

## The Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Physical Symptoms, Psychosocial Flexibility and Social Health of Patients with Psoriasis

## اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به پسوریازیس

**Mahnaz Aliakbari Dehkordi, Ph.D.**

Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

**Somayeh ghafouri, M.A**

Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

**Fariba Jaffary, sPh.D.**

Professor, Skin Diseases & Leishmaniasis Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Tayebeh Mohtashami, M.A**

Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

مهناز علی‌اکبری دهکردی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

سمیه غفوری

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

فریبا جعفری\*

استاد، مرکز تحقیقات بیماری‌های پوستی و سالک، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

طیبه محتشمی

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

### Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on physical symptoms, psychological flexibility and social health of patients with psoriasis. The design of the study was experimental with a pretest-posttest design with control and one-month follow-up. Thirty people with psoriatic who were referred to skin diseases Clinic of Sedigheh Tahereh in Isfahan were randomly chosen and assigned to two groups of 15 (experimental and control groups). In order to assess the physical symptoms, psychological flexibility and social health, Psoriasis Area Severity Index (PASI), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) and Keys' Social Health Questionnaire (2004) were used respectively. The results showed that acceptance and commitment therapy was effective in improving physical symptoms, psychological flexibility and social health of patients with psoriasis ( $P \leq 0.05$ ). In sum, acceptance and commitment therapy can be used as an effective intervention for the improvement of physical symptoms, psychosocial flexibility and social health of patients with psoriasis.

**Keywords:** acceptance and commitment therapy, physical symptoms, psychological flexibility, social health, psoriasis

### چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به پسوریازیس بود. طرح پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری یک‌ماهه بود. ۳۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری پوستی پسوریازیس مراجعه‌کننده به کلینیک بیماری‌های پوستی و گرمسیری صدیقه طاهره در شهر اصفهان انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و کنترل) گمارده شدند. به‌منظور بررسی علائم جسمانی از شاخص شدت و سطح پسوریازیس (PASI)، برای بررسی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم (AAQ-II) و برای بررسی سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (Keys, 2004) استفاده شد. نتایج نشان داد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به پسوریازیس مؤثر است ( $P \leq 0.05$ ). در مجموع می‌توان گفت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر بر بهبود علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به پسوریازیس مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سلامت اجتماعی، پسوریازیس

\*. نویسنده مسئول: jaffary@pharm.mui.ac.ir

پذیرش: ۹۸/۰۸/۰۸

وصول: ۹۷/۰۹/۱۰

مقدمه

تأثیر قرار می‌دهد. امروزه انعطاف‌پذیری جایگاه ویژه‌ای در آسیب‌شناسی تحولی و بهداشت روانی یافته است (Hayes, Strosah, Wilson, 2004). پژوهش‌ها نشانگر این هستند که تلاش در فرونشاندن افکار و احساسات منفی و اجتناب از سبک‌های مقابله‌ای (DeGenova & et al, 1998, Moser & Annis, 1996). در واقع مشکلات روان‌شناختی در طولانی‌مدت ایجاد می‌کند که مانع انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (psychological flexibility) یا سلامت روانی افراد می‌شود. چه بسا، پیشنهاد شده است که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی جنبه مهمی در ارتقاء سلامت روان‌شناختی است (Kashdan, Rottenberg, 2010 Quoted from Abedin, 2017).

همچنین بیماری پسوریازیس همپای با تضعیف سلامت بدنی فرد، آسیب‌های جدی به روابط اجتماعی و مشارکت وی در اجتماع وارد می‌سازد. بر این اساس سازمان جهانی بهداشت (2001) ضمن توجه دادن مسئولین کشورها در تأمین سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی بر این نکته تأکید می‌ورزد که هرکدام از این ابعاد دارای اهمیت است و باید به همه آنها توجه شود. بدین منظور کییز (Keye, 2004) سلامت اجتماعی (Social health) را ارزیابی و شناخت فرد از چگونگی عملکردش در اجتماع و کیفیت روابطش با افراد دیگر، نزدیکان و گروه‌های اجتماعی که وی عضوی از آنهاست، تعریف می‌کند و معتقد است که مقیاس سلامت اجتماعی بخشی از سلامت فرد را می‌سنجد و شامل پاسخ‌های درونی فرد (احساس، تفکر و رفتار) که نشانگر رضایت یا فقدان رضایت فرد از زندگی و محیط اجتماعی‌اش هستند، است.

با توجه به عدم بهبود دائمی بیماران توسط داروها، مداخلات روان‌شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (Kereft, Kereft & Resman, 2006). یک مجموعه از درمان‌های روان‌شناختی که برای بهبود کیفیت زندگی بیماران استفاده می‌شود به درمان‌های موج سوم معروف هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) یک شکل از درمان شناختی-رفتاری است در این روش فرض

پسوریازیس (psoriasis) یک بیماری شایع، مزمن و عودکننده پوست است که در هر سن و جنسی دیده می‌شود. در این بیماری ضایعات به شکل تکه‌های پوسته‌ای و خارش‌دار در نواحی سر، سطوح تاندون‌ها، کف دست‌وپا و ناخن بیشتر دیده می‌شود (Rezaei & et al, 2009). در مطالعه‌ای با تکیه بر ارزیابی پراکندگی و شیوع بیماری پسوریازیس نشان داده‌اند که کشورهای اروپای غربی و اسکانندیناوی بیشترین شیوع بیماری و کشورهای آسیای جنوب شرقی به خصوص ژاپن کمترین شیوع بیماری را دارا هستند (Christopher, 2001). شیوع این بیماری در آمریکا ۲-۲/۶ درصد و در جوامع مختلف ۴/۸-۶ درصد گزارش شده است (Aliakbari-Dehkordi, Alipour, Abaspour, Salimi, Safari, 2016). ماهیت مزمن و درازمدت بیماری پسوریازیس به همراه اثرات فیزیکی، روان‌شناختی و اجتماعی آن، مشکلاتی را در کنترل بیماری ایجاد می‌کند (Mease, 2009).

امروزه عوامل روان‌شناختی مانند افسردگی، استرس و اضطراب یکی از عوامل عمده بسیاری از بیماری‌ها محسوب می‌شود، اختلالات روانی، بیماری‌های قلبی، سرطان، ناراحتی‌های گوارشی و پوستی و مانند این‌ها همگی می‌توانند با فشار روانی ارتباط داشته باشند. فالكس و وارناک (Folks.&Waronock, 2008) و پوتوکا و همکاران (Potoca et al, 2009) بر مسائل و واکنش‌های هیجانی در افراد مبتلا به انواع بیماری‌های پوستی تأکید می‌نمایند. آنان اظهار می‌نمایند، شخص مبتلا به بیماری پوستی در وهله نخست می‌بایستی با واکنش‌های هیجانی خود و در مرحله بعد با واکنش‌های اطرافیان در محیط خانواده و محل کار مقابله نماید؛ زیرا که عوارض جسمانی ناخوشایند مانع از انجام فعالیت‌های روزمره افراد شده و منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌گردد. بیمار ممکن است از ابتلا به پسوریازیس بسیار ناراحت باشد و حتی دریابند که وقایع اضطراب‌آورشان می‌تواند، باعث بدتر شدن پسوریازیس و یا افسردگی در آنها شود (Heidari, 2014). تأثیرات منفی پسوریازیس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران را تحت

دیابت ( SHayghan, Amiri, Aguilar Vafaie, Besharat, 2016)؛ حمایت اجتماعی و امید به زندگی ( Ghadampour, Radmehr, Yousefvand, 2017) سرزندگی و تاب‌آوری (Aghaei, A., & Heidari, 2016; Heidari, 2014) مبتلایان به پسوریازیس مؤثر بوده است.

با توجه به گرایش بشر به سمت ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی و با توجه به تفاوت در روش‌های رسیدن به این اهداف، رویکرد طرح حاضر می‌تواند بررسی جدیدی در مورد اثربخشی این نوع مداخلات روان‌شناختی بر بهبود علائم جسمانی، سلامت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران پسوریازیس باشد؛ بنابراین با توجه به گستره بیماری و پیامدهای عمیقی که بر ابعاد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی افراد مبتلا می‌گذارد برای بررسی وضعیت سلامت افراد دارای پسوریازیس نمی‌توان تنها به بعد جسمی بیماری بسنده کرد و لازم است، تحقیقات زیادی در تمام ابعاد سلامتی افراد دارای پسوریازیس انجام شود. همچنین مرور پژوهش‌ها گویای این است که تحقیقات انجام شده معدودی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی افراد مبتلا به پسوریازیس صورت گرفته است؛ لذا پژوهش حاضر اثربخش بودن آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر روی بیماران پسوریازیس در جمعیت ایرانی مورد پژوهش قرار می‌دهد. این پژوهش سعی دارد، اثر آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر بهبود علائم جسمانی، سلامت اجتماعی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران پسوریازیس مورد بررسی قرار دهد. فرضیه‌های تحقیق عبارت بود از:

۱. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم جسمانی مبتلایان به پسوریازیس مؤثر است.
۲. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری مبتلایان به پسوریازیس مؤثر است.
۳. آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی مبتلایان به پسوریازیس مؤثر است.

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش حاضر آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، با

بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند، این تجارب درونی را تغییر داده یا از آنها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری منجر می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آنها اجتناب کند (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011). ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرآیند عبارت‌اند از: پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها و ارتباط با آنها و تعهد در مقابل منفعل بودن (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2004). مطابق با پیشینه مطالعاتی ACT جایگاه مناسبی در بهبود مشکلات روان‌شناختی ناشی از بیماری‌های جسمانی کسب کرده است (A-tjak & et al, 2015, Karekla, Karademas, Gloster, 2018; Zucchelli, Donnelly, Williamson, Hooper, 2019). در همین راستا تحقیقات مختلف بین‌المللی پیامدهای مثبت درمان ACT را در مطالعات خود در مورد مشکلات مربوط به دردهای مزمن (Dah, Wilson & Nilssin, 2004; Robinson, Wicksell & Olson, 2005; Hughe & et al. 2017) روان‌پریشی (Bach & Hayes, 2012; Gaudiano & Herbert, 2006)، سوء‌مصرف مواد (Hayes, Wilson & Gifford, 2004; Rahimi, Sohrabi, Rezaei, Sarvghad, 2018) و اعتیاد به نیکوتین (Gifford, Kohlenberg & Hayes, 2004) نشان داده‌اند. علاوه بر این نشان داده شده است که این درمان در کاهش افسردگی (Dindo & et al, 2002; Zettle & Hayes, 2012) و اضطراب (Block, 2002; Mitchell, 2011) و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش افکار ناخوشایند و باورهای ارتباطی ناکارآمد (Hullbert & et al, 2015; Feros & et al, 2011; Akhavan Gholami & Amiri, 2019)؛ سلامت جسمانی و کیفیت زندگی (Maroufi & Sadeghi, 2017; Feros & et al, 2011; Herbert & Forman, 2011)؛ بهبود شاخص‌های کنترل

نمره‌گذاری می‌شود. برای این سه معیار، نمره‌گذاری از صفر تا چهار انجام می‌شود، هر چه شدت در هر یک از معیارها بیشتر باشد، امتیاز بالاتری لحاظ می‌شود. درباره سطح ابتلا در اعضای چهارگانه ذکر شده بر اساس درصد امتیاز داده می‌شود. این درصد به شش امتیاز تبدیل می‌شود. نمره یک برای کمتر از ۱۰ درصد، نمره دو برای ۱ تا ۲۹ درصد، نمره سه برای ۳۰ تا ۴۹ درصد، نمره چهار برای ۵۰ تا ۶۹ درصد، نمره پنج برای ۷۰ تا ۸۹ درصد و نمره شش برای ۹۰ تا ۱۰۰ درصد لحاظ می‌شود. نمرات افراد در دامنه‌ای بین ۰ تا ۷۲ قرار می‌گیرد، هر چند اغلب بیماران نمراتی در دامنه ۰ تا ۱۵ را به دست می‌آورند. برای دقت بیشتر در محاسبه نمره کلی این پرسشنامه از نرم‌افزار آنلاین علائم جسمانی پسونریازیس (<http://pasi.corti.li>) نیز استفاده شد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به دست آمده برای این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد. دو مورد از سوالات این پرسشنامه عبارت است از ۱- در طول هفته گذشته پوست شما چقدر خارش، ناراحتی، درد یا سوزش داشته است؟ ۲- در طول هفته گذشته چقدر به خاطر مشکل پوستی خجالت کشیده یا عصبی شدید؟

**پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (Acceptance and Action Questionnaire - II):** این پرسشنامه به وسیله بوند (Bond) و همکاران (۲۰۱۱) ساخته شده است. یک نسخه ۱۲ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) که به وسیله هیز (۲۰۰۰) ساخته شده بود. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت است که از امتیاز خیلی مخالفم = ۱ تا خیلی موافقم = ۵ درجه بندی شده است؛ بنابراین نمرات در دامنه بین ۱۲ تا ۶۰ با میانگی ۳۶ قرار می‌گیرند. نمرات بین ۱۲ تا ۲۴ نشانده انعطاف‌پذیری روانی ضعیف، ۲۵ تا ۳۶ انعطاف‌پذیری در حد متوسط و ۳۶ تا ۶۰ هم انعطاف‌پذیری روانی خوب است. مشخصات روانسنجی مقیاس بر اساس مطالعه بوند و همکاران (۲۰۱۱) بر روی ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول ۶ نمونه نشان داد که این ابزار

پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه افراد با بیماری پوستی پسونریازیس مراجعه کننده به کلینیک بیماری‌های پوستی و گرمسیری صدیقه طاهره در استان اصفهان بودند که از سوی متخصص پوست مبتلا به بیماری پوستی پسونریازیس تشخیص داده شده بودند. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از افراد با بیماری پوستی پسونریازیس بودند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود افراد برای شرکت در پژوهش حاضر شامل؛ تشخیص بیماری پسونریازیس توسط متخصص پوست، نداشتن بیماری روانی خاص، نداشتن بیماری پوستی و جسمانی دیگر به غیر از بیماری پسونریازیس، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم سوءمصرف مواد، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر، موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت آگاهانه در پژوهش بود. سپس برنامه آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی گروه آزمایشی به مدت دو ماه اجرا شد. همچنین ۱ ماه و نیم بعد از تشکیل جلسات درمانی و بعد از انجام دادن پیگیری برای هر دو گروه، مطابق با اصول اخلاقی ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه کنترل گذاشته و این درمان به آنها آموزش داده شد. لازم به ذکر است به‌منظور رعایت اصول اخلاقی توضیحاتی درباره اهداف پژوهش، چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها، رازداری، عدم افشاء اطلاعات و حفظ حریم خصوصی شرکت‌کنندگان ارائه شد.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه علائم جسمانی یا شاخص شدت و سطح پسونریازیس (Psoriasis severity level):** برای سنجش شدت بیماری پسونریازیس علاوه بر مشاهدات و معاینات بالینی توسط متخصص پوست و اظهارات بیمار از شاخص شدت و سطح پسونریازیس استفاده شد. این پرسشنامه توسط ماتئو و میکائیل کورتی (Matteo & Michela Corti) در سال‌های بین ۲۰۱۳-۲۰۰۹ ساخته شد در این شاخص چهار قسمت بدن شامل سر و گردن، اندام‌های فوقانی تن و اندام‌های پایینی، بر اساس سه معیار قرمزی (Coralline)، سفتی یا ضخامت (Stiffness or thickness) و پوسته‌ریزی،

است. نمره محاسبه‌شده بین ۲۰ تا ۴۶ میزان سلامت اجتماعی افراد در حد پایین و ضعیف، نمره محاسبه‌شده بین ۴۷ تا ۷۴، میزان سلامت اجتماعی در حد متوسط و نمره محاسبه‌شده بین ۷۵ تا ۱۰۰ میزان سلامت اجتماعی افراد در حد بالا را نشان می‌دهد. پایایی مقیاس سنجش سلامت اجتماعی برای زیر مقیاس‌های یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب عبارت‌اند از ۰/۷۵، ۰/۷۹، ۰/۷۸، ۰/۷۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شد. مقادیر آلفای کرونباخ به دست آمده برای زیر شاخص‌های و معیار سلامت اجتماعی در کل مورد قبول بوده و لذا پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار می‌گیرد. باباپور، طوسی و حکمتی (۱۳۸۸) برای بررسی روایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نمودند و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای کل مقیاس را ۰/۷۸ گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به دست آمده برای این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. دو مورد از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از ۱- من بخش مهمی از جامعه‌ام هستم. ۲- من می‌توانم کارهای ارزشمندی به جامعه عرضه کنم.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها

بعد از انتخاب گروه نمونه، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه دوساعته تحت آموزش قرار گرفتند. این جلسات هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی در قالب یک کلاس آموزشی در سالن کنفرانس کلینیک پوستی صدیقه طاهره اصفهان تشکیل شد. پروتکل جلسات آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اساس الگوی ایزدی و عابدی (۱۳۹۴)، منطبق بر اصول شش ضلعی درمان ACT و متناسب بیماران پسوریازیس بر اساس نظر چندین متخصص روانشناس و متخصص پوست طراحی شد. خلاصه‌ای از جلسات در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS<sup>24</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، همچنین با توجه به طرح پژوهش حاضر از یافته‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و یافته‌های استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی‌اش است. این ابزار همچنین اعتبار تمییزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد (AAQ-II) مفهوم مشابه با (AAQ-I) را اندازه می‌گیرد؛ اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران ۲۰۱۱). به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی استفاده شد. مقادیر kmo، ۰/۸۶ به دست آمد. تحلیل عامل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسشنامه پذیرش و عمل را شناسایی کرد. پس از بررسی محتوای عوامل به دست آمده، این عامل‌ها به ترتیب اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند (عباسی، فتی، مولودی و ضرابی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به دست آمده برای این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد. دو مورد از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از ۱- تجربیات و خاطرات دردناکم باعث شده توانم آن‌طور که دوست دارم، زندگی کنم. ۲- نگرانم که مبادا توانم نگرانی‌ها و احساس‌هایم را کنترل کنم.

**پرسشنامه سلامت اجتماعی کبیز:** این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ گویه و ۵ زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی (سؤال ۴-۱)، همبستگی اجتماعی (سؤال ۷-۵)، انسجام اجتماعی (سؤال ۱۰-۸)، پذیرش اجتماعی (سؤال ۱۵-۱۱)، مشارکت اجتماعی (سؤال ۲۰-۱۶) است. این پرسشنامه توسط کبیز در بنیاد علمی مک آرتور ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ ساخته شد و در چندین دوره مطالعاتی روایی و پایایی آن مورد آزمون واقع شد. نمره‌گذاری گویه‌ها روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای «کاملاً مخالفم = ۱ تا کاملاً موافقم = ۵» انجام می‌شود و گویه‌های ۱ و ۶ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۷ و ۱۸ و ۱۹ و ۲۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. از این رو نمره مجموع این گویه بیانگر میزان سلامت اجتماعی افراد خواهد بود که نمره کل این پرسشنامه برابر با ۱۰۰

جدول ۱. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی

جلسه	مشروح جلسه
اول	برقراری رابطه درمانی، تبیین پسونریازیس و سنجش طبق الگوی ACT.
دوم	مداخلات مبتنی بر درماندگی خلاق برای بیماران پسونریازیس.
سوم	مداخلات کنترل مسئله است و پذیرش
چهارم	معرفی و شفاف‌سازی ارزش‌ها بر اساس مراحل هفتگانه
پنجم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی و بودن در لحظه.
هفتم	گسلش از خود مفهوم‌سازی شده و تضعیف آن
هشتم	درک ماهیت درمان، حرکت از پذیرش به سمت تعهد، پرداختن به رفتارهای مطابق با ارزش‌ها و ایجاد عمل متعهدانه

### یافته‌ها

داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) متغیرهای پژوهش در جداول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد پژوهش

متغیرها	گروه مراحل آزمون	میانگین	انحراف معیار
علائم جسمانی	پیش آزمون	۸/۸۹	۴/۵۸
	آزمایش		
	پس آزمون	۳/۷۵	۵/۲۴
	پیگیری	۳/۰۲	۴/۴۵
	پیش آزمون	۸/۹۸	۵/۰۹
	پس آزمون	۱۰/۷	۶/۴۳
انعطاف پذیری روان‌شناختی	پیش آزمون	۱۱/۰۸	۵/۶۵
	آزمایش		
	پس آزمون	۳۲/۸۷	۶/۲۷
	پیگیری	۳۶/۹۳	۵/۳۷
	پیش آزمون	۳۶/۴	۵/۵۶
	پس آزمون	۳۱/۱۳	۵/۹۹
سلامت اجتماعی	پیش آزمون	۲۷/۸	۵/۱
	آزمایش		
	پس آزمون	۲۷	۴/۶۲
	پیگیری	۵۰/۴۷	۷/۲
	پیش آزمون	۵۴/۳۳	۷/۹
	پس آزمون	۵۲/۶۷	۸/۵۳
کنترل	پیش آزمون	۴۹/۸۳	۶/۳۶
	پس آزمون	۴۷/۲	۷/۷
	پیگیری	۴۵/۶	۸/۰۵

واریانس کوواریانس رد نشده است. بر اساس آزمون کرویت موجلی که در متغیرها معنی‌دار نبود، فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها رد نشده است و بر اساس آزمون لوین و عدم معنی‌داری آن برای متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است که خلاصه نتایج مربوط به آن در جداول ۳ و ۴ ارائه شده است.

به منظور آزمون فرضیه‌های این پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها آزمون باکس (Boxe,s test)، کرویت موجلی (Mauchly,s test of Sphericity) و آزمون لوین (Levene,s test) به عمل آمد. بر اساس نتایج آزمون باکس که برای هیچ متغیری معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثر آموزش پذیرش و تعهد بر متغیرهای مورد پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
علائم جسمانی* گروه	۲۲۰/۱	۲	۱۸۸/۱۲	۳۹/۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۶	۰/۹۸۳
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی* گروه	۱۰۳/۰۲	۲	۵۶/۴۸	۱۲/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۹۲
سلامت اجتماعی* گروه	۷۳/۴۸	۲	۵۰/۵۱	۷/۶۵	۰/۰۰۰۴	۰/۲۱۵	۰/۸۶۷

بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش است ( $P < ۰/۰۵$ )؛ بنابراین هر سه فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌شوند.

به منظور مشخص نمودن اینکه هر کدام از متغیرها در کدام مرحله آزمون با هم تفاوت معنی‌دار دارند، از آزمون‌های تعقیبی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار سطح معنی‌داری در هر دو مرحله پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون- پیگیری در متغیرهای مورد پژوهش معنی‌دار است اما در مرحله پس‌آزمون- پیگیری معنی‌دار نیست و این نشان می‌دهد که مداخله صورت گرفته نیاز به پیگیری پایدارتری پس از آموزش دارد.

تغییرات متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل در شکل شماره ۱ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد، نتایجی که برای علائم جسمانی ( $F=۳۹/۶$  و  $P=۰/۰۰۰۱$ ) به دست آمد، می‌توان بیان کرد که آموزش برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود علائم جسمانی این بیماران مؤثر بوده است. به علاوه اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۵۹ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر علائم جسمانی مربوط به آموزش برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش است. همچنین با توجه به جدول ۳ می‌توان بیان کرد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ( $F=۱۲/۵۸$  و  $P=۰/۰۰۰۱$ ) مؤثر است. اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود ۳۱ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مربوط به آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش است. همچنین جدول ۳ نشان می‌دهد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی ( $F=۷/۶۵$  و  $P=۰/۰۰۰۴$ ) نیز مؤثر است و حدود ۲۱ درصد از تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر سلامت اجتماعی مربوط به آموزش مبتنی

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی متغیرهای پژوهش در سه مرحله آزمون

متغیر	مراحل آزمون	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
علائم جسمانی	پیش آزمون - پس آزمون	۲/۱۱	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۲/۳۲	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	۰/۲۱۳	۰/۱۷	۰/۲۳
انعطاف پذیری	پیش آزمون - پس آزمون	-۱/۸۶	۰/۵۳	۰/۰۰۲
	پیش آزمون - پیگیری	-۱/۲	۰/۵۸	۰/۰۴
روان‌شناختی	پیش آزمون - پیگیری	۰/۶۶۷	۰/۴۳	۰/۱۴
	پیش آزمون - پس آزمون	-۱/۹۳	۰/۶۵	۰/۰۰۷
سلامت اجتماعی	پیش آزمون - پیگیری	۱/۶۳	۰/۳۵	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون - پیگیری	-۰/۳	۰/۶۳	۰/۶۴



شکل ۱. تغییرات متغیرهای پژوهش بر اثر آموزش تعهد و پذیرش در مراحل آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل

## بحث و نتیجه‌گیری

اساسی گروه مداخله تحت آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در پیگیری سه‌ماهه نسبت به گروه شاهد به‌طور معناداری در سه متغیر افسردگی اساسی، کارکرد عمومی و ناتوانی مرتبط با میگردن نمرات بهتری کسب کردند. در ایران نیز Heidari (2014) طی پژوهشی نشان داد که آموزش گروهی پذیرش و تعهد بر سرزندگی و تاب‌آوری بیماران زن مبتلابه پسوریازیس اثر مثبت دارند و اثر درمان در زمان پیگیری به مدت یک ماه ماندگار بوده است.

در تبیین نتایج مربوط به اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر بهبود علائم جسمانی بیماران پسوریازیس، می‌توان چنین بیان کرد که بیماری پسوریازیس یک بیماری صعب‌العلاج است و بسیاری از آموزش‌هایی که هم‌اکنون وجود دارد، مانند آموزش‌های دارویی با هدف کاهش التهاب و کنترل پوسته‌ریزی از زخم‌ها و کاهش مشکلات بیماران انجام می‌گیرد که این آموزش‌ها اغلب موجب کاهش آنی

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی بیماران مبتلا به پسوریازیس انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی مؤثر است. این نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین همسو و هماهنگ است (Zucchelli, et al, 2019; Karekla, et al, 2018; Hughes, et al, 2017; Amiri & et al, 2017; Aghaei & Heidari, 2016; Hulbert-Williams & et al, 2015; Feros & et al, 2013; Feros & et al, 2011; Herbert & Forman, 2011; Dindo & et al, 2012; Ghadampour, 2017; Shayghan & et al, 2016). به‌عنوان مثال تحقیق Dindo و همکاران (2012) نشان داد که بیماران مبتلا به میگردن و افسردگی



در تبیین نتایج مربوط به سلامت اجتماعی و علت اثربخشی آموزش پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی بیماران پسوریازیس، می‌توان چنین بیان کرد که بیماری پسوریازیس موجب نقص و آسیب در ظاهر افراد می‌گردد، آنان را به سوی کناره‌گیری اجتماعی و کاهش سلامت اجتماعی سوق می‌دهد (Krueger, 2011). همچنین بیماری پسوریازیس همپای با تضعیف سلامت بدنی فرد، آسیب‌های جدی به روابط اجتماعی و مشارکت وی در اجتماع وارد می‌سازد. سلامتی عاملی مهم برای ایفای نقش‌های اجتماعی و موضوع مشترک بسیاری از فرهنگ‌ها است. حالتی است که نه تنها به شرایط فیزیولوژیک فرد، بلکه به بسیاری از جنبه‌های کارکرد روانی او نیز وابسته است. به علاوه در جریان جلسات آموزشی پژوهش حاضر، شفاف‌سازی ارزش‌ها و به‌ویژه حرکت در جهت ارزش‌هایی چون سلامتی و ارتباط با دیگران از طریق فرایندهای گسلش و پذیرش باعث می‌شود، ابعاد سلامت اجتماعی بیماران ارتقاء یابد. مراجعان در این آموزش، می‌آموزند که با وجود مشکلات می‌توانند از زندگی لذت ببرند، زندگی آنها معنادار گردد و از خود رضایت داشته باشند که همین پیشرفت روان‌شناختی باعث کاهش علائم بیماری‌هایی چون افسردگی اضطراب و همچنین کم شدن اختلالات خواب و بیماری‌های روان‌تنی آنها خواهد شد. ACT به بیماران این فرصت را داده است تا به شیوه‌هایی عمل کنند که آن‌ها را به سمت رضایت از زندگی و ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار در عین پذیرش رنجی که زندگی به ناچار با خود دارند، هدایت کند (Izadi, 2016). در کل رفتار آموزشی مبتنی بر پذیرش بر افزایش عمل ارزشمند تأکید می‌کند. مراجعین آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت یا ارزش را برای آنان دارد (Roemer, 2010). همچنین پژوهش‌ها نشان داده که بین میزان رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان ارتباط معناداری وجود دارد و روش آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد این فاکتورها را در برمی‌گیرد، به عبارت دیگر تعهد فرد به یک سری اهداف، برای دستیابی به آن و وجود اهدافی مرتبط با روابط اجتماعی، کار و فعالیت، رضایت زندگی را می‌سازد (shabani, 2013). بر همین اساس در پژوهش حاضر آموزش ACT با

علائم بیماری می‌شوند و فقط این بیماری را کنترل می‌کنند. تحقیقات صورت گرفته در مورد بیماری پسوریازیس نشان می‌دهند که افرادی که دارای استرس و اضطراب بالایی بودند، بیماری پسوریازیس در آنها با شدت بیشتری وجود داشت. استرس می‌تواند به‌عنوان عاملی برای تشدید پوسته‌ریزی و خارش در این بیماران باشد. بیمار ممکن است از ابتلا به پسوریازیس بسیار ناراحت باشد و حتی دریابد که وقایع اضطراب‌آورشان می‌تواند، باعث بدتر شدن پسوریازیس و یا افسردگی در آنها شود به طوری که این عوامل جزء فاکتورهای منفی در پیش‌آگهی این بیماران است (Heidari, 2014)؛ بنابراین منطقی است وقتی استرس و اضطراب بهبود یابد، علائم فرد نیز بهبود پیدا کند. گرچه در ACT مستقیماً به نشانه‌ها پرداخته نمی‌شود، اما وقتی بیمار برای کاهش افکار و احساسات تلاش نکند و جنگ با افکار و احساساتش را رها کند و به جای آن به اهداف تعیین شده در جهت‌های ارزشمند زندگی حرکت کند، کاهش نشانه خودبه‌خود رخ می‌دهد. از سوی دیگر این آموزش‌ها به افزایش آگاهی فرد از خود، احساسات، خواسته‌ها و ایده‌آل‌هایش منجر می‌شود؛ بنابراین افراد به صورت منطقی‌تر به دنبال آموزش می‌روند و ثبات بیشتری در ادامه فرایند آموزش خواهند داشت که این نیز به نوبه خود نقش مهمی در کاهش علائم دارد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود سلامت اجتماعی بیماران پسوریازیس مؤثر است. این یافته به نوعی با نتایج پژوهش‌های پیشین که انجام شده است، همسو است. برای مثال پژوهش هربرت و فورمن (Herbert & Forman, 2011) نشان آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود افسردگی، وسواس، اضطراب و ارتقای بعد سلامت جسمانی، سلامت اجتماعی بیماران تأثیر معناداری دارد و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش می‌دهد. همچنین بر اساس پژوهش Narimani و همکاران (2014) می‌توان بیان کرد که آموزش تعهد و پذیرش بر افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های سلامت عمومی، نقش جسمانی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، سلامت روانی و سرزندگی زوجین ناباور مؤثر است.

تعهد و پذیرش، وجود دارد، با تأثیر بر روی این جنبه‌ها می‌تواند در نهایت بر انعطاف پذیری بیماران پسونریازیس تأثیرگذار باشد.

به‌طور کلی آموزشگران ACT مراجعان را تشویق می‌کنند تا ضمن شناخت، مبارزه سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (Bloy, et al, 2011). نتایج پژوهش در بررسی کاربردهای ACT نشان داده است، مداخلاتی که اجتناب تجربه‌ای (EA) را کاهش می‌دهند و به افراد برای شناخت و تعهد نسبت به پیگیری اهداف ارزشمند کمک می‌کنند، در بهبود مشکلات گوناگون در زندگی سودمند هستند (Biglan, Hayes, Pistorello, 2008). به مراجع می‌آموزد تا به مبارزه با ناراحتی مرتبط با اضطراب خویش پایان دهد و با درگیر شدن در فعالیت‌هایی که او را به اهداف انتخابی زندگی (ارزش‌ها) نزدیک‌تر می‌کند، کنترل خود را اعمال کند (Peterson, D.B., Eifert, 2011). به جای آموزش راهبردهای بیشتر و بهتر برای تغییر با کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به مراجعان می‌آموزد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات ناخوشایند همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند (Eifert, et al, 2009). با توجه به این عوامل، برای تأثیرگذاری بیشتر آموزش بر بهبود علائم جسمانی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت اجتماعی بیماران، نیاز به آموزش، مراقبت و پیگیری بیشتر ضرورت دارد. پژوهش حاضر مانند هر تحقیق دیگری محدودیت‌هایی دارد. از آنجاکه پژوهش حاضر بر روی افراد دارای پسونریازیس صورت گرفته است، لذا در تعمیم آن به شرایط دیگر (سایر بیماری‌های پوستی) باید احتیاط لازم صورت گیرد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش، دوره زمانی کوتاه مرحله پیگیری بود که بهترین حالت آن دوره پیگیری ۶ ماهه است که به علت محدودیت زمانی در پژوهش حاضر، این مدت در نظر گرفته نشد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود با توجه به محدودیت‌های حاضر مطالعاتی برای نقش مداخله‌ای این روش بر سایر بیماری‌های پوستی نیز صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این روش آموزشی در کنار دیگر روش‌های مرسوم برای این بیماری، در نظر گرفته شود.

فعال کردن بیماران در ده حوزه ارزشمند از قبیل حوزه سلامت، تعهد، تفریح، روابط دوستانه، روابط خانوادگی، معنویت، روابط اجتماعی و شهروندی و... توانسته است ابعاد سلامت اجتماعی بیماران را ارتقاء بخشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران مبتلا به پسونریازیس مؤثر است. این یافته به‌نوعی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است. برای مثال پژوهش Feros و همکاران (2013) نشان داد که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش در بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پذیرش افکار ناخوشایند بیماران سرطانی مؤثر بوده است. در تبیین این فرضیه می‌توان بیان کرد که پذیرش و تعهد رویکرد آموزشی است که روی خلق و ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق تضعیف اثرات اغراق‌آمیز شناخت‌ها و زبان ارزشیابانه، زمان‌مند و دقیق انسان تأکید می‌کند (Hayes, et al, 2012). در رویکرد پذیرش و تعهد برخلاف آموزش شناختی رفتاری محتوای افکار، احساسات و حس‌های بدنی بررسی نمی‌شود، بلکه شیوه‌هایی که افراد بدان وسیله به تجارب خویش می‌پردازند، مورد بررسی قرار می‌گیرد. این رویکرد تأکید می‌کند که باید چالش و درگیری با باورها را کم کرد، این نکته بر این فرض مبتنی است که فرایند تقلا با افکار یا هیجانات، مشکلات را بدتر می‌کند (Hayes SC, Strosahl, KD, Wilson, 1999). هدف نهایی پذیرش و تعهد کمک به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (Abedin, 2017). آموزش تعهد و پذیرش که متضمن حل مسئله شناختی رفتاری، آگاهی لحظه‌به‌لحظه نسبت به هیجانات (ذهن‌آگاهی) و پذیرش بی‌قید و شرط مشکل (اختلال) است، باعث می‌شود که افراد مهارت‌های مورد نیاز برای حل مشکلات را در خود تقویت نمایند. از آنجاکه این بیماران دچار تحریفات شناختی و افکار ناکارآمد متعدد هستند، فعال شدن این افکار نه تنها باعث تمرکز فرد بر روی خود، نارزنده‌سازی و ناامیدی نسبت به آینده و در نتیجه کاهش خلق می‌شود، بلکه تأثیر زیادی نیز بر روی تشدید علائم و انعطاف‌ناپذیری می‌گذارد. آموزش شیوه‌های مختلف چالش با افکار غیرمنطقی و انتخاب رویکردی صحیح نسبت به مسئله که در آموزش

## منابع

- Aghaei, A., & Heidari, P. (2016). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on resiliency of female with psoriasis, *Annual world conference 14 Seattle, Washington, United States*.
- Amiri, M., Maroufi, M., Sadeghi, M. (2017). The effectiveness of ACT on psychological, social and spiritual health of the patients with angina pectoris. *Int J Educ Psychol Res* 2017; 3:240-4.
- A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
- Akhavan Gholami, M.; Hayati, M. (2019). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment (ACT) therapy on ineffective communication beliefs and marital adjustment of discordant women. *Knowledge & research in applied psychology*. 20 (3): (77): 31-43. [Persian]
- Abasi, E.; Fti, L.; Molodi, R.; Zarabi, H. (2013). Psychometric properties of Persian version of acceptance and action questionnaire-II. 3 (10): 65-80. [Persian]
- Askari, Z.; Bayazi, M.H.; Teaimouri. S. (2016). The effectiveness of group therapy based on commitment and admission on Quality of Life of people with empty nest syndrome. The First National Scientific Research Congress on the Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology, Sociology and Social Cultural Sciences of Iran. [Persian]
- Abedin, M. (2017). The effectiveness of education based on the acceptance and commitment to quality of life and psychological capital of people with esophageal cancer. Master Thesis, Payame Noor University. [Persian]
- Aliakbari-Dehkordi, M.; Alipour, A.; Abaspour, P.; Salimi, E.; Safari, YH. (2016). The Intervening Role of Psychological Well-Being in the Relationship of Meta-Cognitive Beliefs and Personality Type D with Severity of Illness Symptoms among Patients with Psoriasis. *J Res Behav Sci*. 14(1): 85-91. [Persian]
- Bach, P., Hayes, S.C., & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36(2):81-165.
- Block, J. (2002). Personality as an affect-processing system: Toward an integrative theory. Psychology Press, New York.
- 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.
- Biglan, A., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3): 139-152.
- Christophers, E. (2001). Psoriasis-epidemiology and clinical spectrum. *Clin Exp Dermatol*, 26(4): 314-334.
- Babapour Kheiroddin, J.; Toosi, F.; Hekmati, I. (2009). Investigate the role determinant factors of Social health University students Tabriz. *Journal of Psychology (University of Tabriz)*. 4(16):1-19. [Persian]

- Rahimi A.; Sohrabi N.; Rezaei A.; Sarvghad, S. (2018). Comparison of the efficacy cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on signs in stimulants substance users (Methamphetamine). *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 19(3):79-89. [Persian]
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using acceptance and commitment therapy with people with psychosis: A case study. *Clinical Case Studies*. 9(3): 347-359.
- Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. (2012). Onedaybehavioral treatment for patients with comorbid depression andmigraine: a pilot study. *Behav Res Ther*. 50(9):537-580.
- DeGenova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., & MacDermid, S. M. (1994). Ways of coping among HIV-infected individuals. *The Journal of social psychology*, 134(5): 655-663.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior therapy*, 35(4): 785-801.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptanc and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4): 368-385.
- Folks, D. &Waronock, J., (2008).Psycho cutaneous disorder.*CurrentpsychiatryRepor*, 3(3):219- 225.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and commitment therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2): 459-464.
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2011). Acceptance and commitment therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: A preliminary study. *Psycho-Oncology*, 22(2): 459-464.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy*, 35(4): 689-705.
- Ghadampour, E.; Radmehr, P.; Yousefvand, L. (2017). The effectiveness of acceptance and commitmentbased treatment on social competence and life expectancy of patients with multiple sclerosis. *Armaghane Danesh*. 21(10): 1100-1114. [Persian]
- Hayes SC. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4): 639-704.
- Hayes, S.C, Strosahl, K.D. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35(1):639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., ... & Gregg, J.

- (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior therapy*, 35(4): 667-688.
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 40(7): 976-1002.
- Herbert, E, Forman, M. (2011). Acceptance and Mindfulness in cognitive behavior Therapy: understanding and applying the New Therapies. Published by John Wiley & Sons, Inc, Hoboken, New Jersey. Published simultaneously in Canada.
- Heidari, P. (2014). Evaluation of the effectiveness of group training on acceptance and commitment to vitality and tolerance of female patients with psoriasis. Master Thesis, Islamic Azad University Isfahan (Khorasgan) Branch. [Persian]
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses, *the Clinical Journal of Pain*, 33(6), 552-568.
- Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 24(1):15-27.
- Izadi, R.; Neshatdust, H.T.; Asgari, K.; Abedi, MR. (2014). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *J Res Behav Sci*. 12(1):19-33. [Persian]
- Izadi R.; Abedi, MR. (2016). Acceptance & Commitment Therapy ACT. 5th Edition. Tehran: Jangal. [Persian]
- Karekla, M., Karademas, E.C., Gloster, A.T. (2018). The Common Sense Model of Self-Regulation and Acceptance and Commitment Therapy: integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health Psychology Review*, Published online: 15 Feb 2018. doi.org/10.1080/17437199.2018.1437550
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A., & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 528-534.
- Kreft, S., Kreft, M., Resman, A. (2006). Computer-aided measurement of psoriatic lesion area in a multicenter clinical trial-Comparison to physician's estimations, *J. Dermatol Sci*, 44(1):21-27
- Kiecolt-Glaser, J. K., Speicher, C. E., Holiday, J. E., & Glaser, R. (1986). Stress and the transformation of lymphocytes by Epstein-Barr virus. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(1): 1-12.
- Krueger, G. Lebowitz, M. Menter, A. Stern, R.S. & Rolstad, T. (2001). The Impact of Psoriasis on Quality of Life. *Arch Dermatol*, 137(3): 280-284.
- Keyes, C. M. (1988). *Social well-being. social psychology quarterly*, 61(2):121-140.
- Keyes, C. M. & Shapiro, A. (2004). *Social well-being in the U.S.: A descriptive epidemiology*, In Orville

- Brim, Carol D. Ryff & Ronald C.Kessler (Eds.), *Healthing Are You? A national study of well-being of midlife*. University of Chicago Press.
- Meer S. (2010). *Rook's textbook of dermatology*: Blackwell Publishing Ltd;
- Mease, Ph.J. (2009). Assessing the impact of psoriatic arthritis on patient function and quality of life: lessons learned from other rheumatologic conditions. *Semin Arthritis Rheum*, 38(4): 320-335.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2):160-174.
- Moser, A. E., & Annis, H. M. (1996). The role of coping in relapse crisis outcome: A prospective study of treated alcoholics. *Addiction*, 91(8):1101-1114.
- Mohabbat-Bahar, S.; Maleki-Rizi, F.; Akbari, M.E.; Moradi-Joo, M. (2015). Effectiveness of group training based on acceptance and commitment therapy on anxiety and depression of women with breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*, 8(2), 71-6. [Persian]
- Narimani, M.; Alamdari, E.; Abolghasemi, A. (2014). The study of the efficiency of acceptance and commitment-based therapy on the quality of infertile women's life. *Family Counseling and Psychotherapy*. 4(3):387-405. [Persian]
- Peterson, D.B., Eifert, H.G. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4): 577-587.
- Potoca, A., Jablonska, K. & Swierczynsk, M., (2008). Self-Image and quality of life of Dermatology Patients. *Int J occup med environ health*, 21(4):309-326.
- Robinson, P., Wicksell, R. K., & Olsson, G. L. (2004). ACT with chronic pain patients. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 315-345). Springer US.
- Roemer L, Orsillo SM, Roemer L. (2010). *Mindfulness- And Acceptance-Based Behavioral Therapies in Practice*. London, UK: Guilford Press.
- Rezaei, K.; Delfan, B.; Javanbakht, A.; Toulabi, T.; Gholami, M.; Ghiasvand, A.; Selahvarzi, S. (2009). The therapeutic effect of borage seeds' oil on Psoriasis Vulgaris. *yafte*. 11(3): 23-30. [Persian]
- SHayghan, Z.; Amiri, P.; Aguilar Vafaie, M.; Besharat, M.A. (2016). Effectiveness acceptance and commitment group therapy on improvement of Glycated Hemoglobin and self-care activities in patients with type 2 diabetes. *Contemporary Psychology*. 10 (2); 41-50. [Persian]
- Shabani, S. (2013). Evaluation of self-efficacy, social support and optimism in predicting mental well-being. Master Thesis, Allameh Tabatabaei University. [Persian]
- Vedhara, K. Morris, R.M. Booth, R. & et al. (2007). Changes in mood predict disease activity and quality of life in patients with psoriasis following emotional disclosure. *J Psychosom Res*, 62(6): 611-619.
- World health organization. (2001). *mental health: new understanding, new horizons*. World health report. Geneva, world health organization.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*, 35-54.

Zucchelli, F., Donnelly, O., Williamson, H., Hooper, N. (2019). Acceptance and Commitment Therapy for People Experiencing Appearance-Related Distress Associated With a Visible Difference: A Rationale and Review of Relevant Research. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 32(3): 171.