ کیفیت زندگی است (رضائی و قاسمی پیربلوطی، ۱۴۰۳). در این راستا، رویکردهای صرفاً درمانی و جسمانی ناکافی به نظر می رسند و تجربه مستمر محدودیت ها، نیازمند سازوکارهای مقابله ای قوی درونی است (جباری فرد و همکاران، ۱۳۹۸). مفهوم انعطاف پذیری روان شناختی^۶ به عنوان عاملی کلیدی در مقابله با استرس، بازیابی از تجربیات دشوار و حفظ سلامت روان در بلندمدت، توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است (اوکاتی^۷ و همکاران، ۲۰۲۰).

انعطاف پذیری روان شناختی به توانایی فرد برای تجربه و پذیرش افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، بدون تلاش افراطی برای اجتناب یا کنترل آن ها، و در عین حال پایبندی به رفتارهای مبتنی بر ارزش های شخصی اشاره دارد (مک کراکن^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). افراد با انعطاف پذیری روان شناختی بالاتر، استرس بیماری مزمن را بهتر مدیریت کرده و دیدگاه مثبت تری به زندگی دارند (تیندال^۹ و همکاران، ۲۰۲۳؛ فراهانی و همکاران، ۲۰۲۳) و حتی در شرایط دشوار توأم با پریشانی هیجانی، می توانند آگاهانه تصمیم بگیرند و رفتاری مطابق با اهداف و ارزش های زندگی شان داشته باشند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). شواهد پژوهشی نشان می دهد که انعطاف پذیری روان شناختی با افزایش آگاهی از تجارب درونی، پذیرش هیجانات، کاهش اجتناب تجربی و تحمل پریشانی مرتبط است (لوین^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). در مقابل، انعطاف ناپذیری روان شناختی با الگوهایی نظیر نشخوار ذهنی، کنترل گری شناختی، اجتناب از هیجانات ناخوشایند و درگیری بیش از حد با افکار منفی همراه است که این الگوها سازگاری با بیماری های مزمن را دشوارتر می سازند (پولاکاناهو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور، که به طور مستمر با استرس های جسمی و روانی مواجه اند، سطح پایین انعطاف پذیری روان شناختی می تواند به تشدید پریشانی، کاهش پایبندی به درمان و افت کیفیت زندگی منجر شود (محمودی سوران و همکاران، ۱۳۹۸). در این راستا، مداخلات روان شناختی مبتنی بر شواهد که به طور خاص بر افزایش انعطاف پذیری روان شناختی تمرکز دارند، اهمیت ویژه ای یافته اند (دکانی و همکاران، ۱۴۰۰؛ عباسی شورباخلو و خضری، ۱۴۰۳).

از مداخلات موج سوم، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۲} (ACT) است که بر ارتقای انعطاف پذیری روان شناختی از طریق کاهش اجتناب تجربی و تقویت رفتارهای ارزش محور تأکید دارد. ACT با استفاده از فرآیندهایی همچون گسلش شناختی، پذیرش، لحظه حال، خود زمینه ای و عمل متعهدانه، به بیماران کمک می کند تا در مواجهه با افکار و احساسات دشوار (مانند خستگی ناشی از تزریق یا محدودیت های ناشی از بیماری)، به جای درگیری شناختی، مسیری انعطاف پذیر را بر اساس ارزش های خود انتخاب کنند (کریستودولو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵؛ وایتینگ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد پژوهشی نشان داده است که افزایش انعطاف پذیری روان شناختی ناشی از ACT، به طور مستقیم با بهبود کیفیت زندگی و کاهش اختلالات عملکردی در بیماران مبتلا به شرایط مزمن جسمی مرتبط است (مارتینز

1. thalassemia major
2. Wendt
3. Bilgin
4. Wangi
5. Tarım & Öz
6. psychological flexibility
7. Okati
8. McCracken
9. Tyndall
10. Levin
11. Puolakanaho
12. Acceptance and Commitment Therapy
13. Christodoulou
14. Whiting

کالدرون^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). برای بیماران تالاسمی ماژور که نیازمند پایداری طولانی‌مدت به درمان (آهن‌زدایی) هستند، تأکید ACT بر عمل متعهدانه یک مزیت بالینی کلیدی محسوب می‌شود، زیرا رفتارهای منطبق بر سلامت را حتی در صورت وجود خلق و خوی منفی تقویت می‌کند (فناپی و همکاران، ۱۴۰۱).

در سوی دیگر، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲ (MBCT) به عنوان رویکردی ساختاریافته، حاصل ادغام اصول شناخت‌درمانی با تمرینات ذهن‌آگاهی است. هدف اصلی MBCT تغییر رابطه فرد با افکار و هیجانات خود از طریق مشاهده آن‌ها به عنوان پدیده‌های گذرا است (پاسچلی^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). این فرآیند که «عدم درهم‌آمیختگی» نامیده می‌شود، به طور قابل توجهی نشخوار فکری و واکنش‌پذیری شناختی را کاهش می‌دهد (پارک^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). یک متاآنالیز اخیر نشان داده است که MBCT دارای اندازه اثر معنادار در کاهش علائم اضطراب و افسردگی است و این تأثیرات در پیگیری‌های طولانی‌مدت نیز پایدار باقی می‌ماند (ژنتونی^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). در زمینه بیماری‌های مزمن، نقطه قوت MBCT نسبت به ACT در پروتکل استاندارد و اجرای گروهی آسان آن است که باعث می‌شود در مراکز درمانی که زمان و منابع محدودی دارند، گزینه‌ای عملی‌تر باشد.

با وجود همپوشانی در برخی مؤلفه‌ها مانند «پذیرش»، مسیر تغییر در این دو رویکرد متمایز است. ACT عمدتاً از طریق کاهش اجتناب (تجربی) کاهش تلاش برای کنترل رویدادهای درونی) عمل می‌کند، در حالی که MBCT از طریق کاهش واکنش‌پذیری شناختی (تغییر رابطه با افکار تهدیدکننده) عمل می‌کند (پارک^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). این تمایز برای بیماران تالاسمی اهمیت بالینی مستقیم دارد. نقطه قوت ACT در تأکید مستقیم بر ارزش‌ها و عمل متعهدانه است؛ بیمارانی که با بی‌حوصلگی و دزدگی از رژیم درمانی دچار افت پایداری می‌شوند، از ACT بهره بیشتری می‌برند (گلاتلی^۷ و همکاران، ۲۰۲۴؛ فریدونی و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، نقطه قوت MBCT در کاهش نشخوار فکری و افسردگی ناشی از نگرانی درباره آینده یا عوارض بیماری است. بنابراین، انتخاب مداخله مناسب باید بر اساس نیاز برجسته بیمار (کمبود انگیزه و عمل در ACT در مقابل افکار نشخوارگونه و افسردگی در MBCT) صورت گیرد.

در مجموع، آنچه مقایسه این دو رویکرد را یک ضرورت بالینی فوری می‌سازد، خلأ دانشی موجود در زمینه تالاسمی ماژور است. در حال حاضر، روان‌شناس بالینی با دو گزینه درمانی روبه‌روست که هر دو شواهد اثربخشی جداگانه‌ای در سایر بیماری‌های مزمن دارند (کریستودولو^۸ و همکاران، ۲۰۲۵؛ وی هوف^۹ و همکاران، ۲۰۱۶)، اما هیچ معیاری برای تصمیم‌گیری آگاهانه مبنی بر اینکه «کدام رویکرد برای کدام بیمار تالاسمی مناسب‌تر است» وجود ندارد. توجه به این نکته ضروری است که مطالعات پیشین عمدتاً به اثربخشی مجزای هر یک پرداخته‌اند و مقایسه مستقیم آن‌ها، به‌ویژه در زمینه ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (که عامل فراتشخیصی کلیدی در سازگاری با بیماری‌های مزمن است) در بیماران تالاسمی ماژور انجام نشده است. با توجه به بار روانی قابل توجه تالاسمی ماژور و نقش حیاتی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پایداری به درمان و کیفیت زندگی، انجام این پژوهش می‌تواند منجر به تدوین پروتکل‌های درمانی شخصی‌سازی شده شود و از اتلاف جلسات درمانی و کاهش انگیزه بیماران جلوگیری کند. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی ACT و MBCT بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران تالاسمی ماژور بود که به بیمارستان شهید رجایی تنکابن در سال ۱۴۰۴ جهت پیگیری درمان مراجعه کردند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. برای محاسبه حجم نمونه از نرم افزار تخصصی GPower نسخه ۳/۱ استفاده گردید. با توجه به سه گروه، توان ۹۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد، برای هر گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفر و در مجموع ۴۵ نفر در نظر گرفته شد. روند

1. Martínez-Calderón
2. Mindfulness-Based Cognitive Therapy
3. Paschali
4. Park
5. Gkintoni
6. Park
7. Gellatly
8. Christodoulou
9. Veehof

نمونه گیری به این صورت بود که با مراجعه به بیمارستان نامبرده، لیستی از کلیه بیماران تالاسمی ماژور تهیه گردید. ضمن ارائه توضیحات لازم در خصوص طرح تحقیق، از بیمارانی که ملاک‌های ورود را دارا بودند، برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد که در نهایت تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. روش تصادفی سازی به این شکل بود که پس از انجام مصاحبه روان شناختی و بررسی پرونده‌های بیماران، از بین بیماران واجد ملاک‌های ورود به پژوهش، تعداد ۱۵ نفر با استفاده از روش قرعه‌کشی توسط فردی غیر از پژوهشگر در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزاری شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی تالاسمی ماژور، سن ۳۰ تا ۴۵ سال، حداقل دو سال سابقه تزریق منظم خون، حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم نشانه‌های سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی (طبق ارزیابی پژوهشگر بر اساس مصاحبه تشخیصی)، عدم شرکت همزمان در سایر مداخلات روان‌شناختی و تمایل به مشارکت در جلسات درمانی بود. معیارهای خروج از شامل غیبت در بیش از دو جلسه درمانی (متوالی یا غیرمتوالی) بدون توجه به موجه بودن یا نبودن دلیل غیبت؛ زیرا دریافت کمتر از آستانه موثر مداخله، امکان قضاوت درباره اثربخشی را مخدوش می‌کند؛ انصراف داوطلبانه بیمار در هر مرحله از پژوهش؛ و عدم تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون یا پس‌آزمون بود. این پژوهش با رعایت کامل موازین اخلاقی انجام شد که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: کلیه شرکت‌کنندگان، پیش از شروع مطالعه، فرم رضایت آگاهانه را مطالعه و امضا کردند. در این فرم، اهداف پژوهش، تعداد جلسات، فرایند مداخله، مدت هر جلسه، مزایا و عدم وجود هزینه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ گونه عواقب منفی در درمان روزمره خود، از مطالعه خارج شوند. محرمانگی داده‌ها از طریق کدگذاری، ذخیره الکترونیک با رمز عبور و نگهداری پرسشنامه‌های کاغذی در محلی با دسترسی محدود (فقط پژوهشگر اصلی) تأمین گردید. برای اطمینان از عدم تداخل جلسات مداخله با برنامه‌های درمانی شرکت‌کنندگان، زمان برگزاری جلسات با هماهنگی پزشک معالج و خارج از ساعات درمان روزمره تنظیم شد. در پایان پژوهش، به گروه کنترل (که در طول مطالعه مداخله‌ای دریافت نکرده بودند) آموزش هر دو رویکرد درمانی، به صورت فشرده و در قالب کارگاه‌های آموزشی ۴ جلسه‌ای ارائه شد. در پایان پژوهش، برای رعایت عدالت در پژوهش، به شرکت‌کنندگان گروه کنترل، جزوهای آموزشی حاوی خلاصه‌ای از تکنیک‌های هر دو رویکرد همراه با یک جلسه پرسش و پاسخ (۲ ساعته) ارائه شد. در نهایت، برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه توسط بوند^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۷ برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی طراحی شده است. نسخه جدید این ابزار شامل ۱۰ گویه است که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (۱=اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند تا ۷=کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر حاکی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر هستند. این پرسشنامه به عنوان ابزاری تک‌عاملی در نظر گرفته شده است. بوند و همکاران (۲۰۰۷) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ضرایب پایایی بازآزمایی آن را در فواصل زمانی ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ گزارش کردند. همچنین روایی همگرایی این ابزار از طریق همبستگی بالای آن با نسخه قبلی پرسشنامه به میزان $r=0/97$ مورد تایید قرار گرفت. به علاوه، روایی واگرایی این پرسشنامه از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس‌های سنجش سازه‌های متمایز نظیر روان‌رنجورخویی و عاطفه منفی تأیید کرده‌اند (دامنه همبستگی‌های گزارش شده بین این پرسشنامه و این سازه‌ها ۰/۲۸ تا $r=0/45$ بوده است که در سطح پایین تا متوسط قرار داشته و نشان‌دهنده روایی واگرایی قابل قبول ابزار می‌باشد). در ایران عباسی و همکاران (۱۳۹۲) ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف را برای افراد مبتلا به افسردگی اساسی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۶، برای افراد دچار اختلال اضطراب فراگیر ۰/۸۴ و ۰/۷۶، و برای گروه عادی ۰/۸۰ و ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین، رابطه این پرسشنامه با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۵۹- و با پرسشنامه اضطراب بک برابر با ۰/۴۴- تعیین شده است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ بدست آمد.

گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: جلسات گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس پروتکل درمانی هیز و همکاران (۲۰۱۱) و جلسات شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل سگال و همکاران (۲۰۱۸)، هر دو در قالب ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای (به صورت گروهی و هفته‌ای یکبار) و به شرح زیر انجام شد:

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات آموزشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	خلاصه محتوای جلسات
جلسه ۱	آشنایی گروه، معرفی چارچوب ACT، قوانین درمان و اجرای پیش‌آزمون
جلسه ۲	تبیین پذیرش به‌عنوان اصل ACT و مواجهه بدون کنترل با افکار و هیجانات
جلسه ۳	مرور تکالیف، پذیرش بدون قضاوت و تمایز افکار، هیجانات و رویدادها
جلسه ۴	آموزش ذهن‌آگاهی، حضور در لحظه و بازتعریف تجربه بیماری
جلسه ۵	تمایز پذیرش از تسلیم، کاهش قضاوت شناختی و مشاهده هیجانات
جلسه ۶	تعهد به عمل ارزش‌محور، مدیریت افکار منفی و ذهن‌آگاهی بدن
جلسه ۷	بررسی مسائل حل‌نشده و اصلاح برنامه‌های رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها
جلسه ۸	جمع‌بندی، ارزیابی پیشرفت، اجرای پس‌آزمون و برنامه‌ریزی تداوم تمرین
محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	
جلسه ۱	آشنایی گروه، تبیین اهداف و قوانین، تمرین تنفس و بدن‌آگاهی و خوردن آگاهانه
جلسه ۲	بدن به‌عنوان لنگر حضور در لحظه، مشاهده افکار به‌مثابه رویدادهای ذهنی
جلسه ۳	مراقبت از بدن، کشش بدنی همراه تنفس آگاهانه و مشاهده رویدادهای ناخوشایند
جلسه ۴	کاهش واکنش‌پذیری نسبت به افکار و هیجانات منفی و بازگشت آگاهانه به تنفس
جلسه ۵	آموزش پذیرش تجارب درونی دشوار و تمرین مراقبه نشسته
جلسه ۶	فاصله‌گیری شناختی از افکار، شناسایی افکار منفی و نشانه‌های خلقی
جلسه ۷	تغییر رفتار برای بهبود هیجان، فعال‌سازی رفتاری و ذهن‌آگاهی در فعالیت‌ها
جلسه ۸	جمع‌بندی، انتخاب هشیارانه در برابر خلبان خودکار و برنامه‌ریزی پیگیری

یافته‌ها

نتایج بدست آمده نشان داد فراوانی سطح تحصیلات دیپلم، کارشناسی و کارشناسی ارشد در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب ۸ (۵۳/۳۴ درصد)، ۵ (۳۳/۳۳ درصد) و ۲ (۱۳/۳۳ درصد)، برای گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به ترتیب ۱۰ (۶۶/۶۶ درصد)، ۴ (۲۶/۶۸ درصد) و ۱ (۶/۶۶ درصد) و برای گروه کنترل ۸ (۵۳/۳۴ درصد)، ۶ (۴۰ درصد) و ۱ (۶/۶۶ درصد) بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۸ نفر (۵۳/۳۴ درصد) از شرکت کنندگان مرد و ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) زن بودند. در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۹ نفر (۶۰ درصد) از شرکت کنندگان مرد و ۶ نفر (۴۰ درصد) زن بودند. در گروه گواه نیز ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) از شرکت کنندگان مرد و ۸ نفر (۵۳/۳۴ درصد) زن بودند. همچنین میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان پذیرش و تعهد $34/35 \pm 3/02$ ، در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی $35/66 \pm 0/08$ و در گروه گواه $35/22 \pm 4/63$ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار انعطاف پذیری روان‌شناختی را در گروه‌های پژوهش به تفکیک مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی انعطاف پذیری روان‌شناختی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
درمان پذیرش و تعهد	میانگین	۳/۶۸	۴۴/۰۰	۴۳/۳۳
	انحراف معیار	۳/۴۰	۳/۲۳	۳/۶۶
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	میانگین	۳/۳۱	۳۷/۷۰	۳۶/۰۰
	انحراف معیار	۲۹/۵۳	۳/۷۲	۴/۶۱

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری روان شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور
Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on ...

۳/۹۵	۲۹/۰۷	۴/۴۷	۲۸/۶۷	۴/۶۱	۲۹/۰۰	کنترل	انعطاف پذیری روان شناختی
------	-------	------	-------	------	-------	-------	-----------------------------

جدول ۲ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات انعطاف پذیری روان شناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در مقابل، تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. قبل از مقایسه اثربخشی دو درمان، پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بدست آمده برای آزمون شاپیرو - ویلک نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها در متغیر پژوهش در هر سه گروه و در هر سه مرحله آزمون رعایت شده است ($p < 0.05$). در پژوهش حاضر برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیر وابسته در بین گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات در مراحل پیش‌آزمون ($p = 0.270$)، پس‌آزمون ($p = 0.255$) و پیگیری ($p = 0.522$) در سه گروه و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چند متغیره برقرار است ($p = 0.53$). آزمون کرویت نیز برای انعطاف پذیری روان شناختی ($p = 0.096$)، $\chi^2 = 4.49$ ، $W = 0.1892$) به لحاظ آماری معنادار نبود. این موضوع بیانگر برقراری مفروضه شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها در بین داده‌ها بود. در جدول ۳ نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	η^2	توان آزمون
انعطاف پذیری روان شناختی	زمان	۱۴۱۷/۳۸	۲	۷۰۸/۶۹	۲۸۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱	۱/۰۰
	اثر تعاملی گروه × زمان	۹۰۹/۶۹	۴	۲۲۷/۴۲	۹۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱۳	۰/۹۹۶
	خطا	۲۰۹/۶۰	۸۴	۲/۵۰	-	-	-	-
	گروه	۲۴۰۸/۱۳	۲	۱۲۰۴/۰۷	۱۲۰۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹	۱/۰۰
	خطا	۱۷۵۴/۵۳	۴۲	۴۱/۷۷	-	-	-	-

جدول ۳ نشان می‌دهد که اثر زمان ($F = 1/14$ ، $p = 0/237$ ، $\eta^2 = 0/065$)، اثر گروه ($F = 1/14$ ، $p = 0/237$ ، $\eta^2 = 0/065$) و اثر تعاملی گروه × زمان ($F = 1/14$ ، $p = 0/237$ ، $\eta^2 = 0/065$) برای متغیر انعطاف پذیری روان شناختی معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیرهای مستقل انعطاف پذیری روان شناختی را به صورت معنادار تحت تاثیر قرار داده است. جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی نمرات مربوط به انعطاف پذیری روان شناختی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی و بین گروهی متغیر انعطاف پذیری روان شناختی

مراحل سنجش	گروه مداخله ACT	گروه مداخله MBCT	گروه کنترل		
	اختلاف میانگین	معداری	اختلاف میانگین	معداری	اختلاف میانگین
پیش‌آزمون	۱۳/۶	۰/۰۱	۸/۱۷	۰/۰۱	۰/۳۳
پیش‌آزمون	۱۲/۹۳	۰/۰۱	۶/۴۷	۰/۰۱	۰/۸۱
پس‌آزمون	۰/۶۷	۰/۵۶	۱/۷	۰/۳۹	۰/۴
	MBCT*ACT	MBCT*کنترل	MBCT	کنترل	MBCT*ACT
مقایسه بین گروهی	اختلاف میانگین	معداری	اختلاف میانگین	معداری	اختلاف میانگین
	۱۰/۳۳	۰/۰۱	۵/۶	۰/۰۱	۴/۷۳

نتایج جدول ۴ گویای این است که در گروه کنترل بین مراحل سنجش تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$)، اما در مقابل نشان داد که در گروه‌های درمانی نمرات پیش‌آزمون با پ‌س‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارد ($P < 0.01$)؛ اما بین نمرات پ‌س‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات تغییرات در گروه‌های درمانی از پ‌س‌آزمون تا پیگیری است؛ در واقع میتوان گفت که

هر دو درمان به‌طور معنادار در طول زمان باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شده‌اند. نتایج آزمون بنفرونی جهت مقایسه بین گروهی نشان داد که بین گروه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و کنترل ($P=0/01$) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و کنترل ($P=0/01$) تفاوت معنادار وجود داشت. همچنین بین دو گروه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تفاوت معنادار مشاهده شد ($P=0/01$)؛ در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی تأثیر بیشتر بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور بود. یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو روش به طور معنادار انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش دادند و این اثرات در دوره پیگیری پایدار ماند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برتری معناداری نسبت به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نشان داد.

پژوهش حاضر نشان داد گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور شود. این یافته با نتایج مطالعات مارتینز کالدرون و همکاران (۲۰۲۴)، گلاتلی و همکاران (۲۰۲۴)، فریدونی و همکاران (۲۰۲۳)، فنایی و همکاران (۱۴۰۱)، جلوداری و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با تمرکز بر پذیرش، گسلش شناختی، توجه به لحظه حال و اقدام متعهدانه بر اساس ارزش‌ها، رویکردی توانمندساز در مواجهه با تجربیات درونی ناخوشایند و محدودیت‌های بیماری تالاسمی ماژور ارائه می‌دهد (اوکاتی و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران تالاسمی با درد مزمن، خستگی، محدودیت‌های جسمی و نگرانی‌های آینده روبرو هستند که غالباً منجر به تلاش‌های اجتنابی برای سرکوب افکار یا احساسات ناخوایسته می‌شود، که این خود به تشدید رنج روانی و کاهش انعطاف‌پذیری می‌انجامد (تاریم و اوز، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقابل این اجتناب، پذیرش را آموزش می‌دهد؛ یعنی بیماران یاد می‌گیرند که افکار، احساسات و احساسات جسمانی ناخوشایند مرتبط با بیماری را نه به عنوان دشمن، بلکه به عنوان بخشی از تجربه انسانی مشاهده و تحمل کنند. این پذیرش، امکان آزادسازی انرژی روانی و هدایت آن به سمت فعالیت‌های ارزشمند را فراهم می‌آورد (وایتینگ و همکاران، ۲۰۲۰). مکانیزم گسلش شناختی به بیماران امکان می‌دهد تا از افکار خود فاصله گرفته و آن‌ها را صرفاً فکر و نه حقیقت مطلق ببینند، به ویژه در مواجهه با افکار منفی مانند «من دیگر هرگز احساس خوبی نخواهم داشت» یا «این بیماری مرا نابود خواهد کرد». این فاصله گرفتن از افکار، از درگیر شدن در آن‌ها جلوگیری کرده و فضای بیشتری برای تجربه واقع‌بینانه‌تر لحظه حال فراهم می‌کند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). تأکید درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر حضور در لحظه حال به بیماران کمک می‌کند تا از نشخوارهای گذشته یا اضطراب‌های آینده فاصله گرفته و بر آنچه در توانشان است در همین لحظه تمرکز کنند، که این مدیریت انرژی و توجه را آسان‌تر می‌سازد. در نهایت، تعهد به ارزش‌ها و اقدام ارزشمند، انگیزه و جهت‌دهی لازم را برای زندگی معنادار، حتی با وجود محدودیت‌های بیماری، فراهم می‌کند. بیماران تشویق می‌شوند تا بر اساس ارزش‌های مهم زندگی خود (مانند خانواده، یادگیری، یا مشارکت اجتماعی) دست به اقدام بزنند، که این خود به حس هدفمندی و بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شود (محمودی سوران و همکاران، ۱۳۹۸).

همچنین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور شود. این یافته با نتایج مطالعات ژنتونی و همکاران (۲۰۲۵)، دکانی و همکاران (۱۴۰۰) و پارک و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ارائه مهارت‌های روان‌شناختی، به طور مشخص به چالش‌های بیماران تالاسمی ماژور پاسخ می‌دهد. این رویکرد عمدتاً از طریق تقویت «پذیرش بدون قضاوت» عمل می‌کند؛ بیماران یاد می‌گیرند افکار، احساسات و علائم جسمانی ناخوشایند مرتبط با بیماری (مانند درد مزمن، خستگی، اضطراب) را به عنوان تجربیاتی قابل مشاهده و گذرا در نظر بگیرند. این تغییر نگرش، تلاش‌های بی‌هوده برای سرکوب یا اجتناب را کاهش داده و از تشدید رنج روانی جلوگیری می‌کند (سگال و همکاران، ۲۰۱۸). مکانیسم کلیدی دیگر، «گسلش شناختی» است. بیماران می‌آموزند که بین خود و افکارشان تمایز قائل شوند؛ یعنی «فکر می‌کنند» نه اینکه «آن فکر باشند». این امر، قدرت افکار منفی مربوط به بیماری را در تحت تأثیر قرار دادن رفتار و خلق‌وخو کاهش داده و از درگیری در نشخوار فکری جلوگیری می‌کند (ژنتونی و همکاران، ۲۰۲۵). آموزش

«توجه آگاهانه به لحظه حال» نیز حیاتی است. این مهارت به بیماران کمک می‌کند تا از نشخوار گذشته یا اضطراب آینده فاصله گرفته و بر تجربه کنونی تمرکز کنند. این تمرکز بر زمان حال، درک دقیق‌تری از علائم جسمانی بدون قضاوت یا واکنش هیجانی شدید فراهم آورده و مدیریت آن‌ها را تسهیل می‌کند (جباری فرد و همکاران، ۲۰۱۹). این فرآیندها در مجموع به افزایش تاب‌آوری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. بیماران قادر می‌شوند با وجود محدودیت‌های بیماری، فعالانه در زندگی معنادار مشارکت کنند. با هدایت انرژی به سمت فعالیت‌های ارزش‌محور به جای تمرکز صرف بر علائم، کیفیت زندگی آن‌ها به طور کلی بهبود می‌یابد (اکبری گلوردی و همکاران، ۱۴۰۱).

در نهایت، یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو رویکرد گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور موثرند، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از اثربخشی بیشتری برخوردار است. مقایسه اثرات این دو رویکرد بر متغیرهای دیگر حاوی نتایج مشابهی بود: مطالعه قیاسی و همکاران (۲۰۲۱) بر اضطراب درد و خوددلسوزی در بیماران مبتلا به سرطان پستان و نتایج مطالعه وترال و همکاران (۲۰۲۲) بر شدت درد و ناتوانی ناشی از درد با نتایج این تحقیق همسو بود که نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در مقایسه با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از اثربخشی بالاتری برخوردار بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل تمرکز عمیق‌تر بر فرآیندهای بنیادین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، نسبت به شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برتری دارد. در حالی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی و پذیرش غیرقضاوت‌گرانه به بیماران کمک می‌کند تا با درد و استرس بیماری مزمن کنار بیایند و واکنش‌پذیری هیجانی را کاهش دهد (داکانی و همکاران، ۲۰۲۱)، اما در پرداختن به مؤلفه‌های کنش‌محور و جهت‌دهنده به زندگی محدودیت دارد (وی هوف و همکاران، ۲۰۱۶). در مقابل، گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر ارزش‌های شخصی و تعهد به عمل، بیماران را تشویق می‌کند تا حتی در حضور درد و محدودیت‌های بیماری، رفتارهای معنادار و هدفمند را دنبال کنند. این رویکرد در بیماری‌های مزمنی مانند تالاسمی که حذف کامل علائم ممکن نیست، حیاتی است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران امکان می‌دهد ضمن کنار آمدن با واقعیت بیماری، حس عاملیت و معنا را بازیابند و با شرایط خود سازگارتر و انعطاف‌پذیرتر مواجه شوند. تحقیقات نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش استرس ادراک‌شده، پیامدهای روان‌شناختی پایداری در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن ایجاد می‌کند (فناپی و همکاران، ۱۴۰۱). مطالعات مقایسه‌ای نیز تأیید کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود شاخص‌های انعطاف‌پذیری و سازگاری روان‌شناختی نسبت به شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی بیشتری دارد (نظری و همکاران، ۱۴۰۰). در مجموع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف قرار دادن مستقیم مکانیزم‌های روان‌شناختی مؤثر بر انعطاف‌پذیری، رویکردی فرایند-محور ارائه می‌دهد که با نیازهای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند تالاسمی ماژور تطابق بیشتری دارد. این رویکرد نسبت به رویکردهای صرفاً شناختی که بیشتر بر تغییر محتوای افکار تمرکز دارند، اثربخشی بالاتری از خود نشان داده است (اوکانی و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله حمایتی در بهبود خودآگاهی و تنظیم هیجانی مؤثر است، اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل پرداختن هم‌زمان به پذیرش، گسلش شناختی و عمل ارزش‌محور، چارچوب جامع‌تری برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فراهم می‌آورد و همین تفاوت، توجیه‌کننده‌ی برتری آن در نتایج پژوهش است.

در مجموع می‌توان گفت هر دو رویکرد گروه درمانی پذیرش و تعهد و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور موثری انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را در بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور افزایش می‌دهند، اما از مسیرهای متفاوتی عمل می‌کنند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر پذیرش تجربه‌های ناخوشایند، فاصله‌گیری شناختی و ایجاد تعهد به ارزش‌های شخصی، فرد را قادر می‌سازد تا به جای اجتناب، با دردهای جسمی و روانی مرتبط با بیماری مواجهه سازنده‌تری داشته باشد. در مقابل، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشتر از طریق افزایش آگاهی لحظه‌به‌لحظه، اصلاح الگوهای تفکر خودکار و کاهش نشخوار ذهنی عمل می‌کند و زمینه را برای تنظیم بهتر هیجان و کاهش استرس فراهم می‌سازد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی از جمله حجم نمونه محدود و یکنواختی فرهنگی/جغرافیایی، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، فقدان پیگیری بلندمدت، تکیه انحصاری بر داده‌های خودگزارشی بدون ابزارهای چندسنجشی، و عدم کنترل متغیرهای مداخله‌گر (شدت بیماری و مدت زمان ابتلا به بیماری) مواجه بود. همچنین، هیچ مطالعه مستقیمی که به طور اختصاصی این دو درمان را مورد مقایسه قرار داده باشد، وجود نداشت که امکان مقایسه نظام‌مند یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات مشابه را محدود می‌ساخت.

و محققان را از داشتن یک چارچوب مرجع روشن برای پیش‌بینی جهت و اندازه تفاوت‌های احتمالی بین دو مداخله محروم نمود. در حوزه‌ی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مقایسه کرده باشد، شناسایی نشد برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود نمونه‌گیری تصادفی با حجم بزرگتر و تنوع جغرافیایی-فرهنگی، اجرای پیگیری‌های بلندمدت (حداقل ۶ ماهه)، بهره‌گیری از روش‌های سنجش چندگانه (مصاحبه بالینی، مشاهده، داده‌های عینی) و کنترل دقیق متغیرهای مداخله‌گر جهت افزایش اعتبار و تعمیم‌پذیری یافته‌ها مدنظر قرار گیرد.

منابع

- احمدی، ر.، محمدی‌زاده، ه.، امیری، س.، و فروغی، ع. (۱۴۰۰). هیجان، اجتناب تجربه‌ای و کرونا: پیش‌بینی اضطراب کرونایی بر اساس اجتناب تجربه‌ای و دشواری در تنظیم هیجان. *فصلنامه رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۳)، ۱-۱۰. <http://frooyesh.ir/article-1-2531-en.html>
- اکبری گلوردی، ف.، تیموری، س.، و رجایی، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ادراک بیماری در بیماران مبتلا به تالاسمی. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۲۱(۱۶)، ۱۷۰۱-۱۶۹۷. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.116.1697>
- آکاتی، م.، شیرازی، م.، و صناغویی‌مهر، گ. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس، افسردگی و اضطراب امتحان در دانش‌آموزان مبتلا به تالاسمی. *مجله مطالعات ناتوانی خاورمیانه*، ۱۰، ۹۷. <http://jdisabilstud.org/article-1-1906-fa.html>
- جباری‌فرد، ف.، صولتی، ک.، شریفی، ت.، و غضنفری، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی MBCT بر استرس ادراک‌شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به تالاسمی ماژور. *مجله پرستاری و مامایی بالینی*، ۷(۴)، ۳۰۷-۲۹۶. https://journals.iau.ir/article_671740.html
- جلوداری، س.، سوداگر، س.، و بهرامی‌حیدجی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳(۴)، ۵۴۸-۵۲۷. <https://doi.org/10.29252/APS.Y.13.4.527>
- حسینی، س. ف.، تنها، ز.، کریمی، ج.، و قدم‌پور، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران گوارشی. یافته، ۲۳(۲)، ۹۱-۱۱۰. <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3139-en.html>
- دکائی، م.، فخری، م.، و حسن‌زاده، ر. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تحمل اضطراب و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دیابت و لیپید ایران*، ۲۱(۳)، ۱۹۷-۱۸۶. <http://ijld.tums.ac.ir/article-1-6064-en.html>
- رضائی، س.، و قاسمی‌پیربلوطی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی امیددرمانی بر انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به تالاسمی مراجعه‌کننده به بیمارستان هاجر شهرکرد. *ماهنامه آفاق علوم انسانی*، ۸(۸۷)، ۵۹-۴۷. <https://civilica.com/doc/2063381>
- عباسی، ا.، فتی، ل.، مولودی، ر.، و ضرابی، ح. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل-۲. *فصلنامه مدل‌ها و روش‌های روان‌شناختی*، ۲(۱۰)، ۸۰-۶۵. <https://sid.ir/paper/227460/fa>
- عباسی شورباخلو، آ.، و خضری، ه. (۱۴۰۳). اثربخشی MBCT بر اضطراب، انعطاف‌پذیری شناختی و خودکارآمدی در نوجوانان پسر بی‌سرپرست و بدسرپرست. در مجموعه مقالات پنجمین کنفرانس بین‌المللی سلامت، علوم تربیتی و روان‌شناسی. <https://civilica.com/doc/2103147>
- فنائی، س.، زارع، ه.، رحمانیان، م.، و صفری‌نژاد، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، استرس ادراک‌شده، کیفیت زندگی، پایبندی به درمان و شاخص‌های زیستی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه مطالعات شناختی/اجتماعی*، ۱۰(۲)، ۱۱۴-۹۵. <https://doi.org/10.30473/sc.2021.55575.2612>
- محمودی‌سوران، ه.، صناغویی‌مهر، گ.، ر.، و شیرازی، م. (۱۳۹۸). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان مبتلا به تالاسمی ماژور می‌شود: یک کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده. *فصلنامه کاربرد روان‌شناسی بالینی*، ۷(۲)، ۱۱۶-۱۰۷. <http://jpcp.uswr.ac.ir/article-1-583-en.html>
- نظری، گ.، امیری، ه.، افشارینیا، ک.، و کاکابرایی، ک. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر ایلام. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۹(۲)، ۱۰۶-۹۵. <https://sid.ir/paper/950676/fa>
- Bilgin, B. K., Yozgat, A. K., Isik, P., Çulha, V., Kacar, D., Kara, A., et al. (2020). The effect of deferasirox on endocrine complications in children with thalassemia. *Pediatric Hematology and Oncology Journal*, 37(6), 455-464. <https://doi.org/10.1080/08880018.2020.1734124>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.004>
- Christodoulou, V., Artemiou, K., & Vasilou, V. S. (2025). Community-based acceptance and commitment therapy programmes for rheumatic conditions: An acceptability and qualitative process evaluation study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 30(4), Article e70031. <https://doi.org/10.1111/bjhp.70031>

- Farahani, H., Azadfallah, P., Watson, P., Qaderi, K., Pasha, A., Dirmina, F., Esrafilian, F., Koulaei, B., Fayazi, N., Sepehrnia, N., Esfandiary, A., Najafi Abbasi, F., & Rashidi, K. (2023). Predicting social-emotional competence based on childhood trauma, internalized shame and disability/shame schema, cognitive flexibility, distress tolerance, and alexithymia in an Iranian sample using Bayesian regression. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 16(2), 351–363. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00501-1>
- Fereydooni, F., Ahmadi, A., Heidari, M., & Fathi, A. (2023). The Effect of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility, Depression, Anxiety, and Stress in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Advanced Medical Sciences and Applied Sciences*, 10(1), 10-19. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jams.10.1.10>
- Gellatly, J., Davids, L., Faris, P., Chayer, J. R., & Spiegler, J. (2019). Acceptance and commitment therapy for psychological distress in adults with chronic illness: A systematic review. *Journal of psychotherapy integration*, 29(2), 153-171. <https://doi.org/10.1007/s10600-016-1719-1>
- Ghiasi, S., Amini, M., & Zarei, J. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy on pain anxiety and self-compassion in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 3(3), 205-216.
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-based cognitive therapy in clinical practice: A systematic review of neurocognitive outcomes and applications for mental health and well-being. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1703. <https://doi.org/10.3390/jcm14051703>
- Levin, M. E., Mukasa, M. N., Bowers, E. M., Klimczak, K. S., & Aller, T. B. (2025). A pilot randomized controlled trial of a single-session digital acceptance and commitment therapy intervention: Effects on psychological flexibility. *Behavioral Sciences*, 15(1), 75. <https://doi.org/10.3390/bs15010075>
- Martínez-Calderón, J., García-Muñoz, C., Rufo-Barbero, C., Matias-Soto, J., Cano-García, F. J. (2024). Acceptance and commitment therapy for chronic pain and related outcomes: Recent randomized trials and mechanisms. *The Journal of Pain*, 25(3), 595–617. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2023.09.013>
- McCracken, L. M. (2024). Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology*, 75, 601–624. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335>
- Park, S., Sato, Y., Takita, Y., Tamura, N., Ninomiya, A., Kosugi, T., et al. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress, fear of cancer recurrence, fatigue, spiritual well-being, and quality of life in patients with breast cancer: A randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage*, 60(2):381–389. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.02.017
- Paschali, M., Lazaridou, A., Sadora, J., Papanou, L., Garland, E. L., Zgierska, A. E., & Edwards, R. R. (2024). Mindfulness-based interventions for chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 40(2), 105–113. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000001173>
- Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M., & Lappalainen, R. (2020). A psychological flexibility-based intervention for burnout: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 52–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.11.007>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for depression (2nd ed). New York: Guilford Publications
- Tarim, H. S., & Öz, F. (2022). Thalassemia major and associated psychosocial problems: A narrative review. *Iranian Journal of Public Health*, 51(1), 12–18. <https://doi.org/10.18502/ijph.v51i1.8287>
- Tyndall, I., Vagos, P., Cano, S., & Pinto, H. (2023). Assessing psychological flexibility in chronic illness: Validation and utility of extended measures. *The Psychological Record*, 73(1). <https://doi.org/10.1007/s40732-023-00572-y>
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. G. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: A meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. DOI: 10.1080/16506073.2015.1098724
- Wangi, K., Shaleha, R., Wijaya, E., & Birriel, B. (2025). A systematic review of psychosocial issues among individuals living with thalassemia. *SAGE Open Nursing*, 11, 1–12. <https://doi.org/10.1177/23779608251323811>
- Wendt, A. S., Brintrup, J., Waid, J. L., Kader, A., Lambrecht, N. J., & Gabrysch, S. (2023). Thalassemia and hemoglobinopathy prevalence in a community-based sample in Sylhet, Bangladesh. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 18(1), 192. <https://doi.org/10.1186/s13023-023-02821-3>
- Wetherell, J. L., McCracken, L. M., Luther, S. P., & van Zoeren, R. (2011). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on older adults with chronic pain. *Pain*, 152(5), 1031–1038.
- Whiting, D., Deane, F., McLeod, H., Ciarrochi, J., & Simpson, G. (2020). Can acceptance and commitment therapy facilitate psychological adjustment after a severe traumatic brain injury? A pilot randomized controlled trial. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(7), 1348–1371. <https://doi.org/10.1080/09602011.2019.1583582>