J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE

Received:202/06/29 *Accepted:2021/04/19*

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Psychological Well-Being, and Life Expectancy in Asthmatic Patients

Shaghayegh Bahramiabdolmalaki (M.A.)[1], Alireza Homayouni (Ph.D.)[2], Masoud Aliyali (Ph.D.)[3]

1.M.A, Department of Psychology, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bandargaz Branch Bandargaz, Iran.
2.Correspounding Author: Assistance Professor, Department of Psychology, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bandargaz, Iran. Email: homaiony@gmail.com Tel: 09112181040
3.Associate Professor, Department of internal medicine, pulmonary and critical care division, Mazandaran University of medical sciences, Sari, Iran.

Abstract

Introduction: Psychosomatic experts have tried to associate mental disorders to physical illnesses. The vulnerability of different parts of the body is thought to depend on fundamental differences between individuals. One of the methods that seems to affect the psychological problems of asthma patients is acceptance and commitment therapy. Therefore, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of acceptance- and commitment-based therapy on resilience, psychological well-being, and life expectancy in asthmatic patients.

Methods: This quasi-experimental pre-test and post-test study was conducted on 30 asthmatic patients who were randomly assigned to the experimental (n = 15) and control (n = 15) groups according to the inclusion criteria. Acceptance and commitment therapy sessions were based on the treatment package of Hayes et al. in 8 sessions of 60 minutes on the experimental group and no intervention was performed on the control group. All participants took part in the pre-test and post-test. Collection tools included Conner-Davidson Resilience Questionnaire, Schneider Life expectancy, and Ryf Psychological Well-being.

Results: The results showed a significant difference in the components of resilience, psychological well-being, and life expectancy in asthmatic patients before and after the experiment ($p < 0.05$). In other words, acceptance and commitment-based therapy had a positive effect on resilience, psychological well-being and life expectancy in asthmatic patients and these components have increased in patients.

Conclusion: Findings showed that acceptance- and commitment-based therapy was effective on resilience, psychological well-being, and life expectancy of asthmatic patients. This treatment is suggested to be used in conjunction with drug therapy to improve the psychological symptoms of asthmatic patients.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Resiliency, Psychological Well-being, Life Expectancy, asthmatic

Conflict of interest: The authors declared that there is no conflict interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

This Paper Should be Cited as:
Author: Shaghayegh Bahramiabdolmalaki, Alireza Homayouni, Masoud Aliyali. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on ..……Tolooebehdasht Journal.2021;20(1):55-68.[Persian]

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک

نویسندگان: شقایق بهرامی عبدالملکی[۱]، علیرضا همایونی[۲]، مسعود علیالی[۳]

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

تلفن تماس: ۰۹۱۱۲۱۸۱۰۴۰ Email:homaiony@gmail.com

۳.دانشیار گروه طب داخلی، بیماریهای ریه و مراقبتهای ویژه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیستم
شماره اول
فروردین و اردیبهشت۱۴۰۰
شماره مسلسل: ۸۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۴/۰۹
تاریخ پذیرش:۱۳۹۹/۱۱/۱۱

چکیده

مقدمه: متخصصان پزشکی روان تنی تلاش کرده اند ارتباط اختلالات روانی و بیماری های جسمی را مشخص کنند. تصور بر این است آسیب پذیری بخش‌های گوناگون بدن به تفاوت‌های اساسی میان افراد بستگی دارد. یکی از روش هایی که به نظر می رسد بر مشکلات روانشناختی بیماران آسم موثر باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک بود.

روش بررسی: این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون بر روی ۳۰ بیمار آسمی که با توجه به معیارهای ورود به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفره منتصب شدند، انجام شد. جلسات درمان پذیرش و تعهد براساس بسته درمانی Hayes و همکاران در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش تشکیل شد و هیچ مداخله ای بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. قبل و بعد از اجرای جلسات پیش آزمون و پس آزمون از هر دو گروه گرفته شد. ابزار گردآوری شامل پرسشنامه های تاب آوری کونر دیویدسون، امید به زندگی اشنایدر و بهزیستی روان‌شناختی ریف بود.

یافته ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری در مولفه های تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک در قبل و بعد از ازمایش وجود دارد ($P<۰/۰۵$). به این معنی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک اثر مثبت داشته و این مولفه ها در بیماران افزایش یافته است.

نتیجه گیری: یافته ها نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی بیماران آسماتیک موثر بود. پیشنهاد می گردد از این روش درمانی هم راستا با درمان دارویی در بهبود علایم روانشناختی بیماران آسماتیک استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب آوری، بهزیستی روانشناختی، امید به زندگی، آسماتیک

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

مقدمه

آسم یک بیماری تنفسی است که با حملات اسپاسم در برونش ها باعث تنفس سخت می گردد (۱). این بیماری معمولا با پاسخ های آلرژیک و افزایش حساسیت در ارتباط است. این بیماری می تواند به صورت شدید خود را نشان دهد و در بیمارانی که علائم شدید دارند اختلالات خلقی شایع است (۲). در بیش‌تر پژوهش های اولیه، آسم به عنوان بیماریی با علل روانی معرفی شده است (۳) و بیماران از تاب آوری یا انعطاف روانشناختی (resilience) کمتری برخوردار می باشند (۴). تاب‌آوری به توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده اطلاق می شود (۵). تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌دانند (۶). تاب‌آوری، تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده نیست، بلکه شرکت فعال و سازنده فرد در محیط نیز می باشد (۷). تاب‌آوری نوعی ترمیم خود با پی‌آمدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (۸). از طرف دیگر افراد تاب آور در زمینه بهزیستی روانشناختی (psychological well-being) از وضعیت مناسب برخوردارند (۹).

بهزیستی روان‌شناختی تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی واقعی خود است (۱۰). بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم چندبعدی شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است (۱۱).از جانبی دیگر یکی از مهمترین نیازهای روانی انسان امید به زندگی (life expectancy) است (۱۲). امید به زندگی به انسان انگیزه شادابی و نشاط می‌دهد (۱۳).

امید به زندگی با فلسفه ی زندگی ارتباط دارد و از این رو در مکاتب مادّی و پوچ گرایی جایگاهی ندارد (۱۴). توجه به قوانین هستی، ارتباط با خدا و خود، توجه به آفرینش انسان عواملی هستند که موجب تقویت امید به زندگی انسان خواهند شد (۱۵).

امید حالت انگیزشی مثبتی است که مبتنی بر حس راه‌یابی است و محصول تعامل فرد با محیط است (۱۶)، و باعث می شود فرد با وجود موانعی که در مسیر زندگی خود دارد انگیزه خود را همواره حفظ کند (۱۷).

درمان های آسم اکثرا به صورت دارویی می باشند اما در موج سوم اصلاح و تلفیق با رویکرد شناختی رفتاری با اصول اساسی مسولیت‌ها و درک واقعیت استوارتر شده است و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (acceptance and commitment therapy) می باشد (۱۸)، که با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به وجود آمدند و بر نقش باورها، طرح واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی تاکید دارد (۱۹). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف پذیری روانی است (۲۰).

در رویکرد پذیرش و تعهد بر خلاف درمان‌شناختی رفتاری، محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شوند (۲۱)، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار می گیرد (۲۲).

در همین راستا پژوهش محمود فخه، خادمی و تسبیح سازان (۱۳۹۸) دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است (۲۳).فراهانی و حیدری (۱۳۹۷) نشان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب آوری شده است (۲۴).

Passmore (۲۰۱۸) دریافتند که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقا سلامت و بهزیستی روانشناختی اثر دارد (۲۵). Hughes و همکاران (۲۶) نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد با بهبود وضعیت روانشناختی و افزایش تاب آوری و انعطاف روانشناختی اثر دارد. از طرفی پژوهش ها نشان می‌دهد که بین ۲ تا ۴ درصد کل جمعیّت به آسم دچارند (۲۷). افراد مبتلا به آسم زیر فشارهای روانی زیادی قرار دارند (۲۸).

نتایج اخیر نشان دهنده وجود رابطه میان نوع سیستم مغزی رفتاری با آسیب روانی و مشکلات همراه شامل نقش پردازش شناختی و بیماری جسمی مانند آسم می باشد (۲۹).

این بیماری با توجه به شدت آن می تواند حتی جان افراد را به خطر بیندازد، بنابراین لزوم استفاده از درمان های متفاوت از جمله درمان های روانشناختی که در این بیماری بسیار نقش دارد ضروری است.

به طور کلی هدف اصلی این پژوهش ارزیابی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک با سلامت روان پایین می باشد.

روش بررسی

روش تحقیق حاضر از نوع شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد مبتلا به بیماری آسم با سلامت روانی پایین (مطابق با نقطه برش پرسشنامه سلامت روان GHQ-28) در درمانگاه ریه کلینیک ویژه شهر ساری تشکیل دادند.

تعداد ۳۰ نفر به صورت در دسترس با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش ۱۵ نفره و کنترل ۱۵ نفره منتصب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: بیماران آسماتیک با نمره ۲۳ به بالا در پرسشنامه سلامت (GHQ-28)، بازه سنی۲۰ تا ۶۰ سال که حداقل ۲ سال از تشخیص آن ها گذشته باشد، شدت بیماری آسم در سطح متوسط به تشخیص پزشک معالج مرکز درمانی، عدم همراهی اختلالات روانی و جسمانی که در شرکت در جلسات درمانی مداخله ایجاد نماید، عدم دریافت داروهای تاثیر گذار در فرایند همکاری در جلسات، موافقت افراد در خصوص شرکت در طرح پژوهش.

معیارهای خروج از پژوهش شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه ها، عدم شرکت کردن ۲ جلسه متوالی، تمایل به خروج از مطالعه در هر زمان.

در فرآیند اجرایی در ابتدا در گروه آزمایشی قبل از شروع مداخله توضیحاتی در خصوص هدف مطالعه و حفظ رازداری مطالب به آزمودنی ها داده شد و جلسات درمان پذیرش و تعهد در کلینیک درمانی تشکیل شد و محتوای جلسات پژوهش براساس بسته درمانی Hayes و همکاران (۳۰) در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای بر روی گروه آزمایش انجام شد(جدول ۱). هیچ مداخله ای طی این مدت بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. قبل از اجرای جلسات، پیش آزمون از هر دو گروه تهیه شد و در پایان جلسات از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

جدول۱: خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر پذیرش وتعهد

جلسه	هدف و خلاصه هر جلسه
جلسه اول:	مقدمه، به مراجعان تعداد جلسات و ساعات شرکت در جلسات درمانی، اهداف و سیر درمان توضیح داده شده است. بحث در مورد حدود رازداری، تصریح نوع رابطه درمان: با استفاده از استعاره دو کوه. سنجش کلی: از مراجعان خواسته شد افکار و اعمال خود را توصیف کنند، مقدمه‌ای به درماندگی خلاق. ارائه تکلیف
جلسه دوم:	سنجش عملکرد : در ابتدای هر جلسه بررسی گردید تا مشخص شود که امور خارج از جلسه برای شرکت‌کنندگان در درمان چگونه بوده است. مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف: اگر مراجع تکلیف را انجام نمی‌داد، درمانگر متغیرهای عامل را بررسی می کرد. ادامه درماندگی خلاق، ارائه تکلیف
جلسه سوم:	سنجش عملکرد، مرور واکنش به جلسه قبل، مرور تکلیف، در این مرحله با توجه به این‌که درماندگی خلاق، کنترل به عنوان مسأله و تمایل/ پذیرش به همدیگر مربوط می‌شوند، بنابراین هنگام بحث در مورد منازعه مراجع با افکار به یکی شدن این سه پدیده با یکدیگر پرداخته شد. معرفی کنترل به عنوان یک مسأله، معرفی تمایل/ پذیرش، تعهد رفتاری، ارائه تکلیف.
جلسه چهارم :	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش.
جلسه پنج :	تمرین تعهد رفتاری: درمانگر به هر یک از شرکت کنندگان فرصت داد تا به تمرینات تمایل ادامه دهند. این تمرینات تمایل که لازم است در طول دوره درمان ادامه داشته باشد باعث میشوند تا مراجع تعهداتش را در جریان درمان افزایش بدهد.
جلسه ششم:	سنجش عملکرد، مرور واکنشها به جلسه قبل، مرور تکلیف، معرفی ارزشها (دادن تکلیف ارزش ها)، این عمل با تکمیل پرسشنامه سنجش ارزش ها انجام گرفت تا با تصریح ارزشهای مراجع به هدایت مراجع خارج از حمایت درمانگر کمک شود.
جلسه هفتم:	سنجش عملکرد، مرور واکنش‌ها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش.
جلسه هشتم:	سنجش عملکرد، مرور واکنشها به جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش، معرفی ارزش ها، جمع بندی جلسات

در این پژوهش از پرسشنامه های تاب آوری، امید به زندگی، بهزیستی روانشناختی، و سلامت عمومی استفاده شد.

این پرسشنامه توسط Davidson & Connor در سال ۲۰۰۳ با ۲۵ سوال طراحی شد (۷) و در طیف لیکرت از کاملاً نادرست= ۰ به ندرت= ۱ گاهی درست= ۲ اغلب درست= ۳ همیشه درست= ۴ نمره گذاری می شود و دارای یک نمرهٔ کل است. در این پرسش‌نامه حداکثر نمره ۱۰۰ و حداقل نمره صفر می‌باشد و نمره‌ی هرآزمودنی برابر مجموع نمرات از هر یک از سوالات است. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می شود. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۱۰۰ است. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده می باشد و برعکس. روایی همگرای این پرسش‌نامه با استفاده از پرسش‌نامه سرسختی کوباسا روی ۳۰ نفر انجام شده و نتایج نشان داد که پرسش‌نامه تاب‌آوری با پرسشنامه‌ی سرسختی کوباسا ۰/۸۳ ارتباط دارد، ولی با استرس ادراک شده ۰/۷۶- رابطه دارد و نشان می‌دهد که سطح بالای تاب‌آوری با استرس تجربه شده پایین ارتباط دارد و هم چنین پایایی آزمون – باز آزمون این پرسش‌نامه ۰/۸۷ محاسبه شد (۷). به طور کلی نتایج نشان از پایایی و روایی مطلوب پرسش‌نامه تاب‌آوری را نشان می‌دهد. در ایران جوکار (۳۱) روایی سازه و

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

محتوا را تایید نمود و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ بدست آورد.

پرسشنامه امید به زندگی توسط Snyder و همکاران در سال ۱۹۹۱ با ۱۲ سوال طراحی شده است (۳۲) و در ۲ بعد «تفکر عاملی ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ و تفکر راهبردی ۱، ۴، ۷ و ۸»، در طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) طراحی شده است که به ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. همچنین در این پرسش‌نامه سوال‌های ۱، ۵، ۷ و ۱۱ به عنوان سوال‌های انحرافی درنظر گرفته شد. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات تک تک سوالات با هم محاسبه می شوند. امتیازات بالاتر، نشان دهنده امید به زندگی بیشتر در فرد پاسخ دهنده خواهد بود و برعکس. شواهد اولیه در مورد اعتبار و پایایی این آزمون توسط اشنایدر و همکاران فراهم شده است. تحلیل عامل اکتشافی دو مولفه تفکر عاملی و تفکر راهبردی مقیاس را تأیید کرده اند. آلفای کرونباخ پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی آن در یک دوره ۱۰ هفته‌ای ۰/۸۰ به‌دست آمده است. روایی محتوا و سازه این مقیاس در ایران در پژوهش علاءالدینی، کجباف و مولوی (۳۳) تأیید شده است و پایایی به روش الفای کرونباخ برای دو عامل تفکر عاملی ۰/۷۳ و تفکر راهبردی ۰/۷۸ و برای کل را ۰/۸۱ گزارش نموده است.

این پرسشنامه توسط Ryff و همکاران در سال ۲۰۰۲ سوال ساخته شد (۳۴). این مقیاس ۱۸ گویه دارد و نمره گذاری آن براساس طیف لیکرت شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) می باشد؛ حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ می باشد و و دارای شش خرده مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است، و یک نمره کل می باشد. در این مقیاس، سوالات ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شود و بقیه سوالات به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بیشتر فرد می باشد. ریف روایی سازه و همزمان ابزار را تایید و پایایی آن را در پژوهش‌های مختلف با روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس استقلال ۰/۷۳، تسلط بر محیط ۰/۷۰، رشد شخصی ۰/۸۶، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۹، هدفمندی در زندگی ۰/۸۴، پذیرش خود ۰/۸۷ و کل آن ۰/۸۹ گزارش نمود. هم چنین خانجانی و همکاران (۱۱) روایی سازه و همزمان را تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ برای استقلال ۰/۷۰، تسلط بر محیط ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۸۲، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۷، هدفمندی در زندگی ۰/۷۹، پذیرش خود ۰/۸۸ و کل آن ۰/۸۹ گزارش کردند. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای استقلال ۰/۶۶، تسلط بر محیط ۰/۶۵، رشد شخصی ۰/۷۹، ارتباط مثبت با دیگران ۰/۷۸، هدفمندی در زندگی ۰/۸۰، پذیرش خود ۰/۸۴ و کل آن ۰/۸۶ بدست آمد.

پرسشنامهٔ سلامت عمومی توسط Goldberg و همکاران در سال ۱۹۷۲ ساخته شد (۳۵). به صورت ۴ گزینه‌ای است و پاسخ آزمودنی به هر سؤال در یک طیف چهار درجه‌ای «اصلاً، در حد معمول، به مراتب بیش‌تر از حد معمول، تقریباً بیش‌تر از حد معمول» مشخص می‌شوند. نمره بالاتر نشان دهنده وضعیت بدتر است و نقطه برش آن ۲۳ است، این پرسشنامه از ۴ زیر مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی،

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

افسردگی و یک نمره کلی سلامت تشکیل شده است. روایی سازه و محتوا توسط سازندگان تایید شد و پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ بدست آمد در ایران نوربالا و همکاران (۳۶) روایی سازه و محتوا را تایید و پایایی به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۰ بدست آوردند و در پژوهش حاضر پایایی کل ۰/۸۸ بدست آمد.

در این پژوهش برای تایید توزیع نرمال داده ها از آزمون های کشیدگی و چولگی، و شاپیرو ویلکز استفاده شد. پیش فرض ها با استفاده از آزمون همگنی باکس، آزمون لوین و شیب رگرسیون نیز بررسی شدند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی بندرگز با شناسه اخلاق IR.MAZUMS.RCE.1398.1243 در رشته روانشناسی عمومی مورد تایید قرار گرفته است.

یافته‌ها

در ابتدا پیش فرض های آماری با استفاده از آزمون های کشیدگی و چولگی، جعبه ای، شاپیرو ویلکز بررسی شد و نرمالی داده ها تایید گردید و سپس از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تجزیه تحلیل داده ها استفاده شد.

اطلاعات جمعیت شناختی گروه نمونه در شاخص های متفاوت جمعیت شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده می شود.

در وضعیت شغلی در گروه ازمایش ۱۲ نفر شغل ازاد و ۳ نفر خانه دار، و در گروه کنترل ۷ نفر شغل ازاد و ۸ نفر خانه دار بودند.

در وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش ۴ نفر زیر دیپلم، ۹ نفر دیپلم، و ۲ نفر لیسانس و بالاتر، و در گروه کنترل ۵ نفر زیر دیپلم، ۶ نفر دیپلم، و ۴ نفر لیسانس و بالاتر بودند (جدول ۲).

شاخص های توصیفی همچون میانگین و انحراف استاندارد متغیر تاب آوری و خرده مقیاس های امید به زندگی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در بررسی پیش فرض ها آزمون همگنی باکس، آزمون لوین و شیب رگرسیون تایید شد، بنابراین پیش فرض استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره رعایت شده است (جدول ۳).

جدول۲: مشخصات جمعیت شناختی نمونه های دو گروه

متغیرها	عوامل جمعیتی	آزمایش		کنترل	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
وضعیت شغلی	آزاد	۱۲	۸۰	۷	۴۶/۷
	خانه دار	۳	۲۰	۸	۵۳/۳
وضعیت تحصیلی	زیر دیپلم	۴	۲۶/۷	۵	۳۳/۳
	دیپلم	۹	۶۰	۶	۴۰
	لیسانس و بالاتر	۲	۱۳/۳	۴	۲۶/۷

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

جدول ۳: شاخص های توصیفی متغیرها در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش				کنترل			
	پیش آزمون		پیش آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تاب آوری	۱۴/۸۰	۲/۴۵۵	۱۸/۸۷	۴/۱۳۸	۱۴/۶۰	۳/۲۴۷	۱۴/۶۷	۲/۹۹۲
تفکر عاملی	۱۵/۰۷	۲/۴۳۴	۱۷/۸۰	۱/۵۶۸	۱۴/۹۳	۳/۸۴۵	۱۵/۲۰	۲/۹۰۸
تفکر راهبردی	۹/۴۰	۱/۳۳۵	۱۲/۶۲	۲/۷۱۹	۹/۴۹	۳/۰۱۸	۹/۵۴	۲/۰۸۹
امید به زندگی	۲۴/۴۷	۲/۶۶۰	۳۰/۴۲	۲/۵۳۱	۲۴/۴۲	۴/۵۱۰	۲۴/۵۳	۲/۹۷۱
استقلال	۹/۸۰	۴/۳۱۳	۱۳/۳۳	۲/۹۵۸	۹/۶۰	۳/۹۹۶	۹/۷۱	۳/۳۴۱
تسلط بر محیط	۱۰/۱۳	۳/۷۷۷	۱۳/۹۳	۱/۵۸۰	۱۰/۰۷	۳/۶۵۴	۱۰/۶۱	۳/۰۷۵
رشد شخصی	۱۰/۵۳	۲/۷۷۴	۱۴/۴۰	۲/۳۸۴	۱۰/۶۰	۲/۸۴۹	۱۰/۸۷	۱/۸۸۵
ارتباط مثبت با دیگران	۹/۸۷	۳/۶۶۲	۱۳/۴۷	۲/۷۴۸	۹/۶۷	۳/۶۹۷	۹/۸۰	۱/۹۳۵
هدفمندی در زندگی	۹/۶۰	۰/۹۸۶	۱۲/۳۳	۲/۰۹۳	۹/۴۰	۱/۶۳۲	۹/۵۴	۲/۶۵۸
پذیرش خود	۹/۲۷	۱/۶۲۴	۱۱/۹۳	۲/۸۱۵	۹/۲۰	۱/۵۶۸	۹/۷۳	۲/۳۴۴
بهزیستی روان‌شناختی	۵۹/۲۰	۸/۹۶۲	۶۸/۴۰	۴/۸۰۸	۵۸/۵۳	۹/۷۵۳	۵۹/۶۷	۷/۲۱۸

جدول۴: نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره بر روی تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک

منبع	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معناداری
گروه	تاب آوری	۱۲۸/۹۷۰	۱	۱۲۸/۹۷۰	۹/۹۴۲	۰/۰۰۰
	تفکر عاملی	۴۷/۹۸۸	۱	۴۷/۹۸۸	۱۷/۱۷۰	۰/۰۰۰
	تفکر راهبردی	۷۳/۰۱۷	۱	۷۳/۰۱۷	۱۲/۶۰۷	۰/۰۰۱
	امید به زندگی	۲۳۹/۳۹۳	۱	۲۳۹/۳۹۳	۴۳/۲۷۹	۰/۰۰۰
	استقلال	۸۷/۲۵۳	۱	۸۷/۲۵۳	۷/۵۰۴	۰/۰۱۲
	تسلط بر محیط	۶۶/۳۴۵	۱	۶۶/۳۴۵	۱۰/۲۵۵	۰/۰۰۴
	رشد شخصی	۹۴/۵۱۳	۱	۹۴/۵۱۳	۱۸/۱۲۲	۰/۰۰۰
	ارتباط مثبت با دیگران	۱۰۳/۷۱۳	۱	۱۰۳/۷۱۳	۱۸/۰۴۷	۰/۰۰۰
	هدفمندی در زندگی	۵۸/۹۱۰	۱	۵۸/۹۱۰	۹/۶۶۴	۰/۰۰۵
	پذیرش خود	۲۶/۱۵۹	۱	۲۶/۱۵۹	۴/۶۲۸	۰/۰۴۳
	بهزیستی روان‌شناختی	۲۵۱۸/۲۰۸	۱	۲۵۱۸/۲۰۸	۷۳/۷۸۰	۰/۰۰۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

نتایج این آزمون حاکی از آن است که در مجموع بین خرده مقیاس استقلال (P=۰/۰۱۲، F=۷/۵۰۴)، تسلط بر محیط (P=۰/۰۰۴، F=۱۰/۲۵۵)، رشد شخصی (P=۰/۰۰۰، F=۱۸/۱۲۲)، ارتباط مثبت با دیگران (P=۰/۰۰۰، F=۱۸/۰۴۷)، هدفمندی در زندگی (P=۰/۰۰۵، F=۹/۶۶۴)، پذیرش خود (P=۰/۰۴۳، F=۴/۶۲۸)، بهزیستی روان‌شناختی (P=۰/۰۰۰، F=۷۳/۷۸۰)، تفکر عاملی (P=۰/۰۰۰، F=۱۷/۱۷۰)، تفکر راهبردی (P=۰/۰۰۱، F=۱۲/۶۰۷)، امید به زندگی (P=۰/۰۰۰، F=۴۳/۲۷۹) و تاب آوری (P=۰/۰۰۱، F=۹/۹۴۲)، در دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. که به طور کلی حکایت از اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک دارد (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک با سلامت روان پایین بود و با توجه به نتایج تحلیل انجام شده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک اثر داشته و موجب افزایش این متغیرها شده است. در همین راستا پژوهشها نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش تاب آوری (۲۴)، بهبود وضعیت روانشناختی و افزایش تاب آوری و انعطاف روانشناختی (۲۶)، ارتقا سلامت و بهزیستی روانشناختی (۲۵)، و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است (۲۳). در تبیین این یافته می توان گفت که بکارگیری رویکرد پذیرش و تعهد به علت سازوکاری نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت‌زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم روانی، اثربخشی را افزایش داده و موجب افزایش تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و حتی امید به زندگی می‌گردد(۲۱). درمانگران به جای تمرکز بر تغییر شکل محتوی، به مراجع در پذیرش و داشتن تمایل به تجربه نمودن افکار و احساسات کمک نموده و با استفاده از فنون ذهن‌آگاهی بر اصلاح توجه و آگاهی مراجعین تأکید می‌ورزند (۲۲). این رویکرد، یک درمان شناختی رفتاری است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند (۱۰). در این درمان هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این است که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به‌عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارامد برنامه فعلی‌شان آگاه شوند و به‌جای پاسخ به آن، به انجام آن‌چه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند (۲۵). درمان پذیرش و تعهد از افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط باتجربه‌شان در زمان حال و بر اساس آن چه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است، ناشی می‌شود. در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه فنون گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به افزایش میزان تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی و ابعاد آن شامل تفکر عاملی و تفکر راهبردی در بیماران آسماتیک شد. هم چنین افزایش در خرده مقیاس های بهزیستی روانشناختی شامل استقلال، تسلط بر

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران ، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود نیز واضحا دیده شد. در اینجا با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، بیماران آسماتیک توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به آن‌ها آموزش داده شد که در درمان پذیرش و تعهد چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. هم چنین، در این درمان افراد یاد می‌گیرند که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آن‌ها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله‌ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آن‌ها را در جهت فعالیت‌های هدف محور پیوند دهند (۳۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فنون آن، مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال را تشویق می کنند، چیزی که به عنوان یک فرایند دانستن از آن یاد می شود (۲۶). به طور خلاصه، درمان پذیرش و تعهد تلاش می‌کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنندآن‌ها را متوقف سازند، و از افراد خواسته می‌شود که در جهت اهداف و ارزش‌هایشان کار کنند و افکار و احساسات خود را تجربه کنند. البته بایستی در نظر داشت که این پژوهش با محدودیت‌های تحقیق روبرو بوده است از جمله محدود شدن پژوهش به بیماران آسماتیک با سلامت روان پایین در درمانگاه ریه کلینیک ویژه شهر ساری و محدود بودن به بازه ی سنی ۲۰ تا ۶۰ ساله و محدودیت به زمان اجرای پژوهش در پاییز ۱۳۹۸. هم چنین با توجه به فرایند درمان افراد توسط مراکز امکان دریافت مراحل پیگیری طولانی تر میسر نبود.

این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری، بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران آسماتیک اثر دارد.

هم چنین این درمان باعث بهبود ابعاد امید به زندگی شامل تفکر عاملی و تفکر راهبردی و خرده مقیاس های استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران ، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود نیز شده است. بنابراین روانشناسان، روانپزشکان و سایر درمانگران در مراکز درمانی می‌توانند از این درمان برای کاهش شدت علایم و افزایش بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و امید به زندگی بیماران استفاده کنند و با آموزش تکنیک های بسیار کارآمد این روش درمانی مانند کنترل هیجانی و شناختی می توان سبب پاسخ های موثر این افراد در شرایط پرفشار گردد.

تضاد منافع

این پژوهش هیچ گونه تعارض منافعی با هیچ سازمانی در ابعاد متفاوت نداشته است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی بیماران شرکت کننده در پژوهش بابت همکاری در این پژوهش و هم چنین کلنیک ویژه ساری تشکر می نمایند.

References

1-McLeish AC, Kraemer KM, OBryan EM. Discomfort Intolerance in Relation to Asthma Outcomes. Cognitive Therapy and Research.2019; 43(1):24-31.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

2-Johnson AL, OBryan EM, Kraemer KM, McLeish AC, Zvolensky MJ, Bernstein JA, et al. The role of anxiety sensitivity-physical concerns in terms of quit day withdrawal symptoms and cravings: A pilot test among smokers with asthma. Journal of Asthma. 2019; 56(2): 173-8.

3-Alsaid-Habia T, McLeish AC, Kraemer KM. Associations between distress tolerance and asthma symptoms and quality of life. Journal of Asthma. 2019; 56(10):1120-7.

4-Rahmawati P, Muljohardjono H, Wibowo A. Meaning behind illness: Emotional healing among asthma patients. Drug Invention Today. 2018; 10(7): 42-59.

5-Chang SJ, Kwak EY, Hahm BJ, Seo SH, Lee DW, Jang SJ. Effects of a meditation program on nurses' power and quality of life. Nursing science quarterly. 2016;29(3):227-34.

6-Hegney DG, Rees CS, Eley R, et al. The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. Frontiers in psychology. 2015; 6: 1613-24.

7-Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety.2003;18(2):76-82.

8-Wu WW, Tsai SY, Liang SY, Liu CY, Jou ST, Berry DL. The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer. Journal of Pediatric Oncology Nursing.2015;32(5): 304-13.

9-Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Lamers S, et al. Positive psychological wellbeing is required for online self-help acceptance and commitment therapy for chronic pain to be effective. Frontiers in psychology.2016;7:353-369.

10-Brown M, Glendenning AC, Hoon AE, et al. Effectiveness of web-delivered acceptance and commitment therapy in relation to mental health and well-being: a systematic review and meta-analysis. Journal of Medical Internet Research.2016;18(8):221-34.

11-Khanjani M, Sohrabi F, Aazami Y. The effectiveness of resilience and stress management training program on psychological well-being, meaning of life, optimism, and satisfaction of life in female-headed households. Iran J Psychiat Nurs.2018; 6(2):1-11.[Persian]

12-Mathew J, Dunning C, Coats C,et al. The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. Personality and Individual Differences.2014;70: 66-71.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

13-Arslan C, Oral T, Karababa A. Examination of Secondary School Students' Hope Levels in terms of Anxiety, Depression and Perfectionism. Egitim ve Bilim Education and Science. 2018; 43(194):101-10.[Persian]

14-Tahmasbipour N, Nasri S, Rafieeyazd Z. The relationship between spiritual intelligence, life expectancy, and self-regulation among high school students. Bali Medical Journal. 2018; 7(2): 399-406.[Persian]

15-Yalcın I, Malkoc A. The relationship between meaning in life and subjective well-being: Forgiveness and hope as mediators. Journal of Happiness Studies.2015; 16(4): 915-29.

16-Mishra PR, Vashist KA. A review study of spiritual intelligence, stress and well-being of adolescents in 21st century. International Journal of Research in Applied Natural and Social Sciences.2014;2(4):11-24.

17-Meybodi AR, Doosthosseini F. The Effect of Spiritual Health on Academic Burnout with the Mediator Role of Life Expectancy. Bioethics Journal. 2018; 8(28): 39-47.[Persian]

18-Bricker JB, Copeland W, Mull KE, et al. Single-arm trial of the second version of an acceptance & commitment therapy smartphone application for smoking cessation. Drug and alcohol dependence. 2017; 170: 37-42.

19-Losada A, Marquez-Gonzalez M, Romero-Moreno R, et al. Cognitive–behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology.2015;83(4):760-72.

20-Pakenham KI. Training in acceptance and commitment therapy fosters self-care in clinical psychology trainees. Clinical Psychologist.2017; 21(3):186-94.

21-Gross M, Moore ZE, Gardner FL, et al. An empirical examination comparing the mindfulness-acceptance-commitment approach and psychological skills training for the mental health and sport performance of female student athletes. International Journal of Sport and Exercise Psychology. 2018; 16(4): 431-51.

22-Hayes SC, Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. The Counseling Psychologist. 2012; 40(7): 976-1002.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

23-Mahmoodfakheh H, Khademi A, Tasbihsazan R. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Happiness and Well-Being of Mothers of Cancer Children. Journal of Pediatric Nursing, 2019; 5(4): 71-78. [Persian]

24-Farahani M, Heydari H. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency in People with MS The Rise of Psychology. 2018; 7 (6): 149-62.

25-Passmore HA. Acceptance and Commitment Training (ACT) as a Positive Psychological Intervention: A Systematic Review and Initial Meta-analysis Regarding ACT's Role in Well-Being Promotion Among University Students. Journal of Happiness Studies. 2019; 1: 1-6.

26-Hughes LS, Clark J, Colclough JA, et al. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. The Clinical journal of pain. 2017; 33(6): 552-68.

27-Caulfield JI, Caruso MJ, Bourne RA, et al. Asthma Induction during Development and Adult Lung Function, Behavior, and Brain Gene Expression. Frontiers in behavioral neuroscience.2018;12:188-92.

28-Farrell AK, Slatcher RB, Tobin ET, et al. Socioeconomic status, family negative emotional climate,and anti-inflammatory gene expression among youth with asthma. Psychoneuroendocrinology. 2018; 91: 62-7.

29-Schwartzer JJ, Careaga M, Coburn MA, et al. Behavioral impact of maternal allergic-asthma in two genetically distinct mouse strains. Brain, behavior, and immunity. 2017; 63: 99-107.

30-Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, et al. A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. Behavior therapy. 2004; 35(4): 667-88.

31-Jokar B. The mediating role of resilience in the relationship between emotional intelligence and general intelligence with life satisfaction. Contemporary Psychology Quarterly, 2007; 2(2): 3-12.[Persian]

32-Snyder CR, Harris C, Anderson JR, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. Journal of personality and social psychology. 1991; 60(4): 570-81.

33-Aladdin Z, Kajbaf MB, Molavi H. The Effectiveness of Hope Group Therapy on Hope and Mental Health. Journal of Research in Psychological Health. 2008; 1(4): 48-56. [Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]

34-Ryff CD, Singer BH, Seltzer MM. 12 Pathways through challenge: implications for well-being and health. Paths to successful development: Personality in the life course. 2002; 4: 302-21.

35-Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford university press.1972;(4):34-42.

36-Noorbala A, Bagheri Yazdi SA, Mohammad K, et al. Mental health survey of the adult population in Iran. The British Journal of Psychiatry.2004; 184 (1): 70-81.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.18502/tbj.v20i1.6186]