

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران

تالاسمی

مریم خسروانی شایان^۱، عبدالله شفیع آبادی^{۲*}، مختار عارفی^۳، حسن امیری^۴

چکیده

مقدمه: سرمایه روان‌شناختی مولفه بسیار مهم و تاثیر گذار در زندگی می باشد که کاهش سطح آن به واسطه شرایط خاص بیماران تالاسمی صدمات جبران ناپذیری بر فرد بیمار و اجتماع وارد می کند هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی کرمانشاه در سال ۱۳۹۸ بود.

روش پژوهش: جامعه آماری شامل ۳۱۷ بیمار زن تالاسمی بیمارستان محمد کرمانشاهی بودند که از میان آنها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱) و (۲) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از آمار توصیفی و تحلیل کواریانس آنکوا با نرم‌افزار SPSS21 استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه آزمایش اول تحت مداخله درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، گروه آزمایش دوم تحت مداخله درمان شناختی-رفتاری به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته و در هفته‌ای یکبار قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه درمانی دریافت نکرد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی موثر بودند ($P < 0/01$). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی اثر بیشتری دارد ($P < 0/05$).

۱. دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

Email: maryamshayan10@gmail.com, ORCID:0000-0002-4214-6150

۲. نویسنده مسئول، استاد تمام، گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

Email: ab.dol.shafiabadi98@gmail.com, ORCID: 0000-0002-5420-3669

۳. دانشیار مشاوره، گروه روان‌شناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

Email: arefi.2020@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1844-1926

۴. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

Email: Ahasan.Amiri@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-4485-9437

حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

نتیجه گیری: بنابراین می توان توصیه کرد برای بهبود سرمایه روان شناختی بیماران تالاسمی از درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بیشتر استفاده کرد.

کلیدواژه ها: درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش "درمان شناختی-رفتاری" سرمایه روان شناختی "بیماران تالاسمی"

استناد: خسروانی شایان م، شفیق آبادی ع، عارفی م، امیری ح. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه روان شناختی بیماران تالاسمی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۰؛ (۱۲): ۲۸-۴۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۱۰

مقدمه:

یکی از بیماری هایی که سبب نگرانی افراد از وضعیت موجود و آینده خود می گردد بیماری تالاسمی است (۱). سازمان بهداشت جهانی، تالاسمی را که در بیش از ۶۰ کشور جهان وجود دارد را به عنوان شایع ترین اختلالات خون ژنتیکی در جهان معرفی کرده است (۲). مطالعات نیز نشان داده است که ۳ تا ۱۰ درصد از جمعیت جهان دارای یک ژن تالاسمی هستند (۳). تالاسمی تقریباً در تمام نژادها رخ می دهد، اما مناطقی که میزان بالایی دارند، به عنوان کمربند تالاسمی شناخته می شوند. ایران نیز کشوری است که در کمربند تالاسمی قرار دارد و میزان شیوع آن به طور متوسط ۴ درصد است و تقریباً سالانه ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر به این تعداد افزوده می شوند (۳).

بیماران مبتلا به تالاسمی با مسائل و مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی بسیاری روبه رو هستند که کیفیت زندگی آنان را کاهش می دهد (۴). مسائل جسمی هم چون آنمی مزمن، تغییر شکل های استخوانی، کوتاهی قد، تأخیر بلوغ جسمی، نارسایی قلبی، آریتمی های قلبی و... از یک سو و خوشایند نبودن و طولانی بودن رژیم درمانی از سوی دیگر، ابعاد مختلف زندگی بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد (۵). علاوه بر مشکلات جسمی، مشکلات روان شناختی مانند احساس بی کفایتی، خشم، اضطراب، نگرانی از مرگ زودرس، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس از پیامدهای این بیماری است (۳). مطالعات نیز نشان داده است ۸۰ درصد از بیماران تالاسمی مازور حداقل یک اختلال روان پزشکی دارند (۶).

میزان مرگ و میر ناشی از تالاسمی به طور معناداری با درمان مدرن کاهش یافته است. با این وجود، این بیماری ابعاد مختلف سلامت روان از جمله سرمایه روان شناختی این افراد را تحت تأثیر قرار می دهد (۷). سرمایه روان شناختی باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت (خودکارآمدی)؛ ایجاد اسنادهای مثبت در مورد موفقیت های اکنون و آینده (خوش بینی)؛ داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری راهکارهای لازم برای رسیدن به موفقیت (امیدواری) و تحمل کردن مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقای آن تا دستیابی به موفقیت (تاب آوری) است (۸). سرمایه روان شناختی منبع مطلوبی برای جلوگیری از استرس، اضطراب و افسردگی است (۹). از این رو، توجه به رویکردهای درمانی برای ارتقای سرمایه روان شناختی در بیماران تالاسمی دارای اهمیت زیادی است.

نتایج مطالعات متعددی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش^۱ و درمان شناختی- رفتاری^۲ بر بهبود سلامت روان، کاهش اضطراب و افسردگی و به تبع آن افزایش سرمایه روان‌شناختی افراد مختلف را تأیید می‌نمایند (۱۷-۱۰). درمان شناختی رفتاری به آن دسته از درمان‌های شناختی اطلاق می‌شود که عمدتاً بر شناسایی، ارزشیابی و اصلاح سطوح مختلف افکار و باورهای آسیب دیده بیمار متمرکز است که با رفتار و هیجانات وی در ارتباط است. در این رویکرد درمانی تعاریف شناختی، اسنادهای غلط و عزت نفس پایین مورد توجه است و هدف این رویکرد درمانی کاهش نگرش‌های خودمحکوم کننده، افزایش اسنادهای مثبت و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای است. به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری مداخله‌ای است که تغییر هیجانی و رفتاری را به وسیله آموختن شیوه‌های جدید مقابله و شناخت افکار در فرد به وجود می‌آورد (۱۸). در رویکرد درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز از مهارت‌های ذهن آگاهی، پذیرش و نااهم‌آمیزی شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود (۱۹).

پیشینه پژوهش نشان می‌دهد اگرچه مطالعاتی حوزه موضوع پژوهش حاضر انجام شده است اما بررسی تأثیر همزمان اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (ACT) و درمان شناختی- رفتاری (CBT) بر سرمایه روان‌شناختی به ویژه بر بیماران تالاسمی بسیار اندک است. شریفی‌نژاد و شهبازی در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز نشان دادند درمان شناختی رفتاری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی نوجوان در زمینه‌های پذیرش خود، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی و ارتباط مثبت با دیگران می‌شود. همچنین درمان شناختی رفتاری باعث کاهش تحریفات شناختی نوجوانان شهر اهواز شد (۱۵). عزیزی در پژوهشی با عنوان مقایسه تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی- رفتاری بر کاهش خشم دانشجویان افسرده نتیجه گرفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خشم و افسردگی مراجعان با سطح تحول روانی معنوی پایین، نسبت به مراجعان با سطح تحول روانی معنوی بالا تأثیر بیشتری دارد (۱۶). رحیمی، سهرابی و سروقد نتیجه گرفتند درمان گروهی شناختی- رفتاری و درمان گروهی بر پایه پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی، تنظیم شناختی هیجان و کاهش علائم اختلال مصرف مواد اثرگذار است (۲۰). ده خدایی، ایرانی و علی‌پور در پژوهشی با عنوان مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران هموفیلی نتیجه گرفتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود ادراک بیماری نسبت به درمان شناختی- رفتاری تأثیر بیشتری دارد (۲۱). برقی، زارع و عابدین در پژوهشی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سرمایه روان‌شناختی و زیرمقیاس‌های آن را در شرکت کنندگان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش داده است (۲۲). مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری و شادکامی نوجوانان دختر تحت پوشش بهزیستی نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری، تفکر عامل، تفکر راهبردی و شادکامی اثر داشته و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار مانده است (۲۳). ایزدی، طاهر نشاط دوست، عسگری و عابدی در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان

1 -Acceptance and commitment therapy

2 -Cognitive-behavioral approach

شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار نشان دادند بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه لیست انتظار در تمام مقیاس‌ها در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت و این تفاوت در پیگیری هم‌تداوم داشت (۲۴). پدرام، محمدی، نظیری و آیین‌پرست در پژوهشی نشان دادند روش گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش نشانه‌های امیدواری مؤثر است و موجبات کاهش اضطراب و افسردگی را فراهم می‌آورد که خود منجر به بالارفتن سرمایه روان‌شناختی می‌گردد (۲۵). وارکوویتزکی ریالگیلبرت و چارد نیز در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و کاهش تحریفات شناختی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری به افزایش بهزیستی روان‌شناختی منجر می‌شود و تحریفات شناختی دانشجویان را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد (۱۱). آنونزیلاتا، گرین و ماراکس در پژوهشی نتیجه گرفتند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مداخله بسیار مناسبی برای افسردگی و اضطراب است (۱۲). فورس، لین، چیاوچی و بلاکلج در پژوهشی با عنوان اثربخشی پذیرش تعهد درمانگری بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران سرطانی نشان داد بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد و آموزشی مبتنی بر تعهد و پذیرش به طور معناداری کیفیت زندگی بیماران را افزایش داد (۱۳).

بر اساس بررسی‌های انجام شده، تاکنون در ایران پژوهشی در باب مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی (شناختی- رفتاری و تعهد و پذیرش) در بیماران تالاسمی انجام نشده است، بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی- رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی است.

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش تحقیق، نیمه آزمایشی^۱ با طرح پیش‌آزمون^۲ - پس‌آزمون^۳ با گروه کنترل است.

جدول ۱. طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل

Table1. Pre-test design, post-test with control group

گروه‌ها	انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
گروه آزمایش اول	R	T1	X	T2
گروه آزمایش دوم	R	T1	X	T2
گروه کنترل	R	T1	-	T2

^۱. Quasi experimental

^۲. Pre- test

^۳. Post- Test

جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۱۷ نفر بیماران تالاسمی زن مراجعه کننده به دفتر انجمن تالاسمی واقع در بیمارستان محمد کرمانشاهی در شهر کرمانشاه بودند. حجم نمونه بر اساس نمونه‌گیری هدفمند به تعداد ۴۵ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در بین سه گروه جایگزین شدند شرایط ورود نیز عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی بیماری تالاسمی، حداقل تحصیلات راهنمایی، عدم دریافت همزمان درمان روان‌شناختی، عدم اعتیاد به مواد مخدر یا داروهای روانگردان، شرکت داوطلبانه در پژوهش و دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال و شرایط خروج نیز شامل: تحت روان درمانی بودن بیماران و داشتن غیبت بیش از ۲ بار متوالی بود. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از پایان آزمون گروه کنترل نیز تحت درمان موثرتر قرار گرفت.

ابزار پژوهش پرسشنامه سرمایه روان‌شناختی لوتانز (PCQ) (۲۶) بود که دارای ۲۴ سوال و چهار خرده مقیاس امید (از سوال ۷ تا ۱۲)، تاب آوری (از سوال ۱۳ تا ۱۸)، خوش‌بینی (از سوال ۱۹ تا ۲۴) و خودکارآمدی (از سوال ۱ تا ۶) بود. آزمودنی هر ماده در مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا باید نمره هر خرده مقیاس را به صورت جداگانه بدست آورد و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روان‌شناختی محسوب می‌شود (۲۶). در پژوهش خسروشاهی و همکاران میزان پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و در پژوهش صادقی و همکاران ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۷). آلفای کرونباخ پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۸۳ بدست آمد.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌های پژوهش، ابتدا از طریق دانشگاه مجوز لازم اخذ و سپس با مراجعه به دفتر انجمن تالاسمی واقع در بیمارستان محمد کرمانشاهی، در مورد اهداف پژوهش با انجمن تالاسمی هماهنگی‌های لازم انجام گردید. در ادامه با استفاده از فراخوان، از میان داوطلبانی که حاضر به شرکت در این پژوهش بودند، ۱۵۲ نفر زن انتخاب (بر اساس جدول کرسچی و مورگان) و در مورد اهداف پژوهش و نحوه اجرا و پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها توضیحات لازم ارائه گردید، از آن‌ها رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش کسب و به آنها در مورد رازداری و حفظ حریم خصوصی اطمینان داده شد. سپس پرسشنامه به منظور کنترل اثر خستگی بر نتایج پژوهش، توزیع گردید. بعد از تکمیل پرسشنامه، بطور تصادفی تعداد ۴۵ نفر که در سرمایه روان‌شناختی نمرات پایینی کسب نمودند، را به عنوان نمونه انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل). دو گروه آزمایش هر یک مداخلاتی با روش متفاوت (یک گروه مداخله درمان تعهد و پذیرش، گروه دوم مداخله درمان شناختی- رفتاری)، به تعداد ۸ جلسه و هر جلسه در یک هفته و به مدت ۲ ساعت دریافت نمودند، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان جلسات با گرفتن پس‌آزمون از هر سه گروه، نتایج با هم مقایسه گردید. در پایان نیز از همه شرکت‌کننده‌ها با اهدای هدایایی تقدیر شد. ضمناً برای قوت بخشیدن به نتایج پژوهش حاضر، سه گروه از لحاظ سن، شرایط اجتماعی، اقتصادی، سطح فرهنگی و محل آموزش تقریباً همسان بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌هایی مانند میانگین، فراوانی، انحراف استاندارد، واریانس و برای بررسی آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل واریانس (آنکوا) استفاده شد.

در این پژوهش، درمان پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری مجموعه فعالیت‌ها و آموزش‌ها و مداخلاتی است که هفته‌ای یک بار در ۸ جلسه ۲ ساعته با هدف اثرگذاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی صورت گرفت. در جلسات

درمان تعهد و پذیرش، از پروتکل درمانی ۸ جلسه‌ای کوین ولز و جان سورل^۱، استفاده گردید همچنین در تهیه پروتکل درمان شناختی-رفتاری از مدل شناختی بک^۲ و مدل گروه درمانی شناختی مایکل فری^۳ الگو گرفته شد. در ادامه پروتکل هر دو بسته درمان در جداول (۲ و ۳) به صورت خلاصه ارائه شده است.

جدول ۲. پروتکل درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش

Table 2. Acceptance and Commitment Therapy protocol

جلسه	هدف	محتوا، تکنیک‌ها و روش‌ها	تکالیف
اول	معارفه، آشنایی با مقدمات و بنیان‌های اساسی درمان و افزایش انعطاف پذیری شناختی	آشنایی با اعضا، تعیین شرایط و ضوابط حضور در جلسات، آشنایی با اهداف درمان- بیان «داستان درد» هر یک از اعضا از زبان خود.	جواب به سؤال: «تجربه بیماری تان چه چیزی به شما می‌گوید؟» و چه درمان‌های شخصی را تجربه نمودید
دوم	تغییر رفتار و ذهن آگاهی، تعیین گزینه‌ها و مسیردرمان	بحث و بررسی تکلیف جلسه اول- مطرح کردن مسأله انتخاب- معرفی مدل رفتاری و مفهوم تغییر رفتار - تمرین ذهن آگاهی- بازخورد ذهن آگاهی	تحلیل سودمندی/هزینه‌ی تمرکز یا عدم تمرکز بر درد و بیماری را ارائه نمایید موقعیت‌های مختلف زندگی با تعیین مدل چهار جزئی افکار، هیجان، رفتار و فیزیولوژی را ثبت نموده جلسه آینده به همراه بیاورید
سوم	یادگیری زندگی با درد مزمن به کمک پذیرش	بحث و بررسی پیرامون تکلیف جلسه دوم- تعریف پذیرش- ت فکیک آن از خواسته‌ها با کمک تکنیک‌های تمثیل مراسم دفن» و «تمثیل سفر طولانی»	-فرم ارزیابی ارزش‌ها تکمیل گردد - تمرین روزانه ذهن آگاهی انجام شود و بازخورد ارائه گردد
چهارم	شناسایی نقش ارزش‌ها و عمل	بررسی تکلیف جلسه سوم- توصیف تمایز میان ارزش‌ها و اهداف- شفاف سازی ارزش‌ها با روش پرسش و تمرین- بیان موانع ارزش‌ها و اهداف با تکنیک تمثیل‌های «حباب در راه»	نوشتن سه ارزش و سه هدف مرتبط با آن و سه رفتار برای هر هدف و ارائه در جلسه آینده -انجام ذهن آگاهی «اسکن بدن» و ارائه بازخورد آن

¹ - Kevin E.Vowles & John T. Sorrell

1. Beckiajl

2. Michael Free

<p>تمرین ذهن آگاهی عمومی انام گردد - تمرین های گسستگی انجام شده نتیجه را ارائه نمایید</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه چهارم- گسستگی از تهدیدهای زبان به کمک تمرین</p>	<p>ایجاد گسستگی از خود صورت متمایز از محتوای افکار، اجازه بروز موانع عمل متعهدانه و شناسایی آنها</p>	<p>پنجم</p>
<p>ذهن آگاهی و تمرین خود مشاهده گری- ثبت رفتار و در صورت وجود ناهمخوانی بین ارزش ها و رفتار، همسو کردن آن ها و ارائه میزان توانایی در همسو نمودن ارزش و رفتار</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه پنجم- مرور پیشرفت درمان تاکنون و بحث پیرامون موضوعات باقیمانده- بیان تفاوت بین تصمیم گیری برای عمل و اقدام کردن با روش تمرین «پرش» -توضیح « موانع اقدام و عمل» با رو با کمک تکنیک تمثیل « مسافران در اتوبوس» خود ادراک شده با روش تمثیل عمل محوری- ارائه تکالیف جلسه بعد</p>	<p>- جداسازی افکار، احساسات و هیجانات از فرایند عمل متعهدانه - پیش رفتن بسوی عمل متعهدانه (شروع به حرکت کردن)</p>	<p>ششم</p>
<p>ذهن آگاهی در «پیاپی» انجام شود - الگوی رفتاری خود در ارتباط با بیماری را ارائه نموده و ارزیابی خود از آن را شرح دهید</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه ششم- تعریف رنج اولیه و رنج ثانویه با کمک تکنیک فرمولبندی تمایز بین ارزشیابی یا چانه زنی و رضایت- بیان موانع شکل گیری رضایت- ارائه تکالیف جلسه بعد</p>	<p>تعهد به داشتن زندگی ارزشمند، ایجاد رضایت</p>	<p>هفتم</p>
<p>شناسایی پیشامدهای منفی که ممکن است در آینده با آن ها مواجه شوید و ثبت آنها. استفاده از روش های درمانی ارائه شده در طول ز</p>	<p>بررسی تکلیف جلسه هفتم- بحث پیرامون پیشامدهای منفی و آمادگی برای عود- مرور درمان- تدوین طرحی برای آینده- مرور عمل متعهدانه به عنوان یک «تکلیف مادام العمر»</p>	<p>نگهداری مادام العمر تغییرات، پیشگیری از عود خداحافظی با اعضا</p>	<p>هشتم</p>

جدول ۳: پروتکل درمانی شناختی رفتاری

Table 3: Cognitive-behavioral therapy protocol

جلسه	هدف	تکنیک‌ها و روش‌ها	تکالیف
اول	معرفی اعضاء به یکدیگر و دعوت شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظار خود از شرکت در این جلسات	آموزش تکنیک‌های تن آرامی، تنفس دیافراگمی و ارائه تعریف تنظیم هیجانی و بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی از دیدگاه رویکرد شناختی رفتاری و بررسی راه‌های ارتقاء آن‌ها- ارائه تکالیف جلسه بعد	تمرین تکنیک‌های تن آرامی، تنفس دیافراگمی و بررسی راه‌های ارتقاء تنظیم هیجانی و بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی از دیدگاه رویکرد شناختی رفتاری
دوم	مرور تکالیف هفته‌ی گذشته، معرفی و توضیح فعال کننده شناخت، رفتار و احساس، راه‌های شناخت افکار غیر منطقی و خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با آن‌ها به عنوان راهکار هائی جهت تغییر افکار غیر منطقی	بحث و بررسی تکالیف جلسه اول - آموزش تکنیک‌های جرات مندی و اجرای تمرینات آموزش تکنیک‌های شناخت افکار غیر منطقی و خطاهای پردازشی و آموزش ارزیابی مجدد افکار- ارائه تکالیف جلسه بعد	تمرین تکنیک‌های جرات مندی و شناخت افکار غیر منطقی، خطاهای پردازشی و ارزیابی مجدد افکار آن‌ها تمرین و بازخورد ارائه گردد
سوم	تعریف و شناخت خطاهای تفکر و افکار خود آیند منفی، آموزش حل مسئله، آموزش مقابله با افکار غیر منطقی و بررسی تکالیف گذشته	بحث و بررسی تکالیف جلسه دوم - آموزش تکنیک‌های مراقبه نشسته، تکنیک‌های آموزش حل مسئله و تکنیک‌های آموزش مقابله با افکار غیر منطقی- ارائه تکالیف جلسه بعد	در منزل و محل کار تکنیک‌های مراقبه نشسته، حل مسئله و آموزش مقابله با افکار غیر منطقی تمرین شود و نتیجه ارائه گردد
چهارم	آموزش مدیریت خشم و شیوه‌های آرام سازی، بررسی تکالیف گذشته	بحث و بررسی تکالیف جلسه سوم - آموزش تکنیک‌های آرام سازی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه و و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی - ارائه تکالیف جلسه بعد	تکنیک‌های آرام سازی و مهارت‌های مقابله‌ای سازگارانه تمرین گردد اگر مشکلی بود نوشته و در جلسه بعد ارائه گردد

<p>فضای تنفس سه دقیقه ای و یوگای هوشیارانه تمرین گردد و نتیجه ارائه شود</p>	<p>بحث و بررسی تکلیف جلسه چهارم - آموزش شیوه حل مساله، تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار)، انجام تمرینات یوگای هوشیارانه و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی- ارائه تکالیف جلسه بعد</p>	<p>بازخوانی شناخت ها و راهبردهای کسب شده، آموزش یوگای هوشیارانه و بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی</p>	<p>پنجم</p>
<p>تمرین مراقبه نشسته و آرامش انجام شود نتیجه ارائه گردد</p>	<p>بحث و بررسی تکلیف جلسه پنجم - آموزش تکنیک های آرامش آموزی جسمانی،مسئولیت پذیری فعالانه، انجام مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار) و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی - ارائه تکالیف جلسه بعد</p>	<p>آموزش مهارتهای ارتباطی ، ابراز وجود و بررسی تکالیف گذشته</p>	<p>ششم</p>
<p>تکنیک های مدیریت بر زمان و تمرین فعالیت های لذت بخش انجام شود نتیجه ارائه گردد</p>	<p>بحث و بررسی تکلیف جلسه ششم - آموزش تکنیک های مدیریت بر زمان و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی - ارائه تکالیف جلسه بعد</p>	<p>مدیریت بر زمان ،بهداشت خواب ،تکرار تمرینات جلسات قبل ،تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت بخش</p>	<p>هفتم</p>
<p>تمرین تکنیک های آموزشی ارائه شده و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی در طول عمر</p>	<p>بحث و بررسی تکلیف جلسه هفتم - آموزش و بازنگری کلیه تکنیک های آموزش داده شده -تکلیف مادام العمر سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی</p>	<p>مرور تکلیف گذشته ،بازنگری کل برنامه ،وارسی و بحث در مورد برنامه ها و تطبیق با شرایط زندگی در جهت ارتقای سطح بهزیستی و سرمایه روان‌شناختی</p>	<p>هشتم</p>

یافته‌ها

در جدول (۴) میانگین و انحراف معیار ابعاد سرمایه روان‌شناختی نشان داده شده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های سرمایه روان شناختی بر حسب گروه‌ها و مراحل مختلف (N=۱۵)

Table 4: Mean and standard deviation of psychological capital components by groups and different stages (N = 15)

شاخص‌های آماری متغیر	گروه	نوبت سنجش	میانگین	انحراف معیار
امید	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵/۲۴	۳/۳۷
		پس‌آزمون	۳۰/۶۲	۴/۵۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۵/۲۲	۲/۱۴
		پس‌آزمون	۲۶/۱۱	۳/۴۷
تاب آوری	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰/۴۲	۳/۶۴
		پس‌آزمون	۲۷/۶۴	۲/۹۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۱/۱۴	۲/۲۹
		پس‌آزمون	۲۱/۶۷	۳/۵۷
خوش بینی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۶۵	۴/۵۹
		پس‌آزمون	۳۰/۱۴	۷/۸۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۲/۱۵	۶/۲۲
		پس‌آزمون	۲۳/۱۴	۳/۵۹
خودکارآمدی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۵/۶۴	۴/۵۷
		پس‌آزمون	۳۰/۲۶	۵/۹۷
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۴/۴۵	۸/۶۸
		پس‌آزمون	۲۴/۶۲	۶/۲۴

جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات خرده مقیاس‌های سرمایه روان شناختی هر دو گروه آزمایش و کنترل بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت ظاهری وجود دارد. در جدول ۵ نتایج آزمون کولموگوروف اسمیرنوف نشان داده شده است:

جدول ۵: آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای نرمال بودن متغیرهای تحقیق

Table 5: Kolmogorov-Smirnov test for normality of research variables

گروه	شاخص‌ها	تعداد	Z کولموگوروف-اسمیرنوف	P-value	نتیجه
آزمایش - پیش‌آزمون	سرمایه روان شناختی	۱۵	۰/۱۶۵	۰/۱۱۱	نرمال
آزمایش - پس‌آزمون	سرمایه روان شناختی	۱۵	۰/۲۸۶	۰/۹۶	نرمال
کنترل - پیش‌آزمون	سرمایه روان شناختی	۱۵	۰/۱۱۹	۰/۰۸۷	نرمال

کنترل- پس آزمون سرمایه روان شناختی ۱۵ ۰/۱۸۷ ۰/۱۱۴ نرمال

با توجه به این که سطح معنی داری آزمون کولموگروف- اسمیرنوف در جدول فوق که برای متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا توزیع متغیرهای تحقیق نرمال است و برای بررسی آنها از آزمون‌های پارامتریک استفاده می‌شود. در جدول ۶ نیز نتایج آزمون ام. باکس جهت آزمون پیش فرض همسانی کوواریانس‌های متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه ارایه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون باکس برای پیش فرض همسانی کوواریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه

Table 6: Box test results for the assumption of covariance homogeneity in experimental and control groups

آزمون Box's M	
۵۹/۲۶	Box's M آماره
۱/۲۵	F
۰/۰۸۴	P

نتایج آزمون ام. باکس بیانگر همسانی کوواریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و گواه بود ($\text{Box}=59/26$, $F=1/25$, $p=0/084$). جدول ۷ نتایج آزمون لوین جهت آزمون پیش فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه را در جامعه نشان می‌دهد.

جدول ۷: نتایج آزمون لوین برای پیش فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش گروه‌های آزمایش و گواه در جامعه

Table 7: Levin test results for assuming homogeneity of variances of research variables of experimental and control groups in the community

متغیر	F	df _۱	df _۲	p
سرمایه روان شناختی	۰/۵۲	۲	۴۲	۰/۵۰۷

جدول ۷ حاکی از این است که واریانس گروه‌های آزمایش و گواه در سرمایه روان شناختی معنادار نیست، در نتیجه فرض تساوی یا همگنی واریانس‌های نمره متغیرها پژوهش تایید می‌شود و فرضیه صفر برای تساوی واریانس‌های نمره دو گروه در سرمایه روان شناختی تأیید می‌گردد. در جدول ۸ نتایج آزمون کرویت بارتلت جهت آزمون پیش فرض وجود همبستگی متعارف متغیرهای همپراش یا پیش آزمون‌ها با یکدیگر را نشان می‌دهد.

جدول ۸: نتایج آزمون کرویت بارتلت و کمو (KMO)

Table 8: Results of Bartlett and Camus sphericity test (KMO)

آزمون کمو (KMO)	نتایج آزمون کرویت	
کفایت نمونه	χ^2	p
۰/۵۸	۲۱/۴۴	۰/۰۳۱

جدول ۸ نشان می‌دهد که شاخص کمو (KMO) برابر با ۰/۵۸ می‌باشد و مقدار مجذور کای محاسبه شده برای آزمون کرویت بارتلت ۲۱/۴۴ به دست است که در سطح $p > ۰/۰۵$ معنادار است بنابراین می‌توان اظهار داشت که بین متغیرهای همپراش هم خطی چندگانه وجود ندارد و همبستگی همپراش‌ها با یکدیگر در حد متعارف می‌باشد.

فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کوواریانس است. لازم به توضیح است که در این پژوهش پس از آزمون سرمایه روان شناختی به عنوان متغیر وابسته و پیش‌آزمون آن به عنوان متغیر کمکی (کوواریت‌ها) تلقی شد. زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیر کمکی (در این پژوهش پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) در همه سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد. آنچه مورد نظر خواهد بود تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها) است. در این پژوهش قبل از تحلیل داده‌ها، برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون باید میان متغیر کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری حاکم باشد.

جدول ۹: نتایج آزمون بررسی فرض همگنی شیب‌های رگرسیون متغیرهای پژوهش گروه‌ها در جامعه

Table 9: Test results of the default homogeneity of regression scales of research variables of groups in the community

متغیر	F	p
سرمایه روان شناختی	۱/۰۹	۰/۵۱۲

جدول ۹ نشان می‌دهد مقدار F تعامل برای سرمایه روان معنادار نمی‌باشد. بنابراین، مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون تایید می‌شود. بعد از رعایت تمامی پیش شرط‌های کوواریانس در ادامه به بررسی فرضیات پرداخته شده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس سرمایه روانشناختی

Table 10: Results of psychological capital analysis of covariance test

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات اتای سهمی
	SS	Df	MS		Sig	
مقدار ثابت	۱۸۴۷/۳۷	۲	۹۲۳/۶۸	۴۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
Intercept	۲۵۸/۸۰۳	۱	۲۵۸/۸۰۳	۱۲/۵۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۱۷
پیش آزمون	۱۱۲۸/۱۳۹	۱	۱۱۲۸/۱۳۹	۵۳/۰۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
گروه	۱۱۳۸/۹۷۶	۱	۱۱۳۸/۹۷۶	۵۳/۶۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۵
خطا	۶۸۴/۲۰۸	۲۷	۲۵/۳۴۱			
کل	۷۰۱۸۴	۳۰				
کل اصلاح شده	۲۴۲۰/۵۶۱	۲۹				

جدول ۱۰ حاکی از این است که با حذف اثر نمره‌های سرمایه روان‌شناختی پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر مستقل بر نمره‌های سرمایه روان‌شناختی پس‌آزمون معنادار است ($F=۵۳/۶۰۱$, $P<۰/۰۵$, $\text{Partial } \eta^2 = ۰/۶۶۵$). بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته می‌شود به این معنا که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است.

جدول ۱۱: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمره سرمایه روانشناختی

Table 11. Results of psychological capital score covariance analysis test

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات اتای سهمی
	SS	Df	MS		Sig	
مقدار ثابت	۱۹۸۸.۴۳۶	۲	۹۹۴.۲۱۸	۳۶.۳	۰.۰۰۱	۰.۷۸۴
Intercept	۸۳.۲۲	۱	۸۳.۲۲	۸.۳۷	۰.۰۰۱	۰.۲۴۸
پیش آزمون	۱۲۲۳.۴۳	۱	۱۲۲۳.۴۳	۱۲۸.۶۱	۰.۰۰۱	۰.۷۴۴
گروه	۱۷۲۲.۴۷	۱	۱۷۲۲.۴۷	۱۶۱.۲۴	۰.۰۰۱	۰.۸۶
خطا	۲۴۹.۶۲	۲۷	۹.۲۴۵			

کل	۷۴۸۱۱	۳۰
کل اصلاح شده	۲۴۹۸.۳۸	۲۹

نتایج جدول ۱۱ نشان می‌دهد که با حذف اثر نمره‌های سرمایه روان‌شناختی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش، اثر اصلی متغیر مستقل بر نمره‌های سرمایه روان‌شناختی پس‌آزمون معنادار است ($F = ۱۶۱/۲۴, P < ۰/۰۵, \text{Partial } \eta^2 = ۰/۸۶$). بنابراین فرضیه پژوهش پذیرفته می‌شود به عبارتی دیگر، درمان شناختی رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است.

جدول ۱۲. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای نمره های افتراقی سرمایه روان‌شناختی (نمره کل)

Table 12. Scheffe post test results for differential scores of psychological capitals (total score)

خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (الف-ب)	گروه (ب)	گروه (الف)
۴/۷۴۴	۲۷/۰۰**	گواه	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش
۳/۱۷۴	۲۰/۴۲**	گواه	درمان شناختی-درمانی
۳/۲۲۳	۱۴/۲۹**	درمان شناختی - رفتاری	درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش

** $P < ۰/۰۱$

نتایج جدول ۱۲ نشان داد بین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر بهبود سرمایه روان‌شناختی تفاوت وجود دارد. در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، اختلاف میانگین با گروه کنترل ۲۷ نمره و برای درمان شناختی-درمانی حدود ۲۰ نمره است. از سوی دیگر تفاوت دو روش درمان بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی حدود ۱۴ نمره است. بنابراین می‌توان گفت اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بیشتر از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر افزایش سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف کلی پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و درمان شناختی-رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی شهر کرمانشاه بود. نتایج فرضیه اول نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های رجبی و ایزدخواستی؛ برقی، زارع و عابدین؛ مرمچی‌نیا و ذوقی پایدار؛ فورس، لین، چپاروچی و بلاکلج؛ آنونزیاتا، گرین و ماراکس که همگی در پژوهش‌های خود نشان دادند، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر افزایش سرمایه روان‌شناختی و کاهش آسیب‌های روان‌شناختی مانند اضطراب مؤثر است، همسو و هماهنگ است (۲۸، ۲۲، ۲۳، ۱۳، ۱۲). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد رویکردی درمانی است که به بیمار کمک می‌کند تا شیوه‌هایی را که بدان وسیله به تجارب خویش

می‌پردازند را مورد بررسی قرار دهد (۲۹). در این پژوهش نیز درمانگر به بیماران تالاسمی یاد داد که چگونه ارتباط روان‌شناختی خود را با افکار و احساساتشان افزایش دهند. همچنین موقعیت‌هایی را برای آن‌ها مهیا کرد تا این مهارت‌ها را تمرین کنند. لذا به استناد آموزش این مهارت‌ها و عوامل حمایت‌کننده می‌توان گفت مجموعه این اقدامات در جهت افزایش سرمایه روان‌شناختی بوده است.

درمان شناختی- رفتاری نیز بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی مؤثر بود. به این معنا که با درمان شناختی رفتاری می‌توان سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی را افزایش داد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های، پدram؛ کهرازئی، دانش و حیدرزادگان؛ همتی، آهنگریان، احمدپناه و عاشوری، عزیزی و فلوگل که همگی در پژوهش‌های خود نشان دادند درمان شناختی رفتاری بر افزایش سرمایه روان‌شناختی بیماران مؤثر است همسو و هماهنگ است (۲۵، ۳۰، ۳۱، ۱۶، ۳۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت ابتدا به تالاسمی نه تنها بر عملکرد جسمی بلکه بر عملکرد روحی، روانی و اجتماعی نیز تأثیر منفی می‌گذارد. این بیماران با استرس‌های مزمن و دائمی مواجه هستند و مواجهه طولانی مدت با استرس‌ها می‌تواند سبب اضطراب، افسردگی و کاهش سرمایه روان‌شناختی آنها گردد. در درمان شناختی - رفتاری بیماران تالاسمی آموختند که چگونه واکنش‌های خود را اصلاح کنند. همچنین تمرین آرام‌سازی عضلانی باعث مشد که از تنش و فعالیت سیستم سمپاتیک یا پاسخ اضطرابی در برابر استرس‌های خاص از بیماری تالاسمی کاسته شود. در مجموع درمان شناختی رفتاری در کمک به افزایش سرمایه روان‌شناختی سودمند ارزیابی گردید و درمان شناختی رفتاری به طور مؤثری مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی را افزایش داده است.

یافته دیگر، اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی بود. نتایج نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تمامی مولفه‌های سرمایه روان‌شناختی بیشتر از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری است. این یافته با نتایج پژوهش‌های علی‌پور؛ حداد رنجبر؛ عزیزی؛ ایزدی و همکاران؛ ده خدایی، ایرانی و علی‌پور؛ مرمرچی‌نیا و ذوقی پایدار که همگی در پژوهش‌های خود نتیجه گرفته بودند اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر سرمایه روان‌شناختی بیماران بیشتر از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری است (۱۷، ۱۴، ۱۶، ۲۴، ۲۱) همسو است و نتایج این پژوهش‌ها را تأیید می‌کند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف کلیدی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش حمایت از بیماران در پذیرش احساسات و افکار همانگونه که وجود دارند بود، نه آنطور که باید باشند. در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف رویکرد درمان شناختی- رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار گرفت. به واسطه این رویکرد بیماران یادگرفتند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد. این نکته بر این فرض مبتنی است که فرآیند ارتباط با افکار یا هیجانات، مشکلات را شدیدتر می‌کند. نکته دیگر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه انعطاف‌پذیری که در شخص ایجاد می‌کند فرد را در برابر مشکلات روان‌شناختی مقاوم‌تر و کارداران‌تر می‌نماید بنابراین می‌توان نتیجه گرفت افرادی که در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش شرکت نمودند نسبت به درمان شناختی از بهبود روان‌شناختی بالاتری برخوردار شدند.

منحصر بودن جامعه آماری پژوهش حاضر به منطقه جغرافیایی خاص و با تعداد محدود می‌تواند تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه کند. همچنین استفاده از یک درمانگر و کمک وی در ارزیابی اولیه، ارائه دو مداخله انجام شده در این پژوهش و ارزیابی ثانویه که می‌تواند همراه با سوگیری‌ها باشد از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. با این وجود پژوهش حاضر از جمله اولین پژوهش‌هایی بود که بیماران خاص تالاسمی را مورد مطالعه قرار داد و می‌توان از نتایج این پژوهش در مطالعات آینده و تطبیق نتایج استفاده کرد. انجام پژوهشی مشابه با ابزارهای متفاوت همچنین طراحی الگویی با ارزیابان و درمان‌گرانی متمایز از پژوهشگر و مقایسه نتایج نیز پیشنهاد می‌شود. غربالگری و شناسایی بیماران تالاسمی مبتلا به اختلالات روانی در مراحل اولیه تشخیص و درمان و ارجاع آن‌ها به روانشناس می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه موثر باشد. پیشنهاد دیگر این است جهت جلوگیری از اتلاف وقت و هزینه، در مراکز آموزشی جهت افزایش سطح سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش آموزش داده شود. با توجه به اهمیت سرمایه های روان‌شناختی در زندگی همه افراد به خصوص بیماران تالاسمی، جهت ارتقای سطح سرمایه های روان‌شناختی بیماران تالاسمی می‌توان از درمان درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش کمک گرفت.

کاربردهای پژوهش :

استفاده در مراکز درمانی و روان‌شناختی جهت افزایش سطح سرمایه روان‌شناختی بیماران تالاسمی

استفاده جهت پژوهشگران حوزه روان‌شناختی

ملاحظات اخلاقی:

آزمودنی‌ها فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل و امضا نمودند و آمادگی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام نمودند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از خاتمه آزمایش، گروه کنترل طی ۸ جلسه تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند.

محدودیت های پژوهش:

از مهمترین محدودیت های این پژوهش این است که نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، با تعداد محدود و به صورت داوطلبانه و مبتنی بر هدف بوده است که شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند.

تعارض منافع:

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله مراتب قدردانی و سپاس خود را از همه کسانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند را اعلام می‌دارد.

References

- 1-Babaei Monaghi MM., Khaliqkaha A., Zahed A.. Comparison of learning strategies, hard work and concern of patients with thalassemia and individuals. *Nasim Wellness Quarterly*. 2014; 3 (3): 18-7. (Persian).
- 2- The World Health Organization. Multicountry Study on women's health and domestic violence against women, Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Summary report, WHO Press, Switzerland, Retrieved from, 2012
- 3- Mahari B.. Evaluation of Educational-Supportive Intervention to Improve Quality of Life in Adult Thalassaemic Patients, PhD Thesis in Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences. 2017. (Persian).
- 4-Aydin B., Yapavk I., Akarsu D., Okten N., Ulgen M. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in children with thalassemia major. *Acta Pediatrics Japan*, 1997;39(3): 354-357.
- 5-Hosseini SH., Khani H., Khalilian A., Vahidshahi K.. A comparative study of mental health of patients with beta thalassemia major aged 15 to 25 years referred to Bu Ali Sina Hospital. 2006; 17 (59): 60-51. (Persian).
- 6-Messina G., Colombo E., Cassinerio E., Ferri F., Curti R., Altamura C, Cappellini MD. Psychosocial aspects and psychiatric disorders in young adult with thalassemia major. *Intern Emerg Med*, 2008; 3(4):339-43.
- 7- Saroei M., Farhand S., Amini M., Hosseini S.M. Relationship between family communication patterns and personality traits with psychological well-being mediated by resilience in my patients. *Journal of Psychological Methods and Models*, 2013; 3 (11), 17-3851. (Persian).
- 8- Kang H., Busse J.. Impact of service climate and psychological capital on employee engagement: The role of organizational hierarchy. *Sport Management Review*, 2018; 22(1),108-125.
- 9- Xirui Li, Dan Kan Li Liu, Meng Shi, Yang Wang, Xiaoshi Yang, Jiana Wang, Yang Wang, Ying Chang, Jialiang Fu and Lie Wang. Work-family conflict and burnout among Chinese female nurses: the mediating effect of psychological capital. *BMC Public Health*. 2012; 4(12): 915-922
- 10-Dickerson JF., Lynch FL., Leo MC, DeBar LL., Pearson J., Clarke GN.. Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. *American Academy of Pediatrics*. 2018; 141, 1-11
- 11- Varkovitzky RL., Gilbert SE., Chard KM.. Cognitive processing therapy and trauma-related sleep disturbance. *Sleep and Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder*, 2018; 1(1), 293-301.

- 12- Annunzia A.J., Green JD., Marx BP.. Acceptance and commitment therapy for depression and anxiety. *Encyclopedia of Mental Health*. Second edition, 2016; 1-10.
- 13- Feros DL., Lane L, Ciarrochi J, & Blackledge JT.. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho- Oncology*, 2013; 22(2), 459-464.
- 14- Haddad Ranjbar S.. The effectiveness of educational program based on cognitive-behavioral approach on academic excitement of students with self-defeating academic behaviors, educational strategies in medical sciences, 2018.11 (1): 108-117. (Persian).
- 15- Sharifinejad R., Shahbazi, M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological well-being and cognitive distortions of adolescents in Ahvaz, psychological methods and models .2018; 9 (33), 123-107. (Persian).
- 16-Azizi S.. Comparison of the effect of acceptance and commitment-based therapy (ACT) with cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing the anger of depressed students, according to their level of psychological development, PhD thesis in psychology, Tarbiat Modares University, Faculty of Humanities, 2018. (Persian).
- 17-Alipour M.. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy, emotion-oriented cognitive therapy and training to increase couples coping skills on body deformity, health anxiety, mental well-being and lifestyle-promoting health of women with breast cancer PhD thesis General Psychology, University Orumieh, 2019. (Persian).
- 18- Carroll K.M, Rounsaville BJ.. Therapies research in the addictions. *Addiction*. 2015;102:850- 862.
- 19- Lee EB., An W., Levin ME., Twohig M P.. An initial meta- analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 2015; 155,1-7.
- 20- Rahimi A., Sohrabi N., Sarghand S.. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and group therapy based on acceptance and commitment on quality of life, self-efficacy, cognitive emotion regulation and reduction of symptoms of substance use disorder in patients consuming stimulants. PhD Thesis, Marvdasht Azad University.2018. (Persian).
- 21- Deh Khodaei S., Iranian Z., Alipour A.. Comparison of cognitive-behavioral therapy and treatment based on acceptance and commitment in following treatment, disease perception and quality of life in hemophilia patients, M.Sc. Thesis, Payame Noor University, South Tehran, 2017. (Persian).
- 22- Barghi Z., Zare H., Abedin M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Capital in Patients with Esophageal Cancer, *Journal of Health Psychology*.2015; 4 (14), 128-113. (Persian).

- 23- Marmarchinia M., Zoghi Paydar MR.. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hope and Happiness of Female Adolescents Under Welfare, Journal of Applied Psychology, 2017; 1 (41) 174-154. (Persian).
- 24- Izadi R., Neshat Doost T., Asgari H., Abedi MR. Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy on the symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. Psychological Achievements, 2014;12 (1): 33-19. (Persian).
- 25- Pedram M., Mohammadi M., Naziri Q., Ainparast N.. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on the treatment of anxiety disorder, depression and creating hope in women with cancer. Journal of Women and Society .2010; 1 (4), 34-61. (Persian).
- 26- Luthans F., Avolio BJ.. Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Pers Psychol. 2007; 6:138-146.
- 27- Sadeghi D., Amin Fallah Z., Momeni H.. Predicting students' academic engagement based on psychological and social capital, Scientific Journal of Education and Evaluation (Quarterly),2018; 12 (47), 117-140. (Persian).
- 28- Rajabi S., Izdkhasti F.. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety and Depression in Women with Multiple Sclerosis, Journal of Clinical Psychology. 2014; 6 (1), 29-48. (Persian).
- 29- Prevedini AB., Presti G., Rabitti E., Miselli G., and Moderato P.. Acceptance and commitment therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients with chronic physical diseases, Giornale Italiano Di Medicina Del Lavoro Ed Ergonomia Journal; 33(1 Suppl): 2011; 53-63.
- 30- Kahrazei F., Danesh E., Heidarzadegan A.. The effectiveness of cognitive therapy behavior in reducing the psychological symptoms of cancer patients (short report). Zahedan Medical Sciences Research. 2011;14 (2) .110-115. (Persian).
- 31- Hemmati A., Ahangarian, Z., Ahmadpanah M., Ashouri A.. Comparison of the effectiveness of three methods of drug therapy, cognitive group therapy and desensitization through reprocessing eye movements on reducing depression in veterans, Quarterly Journal of Hamadan School of Nursing and Midwifery. 2011; 20 (2), 31-22. (Persian).
- 32- Flugel K.F.. Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. Complementary Therapies in Clinical Practice .2010; 19:36-40.